

# Належне застосування антибіотиків при гострих респіраторних захворюваннях у дорослих: рекомендації Американського коледжу лікарів-інтерністів та Центру контролю та профілактики хвороб

Гострі респіраторні захворювання (ГРЗ), до яких належать гострий неускладнений бронхіт, фарингіт, риносинусит та застуда, є найпоширенішою причиною відвідування лікаря амбулаторними пацієнтами з гострими станами та призначення антибіотиків у дорослих. Антибіотики (АБ) виписують під час >100 млн амбулаторних візитів дорослих пацієнтів щороку, і 41% цих призначень стосується патологічних станів з боку дихальної системи (Sharigo D.J. et al., 2014). Неналежне застосування АБ при ГРЗ спричиняє зростання антибіотикорезистентності, яка є серйозною загрозою громадському здоров'ю. У США щороку фіксується близько 2 млн пов'язаних з антибіотикорезистентністю хвороб та 23 тис. смертей, що призводить до фінансових витрат у межах мінімум 30 млрд доларів (Centers for Disease Control and Prevention, 2014).

Збільшення використання АБ тісно пов'язане з наростанням кількості антибіотикорезистентних інфекцій. У регіонах з вищим рівнем призначення АБ широкого спектра, особливо цефалоспоринів розширеного спектра дії та макролідів, рівень захворювань пневмококовою етіологією, резистентних до кількох препаратів, є вищим (Hicks L.A. et al., 2011). АБ також мають найбільшу кількість побічних ефектів серед усіх медикаментів. За статистикою, одне з кожних п'яти звернень до відділень невідкладної допомоги з приводу побічних ефектів ліків пов'язане з АБ (Shehab N. et al., 2008). Побічні ефекти цієї групи препаратів варіюють за тяжкістю від помірних (діарея, висип) до таких, що загрожують життю (синдром Стівенса-Джонсона, анафілактичний шок, раптова серцева смерть). Хоча дослідження даних щодо наслідків невідповідного застосування АБ немає, за оцінками експертів, від 5 до 25% пацієнтів, які їх приймають, потерпають від побічних ефектів, а в одного з тисячі виникає серйозна подія, пов'язана із цим (Centers for Disease Control and Prevention, 2014). Наприклад, діарея, асоційована з *Clostridium difficile*, що може загрожувати життю, зазвичай є наслідком антибіотикотерапії. У США подібна діарея щороку виникає приблизно в 500 тис. осіб та призводить до 29 300 смертей, що спричиняє фінансові витрати в межах 1 млрд доларів (Lessa F.C. et al., 2015).

У 2009 р. прямі витрати на виписані АБ становили 10,7 млрд доларів США. За оцінками експертів, близько 50% призначень можуть бути непотрібними чи недоречними для амбулаторних пацієнтів (Hicks L.A. et al., 2013), що відповідає більш ніж 3 млрд надлишкових витрат. Протягом останньої декади кількість призначень АБ у США серед осіб віком 5 років та старше зменшилася на 18%, проте виписування АБ широкого спектра (фторхінолонів та макролідів) зросло мінімум у 4 рази (Grijalva C.G. et al., 2010). Зменшення невідповідних призначень АБ є пріоритетним завданням сфери охорони здоров'я.

Автори дослідили застосування АБ для лікування ГРЗ, включно з гострим неускладненим бронхітом, фарингітом, риносинуситом та застудою. Також було розглянуто поточні клінічні рекомендації провідних професійних товариств, зокрема Американського товариства інфекційних захворювань (IDSA). Було проведено пошук бази даних Cochrane Library, PubMed, MEDLINE та EMBASE до вересня 2015 р. У дослідження включені тільки англійські статті з такими ключовими словами в заголовках: «гострий бронхіт», «інфекції дихальних шляхів», «фарингіт», «риносинусит», «застуда». Ця стаття фокусується на практично здорових дорослих без хронічних хвороб дихальної системи (муковісцидоз, бронхоектатична хвороба, хронічні обструктивні захворювання легень) чи імунodefіцітних станів (вроджених чи набутих, у т. ч. ВІЛ-інфекції, хронічної ниркової недостатності, нефротичного синдрому, лейкемії, лімфоми, хвороби Ходжкіна, генералізованого раку, множинної мієломи, ятрогенної імуносупресії чи органотрансплантації в анамнезі). Результати представлені для кожного розглянутого патологічного стану окремо.

