

ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

**Рациональная
антибактериальная терапия
острых респираторных
инфекций**

Мицура Виктор Михайлович,
К.м.н., доцент кафедры инфекционных болезней

ОРЗ и ОРВИ: факты

- Дети раннего возраста ежегодно переносят 5–8 эпизодов ОРЗ в год (ВОЗ).
- ОРЗ могут быть обусловлены большим числом (более 200) различных этиологических агентов.
- До 90% ОРЗ вызваны респираторными вирусами – в отсутствие признаков бактериальной инфекции оправдан термин «острая респираторно-вирусная инфекция» (ОРВИ).
- АБ-терапия требуется при ОРЗ в 6–10% случаев.
- Проф. В.К. Таточенко (Москва, 2009): в Москве антибиотики назначают 25% детей с ОРВИ, в некоторых городах России эта цифра достигает 50–60%.



Найти



Интернет Сессия

Внутренние болезни

Кардиология

Гастроэнтерология

Гепатология

Пульмонология

Эндокринология

Женское здоровье

Неврология

Хирургия

Образовательные курсы



- Вход в систему
- Регистрация

ИНТЕРНЕТ СЕССИЯ

ВСЕРОССИЙСКАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ
ИНТЕРНЕТ-ПРОГРАММА ДЛЯ ВРАЧЕЙ

Расписание Интернет-Сессий

В этом разделе сайта internist.ru представлены медицинские **видеолекции** ведущих специалистов нашей страны, транслировавшиеся во время Интернет Сессий.

Бесплатная медицина и медицинское Интернет-образование - это концепция нашего проекта. **Посмотреть лекции по медицине**, прочитанные профессорами [Л.А. Бокерией](#), [В.Т. Ивашкиным](#), [А.И. Синопальниковым](#), [Г.П. Арутюновым](#), [И.В. Маевым](#) и многими другими, теперь может каждый доктор, в каком бы отдаленном уголке нашей страны он не находился. Архив мед видео постоянно обновляется. Наиболее полно представлены **видеолекции** по кардиологии, гастроэнтерологии, урологии, проблеме коррекции остеопороза, доказательной медицине, пульмонологии, гепатологии.

Антибиотикотерапия респираторных инфекций у детей. Клинические наблюдения. Таточенко В.К.

Антибиотикотерапия респираторных инфекций у детей. Клинические наблюдения. Таточенко В.К.

Оральные антибиотики 1-го выбора

- Амоксициллин
- Амоксициллин/клавуланат
- Цефуроксим-аксетил

Оtit, Синусит, Тонзиллит БГСА
Пневмония типичная, ИМП

- Макролиды - «атипичные инфекции», БГСА-тонзиллит, замена лактамов при аллергии к ним
- Доксициклин (>8 лет) - аллергия к лактамам, боррелиоз

Цефалексин - только тонзиллит, импетиго

Цефиксим - ИМП, инвазивная ОКИ. Сниженная активность в отношении пневмококков

11:16 36:10

Рациональное использование антибиотика (АБ)

- Использование АБ только при бактериальной инфекции
- Выбор только такого АБ, к которому чувствителен возбудитель
- Применение дозировок АБ, способных обеспечить концентрации, подавляющие возбудителя в очаге
- Отказ от профилактического применения АБ

- **АБ не действуют на вирусы!**
- **АБ не снижают температуру!**
- **АБ не дренируют гнойники!**
- **АБ не заменяют диагностику!**

Косвенные симптомы вероятной бактериальной инфекции

- стойкая (3 дня и более) фебрильная температура с выраженными симптомами общей интоксикации,
- появление гнойных налётов и гнойного или слизисто–гнойного отделяемого,
- одышка в отсутствие обструкции,
- асимметрия аускультативных данных в легких.
- Назначается антибиотик, который, в случае если диагноз в последующем не подтвердился, следует тут же отменить.

Маркеры (%) при вирусных и бактериальных инфекциях

Где должны
находиться точки
отсчета:
бактериальная –
вирусная инфекция?

Лейкоцитоз $\geq 15\ 000$
(у детей 0-3 мес –
 $\geq 20\ 000$)

Нейтрофилез $\geq 10\ 000$

П/я сдвиг $\geq 1\ 500$

СРБ ≥ 30 мг/л

Прокальцитонин
 ≥ 2 нг/мл

	Лейкоциты $\times 10^9/\text{л}$				
	<5	5-10	10-15	15-20	>20
ОРВИ	6	62	28	3	-
Бронхит	-	65	35	-	-
Круп	-	74	25	1	-
Пневмония	-	12	29	37	22
Отит	-	29	30	28	12
ИМП	-	23	32	36	9

	Уровень СРБ, мг/л			
	<15	15-30	30-60	>60
ОРВИ, бронхит	81	17	1	0
Пневмония	-	-	7	93
Острый отит	18	20	24	38
ИМП	30	25	30	15

Из 1382 госпитализированных детей с острой лихорадкой (без диарей) антибиотики потребовались 507 больным (38%)

Бахрамов М., 2009

С катаром (ОРВИ): 942 (68%)

- не требуют АБ – 757 (80%)

ОРВИ - 306

Тонзиллит - вирусный - 97

Ларингит, круп - 124

Бронхит, бронхиолит - 230

- требуют АБ: 185 (20%)

Синусит гнойный - 3

Средний отит – 98

Бронхит (микоплазма) – 33

Пневмония – 51

Без катара: 440 (32%)

не требуют АБ 118 (27%)

Грипп -24

ВПГ - 36

ВГ-6 - 22

Коксаки, ЕСНО - 36

- требуют АБ: 322 (73%)

Тонзиллит - БГСА – 43,

Отит – 43

Пневмония – 50

Бактериемия (ЛБОИ) – 35

ИМП -134

Лимфаденит – 14

Эпиглоттит - 2

У лихорадящего больного о бактериальной инфекции заставляют думать не выраженность катара и температуры, а наличие общих симптомов тяжести

Катар, насморк, кашель, обилие хрипов, обструкция скорее говорят об отсутствии бактериальной инфекции.

