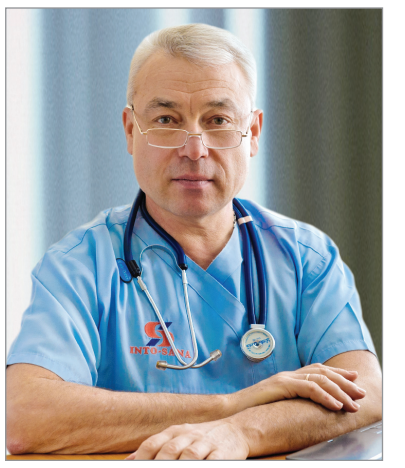
ZU_2012_respirat_2.qxd 14.05.2012 15:52 Page 3

В.М. Мавродий, д.м.н., профессор, МЦ «Инто-сана», г. Одесса

ОРЗ/ОРВИ и инфекционные осложнения в практике семейного врача



В.М. Мавродий

Актуальность острых респираторных заболеваний/острых респираторных вирусных инфекций (ОРЗ/ОРВИ), с учетом пандемии «свиного» гриппа типа А, а в сезон 2010-2011 гг. в равной мере типа В, не вызывает сомнений. Даже вне зависимости от пандемий в Украине ежегодно 10-14 млн человек заболевают ОРЗ/ОРВИ. Среди этого числа в 15-28% случаев выявляют ассоциированные или последующие инфекционные осложнения.

Этиология заболеваний ОРЗ/ОРВИ – респираторные вирусы: риновирусы, коронавирусы, вирусы гриппа, РСВ, вирусы парагриппа, аденовирусы, энтеровирусы, метапневмовирусы; герпесвирусы; более того, стрептококки, стафилококки, менингококки, гемофильная палочка, микоплазмы, хламидии, их ассоциации и др. В последние годы утвердилось мнение об инициаторном значении вирусов гриппа А и В – в эпидпериод до 16-18%, в межэпидемическое время до 10% от всех случаев ОРЗ/ОРВИ. Установление этиологического диагноза возможно посредством вирусно-бактериологического исследования.

В большинстве случаев диагноз обосновывается синдромом поражения оториноларингологических органов и/или дыхательной системы. Это объясняется тем, что количество проводимых вирусологических и/или бактериологических исследований незначительно, а лечение ОРВИ необходимо начинать, не дожидаясь их результатов.

В этой связи после указания в диагнозе очевидного или вероятного ОРЗ/ОРВИ определяют клиническое содержание: ринит, гайморит, фронтит, отит, фарингит, тонзиллит, ларингит, трахеит, бронхит, пневмония, менингит, миокардит и др. Затем с учетом синдрома интоксикации, нарушения качества жизни и трудоспособности определяют тяжесть заболевания: легкой степени, средней тяжести и тяжелое течение. Клинически дифференцировать этиологию ОРВИ не следует. Например, при первом контакте среди случаев ОРВИ трудно выделить гриппозную инфекцию. Поэтому, принимая во внимание возможные тяжелые последствия, все случаи, особенно в эпидпериод, следует рассматривать как грипп.

Последующие бактериальные инфекционные осложнения объясняются бактериальной суперинфекцией, обострением хронического очага инфекции органа или систем организма человека, даже отдаленного от места первичного поражения. При различных клинических формах всегда обнаруживается вирусно-бактериальная ассоциация. Как правило, в условиях местного и системного вторичного иммунодефицита в 80% случаев вирусная респираторная инфекция самостоятельно обусловливает активизацию сапрофитной или условно патогенной флоры пациента, которая превращается в патогенную. Микробная инфекция определяется появлением гнойного отделяемого, налетов и др.

Верификация ОРВИ, в том числе гриппа, возможна после вирусологического исследования, поэтому необходимо организовать забор мазка из носоглотки для проведения ПЦР на РНК вируса гриппа, и, не дожидаясь результата, без промедления начать лечение. Используют анализ динамики уровней лимфоцитов, моноцитов, антител класса IgM к вирусам герпеса, цитомегаловирусам, вирусу Эпштейна-Барр. Серологические исследования в парных сыворотках являются ретроспективным методом, и в практике их не используют.

Для верификации инфекционного осложнения показаны бактериологические исследования, например мазок из носоглотки, анализ мокроты, окрашивание образцов мокроты по Граму и Цилю-Нильсену, посев для определения чувствительности к антибиотикам. При подозрении на бактериемию необходим посев крови и микробиологическое исследование, желательно до назначения антибиотиков. Контрольные показатели включают анализ крови, биохимические исследования, определение газов крови, рентгенографию, спиральную КТ или МРТ соответствующих органов и другие по показаниям.

Необходимо сделать оговорку о том, что следует учитывать группы риска заболевших ОРВИ, гриппом по инфекционным осложнениям и, возможно, последующему тяжелому течению: беременные, больные хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ), бронхиальной астмой, сахарным диабетом, хронической болезнью почек, анемией, хронической сердечной недостаточностью, иммунодефицитом, ожирением, алкоголизмом, длительно принимающие ацетилсалициловую кислоту (АСК).