## Гострий неускладнений бронхіт (ГНБ)

За визначенням, ГНБ – це самообмежуваче запалення дихальних шляхів великого калібру (бронхів) тривалістю до шести тижнів, що супроводжується кашлем. Кашель при ГНБ може бути продуктивним чи непродуктивним (Llor C. et al., 2013) та часто супроводжується загальними симптомами помірної інтенсивності. Гострий бронхіт належить до найпоширеніших діагнозів у дорослих пацієнтів в амбулаторній практиці, забезпечуючи близько 100 млн (10%) відвідувань лікаря в США щороку (Grijalva C.G., 2010), більше ніж 70% з яких завершуються призначенням АБ (Gonzales R. et al., 2013; Barnett M.L. et al., 2014). У разі ГНБ має місце частіше неналежне призначення АБ, ніж при будь-яких інших ГРЗ у дорослих (Grijalva C.G., 2010).

## Визначення ймовірності бактеріальної інфекції

У більше 90% пацієнтів з гострим кашлем цей синдром обумовлений вірусом (Gonzales R. et al., 2001; Boivin G. et al., 2002; Mosser A.G. et al., 2005). Іноді в пацієнтів з гострим бронхітом визначають невірусні патогени, наприклад *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* (Gonzales R. et al., 2001) та *Bordetella pertussis* (в умовах наявності осередку інфекції). Однак визначення вірусної чи невірусної природи інфекції може бути складним. Наявність гнійного харкотиння чи зміни його кольору (жовте чи зелене) не є ознакою бактеріальної інфекції: наявність гною обумовлена присутністю запальних чи відлущених клітин епітелію слизової оболонки. Слід відрізнити ГНБ від пневмонії. Для здорових імункомпетентних дорослих пацієнтів молодше 70 років пневмонія малоімовірна за відсутності всіх нижчеперерахованих клінічних критеріїв: тахікардія (частота серцевих скорочень >100 уд./хв), тахіпноє (частота дихання >24 дихальних рухів/хв), гарячка (оральна температура >38 °C) та зміни при фізикальному обстеженні органів грудної клітки (хрипи, егфонія, голосове тремтіння) (Gonzales R. et al., 2001; 1997).

## Належна стратегія лікування

Нещодавні клінічні рекомендації стосовно лікування ГНБ висловлюються проти рутинної антибіотикотерапії за відсутності запалення легень (Snow V. et al., 2001). Систематичний огляд 15 рандомізованих контрольованих досліджень виявив обмежену доказову базу на підтримку застосування АБ при гострому бронхіті та тенденцію до збільшення кількості побічних ефектів у пацієнтів, що приймали АБ (Smith S.M. et al., 2014). Рандомізоване плацебо-контрольоване дослідження, що порівнювало ібупрофен, амоксицилін із клавулановою кислотою та плацебо, показало відсутність істотної відмінності між цими препаратами в кількості днів до зникнення кашлю (Llor C. et al., 2013). Хоча макроліди (азитроміцин) часто призначають пацієнтам із кашлем, дослідження D.E. King та співавт. (1996) продемонструвало, що в пацієнтів з гострим бронхітом, пролікованих макролідом, спостерігалася значно більша кількість побічних ефектів, ніж у хворих, які отримували плацебо. Симптоматичне полегшення можуть забезпечити препарати, що пригнічують кашель (дексстрометорфан чи кодеїн), експекторанти (гвайфенезин), антигістамінні препарати першого покоління (дифенгідрамін), деконгестанти (фенілефрин) та β-агоністи (альбутерол), хоча інформації на користь такого лікування досить мало. Зокрема, β-агоністи не виявилися корисними для пацієнтів без астми чи хронічних обструктивних захворювань легень (Becker L.A. et al., 2015), а симптоматична терапія не продемонструвала жодного впливу на зменшення тривалості хвороби (Becker L.A. et al., 2015; Chang C.C. et al., 2012). Безрецептурні симптоматичні засоби мають низьку частоту незначних побічних ефектів, включно з нудотою, блюванням, головним болем та сонливістю (Smith S.M. et al., 2014). При прийнятті рішення щодо симптоматичного лікування лікарів та пацієнтів повинні зважати на всі переваги та потенціал розвитку побічних ефектів.

