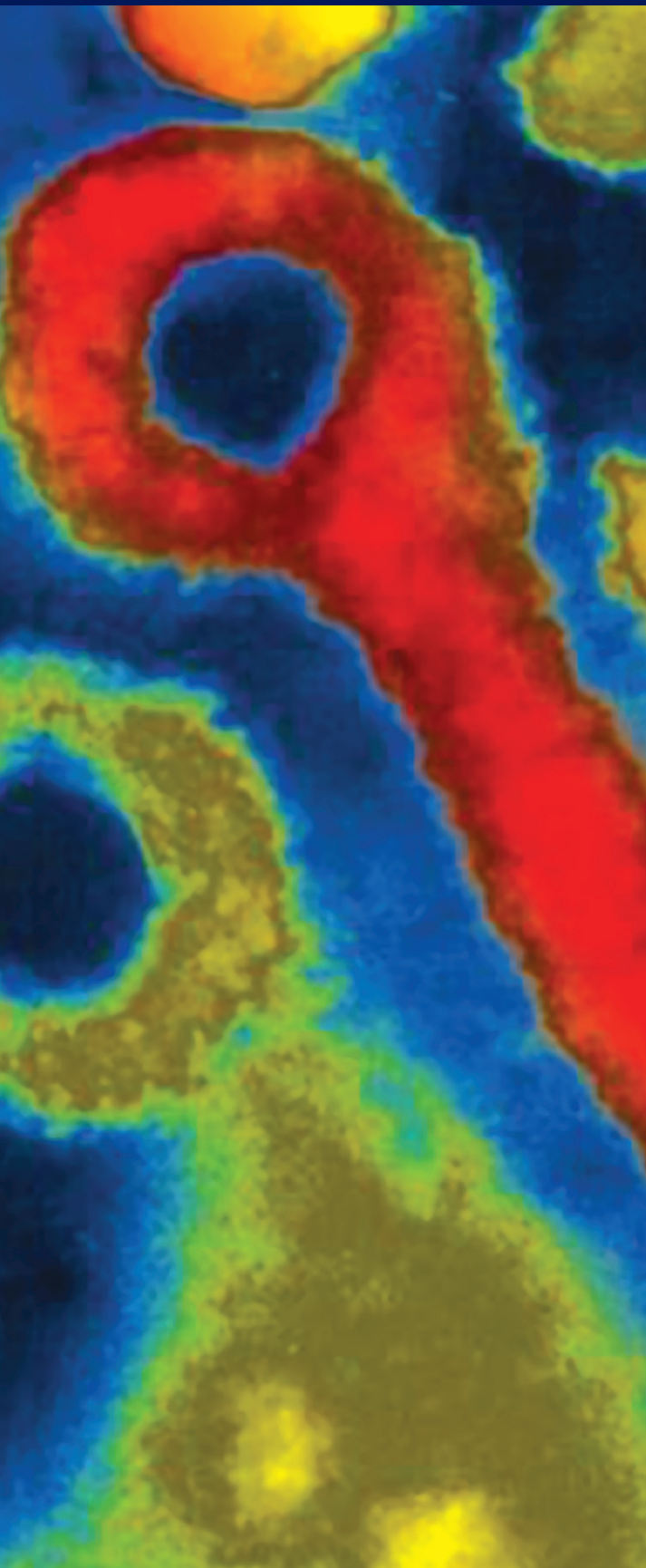


CONSILIUM MEDICUM [инфекции и антимикробная терапия]

ОСНОВАННАЯ НА ДОКАЗАТЕЛЬСТВАХ МЕДИЦИНА ДЛЯ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ



Инфекции органов дыхания

Все ли препараты амоксициллина одинаковы?

Макролиды с позиций ЛОР-врача

Инфекции нижних дыхательных путей: стратегия, тактика лечения и анализ проблем

Респираторные вирусные инфекции. Возможности терапии

Рациональная антиинфекционная химиотерапия

Внебольничная пневмония. Проблемы диагностики и лечения

Фторхинолоны: клиническое значение и перспективы

Кандидозы, или «болезни больных»

Выбор этиотропной терапии с позиции эффективности и безопасности

Урогенитальные инфекции

Острый цистит: проблема эрадикации уropатогенов и предупреждения рецидивов

Воспалительные заболевания органов малого таза: проблемы диагностики и лечения

Инфекции центральной нервной системы

Бактериальный гнойный менингит. Рациональный терапевтический подход

Госпитальные инфекции

Диагностика, лечение и профилактика внутрибольничных инфекционных осложнений

Редакционный совет

**Издательский холдинг
«Медиа Медика»**

Почтовый адрес:
Москва, 127055, а/я 37
Телефон: +7 (495) 926 29 83
E-mail: media@con-med.ru

CONSILIUM MEDICUM
№ 4, том 12, 2010

Директор издательства
С.А. Дроздовская

Главный редактор издательства
П.В. Морозов

Главный редактор журнала
Б.А. Филимонов

**Директор по маркетингу
и продажам**
Т.Л. Скоробогат

Научный редактор
А.В. Шухова

Генеральный директор
А.Ю. Борисов

**Менеджер по работе
с подписчиками**
Самойлина Наталья Евгеньевна
тел.: (495) 926-29-83, доб. 125
E-mail: samoilina@con-med.ru

Зарегистрирован в Государственном
комитете Российской Федерации
по печати.
Рег. номер: ПИ № ФС77-25114

В конце статей редакция журнала
указывает коммерческие названия
лекарственных препаратов
компаний-рекламодателей номера.

