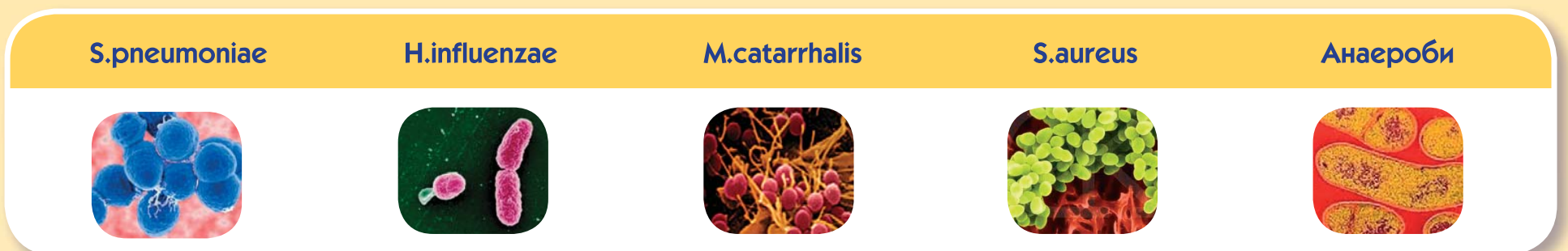


**Увага! Важлива Інформація про лікарський засіб**

# АУГМЕНТИН™

оригінальний амоксицилін/клавуланат

◆ Аугментин™ ефективний щодо широкого спектра збудників інфекцій дихальних шляхів, у т.ч. щодо основних респіраторних патогенів<sup>1</sup>:



◆ При бактеріальних інфекціях дихальних шляхів Аугментин™ має високу клінічну ефективність:

Негоспітальна пневмонія <sup>2</sup>	Інфекційні загострення ХОЗЛ <sup>3</sup>	Гострий бактеріальний середній отит <sup>4</sup>	Гострий бактеріальний риносинусит <sup>5</sup>
<b>93,1%</b>	<b>98,6%</b>	<b>90,5%</b>	<b>90-92%</b>

◆ Аугментин™ рекомендований як препарат вибору при бактеріальних інфекціях дихальних шляхів<sup>6,7</sup>



**Форми випуску:** таблетки 500/125 мг; таблетки 875/125 мг; порошок для приготування суспензії 200/28,5 мг/5 мл; порошок для приготування суспензії 600/42,9 мг/5 мл; порошок для приготування розчину для ін'єкцій 500/100 мг, 1000/200 мг. **Активні речовини:** амоксициліну тригідрат, калію клавуланат. **Показання:** гострий середній отит, гострий бактеріальний синусит, негоспітальна пневмонія, підтвержене загострення хронічного бронхіту та ін. **Застосування:** таблетки 500/125 мг – дорослі та діти старше 6 років 1 таблетка 3 рази на добу, таблетки 875/125 мг – дорослі та діти з масою тіла  $\geq 40$  кг – 1 таблетка 2 рази на добу; суспензія 200/28,5 мг – діти від 2 місяців до 12 років – 25/3,6 мг/кг/добу – 45 мг/кг/добу у 2 прийоми, дітям від 2-х років – до 70/10 мг/кг/добу; суспензія Аугментин ES – 90/6,4 мг/кг/добу 2 рази на добу 10 днів. **Протипоказання:** Підвищена чутливість до будь-яких компонентів препарату, до будь-яких антибактеріальних засобів групи пеніцилінів. Наявність в анамнезі тяжких реакцій гіперчутливості, пов'язаних із застосуванням інших бета-лактамних агентів. Наявність в анамнезі жовтяниці або дисфункції печінки, пов'язаних із застосуванням амоксициліну/клавуланату. Прийом Аугментину в період вагітності та годування груддю слід уникати, крім випадків, коли, на думку лікаря, користь від використання препарату перевищує потенційний ризик. **Можливі побічні реакції:** діарея, нудота, блювота, кандидоз шкіри і слизових оболонок, шкірний висип, свербіж, збільшення часу кровотечі та протромбінового індексу, ангіоневротичний набряк, анафілаксія, сироватковий синдром, алергічний васкуліт, запаморочення, головний біль, оборотні гіперактивність, антибіотик-асоційований коліт, помірне підвищення рівня АСТ та / або АЛТ, гепатит та холестаична жовтяниця, синдром Стивена-Джонсона та ін. **Взаємодія з іншими лікарськими засобами:** можлива взаємодія з пробенецидом, алопуринолом, естрогенами. **Передозування:** лікування симптоматичне. **Особливості застосування:** не слід призначати при підозрі на інфекційний мононуклеоз. При одночасному прийомі антикоагулянтів необхідний відповідний моніторинг. Слід з обережністю призначати пацієнтам з дисфункцією печінки. Перед застосуванням слід ознайомитися з повною інструкцією по застосуванню. Р.П. UA/0987/05/01 від 05.07.13, UA/0987/02/02 від 05.07.13, UA/0987/02/01 від 17.11.14, UA/0987/04/01 від 31.10.14, UA/0987/01/01 від 05.03.14, UA/0987/01/02 від 05.03.14.