## Рекомендація № 1

Не слід проводити визначення етіологічного чинника або починати антибіотикотерапію в пацієнтів із бронхітом, якщо немає підозри на пневмонію.

## Фарингіт

Фарингіт зазвичай є доброякісним, самообмежувачим захворюванням, що характеризується болем у горлі, який посилюється при ковтанні, із загальними симптомами чи без них. Це частий патологічний стан серед амбулаторних пацієнтів, з яким до лікаря щороку звертається 12 млн, що становить 1-2% усіх амбулаторних візитів у США (Schappert S.M. et al., 2008). Хоча АБ, як правило, є непотрібними, їх призначають у більшості випадків фарингіту (Barnett M.L. et al., 2014).

## Визначення ймовірності бактеріальної інфекції

Більшість фарингітів мають вірусну природу. Типові етіологічні фактори включають риновіруси, коронавіруси, аденовіруси, віруси простого герпесу, грипу та парагрипу, ентеровіруси, вірус Епштейна-Барр, цитомегаловірус (Alcaide M.L. et al., 2007). Пацієнти з болем у горлі та асоційованими симптомами, включно з кашлем, закладеністю носа, кон'юнктивітом, захриплістю, проносом, орофарингеальними виразками чи везикулами, мають більшу ймовірність вірусної етіології захворювання та не потребують додаткового обстеження. Лікарям слід виключити стрептокок групи А (домінуючий

бактеріальний патоген) та більш тяжкі інфекції (Shulman S.L. et al., 2012). Пацієнти із симптомами, що свідчать про бактеріальну етіологію хвороби, повинні пройти обстеження на стрептокок групи А за допомогою швидкого тесту визначення антигену, посіву з горла чи обох варіантів. Симптоми, що дозволяють запідозрити стрептококову інфекцію, включають персистуючу гарячку, озноб, нічне потіння, чутливі лімфовузли, тонзилофарингеальний ексудат, скарлатиноподібний висип, петехії на піднебінні та набряк мигдаликів. Існують клінічні критерії для допомоги при визначенні ймовірності бактеріальної причини захворювання. Найбільш широко застосовуваними є модифіковані критерії за Centor, які включають гарячку в анамнезі, тонзиллярні ексудати, чутливість передньошийних лімфовузлів та відсутність кашлю (Centor R.M. et al., 1981). Хворі, у яких наявні незвичайні чи тяжкі симптоми, наприклад утруднення ковтання, слинотеча, чутливість чи набряк ший, мають бути обстежені на предмет рідкісних інфекцій горла (перитонзиллярний абсцес, парафарингеальний абсцес, епіглотит, синдром Лем'єра).

Останні дані свідчать, що приблизно в 10-20% випадків ендемічного фарингіту причиною його розвитку стає *Fusobacterium necrophorum* (Price S.L. et al., 2011; Centor R.M. et al., 2015). Цей мікроорганізм також може бути причинним фактором синдрому Лем'єра (Hagelskjaer Kristensen L. et al., 2008), який є рідкісним патологічним станом, що може загрожувати життю. Роль *F. necrophorum* у розвитку фарингіту та подальшому виникненні синдрому Лем'єра потребує подальшого дослідження. Рутинне обстеження на *F. necrophorum* не рекомендується, але клініцисти повинні залишатися пильними та запідозрювати синдром Лем'єра в підлітків та молодих дорослих з тяжким фарингітом. Невідкладне визначення діагнозу та призначення лікування є необхідними умовами для попередження ускладнень та смерті.

