

Антибактериальная терапия: тактика, стратегия, ошибки



Неправильное назначение антибактериальных препаратов (АП) может привести к серьезным медицинским последствиям и оказать существенное влияние не только на течение заболевания, но и на формирование антибиотикорезистентности

АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

С расширением арсенала АП основной проблемой становится рациональный выбор лекарственного средства, оказывающего наибольшее терапевтическое и наименьшее токсическое действие. Стратегической задачей антибиотикотерапии является уменьшение селекции и распространения резистентных штаммов микроорганизмов в популяции. Развитию антибиотикорезистентности способствуют неадекватный доступ к лекарствам и появление на рынке некачественных, но дешевых препаратов.

Не стоит думать, что антибиотикорезистентность — это современная проблема. Устойчивость к АП существовала всегда и может быть истинной или приобретенной. Под приобретенной устойчивостью подразумевают свойство отдельных штаммов бактерий сохранять жизнеспособность при минимальных концентрациях антибиотиков, которые подавляют основную часть микробной популяции. Развитие у бактерий приобретенной резистентности не обязательно сопровождается снижением клинической эффективности АП. Формирование резистентности во всех случаях обусловлено генетически —

приобретением новой генетической информации или изменением уровня экспрессии собственных генов. Известны следующие биохимические механизмы устойчивости бактерий к антибиотикам: модификация мишени действия, инактивация антибиотика, активное выведение его из микробной клетки (эффлюкс), нарушение проницаемости внешних структур микробной клетки, формирование метаболитического шунта.

НЕ ДОПУСТИТЬ ОШИБОК

Серьезной ошибкой при проведении антибактериальной терапии является неправильный выбор АП. Назначая антибиотик, врач должен учитывать спектр его антимикробной активности, региональный уровень резистентности к нему возбудителей, его доказанную эффективность в контролируемых клинических исследованиях и безопасность.

При выборе АП необходимо учитывать уровень резистентности основных возбудителей в популяции. Так, к основным возбудителям инфекций дыхательных путей относятся *S. pneumoniae*, *H. Influenzae* и *S. pyogenes*. Анализ данных клинических исследований с учетом региональной резистентности свидетельствует о том,

что в данное время оптимальные средства для лечения внебольничных респираторных инфекций — бета-лактамы антибиотики и фторхинолоны. Даже учитывая тот факт, что *S. pyogenes* и другие стрептококки не способны вырабатывать бета-лактамазы, амоксициллин является клинически неэффективным препаратом, особенно при хронических воспалениях, так как присутствующие в тканях небных миндалин копатогены, такие как *H. Influenzae* и *S. Aureus*, способны вызывать гидролиз пенициллинов. Поэтому при лечении рецидивирующего тонзиллита предпочтение следует отдавать защищенным пенициллинам (амоксициллин/клавулатат). Увеличение частоты встречемости *S. pneumoniae*, устойчивых к пенициллину, и бета-лактамазопродуцирующих штаммов *H. influenzae* ограничивает эффективность традиционно назначаемых в таких случаях антибиотиков первого ряда. С учетом этих обстоятельств все большее внимание при выборе АП для лечения воспалительных заболеваний околоносовых пазух и среднего уха в последние годы уделяют современным макролидам, в частности азитромицину, который демонстрирует активность в отношении большинства наиболее вероятных возбудителей инфекций ЛОР-органов

(*S. pneumoniae*, *S. pyogenes*, *M. catarrhalis*). В отличие от других макролидов, азитромицин также проявляет клинически значимую активность в отношении *H. Influenzae* — одного из основных возбудителей острого среднего отита и острого бактериального синусита.

Необоснованное назначение АП — одна из наиболее распространенных тактических ошибок. Показанием к применению АП является выявленная или предполагаемая бактериальная инфекция. Частая ошибка в амбулаторной практике, наблюдаемая в 30–70% случаев, — назначение антибактериальных препаратов при вирусных инфекциях. Поэтому при острых заболеваниях верхних дыхательных путей, как правило, вирусной этиологии (ларингит, ринит, трахеит), проведение антибактериальной терапии нецелесообразно. В большинстве случаев назначение АП не показано при остром бронхите. Их неоправданное применение повышает риск возникновения у пациентов побочных реакций.

Нередко допускают ошибки при выборе оптимальной дозы и кратности приема АП. Низкая доза не обеспечит содержание АП в крови и тканях дыхательных путей, превышающее минимальную подавляющую концентрацию, что не позволит достичь эрадикации соответствующего возбудителя инфекции и создаст реальные предпосылки для формирования резистентности микроорганизмов.