**Література:** 1. Інструкція з медичного застосування препарату Аугментин™. 2. Paris R. et al. Efficacy and safety of azithromycin 1 g once daily for 3 days in the treatment of community acquired pneumonia: an open-label randomised comparison with amoxicillin-davulanate 875/125 mg twice daily for 7 days. *Chemother.* 2008 Feb; 20(1): 77-86. 3. Beghi G. et al. Efficacy and treatability of azithromycin versus amoxicillin davulanic acid in acute purulent exacerbation of chronic bronchitis// *Journal of chemotherapy.* 1995; 7:146-152. 4. Hoberman A. et al. Large dosage amoxicillin/davulanate, compared with azithromycin, for the treatment of bacterial acute otitis media in children// *Pediatr. Infect. Dis. J.* 2005 Jun; 24(6): 525-32. 5. Sinus and allergy health partnership (SAHP). Antimicrobial treatment guidelines for acute bacterial rhinosinusitis // *Otolaryngology-Head and neck surgery.* 2004; 130(1): 1-45. 6. Наказ МОЗ України № 128 від 19.03.2007. 7. Наказ МОЗ України № 181 від 24.03.2009.

Повідомити про небажане явище чи скаргу на якість препарату і отримати додаткову інформацію про препарат Ви можете в ТОВ «ГлаксоСмітКляйн Фармасьютикалс Україна»: 02152, г. Киев, пр. Павла Тичини 1-В. Тел.: (044) 585-51-85/-86. [www.gsk.ua](http://www.gsk.ua)





# Рациональная антибиотикотерапия инфекций верхних и нижних дыхательных путей в вопросах и ответах

Особое внимание участников традиционной весенней конференции для врачей общей практики – семейной медицины «Терапия 2015: достижения и перспективы», состоявшейся 18-19 марта в г. Виннице, привлекла панельная дискуссия, посвященная рациональной антибиотикотерапии (АБТ) инфекций верхних и нижних дыхательных путей (ДП). Несмотря на постоянное обсуждение данной проблемы в медицинских кругах, она и поныне не теряет актуальность. Скорее, напротив: вызывает повышенный интерес клиницистов, особенно специалистов первичного звена, которые, как правило, первыми контактируют с больными с респираторной патологией. Мероприятие было организовано при поддержке компании GlaxoSmithKline.

В нем приняли участие ведущие эксперты – главный внештатный специалист МЗ Украины по специальности «Оториноларингология», заведующий кафедрой оториноларингологии и офтальмологии с курсом хирургии головы и шеи Ивано-Франковского национального медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор Василий Иванович Попович и автор ряда государственных согласительных документов (3 приказов и методических рекомендаций), заведующий отделением неспецифических заболеваний легких ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского НАМН Украины», профессор кафедры фтизиатрии и пульмонологии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика (г. Киев), доктор медицинских наук Александр Ярославович Дзюблик, которые рассмотрели подходы к АБТ с двух ракурсов – с позиции оториноларинголога и пульмонолога. Модератором заседания выступил заведующий кафедрой пропедевтики внутренней медицины Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова, доктор медицинских наук, профессор Юрий Михайлович Мостовой.

Панельная дискуссия проходила в новаторском формате интерактивного диалога, что позволило аудитории получить четкие и лаконичные ответы на интересующие вопросы, а также уточнить многие важные нюансы по ходу выступлений экспертов.

