

Современные тенденции в лечении инфекций дыхательных путей у детей

По материалам VI Конгресса педиатров Украины, г. Киев, 14-16 октября 2009 г.

Середина октября этого года была ознаменована важным событием – в г. Киеве с 14 по 16 октября проходил VI Конгресс педиатров Украины, который предоставил специалистам уникальную возможность обсудить актуальные проблемы клинической педиатрии. В рамках конгресса прошел симпозиум под названием: «Современный взгляд на проблемы рациональной антибиотикотерапии инфекций дыхательных путей у детей». Известно, что одним из наиболее значимых классов антибактериальных препаратов в лечении инфекций дыхательных путей (ИДП) являются защищенные аминопенициллины, к которым относится амоксициллин/клавуланат (Аугментин, GlaxoSmithKline). Аугментин применяют уже почти 30 лет, тем не менее амоксициллин/клавуланат сохраняет свою высокую антибактериальную активность, благодаря чему вошел во все современные стандарты терапии заболеваний респираторного тракта.

Проблема внегоспитальной пневмонии (ВП) у детей и роль защищенных аминопенициллинов в ее лечении широко обсуждалась на конгрессе, в частности ей было уделено внимание в докладе заведующего кафедрой педиатрии № 4 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, члена-корреспондента АМН Украины, профессора Виталия Григорьевича Майданника. В своем выступлении он охарактеризовал современные тенденции в лечении пневмонии у детей с позиций доказательной медицины.



– Ежегодно во всем мире возникает около 150 млн случаев пневмонии у детей в возрасте до 5 лет, причем 20 млн случаев классифицируются как достаточно серьезные, требующие госпитализации. Каждый год в мире острые пневмонии обуславливают от 2 до 4 млн смертельных случаев среди детского населения. Пневмония в структуре детской смертности занимает от 10 до 20%. В Украине в 2008 г. от осложнений ОРЗ погибло 138 детей, у 78 из них причиной смерти было воспаление легких.

Пневмония осложняет гриппозную инфекцию в среднем в 20% случаев. Одна из последних работ, результаты которой были представлены в сентябре этого года, посвящалась актуальному в настоящее время вирусу гриппа А(H1N1). Были проанализированы данные госпитализации в Национальный институт респираторных заболеваний г. Мехико за март-апрель 2009 г. Отметили, что среди 98 больных у 18 выявлена пневмония, обусловленная вирусом гриппа А(H1N1), из них 11 выздоровели.

Основой лечения бактериальной пневмонии является антибактериальная терапия (АБТ). Согласно анализу ВОЗ всего 20-50% больных пневмонией получают адекватное и рациональное лечение. Примерно в 65% случаев выявить возбудителя пневмонии не удается. Кроме того, выявление какого-либо возбудителя у больного еще не говорит о том, что именно он явился причиной развития пневмонии, поскольку большинство выделенных бактерий относится к условно-патогенным микроорганизмам. Поэтому выбор антибактериального препарата в качестве стартовой терапии необходимо проводить согласно усредненным данным об этиологическом спектре пневмонии у детей конкретной возрастной группы, который указан в различных международных рекомендациях.

В настоящее время чрезвычайно актуальной является проблема антибиотикорезистентности. В исследовании по изучению продукции бета-лактамазы H. influenzae было показано, что процент штаммов, продуцирующих бета-лактамазы, колеблется от 2,8% в Италии до 38% во Франции. По данным исследования ПеГАС-1 и ПеГАС-2 (1999-2005), показатели антибиотикорезистентности S. pneumoniae к различным антибиотикам (АБ) также варьируют. Например, 41% штаммов пневмококка обнаруживает резистентность к ко-тримоксазолу, 29% – к тетрациклину, 10% – к пенициллину, 6% – к азитромицину и кларитромицину. При этом резистентность пневмококка к амоксициллину/

клавуланату практически отсутствует, то есть все штаммы пневмококка в течение уже многих лет сохраняют свою чувствительность к данному АБ.

