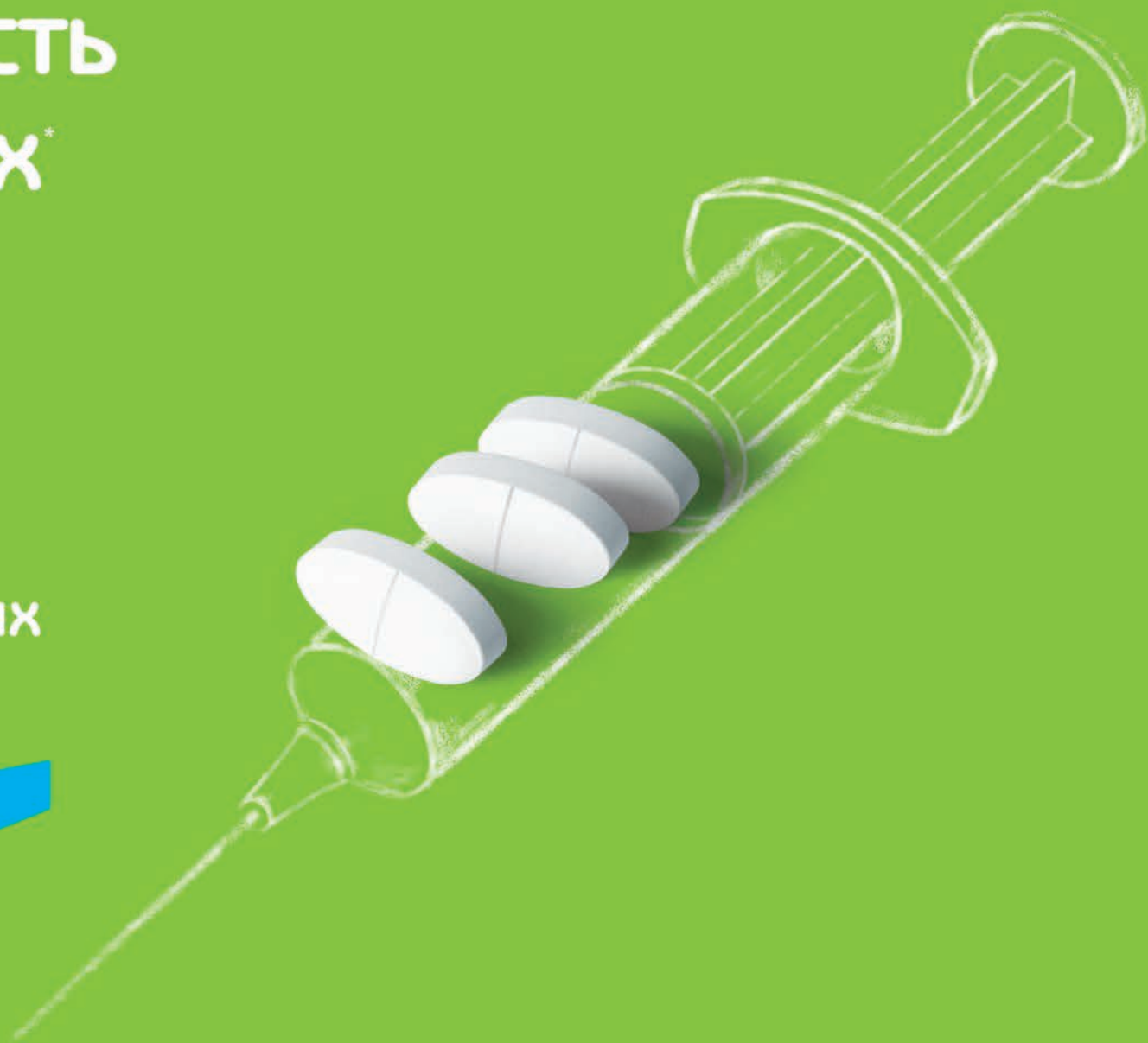


# Ін'єкційна ефективність в таблетках\*

при респіраторних інфекціях



## Флемоклав Солютаб®

амоксцилін/клавуланова кислота

Самий швидкий клінічний ефект серед захищених амінопеніцилінів<sup>1</sup>

Кращий захист амоксициліна клавулановою кислотою<sup>2</sup>



\* Яковлев С.В., Довгань Е.В. Аспекты эффективности антибиотиков. Справочник поликлинического врача №6, 2014 г., стр 4-6  
1. Карпов О.И. и соавт. Детские инфекции. 2006. №3. стр. 52-56  
2. Sourgens H. Et al. Int J Clin Pharmacol Ther 2001; 39(2): 75-82