**?** Каковы показатели заболеваемости в Украине инфекционной патологией верхних и нижних ДП?

**Ю.М. Мостовой:** «Согласно данным ГУ «Центр медицинской статистики МЗ Украины» за 2013 г., заболеваемость пневмонией в нашей стране составляет 535,1 на 100 тыс. населения: максимальные показатели зарегистрированы в Киевской и Ивано-Франковской областях (906,3 и 896,6 на 100 тыс. соответственно), минимальные – в Черновицкой и Запорожской областях (387,8 и 397,5 на 100 тыс.). Данные относительно заболеваемости тонзиллитом чрезвычайно вариабельны: средний показатель на 100 тыс. населения по Украине составляет 1977,3 (максимален в Тернопольской области, достигает 4000,7, минимален в Черновицкой области – 841,6). Значительные расхождения наблюдаются и касательно заболеваемости острым отитом: наиболее высокий показатель зарегистрирован в Львовской области (1275,6 на 100 тыс.), наименьший – в Полтавской области (566,3 на 100 тыс.); среднее значение по Украине – 1007,1 на 100 тыс.

Чем вызваны такие различия – неточностями сбора информации, несовершенством статистической обработки данных, качеством диагностики или спектром возбудителей – пока не ясно.

До сих пор в статистическую отчетность не внесено хроническое obstructивное заболевание легких (ХОЗЛ),

зарегистрированные случаи классифицируются как хронический бронхит; распространенность его в Украине – 2383,5, Херсонской и Запорожской областях – соответственно 5585,6 и 840,1 на 100 тыс. населения».

**?** Какие возбудители чаще всего вызывают пневмонию и обострение ХОЗЛ?

**А.Я. Дзюблик:** «В одном из крупнейших микробиологических скрининговых исследований Alexander Project было показано, что наиболее значимыми возбудителями внебольничных инфекций нижних ДП (НДП) являются Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae и Moraxella catarrhalis.

S. pneumoniae относится к грамположительным микроорганизмам, около 25-50% здорового населения являются его носителями. Довольно часто и пневмония, и обострение ХОЗЛ вызываются S. pneumoniae, персистирующим в ДП. Резистентность пневмококка к пенициллину связана, в первую очередь, с изменением мишеней действия – пенициллинсвязывающих белков. Он не продуцирует β-лактамазы, поэтому для лечения инфекций, обусловленных данным возбудителем, не требуется назначения защищенных пенициллинов. На данном этапе он остается ведущим возбудителем внебольничной пневмонии (ВП) – обнаруживается в 8-46% случаев (R. Guthrie, 2001).

H. influenzae – граммотрицательный возбудитель, около 18% штаммов которого синтезируют β-лактамазы, разрушающие β-лактамоное кольцо природных и полусинтетических пенициллинов. Носительство гемофильной палочки наблюдается почти у 90% здоровых лиц. Данный возбудитель – причина приблизительно 10% случаев ВП.

M. catarrhalis – граммотрицательный патоген; частота встречаемости при ВП – 1-2%. Около 90% его штаммов вырабатывают β-лактамазы, благодаря чему устойчивы к природным и полусинтетическим пенициллинам.

В то же время при заболеваниях, вызванных перечисленными возбудителями, эффективны и защищенные пенициллины, и макролиды, и фторхинолоны (ФХ).

При инфекционном обострении ХОЗЛ ключевую роль играет H. influenzae (30-59%; R. Guthrie, 2001), 2-е место занимает S. pneumoniae (15-25%), M. catarrhalis является причиной патологии в 3-22% случаев».

**?** Смертность по причине пневмонии в Украине составляет 10-11,5 случаев на 100 тыс. населения (около 2-3%), а среди больных с тяжелым течением пневмонии достигает 28%. Какие возбудители актуальны в данной популяции?

**А.Я. Дзюблик:** «В этиологической структуре лидирует S. pneumoniae, а 2-е место делят между собой легионелла, клебсиелла и гемофильная палочка».

**?** Актуальны ли перечисленные возбудители при инфекционных заболеваниях верхних ДП (ВДП)?

**В.И. Попович:** «Я часто вспоминаю слова своего наставника: «Полость носа – это легкие, вывернутые наизнанку». Действительно, патология ВДП и НДП и этиологический спектр возбудителей имеют ряд общих характеристик: тройка лидеров – S. pneumoniae, H. influenzae, M. catarrhalis. Специфичным для бактериального тонзиллита является β-гемолитический стрептококк группы А.

