

О. М. Гиріна, П. В. Грішило, Л. Д. Вітик
ПРАКТИКА ВИКОРИСТАННЯ КЛАРИТРОМІЦИНУ
В СУЧАСНІЙ ТЕРАПІЇ АЛЕРГІЧНИХ СТАНІВ

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця

Невпинний ріст числа алергічних захворювань ставить проблеми розширення спектру медикаментозних засобів в алергологічній практиці. Зокрема, це стосується використання антибактеріальних препаратів. Сучасні протоколи лікування бронхіальної астми, atopічного дерматиту, кропив'янки, ускладненого алергічного риніту включають антибіотики. Особливістю антибіотикотерапії в Україні є висока ймовірність використання не інноваційних, а генеричних препаратів. На нашому ринку існує ряд таких препаратів, які доказали свою високу ефективність як в спеціально проведених клінічних дослідженнях, так і на практиці. При їх використанні, наприклад для лікування бронхіальної астми, atopічного дерматиту, алергічного риніту, кропив'янки, спостерігалось швидке настання клінічного покращання. При цьому вартість курсу лікування значно зменшується у зв'язку з більш доступною вартістю препаратів у порівнянні з інноваційними.

Перед практикуючими лікарями часто виникає проблема вибору конкретного препарату, оскільки арсенал в нашій країні досить великий. Особливо такий вибір стоїть перед медико-економічного аспекту лікування: співвідношення вартості та ефективності. В зв'язку з цим вигідно відрізняється антибіотик макролідної групи виробництва компанії KRKA (Словенія) Фромілід®Уно.

Макролідні антибіотики відомі з часів відкриття еритроміцину в 1952 р. За цей час вони зарекомендували себе як високоефективні та найбільш безпечні антибактеріальні препарати з мінімальним числом протипоказів для призначення. Останнім часом використання макролідів в клінічній практиці збільшилось завдячуючи більш глибокому розумінню ролі внутрішньоклітинних збудників в розвитку інфекції дихальних шляхів, шкіри, створенню нових макролідів з покращеними фізико-хімічними, біологічними та фармакологічними властивостями, їх відмінному профілю безпеки, а також розвитку резистентності до β -лактамінів, що досить широко використовуються.

Макролідні антибіотики відносяться до інгібіторів білкового синтезу в клітинах мікроорганізму. Основу хімічної структури макролідів складає макроциклічне лактонне кільце. В залежності від кількості атомів вуглеводню в лактонному кільці розрізняють 14-, 15-, або 16-членні макроліди.

Антимікробний ефект макролідів обумовлений здатністю цих препаратів пригнічувати РНК-залежний синтез внутрішньоклітинного білку в чутливих мікроорганізмах. Механізм їх дії пов'язаний із взаємодією з 23s РНК компонентом каталітичного центра пептидтрансферази 50s субодиниці мембраноасоційованих рибосом бактеріальних клітин. Зв'язування макролідів з рибосомами чутли-

вих клітин призводить до порушення пептидилтрансферазної активності та інгібування реакції транслокації і транспептидації, внаслідок чого порушується нормальний процес синтезу бактеріального білка. Це обумовлює їх активність і по відношенню до атипичних збудників, і вибірково токсичність для мікроорганізмів (оскільки в макроорганізмі відсутні 50s рибосомні субодиниці). Необхідно відзначити можливість проникнення макролідів в фагоцитуючі клітини, що може потенціювати їх ефект, та клінічна активність антибіотиків *in vivo* може проявлятися навіть в тих випадках, коли *in vitro* вони не активні. Відмінною здатністю препаратів цього ряду є здатність проникати в слизову оболонку бронхів, а також альвеолярні макрофаги та паренхіму легень. Нові макроліди, накопичуючись в клітинах тканин, наділені пролонгованою дією. При цьому в терапевтичних концентраціях мають бактерицидний вплив. Добре розподіляючись в організмі, макроліди здатні долати гістогематичні бар'єри (за виключенням гематоенцефалічного), значно випереджаючи у цьому β -лактаміні антибіотики.