## Належна стратегія лікування

Клінічні рекомендації IDSA (2012) радять застосовувати антибактеріальну терапію тільки для пацієнтів з позитивним результатом тесту на стрептокок (Shulman S.T. et al., 2012). Пацієнти з підтвердженим діагнозом гострого фарингіту, спричиненого стрептококом групи А, підлягають лікуванню відповідним антибіотиком вузького спектра, зазвичай протягом 10 днів (табл.). І хоча більшість випадків фарингіту спричинені вірусами, > 60% дорослих зі скаргами на біль у горлі отримують призначення АБ (Barnett M.L. et al., 2014). Для пацієнтів з діагнозом інфекції, спричиненої стрептококом групи А, АБ скорочують тривалість болю в горлі на 1-2 дні (Spinks A. et al., 2013). Наявні докази свідчать, що АБ можуть запобігти ускладненням стрептококової інфекції, включно з гострою ревматичною гарячкою (більш звичною для дітей та підлітків, ніж дорослих), перитонзиллярними абсцесами та подальшим поширенням стрептококу. Проте щодо запобігання гострому гломерулонефриту доказів замало (Spinks A. et al., 2013). Призначення АБ носіям стрептококу групи А не рекомендується, оскільки розповсюдження ними інфекції є малоімовірним, а ризик ускладнень – незначним або відсутнім. Тонзилектомія винятково як спосіб зниження частоти фарингіту в дорослих, спричиненого стрептококом групи А, також не рекомендована (Shulman S.T. et al., 2012). Дорослим пацієнтам з болем у горлі потрібно пропонувати анальгетичну терапію (аспірін, ацетамінофен, нестероїдні протизапальні препарати, льодяники для горла). Також для місцевого полегшення болю в клінічній практиці часто застосовуються солоня вода чи лідокаїн, але на сьогодні існує недостатньо інформації щодо подібних методів лікування. Пацієнтів треба запевнити в тому, що типовий перебіг болю в горлі триває менше одного тижня і потреби в АБ зазвичай немає, оскільки вони незначно полегшують симптоми та можуть мати побічні ефекти (Cooper R.J. et al., 2001; Shulman S.T. et al., 2012; Spinks A. et al., 2013).

## Рекомендація № 2

Симптоми, що дозволяють запідозрити фарингіт, спричинений стрептококом групи А, включають персистуючу гарячку, передньоцервікальний лімфаденіт, тонзилофарингеальні ексудати тощо. Хворих з такими симптомами слід обстежувати за допомогою тесту швидкого визначення антигенів та/або посіву з горла на стрептокок групи А. АБ потрібно застосовувати тільки для пацієнтів з підтвердженим діагнозом стрептококової фарингіту.

Продовження на стор. 62.

# Ін'єкційна ефективність в таблетках<sup>1</sup>

при респіраторних  
інфекціях



 astellas

## Вільпрафен Солютаб

джозаміцин

Препарат вибору при інфекціях дихальних шляхів та ЛОР-органів «атипової» етіології та алергії на антибіотики пеніцилінового ряду.<sup>2, 3</sup>

Діє на штами стрептококів, що є резистентними до 14- та 15-членних макролідів (у т.ч. до азитроміцина, кларитроміцина).<sup>4</sup>

Викликає мінімальне число небажаних проявів (<5%), тому що не має стимулюючого впливу на моторику ШКТ, неактивен по відношенню до ентеробактерій та анаеробів кишечника.<sup>5</sup>



UA/4350/02/01 Від 26/07/2012

**Коротка інформація про лікарський засіб Вільпрафен Солютаб. Склад.** Діюча речовина: джозаміцин; 1 таблетка містить джозаміцину (у вигляді джозаміцину пропіонату) 1000 мг. **Лікарська форма.** Таблетки, що диспергуються. **Фармакотерапевтична група.** Антибактеріальні засоби для системного застосування. Макроліди. Код АТС J01F A07. **Показання.** Інфекційні захворювання, спричинені чутливими до джозаміцину мікроорганізмами: інфекції ЛОР-органів та дихальних шляхів, стоматологічні інфекції, інфекції шкірного покриву та м'яких тканин, інфекції сечостатевої системи. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до антибіотиків групи макролідів, а також до компонентів препарату; виражені порушення функції печінки і жовчовивідних шляхів. Через вміст аспартату препарат протипоказаний пацієнтам з фенілкетонурією. **Спосіб застосування та дози.** Рекомендована добова доза для дорослих становить 1,5–2 г. У тяжких випадках доза може бути збільшена до 3 г. Добова доза розподіляється на 2–3 прийоми. Рекомендована доза для дітей (старше 5 років) становить 40–50 мг/кг маси тіла на день, розділена на 2–3 прийоми. Таблетки дисперговані можна приймати двома різними способами: їх можна або ковтати цілими, запиваючи водою, або попередньо розчинити таблетку у воді. Таблетки слід розчиняти як мінімум у 20 мл води. Перед застосуванням ретельно перемішати одержану суспензію. Зазвичай тривалість лікування визначає лікар. Лікування слід продовжувати ще 48 годин після зникнення симптомів захворювання та нормалізації температури тіла. **Побічні реакції.** З боку шлунково-кишкового тракту та печінки: анорексія, нудота, блювання, абдомінальні порушення, пронос, псевдомембранозний коліт; в окремих випадках спостерігалось підвищення активності печінкових трансаміназ. **Алергічні реакції:** кропив'янка та інші шкірні реакції.