Защищенные аминопенициллины занимают важное место в лечении пневмонии у детей. Значение амоксициллина/клавуланата (Аугментин) особенно возрастает, учитывая увеличение резистентности к макролидам. Амоксициллин или амоксициллин/клавуланат (Аугментин) следует назначать в качестве эмпирического выбора стартовой АБТ при выявлении типичного возбудителя ВП (пневмококка, гемофильной палочки) и отсутствии аллергии на бета-лактамы АБ.

В исследовании, опубликованном О.И. Пикюзой в 2008 г., было показано, что клиническая эффективность амоксициллина/клавуланата при острой пневмонии составляет 87,23%. У большинства пациентов уже на вторые-третьи сутки лечения происходит улучшение общего состояния, снижается или нормализуется температура. Выраженность общих и местных симптомов при терапии Аугментином уменьшается, как правило, на 5-7-й день, а нормализация гематологических показателей и рентгенологические сдвиги происходят на 10-13-й день.

Таким образом, в амбулаторных условиях эффективными средствами лечения неосложненной ВП у детей являются препараты группы полусинтетических пенициллинов (амоксициллин) и их защищенные формы (Аугментин).

Профессор кафедры педиатрии № 2 и медицинской генетики Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца Сергей Петрович Кривоустов охарактеризовал роль защищенных аминопенициллинов в лечении внебольничных пневмоний у детей.



– Об актуальности проблемы пневмонии свидетельствуют несколько фактов. До применения антибиотиков смертность от пневмококковой пневмонии составляла более 80%. До настоящего времени пневмония является одной из основных причин смерти у детей в возрасте до 5 лет. Ежеминутно в мире от пневмонии умирает 4 ребенка. Поэтому решение проблемы лечения пневмонии и снижения смертности от нее, в частности среди детского населения, является той задачей, которая стоит перед государствами, подписавшими Декларацию целей тысячелетия ООН.

В последние годы отмечаются позитивные тенденции: в 1990 г. из 1000 родившихся в странах СНГ, Центральной и Восточной Европы до 5-летнего возраста не доживал 51 ребенок, а в 2008 г. их количество снизилось до 23. Однако рассмотрение вопросов оптимизации лечения пневмонии и выбора стартовой эмпирической АБТ остается крайне актуальным.

ВП – одно из наиболее часто встречающихся воспалительных заболеваний дыхательных путей у детей и подростков. В вопросах стартовой АБТ необходимо рассмотреть следующие аспекты. Прежде всего, важно оценить тяжесть пневмонии и показания

к госпитализации, а также решить вопрос о возможности пероральной АБТ. Кроме того, необходимо подобрать оптимальный препарат, который должен быть активным к наиболее частым возбудителям пневмонии в данном возрасте.

В выборе стартовой АБТ нужно тщательно собрать не только анамнез заболевания, семейный и аллергологический анамнез, но и фармакологический (какие АБ принимал ребенок в течение предшествующих 30 дней). Следует отдавать предпочтение детским формам антибиотика, которые имеют высокую биодоступность и хороший профиль безопасности. Немаловажным моментом является и учет комплайенса к назначенной АБТ. Также необходимо консультирование лиц, ухаживающих за заболевшим ребенком.

Показания к госпитализации при пневмонии четко определены ВОЗ и Британским торакальным комитетом, причем они практически совпадают. Дети младшего возраста, особенно до 6 мес, даже при подозрении на пневмонию госпитализируются во всех странах мира. Кроме того, показаниями к госпитализации являются:

- известные иммунодефициты;
- признаки дыхательной недостаточности;
- потребность в оксигенотерапии;
- подозрение на осложнения пневмонии;
- дегидратация, рвота, токсикоз;
- неэффективность домашнего лечения в течение 24-36 ч;
- невозможность адекватного лечения дома.

