

# Антибактеріальна терапія при інфекціях ЛОР-органів: дотримуватись принципу розумної достатності

**Переважну більшість пацієнтів на прийомі у отоларингологів і певну їх частину у лікарів загальної практики становлять хворі з інфекційно-запальною патологією ЛОР-органів. При цьому кожного разу перед лікарями постають два важливі питання – чи призначати антибіотик і, якщо так, то який саме?**

**Основні правила раціональної антибіотикотерапії, які дозволяють досягти максимальної клінічної ефективності при мінімальному ризику небажаних наслідків, учасникам Національного конгресу «Людина та Ліки – Україна-2015» нагадав головний позаштатний спеціаліст МОЗ України з отоларингології, завідувач кафедри отоларингології Івано-Франківського державного медичного університету, доктор медичних наук, професор Василь Іванович Попович.**

– На певному етапі розвитку медицини запалення та бактеріальна інфекція сприймалися як споріднені поняття, тому для лікування будь-яких запальних процесів широко застосовували антибіотики. Але згодом завдяки клінічним спостереженням та експериментальним роботам стало зрозуміло, що значна кількість випадків запальних захворювань викликана вірусами, при яких призначення антибіотиків не ефективне. Разом з тим надмірно активне застосування антибіотиків сприяло росту резистентності мікроорганізмів. Отже, клініцисти дійшли важливого висновку: антибіотики слід використовувати більш обґрунтовано та раціонально.

У практиці отоларингологів найчастіше зустрічаються такі запальні захворювання, як гострий риносинусит, гострий отит та гострий тонзиліт. Вони становлять майже половину усіх призначень антибіотиків, хоча у більшості випадків на ранніх етапах мають вірусну етіологію і не потребують протимікробної терапії, навіть профілактичної, адже ризик небажаних наслідків такого втручання значно вищий за можливу користь. У той же час віруси можуть створювати сприятливе тло для розвитку вторинної бактеріальної інфекції, а в деяких випадках вона спостерігається з самого початку. В таких клінічних ситуаціях антибіотикотерапія виправдана, а іноді навіть життєво необхідна.

Отже, перед лікарем при зверненні пацієнта з інфекцією ЛОР-органів стоять важливі задачі: диференціювати вірусну та бактеріальну інфекцію та своєчасно виявити бактеріальні ускладнення при початковому вірусному захворюванні. Основними клінічними критеріями диференційної діагностики мають бути хронологічний компонент та тяжкість перебігу. Так, загальними рисами вірусних респіраторних інфекцій є бурхливий розвиток запальних (катаральних) проявів і так само швидке їх згасання, а також, як правило, легкий або середньої тяжкості перебіг без значного погіршення самопочуття та вираженої інтоксикації. Також слід зазначити, що вірусна інфекція, як правило, має більш ніж одну локалізацію, тобто одночасно вражає слизову оболонку носової порожнини, біляносових пазух, носоглотки, гортані, середнього вуха тощо. Відповідно клінічна картина включає цілу низку симптомів – виділення з носа, охриплість голосу, біль у горлі, кашель, кон'юнктивіт тощо.

При вірусному риносинуситі симптоматика зазвичай досягає максимальних проявів на 2-4 добу захворювання, і вже на 6-7 добу пацієнт почуває себе здоровим. Якщо ж клінічна картина погіршується після 5 днів захворювання або симптоми зберігаються більше 10 діб, слід запідозрити бактеріальну етіологію процесу. Щодо тяжкості захворювання, то у

більшості випадків вірусний риносинусит супроводжується такими симптомами, як ринорея, незначне підвищення температури тіла, утруднення носового дихання. Якщо до перелічених симптомів приєднуються порушення загального самопочуття, головний біль, значне підвищення температури тіла, існує велика вірогідність бактеріальної інфекції, що потребує призначення антибіотиків. Але критерій тяжкості перебігу обов'язково слід враховувати одночасно з хронологічним компонентом. Якщо виражена інтоксикація спостерігається на 2-3 добу захворювання, то це, скоріше за все, тяжкий перебіг вірусної інфекції.

Диференціювати гострий бактеріальний та катаральний (вірусний) середній отит слід перш за все за тяжкістю перебігу. Гострий середній отит легкого та середнього ступеня тяжкості лікується без призначення антибіотикотерапії, але зі спостереженням за хворим протягом 48-72 годин. При тяжкому перебігу, а також дітям у віці до 6 місяців слід призначати антибіотики.

На бактеріальну природу тонзиліту вказує його лакунарний або фолікулярний характер, що зазвичай супроводжується сильною інтоксикацією. Призначення антибіотиків у таких випадках абсолютно необхідне. При катаральній формі тонзиліту та легкому чи середньому ступені тяжкості ми, скоріше за все, маємо справу з вірусним тонзилітом, що не потребує призначення антибіотиків.

Основна мета протимікробної терапії – знищення інфекційного агента у вогнищі запалення. Неадекватна антибіотикотерапія (невідповідна тривалість курсу, недостатня доза, неправильно підібраний антибіотик чи шлях його введення) не тільки стає причиною терапевтичної невдачі, але й сприяє формуванню та поширенню резистентних штамів бактерій. Отже, антибіотикотерапія має використовуватись обґрунтовано (за показами) і раціонально.

При виборі схеми антибіотикотерапії лікар має враховувати цілу низку критеріїв: збудник захворювання (визначений чи потенційний), глобальні та регіональні дані щодо резистентності вірогідних патогенів чи результати антибіотикограми, особливості пацієнта (вік, наявність супутньої патології, вагітність тощо), зручність терапії та її вплив на прихильність до лікування, фармако-економічні аспекти та ін.

