

Антибактериальная терапия при инфекционно-воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей и среднего уха: место защищенных аминопенициллинов

16-19 мая в г. Судаке состоялось самое важное в этом году для отечественной оториноларингологии событие – XI съезд оториноларингологов Украины. На этот раз на съезд собралось рекордное количество участников – более 700 врачей из разных регионов Украины, а также гостей из других стран. Его программа была очень интересной и насыщенной: за 3 дня прозвучало свыше 150 докладов, посвященных наиболее актуальным проблемам оториноларингологии. Были представлены доклады по истории развития этой области медицины, рассмотрены вопросы аллергологии и иммунологии в оториноларингологии, ринологии и ринопластики, ларингологии и фониапии, хирургии шеи, лазерной хирургии, эндоскопии, отологии, аудиологии, вестибулологии и кохlearной имплантации, ЛОР-онкологии, а также травматических поражений ЛОР-органов. С кратким обзором ряда выступлений ведущих оториноларингологов читатели могли ознакомиться в предыдущем тематическом номере «Пульмонология. Аллергология. Риноларингология». В этом выпуске мы продолжаем публикацию докладов, прозвучавших на съезде.

Одна из ключевых тем, рассматривавшихся на съезде, посвящалась медикаментозной терапии инфекционно-воспалительной патологии верхних дыхательных путей и среднего уха. О роли защищенных аминопенициллинов в терапии этих заболеваний рассказал заведующий кафедрой оториноларингологии Днепропетровской государственной медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор Владимир Васильевич Березнюк.

— Существуют два подхода к проведению антибактериальной терапии, в том числе при инфекциях верхних дыхательных путей и среднего уха, — эмпирический и рациональный. Рациональная антибиотикотерапия проводится на основе микробиологических данных о чувствительности возбудителя к различным антибиотикам. Эмпирический подход заключается в назначении антибактериальных препаратов с максимально широким спектром действия с учетом их природной активности в отношении наиболее частых возбудителей заболевания и данных о приобретенной устойчивости, а также исходя из индивидуального опыта врача. В реальной клинической практике, особенно в амбулаторных условиях, в большинстве случаев антибиотикотерапия назначается эмпирически.

От правильного выбора антибиотика при проведении эмпирической терапии в значительной степени зависит исход заболевания. Недостаточная эффективность антибактериальной терапии (как неадекватной, так и адекватной) приводит к неполной эрадикации возбудителя, дальнейшему распространению инфекции, формированию резистентных штаммов, хронизации процесса, развитию суперинфекции.

Одним из ключевых критериев эмпирического выбора антибиотика является учет потенциальных возбудителей того или иного заболевания и спектра активности имеющихся в арсенале врача антибиотиков. Так, наиболее частыми возбудителями острого бактериального синусита и острого среднего отита являются *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus* (рис. 1, 2). Другие патогены выделяют значительно реже.

Среди препаратов выбора, рекомендуемых для проведения эмпирической антибиотикотерапии инфекционно-воспалительных заболеваний ЛОР-органов, особого внимания заслуживает препарат Амоксиклав (амоксциллин/клавуланат), характеризующийся широким спектром антибактериального действия, в том числе в отношении микроорганизмов, устойчивых к незащищенным β-лактамам. Этот препарат активен в отношении:

— грамположительных аэробов: *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, чувствительные к метициллину штаммы *Staphylococcus aureus*, *Listeria spp.*, *Enterococcus faecalis*, *Enterococcus faecium*, *Corynebacterium spp.*;

— грамположительных анаэробов: *Peptococcus spp.*, *Peptostreptococcus spp.*, *Clostridium perfringens*, *Actinomyces israelii*;

— грамотрицательных аэробов: *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Escherichia coli*, *Klebsiella spp.*, *Proteus mirabilis*,