В настоящее время в Украине внедряется новая программа интегрированного ведения болезней детского возраста, которая уже успешно работает в 115 странах мира. Она позволила снизить смертность детей до 5 лет. В этой программе выделены следующие показания к госпитализации: «симптомы опасности» (судороги, летаргия, отказ от питья, рвота), симптом втяжения нижней части грудной клетки, который является более специфичным признаком, чем «межреберное втяжение», и стридор в покое. Напомним, что стридор не определяется в состоянии плача и возбуждения ребенка. Особое внимание уделяют оценке частоты дыхательных движений (ЧДД) у детей. Критические цифры ЧДД у младенцев до 2-месячного возраста – более 60/мин, до 1 года – более 50/мин и у детей от 1 до 5 лет – более 40/мин.

Для выбора стартового АБ необходимо ориентироваться на этиологию пневмонии. Знание этиологического спектра ВП позволяет разработать оптимальные схемы АБТ у детей с этим заболеванием. Следует признать, что этиологический спектр пневмонии зависит от возраста ребенка. Согласно существующим данным, у детей до 1 мес пневмонию вызывают преимущественно стрептококки группы В, E. coli, S. pneumoniae и H. influenzae. В возрасте от 1 до 3 мес наиболее частыми возбудителями пневмонии являются вирусы, S. pneumoniae и H. influenzae. Дети от 3 мес до 1 года наиболее чувствительны к респираторным вирусам, S. pneumoniae, H. influenzae, а также C. trachomatis, M. pneumoniae и стрептококкам группы А. У более старших детей пневмонию вызывают, как правило, вирусные возбудители, S. pneumoniae, H. influenzae, M. pneumoniae, а также C. pneumoniae, S. aureus (от 2 до 5 лет) и вирусы гриппа, M. pneumoniae,

S. pneumoniae и др. (от 5 до 18 лет) (R.M. Kliegman et al: Nelson Essentials of Pediatrics, 5th ed Philadelphia, Elsevier, 2006).

Таким образом, несмотря на различия в спектре этиологических возбудителей пневмонии у детей разного возраста, в каждой возрастной группе доминирует пневмококк. Доля пневмококка в структуре возбудителей ВП варьирует в разных странах и в среднем достигает 60%.

Очень актуальным в настоящее время является вопрос роста резистентности пневмококка ко многим антибактериальным препаратам. Антибиотикорезистентность – это серьезная медико-социальная проблема, которая представляет угрозу национальной безопасности. Нерациональное применение АБ приводит к снижению эффективности многих препаратов. Однако важным является вывод о том, что до сегодняшнего дня чувствительность пневмококка к амоксициллину/клавуланату достигает 100%, в отличие от доказанного роста резистентности пневмококка ко многим макролидам.

В настоящее время мы, к сожалению, не располагаем данными о распространенности антибиотикорезистентности пневмококка в различных регионах Украины. Это является одной из актуальных проблем микробиологии, клинической педиатрии и терапии в нашей стране. Однако, если руководствоваться зарубежными данными, чувствительность пневмококка к амоксициллину и амоксициллину/клавуланату сохраняется в полной мере. Так, в Alexander Project (1998-2001), проходившем в 26 странах, изучалась чувствительность различных штаммов основных возбудителей ИДП, в частности пневмококка, к 24 различным антибактериальным препаратам. Было показано, что к Аугментину чувствительны от 94 до 100% штаммов пневмококка.

Это позволяет нам рекомендовать Аугментин как препарат выбора в лечении инфекционных заболеваний нижних отделов респираторного тракта, которые вызваны пневмококком (помня о том, что 60% ВП вызваны именно этой бактерией).

