

С. С. Симонов
МЕСТО АЗИТРОМИЦИНА
В ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П. Л. Шупика

В соответствии с приказом Минздрава Украины (№ 128 от 19.03.07 г.), пневмония определяется как острое инфекционное заболевание, преимущественно бактериальной этиологии, которое характеризуется очаговым поражением респираторных отделов лёгких и наличием внутриальвеолярной экссудации. Выделяют 4 основных вида пневмоний: внебольничную, внутрибольничную (госпитальную, нозокомиальную), аспирационную и у лиц с тяжёлыми дефектами иммунитета.

Наибольшее практическое значение имеет разделение пневмонии на негоспитальную (приобретённую вне лечебного учреждения) и госпитальную (приобретённую в лечебном учреждении).

В зависимости от тяжести различают внебольничную пневмонию лёгкого, среднетяжёлого и тяжёлого течения. Поскольку объём диагностических и лечебных мероприятий при пневмонии этих степеней тяжести почти одинаков, их объединяют в одну группу — пневмонию с нетяжёлым течением.

В современных соглашениях (в том числе и украинском) выделяется 4 группы пациентов, лечение которых проводится в амбулаторных (1 и 2 группы), стационарных условиях (3-я группа) или в ОРИТ или палате интенсивной терапии (4 группа).

В первую группу входят пациенты с нетяжёлым течением, без сопутствующих заболеваний и модифицирующих факторов, которых следует лечить амбулаторно. Возможными возбудителями ВП являются: пневмококк, микоплазма, хламидия, гемофильная палочка. У больных первой группы следует применять пероральные формы антибиотиков. В качестве препаратов выбора используют амоксициллин или макролид. Одним из наиболее популярных препаратов для лечения внебольничной пневмонии у пациентов первой группы заслуженно является макролидный антибиотик Сумамед (азитромицин). К его достоинствам относится широкий спектр действия, включающий практически все основные возбудители инфекций нижних дыхательных путей — внеклеточные и внутриклеточные, типичные и атипичные. Он проявляет сходную с другими макролидами активность в отношении пневмококков, стрептококков, легионелл, микоплазм и хламидий, но превосходит их по активности в отношении других возбудителей инфекций дыхательных путей, в частности гемофильной палочки и моракселлы. Особенности химической структуры азитромицина обуславливают его преимущества перед другими макролидами с точки зрения фармакокинетики, в частности пролонгированный период полувыведения, благодаря которому препарат может применяться однократно в сутки короткими курсами по 3–5 дней. Альтернативой может быть респираторный фторхинолон III–IV поколений (левофлоксацин, моксифлоксацин), а препаратом второго ряда — макролид или доксициклин при неэффективности аминопенициллина или респираторные фторхинолоны при неэффективности макролида.

Во вторую группу входят больные с нетяжёлым течением ВП, с сопутствующей патологией и/или модифицирую-

щими факторами. Возможными возбудителями могут быть те же микроорганизмы, что и в первой группе, плюс моракселла, золотистый стафилококк и представители семейства энтеробактерий. У пациентов этой группы также целесообразно лечение в амбулаторных условиях пероральными антибиотиками. В качестве препарата выбора рекомендуется амоксициллин/клавуланат или цефуроксима аксетил. При невозможности перорального приёма препаратов — цефтриаксон парентерально. Альтернативными средствами являются макролид или фторхинолон III–IV поколений, а второго ряда — те же фторхинолоны или к приёму бета-лактама добавить макролид.

В третью группу входят пациенты с нетяжёлым течением, которые нуждаются в лечении в терапевтическом отделении по медицинским (наличие неблагоприятных факторов риска) показаниям. Возможные возбудители ВП в этой группе — пневмококк, гемофильная палочка, атипичные возбудители, грамтрицательные энтеробактерии (клебсиелла, кишечная палочка, энтеробактер). В качестве препаратов первого ряда рекомендуется комбинированная терапия аминопенициллином (преимущественно защищенным) или цефалоспорином II–III поколений (парентерально) и макролидом (кларитромицин, азитромицин или спирамицин), преимущественно per os. Такая тактика лечения обусловлена большой ролью пневмококка и достаточно высоким риском «атипичных» возбудителей. Сочетание макролида (азитромицина) с бета-лактамом является целесообразным — ускоряется регресс симптоматики, сокращается длительность госпитализации. В то же время при отсроченном назначении макролида подобный эффект не достигается. Влияние макролидов связывают не только с антибактериальной активностью, клиническое значение имеет иммуномодулирующее действие макролидов, в частности азитромицина (Сумамед). Альтернативным средством может быть респираторный фторхинолон для парентерального введения, а препаратом второго ряда либо респираторный фторхинолон, либо карбапенем.

К четвертой группе относятся пациенты с тяжёлым течением ВП, которые нуждаются в лечении в ОРИТ. Как правило, у больных четвертой группы этиологическим фактором является полимикробные ассоциации. Препаратами выбора является комбинированная парентеральная терапия защищенным аминопенициллином или цефалоспорином III поколения плюс макролид. Для больных четвёртой группы полезным оказалось появление инъекционной лекарственной формы азитромицина, позволяющей создавать высокие концентрации в плазме. Азитромицины для внутривенного введения позволяют использовать препарат в режиме ступенчатой терапии, что имеет определенные преимущества, повышая комплаенс пациентов и снижая стоимость антибактериальной терапии. При тяжёлом течении пневмонии азитромицин рекомендуется вводить внутривенно в дозе 500 мг/день не менее 2 дней с последующим переходом на пероральный прием в такой же дозе до общего курса 7–10 дней.