Сьогодні ми маємо дані чотирьох досліджень, в яких визначали концентрацію кларитроміцину в плазмі крові, слизовій, що вкриває епітелій бронхів та альвеолярних макрофагах. Здорові волонтери для досягнення стабільної концентрації препарату в легеневій тканині отримували перорально від 7 до 9 доз кларитроміцину по 500 мг кожні 12 годин. Середня концентрація кларитроміцину через 12 годин після прийому останньої дози складала від 15,1 до 72,1 мкг/мл в слизовій, що вкриває епітелій бронхів, і від 181 до 1996 мкг/мл — в альвеолярних макрофагах. Ці концентрації перевищували рівні кларитроміцину в плазмі крові в 10 і 100 раз відповідно.

Зазвичай макроліди мають бактериостатичну дію, але вона може бути і бактерицидною, що залежить від концентрації препарату, виду мікроорганізму, фази росту бактерії, розміру вогнища враження та рН середовища. Як правило, макроліди у високих концентраціях діють бактерицидно по відношенню до організмів, які знаходяться у фазі росту. Механізм протимікробної дії полягає у зворотньому зв'язуванні з 50s- субодиницею рибосоми у бактеріальній клітині та інгібування синтезу білку. За даними канадського дослідження, кларитроміцин, еритроміцин та азитроміцин мали близькі показники бактерицидної дії при 4xМПК (мінімальна пригнічуюча концентрація) по відношенню до *Streptococcus pneumoniae*, отриманих з верхніх та нижніх дихальних шляхів, незалежно від ступеня чутливості останніх до пеніциліну. На відміну від β -лактамінів антибіотиків, макроліди діють на так званих атипичних збудників. В сучасній літературі під терміном «атипові збудники» зазвичай розуміють *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Legionella spp.*, але макроліди мають високу активність по відношенню і до *Streptococcus pneumoniae* та *Moraxella catarrhalis*.

В той же час кларитроміцин не має впливу на грам-негативні мікроорганізми групи *Enterobacteriaceae* і не викликає у зв'язку з цим розвиток резистентності у потенційних збудників нозокоміальних інфекцій дихальних шляхів та сечовивідного тракту. Кларитроміцин — один із останніх синтезованих макролідних антибіотиків, що швидко завоювали популярність при лікуванні інфекцій органів дихання завдячуючи своїм клініко-фармакологічним властивостям. Цей 14-членний напівсинтетичний макролід активний по відношенню до всіх актуальних респіраторних патогенів, що зустрічаються у амбулаторних пацієнтів. Мікробіологічна активність кларитроміцину по відношенню до пневмококу та біогенного стрептококу вважається найвищою серед макролідів.

Не дивлячись на низьку природну чутливість до макролідів *Haemophilus influenzae*, препарати цієї групи є клінічно ефективними. Серед макролідів найбільшою дією по відношенню до даного збудника наділені азитроміцин та кларитроміцин. Останній впливає *in vitro* на *Haemophilus influenzae* слабше, ніж азитроміцин, але активність кларитроміцину *in vivo* підсилюється в 2–4 рази дякуючи утворенню активного метаболіту (14-гідроксикларитроміцину). Значення активного метаболіту є суттєвим і для підвищення антипневмококової активності кларитроміцину, яка вважається найвищою в класі макролідів. Згідно результатів багатоцентрового порівняльного дослідження ерадикаційна активність кларитроміцину по відношенню до виділених *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* у пацієнтів із загостренням хронічного обструктивного бронхіту, хворих на бронхіальну астму складала 77,8; 87,5; та 80 % відповідно.

Сьогодні в клінічній практиці доступна нова медикamentозна форма кларитроміцину із сповільненим вивільненням (Фромілід®Уно), котра характеризується покращеним фармакологічним профілем по відношенню до респіраторних патогенів. Сповільнене вивільнення діючої речовини з таблеток сприяє більш тривалому підтриманню терапевтичної концентрації препарату в крові та тканинах. Це принципово важливо для макролідних антибіотиків, ефект яких в більшій мірі визначається тривалістю перевищення сироватковими концентраціями значення МПК збудників. Це дозволяє дозувати препарат із значним інтервалом між прийомами (кожні 24 години), що підвищує комплайенс.

