ются, представления о нем усложняются, трансформируясь в новую теорию, российские студенты продолжают на экзаменах упоминать «атеросклеротический» АС, а врачи используют эту лишнюю смысла формулировку в качестве фонового третьестепенного диагноза. Между тем тяжелый сенильный стеноз устья аорты, существующий у больного, не должен упоминаться где-то в конце диагностической формулы после перечисления артериальной гипертензии, ИБС и мозга в качестве со-

путствующего проявления атеросклероза, а, подобно ревматическому пороку сердца, заслуживает самостоятельного, иногда центрального, места в диагнозе в силу гемодинамической и клинической значимости. И дело в данном случае не в том, как кодируется это состояние по МЭС (шифровать его в соответствии с устаревшими классификациями и стандартами можно по-прежнему), а в том, насколько осознанно будет действовать врач, выявивший это заболевание.

Профилактика ревматической лихорадки: современные аспекты

Б.С. Белов, Т.П. Гришаева

ГУ Институт ревматологии РАМН, Москва

Хотя в последние десятилетия в профилактике и лечении острой ревматической лихорадки (ОРЛ) и хронической ревматической болезни сердца (ХРБС) достигнуты существенные успехи — заболеваемость ОРЛ и ХРБС и смертность от них снизились, а продолжительность жизни больных увеличилась, — полностью проблема борьбы с этими болезнями не решена.

По данным ВОЗ, ОРЛ и ХРБС по-прежнему остаются наиболее распространенными сердечно-сосудистыми заболеваниями у детей, подростков и взрослых молодого возраста, поражая ежегодно как минимум 12 млн человек и являясь причиной 332 тыс. летальных исходов [1]. Не случайно еще в 1984 г. на ассамблее ВОЗ была вынесена резолюция, в которой особое внимание обращалось на необходимость профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, особенно ИБС, гипертонической болезни, ОРЛ и ХРБС [2].

Интерес к этой проблеме обусловлен двумя факторами. Во-первых, даже в экономически развитых странах, где за последние десятилетия частота ОРЛ резко снизилась, заболевание не исчезло. К тому же маловероятно, что ОРЛ и ХРБС исчезнут, пока β -гемолитический стрептококк группы А (БГСА) циркулирует среди населения. По имеющимся данным, в течение нескольких следующих десятилетий человечество не сможет быть избавлено от стрептококка этой группы. Более того, проведенный В.Д. Беляковым эпидемиологический анализ показал, что в конце XX в. появилась и нарастает БГСА-инфекция, аналогичная таковой прошлых лет. Уже в ближайшем будущем мы столкнемся с высоковирулентной агрессивной БГСА-инфекцией столь же мощной, как и в начале XX в. [3]. Данное положение уже подтверждается эпидемическими вспышками ОРЛ и нарастанием в США и стра-

нах Западной Европы случаев инвазивной БГСА-инфекции, нередко заканчивающейся летально.

Во-вторых, ОРЛ и ХРБС — основные сердечно-сосудистые заболевания, профилактика которых может быть достаточно эффективной.

В России в силу известных негативных социальных причин существует опасность возникновения истинных вспышек ОРЛ. Так, в 1994 г. по сравнению 1993 г. первичная заболеваемость (выявляемость) ОРЛ возросла с 0,06 до 0,16‰ у детей и с 0,08 до 0,17‰ у подростков. Этот подъем произошел преимущественно за счет детского и подросткового населения Северо-Кавказского региона, в частности Ингушетии и Дагестана. В то же время первичная заболеваемость (выявляемость) ХРБС не снижалась. К концу последнего десятилетия прошлого века в России ежегодно диагностировалось на 2,5 тыс. больше случаев ХРБС, чем в 1994 г. При этом распространенность ХРБС наиболее значимо (с 1,4 до 2,3 на 1 тыс.) увеличилась за счет населения Северного Кавказа, где в 1994 г. и была зарегистрирована вспышка ОРЛ.

По данным статистического отчета Минздравсоцразвития РФ за 2005 г., распространенность ХРБС остается высокой — 2,26 на 1 тыс. населения. При этом около 220 тыс. больных нуждаются в регулярной круглогодичной вторичной профилактике ОРЛ.

