

АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ДАЙДЖЕСТ

Получены новые данные, свидетельствующие против длительной эмпирической антибиотикотерапии при хроническом риносинусите

Хронический риносинусит (ХРС) традиционно считался последствием неразрешенной бактериальной инфекции. Антибиотикотерапия при ХРС часто назначается на основании типичной симптоматики, такой как сниженное обоняние и лицевая боль. Однако американские ученые установили, что многие симптомы ХРС более распространены у пациентов с нормальной радиологической картиной.

Авторы проанализировали томограммы 125 пациентов с классическими симптомами ХРС, из них только у 75 присутствовали радиологические признаки риносинусита.

Пациенты с риносинуситом чаще предъявляли жалобы на сниженное обоняние (79,2 vs 48,7%; $p=0,003$). Из этих больных у 18 (24%) по данным назальной эндоскопии выявлено гнойное отделяемое; в группе с нормальными томограммами синусов этот симптом не наблюдался ни в одном случае.

В то же время другие типичные симптомы (головная и лицевая боль, нарушения сна) значительно чаще встречались у пациентов с нормальной радиологической картиной ($p<0,05$). По мнению авторов, это означает, что многие пациенты с типичной симптоматикой ХРС на самом деле не имеют инфекционного процесса в околоносовых пазухах.

Исследователи опросили пациентов относительно использования ими антибиотиков за последний год, а также о том, насколько это лечение было эффективным. В группе с патологическими результатами КТ антибактериальные препараты принимали 60% больных, в группе с нормальными томограммами – 52%, при этом симптоматический эффект был получен в 80 и 81% случаев соответственно. Если бы ХРС на самом деле представлял собой инфекционный процесс, то клинический ответ после антибиотикотерапии был бы значительно выше у больных, в действительности имеющих это заболевание (т. е. ХРС, верифицированный с помощью КТ).

Основываясь на полученных результатах, авторы рекомендуют проводить пациентам с симптомами ХРС назальную эндоскопию с культуральным исследованием, а антибиотики назначать только при наличии гнойного отделяемого.

Yu V.L. et al. *Clinical Infectious Diseases* 2011. <http://bit.ly/vCACyD>

Синдром больных зданий ассоциируется с грибами

Синдром больных зданий (СБЗ) представляет собой комплекс симптомов, возникновение которых связано с местом работы (офисным зданием) или проживания человека. К типичным проявлениям СБЗ относятся кашель, чувство раздражения в глазах, носу и горле, головная боль, общая слабость и быстрая утомляемость, снижение способности концентрироваться, неспецифические реакции гиперчувствительности, разнообразные кожные симптомы и др. В отчете ВОЗ за 1984 г. указывается, что около 30% новых и реконструированных зданий в мире могут быть связаны с СБЗ. Причинами СБЗ предположительно являются плохая вентиляция, внутренние и внешние химические загрязнители, а также биологические факторы.

Интересные данные относительно этиологии СБЗ получили бразильские ученые, проанализировав распространенность указанного синдрома среди сотрудников 2 офисных зданий в центре г. Рио-де-Жанейро – 1 дома закрытого типа, с искусственной вентиляцией и без возможности открывать окна (160 из 210 работников с полной занятостью) и 1 дома открытого типа, с естественной вентиляцией (164 из 186 работников с полной занятостью). СБЗ диагностировали по результатам медицинского обследования и с помощью опросника. Имеющими СБЗ считали участников, указавших в опроснике на наличие 3 и более характерных симптомов. Для определения концентрации в помещениях грибов, клещей и эндотоксина использовали стандартизированные международные методики.

СБЗ был диагностирован у 44,8% сотрудников закрытого офисного здания и у 48,6% – открытого ($p=0,48$). Ни один сотрудник закрытого офисного здания не подвергался значительному воздействию грибов, в то время как среди сотрудников открытого офисного здания таких было 35,4%.