Флемоклав Солютаб 125/31,25мг - UA/4458/01/01 від 08.05.2015; Флемоклав Солютаб 250/62,5мг - UA/4458/01/02 від 08.05.2015; Флемоклав Солютаб 500/125мг - UA/4458/01/03 від 08.05.2015; Флемоклав Солютаб 875/125 - UA/4458/01/04 від 25.01.2013

**Коротка інформація про лікарський засіб ФЛЕМОКЛАВ СОЛЮТАБ®.** **Склад:** діючі речовини: амоксицилін, клавуланова кислота; 1 таблетка 125/31,25 містить 125 мг амоксициліну (у вигляді амоксициліну тригідрату), 31,25 мг клавуланової кислоти (у вигляді калію клавуланату); 1 таблетка 250/62,5 містить 250 мг амоксициліну (у вигляді амоксициліну тригідрату), 62,5 мг клавуланової кислоти (у вигляді калію клавуланату); 1 таблетка 500/125 містить 500 мг амоксициліну (у вигляді амоксициліну тригідрату), 125 мг клавуланової кислоти (у вигляді калію клавуланату); 1 таблетка 875/125 містить 875 мг амоксициліну (у вигляді амоксициліну тригідрату), 125 мг клавуланової кислоти (у вигляді калію клавуланату); **Лікарська форма.** Таблетки, що диспергуються. **Показання.** Лікування бактеріальних інфекцій, спричинених чутливими мікроорганізмами, таких як: підтверджений гострий бактеріальний синусит; гострий середній отит; підтвержене загострення хронічного бронхіту; негоспітальна пневмонія; цистити; пієлонефрити; інфекції шкіри та м'яких тканин, у т.ч. целюліти, укуси тварин, тяжкі дентоальвеолярні абсцеси з поширеним целюлітом; інфекції кісток та суглобів, у т.ч. остеомиєліти. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до будь-яких компонентів препарату, до будь-яких антибактеріальних засобів групи пеніцилінів, наявність в анамнезі тяжких реакцій гіперчутливості (в т.ч. анафілаксії), пов'язаних із застосуванням інших бета-лактамічних агентів (у т.ч. цефалоспоринів, карбапенемів або монобактамів), наявність в анамнезі жовтяниці або дисфункції печінки, пов'язаних із застосуванням амоксициліну/клавуланату (див.розділ «Побічні реакції»). **Застосування у період вагітності або годування груддю.** Вагітність. Дослідження на тваринах не показують прямих чи непрямих шкідливих дій на вагітність, розвиток ембріона/плода чи постнатальний розвиток. Обмежені дані застосування амоксициліну/клавуланової кислоти під час вагітності не виявляли підвищеного ризику виникнення вроджених вад розвитку. В ході одного дослідження за участю жінок з передчасним розривом оболонок плода повідомлялося, що профілактичне застосування амоксициліну/клавуланової кислоти може бути пов'язане з підвищенням ризику некротизуючого ентероколіту у новонароджених. Слід уникати застосування препарату під час вагітності, за винятком необхідності застосування у випадках, які оцінює лікар. **Період годування груддю.** Обидва активні компоненти препарату екскретуються у грудне молоко (немає інформації стосовно впливу клавуланової кислоти на немовля, яке знаходиться на грудному вигодовуванні). Відповідно, у немовляти, яке знаходиться на грудному вигодовуванні, можлива поява діареї та грибкової інфекції слизових оболонок, тому годування груддю слід припинити. Препарат у період годування груддю можна застосовувати лише тоді, коли, на думку лікаря, користь від застосування буде переважати ризик. **Спосіб застосування та дози.** Для дорослих та дітей з масою тіла  $\geq 40$  кг Флемоклав Солютаб® 500/125 забезпечує добову дозу, яка становить 1500 мг амоксициліну/375 мг клавуланової кислоти. Тривалість лікування визначається відповідно пацієнта на лікування. Деякі інфекції, (наприклад остеомиєліт) потребують лікування протягом тривалого часу. Лікування не слід продовжувати більше 14 днів без оцінки стану хворого. **Діти з масою тіла <40 кг.** Від 20 мг/5 мг/кг/добу до 60 мг/15 мг/кг/добу, розділивши на 3 прийоми. Клінічні дані застосування амоксициліну/клавуланової кислоти із співвідношенням 4:1 у дітей віком до 2 років у дозі понад 40 мг/10 мг/кг маси тіла на добу відсутні. Лікарський засіб у даній лікарській формі можливо застосовувати дітям з масою тіла більше 9 кг із розрахунку добової дози 40 мг/10 мг/кг/добу, розділивши на 3 прийоми. **Пацієнти літнього віку.** Відсутня необхідність корекції дози. **Ниркова недостатність.** Доза визначається відповідно до рівня амоксициліну. Немає необхідності змінювати дозу пацієнту при кліренсі креатиніну  $> 30$  мл/хв. **Печінкова недостатність.** Застосовувати з обережністю і періодично контролювати функцію печінки. **Спосіб застосування.** Флемоклав Солютаб® приймають всередину. Флемоклав Солютаб® призначають на початку прийому їжі, щоб зменшити диспепсичні симптоми та покращити всмоктування препарату. Таблетку ковтають цілою, запиваючи стаканом води, або розчиняють в невеликій кількості води. Для дітей з масою тіла  $< 40$  кг рекомендовано розчинити в невеликій кількості води. **Побічні реакції.** Інфекції та інвазії: часто: кандидоз шкіри та слизових оболонок. **Кровоносна та лімфатична системи:** рідко: оборотна лейкопенія (включаючи нейтропенію) та тромбоцитопенія; невідомо: оборотний агранулоцитоз та гемолітична анемія; збільшення часу кровотечі та протромбінового індексу. **Імунна система:** Невідомо: ангіоневротичний набряк, анафілаксія, сироваткоподібний синдром, алергічний васкуліт. **Нервова система:** нечасто: запаморочення, головний біль, невідомо: оборотна гіперактивність і судоми. Судоми можуть виникати у пацієнтів з порушеною функцією нирок або у тих, хто отримує високі дози препарату. **Травний тракт:** дуже часто: діарея; часто: нудота, блювання (вищезазначені симптоми з боку травного тракту можна зменшити, якщо застосовувати препарат на початку прийому їжі); нечасто: порушення травлення, невідомо: антибіотикасоційований коліт (включаючи псевдомембранозний коліт та геморрагічний коліт), чорний волосистий язик. **Гепатобілярні реакції:** нечасто: помірне підвищення рівня АСТ та/або АЛТ відзначалося у хворих, які лікувались антибіотиками групи бета-лактамів, однак клінічне значення цього не встановлено; невідомо: гепатити та холестагічна жовтяниця. Ці явища виникали при застосуванні інших пеніцилінів та цефалоспоринів (див. розділ «Особливості застосування»). **Шкіра та підшкірні тканини:** нечасто: шкірні висипання, свербіж, кропив'янка; рідко: поліморфна еритема, невідомо: синдром Стивенса-Джонсона, токсичний епідермальний некроліз, пухирчастий ексоліативний дерматит, гострий генералізований екзантематозний пустульоз. **Нирки та сечовидільна система:** невідомо: інтерстиціальний нефрит, кристалурія. Перед застосуванням необхідно ознайомитися з повною інструкцією для медичного застосування, що затверджена МОЗ України та знаходиться на сайті <http://www.drz.kiev.ua>. У випадку виникнення побічних ефектів просимо направляти інформацію до представництва Астеллас Фарма Юроп Б. В. на адресу 04050, м. Київ, вул. Пимоненка, 13, корп. 7-В, офіс 41, тел. 044-490-68-25, факс: 044-490-68-26.

