



Авелокс
Комфортний політ:
Преміум клас! Аеро....

Авелокс
Моксифлоксацин
Антибактеріальний препарат останньої генерації фторхінолонового ряду



Авелокс. Таблетки, вкриті оболонкою. Одна таблетка містить 400 мг моксифлоксацину. Розчин для інфузій. 1 флакон (250 мл розчину) містить 400 мг моксифлоксацину.
Показання для застосування. Лікування у дорослих наступних інфекцій: Гострий синусит. Позалікарняна пневмонія, включаючи пневмонію, збудниками якої є штами мікроорганізмів з множинною резистентністю до антибіотиків. Загострення хронічного бронхіту. Неускладнені інфекції шкіри та м'яких тканин. Ускладнені інфекції шкіри та підшкірних структур, (включаючи інфіковану діабетичну стопу). Ускладнені інтраабдомінальні інфекції, включаючи полімікробні інфекції (такі як абсцедування).
Дози. Дорослим рекомендується приймати по 400 мг моксифлоксацину на день при будь-яких інфекціях. Моксифлоксацин приймається внутрішньо або внутрішньовенно протягом всього лікування. Також можливе внутрішньовенне введення препарату з наступним прийомом внутрішньо в залежності від стану пацієнта. **Противопоказання.** Гіперчутливість до моксифлоксацину або будь-якого компоненту препарату, вік до 18 років, вагітність і період лактації. **Побічна дія:** • 1% < 10%: болі в животі, подовження інтервала QT у хворих з супутньою гіпокаліємією, нудота, діарея, блювота, симптоми диспепсії, тимчасове підвищення рівня трансаміназ, запаморочення, головний біль, кандидозна суперінфекція, включаючи стоматит, вагініт. • 0.1% < 1%: астения, слабкість/гіпергідроз, дегідратація, кропив'янка, зуд, висип, прискорене серцебиття, подовження QT, неспецифічні аритмії, метеоризм, запор, відсутність апетиту, диспепсія, гастроентерит, підвищення ГГТП, амілази, білірубіна, порушення функції печінки, підвищення в сироватці лужної фосфатази, анемія, лейкоцитопенія, тромбоцитоз, созинофілія, тромбоцитопенія, артеріальна гіпотензія, розлад свідомості, безсоння, запаморочення, сонливість, відчуття тривоги, тремор, парестезії/дизестезії, нервозність, розлад смаку, розлад зору, диплопія, задишка, гіперпіпідемія. • 0.01% < 0.1%: болі в області таза, набряк обличчя, біль в спині, зміна лабораторних тестів, алергічні реакції, біль в ногах, анафілактичні/анафілактоїдні реакції, ангіоневротичні набряки, шлуночкової тахіаритмії, гіпотензія, вазодилатація, дисфагія, псевдомембранозний коліт, жовтяниця, гепатит, зміна рівня тромбластину, подовження протромбінового часу, гіпергілікемія, гіперурикемія, тендіт, судоми м'язів, патологічні сновидіння, порушення координації, судомні припадки, порушення уваги, розлад мови, амнезія, емоційна лабільність, галюцинації, депресія, гіпестезія, шум у вухах, порушення нюху, включаючи аносмію, порушення функції нирок. • < 0.01%: анафілактичний шок (в тому числі такий, що загрожує життю), розрив сухожиль, артрити, поліморфна шлуночкова тахікардія, зміна лабораторних показників, не пов'язана безпосередньо з прийомом моксифлоксацину: збільшення рівня протромбіну/зменшення МНВ, зміна рівня протромбіну МНВ, збільшення або зменшення величини гематокриту і вмісту еритроцитів, лейкоцитоз, гіпогілікемія, зниження гемоглобіну, підвищення лужної фосфатази, АСТ, АЛТ, білірубіну, сечової кислоти, креатиніну, сечовини. Пацієнти повинні визначити свою реакцію на препарат, перед тим, як керувати автомобілем механізмами, що рухаються. **Додаткова інформація про препарат міститься в інструкції до медичного застосування.**
P. N. № UA/3871/01/01 від 09/11/05, UA/3871/02/01 від 09/11/05
* J.A. Barman Balfour, H.M. Lamb: Drugs 2000 Jan; 59 (1): 115139



ТОВ «Байер»
Адреса для листування:
м. Київ, вул. Верхній Вал, б. 4-Б.
Тел. (044) 220-33-00, факс (044) 220-33-01
www.bayer.ua

Хроніка подій: чому свинячий грип такий небезпечний?

