

клинически значимые неантибактериальные эффекты. Так, у макролидов описано противовоспалительное, иммуномодулирующее, мукорегулирующее действие. Иммуномодулирующий эффект азитромицина реализуется в двух фазах: в первой фазе происходит стимуляция дегрануляции нейтрофилов и оксидативного взрыва, активирующих защитные механизмы организма, во второй (после эрадикации возбудителя) – торможение синтеза и секреции провоспалительных (интерлейкины-1, 6 и 8) и усиление секреции противовоспалительных (интерлейкины-2, 4 и 10) цитокинов.

Азитромицин характеризуется высокой активностью в отношении хламидий и микоплазм, к нему чувствительны β -гемолитический стрептококк группы А, *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *M. catarrhalis*, *S. pyogenes*, *Streptococcus agalactiae*, *Streptococcus viridans*, *Staphylococcus spp.*, *H. parainfluenzae*, *H. ducreyi*, *Bordetella pertussis*, *Bordetella parapertussis*, *Brucella melitensis*, *H. pylori*, *Campylobacter jejuni*, *Gardnerella vaginalis*, *Clostridium spp.*, *Peptococcus spp.* и *Peptostreptococcus spp.*, *Legionella spp.*, *Ureaplasma urealyticum*, *Listeria monocytogenes*, *Treponema pallidum*. По сравнению с другими макролидами азитромицин проявлял схожую активность при инфекциях верхних дыхательных путей в отношении *S. pneumoniae* и *S. pyogenes*, однако превышал их по активности в отношении *H. influenzae*. По данным мониторинга антибиотикорезистентности, частота выделения устойчивых к азитромицину штаммов не превышает 6,2% для *S. pneumoniae* и 7% для *S. pyogenes*; штаммов *H. influenzae*, устойчивых к азитромицину, не выявлено. Также не зарегистрирована клинически значимая резистентность к макролидам атипичных возбудителей – микоплазм, хламидий, легионелл. Данный препарат имеет хорошую переносимость: частота развития нежелательных побочных реакций не превышает 9%. По результатам метаанализа, частота отмены препарата из-за плохой переносимости в различных исследованиях не превышала 0,8%. Аллергические реакции при приеме азитромицина наблюдаются менее чем у 1% пациентов (при лечении β -лактамами антибиотиками – у 4-10%), макролиды можно применять у лиц с непереносимостью β -лактамов (С.В. Лукьянов, 2005).

При оценке эффективности коротких курсов лечения азитромицином по сравнению с амоксициллином в течение 10 дней была получена сопоставимая клиническая эффективность по результатам наблюдений на базе 13 медицинских центров. Так, у взрослых пациентов с острым бронхитом или обострением хронического бронхита сравнивалась эффективность двух режимов дозирования: 5-дневный курс азитромицина (500 мг в 1-е сутки, затем по 250 мг/сут в течение 5 дней) и 3-дневный курс азитромицина (500 мг/сут в течение 3 дней). Параллельно сравнивали эффективность 10-дневной терапии цефаклором и амоксициллином/клавуланатом. Пятидневный курс лечения азитромицином был сопоставим по эффективности с 10-дневным курсом лечения цефаклором и амоксициллином/клавуланатом. При этом азитромицин по результатам микробиологического исследования превосходил цефаклор (элиминация *H. influenzae* отмечена у 94,5% пациентов, принимавших азитромицин, и у 61% больных, получавших цефаклор) (И.П. Фомина, Л.Б. Смирнова, С.М. Юдин, 1996). У детей в возрасте от 3 мес до 12 лет (n=118) получены сопоставимые результаты лечения внебольничной пневмонии с использованием 3-дневного курса лечения азитромицином (10 мг/кг/сут) и 10-дневного курса терапии амоксициллином/клавуланатом. На 10-13-й день от начала терапии клиническое излечение отмечено у 91% пациентов в группе азитромицина и у 87% – в группе амоксициллина/клавуланата (G. Treadway, D. Pontani, 1996). При этом, по данным метаанализа, частота неэффективности при применении коротких (менее 5 дней) курсов

лечения азитромицином и 7-10-дневных курсов терапии амоксициллином не различается, в то время как азитромицин вызывает побочные явления достоверно реже (на 19%), чем амоксициллин (G.S. Takata, L.S. Chan, P. Shekelle et al., 2001).

