

Профессор Р.С. Козлов: «Уникальный ресурс человечества — антибиотики — находится под угрозой»

20-22 мая в ТОК «Судак» (г. Судак, АР Крым) при поддержке Национальной академии медицинских наук Украины, Министерства здравоохранения (МЗ) Украины, ГУ «Институт отоларингологии им. А.С. Коломийченко НАМН Украины», МЗ АР Крым, Крымского государственного медицинского университета им. С.И. Георгиевского, Ассоциации оториноларингологов состоялась ежегодная традиционная весенняя конференция Украинского научного медицинского общества врачей-оториноларингологов «Современные методы диагностики и лечения хронических воспалительных заболеваний ЛОР-органов».



Р.С. Козлов

Если есть проблема, есть решение.
Если нет решения, нет проблемы.
Альберт Эйнштейн

Одним из наиболее ожидаемых участниками конференции стало выступление гостя из России, талантливого лектора, авторитетного специалиста в области антибиотикотерапии, директора Научно-исследовательского института антимикробной химиотерапии Смоленской государственной медицинской академии, президента Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной терапии (МАХМАК), доктора медицинских наук, профессора Романа Сергеевича Козлова, известного украинским врачам многочисленными публикациями в зарубежных и отечественных специализированных изданиях, в том числе в «Медицинской газете «Здоров'я України».

На базе НИИ антимикробной терапии функционирует научно-методический центр по мониторингу антибиотикорезистентности (АБР), анализирующий информацию, предоставленную специалистами из различных регионов России; кроме того, налажены связи с исследовательскими центрами г. Киева и Днепропетровска, что позволяет объективно оценивать ситуацию относительно АБР в соседних государствах, изучать ее особенности и сравнивать в динамике.

Докладчик подчеркнул, что антибактериальные препараты (АБП) — уникальный ресурс человечества, который в настоящее время находится под угрозой.

— Ныне на российском и украинском фармацевтических рынках представлено свыше 200 противомикробных средств: более 20 классов АБП, по 8 классов противогрибковых и противовирусных препаратов, 12 классов противопаразитарных средств. Тем не менее количество новых лекарственных молекул, которые находят применение в клинической практике, не соответствует реальным потребностям врачей.

Мое глубочайшее убеждение: сегодня основной проблемой, ассоциированной с применением АБП, являются не трудности при выборе оптимального средства и адекватного режима его дозирования в каждом конкретном случае, а гигантский дефицит знаний в этой области — как на уровне населения, так и среди некоторых представителей врачебной отрасли.

Многие примеры антипрофессионализма встречаются и в средствах массовой информации. Например, в «Комсомольскую правду» обратилась молодая мама с вопросом о том, что предпринять для устранения постоянного покраснения горла у ребенка 2,5 лет. В ответ на обращение был опубликован комментарий «специалиста» (стиль сохранен. — Прим. авт.): «Если ваш ребенок постоянно болеет и все время красное горло, то в организме может находиться какая-то другая инфекция, не обязательно стафилококковая. Нужно сдать повторный мазок из носа и зева на флору, ПЦР на гемофильную инфекцию, вирус Эпштейн-Барра, ЦМВ, маркеры, общий анализ крови, анализ крови на иммунный статус. Не лишним будет провериться на хламидии и микоплазму... До консультации врача для поддержания иммунитета можно попить имудон... Хорошо помогает полиоксидоний, ликопид или гепон...».

Псевдоколлега допустил множество ошибок — и этического (нельзя назначать пациенту лечение «заочно»), и профессионального характера (стафилококки редко вызывают тонзиллит и фарингит; ни один из указанных препаратов не имеет достаточной доказательной базы, а часть из них запрещена к использованию в педиатрической популяции; объем рекомендованных диагностических манипуляций неадекватен возрасту больного и симптомам).

К сожалению, приведенный случай — не единственный пример ошибок, которые можно встретить на страницах масс-медиа. Врач-консультант одного из изданий для лечения бронхита, в большинстве случаев имеющего вирусную этиологию, рекомендует следующее: «Бронхит — растворы стрептомицина, канамицина, гентамицина или полимиксина В для ингаляций — подогреть до 34-35 градусов раствором делать ингаляции 2-3 раза в сутки, длительность — свыше 7 дней...».

К сожалению, профессиональной некомпетентностью отличаются даже некоторые специалисты самого высокого уровня, которые занимаются лечением спортсменов. Комментарий доктора, занимающегося лечением чемпионов мира: «Смотрю — день гнусавет, второй, температура 37 держится. Я сразу отреагировал: пойдём проверить — не гайморит ли? И точно — гнойный... А ведь это и месяц может держаться. Спасибо врачам. 4 раза ей делали проколы, антибиотики вводили внутрь, чтобы организм весь не затрагивать...». О профессиональном уровне специалиста можно судить в том числе и по используемой терминологии.