Современными противогриппозными химиопрепаратами при вирусах гриппа типов А и В являются озелтамивир и занамивир. Известно, что гемагглютинины (Н) вируса присоединяются к наружной мембране эпителиальных клеток и подавляют функцию реснитчатого аппарата. Затем нейраминидаза (N) обеспечивает проникновение РНК вируса в обреченную клетку. Название подтипов вирусов гриппа состоит из двух главных поверхностных антигенов – гемагглютинина и нейраминидазы, например грипп А (H1N1) 2009, «свиной грипп»; штамм A/California/04/2009.

Озелтамивир ингибирует вирусную нейраминидазу, которая растворяет мембрану клеток. Препарат рекомендуют принимать в дозе 75 мг, в тяжелых случаях или беременным – 150 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней. Занамивир применяют в виде ингаляций, в первый день 2 дозы 10 мг, повторить через 2 ч; затем по 2 дозы 2 раза в сутки 20 мг/сут в течение 5 дней. Принципиальной позицией в назначении противогриппозных химиопрепаратов является быстрое начало их приема – в течение первых 48 ч заболевания. При отсутствии ингибитора нейраминидазы возможно применение ингибитора прилипания вируса к мембране эпителия дыхательных путей.

При клинических проявлениях или выявлении диагностического уровня антител класса М к вирусам простого герпеса 1-го и 2-го типов показано применение противовирусного препарата – аналога пуринового нуклеозида ДНК. Ацикловир (Герпевир) применяют внутрь в дозе 2-4 г/сут в течение 10 дней.

В случаях характерного изменения моноцитов или диагностического уровня антител класса М к вирусам простого герпеса 1, 2 и 6-го типов, цитомегаловирусам, вирусам Эпштейна-Барр показано применение противовирусного препарата ингибитора ДНК-полимеразы. Валацикловир (Вальтровир) рекомендуют назначать в дозе 500-1000 мг 2 раза в сутки в течение 10 дней. Контрольное вирусологическое исследование проводят через 1-1,5 месяца после окончания лечения. Устанавливают динамику содержания антител к вирусам класса IgM.

В случаях опасной лимфопении показано назначение человеческого интерлейкина-2 внутривенно 500 тыс. МЕ, 1-3 раза через 1-3 дня; риска нейтропении – филграстим подкожно 300 мкг. Рибонуклеиновая кислота (Нуклеинат) нормализует клеточный иммунитет, стимулирует миграцию стволовых клеток костного мозга, лейкопоэз. Нуклеинат назначают по 2505мг 4 раза в сутки в течение 10-14 дней. С целью компенсации недостаточности гуморального иммунитета показан иммуноглобулин человека нормальный внутримышечно по 2 дозы 3 мл, можно до 6 мл 1 раз в сутки; по показаниям можно повторять через 1-2 дня. В тяжелых случаях рекомендуют иммуноглобулин человека для внутривенного введения в дозе 4-8 мл (0,2-0,4 г) на 1 кг массы тела на курс, обычно по 100 мл/сут.

При ОРВИ, гриппе сохраняют эффективность общие меры: постельный режим на период гипертермии, изоляция болеющего человека; проветривание помещения каждые 2 ч по 15-20 мин; ароматерапия с использованием хвойных и цитрусовых масел 2-3 раза в день; согревающее укутывание; теплая грелка на межлопаточную область, горчичники; горячее обильное питье; горячие ножные ванны с горчицей, желательно до уровня колен; растирание стоп, спины гелем с согревающим эффектом; полоскание горла, мытье рук, носа и лица. Индивидуальная маска для прикрытия носа и ротовой полости необходима, если:

• человек болен и находится среди здоровых людей;

• здоровый человек ухаживает за больным;

• нужно вынужденно находиться среди большого количества людей; после контакта следует избавиться от маски, вымыть руки, нос и лицо.

В «простудной теме» наиболее бурно обсуждаются патогенетические средства, которые не обладают противовирусной активностью, поэтому могут назначаться при ОРВИ не вместо, а вместе с антивирусной терапией:

• при температуре тела 39-39,5°С (в группе риска 38-38,5°С), плохой переносимости или опасности гипертермии: парацетамол внутрь 10-15 мг/кг; ибупрофен 5 мг/кг; (не использовать АСК!). Парацетамол и ибупрофен по эффективности и безопасности отличаются от других антипиретиков; дополнительно во всех случаях следует объяснить пациентам физиологический характер гипертермии;

• при болях в суставах, ломоте в теле, например целекоксиб по 200 мг/сут, мелоксикам и др.;

• при кашле с мокротой: амброксол внутрь по 30 мг 2-3 раза в сутки или амброксол ретард 75 мг 1 раз в сутки; возможны растительные препараты; препараты с кодеином не показаны;

• и/или ацетилцистеин по 200 мг 3 раза в сутки или ацетилцистеин ретард 600 мг 1 раз в сутки; больному необходимо объяснить физиологический характер кашля;

• при изнуряющем сухом кашле – противокашлевые средства;

• при рините капли: ксилометазолин 0,05-0,1% раствор, оксиметазолин 0,01-0,05% раствор или нафазолин 0,05-0,1% раствор, капли или спрей в нос 2-3 раза в сутки в течение 4-5 дней; или комплекс в виде капель, крема, мази: тимол + масла сосны, мяты, эвкалипта по 1 дозе, в каждую ноздрю ежечасно, затем 3-4 раза в сутки;

• при фарингите рекомендован контроль полости рта: полоскание раствором повидон-йода каждые 4 ч, пастилки с антисептиком;

• при остром обструктивном синдроме: сальбутамол, фенотерол/ипратропий по 1-2 дозы 3 раза в сутки;

• поливитаминные комплексы по 1-2 драже в день; настои малины, калины, смородины, лимонника, лимона;

• при возможности использовать спецсредства: чеснок, репчатый лук, перец острый стручковый и др.; не употреблять спиртные напитки.