ТОВ «Астеллас Фарма»; м. Київ, вул. М. Пимоненка, 13, корп. 7В, оф. 41; тел. +38 044 490 68 25, факс +38 044 490 6826

Інформація для фахівців охорони здоров'я. Перед застосуванням необхідно ознайомитися з повною інструкцією для медичного застосування, що затверджена МОЗ України на <http://www.drz.kiev.ua>



# Обзор рекомендаций по лечению пневмонии у детей

**Успехи в лечении пневмонии у детей, без преувеличения, являются одними из значимых достижений медицины последних десятилетий. Пневмония с верхних строчек списка наиболее частых причин детской смертности переместилась в конец перечня. Однако, несмотря на заметный прогресс в этой области, проблема пневмонии детского возраста не стала менее актуальной. Высокая распространенность, диагностические ошибки, несвоевременность оказания медицинской помощи, возрастающая роль атипичной флоры в качестве этиологического фактора и, наконец, вопрос антибиотикорезистентности – все эти факторы не позволяют рассматривать пневмонию у детей в качестве рядовой и решенной проблемы.**

Внедрение в отечественную практику принципа доказательной медицины, безусловно, не обошло стороной педиатрию. С одной стороны, систематизация накопленных врачами всего мира знаний об этиологии и эффективных методах терапии пневмонии призвана помочь практикующему врачу. Однако если этиология, патогенез и диагностические критерии пневмонии описаны в современных руководствах достаточно однозначно, то вопрос терапии оставляет для практикующего врача широкое поле выбора лекарственных препаратов, прежде всего антибактериальных. Важно помнить, что этиотропное лечение в случае пневмонии – ключ к выздоровлению, поэтому рациональный выбор антибиотика при бактериальных формах заболевания является важнейшей и первоочередной задачей.

