



Bionorica®

Нежить? Синусит? Синупрет®



усуває нежить¹



полегшує носове дихання²



запобігає ускладненням³

Розкриваючи силу рослин

Синупрет® сироп. Показання для застосування: гострі та хронічні запальні захворювання придаткових пазух носа. **Спосіб застосування та дози:** діти віком від 2 до 5 років - 3 рази по 2,1 мл; діти віком від 6 до 11 років - 3 рази по 3,5 мл; дорослі та діти від 12 років - 3 рази по 7 мл. **Протипоказання:** Підвищення індивідуальна чутливість до компонентів препарату. **Особливості застосування:** При дотриманні режиму дозування і під лікарським контролем препарат можна застосовувати у період вагітності та годування груддю. **Побічні ефекти:** інколи спостерігаються шлунково-кишкові розлади, реакції підвищеної чутливості шкіри та алергії.

1. Сучасна фармакотерапія простудних захворювань і їх найбільш частих ускладнень (Ю.Мітін, Л.Криничко) «Здоров'я України» № 8 (141) 2006.
2. Сучасна фармакотерапія простудних захворювань і їх найбільш частих ускладнень (Ю.Мітін, Л.Криничко) «Здоров'я України» № 8 (141) 2006.
3. Препарат Синупрет в лікуванні і профілактиці ускладнень гострої респіраторної інфекції у дітей (Е. Шахова) РМЗ, 2011, № 5, Medical Nature № 4 (12) 2012 стр. 19-23; Доцільність застосування фітопрепарату Синупрет при лікуванні гострих респіраторних вірусних інфекцій у дітей (С.Ключніков), Medical Nature № 4 (12) 2012 стр 24-26.

Синупрет® сироп: Р.П. №UA/4373/03/01 від 24.07.15.

ТОВ «Біонорика», 02095, м. Київ, вул. Княжий Затон, 9, тел.: (044) 521-86-00, факс: (044) 521-86-01, e-mail: info@bionorica.ua.

Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів у галузі охорони здоров'я.



корінь
генціани



квітки
бузини



квіти первоцвіту
з чашечкою



трава
вербени



трава
щавлю

Можливості фітонірингової терапії у стримуванні антибіотикорезистентності

На прикладі гострого риносинуситу у дітей

19 вересня 2018 року у рамках XX Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання педіатрії», добре відомої лікарям як Сідельниковські читання, відбувся круглий стіл, під час якого провідні вітчизняні експерти у галузі педіатрії, дитячої оториноларингології, інфектології та клінічної фармакології детально обговорили теоретичні та практичні аспекти глобальних проблем сучасності – раціональної антибіотикотерапії та антибіотикорезистентності. Саме ці дві проблеми можна порівняти з міфічними Сциллою та Харибдою, адже безпомилково оцінити наявність показань для призначення антибіотиків кожному конкретному пацієнту – це справжня майстерність лікаря. Про те, як саме це може зробити педіатр у своїй клінічній практиці, читайте у бліц-інтерв'ю, яке нашому кореспонденту люб'язно надали учасники круглого столу.



Завідувач кафедри терапії Харківської медичної академії післядипломної освіти, доктор медичних наук, професор Ігор Геннадійович Березняков.

? Шановний Ігоре Геннадійовичу, якою є ситуація щодо поширеності антибіотикорезистентності основних збудників респіраторних інфекцій, у тому числі ГРС, в Україні та світі?

— Всесвітня поширеність резистентності основних збудників інфекцій до антибіотиків є однією з найважливіших проблем сучасності. Для розуміння проблеми доцільно розрізняти антибіотикорезистентність збудників негоспітальних і нозокоміальних (тобто госпітальних) інфекцій. В останньому випадку дані, отримані в тому чи іншому лікувальному закладі, або навіть у відділенні, стосуються лише цього закладу або відділення. В іншому закладі чи відділенні дані щодо мікробіологічного пейзажу та антибіотикорезистентності будуть, скоріш за все, істотно відрізнятися. Саме в лікувальних закладах антибіотики використовують найчастіше. Це перетворює лікарні в резервуари, в яких містяться найбільш резистентні бактерії.

