

Амоксициклaв®

Амоксицилін + Клавуланова кислота



ТАБЛЕТКИ,
ЩО ДИСПЕРГУЮТЬСЯ



ДИТЯЧА ФОРМА



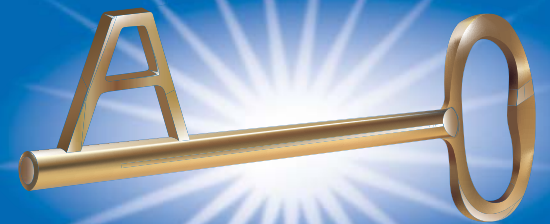
ТАБЛЕТКИ, ВКРИТІ
ПЛІВКОВОЮ ОБОЛОНКОЮ



ДЛЯ В/В ІН'ЄКЦІЙ



СТВОРЕНИЙ ДЛЯ ЛІКАРЯ,
СТВОРЕНИЙ ДЛЯ ПАЦІЄНТА!



Антибіотикотерапія та профілактика респіраторних інфекцій в амбулаторних умовах: що, де, коли

Серед заходів, що відбулися в рамках конференції для лікарів загальної практики – сімейної медицини «Терапія 2015: досягнення та перспективи» (м. Вінниця, 18-19 березня), особливу увагу учасників привернули доповіді, організовані за підтримки фармацевтичної компанії Sandoz. І це цілком зрозуміло, адже в них розглядалися досить болючі для представників первинної ланки охорони здоров'я питання, як-от: коли слід призначати антибіотики пацієнтам із інфекціями дихальних шляхів в амбулаторних умовах; які режими антибіотикотерапії (АБТ) пропонують узгоджувальні документи і чи можливе використання АБТ з профілактичною метою та ін.

Негоспітальна пневмонія



Особливості амбулаторного лікування негоспітальної пневмонії (НП) відповідно до вітчизняних узгоджувальних документів (яких, до речі, в історії незалежної України було лише 4 – 1999, 2003, 2007 та 2013 рр.) проаналізував **завідувач відділу неспецифічних захворювань легень ДУ «Національний інститут фізіотерії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України», доктор медичних наук, професор Олександр Ярославович Дзюблик.**

Він зазначив, що в розвинених державах терапія НП майже у 80% випадків здійснюється в амбулаторних умовах, натомість у нашій країні досі розповсюджена тактика стаціонарного лікування не за медичними, а за соціальними показниками. На сучасному етапі фундаментом лікування НП є АБТ, спрямована на ерадикацію збудника («мертві бактерії не мутують»). В амбулаторних умовах лікування має певні особливості:

- застосування пероральних препаратів за ефективністю зрівняне з використанням парентеральних форм;
- можливе використання монотерапії (в стаціонарі застосовують комбінації антибіотиків);
- рівноцінними є засоби з бактерицидною та бактеріостатичною дією.

Тактика АБТ в амбулаторних умовах є оптимальною для хворих на НП, які відносяться до I та II клінічних груп. У I групі (з легким перебігом без факторів ризику) як стартове лікування призначають перорально амоксицилін (якщо успіху не досягнуто, цей препарат замінюють на макролід, доксицилін чи респіраторний фторхінолон) або макролід (альтернатива – амінопеніцилін або респіраторний фторхінолон).

У хворих II групи (із супутньою патологією або з епізодом застосування антибіотиків у попередні 3 міс) першою лінією є захищені амінопеніциліни (наприклад, можна використовувати Амоксиклав® компанії Sandoz) або цефуроксим аксетил перорально, другою – приєднання макроліду, перехід на монотерапію респіраторним фторхінолоном або парентеральне введення цефтріаксону.

Особливу увагу професор О.Я. Дзюблик приділив перевагам класу макролідів (широкому спектру активності, здатності діяти всередині клітин, хорошему профілю безпеки, тривалому досвіду застосування, неантибактеріальним ефектам – протизапальному й імуномодулюючому), зазначивши, що їм властиві і недоліки, як-от: бактеріостатична дія та помірна активність щодо гемофільної палички (за винятком азитроміцину), низькі концентрації в сироватці крові (що унеможливає їх застосування в разі бактеріємії).

Одним з оптимальних представників класу макролідів залишається напівсинтетичний 15-членний препарат азитроміцин, що відрізняється:

- покращеною фармакокінетикою;
- концентраційно-залежною фармакодинамікою;
- широким спектром дії (охоплює атипів збудники; найбільш активний серед макролідів щодо впливу на гемофільну паличку; має помірну активність щодо Streptococcus pneumoniae);
- здатністю створювати високі концентрації в тканинах легень (на 30% перевищують такі в здорових тканинах) та низьким рівнем у крові;
- тривалим періодом напіввиведення, що дозволяє призначати його 1 р/день короткими (3-5-денними) курсами;
- досить високою кислотостійкістю (у 300 разів більша порівняно з такою еритроміцину).

