

На приеме пациент с риносинуситом: от постановки диагноза до выбора эффективной терапии

Информация о докладчике
ФИО, звание, учреждение
г. Город

Презентация подготовлена ООО Тева
В презентации использована информация, предоставленная
компанией TEVA (номер/номера одобренных слайд-китов)
ООО «Тева» Россия, 115054, Москва, ул. Валовая, д.35.
Тел.: +74956442234, факс: +74956442235. www.teva.ru



 **СУМАМЕД®**
азитромицин



- **Синусит** – один из наиболее частых запросов на неотложную медицинскую помощь, стоимость которых превышает затраты на обращения по поводу язвенной болезни, бронхиальной астмы и поллиноза¹.
- **Обращаемость к врачам** в США составляет²:
 - более 20 млн случаев в год для острого риносинусита
 - 18-22 млн визитов в год для хронического риносинусита
- **У 5-10% педиатрических пациентов** с инфекциями верхних дыхательных путей развивается риносинусит. Из-за отсутствия специфических симптомов у детей раннего возраста **возникают сложности при диагностике риносинусита**³.

1. Bhattacharyya N: Contemporary assessment of the disease burden of sinusitis. Am J Rhinol Allergy 2009; 23:392-395

2. Benninger MS, Sedory Holzer SE, Lau J: Diagnosis and treatment of uncomplicated acute bacterial rhinosinusitis: Summary of the Agency for Health Care Policy and Research evidence-based report. Otolaryngol Head Neck Surg 2000; 122:1-7.

3. Thomas J, Walker et al. Acute and Chronic Rhinosinusitis in Encyclopedia of Otolaryngology, Head and Neck Surgery (Stilianos E. Kountakis – Editor), 2013. pp. 39-44.



~ **40 млрд. \$** – ежегодные экономические затраты на терапию инфекций дыхательных путей (исключая грипп)¹

~ **17 млрд. \$** – прямые медицинские затраты (посещение врача, неотложная помощь, стоимость назначенного лечения)¹

~ **22,5 млрд. \$** – не прямые затраты (пропущенные дни учебы и рабочие дни)¹





- У взрослого населения риносинуситы составляют 5-15% от общей заболеваемости. Среди госпитализированных в ЛОР-стационары больные хроническим риносинуситом занимают первое место¹⁻³.
- Осложненные формы хронического риносинусита наблюдаются более чем у половины больных⁴.



SUM-RU-00323-DOK

1. Арёфьева Н.А. Иммунологические аспекты оториноларингологии / Н.А. Арёфьева, М.Ю. Медведев // Новости оторинолар. и логопатол. 1997.-№4(12).-С. 3-10.

2. Гофман В.Р. Состояние иммунной системы при острых и хронических заболеваниях ЛОР-органов // Иммунодефицитные состояния / В.Р. Гофман, В.С. Смирнова, И.С. Фрейдлин. СПб. - 2000. - С. 163-187.

3. Практические рекомендации по антибактериальной терапии синусита: Пособие для врачей / Ю.К. Янов, С.В. Рязанцев, Л.С. Страчунский и др. // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. — 2003. — Т.5, №2. -С. 167-174.

4. Эффективность применения амоксицилина/клавуланата и беталейкина при лечении хронического гнойного рецидивирующего синусита / Н.А. Арёфьева, Е.Е. Савельева, Л.Ф. Азнабаева и др. // Российская ринология. — 2002.- №2. С.124-125.



Риносинуситы у детей ведут к серьезным осложнениям¹

- **Синуситы у детей до 3 лет** в 94,7% случаев протекают с осложнениями, 10–22% которых составляют гнойносеptические орбитальные процессы с возможным исходом в слепоту.
- **В 2,1% случаев** при этой болезни у детей до 3 лет развиваются внутричерепные осложнения. Если своевременная диагностика отсутствует, возможен летальный исход.
- Почти в половине случаев острый риносинусит **сопровождается пневмонией**





- Формирование ретенционных кист
- Мукоцеле
- Полипы
- Интраорбитальные осложнения (целлюлит, периорбитальный абсцесс, флегмона)
- Внутричерепные осложнения:
 - субдуральная эмпиема,
 - внутричерепные абсцессы,
 - экстравентрикулярные абсцессы,
 - менингит,
 - тромбоз переднего сагиттального или кавернозного синуса (редкие осложнения)
- Потеря зрения (вследствие реактивного неврита зрительного нерва, ишемии или сдавления нерва воспалительным инфильтратом)





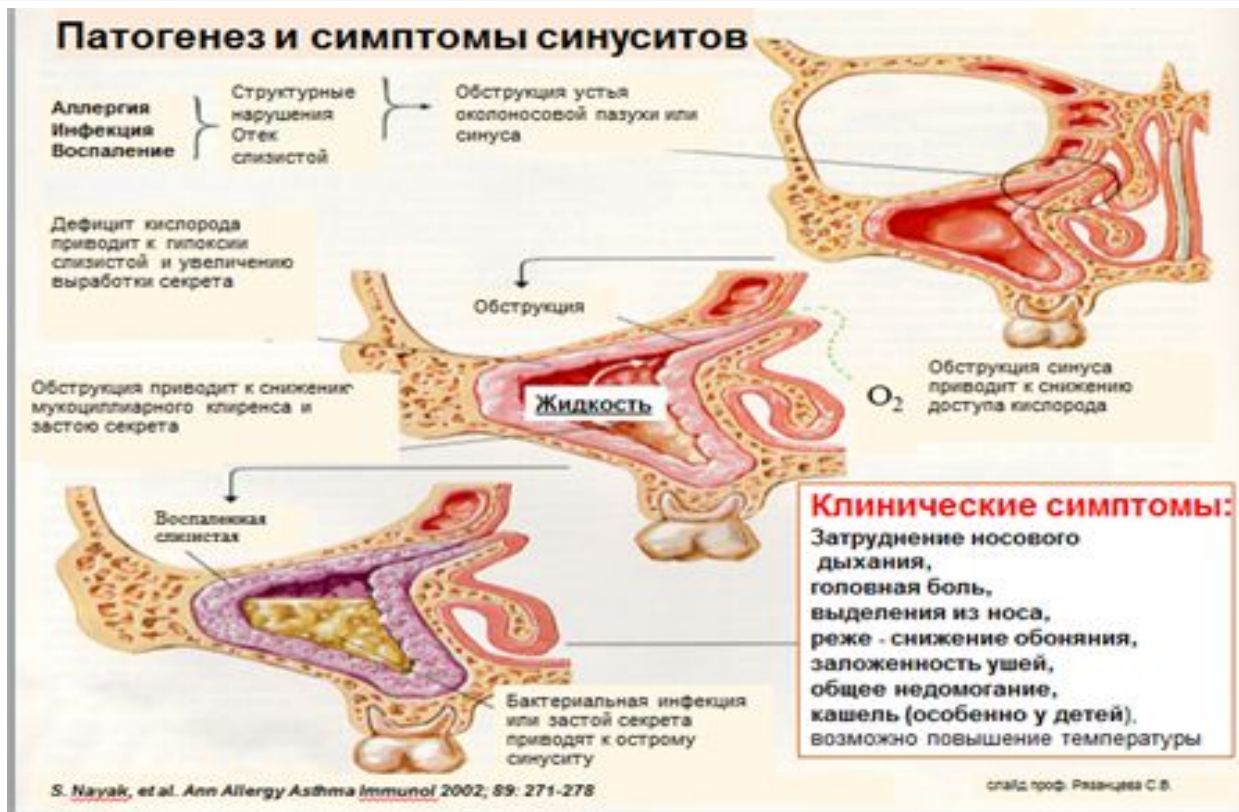
- Воспаление периорбитальной клетчатки (периорбитальный целлюлит)
- Периорбитальный абсцесс
- Внутричерепные осложнения:
 - субдуральная эмпиема,
 - внутричерепные абсцессы,
 - экстравентрикулярные абсцессы,
 - менингит,
 - тромбоз переднего сагиттального или кавернозного синуса (редкие осложнения)