Хочу акцентировать внимание на том, что при инфекциях ВДП значимость атипичных патогенов незначительна (Barberan et al., 2008), чаще всего она сочетается с профессиональными или другими тяготящими факторами. Если у пациента после контакта с больным возникла острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ), впоследствии трансформировавшаяся в острый риносинусит, течение заболевания можно считать типичным. Но когда с подобными симптомами обращается, например, работник теплицы, необходимо заподозрить грибковую инфекцию, сотрудник бассейна – следует рассмотреть вероятность выделения хламидий. В целом атипичная флора выявляется очень редко, к тому же, как правило, при этом определяются клинические маркеры атипичности.

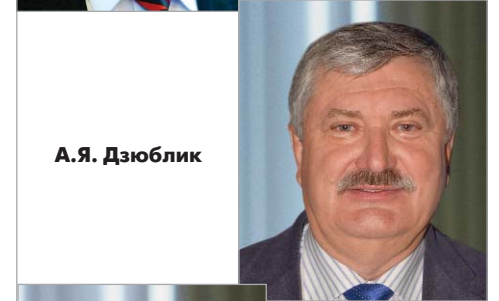
Принципиальным отличием инфекций ВДП является более частое выделение смешанной флоры, тогда как на фоне патологии НДП превалирует монофлора. К примеру, очень часто S. pneumoniae и H. influenzae встречаются «в паре». Концептуальное значение это имеет при выборе АБТ: если пневмококк не обладает устойчивостью к незащищенным пенициллинам, то гемофильная палочка способна нейтрализовать их антибактериальный эффект. С учетом этого на первый план в лечении инфекций ВДП выходят защищенные пенициллины (например, оригинальный амоксициллин/клавуланат Аугментин™ производства компании GlaxoSmithKline) либо имеющие особую структуру – включающие оксим-группу – цефалоспорины II поколения (например, оригинальный цефуроксим аксетил Зиннат™, GlaxoSmithKline).

**?** Защищенные пенициллины и цефалоспорины с особой химической структурой являются равнозначными по ценности как препараты первой линии при инфекциях ВДП или предпочтение следует отдавать какому-то из них? Какое средство Вы используете как стартовое в собственной практике?

**В.И. Попович:** «Базируясь на практическом опыте и действующих согласительных документах, я начинаю лечение инфекций ВДП с защищенных пенициллинов, в частности Аугментина в дозе 625 мг 3 р/сут, 1000 мг 2 р/сут (в зависимости от массы тела)».



В.И. Попович



А.Я. Дзюблик



Ю.М. Мостовой

**?** Существует ли конфликт между патогеном и антибиотиком?

**А.Я. Дзюблик:** «Антибиотики представляют собой группу препаратов, эффективность которых в популяции со временем снижается по причине появления у основных возбудителей устойчивости. Чем чаще используется антибактериальное средство при отсутствии адекватных показаний, тем выше риск появления резистентных штаммов. В настоящее время проблема антибиотикорезистентности чрезвычайно актуальна, а в развитых странах рассматривается как угроза национальной безопасности (часто обсуждается на уровне Конгресса США, Палаты лордов в Великобритании).

Инфекции, вызванные антибиотикорезистентными штаммами, отличаются длительным течением, чаще требуют госпитализации, увеличивают продолжительность пребывания в стационаре, ассоциируются с неблагоприятным прогнозом.

До 2010 г. мониторинг антибиотикорезистентности в нашей стране не выполнялся. В 2010 г. благодаря организационной и финансовой поддержке компании GlaxoSmithKline Украина присоединилась к международному микробиологическому исследованию SOAR (начатому еще в 2002 г.), предусматривающему централизованное определение чувствительности микроорганизмов к антибиотикам в референтной лаборатории. Его целью стало изучение распространенности устойчивых штаммов S. pneumoniae и H. influenzae, выделенных у детей и взрослых с внебольничными инфекциями ДП в различных регионах Украины. Координировал проект академик НАМН Украины Ю.И. Фещенко, также в нем приняли участие 9 клинических центров (г. Киев, Днепрпетровск, Львов, Винница, Ивано-Франковск, Симферополь, Запорожье).