Література:

1. Яковлев С.В., Довгань Е.В. Аспекты эффективности антибиотиков. Справочник поликлинического врача. 2014, №6, стр. 4-6. 2. Ю. І. Фещенко и соавт. Негоспітальна та нозокоміальна (госпітальна) пневмонія у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія, Київ, 2012 р. 3. Таточенко В. К. с соавт. Фарматека 2009; 14:1-5. 4. Азовскова О.В., Козлов Р.С. и соавт. КМАХ 2012; 14:309-321. 5. Моисеев С В. Клиническая фармакология и терапия 2005; 14 (4): 66-70.

**ТОВ «Астеллас Фарма».** 04050, м. Київ, вул. М. Пимоненка, 13, корп. 7В, оф. 7В/41, тел./факс +38 044 490 68 25

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

A.M. Harris, L.A. Hicks, A. Qaseem

## Належне застосування антибіотиків при гострих респіраторних захворюваннях у дорослих: рекомендації Американського коледжу лікарів-інтерністів та Центру контролю та профілактики хвороб

Продовження. Початок на стор. 60.

### Гострий риносинусит (ГРС)

ГРС є самообмежуваним захворюванням, що виникає внаслідок вірусної інфекції, алергії чи подразника, які спричиняють запалення слизової тканини носа та навколососових пазух. Клінічні симптоми включають закладеність носа, гнійні виділення з носових ходів, біль у зубах верхньої щелепи та в лицьовій області, гарячку, підвищену втомлюваність, кашель, гіпосмію чи аносмію, відчуття тиску у вусі, головний біль та неприємний запах з рота. Тривалість симптомів варіює від 1 до 33 днів; більшість епізодів минає самостійно протягом тижня (Meltzer E.O. et al., 2001). Синусит щороку діагностують у більш ніж 4,3 млн дорослих, і, як правило, у 80% випадків лікар призначає АБ, зазвичай групи макролідів (Fairlie T. et al., 2012). Більшість призначень АБ в умовах цього патологічного стану є недоречними (Garbutt J.M. et al., 2012).

### Визначення ймовірності бактеріальної інфекції

ГРС зазвичай спричиняють патогени вірусної природи. Гострий бактеріальний риносинусит (ГБРС) вважається вторинною інфекцією, що виникає внаслідок обструкції виходу з приносової пазухи, яка призводить до порушення самоочищення слизової оболонки в умовах вірусного ГРЗ. Тільки <2% вірусних ГРЗ ускладнюються ГБРС (Hickner J.M. et al., 2001). Золотим стандартом діагностики бактеріального синуситу є пункція приносової пазухи з аспірацією вмісту, хоча це дослідження виконується досить рідко. Рентгенографія не має значення при підтвердженні бактеріальної етіології процесу (Hickner J.M. et al., 2001; Benninger M.S. et al., 2000). Загалом візуалізаційні технології не мають ніякої ваги при прийнятті рішення щодо призначення лікування, позаяк хвороби вірусної

(отоларингологів, інфекціоністів, алергологів) (Chow A.W. et al., 2012).