Ситуація з антибіотикорезистентністю збудників негоспітальних інфекцій не така загрозлива, але з плином часу погіршується. У різних країнах вона відрізняється, і ми маємо орієнтуватися на результати досліджень, виконаних в Україні. Найчастішими збудниками нетяжких негоспітальних інфекцій дихальних шляхів, у тому числі ГРС, є пневмококи та гемофільна паличка. Згідно з критеріями Інституту клінічних та лабораторних стандартів (CLSI, США), чутливість пневмококів до β-лактамних препаратів в Україні залишається високою. Зокрема, для амоксициліну цей показник становить 97%. На жаль, чутливість пневмококів до макролідів знижується і нині до азитроміцину та кларитроміцину становить 84%, хоча ще 9 років тому сягала 94-96%. Так само знижується і чутливість гемофільної палички. Сьогодні 8,3% цих бактерій нечутливі до ампіциліну, причому у 7,3% резистентність зумовлена продукцією β-лактамаз.

Слід додати, що збільшення на кілька відсотків частки резистентних штамів не впливає на клінічну ефективність антибіотиків, які призначають емпірично (тобто без ідентифікації збудника і визначення його чутливості до антибактеріальних препаратів). Але коли поширеність антибіотикорезистентності перевищує умовний поріг, стрімко зростає частота клінічних невдач лікування: подовжується клінічний перебіг хвороби, з'являються ускладнення, хворий може померти. Наприклад, для пневмококових інфекцій цей поріг дорівнює 20-30%. Якщо нинішні тенденції зростання поширеності антибіотикорезистентності не зміняться, через деякий час ми будемо змушені відмовитися від емпіричного застосування макролідів.

? Окресліть, будь ласка, основні положення глобальної стратегії стримування антибіотикорезистентності. Що робить громадська організація «Українська асоціація за доцільне використання антибіотиків» у цьому напрямі?

— Існує декілька напрямів стримування поширення антибіотикорезистентності. Головним із них є раціональне

застосування антибіотиків, які потрібно використовувати лише при бактеріальних інфекціях за наявності абсолютних показань. Слід розуміти, що резистентні штами з'являються і в тому разі, коли антибіотики застосовували розумно. Якщо мета — вилікувати хворого — була досягнута, ми змушені миритися з появою резистентних штамів. Але якщо показань для призначення антибіотиків немає (як, наприклад, при вірусних інфекціях дихальних шляхів), застосування цих препаратів призводить до неконтрольованого поширення антибіотикорезистентності, підвищення вартості лікування, зростання кількості небажаних лікарських явищ.

Серед інших напрямів роботи можна виокремити дотримання гігієнічних та епідеміологічних принципів, застосування альтернативних антибіотикам технологій тощо.

Громадська організація «Українська асоціація за доцільне використання антибіотиків» також робить свій внесок у боротьбу з поширенням антибіотикорезистентності. У різні роки ми брали участь у виданні спеціалізованих медичних журналів («Клінічна антибіотикотерапія», «Хвороби і антибіотики»), проводили фармако-епідеміологічні та клінічні дослідження («Фармакотерапія негоспітальних пневмоній та загострень хронічного бронхіту в амбулаторних умовах», «Антибіотики в домашніх аптечках», «Мікробіологічні дослідження в багатопрофільних лікарнях з точки зору клінічної та економічної доцільності»), опитували лікарів стосовно уявлень про ступінчасту терапію, діагностику та лікування гострого бронхіту тощо. Найбільш успішним проектом є організація шкіл із раціонального застосування антибіотиків у різних містах України. Цього року заплановано проведення 8 таких шкіл, дві з яких вже відбулися в Одесі та Херсоні.

? Яку роль у стримуванні антибіотикорезистентності потенційно можуть відіграти альтернативні лікувальні стратегії (зокрема, ширше застосування фітонірингових або інших препаратів) у тих випадках ГРС, коли призначення антибіотиків не є абсолютно показаним?