Дефицит научно обоснованной информации в прессе усугубляется широкой доступностью АБП (средства этого класса являются постоянным компонентом домашних аптечек у населения) и ошибочной тактикой фармацевтов: согласно украинским данным за 2006 г., около 50% работников аптечных сетей всегда или иногда дают рекомендации посетителям относительно приобретения АБП (в 46% — при остром тонзиллите, 41,5% — в случае острого ларингита, трахеита и фарингита, 32,7 и 31,9% — при наличии симптомов синусита и острого бронхита соответственно). Распространенному мнению о повышении общей осведомленности населения путем облегчения доступа к Интернету и специализированным ресурсам противоречат статистические данные: согласно результатам российского опроса, включившего около 1,5 тыс. жителей, положительный ответ на вопрос «Воздействуют ли антибиотики на вирусы?» в 2007 и 2011 г. дали 45 и 46% опрошенных соответственно.

Следует подчеркнуть, что решение проблемы возрастания АБР предполагает предоставление достоверных данных как пациентам, так и фармацевтической и врачебной аудитории, в первую очередь через средства массовой информации.

В настоящее время инфекции дыхательных путей относятся к наиболее часто встречаемым патологиям в амбулаторной практике; регистрируется глобальное увеличение уровней заболеваемости и смертности по причине респираторной патологии (40% DALY — показателя, отражающего длительность периода нетрудоспособности и время, потерянное вследствие преждевременной летальности).

В соответствии с мировыми данными наиболее частыми возбудителями внебольничных инфекций дыхательных путей являются *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* (в Украине и России встречается достаточно редко — как правило, у часто болеющих детей). Доминирующую роль в развитии тонзиллита и фарингита у детей играет β-гемолитический стрептококк группы А (30-40%), у взрослых — вирусы (30-60%), тогда как частота назначения АБП во взрослой популяции превышает 91%. Подобная ситуация совершенно недопустима: на рынке представлены экспресс-тесты для диагностики стрептококкового тонзиллита/фарингита (чувствительность — 97,3%, специфичность — 95,3%), а метод масс-спектрометрии MALDI-TOF в рекордно короткие сроки — за 5-15 мин — позволяет идентифицировать более 2800 бактерий и грибов.

В настоящее время стратегия лечения респираторных инфекций базируется на 3 классах АБП, таких как β-лактамы, макролиды, фторхинолоны (не разрешены к применению у детей и беременных). Оптимальный антибиотик для лечения должен обладать высокой природной активностью в отношении упомянутых возбудителей, а также *S. pyogenes*, характеризоваться низким уровнем приобретенной резистентности, высокой эффективностью и безопасностью с точки зрения доказательной медицины.

Анализ данных испытания ПеГАС-III (2007-2009) позволяет сделать вывод, что в целом ситуация относительно АБР выглядит благоприятной: феноменально высокая частота выявления умеренно резистентных и резистентных штаммов *S. pneumoniae* — 3,1/21,5 и 16,6/22,4% — отмечена только для тетрациклина и триметоприма/сульфаметоксазола соответственно. Уровни АБР

к амоксициллину, амоксициллину/клавуланату, левофлоксацину, клндамицину, эртапенему и единственному оригинальному пероральному цефалоспориному III поколения цефтибутену не превышают 2%.

Оценка уровня устойчивости *S. pneumoniae* к различным АБП свидетельствует о стабильно низких показателях для амоксициллина/клавуланата (0,5; 0 и 0,3% в 1990-2000, 2001-2003 и 2003-2005 гг.) и цефтибутена (1,4; 0 и 2% в аналогичные временные периоды).

Различий в чувствительности микроорганизмов у пациентов различных возрастных групп не выявлено. Частота выявления нечувствительных к цефтибутену штаммов следующая: 0-3 года — 0,8%; 3-7 лет — 0,4%; 7-12 лет — 1,6%; 12-18 лет — 1%; 18-65 лет — 0,4%; старше 65 лет — 0,8%, что обеспечивает специалистам возможность широкого применения цефтибутена в качестве препарата выбора для стартовой эмпирической терапии респираторных инфекций независимо от возраста пациента.

Задача клинициста — приложить сверхусилия, чтобы эти показатели оставались на максимально низком уровне.

Уровень устойчивости *H. influenzae* (за исключением такового к ампициллину, тетрациклину и триметоприму/сульфаметоксазолу) также не вызывает опасений: в частности, умеренно резистентных и резистентных штаммов данного микроорганизма к воздействию цефтибутена не обнаружено.

S. pyogenes сохраняет высокую чувствительность к пенициллину, цефтибутену, моксифлоксацину,

ванкомицину (устойчивые штаммы не выделены), мидекамицину, спирамицину, клндамицину; наиболее проблемный момент — устойчивость к хлорамфениколу и тетрациклину на уровне 13 и 46%, что в России сопряжено с определенными трудностями.

