

# Сідельниковські читання XXV: нове в лікуванні інфекційної патології у дітей

У вересні відбулася XXV Всеукраїнська науково-практична конференція «Актуальні питання педіатрії», присвячена пам'яті професора В.М. Сідельникова. У конференції взяли участь провідні фахівці з педіатрії. Співкери сфокусували увагу на сучасних викликах, що постали перед медициною дитинства, та впровадженні новітніх стандартів і клінічних рекомендацій у практику.



**Професор кафедри педіатрії № 2 Національного медичного університету (НМУ) ім. О.О. Богомольця (м. Київ), доктор медичних наук Сергій Петрович Кривоустов** виступив із доповіддю «*Haemophilus influenzae* в респіраторній педіатрії: тренди, терапевтичні підходи».

– Цікаво, що паличка Пфайфера (*H. influenzae*) з 1892 по 1933 рік помилково вважалася збудником грипу. Сьогодні відомо, що ця грамнегативна коккобацила є важливим етіологічним фактором багатьох інфекцій органів дихання. Інкапсульовані типи *H. influenzae* (типи від а до f) відповідальні за розвиток пневмонії, епіглотиту, менінгіту, і вкрай важливою є вакцинація проти *H. influenzae* типу b (Hib). Неінкапсульовані *H. influenzae*, що не типуються (NTHi), нерідко спричиняють гострий середній отит (ГСО), гострий бактеріальний риносинусит.

Головну роль у механізмі антибіотико-резистентності *H. influenzae* відіграють бета-лактамази 4 класів, 3 з яких пригнічуються цефалоспоринами III генерації. За дослідженнями, до 65% ізолятів *H. influenzae* NTHi продукують бета-лактамазу.

**Сорцеф® (цефіксим)** – антибіотик групи цефалоспоринових III покоління для внутрішнього застосування. *In vitro* виявляє значну бактерицидну активність щодо широкого спектра мікроорганізмів; є клінічно ефективним у лікуванні інфекцій, спричинених *H. influenzae*, має високий ступінь стабільності за наявності бета-лактамаз.

Як зазначено в Кокранівській бібліотеці, позалікарняні інфекції, такі як гострий середній отит, інфекції нижніх дихальних шляхів, спричинені чутливими збудниками, можна лікувати цефіксимом, що є хорошим вибором для успішної клінічної відповіді. Так, за сучасними рекомендаціями, при нетяжких випадках ГСО, особливо в старших дітей, доцільною є стратегія wait and see; при неефективності початкової терапії амоксициліном слід думати, зокрема, про *H. influenzae*, що продукує бета-лактамазу; при алергії на амоксицилін – розглядати цефалоспорино III покоління. До факторів ризику NTHi, що продукують бета-лактамазу, відносять попередній прийом бета-лактамоного антибіотика, супутній гнійний кон'юнктивіт; до речі, при повторних епізодах отиту домінує саме NTHi.



**Завідувачка кафедри пропедевтики дитячих хвороб та педіатрії 2 Дніпровського державного медичного університету, доктор медичних наук, професор Людмила Іванівна**

Вакуленко мала слово з доповіддю «Як швидко відновити організм дитини після хвороби: мультифакторна допомога в період активного росту та розвитку».

– Респіраторні інфекції складають 30% усієї загальної патології, а також ≈90% інфекційної патології. Вони є однією з найпоширеніших причин відвідувань педіатра в перші роки життя, значних медичних та соціальних витрат. Наслідки інфекційних захворювань у дітей – дисбіоз носоглотки (який, своєю чергою, спричиняє рецидив, хронічні респіраторні проблеми), бактеріальні та грибкові інфекції, розвиток фонових станів (дефіцит вітаміну D, анемія, білково-енергетична недостатність), відхилення від календаря профілактичних щеплень, порушення фізичного й когнітивного розвитку тощо.

Інфекція може спричинити значне збільшення потреби в мікронутрієнтах, які відіграють ключову роль в імунному захисті. Незбалансована чи обмежувальна дієта, неадекватне засвоєння та недоїдання погіршують захисні імунні фактори, підвищують сприйнятливості до інфекції, при цьому добавки мікронутрієнтів можуть знизити ризик і тяжкість захворювання, сприяти швидшому одужанню.

Оптимальна імунна функція забезпечується здоровою імунною системою. Першою лінією захисту є вроджений імунітет, який поєднує фізичні та біохімічні бар'єри з неспецифічною клітинною реакцією, опосередкованою лейкоцитами. Друга лінія захисту – набутий імунітет. Складніша, адаптивна антиген-специфічна реакція, опосередкована T- і B-лімфоцитами (синтез антитіл для знищення збудника), спрацьовує, якщо збуднику вдається уникнути вроджених захисних сил.