Останнім часом все більш актуальним є питання імунотулюючої дії макролідів. Ряд дослідників висловлюють припущення про наявність протизапальних властивостей у макролідів, що забезпечує настільки високу їх ефективність в першу чергу при інфекційному враженні бронхів та легень. Ця дія в першу чергу пов'язана із їх антиоксидантними властивостями. Здатність пригнічувати окислювальний «вибух» знайдена у еритроміцину, рокситроміцину, диритроміцину. Крім того, еритроміцин, спіраміцин, рокситроміцин і кларитроміцин впливають на вироблення цитокінів.

Ще одним механізмом протизапальної дії макролідів може бути підвищення ендогенної продукції глюкокортикоїдів. Експериментальні дані японських вчених свідчать про підвищення концентрації глюкокортикоїдів в плазмі крові після введення 14-членних макролідів

(еритроміцин, кларитроміцин). Припускають, що макроліди, завдячуючи своїм фізико-хімічним особливостям, здатні стабілізувати мембрани ряду ефекторних клітин, які приймають участь у запаленні. Причому, подібна мембраностабілізуюча дія антибіотиків супроводжується погіршенням регуляції продукції ендогенних речовин, які забезпечують метаболізм в процесі запалення. Ці препарати послаблюють виділення із нейтрофілів деяких ферментів, а також зменшують утворення хемотактантів, викликаних цитокінами.

Важливою властивістю макролідів є їх здатність накопичуватися у поліморфноядерних нейтрофілах. Очевидно, основним механізмом, що забезпечує подібне накопичення, є активний транспорт. Насичені макролідами нейтрофіли досить швидко рухаються до місць проникнення патогенних мікроорганізмів та вивільняють активні речовини. Лейкоцити рухаються в тканини під впливом хемотаксичних факторів.

Макроліди здатні пригнічувати продукцію інтерлейкіну (ІЛ)–8, а також трансендотеліальну міграцію нейтрофілів і моноцитів, що залежить від нього. Вони проникають у поліморфноядерні нейтрофіли та затримуються в них, що підсилює здатність до фагоцитозу і антиінфекційного захисту. Інкубація *in vitro* альвеолярних макрофагів з азитроміцином та кларитроміцином в різних концентраціях має дію на секрецію ІЛ–8, посилюючи його продукцію при концентрації 4 мг/л та знижуючи секрецію цього цитокіну при концентрації антибіотику 400 мг/л.

В експериментальних дослідженнях показано, що макроліди пригнічують системні та місцеві прояви запалення після хірургічної травми, зменшують об'єм ексудату, накопичення лейкоцитів, знижують рівень простагландину E2 та фактору некрозу пухлин (ФНП)–α.

В зв'язку з цим препаратами вибору все частіше стають антибіотики макролідної групи. Можливість використання цих препаратів обумовлена широким спектром їхньої дії, включаючи атипичних збудників, а також тим фактом, що макроліди здатні накопичуватися в високих концентраціях в макрофагах, нейтрофілах, лімфоїдній тканині. Доказане потенціювання імунотулюючого ефекту (за рахунок дії на специфічні та неспецифічні фактори природної резистентності макроорганізму) робить використання цих препаратів особливо привабливим.

Сучасна раціональна антибіотикотерапія є виключно важливим фактором, що лімітує як появу ускладнень, так і хронізацію процесу. Цілеспрямована етіотропна терапія передбачає призначення препарату активного проти мікроорганізму, що викликав захворювання в конкретному випадку. Мікробіологічне дослідження потребує певного часу, а оскільки призначення антибактеріального препарату необхідно одразу після встановлення діагнозу, то в більшій частині випадків вибір антибіотика відбувається емпірично. У всіх міжнародних та національних погоджувальних документах, включаючи новий український консенсус, чітко відображений принцип раннього призначення емпіричної етіотропної терапії при запальних захворюваннях верхніх та нижніх дихальних шляхів. В свою чергу, емпіричний підхід повинен базуватися на уяві про спектр основних збудників і їх чутливості до антибіотиків, на клінічній ефективності

різних груп антибактеріальних препаратів, підтверджених в динамічних клінічних дослідженнях.