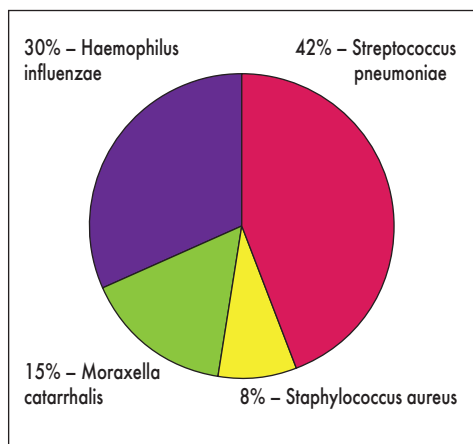


Рис. 1. Основные возбудители острого бактериального синусита

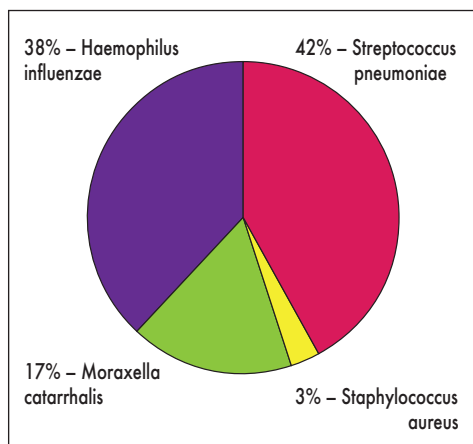


Рис. 2. Основные возбудители острого среднего отита

Proteus vulgaris, *Neisseria gonorrhoeae*, *Neisseria meningitidis*, *Pasteurella multocida*, *Salmonella spp.*, *Shigella spp.*, *Vibrio cholerae*, *Helicobacter pylori*, *Bordetella pertussis*;

— грамотрицательных анаэробов: *Bacteroides spp.*, *Fusobacterium spp.*, *Prevotella spp.*

Как видно из приведенного перечня, Амоксиклав активен в отношении большинства респираторных патогенов, и что самое важное — в отношении пневмококка, гемофильной палочки и моракселлы.

Амоксиклав показан для применения в оториноларингологической практике при следующих заболеваниях: острый и хронический отит, острый и хронический синусит, заглоточный абсцесс, паратонзиллярный абсцесс. Наличие как пероральных, так и парентеральных лекарственных форм Амоксиклава позволяет применять этот препарат при патологии различной степени тяжести как в стационаре, так и в амбулаторных условиях.

Эффективность амоксциллина/клавуланата при инфекционно-воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей и среднего уха имеет достаточную доказательную базу. Мы проводили сравнение эффективности препаратов Амоксиклав и цефазолин при остром среднем отите и остром гнойном синусите у взрослых пациентов. В первом исследовании 118 больных с острым средним отитом были разделены на две группы, равные по количеству участников и сопоставимые по исходным характеристикам, одна из которых получала Амоксиклав, вторая — цефазолин. В группе Амоксиклава клиническая эффективность составила 71%, бактериологическая — 76%,

тогда как в группе цефазолина — только 49% и 56% соответственно (рис. 3). В этом исследовании Амоксиклав продемонстрировал статистически достоверное преимущество перед цефазолином в лечении острого среднего отита у взрослых пациентов ($p < 0,05$).

Преимущества препарата Амоксиклав перед цефазолином оказались еще более значимыми при остром гнойном синусите. В группе пациентов, получавших Амоксиклав ($n=30$), клиническая эффективность составила 90%, бактериологическая — 92%. В группе пациентов, принимавших цефазолин ($n=30$), эти показатели составили 45% и 40% соответственно (рис. 4). Таким образом, эффективность препарата Амоксиклав в лечении острого гнойного синусита более чем в 2 раза превышает таковую цефазолина.

Следует напомнить, что Амоксиклав относят к антибиотикам с высоким профилем безопасности. Например, Управление по контролю за пищевыми продуктами и лекарственными средствами США (FDA) включило этот препарат в группу В, то есть разрешило его применение во время беременности. Результаты масштабного популяционного исследования, в котором 6935 беременных пациенток принимали амоксциллин/клавуланат, еще 10 239 беременных составили контрольную группу, подтверждают, что применение этого антибиотика во время беременности не ассоциируется с повышением риска врожденных аномалий у детей (Czeizel et al., 2001).