Щоденне споживання достатньої кількості вітамінів – одна з умов реалізації ефективної імунної відповіді стосовно різних патогенів. Вітаміни чинять пряму імуноотропну дію, беруть участь у формуванні антиоксидантного захисту. Не менш важливою є і роль мінералів у підтримці нормальної функції імунної системи, оскільки вони також мають як імуноотропну й антиоксидантну активність.

Важливу роль у посиленні імунного захисту відіграють пробіотики, які модулюють проникність епітеліальних бар'єрів, змінюють запальний потенціал епітеліальних клітин, конкурують із патогенами за колонізацію слизової оболонки чи безпосередньо змінюють активність імунних клітин.

Дієвим засобом для посилення імунного захисту є багатокомпонентна дієтична добавка Бекутан Кідс Вітс Мультиімунно, до складу якої входять порошок А, що містить імуноотропні вітаміни та мікроелементи (вітамін А, β-каротин, вітаміни D<sub>3</sub>, E, C, B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub>, B<sub>3</sub>, B<sub>5</sub>, B<sub>6</sub>, фолієва кислота, біотин, йод, кальцій, цинк), а також порошок Б (*Lactobacillus rhamnosus* GG). *L. rhamnosus* GG – вид молочнокислих бактерій; використовується як пробіотик для запобігання росту шкідливих бактерій у кишечнику,

є однією з найвивченіших пробіотичних бактерій (>800 наукових досліджень), безпечна для споживання людиною.

Бекутан Кідс Вітс Мультиімунно забезпечує мультифакторну допомогу дітям у відновленні організму після захворювань. Має рекомендації для використання за інших станів, які супроводжуються дефіцитом мікронутрієнтів, пов'язаних зі зниженим споживанням або неадекватним засвоєнням. Дозволяє усунути дефіцит мікронутрієнтів у дітей різного віку. Призначається під час захворювання та профілактично. Спосіб застосування: тільки для перорального вживання. Рекомендована добова доза: дітям віком 1-3 роки – 1 саше/добу, >4 роки – 1-2 саше/добу. Зміст саше розчиняють у воді чи іншій рідині кімнатної температури.



**Завідувачка кафедри педіатрії № 2 Полтавського державного медичного університету, доктор медичних наук, професор Тетяна Олександрівна Крючко** зосередилася на підходах до діагностики і лікування пневмоній у дітей на сучасному етапі.

– Пневмонія є найбільшою інфекційною причиною смерті дітей у всьому світі. У 2019 році від цього захворювання померли 740 180 дітей віком <5 років, що становить 14% усіх смертей дітей віком <5 років. *S. pneumoniae* – найчастіший збудник бактеріальної пневмонії у дітей. *H. influenzae* типу b (Hib) є другою за поширеністю причиною бактеріальної пневмонії. Респіраторно-синцитіальний вірус – найпоширеніша вірусна причина пневмонії.

Діагноз позалікарняної пневмонії (ПП) у дітей насамперед слід установлювати клінічно. Скарги пацієнтів із ПП можуть включати респіраторні симптоми (кашель, задишка, біль у грудній клітці) та загальні симптоми (лихоманка, відмова від їжі, біль у животі, зниження активності, зміна поведінки – апатія, збудження).

До клінічних проявів, що можуть свідчити про наявність ПП, належать тахіпное, лихоманка, задишка, ослаблення дихання, бронхіальне чи амфоричне дихання, крепітація, укорочення перкуторного звуку, тахікардія, зневоднення.

ПП також може бути в пацієнтів із лихоманкою без тахіпное та/або задишки. І навпаки, пацієнти із ПП можуть не мати лихоманки.

Не рекомендовано проводити рентгенологічне дослідження органів грудної клітки (ОГК) хворим із нетяжкою формою ПП. В інших випадках достатньо проведення рентгенограми ОГК у прямій проекції. Ультразвукове дослідження ОГК дозволяє оцінити об'єм випоту в плевральній порожнині, розміри та щільність інфільтратів або порушень вентиляції без рентгеновського опромінення. Для диференційної

діагностики та динамічного спостереження параназальної порожнини та емпієми плеври методом вибору є сонографія.

Пацієнти із ПП частіше лікуються амбулаторно, а також можуть бути переведені зі стаціонарного лікування на амбулаторне, якщо в них спостерігаються стійке клінічне покращення, нормалізація частоти дихання, частоти серцевих скорочень, повсякденної активності й апетиту, спостерігається нормалізація температури тіла, SpO<sub>2</sub> при диханні атмосферним повітрям перевищує 92%. Таким хворим забезпечуються подальший догляд і медична допомога в домашніх умовах.