Эти данные свидетельствуют о том, что ОРЛ и ХРБС остаются серьезной проблемой отечественного здравоохранения.

Программа предупреждения ОРЛ и повторных атак заболевания включает в себя первичную и вторичную профилактику.

Первичная профилактика состоит в следующем.

1. Мероприятия, направленные на повышение уровня естественного иммунитета и адаптационных

Л е к ц и я

возможностей организма по отношению к неблагоприятным условиям внешней среды (раннее закаливание; полноценное, богатое витаминами питание; максимальное пребывание на свежем воздухе; занятия физкультурой и спортом; борьба со скученностью в жилищах, детских дошкольных учреждениях, школах, училищах, вузах, общественных учреждениях; санитарно-гигиенические мероприятия, снижающие возможность стрептококкового инфицирования коллективов, особенно детских).

2. Своевременное и эффективное лечение острой и хронической рецидивирующей БГСА-инфекции глотки — тонзиллита (ангина) и фарингита.

В типичных случаях острый БГСА-тонзиллит характеризуется острым началом с повышением температуры до 37,5–39°C, познабливанием или ознобом, головной болью, общим недомоганием, болью в горле, усиливающейся при глотании, нередко наблюдаются артралгии и миалгии. У детей могут отмечаться тошнота, рвота, боль в животе. Развернутая клиническая картина появляется, как правило, на 2-е сутки заболевания, когда общие симптомы достигают максимальной выраженности. При осмотре выявляется покраснение небных дужек, язычка, задней стенки глотки. Миндалины гиперемированы, отечны, часто с гнойным желтовато-белым налетом. Он рыхлый, пористый, легко удаляется шпательем с поверхности миндалин без кровоточащего дефекта. У всех больных отмечаются уплотнение, увеличение и болезненность при пальпации шейных лимфатических узлов на уровне угла нижней челюсти (регионарный лимфаденит). В анализах крови — лейкоцитоз ($9-12 \cdot 10^9/\text{л}$), сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ (иногда до 40–50 мм/ч), появление СРБ. Длительность периода разгара болезни (без лечения) — 5–7 дней. В дальнейшем при отсутствии осложнений основные клинические проявления болезни (лихорадка, симптомы интоксикации, воспалительные изменения в миндалинах) быстро исчезают, нормализуется картина периферической крови. Симптомы регионарного лимфаденита могут сохраняться до 10–12 дней.

Диагноз БГСА-тонзиллита/фарингита должен быть подтвержден микробиологическим исследованием мазка с поверхности миндалин и/или задней стенки глотки. Но культуральный метод не позволяет дифференцировать активную инфекцию от БГСА-носительства, а современные экспресс-тесты, несмотря на высокую специфичность, обладают сравнительно низкой чувствительностью, т. е. отрицательный результат быстрой диагностики не исключает стрептококковую этиологию заболевания.

В настоящее время канадские авторы разработали и испытали на большой группе пациентов клинический алгоритм, позволяющий при первом осмотре больного предположить наличие БГСА-инфекции глотки и решить вопрос о назначении эмпирической

антимикробной терапии при невозможности выполнения микробиологического исследования (табл. 1).

Таблица 1. Шкала McIsaac для диагностики БГСА-тонзиллита/фарингита [4, в модификации]

Критерий	Оценка, баллы
Лихорадка $\geq 38^\circ\text{C}$	1
Отсутствие кашля	1
Увеличение и болезненность подчелюстных лимфатических узлов	1
Отечность миндалин и наличие экссудата	1
Возраст	
Моложе 15 лет	1
15–45 лет	0
Старше 45 лет	-1

Примечание. Алгоритм назначения антибактериальной терапии (АБТ) при отсутствии условий для микробиологического исследования: 0–1 балл — АБТ не показана; 2 балла — АБТ по усмотрению врача; 3–5 баллов — АБТ.

