

ДОРАМИЦИН ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

М. Киквидзе, Доктор медицинских наук, г. Тбилиси

На сегодняшний день респираторные заболевания являются самыми распространенными патологиями человека. Во многих странах их рост не зависит ни от климатических условий, ни от социально-экономического развития. Глобализация усиливает риск распространения этих заболеваний, способствует проявлению новых инфекций, которые быстро распространяются и трудно подчиняются традиционному лечению. Новые возбудители и новые штаммы легко преодолевают все социальные и биологические барьеры и часто вызывают тяжелые последствия.

Респираторные инфекции также часто вызывают рецидивы аллергических заболеваний. В случае 70-80%-ов обострение бронхиальной астмы связано с этими инфекциями. Широкое распространение бронхиальной астмы, аллергического ринита (10-25%-ов населения Земли), увеличение их числа, проблемы лечения и профилактики респираторных инфекций привлекают особое внимание ученых и врачей-практиков.

Антибиотики не представляют собой непосредственный компонент лечения бронхиальной астмы, но их назначение показано тем пациентам, у которых отмечается сопутствующая пневмония или высокая температура тела и гнойная (содержащие полиморфоядерные клетки, а не эозинофилы) мокрота, что указывает на бактериальную инфекцию. Антибиотики необходимо назначать, если у пациентов с бронхиальной астмой подтверждается сопутствующий бактериальный синусит.

Для рациональной антимикробной терапии необходима идентификация микроорганизмов и определение их чувствительности к антимикробным средствам. Вместе с тем, надо учесть локализацию инфекции. Необходимо обратить внимание на возраст больного, пол, предрасположенность к аллергии, беременность. Не редко приходится учитывать и стоимость лечения.

В идеальном случае антибиотик надо назначать после идентификации микроорганизма и после определения чувствительности к антимикробным препаратам. Это занимает некоторое время, что для пациента в критическом состоянии может быть фатальным, поэтому часто врачу приходится эмпирически начинать неотложную терапию.

Среди инфекционных факторов, вызывающих заболевания респираторного тракта, самое большое значение имеют вирусы и ассоциации вирус-бактерии. В этиологии пневмонии и бронхитов ведущее место имеет бактериальная микрофлора, потом - грибки и простейшие. На сегодняшний день, зависимо от того, где возникла пневмония, различают амбулаторные, так называемые приобретенные в обществе, или внегоспитальные, и госпитальные пневмонии. Их этиологическая структура существенно различается.

Из многочисленных микроорганизмов только некоторые имеют повышенную вирулентность. Они могут вызвать воспаления нижней доли респираторных путей. Таким типичным возбудителем является *S. pneumoniae* (среди 30-50 % заболеваний). К редким возбудителям относятся *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiellae pneumoniae* (3-5%).

В этиологии пневмонии большое значение имеют, т.н. атипичные микроорганизмы - *Chlamydothyla pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Legionella pneumoniae*, на которые приходится 8-10% случаев заболевания. В редких случаях пневмонию может вызвать псевдомона и не так редко в этиологии пневмококковой пневмонии взрослых могут обнаружиться микоплазменная и хламидиозная инфекции.

Среди возбудителей пневмонии не редко являются респираторные вирусы (Грипп А, В, Парагрипп и т. д.), но в действительности они не так часто вызывают тяжелые поражения респираторных путей и рассматриваются, как ведущие риск-факторы пневмонии. Необходимо точно дифференцировать бактериальную и вирусную пневмонию, поскольку их лечения различны.

Надо учитывать, что скоротечное течение пневмонии могут вызвать возбудители неясной этиологии. В последние годы к таким возбудителям относятся вирус птичьего гриппа, коронавирус.

Среди госпитализованных пациентов на долю пневмококков, микоплазм, хламидий приходится 25%. Среди пациентов этой категории увеличивается часть следующих возбудителей: *Legionella spp.*, *S.aureus*, грам-негативные энтеробактерии.

Самыми распространенными этиологическими факторами острого бактериального синусита являются:

- *Streptococcus pneumoniae* – 20-35%
- *Haemophilus influenzae* – 6-25%
- *Moraxella catarrhalis* – 2-10%
- Анаэробы – 0-8%
- *Staphylococcus aureus* – 0-8%
- А в случае хронического бактериального синусита:
- Коагулазонегативные стафилококки – 24-80%
- Анаэробы – 0-8%
- *Staphylococcus aureus* – 9-33%
- *Streptococcus pneumoniae* – 0-7%

Повреждающее действие микроорганизмов на респираторный тракт вызывает серозно-гнойную экссудацию, нарушение мукоциллиарного клиренса, результатом которого является деструкция эпителия бронхов или легких. При воспалении идет высвобождение в большом количестве цитокинов и ферментов, которые нарушают эластин, а это, в свою очередь, вызывает тяжелое поражение паренхимы легких и слизистых бронхов.

Исходя из вышесказанного, для лечения бронхиальной астмы необходима антибиотикотерапия, если заболевание сопровождается пневмонией, острым синуситом или обострением хронического синусита, высокой температурой и гнойной мокротой. На сегодняшний день ведущими антимикробными препаратами лечения патологии дыхательных путей являются β -лактамы, аминопенициллины, цефалоспорины III-IV поколения, макролиды.

Для врача серьезной сложностью является выбор антибиотиков. Врач должен предположить микроорганизм, вызывающий заболевание, предположить уровень инфицирования, возраст пациента, переносимость препарата, его побочные эффекты и другие.

Макролиды остаются препаратами выбора лечения дыхательных путей в случае существования аллергических реакций на пенициллины, аминопенициллины и цефалоспорины.

В практике аллергологии уже несколько лет успешно используется представитель макролидов нового поколения – спирамицин (Дорамицин). Его преимуществом является высокая активность *Streptococcus pneumoniae* и атипичных микроорганизмов на Дорамицин.

Он активен против *Haemophilus influenzae*, хорошо проникает в бронхиальный секрет и легочную ткань, характеризуется безопасностью и неаллергичностью. В отличие от других макролидов, спирамицин (Дорамицин) достигает самой высокой концентрации в инфицированной легочной ткани и альвеолярных макрофагах. Очень важен супрессивный эффект Дорамицина в отношении Т-лимфоцитов, что препятствует аутоимунному поражению тканей.

Курс лечения Дорамицина, в зависимости от течения заболевания, составляет от 5 дней до 10-14 дней. Во время обострения бронхиальной астмы, которая сопровождается инфекционной пневмонией, бронхитом, синуситом, употребление Дорамицина препятствует ликвидации воспалительного процесса и сокращает период обострения бронхиальной астмы. Удлинение достигнутой ремиссии бронхиальной астмы осуществляется базисными препаратами лечения астмы.