Існує два основні підходи до вибору антибіотиків: цілеспрямований (заснований на даних мікробіологічного дослідження та антибіотикограми конкретного пацієнта) та емпіричний (заснований на епідеміологічних даних щодо найбільш розповсюджених збудників та їх чутливості до антибіотиків). Перший підхід вимагає певного часу для проведення мікробіологічного дослідження та фінансових витрат. У більшості випадків

гострих інфекцій використовується емпіричний підхід, адже антибіотики слід призначати терміново, не очікуючи кілька днів на результати аналізів.

Найчастішими збудниками гострого бактеріального риносинуситу є *S. pneumoniae*, *H. influenzae* та *M. catarrhalis*. Тому препаратами вибору для стартової емпіричної терапії цього захворювання є бета-лактамі антибіотики, що мають високу природну активність щодо цих патогенів та одночасно є доступними та безпечними. Але у зв'язку з достатньо високою частотою резистентних штамів *H. influenzae* й *M. catarrhalis*, що набули здатності виробляти фермент бета-лактамазу, незахищені бета-лактами не завжди забезпечують потрібний клінічний ефект. Вирішення проблеми є використання амоксициліну, захищеного клавулановою кислотою, яка блокує бета-лактамази й запобігає руйнуванню антибіотика. Захищені бета-лактами, наприклад Флемоклав Солютаб®, слід у першу чергу призначати за наявності факторів ризику резистентних штамів, наприклад у разі нещодавнього прийому антибіотиків з приводу іншого захворювання.

Іноді використання бета-лактамів протипоказане (алергія) чи недоцільне (атиповий характер мікрофлори). Запідозрити інфекцію, яка викликана атиповими збудниками (*M. pneumoniae*, *C. pneumoniae*), за клінічними ознаками не дуже просто. Слід зважати не тільки на симптоматику, а й на анамнез та епідеміологічне оточення. Висока вірогідність атипової мікрофлори спостерігається при гострому риносинуситі, що розвинувся на тлі гострої або хронічної інфекції нижніх дихальних шляхів (бронхіт, ХОЗЛ) чи бронхіальної астми. Альтернативними препаратами для лікування гострого бактеріального риносинуситу у тих випадках, коли призначення бета-лактамів протипоказане чи недоцільне, є макроліди, цефалоспорини та фторхінолони. Перевагу слід надавати препаратам з вищим рівнем безпеки. Серед макролідів заслуговує на увагу джозаміцин (Вільпрафен Солютаб). Цей антибіотик характеризується низьким ризиком побічних ефектів та мінімальною частотою лікарських взаємодій.

Збудниками гострого гнійного отиту є ті самі мікроорганізми, що й при гострому бактеріальному риносинуситі, тому для його лікування використовують ті ж антибіотики. Більш того, отит дуже часто розвивається на тлі гострого риносинуситу, тому їх лікування збігається.

При гострому тонзиліті препаратами першого вибору для емпіричної терапії також є бета-лактами (зокрема Флемоксин Солютаб®), оскільки основний бактеріальний збудник цього захворювання – бета-гемолітичний стрептокок групи А – високочутливий до цих антибіотиків. Слід зазначити, що дослідження



В.І. Попович

ПеГАС за 10 років спостереження не виявило жодного штаму піогенного стрептококу, резистентного до пеніцилінів, отже немає необхідності переживати за набуту стійкість збудника. Макроліди (Вільпрафен Солютаб) слід призначати тільки у разі неможливості використання пеніцилінів і обов'язково з подальшим клінічним наглядом пацієнтів, адже ці антибіотики через бактеріостатичний механізм дії менш ефективні у профілактиці ревматичних ускладнень порівняно з бета-лактамами.

Важливим критерієм вибору антибіотика, що впливає на комплаєнс, є лікарська форма та шлях введення. Згідно з сучасними рекомендаціями у більшості випадків респіраторних інфекцій незалежно від ступеня їх тяжкості слід надавати перевагу пероральним препаратам, і лише у разі неможливості їх застосування (наприклад, розлади свідомості, серйозна патологія шлунково-кишкового тракту з порушенням всмоктування, порушення ковтання тощо) призначати парентеральні антибіотики. Зручною у використанні є диспергована форма Солютаб. Крім того, вона забезпечує вищу біодоступність та більш прогнозовану фармакокінетику (Н. Sourgens et al., 2001), а також знижує залишкову концентрацію антибіотика у кишечнику й частоту шлунково-кишкових побічних явищ. За даними досліджень, небажані реакції з боку травної системи розвивалися майже утричі рідше при терапії Флемоклавом Солютаб® порівняно з традиційною лікарською формою амоксициліну/клавуланату. Перевага диспергованих таблеток визнана експертами ВООЗ.

Щодо вибору дози антибіотика, слід одночасно враховувати як особливості мікроорганізму (щоб забезпечити ерадикацію збудника), так і можливості макроорганізму (токсичний вплив). Баланс між цими факторами називається терапевтичним інтервалом, який дає змогу призначати безпечну антибіотикотерапію. Недостатня доза сприяє селекції резистентних штамів, надмірна – може зашкодити пацієнту.

**Отже, раціональна антибіотикотерапія інфекцій ЛОР-органів, що передбачає адекватний вибір препарату, оптимальну дозу, шлях введення та лікарську форму, забезпечує максимальний терапевтичний ефект при мінімальному ризику побічних ефектів.**

Підготував В'ячеслав Килимчук



# 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.Driz.Kiev.Ua>