Ампіцилін або пеніцилін G призначають повністю імунованим дітям усіх вікових груп за відсутності високої частоти виявлення пеніцилінрезистентних штамів *S. pneumoniae*. Емпірична терапія цефалоспоринами III покоління (цефтріаксон, цефотаксим) призначається дітям, котрі не повністю імуновані (чи неімуновані), за високої частоти виявлення інвазивних пеніцилінрезистентних штамів *S. pneumoniae*.

Амоксицилін (перорально) чи ампіцилін (в/в) – препарат першого вибору для лікування раніше здорових, імунованих за календарем профілактичних щеплень. Якщо дитина не імунована, призначають цефалоспорино III покоління.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, в 3 із 4 дітей на протекційній терапії антибіотиками спостерігається антибіотикоасоційована діарея, тому АБТ краще поєднувати із призначенням пробіотичних препаратів. Одним із таких засобів є Бекутан Кідс Вітс Мультиімунно – дієтична добавка до повсякденного раціону харчування, що містить *L. rhamnosus* GG, а також основні імуноотропні вітаміни та мікроелементи. Вітаміни А, С, D, B<sub>6</sub>, фолієва кислота та цинк сприяють нормалізації роботи імунної системи. Вітаміни С і Е сприяють захисту клітин від оксидативного стресу. Вітаміни С, B<sub>6</sub>, ніацин, B<sub>5</sub> та фолієва кислота сприяють зменшенню стомлюваності, а також відновленню сил.



**Завідувач відділення отоларингології Національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит» (м. Київ), доцент, кандидат медичних наук Юрій Анатолійович Молочек**

темою доповіді обрав лікування ГРС згідно з останніми рекомендаціями.

– Гострий риносинусит (ГРС) – одна з основних причин необґрунтованого призначення антибіотиків (до 65%). За даними США, риносинусит – один із 10 найбільш дорогих захворювань. Прямі та опосередковані витрати на гострий та хронічний риносинусит складають 30 млрд дол./рік.

Згідно із клінічним визначенням EPOS (2020), ГРС визначається як раптова поява ≥2 симптомів, один з яких – закладеність носа / затруднене носове дихання або виділення з носа (передня чи задня ринорея), а також біль / тиск у ділянці обличчя, зниження / втрата нюху. Тривалість симптомів – до 12 тиж.

В основі діагностики ГРС для лікарів ПЛ лежить оцінка типових симптомів захворювання, визначених при співбесіді чи з допомогою телефону.

Лікування ГРС розпочинається з відповідального самолікування (деконгестанти, нестероїдні протизапальні препарати, фітотерапія, препарати цинку тощо). За виявлення гострого бактеріального синуситу (ГБС) призначається адекватне лікування. Згідно з рекомендаціями EPOS (2020), ефективними та безпечними антибіотиками першого вибору для емпіричної терапії ГБС у дорослих без ризику ускладнень є амоксицилін або феноксиметилпеніцилін у стандартній дозі. Однак якщо хворий має ризики ускладнень, як-от фактори ризику виникнення резистентності чи імунodefіцитні стани, прийом в останні 6 місяців антибіотиків із групи амоксицилінів в анамнезі, рекомендується використовувати альтернативні антибіотики. У цьому випадку цефалоспорицини, включаючи цефіксим, є альтернативним вибором для емпіричної терапії ГБС у дорослих пацієнтів, у яких амоксицилін неефективний або не може бути використаний.

Цефіксим (Сорцеф®) має високу терапевтичну ефективність та безпечність, підходить для лікування інфекцій в умовах стаціонару й амбулаторно, не спричиняє гіперкінетичної діареї, пов'язаної з наявністю в складі препарату клавуланової кислоти. Частота небажаних реакцій (діареї, блювання) може бути в 2-4 рази нижчою, ніж у разі прийому амоксициліну/клавуланату.



**Завідувач кафедри дитячих інфекційних хвороб НМУ ім. О.О. Богомольця, доктор медичних наук, професор Сергій Олександрович Крамарьов** розглянув сучасні рекомендації щодо антибактеріальної терапії інфекційних діарей (ІД) у дітей.

– Під час воєнних дій виникненню ІД сприяє низка факторів, як-от руйнування систем водопостачання та очищення стічних вод, можливі порушення при транспортуванні, а також зберіганні харчових продуктів (наприклад, відсутність холодильників, закритих емностей), порушення правил особистої гігієни або неможливість її дотримання (відсутність води, мийних засобів, дезінфікуювальних розчинів тощо), нехтування чи неможливість належної кулінарної обробки харчових продуктів, вживання питної води з відкритих водойм, відсутність дезінфекції питної води.