Редакция не несет ответственности
за содержание рекламных материалов.
В статьях представлена точка зрения
авторов, которая может не совпадать
с мнением редакции журнала.

Полное или частичное воспроизведение
материалов, опубликованных в журналах
или на сайте издательства,
допускается только с письменного
разрешения редакции.
Все права защищены.
© 2010 «Медиа Медика»

**Аллергология
и иммунология**
Н.И. Ильина
Е.С. Феденко
Р.М. Хаитов

Ангиология
В.Ю. Богачев
И.А. Золотухин
В.М. Кошкин
А.В. Покровский
Ю.М. Стойко

**Анестезиология
и интенсивная терапия**
А.В. Бутров
Б.Р. Гельфанд
И.В. Молчанов
В.А. Руднов
А.И. Салтанов
Л.Е. Цыпин
Е.М. Шифман

Бактериология
В.Г. Жуховицкий

Внутренние болезни
О.М. Драпкина
Л.Б. Лазебник
А.Л. Сыркин

**Гастроэнтерология
и гепатология**
Ю.В. Васильев
В.Т. Ивашкин
А.В. Калинин
И.В. Маев
О.Н. Минушкин
М.Ю. Надинская
А.И. Парфенов
С.Д. Подымова
П.Л. Щербakov

Гематология
А.Г. Румянцев

Гериатрия
Л.И. Дворецкий
Ю.В. Конев

Гинекология
А.Д. Макацария
В.Н. Прилепская
В.Н. Серов
В.П. Сметник

**Дерматология и
венерология**
В.И. Кисина
Н.Г. Кочергин
Ю.К. Скрипкин
С.М. Федоров
А.А. Халдин

**Инфекции
и антимикробная
терапия**
Н.В. Белобородова
В.Б. Белобородов
И.И. Деревянко
С.В. Сидоренко
В.П. Яковлев
С.В. Яковлев

Кардиология
Ю.Н. Беленков
Ю.А. Бунин
М.А. Гуревич
В.И. Маколкин
А.И. Мартынов
О.Д. Остроумова
Д.В. Преображенский
Б.А. Сидоренко
С.Н. Терещенко
И.Е. Чазова
Е.В. Шляхто

**Клиническая
фармакология**
Ю.Б. Белоусов
А.Л. Верткин
Е.В. Ших

Колопроктология
Г.И. Воробьев

**Неврология и
нейрохирургия**
А.Н. Бойко
Е.И. Гусев
И.В. Дамулин
Т.Л. Демина
П.Р. Камчатнов
В.В. Крылов
О.С. Левин
В.И. Скворцова
З.А. Суслина
А.И. Федин
Н.Н. Яхно

Нефрология
Л.В. Козловская
Н.А. Мухин

Онкология
А.М. Гарин
И.В. Поддубная

Оториноларингология
М.Р. Богомильский
С.Я. Косяков
А.И. Крюков
А.С. Лопатин

**Педиатрия и детская
хирургия**
А.А. Баранов
Н.Н. Ваганов
Н.А. Геппе
О.В. Зайцева
И.Н. Захарова
Ю.Ф. Исаков
Н.А. Коровина
В.А. Ревякина
Г.А. Самсыгина
В.К. Таточенко
В.Ф. Учайкин

**Психиатрия
и наркология**
Ю.А. Александровский
Н.Н. Иванец
А.Б. Смулевич

Пульмонология
С.Н. Авдеев
А.С. Белевский
А.А. Визель
Н.П. Княжеская
В.Е. Нонинов
С.И. Овчаренко
А.И. Синопальников
А.Н. Цой
А.Г. Чучалин

Ревматология
Н.В. Бунчук
В.А. Насонова
Е.Л. Насонов

Урология
Ю.Г. Аляев
Л.М. Гориловский
К.И. Забиров
О.Б. Лоран
Д.Ю. Пушкарь
М.Ф. Трапезникова

Фтизиатрия
С.Е. Борисов
М.И. Перельман
Е.И. Шмелев

Хирургия
М.Д. Дибиров
А.И. Кириенко
В.С. Савельев

Эндокринология
А.С. Аметов
И.И. Дедов
И.Ю. Демидова
Г.А. Мельниченко
В.В. Фадеев
М.В. Шестакова

Содержание

Инфекции органов дыхания

Рациональная терапия острого тонзиллита: все ли препараты амоксициллина одинаковы?

