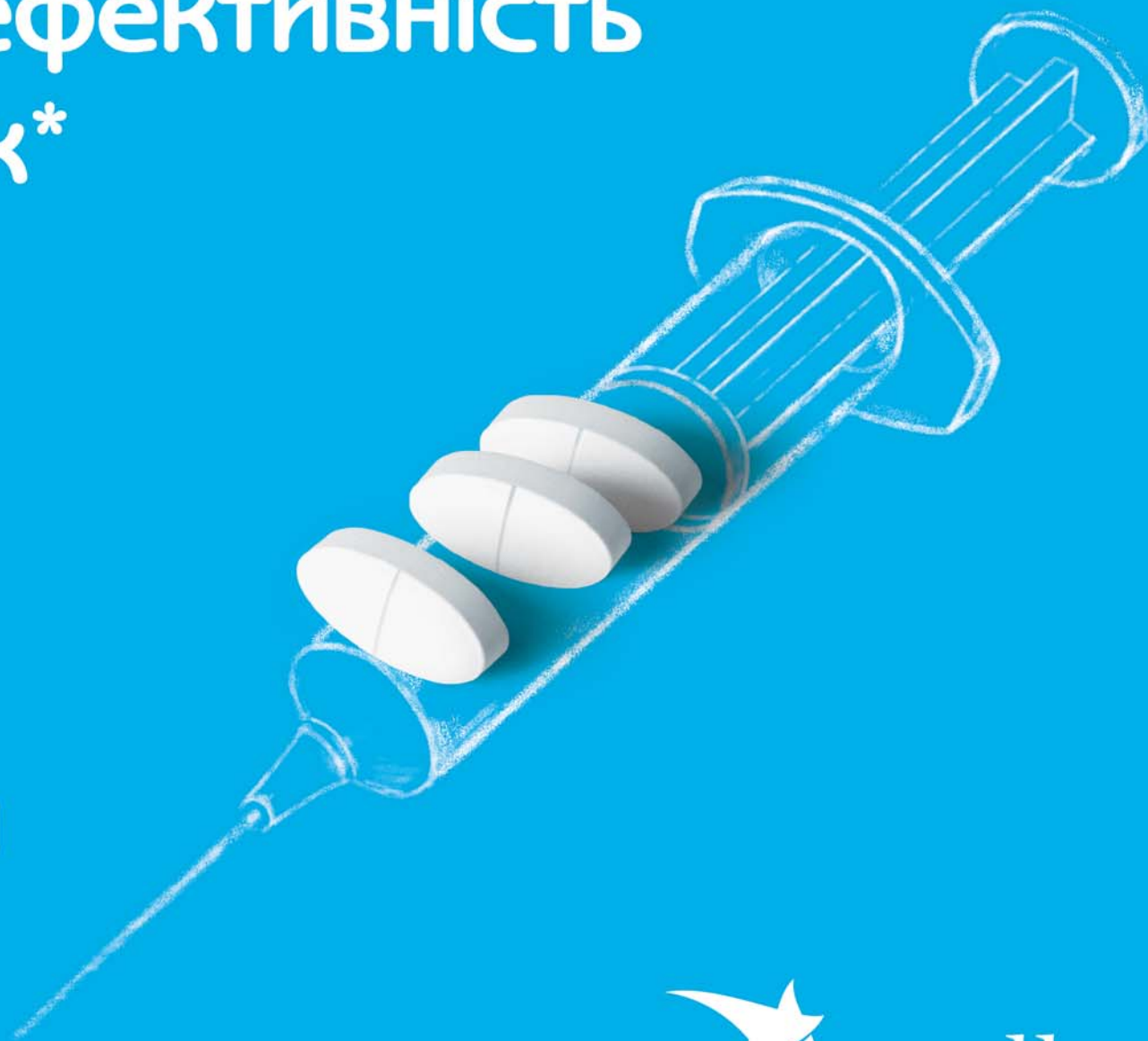


Ін'єкційна ефективність в таблетках*

при респіраторних
інфекціях



 **astellas**

Антибіотики Солютаб®

у формі диспергованих
таблеток

Для раціональної терапії
інфекцій дихальних шляхів



* Яковлев С.В., Довгань Е.В. Аспекты эффективности антибиотиков. Справочник поликлинического врача. 2014, №6, стр. 4-6

Представництво компанії «Астеллас Фарма Юроп Б. В.» в Україні:
04050, м. Київ, вул. Пимоненка, д. 13, корп. 7В, оф. 41
Тел/факс +38 044 490-68-25

Інформація для фахівців охорони здоров'я.

