

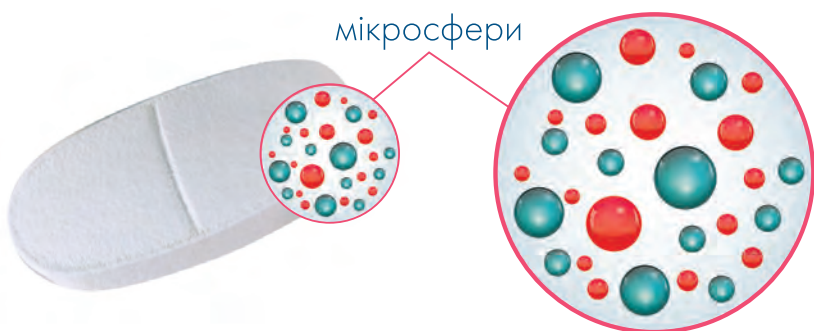
Амоксилав® Квіктаб

амоксицилін + клавуланова кислота

ДИСПЕРГОВАНІ ТАБЛЕТКИ З БІОДОСТУПНІСТЮ 96,5%, ПОРІВНЯННОЮ З ІН'ЄКЦІЙНОЮ ФОРМОЮ!¹

ДИСПЕРГОВАНІ ТАБЛЕТКИ

Особливості лікарської форми:



ЕФЕКТИВНІСТЬ

Висока біодоступність препарату^{1,2}

БЕЗПЕКА

Мінімізація небажаних реакцій за рахунок максимально повного всмоктування препарату в тонкому кишечнику³



ЗРУЧНІСТЬ ПРИЙОМУ

Можливість розчинити таблетку та вжити у вигляді розчину²



КОРОТКА ІНСТРУКЦІЯ ДО ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ АМОКСИКЛАВ® КВІКТАБ

Діючі речовини: 1 таблетка 500 мг/125 мг амоксициліну у формі амоксициліну тригідрату та 125 мг кислоти клавуланової у формі калієвої солі; 1 таблетка 875 мг/125 мг амоксициліну у формі амоксициліну тригідрату та 125 мг кислоти клавуланової у формі калієвої солі. Лікарська форма. Таблетки, що диспергуються.

Фармакотерапевтична група. Код АТХ J01C R02

Показання. Лікування бактеріальних інфекцій, спричинених чутливими до комбінації амоксицилін/кислота клавуланова мікроорганізмами: гострий

бактеріальний синусит; гострий середній отит; підтверджене загострення хронічного бронхіту; негоспітальна пневмонія; цистити; пієлонефрити; інфекції шкіри та м'яких тканин, у т.ч. целюліти, укуси тварин, тяжкі денто-альвеолярні абсцеси з поширеним целюлітом; інфекції кісток та суглобів, у т.ч. остеомиєліти.

Діти віком від 6 років з масою тіла від 25 до 40 кг

Категорія відпуску. За рецептом

Список літератури.

1. Kristi M. Kuper, Intravenous to Oral Therapy Conversion, 2008. 2. HU Guoxin, Journal of Huazhong University of Science and Technology, 22 (3): 224-227, 2002
3. Інструкція для медичного застосування препарату. 3. І.О. Гучев, Р.С. Козлов. Безпечність і ефективність різних лікарських форм амоксициліну клавуланової кислоти при ІНДШ у дорослих: відкрите проспективне рандомізоване дослідження//Пульмонологія. - 2008. - №2. 4. Державний реєстр лікарських засобів України <http://www.drlz.com.ua/>

РП UA/3011/04/02, UA/3011/04/01, видане МОЗ України. Препарат має протипоказання та може викликати побічні реакції, в тому числі серйозні. Для більш докладної інформації див. інструкцію для медичного застосування лікарського засобу. Категорія відпуску. За рецептом.

Ви можете повідомити про побічні реакції та/або відсутність ефективності лікарського засобу представника заявника за телефоном, електронною адресою або за допомогою сайту: +380 (44) 495 28 66, ua.py@sandoz.com, www.sandoz.ua

Інформація для спеціалістів сфери охорони здоров'я. 4-05-AMB-АИГ-0317

SANDOZ A Novartis Division

Лечение ОСО у детей младше 2 лет

Положения существующих рекомендаций значительно отличаются в отношении необходимости проведения безотлагательной антибактериальной терапии или применения выжидательной тактики у детей в возрасте $\beta < 2$ лет, больных острым средним отитом (ОСО).