Дифференциальная диагностика острого БГСА-тонзиллита/фарингита, основанная только на клинических признаках, нередко трудна даже для опытных врачей. Однако наличие респираторных симптомов (кашель, ринит, охриплость и др.), а также сопутствующие конъюнктивит, стоматит или диарея более характерны для вирусной этиологии острого фарингита. У больных острым БГСА-тонзиллитом не обнаруживаются высыпания на коже и слизистых оболочках, в то время как при *скарлатине* наблюдается диффузная кожная эритема, бледнеющая при надавливании. Наиболее характерными признаками скарлатины являются: бледность вокруг рта на фоне общей красноты лица, ярко-красный («малиновый») язык, симптом Пастиа (темно-красные линии сливающихся петехий на сгибах и в складках кожи), а также обильное шелушение ранее пораженной кожи после снижения температуры. При локализованной *дифтерии* ротоглотки налет с миндалин снимается с трудом, не растирается на предметном стекле, не растворяется в воде, а медленно оседает на дно сосуда; после удаления налета отмечается кровоточивость подлежащих тканей. Ангинозная форма инфекционного *мононуклеоза*, как правило, начинается с распространенного поражения лимфатических узлов (шейных, затылочных, подмышечных, абдоминальных, паховых), симптоматика тонзиллита развивается на 3–5-й день болезни, при исследовании периферической крови выявляется лейкоцитоз с преобладанием мононуклеаров (до 60–80%). *Ангина Симановского—Плаута—Венсана* характеризуется слабовыраженными признаками общей интоксикации и явлениями одностороннего язвенно-некротического тонзиллита, при этом возможно рас-

Л е к ц и я

Таблица 2. Дозы и режим введения антибиотиков при остром БГСА-тонзиллите

Антибиотики	Суточная доза		Связь с приемом пищи	Длительность лечения, дни
	взрослые и дети старше 12 лет	дети до 12 лет		
Препараты выбора				
β-Лактамы				
Пенициллины:				
амоксциллин	1,5 г в 3 приема	0,375 г в 3 приема (<25 кг) 750 мг в 3 приема (>25 кг)	Независимо	10
феноксиметилпенициллин ¹	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
бензатин-пенициллин ²	2,4 млн ЕД в/м	600 тыс. ЕД в/м (<25 кг) 1,2 млн ЕД в/м (>25 кг)	То же	Однократно
Цефалоспорины:				
цефадроксил	1 г в 2 приема	30 мг/кг в 1 прием	Независимо	10
При непереносимости β-лактамных антибиотиков				
Макролиды:				
эритромицин ²	1,5 г в 3 приема	40 мг/кг в 3 приема	За 1 ч до еды	10
азитромицин	0,5 г в 1-й день, затем 0,25 г в 1 прием ³ или 0,5 г в 1 прием ⁴	12 мг/кг в 1 прием ³ ???	То же « »	5 3
спирамицин	6 млн ЕД в 2 приема	3 млн ЕД в 2 приема	Независимо	10
klarитромицин	0,5 г в 2 приема	15 мг/кг в 2 приема	То же	10
рокситромицин	0,3 г в 2 приема	5 мг/кг в 2 приема	За 15 мин до еды	10
мидекамицин	1,2 г в 3 приема	50 мг/кг в 2 приема	До еды	10
При непереносимости макролидов и β-лактамных антибиотиков				
Линкозамиды:				
линкомицин	1,5 г в 3 приема	30 мг/кг в 3 приема	За 1–2 ч до еды,	10
клиндамицин	0,6 г в 4 приема	20 мг/кг в 3 приема	запивать большим количеством воды	10

¹Рекомендуется преимущественно для детей, учитывая наличие лекарственной формы в виде суспензии.

²Для эритромицина характерно наиболее частое по сравнению с другими макролидами развитие побочных реакций, особенно со стороны желудочно-кишечного тракта.

³Схемы одобрены FDA.

⁴Схема одобрена Фармкомитетом РФ.

⁵Согласно последним данным [5], ранее одобренная Фармкомитетом РФ схема (10 мг/кг/сут в 1 прием в течение 3 дней, курсовая доза – 30 мг/кг) значительно уступает по бактериологической эффективности как 5-дневной схеме (12 мг/кг/сут в 1 прием в течение 5 дней, курсовая доза – 60 мг/кг), так и препаратам сравнения.

пространение некротического процесса на мягкое и твердое небо, десны, заднюю стенку глотки и гортань.