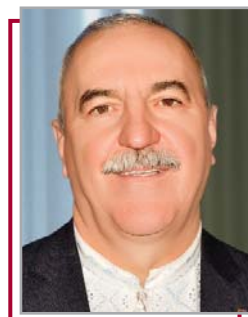
«Звичайно, оптимальною тактикою є використання оригінальних молекул та високоякісних і безпечних генериків, до яких, зокрема, належить азитроміцин виробництва компанії Sandoz – Азитро САНДОЗ®, – резюмував доповідач. – Наявність різних лікарських форм препарату (таблеток 250 і 500 мг, суспензії) забезпечує індивідуалізацію та зручність терапії як у дорослих, так і в дітей».

Важливе місце в амбулаторному лікуванні НП посідає цефалоспорин II покоління цефуроксим аксетил, активний відносно S. pneumoniae та стійкий до дії β-лактамаз завдяки наявності оксим-групи. Професор О.Я. Дзюблик порадив

колегам звернути увагу на якісний генерик цефуроксиму аксетилу Цефуроксим САНДОЗ.

Також він зазначив, що не рекомендуються до застосування у хворих на НП муколітики, вітаміни, біогенні стимулятори, протикашльові й антигістамінні засоби, імуномодулятори (за винятком гранулоцитарного колонієстимулюючого фактору та IgG для внутрішньовенного введення), бронходилататори й інгаляційні глюкокортикоїди, і закликав клініцистів орієнтуватися при виборі в тому числі й на власний практичний досвід: «На жаль, узгоджувальні документи – це не кулінарна книга. Вони не можуть охопити кожен клінічний ситуацію і дати відповіді на всі питання».

Гострий тонзиліт



Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України за спеціальністю «Оториноларингологія» та завідувач кафедри оториноларингології, офтальмології з курсом хірургії голови і шиї Івано-Франківського національного медичного університету, доктор медичних наук, професор Василь Іванович Попович зосередив увагу на принципах ведення пацієнтів з гострим тонзилітом (ГТ), оскільки ця когорта хворих із рівним ступенем вірогідності може звернутися за допомогою як до профільного фахівця, так і до сімейного лікаря, терапевта чи педіатра.

Згідно з даними компанії «Моріон» (2014), ГТ (за застарілою класифікацією – ангіна) посідає 3-тє місце в структурі найбільш частих діагнозів у ЛОР-практиці. Виділяють два варіанти патології: вірусіндукований (гострий або загострення хронічного процесу внаслідок ГРВІ з катаральними явищами) та зумовлений бактеріями (гострий стрептококовий тонзиліт), що асоціюються з принципово різними підходами до призначення АБТ. Вірусіндукований процес, що уражає поверхневі шари епітелію мигдаликів, характеризується виділеннями з носової порожнини, гіперемією задньої стінки глотки, осиплістю голосу, кон'юнктивітом, появою кашлю, нетривалим анамнезом, тривається як вірусний тонзилофарингіт та не потребує застосування АБТ (ні з лікувальною, ні з профілактичною метою задля попередження приєднання бактеріальної інфекції).

ГТ бактеріальної етіології (лакунарний і фолікулярний) являє собою паренхіматозне ураження піднебінних мигдаликів, що майже в 100% випадків викликане β-гемолітичним стрептококом групи А (БГСА). Захворювання має тяжкий перебіг і супроводжується вираженим інтоксикаційним синдромом. ГТ, зумовлений БГСА, є абсолютним показанням до використання АБТ. Її основною метою є досягнення ерадикації збудника, що забезпечує максимальну клінічну ефективність за мінімального ризику селекції резистентних штамів. Якщо її не досягнуто, зростає ризик появи в патогенів стійкості до антибіотиків («те, що нас не вбиває, робить нас сильнішим») в окремого хворого, а згодом – і на рівні популяції. Враховуючи високу чутливість БГСА до β-лактамів, саме вони є препаратами вибору для емпіричного лікування ГТ бактеріальної етіології (відповідно до наказу МОЗ України від 24.03.2009 р. № 181 у якості першої лінії рекомендуються пеніциліни).

Професор В.І. Попович зазначив, що оптимальним для пацієнтів з епізодичними бактеріальними ГТ є амоксицилін, зокрема Оспамокс (Sandoz): «Це той рідкісний випадок, коли застосування незахищених пеніцилінів для лікування інфекцій верхніх дихальних шляхів є успішним. У разі алергічних реакцій та за наявності інших причин, що обмежують використання пеніцилінів (ризик виділення стійких штамів, хронічне носійство БГСА та ін.), можуть призначатися цефалоспорины, наприклад Цефуроксим САНДОЗ®. Терапія макролідами (зокрема, Азитро САНДОЗ) виправдана лише в разі протипоказань до застосування пеніцилінів та цефалоспоринов, оскільки має вагомий недолік – не забезпечує профілактики ревматичних ускладнень».