Методы. Дети ($n=291$) в возрасте 6-23 мес, больные ОСО (диагноз подтвержден при помощи жестких критериев), были рандомизированы для приема амоксициллина/клавуланата или плацебо на протяжении 10 дней. В ходе исследования оценивали симптоматический ответ и степень клинической неэффективности.

Результаты. В группе детей, принимавших амоксициллин/клавуланат, у 35% больных первоначальные симптомы заболевания разрешились ко второму дню лечения, у 61% пациентов – к четвертому, у 80% детей – к седьмому; в группе плацебо исчезновение исходных клинических проявлений ко второму дню терапии отмечено в 28% случаев, к четвертому – в 54%, к седьмому дню – в 74% случаев (в итоговом сравнении $p=0,14$). Устойчивого разрешения патологических симптомов в указанные сроки достигли 20, 41 и 67% больных из группы амоксициллина/клавуланата соответственно, в группе плацебо – 14, 36 и 53% пациентов соответственно (в итоговом сравнении $p=0,04$).

Средние значения шкалы, предназначенной для оценки степени выраженности клинических симптомов ОСО на протяжении первых 7 дней болезни, были значительно меньше у детей, получавших амоксициллин/клавуланат, по сравнению с пациентами, принимавшими плацебо ($p=0,02$).

Клиническая неэффективность, определенная как персистенция признаков острой инфекции при отоскопическом исследовании, реже наблюдалась у детей, использовавших амоксициллин/клавуланат, по сравнению с больными, принимавшими плацебо: 4 vs 23% во время визита на 4-5-й день болезни ($p<0,001$) и 16 vs 51% во время визита на 10-12-й день ($p<0,001$). У одного ребенка из группы плацебо развился мастоидит. Диарея и дерматит на участках кожи, закрытых подгузником, чаще беспокоили детей, получавших амоксициллин/клавуланат. Исследователи не зафиксировали достоверных межгрупповых различий в частоте колонизации носоглотки резистентными штаммами *S. pneumoniae*.

Выводы. У детей в возрасте 6-23 мес, больных ОСО, 10-дневная терапия амоксициллином/клавуланатом способствует сокращению длительности заболевания, уменьшению тяжести клинической симптоматики и частоты персистенции острого инфекционного процесса по данным отоскопического исследования.

[Hoberman A. et al., 2011. DOI: 10.1056/NEJMoA0912254.](#)

Амоксициллин/клавуланат и амоксициллин: данные сравнительного исследования

В указанном наблюдении сравнивалась эффективность 3-дневной комбинированной терапии амоксициллином/клавуланатом и 10-дневного лечения амоксициллином фаринголарингита и тонзиллита, вызванного β -гемолитическим стрептококком группы А (БГСА), в педиатрической популяции. В когорте пациентов, в которой проводилась оценка эффективности назначенной терапии, частота достижения клинического ответа по завершению курса лечения в группе амоксициллина/клавуланата ($n=54$) составила 98,1%, в группе амоксициллина ($n=43$) – 92,9%, что подтверждает сопоставимую результативность обоих методов терапии.

Частота эрадикации БГСА через 1-2 недели после завершения/отмены терапии при использовании амоксициллина равнялась 65,4%, в группе амоксициллина/клавуланата – 85,4%. Анализ мочи, проведенный с целью определения наличия/отсутствия признаков острого гломерулонефрита, не выявил аномалий ни у одного пациента.

Полученные данные свидетельствуют о том, что 3-дневный курс лечения амоксициллином/клавуланатом, как ожидается, станет наиболее эффективным способом терапии фаринголарингита и тонзиллита, вызванного БГСА, у детей.

[Kuroki H. et al. DOI:10.1007/s10156-012-0444-1.](#)

Сравнение высоких доз амоксициллина/клавуланата с цефдиниром в лечении ОСО

10-дневный курс высокодозовой терапии амоксициллином/клавуланатом и 5-дневный курс лечения цефдиниром являются предпочтительными схемами антибиотикотерапии первой и второй линии у детей с ОСО с 2004 г. (в соответствии с рекомендациями Американской академии педиатрии), но прямые сравнительные исследования этих препаратов до сих пор не проводились.

Целью данного исследования явилось сравнение клинической эффективности 10-дневной высокодозовой терапии амоксициллином/клавуланатом с результативностью 5-дневного лечения ОСО рекомендованными дозами цефдинира.

