Препарати компанії КРКА користуються довірою лікарів у понад 70-ти країнах світу[1]

Єдність сили і мудрості

Фромілід® уно

кларитроміцин

Таблетки з пролонгованим вивільненням по 500 мг

Фромілід®

кларитроміцин

Таблетки 250 мг, 500 мг
Гранули для приготування суспензії 125 мг/5 мл, 250 мг/5 мл

Показання. Інфекції спричинені чутливими до кларитроміцину мікроорганізми: інфекції нижніх дихальних шляхів(бронхіт, пневмонія тощо); інфекції верхніх дихальних шляхів (синусит, фарингіт тощо); інфекції шкіри та м'яких тканин (фолікуліт, еризипелоїд тощо); ерадикація *H.pylori* у пацієнтів з виразкою дванадцятипалої кишки при пригніченні секреції соляної кислоти омепразолом або лансопрозолом (активність кларитроміцину відносно *H.pylori* вища при нейтральному pH, ніж при кислому pH). **Протипоказання.** Підвищена чутливість до кларитроміцину або інших макролідних антибіотиків чи до будь-яких інгредієнтів препарату; тяжкі ураження печінки; одночасне застосування з терфенадином, цисапридом, пімозидом, астемізолом чи ерготалкалоїдами; період годування груддю; дитячий вік до 12 років. **Побічні дії.** Головний біль, запаморочення, порушення сну, відчуття страху. За більш детальнішою інформацією звертайтеся до інструкції для медичного застосування препарату.
РП МОЗ №UA/9540/01/01 від 08.04.09, РП МОЗ №UA/5026/02/01 від 22.10.08, РП МОЗ №UA/5026/02/02 від 22.10.08. РП МОЗ №UA/5026/01/02 від 15.07.09; РП МОЗ №UA/5026/01/01 від 25.10.11

Print Unigift, 03/2012, Ukraine, 2012-0016763 (ukr)

KRKA

Наші знання та прагнення присвячені здоров'ю. Рішучість, наполегливість та майстерність в поєднанні з єдиною метою – створення ефективних та безпечних препаратів найвищої якості.

1. Krka, d.d., Novo mesto. Annual Report 2010

Адекватная терапия острого тонзиллофарингита

3-4 октября в Киеве состоялась традиционная ежегодная осенняя конференция Украинского научного медицинского общества врачей-оториноларингологов «Современные методы консервативного и хирургического лечения в оториноларингологии». Среди множества обсуждавшихся в рамках мероприятия тем особое внимание ученых привлекли отоларингология детского возраста, хронические заболевания глотки, уха и вестибулярного аппарата, вопросы ЛОР-онкологии, способы оптимизации антибиотикотерапии (АБТ).

О необходимости адекватного подбора антибиотика (АБ) для лечения острого тонзиллофарингита (ОТ) у детей проинформировал аудиторию **заведующий кафедрой оториноларингологии Одесского национального медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор Сергей Михайлович Пухлик**.

Острое воспаление лимфоидной ткани глоточного кольца чаще всего встречается у детей и подростков в возрасте от 5 до 15 лет, гораздо реже – у взрослых и пожилых пациентов. Несмотря на то что в последние годы наблюдается стабилизация ситуации в отношении этого заболевания, абсолютные показатели заболеваемости и распространенности и доля ОТ в структуре отоларингологической заболеваемости остаются высокими. По данным ГУ «Центр медицинской статистики Министерства здравоохранения Украины», в 2014 г. в нашей стране ОТ переболели 868 626 человек vs 883 422 в 2010 г.

Распространенность ОТ в 2014 г. составила 2024,6 случая на 100 тыс. населения vs 1929,6 на 100 тыс. населения в 2010 г. По мнению американских отоларингологов, частые тонзиллиты у детей и подростков – необходимый и естественный этап становления антимикробного иммунитета. Однако потеря контроля над заболеванием приводит к развитию инвалидизирующих патологий – острой ревматической лихорадки и хронической ревматической болезни сердца. В мире острая ревматическая лихорадка диагностируется примерно у 500 тыс. человек ежегодно, из них у 300 тыс. инфекционно-воспалительный процесс приводит к формированию порока сердца. Хронической ревматической болезнью сердца страдают примерно 15,6 млн человек во всем мире. Значительная часть таких пациентов нуждается в кардиохирургическом лечении уже в течение 5-10 лет с момента дебюта заболевания.