Основними збудниками, що виділяються у хворих з вище наведеною алергологічною патологією є: різні види стрептококів та стафілококів, *Neisseria spp.*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Legionella spp.*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*. Особливий інтерес викликають факти все частішого виділення атипичних збудників інфекції, котрі часто маскують перебіг основного захворювання, а також мають патологічний вплив на різні органи і системи макроорганізму. Нажаль, традиційні схеми терапії, що десятиліттями використовуються лікарями, часто не відповідають сучасним вимогам клінічної мікробіології, не враховують даних про природну чутливість мікроорганізмів до антибіотиків, призводять до ініціації процесів вторинної резистентності до антибактеріальних препаратів.

Макроліди є однією з найбільш безпечних груп антимікробних препаратів. Небажані реакції при їх використанні в цілому зустрічаються дуже рідко. Найбільш частими побічними ефектами є симптоми зі сторони шлунково-кишкового тракту (тошнота, важкість в епігастричній області), котрі, як правило, виражені помірно і швидко проходять при використанні препарату після їжі. Навіть при тривалому використанні макролідів рідкі випадки розвитку дисбактеріозів шлунково-кишкового тракту, відсутнє пригнічення гемопоетичних реакцій. Антибіотики з групи макролідів обділені перехресними алергічними реакціями з препаратами, що утримують в своєму складі β-лактаміне кільце (пеніциліни, цефалоспорины), що дозволяє використовувати їх у осіб з алергічними реакціями на β-лактамі препарати. Низька токсичність макролідів дозволяє використовувати їх при вагітності, в період лактації, а також в педіатричній практиці для лікування недоношених новонароджених і дітей більш старшого віку.

Спектр макролідних препаратів, що використовуються зараз в клінічній практиці, досить широкий. Але найбільше значення в сучасній медицині і, зокрема в алергологічній практиці мають нові макроліди, серед яких особливе місце займає 14-членний макролід — кларитроміцин (Фромілід®Уно).

Фромілід®Уно — найбільш збалансований макролід, наділений стабільно високою біодоступністю, досягаючої терапевтичної концентрації в сироватці, а також створюючий високі внутрішньоклітинні та позаклітинні концентрації. При пероральному прийомі відбувається часткове порушення макролідів під дією соляної кислоти шлунку. Зі всіх препаратів цієї групи Фромілід®Уно є найменш чутливим до соляної кислоти препаратом. При цьому він наділений кумулятивними властивостями, має низький МІК по відношенню до грампозитивних бактерій, низький потенціал розвитку резистентності.

Фромілід®Уно в порівнянні з іншими макролідами має більш широкий спектр дії та більш виражену ефективність по відношенню до основних патогенів, а також активність у відношенні до атипичних збудників.

Оскільки інфекційні фактори мають значний вплив на імунну систему людини, змінюючи гуморальні та клітинні імунні відповіді, то вони впливають на патогенез бронхіальної астми, atopічного дерматиту, кропив'янки

та алергічного риніту і їх справжній стан. Дані щодо інфекції дихальних шляхів дозволили ретельніше вивчити глибинний патогенез бронхіальної астми та зміни, які відбуваються під час гострого запалення дихальних шляхів. Останнім часом значна роль надається так званій гігієнічній теорії, суть якої полягає в тому, що схильність до алергологічних захворювань залежить від інфекції, перенесеної в дитинстві.