Є протипокази. Перед застосуванням необхідно ознайомитися з повною інструкцією для медичного застосування, що затверджена МОЗ України на <http://www.Drlz.Kiev.Ua>

Проблемные вопросы антибиотикотерапии респираторных инфекций в педиатрии

10-11 сентября 2015 года в киевском Доме кино состоялся 8-й Международный конгресс «Человек и лекарство – Украина». В этом году вниманию участников конгресса было представлено большое количество тематических докладов и лекций, проведено множество дискуссионных заседаний, практикумов и мастер-классов, а также тренинг-школ и рефреш-докладов, посвященных наиболее актуальным темам современной медицины. На фоне такого информационного разнообразия было непросто следить за всеми инновациями в различных областях медицины, но мы не могли обойти вниманием те выступления, в которых рассматривались практические аспекты диагностики и лечения детских заболеваний. В частности, наше внимание привлек доклад, касающийся такой актуальной проблемы педиатрической практики, как рациональная антибиотикотерапия бактериальных инфекций органов дыхания у детей. Этот вопрос подробно осветила одна из ведущих педиатров Украины, заведующая кафедрой детских и подростковых заболеваний Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, глава Ассоциации педиатров г. Киева, доктор медицинских наук, профессор Галина Владимировна Бекетова.



Г.В. Бекетова

— Осень — сезон традиционно повышенной заболеваемости острыми респираторными инфекциями (ОРИ). Ежегодно во всем мире ОРИ заболевает 500 млн человек. На долю ОРИ приходится 70% всех инфекционных заболеваний, а в период эпидемии — 90%. В среднем каждый взрослый человек болеет ОРИ около 1-2-х раз в год, а дети — 6-8 раз в год (С.А. Крамарев, 2010). Согласно данным за 2014 год, у детей первое место в структуре заболеваемости занимают болезни органов дыхания. К сожалению, чем чаще ребенок болеет, тем выше риск развития осложненных форм течения. Ежегодно в мире от респираторной патологии, особенно от ее осложненных форм, погибает около 4 млн людей, из них более половины — дети, причем наиболее высокие показатели смертности отмечаются в возрастной группе детей первых 5 лет жизни.

В формировании осложненных форм ОРИ, в том числе бактериальных отитов, синуситов и др., доминируют всего лишь несколько основных патогенов: *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *M. catarrhalis*. Стоит обратить внимание, что те же *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *M. catarrhalis* выступают в роли копатогенов β-гемолитического стрептококка группы А (БГСА) — основного возбудителя острого тонзиллита.

Что же касается такого чрезвычайно опасного осложнения ОРИ, как пневмония (а каждые 20 секунд в мире от пневмонии погибает 1 ребенок), то при рассмотрении спектра ее основных возбудителей и, следовательно, при выборе средств эмпирической антибиотикотерапии важно учитывать возраст ребенка. Начиная с 5-летнего возраста в этиологии внебольничной пневмонии у детей все более важное значение приобретают внутриклеточные возбудители (*C. pneumoniae*, *M. pneumoniae*, *S. pneumoniae*, *Legionella spp.*).

Среди бактериальных возбудителей внебольничных пневмоний у детей лидирует *S. pneumoniae* (60%), *H. influenzae* (15-18%). Остальные 20% случаев пневмоний относятся к так называемым «атипичным» пневмониям, возбудителями которых являются *C. pneumoniae*, *M. pneumoniae* и *Legionella spp.* (R.M. Killegan et al., 2006).