Немотивированная задержка восстановления трудоспособности, слабость, нестойкий субфебрилитет, артралгии, сердцебиения, нерезко ускоренная СОЭ, сохраняющиеся после перенесенного тонзиллита, в сочетании с повышением титров противострептококковых антител могут свидетельствовать о дебюте ОРЛ.

Показано, что в 1/3 случаев ОРЛ является следствием БГСА-тонзиллита, протекающего со стертой клинической симптоматикой (удовлетворительное общее состояние, температура тела нормальная или субфебрильная, небольшое чувство першения в глотке, исчезающее через 1–2 дня), когда большинство больных не обращается за медицинской помощью, а лечатся самостоятельно без применения соответствующих антибиотиков.

Итак, точный диагноз и обязательная рациональная антибиотикотерапия БГСА-тонзиллита имеют важнейшее значение для контроля за распространением данной инфекции и профилактики ОРЛ.

Хотя БГСА сохраняет практически полную чувствительность к β-лактамным антибиотикам, в послед-

ние годы отмечаются сложности в терапии тонзиллитов, вызванных этим микроорганизмом. По данным разных авторов, частота неудач пенициллинотерапии БГСА-тонзиллитов составляет от 25–30 до 38%. Одной из возможных причин этого может быть гидролиз пенициллина специфическими ферментами – β-лактамазами, которые продуцируются микроорганизмами-копатогенами (золотистый стафилококк, гемофильная палочка и др.), присутствующими в глубоких тканях миндалин, особенно при наличии хронических воспалительных процессов.

Таким образом, препараты пенициллинового ряда остаются средствами выбора только при лечении острого БГСА-тонзиллита (табл. 2). Оптимальным препаратом из группы оральных пенициллинов является **амоксциллин**, который по противострептококковой активности аналогичен ампициллину и феноксиметилпенициллину, но существенно превосходит их по фармакокинетическим характеристикам, отличаясь большей биодоступностью (95% против 40 и 50% соответственно) и меньшей степенью связывания с сывороточными белками (17% против 22 и 80%).

Л е к ц и я

Назначение однократной инъекции **бензатин-пенициллина** целесообразно в следующих ситуациях:

- низкая приверженность больных лечению;
- ОРЛ и/или хроническая ревматическая болезнь сердца в анамнезе у ближайших родственников;
- неблагоприятные социально-бытовые условия (фактор скученности);
- вспышки БГСА-инфекции в организованных коллективах;
- невозможность перорального приема.

Феноксиметилпенициллин следует применять только у детей младшего возраста, учитывая наличие лекарственной формы в виде суспензии, а также возможность контролировать лечение со стороны родителей, чего нельзя сказать о подростках.

Наряду с пенициллинами заслуживает несомненного внимания **цефадроксил** — представитель ораль-

ствительность к ним со стороны зеленеющих стрептококков, локализующихся в ротовой полости, существенно снижается. Поэтому у данной категории пациентов, среди которых много больных с ревматическими пороками сердца, линкозамиды рассматриваются как препараты первого ряда для профилактики инфекционного эндокардита при выполнении стоматологических манипуляций.

При наличии хронического рецидивирующего БГСА-тонзиллита высока вероятность колонизации очага инфекции микроорганизмами, продуцирующими β-лактамазы. В этих случаях лечение проводят ингибиторзащищенными пенициллинами (**амоксициллин/клавуланат**) или оральными цефалоспорины II поколения (**цефуроксим-аксетил**), а при непереносимости β-лактамных антибиотиков — линкозамидами (табл. 3). Указанные антибиотики также являются

Таблица 3. Антибактериальная терапия рецидивирующего БГСА-тонзиллита

Антибиотик	Суточная доза		Связь с приемом пищи	Длительность лечения, дни
	взрослые и дети старше 12 лет	дети моложе 12 лет		
Амоксициллин/клавуланат	1,875 г в 3 приема	40 мг/кг в 3 приема	Независимо	10
Цефуроксим-аксетил	0,5 г в 2 приема	20 мг/кг в 2 приема	Сразу после еды	10
Клиндамицин	0,6 г в 4 приема	20 мг/кг в 3 приема	Запивать большим количеством воды	10
Линкомицин	1,5 г в 3 приема	30 мг/кг в 3 приема	За 1–2 ч до еды	10

ных цефалоспоринов I поколения, высокая эффективность которого в терапии БГСА-тонзиллитов, а также хорошая переносимость подтверждены в многочисленных клинических исследованиях.