Что же такое пневмония? Несмотря на изменившиеся в последние годы взгляды на многие фундаментальные вопросы этиологии, патогенеза и тактики лечения этой болезни, классическое определение родом из 80-х годов прошлого столетия остается востребованным и сегодня. **Итак, внегоспитальная (внебольничная) пневмония (ВП) представляет собой острое инфекционное заболевание легких различной, преимущественно бактериальной, этиологии, развившееся вне больницы или в первые 48-72 ч госпитализации, сопровождаемое лихорадкой и симптомами поражения нижних дыхательных путей (одышка, кашель и физикальные данные), при наличии инфильтративных изменений на рентгенограмме. Важно отметить, что ВП – это острое инфекционное заболевание, поэтому определение «острая» перед диагнозом «пневмония» является излишним.** В соответствии с классификацией МКБ-10 по этиологии выделяют следующие формы пневмонии: бактериальная, вирусная, грибковая, паразитарная, хламидийная, микоплазменная, смешанная (J12-J18). Низкая информативность и значительная продолжительность микробиологических исследований, а также практика приема антибактериальных препаратов (АБП) до обращения за медицинской помощью, широко распространенная в нашей стране ввиду безрецептурного отпуска любых антибиотиков в аптеках, становятся причинами фактического отсутствия этиологического диагноза у 70% и более детей с ВП. Несмотря на попытки многих авторов систематизировать дифференциальные признаки пневмонии той или иной этиологии, широкого применения такое разделение не получило. Тем не менее, ввиду необходимости эмпирического назначения антибиотика, этиология ВП – вопрос, который встает перед каждым врачом, имеющим дело с пневмонией.

Итак, фактом остается утверждение, что на момент назначения лечения возбудитель пневмонии почти всегда не идентифицирован. Исходя из этого утверждения, решение о назначении антибиотика должно определяться двумя факторами:

- распространенностью патогенов у детей различных возрастных категорий;
- определенными клиническими признаками, характерными для специфических патогенов.

Многие специалисты сегодня констатируют наличие определенной зависимости между возрастом ребенка и восприимчивостью к тем или иным возбудителям пневмонии.

Так, по данным В.К. Таточенко (2008) и А.Г. Чучалина (2011), ВП у детей 6 мес – 5 лет чаще всего (70-88%) ассоциирована со *Streptococcus pneumoniae*. *Haemophilus influenzae* типа b выявляют значительно реже – до 10% случаев; вместе с пневмококком она обуславливает большинство случаев пневмоний, осложненных легочной деструкцией и плевритом. Стафилококки выделяют относительно редко. Атипичные пневмонии, вызванные *Mycoplasma pneumoniae*, наблюдают у 15% больных, а вызванные *Chlamydia pneumoniae*, – у 3-7%. Из вирусов в этом возрасте чаще всего выявляют респираторно-синцитиальный вирус (РС-вирус), вирусы гриппа и парагриппа, рино- и аденовирусы, часто в ассоциации с бактериальными возбудителями. При смешанной вирусно-бактериальной инфекции вирус, очевидно, выступает как фактор, способствующий инфицированию нижних дыхательных путей бактериальной флорой. Именно поэтому многие авторы сегодня рассматривают вирусную пневмонию в качестве более раннего этапа бактериальной ВП.