Кроме того, существует большое количество комбинированных препаратов, содержащих 3-5 лекарственных средств. Вероятно, это объясняет то, что до настоящего времени в лечении ОРЗ/ОРВИ наиболее часто применяются именно симптоматические средства. Мы поддерживаем патогенетическое направление лечения ОРВИ, однако обоснованно считаем, что препаратами выбора являются противовирусные химиопрепараты.

Врачу первого контакта трудно решить вопрос о госпитализации. В этом ему могут помочь современные принципы медицинской сортировки заболевших ОРВИ и гриппом, согласно которым выделяют следующие группы:

• для госпитализации в отделение интенсивной терапии (1-я группа) – сатурация менее 90%, у беременных менее 94%, частота дыхания (ЧД) более 30 в мин, частота сердечных сокращений (ЧСС) более 120 в мин, наличие судорог, гипертермии (более 39 °С), гипотонии, геморрагического синдрома, диареи, рвоты, острой почечной, острой печеночной недостаточности, долевой или двусторонней пневмонии, угрозы острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС);

• для госпитализации в стационар (2-я группа): сатурация более 94%, ЧД более 22 в мин, ЧСС более 100 в мин, наличие геморрагического синдрома, одышки, диареи, рвоты, беременности, сопутствующей патологии – ХОЗЛ, бронхиальной астмы, сахарного диабета, ожирения, анемии, хронической сердечной недостаточности, хронической болезни почек, онкопатологии, вторичного иммунодефицита, ВИЧ-инфекции; иммуносупрессивная терапия, прием АСК;

• могут лечиться в амбулаторных условиях (3-я группа): сатурация более 94%, без оксигенотерапии; ЧД менее 22 в мин, ЧСС менее 100 в мин, без признаков гриппоподобного заболевания и дыхательных расстройств; беременные в случае удовлетворительного состояния, нормальной температуры тела и при отсутствии акушерских жалоб. С пациентами обязательно следует обсудить тему приема антибиотиков при ОРВИ, так как на вирусы они не действуют и не являются средством ранней профилактики инфекционных осложнений.

Продолжение на стр. 4.

ZU_2012_respirat_2.qxd 14.05.2012 15:52 Page 4

В.М. Мавродий, профессор, заместитель генерального директора по лечебной работе МЦ «Инто-сана», г. Одесса

ОРЗ/ОРВИ и инфекционные осложнения в практике семейного врача

Продолжение. Начало на стр. 3.

В современных условиях течение ОРВИ, гриппа может уже при манифестации принимать осложненный характер: двусторонняя или тотальная пневмония, ОРДС у взрослых, тубулоинтерстициальный нефрит, сердечно-сосудистые и геморрагические осложнения, нейтро-, лимфопения, со стороны оториноларингологических органов.

Вирусы ОРВИ и гриппа выступают в роли самостоятельного этиологического фактора пневмонии. Особенностью вирусной пневмонии является то, что результаты выслушивания легких могут быть очень незначительными или нормальными. В этой связи все больные с ОРВИ должны быть направлены на рентгенологическое исследование легких. И тут необходимо учесть, что рентгенологические изменения могут быть неспецифическими, формироваться на 3-7-й день болезни или отсутствовать, поэтому показано проведение спиральной КТ легких. Сегодня данное исследование – самое точное для регистрации изменений в легких. Очаговые изменения, как правило, двухсторонние. Инфильтративные изменения выявляются не всегда, могут быть интерстициальные изменения по типу «матового стекла», отражать гемодинамические нарушения в малом круге кровообращения.

Даже после получения результатов КТ сложно определить происхождение ОРДС – течение гриппа сразу осложняется последним, особенно на фоне вторичного иммунодефицита и/или вследствие последующего развития вирусной пневмонии. Ожидаемого лейкоцитоза, как правило, не наблюдают. При этом отмечается четкий палочкоядерный сдвиг до 20%, даже при лейкопении, лимфопении, зачастую имеет место моноцитоз.

Для диагностики пневмонии имеет значение эпидемиологическая ситуация (ОРВИ, грипп, корь), обнаружение малого количества бактерий в мазках мокроты и невозможность выделения из нее бактериального возбудителя. Развитие бактериальной суперинфекции контролируют окрашиванием мокроты по Граму.

Сложности терапии вирусных пневмоний, с одной стороны, связаны с идентификацией вирусов, а с другой – с тем, что всегда обнаруживается вирусно-бактериальная ассоциация. Во время сезонных эпидемий вирусы гриппа А или В выявляли в половине случаев внебольничной пневмонии. В сезон 2009-2010 гг. в нашей практике преимущественно выделялся вирус гриппа типа А, в сезон 2010-2011 гг. – в равной мере вирус гриппа типа В, а отличительная особенность заключается в частой вирусно-бактериальной ассоциации с герпетической инфекцией.