Клинический интерес для врачей-педиатров также представляет эффективность азитромицина в отношении возбудителя коклюша. Показано (J.M. Langley et al., 2004), что азитромицин (10 мг/кг в 1-е сутки, затем 5 мг/кг в течение 2-5 дней) был сопоставим по эффективности с эритромицином (40 мг/кг/сут в течение 10 дней). В обеих группах была достигнута эрадикация возбудителя при более высоком комплаенсе в группе азитромицина. В исследовании S.I. Esposito и соавт. (2003; n=1706) эффективность азитромицина в лечении рецидивирующих респираторных инфекций превосходила по эффективности симптоматическую терапию в сочетании с β -лактамами антибиотиками.

Важное место занимает азитромицин в лечении суставной патологии, ассоциированной с атипичными возбудителями. Так, по разным данным, до 80% реактивных артритов у детей ассоциированы с хламидийной инфекцией (Е.Г. Чистякова, Е.С. Жолобова, 2003; H.R. Schumacher, 2002).

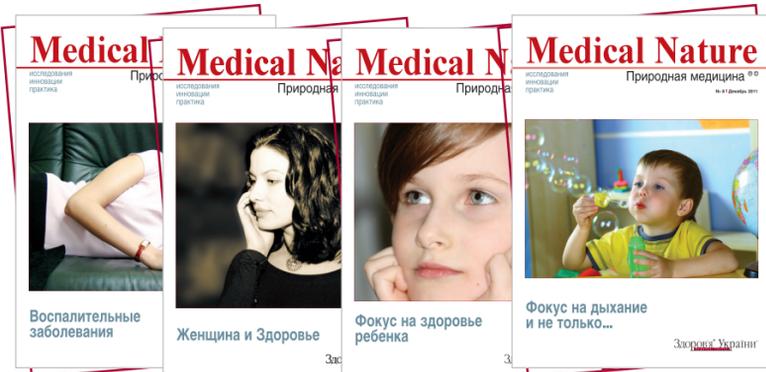
По сравнению с эритромицином азитромицин оказался более эффективным в отношении элиминации хламидийной инфекции. Санитизирующий эффект был достигнут у 94% детей в группе азитромицина, в то время как терапия эритромицином привела к элиминации хламидийной инфекции лишь в 73% случаев. Назначение азитромицина детям с реактивным артритом, ассоциированным с хламидийной инфекцией, выявило большую эффективность длительных (10-14 дней) курсов применения антибиотика по сравнению с короткими (3-5 дней). Эрадикация возбудителя удалось достичь при применении азитромицина несколькими курсами (3-4 курса) в режиме дозирования 10 мг/кг в 1-е сутки, затем 5 мг/кг в течение 7-10 дней. В настоящее время исследуется целесообразность внутрисуставного применения антибиотика (J. Hercogova et al., 1991; Л.Н. Мазанкова, Н.О. Ильина, 2008).

На рынке Украины представлен высокоэффективный и доступный по стоимости отечественный препарат азитромицина Ормакс производства компании «Сперко». Данный препарат изготавливается из оригинальной субстанции, произведенной в Хорватии, и выпускается в двух лекарственных формах: в виде капсул и порошка для приготовления суспензии для перорального применения. Суспензия Ормакс для детей не содержит красителей и имеет приятный кисло-сладкий вкус. Препарат применяется в дозе 10 мг/кг или по 2 капсулы 1 р/сут за 1 ч до еды в течение 3 дней.

Таким образом, инфекционное поражение респираторного тракта у детей занимает лидирующую позицию в структуре детской заболеваемости. В последние годы отмечается тенденция к росту удельного веса атипичных возбудителей в этиологической структуре респираторной заболеваемости, что ограничивает выбор антибактериальных средств. Группа макролидов эффективна в отношении широкого спектра типичных возбудителей респираторных инфекций у детей, а также атипичных внутриклеточных паразитов. Азитромицин является высокоэффективным 15-членным полусинтетическим макролидом, действующим на основных возбудителей заболеваний верхних и нижних дыхательных путей у детей. Эффективность коротких курсов лечения азитромицином сопоставима с таковой β -лактамов антибиотиков при лучшем комплаенсе.

Удобный режим дозирования и приятные органолептические свойства препарата Ормакс ассоциируются с высокой клинической эффективностью и способствуют улучшению приверженности пациентов к лечению.

В ноябре выйдет номер
Medical Nature / «Природная медицина®»,
посвященный вопросам здоровья семьи



Подписной индекс журнала –
49292

Подписаться на журнал «Природная медицина®»
можно в любом отделении «Укрпочты»