У детей старше 5 лет *Streptococcus pneumoniae* также остается ведущим возбудителем пневмонии – 35-40% всех случаев ВП, но в то же время возрастает роль и атипичной микрофлоры – атипичные пневмонии, вызванные *M. pneumoniae* и *S. pneumoniae*, выявляют у 23-44% и 15-30% соответственно. *H. influenzae* типа b практически не выявляют, в редких случаях пневмонию вызывает гемолитический стрептококк, распространяющийся лимфогенно из очага в миндалинах. По данным некоторых авторов, *S. pneumoniae* и *M. pneumoniae* чаще всего вызывают пневмонию у детей школьного возраста (Crawford S.E., Daum R.S., 2008; Бруснигина Н.Ф., Мазепа В.Н. и др., 2009; Чучалин А.Г. и др., 2011). К редким (3-5%) возбудителям ВП у детей этой возрастной группы относятся: *H. influenzae*, *S. aureus* и *K. pneumoniae*. В очень редких случаях ВП может вызывать *Pseudomonas aeruginosa* (у больных муковисцидозом). Значительная часть случаев ВП (8-40%) обусловлена смешанной вирусно-бактериальной инфекцией. Необычную этиологию ВП (*Candida* spp., *Aspergillus* spp., *Pneumocystis jirovecii*) следует предполагать у ВИЧ-инфицированных детей, а также у получавших иммуносупрессивную терапию или поступающих в тяжелом состоянии. Риск грамтрицательной этиологии или полирезистентного возбудителя высок при подозрении на аспирацию, антибактериальную терапию в предшествующие три месяца у детей, посещающих детские дошкольные учреждения, а также имеющих хронические заболевания респираторной системы. В целом независимо от тяжести больных в этиологии ВП доминирует *S. pneumoniae*, однако по мере нарастания тяжести увеличивается удельный вес *Staphylococcus aureus*, *Legionella pneumophila*, *H. influenzae* и энтеробактерий, а значение *M. pneumoniae* и *S. pneumoniae* уменьшается (Don M., Canciani M., Korppi M., 2010). Резистентность патогенной флоры к антибиотикам является серьезной проблемой современной медицины. У больных с ВП этот вопрос особенно остро стоит в случаях наличия хронических заболеваний с частым применением антибиотиков в анамнезе, а также у детей, пребывающих в закрытых коллективах (интернат, дом ребенка). Говоря об уровнях устойчивости пневмококков к основным АБП (амоксциллин, амоксициллин/клавуланат,

цефтриаксон, макролиды), важно отметить, что, несмотря на пристальное внимание к вопросу, резистентность не превышает 0,3-6,7% (Чучалин А.Г., Синопальников А.И. и др., 2010), при этом в большинстве случаев выявляются умереннорезистентные штаммы.

Переходя к вопросу эмпирического назначения АБП при ВП, важно подчеркнуть, что необходимо учитывать не только возраст ребенка и природную активность препаратов к предполагаемым патогенам, но и распространенность и характер резистентности возбудителей (табл. 1).

В руководстве «Внебольничная пневмония у детей: распространенность, диагностика, лечение и профилактика» (2011) содержится ряд рекомендаций по выбору АБП с учетом вышеописанных критериев. Так, препаратами выбора для лечения **пневмококковой ВП** являются β-лактамы: аминопенициллины (амоксциллин – внутрь, ампициллин парентерально только у новорожденных), в том числе ингибиторозащищенные (амоксциллин/клавуланат), а также цефалоспорины II-III поколения (цефуроксим, цефотаксим, цефтриаксон). Пневмококки лишены способности продуцировать β-лактамазы; механизм их резистентности к β-лактамам антибиотикам обусловлен модификацией пенициллинсвязывающего белка, в результате чего повышается минимальная подавляющая концентрация (МПК) этих препаратов и снижается клиническая эффективность. Карбапенемы и цефалоспорины III-IV поколения для парентерального применения в тяжелых и осложненных ситуациях, как правило, сохраняют высокую активность в стандартных дозах. Амоксициллин также сохраняет активность против пенициллинрезистентных пневмококков, но для надежного клинического эффекта целесообразно использование высоких доз препарата. Макролидные антибиотики являются альтернативными препаратами (в частности, при аллергии на β-лактамы). Респираторные фторхинолоны могут использоваться только с учетом возрастных ограничений. Аминогликозиды не имеют клинически значимой активности в отношении *S. pneumoniae* и не должны использоваться в стартовой терапии ВП у больных старше 6 месяцев. Препаратами выбора для лечения ВП, **вызванной *H. influenzae***, являются аминопенициллины (амоксциллин внутрь) и АБП, активные в отношении штаммов, продуцирующих β-лактамазы (амоксциллин/клавуланат, амоксициллин/сульбактам, цефалоспорины II-III поколения), карбапенемы. Наибольшей природной активностью в отношении **атипичных возбудителей ВП** обладают макролиды. Тетрациклины (доксициклин) и респираторные фторхинолоны имеют возрастные ограничения и могут использоваться лишь у подростков. Препаратом выбора **при стафилококковых пневмониях** является оксациллин, альтернативой могут быть амоксициллин/клавуланат, амоксициллин/сульбактам, цефалоспорины I поколения, линкозамиды.