Основные возбудители бактериальных ОРЗ у детей

	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	<i>Haemophilus influenzae</i> (не типизируемая)	<i>H. influenzae</i> типа <i>b</i>	<i>Streptococcus haemolyticus</i> группы <i>A</i>	<i>Moraxella catarrhalis</i>	<i>St. aureus</i>	<i>Mycoplasma</i>	<i>Chlamydia pneumoniae</i>	<i>Chlamydia trachomatis</i>
Отит острый средний	+++	+++		+	+				
Синусит гнойный	+++		+	+++		+++			
Синусит негнойный	+++	+++		+		+			
Тонзиллит острый				+++					
Лимфаденит				+++		+			
Эпиглоттит	++		+++						
Бронхит							+++	+	
Пневмония: 1–6 месяцев	++	+/-	+			+			++
6 месяцев – 5 лет	+++	+/-	+				+	+/-	
6–15 лет	+++			+			++	++	

Показания к антибактериальному лечению ОРЗ

- ГНОЙН
- лимфа
- нисход
- остр
- анаэ
- запах
- остр
- гноете
- синус
- пазуха
- респи
- пневм

Антибактериальная терапия ОРЗ

Не показана

- Ринит
- Назофарингит
- Фарингит
- Синусит катаральный
- Ларингит
- Трахеит
- Трахеобронхит
- Бронхит:
 - вирусный;
 - обструктивный

ли глазницы,
сцесс,

НИЛОСТНЫМ

оскопией или с

менений в

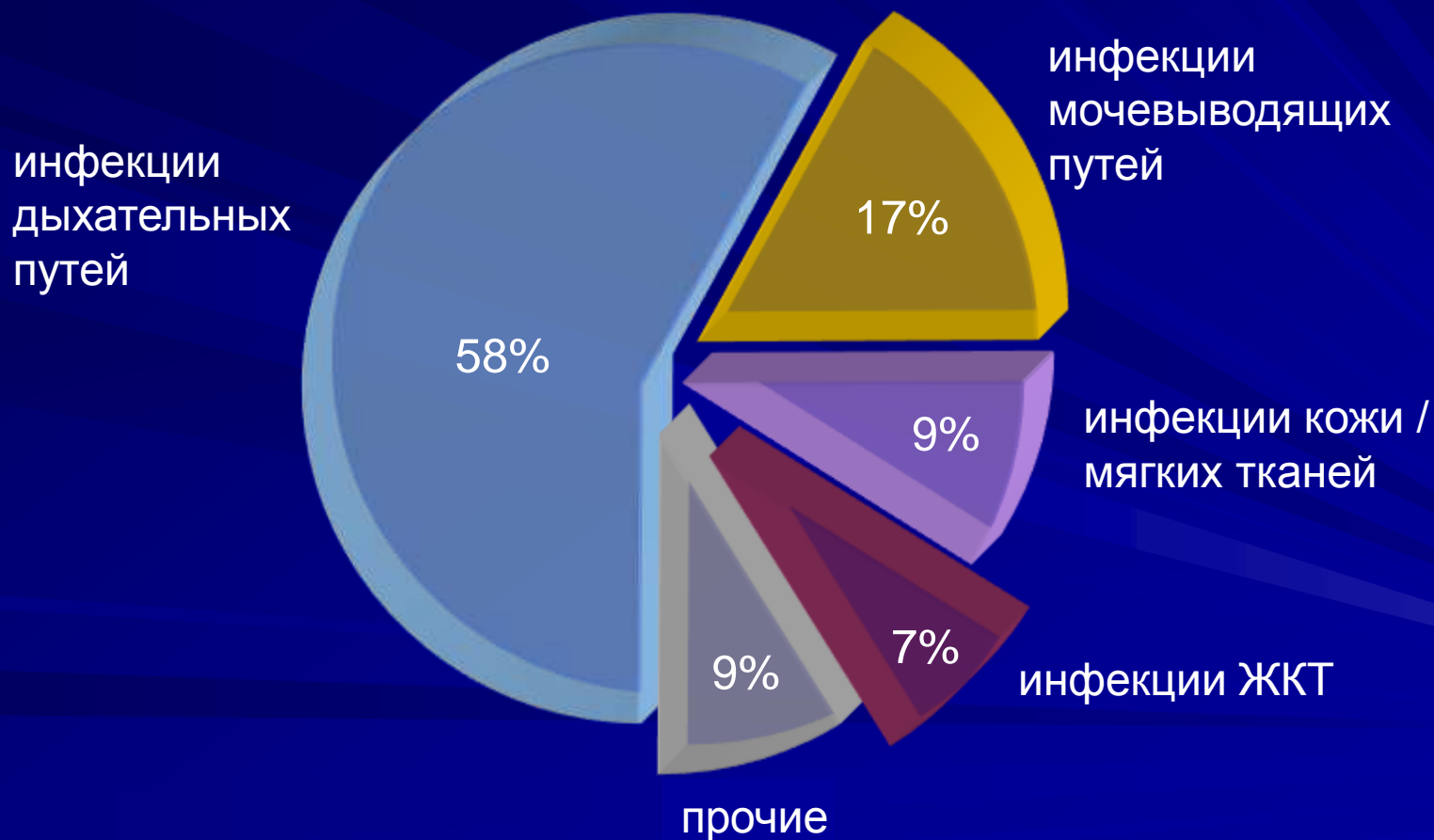
ИДИОЗ;

