

## БАКТЕРИАЛЬНЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ

**В.Д. Трифонов**, докт. мед.наук, **А.С. Эйберман**, проф.

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского

**E-mail:** tvd42@mail.ru

**Даются сведения о диагностике, лечении и уходе за детьми с заболеваниями верхних дыхательных путей.**

**Ключевые слова:** дети, респираторные заболевания, вирусные инфекции, антибактериальная терапия.

Любое респираторное заболевание у ребенка может быть вызвано либо вирусными, либо бактериальными инфекциями. Какими бы похожими они ни казались, все-таки между ними есть ряд серьезных различий:

- вирусные инфекции встречаются гораздо чаще, нежели бактериальные;
- при вирусных заболеваниях инкубационный период длится не более 5 дней, бактерии же сохраняют свою активность до 2 нед, при этом человек становится опасным носителем заболевания;
- вирусы могут возникать у абсолютно здоровых людей, однако чаще всего бактерии атакуют организм, ослабленный недавно перенесенным вирусным заболеванием;
- первые признаки простуды при вирусных инфекциях четко выражены; бактерии же вначале действуют незаметно, а потом стремительно дают полный набор симптомов;
- обычно на бактериальную природу респираторной инфекции указывают: длительная (>3 дней) фебрильная лихорадка; появление гнойных налетов и гнойного или слизистогнойного отделяемого; выраженная интоксикация, а при отсутствии гипертермии и выраженной интоксикации – затяжной характер респираторной инфекции (>2 нед).

Следует отметить, что в диагностике и лечении, в том числе и в выборе системных антибиотиков, при заболеваниях верхних отделов респираторного тракта должны принимать участие 2 специалиста: врач-педиатр и врач-оториноларинголог. В настоящее время для правильной диагностики заболеваний огромное значение имеет эндоскопия ЛОР-органов, а эффективное лечение средних отитов и синуситов нередко невозможно без создания адекватного оттока содержимого из полостей.

Антибиотики – единственный класс лекарственных препаратов, активность которых снижается со временем. Существует 2 вида резистентности к антибиотикам: *истинная, природная* – отсутствие у микроорганизмов мишени действия антибиотика (или ее недоступность для антибиотика); *приобретенная* – отдельные штаммы бактерий сохраняют жизнеспособность при тех концентрациях антибиотиков, которые подавляют основную часть микробной популяции; эта способность передается по наследству.

Принципы применения антибиотиков у детей в амбулаторной практике. Следует: назначать антибиотики только при бактериальной природе заболевания; выбирать антибиотики с учетом региональных данных о наиболее распространенных возбудителях и их резистентности к антибиотикам; при выборе антибиотика учитывать антибактериальную терапию в предшествовавшие 2–3 мес, так как увеличивается риск аккумуляции резистентных возбудителей; в амбулаторных условиях использовать преимущественно пероральные формы антибактериальных препаратов; не применять в амбулаторной практике потенциально токсичные препараты (аминогликозиды, хлорамфеникол, фторхинолоны); при выборе антибиотиков учитывать возрастные ограничения (например, тетрациклины – с 8 лет, фторхинолоны – с 15 лет).

Коррекция стартовой антибиотикотерапии необходима: при отсутствии клинических признаков улучшения в течение 48–72 ч от начала терапии; в более ранние сроки – при нарастании тяжести заболевания; при развитии тяжелых нежелательных реакций; при уточнении возбудителя инфекции и его чувствительности к антибиотикам по результатам микробиологического исследования; отменять антибиотики при появлении данных о том, что инфекция не является бактериальной, не дожидаясь окончания намеченного курса лечения.

Абсолютные показания к назначению антибактериальной терапии у детей: острый гнойный синусит; обострение хронического синусита; острый стрептококковый тонзиллит; обострение хронического тонзиллита; острый средний отит; паратонзиллит; эпиглоттит; пневмония.

При остром тонзиллофарингите (ОТФ) в соответствии с Международной классификацией болезней X пересмотра выделяют: стрептококковый фарингит (J02.0); стрептококковый тонзиллит (J03.0).

Стрептококковый фарингит возникает чаще у детей 5–15 лет, наибольшая заболеваемость отмечается в зимне-весенний период.

Возбудители ОТФ у детей с 1–1,5 года и до 4–5 лет имеют преимущественно вирусную или вирусно-бактериальную природу и представлены в основном аденовирусами. Начиная с 5 лет, в этиологии ОТФ большое значение приобретает  $\beta$ -гемолитический стрептококк группы А (БГСА или *Streptococcus pyogenes*), который становится основной причиной ОТФ (до 75% случаев).

Наряду с этим причинами развития ОТФ могут быть стрептококки группы С и G, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydo pfilapneumoniae* и *Chlamydia psittaci*, вирусы гриппа.