Все случаи подозрения на вирусассоциированную пневмонию подлежат госпитализации. В случаях дыхательной недостаточности, принадлежности к группе риска по тяжелому течению пневмонии, летальному исходу (беременные, ожирение, индекс массы тела более 32 кг/м^2, сахарный диабет, ХОЗЛ, бронхиальная астма, хроническая болезнь почек, анемия, прием АСК) необходима госпитализация в отделение АИТ.

Следует незамедлительно начать внутривенную инфузионную терапию антибиотиками с антисинегнойной и анаэробной активностью. Например, для терапии пневмоний у лиц с дефектами иммунитета рекомендованы: фторхинолон (III поколения левофлоксацин – Флоксиум внутривенно 500 мг 1-2 раза в сутки, затем Флоксиум внутрь 500 мг/сут; IV поколения моксифлоксацин) плюс защищенный бета-лактам аминопенициллин (амоксициллин/клавуланат – Амоксил-К внутривенно 1,2 г 3 раза в сутки, затем Амоксил-К внутрь 625 мг 3 раза в сутки; ампициллин/сульбактам – Амписульбин внутривенно 1,5 г 3 раза в сутки) или цефалоспорин III-IV поколения, предпочтительнее защищенный от бета-лактамаз (цефоперазон – Гепацеф; цефоперазон/сульбактам – Гепацеф комби внутривенно 2-4 г 2 раза в сутки; цефтазидим – Цефтум внутривенно 2 г 3 раза в сутки; цефтриаксон/сульбактам; IV поколения цефепим – Квадроцеф внутривенно 1-2 г 2 раза в сутки).

В тяжелых случаях вирусассоциированной пневмонии сразу назначают комбинацию с карбапенемом (меропенем – Мепенам внутривенно 1 г 3 раза в сутки; дорипенем). Современные макролиды (азитромицин внутривенно 500 мг/сут; кларитромицин внутрь 500 мг 2 раза в сутки) применяют только в комбинации. В резерве: полимиксины (колистин), гликопептиды (ванкомицин), линкозамиды (клиндамицин), антимикотики (флуконазол, вориконазол, итраконазол).

Контроль антибактериальной терапии заключается в анализе ее возможного применения в течение последних 3 месяцев, адекватности эмпирического выбора. У больных внебольничной вирусассоциированной пневмонией 1-2-й групп через 3-4 дня после достижения клинического эффекта парентеральное введение антибиотиков может быть заменено на пероральное (ступенчатый подход), до 7-10 дней. С момента их применения с учетом рисков дисбактериоза следует одновременно назначить антибиотикоустойчивую потенциально полезную микрофлору – лактобактерии.

При ухудшении течения пневмонии через 24 ч или отсутствии эффекта через 48 ч, увеличении размеров инфильтрации на 50% и более следует пересмотреть стартовую комбинацию, разовую и суточную дозу, кратность введения, синергизм их действия, применение резервного препарата, противогрибкового. Необходимо учесть результаты бактериологического исследования мокроты, бронхиального смыва, плевральной жидкости или крови. В 3-4-й группах показаны деконтаминация ротоглотки и кишечника, контроль рисков сепсиса, ОРДС; продолжительность интенсивной антибактериальной терапии должна составлять не менее 10-14 дней, при стафилококковой и грамотрицательной флоре – до 21 дня.

С учетом раннего, в течение нескольких часов после госпитализации, формирования ОРДС или риска при тяжелом течении гриппа, вирусассоциированной пневмонии современное отделение интенсивной терапии должно быть оснащено аппаратами для CPAP-терапии. Суть данного метода неинвазивной вентиляции легких заключается в обеспечении поддутия легких под невысоким давлением на выдохе для предотвращения коллабирования альвеол и бронхиол во время выдоха, особенно в условиях высокого стояния диафрагмы.

В нашей практике CPAP-терапию начинают при минимальных признаках дыхательной недостаточности, высокой «цене дыхания», участии вспомогательной мускулатуры, утомлении дыхательных мышц, ЧД более 25 в мин, $PaCO_2$ более 45 мм рт. ст. При этом сохраняется достаточный уровень сознания. Положительное давление на выдохе 5-15 см вод. ст., целевая сатурация 92%. Во всех случаях организуют оксигенотерапию, дыхательную гимнастику.

На фоне применения антибактериальных препаратов проводят противовирусную терапию, например, следующими препаратами в зависимости от показаний: при гриппе – озелтамивир, занамивир; при вирусе герпеса – ацикловир (Герпевир) 2-4 г/сут; при вирусе герпеса, цитомегаловирусах и вирусе Эпштейна-Барр – валацикловир (Вальтровир).

Особенностями течения и лечения вирусассоциированной пневмонии, инициированной штаммом гриппа A(H1N1)/California/04/2009, являются:

- бронхообструктивный синдром (не путать с возможной манифестацией или обострением бронхиальной астмы, ХОЗЛ); лечение дополняют β_2-агонистом быстрого действия (сальбутамол, фенотерол/ипратропий), эуфиллином;
- коллабирование, «расплавление» легких, ателектазы; терапию дополняют ингаляциями сурфактанта, стимулятором сурфактанта (амброксол), мукорегулятором (ацетилцистеин), антиоксидантом (например, Тиотриазолин, альфа-липоевая кислота);
- ранний ОРДС; поэтому при первых признаках дыхательной недостаточности используют неинвазивную вентиляцию легких (CPAP-терапию), а при отсутствии эффекта – искусственную вентиляцию легких; преднизолон показан только в случае артериальной гипотонии;
- рестриктивный режим инфузионной терапии, то есть отрицательный водный баланс, не менее 20% от введенной жидкости;
- назначение противогрибковых препаратов (например, флуконазол);
- осложнения в виде острого тубулоинтерстициального нефрита, острой печеночной недостаточности, острого миокардита, острого панкреатита, менингоэнцефалита;
- геморрагический синдром (кровохарканье, плеврит); терапию дополняют антикоагулянтом (бемипарин, дальтепарин), нестероидными противовоспалительными препаратами (Ревмоксиб);
- частое развитие диареи; в этой связи обязательно назначают потенциально полезную микрофлору с иммуномодулирующим эффектом (прежде всего лактобактерии);
- вторичный иммунодефицит, лимфопения, практически отсутствует лейкоцитоз; в этой связи обычно используют иммуномодулятор (например, Нуклеинат).

Таким образом, антибиотикотерапия вирусассоциированной пневмонии не умаляет преимуществ патогенетической терапии.

Вторым по частоте бактериальным осложнением ОРЗ/ОРВИ является инфекционное обострение ХОЗЛ, как правило, это связано с простудными явлениями. В настоящее время определены показания к применению антибиотиков и их перечень. Перед принятием решения о начале антибиотикотерапии прежде всего учитывают наличие клинических признаков интоксикации, гнойной мокроты, увеличение ее количества и гипертермии.

В эмпирической терапии больных ХОЗЛ I-II ст. в возрасте до 65 лет, имеющих менее четырех инфекционных обострений в год, при отсутствии сопутствующих болезней, ОФВ$_1$ более 50% предпочтительнее полусинтетические аминопенициллины: амоксициллин (Амоксил) по 500 мг, амоксициллин/клавуланат (Амоксил-К) по 625 мг 3 раза в сутки или макролиды: азитромицин (Азимед) внутрь по 500 мг 1 раз в сутки в течение 3 дней, джозамицин по 500 мг, кларитромицин по 500 мг 2 раза в сутки, мидекамицин по 4005мг 3 раза в сутки. В качестве альтернативы показаны фторхинолоны: левофлоксацин (Флоксиум) по 500 мг 1 раз в сутки внутривенно или внутрь, ципрофлоксацин по 500 мг 2 раза в сутки. Антибиотики назначают в течение от 5-7 до 12-14 дней. Антибактериальная активность значительно повышается при сочетании со стимулятором сурфактанта амброксолом и мукорегулятором ацетилцистеином. Аналогичные подходы к выбору антибиотиков используют при инфекционном обострении хронического необструктивного бронхита.

Больным ХОЗЛ III-IV ст. в возрасте старше 65 лет, имеющим более четырех обострений в год, с наличием сопутствующих заболеваний, ОФВ$_1$ 50-30% рекомендуют: защищенные от бета-лактамаз амокисциллин/клавуланат (Амоксил-К) внутривенно 1,2 г; ампициллин/сульбактам (Амписульбин) внутривенно, внутримышечно 1,5 г 3 раза в сутки или цефалоспорин II поколения цефуроксим (Кимацеф) внутривенно, внутримышечно 1,5 г 4 раза в сутки; III поколения цефоперазон (Гепацеф), цефоперазон/сульбактам (Гепацеф комби) 2-4 г 2 раза в сутки; цефтазидим (Цефтум) 2 г 2-3 раза в сутки, цефтриаксон; респираторный фторхинолон III-IV поколения: левофлоксацин (Флоксиум) внутривенно или внутрь 500 мг 1 раз в сутки; гатифлоксацин, моксифлоксацин по 400 мг 1 раз в сутки.

Пациентам с ХОЗЛ IV ст. в возрасте старше 65 лет, имеющим более четырех обострений в год, ОФВ$_1$ менее 30%, при оксигенозависимости рекомендуют парентеральное назначение антибиотиков с антисинегнойной активностью: фторхинолон II-IV поколения ципрофлоксацин; левофлоксацин (Флоксиум) или цефалоспорин III-IV поколения (цефоперазон (Гепацеф); цефоперазон/сульбактам (Гепацеф комби); цефтазидим (Цефтум); цефепим (Квадроцеф); карбапенем, например меропенем (Мепенам) внутривенно 1 г 3 раза в сутки или дорипенем, плюс аминогликозид III поколения амикацин (Амицил).

Вследствие вирусной инициации в 85-90% случаев возникают инфекционные осложнения бронхиальной астмы, чаще в виде острого слизистого или гнойного трахеита, бронхита, реже пневмонии. В этой связи оговорены перечень и показания к применению антибиотиков с учетом аллергического характера астмы. Эти препараты показаны при наличии клинических признаков интоксикации, гнойной мокроты (более 25 лейкоцитов в поле зрения), гипертермии.

В эмпирической терапии более предпочтительны макролиды, далее следуют аминопенициллины. Например, азитромицин (Азимед) внутрь 500 мг 1 раз в сутки в течение 3 дней, джозамицин по 500 мг, кларитромицин по 250-500 мг 2 раза в сутки, мидекамицин по 400 мг 3 раза в сутки или спирамицин; полусинтетические аминопенициллины – амоксициллин (Амоксил) по 500 мг, особенно защищенный от бета-лактамаз амоксициллин/клавуланат (Амоксил-К) по 625 мг 3 раза в сутки. Далее – фторхинолоны: ципрофлоксацин по 250-500 мг 2 раза в сутки; левофлоксацин (Флоксиум) 500 мг 1 раз в сутки; гатифлоксацин, моксифлоксацин по 400 мг 1 раз в сутки. Выбранный антибиотик при инфекционном осложнении бронхиальной астмы назначают в течение 7-14 дней в сочетании с амброксолом. Ацетилцистеин при астме не показан.

