

водить высокоактивный препарат и при этом обеспечивать сохранение окружающей среды для будущих поколений. Бетаклав представлен на рынке Украины в хорошо известных лекарственных формах и дозировках: это таблетки, по-

крытые пленочной оболочкой, 500мг/125мг и 875мг/125мг №14 и суспензии 400мг/57мг/5мл, что делает возможным индивидуальный подход при подборе дозировки для пациентов разного возраста.

© Ю.В. Деева, 2019

Ю.В. ДЕЕВА (КИЕВ, УКРАИНА)

АЛЬТЕРНАТИВНАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОМ БАКТЕРИАЛЬНОМ СИНУСИТЕ – РЕСПИРАТОРНЫЕ ФТОРХИНОЛОНЫ? ПОЧЕМУ?

Воспалительные заболевания носа и ОНП являются ведущими в оториноларингологии по частоте обращений больных, как в поликлиники, так и в ЛОР-стационары. Чаще всего РС развивается на фоне острой респираторной вирусной инфекции. Спектр возбудителей острого бактериального синусита остается относительно постоянным, наиболее часто встречаются *Streptococcus pneumoniae* и *Haemophilus influenzae*. Реже возбудителями могут быть *Streptococcus pyogenes*, *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus*, анаэробы. *M. catarrhalis* чаще является возбудителем острого РС у детей. Значение внутриклеточных возбудителей в этиологии острого РС пока окончательно не выяснено. По мнению некоторых авторов, *Mycoplasma pneumoniae* и *Chlamydia pneumoniae* могут быть источником воспаления ОНП в 8-25% случаев. Основными целями при лечении острого и рецидивирующего РС являются: сокращение длительности заболевания; предупреждение развития орбитальных и внутричерепных осложнений; эрадикация возбудителя. В случае необходимости антимикробного лечения бактериального синусита, антибиотик обычно выбирается эмпирически. Адекватная системная антибиотикотерапия обеспечивает более быстрое выздоровление и более высокий процент эрадикации возбудителей. Антибиотикотерапия, благодаря угнетению роста бактерий, способствует быстрому уменьшению отека слизистой оболочки носа и околоносовых пазух и, таким образом, восстановлению дренирования и вентиляции полости пазух.

Моксифлоксацин – препарат первого выбора в случае реакции повышенной чувствительности к бета-лактамам антибиотикам и риска резистентности к антибиотикам, в случае неудачи терапии после приема антибиотиков в течение предыдущих 4-6 недель, при тяжелых инфекци-

онных заболеваниях, требующих госпитализации. В последнее время для лечения бактериальных инфекций рекомендуется руководствоваться принципом «первый и самый лучший», который гласит: «Для достижения высокой клинической и бактериологической эффективности в качестве препарата первой линии следует назначать антибиотик с наиболее благоприятными фармакокинетическими, фармакодинамическими, бактериологическими свойствами, с учетом профиля его безопасности и удобства применения». При таком подходе быстро и эффективно достигается эрадикация возбудителей синусита, что обеспечивает положительный клинический результат и предотвращает развитие резистентности. Выбор антибиотиков очень широк. Практическому врачу трудно сразу сориентироваться в таком море препаратов. Поэтому ниже мы рассмотрим, почему именно моксифлоксацин, а не цефалоспорины, стоит выбрать при лечении бактериального риносинусита. В исследовании приняли участие две группы пациентов. Пациенты одной группы принимали моксифлоксацин 400мг на протяжении 7 дней, пациенты второй – цефуроксим аксетил 250мг 2 раза в сутки на протяжении 10 дней. Моксифлоксацин показал более высокую клиническую эффективность в лечении острого бактериального синусита. При этом прием моксифлоксацина один раз в день коротким курсом повышает комплаентность лечения в сравнении с 2- или 3-кратным приемом.

С октября 2018 года на рынок вышел европейский моксифлоксацин – Мофлакса в двух формах выпуска: инфузионная форма 400мг/250мл и таблетки 400 мг №5. Теперь высокоэффективное лечение моксифлоксацином доступно каждому пациенту. Эффективная системная антибиотикотерапия обеспечивает более быстрое выздоровление и более высокий процент эрадикации возбудителя.

© Ю.В. Деева, 2019