Ни в коем случае нельзя забывать, что при лечении острого тонзиллита, среднего отита, риносинусита и пневмонии, прежде всего, требуется эрадикация возбудителя, а первоочередным этиотропным средством воздействия на возбудителей данных патологий являются именно антибиотики. Однако антибиотики — единственный класс лекарств, активность которых неуклонно снижается со временем в силу формирования резистентности к ним основных патогенов, поэтому мировая медицинская общественность должна внять призыву Всемирной организации здравоохранения в лице Международного альянса борьбы с антибиотикорезистентностью: «Сохранить силу антибиотиков» (APUA, 2011). Учитывая колоссальную адаптивность проблемных микроорганизмов к воздействующим факторам, мы должны перестать создавать селективное давление на них, и, в первую очередь, исключить необоснованное назначение антибиотиков

при заболеваниях, имеющих преимущественно вирусную этиологию («простуда» или ОРВИ — в 100% случаев, бронхиты — более 80% случаев, боль в горле или вирусные синуситы — около 50% случаев). Нельзя забывать о том, что нерациональное назначение антибиотиков широкого спектра действия в перспективе может вернуть нас в «доантибиотическую эру».

На сегодняшний день проблема антибиотикорезистентности рассматривается президентами высокоразвитых стран как «угроза безопасности государства». В официальном письме от 20 ноября 2009 года, адресованном президенту США Бараку Обаме и премьер-министру Швеции Фредрику Рейнфельдту, занимавшему пост Председателя Европейского Совета, Американское общество инфекционных заболеваний (IDSA) отразило необходимость разработки 10 новых антибиотиков к 2020 году (Всемирное обязательство «10x20»). В этом же году в исследовании М.А. Fischbach и соавт. «История открытия антибиотиков» впервые было введено в оборот определение «инновационный разрыв» — период отсутствия каких-либо разработок в отношении принципиально новых антибактериальных средств. К сожалению, несмотря на Всемирное обязательство «10x20», к 2015 году было разработано всего 2 инновационных антибактериальных средства для взрослой категории пациентов, что же касается педиатрии, то за последние 25 лет — ни одного.

Еще одной причиной, определяющей острую нужду в создании инновационных антибактериальных средств, является огромный рост числа продуцентов β-лактамаз — микроорганизмов, обладающих специфическим механизмом резистентности. За 55-летний период (1950-2005) их количество увеличилось на целых 50%. Принимая во внимание сложившуюся ситуацию, возрастает целесообразность реализации всевозможных программ, преследующих цели «антимикробного кредо». Именно к таким программам относятся проекты MINDME (акроним «mind me», англ. — обращайтесь на меня внимательно) и SMART (акроним «smart», англ. — разумно). Основными положениями проекта MINDME, определяющими разумный подход к антибиотикотерапии, являются: определение микробиологического ориентира, использование показаний, основанных на доказательствах, применение препаратов узкого спектра, соответствие дозировки локализации и типу инфекции, минимизация длительности антибиотикотерапии. Программа рационального использования антибиотиков SMART базируется на следующих принципах: использование современных стандартов и доказательной базы (национальные протоколы), антибиотикотерапия только при бактериальной инфекции («лечи сразу рационально»), стратегия деэскалационной терапии (адекватные дозы и сроки), выбор препарата с учетом резистентности (местной), своевременное начало оптимального курса лечения.

Таким образом, следуя основополагающим принципам данных программ, можно

говорить об успешности проведения антибиотикотерапии. Однако успех этиотропной терапии у детей напрямую зависит от возраста ребенка, чувствительности возбудителя к выбранным антибиотикам и нозологической формы инфекции, а также от наличия у пациента сопутствующей патологии. При этом ключевая роль в этиотропной антимикробной терапии респираторных инфекций у детей на сегодняшний день принадлежит макролидам, аминопенициллинам и цефалоспорином.

Основным возбудителем внебольничных инфекций дыхательных путей у детей определенно можно назвать *S. pneumoniae*, являющийся возбудителем острого синусита и отита в 42% случаев, а внебольничной пневмонии — в 20-75% случаев. Несмотря на неспособность вырабатывать β-лактамазы, данный штамм характеризуется высокой антибиотикорезистентностью, обусловленной мутацией пенициллин-связывающего белка.

По данным российского многоцентрового исследования резистентности пневмококков к группе аминопенициллинов ПеГАС III (2006-2009) к 2009 году не было выявлено ни одного штамма, полностью резистентного к амоксициллину и амоксициллину клавуланату, при этом частота обнаружения умеренно резистентных штаммов составила всего 0,4% (данные 715 исследований).

