

Стартовая антибактериальная терапия острых респираторных заболеваний: взвешенный выбор

В конце осени и зимой наблюдается сезонный пик заболеваемости острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ) и гриппом. Лечение неосложненных ОРВИ не представляет сложной задачи – покой (охранительный режим), обильное теплое питье и симптоматические средства при необходимости (жаропонижающие, деконгестанты и т.д.). Но при развитии осложнений возникает немало вопросов – госпитализировать пациента или нет, назначать антибиотик или нет, какой выбрать, каким курсом назначить? Основные принципы рационального выбора антибиотиков для лечения осложненных ОРВИ и первичных бактериальных респираторных инфекций мы попросили напомнить члена-корреспондента НАМН Украины, заведующую кафедрой факультетской терапии и эндокринологии Днепропетровской государственной медицинской академии, доктора медицинских наук, профессора Татьяну Алексеевну Перцеву.



? Когда необходима антибиотикотерапия при ОРВИ?

— Напомню, что несложненная ОРВИ не требует применения противомикробной терапии. Показаниями к назначению антибиотиков является развившаяся на фоне бактериальная инфекционных путей/ ЛОР-органов: тонзиллит, ларингит, синусит, отит, пневмония, обострение хронических отделов респираторной системы, бронхит, пневмония, плеврит, показанием для антибиотикотерапии и первичная бактериальная инфекция, что требует назначения антибиотиков и первичной диагностики и лечения пациента.

Общими признаками наличия бактериальной инфекции при всех вышеперечисленных заболеваниях являются длительная лихорадка (более 3-5 дней), выраженная общая интоксикация, наличие гнойной экссудации (гнойных выделений из носа, налета на миндалинах, мокроты, гноетечения из уха), сдвиг лейкоцитарной формулы влево в общем анализе крови. Кроме того, для многих из этих заболеваний разработаны четкие критерии дифференциальной диагностики вирусной и бактериальной инфекции.

 Как выбрать антибиотик для лечения острой бактериальной респираторной инфекции?

– Выбор антибиотика для стартовой терапии осложненных ОРВИ и первичных острых бактериальных респираторных инфекций является эмпирическим, то есть не основывается на данных микробиологического исследования. Однако важно помнить, что этот выбор ни в коем случае не является случайным. Он должен базироваться на таких критериях:

- информация о наиболее частых возбудителях того или иного заболевания (отита, синусита и т.д.) и их природной чувствительности к тем или иным антибиотикам;

— глобальные, региональные и локальные данные о приобретенной устойчивости этих микроорганизмов к антибиотикам;

— данные о клинической эффективности препаратов выбора, полученные в контролируемых клинических исследованиях;

– профиль безопасности (с учетом сопутствующей патологии и приема других препаратов);

- удобство применения;
- соотношение стоимость/эффективность.

Наиболее распространенными возбудителями бактериальных осложнений ОРВИ и первичных бактериальных респираторных инфекций являются пневмококк, гемофильная палочка, моракселла, стафилококк, пиогенный стрептококк, поэтому именно на эти микроорганизмы должен в первую очередь действовать выбранный антибиотик. Таким спектром активности, а также низким уровнем приобретенной антибиотикорезистентности характеризуются

три класса препаратов — β -лактамы (пенициллины и цефалоспорины), современные макролиды и фторхинолоны. Не следует забывать о чрезвычайно высоких показателях приобретенной устойчивости некогода очень популярных в амбулаторной практике противомикробных средств — ко-тримоксазола и тетрациклинов. В настоящее время они не должны быть препаратами выбора в лечении внебольничных инфекций ЛОР-органов и дыхательных путей.

Среди препаратов перечисленных групп немало антибиотиков с доказанной высокой клинической эффективностью, поэтому при выборе лекарственного средства для конкретной клинической ситуации на первый план выходят другие факторы — безопасность, профиль переносимости, удобство применения, стоимость, а вернее, их соотношение с эффективностью. Вряд ли кто-то станет спорить с тем, что при сопоставимой эффективности разумным будет выбрать относительно недорогой антибиотик с хорошим профилем безопасности и переносимостью, удобный в применении. Кроме того, напомним, что в амбулаторной практике в подавляющем большинстве случаев следует использовать пероральные антибиотики, широкое применение парентеральных препаратов считается ошибкой.