Особливості лікування бактеріальних ускладнень грипу, викликаного вірусом А/Н1N1

У цьому році Україну охопила епідемія свинячого грипу. У березні-квітні 2009 р. у Мексиці та США зареєстровано перші випадки свинячого грипу серед людей. До України вірус потрапив восени. Першими потерпілими були жителі західних областей. За невеликий проміжок часу вірус поширився по всій країні. Частина населення займалася самолікуванням. Неконтрольоване використання жарознижувальних, знеболювальних й антибактеріальних препаратів, у свою чергу, сприяло розвитку багатьох ускладнень, зокрема бактеріальних.

Як і інші гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ), цей вірус розповсюджується повітряно-крапельним шляхом. Інкубаційний період триває 2-4 доби. Вірус потрапляє всередину клітин слизових оболонок дихальних шляхів. Розмноження вірусу в клітині призводить до її загибелі та вивільнення вірусу. У разі грипу А/Н1N1 ушкоджується альвеолярний епітелій, що зумовлює розвиток вірусної пневмонії. Через викликане дією вірусу послаблення захисної системи організму розвиваються бактеріальні ускладнення, зокрема бактеріальна пневмонія.

Для отримання більш детальної інформації з приводу клінічної картини грипу та ГРВІ, їх бактеріальних ускладнень та лікування хворих ми звернулися до спеціалістів, які брали активну участь у лікуванні таких хворих.

На наші запитання відповів професор, доктор медичних наук, завідувач кафедри внутрішньої медицини №3 Івано-Франківського національного медичного університету Микола Миколайович Островський.



— Як часто перебіг грипу та інших гострих вірусних інфекцій супроводжують бактеріальні ускладнення?

— За даними різних авторів, грип та гострі вірусні інфекції в 22-28% випадків супроводжує розвиток бактеріальної інфекції. Частіше супутньою бактеріальною флорою є гемофільна паличка (*Haemophilus influenzae*) та пневмокок.

У випадку грипу, викликаного вірусом А/Н1N1, складність полягала в тому, що цей вірус частіше сприяв втягненню у патологічний процес нижніх дихальних шляхів. Він потрапляє до клітин бронхіолярного та альвеолярного епітелію і там проявляє свої патогенні властивості. Репродукція вірусу призводить до загибелі цих клітин і до вивільнення вірусу. Вазопатична та імунодепресивна дія вірусу сприяє активації бактеріальної інфекції. Вірусна пневмонія, яка ускладнюється бактеріальною інфекцією, на тлі системної гіпоксії частіше призводила до розвитку поліорганної недостатності.

— Які бактеріальні ускладнення виникають частіше?

— Отримані дані під час останньої епідемії свідчать, що найчастіше перебіг ГРВІ ускладнювала пневмонія, також загострювався перебіг хронічного обструктивного захворювання легень та бронхіальної астми. У разі приєднання бактеріальної інфекції запальні зміни поширювалися від трахеї до бронхів та альвеол. Під час розвитку бронхіоліту запальний процес розповсюджувався на легеневу тканину і виникала пневмонія, що характеризувалася більшою тяжкістю, швидкістю розвитку клінічного перебігу та торпідністю в плані лікування. Цьому сприяла масова альтерація та порушення цілісності кровоносних та лімфатичних судин. Пневмонію, а особливо вірусно-бактеріального походження, часто ускладнювали абсцеси. Запальний процес розповсюджувався на плевру і сприяв виникненню фібринозного плевриту. Також, за даними наукової літератури, може відбуватися розвиток емпієми плеври, яку ускладнює гнійний перикардит і медіастиніт. Іноді перебіг ГРВІ ускладнював розвиток гнійного отиту, фронтиту, синуситу та ін.

— Які ознаки приєднання бактеріальної інфекції при грипі та ГРВІ і в якому випадку необхідно призначати антибактеріальні препарати?