Рациональная АБ-терапия: мировая практика

- Ограничение использования АБ при отсутствии необходимости – снижение АБ-резистентности возбудителей
- Отказ от в/м инъекций, широкое использование пероральных препаратов в амбулаторной практике, в/в введение АБ в стационаре.
- Ступенчатая терапия
- Короткие курсы антибиотиков
- Выбор антибиотиков с длительным интервалом дозирования
- Монотерапия

АНТИБИОТИКИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Антибиотики, назначаемые внутрь (162 млн. назначений):





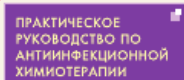
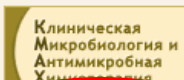
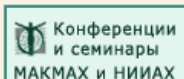
Разделы сайта

[Антибиотики](#)
[Резистентность](#)
[Врачу](#)
[Пациенту](#)
[Библиотека](#)
[Конференции](#)
[НЛР](#)
[Курьёзы медицины](#)

Навигация

[Информация о сайте](#)
[Защита авторских прав](#)
[Архив новостей сайта](#)
[Вопросы и ответы](#)
[Ссылки](#)
[Файлы](#)
[Форум для врачей](#)
[Самое читаемое](#)
[Статистика](#)

Сотрудничество

[Экспорт новостей](#)

КОНФЕРЕНЦИИ, СЕМИНАРЫ, КУРСЫ

- **План мероприятий МАКМАХ на 2014 год:** изменена дата проведения IV Сибирской конференции МАКМАХ
- **XVI Международный конгресс по антимикробной терапии МАКМАХ/ESCMID**
- **Тезисы XV международного конгресса по антимикробной терапии**

ИССЛЕДОВАНИЯ

- Многоцентровое проспективное микробиологическое исследование **Мониторинг распространённости и антибиотикорезистентности возбудителей инфекций у госпитализированных пациентов в многопрофильных стационарах различных регионов России — МАРАФОН-2013**
- Многоцентровое проспективное микробиологическое исследование **ПеГАС «Мониторинг антибиотикорезистентности пневмококков, пиогенных стрептококков, гемофил и моракселл в различных регионах России»**
- **Инфекционный эндокардит: инициативное многоцентровое исследование**

Уважаемые коллеги! НИИ антимикробной химиотерапии приглашает Вас принять участие в Многоцентровом проспективном микробиологическом исследовании бактериальных возбудителей инвазивного диарейного синдрома у детей. [Подробнее...](#)

НОВЫЕ СТАТЬИ

Подарки с медицинской тематикой: чем удивить врача?

Разное



В прошлом году на сайте Antibiotic.ru была размещена статья «Подарки от пациентов: что в Вашем кармане? (разговоры врачей)». В преддверии этого Нового года хотелось бы остановиться на теме «Подарки с медицинской тематикой» и попытаться ответить на вопрос, смогут ли пациенты удивить врачей...

30 декабря 2013 г.

[Дальше...](#) :: просмотров: 732

Рекомендации Американского общества инфекционных болезней: вакцинация иммунокомпromетированных лиц

Иммунология и иммунопрофилактика



Раздел: Практические рекомендации и руководства

В соответствии с новыми рекомендациями Американского общества инфекционных болезней, опубликованными в декабрьской on-line версии журнала *Clinical Infectious Diseases*, большинство иммунокомпromетированных пациентов должны быть вакцинированы против гриппа и других инфекций.

25 декабря 2013 г.

[Дальше...](#) :: просмотров: 554

Эффективны ли макролиды в качестве дополнительной терапии у детей с бронхиальной астмой?



ОПРОС

Какая система для ведения электронной истории болезни используется в Вашем ЛПУ?

- 1С:Медицина
 AKSi-клиника
 Артемида
 ДОКА+
 Интерин PROMIS
 МЕДИАЛОГ
 САМСОН-ВИСТА
 Эверест
 Локально разработанная система (укажите в комментариях)
 Другое (укажите в комментариях)
 Не используется

Голосов: **364**Комментарии: **0**[Результаты](#) | [Опросы](#)

Регистрация/Вход

Имя пользователя

Пароль

 Запомнить меня[.. Регистрация ..](#)

ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО по антиинфекционной химиотерапии