— Взагалі альтернативні антибіотикам технології можна розділити на замісні, коли речовина, продукт або технологія не класифікуються як традиційні антибіотики, але вирішують ті самі завдання (тобто знищують чи пригнічують ріст бактерій), та комплементарні, котрі використовуються разом з антибіотиками та істотно впливають на обсяги ринку окремих антибактеріальних засобів. До альтернативних технологій належать вакцинація, використання бактеріофагів, пробіотиків тощо.

Рослинні лікарські засоби, зокрема фітонірингові препарати, здатні відіграти важливу роль у стримуванні поширення антибіотикорезистентності. Вони здатні прийти на допомогу у разі:

- 1) нетяжких вірусних і вірусно-бактеріальних інфекцій, які схильні до саморозрішення;
- 2) профілактики інфекцій (і подальшого застосування антибіотиків);
- 3) можливо, у майбутньому, разом з антибіотиками — для лікування інфекцій, які викликані мультирезистентними збудниками.

Наприклад, при ГРС показаннями для застосування антибіотиків є тяжкий стан хворого (за оцінкою лікаря), «друга хвиля» хвороби та відсутність позитивної динаміки протягом 7-10 днів у разі лікування без антибіотиків.

В усіх інших випадках можна і потрібно використовувати рослинні лікарські засоби. Найбільшу доказову базу сьогодні мають фітонірингові препарати BNO 1010 та BNO 1016, відомі нам за торговою назвою Синупрет®. Слід додати, що рекомендації щодо використання препаратів лінійки Синупрет при ГРС містить чинний Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гострий риносинусит», затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 11.02.2016 № 85.



Завідувач кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації Національного фармацевтичного університету (м. Харків), доктор медичних наук, професор Ігор Альбертович Зупанець.

? Шановний Ігоре Альбертовичу, як Ви вважаєте з позиції клінічного фармаколога, чи є у фітонірингових препаратів реальний потенціал у стримуванні поширення антибіотикорезистентності?

— Безперечно, фітонірингові препарати мають величезний потенціал у стримуванні антибіотикорезистентності, що зумовлено низкою факторів.

1. Фітонірингові препарати у багатьох клінічних ситуаціях можуть не тільки знизити потребу в антибіотиках у схемах комбінованої терапії, а в деяких випадках взагалі відмовитися від їх використання завдяки прямій антибактеріальній дії цих препаратів або профілактиці вторинного інфікування при переході гострих вірусних уражень дихальних шляхів у хронічні бактеріальні ураження.

Типовим представником фітонірингових препаратів є Синупрет®, який містить комплекс біологічно активних речовин та чинить протівірусну, протизапальну, секретолітичну та антибактеріальну дію. Ефективність препарату Синупрет®, якщо його застосовувати на початковій стадії гострого вірусного риносинуситу, не поступається ефективності комплексного лікування: запобігає хронізації патологічного процесу, розвитку бактеріального ураження, а отже, знижує потребу в антибіотиках. А це, у свою чергу, стримує поширення антибіотикорезистентності.

2. До фітонірингових препаратів резистентність мікроорганізмів не розвивається, оскільки вони чинять комплексний вплив за різними механізмами антибактеріальної дії. Цей вплив, як правило, є неспецифічним, що посилює загальні захисні імунні реакції організму, тому формування стійкості патогенів до них є неможливою.

3. Фітонірингові препарати мають високий профіль безпеки, що значно розширює можливості їх застосування, у тому числі у декретованих груп пацієнтів. Ці препарати природного походження — і, відповідно,

Продовження на стор. 4.

Можливості фітонірингової терапії у стримуванні антибіотикорезистентності

На прикладі гострого риносинуситу у дітей

Продовження. Початок на стор. 3.

діючі речовини, які вони містять у своєму складі, споріднені з біологічно активними речовинами організму людини. Крім цього, ці лікарські засоби мають оригінальне виробництво, стандартизований склад та велику доказову базу. За складністю фармацевтичної розробки та вимогами до реєстрації фітонірингові препарати не поступаються найбільш сучасним синтетичним засобам.