Одним из препаратов, который соответствует перечисленным выше критериям, является амоксициллин. Спектр его природной активности включает всех основных возбудителей респираторных инфекций. Как и пенициллин, амоксициллин активен в отношении пневмококка, стафилококка, пиогенного стрептококка и других грамположительных микроорганизмов. Но в отличие от пенициллина он действует и на ряд грамотрицательных микроорганизмов, включая гемофильную палочку, моракселлу, кишечную палочку, клебсиеллу и другие, а также на ряд актуальных при инфекциях респираторного тракта анаэробов.

Амоксициллин характеризуется низкими показателями приобретенной устойчивости основных возбудителей внебольничных инфекций верхних и нижних дыхательных путей. Так, по данным российского исследования ПеГАС-III, чувствительность пневмококка к амоксициллину составляет 99,6% и существенно не изменяется в течение последнего десятилетия. По данным украинского исследования ПАРУС, чувствительность пневмококка к амоксициллину составляет 100%. Устойчивость *H. influenzae*, многие штаммы которой, как известно, могут продуцировать β -лактамазы, в исследовании ПеГАС-II составила всего 4,7%.

В отличие от ампициллина – еще одного aminopenicillina с похожим спектром противомикробной активности – амоксициллин хорошо всасывается в желудочно-кишечном тракте, обладает высокой и стабильной биодоступностью, не зависящей от приема пищи.

Клиническая эффективность амоксицилина убедительно доказана при нетяжелой внебольничной пневмонии, неосложненной обострениях ХОЗЛ, остром бактериальном риносинусите, остром гнойном среднем отите,

остром тонзиллофарингите. При нетяжелом течении этих инфекций и отсутствии дополнительных факторов риска амоксициллин является препаратом первого выбора.

Амоксициллин признан одним из наиболее безопасных антибиотиков, о чем свидетельствует, например, возможность его применения у детей (начиная с грудного возраста) и у беременных. Основная проблема безопасности β -лактамов – аллергические реакции, однако в ряде исследований Г.А. Самсыгиной, М.Р. Богомилского с соавт. и др. показано, что аллергические реакции при использовании амоксицилина встречаются значительно реже (4-6%), чем при применении пеницилина.

Кроме того, амоксициллин — один из наиболее доступных антибиотиков, что позволяет назначать его широкому кругу пациентов.

 На фармацевтическом рынке представлено большое количество препаратов амоксициллина. На какие из них стоит обратить внимание?

— Основное отличие препаратов амоксициллина разных производителей — удобство применения (если мы, конечно, говорим о препаратах солидных фармацевтических компаний, подтверждающих биоэквивалентность своих генерических препаратов оригинальному). С точки зрения удобства применения особого внимания заслуживает препарат Флемоксин Солютаб, который выпускается в виде растворимых таблеток. Их можно проглатывать целиком, разжевывать или же растворять до получения суспензии с приятным вкусом мандарина/лимона без ущерба для эффективности препарата, что удобно для пациентов, испытывающих трудности при глотании таблеток и капсул.

Кроме того, уникальная лекарственная форма Солутаб обеспечивает высокую биодоступность амоксициллина (93 против 70% у амоксициллина в капсулах) и предсказуемую фармакокинетику независимо от способа приема. Применение амоксициллина в указанной форме позволяет ускорить достижение и продлить сохранение минимальных подавляющих концентраций антибактериального средства в сыворотке крови, а следовательно – усилить бактерицидный эффект амоксициллина и снизить риск развития резистентности микроорганизмов к нему (M. Stille, 1980; Ю.Б. Белоусов, 1997). Это также позволяет сократить время воздействия антибактериального средства на нормальную микрофлору кишечника и тем самым предотвратить развитие дисбактериоза (K.D. Hooker, J.T. DiPiro, 1988).

И наконец, Флемоксин Соллютаб можно назначать для приема всего 2 раза в сутки, в то время как другие препараты амоксицилина необходимо принимать 3-4 раза в сутки. А ведь известно, что от кратности приема зависит приверженность к лечению и, соответственно, его эффективность.

Підготувала **Наталья Мищенко**