NB! Важно обращать внимание на симптомы вовлечения в процесс внутричерепных структур, а именно: нарушения сознания, головная боль, рвота, судороги, ригидность затылочных мышц, отек диска зрительного нерва, односторонняя мышечная слабость и признаки вовлечения черепных нервов.



Показания для неотложной компьютерной томографии при фронтите:

- Наличие неврологических симптомов
- Нарушения зрения (ухудшение остроты зрения или цветового зрения)
- Выраженный проптоз
- офтальмоплегия
- двусторонний отёк
- отсутствие улучшения или ухудшение состояния в течение 24 часов
- Гектическая лихорадка не разрешающаяся в течение 36 часов



В зависимости от длительности заболевания различают¹



- **острый синусит** (длительность болезни менее 12 нед. и полное исчезновение симптомов после выздоровления)
- **рецидивирующий синусит** (от 1 до 4 эпизодов острого синусита в год, периоды между обострениями длятся не менее 8 нед., в это время симптомы заболевания отсутствуют, лечение не проводится)
- **хронический синусит** (наличие симптомов в течение более чем 12 нед.)

Критерии диагноза острого бактериального риносинусита¹





ВВ! Отличить клинически в первые 10 дней **невозможно** в большинстве случаев

Подозрение на острый бактериальный риносинусит:

- длительность симптомов более 10 дней без существенного улучшения;
- выраженные симптомы в первые 3 дня болезни ($t > 39$ C, гнойные выделения из носа или боль в проекции пазух)
- «второе ухудшение» через 5-6 дней от начала болезни после периода улучшения



Исследование 2008г. Великобритания¹

	<i>S.pneumoniae</i>	<i>H.influenzae</i>	<i>M.catarrhalis</i>
взрослые	20-43%	22-35%	2-10%
дети	25-30%	15-20%	15-20%

H.Influenzae обнаруживается в гайморовой пазухе у каждого третьего взрослого и каждого пятого ребенка



Исследование, 2015 г. Финляндия¹

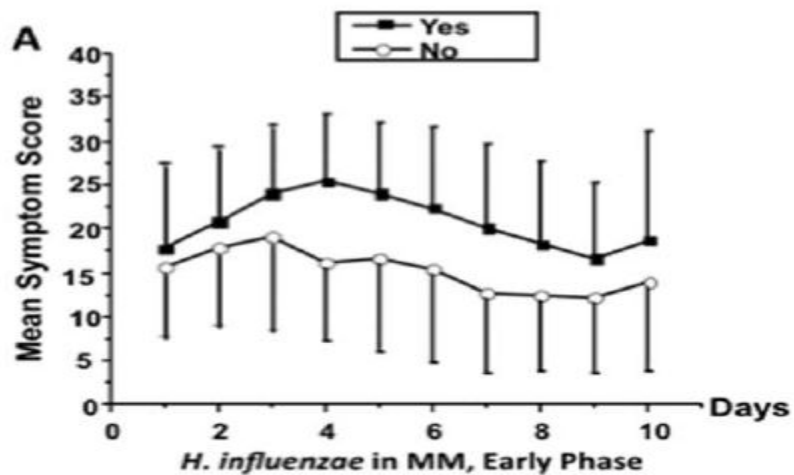
50 пациентов с острым риносинуситом от 18 до 23 лет

Этиология:

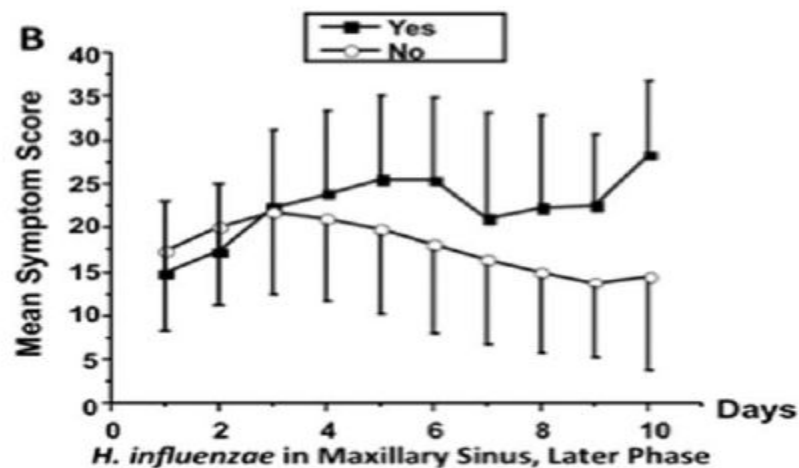
- 84% - вирусы,
- **56%** *H.influenzae* в средней части носового хода в ранней фазе,
- **48%** *H.influenzae* в гайморовых пазухах в поздней фазе.

Другие патогены встречались значительно реже и в меньшей степени определяли течение патологического процесса.