4. Фітонірингові препарати є дуже зручними у застосуванні, оскільки випускаються у кількох лікарських формах, призначених для різних груп пацієнтів: дорослих, дітей, осіб похилого віку та ін. Це значно спрощує дозування цих засобів. Наприклад, препарат Синупрет® випускається, крім таблетованої, ще у формі крапель та сиропу, які можна застосовувати у дітей з 2 років, таблетки — з 6 років, Синупрет® форте та Синупрет® екстракт — з 12 років.

? Чи встановлено антибактеріальні властивості фітонірингових препаратів (зокрема, препарату Синупрет®) у ході відповідних фармакологічних досліджень *in vitro* та *in vivo*? Розкажіть, будь ласка, про їх результати та значення для клінічної практики.

— Антибактеріальні властивості препарату Синупрет® доведено як у доклінічних дослідженнях *in vitro*, так і в дослідженнях *in vivo*.

За результатами досліджень *in vitro* Синупрет® чинить антибактеріальну дію відносно широкого спектра бактеріальних патогенів, які спричиняють респіраторні захворювання. При цьому найвищу чутливість до його дії мають *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, а також *Haemophilus influenzae*, які є найбільш поширеними збудниками бактеріальних синуситів. Їх активність Синупрет® пригнічував у мінімальних бактерицидних концентраціях. Окрім того, у подальших дослідженнях Синупрет® продемонстрував високу ефективність при експериментальному бактеріальному синуситі у кролів, знижуючи показники бактеріального ураження та покращуючи стан слизових оболонок носової порожнини та приносних пазух.

Доведено не тільки антибактеріальну, а й протівірусну активність препарату Синупрет® відносно основних збудників ГРВІ (ГВРС), яка має дозозалежний характер і з підвищенням дози препарату не поступається активності синтетичного протівірусного засобу римантадину. Згідно з сучасними уявленнями, вагомим доповненням опосередкованої антимікробної дії препарату є його виражені секретолітичний та протизапальний ефекти. На тлі застосування препарату Синупрет® завдяки відновленню мукоциліарного транспорту зменшується час контакту патогенів зі слизовою оболонкою, що запобігає адгезії вірусів, бактерій та сприяє їх елімінації. До речі, на думку багатьох компетентних науковців, саме наявність у протимікробних препаратів антиадгезивних властивостей є визначальною не лише для їх специфічної дії, а й для стримування розвитку антибіотикорезистентності.

Важливою перевагою препарату порівняно з іншими засобами антимікробної дії є відсутність впливу на сапрофітну мікрофлору кишечника та низький ризик формування резистентності патогенних мікроорганізмів. При одночасному застосуванні Синупрет® потенціює дію інших антибактеріальних препаратів, що забезпечує більш стабільний результат етіотропної терапії риносинуситу бактеріальної етіології, пришвидшує одужання, запобігає рецидивам захворювання.

Значення для клінічної практики отриманих у ході досліджень результатів складно переоцінити, оскільки вони дозволили широко та з високою ефективністю застосовувати Синупрет® не тільки у схемах комплексного лікування риносинуситів, а й у схемах монотерапії у багатьох клінічних ситуаціях. Це знижує потребу в антибактеріальних засобах при лікуванні цієї патології, а отже, сприяє стримуванню антибіотикорезистентності.



Професор кафедри педіатрії № 2 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, заслужений лікар України, доктор медичних наук, професор Сергій Петрович Кривопустов.

? Шановний Сергію Петровичу, в якому випадку педіатр чи лікар загальної практики може встановити дитині клінічний діагноз «гострий риносинусит»?

— Педіатр та сімейний лікар часто стикаються з респіраторними захворюваннями у дітей. Розглянемо конкретний приклад поширеної клінічної ситуації.

Дівчинка Л., 5 років. Захворіла 2 дні тому, коли з'явилася лихоманка до 38,8 °С. Під час огляду педіатра: аксильна температура тіла 37,6 °С. Помірна закладеність носа, двосторонні прозорі виділення. Нечастий кашель протягом дня та ночі. Лімфатичні вузли ший не збільшені. Висипу немає. При орофарингоскопії спостерігається стикання виділень по задній стінці глотки на тлі гіперемії слизової оболонки. Над легень перкуторно та аускультативно без змін.