Методы. Испытание проводилось в слепом для исследователей режиме с участием детей в возрасте 6-24 мес, не имевших в анамнезе указаний на рецидивирующее течение ОСО; пациентов в последствии рандомизировали для приема амоксициллина/клавуланата (80 мг/кг/сут по амоксициллину) или цефдинира (14 мг/кг/сут) на протяжении 10 и 5 дней соответственно. Диагноз ОСО основывался на специфических клинических критериях и подтверждался квалифицированными оториноларингологами в двух исследовательских центрах.

Критерием клинической эффективности являлось разрешение всех симптомов/признаков ОСО (за исключением наличия экссудата в барабанной полости) при последнем контрольном визите (оценка выздоровления) через 11-14 дней от момента начала антибиотикотерапии.

Клиническая неэффективность определялась как персистенция симптомов/признаков ОСО, а также как необходимость назначения дополнительных антибактериальных препаратов. Пациенты, не явившиеся на контрольные осмотры или не принявшие, по крайней мере, 80% назначенных препаратов, классифицировались как больные с неопределенным ответом. Приверженность к лечению оценивалась при помощи медицинской электронной мониторинговой системы и определения остаточного объема антибиотика в упаковке в рамках последнего контрольного визита.

Результаты. В исследовании приняли участие 330 детей (средний возраст – 13,1 мес), страдавших ОСО. Во время заключительного контрольного осмотра клиническая эффективность проведенной терапии подтверждена у 256 детей, клиническая неудача – у 69 пациентов, 5 больных не явились на контрольный визит. В когорте детей,

получавших высокодозовую терапию амоксициллином/клавуланатом, частота клинического выздоровления (86,5%) превосходила таковую в группе пациентов, принимавших цефдинир (71%; $p=0,001$). Терапия цефдиниром ассоциировалась с меньшей клинической эффективностью при увеличении возраста детей от 6 до 24 мес.

Значения отношения шансов (ОШ) клинического выздоровления при увеличении возраста ребенка на один месяц, рассчитанные с помощью логистической регрессии, на фоне использования высокодозовой терапии амоксициллина/клавуланата составили 0,991 (95% ДИ 0,932-1,056; $p>0,05$), в случае применения цефдинира – 0,932 (95% ДИ 0,881-0,986; $p=0,01$). Межгрупповые различия в значениях ОШ оказались статистически значимыми ($p<0,002$), что указывает на стабильную частоту клинического выздоровления у детей всех возрастов в случае приема амоксициллином/клавуланатом и снижение показателей клинической эффективности цефдинира при увеличении возраста пациентов.

Выводы. У детей, больных ОСО, 10-дневная высокодозовая терапия амоксициллином/клавуланатом является гораздо более эффективной, чем 5-дневный курс лечения цефдиниром.

[Casey J. et al., 2012. DOI:10.2165/11590320-000000000-00000.](#)

Эффективность антибактериальной терапии обострений ХОЗЛ легкой/средней степени тяжести

Антибактериальная терапия остается спорным вопросом в лечении нетяжелых обострений хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ).

Целью испытания стала оценка эффективности антибактериальной терапии при обострениях ХОЗЛ легкой/средней степени тяжести.

Методы. Данное наблюдение представляло собой многоцентровое параллельное двойное слепое плацебо-контролируемое рандомизированное клиническое исследование. В нем приняли участие больные в возрасте ≥ 40 лет, курящие в настоящее время и бывшие курильщики со стажем ≥ 10 пачко-лет, спирометрически подтвержденного ХОЗЛ легкой/средней степени (объем форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ₁) $> 50\%$ от прогнозируемого; индекс ОФВ₁ / форсированная жизненная емкость легких $< 0,7$) и клинически диагностированным обострением заболевания.

Пациентов рандомизировали для приема амоксициллина/клавуланата 500/125 мг 3 р/сут или плацебо на протяжении 8 дней.

Результаты. Первичной конечной точкой являлась клиническая эффективность терапии, оцениваемая на момент проведения заключительного контрольного осмотра спустя 9-11 дней от назначения лечения. Анализ эффективности основывался на результатах лечения 310 пациентов.