При непереносимости β-лактамных антибиотиков показано назначение макролидов (**спирамицин, азитромицин, рокситромицин, кларитромицин, мидекамицин**). Наряду с высокой противострептококковой активностью преимуществами этих препаратов являются: способность создавать высокую тканевую концентрацию в очаге инфекции, более короткий (в частности, для азитромицина) курс лечения, хорошая переносимость. Эритромицин — первый представитель антибиотиков данного класса в настоящее время применяют очень ограниченно, особенно в терапевтической практике, из-за частых по сравнению с другими макролидами побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта, обусловленных его стимулирующим действием на моторику желудка и кишечника.

Антибиотики-линкозамиды (**линкомицин, клиндамицин**) назначают при БГСА-тонзиллите только при непереносимости β-лактамов и макролидов. Широкое применение этих препаратов при данной нозологической форме не рекомендуется. Известно, что при частом использовании оральных пенициллинов чув-

ствительность к ним со стороны зеленеющих стрептококков, локализующихся в ротовой полости, существенно снижается. Поэтому у данной категории пациентов, среди которых много больных с ревматическими пороками сердца, линкозамиды рассматриваются как препараты первого ряда для профилактики инфекционного эндокардита при выполнении стоматологических манипуляций.

При наличии хронического рецидивирующего БГСА-тонзиллита высока вероятность колонизации очага инфекции микроорганизмами, продуцирующими β-лактамазы. В этих случаях лечение проводят ингибиторзащищенными пенициллинами (**амоксициллин/клавуланат**) или оральными цефалоспорины II поколения (**цефуроксим-аксетил**), а при непереносимости β-лактамных антибиотиков — линкозамидами (табл. 3). Указанные антибиотики также являются

препаратами второго ряда для случаев безуспешной пенициллинотерапии острого БГСА-тонзиллита (что чаще встречается при использовании феноксиметилпенициллина). Универсальной же схемы, обеспечивающей 100% элиминацию БГСА из носоглотки, в мировой клинической практике нет.

Применение тетрациклинов, сульфаниламидов, ко-тримоксазола (бисептол) и хлорамфеникола при БГСА-инфекции глотки в настоящее время не оправдано из-за высокой частоты резистентности и, следовательно, низких показателей эффективности терапии. Ранние фторхинолоны (ципрофлоксацин, пefлоксацин, офлоксацин, ломефлоксацин) также не назначают при БГСА-инфекции глотки из-за их низкой природной противострептококковой активности.

Вторичная профилактика направлена на предупреждение повторных атак и прогрессирования заболевания у лиц, перенесших ОРЛ, и предусматривает регулярное круглогодичное введение пенициллина пролонгированного действия (**бензатин-бензилпенициллин**). Препарат вводят глубоко внутримышечно детям с массой тела до 27 кг в дозе 600 тыс. ЕД 1 раз в 3 нед, детям с массой тела > 27 кг — 1,2 млн ЕД 1 раз в 3 нед, подросткам и взрослым — 2,4 млн ЕД 1 раз в 3 нед.

Л е к ц и я

циента индивидуальна и в соответствии с рекомендациями ВОЗ определяется наличием факторов риска повторных атак ОРЛ. К этим факторам относятся:

- возраст больного;
- наличие ХРБС;
- время от момента первой атаки ОРЛ;
- число предыдущих атак;
- фактор скученности в семье;
- семейный анамнез, отягощенный по ОРЛ/ХРБС;
- социально-экономический и образовательный статус больного;
- риск стрептококковой инфекции в регионе;
- профессия и место работы больного (школьные учителя, врачи, лица, работающие в условиях скученности).

Длительность вторичной профилактики должна составлять:

- для лиц, перенесших ОРЛ без кардита (артрит, хорей), – не менее 5 лет после последней атаки или до 18-летнего возраста (по принципу «что дольше»);
- в случаях излеченного кардита без формирования порока сердца – не менее 10 лет после последней атаки или до 25-летнего возраста (по принципу «что дольше»);
- для больных с пороком сердца (в том числе после операции) – пожизненно.