Ю.Б.Белоусов, А.Н.Данилов, С.К.Зырянов 5

Макролиды в лечении инфекций дыхательных путей с позиции ЛОР-врачей: «за» и «против»

А.Б.Туровский, И.Г.Колбанова 11

Антибактериальная терапия инфекций нижних дыхательных путей

Л.И.Дворецкий 15

Стратегия противовирусной терапии при гриппе как лечение и профилактика тяжелых осложнений: обзор результатов клинических исследований препарата Арбидол

С.С.Якимова 21

Рациональная антиинфекционная

химиотерапия

Ошибки в диагностике и антибактериальной терапии внебольничных пневмоний

В.Е.Ноников 25

Моксифлоксацин: место в ряду фторхинолонов и клиническое значение

С.В.Сидоренко 29

Кандидозы

Н.А.Геппе, Н.А.Белоусова 34

Современные подходы к рациональному выбору этиотропной терапии урогенитальных инфекций у женщин

Н.Н.Потекаев, М.В.Горячкина,
Т.А.Белоусова, В.В.Савенков 39

Урогенитальные инфекции

Лечение хламидийной инфекции при воспалительных заболеваниях органов малого таза: роль азитромицина (Сумамеда)

А.А.Хрянин, О.В.Решетников 44

Острый цистит: подходы к выбору антимикробной терапии

В.В.Рафальский, Л.В.Ходневич 48

Инфекции центральной нервной системы

Современные принципы диагностики и лечения больных бактериальными гнойными менингитами

Ю.Я.Венгеров, В.Б.Ченцов, М.В.Нагибина,
Т.Ю.Смирнова, Т.Н.Молотилова,
Г.В.Крючкова, Д.В.Чернышов,
Е.А.Михалинова, В.А.Мясников 54

Госпитальные инфекции

Инфекционные осложнения у больных с внутричерепными кровоизлияниями: диагностика, лечение и профилактика

С.С.Петриков, В.В.Крылов 68

Рациональная терапия острого тонзиллита: все ли препараты амоксициллина одинаковы?

Ю.Б.Белоусов, А.Н.Данилов, С.К.Зырянов
РГМУ, Москва

По данным отечественных эпидемиологических исследований, в структуре патологии ЛОР-органов воспалительные заболевания глотки составляют от 20 до 30%, лишь незначительно уступая патологии носа и околоносовых пазух, а также заболеваниям уха [1].

Этиология острого тонзиллита (ОТ) весьма многообразна. По имеющимся микробиологическим оценкам до 40% случаев ОТ имеют вирусную этиологию, тогда как бактериальную культуру удается выделить приблизительно в 30% случаев [2]. В оставшейся 1/3 случаев возбудитель остается неопределенным, однако можно предположить, что эти случаи обусловлены вирусами и атипичными возбудителями, поскольку их выявление сопряжено со значительными трудностями методологического характера. Таким образом, более 2/3 случаев ОТ обусловлено внутриклеточными агентами, преимущественно вирусами [3].

К хронизации ОТ вирусной этиологии не склонен, однако возможно присоединение вторичной бактериальной инфекции. Назначение профилактической антибактериальной терапии при вирусном ОТ совершенно не оправдано, поскольку предотвратить вторичную бактериальную инфекцию такой «профилактический» прием антибиотика не способен. В то же время применение антибактериальных препаратов off-label (не по показаниям) сопряжено с риском развития нежелательных побочных явлений и стимулирует формирование антибиотикорезистентности [4].

Бактериальный тонзиллит, встречающийся приблизительно в 1/3 случаев, клиническими методами отличить от вирусного возможно далеко не всегда, поэтому важное место в диагностике имеет микробиологическое исследование. Среди возбудителей бактериального ОТ ведущее место (до 80%) занимает β -гемолитический стрептококк группы А – БГСА (рис. 1) [5]. Реже удается выделить стрептококки прочих серологических групп [6, 7], *Arcanobacterium haemolyticum* [8], *Neisseria gonorrhoeae* [9], *Corynebacterium diphtheriae* [8], *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, различные анаэробы, еще реже выделяются хламидии и микоплазмы [10], при сифилисе (шанкр-амигдалит) выделяется *Treponema pallidum*, а при туляремии – *Francisella tularensis*. Спектр выявляемых микроорганизмов тесно связан с географическим положением и экономическим уровнем развития страны, во всех развитых странах в этиологической структуре бактериального ОТ превалирует БГСА. По всему миру ежегодно выявляется более 616 млн случаев стрептококкового тонзиллита, вызванного БГСА [11].

ОТ бактериальной этиологии часто хронизируется, поэтому хроническая воспалительная патология глотки превалирует над острой в соотношении приблизительно 3:21 [12]. Основную опасность представляет не ОТ per se, а его многочисленные осложне-

ния. Тонзиллит любой этиологии может осложняться вовлечением в воспалительный процесс соседних органов (средний отит, мастоидит, синусит, ларингит, бронхит). Однако существенно опаснее *ранние* осложнения, связанные с абсцедированием при бактериальном тонзиллите (пара- и перитонзиллярный абсцесс, боковоглоточный и заглоточный абсцесс, шейный лимфаденит), требующие срочного хирургического лечения. Огромное медицинское, социальное и экономическое значение имеют так называемые *поздние* осложнения ОТ стрептококковой этиологии: постстрептококковый гломерулонефрит, токсический шок (8–10-й день от начала болезни) и ревматическая лихорадка (через 2–3 нед после выздоровления).