При проведении заключительного контрольного осмотра выздоровление констатирувано у 117 (74,1%) больных из группы амоксициллина/клавуланата и 91 (59,9%) пациента из группы плацебо (межгрупповые различия 14,2%; 95% ДИ 3,7-24,3). Среднее время до развития следующего обострения ХОЗЛ у пациентов, получавших антибактериальный препарат, значительно превышало таковое у больных, принимавших плацебо (233 дня; межквартильный размах: 66-365 дней; $p<0,05$). Пограничное значение С-реактивного белка, максимально достоверно прогнозировавшее вероятность клинической неудачи при приеме плацебо, определено как 40 мг/л с площадью под кривой 0,732 (95% ДИ 0,614-0,851).

Выводы. Амбулаторное лечение обострений ХОЗЛ легкой/средней степени тяжести при помощи амоксициллина/клавуланата является более эффективным и значительно удлиняет время до возникновения следующего обострения заболевания по сравнению с плацебо.

[Llor C. et al., 2012. DOI:10.1164/rccm.201206-0996OC.](#)

Влияние деэскалационной антибиотикотерапии на клинические исходы у больных негоспитальной пневмококковой пневмонией

Деэскалационная антибиотикотерапия предполагает первоначальное назначение антибактериального средства, спектр действия которого охватывает практически всех возможных возбудителей конкретного заболевания, с последующим переходом (после получения результатов микробиологического исследования) на целенаправленное лечение препаратами более узкого спектра действия. Считается, что деэскалационная терапия может снизить селекционное давление, но целесообразность ее применения при лечении негоспитальной пневмококковой пневмонии доказана недостаточно.

Методы. Был проведен ретроспективный анализ проспективно отобранных данных в когорте больных, госпитализированных по поводу негоспитальной пневмококковой пневмонии. Пневмококковая этиология заболевания подтверждалась получением ≥ 1 положительного результата культурального исследования образцов крови, стерильных жидкостей / мокроты и/или обнаружении в анализе моче антигенов *Streptococcus pneumoniae*. Деэскалационная терапия назначалась в течение первых 72 ч после госпитализации; первичными конечными точками были 30-дневная летальность и длительность пребывания в стационаре.

Результаты. Из 1410 случаев негоспитальной пневмококковой пневмонии деэскалационная антибиотикотерапия использовалась у 166 больных. Оказалось, что этот подход не ассоциирован с высоким риском смерти (относительный риск (ОР) 0,83; 95% ДИ 0,24-2,81); его применение сопровождалось уменьшением длительности стационарного лечения (ОР 0,46; 95% ДИ 0,30-0,70). Подобные результаты были получены у участников с высоким риском тяжелого течения пневмонии (индекс тяжести IV-V), а также у клинически нестабильных больных, пациентов с бактериемией. Исследователи не зафиксировали значимых различий в частоте возникновения нежелательных явлений / повторных госпитализаций (в течение < 30 дней) при применении деэскалационной терапии.

Выводы. Деэскалационная антибиотикотерапия, по-видимому, безопасна и эффективна в плане сокращения длительности стационарного лечения, не оказывает отрицательного влияния на исходы у пациентов с негоспитальной пневмококковой терапией даже при наличии бактериемии, тяжелом течении заболевания и клинически нестабильном состоянии.

[Viasus D. et al. 2017. doi: 10.1093/jac/dkw441.](#)

Подготовила **Татьяна Можина**

Исследование эффективности антибактериальных препаратов в терапии небольших кожных абсцессов

Неосложненный абсцесс является распространенным проявлением бактериальных инфекций кожи и мягких тканей, однако действенные методы лечения данной патологии в эпоху возрастающей резистентности внебольничных штаммов *S. aureus* к метициллину остаются неопределенными.

Методы. Было проведено многоцентровое проспективное двойное слепое исследование при участии взрослых и детей, которым амбулаторно выполнялось хирургическое лечение кожного абсцесса. Пациентов стратифицировали в зависимости от наличия хирургически дренируемого абсцесса и негнойного целлюлита, а также в соответствии с размером и количеством очагов инфекции. Критерием включения в исследование являлось наличие хотя бы одного абсцесса диаметром ≤ 5 см (≤ 3 см для участников в возрасте от 6 до 11 месяцев и ≤ 4 см для участников в возрасте от 1 года до 8 лет), проявляющегося двумя или более перечисленными признаками либо симптомами: эритемой, отеком или уплотнением кожи, местным повышением температуры тела и болью при пальпации. После иссечения и дренирования абсцесса больные были рандомизированы в соотношении 1:1:1 для получения триметоприма/сульфаметоксазола (160/800 мг 2 р/сут), клиндамицина (300 мг 3 р/сут) или плацебо на протяжении 10 дней. В качестве первичной конечной точки рассматривали клиническое излечение спустя 7-10 дней после окончания антибактериальной терапии.