Існує припущення, що *Chlamydia pneumoniae* має деяке відношення до астми. Цей мікроорганізм може знаходитись в латентному стані, в якому зберігається його життєздатність, але при цьому він залишається в стані спокою. Проте в такому стані хламідія продовжує синтезувати «протеїн стресу», котрий здатний викликати запальну реакцію пошкодження тканин та сприяти рубцюванню. Кортикостероїди негативно впливають на багато аспектів клітинно-опосередкованого імунітету та здатні реактивувати стійку бактерію *Chlamydia pneumoniae*. В результаті цього настає активна стадія росту, котра пришвидшує продукування цитокінів в місці локалізації інфекції. В подальшому це може посилити запальний процес в дихальних шляхах хворих на алергічний риніт та бронхіальну астму.

Характерною властивістю *Chlamydia* є здатність викликати затяжні, часто безсимптомні інфекції. У багатьох дослідженнях значна увага приділяється ролі цих інфекційних агентів в перебігу запальних захворювань, зокрема бронхіальній астмі. Але поки що не відомо, продовжували атипичні бактерії існувати після загострення чи були присутні до розвитку астми. Існують дані, що підтверджують обидві можливості, враховуючи той факт, що *Mycoplasma pneumoniae* зберігалась в дихальних шляхах піддослідних тварин до 160 днів. Не дивлячись на це, немає клінічних даних про гостру інфекцію, викликану *Chlamydia pneumoniae* чи *Mycoplasma pneumoniae*, зокрема, протягом трьох місяців до початку дослідження. Очевидно, дані мікроорганізми були присутні з самого початку та призвели до розвитку бронхіальної астми. Дослідники відзначають, що вплив інфекції викликаній *Mycoplasma pneumoniae*, може тривати кілька місяців, в результаті чого знижується форсована швидкість видиху та підвищується гіперчутливість дихальних шляхів у здорових людей. Проте ряд дослідників вважає, що інфікування *Chlamydia pneumoniae* практично не впливає на перебіг вже існуючої астми.

Є дані, що використання кларитроміцину при бронхіальній астмі протягом 8 тижнів призводило в порівнянні з плацебо до значного зменшення числа еозинофілів в крові та тканинах, в'язкості бронхіального слизу. Також опубліковано дані про те, що дві третини гормонозалежних пацієнтів з бронхіальною астмою, що приймали кларитроміцин протягом одного року, припинили прийом преднізолону.

В залежності від особливостей клінічного перебігу дерматозу виправданим є включення схеми лікування atopічного дерматиту, кропив'янки антибіотиків, що наділені високою терапевтичною активністю і мінімальним алергізуючою дією.

Мікробні асоціації на шкірі хворих atopічним дерматитом, наприклад, прямо пропорційні частоті виявлення патогенного заселення і ступеню активності процесу.

Таблиця

Ефективність та безпечність Фроміліду®Уно при алергопатології

Нозологічна форма	Тривалість загострення	Час настання клінічного ефекту	Рецидив захворювання	Побічні дії	Потреба в глюкокортикоїдах
<i>Бронхіальна астма</i> n = 108					
основна група	12,1±1,2	8,3±0,5	–	8 (7,4 %)	↓ ↓ ↓
контрольна група	16,7±0,9	11,6±0,8	16 (14,8 %)	–	↑ ↑ ↑
<i>Атопічний дерматит</i> n = 16					
основна група	16,3±1,4	9,2±0,41	2(12,5 %)	1(2,3 %)	↓ ↓
контрольна група	21,9±0,8	7,8±0,6	5(31,3 %)	–	↑ ↑
<i>Рецидивуюча кропив'янка</i> n = 28					
основна група	18,1±1,1	10,6±1,22	4(14,3 %)	6(21,4)	↓ ↓
контрольна група	24,9±1,2	0,3±0,9	9(32,1 %)	–	↑ ↑
<i>Алергічний риніт</i> n = 16					
основна група	11,6±0,7	7,2±0,31	–	1(2,3 %)	↓ ↓
контрольна група	15,1±0,6	1,7±0,5	3(18,8 %)	–	↓ ↑