Результаты спирометрии при остром бронхите в 40% случаев во многом соответствуют бронхиальной астме. Поэтому у некоторых пациентов необходимо рассмотреть вопрос увеличения дозы бронхолитиков, ингаляционных глюкокортикоидов. Основные показатели спирометрии возвращаются к исходным значениям в течение 5-6 недель. Следовательно, на протяжении этого срока необходимо наблюдать за пациентами с данным инфекционным осложнением астмы. Известно, что у трети больных острым бронхитом в последующие 3 года формируется хронический бронхит или бронхиальная астма.

Следующей группой наиболее частых инфекционных осложнений является

ZU_2012_respirat_2.qxd 14.05.2012 15:52 Page 5

патология отоларингологических органов. Чаще всего встречаются острый бактериальный синусит (гайморит, этмоидит), острый тонзиллофарингит, острый средний отит. Без сомнений, при остром бактериальном синусите семейному врачу необходимо консультироваться с отоларингологом. В частности, это связано с тем, что при наличии жидкости в придаточных пазухах носа необходимо решить вопрос о проведении пункции.

Затем определяют показания к эмпирическому выбору антибиотиков, который заключается в применении амоксициллина (Амоксил) внутрь по 500 мг 3 раза в сутки или амоксициллина/клавуланата (Амоксил-К) внутрь по 625 мг 3 раза в сутки или 1000 мг 2 раза в сутки. В тяжелых случаях показано парентеральное применение амоксициллина/клавуланата (Амоксил-К) внутривенно 1,2 г 3 раза в сутки; ампициллина/сульбактама (Амписульбин) внутривенно 1,5 г 3-4 раза в сутки.

При аллергии на аминопенициллины, в случае недавнего их применения (в ближайшие 3 месяца) показано назначение современного макролида, например: азитромицин внутрь (Азимед) 500 мг/сут в течение 3 дней; джозамицин внутрь по 500 мг, кларитромицин по 500 мг 2 раза в сутки; спирамицин внутривенно 1,5 млн ЕД 3 раза в сутки или внутрь по 3 млн ЕД 2 раза в сутки или цефалоспорина II поколения: цефуроксим (Кимацеф) внутривенно 1,5 г 3 раза в сутки, затем Кимацеф внутрь по 250-500 мг 2 раза в сутки.

В случае неэффективности эмпирического выбора антибиотиков на третьи сутки заменить на: цефалоспорин III поколения – цефтазидим (Цефтум) внутривенно струйно или капельно 1-2 г 2-3 раза в сутки; цефоперазон (Гепацеф) или цефоперазон/сульбактам (Гепацеф Комби) внутривенно 2-4 г 2 раза в сутки; цефтриаксон (цефтриаксон/сульбактам) внутривенно 1-2 г 1-2 раза в сутки. Или на фторхинолон II поколения – ципрофлоксацин внутривенно 400 мг 2 раза в сутки или внутрь по 500 мг 2 раза в сутки; III поколения – левофлоксацин (Флоксиум) внутривенно 500 мг 1 раз в сутки, затем Флоксиум внутрь 500 мг/сут; IV поколения – моксифлоксацин внутривенно 400 мг 1 раз в сутки или внутрь. Разумеется, антибактериальную терапию проводят на фоне патогенетической. Прежде всего назначают лактобактерии, местные санационные мероприятия. Общая продолжительность лечения антибиотиками составляет от 7 до 14 дней, в зависимости от клинической динамики, достижения результата.

Острый тонзиллит чаще проявляется в виде тонзиллофарингита. До сих пор употребляют термин «ангина». В связи с этим при определении бактериального осложнения необходимо динамическое наблюдение за экссудатом на миндалинах.

Ведущим клиническим признаком бактериальной инфекции является наличие гнойного отделяемого в лакунах, фолликулах. Уточнение бактериального агента осуществляют посредством бактериологического исследования мазка. Консультация отоларинголога необходима для исключения паратонзиллярного абсцесса, эпиглоттита, дифтерии.

При остром бактериальном тонзиллофарингите показан эмпирический выбор: амоксициллин (Амоксил) внутрь по 500 мг 3 раза в сутки или амоксициллин/клавуланат (Амоксил-К) внутрь по 625 мг 3 раза в сутки или 1000 мг 2 раза в сутки. При течении средней тяжести или тяжелом более адекватным является парентеральное применение амоксициллина/клавуланата (Амоксил-К) внутривенно 1,2 г 3 раза в сутки или ампициллина/сульбактама (Амписульбин) внутривенно 1,5 г 3 раза в сутки. С учетом нормализации температуры тела можно реализовать принцип ступенчатой терапии – с парентерального пути введения перейти на внутренний прием антибиотика.