H. influenzae Влияет на тяжесть течения риносинусита¹

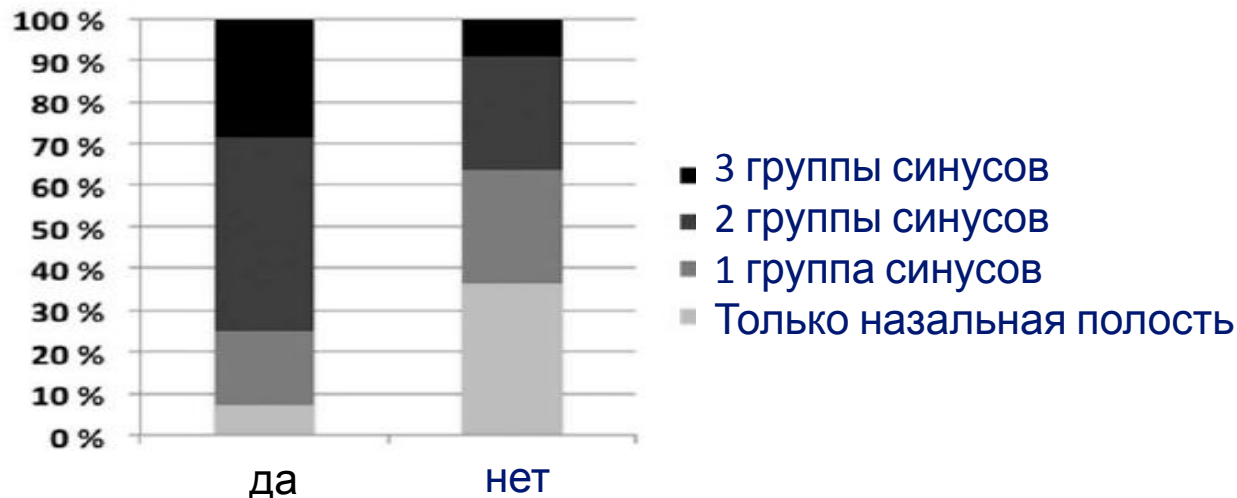


H. influenzae в среднем
носовом ходе в ранней фазе
(2-3 дня от начала симптомов)
риносинусита



H. influenzae в гайморовых
пазухах в поздней фазе 9-10
дней от начала симптомов)
риносинусита

Наличие *H.influenzae* в средней части носового хода коррелирует с распространенностью поражения слизистых¹



Наличие *H.influenzae* в средней части носового хода 2-3 день от начала появления симптомов

Частота обнаружения нечувствительных к антибиотикам штаммов *H.influenzae*¹



Chlamydophila pneumoniae - частый патоген при остром синусите



- Частота выявления *C.pneumoniae* у детей с острым верхнечелюстным синуситом от 13% до 60%
- Частота выявления *C.pneumoniae* у детей с острым верхнечелюстным синуситом, госпитализированных в ЛОР-отделение вследствие неэффективности лечения в амбулаторных условиях, составляет соответственно 48%

Цели, которые преследуются при назначении лечения риносинусита¹



1. **Элиминация** (удаление) микробных возбудителей заболевания
2. **Купирование** воспалительного процесса
3. **Восстановление** носового дыхания, аэрации околоносовых пазух
4. **Стимуляция** репаративных и трофических процессов в слизистой оболочке
5. **Нормализация** функций защитных барьеров: мукоцилиарного транспорта и местного иммунитета слизистой оболочки

Антибактериальные препараты приводят к элиминации патогена¹



Три основные группы АБП*



*АБП – антибактериальные препараты

Применение запрещено у детей **до 18 лет и во время беременности

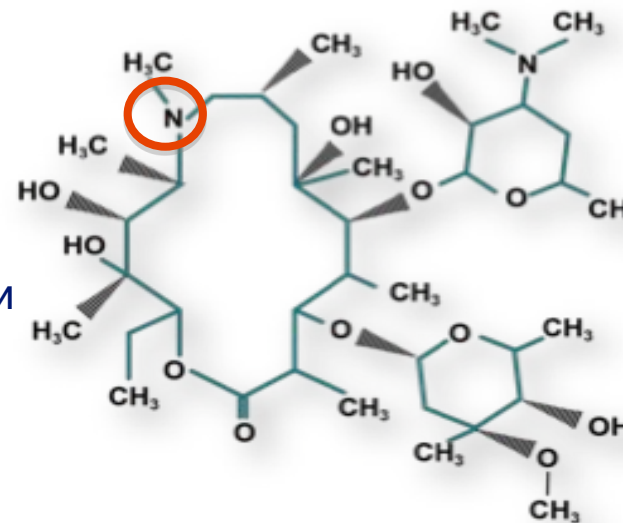


14-членное кольцо		15-членное кольцо	16-членное кольцо	
Природные	Полу-синтетические		Природные	Полу-синтетические
эритромицин А–F	рокситромицин	Сумамед (азитромицин)	спирамицин	рокитамицин
	klarитромицин		джозамицин	
олеандомицин	диритромицин		мидекамицин	
	флуритромицин		китазамицин	

Азитромицин (Сумамед®)



- Антибиотик широкого спектра действия¹
- Единственный представитель группы 15-членных макролидов^{2,3}
- Короткий курс терапии обеспечивает эффект до 10 дней⁴
- Низкая вероятность лекарственных взаимодействий и аллергических реакций^{5,6}
- Хорошая переносимость⁷
- Наиболее безопасен для нормальной микрофлоры кишечника⁶



1 Куценко М.А., Чучалин А.Г. Внебольничные инфекции нижних дыхательных путей и место азитромицина в их лечении. РМЖ, 2012;№ 1:1-6.

2. Страунский Л.С., Козлов С.Н. Макролиды в современной клинической практике. – Смоленск: Русич, 1998. - 304 с.

3. Яковлев, Ухин С.А. Азитромицин (Сумамед®): основные свойства, оптимизация режимов применения на основе фармакокинетических и фармакодинамических параметров. Антибиотики и химиотерапия. 2003. №2. С. 22–28.

4. Baldwin D. et al. Azithromycin concentration at the sites of pulmonary infection. Eur Respir J 1990;3:886- 890.

5. Синопальников А.И. и соавт. Безопасность макролидных антибиотиков: критический анализ. Клиническая медицина, N3,2012:С.23-30.

6. Стецюк О.У. с соавт. Безопасность и переносимость антибиотиков в амбулаторной практике. КМАХ.2011,ТОМ13,№1:С.67-84

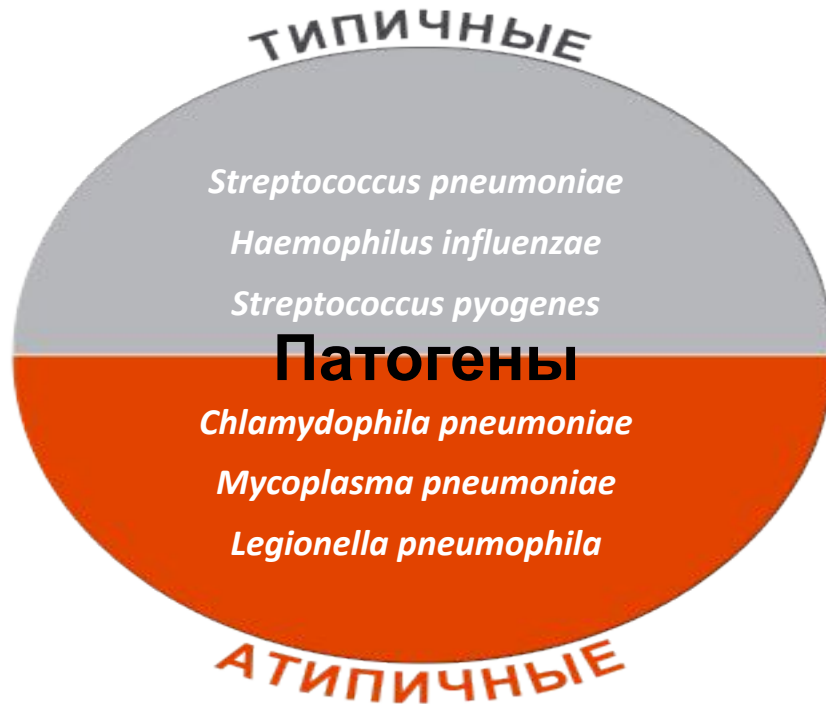
7. Соколов А. С. Сумамед (азитромицин) в терапии инфекций нижних дыхательных путей, ФАРМАТЕКА » № 6 - 2004