Хотя разрешение острого стрептококкового тонзиллита наступает, как правило, спонтанно через 5–7 дней (а улучшение отмечается уже через 3–4 дня), назначение антибиотиков позволяет уменьшить вероятность развития местных осложнений и острой ревматической лихорадки [13, 14]. К сожалению, вероятность развития постстрептококкового гломерулонефрита даже после успешного лечения ОТ не снижается.

Для решения вопроса о назначении антибиотиков необходимо установить этиологию ОТ. Поскольку клиническая картина стрептококкового тонзиллита в большинстве случаев не позволяет уверенно поставить правильный диагноз, для окончательной диагностики требуется проведение лабораторного исследования, которое включает быстрые лабораторные антигенные тесты и выделение культуры возбудителя [15]. Культуральное исследование считается «золотым стандартом» диагностики (чувствительность метода превышает 90%, а специфичность – 95–99% [16]) и должно проводиться во всех случаях, когда имеется подозрение

Рис. 1. *S. pyogenes*. Световая микроскопия. Окраска по Граму.

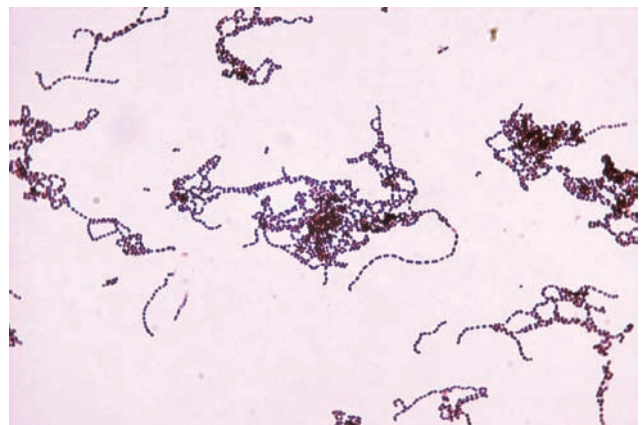


Таблица 1. Суточные дозы и режим введения антибиотиков при остром стрептококковом тонзиллите [22]

Антибиотик	Взрослые	Дети	Связь с приемом пищи	Длительность лечения, дни
Препараты выбора				
Пенициллины:				
Феноксиметилпенициллин	1,5 г в 3 приема	0,375 г в 2 приема (<25 кг), 750 мг в 2 приема (>25 кг)	За 1 ч до еды	10
Бензатинбензилпенициллин*	2,4 млн	600 тыс. ЕД внутримышечно – (<25 кг) 1,2 млн ЕД внутримышечно (>25 кг)		Однократно,
Амоксициллин	1,5 г в 3 приема 2,0 г в 2 приема	0,375 г в 3 приема (<25 кг), 750 мг в 3 приема (>25 кг)		10
Цефалоспорины:				
Цефадроксил	1 г в 2 приема	30 мг/кг в 1 прием	Независимо	10
При непереносимости β-лактамов антибиотиков				
Макролиды:				
Эритромицин**	1,5 г в 3 приема	40 мг/кг в 3 приема	За 1 ч до еды	10
Азитромицин	0,5 г – 1-й день, затем 0,25 г в 1 прием	12 мг/кг в 1 прием	За 1 ч до еды	5
Спирамицин	6 млн ЕД в 2 приема	3 млн ЕД в 2 приема	Независимо	10
Кларитромицин	0,5 г в 2 приема	15 мг/кг в 2 приема	Независимо	10
Рокситромицин	0,3 г в 2 приема	5 мг/кг в 2 приема	За 1 ч до еды	10
Мидекамицин	1,2 г в 3 приема	50 мг/кг в 2 приема	За 1 ч до еды	10
Джозамицин	1,5 г в 3 приема или 2,0 г в 2 приема	40–50 мг/кг в 2–3 приема	Независимо	10
При непереносимости макролидов и β-лактамов антибиотиков				
Линкозамиды:				
Линкомицин	1,5 г в 3 приема	30 мг/кг в 3 приема	За 1 ч до еды	10
Клиндамицин	0,6 г в 4 приема	20 мг/кг в 3 приема	Запивать большим количеством воды	10)

* Целесообразно назначать при: а) сомнительной комплаентности пациента в отношении перорального приема антибиотиков; б) наличии ревматической лихорадки в анамнезе у больного или ближайших родственников; в) неблагоприятных социально-бытовых условиях; г) вспышках А-стрептококковой инфекции в закрытых коллективах.

** Для эритромицина характерно наиболее частое по сравнению с другими макролидами развитие нежелательных реакций, особенно со стороны ЖКТ.