Результаты. В общей сложности в исследовании приняли участие 505 (64,2%) взрослых пациентов и 281 (35,8%) ребенок; 448 (57,0%) участников были мужчинами. При бактериологическом исследовании *S. aureus* был выделен у 527 больных (67,0%), а штамм метициллинрезистентного *S. aureus* (MRSA) – у 388 (49,4%) участников. Полного излечения удалось достичь у схожего числа пациентов групп активной терапии: 83,1% (221 из 266 участников) в группе клиндамицина и 81,7% (215 из 263) в группе триметоприма/сульфаметоксазола ($p=0,73$), что превышало частоту положительного результата в группе плацебо (177 (68,9%) из 257 участников; $p<0,001$ для обоих сравнений). Частота повторных инфекционных поражений кожи и мягких тканей в течение 1 месяца после выздоровления в группе клиндамицина (6,8%) была меньше, чем в группах триметоприма/сульфаметоксазола (13,5%; $p=0,03$) и плацебо (12,4%; $p=0,06$). Неблагоприятные события, среди которых наиболее распространенными были диарея и тошнота, чаще наблюдались у пациентов, принимавших клиндамицин (21,9%), чем среди больных, получавших триметоприм/сульфаметоксазол (11,1%) или плацебо (12,5%).

Выводы. У пациентов с неосложненным абсцессом кожи назначение антибактериальной терапии клиндамицином или триметопримом/сульфаметоксазолом в дополнение к хирургическому вскрытию и дренированию очага инфекции является важным для достижения краткосрочных результатов лечения.

[Daum R.S., Miller L.G. et al. A Placebo-Controlled Trial of Antibiotics for Smaller Skin Abscesses. N Engl J Med 2017; 376:2545-2555; 29 June 2017.](#)

Сравнительное исследование эффективности комбинации бензилпенициллин/аминогликозид и меропенема у пациентов с подозрением на бактериальную инфекцию на фоне лейкоемии

В Норвегии инициальная терапия фебрильной нейтропении традиционно заключается в назначении бензилпенициллина и препаратов из группы аминогликозидов. Однако на территории других стран предпочтение отдается β -лактамным антибиотикам широкого спектра действия. Цель настоящего проспективного рандомизированного исследования заключалась в сравнении эффективности данных вариантов лечения у больных лимфомой или лейкоемией с ожидаемым периодом нейтропении ≥ 7 дней и предполагаемой бактериальной инфекцией.

Методы. Взрослые пациенты с нейтропенией на фоне лимфомы или лейкоемии и предполагаемой бактериальной инфекцией были рандомизированы для получения комбинации бензилпенициллин/аминогликозид или меропенема. За первичную конечную точку приняли частоту клинического успеха, определяемого как клиническая стабильность больного спустя 72 часа от момента рандомизации и отсутствие необходимости в смене антибактериального препарата.

Результаты. Анализ эффективности терапии проводили на основании данных 297 из 322 пациентов. Первичной конечной точки среди участников, получавших комбинацию бензилпенициллин/аминогликозид, удалось достичь в 59% случаев (95% ДИ 51-66%) по сравнению с 82% (95% ДИ 75-87%) случаев среди больных, получавших меропенем ($p<0,001$). Модификация режима антибактериальной терапии не требовалась в 24% (95% ДИ 18-32%) случаев в группе комбинированного лечения и в 52% (95% ДИ 44-60%) в группе меропенема ($p<0,001$). 30-дневная смертность от любой причины составила 3,4% (95% ДИ 1,2-7,9%) в группе бензилпенициллина/аминогликозида и 0% (95% ДИ 0,0-3,0%) в группе меропенема ($p=0,03$).

Выводы. Таким образом, клинического успеха антибактериальной терапии фебрильной нейтропении достоверно чаще удается достичь на фоне приема меропенема, нежели сочетания бензилпенициллина и представителя группы аминогликозидов.