Второй наиболее важный в структуре ВП возбудитель – это H. influenzae. В среднем ее доля в этиологической структуре пневмонии составляет около 18%. Уровень поражения H. influenzae зависит от того, насколько интенсивно в том или ином регионе проводится вакцинация. В тех районах, где иммунизация населения против H. influenzae достаточно высока, чаще выявляют нетипичные штаммы данной бактерии. На сегодняшний день известно 258 нетипичных штаммов H. influenzae. Более того, 38% всех штаммов H. influenzae вырабатывают бета-лактамазу – фермент, разрушающий бета-лактамы АБ. Поэтому в качестве стартовой антибиотикотерапии ВП нужно применять препарат, который не только воздействует на пневмококк, но и помогает бороться с антибиотикорезистентностью бактерий, в том числе гемофильной палочки, за счет инактивации бета-лактамазы. Чувствительность H. influenzae к амоксициллину/клавуланату составляет 96,9-99,9%.

Аугментин с успехом применяется во многих странах мира уже на протяжении 28 лет. С позиций антибиотикорезистентности для нас важно констатировать, что, несмотря на широкий и длительный опыт применения данного препарата, возбудители не утратили чувствительность к нему.

Значение атипичной микрофлоры – весьма спорный вопрос. К атипичным возбудителям пневмонии относят S. pneumoniae и M. pneumoniae. В разных исследованиях показаны различные показатели заболеваемости пневмонией, вызванной атипичными возбудителями, однако в среднем этот уровень составляет до 15% (Gavin V. Grant et al., 2009).

В оценке эффективности лечения важно не только клиническое улучшение, но и бактериологическая эрадикация возбудителя из пораженного органа. Необходимо достичь нужной концентрации АБ для подавления возбудителя в очаге поражения, а также поддерживать минимальную подавляющую концентрацию (МПК) в течение определенного времени. Это позволяет минимизировать риск рецидивирования заболеваний бронхолегочной системы в детском возрасте.

Важнейшим показателем фармакодинами-

Продолжение на стр. 6.

Современные тенденции в лечении инфекций дыхательных путей у детей

По материалам VI Конгресса педиатров Украины
г. Киев, 14-16 октября 2009 г.

Продолжение. Начало на стр. 5.

ки антибактериального препарата является его концентрация в сыворотке крови, превышающая МПК для пневмококка и гемофильной палочки в течение более 40% от длительности интервала дозирования. Аугментин обладает таким свойством. Создание высоких МПК для пневмококка и *H. influenzae* на протяжении необходимого междозового интервала является залогом эрадикации возбудителя из пораженного органа.

Современным подходом в реализации принципов АБТ у пациентов с тяжелой пневмонией в условиях стационара является принцип ступенчатой терапии, которая имеет целый ряд клинических, фармакоэкономических и психологических преимуществ. По статистике 75% госпитализированных пациентов могут быть излечены с использованием классической схемы ступенчатой терапии. Необходимо четко понимать, что в случае изменения пути введения АБ не происходит изменения спектра его антимикробного действия. Наличие парентеральных и пероральных форм Аугментина позволяет в полной мере реализовать такую схему.

Однако, более 85% детей с ВП можно излечить без единой инъекции АБ! Прошли времена, когда не было эффективных пероральных форм АБ с хорошей биодоступностью и приходилось назначать внутримышечные АБ в качестве стартовой терапии ВП даже в амбулаторных условиях.

В современных руководствах Британского торакального общества по ведению ВП в детском возрасте следует отметить такой постулат, имеющий уровень доказательности А: АБ, применяемые перорально, безопасны и эффективны в лечении пневмонии в детском возрасте. Аугментин, который имеет очень высокую биодоступность пероральных форм, достигающую 90%, позволяет в полной мере реализовать этот постулат. Кроме того, доказано, что концентрация Аугментина в тканях легкого превышает таковую в плазме крови. Это говорит не только об эффективности, но и о безопасности данного препарата.

Говоря об удобстве применения пероральных форм оригинального амоксициллина/клавуланата (Аугментина), можно привести результаты нескольких клинических исследований, в которых было показано, что 2-кратный режим дозирования так же эффективен, как и 3-кратный. Однако побочные эффекты при 2-кратном применении препарата возникают в 2,8 раза реже. Этот факт в сочетании с оптимальным соотношением компонентов детской формы (7:1) позволяет обеспечить максимальную безопасность использования Аугментина для пациентов.

