



**ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ  
«ПЕДИАТРИЧЕСКОЕ РЕСПИРАТОРНОЕ ОБЩЕСТВО»**

ИНН 5022998350 ОГРН 1125000001818

140407, Московская область, г. Коломна, ул. Октябрьской революции, д. 318  
тел.: +7 (496) 612-56-24, факс: +7 (496) 612-72-22 e-mail: info@pulmodeti.ru

**«20» января 2019 г.**

**г. Калуга**

**Предложения Общероссийской общественной организации  
«Педиатрическое респираторное общество» по реализации  
«Стратегии предупреждения распространения антимикробной  
резистентности в Российской Федерации на период до 2030 года»**

В рамках VIII Международного Образовательного консенсуса по респираторной медицине в педиатрии, состоявшегося 17-20 января 2019г. в г. Калуге эксперты ООО «Педиатрическое респираторное общество» обсудили и утвердили 12 предложений по реализации «Стратегии предупреждения распространения антимикробной резистентности в Российской Федерации на период до 2030 года»\*.

1. В практической работе врачам необходимо использовать современные клинические рекомендации, основанные на доказательной медицине и учитывающие актуальную ситуацию с лекарственной устойчивостью возбудителей инфекции. Важно помнить, что эффективность противомикробных препаратов может изменяться во времени и пространстве в связи с феноменом антимикробной резистентности.
2. Антибактериальную терапию следует использовать только при наличии обоснованных показаний – верификации достоверной бактериальной инфекции или наличии предполагаемой бактериальной инфекции у пациента в тяжелом состоянии. Применение антибиотиков неэффективно при вирусных инфекциях.
3. Для решения вопроса о назначении антибактериальной терапии следует использовать возможности методов этиологической диагностики. Необходимо широкое внедрение в практику метода экспресс-идентификации стрептококка группы А, позволяющего принять обоснованное решение о применении антибиотиков при остром тонзиллофарингите.
4. При выборе антибактериального препарата для стартовой терапии необходимо учитывать его дозу и режим применения (препарат должен создавать эффективную

концентрацию против возбудителя в очаге инфекции), и ситуацию с антимикробной резистентностью предполагаемых возбудителей в регионах.

5. При проведении антибактериальной терапии необходимо придерживаться принципа минимальной достаточности: при равной эффективности преимущество отдается антибиотикам более узкого спектра. При респираторных инфекциях, вызванных типичными бактериями (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pyogenes*) препаратом выбора является амоксициллин. Необоснованное использование для стартовой терапии других препаратов (в том числе в ингибиторо-защищенных аминопенициллинов) может способствовать более интенсивному росту антимикробной резистентности и/или снижению безопасности терапии.

6. Необходимо строго соблюдать показания для применения антибактериальных препаратов, которые подвержены высокому риску формирования лекарственной устойчивости (категория «Watch» согласно перечню основных лекарственных средств ВОЗ, пересмотр 2017) – макролидов, цефалоспоринов 3 поколения, фторхинолонов, карбапенемов, гликопептидов.

7. Наличие у пациента аллергического заболевания не является основанием для отказа от использования у него  $\beta$ -лактамовых антибиотиков. Противопоказанием к использованию антибиотика является документированная аллергическая реакция на него или другие препараты из соответствующей группы. Следует учитывать, что цефалоспорины 2-3 поколения возможно использовать у пациентов с аллергией к пенициллинам, в соответствии с инструкцией по медицинскому применению.

8. В большинстве случаев при острых респираторных инфекциях у детей, следует использовать пероральные антибактериальные препараты. Применение парентеральных антибиотиков целесообразно в случае тяжелой инфекции, неэффективности пероральных препаратов, невозможности перорального приема, нарушении всасывания в желудочно-кишечном тракте. В случае стартовой терапии парентеральным препаратом рекомендуется ступенчатая терапия – переход на пероральный препарат при улучшении состояния.

9. Применение пероральных препаратов с высоким уровнем биодоступности не только повышает эффективность и безопасность терапии, но и снижает риск формирования лекарственной резистентности. У детей, особенно раннего возраста,

пероральные антибиотики следует назначать в форме диспергируемой таблетки или суспензии. ВОЗ/ЮНИСЕФ рекомендуют диспергируемую таблетку амоксициллина в качестве приоритетной лекарственной формы для использования в педиатрии [10]. Необходимо учитывать, что нарушения правил приготовления, хранения, подогревания и дозирования суспензии приводят к снижению эффективности и/или безопасности антибактериальной терапии.

10. Первичная оценка эффективности антибактериальной терапии должна проводиться через 48-72 часа после начала лечения, а в тяжелых случаях и ранее. Окончательная оценка антибактериальной терапии и решение об ее достаточности проводится в зависимости от клинической ситуации. Пролонгирование антибактериальной терапии без достаточных оснований способствует формированию антимикробной резистентности.

11. Применение антибактериальных препаратов в большинстве случаев не требует назначения «сопроводительной» терапии. Назначение антигистаминных и противогрибковых препаратов, пробиотиков и пребиотиков при респираторных инфекциях должно проводиться по обоснованным показаниям.

12. Необходимо проведение работы с пациентами, направленной на разъяснение опасности самолечения антибиотиками и несоблюдения предписанного режима антибактериальной терапии.

\* Распоряжение Правительства РФ от 25 сентября 2017 г. No 2045-р «О Стратегии предупреждения распространения антимикробной резистентности в РФ на период до 2030»  
<http://government.ru/docs/29477/>

**Председатель Совета Педиатрического  
Респираторного Общества,  
заслуженный врач РФ, профессор**

**Н.А. Геппе**

**Председатель Правления Педиатрического  
Респираторного Общества, профессор**

**А.Б. Малахов**