БГСА обладает полной чувствительностью к пенициллинам и цефалоспорином. В мире не выделено ни одного резистентного к  $\beta$ -лактамам штамма БГСА. Основной проблемой является резистентность БГСА к макролидам, которая в России составляет 8%. Резистентность возбудителя к тетрациклинам превышает 40%. Тетрациклины, сульфаниламиды, ко-тримоксазол не обеспечивают эрадикации БГСА, поэтому их не применяют для лечения стрептококкового тонзиллофарингита. Препаратом выбора является феноксиметилпенициллин.

Альтернативные препараты: пероральные цефалоспорины I–II поколения (цефалексин, цефуроксимаксетил); макролиды или линкозамиды – при аллергии на  $\beta$ -лактамы; бензатин-бензилпенициллин.

Длительность терапии – 10 дней (за исключением бензилпенициллина и азитромицина).

Слабой стороной всех цефалоспоринов является их довольно выраженное воздействие на микробиоценоз кишечника. Частота диарейного синдрома, связанного с развитием дисбактериоза, достигает 6–8%, а по некоторым данным – до 10%. Особенно легко диарейный синдром, обусловленный дисбактериозом, развивается у детей первых лет жизни.

Макролиды могут выступать в качестве препаратов выбора в тех случаях, когда изначально предполагается хламидийная этиология респираторного заболевания (отсутствие отчетливого токсикоза и лихорадки, скудность физикальных изменений, затяжной характер заболевания, **главным симптомом которого является навязчивый сухой кашель типа «стакатто»**) или микоплазменная этиология (осенний период времени, вспышка заболеваемости в детском коллективе, длительная выраженная фебрильная лихорадка, упорный навязчивый, нередко – ночной, кашель).

Макролиды могут выступать в качестве альтернативных препаратов, т.е. назначаемых в случае неэффективности препаратов выбора в течение 48–72 ч, а также при непереносимости  $\beta$ -лактамов антибиотиков. Например, такая ситуация обычно отмечается при респираторных заболеваниях, вызванных микоплазменной или хламидийной инфекцией, нечувствительной к  $\beta$ -лактамовым антибиотикам.

Кроме того, использование макролидов предпочтительно (по отношению к  $\beta$ -лактамовым антибиотикам) у детей, страдающих выраженными нарушениями функции кишечника, ассоциированными с дисбактериозом, так как эти препараты не влияют на индигенную микрофлору кишечника и не вызывают пролиферации грибковой микрофлоры.

### Спектр бактериальных возбудителей внебольничной пневмонии у детей:

**Дети 6 мес – 5 лет:** *S. pneumoniae* – 70–80%; *H. influenzae* до – 10%; *M. pneumoniae* – 15%; *C. pneumoniae* – 3–7%.

**Дети старше 5 лет:** *S. pneumoniae* – 35–40%; *M. pneumoniae* – 23–44%; *C. pneumoniae* – 15–30%; ассоциация *S. pneumoniae* и *H. influenzae* обуславливает большинство случаев пневмоний, осложненных легочной деструкцией и плевритом.

### Эмпирический выбор антибактериальной терапии при внебольничной пневмонии у детей

**Препараты выбора:** амоксициллин, амоксициллин/клавуланат, макролид.

**Альтернативные препараты:** цефуроксим+макролид; ампициллин, цефалоспорины II – IV поколения; карбапенем.

#### Рекомендуемая литература

Внебольничная пневмония у детей. Распространенность, диагностика, лечение и профилактика. Научно-практическая программа. Под. ред. А.Г. Чучина. – М.: Оригинал-макет, 2011. – С. 19–20.

Применение антибиотиков у детей в амбулаторной практике. Практическое руководство. Под. ред. А.А. Баранова, Л.С. Страчунского // Клин. микробиол., антимикробхимиотер. – 2007; 9 (3): 200–210.

Самсыгина Г.А. Острый тонзиллофарингит у детей // Педиатрия. – 2008; 87 (3): 91–95.