Чем же обусловлены волнения медицинского сообщества, касающиеся проблемы АБР? В 2007 г. было представлено 5 новых антибактериальных молекул; в настоящее время известно, что 3 из них не будут одобрены по причине проблем с безопасностью. Максимум, которым может пополнился арсенал клиницистов в ближайшие 5-10 лет, — 2 АБП для лечения инфекций в условиях стационара.

В 1983-1987 гг. на фармацевтическом рынке появилось 16 новых препаратов, в 1988-1992 гг. — 14, в 1993-1997 гг. — 3, в 1998-2002 гг. — 7, в 2003-2004 гг. — 3 антибактериальных средства; за последние 7 лет существующие терапевтические возможности не расширились.

Первоочередная цель клиницистов — сохранить на нынешнем уровне чувствительности основных возбудителей дыхательных инфекций, что можно достичь путем рационального применения АБП и соблюдения адекватного режима (5-дневный курс оправдан только для азитромицина, цефтибутена; оптимальная длительность приема АБП с целью лечения оториноларингологической патологии — не менее 7-10 дней).

Подготовила Ольга Радучич



ЦЕДЕКС®

ЦЕДЕКС® — единственный оригинальный пероральный цефалоспориин III поколения в Украине*

- Лечение инфекций верхних дыхательных путей и ЛОР-органов, вызванных чувствительными к препарату микроорганизмами**.
- Широкий спектр действия с активностью в отношении *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pyogenes*, *Moraxella catarrhalis*¹
- Высокоустойчивый к действию β-лактамаз¹
- Хорошо проникает в ткани респираторного тракта²
- 2 формы выпуска: капсулы 400 мг, порошок для оральной суспензии, 180 мг/5 мл¹
- Способ применения и дозы при лечении инфекций верхних дыхательных путей и ЛОР-органов: перорально
 - взрослые и дети с массой тела более 45 кг или старше 10 лет: 1 капсула 1 раз в сутки
 - дети от 6 месяцев до 10 лет или с массой тела менее 45 кг: суспензия для приема внутрь, 9 мг/кг 1 раз в сутки¹

* В Украине препарат Целедекс зарегистрирован на правах торговой марки № UA03350501 (детский), № UA03350501 (взрослый).
 ** Перед назначением, пожалуйста, ознакомьтесь с полной версией инструкции по медицинскому применению препарата Целедекс.
 † Препараты Целедекс обладают чувствительностью к цефалоспориин III поколения антибиотиками класса цефалоспорины. Препараты при участии более 2000 пациентов показали высокую эффективность в лечении инфекций верхних дыхательных путей (5%), детей (3%) и слизистой оболочки (3%).
 ‡ При случайном пероральном приеме Целедекс проявляет токсичность умеренно не было. Обозначение «перорально» подразумевает применение препарата в виде таблеток, капсул, порошков, суспензий, инъекций. Целедекс следует осторожно назначать пациентам с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, особенно при наличии язвы, гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и острого воспаления кишечника. При назначении Целедекс следует избегать приема алкоголя и препаратов, содержащих этанол. При лечении Целедекс и другие антибиотики широкого спектра действия нарушают микрофлору кишечника, что может привести к появлению диареи. Возможны проявления кандидоза, включая кандидозный стоматит, кандидозный вагинит, кандидозный баланопостит. В случае возникновения симптомов или анафилактического шока при лечении Целедекс следует немедленно прекратить лечение препаратом и сразу вызвать соответствующую помощь. Подобное состояние следует лечить Целедекс в сочетании с любым-либо антигистаминным препаратом (кальций глюконат или бромелайн). Взаимодействие с другими лекарственными средствами и другие виды взаимодействия. В специальном исследовании изучалось взаимодействие Целедекс с такими препаратами, как аспирин, который повышает кровоточивость и повышает в высокой дозе, циметидин и тримеприм (обостряется язвенное заболевание). Токсичного взаимодействия не выявлено. Взаимодействие Целедекс на уровне в плазме крови или фармакокинетику токсичности при приеме внутрь не выявлено. Данные о взаимодействии с другими средствами не описаны на полноту. Осторожный прием еще не выявлено на эффективность применения Целедекс и капсулы. Авторские права компании © 2012 ООО «МД Украина». Все права защищены. Материал действителен до декабря 2012 года.

За дополнительной информацией обращайтесь в ООО «МД Украина»
 Адрес: Бизнес-центр «Горизонт Парк», ул. Амосова, 12, 3-й этаж, Киев, Украина, 03038
 Тел.: (044) 393-74-80
 www.msd.ua

ИПС-1037857-0001