Для того щоб встановити діагноз, слід використати сучасний Уніфікований клінічний протокол «Гострий риносинусит», затверджений наказом МОЗ України від 11.02.2016 № 85, що ґрунтується на даних доказової медицини та міжнародних рекомендаціях. Так, відповідно до цього протоколу у дитини достатньо клінічних даних для встановлення діагнозу гострого риносинуситу (ГРС): у неї наявні такі симптоми, як закладеність/обструкція носа, виділення з носа та кашель. Взагалі у світі широко використовують термін «вірусний риносинусит», і це аргументовано, тому що слизова оболонка носа і приносних пазух є продовженням одна одної. Додатково доцільно було б з'ясувати, чи є болючість при пальпації та перкусії у проекції параназальних пазух, у точках виходу п. supraorbitalis та п. infraorbitalis.

Після цього потрібно диференціювати гострий вірусний риносинусит та поствірусний риносинусит. У дитини тривалість захворювання — <5 днів, отже, це гострий вірусний риносинусит. Згідно із зазначеним протоколом, при гострому вірусному риносинуситі тривалість симптомів становить <10 днів, а для гострого поствірусного риносинуситу характерне посилення симптомів після 5-го дня захворювання або збереження симптомів >10 днів.

? Сергію Петровичу, яке лікування згідно із сучасними рекомендаціями потрібно призначити цій дитині та яким чином слід вирішувати питання про доцільність антибіотикотерапії?

— У лікуванні гострого вірусного риносинуситу антибіотики не використовують, і це не викликає сумнівів. У його етіології домінують *Rhinovirus*, *Respiratory syncytial virus*, *Adenovirus*, *Influenza virus*, *Parainfluenza virus*, *Enterovirus* та інші віруси. Патогенетично вірусна інфекція запускає запальний процес, розвивається набряк слизової оболонки носа, який зумовлює дисфункцію сливусть приносних пазух, підвищується в'язкість секрету, знижується ефективність мукоциліарного транспорту.

Що стосується схеми лікування ГРС, ми використовуємо зазначений вище уніфікований клінічний протокол, який повністю узгоджується з Європейським консенсусним документом EPOS (2012). Так, як її складові розглядають анагетіки, зрошування носа сольовим розчином, деконгестанти та фітотерапію. У цьому конкретному випадку немає показань для застосування

парацетамолу або ібупрофену з огляду на аксильну температуру тіла дитини під час огляду. Слід визначити доцільність призначення назальних деконгестантів, при цьому необхідно обов'язково оцінити співвідношення користь/ризик.

Цій дитині надано рекомендації щодо кімнатного режиму, харчування, адекватного вживання рідини, туалету порожнини носа, зволоження повітря у приміщенні, а також призначено Синупрет® по 15 крапель 3 р/добу перорально. У цьому конкретному випадку на час огляду педіатр не визначив показань для направлення дитини на консультацію ЛОР-лікаря.

Слід зазначити, що фітоніринговий препарат Синупрет®, який містить корінь горечавки (*Radix Gentianae*), квітки первоцвіту з чашечкою (*Flores Primulae cum Calycibus*), траву шавлю (*Herba Rumicis*), квітки бузини (*Flores Sambuci*), траву вербени (*Herba Verbenae*), має переконливу доказову базу. Препарат чинить комплексну протівірусну, протизапальну, секретолітичну, антибактеріальну та імуностимулювальну дію. У цьому конкретному випадку у лікуванні дитини з гострим вірусним риносинуситом на 3-й день від початку захворювання особливо важливе значення мають протівірусний та протизапальний ефекти препарату.

? Чи існують певні особливості лікування гострого вірусного риносинуситу у дітей різного віку?