на бактериальный ОТ. Основным недостатком бактериологического исследования является его длительность, составляющая не менее 24–48 ч в случае выявления БГСА. Тесты для определения стрептококкового антигена могут быть проведены в пределах нескольких минут (у постели больного) или часов (в лаборатории). Все эти тесты высокоспецифичны (95–100%), поэтому получение ложноположительных результатов практически исключено, однако чувствительность их (60–95%) существенно ниже по сравнению с культуральным методом, поэтому получение негативного результата не позволяет исключить БГСА-этиологию ОТ [17]. В тех случаях, когда возможности выполнить какие-либо исследования не имеется, допустимо принятие решения о назначении антибактериальной терапии на основании оценки риска БГСА-инфекции по клиническим данным. С этой целью удобно пользоваться клиническими шкалами, среди которых

можно отметить шкалу, предложенную McIsaac (модифицированная шкала Центора), учитывающую такие клинические признаки, как наличие фебрильной лихорадки, отсутствие кашля, лимфаденопатия передних шейных лимфатических узлов, экссудат на миндалинах, а также возраст пациента (рис. 2). Только при высоком риске (4 балла и более по шкале McIsaac, что соответствует риску БГСА-инфекции более 51%) возможно эмпирическое назначение антибактериальной терапии, тем не менее даже в этих случаях микробиологическое подтверждение диагноза весьма желательно (рис. 3). Пациентам с высоким риском развития острой ревматической лихорадки (при атаке ОРЛ в анамнезе, а также у родственников больных ОРЛ) антибактериальное лечение ОТ может проводиться эмпирически даже при низком риске наличия БГСА [18].

Необоснованная терапия антибиотиками продолжает практиковаться даже в развитых странах. Толь-

Таблица 2. Демографическая характеристика больных ОТ, лечившихся препаратами амоксициллина

Показатель	Генерики амоксициллина (n=71)	Флемоксин Соллютаб® (n=55)
Средний возраст, лет	36,7±3,4	29,8±4,5
Мужчины, абс. (%)	30/71 (42,3)	29/55 (52,7)
Женщины, абс. (%)	41/71 (57,7)	26/55 (47,3)

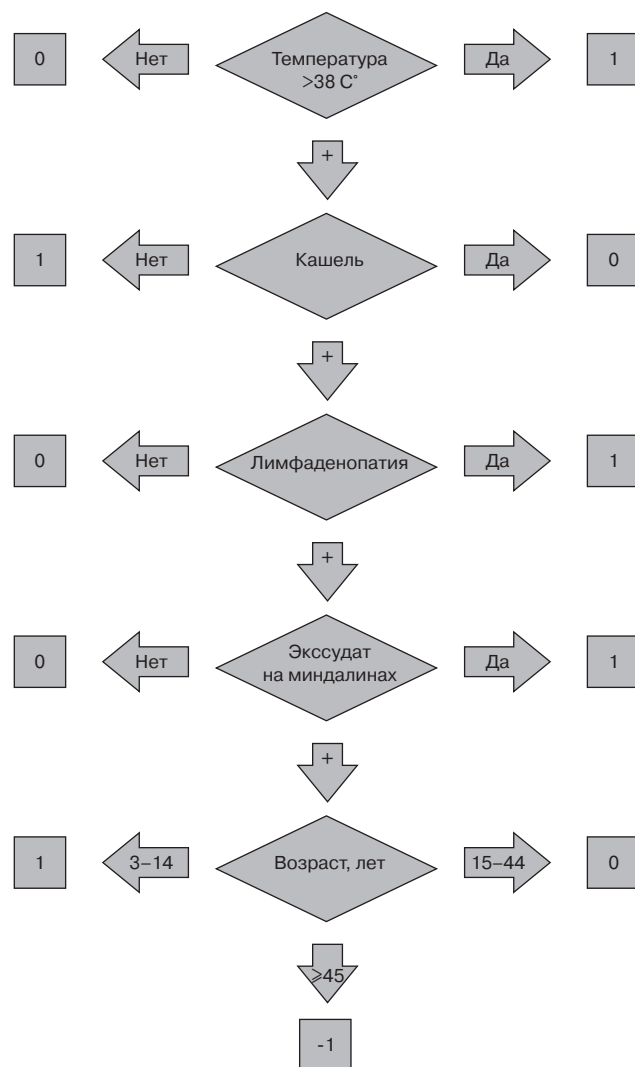
Таблица 3. Эффективность АБТ ОТ у пациентов, принимавших амоксициллин

Критерий эффективности	Генерики амоксициллина (n=71)	Флемоксин Солютаб® (n=55)
Положительная динамика, день	4,0±0,1	3,6±0,1
Клиническое выздоровление, день	8,7±0,2	7,4±0,3
Нормализация СОЭ, день	7,9±0,2	6,6±0,2
Нормализация содержания лейкоцитов, день	7,9±0,2	6,5±0,2
Нормализация формулы крови, день	7,4±0,2	6,8±0,1
Эффективность 1 курса антибиотикотерапии	57/71 (80,3%)	55/55 (100%)

Таблица 4. Структура повторного курса антибиотикотерапии пациентов, лечившихся генериками амоксициллина

Препарат	Число назначений
Ампициллин парентерально	8
Цефуроксим	2
Кларитромицин	2
Азитромицин	2
Всего повторных назначений	14

Рис. 2. Шкала оценки клинических симптомов при ОТ в баллах (по McIsaac) [23].



ко в США экономические потери от неоправданного назначения антибиотиков при ОТ составляют до 1,2 млрд дол. в год [19]. В эти затраты входят как средства, затраченные на антибиотикотерапию, так и средства, которые приходится расходовать на лечение осложнений, связанных с применением антибиотиков. Кроме того, излишне широкое применение антибиотиков вызывает рост бактериальной резистентности, что еще больше увеличивает экономические потери.