— Враховуючи наш останній досвід лікування пацієнтів з ГРВІ, можна стверджувати, що ознаками приєднання бактеріальної інфекції можна вважати відсутність позитивної динаміки на третю добу противірусної терапії. Під час цьогорічної епідемії ускладнення у вигляді пневмонії

розвивалися у пацієнтів на тлі субфебрильної температури у супроводі закладеності носа, проте без слизових виділень, почервоніння очей, болю в горлі, непродуктивного кашлю, болю у м'язах і суглобах. Основною проблемою в діагностиці пневмонії на тлі вірусної інфекції під час епідемії 2009 р. слід вважати відсутність характерної класичної аускультативної картини пневмонії. У разі аускультативної хворого ми доволі часто спостерігали лише жорстке везикулярне дихання без наявності вологих хрипів. Разом з тим на рентгенограмах були присутні ознаки масивного двобічного ураження легень з інфільтративними змінами.

— Які критерії вибору антибактеріальних препаратів у такому випадку?

— У випадку розвитку бактеріальних ускладнень ми призначали переважно фторхінолони III-IV покоління, макроліди та захищені амінопеніциліни. У разі встановлення діагнозу негоспітальної пневмонії, яку пов'язували з вірусною інфекцією, пацієнта обов'язково госпіталізували і призначали йому одразу комбінацію двох антибактеріальних препаратів (із перерахованих вище) і лише внутрішньовенно. Завдяки такій тактиці нашим лікарям вдалося врятувати життя багатьом хворим. Ефективність антибактеріального препарату оцінювали через дві доби після початку лікування. Лікарі звертали увагу на скарги хворого, клінічну картину і результати лабораторних та інструментальних методів дослідження (рентгенографія). Якщо не було позитивної динаміки, то відбувалися й відповідні зміни щодо тактики етіотропної терапії.

— Які результати використання препарату Авелокс у терапії бактеріальних ускладнень грипу під час цьогорічної епідемії?

— Найчастіше в спектр антибактеріальних препаратів, які ми використовували при терапії бактеріальних ускладнень при вірусних інфекціях, входив респіраторний фторхінолон IV покоління моксифлоксацин (Авелокс). У процесі лікування цей препарат себе відмінно проявив, особливо при використанні ступеневої терапії. Спочатку препарат призначали внутрішньовенно, що забезпечувало повну біодоступність, максимальне досягнення відповідних концентрацій, а після покращення стану хворого — перорально.

Корисну інформацію ми отримали під час розмови з доктором медичних наук, завідувачем кафедри анестезіології та інтенсивної терапії Івано-Франківського національного медичного університету, професором Іваном Івановичем Тітовим.

— Які особливості клінічної картини грипу, що ускладнюються приєднанням бактеріальної інфекції, під час епідемії цього року?

— У відділеннях інтенсивної терапії міста та області знаходилися хворі з характерною клінічною картиною грипу: виражена загальна слабкість, м'язові болі, температура тіла до 38-39°C, сухий непродуктивний кашель, виражена задишка та болі в грудній клітці. Усім пацієнтам після швидкого обстеження згідно з існуючими алгоритмами розпочинали інтенсивну терапію, провідними компонентами якої були оксигенотерапія, противірусна терапія озельтамівіром й антибактеріальні препарати для профілактики розвитку бактеріальних ускладнень. У разі розвитку вкрай тяжкої дихальної недостатності (гострого респіраторного дистрес-синдрому) хворих переводили на штучну вентиляцію легень. Варто зауважити, що на 5-7 добу лікування у хворих з'являлося слизово-гнійне мокротиння з геморагічними включеннями. Це свідчило про те, що до вірусного ураження легень приєднався бактеріальний компонент. Вміст трахеобронхіального дерева піддавали бактеріологічному

дослідженню для подальшого проведення «прицільної» антибіотикотерапії.

— Чи відрізняється тактика ведення таких пацієнтів від загальноприйнятої?