Таблица 4. Схемы антибиотикопрофилактики ИЭ у больных ХРБС

Область манипуляции	Исходные условия	Антибиотик и схема приема
Полость рта, пищевод, дыхательные пути	Стандартная схема	Амоксициллин 2 г (50 мг/кг) внутрь за 1 ч до процедуры
	Невозможность перорального приема	Ампициллин 2 г (50 мг/кг) в/в или в/м за 30 мин до процедуры
	Аллергия к пенициллинам	Клиндамицин 600 мг (20 мг/кг), или цефалексин/цефадроксил 2 г (50 мг/кг), или азитромицин/кларитромицин 500 мг (15 мг/кг) внутрь за 1 ч до процедуры
	Аллергия к пенициллинам и невозможность перорального приема	Клиндамицин 600 мг (20 мг/кг) в/в или цефазолин 1 г (25 мг/кг) в/м или в/в за 30 мин до процедуры
Желудочно-кишечный и урогенитальный тракт	Стандартная схема	Амоксициллин 2 г (50 мг/кг) внутрь за 1 ч до процедуры или ампициллин 2 г (50 мг/кг) в/м или в/в, введение закончить за 30 мин до процедуры
	Аллергия к пенициллинам	Ванкомицин 1 г (20 мг/кг) в/в в течение 1–2 ч, введение закончить за 30 мин до процедуры

Примечание. В скобках – дозы для детей до 12 лет.

Наиболее эффективной лекарственной формой бензатин-пенициллина является **экстенциллин**. Исследования, проведенные в Институте ревматологии РАМН и Государственном научном центре по антибиотикам, показали, что экстенциллин обладает явными фармакокинетическими преимуществами по сравнению с бициллином-5 по основному параметру – длительности поддержания адекватной противострептококковой концентрации бензилпенициллина в сыворотке крови. Из отечественных препаратов рекомендуется

бициллин-1, который назначают в указанных выше дозах 1 раз в 7 дней.

В настоящее время препарат бициллин-5 (смесь 1,2 млн ЕД бензатин-пенициллина и 300 тыс. ЕД новокаиновой соли бензилпенициллина) признан не соответствующим фармакокинетическим требованиям, предъявляемым к превентивным препаратам, и не используется для полноценной вторичной профилактики ОРЛ.

Широко практиковавшееся ранее ежедневное применение эритромицина у больных с ОРЛ в анамнезе и непереносимостью β-лактамов сегодня нуждается в пересмотре из-за повсеместного нарастания резистентности БГСА к макролидам. В качестве альтернативы у данной категории пациентов может использоваться своевременное курсовое лечение макролидами каждого случая БГСА-тонзиллита/фарингита.

По данным экспертов АКА, все больные с ХРБС входят в категорию умеренного риска развития инфекционного эндокардита (ИЭ). Этим пациентам при выполнении различных медицинских манипуляций, сопровождающихся бактериемией (экстракция зуба, тонзиллэктомия, аденотомия, операции на желчных путях или кишечнике, вмешательства на предстательной железе и т.д.) необходимо профилактическое назначение антибиотиков (табл. 4.).

Особо подчеркнем, что схема приема антибиотиков для профилактики рецидивов ОРЛ отличается от таковой для предупреждения ИЭ. Кроме того, у этих больных, особенно при длительном пероральном приеме пенициллиновых препаратов, существует высокая вероятность носительства зеленящих стрептококков, относительно устойчивых к антибиотикам этой группы. В подобных ситуациях для профилактики ИЭ рекомендуется назначать **клиндамицин**.

Несмотря на то что появившиеся в последние годы новые антибактериальные средства существенно

Л е к ц и я

расширили возможности антимикробной терапии БГСА-тонзиллита, они не решили данную проблему полностью. В связи с этим большие надежды возлагаются на **вакцину**, содержащую эпитопы М-протеинов высоковирулентных БГСА-штаммов, не вступающих в перекрестную реакцию с тканевыми антигенами человеческого организма. Недавно опубликованы первые данные клинических испытаний 26-валентной вакцины, содержащей эпитопы М-протеинов так называемых ревматогенных штаммов БГСА, которые не вступали в перекрестную реакцию с тканевыми антигенами человеческого организма. Результаты исследований с участием 30 здоровых добровольцев показали, что созданная реком-

бинантная вакцина против А-стрептококка стимулирует иммунный ответ, не вызывая токсичности. По мнению создателей, она способна обеспечить защиту против большинства А-стрептококковых штаммов, в том числе вызывающих острый тонзиллит, синдром стрептококкового токсического шока и некротизирующий фасциит [6].