Основными возбудителями бактериального тонзиллита являются β-гемолитический стрептококк группы А (БГСА, Streptococcus pyogenes), а также стрептококки групп С и J. К негемолитическим относят α- и γ-стрептококки, которые не лизируют эритроциты и не патогенны для человека. Эти виды стрептококков широко представлены в нормальной микрофлоре ротовой полости и толстого кишечника (энтерококки). Помимо β-гемолитических стрептококков ОТ могут вызывать *Haemophilus influenzae, Corynebacterium, Neisseria gonorrhoeae.*

ОТ диагностируют на основании клинических данных: жалоб пациента, анамнеза, объективных симптомов и результатов врачебного осмотра. При верификации диагноза необходимо учитывать субъективную оценку тяжести болезни самим пациентом и объективные параметры, указывающие на интенсивность ее течения. У пациентов с рецидивирующим ОТ следует обращать внимание на количество повторных эпизодов, тяжесть течения, качество лечения, риск осложнений. Наиболее веским показанием для назначения АБТ в случае ОТ является верификация БГСА.

При выборе метода определения БГСА в ротоглотке следует отдавать предпочтение тестам с максимальной чувствительностью и высокой специфичностью для сокращения необоснованной лекарственной нагрузки. Золотым стандартом обнаружения БГСА по-прежнему остается бактериологическое (культуральное) исследование материала с нёбных миндалин – при соблюдении всех условий забора, транспортировки и инкубации его чувствительность и специфичность достигают 100%. Однако в реальной амбулаторной клинической практике в большинстве случаев проведение этого исследования не всегда возможно либо сопряжено с отсроченным (через 24-72 ч) получением заключения. В действительности же продолжительность ожидания результата бактериологического исследования зачастую превышает и эти сроки, а забор материала производится на следующее после визита врача утро, когда пациенту уже назначен АБ. Сегодня разработаны и презентованы на рынке экспресс-тесты для диагностики стрептококкового тонзиллита, но в рутинной амбулаторной практике они все еще недоступны. Поэтому для установления диагноза ОТ стрептококковой этиологии используют шкалу McIsaac (таб.).

Системная АБТ показана при ОТ, вызванном БГСА, т. е. не более чем у 30% детей и приблизительно у 20% взрослых с жалобами на лихорадку и боль в горле. Как видно из приведенной шкалы McIsaac, даже при максимальном показателе (4-5 баллов) вероятность тонзиллофарингита, спровоцированного БГСА, составляет ~50%. Иными словами, у каждого 2-го пациента АБТ нецелесообразна. И наоборот, минимальная оценка (0-1 баллов) не позволяет полностью исключить острый стрептококковый тонзиллофарингит, что при вполне обоснованном отказе от лечения сопряжено с опасностью возникновения осложнений.

Степень тяжести ОТ оценивают по выраженности интоксикационного синдрома. При этом ключевым симптомом является температурная реакция:

- 1 степень (легкое течение) – температура тела <38 °С;
- 2 степень (течение средней степени тяжести) – температура тела 38-39 °С;
- 3 степень (тяжелое течение) – температура тела >39 °С.

Тяжесть течения определяет прогноз и тактику дальнейшего лечения (необходимость госпитализации, доза АБ и риск осложнений).

Проведенные исследования показали, что системная АБТ уменьшает длительность сохранения симптомов всего на 16 ч, т. е. практически не влияет на скорость выздоровления. Поэтому основными задачами АБТ при ОТ признаны эрадикация возбудителя, предотвращение распространения инфекции и профилактика осложнений. При лечении системными АБ ребенок уже через 24 ч после окончания курса терапии может находиться в детском коллективе. Назначение АБ – действенная стратегия, обеспечивающая предупреждение осложнений: ранних (паратонзиллярные абсцессы) и поздних (острая ревматическая лихорадка, гломерулонефрит).

АБ первой линии являются защищенные пенициллины. Среди основных причин неудовлетворительного ответа пациентов с ОТ, вызванным БГСА, на терапию пенициллинами – разрушение пенициллина β-лактамазами копатогенов ротовой полости, низкий комплайенс при назначении 10-дневных курсов лечения, а также возможное внутриклеточное расположение БГСА, наличие атипичных возбудителей. Каким образом могут быть решены эти проблемы? Для предупреждения разрушения АБ следует назначать устойчивые к действию β-лактамаз средства – цефалоспорины I-III поколений, макролиды, линкозамиды. С целью повысить комплайенс и сократить длительность лечения можно рекомендовать пациентам терапию одной дозой (бензатина бензилпенициллин) или коротким курсом (например, макролид в течение 5-7 дней). Для достижения микробиологической эрадикации при внутриклеточном расположении БГСА или обнаружении атипичной флоры оптимально назначение макролидных АБ.

