

Підходи к оптимізації антибактеріальної терапії внебольничної пневмонії

Незважаючи на досягнення сучасної медицини та фармакології, щороку в світі збільшується кількість випадків резистентності патогенних мікроорганізмів к найбільш розповсюдженим антибактеріальним препаратам. При цьому резервні антибіотики застосовують при відсутності якої-небудь альтернативи. Для уповільнення темпів розповсюдження антибіотикорезистентності в нинішнє час створюються протоколи, націлені на оптимізацію антибактеріальної терапії, в основі якої – призначення протимікробних препаратів з урахуванням етіології захворювання, віку та маси тіла пацієнта, локалізації осередку інфекції, фармакодинамічних та фармакокінетичних властивостей препарату. Немаловажним є проведення повного курсу антибактеріального лікування. Дотримання цих правил дозволить не тільки вилікувати пацієнта, але й відстрочити розвиток стійкості патогенних мікроорганізмів к антибіотикам.



О сучасних підходах к оптимізації антибактеріальної терапії внебольничної пневмонії та розповсюдженням цієї теми розповів завідувач кафедри педіатричної пропедевтики Донецького національного медичного університету ім. М. Горького, доктор медичних наук, професор Євгеній Ісаакович Юлиш в рамках XII Всеукраїнської науково-практичної конференції «Актуальні питання педіатрії», що відбулася 16-17 вересня в м. Донецьку.

– Результати численних досліджень, націлених на визначення флори, що викликає внебольничну пневмонію, та визначення її чутливості к антибіотикам, свідчать про різке підвищення резистентності флори к застосовуваним антибіотикам. Основною причиною підвищення резистентності в 50-60% випадків є нерациональне призначення антибіотиків.

К шкоді, на створення кожного препарату необхідно витратити 15 млрд доларів та близько 15 років лабораторних та клінічних досліджень.

Нерациональне використання антибіотиків, підвищення резистентності к ним мікроорганізмів, відсутність нових хімічних формул може призвести к підвищенню смертності внаслідок пневмоній, а також збільшенню частоти розвитку внутрілегочних ускладнень.

При бактеріологічному дослідженні мокроты при внебольничній пневмонії в більшості випадків виявляють *S. pneumoniae*, *H. influenzae* та *M. catarrhalis*. Особливе занепокоєння викликає зростання розповсюдженості пневмоній, викликаних грибковими інфекціями.

В лікуванні внебольничної пневмонії застосовують Цефуроксим аксетил. Цей препарат високоактивний в стосовно грампозитивних та деяких грамотрицателів, включаючи β-лактамазоутворюючі штами. Цефуроксим аксетил є пролекарством, яке після абсорбції в тонкому кишечнику під впливом гідролаз перетворюється в активну речовину. Лікарська форма препарату дозволяє покращити його абсорбцію, захистити активну речовину від руйнування, забезпечити високу швидкість всмоктування,

мінімізувати ризик гастроінтестинальних побічних ефектів. В ході клінічних досліджень було встановлено, що після прийому всередину концентрація цефуроксима в мокроті в 25-50 разів вище мінімальної подавляючої концентрації для більшості бактеріальних респіраторних патогенів (табл. 1).

В нашій клініці в якості стартової антибактеріальної терапії Цефуроксим отримували 268 дітей з внебольничною пневмонією. Дітям молодше 12 років препарат призначали в дозі 250 мг 2 рази в день, пацієнтам старше 12 років або з масою тіла більше 50 кг – від 250 до 500 мг 2 рази в день. Довготривалість курсу лікування становила 10 днів. Після закінчення терапії у 94% дітей відбулося одужання. На фоні прийому Цефуроксиму побічні реакції не були зафіксовані, переносимість препарату оцінена як хороша.

Для лікування хламідіозу у дітей застосовують макроліди (азитроміцин, кларитроміцин, спіраміцин) та тетрацикліни (табл. 2).

Одним з найбільш ефективних препаратів в лікуванні внебольничних пневмоній, викликаних внутріклеточними мікроорганізмами, є азитроміцин (Зомакс). Цей препарат здатний створювати високі концентрації в тканинах, які перевищують сировоточний рівень. Найбільш високі концентрації азитроміцину спостерігають в міндалинах, аденоїдах, бронхіальному секреті, слизовій оболонці бронхів, альвеолярній рідині. Накопуючись в фагоцитарних клітках, препарат вибірково проникає в осередки бактеріального запалення.