Многомерный регрессионный анализ показал, что в закрытом здании воздействие эндотоксина, клещей и грибов не ассоциировалось с СБЗ. В открытом здании единственным значимым фактором риска было воздействие грибов (отношение шансов 3,11; $p=0,01$).

По мнению авторов, связь между СБЗ и ростом грибов в здании открытого типа вероятнее всего обусловлена более высокой относительной влажностью. По-видимому, это наблюдение будет справедливо и для других климатических зон.

Результаты данного исследования, представленные на ежегодном конгрессе Всемирной организации по аллергии (WAO), были расценены как неожиданные, так как всегда считалось, что жители/сотрудники зданий закрытого типа вследствие «запечатанности» подвергаются более агрессивному воздействию загрязняющих веществ и, соответственно, имеют больше симптомов СБЗ.

Boechat J.L. et al. *World Allergy Organization. XXII World Allergy Congress (WAC): Abstract 2199. Presented December 6, 2011*

Одновременная вакцинация MMRV и пневмококковой вакциной безопасна у здоровых детей

В США до 95% детей по достижении возраста 4-6 лет получают две дозы вакцины MMR (против кори, эпидемического паротита и краснухи), но только 65-70% педиатрической популяции иммунизированы 2 дозами вакцины против ветряной оспы. Вакцина MMRV защищает против всех 4 заболеваний, однако Наблюдательный комитет по иммунизационной практике не рекомендует использовать MMRV вместо MMR при

введении первой дозы вследствие небольшого увеличения риска фебрильных судорог. При повторной вакцинации этот риск не повышается, поэтому предпочтение отдается MMRV.

Пневмококковая 7-валентная конъюгированная вакцина (PCV-7) в настоящее время рекомендуется детям в возрасте от 2 до 23 мес в виде 4-дозового курса; дополнительная доза рекомендуется здоровым детям в возрасте от 24 до 59 мес, которые по каким-либо причинам не завершили основной курс. Таким образом, дети в возрасте 12 мес и 4-6 лет могут получать PCV-7 и MMRV одновременно.

Для оценки безопасности одновременной вакцинации американские ученые провели исследование с участием 1027 здоровых детей в возрасте от 12 до 15 мес, которые уже получили 3 дозы PCV-7, но не вакцинировались против кори, паротита, краснухи и ветряной оспы. Детей распределили в соотношении 2:1:1 для получения MMRV и PCV-7 одновременно; PCV-7, затем через 6 нед MMRV; или MMRV, затем через 6 мес PCV-7.

Во всех 3 группах гуморальный иммунный ответ составил не менее 96,8% для кори, паротита и краснухи; по крайней мере 88% для ветряной оспы и как минимум 98,3% для всех 7 серотипов *Streptococcus pneumoniae*.

На протяжении 56 дней наблюдения значимые неблагоприятные события, связанные с вакцинацией, не регистрировались. По крайней мере 1 побочный эффект был отмечен у 82,5% детей, вакцинированных MMRV и PCV-7 одновременно, и у 85,2% пациентов 2 других групп. Частота системных побочных эффектов составила 71,1 и 74,2%, реакций в месте введения – 48 и 52,3% соответственно. Лихорадка до 39 °C и выше, которая была наиболее частым системным побочным эффектом, отмечалась примерно у 22% детей всех групп. Самыми частыми локальными побочными эффектами были покраснение, отек и боль, которые проходили менее чем за 3 дня.

Частота тяжелых побочных эффектов составила 0,6% при одновременном введении MMRV и PCV-7 и 0,8% при последовательной иммунизации.

Таким образом, у здоровых детей одновременная вакцинация MMRV и PCV-7 является высокоиммуногенной и в целом хорошо переносится, благодаря чему может применяться вместо последовательного введения данных вакцин для уменьшения затрат времени на визит в клинику, считают авторы.