Універсальною терапією гострої ІД є пероральна регідратація. Активне лікування в доповнення до регідратації включає визначені пробіотики, як-от *L. rhamnosus GG*, *Saccharomyces boulardii*, *Lactobacillus reuteri DSM 17938*, діосмектит, рацекадотрил. Не рекомендовано рутинне призначення протимікробних препаратів за ІД у дітей, за винятком клінічних показань.

Емпірична антибактеріальна терапія ІД показана в разі тяжких форм, підозри на сепсис, дітям із неврологічними проявами, а також дітям віком <3 міс, дітям із гіпотрофією, хронічними захворюваннями кишечника, імунodefіцитом, ризиком розвитку тяжкої або позакишкової дисемінації, з онкогематологічними захворюваннями, ВІЛ-інфекцією, гіпотрофією, дітям, що отримують чи отримували кортикостероїдну / імуносупресивну терапію. Діти та дорослі, котрі проживають у закритих установах, працівники дитячих установ, медичні

працівники та працівники сфери громадського харчування і послуг при ІД мають отримувати антибіотики.

Емпіричну антимікробну терапію в дорослих варто розпочинати з ципрофлоксацину чи азитроміцину. Емпірична терапія в дітей передбачає застосування цефалоспорицинів III покоління або азитроміцину, але з урахуванням чутливості збудників у регіоні чи історії подорожей.

Цефіксим може бути корисним при шigelьозі в терапії педіатричних пацієнтів; його можна застосовувати перорально, на відміну від парентерального цефтріаксону. Цефіксим доступний за ціною; суспензію можна зберігати при кімнатній температурі.



**Завідувач кафедри дитячої оториноларингології, аудіології та фоніатрії Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика (м. Київ), доктор медичних наук, професор Анатолій Лук'янович Косаковський** представив доповідь «Лікування гострого середнього отиту в дітей».

– ГСО – гостре (тривалістю до 3 міс) запалення слизової оболонки порожнини середнього вуха (здебільшого барабанної порожнини). Це одне з найпоширеніших захворювань у дитячому віці.

Діагностичними симптомами ГСО є інтоксикація, лихоманка, біль у вусі, розтирання вуха рукою, відмова від їжі, плач, безсоння, збудження, пов'язане з нещодавніми проявами риніту в дитини. До об'єктивних ознак належать наявність випоту в середньому вусі та запалення барабанної перетинки в разі отоскопії.

ГСО може зумовлювати серйозні ускладнення: епідуральний абсцес, перисинуозний абсцес, тромбоз сигмоподібного чи сигмоподібного та поперечного синусів, субдуральний абсцес, менінгіт, отогенна гідроцефалія, отоантрит, мастоїдит, парез лицьового нерва, петрозит, лабіринтит, сепсис.

Принципи лікування ГСО – забезпечення відтоку ексудату з барабанної порожнини, антибактеріальна терапія (до 2 років – 100%), усунення больового синдрому, відновлення прохідності слухової труби, лікування запалення в порожнині носа та носоглотці, відновлення функції середнього вуха, симптоматична терапія, ультрафонофорез.

Мета АБТ – ерадикація збудника. Лікування, яке не спричиняє ерадикації збудника, зумовлює розвиток ускладнень, хронізацію процесу, селекцію та поширеність резистентних патогенних мікроорганізмів.

Антибіотиками 1-ї лінії при ГСО є амоксицилін або амоксицилін/клавуланат. Антибіотиками 2-ї лінії – амоксицилін/клавуланат, цефтріаксон.

Цефалоспорином III генерації, який має підтверджену в численних клінічних дослідженнях ефективність та безпеку при бактеріальних риносинуситах, фарингітах, тонзилітах, пневмоніях, гострих бронхітах, загостреннях хронічних бронхітів, середніх отитах, неускладнених і ускладнених хворобах сечостатевого тракту, включаючи гонорею, є цефіксим (Сорцеф®) (V. Skerk, D. Arsov, 2004).

Прогноз ГСО зазвичай сприятливий. Небезпека рецидивувальних середніх отитів полягає у стійкому зниженні слуху в дітей раннього віку; це значно позначається на загальному

інтелектуальному розвитку та формуванні мови. За підозри на таку стійку приглухуватість дитина має бути обстежена у фахівця, оскільки наразі існують усі можливості для точного аудіологічного діагнозу.