Результаты этого исследования вселяют определенный оптимизм, но возникает как минимум один вопрос: не приведет ли вызванная вакциной активация иммунной системы к первичной или повторной атаке ОРЛ? Ответ, по всей вероятности, должен быть получен в дальнейших крупномасштабных проспективных исследованиях.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Rheumatic fever and rheumatic heart disease/WHO technical report series № 923. Geneva, 2004; 122.
2. Массовая профилактика сердечно-сосудистых заболеваний и борьба с ними: доклад комитета экспертов ВОЗ. Женева, 1988; 29–33.
3. Беляков В.Д. Сюрпризы стрептококко-

- вой инфекции. Вестн РАМН 1996; 11: 24 – 8.
4. McIsaac W.J., Goel V., To T. et al. The validity of a sore throat score in family practice. CMAJ 2000; 163(7): 811–5.
5. Casey J.R., Pichichero M.E. Higher dosages of azithromycin are more effective in treatment of Group A streptococcal tonsil-

- lopharyngitis. Clin Infect Dis 2005; 40: 1748–55.
6. McNeil S.A., Halperin S.A., Langley J.M. et al. Safety and immunogenicity of 26-valent group A streptococcus vaccine in healthy adult volunteers. Clin Infect Dis 2005; 41: 1114–22.

Н О В О С Т И

На территории России появится тотальная система фармаконадзора

«Проблема создания фармаконадзора рассматривалась отдельным вопросом на прошедшей коллегии Росздравнадзора. В середине сентября текущего года в Москве приступил к работе Центр по мониторингу данных о побочных эффектах применения лекарственных средств (ЛС) на базе ФГУ Научный центр экспертизы средств медицинского применения. Цель создания такой структуры – регулярно собирать информацию о побочных реакциях уже зарегистрированных ЛС со всей России, анализировать и систематизировать ее, разрабатывать научно-методические рекомендации для врачей по использованию таких данных».

«ФармВестник»

Проблема сбора данных о нежелательных реакциях в связи с применением лекарств существует во всем мире, в последние десятилетия потребность в такой информации значительно возросла. Частота госпитализации, вызванная лекарственными осложнениями, в Норвегии составляет 11,5%, во Франции –13%, в Вели-

кобритании –16%. Статистика, которая ведется в странах с действующей системой фармаконадзора, говорит о том, что причиной примерно 5% госпитализаций являются лекарственные осложнения, при этом у 6–10% стационарных больных регистрируются серьезные побочные реакции от применения ЛС в стационаре. Врачи связывают это с широким внедрением в клиническую практику новых препаратов с высокой биологической активностью, медицинскими ошибками, распространением некачественных и фальсифицированных ЛС.

В России центры по мониторингу данных о побочных эффектах применения ЛС работают только в двух регионах – Омске и Челябинске, в сентябре подобный центр открылся в Москве. По словам главы Росздравнадзора Николая Юргеля, на базе таких учреждений ведомство начнет создавать общероссийскую систему фармаконадзора. В эти центры будет поступать информация о нежелательных реакциях ЛС от фармацевтических производителей, клиниче-

ских фармакологов, аптечных работников, лечащих врачей, общественных и профессиональных организаций.

Комментарии экспертов:

Светлана Заруба, заместитель генерального директора Национальной дистрибуторской компании: «Создание фармаконадзора – один из способов обезопасить население от негативных последствий бездумного употребления лекарств. Общеизвестно, что в России широко распространено самолечение, в том числе рецептурными препаратами. С введением системы фармониторинга можно будет оперативно выявлять новые противопоказания к тем или иным препаратам и своевременно вносить их в инструкцию по применению лекарств. Как только это произойдет, правила игры на фармрынке станут более жесткими, а практика отзыва лекарств – более распространенной. Российским фармкомпаниям придется на первое место ставить качество производимых лекарств».

«Pressto Pharma Communications»