

УДК 616.23/.24—08—035:615.218

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ВИБОРУ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ У ПУЛЬМОНОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Болотний С. Н., Полубенцева Н. В., Бичкова В. Ф.

Відділкова лікарня на станції Красний Лиман, Донецька залізниця

Ключові слова: антибактеріальна терапія, гострі трахеобронхіти, позагоспітальні пневмонії, госпітальні пневмонії, східчаста терапія, емпірична терапія.

Захворюваність органів дихання є однією з найвищих і перебуває під пильною увагою лікарів, особливо поліклінічної ланки.

З часу впровадження у клінічну практику першого антибіотика — пеніциліну минуло 60 років. Останніми роками лікарський арсенал поповнився не одним новим класом антибактеріальних засобів. Список антибіотиків нараховує сотні назв. Невпинний пошук нових антибактеріальних засобів продиктований, з одного боку, значною кількістю збудників інфекційних захворювань, їхньою мінливістю в середовищі і пристосованістю до наших впливів; з іншого боку, — розмаїттям захисних і патологічних процесів, які відбуваються в організмі людини під час запальної реакції. Обираючи тактику лікування інфекційних захворювань респіраторної системи, потрібно знати:

- кожному збуднику (бактеріям, вірусам, найпростішим, грибам) відповідає свій спектр антимікробних лікарських засобів;

- серед декількох мікроорганізмів, що висіваються, збудник, який спричинив захворювання, визначається за концентрацією мікробних тіл в 1 мм^3 (бактерії — понад 1×10^6 , гриби — понад 1×10^3 , найпростіші — навіть у невеликих кількостях, але життєздатні).

Також треба враховувати:

- чутливість мікроорганізмів до даного антибактеріального препарату;

- переважання типу запального процесу з нейтрофіліозом, еозинофілією, лімфоцитозом і т. под. (відповідно до показників лейкограми крові, цитологічного дослідження бронхіального секрету);

- локалізацію і поширеність запального процесу у респіраторній системі;

- переважання місцевих чи загальних проявів запальних реакцій і їхню виразність (співвідношення критеріїв і показників запалення);

- супутню патологію (наявність алергічних реакцій, захворювань нирок, печінки, серцево-судинної системи й ін.).

Слід взяти до уваги, що нині причиною запальних захворювань все частіше стають нетипові (облігатні

внутрішньоклітинні) збудники — мікоплазма, хламідії, леґіонели, рикетсії і под., котрі, за даними деяких дослідників, зумовлюють до 30 % усіх випадків інфекційної респіраторної патології. (Не завжди реакції на чутливість тотожні *in vivo* та *in vitro*. Значна частина хворих має неспецифічний імунodefіцітний стан. Усе частіше затяжні запальні процеси на певному етапі мають алергічний характер, тобто характер зміненої імунної відповіді.) Запальні захворювання із затяжним характером перебігу можуть мати туберкульозне походження, з огляду на сучасний епідемічний стан захворюваності на туберкульоз.

На сьогодні виконання своєчасної етіологічної експрес-діагностики захворювань дихальних шляхів є мало реальним, і на практиці етіотропна терапія завжди буде емпіричною, планування якої ґрунтується на найімовірнішій етіології збудника й на урахуванні умов, за яких виникло захворювання.

Відповідно до сучасних рекомендацій, хворим на гострий трахеобронхіт без пропасниці зазвичай антибіотики не призначають — перевагу надають симптоматичним засобам. У Німеччині в такому разі найчастіше застосовують гомеопатичні комплекси — ренітал, тонзилотрен, інфлюцид тощо, до складу яких входять відомі препарати — бріонія, аконіт, іпекакуана, тартрат стибію, калію та ін. [1, 2, 4].

Для лікування гострих трахеобронхітів, що супроводжуються синдромом пропасниці, та загострень хронічного бронхіту застосовують [1, 2, 4]:

Препарати першого ряду

Амінопеніциліни (амоксцилін).

Макроліди (еритроміцин, макропен, роваміцин, олеандоміцин та ін.).

Препарати резерву

Фторхінолони (пєфлєксацин, ципрофлєксацин, офлєксацим та ін.).

Цєфалоспєрини II—III поколєнь (цєфаклєр, цєфатаксим).

Хворим на пневмонію, безумовно, призначають антибіотики. В амбулаторній практиці слід переважно призначати прийом антибактеріальних препаратів усередину (пацієнтам віком до 60 років з нетяжкими пневмоніями) [1, 5].

У лікуванні позагоспітальних пневмоній, особливо, якщо вони перебігають на тлі супутньої патології (алкоголізм, цукровий діабет, серцева недостатність), застосовують [1, 5]:

Препарати першого ряду

Беталактами — захищені (амоксицилін — клавуланат, ампіцилін — сульбактам).

Макроліди.