Одной из ошибок антибактериальной терапии респираторных инфекций является необоснованное назначение комбинированных АП. При наличии широкого арсенала высокоэффективных АП широкого спектра действия показания к комбинированному лечению значительно сужены, и приоритет в борьбе со многими инфекциями остается за монотерапией. Основные показания к проведению комбинированной антибактериальной терапии — тяжелое течение пневмонии и наличие у пациента модифицирующих факторов. Частой ошибкой также является неоправданное назначение антибиотиков в комбинации с противогрибковыми средствами с целью профилактики дисбактериоза. Следует учитывать, что при использовании современных АП у пациентов без серьезных нарушений иммунитета риск развития грибковой суперинфекции минимален.

Ошибки, связанные с длительностью антибактериальной терапии, особенно часто встречаются в педиатрической практике. Прежде всего, это обусловлено непониманием цели самой антибактериальной терапии, которая должна быть направлена на подавление микробной агрессии.

ВАЖНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ

Основным критерием эффективности лечения больных является уменьшение проявлений интоксикации и снижение температуры тела при отсутствии признаков дыхательной недостаточности через 48–72 часа после начала антибактериальной терапии. При наличии положительной динамики терапию следует продолжать назначенным АП. Если интоксикация и лихорадка сохраняются, проводят коррекцию лечения. Антибактериальную терапию прекращают при достижении стойкой нормализации температуры тела в течение 3–5 суток. При этом возможно сохранение у пациента жалоб на общую слабость, потливость, в некоторых случаях субфебрильную температуру тела (обусловлена постинфекционной вегетативной дисфункцией). Остаточные изменения на рентгенограмме — кашель, сухие хрипы, увеличенная СОЭ — могут сохраняться длительное время, но в большинстве случаев не являются показателями персистенции инфекции и не требуют применения антибиотиков.

Александр Шмагин

По материалам статьи Дяченко В.В. Тактические ошибки антибактериальной терапии инфекций дыхательных путей // *Therapia. Український медичний вісник.* — 2011. — № 10 (62)

При диарее — Смекта®!

Вряд ли найдется человек, который не знает, что такое диарея. С приходом лета — сезона



фруктов и путешествий — эта «неожиданность» наступает многих. О ее причинах и возможностях лечения рассказывает заведующий кафедрой детских инфекционных болезней НМУ им. А.А. Богомольца, д-р мед. наук, профессор, заслуженный врач Украины Сергей Крамарев

— Почему летом диареей страдают чаще?

— Как правило, диарея обусловлена нарушением переваривания пищи или инфекцией, вызванной вирусами или бактериями. Летом опасность развития заболевания возрастает в связи с тем, что продукты портятся быстрее, в пищу часто употребляют плохо вымытые овощи и фрукты. Кроме того, расстройство функций желудочно-кишечного тракта может вызвать переезд в другую климатическую зону. Это так называемая диарея путешественников.

— Как лечить диарею?

— При появлении первых симптомов необходимо срочно начать лечение, чтобы избежать обезвоживания организма и нарушения баланса электролитов. Стандартный подход включает обязательную регидратацию, прием антибиотиков (в случае инфекционного происхождения диареи) и энтеросорбция предназначена для ликвидации токсических продуктов, образовавшихся в результате жизнедеятельности патогенных микроорганизмов, а также попавших в организм пациента извне. В схемах лечения острых кишечных инфекций в качестве дополнения к стандартной терапии рекомендована Смекта®.

— Почему именно Смекта®?

— Во-первых, этот препарат выводит из организма токсины, кишечные газы, непереваренные вещества и патогенные микроорганизмы. Во-вторых, Смекта® не только ускоряет выздоровление, но и позволяет сократить количество используемых лекарств. В-третьих, побочные эффекты от приема препарата крайне редки. Действующее вещество Смекты — диосмектит — не всасывается в системный кровоток и не изменяет перистальтику кишечника. Смекта® — препарат вспомогательной терапии, эффективность которого при острых кишечных инфекциях подтверждена клиническими исследованиями. Это дало основание Европейской ассоциации детских инфекционистов и гастроэнтерологов рекомендовать Смекту в качестве дополнительной терапии при лечении острых кишечных инфекций.

P.C. № UA/10103/01/01, № UA/7660/01/01 от 07.06.2011