ГРС без ускладнень зазвичай минає без застосування АБ, навіть у пацієнтів з бактеріальною причиною захворювання. Терапія АБ незначно поліпшує стан таких пацієнтів на тлі суттєвої кількості побічних ефектів. Більшість пацієнтів із ГРС мають отримувати допоміжне лікування (Rosenfeld R.M. et al., 2015): анальгетики при болю та антипіретики при гарячці. Для полегшення інших симптомів можна додатково застосовувати системні чи місцеві деконгестанти, зволоження слизової оболонки носа фізіологічним розчином, муколітики, інтраназальні кортикостероїди та антигістамінні засоби залежно від провідних ознак хвороби в кожного конкретного пацієнта.

### Рекомендація № 3

Антибактеріальну терапію при ГРС слід застосовувати в пацієнтів із симптомами, що утримуються протягом 10 днів та більше, за умов тяжких симптомів (гарячка >39 °С, гнійні виділення з носа чи біль у ділянці обличчя тривалістю мінімум три дні поспіль) чи погіршення симптомів після типового вірусного ГРЗ тривалістю 5 днів і позитивною динамікою (друга хвиля захворювання).

### Застуда (неспецифічний інфекційний процес верхніх дихальних шляхів)

Застуда є доброякісним самообмежуваним захворюванням та найбільш розповсюдженим гострим захворюванням у США (Gonzales R. et al., 2001). Це вірусна хвороба верхніх дихальних шляхів, яка може проявлятися кількома чи всіма з перерахованих симптомів: чхання, нежить, біль у горлі, гарячка низького ступеня, головний біль, загальне нездужання. Симптоми залежать від запальної відповіді пацієнта

і протропію броміду чи кромоліну натрію, протикашльові засоби та анальгетики. Харчові добавки, що містять цинк, можуть зменшувати тривалість симптомів застуди у відносно здорових осіб за умов призначення в перші 24 години після початку захворювання. Однак слід зважати на можливість появи нудоти при їх прийомі (Singh M. et al., 2015; Das R.R. et al., 2014). На сьогодні не доведена ефективність вітамінів чи рослинних засобів, наприклад вітаміну С чи препаратів ехінацеї (Humila H. et al., 2013; Karsch-Volk M. et al., 2014).

### Рекомендація № 4

Не слід призначати АБ пацієнтам із застудою.

### Чи вігнвігає практика доказової бази?

З 1990-х рр. призначення АБ при ГРЗ знизилося, і найбільше ця тенденція спостерігається для амбулаторних пацієнтів дитячого віку (Grijalva C.G., 2010; Centers for Disease Control and Prevention, 2011). Це може бути результатом відповідної кампанії Центру контролю та профілактики захворювань, а також зусиль державних та місцевих відділів охорони здоров'я (Centers for Disease Control and Prevention, 2015; Gonzales R. et al., 2008; Weissman J. et al., 2004). Крім того, впровадження пневмококової вакцини для дітей сприяло зниженню захворюваності на інфекції пневмококової етіології у дітей та дорослих (Nuorti J.P. et al., 2010). Незважаючи на перераховані вище переваги, АБ часто призначають дорослим тоді, коли вони не показані. Крім того, у 61% випадків призначення АБ рекомендуються препарати широкого спектра, хоча потрібно віддавати перевагу АБ вузького спектра дії (Shapiro D.J. et al., 2014).

Протягом двох останніх декад було проведено багато заходів, спрямованих на зниження надлишкового застосування АБ. Існує думка, що на надмірне призначення АБ впливає бажання лікаря задовольнити вимоги хворих та психологічний тиск пацієнта (Scott J.G. et al., 2001). Інші автори стверджують, що рівень сатисфакції хворого більше залежить від тривалості прийому та належного роз'яснення ситуації, ніж безпосередньо від виписування АБ (Gonzales R. et al., 2001). Для збільшення сатисфакції пацієнтів на тлі зменшення призначення АБ при ГРЗ автори пропонують таку стратегію: при розмові з пацієнтами лікарі повинні характеризувати гострий бронхіт як застуду чи вірусну інфекцію верхніх дихальних