[Torfoss D. et al. Benzylpenicillin plus an aminoglycoside versus meropenem in neutropenic lymphoma and leukaemia patients with a suspected bacterial infection: a randomized, controlled trial. Clinical Microbiology and Infection \(CMI\), Vol 23, Issue 3, p. 179-187, March 2017.](#)

Эффективность менингококковой вакцины типа В в снижении вероятности инфицирования *N. gonorrhoeae*: результаты ретроспективного исследования типа «случай-контроль»

Гонорея является одной из основных проблем общественного здравоохранения, усугубляемой возрастающей лекарственной устойчивостью причинных патогенов. Разработка эффективной вакцины против этого заболевания не увенчалась успехом, однако последние данные свидетельствуют о том, что менингококковые полисахаридные вакцины группы В, созданные на основе белков наружной мембраны менингококков, положительно влияют на частоту возникновения гонококковой инфекции. Цель настоящего исследования заключалась в оценке эффективности менингококковой вакцины, включающей в качестве одного из активных агентов везикулу наружной мембраны *N. meningitidis* серологической группы В (MeNZB) против гонореи у пациентов в возрасте 15-30 лет.

Методы. Было проведено ретроспективное исследование типа «случай-контроль» при участии молодых пациентов клиник репродуктивного здоровья, не имевших противопоказаний к плановой вакцинации 3 дозами MeNZB в период с 2004 по 2008 год. Диагноз гонореи, хламидиоза или обеих инфекций был выставлен участникам с 2004 по 2016 год. Группу контроля составляли лица только с положительным анализом на хламидиоз. Специалисты оценили отношения шансов (ОШ), сравнивая клинические исходы

у вакцинированных и невакцинированных участников при помощи метода многовариантной логистической регрессии.

Результаты. В общей сложности по окончании 12-летнего периода исследования были проанализированы 14 730 случаев инфекционных заболеваний: 1241 случай гонореи, 12 487 – хламидиоза и 1002 случая коинфекции. Согласно полученным данным у пациентов, прошедших полный курс вакцинации, значительно реже регистрировалась гонококковая инфекция, нежели хламидиоз (41 (511/1241) vs 51% (6424/12487), скорректированное ОШ 0,69 (95% ДИ 0,61-0,79); $p<0,0001$). После корректировки данных по этнической принадлежности, уровню дохода и полу оказалось, что прогнозируемая эффективность вакцины MeNZB против гонореи составила 31% (95% ДИ 21-39).

Выводы. Таким образом, применение менингококковой вакцины MeNZB ассоциировано со снижением частоты диагностирования случаев гонореи. Полученные результаты свидетельствуют о перспективности разработки не только вакцин против гонореи, но и менингококковых вакцин.

[Petousis-Harris H. et al. Effectiveness of a group B outer membrane vesicle meningococcal vaccine against gonorrhoea in New Zealand: a retrospective case-control study. The Lancet, 10 July 2017. Meningococcal Vaccine May Provide Immunity Against Gonorrhea. Medscape, 10 Jul 2017.](#)

Эффективность β -лактамных антибиотиков узкого спектра действия в терапии внебольничной пневмонии: результаты когортного исследования

Цель настоящего наблюдения – оценить клинический эффект эмпирической монотерапии β -лактамными антибиотиками широкого и узкого спектра действия нетяжелой внебольничной пневмонии (ВП).

Методы. Используя данные Шведского регистра пневмонии, специалисты оценили медицинские записи всех госпитализированных пациентов в возрасте ≥ 18 лет с ВП и оценкой тяжести состояния по шкале CRB-65 ≤ 2 (где С – спутанность сознания; R – частота дыхательных движений >30 дд/мин; В – значение систолического или диастолического артериального давления <90 мм рт. ст. и ≤ 60 мм рт. ст. соответственно; 65 – возраст ≥ 65 лет), получавших лечение β -лактамными антибиотиками широкого и узкого спектра действия в период с 2008 по 2011 год. В качестве первичной конечной точки была принята 30-дневная смертность, в качестве вторичных – 90-дневная летальность, необходимость лечения в отделении интенсивной терапии и продолжительность пребывания в стационаре.