Хочу отметить, что результаты данного исследования имеют международное значение, впервые они были представлены медицинской общественности в рамках конгресса ECCMID (г. Барселона, Испания, 2014 г.). Всего было протестировано 134 штамма S. pneumoniae (критерии CLSI, 2012 г.): 12,6% штаммов характеризовались сниженной чувствительностью к пенициллину (классифицировались как умеренно резистентные или резистентные), 4,5% штаммов продемонстрировали устойчивость к цефуроксиму,

Продолжение на стр. 16.



# Рациональная антибиотикотерапия инфекций верхних и нижних дыхательных путей в вопросах и ответах

Продолжение. Начало на стр. 15.

11,5% — к цефиксиму, по 11,9% — к кларитромицину и азитромицину, 10,5% — к ципрофлоксацину; максимальный уровень устойчивости зафиксирован к триметоприму/сульфаметоксазолу (котримоксазолу) — 90,3%. Уровни устойчивости к амоксициллину/клавуланату, цефтриаксону и лево-флоксацину равнялись нулю.

Следует отметить, что количество генериков цефтриаксона на украинском фармацевтическом рынке превысило 30, к тому же они широко (зачастую нерационально) применяются в амбулаторной практике, что, вероятно, вскоре может негативным образом сказаться на росте резистентности.

Полученные данные вызывают настороженность относительно устойчивости возбудителей к пенициллину и макролидам, что требует взвешенной тактики при их назначении, и обосновывают отказ от проведения при респираторной патологии терапии триметопримом/сульфаметоксазолом. Единственной нишей его применения остается пневмоцистная пневмония, типичная для пациентов с ВИЧ/СПИДом.

Также для лечения внебольничных инфекций ДП не следует применять ципрофлоксацин в силу его низкой антипневмококковой активности и необходимости сохранения в резерве как ценного средства, воздействующего на синегнойную палочку».

**?** Критерии назначения АБТ при синусите, отите, ангине и оптимальные препараты.

**В.И. Попович:** «АБТ является этиотропным лечением, для успешной реализации которого необходим субстрат действия — инфекционный агент. В случае острого отита или синусита бактериальное воспаление является этапом, который следует за вирусным повреждением (острый вирусный или поствирусный процесс). Особенность околоносовых пазух и полостей среднего уха — отсутствие активации бактериальной флоры, пока эти структуры являются открытыми, а соустья не заблокированы. Интересен феномен, отличающий заболевание полости уха от патологии иной локализации, — патогенизация сапрофитной флоры. Возбудители колонизируют оболочку ВДП, и когда пазуха блокируется, запускается процесс активации бактериальной инфекции.

При остром вирусном или поствирусном процессе АБТ не показана, т. к. ее нельзя применять с профилактической целью в отношении бактериальной инфекции, а точка приложения — бактерии — отсутствует. Клинически определить момент активации бактериальной флоры и актуальности назначения АБТ очень тяжело. Если речь идет об остром риносинусите, отите, об этом может свидетельствовать присоединение системных нарушений — лихорадка  $\geq 39$  °С, головной боли, ухудшения общего самочувствия. Определение степени тяжести острого риносинусита базируется на субъективной оценке пациентом своего состояния при помощи визуально-аналоговой шкалы: вопрос о назначении АБТ может рассматриваться, если больной описывает свое состояние как тяжелое.

При остром среднем отите бактериальной этиологии клиницисты выбирают тактику лечения, ориентируясь на возраст: АБТ назначают всем детям младше 6 мес; детям 6 мес — 2 лет, если диагноз не вызывает сомнений; пациентам в возрасте старше 2 лет, когда заболевание имеет тяжелое течение или стандартное лечение оказалось безрезультатным.

Фолликулярный и лакунарный тонзиллит априори расцениваются как тяжелые состояния и показания для назначения АБТ.

Препаратами выбора признаны защищенные пенициллины, устойчивые к влиянию  $\beta$ -лактамаз (например, Аугментин™), и цефалоспорины II поколения (например, Зиннат™). Макролиды используются очень редко, лишь в ситуациях, когда защищенные пенициллины или цефалоспорины противопоказаны. Весомый недостаток макролидов — отсутствие профилактики ревматических осложнений у пациентов с тонзиллитом.

Важно, что в соответствии с согласительными документами в амбулаторной практике следует отдавать предпочтение использованию пероральных форм антибиотиков, т. к. их биодоступность сопоставима с таковой при парентеральном введении. Инъекционная терапия оправдана при нарушении глотания и всасывания лекарств в пищеварительном тракте, расстройствах сознания.