— Так, такі особливості існують. Синупрет® не використовують у дітей віком до 2 років. У дітей віком 12 років або старше застосовують таку форму препарату, як Синупрет® екстракт (BNO 1016), по 1 таблетці 3 р/добу. У лікарській формі Синупрет® екстракт (BNO 1016) концентрація діючих речовин у 4 рази вища порівняно з Синупрет® форте. У разі його застосування це має важливе значення, так як протівірусний та протизапальний ефекти препарату є дозозалежними, про що свідчать результати досліджень (Glatthaar-Saalmüller et al., 2011; Rossi et al., 2012). Так, Jund та співавт. (2013) обґрунтовано довели, що пацієнти, які отримували Синупрет® екстракт, одужували у середньому на 3,8 дні швидше порівняно з пацієнтами із групи плацебо. У німецькому керівництві з лікування риносинуситів (2017) зазначено про можливість використання Синупрет® екстракт (BNO 1016) при гострому риносинуситі. І, головне, при гострому вірусному риносинуситі, без сумніву, немає показань для використання антибіотиків. Терапія антибіотиками показана лише при гострому бактеріальному риносинуситі, основними етіологічними чинниками якого є *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*.

? Чи може лікар-педіатр на своєму робочому місці щось зробити для вирішення такої глобальної проблеми, як антибіотикорезистентність?

— Так, антибіотикорезистентність є глобальною проблемою, що зумовлює необхідність у створенні системи національного моніторингу антибіотикорезистентності, національних рекомендацій з раціонального застосування антибіотиків у педіатрії та сімейній медицині та контролі їх дотримання. При цьому кожен лікар повинен у межах своєї компетенції долучатися до реалізації стратегії стримування антибіотикорезистентності на відповідному рівні. Насамперед не використовувати антибіотики у лікуванні дітей із гострими вірусними захворюваннями органів дихання — це має принципове значення з позицій запобігання нераціональному використанню антибіотиків при захворюваннях органів дихання та є практичним кроком у боротьбі зі стійкістю мікроорганізмів до протимікробних препаратів. На мою думку, обґрунтованим є призначення фітонірингових засобів, які мають доведену ефективність при гострому вірусному риносинуситі, гострому вірусному тонзилфарингіті, гострому бронхіті.



Завідувач кафедри оториноларингології та офтальмології з курсом хірургії голови та шиї Івано-Франківського національного медичного університету, доктор медичних наук, професор Василь Іванович Попович.

Шановний Василю Івановичу, розкрийте, будь ласка, з позиції провідного експерта у галузі дитячої оториноларингології основні підходи до лікування ГРС у дітей.

— Насамперед слід наголосити, що ГРС — це запальний процес, який охоплює слизову оболонку порожнини носа та приносних пазух, тобто великий за площею відділ респіраторної системи (50% площі поверхні тіла людини). Це основне концептуальне положення. Крім того, ще одне нове засадниче положення полягає в тому, що ГРС — це група захворювань, яка об'єднує три нозологічні одиниці: гострий вірусний, післявірусний та бактеріальний риносинусит. Звісно, ці захворювання мають подібні клінічні прояви, однак між ними існують принципові відмінності, які стосуються етіопатогенетичних механізмів формування, що було покладено в основу обґрунтування їх ідентифікації.

Чи можна надати чіткий перелік показань для обов'язкового призначення антибіотиків дитині з ГРС, а також охарактеризувати клінічні ситуації, в яких лікар може бути впевнений у відсутності необхідності застосовувати ці препарати?

— Показання для призначення антибіотиків визначає насамперед діагноз «гострий бактеріальний риносинусит» (ГБРС), який має специфічні діагностичні критерії. Тому, розглядаючи питання щодо застосування антибактеріальних препаратів, лікар має обов'язково враховувати наявність у пацієнта відповідних діагностичних критеріїв для встановлення діагнозу ГБРС. За їх відсутності у конкретного пацієнта діагноз може бути сформульовано як «гострий вірусний риносинусит» чи «післявірусний риносинусит», а отже, у цій клінічній ситуації немає показань для призначення антибіотиків. Таким чином, підставою для застосування антибактеріальних препаратів має бути тільки відповідний клінічний діагноз, а не наявність у пацієнта конкретного симптому. На жаль, не існує якогось одного патогномнічного визначального симптому, наявність якого була б прямим показанням для антимікробної терапії. Тому

діагноз ГБРС є комплексним, із відповідним набором діагностичних критеріїв, які визначають необхідність призначення антибіотиків.