За даними вітчизняних та зарубіжних авторів, *S. aureus* при атопічному дерматиті знаходили в три рази частіше, ніж при екземі як на хворій, так і на здоровій шкірі, тоді як у здорових осіб *S. aureus* на шкірі не знайдений. Дослідники також припускають відповідні росту флори аномалії рогового шару і вважають, що *S. aureus*, контактуючи з покритими IgE опасистими клітинами в шкірі хворих атопією, призводить до вивільнення медіаторів алергії, еритеми та свербіння. Виникає «зачароване коло», оскільки розчухування сприяє повторному занесенню стафілококу. Найбільша його концентрація спостерігається у вогнищах ерозій та мокнуття, а також в значній кількості виявляється на сухих ліхеніфікованих ділянках. Є припущення, що така особлива схильність до інфікування шкіри у хворих атопічним дерматитом пов'язана з пониженим хемотаксисом лейкоцитів.

Ефективність і переносимість Фроміліду®Уно у алергологічних хворих підтверджена на практиці в Київському міському алергоцентрі. Схема лікування включала: Фромілід®Уно, що містить 500 мг кларитроміцину, один раз на день протягом 10–14 днів. Оцінювали динаміку клінічних проявів захворювань, тривалість загострення. Крім цього, проводили облік побічних явищ по мірі їх виникнення, оцінювали переносимість терапії пацієнтами.

Проаналізовано результати лікування 164 пацієнтів у віці від 22 до 56 років, в тому числі 98 жінок та 66 чоловіків (таблиця). На бронхіальну астму з них страждало 108 чоловік, що склало 66 % від загального числа хворих; атопічним дерматитом хворіло 16 чоловік (9,7 %); у 16 (9,7 %) пацієнтів спостерігались симптоми алергічного риніту; на кропив'янку страждали 28 (17 %) хворих. Пацієнти отримували Фромілід®Уно на фоні патогенетичної терапії.

Аналіз отриманих результатів свідчив про високу ефективність даного препарату. Включення в схему лікування таких алергічних станів як важка бронхіальна астма, атопічний дерматит, хронічна безперервно рецидивуюча кропив'янка, ускладнений алергічний риніт

Фроміліду®Уно сприяло швидкому настанню клінічного покращання. Вже на третій день від початку лікування основні клінічні прояви захворювань значно зменшувалися і практично припинялися до кінця курсу лікування.

Проведена терапія призводила до різкого зменшення симптомів бронхіту у 91 % пацієнтів з бронхіальною астмою. У 83 % пацієнтів з атопічним дерматитом та 76 % з кропив'янкою висипання повністю регресували. 89 % пацієнтів з ускладненим алергічним ринітом відмічали значне покращання самопочуття після закінчення курсу антибіотикотерапії.

Проведене лікування супроводжувалось невисокою частотою побічних ефектів (сумарно в 10 % випадків), котрі не потребували припинення лікування.

В цілому терапія переносилась задовільно. В більшості випадків пацієнти оцінювали переносимість як добру (87 %) та дуже добру (13 %).

З цієї точки зору використання макролідів є обґрунтованим і виправданим, оскільки по-перше, макроліди в значно меншій мірі викликають алергічні реакції, а по-друге, у них виявлено протизапальний ефект, котрий особливо актуальний у хворих з алергопатологією.

Сучасні макроліди рекомендуються вітчизняними та міжнародними погоджувальними документами по лікуванню інфекцій верхніх та нижніх дихальних шляхів, шкіри.

На відміну від інших антибіотиків, макроліди забезпечують не лише антибактеріальний ефект, але мають цілий ряд не антибактеріальних властивостей, серед яких найбільш вивчені в експерименті та доказані в клінічних умовах протизапальний, імуномодулюючий та антиоксидантний ефекти, що обумовлює:

- захист миготливого епітелію дихальних шляхів;
- підвищення мукоциліарного кліренсу;
- пониження секреції бокаловидними клітинами;
- зменшення спазму бронхів.

Завдячуючи імуномодулюючим та протизапальним властивостям макроліди можна вважати антибактеріаль-

ними препаратами і ряду в лікуванні загострень бронхіальної астми, atopічного дерматиту, хронічної безперервно рецидивуючої кропив'янки, ускладненого алергічного риніту.