Спектр активности препарата Сумамед® (Азитромицин)¹



Азитромицин – обладает широким спектром действия:
спектр активности перекрывает не только типичные, но и атипичные бактерии

Макролиды



β-лактамы



Клиническая и микробиологическая эффективность АБТ* при инфекциях дыхательных путей с высокой вероятностью выделения *H. influenzae*

Panpanich R. Cochrane Database Syst Rev. 2008;(1):CD001954	Инфекции нижних отделов респираторного тракта	Систематический обзор	Анализ 15 исследований азитромицин vs АМК сопоставимой бактериологической эрадикации
Murray J. Otolaryngol Head Neck Surg. 2005;133(2):194-200	Острый бактериальный синусит у взрослых	РКИ**	Клиническая эффективность азитромицина – 96,3%, левофлоксацина – 100%
Guyen M, e.a. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2006;70(5):915-23.	Острый средний отит	РКИ**	Клиническая эффективность АМК – 95,2%, азитромицина – 86,6% (различия недостоверны)
Arguedas A, Pediatr Infect Dis J. 2005;24(2):153-61.	Острый средний отит у детей	РКИ**	Клиническая эффективность амоксициллина – 80%, азитромицина – 83%
Swanson RN., e.a. Treat Respir Med. 2005;4(1):31-9.	Обострение хронического бронхита	РКИ**	Клиническая эффективность азитромицина – 94,5%, левофлоксацина – 92,8%
Wilson R, e.a. Clin Ther. 2002;24(4):639-52.	Обострение хронического бронхита	РКИ**	Бактериологическая эффективность кларитромицина – 71,4%, азитромицина – 81,3%
Gaspari M., Barsi B. Clinical study report. Zagreb, 2010. 28 p.	Острый синусит и др.	Наблюдательное исследование	Клиническая эффективность 96,8%

*АБТ – антибактериальная терапия

**РКИ – рандомизированные клинические исследования

Активность макролидов в отношении *H.influenzae*



Азитромицин в 16 раз активнее кларитромицина в отношении гемофильной палочки¹

Активность макролидов к *H.influenzae*¹

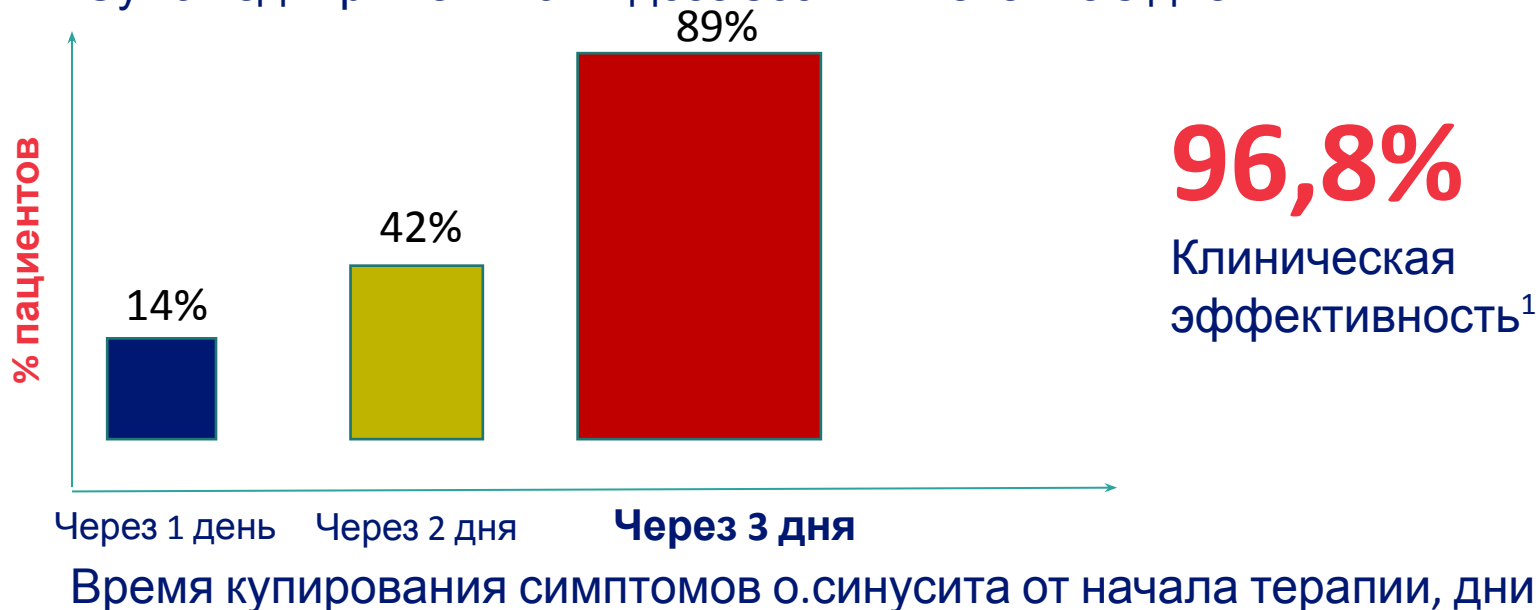
Азитромицин	++	МПК ₉₀ =0,5мг/л ⁴
Джозамицин	0	-
Кларитромицин	+	МПК ₉₀ =8мг/л ⁴

++ - хорошая активность антибиотика
+ - низкая активность антибиотика
0 - отсутствие клинически значимой активности антибиотика

1. Козлов Р.С., Дехнич А.В., Справочник по антимикробной терапии . Выпуск 3 Смоленск, МАКМАХ, 2013, 480с.



- Включало 580 пациентов (взрослых и детей) в 25 центрах
- Сумамед® применялся в дозе 500 мг в течение 3 дней





А.Б. Киселев, В.А. Чаукина
Новосибирский Государственный Медицинский Университет, Минздрава РФ, Кафедра оториноларингологии

Дизайн: 72 пациента от 26 до 69 лет с острым бактериальным риносинуситом
Схема терапии: Азитромицин «Суммамед®» 500мг. один раз в день в течении 3-х дней.

