

Г.И. Гарюк, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой отоларингологии и детской отоларингологии Харьковской медицинской академии последипломного образования

Рациональная антибиотикотерапия инфекций верхних дыхательных путей и ЛОР-органов у взрослых

Частота острой ЛОР-патологии зависит от эпидемиологической обстановки в Украине, которая в период с сентября по апрель характеризуется высокой распространенностью инфекций верхних дыхательных путей (ИВДП). По данным Министерства здравоохранения (МЗ) Украины, ИВДП занимают первое место в структуре острой патологии, их доля в возрастной группе 14-65 лет составляет 68-70%.

Система верхних дыхательных путей (ВДП) состоит из полости носа, носовых ходов, придаточных синусов носа, глотки и гортани. Воздушный поток поступает через гортань в трахею, бронхи, а затем — в легочные альвеолы.

К ИВДП относят вирусный ринит и ринофарингоконъюнктивит, которые в 92% случаев осложняются бактериальным воспалением и являются пусковым механизмом для возникновения риносинусита, аденоидита, тонзиллита, ангины, фарингита, ларингита. В последующем эпиглоттит и ларингит трансформируются в ларинготрахеит или ларинготрахеобронхит.

Вышеперечисленные ИВДП могут протекать в виде изолированных заболеваний (например, ринита), но чаще наблюдаются их сочетания — ринофарингит, тонзиллофарингит и др.

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) являются наиболее распространенным инфекционным заболеванием в мире. Среди взрослого населения регистрируется 2-3 эпизода заболевания в год, в детской популяции — от 6 до 10. Как известно, это проблема не только медицинская, но и социальная, ассоциирующаяся с потерей трудоспособности взрослого населения и существенными экономическими затратами, пропусками занятий в школе, что негативно влияет на успеваемость и качество жизни школьников.

Самым частым проявлением ИВДП является ринит — воспаление слизистой оболочки полости носа, как правило, обусловленное воздействием вирусов. При этом повреждается эпителий слизистой оболочки, затем нарушается мукоцилиарный транспорт, что создает предпосылки к присоединению бактериальной инфекции. Развивается острый риносинусит, который протекает в виде двух форм — катаральной и гнойной. При этом возникает воспаление слизистой оболочки носовых ходов, околоносовых синусов, в т. ч. верхнечелюстных, решетчатого, лобного и клиновидных.

Ринофарингит — заболевание, которое часто называют простудой, сопровождающееся воспалением слизистой оболочки носовых ходов, носоглотки, гортаноглотки, небных миндалин.

Фарингит — воспаление слизистой оболочки глотки, преимущественно ее задней и боковых стенок.

Эпиглоттит — воспаление слизистой оболочки верхней части гортани и надгортанника.

Ларингит — воспаление слизистой оболочки гортани.

Ларинготрахеит — воспаление слизистой оболочки гортани, подскладочного пространства и трахеи.

ИВДП вирусной этиологии передаются воздушно-капельным путем. Таким же образом передаются и возбудители первичной бактериальной инфекции, осложняющей течение ИВДП. Воздушно-капельный механизм передачи и относительная устойчивость возбудителей к факторам окружающей среды обеспечивают скорость и обширность распространения инфекции в больших коллективах, что приводит к возникновению эпидемии.

Острый риносинусит чаще всего имеет вирусную природу. На основании только клинических проявлений не представляется возможным отличить его от бактериальной инфекции нетипичного течения. Подозрение на наличие острого бактериального синусита возникает в таких случаях: симптомы длятся более 6-7 дней; заболевание сопровождается болью в области передней стенки верхнечелюстной пазухи и наличием гнойных выделений из носа, чаще с одной стороны.

Острый ринит и острый риносинусит ввиду анатомических особенностей могут осложняться острым средним отитом. Отделяемое из полости носа и околоносовых синусов может проникать через глоточное устье слуховой трубы в барабанную полость, что вызывает бактериальное воспаление слизистой оболочки слуховой трубы и барабанной полости. Острый средний отит в таких случаях чаще бывает гнойным и требует проведения серьезной комплексной терапии с включением антибиотиков.