Цефалоспорины II—III поколінь.

Препарати резерву

Доксициклін.

Практику широкого застосування аміноглікозидів (гентаміцин та ін.) для лікування позагоспітальних пневмоній визнано помилковою, тому що антибіотики цієї групи стосовно пневмококів не активні [5].

У лікуванні нозокоміальних (госпітальних) пневмоній препаратами вибору є [1, 5]:

Препарати першого ряду

Цефалоспорины II—IV поколінь у комбінації з аміноглікозидами (гентаміцин, амікацин, бруламіцин, тобраміцин)

Препарати резерву

Фторхінолони.

Карбопенемі (іміпенем, меропенем).

Тикарцилін (пеніцилін, стійкий до пеніцилінази і активний щодо псевдомонад).

Ванкоміцин.

Аспіраційні пневмонії добре піддаються лікуванню макролідами, особливо за умови їхнього застосування разом із аміноглікозидами [1, 3].

Лікувати пневмонії доцільно, застосовуючи антибактеріальні препарати у два етапи — переходячи з парентерального на непарентеральний (зазвичай пероральний) спосіб уведення у якомога коротший термін, з урахуванням клінічного стану пацієнта. Це зменшує вартість лікування, скорочує час перебуван-

ня хворого в стаціонарі із збереженням високої ефективності терапії. Переходити з парентерального на пероральний спосіб введення антибіотика варто за умови стабілізації перебігу чи поліпшення клінічної картини пневмонії (на практиці ця можливість з'являється через 2—3 дні після початку лікування) [5].

Використання комбінації антибіотик + ністатин є необґрунтованим, тому що клінічного ефекту від застосування ністатину при кандидозі немає [4].

Часто змінювати антибіотики в процесі лікування не бажано, за винятком таких ситуацій:

а) низької клінічної ефективності, про яку можна судити через 48—72 години терапії;

б) розвитку небажаних явищ, що вимагають припинення прийому антибіотика;

в) високої потенційної токсичності препарату (наприклад аміноглікозидів), що обмежує тривалість його застосування.

Продовження антибіотикотерапії доцільне, якщо зберігається достатня кількість клінічних симптомів. Збереження окремих лабораторних чи рентгенологічних змін не є абсолютним показанням у подальшій антибактеріальній терапії [4].

З-поміж усіх сульфаніламідів для клініки респіраторних інфекцій тільки один має практичне значення, тому що його антимікробний спектр подібний до такого в антибіотиків. Це ко-тримаксазол, відомий у нас як бісептол, гросептол. Однак він не ефективний проти «атипічної» мікрофлори, крім того, не діє на протея, псевдомонади, коринебактера й ін. Порівняно з антибіотиками, ко-тримаксазол має тільки одну перевагу — він не уражає бактерії, що живуть у симбіозі з організмом людини.

Таким чином, у клініці респіраторних інфекційних захворювань вибір тактики багато в чому визначається ефективністю антибактеріального препарату, рівнем його безпеки. Названі вище чинники змушують лікаря добре все зважити перед призначенням адекватної антибактеріальної терапії.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Березняков И. Г., Страшный В. В. Антибактериальные средства: стратегия клинического применения. — Х.: Константа, 1997. — 199 с.

2. Стандарти антибактеріальної терапії захворювань дихальних шляхів: Матеріали наук.-практич. конф., Київ, 20—21 груд. 2001 р. — К., 2001. — С. 48.

3. Навашин С. В., Чучалин А. Г., Белоусов Ю. Б. Антибактериальная терапия пневмоний у взрослых. — М., 1998. — 28 с.

4. Фещенко Ю. И., Яшина Л. А. Новый подход к классификации и лечению пневмоний // Фарм. новости. — 1998. — № 3—4. — С. 3—7.

5. Яковлев С. В. Клиническая химиотерапия бактериальных инфекций. — Москва, 1997.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Болотный С. Н., Полубенцева Н. В., Бычкова В. Ф.

Авторами проанализированы опубликованные ранее данные о рациональном подходе к выбору антибактериальной терапии и эффективность применения современных антибиотиков. Представлена терминология, классификации органов дыхания, рассмотрены этиопатогенетические факторы развития данной патологии. Особое внимание уделено правильному подбору антибиотиков при эмпирическом лечении пневмоний.

THE MODERN APPROACH TO A CHOICE OF ANTIBACTERIAL THERAPY IN PULMONOLOGICAL TO PRACTICE

Bolotnyj S. N., Polubentseva N. V., Bychkova V. F.

Authors analyze the data published earlier on the rational approach to a choice of antibacterial therapy and efficiency of application of modern antibiotics. The terminology is submitted, to classification of bodies of breath, are considered etiopatogenetical factors of development of the given pathology. The special attention is given to correct selection of antibiotics at empirical treatment of pneumonia.