В качестве стартового АБ может быть выбран макролид, если подтверждена этиологическая роль атипичной флоры в возникновении ОТ или существуют противопоказания к назначению пенициллинов. Макролиды имеют широкий спектр противомикробного действия, в том числе они активны в отношении атипичных возбудителей: *Legionella pneumophila, Chlamydophila pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae.*

Клинически значимая активность против грамотрицательной флоры доказана только для двух макролидов: азитромицина и кларитромицина. Кларитромицин (Фромилид® Уно) – это высокоэффективный макролид, который является препаратом первой линии эмпирической АБТ при невозможности применения пенициллинов. Кларитромицин активен в отношении наиболее распространенных респираторных патогенов. Примерно 25% дозы кларитромицина метаболизируется в печени с образованием активного метаболита – 14-гидроксикларитромицина, по антибактериальной активности не уступающего предшественнику. Благодаря синергизму со своим активным метаболитом кларитромицин сохраняет высокую активность, даже если уровень препарата в крови несколько ниже минимальной подавляющей концентрации. Кларитромицин легко проникает внутрь клеток (в том числе и иммунных), за счет чего способен воздействовать на атипичных возбудителей. В очаге воспаления концентрация кларитромицина в 2-6 раз выше, чем в сыворотке крови. Помимо прямого противомикробного действия для Фромилида Уно (кларитромицина) характерны самостоятельное противовоспалительное влияние, иммуномодулирующий и мукорегулирующий эффект. Фромилид® Уно разрывает патогенетический порочный круг, ускоряет выздоровление.

Кларитомицин представлен на украинском рынке компанией KRKA (Словения) в нескольких лекарственных формах:

- Фромилид® гранулированный для приготовления 60 мл (125 мг/5 мл) суспензии для внутреннего применения во флаконах № 1.
- Фромилид® гранулированный для приготовления 60 мл (250 мг/5 мл) суспензии для внутреннего применения во флаконах № 1.
- Фромилид® таблетированный 250 мг № 14.
- Фромилид® таблетированный 500 мг № 14.
- Фромилид® Уно таблетированный с модифицированным высвобождением 500 мг № 5.
- Фромилид® Уно таблетированный с модифицированным высвобождением 500 мг № 7.

Взрослым и детям старше 12 лет при инфекциях легкой и умеренной степени тяжести (в т. ч. и при ОТ) препарат назначают по 1 табл. (500 мг) 1 р/сут.

При инфекциях, вызванных H. influenzae, синуситах, а также тяжелых инфекциях – по 2 табл. (1000 мг) 1 р/сут. Детям младше 12 лет и/или массой тела <33 кг для лечения ОТ назначают суспензию в дозе 7,5 мг/кг каждые 12 ч (до 500 мг 2 раза в день). Максимальная суточная доза – 1000 мг. Длительность лечения в среднем составляет 6-14 дней.

ОТ – одно из наиболее распространенных заболеваний в амбулаторной практике ЛОР-врача. Выбор препарата для лечения этой патологии должен быть основан на данных доказательной медицины и профессиональном опыте специалиста. Оптимизация терапии ОТ достигается путем назначения АБ, сочетающих в себе различные патогенетические эффекты (антибактериальный, противовоспалительный, иммуномодулирующий).

Таким препаратом является Фромилид® Уно – кларитромицин европейского качества с широким спектром противомикробной активности и удобной формой выпуска для лечения и взрослых, и детей.

Подготовила ***Мария Маковецкая***

Таблица. **Шкала McIsaac для диагностики острого тонзиллофарингита (1998)**

Критерии		Оценка
Температура тела ≥38 °С		1
Отсутствие кашля		1
Увеличение и болезненность шейных лимфатических узлов		1
Отечность миндалин и наличие экссудата		1
Возраст, лет	3-14	1
	15-44	0
	≥45	-1
Интерпретация		
Количество баллов		**Риск наличия инфекции, связанной с БГСА, %**
0		1-2
1		5-10
2		11-17
3		28-35
≥4		51-53