Выбирая АБП, важно учитывать способ введения того или иного препарата. Сегодня, когда современные таблетированные формы препаратов не уступают по биодоступности парентеральным, безусловно, предпочтение следует отдавать средствам для приема внутрь. В тяжелых случаях ВП, требующих парентерального введения АБП, нельзя забывать о возможностях ступенчатой терапии, основная идея которой заключается в уменьшении длительности парентеральной антибиотикотерапии, что обеспечивает значительное уменьшение стоимости лечения и сокращение срока пребывания ребенка в стационаре при сохранении высокой клинической эффективности. Оптимальным вариантом ступенчатой терапии является последовательное использование двух лекарственных форм (для парентерального введения и приема внутрь) одного и того же антибиотика, что обеспечивает преемственность лечения. Однако абсолютно допустимо последовательное применение препаратов, близких по своим антимикробным свойствам и с одинаковым уровнем приобретенной устойчивости (например, ампициллин на амоксициллин; цефотаксим, цефтриаксон на цефиксим). Переход с парентерального на пероральный антибиотик осуществляют при стабилизации состояния пациента, нормализации температуры и улучшении клинической картины ВП, обычно через 2-3 дня после начала лечения.

Оценка эффективности назначенного АБП проводится через 24-48 часов от начала терапии. Лечение пневмонии требует использования достаточных доз эффективного антибиотика в течение оптимального периода времени. В большинстве случаев продолжительность лечения колеблется в пределах от 7 до 14 дней. Длительность АБТ должна определяться наличием сопутствующих заболеваний и/или бактериемии, тяжестью и особенностями течения заболевания. При пневмонии, вызванной *S. pneumoniae*, оптимальная длительность терапии составляет 7-10 дней, *M. pneumoniae* – 10-14 дней (Community Acquired Pneumonia, Guideline 14, 2005). АБТ может быть завершена

Возраст больного	Наиболее частые возбудители	Препараты выбора	Альтернативные препараты
Новорожденные	Стрептококк группы В, Enterobacteriaceae ( <i>E. coli</i> и др.)	Ампициллин + гентамицин амоксициллин/клавуланат	Цефотаксим ± гентамицин ± ампициллин, имипенем
От 1 до 3 месяцев	Вирусы (РС, парагриппа, энтеровирусы), Enterobacteriaceae ( <i>E. coli</i> и др.), <i>H. influenzae</i> , <i>C. trachomatis</i> , <i>S. aureus</i>	Амоксициллин/клавуланат ампициллин ± макролид	Цефалоспорины II-III поколения
От 3 месяцев до 5 лет	Вирусы, <i>S. pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i>	Внутри: амоксициллин амоксициллин/клавуланат макролид	Внутри: цефуроксим ± макролид Парентерально: ампициллин, цефалоспорины II-IV поколения, карбапенемы
Старше 5 лет	<i>S. pneumoniae</i> , <i>M. pneumoniae</i> , <i>S. pneumoniae</i>	Внутри: амоксициллин макролиды	Внутри: амоксициллин/клавуланат, цефуроксим Парентерально: цефалоспорины II-IV поколения, карбапенем, линкозамид
Пневмония, осложненная плевритом и/или деструкцией	<i>S. pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i> , Enterobacteriaceae, <i>S. aureus</i>	Парентерально: амоксициллин/клавуланат амоксициллин/сульбактам	Парентерально: цефалоспорины II-IV поколения, цефазолин + аминогликозиды, линкозамид + аминогликозиды, карбапенем



при устойчивой нормализации температуры тела на протяжении 3-4 дней (Чучалин А.Г., Синопальников А.И. и др., 2010). В последние годы наблюдается тенденция к сокращению сроков использования АБП даже при тяжелом варианте течения ВП (Таточенко В.К., 2005). Однако эксперты ATS/IDSA предлагают минимальную продолжительность потенциально эффективной АБТ в течение 5 дней. Индикаторами качества медицинской помощи у госпитализированных больных с ВП являются: у всех больных – обязательное рентгенологическое исследование в течение 24 часов с момента госпитализации, исследование мокроты; при тяжелой ВП до начала АБТ: бактериологическое исследование крови, введение АБП в первые два часа с момента госпитализации, ступенчатая терапия, рекомендации по вакцинации больных групп риска (Чучалин А.Г., Синопальников А.И. и др., 2010; 2011). Не рекомендуется для оценки качества использовать показатели летальности, длительности лечения, частоты осложнений (Community Acquired Pneumonia, Guideline 14, 2005). Типичные ошибки в назначениях АБП резюмированы в таблице 2.