Европейские и американские руководства (ESCMID, 2011-2012; IDSA 2012) рассматривают применение амоксицилина как разумный старт в лечении бактериальных респираторных инфекций, в частности БГСА-ассоциированного тонзиллофарингита, а также инфекций нижних дыхательных путей. В унифицированных протоколах МЗ Украины (приказ № 128 от 19.03.2007 г.; приказ № 181 от 24.03.2009 г.) амоксициллин также рекомендован в качестве препарата выбора при лечении респираторных инфекций (острый стрептококковый тонзиллофарингит, нетяжелая внебольничная пневмония, острый средний отит, острый бактериальный синусит), при этом макролиды выступают в качестве альтернативных средств терапии.

Итак, когда же стоит назначать детям амоксициллин с клавулановой кислотой? Как было отмечено в исследовании А.Г. Чукалина и соавт. (2010), для проведения эмпирической антибиотикотерапии в амбулаторных условиях у пациентов с сопутствующими заболеваниями и/или принимавших антибиотики на протяжении последних 3 мес целесообразным будет назначение комбинации амоксициллина с клавуланатом (Флемоклав Солютаб®) или амоксициллина с макролидом (Вильпрафен Солютаб®). Флемоклав Солютаб® (амоксициллина клавуланат) — наиболее сбалансированный антибиотик по спектру активности в отношении основных возбудителей рецидивирующих инфекций дыхательных путей. Флемоклав Солютаб® обеспечивает более высокую и предсказуемую биодоступность клавулановой кислоты по сравнению с амоксициллином клавуланатом в стандартной лекарственной форме. Предсказуемая эффективность препарата Флемоклав Солютаб®

обеспечивается за счет более надежной защиты амоксициллина клавулановой кислотой.

Когда же требуется назначение макролидов ребенку с респираторными инфекциями? Макролиды — группа антибиотиков, наиболее активных в отношении «атипичных» возбудителей респираторных инфекций (*C. pneumoniae*, *M. pneumoniae*, *S. pneumoniae*, *Legionella spp.*). Кроме того, как было показано в российском многоцентровом исследовании ПеГАС III (2006-2009), некоторые макролиды, в частности джозамицин (Вильпрафен Солютаб®), не только имеют высокую активность в отношении различных штаммов *S. pyogenes*, но и могут служить альтернативой использованию β-лактамов. Таким образом, макролиды стоит назначать в качестве средств антибиотикотерапии при атипичных инфекциях и аллергии на β-лактамы препараты.

Применение цефалоспоринов для лечения инфекций дыхательных путей в амбулаторной практике должно быть взвешенным. Назначение данной группы препаратов возможно у детей с рекуррентными инфекциями дыхательных путей, особенно в конце респираторного сезона когда в анамнезе у ребенка был прием антибактериальных препаратов других групп.

Солютаб® — это форма выпуска антибактериальных лекарственных средств, позволяющая принимать препараты в жидком виде: сиропов, гранул или других растворимых или диспергируемых форм, облегчающих введение лекарств, что особенно важно у детей. Данная форма антибиотиков позволяет не только получить предсказуемый результат лечения, но и снизить риск развития ряда нежелательных эффектов. Антибактериальные препараты с доказанной эффективностью, выпускаемые в форме диспергированных таблеток Солютаб®, представляют собой высокотехнологичные лекарственные средства и лучше всего подходят для рациональной антибиотикотерапии по принципам SMART USE.

Таким образом, на сегодняшний день в распоряжении педиатров имеется три высококачественных и высокоэффективных антибактериальных средства, каждое из которых обладает своими преимуществами в той или иной клинической ситуации:

- Флемоксин Солютаб® — стартовая терапия бактериальных респираторных инфекций;
- Флемоклав Солютаб® — терапия рецидивирующих респираторных инфекций у детей с сопутствующей патологией;
- Вильпрафен Солютаб® — препарат выбора при «атипичной» инфекции и аллергии на β-лактамы.

По мудрому выражению Гиппократ, «исцеление — это дело времени, но иногда это также дело возможности...». В лечении бактериальных инфекций органов дыхания у детей такой возможностью как раз и является рационально выбранная антибактериальная терапия.

Подготовил Антон Вовчек

37