Leonardi M. et al. *Pediatrics* 2011; 128: e1387-e1394 <http://bit.ly/ss6Zs0>

При инфекции MRSA с высокой МПК ванкомицина можно применять даптомицин

В современных руководствах по антимикробной терапии указывается, что при выделении метициллинрезистентного *Staphylococcus aureus* (MRSA) с минимальной подавляющей концентрацией (МПК) ванкомицина >1 мкг/мл следует назначить альтернативный антибиотик. Согласно результатам исследования, проведенного американскими учеными, таким препаратом может быть даптомицин.

Авторы сравнили результаты лечения даптомицином ($n=59$) и ванкомицином ($n=118$) пациентов, у которых из крови был выделен MRSA с МПК ванкомицина 1-2 мкг/мл.

Частота неудачи лечения (все случаи смерти, микробиологической неэффективности и рецидива инфекции) составила 17% в группе даптомицина и 31% в группе ванкомицина, хотя различие было статистически недостоверным ($p=0,084$). Это преимущество достигалось главным образом за счет более низкой смертности при лечении даптомицином по сравнению с терапией ванкомицином (9 vs 20% соответственно; $p=0,048$).

Таким образом, это исследование, являющееся первым сравнительным испытанием ванкомицина и альтернативного антибиотика при кровяной MRSA-инфекции с высокой МПК ванкомицина, подтвердило, что лечение ванкомицином у таких больных ассоциируется с высоким риском неудачи, при этом последний можно снизить путем назначения даптомицина. В то же время рутинному использованию даптомицина вместо ванкомицина в данной клинической ситуации могут препятствовать более высокая стоимость препарата, а также его более низкая эффективность у пациентов с умеренной почечной недостаточностью.

Zervos M.J. et al. *Clinical Infectious Diseases* 2011 <http://bit.ly/u8YIU6>

Одна вакцина защищает маму и новорожденного от гриппа А/Н1N1

По данным Центров по контролю заболеваний (CDC, США), беременные имеют непропорционально высокий риск неблагоприятных исходов гриппа А/Н1N1 2009, вследствие чего эта категория женщин рассматривается как приоритетная для получения соответствующей вакцины. В свою очередь, во Франции иммунизация одной дозой неконъюгированной вакцины H1N1 рекомендуется всем беременным после I триместра.

Французские ученые провели проспективное одноцентровое исследование II фазы, целью которого было изучить эффективность и безопасность моновалентной безадыювантной вакцины А/Н1N1 2009 у беременных и их новорожденных детей. Популяцию исследования составили 107 беременных в возрасте от 18 до 45 лет, вакцинированных между 22⁰⁷ и 32⁰⁷ недель гестации. На 21-й день после вакцинации титры ингибиторных антител 1:40 и выше были достигнуты у 98% участниц, при этом частота сероконверсии (≥ 4 -кратное увеличение титров антител после вакцинации по сравнению с таковыми до нее) составила 93%. Кроме того, титры ингибиторных антител 1:40 и выше наблюдались в 95% образцах пуповинной крови.

Критериями исключения из исследования были аллергия на компоненты вакцины в анамнезе, тяжелая реакция на предыдущую вакцинацию H1N1, иммунизация другой вакциной в последние 3 нед, значимые заболевания сердца и/или печени, рассеянный склероз и/или сахарный диабет до беременности.

Через 21 и 42 дня после вакцинации титры нейтрализующих антител против штамма А/Калифорния/7/2007(H1N1v) 1:40 и выше отмечены у 100 и 99% женщин соответственно, а также в 98% образцах пуповинной крови.

Результаты исследования имеют большое практическое значение, так как в нем продемонстрирована высокая эффективность безадыювантной вакцины, причем не только у беременных, но и у новорожденных. Следует отметить, что Франция – первая европейская страна, отказавшаяся от использования у беременных вакцин, содержащих адыюванты.

Tsatsaris V. et al. *Annals of Internal Medicine* 2011; 155: 733-741

Подготовил Алексей Терещенко