Висновки

1. Стандартна схема антибактеріальної терапії з використанням Фроміліду®Уно у хворих з алергологічною патологією є безпечною і доступною.

2. Лікування з використанням Фроміліду®Уно сприяло швидкому настанню клінічної ремісії захворювань, не викликало важких побічних реакцій, а ті, що спостерігались, були не виражені та не вимагали відміни препарату.

3. Схема лікування з використанням Фроміліду®Уно може з успіхом використовуватись для лікування хворих на бронхіальну астму, atopічний дерматит, кропив'янку, ускладнений алергічний риніт.

ЛІТЕРАТУРА

1. Альтмаер, П. [Текст] / П. Альтмаер // Терапевтический справочник по дерматологии и аллергологии. Под ред. член-корр. РАМН А. А. Кубановой. — Москва: ГЭОТА-МЕД. — 2003. — С. 483–491.
2. Дзюблик, А. Я. Место макролидов для парентерального введения в лечении пациентов с внебольничной пневмонией [Текст] / А. Я. Дзюблик // Здоров'я України. — 2008. — № 2. — С. 35–36.
3. Кутасевич, Я. Ф. Принципы лечения atopического дерматита [Текст] / Я. Ф. Кутасевич // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. — 2008. — № 3/1. — С. 37–44.
4. Перцева, Т. А. Современные принципы рациональной антибиотикотерапии негоспитальной пневмонии: путь к идеальным стандартам [Текст] / Т. А. Перцева // Здоров'я України. — 2007. — № 2. — С. 5–14.
5. Юдина, Л. В. Возможности макролидов на современном этапе [Текст] / Л. В. Юдина // Здоров'я України. — 2008. — №2. — С. 11–12.
6. Bearden, D.T., Pharm D, Rodvold K.A. Практическая фармакология: проникновение макролидов в очаги инфекции в лёгких [Текст] / D. T. Bearden, D. Pharm, K. A. Rodvold // Здоров'я України. — 2008. — № 2. — С. 32–33.

7. Carbon, C. Pharmacodynamics of macrolides, azalides and streptogramins: effect on extracellular pathogens [Text] / C. Carbon // Clin. Infect. Dis. — 1998. — Vol. 27. — P. 28–32.

ПРАКТИКА ВИКОРИСТАННЯ КЛАРИТРОМІЦИНУ В СУЧАСНІЙ ТЕРАПІЇ АЛЕРГІЧНИХ СТАНІВ

О. М. Гиріна, П. В. Грішило, Л. Д. Вітик

Резюме

Проаналізовано результати лікування з використанням кларитроміцину (Фромілід®Уно, KRKA) 164 хворих: на бронхіальну астму (108 чоловік), atopічний дерматит (16), алергічний риніт (16) та на кропив'янку (28). Пацієнти отримували препарат на протязі 10–14 днів на фоні патогенетичної терапії. Встановлено, що лікування сприяло швидкому настанню клінічної ремісії захворювань, не викликало важких побічних реакцій, а ті, що спостерігались, були не виражені та не вимагали відміни препарату. Схема лікування з використанням Фроміліду®Уно може з успіхом використовуватись для лікування хворих на бронхіальну астму, atopічний дерматит, кропив'янку, ускладнений алергічний риніт.

CLARITHROMYCIN IN MODERN THERAPY OF ALLERGIC CONDITIONS

О. М. Gyrina, P. V. Grishylo, L. D. Vityk

Summary

We analyzed the results of treatment using clarithromycin (Fromilid® Uno, KRKA) of 164 patients with asthma (108 patients), atopical dermatitis (16 patients), allergic rhinitis (16 patients) and urticaria (28 patients). The patients took medicine during 10–14 days on the background pathogenesis therapy. It was proved that the therapy shortened the time to clinical remission, caused no serious adverse reactions (those registered adverse reactions were mostly mild and did not require discontinuation of drug). The regime of treatment using Fromilid®Uno may successfully be used for therapy of patients with asthma, atopical dermatitis, urticaria and complicated allergic rhinitis.