Количество пациентов с отсутствием симптомов синусита , %

Симптомы синусита	Этапы обследования			
	1день	3день	5день	7день
	%	%	%	%
Болезненность при пальпации ППН	68,1	95,8	97,2	98,6
Патологические изменения при риноскопии	0	61,1	93,1	98,6
Повышенная температура тела	47,2	95,8	100	100

98,6%
**Клиническая
эффективност
ь терапии на 7
сутки**



Исследование Япония, 2009 г.

Дети с упорным риносинуситом, неподдающимся лечению цефалоспоринами.

Результаты:

Клиническая эффективность терапии
азитромицином

(3 дня) – **68,3%**



Сравнение эффективности азитромицина и кларитромицина у пациентов с острым синуситом¹



Открытое многоцентровое рандомизированное сравнительное исследование, 1993, Германия

Включено в исследование 380 взрослых пациентов

Вывод:

3-х дневный курс терапии азитромицином равен по эффективности и безопасности **10-ти дневному** курсу кларитромицина

Азитромицин входит в стандарты лечения основных респираторных инфекций¹



- Острый бронхит
- Обострение ХОБЛ
(лечение в амбулаторных условиях)
- **Острый синусит**
- **Хронический синусит**
- **Острый тонзиллит**



Стандарт первой помощи при остром синусите (дети, взрослые, амбулаторная помощь)

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012г. № 1201н



Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата**	ССД***	СКД****
Пенициллины широкого спектра действия			
	Амоксициллин	4	40
Комбинации пенициллинов, включая комбинации с ингибиторами бета-лактамаз			
	Амоксициллин + [Клавулановая кислота]	3,6	36
Цефалоспорины 2-го поколения			
	Цефуроксим	4,5	45
Цефалоспорины 3-го поколения			
	Цефотаксим	4	40
	Цефтибутен	400	4000
	Цефтриаксон	2	20
Макролиды			
	Азитромицин	500	1500
	Кларитромицин	1000	7000
Фторхинолоны			
	Левифлоксацин	500	3500
	Моксифлоксацин	400	2800
	Офлоксацин	800	8000
	Ципрофлоксацин	1000	1000

**международное непатентованное или химическое наименование лекарственного препарата, а в случаях их отсутствия - торговое наименование лекарственного препарата

*** - средняя суточная доза

**** - средняя курсовая доза



1 июня 2015 г. под эгидой Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии (МАКМАХ), при участии компании Тева, состоялось заседание Экспертного совета для обсуждения современных позиций макролидов в терапии инфекций дыхательных путей (ИДП) с учетом новых данных о резистентности респираторных патогенов в Российской Федерации в современных условиях при лечении респираторных инфекций **макролиды остаются препаратами выбора** у пациентов с

- аллергией на пенициллины
- высоким риском инфекции атипичной этиологии
- приемом β -лактамов и респираторных фторхинолонов в течение предшествующих 30-90 дней

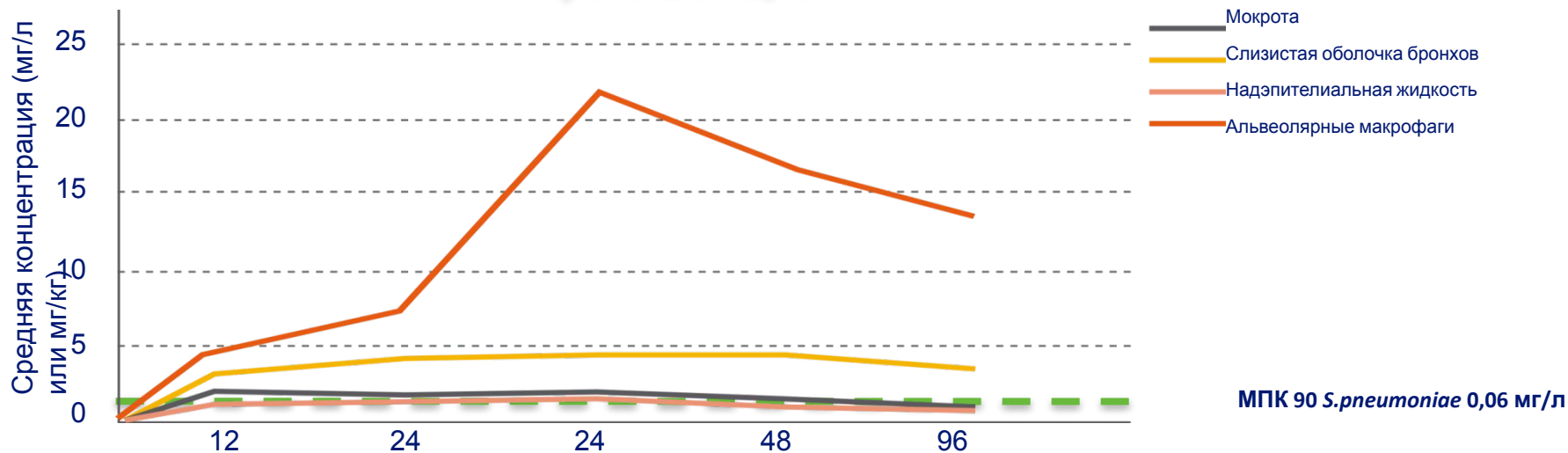


1. Совет Экспертов «Современные позиции макролидов в терапии инфекций дыхательных путей с учетом новых данных о резистентности респираторных патогенов в Российской Федерации» от 1 июня 2015 г., Москва, при поддержке компании Тева.
2. CONSILIUM MEDICUM. Болезни органов дыхания 2015 | №1: С.6-8

Эффективность препарата Сумамед® (азитромицин) определяется способностью создавать высокие концентрации в очаге инфекции¹



Уже в первые сутки применения **азитромицин (Сумамед®)** создает концентрации в очаге инфекции, многократно превышающие МПК*



*МПК – минимальная подавляющая концентрация.