**Завідувач кафедри госпітальної педіатрії Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, доктор медичних наук, професор Геннадій Олександрович Леженко** темою свого виступу обрав

проблему інфекцій сечової системи в дітей та можливі шляхи її вирішення.

– Джерелом інфекції сечових шляхів (ІСШ) є нормальна мікрофлора, що колонізує периуретральну ділянку та належить здебільшого до сімейства ентробактерій.

Мета лікування гострої ІСШ – не перевести в хронічну форму (якщо є глибока інвазія, потрібно використовувати системний АБ препарат), хронічної ІСШ – збільшення безрецидивного періоду (застосування тільки системних АБ препаратів).

Вибір між пероральною та парентеральною терапією має ґрунтуватися на віці пацієнта, клінічній підозрі на уросепсис, тяжкості захворювання, відмові від рідини, їжі та/або перорального прийому ліків, наявності позивів до блювання, діареї чи ускладненого пієлонефриту.

Через збільшення частоти випадків уросепсису та тяжкого пієлонефриту в новонароджених і дітей віком <2 міс

рекомендована парентеральна АБТ. Своєчасне адекватне лікування ІСШ може запобігти поширенню інфекції та утворенню рубців на нирках.

Результати нетривалих курсів (від 1 до 3 днів) поступають курсам від 7 до 14 днів. Однак звичайний цистит можна вилікувати за допомогою антибіотиків протягом 3-5 днів.

Початкове лікування пієлонефриту складається з антибіотиків широкого спектра дії з хорошим проникненням до тканин. У немовлят можна розглянути нетривалий курс амбулаторного лікування з раннім переходом на пероральні антибіотики.

Використання винятково пероральної терапії цефалоспорицинами III покоління (наприклад, цефіксимом або цефтибутеном) еквівалентно звичайній внутрішньовенній терапії від 2 до 4 днів із подальшим пероральним лікуванням.

Вибір антибіотика базується на місцевих моделях чутливості до антимікробних препаратів; пізніше його слід скоригувати відповідно до тестування на чутливість ізольованого уропатогену. Дітям, які потребують парентерального введення антибіотика, лікування тобраміцином або гентаміцином рекомендовано за нормальної функції нирок. У разі підозри на порушення функції нирок цефтріаксон або цефотаксим є альтернативними варіантами. Цефіксим має переваги через його стійкість до  $\beta$ -лактамаз та дії проти грамнегативних бактерій, зберігає високі концентрації у сироватці крові й паренхімі нирок протягом >12 год.

Підготував **Олександр Соловійов**

37

# СОРЦЕФ®

## ЦЕФІКСИМ

### ВІРНИЙ ВИБІР

**СОРЦЕФ®**  
400 мг таблетки  
100 мг/5мл гранули для приготування суспензії

**ПРОСТЕ  
1 раз на добу  
дозування**

**МОРТА ІНСТРУКЦІЯ ДЛЯ НАДІЯНОГО ЗАСТОСУВАННЯ**

**Дієтичне харчування**

Немає обмежень щодо прийому їжі. Рекомендується пити достатню кількість рідини.

**Важливі застереження**

Використовувати тільки в разі інфекцій, викликаних чутливими до цього препарату бактеріями. Не використовувати для лікування вірусних, грибкових захворювань та паразитарних інфекцій.

**Протипаразитарна терапія**

Важливо пам'ятати, що Сорцеф® не є препаратом для лікування паразитарних інфекцій. Для лікування паразитарних інфекцій необхідно використовувати відповідні препарати.

**Спеціальні застереження**

Цей препарат може викликати алергічні реакції. Якщо у вас були алергічні реакції на інші антибіотики, вам слід бути обережним при прийомі цього препарату.

Немає обмежень щодо прийому їжі. Рекомендується пити достатню кількість рідини.

Немає обмежень щодо прийому їжі. Рекомендується пити достатню кількість рідини.

Немає обмежень щодо прийому їжі. Рекомендується пити достатню кількість рідини.

Немає обмежень щодо прийому їжі. Рекомендується пити достатню кількість рідини.

Немає обмежень щодо прийому їжі. Рекомендується пити достатню кількість рідини.

Немає обмежень щодо прийому їжі. Рекомендується пити достатню кількість рідини.

Немає обмежень щодо прийому їжі. Рекомендується пити достатню кількість рідини.

Немає обмежень щодо прийому їжі. Рекомендується пити достатню кількість рідини.

Немає обмежень щодо прийому їжі. Рекомендується пити достатню кількість рідини.

Немає обмежень щодо прийому їжі. Рекомендується пити достатню кількість рідини.