Питання про тривалість антибактеріальної терапії респіраторного хламідіозу має принципове значення в зв'язі з даними про терапевтичну ефективність коротких курсів макролідів при лікуванні гострих та ускладнених форм інфекційних захворювань. Такий підхід може бути виправданий тільки у дітей з первинним інфікуванням хламідіями в респіраторному тракті. Довготривалість курсу лікування респіраторного хламідіозу у дітей становить 10-14 днів, при важких формах захворювання – до 21 дня.

Достатньо важливим питанням є не тільки стимуляція імунного відповіді на фоні течії інфекції, але й припинення активації імунітету по мірі стихання запального процесу, тобто попередження

хронізації процесу. Використання препарату Зомакс дозволяє попередити потенціювання імунітету після санації осередку інфекції. Близьким своїм біохімічним властивостям азитроміцин активує апоптоз нейтрофілів, що зупиняє процеси локального пошкодження та запобігає переходу в хронічний запальний процес.

Комплексний характер лікування захворювань органів дихання включає застосування засобів, покращуючих евакуацію мокроты. Слід врахувати, що антибактеріальна терапія суттєво підвищує в'язкість мокроты внаслідок вивільнення ДНК при лізисі мікробних тіл та лейкоцитів, а також знижує секрецію хлоридних іонів та води клітками епітелію бронхів.

Виникнення бронхообструктивного синдрому при інфекційно-запальних захворюваннях органів дихання обумовлює доцільність призначення препаратів, які мають антигістамінні, судосуживаючі,

бронхолітичні, муколітичні та відхаркувальні дії. Подібним вимогам відповідає препарат Трайфед Експекторант компанії «Мегаком». Близьким своїм властивостям трипролидину гідрохлориду, псевдо-ефедрина гідрохлориду та гвайфенезину цей препарат знижує поверхневе натягнення мокроты, посилює секрецію бронхіальних залоз, сприяє посиленню активності мерцального епітелію та перистальтичних рухів бронхіол, має антигістамінні та судосуживаючі дії. Трайфед Експекторант призначають 3 рази в день по 1,25 мл дітям від 6 міс до 2 років, по 2,5 мл дітям від 2 до 5 років та по 5 мл дітям від 6 до 12 років.

Таким чином, інфекційно-запальні захворювання нижніх відділів респіраторного тракту потребують комплексного лікування, яке включає проведення антибактеріальної терапії з використанням найбільш ефективного та безпечного антибіотика, а також застосування муколітичних та відхаркувальних препаратів. На сьогоднішній день в педіатричній практиці широко використовують антибактеріальні препарати Цефуроксим та Зомакс. Великий клінічний досвід застосування цих препаратів свідчить про їх високу ефективність та безпеку.

Підготувала Анастасія Лазаренко



Таблиця 1. Чутливість патогенної мікрофлори мокроты к цефалоспориному II покоління Цефуроксиму

Патогенні мікроорганізми	Цефуроксим		
	+	±	-
<i>St. pneumoniae</i>	85,7	-	14,3
<i>St. aureus</i>	87,5	-	12,5
<i>St. epidermidis</i>	100	-	-
<i>H. influenzae</i>	100	-	-
<i>St. haemolyticus</i>	100	-	-
<i>E. cloacae</i>	-	50,0	50,0
<i>Ps. aeruginosa</i>	-	-	100

Таблиця 2. Показання к терапії при хламідіозах у дітей

Характер течії інфекції	ДНК	Класи антитіл	Антибіотики	Інтерферони
Гостре (активне)	+	Послідовне виникнення: IgM, IgA та низькоавідні IgG	Показані	Показані
Хронічне				
Рецидив або реінфекція (активне)	+	IgA, IgM, підвищення рівня низькоавідних IgG	Показані	Показані
Латентне	-	IgG (високоавідні) не змінюються при дослідженні в динаміці (2-3 тижні)	Не показані	Тільки при інтеркурентних загостреннях хронічних захворювань, у часті випадків дітей