Таблиця. Стратегії призначення АБ дорослим пацієнтам із ГРЗ

Рекомендація	Гострий бронхіт	Фарингіт	Гострий риносинусит	Застуда
Стратегія призначення АБ	За відсутності пневмонії АБ не призначаються. Рутинне тестування на невірусні причини не рекомендовано	Призначати антипіретики та анальгетики. За умов позитивного тесту на стрептокок – β-лактамі АБ	АБ можуть призначатися за умов тривалості симптомів >10 днів, важких симптомів >3 днів, погіршення симптомів через 3 дні	АБ не призначаються
Рекомендований режим прийому АБ в осіб без алергії на пеніцилін	АБ не призначаються	1) пеніцилін per os, 250 мг 4 р/д чи 500 мг 2 р/д 10 днів 2) амоксицилін per os 50 мг/кг маси тіла (максимум 1000 мг) 1 р/д чи 25 мг/кг маси тіла (максимум 500 мг) 2 р/д 10 днів 3) бензатин-пеніцилін в/м 1200 000 од 1 р/д	1) амоксицилін 500 мг та клавуланат 125 мг per os 3 р/д 5-7 днів 2) амоксицилін 875 мг та клавуланат 125 мг 2 р/д 5-7 днів 3) амоксицилін per os 500 мг 3 р/д 5-7 днів	АБ не призначаються
Рекомендований режим прийому АБ в осіб з алергією на пеніцилін а) без реакцій гіперчутливості I типу (анафілаксії) в анамнезі б) з анафілаксією в анамнезі	АБ не призначаються	а) 1) цефалексин per os 20 мг/кг маси тіла (максимум 500 мг) 2 р/д 10 днів 2) цефадроксил per os 30 мг/кг маси тіла (максимум 1000 мг) 1 р/д 10 днів б) 1) кліндаміцин per os 7 мг/кг маси тіла (максимум 300 мг) 3 р/д 10 днів 2) азитроміцин per os 12 мг/кг (максимум 500 мг) 1 р/д 5 днів 3) кларитроміцин per os 7,5 мг/кг (максимум 250 мг) 2 р/д 10 днів	а) 1) доксицилін per os 100 мг 2 р/д чи 200 мг 1 р/д 5-7 днів 2) левофлоксацин per os 500 мг 1 р/д 5-7 днів 3) моксифлоксацин per os 400 мг 1 р/д 5-7 днів б) 1) доксицилін per os 100 мг 2 р/д чи 200 мг 1 р/д 5-7 днів 2) левофлоксацин per os 500 мг 1 р/д 5-7 днів 3) моксифлоксацин per os 400 мг 1 р/д 5-7 днів	АБ не призначаються

та бактеріальної етіології мають однакові радіологічні ознаки, а проведення подібних обстежень збільшує витрати на діагностику щонайменше в чотири рази (Benninger M.S. et al., 2000). Оскільки простого та точного діагностичного тесту для визначення ГБРС не існує, чимало рекомендацій радять застосовувати для диференційної діагностики клінічні ознаки (Chow A.W. et al., 2012). Бактеріальна причина хвороби є ймовірнішою, якщо симптоми утримуються довше 10 днів без клінічного покращення, є тяжкими (температура тіла >39 °С, гнійні виділення з носа чи біль у ділянці обличчя тривалістю більше трьох днів поспіль) або погіршуються після періоду покращення (друга хвиля захворювання).

### Належна стратегія лікування

Рекомендації IDSA (2012) радять розпочинати емпіричне застосування АБ одразу після встановлення діагнозу ГБРС на основі клінічних критеріїв (Chow A.W. et al., 2012). Препаратом вибору є амоксицилін-клавуланат, а альтернативними медикаментами можуть бути доксицилін чи респіраторний фторхінолон (табл.). Американська академія отоларингології та хірургії голови та шиї рекомендує тактику очікування та спостереження для всіх пацієнтів з неускладненим ГБРС незалежно від тяжкості (Rosenfeld R.M. et al., 2015). Деякі автори рекомендують застосовувати амоксицилін (Slavin R.G. et al., 2005; Aging A.M. et al., 2011). Хоча рекомендації IDSA ґрунтуються на існуючих даних про антибіотикорезистентність, а саме про ампіцилінрезистентність *Haemophilus influenzae* та *Moraxella catarrhalis*, немає прямих доказів на користь амоксициліну-клавуланату. Полегшити симптоми та потенційно зменшити застосування АБ можна за допомогою інтраназального введення фізіологічного розчину чи кортикостероїдів. Пацієнтам з тяжкими симптомами, погіршенням стану, попри антибактеріальну терапію, чи наявністю повторних епізодів хвороби необхідна консультація вузьких спеціалістів

