

В рамках ежегодной традиционной весенней конференции Украинского научного медицинского общества врачей-оториноларингологов «Современные методы диагностики и лечения хронических заболеваний ЛОР-органов у взрослых и детей», проходившей 20-21 мая в г. Севастополе, большое внимание уделялось рассмотрению проблемы применения антибиотиков в терапии заболеваний ЛОР-органов.



Заведующий кафедрой оториноларингологии Украинской медицинской стоматологической академии (г. Полтава), Заслуженный деятель науки и техники Украины, доктор медицинских наук, профессор Сергей Борисович Безшапочный представил доклад «Острый бактериальный риносинусит: что нового в EPOS 2012». По его словам, основные вопросы, которые приходится решать врачам, — в каких случаях применение антибиотика обосновано и какой препарат лучше выбрать. Выступая напомнил, что гнойные заболевания составляют от 68 до 89% в структуре общей патологии ЛОР-органов (M. Finegold et al., 2005). Наличие гноя является достаточным основанием для назначения антибактериального препарата.

Причинами неэффективности антибиотикотерапии являются небактериальная природа инфекции (вирусная, грибковая), применение антибактериальных препаратов неадекватного спектра действия, назначение сульфаниламидов, переоценка эффективности местных препаратов, сокращение курса лечения при клиническом улучшении, пренебрежение микробиологическим исследованием, наличие инородного тела или недренируемого очага. Профессор С.Б. Безшапочный акцентировал внимание на опасности преждевременного прекращения приема антибиотика, поскольку именно данный фактор индуцирует антибиотикорезистентность.

Под руководством докладчика проводилось исследование, посвященное изучению эффективности цефалоспоринового антибиотика в терапии гнойного риносинусита. Как известно, цефалоспорины III поколения по сравнению с препаратами предшествующих поколений обладают более высокой активностью против грамотрицательных микроорганизмов (*H. influenzae*, *M. catarrhalis*, *Neisseria spp.*, *Enterobacteriaceae*), действуют на стрептококки и могут применяться в том числе для ступенчатой терапии. Их преимуществами являются широкий терапевтический диапазон и хорошие показатели безопасности.

В данном контексте цефалоспорин III поколения цефтибутен (Цедекс®) имеет такие преимущества перед другими пероральными представителями указанной группы, как быстрое и практически полное всасывание при приеме внутрь, высокие концентрации в крови и очагах инфекции, превышающие значение МПК для клинически значимых возбудителей инфекций; длительный период полувыведения, обеспечивающий возможность применения препарата 1 р/сут. Цефтибутен (Цедекс®) легко дозируется, обладает высокой устойчивостью к β-лактамазам. Все эти особенности позволяют рекомендовать данный антибактериальный препарат для лечения острого риносинусита.

В рамках доклада были также рассмотрены новые изменения в классификации острого риносинусита в соответствии с EPOS 2012. Ранее он классифицировался как вирусный (обычная простуда) и невирусный. Второй термин использовался для того, чтобы указать, что в большинстве случаев острый синусит не является бактериальным заболеванием (EPOS 2007). Однако такая классификация создавала определенные сложности в понимании основного этиологического фактора, поэтому в EPOS 2012 терминологическое определение «невирусный» в отношении острого риносинусита было заменено дефиницией «поствирусный». Такая классификация подчеркивает, что заболевание имеет бактериальную природу у небольшой доли пациентов с поствирусным острым риносинуситом, и бактериальное поражение происходит на фоне вирусной инфекции. В классификации указано, что обычный острый вирусный

Место цефтибутена в терапии инфекций ЛОР-органов



синусит имеет продолжительность симптомов менее 10 дней. В то же время острый поствирусный риносинусит характеризуется усилением симптомов после 5 дней от начала заболевания либо их сохранением после 10 дней, но при общей продолжительности менее 12 нед. (W. Fokkens et al., EPOS 2012). Таким образом, учитывая, что острый риносинусит бактериальной природы развивается на фоне вирусной инфекции, применение антибиотиков с целью лечения острого риносинусита в первые дни заболевания не показано.



Актуальным вопросам антибиотикотерапии в практике детского ЛОР-врача посвятил выступление заведующий отделением оториноларингологии Национальной детской специализированной больницы «Охматдет», кандидат медицинских наук Юрий Анатольевич Молочек.

Выступающий напомнил, что основными возбудителями отита и синусита являются *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *M. catarrhalis*, при этом первые два являются этиологическим фактором 80% ЛОР-инфекций. К настоящему времени в результате конверсионных процессов, начавшихся в конце прошлого века, *H. influenzae* стал лидирующим возбудителем в структуре инфекций ЛОР-органов вместо *S. pneumoniae*, как было ранее. Этот процесс породил ряд проблем при выборе терапии первой линии в лечении инфекций ЛОР-органов. Так, 15-35% пневмококков резистентны к амоксицилину/клавуланату, отмечается изменчивая и частично непрогнозируемая абсорбция клавулановой кислоты (разница может быть 5-кратной),

побочные эффекты развиваются у 11% больных, из них у 2-3% пациентов имеют место аллергические реакции. Докладчик напомнил следующие признаки неэффективности лечения антибиотиком, наличие которых служит основанием для перехода к препаратам 2-й линии терапии:

- сохранение либо усугубление симптомов заболевания через 48 ч после начала лечения антибиотиком;
- возобновление симптомов через 14 дней после окончания лечения;
- развитие рецидива в течение 1 мес;
- наличие рецидивирующего воспаления среднего уха или пазух (J.L. Paradise, 1994).

