

Zakażenia dróg oddechowych u dorosłych. Antybiotykoterapia w obliczu narastania oporności pneumokoka

prof. dr hab. n. med. Andrzej Radzikowski, dr n. med. Aleksandra Banaszkiewicz

z I Katedry Pediatrii AM w Warszawie

Kierownik Katedry: prof. dr hab. med. Andrzej Radzikowski

Streszczenie:

Nowe dane dotyczące wrażliwości bakterii na antybiotyki a w szczególności poważny wzrost odsetka opornych na penicylinę pneumokoków wymagają modyfikacji dotychczasowych polskich wytycznych racjonalnej antybiotykoterapii zakażeń dróg oddechowych znanych jako Rekomendacje 2003 opracowane przez zespół pod kierunkiem Profesora Walerii Hryniewicz w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego. Nowe Rekomendacje, opracowane zgodnie z zasadami tworzenia i przedstawiania wytycznych diagnostyczno-terapeutycznych powinny przestrzegać przed zastosowaniem antybiotykoterapii w schorzeniach, które u dorosłych z wysokim prawdopodobieństwem mają etiologię wyłącznie wirusową tj. w chorobie przebiegniowej z odczynem zatokowym w pierwszych 5–7 dniach i w ostrym zapaleniu oskrzeli. Natomiast konieczne jest opracowanie użytecznych zaleceń leczenia objawowego przede wszystkim przeciwbólowego i przeciwgorączkowego, a także zasad odpowiedniej pielęgnacji, w tym nawodnienia, żywienia i tlenoterapii. W zakażeniach dróg oddechowych, które zaczynają się jako wirusowy nieżyt dróg oddechowych tj. ostrym zapaleniu ucha środkowego i w znacznie częstszym ostrym zapaleniu zatok przynosowych nowe Rekomendacje antybiotykoterapii powinny wyznaczyć precyzyjnie granice czasowe strategii opóźniającej zastosowanie antybiotyku czyli „czujnego wyczekiwania” przy jednoczesnym zastosowaniu skutecznej analgezji i leczenia przeciwgorączkowego. Narastanie oporności pneumokoka i pałeczki hemofilnej obserwowane w ciągu ostatnich kilku lat wymaga wypracowania nowej strategii leczenia ostrych zakażeń dróg oddechowych polegającej na dalszym zwiększaniu dawek antybiotyków betalaktamowych przy jednoczesnym zmniejszeniu częstości podawania antybiotyku a także skróceniu czasu antybiotykoterapii tam, gdzie jest to możliwe. W lekkim i średnio ciężkim pozaszpitalnym zapaleniu płuc u dorosłych strategia postępowania powinna polegać na zastosowaniu antybiotyku w celu eradykacji pneumokoka, także opornego na penicylinę, jako najczęstszej domniemanej przyczyny.

Amoksyacylina w dużej dawce tj. 1500–2000 mg co 12 g spełnia wszystkie wymagania jako leczenia początkowego przez 5–7 dni. W razie braku wyraźnej poprawy ale przy nadal dość dobrym stanie ogólnym należy dołączyć makrolid. W leczeniu szpitalnym cięższych postaci należy od razu zastosować betalaktam z makrolidem. Ampicylina w dużej dawce 1000–1500 mg co 6 g jest skutecznym eradykatorem opornych pneumokoków; po uzyskaniu poprawy leczenie można kontynuować doustną amoksyacyliną, co pozwala skrócić okres hospitalizacji. W leczeniu skorygowanym tzn. osób często leczonych antybiotykami, u których udział nie tylko opornych pneumokoków ale i pałeczek hemofilnych produkujących betalaktamazy jest wysoce prawdopodobny amoksyacylina w dużej dawce tj. do 2000 g z małą dawką kwasu klawulonowego jest właściwym leczeniem. Modyfikacji powinno ulec postępowanie w alergii na antybiotyki betalaktamowe polegającej na możliwości zastosowania cefalosporyn w alergii nienatychmiaszowej na penicyliny i ograniczeniu wskazań do zastosowania makrolidów do przypadków alergii natychmiaszowej.

Summary:

New data on antibiotic susceptibility of common respiratory pathogens in Poland should modify the current Polish guidelines for the antibiotic therapy known as Rekomendacje 2003 prepared by Polish Antibioticotherapy Group under direction of Professor Waleria Hryniewicz. The new Rekomendacje should be prepared according to recent recognized principles of preparation and presentation of the diagnostic and therapeutic guidelines. In the viral infections as common cold or acute bronchitis antibiotic therapy should be rejected and the principles of the effective symptomatic treatment and care should be presented. In the acute otitis media and the acute rhinosinusitis, which are initiated as viral nasopharyngeal infections the “watchful waiting” strategy of delayed antibioticotherapy should be precisely featured. The increase of *Streptococcus pneumoniae* and *Haemophilus influenzae* antibiotic resistance requires increase of betalactam antibiotic single dose and daily dose which overcome resistance and simultaneously allow to decrease frequency of daily antibiotic application and to shorten duration of therapy. In the mild and moderately severe community acquired pneumonia (CAP) treated in the outpatient clinic high dose of amoxicillin 1500–2000 mg q12h is an appropriate treatment for presumed CAP caused with resistant pneumococci. In case of unsatisfactory improvement macrolide should be added. In more severe hospitalized CAP betalactam plus macrolide should be the initial treatment. For parenteral therapy ampicillin 1000–1500 q6h continued after improvement with oral amoxicillin may shorten duration of hospitalization. Corrected antibiotic therapy for person who were treated with antibiotics frequently and have betalactamase positive *Haemophilus influenzae* possible etiology, high dose of amoxicillin (2000 mg) plus low dose clavulonic acid is an appropriate treatment. The principles of antibiotic substitution in case of allergy for betalactams should be modified. In case of non immediate allergy for penicillin cephalosporins are an appropriate substitute. Macrolides are indicated only in case of immediate allergy.