Исходя из вышеизложенного, антибактериальная терапия при ОТ показана только строго после установления этиологии заболевания. Основной целью антибактериальной терапии при стрептококковом ОТ является эрадикация БГСА, поэтому длительность курса лечения составляет не менее 10 дней. БГСА отличаются высокой чувствительностью к β -лактамам антибиотикам, к остальным классам препаратов в той или иной мере выражена резистентность. Большую клиническую проблему представляет рост резистентности БГСА и других микроорганизмов к макролидам, в РФ распространено сочетание резистентности к 14- и 15-членным макролидам с сохранением чувствительности к линкозамидам (М-фенотип) и 16-членным макролидам. Особенно высока резистентность к сульфаниламидам и тетрациклинам: в некоторых регионах она превышает 90%. Кроме того, тетрациклины, сульфаниламиды и ко-тримоксазол не обеспечивают эрадикации БГСА, поэтому применять их не следует даже в случае выявления чувствительного к данным препаратам в условиях *in vitro* штамма. Таким образом, препаратами выбора в лечении БГСА-тонзиллита являются β -лактамы, а именно феноксиметилпенициллин, амоксициллин и пероральные цефалоспорины I поколения. Оптимальным препаратом среди оральных пенициллинов следует считать сопоставимый с феноксиметилпенициллином и ампициллином по противострептококковой активности амоксициллин, который обладает существенными фармакокинетическими преимуществами по сравнению с этими препаратами. Биодоступность амоксициллина достигает 70–90% (до 95% – в форме Солютаб), тогда как для феноксиметилпенициллина этот важнейший фармакокинетический показатель составляет 50%, а для ампициллина – всего 40%. Степень связывания с белками плазмы для амоксициллина, наоборот, минимальная и составляет 17% (феноксиметилпенициллин – 80%, ампициллин – 22%). Высокая биодоступность и низкая степень связывания с белками плазмы обеспечивают высокую концентрацию амоксициллина в тканях при пероральном приеме, что позволяет достичь эрадикации возбудителя. Помимо амоксициллина, могут применяться цефалоспорины I поколения для перорального приема – цефадроксил и цефалексин, эффективность и безопасность которых подтверждены в клинических исследованиях. Важным преимуществом амоксициллина и цефадроксила является независимость всасывания из желудочно-

кишечного тракта (ЖКТ) от приема пищи в отличие от феноксиметилпенициллина и ампициллина, биодоступность которых существенно снижается при одновременном приеме с пищей. В педиатрической практике представляется важным наличие растворимой пероральной формы, которая существует для феноксиметилпенициллина (суспензия) и амоксициллина (диспергируемые таблетки – Солютаб). Благоприятные органолептические свойства растворимой формы амоксициллина позволяют улучшить комплаентность пациентов и переносимость антибактериальной терапии [20]. Для недостаточно комплаентных пациентов, а также при эпидемических вспышках БГСА-тонзиллита следует отдавать предпочтение однократной внутримышечной инъекции длительно действующего бензатин-бензилпенициллина.

Макролидные антибиотики, учитывая рост устойчивости к этим препаратам среди стрептококков, должны использоваться только при непереносимости β -лактамов [21]. При назначении макролидов не следует применять эритромицин ввиду его плохой переносимости, связанной с выраженным прокинетическим действием на ЖКТ.

В связи с ростом устойчивости БГСА к 14- и 15-членным макролидам, для эмпирической терапии нужно отдавать предпочтение 16-членным макролидам (джозамицину и др.).

С учетом кумуляции в тканях длительность лечения азитромицином составляет 5 дней. Для всех остальных макролидов длительность терапии совпадает с таковой для пероральных β -лактамов (10 дней).

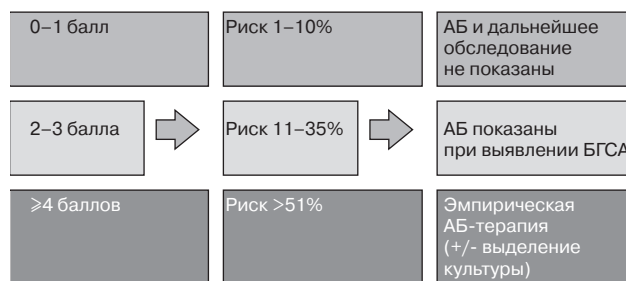
Линкозамиды (линкомицин и клиндамицин) используют только в случае непереносимости как β -лактамов, так и макролидов. Профиль безопасности этих препаратов существенно хуже по сравнению с β -лактамами и макролидами, они имеют большее значение при профилактике инфекционного эндокардита у пациентов, часто принимающих оральные пенициллины, поскольку в данном случае зеленящие стрептококки теряют чувствительность к пенициллинам.

Возможные варианты антибактериальной терапии острого БГСА-тонзиллита с указанием режима дозирования приведены в табл. 1.