Только при наличии противопоказаний к аминопенициллинам рекомендуют макролид: азитромицин внутривенно или внутрь (Азимед) 500 мг/сут в течение 3 дней; джозамицин внутрь по 500 мг, кларитромицин по 500 мг 2 раза в сутки; спирамицин внутривенно 1,5 млн ЕД 3 раза в сутки или внутрь по 3 млн ЕД 2 раза в сутки. В комбинации с цефалоспорином II поколения: цефуроксим (Кимацеф) внутривенно 1,5 г 3 раза в сутки, затем Кимацеф внутрь по 250-500 мг 2 раза в сутки. Во всех случаях продолжительность антибактериальной терапии острого бактериального тонзиллофарингита составляет 10 суток. Это объясняется известной этиологической ролью в инициации ревматизма, острого гломерулонефрита, пиелонефрита, миокардита и др.

При манифестации острого среднего отита необходима консультация отоларинголога для решения вопроса о парацентезе барабанной перепонки, особенно в случае гипертермической реакции, исключения перфоративного отита, контроля мастоидита и отогенных внутричерепных осложнений (тромбоз мозговых вен и синусов, менингит, абсцесс мозга).

Антибиотиками первого выбора являются: амоксициллин (Амоксил) внутрь по 500 мг 3 раза в сутки или амоксициллин/клавуланат (Амоксил-К) внутрь по 625 мг 3 раза в сутки или 1000 мг 2 раза в сутки. В тяжелых случаях начинают с их парентерального применения: амоксициллин/клавуланат (Амоксил-К) внутривенно 1,2 г 2-3 раза в сутки; ампициллин/сульбактам (Амписульбин) внутривенно 1,5 г 3-4 раза в сутки.

В антибактериальной терапии острого среднего отита возможна комбинация цефалоспорина II поколения цефуроксим (Кимацеф) внутривенно 1,5 г 3 раза в сутки, затем Кимацеф внутрь по 250-500 мг 2 раза в сутки) и макролида II поколения азитромицин внутривенно или внутрь (Азимед) 500 мг/сут в течение 3 дней; джозамицин внутрь по 500 мг, кларитромицин по 500 мг 2 раза в сутки; спирамицин внутривенно 1,5 млн ЕД 3 раза в сутки или внутрь по 3 млн ЕД 2 раза в сутки). Продолжительность антибактериальной терапии острого среднего отита составляет 7-10 дней.

В заключение следует отметить, что вакцинации и карантинным мероприятиям в предотвращении распространения инфекции до настоящего времени альтернативы нет. К примеру, среди заболевших гриппом вакцинированных только 3%, а летальные исходы отсутствуют.

В этой связи относительно ОРВИ и гриппа семейному врачу можно рекомендовать следующее: организовать вакцинацию против гриппа для себя и наблюдаемого контингента, например, субъединичной противогриппозной вакциной. Назначают одну шприц-дозу в год, осенью. Обязательно учитывают показания к вакцинации в группах риска.

Если входными воротами ОРВИ является слизистая оболочка носовой полости, в предэпидемический период показано назначение назального спрея антигенного поливалентного комплекса лизатов бактерий по 1 дозе в каждую ноздрю 2 раза в сутки в течение 2 недель. Если речь идет о слизистой оболочке ротовой полости, можно рекомендовать сухой антигенный поливалентный комплекс лизатов бактерий; таблетки рекомендуют рассасывать 4 раза в сутки в течение 10 дней.

Карантинные мероприятия заключаются в изоляции заболевшего человека, осведомленности о том, как обезопасить себя от заражения ОРВИ или гриппом; недопущении больных к выходу на работу или нахождению в коллективе; четком соблюдении санитарно-карантинного режима в течение всего эпидпериода.

Список литературы находится в редакции.

«Медична газета «Здоров'я України – XXI сторіччя»© ®

Редакционная коллегия

Е.Н. Амосова, д.м.н., профессор, член-корреспондент НАМН Украины, заведующая кафедрой госпитальной терапии №1 НМУ им. А.А. Богомольца МЗ Украины

О.Я. Бабак, д.м.н., профессор, ГУ «Институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины»

Г.М. Бутенко, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины, член-корреспондент НАН и РАМН, заместитель директора по научной работе ГУ «Институт геронтологии НАМН Украины»

Б.М. Венцковский, д.м.н., профессор, член-корреспондент НАМН Украины, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии № 1 НМУ им. А.А. Богомольца МЗ Украины

Ю.В. Вороненко, д.м.н., профессор, член-корреспондент НАМН Украины, ректор НМАПО им. П.Л. Шупика МЗ Украины

И.И. Горпинченко, д.м.н., профессор, директор Украинского института сексологии и андрологии, главный сексопатолог МЗ Украины

Ю.И. Губский, д.м.н., профессор, член-корреспондент НАМН Украины, заведующий кафедрой биоорганической, биологической и фармацевтической химии НМУ им. А.А. Богомольца МЗ Украины

Д.И. Заболотный, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины, директор ГУ «Институт отоларингологии им. А.И. Коломийченко НАМН Украины», главный отоларинголог МЗ Украины

Д.Д. Иванов, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой нефрологии НМАПО им. П.Л. Шупика МЗ Украины, главный детский нефролог МЗ Украины

В.Н. Коваленко, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины, директор ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины

В.В. Корпачев, д.м.н., профессор, заведующий отделом клинической фармакологии и фармакотерапии эндокринных заболеваний ГУ «Институт эндокринологии и обмена веществ им. В.П. Комиссаренко НАМН Украины»