В 2011 г. Британским торакальным обществом были опубликованы рекомендации по ведению детей с ВП (British Thoracic Society guidelines for the management of community acquired pneumonia in children).

Опорные рекомендации руководства:

• амоксициллин рекомендован в качестве перорального АБТ выбора в лечении ВП у детей, поскольку он эффективен в отношении большинства возможных патогенов, хорошо переносится, имеет невысокую стоимость. Альтернативой

амоксициллину являются амоксициллина клавуланат, цефалор, макролиды;

• макролиды могут быть включены в терапию ВП у детей любого возраста в случаях неэффективности препаратов первой линии;

• макролиды должны быть использованы при подозрении на наличие атипичных патогенов, а также в случаях тяжелого течения ВП;

• при смешанных ВП (бактериальные ассоциации с вирусами) препаратом выбора является амоксициллин/клавуланат;

• пероральные формы АБП эффективны и безопасны даже при тяжелых формах ВП, следовательно, предпочтение должно быть отдано именно таким формам;

• парентеральное использование АБП при ВП оправдано в случаях невозможности использования пероральных средств (например, нарушение всасывания, выраженная рвота), а также при наличии признаков септикемии или осложнений пневмонии;

• к парентеральному использованию при ВП могут быть рекомендованы амоксициллин, амоксициллина клавуланат, цефуроксим, цефотаксим, цефтриаксон;

• переход от парентеральных антибиотиков к пероральным должен быть осуществлен в клинически оправданные, но максимально ранние сроки.

Эксперты ВОЗ (бюллетень 2015 г.) предпочтительным антибиотиком для лечения пневмонии называют амоксициллин в диспергируемых таблетках. С клинической точки зрения диспергируемая лекарственная форма обеспечивает

стабильное и прогнозируемое терапевтическое действие и снижает вероятность побочных реакций, в частности развитие диареи и диспепсических расстройств. Контролируемое высвобождение активного вещества обеспечивает также и маскировку его вкуса, что повышает приверженность пациентов лечению. Из состава наполнителей таблеток Солютаб исключены сахар, глютен, что снимает ограничения у пациентов с соответствующей патологией. Диспергируемые таблетки в форме Солютаб обеспечивают удобство применения: суспензия готовится из таблетки непосредственно перед каждым применением, в отличие от традиционных суспензий. Традиционно приготовленные суспензии зачастую требуют специальных условий хранения (в холодильнике, темном месте), что нередко не соблюдается родителями. Неправильное приготовление и хранение готовой суспензии может снижать эффективность антибактериальной терапии. Именно поэтому эксперты ВОЗ отдают предпочтение диспергируемым таблеткам: с их помощью антибактериальный препарат легко дозировать, готовить и хранить.

Национальные рекомендации, утвержденные МЗ Украины, по лечению ВП в качестве препаратов стартовой терапии ВП называют полусинтетические пенициллины – амоксициллин, в качестве альтернативы – амоксициллина клавуланат, макролиды. При этом макролидные антибиотики следует назначать не только в случаях аллергии на пенициллины, но и для лечения детей (прежде всего школьников и подростков) с признаками респираторной атипичной инфекции (микоплазмы, хламидии, легионеллы). С учетом рекомендованных сроков лечения (не менее 5 дней), вопросов безопасности и профилактики селекции резистентности макролидными антибиотиками выбора можно считать 16-членные препараты (прежде всего джозамицин).

Исходя из вышеизложенного, вполне логично, что в амбулаторной практике для лечения пневмонии наиболее применимыми в Украине и Европе АБП являются амоксициллин, амоксициллин/клавуланат для перорального применения.

В заключение необходимо еще раз подчеркнуть, что определяющими для благоприятного течения и исхода ВП у детей являются ранняя диагностика заболевания, а также своевременно, обоснованно и разумно назначенный антибактериальный препарат, являющийся основой этиологического лечения пневмонии.