Это минимальная концентрация, при которой происходит угнетение роста 90% бактерий

Особенности фармакокинетики препарата азитромицин (Сумамед®)¹



(азитромицин) в очаге инфекции, достигаются за счет способности накапливаться и переносится фагоцитами в инфицированные ткани¹



Азитромицин (Сумамед®) имеет самый высокий уровень накопления

Время инкубации (мин)	Азитромицин	Рокситромицин	Эритромицин
15	42,3	26,6	2,5
30	61,6	35,6	6,3
60	146	41,5	11,7
120	387,2	-	13,3

C/F – соотношение концентрации антибиотика «клетка/внеклеточное пространство»



Короткий курс приема обеспечивает эффект до 10 дней²



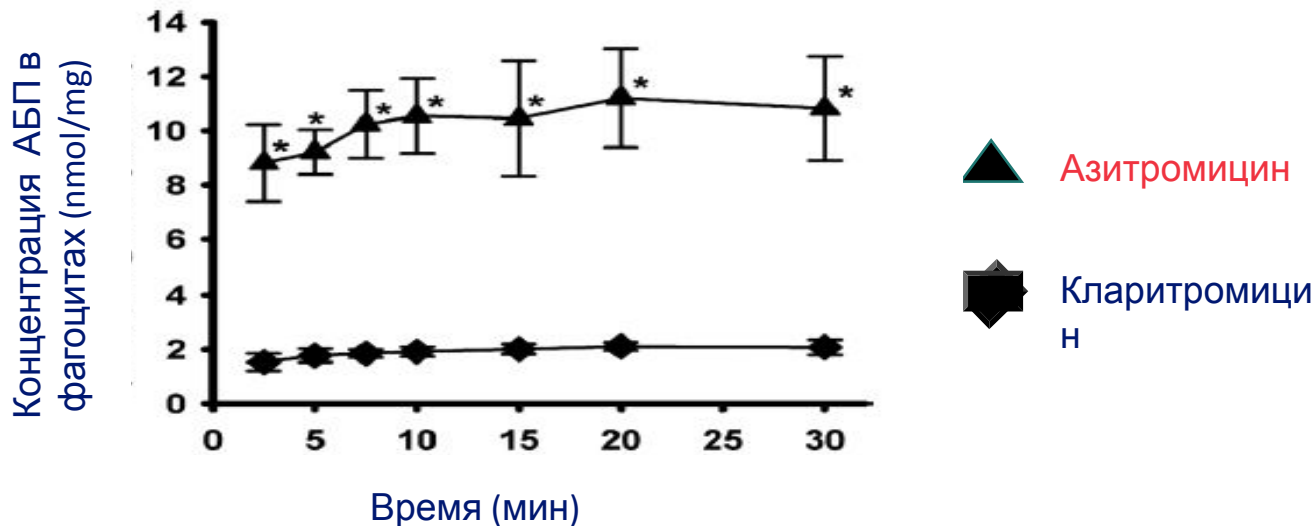
Модель распределения тканевой концентрации препарата Сумамед® после 3-х дневного применения по 500 мг 1 раз в сутки^{1,2}

*Включает небные миндалины; аналогичные концентрации в ткани легкого, слизистой оболочке бронхов^{1,2}

**МПК₉₀ - минимальная подавляющая концентрация для 90% *S.pyogenes*

1. Foulds G, Johnson RB, Selection of dose regimens of azithromycin, J Antimicrob Chemother. 1993 Jun; 31 Suppl E:39-50.
2. Baldwin D. et al. Azithromycin concentration at the sites of pulmonary infection. Eur Respir J 1990;3:886- 890.

Динамика накопления азитромицина и кларитромицина в фагоцитах¹





На стадии инфицирования

- Патогенность (способность бактерий вызвать заболевание) большинства патогенов определяется способностью продуцировать токсины.
- Степень вирулентности пневмококка определяется продукцией пневмолизина. Пневмококк, не продуцирующий токсин (пневмолизин), не патогенен для организма

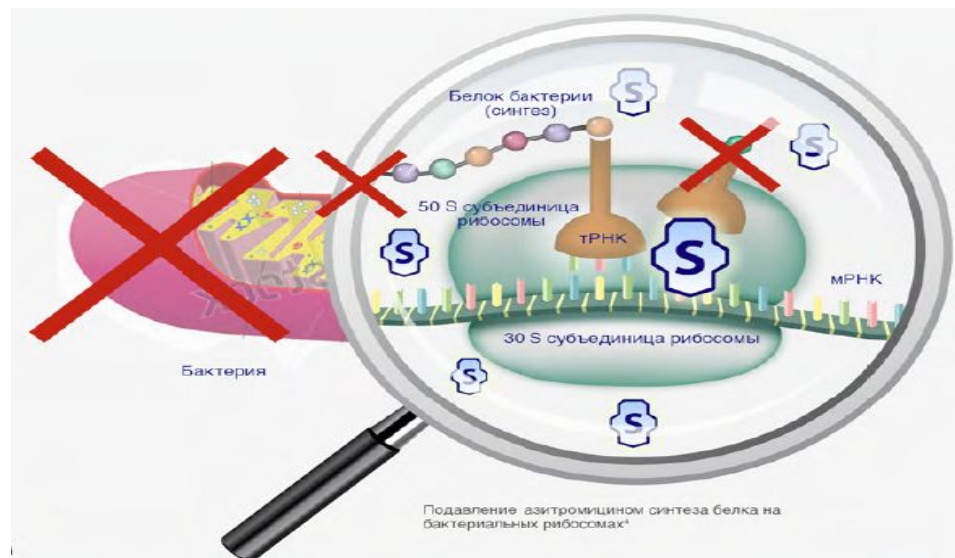
На стадии прогрессирования заболевания

- Бактериальные токсины играют важную роль в развитии интоксикации организма
- Бактериальные инфекции часто сопровождаются явлениями интоксикации организма, проявляющиеся повышением температуры, болью в мышцах и суставах (ломота, слабостью, повышенной сонливостью)



Азитромицин *in vitro* показал себя наиболее активным из группы макролидов в отношении подавления синтеза и высвобождения бактериальных токсинов¹.

Азитромицин снижает синтез пневмолизина пневмококками, включая высокорезистентные штаммы.²





Азитромицин vs. Амоксициллин/клавуланат

Открытое рандомизированное исследование с участием 100 пациентов с острым синуситом, **Хорватия, 1999 г.**

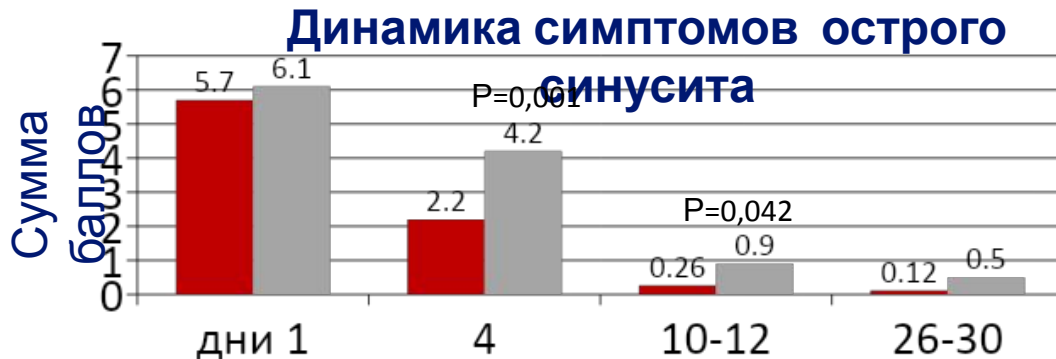


Схема терапии:

- Азитромицин 500мг 1 раз в сутки **3 дня**
- Амоксициллин/клавуланат 625 мг 3 раза в сутки **10 дней**