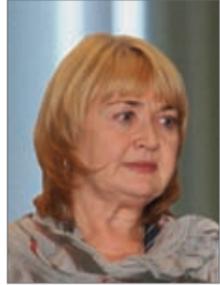
Если суммировать данные различных клинических исследований по значению защищенных пенициллинов в лечении ВП, то средняя клиническая эффективность Аугментина у детей с долевой пневмонией, бронхопневмонией, бронхитами и бронхолиитами — 96,7% (M. Klein (1995), P. Ball et al. (1999)).

Заведующая кафедрой инфекционных болезней Днепропетровской государственной медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор Людмила Романовна Шостакович-Корещак осветила основные моменты ведения детских респираторных заболеваний в повседневной практике врача.

— Респираторные инфекции — одни из наиболее часто встречающихся заболеваний в детском возрасте. Эта проблема сопряжена с огромными экономическими затратами как для семейного бюджета, так и на государственном уровне.

По данным ВОЗ за 2009 г., главными этиологическими факторами ОРЗ у детей являются *S. pneumoniae*, *H. influenzae* типа В (Hib), *M. catarrhalis*, *S. aureus*, риновирус, респираторно-синцитиальный вирус, а также вирусы

кори, парагриппа и гриппа. Что касается бактериальной инфекции, то 30-50% бактериальных пневмоний вызываются пневмококками, в меньшей степени золотистым стафилококком и клебсиеллой, а также нетипируемой гемофильной палочкой.



Большинство бактерий комменсальной микрофлоры полезны, поскольку способны синтезировать витамин К, фолиевую кислоту, биотин и неперевариваемые углеводы. Однако комменсальная флора включает также потенциально патогенные микроорганизмы, такие как пневмококк, гемофильная палочка и моракселла. Резидентная флора выполняет функцию барьера против колонизации потенциально патогенными микроорганизмами или избыточного роста уже присутствующих бактерий. Поэтому повреждение этого барьера чревато серьезными последствиями. При определенных условиях резидентная микрофлора может вызывать заболевания как верхних, так и нижних отделов дыхательных путей.

На микрофлору носоглотки оказывают воздействие такие факторы, как пассивное и активное курение, пребывание в детских учреждениях, АБ, вирусные инфекции и др. Все эти факторы могут потенциально влиять на развитие инфекций дыхательных путей. При снижении иммунитета микроорганизмы, находящиеся в носоглотке, могут распространяться в нижележащие отделы, вызывая инфекции верхних и нижних дыхательных путей.

Существуют различные механизмы взаимодействия микроорганизмов. Бактерии могут секретировать бактериоцины — натуральные пептиды, которые ингибируют рост других бактерий. Другой механизм — продукция перекисей (например, пневмококком), подавляющих рост других микроорганизмов. И наконец, некоторые микроорганизмы могут взаимодействовать с макроорганизмом для элиминации других бактерий. Так, колонизация нетипируемой *H. influenzae* усиливает мукоцилиарный клиренс в отношении пневмококка через кооперацию с иммунными механизмами макроорганизма с помощью нейтрофилов, системы комплемента.

Как правило, первым шагом в развитии респираторного заболевания является колонизация носоглотки. Поскольку АБ могут влиять на состав микрофлоры носоглотки, важно четко представлять себе показания для назначения АБТ при ОРЗ. В частности, при остром среднем отите АБ первой линии терапии считают амоксициллин и амоксициллин/клавуланат (Аугментин), при синусите — амоксициллин и амоксициллин/клавуланат, фарингите — пенициллин V, бициллин, а в качестве альтернативной терапии применяют амоксициллин и цефалоспорины. Продолжительный кашель без улучшения в течение 14 дней при остром бронхите является показанием к назначению макролидов. В лечении пневмонии стартовая АБТ состоит из амоксициллина или амоксициллина/клавуланата (Аугментина), альтернативной терапией являются цефалоспорины II и III поколения и макролиды.