— Тактика лікування грипу та його ускладнень чітко визначена алгоритмом лікування вірусно-бактеріальних пневмоній, затвердженим наказом Міністерства охорони здоров'я України. Але ще задовго до виходу згаданого наказу фахівцями Івано-Франківського національного медичного університету на основі документів ВООЗ був розроблений алгоритм лікування таких хворих з науково-практичними коментарями, який дуже допоміг лікарям загальної практики та лікарям-анестезіологам повноцінно й адекватно надавати допомогу хворим з перших днів початку епідемії. Ми зробили наголос на деяких критично важливих аспектах лікування. По-перше, ми наполягали на використанні тільки оригінальних (не генеричних!) антибактеріальних препаратів. Під час надзвичайної ситуації, в умовах швидкого розповсюдження хвороби та масового поступлення хворих у стаціонари кожний лікар має бути повністю впевненим у дієвості лікарського засобу, який він призначає. По-друге, оскільки антибактеріальні препарати призначали емпірично, до отримання результатів мікробіологічного дослідження, велике значення мав спектр дії цих лікарських засобів, а також здатність накопичуватись у легеневій тканині. По-третє, ми звертали увагу на резистентність мікрофлори до антибіотиків. Врешті-решт, перевагу віддавали ще й такому препарату, який давав можливість проводити ступінчасту терапію. Тобто пацієнт, який знаходився у важкому стані, спочатку отримував антибактеріальний препарат внутрішньовенно, а коли його стан покращувався, він приймав цей же антибіотик перорально.

Під час лікування бактеріальних ускладнень вірусної інфекції згідно із стандартами лікування ми використовували такі препарати: захищені амінопеніциліни, захищені цефалоспорины III покоління, карбапенеми та фторхінолони. Перші п'ять діб ці засоби призначали разом з макролідами, а потім хворий отримував тільки основний антибіотик.

— Якому антибактеріальному препарату, на вашу думку, слід надати перевагу під час лікування бактеріальних ускладнень грипу та ГРВІ в умовах відділення інтенсивної терапії?

— З усіх вищеназваних груп антибактеріальних препаратів пріоритетними були фторхінолони IV покоління (передусім, моксифлоксацин). Авелокс (моксифлоксацин) відповідав усім нашим вимогам — це оригінальний сучасний препарат з широким спектром антимікробної дії, здатний накопичуватись у високій концентрації у легеневій тканині, який можна застосовувати для ступінчастої терапії. Також важливим для нас було те, що Авелокс можна було використовувати тривалий час. Пацієнти нашого відділення приймали цей препарат у середньому впродовж 14 діб.

— Якими були результати лікування бактеріальних ускладнень грипу Авелоксом під час цьогорічної епідемії?

— Говорити про остаточні результати лікування взагалі і використання моксифлоксацину (Авелоксу) зокрема, на мій погляд, ще передчасно, тому що ще багато пацієнтів завершують курс лікування, проходять реабілітацію тощо. Однак слід відмітити очевидні особливості. Під час призначення Авелоксу, на відміну від інших антибактеріальних препаратів, не зафіксовано жодного випадку реакції непереносимості препарату або гіперчутливості. У жодного пацієнта з 14-денним терміном застосування Авелоксу ми не спостерігали розвитку дисбактеріозу. Також варто наголосити, що у разі використання цього препарату відбувалося швидке покращення картини крові (зменшувалася кількість лейкоцитів, рівень ШОЕ та ін.). У хворих, яким проводили штучну вентиляцію легень, і в тих, яким була проведена трахеостомія, у разі використання Авелоксу тривалий час не було ознак бактеріального росту під час дослідження змиву з трахеобронхіального дерева. Важливо відмітити, що супутнє використання інших лікарських засобів в схемі інтенсивної терапії не впливало на дію цього препарату. Цікаво зазначити, що серед хворих з тяжкою вірусно-бактеріальною пневмонією було двоє пацієнтів з хронічною нирковою недостатністю, їм також призначали Авелокс за ступінчастою схемою. Вибір цього антибіотика з-поміж інших був зроблений нами через те, що у разі застосування Авелоксу не потрібно корегувати дозу навіть тим, хто перебуває на гемодіалізі.