Подготовила **Александра Меркулова**

Назначение	Комментарии
Назначение гентамицина	Аминогликозиды не активны в отношении пневмококка, внутриклеточных возбудителей
Назначение ампициллина внутрь	Низкая биодоступность при приеме внутрь
Назначение ко-тримоксазола	Высокая резистентность S. pneumoniae и H. influenzae, опасные кожные аллергические реакции, наличие более безопасных препаратов
Назначение фторхинолонов	Детям противопоказаны
Рутинное сочетание антибиотиков с нистатином	Отсутствие доказательств профилактической эффективности, необоснованные затраты
Сочетание антибиотиков с антигистаминными препаратами	Отсутствие доказательств профилактической эффективности, необоснованные затраты
Частая смена антибиотиков при лечении из-за опасности развития резистентности	Показания для замены антибиотиков: а) клиническая неэффективность, о которой можно судить через 48 ч терапии; б) развитие тяжелых нежелательных реакций, требующих отмены антибиотика; в) высокая потенциальная токсичность антибиотика
Продолжение антибиотикотерапии до полного исчезновения рентгенологических и/или лабораторных изменений	Основным критерием отмены антибиотиков является регресс клинических симптомов. Сохранение отдельных лабораторных и/или рентгенологических изменений не является основанием к продолжению антибиотикотерапии

**ГОЛОВНІ ПОДІЇ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

**IMF VIII МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ ФОРУМ**  
Інновації в медицині – здоров'я нації

**VI МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ КОНГРЕС**  
Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров'я України

**За підтримки:**  
• Президента України  
**Під патронатом:**  
• Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я

**Офіційна підтримка:**  
• Кабінету Міністрів України  
• Міністерства охорони здоров'я України  
• Київської міської державної адміністрації

**Організатори:**  
• Національна академія медичних наук України  
• НМАПО імені П. Л. Шуплика  
• Компанія LMT

**Генеральний партнер:**  
**TOSHIBA**  
Leading Innovation

**МІЖНАРОДНА ВИСТАВКА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я** **PHARMAEXPO**  
МІЖНАРОДНА ФАРМАЦЕВТИЧНА ВИСТАВКА

ВСЬО СПЕКТР ОБЛАДНАННЯ, ТЕХНІКИ, ІНСТРУМЕНТАРІЮ ДЛЯ МЕДИЦИНИ, НОВИНКИ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ ВІД СВІТОВИХ ТА ВІТЧИЗНЯНИХ ВИРОБНИКІВ

КРАЇН	30	<b>25-27 КВІТНЯ 2017</b> Україна, Київ, вул. Салютна, 2-Б	60	НАУКОВИХ ЗАХОДІВ
ЕКСПОНЕНТІВ	350		750	ДОПОВІДАЧІВ
ВІДВІДУВАЧІВ	11 000		100	ЛІКАРСЬКИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ

**НАУКОВО-ПРАКТИЧНІ ЗАХОДИ**  
ШКОЛИ ТА МАЙСТЕР-КЛАСИ НА ДІЮЧОМУ ОБЛАДНАННІ

Генеральний стратегічний партнер: **PHARMAEXPO**  
Генеральний інформаційний партнер: **PHARMAEXPO**  
Генеральний інформаційний партнер виставки PHARMAEXPO: **PHARMAEXPO**  
Офіційні інформаційні партнери: **PHARMAEXPO**  
Генеральний інтернет-партнер: **PHARMAEXPO**

3 питань участі у Форумі:  
+380 (44) 206-10-16  
med@lmt.kiev.ua

3 питань участі у Конгресі:  
+380 (44) 206-10-99  
congress@medforum.in.ua

**WWW.MEDFORUM.IN.UA**

## АНОНС

Національна академія медичних наук України  
Міністерство охорони здоров'я України  
ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України»  
Харківський національний медичний університет  
Харківське медичне товариство

Науково-практична конференція за участю міжнародних спеціалістів

**Стратегії профілактики неінфекційних хвороб та шляхи їх реалізації: від постулатів минулого в майбутнє**

**4 листопада, м. Харків**

Місце проведення: ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої Національної академії медичних наук України».

Початок: 10:00.

Тематичні напрями:

- фактори та предиктори ризику неінфекційних захворювань (НІЗ);
- епідеміологія НІЗ;
- сучасні клінічні, лабораторні та інструментальні методи діагностики НІЗ у медичній практиці;
- ускладнення та наслідки;
- заходи щодо попередження, раннього виявлення та зниження ризику НІЗ;
- персоналізована первинна і вторинна профілактика НІЗ;
- комплексна профілактика НІЗ на всіх рівнях медичної допомоги населенню;
- інноваційні підходи до вирішення проблеми;
- сучасні аспекти та пріоритетні напрями сучасної профілактики НІЗ;
- наукові та практичні аспекти хронізації неінфекційних захворювань внутрішніх органів.

Телефони для довідок: факс/тел. (057) 370-61-79, (057) 373-90-28.