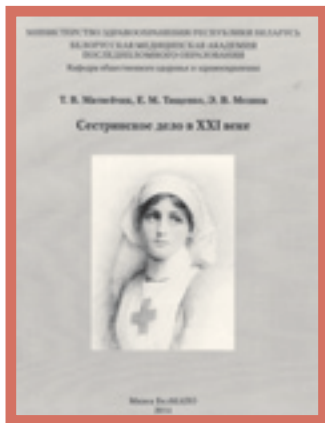
BACTERIAL RESPIRATORY DISEASES IN CHILDREN

V.D. Trifonov, MD; Prof. A.S. Eiberman

V.I. Razumovsky Saratov State Medical University

**The paper gives information on diagnosis, treatment, and care of children with upper respiratory tract diseases.**

**Key words:** children, respiratory diseases, viral infections, antimicrobial therapy.



**Матвейчик Т.В., Тищенко Е.М., Мезиной Э.В. Сестринское дело в XXI веке. – Минск: БелМАПО, 2014. – 303 с.**

По мере развития системы здравоохранения закономерно повышается роль медсестер, расширяются их функциональные обязанности. Усложняются задачи, возрастает ответственность. Деятельность медсестры, подчиненная современным высокими стандартам и протоколам, на порядок усложняется, в связи с чем необходима подготовка специалиста. Сегодня это касается всех направлений медицины. Резко возросли требования к обеспечению медицинской помощью инвалидов, проведению реабилитации и абилитации, оказанию паллиативной помощи.

Выход в свет монографии «Сестринское дело в XXI веке» весьма своевременен, актуален для российского читателя и не имеет аналогов. Белорусские ученые отвечают на все злободневные вопросы сестринского дела, подчеркивая неразрывность подходов белорусских и российских медиков к решению задач сестринского дела. В 1-й главе дано описание сестринской помощи в современном мире, представлены этапы обучения медсестры, определены ее роль и место в лечебном процессе. Во 2-й главе – «Понятие об организации сестринского процесса: сравнительный анализ» – анализируются развитие сестринского процесса в мире, в Белоруссии и нашей стране, конкретные проблемы сестринской помощи.

Современные модели сестринского ухода: сравнительная характеристика (3-я глава) актуальны не только для медсестер, но и для специалиста нового типа – помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи, что важно для организации работы бригады специалистов в системе первичной медицинской помощи. Продолжает 3-ю главу 4-я, в которой показаны принципы организации рабочего места специалиста нового типа – помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи, обеспечение его безопасности. Следует отметить, что данное практическое направление, реализуемое в Республике Беларусь, весьма перспективно и должно получить должную оценку в отечественной практике.

В главе 5-й – «Благоприятная рабочая среда. Понятие и содержание. Методы создания благоприятных условий в системе здравоохранения для специалистов сестринского дела» – продолжен анализ проблем здравоохранения, позитивных тенденций с акцентом на проблемы сестринского дела. Авторы связывают успехи в работе с появлением новых технологий. Прежде всего – это организация сестринского процесса для специалиста системы первичной медицинской помощи.

В 6-й главе – «Факторы, влияющие на обеспеченность медицинскими кадрами и на качество оказываемой ими помощи. Комплекс мероприятий по улучшению условий труда и мотивации специалистов сестринского дела» – впервые предлагается разработанный и апробированный на практике комплекс мер по улучшению условий труда, включая элементы мотивации, для специалистов сестринского дела (социальный пакет).

Дистанционному обучению в здравоохранении, перспективам решения данной проблемы в Республике Беларусь посвящена 7-я глава. Из информационных технологий, применяющихся в медицине, это направление является, по мнению авторов, самым перспективным. Особое внимание уделено анализу действующей нормативной базы и сути ее коррекции. В 8-й главе – «Непрерывное медицинское образование: команда как путь повышения эффективности здравоохранения» – представлены современные, обучающие программы для медсестер в системе базового и дополнительного образования.

В главе 9-й – «Модель сетевого диалога учреждений высшего и среднего профессионального образования по формированию и закреплению профессиональной самоидентификации медицинских сестер» – подчеркнуто, что только комплексный межведомственный подход благоприятен для решения проблем обучения медицинского персонала.

В главе 10-й – «Особенности работы медицинских сестер в организациях здравоохранения негосударственных форм собственности» – приводятся методы мотивации медицинского персонала, применяющиеся в медицинских организациях негосударственной формы собственности (частные медицинские организации).

Глава 11-я посвящена проекту модели развития сестринской помощи. Здесь в систематизированной форме предлагается организационно-методическая основа совершенствования сестринского дела. Конечно, модель учитывает реалии Республики Беларусь, однако она легко вписывается в систему подготовки специалистов сестринского дела в России. Глава 12-я – «Совершенствование системы профессионального непрерывного медицинского образования в Республике Беларусь: мнение медицинских сестер» – отражает мнение медсестер о развитии сестринского дела в будущем. Приводятся конкретные примеры, статистические выкладки, варианты решения проблемы в зависимости от профиля работы, возраста, стажа, требования к педагогу-наставнику.

Книга вполне отвечает основным требованиям к современным научным изданиям и может быть рекомендована в качестве дополнительного материала преподавателям медицинских училищ и колледжей, системы высшего сестринского образования, студентам, занимающимся по программе «Сестринское дело», а также преподавателям вузов и врачам.

*К.И. Григорьев, профессор*