Також доповідач наголосив на раціональності призначення пероральної стартової терапії (парентеральне введення допускається лише при порушенні ковтання, всмоктування в шлунково-кишковому тракті, розладах свідомості) та дотримання чіткої етапності в разі ступеневої терапії (слід

надавати перевагу засобам, які мають пероральну і парентеральну форми).

За його словами, у найближчі 1,5-2 роки буде розроблено та впроваджено у вітчизняну клінічну практику уніфіковані протоколи лікування інфекцій верхніх дихальних шляхів – роботу щодо їх створення розпочала міждисциплінарна комісія МОЗ України.

ХОЗЛ



Завідувач кафедри пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, доктор медичних наук, професор Юрій Михайлович Мостовий зупинився на можливостях профілактики та лікування інфекційних загострень хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ), що в переважній більшості (80%) випадків можливі в амбулаторних умовах.

Епізоди загострення ХОЗЛ є критичними, оскільки не лише проявляються збільшенням вираженості задишки, кашлю, появою гнійного мокротиння, явищ інтоксикації, а й здатні спровокувати декомпенсацію коморбідних станів (артеріальної гіпертензії, ішемічної хвороби серця, цукрового діабету та ін.), тому реакція лікаря на появу респіраторних симптомів повинна бути миттєвою.

Основною причиною інфекційних загострень ХОЗЛ є Haemophilus influenzae (41-52% випадків), S. pneumoniae (7-17%), Moraxella catarrhalis (10-13%), що слід урахувати під час вибору АБТ. Важливо й те, що патогени реалізують бронхообструктивні ефекти: гемофільна паличка здатна стимулювати секрецію муцину, пневмокок – руйнувати миготливий епітелій та провокувати дискінезію війок, мораксела – призводить до руйнування базофілів, еозинофілів, мастоцитів, що супроводжується виділенням медіаторів запалення.

У разі тяжких загострень ХОЗЛ (за наявності тахіпное, тахікардії, нестабільності гемодинаміки) призначають оксигенотерапію в умовах стаціонару. На тлі легких та середньої тяжкості загострень можливе лікування в амбулаторних умовах: застосовується небулайзерна терапія (як правило, комбінацією холінолітика короткої дії та β₂-агоніста короткої дії), за відсутності ефекту від її застосування протягом доби призначаються системні кортикостероїди (курсом 3-5 днів). Що стосується використання АБТ, при легких загостреннях перевагу слід надавати β-лактамам (пеніцилінам, амоксициліну, ампіциліну) та тетрацикліну (вживання триметоприму/сульфаметоксазолу не рекомендується); при загостреннях середньої тяжкості – захищеним β-лактамам (амоксициліну/клавуланату, наприклад Амоксиклав® компанії Sandoz), тяжких епізодах і ризику виділення синьогнійної палички – фторхінолонам.

Професор Ю.М. Мостовий підкреслив, що попередити загострення ХОЗЛ можливо за допомогою протигрипозної вакцинації (окрім цього, імунізація зменшує тяжкість інфекцій нижніх дихальних шляхів, що вимагають госпіталізації, та знижує рівень смертності серед пацієнтів із ХОЗЛ); пневмокової вакцинації (рекомендується хворим віком від 65 років та пацієнтам молодшого віку з кардіоваскулярною патологією) та застосування імунотерапії, профілактична ефективність якої нині активно досліджується. Дані досліджень свідчать про зменшення ймовірності важких респіраторних подій, що потребують госпіталізації, на тлі призначення імуномодуляторів та імуностимуляторів. Бронхо-мунал® (Sandoz) містить лізати 21 штаму 8 основних збудників інфекцій дихальних шляхів: S. pneumoniae, H. influenzae, Klebsiella pneumoniae, K. ozaenae, Staphylococcus aureus, S. viridans, S. pyogenes, M. catarrhalis. Він забезпечує неспецифічну і специфічну відповідь імунної системи, реалізуючи такі ефекти, як:

- ✓ стимуляція альвеолярних макрофагів, активація викиду протизапальних цитокінів;
- ✓ збільшення числа циркулюючих Т-лімфоцитів;
- ✓ активація периферичних моноцитів;
- ✓ підвищення концентрації секреторного IgA на слизових оболонках дихального і травного трактів;
- ✓ стимуляція продукції захисних адгезивних молекул;
- ✓ зниження вмісту IgE в крові.

З метою профілактики Бронхо-мунал® призначають по 1 капсулі вранці натще 1 раз на добу протягом 10 днів 3 місяці поспіль. Перерва між прийомами препарату має становити 20 днів. У якості терапії Бронхо-мунал® призначають по 1 капсулі вранці натще 1 раз на добу протягом 10-30 днів з подальшим прийомом ще 2 курсів препарату по 10 днів у наступні 2 місяці. Перерва між прийомами препарату має становити 20 днів.

Підготувала **Ольга Радучич**

4-07-АИГ-РЕЦ-0315