Может использоваться тактика ступенчатой терапии: в качестве 1-го этапа показано парентеральное введение антибиотика с дальнейшим переходом на таблетированные формы соответствующего препарата (например, назначение инъекционного Аугментина или Зинацефа с переходом на таблетированный Аугментин™ или Зиннат™). В то же время ступенчатая терапия с применением цефтриаксона невозможна в силу отсутствия его таблетированной формы».

**?** Когда и как оценивается эффективность АБТ? Что следует предпринять в случае ее неудачи? Кому показана госпитализация?

**А.Я. Дзюблик:** «Эффективность АБТ при ВП следует оценивать не позднее, чем через 48-72 ч. Если наблюдается положительная динамика — уменьшилась выраженность интоксикации, снизилась температура тела, признаки дыхательной недостаточности отсутствуют, — лечение продолжают до полного выздоровления. В противном случае (отсутствие изменений или ухудшение состояния) констатируют неэффективность антибиотика и заменяют его на другой или рассматривают вопрос о госпитализации в стационар.

Если в качестве стартовой терапии ВП у пациентов I клинической группы был выбран аминопенициллин и спустя 48-72 ч признана его неэффективность, назначают макролид либо респираторный ФХ. Если неэффективным оказался макролид, его заменяют на аминопенициллин или респираторный ФХ.

Во II клинической группе первой линией терапии является амоксициллин/клавуланат (Аугментин™) или цефуроксим аксетил (Зиннат™) перорально, при безуспешности лечения необходимо добавить макролид либо заменить препарат на монотерапию респираторным ФХ.

Принять обоснованное решение о возможности лечения в амбулаторных условиях и необходимости госпитализации в стационар помогают прогностические шкалы CURB-65 и CRB-65 (наиболее удобна). Каждый из параметров — нарушение сознания, азот мочевины  $>7$  ммоль/л (только для CURB-65), частота дыхания  $\geq 30$ /мин, диастолическое и систолическое артериальное давление  $<60$  и  $<90$  мм рт. ст. соответственно, возраст  $\geq 65$  лет — оценивают в 1 балл. При суммарном значении 0 баллов рекомендуется амбулаторное лечение, 1 балл до 65 лет или 2 балла для пациентов старше 65 лет — госпитализация в терапевтический или пульмонологический стационар, 2-3 балла (3-4 балла для пациентов старше 65 лет) — госпитализация в отделение реанимации и интенсивной терапии.

**?** Когда семейный врач должен обратиться за помощью к ЛОРу?

**В.И. Попович:** «При остром бактериальном риносинусите и остром среднем отите семейный врач вправе назначить стартовую АБТ (в большинстве случаев амоксициллин/клавуланат). Если же у больного возникла необходимость повторного визита, следует направить его к оториноларингологу для рассмотрения возможности выполнения пункции или парацентеза. При остром тонзиллите о необходимости консультации ЛОРа свидетельствуют отсутствие клинического улучшения через 24-36 ч от начала лечения или изменения характера боли на односторонний (признак паратонзиллита или паратонзиллярного абсцесса, когда без помощи оториноларинголога не обойтись)».

**?** Тактика врача при инфекционном обострении ХОЗЛ.

**А.Я. Дзюблик:** «Около 80% всех обострений ХОЗЛ имеют инфекционную природу (в 60-70% случаев выявляются бактериальные патогены, среди которых доминирует гемофильная палочка, в 30% — вирусы) и только 20% связаны с неинфекционными причинами (загрязнением воздуха, декомпенсацией сопутствующих заболеваний и пр.). В эмпирической терапии инфекционных обострений ХОЗЛ должны применяться антибактериальные препараты. Следует отметить, что дифференцировать обострения, вызванные бактериями, с таковыми, спровоцированными вирусами, достаточно сложно. Учитывая, что ведущий возбудитель — гемофильная палочка, частый продуцент  $\beta$ -лактамаз, а пациенты с ХОЗЛ в большинстве своем — люди старшей возрастной категории, где этиологическое значение имеют клебсиелла, кишечная палочка, энтеробактер, цитробактер и пр., также способные вырабатывать указанный фермент, стартовой терапией, согласно приказу МЗ Украины от 27.06.2013 г. № 555, являются защищенные аминопенициллины (амоксициллин/клавуланат). В регионах с низким уровнем резистентности пневмококка его стандартная доза составляет 875 мг/125 мг 2 р/сут.