Как видно, препаратами первой линии при большинстве ОРЗ, требующих проведения АБТ, являются амоксициллин и амоксициллин/клавуланат. Выбор амоксициллина/клавуланата (Аугментина) объясняется тем, что, во-первых, защищенные пенициллины уже в течение более 27 лет сохраняют высокую активность в отношении основных респираторных патогенов, во-вторых, Аугментин обладает высокой биодоступностью и уникальными фармакодинамическими свойствами. Наконец, проведенные многоцентровые клинические исследования

показали, что во многих странах мира амоксициллин/клавуланат является наиболее назначаемым АБ. Последнее было подтверждено в исследовании GRACE, результаты которого стали доступны в этом году.

Заведующая кафедрой педиатрии № 2 Украинской медицинской стоматологической академии, доктор медицинских наук, профессор Татьяна Александровна Крючко (г. Полтава) представила доклад, посвященный проблеме антибиотикорезистентности в педиатрии.



— Антибиотики являются одним из наиболее значимых открытий XX века. Благодаря АБ появилась возможность лечить и излечивать заболевания, которые ранее были смертельными. В то же время ВОЗ обеспокоена тем, что, если человечество не сможет защитить это величайшее достижение медицинской науки, оно вступит в постантибиотическую эру. К сожалению, созданием новых АБ мы не сможем противостоять стремительному росту устойчивости возбудителя.

Одновременно с появлением пенициллина в 1940 г. Абрахам и Чейн открыли фермент, который его разрушает — пенициллиназу. С этого времени началось совершенствование АБ путем поиска соединений, инактивирующих бета-лактамазы. Такие вещества были найдены. К ним относятся клавулановая кислота, сульбактам и тазобактам. В 1981 г. появился первый комбинированный препарат, содержащий амоксициллин и клавулановую кислоту — Аугментин.

На сегодняшний день одной из основных проблем АБТ в педиатрии является частое назначение АБ в дозах ниже терапевтических. Соответственно, происходит отбор нечувствительных микроорганизмов внутри каждой популяции. Кроме того, отмечается чрезвычайно высокий уровень самолечения: АБ в домашних аптечках «на всякий случай» имеют 95% «немедицинских» семей, причем 30% препаратов — парентеральные формы АБ.

В настоящее время мы располагаем данными различных многоцентровых клинических исследований по мониторингу антибиотикорезистентности, таких как исследование АРГОН, в котором изучалась резистентность грамположительных микроорганизмов (*S. aureus* и *Enterococcus spp.*); ИНГА (исследование инвазивных хирургических инфекций, вызванных бета-гемолитическим стрептококком группы А); известное исследование ПеГАС, определявшее чувствительность основных возбудителей инфекций верхних дыхательных путей (*S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *S. pyogenes*); РЕЗОРТ (многоцентровое проспективное микробиологическое исследование резистентности к антимикробным препаратам бактериальных возбудителей нозокомиальных инфекций) и др.

Известно несколько основных механизмов антибиотикорезистентности. Это ферментативная инактивация АБ, в первую очередь, с помощью бета-лактамаз. Также к механизмам антибиотикорезистентности относятся нарушение проницаемости наружной клеточной мембраны, модификацию мишеней преимущественно за счет мутации и активное выделение (эффлюкс) АБ из бактериальной клетки через клеточные каналы.

Клавулановая кислота представляет собой продукт метаболизма гриба *Streptomyces clavuligerus*. Она дает возможность преодолеть адаптационную устойчивость микроорганизмов и усиливает действие других лекарственных веществ тремя путями:

- ингибицией ферментов, разрушающих АБ;
- непосредственным антибиотическим действием;
- синергическим действием в комбинации с некоторыми пенициллинами и цефалоспорины.

Амоксициллин в результате сочетания с клавулановой кислотой восстановил свою природную активность против *H. influenzae*, *M. catarrhalis*, стафилококков, гонококков, а также расширил спектр за счет действия на ряд грамотрицательных микроорганизмов (*Klebsiella spp* и др.) с природной устойчивостью к пенициллинам.