Число неудач пенициллинотерапии БГСА-тонзиллитов в последние годы возрастает и составляет, по некоторым оценкам, до 25–30%. Среди этих неудач, несомненно, определенная часть обусловлена недостаточной комплаентностью пациентов и преждевременным прерыванием курса лечения после наступления клинического улучшения. Однако существуют и объективные микробиологические причины отсутствия клинического успеха: сами БГСА не продуцируют β -лактамазы, но присутствующие в ткани небных миндалин (особенно при хроническом воспалении) копатогены, среди которых особенно часто отмечаются *S. aureus* и *H. influenzae*, способны вызывать гидролиз пенициллинов, что и приводит к неэффективности первоначальной терапии. Поэтому при неуспехе стартовой терапии или при лечении рецидивирующего тонзиллита предпочтение следует отдавать защищенным пенициллинам (амоксициллин/клавуланат) или пероральным цефалоспорином II поколения (цефуроксим аксетил). При непереносимости β -лактамов назначают линкозамиды. Длительность антибактериальной терапии составляет 10 дней, как и в случае острого БГСА-тонзиллита.

Амоксициллин на сегодняшний день занимает особое место в терапии острого БГСА-тонзиллита. Этот полусинтетический аминопенициллин сочетает эффективность в отношении БГСА, хорошую пе-

Рис. 3. Оценка риска БГСА тонзиллита по шкале McIsaac [23].



реносимость, выгодные фармакокинетические показатели и невысокую стоимость. Как следствие он практически полностью вытеснил из клинической практики рекомендуемый прежде в качестве препарата выбора феноксиметилпенициллин.

На рынке амоксициллин представлен как препарат в оригинальной лекарственной форме Флемоксин Солютаб®, так и генерическими препаратами. Терапевтическая эквивалентность и фармакоэкономические показатели этих препаратов при лечении ОТ изучались на кафедре клинической фармакологии РГМУ. Демографическая характеристика популяции пациентов, вошедших в исследование, отражена в табл. 2. Терапевтическая эффективность проведенной антибактериальной терапии (АБТ) оценивалась по эффективности стартового режима АБТ, времени наступления положительной динамики, оцениваемому по уменьшению налетов на миндалинах, признаков инфекционного токсикоза и стойкой нормализации температуры тела, скорости наступления клинического выздоровления, а также времени нормализации измененных показателей общего анализа крови (нормализация числа лейкоцитов, лейкоцитарной формулы, СОЭ) и возникновению нежелательных реакций (НР).

На основании анализа полученных результатов (табл. 3) можно заключить, что у пациентов, получивших в качестве стартовой АБТ Флемоксин Солютаб®, на 0,4 дня статистически достоверно быстрее наступает регресс проявлений заболевания, на 1,3 дня статистически достоверно быстрее наступает клиническое выздоровление. Кроме того, у больных, лечившихся препаратом амоксициллина в оригинальной лекарственной форме Солютаб, в среднем на 1 сут статистически достоверно быстрее наступает нормализация показателей общего анализа крови. У 14 пациентов, получавших в качестве стартового режима АБТ генерики амоксициллина, в связи с отсутствием эффекта или возникновением НР, потребовалось назначение повторного курса АБТ. Структура проведенного повторного курса представлена в табл. 4. Обращает на себя внимание тот факт, что в ряде случаев смена перорального амоксициллина на парентеральное введение ампициллина приводила к появлению положительной клинической динамики.

При проведении фармакотерапии генериками амоксициллина было отмечено возникновение 5 НР. Серьезных НР выявлено не было. Все возникшие НР сопровождались появлением зудящих кожных высыпаний, которые редуцировались после отмены препаратов и назначения антигистаминных средств. В группе пациентов, получавших терапию препаратом Флемоксин Солютаб®, НР выявлено не было. Таким образом, АБТ воспроизведенными препаратами амоксициллина сопровождалась статистически дос-

товерно более частым возникновением НР ($p < 0,001$; критерий χ^2).

Проведенная фармакотерапия у пациентов в исследуемых группах статистически достоверно отличалась только по количеству назначенных антибактериальных препаратов, что связано с неэффективностью стартового режима АБТ у 14 пациентов, получавших воспроизведенные препараты амоксициллина. Таким образом, затратная эффективность лечения пациентов в обеих сравниваемых подгруппах может быть рассчитана, учитывая только финансовые затраты на АБТ. Результаты фармакоэкономического исследования свидетельствуют о том, что изучаемые препараты обладают практически одинаковыми затратно-эффективными показателями (при использовании препарата Флемоксин Соллютаб® на 1 больного необходимо затратить лишь на 10,92 руб. больше, нежели при назначении генерика), при этом фармакотерапия Флемоксином более эффективна и безопасна. Таким образом, проведение стартового режима АБТ с использованием препарата амоксициллина в оригинальной лекарственной форме (Флемоксин Соллютаб®) позволяет повысить эффективность и безопасность фармакотерапии при почти одинаковых показателях затратной эффективности по сравнению с дешевыми воспроизведенными препаратами амоксициллина.

Литература

1. Крюкова А.И., Хамзалиева Р.Б., Захарова А.Ф., Изотова Г.Н. Показатели заболеваемости и качество оказания амбулаторной помощи ЛОР-больным с патологией уха и верхних дыхательных путей в городе Москве.
2. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии под ред. Л.С.Страчунского, Ю.Б.Белюсова, С.Н.Козлова. М., 2002.