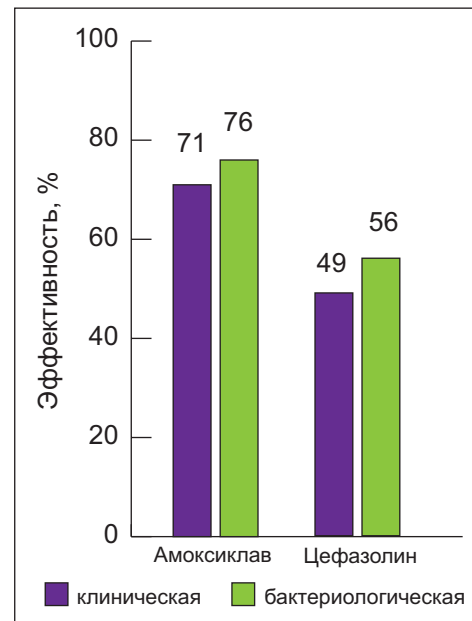
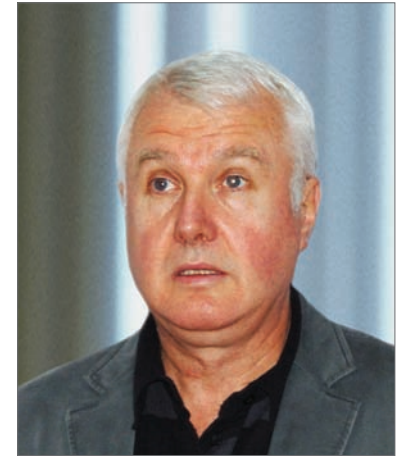


Рис. 3. Эффективность Амоксиклава и цефазолина при остром среднем отите у взрослых пациентов

Серьезные нежелательные реакции при применении амоксциллина/клавуланата развиваются редко. Побочные реакции со стороны желудочно-кишечного тракта (тошнота, диспепсия, боль в эпигастрии, диарея), кожи (сыпь, зуд) и нервной системы (головная боль, бессонница) выражены, как правило, незначительно и в большинстве случаев не требуют отмены препарата. К редким нежелательным реакциям относят повышение уровня трансаминаз. Нельзя забывать, что



В.В. Березнюк

амоксциллин/клавуланат противопоказан в случае повышенной индивидуальной чувствительности к амоксциллину или клавулановой кислоте и тяжелых заболеваний печени.

Как уже отмечалось выше, Амоксиклав представлен в нескольких лекарственных формах. По нашему мнению, очень удобной для применения является лекарственная форма препарата Амоксиклав Квиктаб (диспергированные таблетки). Известно, что приблизительно у половины пациентов возникают затруднения при глотании таблеток или капсул, что чаще всего наблюдается у пожилых лиц, при наличии интоксикационного синдрома, сопутствующей патологии нервной системы и т.д. При этом нельзя забывать о том, что нарушение целостности лекарственной формы традиционных антибиотиков (измельченные таблетки, открытие капсулы) недопустимо, так как это чревато снижением их биодоступности, эффективности и безопасности.

В то же время благодаря технологии изготовления препарат Амоксиклав Квиктаб можно быстро растворить в воде или просто разжевать. Это позволяет повысить приверженность пациентов к лечению и, соответственно, его эффективность.

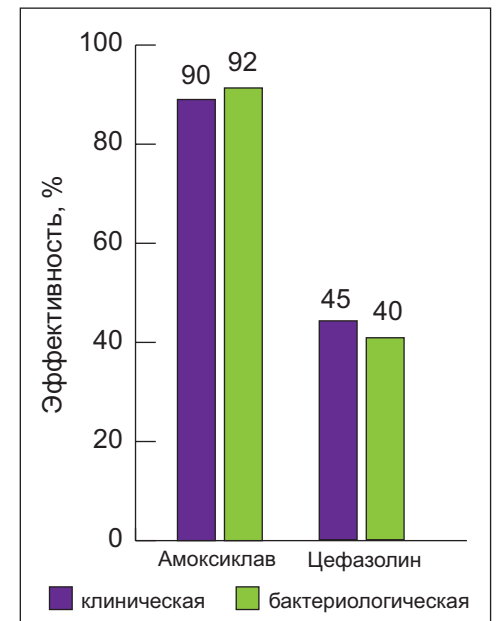


Рис. 4. Эффективность Амоксиклава и цефазолина при остром гнойном синусите у взрослых пациентов

Детям старше 12 лет (или с массой тела более 40 кг) и взрослым пациентам рекомендуется принимать Амоксиклав Квиктаб по 625 мг 2 раза в сутки при инфекциях верхних дыхательных путей легкой и средней степени тяжести. В случае тяжелых инфекций доза препарата должна быть увеличена до 1000 мг 2 раза в сутки.

Подготовил Вячеслав Килимчук