Недавно в арсенале украинских врачей появился Аугментин™ SR, соотношение в котором амоксициллина и клавулановой кислоты составляет 14:1 (1 таблетка содержит 1000 мг амоксициллина и 62,5 мг клавуланата). Рекомендуемая схема приема — по 2 таблетки 2 р/сут. Суточная доза амоксициллина 4000 мг позволяет преодолеть умеренную резистентность к нему пневмококка. Данная форма показана к использованию в регионах с высокой или умеренной резистентностью пневмококка к защищенным аминопенициллинам».

**?** Насколько часто Вы сталкиваетесь в практике с эпизодами неэффективности АБТ? Каковы ее причины?

**В.И. Попович:** «Почти во всех случаях, когда пациент обращается ко мне за консультацией, отмечается неэффективность АБТ; я достаточно редко назначаю лечение «с нуля». К отсутствию успеха АБТ приводят такие причины: несоответствие врачебных назначений согласительным документам / указаниям инструкции по медицинскому использованию препарата; неадекватное выполнение их пациентом; объективные факторы (эффективность антибиотика не может равняться 100%, даже если он подобран правильно).

Например, клиническая эффективность амоксициллина/клавуланата при

остром бактериальном риносинусите у взрослых пациентов оценивается в 90%, цефуроксима — в 83-88%, макролидов — в 77% (Hadley et al., 2007). Это значит, что при использовании макролидов более чем у 20% больных существует риск неэффективности терапии даже при строгом соблюдении всех правил. Следовательно, преимущество при назначении следует отдавать амоксициллину/клавуланату. Также необходимо учитывать то, что АБТ при остром бактериальном риносинусите — этиотропное лечение, и если его не дополнить патогенетической и симптоматической терапией (муколитиками, противоотечными и противовоспалительными средствами, иммуномодуляторами), шансы на успех заметно снизятся».

**?** Существуют ли методы профилактики рецидивов бактериальных инфекций в ЛОР-практике?

**В.И. Попович:** «Основной метод профилактики — предупреждение ОРВИ. Иногда есть необходимость в назначении иммуномодуляторов. У больных с рецидивирующими бактериальными инфекциями ЛОР-органов в большинстве случаев отмечается локальный иммунный дефицит. Его можно компенсировать с помощью комбинированного препарата Исмижен, содержащего антигены наиболее частых бактериальных возбудителей инфекций ДП. Поливалентный бактериальный лизат включает их активные фрагменты, благодаря чему обеспечивается стимуляция специфических и неспецифических факторов защиты. Профилактику следует осуществлять не в пиковый сезон инфекций, а заранее. Что касается бициллинопрофилактики, без комплексного лечения хронического тонзиллита она является просто пустым звуком».

**?** На какие государственные согласительные документы необходимо ориентироваться семейным врачам при лечении пневмонии и инфекций НДП?

**А.Я. Дзюблик:** «На сегодняшний день по-прежнему действует приказ МЗ Украины от 19.03.2007 г. № 128. В 2013 г. были изданы методические рекомендации, содержащие более свежую и актуальную информацию о АБТ (перечень рекомендованных антибактериальных средств дополнен цефалоспорины V поколения и карбапенемом эртапенемом). Однако в целом принципиальных расхождений между ними нет».

**В.И. Попович:** «Подходы к АБТ инфекций ВДП регламентируются отдельным документом — приказом МЗ Украины от 24.03.2009 г. № 181. В соответствии с ним пероральными препаратами выбора являются амоксициллин/клавуланат, амоксициллин, цефуроксим аксетил; парентеральными — защищенные аминопенициллины (амоксициллин/клавуланат, ампициллин/сульбактам), цефуроксим. В качестве альтернативных средств, как правило, используются макролиды».

Как свидетельствуют результаты исследования SOAR, первого по изучению локального уровня чувствительности респираторных патогенов к антибиотикам, на нынешнем этапе ситуация в Украине расценивается как относительно благоприятная. Сохранить ее на том же уровне можно совместными усилиями клиницистов и пациентов: благодаря вдумчивому и взвешенному подходу к назначению АБТ и использованию качественных препаратов с доказанной эффективностью.

Подготовила **Ольга Радучич**

Напечатано при научной поддержке  
ООО «ГласкоСмитКляйн Фармасьютикалс Украина».  
UA/CAM/0004/15.03.30