Яка головна причина великої кількості необґрунтованих призначень антибіотиків при ГРС? Що Ви особисто можете зробити у напрямі стримування поширення антибіотикорезистентності?

— Головна причина необґрунтованого призначення антибіотиків — це насамперед дотримання застарілих догм і невизначеність діагнозу. Наприклад, наші лікарі досі використовують традиційний діагноз — «гостре респіраторне захворювання» чи «гостра респіраторна вірусна інфекція». Застарілі догми стверджують, що синусит — це ускладнення цих захворювань, тому обов'язково показані антибіотики. А загальний діагноз — ГРС: чи існує необхідність у застосуванні антибактеріальних препаратів? Ця невизначеність є причиною призначення антибіотиків у 64-72% випадків. Тільки діагноз бактеріального риносинуситу є підставою для терапії антибіотиками. Звісно, у клінічній практиці зустрічаються не тільки типові форми захворювання, а й різні клінічні ситуації, коли у лікаря можуть виникати сумніви стосовно вибору тактики лікування. Саме для таких складних випадків створена технологія відтермінованого призначення антибіотиків. Перевага цієї технології лікування порівняно зі стратегією відмови від антибіотиків полягає у тому, що вона передбачає можливість призначення антибактеріальних засобів тим пацієнтам, у яких згідно з оцінкою динаміки симптомів відсутні абсолютні показання для їх негайного призначення. Тому прихильність до такого лікування і лікарів, і пацієнтів може бути вищою порівняно з повною відмовою від застосування антибіотиків. Саме тому відтерміноване призначення антибіотиків є важливою лікувальною стратегією, спрямованою на скорочення кількості необґрунтованих призначень антибактеріальних засобів. Проте обов'язковою умовою використання цієї стратегії є застосування для лікування небактеріальних форм ГРС препаратів із доведеною ефективністю.

Які препарати, на Вашу думку, могли б допомогти лікарю не призначати антибіотики тим пацієнтам із ГРС, яким вони не показані?

— Звісно, препарати з доведеною ефективністю. Доказова медицина визначила перелік таких лікарських засобів, який представлений у відповідних клінічних рекомендаціях, зокрема, в Уніфікованому клінічному протоколі «Гострий риносинусит», затвердженому наказом МОЗ України від 11.02.2016 № 85. Однак важливо

розуміти, що немає ідеального препарату для лікування ГРС. Існують препарати з доведеною ефективністю при гострому вірусному, післявірусному чи бактеріальному риносинуситі. Зокрема, ефективність антибіотиків із високим рівнем доказовості доведено для лікування тільки ГБРС і з таким самим рівнем доказовості не доведено — для вірусного чи післявірусного риносинуситу.

Які практичні завдання дає можливість вирішити призначення при ГРС фітонірингових препаратів? Зокрема, чи можна розглядати фітотерапію як терапію вибору у стримуванні поширення антибіотикорезистентності основних бактеріальних збудників захворювання?

— Фітонірингові препарати з високим рівнем доказовості довели свою ефективність у лікуванні гострого вірусного та післявірусного риносинуситу. Переваги їх призначення полягають у тому, що ці препарати чинять комплексну дію на основні ланки складного патогенезу захворювання. Тому у складі патогенетично обґрунтованого лікування залежно від ступеня тяжкості захворювання фітонірингові препарати можна рекомендувати як альтернативу комплексу препаратів із моноспрямованою дією. Це є профілактикою медикаментозної поліпрагмазії, яка, до речі, також є одним із компонентів формування антибіотикорезистентності.