Препарат Азитромицин (Сумамед®) входит в современные схемы лечения инфекций верхних и нижних дыхательных путей, ЛОР органов²



Для взрослых и детей старше 12 лет с массой тела более 45 кг препарат назначают в дозе

**500 мг 1 раз в сутки
в течение 3 дней¹**





Детям с 6 месяцев до 12 лет препарат назначают в дозе:

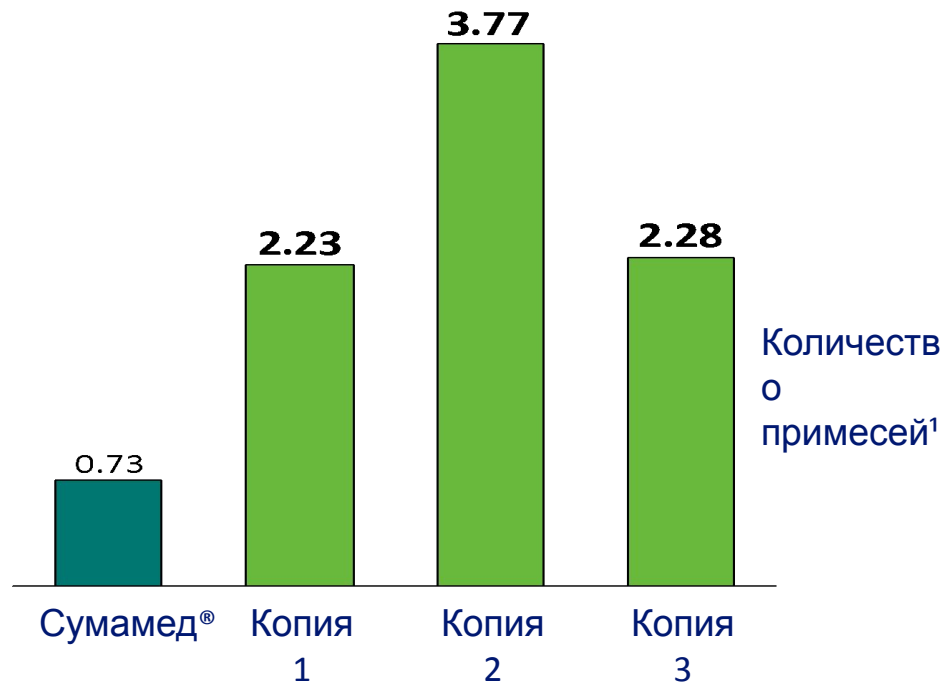
- 10 мг/кг или 20 мг/кг*
- 1 раз в сутки
- в течение 3 дней¹

*при фарингите /тонзиллите, вызванных *Streptococcus pyogenes* - в дозе 20 мг/кг/сут. в течение 3 дней, курсовая доза – 60 мг/кг, максимальная суточная доза -500 мг





Сумамед® – высокое качество производства:
минимальный риск
аллергических и токсических
реакций, изменения
фармакокинетики, снижения
клинической эффективности²



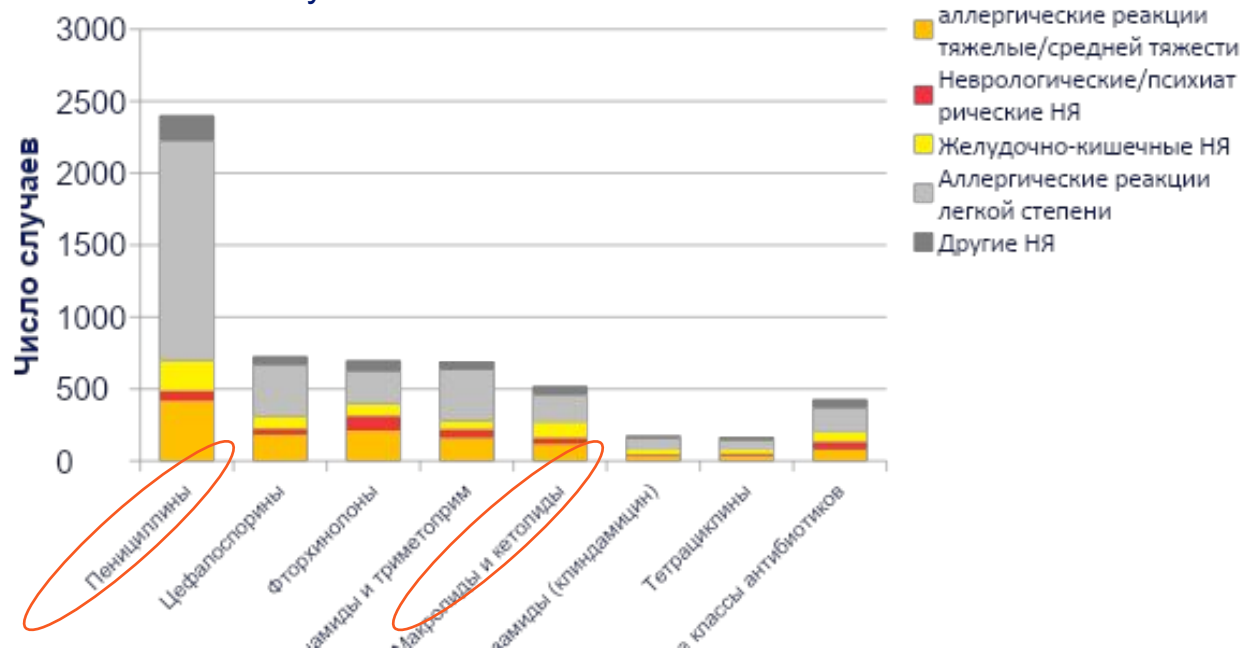
1. Результаты получены в лаборатории Научно-исследовательского института ПЛИВА г. Загреб в 2003 г., ж-л «Фармацевтический вестник» N 16, 2003

2. Карпов О. И. Оригинальные препараты и копии макролидов: тенденции противостояния. Фарматека. — 2012. — № 3/4 (82).

Обращения в отделение неотложной медицинской помощи по поводу нежелательных явлений (НЯ) при использовании системных АБП¹



На основе анализа 6614 случаев



НЯ при приеме лекарственных препаратов получены из национальной базы данных США National Electronic Injury Surveillance System–Cooperative Adverse Drug Event Surveillance project (2004–2006), а амбулаторные назначения из исследований National Ambulatory Medical Care Survey and the National Hospital Ambulatory Medical Care Survey (2004–2005), проведенные в США.