- Под редакцией:
Л.С. Страчунского
Ю.Б. Белоусова
С.Н. Козлова

Общие вопросы

Описание препаратов

Выбор препаратов

Особенности применения

Предметный указатель

Содержание

- Об авторах и издателях
- Введение (Страчунский Л.С., Белоусов Ю.Б., Козлов С.Н.)
- **Выбор антиинфекционных химиопрепаратов при различных заболеваниях**
 - Инфекции кожи, мягких тканей, костей и суставов (Зубков М.Н., Беденков А.В.)
 - Инфекции верхних дыхательных путей и ЛОР-органов (Каманин Е.И., Стецюк О.У.)
 - Инфекции нижних дыхательных путей (Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Страчунский Л.С.)
 - Инфекции глаз (Майчук Е.Ф., Козлов Р.С.)
 - Инфекции полости рта и челюстно-лицевой области (Зузова А.П., Забелин А.С.)
 - Инфекции желудочно-кишечного тракта (Сидоренко С.В.)
 - Интраабдоминальные инфекции (Гельфанд Б.Р.)
 - Инфекции мочевыводящих путей (Лоран О.Б., Рафальский В.В.)
 - Инфекции репродуктивной системы у мужчин (Лоран О.Б., Рафальский В.В.)
 - Инфекции, передающиеся половым путем (Аковбян В.А., Кубанова А.А.)
 - Инфекции в акушерстве и гинекологии (Никонов А.П., Сехин С.В., Анкирская А.С.)
 - Инфекции центральной нервной системы (Белобородов В.Б., Лобзин Ю.В.)
 - Инфекции сердечно-сосудистой системы (Белоусов Ю.Б., Демин А.А.)
 - Сепсис (Белобородов В.Б., Руднов В.А.)
 - Нейтропеническая лихорадка (Белобородов В.Б., Руднов В.А.)
 - Риккетсиозы и бактериальные зоонозы (Лобзин Ю.В., Казанцев А.П.)
 - Нозокомиальные инфекции (Козлов Р.С.)
 - Антибиотикопрофилактика в хирургии (Страчунский Л.С., Розенсон О.Л.)
 - Выбор антимикробных химиопрепаратов при туберкулезе (Стрелис А.К.)
 - Выбор антимикробных химиопрепаратов при грибковых инфекциях (Климко Н.Н.)
 - Выбор антимикробных химиопрепаратов при вирусных инфекциях
 - Герпетические инфекции (Аковбян В.А., Масюкова С.А., Сехин С.В.)
 - Цитомегаловирусные инфекции (Шахгильдян В.И., Богданович Т.М.)
 - Грипп (Лобзин Ю.В., Львов Н.И.)
 - Гепатиты (Ивашкин В.Т., Маевская М.В., Рафальский В.В.)
 - Выбор антимикробных химиопрепаратов при ВИЧ-инфекции (Кравченко А.В., Рафальский В.В.)
 - Выбор противопротозойных химиопрепаратов (Малеев В.В., Токмалев А.К.)
 - Выбор противогельминтных химиопрепаратов (Малеев В.В., Токмалев А.К.)

Микоплазменная инфекция

- 5–10% ОРЗ, 20–40% пневмоний у детей;
- возраст (дошкольный и старше);
- Постепенное начало заболевания;
- высокая продолжительная лихорадка без выраженного токсикоза;
- неяркий «сухой» катар ВДП; мучительный кашель.
- гиперемия конъюнктив («сухой конъюнктивит»);
- обилие крепитирующих хрипов; их асимметрия;
- локальное усиление бронхо-сосудистого рисунка на рентгенограмме.
- ОАК: небольшой лейкоцитоз, нейтрофилез, ↑СОЭ

Респираторный хламидиоз

- **Хламидийный конъюнктивит**, с околоушным лимфаденитом: острый и хронич., на 2-3-й нед. после рождения, температура нормальная; длится 2-4 нед.
- **Хламидийный бронхит**: возраст 4-12 нед., сухой приступообразный кашель, без бронх. обструкции, общ.состояние страдает мало. Аускультативно: рассеянные хрипы; длится 10-14 дней.
- **Хламидийная пневмония**: постепенно нарастающий сухой непродуктивный кашель, приступообразный. Пневмония двусторонняя. Общее состояние нетяжелое.
- **ОАК**: лейкоцитоз до $20 \cdot 10^9/\text{л}$, эозинофилия 10-15%, СОЭ 40-60 мм/ч.

Избыточному использованию макролидов и росту резистентности флоры способствует неоправданное использование лабораторных тестов на «атипичную флору»



ПЦР-диагностика затрудняется высокой частотой носительства (до 7 мес. после инфекции), ее достоверность выше при наличии характерной симптоматики

ПЦР микоплазмы обнаружены у 16,7% из 321 детей с ОРЗ
у 20,7% из 412 детей без ОРЗ

van Rossum et al. ESPID 30th Annual Meeting. Thessaloniki, May 11, 2012

Серологический диагноз в остром периоде не надежен, наличие антител скорее говорит об инфекции в прошлом, чем в настоящем

IgM-Ат появляются – в 26% к концу 1-й недели
в 56% - к концу 2-й недели инфекции

[Nilsson AC](#) BMC Microbiol. 2008 Jun 11;8:93.

Лучший диагностический признак атипичной инфекции -
неэффективность β -лактамов

Этиология внебольничных пневмоний у детей

Дети 0-6 мес. Типичная – пневмококк, гемофилюс, кишечная п-ка	10%
Атипичная - хламидия трахоматис	30%
«Вторичные» - аспирация пищи, муковисцидоз, ИД	60%
Дети 6 мес-5 лет: Типичная - пневмококк, гемофилюс	85%
Атипичная - микоплазма, хламидия пневмонии	15%
Дети 5-15 лет: Типичная - пневмококк	50%
Атипичная - микоплазма, хламидия пневмонии	50%

Атипичная пневмония отличается от типичной:

- отсутствием T⁰ (*S. trachomatis*) или T⁰ без токсикоза (микоплазма)
- обилием сухих и влажных хрипов, их асимметрией (микоплазма)
- наличием конъюнктивита (микоплазма) или фарингита (*S. pneumoniae*)
- отсутствием реакции маркеров воспаления (микоплазма)