Несомненным достоинством Аугментина является доступность препарата в парентеральной

и пероральной лекарственных формах и, как следствие этого, возможность его использования в рамках ступенчатой терапии.

Первоначальное соотношение амоксициллина и клавуланата калия составляло 2:1. В настоящее время это соотношение представляется гораздо более выгодным и составляет 7:1, что присуще только оригинальному препарату Аугментин. Это увеличивает бактерицидный эффект амоксициллина и продлевает период, в течение которого сохраняется активность препарата.

Мне хотелось бы вспомнить слова известного профессора В.К. Таточенко, который сказал, что Аугментин — это антибиотик с дозозависимой бактерицидностью. Это означает, что эффективность данного препарата зависит не от пика концентрации, а от того времени, на протяжении которого концентрация препарата превышает МПК для данного микроорганизма. Для Аугментина продолжительность поддержания концентрации препарата в сыворотке крови на уровне выше МПК для ведущих возбудителей ИДП составляет не менее 45-50% длительности интервала дозирования.

Сегодня в нашем распоряжении есть пероральные формы амоксициллина/клавуланата с оптимальным двукратным приемом — Аугментин в виде детской суспензии и таблеток. Такая схема обеспечивает необходимый пик концентрации препарата в крови, его переход в ткани в достаточном количестве и адекватную длительность сохранения в них.

Аугментин рассматривается как АБ стартового эмпирического лечения в очень многих клинических ситуациях, поскольку он обладает оптимальным спектром антимикробной активности. В настоящее время Аугментин включен во многие современные стандарты, алгоритмы и протоколы лечения разнообразных инфекционных заболеваний. В педиатрической практике Аугментин является препаратом выбора при отитах, синуситах, заболеваниях бронхолегочной системы, острым пиелонефрите, инфекциях кожи и мягких тканей. Ведущие респираторные патогены — *S. pneumoniae*, *H. influenzae* и *M. catarrhalis* — высокочувствительны к Аугментину.

Целью метаанализа, проведенного в Новой Зеландии (его результаты были представлены G.D. Mills et al. в 2005 г. в *British Medical Journal*) являлось сравнение эффективности бета-лактамов АБ и АБ, активных в отношении атипичных патогенов (фторхинолоны, макролиды, кетолиды), в терапии ВП. В метаанализ вошли результаты 18 двойных слепых рандомизированных контролируемых исследований, включавших 6749 пациентов, у большинства из которых наблюдалась нетяжелая ВП. Суммарный относительный риск неэффективности терапии не позволил выявить каких-либо преимуществ использования препаратов, активных в отношении атипичных патогенов, перед бета-лактамами АБ (относительный риск 0,97; 95% доверительный интервал 0,87-1,07).

Наиболее крупные микробиологические исследования за последние 10 лет — Alexander Project (1998-2000 гг., 26 стран), PROJECT-1 (1999-2000 гг., 25 стран), ПеГАС-1 (2000-2001 гг., Россия, 15 центров) — доказали высокую эффективность амоксициллина/клавуланата.

Мониторинг чувствительности клинически значимых патогенов в Украине, к сожалению, не проводится. Поэтому традиционной стала рекомендация экстраполировать данные, полученные российскими коллегами, в связи со схожестью эпидемиологии и этиологии ВП в наших странах. Надеемся, в ближайшем будущем ситуация изменится и у отечественных врачей появится возможность назначать АБТ пациентам с ВП с учетом региональных данных по антибиотикорезистентности пневмококка.

Хотелось бы обратить внимание, что рациональное использование антибиотиков современных антимикробных препаратов является базой для интеграции лучших научных доказательств с клиническим опытом, что и составляет основу доказательной медицины.

Статья печатается при поддержке компании «ГласкоСмитКляйн» в Украине
AGMT/04/UA/16.11.2009/2717

Подготовила **Ольга Татаренко**