ва, С.Н.Козлова. М., 2002.

3. Jennings LC, Anderson TP, Werno AM et al. Viral etiology of acute respiratory tract infections in children presenting to hospital: role of polymerase chain reaction and demonstration of multiple infections. *Pediatr Infect Dis J* 2004; 23 (11): 1003–7.
4. Graham A, Fabey T. Evidence based case report. Sore throat: diagnostic and therapeutic dilemmas. *BMJ* 1999; 319 (7203): 173–4.
5. Bisno AL, Gerber MA, Gwaltney JM Jr et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis. *Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis* 2002; 35 (2): 113–25.
6. Shab M, Centor RM, Jennings M. Severe acute pharyngitis caused by group C streptococcus. *J Gen Intern Med* 2007; 22 (2): 272–4.
7. Zaoutis T, Attia M, Gross R, Klein J. The role of group C and group G streptococci in acute pharyngitis in children. *Clin Microbiol Infect* 2004; 10 (1): 37–40.
8. American Academy of Pediatrics. *Arcanobacterium haemolyticum Infections*. In: Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases. American Academy of Pediatrics. 27th ed. 2006; 217–8.
9. Holder NA. Gonococcal infections. *Pediatr Rev* 2008; 29 (7): 228–34.
10. Esposito S, Blasi F, Bosis S et al. Aetiology of acute pharyngitis: the role of atypical bacteria. *J Med Microbiol* 2004; 53: 645–51.
11. Carapetis JR, Steer AC, Mulholland EK, Weber M. The global burden of group A streptococcal diseases. *Lancet Infect Dis* 2005; 5 (11): 685–94.
12. Пальчун В.Т. Предупредить хронизацию и осложнения острого воспаления ЛОР-органов. *Вестн. оториноларингол.* 2009; 2: 4–6.
13. Catanzaro FJ, Stetson CA, Morris AJ et al. The role of the streptococcus in the pathogenesis of rheumatic fever. *Am J Med* 1954; 17 (6): 749–56.

Уважаемые коллеги!

Межрегиональная общественная организация «Российское респираторное общество» приглашает Вас принять участие в работе

XX Национального Конгресса по болезням органов дыхания

с 16 по 19 ноября 2010 г.

Конгресс состоится в здании Российской академии государственной службы при Президенте РФ по адресу: Москва, проспект Вернадского, 84

Традиционно ежегодные Национальные Конгрессы по болезням органов дыхания собирают ведущих российских и зарубежных специалистов в области респираторной медицины, фтизиатрии, интенсивной терапии и инфекционных болезней.

Мероприятия Конгресса представлены школами для врачей, лекциями, симпозиумами, круглыми столами, клиническими разборами и охватывают весь спектр проблем, связанных с заболеваниями органов дыхания.

В рамках Конгресса ежегодно проходят постерные сессии, конкурсы молодых ученых.

Неотъемлемой частью Конгресса является выставка медицинского оборудования, лекарственных средств и информационно-издательских групп.

Зарегистрированные участники обеспечены сертификатом, материалами школ для врачей, сборником тезисов и программой Конгресса, каталогом выставок.

XX Национальный Конгресс по болезням органов дыхания является Юбилейным и будет посвящен истории развития респираторной медицины России, включая ее становление на региональном уровне. Организацион-

ный комитет Конгресса надеется, что специалисты в области пульмонологии из различных регионов и областей России и стран СНГ представят результаты своих исследований, поделятся опытом и обсудят с коллегами интересующие проблемы. Для расширения аудитории и реального вовлечения регионов во время Конгресса планируется проведение телеконференций с использованием современных информационных технологий. Для участия в работе Конгресса необходима предварительная регистрация.

Оргкомитет Конгресса

Прием тезисов осуществляется в электронной форме с 1 апреля по 31 июля 2010 года на сайте МОО «Российское респираторное общество» www.pulmonology.ru. Для участия в Конгрессе молодых ученых следует отправить отдельную заявку по адресу pulmo2010@mail.ru, требования к заявке изложены на сайте www.pulmonology.ru. Тезисы принимаются бесплатно.

Тезисы, прошедшие рецензирование, будут включены в бумажную и электронную версии Сборника трудов Конгресса.

Заявки на спонсорство, участие в научной программе Конгресса, рекламно-информационные услуги:
105077, Москва, ул. 11-я Парковая, д. 32.
Тел. 8 (495) 396-06-52, 8 (916) 118-32-19.
E-mail: pulmo2010@mail.ru,
www.pulmonology.ru

Для участия в выставке:
Москва, Шмитовский пр., 3.
Тел. 8 (495) 605-34-46.
E-mail: expoprof@ru.ru

По вопросам регистрации и проживания во время Конгресса обращаться к уполномоченному сервис-агенту компании «Московский Деловой Центр»

- предварительная регистрация:
e-mail: regis001@rambler.ru
- проживание:
e-mail: hotel001@rambler.ru,
тел. 8 (499) 241-84-67
- для иностранных участников:
тел. 8 (499) 241-84-67