В.Г. Майданник, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины, заведующий кафедрой педиатрии НМУ им. А.А. Богомольца МЗ Украины

Б.Н. Маньковский, д.м.н., профессор, член-корреспондент НАМН Украины, заведующий кафедрой диабетологии НМАПО им. П.Л. Шупика МЗ Украины

Ю.М. Мостовой, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова МЗ Украины

В.З. Нетяженко, д.м.н., профессор, член-корреспондент НАМН Украины, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней №1 НМУ им. А.А. Богомольца МЗ Украины

В.И. Паньків, д.м.н., профессор, заведующий отделом профилактики эндокринных заболеваний Украинского научно-практического центра эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей МЗ Украины

А.Н. Пархоменко, д.м.н., профессор, заведующий отделом реанимации и интенсивной терапии ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины

Н.В. Пасечникова, д.м.н., профессор, директор Института глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова НАМН Украины

В.В. Поворознюк, д.м.н., профессор, руководитель отдела клинической физиологии и патологии опорно-двигательного аппарата Института геронтологии НАМН Украины, директор Украинского научно-медицинского центра проблем остеопороза

Л.Г. Розенфельд, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины, вице-президент НАМН Украины, заместитель директора ГУ «Институт отоларингологии им. А.И. Коломийченко НАМН Украины»

И.М. Трахтенберг, д.м.н., профессор, академик НАМН, член-корреспондент НАН Украины, заведующий отделом токсикологии Института медицины труда НАМН Украины

Н.Д. Тронько, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины, член-корреспондент НАН, директор ГУ «Институт эндокринологии и обмена веществ им. В.П. Комисаренко НАМН Украины»

Ю.И. Фещенко, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины, директор ГУ «Институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского НАМН Украины», главный пульмонолог и фтизиатр МЗ Украины

Н.В. Харченко, д.м.н., профессор, член-корреспондент НАМН Украины, заведующая кафедрой гастроэнтерологии, диетологии и эндоскопии НМАПО им. П.Л. Шупика МЗ Украины, главный гастроэнтеролог МЗ Украины

В.И. Цымбалюк, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины, заместитель директора ГУ «Институт нейрохирургии им. А.П. Ромоданова НАМН Украины»

В.П. Черных, д.ф.н., д.х.н., профессор, член-корреспондент НАН Украины, ректор Национального фармацевтического университета МЗ Украины

Л.А. Яшина, д.м.н., профессор, заведующая отделением диагностики, клинической фармакологии и терапии заболеваний легких ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского НАМН Украины»

Медична газета «Здоров'я України»
Тематичний номер «Пульмонологія. Алергологія. Риноларингологія»
Учредитель – Иванченко Игорь Дмитриевич
Издатель – ООО «Здоровье Украины»

ГЕНЕРАЛЬНИЙ ДИРЕКТОР **Людмила Жданова**
ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР **Володимир Савченко**
ШЕФ-РЕДАКТОР **Наталія Міщенко**
ВИПУСКАЮЧИЙ РЕДАКТОР **Наталія Атрохіна**
МЕДИЧНИЙ ДИРЕКТОР **Олексій Терещенко**
НАЧАЛЬНИК РЕДАКТОРСЬКОГО ВІДДІЛУ **Лідія Тралло**
ЛІТЕРАТУРНІ РЕДАКТОРИ/КОРЕКТОРИ **Валентина Грищенко**, **Валентина Кривоберець**, **Ірина Сандул**
НАЧАЛЬНИК ВІДДІЛУ ВЕРСТКИ І ДИЗАЙНУ **Інна Мартиненко**
ДИЗАЙНЕРИ **Максим Маліков**, **Юлія Нуртазіна**, **Роман Попов**, **Сергій Чепур**
НАЧАЛЬНИК ВІДДІЛУ РЕКЛАМИ **Наталія Семенова**
МАРКЕТИНГ-МЕНЕДЖЕРИ **Інна Головко**, **Юлія Башкірова**, **Володимир Жданов**
АСИСТЕНТИ ВІДДІЛУ МАРКЕТИНГУ **Зоя Федірко**, **Анна Покровська**
НАЧАЛЬНИК ВІДДІЛУ ВИРОБНИЦТВА **Івалін Крайчев**
ТЕХНІЧНИЙ ДИРЕКТОР **Микола Дятленко**

Свідоцтво №14875-3846Р від 15.01.2009 р.
Передплатний індекс 37631

Редакція має право публікувати матеріали, не поділяючи точки зору авторів.
За достовірність фактів, цитат, імен, географічних назв та інших відомостей відповідають автори.
Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець.
– матеріали, що публікуються на правах реклами.
– авторські матеріали.
Передрук матеріалів допускається тільки з дозволу редакції. Рукописи не повертаються і не рецензуються.

Адреса для листів:
вул. Народного Ополчення, 1, м. Київ, 03151.
E-mail: zu@health-ua.com; www.health-ua.com
Контактні телефони:
Редакція **391-54-71, 391-54-77**
Відділ реклами ..... **391-54-72, 391-54-73(74)**
Відділ підписки та розповсюдження **391-54-76**

Газета віддрукована в ДП «Преса України», просп. Перемоги, 50.
Підписано до друку 30.04.2012 р.
Замовлення № . Наклад **20 000** прим.
Юридично підтверджений наклад.