Результаты. В общей сложности ученые проанализировали данные 5961 пациента с оценкой по шкале CRB-65 ≤ 1 балла и 1344 пациентов с оценкой, равной 2 баллам. В подгруппах по показателю предрасположенности когортах 30-дневная смертность в группе с оценкой по шкале CRB-65 ≤ 1 балла составляла 2,2% (40/1827) среди больных, получавших β -лактамы узкого спектра действия, и 3,1% (56/1827) среди пациентов, принимавших β -лактамы широкого спектра действия, а в группе с CRB-65 2 балла данный показатель составил 10,9% (57/524) и 9,7% (51/524) соответственно. Различия в частоте достижения первичной конечной точки пациентами, получавшими β -лактамы антибиотиков узкого и широкого спектра действия, с оценкой по шкале CRB-65 ≤ 1 или 2 балла не достигли статистической значимости (ОШ 1,41 (95% ДИ 0,94-2,14) и 0,88 (95% ДИ 0,59-1,32) соответственно). Специалисты также не обнаружили достоверных различий в 90-дневной смертности. Больные, принимавшие антибактериальные препараты широкого спектра действия, дольше находились в стационаре и чаще требовали перевода в отделение интенсивной терапии.

Выводы. Эмпирическая терапия β -лактамными антибиотиками узкого спектра действия эффективна у большинства госпитализированных иммунокомпетентных взрослых пациентов с нетяжелой ВП и должна быть дополнительно оценена в рандомизированных исследованиях.

[Rhedin S., Galanis I. et al. Narrow-spectrum \$\beta\$ -lactam monotherapy in hospital treatment of community-acquired pneumonia: a register-based cohort study. CMI, Vol 23, Issue 4, p. 247-252; April 2017.](#)

Ингаляционный амикацин как способ адьюнктивной терапии вентиляторассоциированной пневмонии, вызванной мультирезистентными грамотрицательными патогенами

Применение амикацина в ингаляционной форме дает многообещающий результат при терапии вентиляторассоциированной пневмонии (ВАП), вызванной мультирезистентными грамотрицательными бактериями (MRGN). Данный способ введения препарата позволяет достичь высоких концентраций действующего вещества в альвеолах, не увеличивая риск развития системной токсичности. Цель исследования заключалась в оценке эффективности и безопасности ингаляционного амикацина как дополнительного метода лечения ВАП, вызванной MRGN.

Методы. В одноцентровом двойном слепом исследовании, проведенном на базе отделения интенсивной терапии в период с июня 2014 по июнь 2016 года, приняли участие 52 пациента с подтвержденной ВАП, вызванной MRGN, которые были рандомизированы для получения ингаляций с амикацином (400 мг каждые 8 ч; $n=27$) или плацебо ($n=25$) на протяжении 7 дней. Системная антибактериальная терапия была назначена в соответствии с решением лечащего врача. Общий период наблюдения составил 28 дней. Бактериологическая эффективность, показатель по балльной шкале клинической оценки инфекции легких (CPIS), а также уровень сыровоточного креатинина оценивались на 7-й день терапии. Возникновение устойчивости к амикацину, частота излечения ВАП, частота отлучения от ИВЛ и смертность были оценены на 28-й день.

Результаты. Исходные характеристики пациентов в обеих группах были сопоставимы. По окончании курса терапии эрадикации возбудителя удалось достичь у 11 из 27 пациентов, получавших ингаляционный амикацин, и у 4 из 25 пациентов, принимавших плацебо (41 vs 16%; $p=0,049$). Эрадикация возбудителя также наблюдалась в 13 из 32 бактериальных изолятов в группе амикацина и 4 из 28 в группе плацебо (41 vs 14%; $p=0,024$). Дополнительная терапия амикацином способствовала снижению оценки по шкале CPIS (4,2 $\pm$ 1,6 vs 5,8 $\pm$ 2,1; $p=0,007$). В группе ингаляционного лечения не было зафиксировано случаев возникновения устойчивости к амикацину, а также изменения уровня сыровоточного креатинина. Специалисты не выявили существенных различий в частоте клинического излечения (48 vs 35%; $p=0,444$), отмены ИВЛ (48 vs 32%; $p=0,236$) и летальных исходов (22 vs 32%; $p=0,427$).

Выводы. В качестве дополнительного метода лечения ВАП, вызванной MRGN, ингаляционный амикацин способствует успешной эрадикации мультирезистентных патогенов без риска развития лекарственной устойчивости или изменения концентрации креатинина сыровотки крови.

[Zhang Y.T., Liu C. et al. Aerosolized Amikacin as Adjunctive Therapy of Ventilator-associated Pneumonia Caused by Multidrug-resistant Gram-negative Bacteria: A Single-center Randomized Controlled Trial. Chin Med J \(Engl\). 2017 May 20;130\(10\):1196-1201.](#)

Подготовила **Дарья Коваленко**