Группы антибиотиков, активные в отношении респираторных патогенов

- Пенициллины
- Цефалоспорины
- Макролиды
- Антипневмококковые фторхинолоны
(левофлоксацин, моксифлоксацин)

Чувствительность основных возбудителей бактериальных ОРЗ к наиболее широко применяемым у детей в амбулаторной практике оральным антибиотикам

	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	<i>Haemophilus influenzae</i> (не типиреуемая)	<i>H. influenzae</i> типа b	<i>Streptococcus haemolyticus</i> группы A	<i>Moraxella catarrhalis</i>	<i>St. aureus</i>	<i>Mycoplasma</i>	<i>Chlamydia pneumoniae</i>	<i>Chlamydia trachomatis</i>
Феноксиметилпенициллин	+++			+++					
Амоксициллин	+++	+++	+++	+++	+				
Амоксициллин/клавуланат	+++	+++	+++	+++	+++	++			
Цефалексин	+++			+++		++			
Цефуроксим аксетил	+++	+++	+++	+++	++	+			
Цефиксим	+	+++	+++	+	+++				
Цефтибутен	+	+++	+++	+	+++				
Эритромицин	++			++	+++	++	+++	+++	+++
Кларитромицин	++	+	+	++	+++	++	+++	+++	+++
Рокситромицин	++			++	+++	++	+++	+++	+++
Азитромицин	++	++	++	++	+++	++	+++	+++	+++
Джозамицин	+++			+++	+++	++	+++	+++	+++
Мидекамицин	+++			+++	+++	++	+++	+++	+++
Спирамицин	+++			+++	+++	++	+++	+++	+++

Дозировка амоксициллина



Амоксициллин активен в отношении 99,8% штаммов пневмококков и 90-95% гемофилюса

Ранее рекомендованные дозы **амоксициллина 20-40 мг/кг/сут** часто не эффективны, доза должна быть **не менее 45-50 мг/кг/сут**

При риске устойчивости пневмококка – дозу **амоксициллина** повышают до **80-100 мг/кг/сут**, а не вводят амоксициллин/клавуланат

Высокие дозы амоксициллина затрудняют появление резистентности

ВОЗ рекомендует при пневмонии **амоксициллин 80 мг/кг/сут**

В Рекомендациях США по внебольничным пневмониям у детей -
амоксициллин 90 мг/кг/сут

Амоксициллин/клавуланат

- эффективен против многих штаммов бактерий со вторичной резистентностью, обусловленной продукцией β -лактамаз – метициллинчувствительных стафилококков, *H.influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, энтеробактерий и др.
- обладает активностью в отношении ряда Гр-микроорганизмов, имеющих природную резистентность к аминопеницилинам (за счет стабильной продукции β -лактамаз) – *Klebsiella spp.*, *P.vulgaris*, *Bacteroides spp.* и др.

Рапиклав (Ipsa): амоксициллин-клавуланат

Дозировки:

- Рапиклав 375 (250/125)
- Рапиклав 625 (500/125)
- Рапиклав 1,0 (875/125)



Классификация макролидов

в зависимости от числа атомов углерода в молекуле макроциклического лактонного кольца



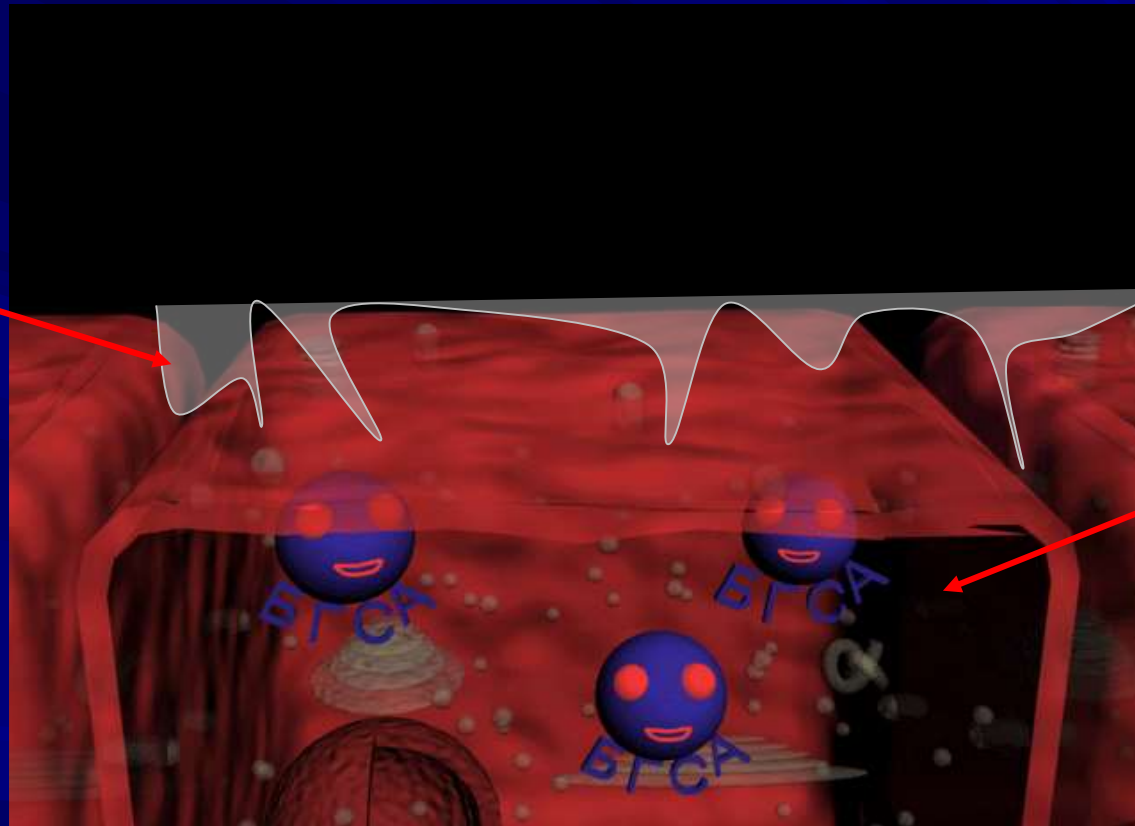
Спектр макролидов включает основные респираторные патогены:

- ✓ Грамположительные кокки: *S.pneumoniae*, *S.pyogenes*, *Staphylococcus*
- ✓ Анаэробные кокки
- ✓ Грамотрицательные кокки: *M.catarrhalis*
- ✓ Грамотрицательные палочки: *H.influenzae*
- ✓ Атипичные возбудители: *Chlamydophila pneumoniae* , *Mycoplasma pneumoniae* , *Legionella pneumophila*

ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ВЫБОР МАКРОЛИДОВ ПРИ ОРЗ

- Активность в отношении респираторных возбудителей
Грам(+) кокки (*S.pneumoniae*, *S.pyogenes*), Грам(-) бактерии (*H.influenzae*, *M.catarrhalis*), атипичные микроорганизмы
- Создание высоких концентраций М. в миндалинах, ткани легких, бронхиальном секрете - «тканевые антибиотики». Постантибиотическое действие.
- Макролиды растворяют биопленки, которые образует БГСА на поверхности миндалин, способствуя их уничтожению.

Почему лечение пеницилинами бывает неэффективно?

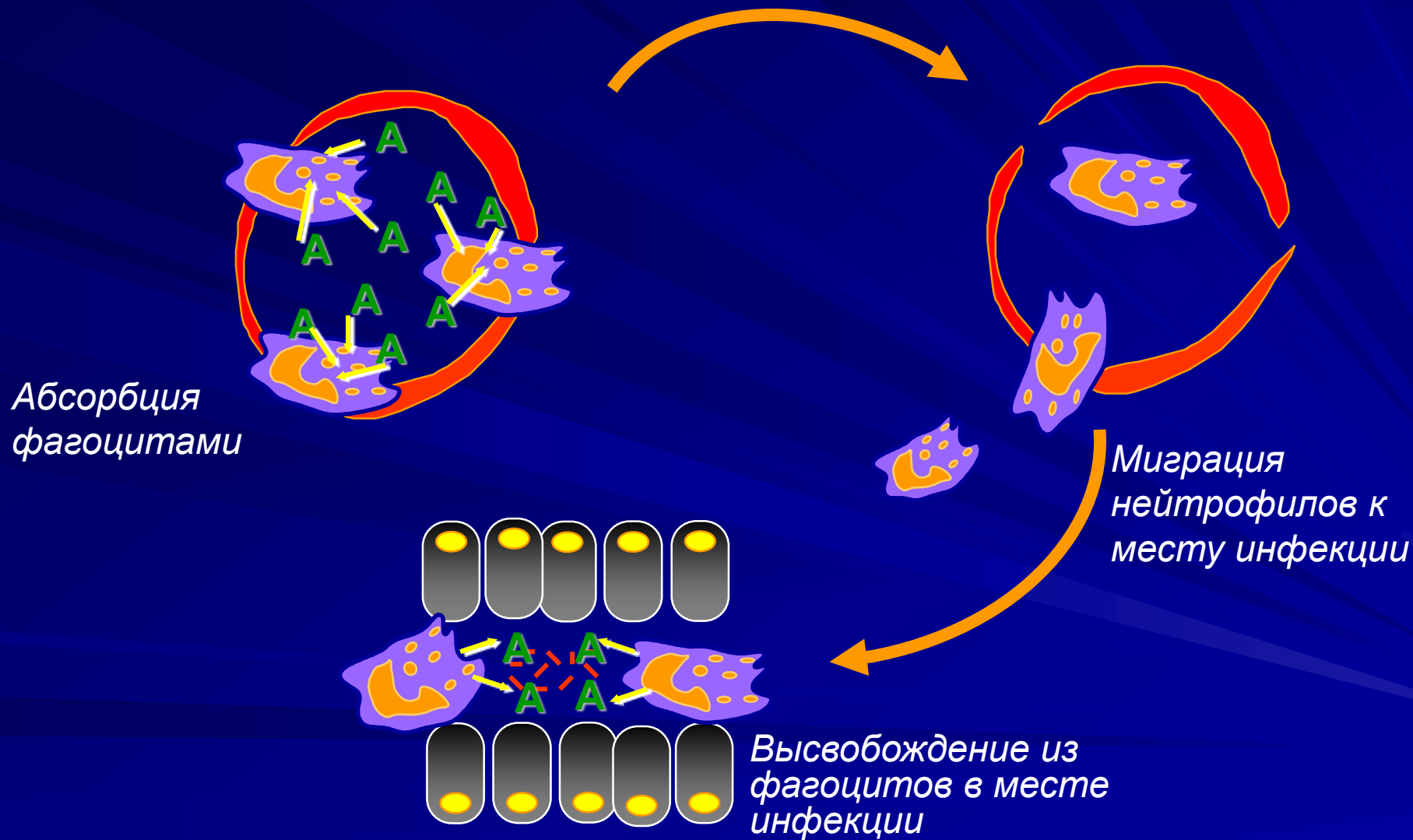


биопленка

клетки,
пораженные
инфекцией

**Макролиды разрушают биопленку
и уничтожают возбудителей внутри клетки**

Макролиды - доставка к месту инфекции



Кларбакт (Iрса) - кларитромицин

- Кларбакт 250 мг №10
- Кларбакт 500 мг №10
- Назначается 2 раза в сутки, прием пищи не влияет на всасывание препарата.
- Незначительное количество побочных эффектов в сравнении с другими АБ.



Кларбакт. Неантимикробное действие – дополнительная польза при лечении ИДП

- Противовоспалительный (иммуномодулирующий) эффект
- Снижение бронхиальной гиперчувствительности у больных астмой
- Бронходилататорный эффект
- Подавление образования слизи

Антибиотикотерапия тонзиллофарингита:



IDSA GUIDELINES

Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Group A Streptococcal Pharyngitis: 2012 Update by the Infectious Diseases Society of America^a

Stanford T. Shulman,¹ Alan L. Bisno,² Herbert W. Clegg,³ Michael A. Gerber,⁴ Edward L. Kaplan,⁵ Grace Lee,⁶ Judith M. Marín,⁷ and Chris Van Beneden⁸



1. Препаратами выбора для лечения пациентов со стрептококковым тонзиллофарингитом являются **пенициллин** и **амоксициллин**. Продолжительность терапии – **10 дней**.
2. При аллергии на пенициллины – ЦФ I, кларитромицин или клиндамицин, азитромицин (**5 дней**).

!!! Недостаточно доказательных данных для сокращения курса терапии менее 10 дней.

ESCMID PUBLICATIONS

10.1111/j.1469-0691.2012.03766.x

Guideline for the management of acute sore throat

ESCMID Sore Throat Guideline Group

C. Pelucchi¹, L. Grigoryan^{2,3}, C. Galeone^{1,4}, S. Esposito⁵, P. Huovinen^{6,7}, P. Little⁸ and T. Verheij²