Підготувала Анастасія Лазаренко

3

НОВИНИ МОЗ



ВООЗ ознайомила представників регіональних управлінь охорони здоров'я та медичну спільноту України з кроками по боротьбі з пандемічним грипом у світі

Керівник Бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) в Україні Ігор Поканевич взяв участь у селекторній нараді МОЗ України, присвяченій питанням подолання епідемії грипу А/Н1N1 (Каліфорнія) в Україні. Виступаючи перед медичною спільнотою всіх областей, він поінформував про ситуацію із захворюваністю у світі на пандемічний грип. Зокрема він зазначив, що лабораторно підтверджені випадки у світі реєструють переважно на підставі аналізів, узятих у померлих. Відтак реальна цифра значно вища і залежить від багатьох чинників: чи наявна в тій чи іншій країні відповідна лабораторна база, чи правильно роблять забори матеріалів, наскільки масово є вибірка серед населення та ін. З упевненістю міжнародні експерти заявляють, що вірус грипу А/Н1N1 (Каліфорнія) не сезонний, а домінуючий як у світі, так і в Україні зокрема. Як приклад, Ігор Поканевич навів досвід США, Мексики, де спалахи фіксували і влітку, і восени, і наприкінці весни.

В Україні, як і в інших країнах світу, розповсюдження вірусу має стрімкий характер. За словами керівника бюро, незважаючи на те що хвороба проходить у легкій формі, її відмінність від сезонного грипу полягає у тому, що хворіють та помирають люди віком до 50 років. У той час як від звичайного грипу більше 90% смертельних випадків припадало на людей віком за 55 років.

За прогнозами міжнародних фахівців, наступна хвиля захворювання очікується більш агресивною, а вплив пандемії буде вищим, ніж під час першої.

У доповіді Ігор Поканевич окремо виділив питання вакцинації. Сьогодні близько 40 країн уже почали вакцинацію від грипу А/Н1N1 (Каліфорнія). Серед них США, Австралія, Китай, Японія, Швеція, Бельгія, Велика Британія, Греція та інші. У світі розподілено близько 80 млн доз вакцин і близько 65 млн осіб уже вакциновані проти пандемічного грипу. До ВООЗ надійшла інформація з 16 країн стосовно власних спостережень та висновків, зроблених за результатами вакцинації.

Разом з тим через економічні чинники багато країн не мають можливості закупити вакцину від виробників. Сьогодні у світі існує 21 виробник протипандемічної вакцини, що дає можливість за максимального навантаження виробляти 3 млрд доз вакцин на рік. Це означає, що глобальна потреба в світі не задовольняється і попит перевищує пропозицію. За словами І. Поканевича, вакцини двох виробників пройшли перекваліфікацію ВООЗ, ще 12 виробників на черзі.

Загалом країни світу можна поділити на кілька груп:

- з власним виробництвом пандемічної вакцини;
- які виробляють і надають вакцини іншим державам (США, Канада, Франція);
- з власним виробництвом, які не надають свою вакцину іншим (Китай, Росія);
- які не мають свого виробництва вакцини, до них належить Україна.

Аби врегулювати питання забезпечення доступу всіх країн до імунопрофілактики, сьогодні створено фонд вакцин ВООЗ, з якого поставляють вакцини до країн, що не мають власного виробництва. За попередніми прогнозами, у фонді планують сконцентрувати близько 200 млн доз вакцин різних виробників. Шість виробників уже підтвердили згоду надавати до фонду свої вакцини. Надаватимуть їх і країни-донори. Останні віддаватимуть 10% вакцин, які вони закуповують для власних потреб. Перші поставки до України ВООЗ готова розпочати у грудні поточного року за умови погодження всіх питань з урядом країни. Наступні транші триватимуть протягом року.

За підсумками масових вакцинацій у світі зроблено відповідні висновки. Результати вакцинації базуються на інформації експертно-консультативної групи кращих фахівців ВООЗ, які відслідковують дані з різних країн. Серед найбільш поширених реакцій на інактивовані (неживі) вакцини фахівці називають місцеві реакції, почервоніння, на живі вакцини — нежить, закладений ніс. Серед щеплених також трапляються реакції у вигляді головного болю, болю у м'язах, підвищення

температури. Названі реакції нечисленні і минають протягом 48 годин.