В последние годы наблюдается изменение спектра возбудителей, вызывающих воспалительные заболевания ИВДП и ЛОР-органов. Наиболее часто отмечаются такие инфекционные возбудители, как *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*, простейшие. К основным возбудителям внебольничных и ВДП и инфекций ЛОР-органов относят *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *M. catarrhalis*, *Streptococcus pyogenes*, сравнительно редкие микроорганизмы (*Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Staphylococcus spp.*, представители семейства *Enterobacteriaceae*).

Основные причины резистентности микрофлоры к антибиотикам — нерациональная

терапия часто болеющих людей, самостоятельное лечение, неправильный выбор дозировки, неадекватная длительность лечения. Все это способствует формированию мутаций и устойчивости микрофлоры к большинству антибиотиков.

Основой лечения воспалительных заболеваний ВДП и ЛОР-органов, вызванных бактериями, является антибактериальная терапия. Для лечения ИВДП в амбулаторных условиях используют преимущественно пероральные антибиотики. Выбор антибактериального препарата в идеале подразумевает прежде всего идентификацию возбудителя и оценку его чувствительности к различным антибиотикам, однако на практике при острой патологии, какой являются ИВДП и заболевания ЛОР-органов, лечение зачастую назначают эмпирически с учетом наиболее вероятных возбудителей, спектра действия назначаемого антибиотика, возраста больного, проведенного ранее лечения, соматического статуса пациента, выраженности клинических проявлений заболевания и его степени тяжести.

Также следует ориентироваться на рекомендации согласительных документов (приказ МЗ Украины № 181 от 24.03.2009 г. «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Отоларингологія»).

Под нашим наблюдением за период с сентября 2012 г. по апрель 2013 г. находилось 102 пациента в возрасте от 21 до 72 лет с ИВДП, которые осложнились ЛОР-заболеваниями у 82 человек. У 42 из 82 больных наблюдали острый риносинусит, у 20 — острый средний отит, у 9 — фарингит и у 11 — острый ларинготрахеит.

Все 82 человека получали эмпирическую антибактериальную терапию. Больные острым риносинуситом в комплексной терапии принимали амоксициллин/клавуланат (препарат Амоксиклав®) или цефуроксим. Эффективность терапии оценивали по исчезновению жалоб на выделения из носа, головную локальную боль, высокую температуру тела, а также по исчезновению кашля. Такой эффект в группе, в которую входили 42 больных, в среднем наступал на 10-й день (± 1 день).

У больных острым средним отитом (9 женщин и 11 мужчин в возрасте от 26 до 65 лет) в комплексной терапии использовали амоксициллин/клавуланат (диспергируемые таблетки Амоксиклав® Квиктаб), что согласуется с протоколами



Г. И. Гарюк

МЗ Украины по отоларингологии (2009). 7 больным этой группы была проведена ступенчатая терапия: после 3 дней парентерального приема препарата Амоксиклав® переходили на пероральный прием препарата Амоксиклав® Квиктаб. Улучшение состояния регистрировалось в среднем на 9-й день.

Следует отметить высокую клиническую эффективность препарата Амоксиклав® (амоксициллин/клавуланат) у 9 больных острым фарингитом. До лечения пациенты предъявляли жалобы на выраженную боль в горле при глотании, а у 7 из них заболевание сопровождалось повышением температуры тела до 37,8 °С. Интенсивность указанных симптомов уменьшалась уже на 3-й день от начала комплексного лечения с включением антибиотика, жалобы исчезали к 7-му дню терапии.

Больным острым ларинготрахеитом (7 женщинам и 4 мужчинам) изначально в комплексной терапии назначали цефуроксима аксетил 500 мг 2 р/сут курсом 7 дней. Практика показывает, что оптимальная длительность курса антибиотикотерапии в амбулаторной практике составляет 7 дней.

На сегодняшний день в Украине зарегистрировано не менее 10 препаратов цефуроксима аксетила различных производителей, из которых только Цефуроксим Сандоз® выпускается в оптимальной для 7-дневного курса лечения упаковке — таблетки по 500 мг и 250 мг № 14.

Следует отметить, что пациентов с риносинуситом, острым средним отитом, острым фарингитом, острым ларинготрахеитом можно лечить комплексно с эмпирическим подбором антибиотиков согласно протоколам МЗ Украины (приказ № 181 от 24.03.2009 г.)

4-42-AMB-РЕЦ-1013