1) Department of Epidemiology, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milan, Italy, 2) Julius Centre for Health Sciences and Primary Care, University Medical Centre Utrecht, Utrecht, the Netherlands, 3) Department of Family and Community Medicine, Baylor College of Medicine, Houston, TX, USA, 4) Department of Occupational Health, Giulio A. Macacaro Section of Medical Statistics, University of Milan, Milan, Italy, 5) Department of Maternal and Paediatric Sciences, Fondazione IRCCS Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico, Università degli Studi di Milano, Milan, Italy, 6) Department of Medical Microbiology and Immunology, University of Turku, 7) Division of Health Protection, National Institute for Health and Welfare, Turku, Finland and 8) Primary Care and Population Sciences Group, Faculty of Medicine, University of Southampton, Southampton, UK

Этиология риносинусита:

Возбудитель	Публикации до 2000 г.		Публикации в 2010 г.	
	Взрослые (%)	Дети (%)	Взрослые (%)	Дети (%)
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	30-43	44	38	21-33
<i>Haemophilus influenzae</i>	31-35	30	36	31-32
<i>Moraxella catarrhalis</i>	2-10	30	16	8-11
<i>Streptococcus pyogenes</i>	2-7	2	4	
<i>Staphylococcus aureus</i>	2-3		13	1
Грам(-) бактерии (включая <i>Enterobacteriaceae</i> spp)	0-24	2		
Анаэробы (бактероиды, фузобактерии, пептострептококки)	0-12	2		
Респираторные вирусы	3-15			
Нет роста	40-50	30	36	29

Этиология риносинусита:

Viruses

- Direct Synergy
- Anatomy
- ↓ Immunity
- ↑ Adherence
- Paralysis Cilia

Aerobic Bacteria

- *Streptococcus pneumoniae*
- *Haemophilus influenzae*
- *Moraxella catarrhalis*
- Others

Anaerobic Bacteria

- *Prevotella*
- *Fusobacteria*
- *Peptostreptococcus*

Time

Критерии диагностики бактериального РС:

БОЛЬШИЕ КРИТЕРИИ:

- Гнойное отделяемое из полости носа
- Гнойное отделяемое по задней стенке глотки из полости носа
- Заложенность носа
- Гиперемия или припухлость лица
- Лицевые боли или чувство напряжения в проекции ППН
- Гипоосмия или аносмия
- Лихорадка (ОБРС)

МАЛЫЕ КРИТЕРИИ:

- Головная боль
- Боль в ухе, чувство напряжения или припухлость
- Галитоз
- Зубная боль
- Кашель
- Лихорадка (Подо., Хр.БРС)
- Слабость

2 БОЛЬШИХ

или

1 БОЛЬШОЙ + 2 МАЛЫХ критерия

Лечение риносинусита:

ОСНОВНОЙ ПРЕПАРАТ:

Амоксициллин/клавуланат

АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ПРЕПАРАТЫ:

ЦФ II (цефуроксим аксетил)

Макролиды (klarитромицин, азитромицин)

ЦФ III (цефиксим, цефподоксим, цефдинир)