Багато питань сьогодні викликають поодинокі смертельні випадки. Згідно з ретельним розслідуванням науковці дійшли висновку, що вакцина не була причиною смерті цих людей. Так, наприклад, у Китаї застосовано близько 11 млн доз вакцини. Серед них було 15 важких випадків реакції на вакцинацію та два випадки смерті. Результати розслідування засвідчили, що причиною смертей були хронічні захворювання, а не вакцина.

Обговорюючи профіль безпечності, науковці дійшли думки, що як живі, так і неживі вакцини однаково безпечні. 85-98% вакцинованих людей сьогодні мають імунну відповідь, тобто є захищеними.

Вкотре представники ВООЗ наголосили, що пандемічна вакцина не захищає людей від сезонного грипу, відтак лікарі радять вакцинуватися як від сезонного, так і від пандемічного грипу.

Стосовно вакцинації в Україні, І. Поканевич наголосив, що ВООЗ готова надати обмежену кількість вакцин як гуманітарну допомогу, яка забезпечить 10% населення. Сьогодні триває спільна робота профільного міністерства з ВООЗ щодо плану розподілу вакцин. Йдеться про нормативно-правові аспекти, організаційні питання, питання комунікації, кадрових ресурсів, інформаційної політики, логістики, збору медичних відходів та багато іншого.

Прес-служба МОЗ України

Інформація щодо епідемічної ситуації з грипу та ГРВІ в Україні та грипу А/Н1N1 (Каліфорнія) у світі (станом на 14.12.2009 р.)

В Україні з початку епідемічного підйому захворюваності на грип та гострі респіраторні інфекції (ГРВІ) зареєстровано 2 546 622 випадки.

За розрахунковими даними, завершено курс лікування у 2 056 163 (81%) пацієнтів. Продовжує хворіти 490 459 осіб. За весь період госпіталізовано 151 660 хворих. Виписано із стаціонарів 119 740 осіб. На стаціонарному лікуванні перебуває 30 920 хворих. Від ускладнень померла 501 особа.

Методами, рекомендованими ВООЗ, відібрано зразки для аналізу у 2494 осіб, у тому числі від 395 померлих. Закінчено аналіз зразків 962 осіб, з них 304 від померлих. Лабораторно підтверджено 466 випадків пандемічного грипу А/Н1N1 (Каліфорнія), з них у 202 померлих.

На минулому 50-му тижні епідемічних спостережень та з початком поточного 51-го тенденція до зростання кількості захворювань намітилася майже на всій території України за винятком областей західного регіону: Закарпатської, Львівської, Івано-Франківської, Чернівецької, Тернопільської та Хмельницької.

Епідемічні пороги перевищено в АР Крим, Вінницькій, Волинській, Запорізькій, Дніпропетровській, Донецькій, Кіровоградській, Луганській, Миколаївській, Полтавській, Сумській, Черкаській областях та м. Севастополі. Найбільша добова кількість захворілих зареєстрована у Дніпропетровській (12 745 осіб) та Донецькій (7465) областях.

Зростання показників захворюваності у всіх регіонах відбувається в основному за рахунок збільшення кількості хворих з числа дитячого контингенту шкільного віку.

Серед областей, які не досягли епідемічного порогу, такі: у Київській епідемічний поріг перевищено у 5 з 27 адміністративних одиниць, Житомирській — 9 з 25, Закарпатській — 5 з 15, Львівській — 7 з 27, Рівненській — 6 з 18, Одеській — 1 з 31, Херсонській — 4 з 20, Харківській — 8 з 30.

На території Івано-Франківської, Тернопільської, Хмельницької та Чернівецької областей перевищення епідемічного порогу не фіксують у жодній адміністративній одиниці.

З десяти контрольних по захворюваності на грип та ГРВІ міст України, у яких проводяться багаторічні спостереження (Вінниця, Дніпропетровськ, Донецьк, Запоріжжя, Київ, Львів, Одеса, Сімферополь, Харків, Чернігів), епідемічний поріг перевищено у п'яти з них — Вінниці, Дніпропетровську, Донецьку, Запоріжжю та Сімферополі.

Прес-служба МОЗ України за інформацією Державної санітарно-епідеміологічної служби України