на конкретну вірусну інфекцію (Heikkinen T. et al., 2003). Ускладнення застуди включають гострий бактеріальний синусит, загострення астми та середній отит; АБ не відіграють жодної ролі в запобіганні цим ускладненням (Gonzales R. et al., 2001; Kenealy T. et al., 2013). Щороку з приводу застуди до лікарів звертаються близько 37 млн пацієнтів, і майже у третині випадків призначаються АБ (Schappert S.M. et al., 2006). Із застудою асоціюється значна кількість вірусів. Ці віруси демонструють сезонність та розповсюджуються різними шляхами: прямий контакт рук, контакт із забрудненою поверхнею чи повітряно-крапельним шляхом внаслідок чхання чи кашлю інфікованої особи (Turner R.V., 1997). Найпоширенішим шляхом передачі є прямий контакт, отже, найкращим методом профілактики є ретельне миття рук.

### Належна стратегія лікування

Клінічні рекомендації стверджують, що адекватним способом лікування застуди є симптоматична терапія, а АБ не повинні призначатися, оскільки вони не є ефективними та спричиняють значне зростання ризику побічних ефектів (Gonzales R. et al., 2001; Tan T. et al., 2008). Пацієнтам, які звернулися з приводу застуди, слід пояснити, що симптоми можуть тривати до 2 тижнів, а до лікаря потрібно звернутися в разі перевищення цього терміну чи погіршення стану (Gonzales R. et al., 2001; Tan T. et al., 2008). Необхідно проінформувати хворих про ризики та переваги симптоматичної терапії, а також переконати їх у відсутності необхідності прийому АБ. Для лікування проявів застуди рекомендована симптоматична терапія. Хоча антигістамінні препарати за умов застосування як монотерапія мають більше побічних ефектів, ніж переваг, у одного із чотирьох пацієнтів, пролікованих комбінацією антигістамінний засіб + анальгетик + деконгестант, відзначалося значне зменшення симптомів (de Sutter A.I. et al., 2012). Інші симптоматичні засоби включають інгаляції

шляхів (Phillips T.G. et al., 2005) та забезпечувати хворих інформаційними матеріалами щодо адекватного застосування АБ і альтернативних засобів для ліквідації симптомів (Macfarlane J. et al., 2002). Нещодавнє дослідження показало зниження призначень АБ при ГРЗ на 85% та збільшення рівнів сатисфакції пацієнтів в умовах надання порад стосовно симптоматичного лікування та пояснення відсутності необхідності АБ при ГРЗ (Mangione-Smith R. et al., 2015). Коли потреба в АБ є незрозумілою, слід відкласти призначення АБ (тактика спостереження в динаміці) та запропонувати антибактеріальні ліки в разі відсутності покращення стану. Цей підхід також сприятиме зниженню призначень АБ та зростанню рівнів сатисфакції пацієнтів (Mangione-Smith R. et al., 2001).

Зниження призначення АБ потребує багатовимірної підходу. Систематичний огляд 39 досліджень показав, що найефективнішими є багатогранні заходи, що включають освіту лікаря, пацієнта та громадськості (Arnold S.L. et al., 2005). До того ж слід застосовувати аналіз призначень і зворотний зв'язок з лікарями та пацієнтами (Mainous A.G. et al., 2000; Linder J.A. et al., 2009). Хоча належне застосування АБ є відповідальністю кожного, працівники сфери охорони здоров'я повинні контролювати рівень призначення антибактеріальних препаратів. Зменшення кількості недоречних виписувань АБ має покращити якість медичної допомоги, зменшити фінансові витрати на охорону здоров'я та допомогти зберегти ефективність АБ.

Harris A.M., Hicks L.A., Qaseem A. *Appropriate Antibiotic Use for Acute Respiratory Tract Infection in Adults: Advice for High-Value Care from the American College of Physicians and the Centers for Disease Control and Prevention.* Ann Intern Med 2016; 164: 425-434.

Переклала з англ. Лариса Стрільчук