Враховуючи доведену ефективність при вірусному та післявірусному риносинуситі, фітонірингові препарати також можна рекомендувати для використання у технології відтермінованого призначення антибактеріальних препаратів. Натомість у пацієнтів із бактеріальним риносинуситом ці препарати розглядають як складову патогенетичного лікування. Справа в тому, що антибіотики — це препарати з необхідною, але вузькоспрямованою дією відносно тільки патогенних мікроорганізмів. Вони впливають тільки на етіологічний фактор ГБРС, при цьому патогенетичні чинники захворювання залишаються поза їх дією. Тому комбіноване застосування антибактеріальних та фітонірингових препаратів є цілком доцільним. Згідно з результатами клінічних досліджень, ефективність комбінованої терапії при ГБРС підвищується на 27% із застосуванням схеми антибіотик + фітоніринговий препарат порівняно з антибактеріальною монотерапією. А це є профілактикою антибіотикорезистентності основних бактеріальних збудників захворювання.



РЕЗОЛЮЦІЯ КРУГЛОГО СТОЛУ

XX Всеукраїнської науково-практичної конференції «Актуальні питання педіатрії» (Сідельниковські читання)

(19 вересня 2018 р., м. Харків)

Учасники Круглого столу повністю підтримують Глобальний план дій щодо боротьби зі стійкістю до протимікробних препаратів Всесвітньої організації охорони здоров'я та План дій з боротьби з антибіотикорезистентністю Європейської комісії.

Враховуючи поширення антибіотикорезистентності у світі та в Україні, нестачу нових класів антибіотиків, активних проти мультирезистентних збудників, зростання захворюваності на хвороби органів дихання та гнійно-запальні захворювання у дітей, нерідко — нераціональне використання антибіотиків лікарями при лікуванні дітей з гострими вірусними захворюваннями органів дихання, що спричиняє порушення екосистем дитячого організму, та на підставі колегіального розгляду стану проблеми росту антибактеріальної резистентності в Україні учасники засідання погодили такі кроки у межах своєї компетенції для стримування подальшого росту антибіотикорезистентності:

1. Впровадити в клінічну практику відповідальний і раціональний підхід до діагностики та фармакотерапії гострого риносинуситу, спираючись на чинні національні клінічні рекомендації, що ґрунтуються на засадах доказової медицини.

2. Обґрунтовано ширше використовувати у практиці лікарів, які надають медичну допомогу дітям, ліки, що створені на засадах фітонірингу та мають доведену ефективність при гострому риносинуситі, гострому вірусному тонзиллофарингіті, гострому бронхіті у дітей.

3. Впровадити в клінічну практику раціональний підхід до профілактики гострого риносинуситу, що ґрунтується на засадах доказової медицини. Підтримати проведення широкомасштабної кампанії з вакцинації дітей проти

грипу, пневмококової та гемофільної інфекції, а з метою неспецифічної профілактики рекурентних вірусних інфекцій органів дихання у дітей вживати профілактичні заходи з використанням фітонірингових препаратів.

4. Звернутися до профільних асоціацій — педіатрів, сімейних лікарів, отоларингологів — щодо можливості розгляду на чергових наукових форумах проблеми запобігання зростанню антибіотикорезистентності в клінічній практиці.

5. Підготувати цикл конференцій, публікацій у спеціалізованих виданнях, рекомендації для педіатрів і сімейних лікарів щодо раціонального використання антибіотиків при гострих риносинуситах.

6. Активізувати наукові дослідження, присвячені вивченню проблеми антибіотикорезистентності та ролі фітонірингової терапії у стримуванні її зростання.

7. Організувати цикл просвітницьких заходів для провізорів з метою раціонального застосування антибактеріальних препаратів і боротьби з антибіотикорезистентністю, розробити та впровадити у фармацевтичну практику протокол дій провізора при відпуску антибактеріальних препаратів.

8. Звернутися до МОЗ України з поданням про посилення контролю за рецептурним відпуском антибактеріальних лікарських засобів і забезпечення строгого виконання протоколів провізора в аптечних закладах.

Ця резолюція має рекомендаційний характер для раціональної фармакотерапії гострого риносинуситу та стримування росту антибактеріальної резистентності.

Оргкомітет
XX Сідельниковських читань