Азитромицин (Сумамед®) не влияет на активность изоферментов цитохрома P450¹



Классификация макролидов в зависимости от ингибирующего влияния на CYP3A4 (изофермент цитохрома P450)²

1 группа сильные ингибиторы CYP3A4	2 группа препараты с более слабым действием на CYP3A4	3 группа макролиды, не влияющие на активность CYP3A4
Эритромицин, Олеандомицин Кларитромицин	Мидекамицин Джозамицин Рокситромицин	Азитромицин Спирамицин Диритромицин

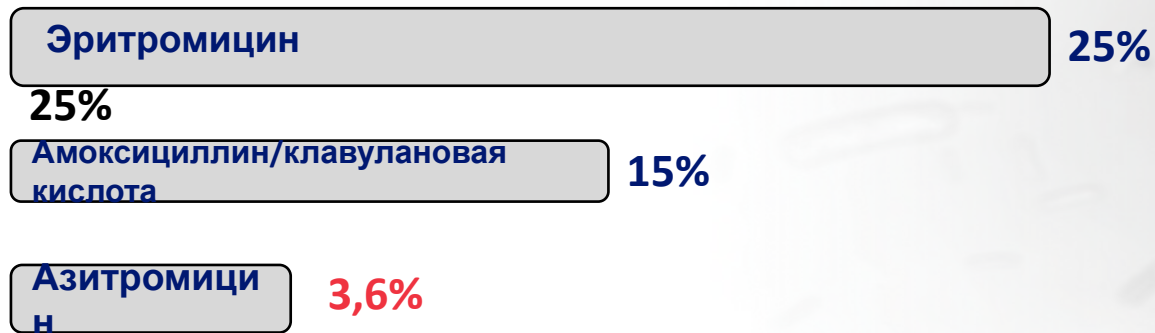
Макролиды, активно метаболизирующиеся с участием изоферментов цитохрома P450, вступают в большое число лекарственных взаимодействий и повышают частоту кардиотоксических и гепатотоксических рисков^{2,3}

1. Michael J et al Azithromycin: Mechanisms of action and their relevance for clinical applications. ParnhamPharmacology & Therapeutics 143 (2014) 225–245
2. Синопальников А.И. Et al. Безопасность макролидных антибиотиков: критический анализ. КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА, 2012; №3:23-30.
3. Richard K. Albert et al. Macrolide Antibiotics and the Risk of Cardiac Arrhythmias. Am J Respir Crit Care Vol 189, Iss 10, pp 1173–1180, May 15, 2014.

Азитромицин (Сумамед®) имеет наиболее благоприятный профиль безопасности для нормальной микрофлоры кишечника среди АБП в амбулаторной практике¹



Частота диареи на фоне приема АБП составляет:



Азитромицин (Сумамед®) обладает наименьшим аритмогенным эффектом среди макролидов¹



Вероятность возникновения аритмии при использовании макролидов



В MEDLINE всего **6 сообщений** о развитии аритмий на фоне монотерапии азитромицином, при этом 1 случай отмечен при передозировки препарата у 9-месячного ребенка (ошибочного назначения в дозе 50 мг/кг в сутки)

1. Стецюк О.У. с соавт. Безопасность и переносимость антибиотиков в амбулаторной практике. КМАХ.2011, ТОМ13,№1:С.67-84.

Азитромицин (Сумамед®) – безопасный макролид для печени среди АБП^{1 2}

Частота гепатотоксических реакции антибактериальных препаратов различных групп^{1,2}

Амоксициллин/клавуланат	Тетрациклин	Пенициллин	Макролиды	Сумамед®
≤ 2 : 10 000	≤ 2 : 100 000	≤ 4 : 100 000	≤ 4 : 100 000	≤ 0,06 : 100 000

Сумамед®

- Минимальный метаболизм в печени
- Минимальный риск лекарственных взаимодействий

Краткая информация из инструкции по применению



препарата Сумамед[®], Сумамед[®] форте*

Сумамед[®], Сумамед[®] Форте

Азитромицин (Azithromycin)

ФОРМА ВЫПУСКА: порошок для приготовления суспензии для приема внутрь 100мг/5мл, 200мг/5мл¹, таблетки, покрытые пленочной оболочкой 125 мг², 500мг; капсулы 250мг³.

ПОКАЗАНИЯ: инфекционно-воспалительные заболевания, вызванные чувствительными к препарату микроорганизмами: инфекции верхних дыхательных путей и ЛОР-органов (фарингит/тонзиллит, синусит, средний отит); инфекции нижних дыхательных путей (острый бронхит, обострение хронического бронхита, пневмония, в т.ч. вызванные атипичными возбудителями).

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ: внутрь 1 раз/сут. за 1 ч до или через 2 ч после еды; максимальная суточная доза - 500 мг. При инфекциях ЛОР-органов, верхних и нижних дыхательных путей детям от 6 месяцев¹/от 3 лет²: 10 мг/кг массы тела 1 раз/сут. в течение 3 дней, курсовая доза 30 мг/кг; детям старше 12 лет с массой тела более 45 кг³: 500 мг 1 раз/сут. в течение 3 дней, курсовая доза – 1.5 г;. При фарингите /тонзиллите, вызванных *Streptococcus pyogenes*^{1,2}- в дозе 20 мг/кг/сут. в течение 3 дней, курсовая доза – 60 мг/кг.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: повышенная чувствительность к азитромицину, эритромицину, другим макролидам или кетолидам или другим компонентам препарата; нарушения функции печени тяжелой степени; нарушение функции почек тяжелой степени (КК менее 40 мл/мин); дефицит сахаразы/изомальтазы¹, непереносимость фруктозы¹, глюкозо-галактозная мальабсорбция¹; детский возраст до 6 мес¹/3 лет²/ 12 лет³; одновременный прием эрготамина и дигидроэрготамина.

С ОСТОРОЖНОСТЬЮ: миастения, нарушение функции печени и почек легкой и умеренной степени тяжести (КК более 40 мл/мин); у пациентов с наличием проаритмогенных факторов (особенно у пожилых пациентов); одновременное применение дигоксина, варфарина, циклоспорина; сахарный диабет¹.

ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ: Со стороны нервной системы: головная боль. Со стороны желудочно-кишечного тракта: диарея, тошнота, рвота, боль в животе. Лабораторные данные: снижение количества лимфоцитов, повышение количества эозинофилов, базофилов, моноцитов, нейтрофилов, снижение концентрации бикарбонатов в плазме крови

Информация предназначена для медицинских работников. Перед назначением необходимо ознакомиться с инструкцией по медицинскому применению препарата.

*Инструкция по применению лекарственного препарата Сумамед[®], Сумамед[®]

Спасибо за внимание!

Презентация подготовлена при поддержке ООО Тева
В презентации использована информация предоставленная компанией
TEVA (номер/номера одобренных слайд-китов)
ООО «Тева» Россия, 115054, Москва, ул. Валовая, д.35.
Тел.: +74956442234, факс: +74956442235. www.teva.ru

SUM-RU-00323-DOK

 **СУМАМЕД®**
азитромицин

 **СУМАМЕД®**
азитромицин

 **СУМАМЕД®**
азитромицин

 **СУМАМЕД®**
азитромицин

 **СУМАМЕД®**
азитромицин

 **СУМАМЕД®**
азитромицин