Выбор препарата 2-й линии осуществляется с учетом целого ряда критериев: данных относительно эффективности, безопасности, предполагаемого комплайенса (что крайне актуально ввиду необходимости амбулаторного лечения), возможности перорального применения (что особенно важно для детей), а также финансовой целесообразности. В качестве препаратов 2-й линии при заболеваниях ЛОР-органов рассматриваются макролиды и цефалоспорины. В данном контексте привлекают внимание цефалоспорины III поколения. С микробиологической точки зрения препараты этой группы имеют ряд особенностей. Так, для них характерна выраженная антибактериальная активность против энтеробактерий, включая мультирезистентные патогены, и расширенный спектр действия в отношении грамотрицательных микроорганизмов. Более сильное антибактериальное действие на грамотрицательные микроорганизмы у всех без исключения цефалоспоринов III поколения

сочетается с заметно более слабой активностью (по сравнению с таковой препаратов I и II поколений) в отношении грамположительных кокков.

Как считает докладчик, при выборе препарата для лечения острых бактериальных ЛОР-инфекций у детей в группе цефалоспоринов III поколения привлекает внимание цефтибутен (Цедекс®). Данный антибиотик действует бактерицидно путем нарушения синтеза клеточной стенки бактерий, обладает высокой активностью против грамотрицательной флоры — основных возбудителей инфекций ЛОР-органов, активен в отношении грамположительных бактерий, а также воздействует на штаммы, продуцирующие β-лактамазу. Ю.А. Молочек подчеркнул, что, по данным целого ряда зарубежных авторов, цефтибутен в высокой концентрации накапливается в среднем ухе (превышая МПК для *S. pneumoniae* и других актуальных патогенов), что позволяет назвать выбор данного препарата в качестве терапии острого отита целесообразным и обоснованным. Так, концентрация цефтибутена в среднем ухе достигает 76%, тогда как для амоксицилина этот показатель составляет 41% (F. Scaglione, 1999).

В ряде сравнительных исследований цефтибутен (Цедекс®) оказывался более эффективным/сравнимым по клинической эффективности в лечении инфекций дыхательных путей и ЛОР-органов, чем амоксицилин/клавуланат, а также цефпрозил и цефаклор, демонстрируя при этом выраженную бактериологическую эффективность — собственно эрадикацию возбудителей, что и является основной целью лечения (S.E. McLinn, J.M. McCarty, R. Perrotta et al., 1995; J.L. Blumer, S.E. McLinn, C.A. Deabate et al., 1995; J.L. Blumer, W.P. Forti, T.L. Summerhouse, 1996).

Цефтибутен (Цедекс®) обладает высокой активностью против *H. influenzae* и *M. catarrhalis*. Кроме того, по данным ряда авторов, этот препарат имеет хороший профиль кишечной переносимости, что очень важно при выборе антибиотика для применения в педиатрии.

По словам выступающего, исследования показали высокую эффективность цефтибутена (Цедекс®) при остром тонзиллофарингите. Так, при сравнении двух антибиотиков клиническое выздоровление было отмечено у 98% больных, получавших цефтибутен, против 94% больных, леченных азитромицином. При этом эрадикация возбудителя на 33-35-е сутки от начала лечения в группе цефтибутена значительно превышала таковую в группе азитромицина (84 и 71% соответственно). Интересной находкой, полученной в исследовании, оказался уровень бактериологического рецидива инфекции: 4% для цефтибутена и 7% для азитромицина (A. Voccazzi et al., 2000). В заключение Ю.А. Молочек отметил, что цефтибутен (Цедекс®) обладает высокой клинической и бактериологической эффективностью, оптимальными показателями фармакокинетики и фармакодинамики. Однократное применение в сутки позволяет обеспечить хороший комплайенс (C.T. Nelson, E.O. Mason, S.L. Kaplan, 1994; W.H. Barr, M. Affrime, C.C. Lin et al., 1995). Исследования показывают, что у 9 из 10 пролеченных цефтибутеном пациентов получен ожидаемый результат.

Таким образом, цефтибутен (Цедекс®) может рассматриваться в качестве предпочтительного препарата 2-й линии в лечении заболеваний ЛОР-органов у детей. Такие значимые качества для препарата, применяющегося в педиатрии, как приятный вкус, наличие пероральной формы применения и однократный прием, обеспечивают удобство для пациентов и хороший комплайенс.

Подготовила Катерина Котенко

Данная информация предоставлена в качестве информационной поддержки врачам. Мнения, изложенные в материале, отражают точку зрения авторов и не обязательно совпадают с точкой зрения компании MSD.
AINF-1050780-0019