+клиндамицин

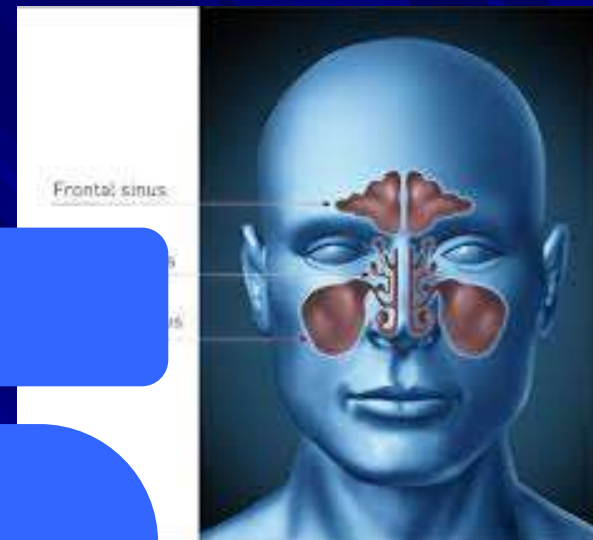
(дети с аллергией на пенициллин в регионах с высокой частотой ПЦ-R пневмококков)

Респираторные фторхинолоны

(левофлоксацин, моксифлоксацин)

ВЗРОСЛЫЕ – 5-7 дней

ДЕТИ – 10-14 дней



Основные возбудители внебольничной пневмонии у амбулаторных пациентов:

ВП нетяжелого течения у лиц моложе 60 лет без сопутствующей патологии	ВП нетяжелого течения у лиц старше 60 лет и/или с сопутствующей патологией
S.pneumoniae M. pneumoniae C.pneumoniae	S.pneumoniae H.influenzae C.pneumoniae S. aureus Enterobacteriaceae
<p><u>препараты выбора:</u> амоксициллин ИЛИ макролидные АБ (klarитромицин, азитромицин) per os</p> <p><u>альтернативные препараты:</u> респираторные фторхинолоны (левофлоксацин, моксифлоксацин) per os</p>	<p><u>препараты выбора:</u> комбинированная терапия амоксициллин/клавуланат или ЦФ III per os + макролид (азитромицин, klarитромицин) per os</p> <p><u>альтернативные препараты:</u> монотерапия респираторными фторхинолонами (левофлоксацин, моксифлоксацин) per os</p>

Прогностическая шкала CRB-65

Использование шкалы CRB-65 для выбора места лечения при ВП

Симптомы и признаки:

- Нарушение сознания (C)
- ЧД 30 в минуту (R)
- САД < 90, ДАД < 60 мм рт. ст. (B)
- Возраст > 65 лет (65)

0 баллов

1-2 балла

3-4 балла

I группа
(летальность 1,2%)

II группа
(летальность 8,15%)

III группа
(летальность 31%)

Амбулаторное
лечение

Ведение в условиях
стационара

Неотложная
госпитализация в ОРИТ

Минимальное число баллов 0, максимальное 4

Атипичные пневмонии

- первоначально «пневмонии, **КЛИНИЧЕСКИ** отличающиеся от типичной = пневмококковой пневмонии»
- *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydophila pneumoniae*, *Legionella* spp. (реже *Chlamydia psittaci*, *Coxiella burnetti*, *Francisella tularensis* и др.)
- Клинически часто:
 - поражения ВДП в дебюте заболевания
 - экстрапульмональные поражения
 - длительное течение, медленное разрешение клиники
 - отсутствие типичных признаков консолидации легочной ткани на R-грамме ОГК
 - невозможность выделения этиологического агента при культуральном исследовании мокроты и гемокультуры
 - отсутствие эффекта терапии бета-лактамами АБ

Этиотропная терапия атипичных пневмоний

МАКРОЛИДЫ

(кларитромицин, азитромицин)

Респираторные ФТОРХИНОЛОНЫ
(левофлоксацин, гемифлоксацин,
моксифлоксацин)

ТЕТРАЦИКЛИНЫ

(тетрациклин, доксициклин)



Ведение пациентов с ВБП в амбулаторных условиях

- ✓ парентеральные АБ не имеют преимуществ перед пероральными (показания для парентеральной АБТ: низкий комплаенс, отказ от госпитализации, если она показана)
- ✓ первичная оценка эффективности АБТ через 48-72 ч
КЛИНИЧЕСКИ !
- ✓ неэффективность лечения – оценить выбор препарата и режима дозирования, комплаенс пациента, предложить госпитализацию
- ✓ при нетяжелой ВБП средние сроки АБТ 7-10 дней (АБТ завершается при стойкой нормализации температуры тела в течение 3-4 дней)
- ✓ рентгенологическое разрешение инфильтрации отстает от клинического выздоровления (обычно к исходу 3-5 дней)
- ✓ Сохранение R- изменений при нормализации состояния пациента не является показанием для пролонгирования АБ-терапии

Алгоритм назначения антибиотиков при ОРИ у детей в амбулаторных условиях



Заключение

- АБ-препараты необходимы при ОРЗ в 6-10% случаев, но назначаются значительно шире.
- Препарат выбора при большинстве бактериальных ОРЗ – амоксициллин или амоксициллин/клавуланат (**Рапиклав** и др.).
- Макролиды (**Кларбакт** и др.) назначают для лечения ОРЗ, вызванных атипичными патогенами, и при аллергии к пенициллинам.



Благодарю за внимание!