

## ПРИМЕНЕНИЕ БАКТАМЕДА В ЛЕЧЕНИИ ГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У ВЗРОСЛЫХ

**Каха Вачарадзе, доктор медицинских наук, профессор**

Пневмония – это воспаление альвеол и терминальных дыхательных путей, вызванное попаданием в лёгкие инфекционного агента гематогенным или ингаляционным путем и характеризующееся наличием острых респираторных симптомов, лихорадки или обоих вместе, а также признаков паренхиматозной инфильтрации на рентгенограмме грудной клетки. Различают:

- внебольничную (приобретенную в быту) пневмонию
- госпитальную (нозокомиальную) пневмонию
- пневмонию на фоне иммунодефицита

С практической точки зрения, примечательно деление пневмоний на внебольничные и госпитальные. Основным и, пожалуй, единственным критерием при этом служат условия, в которых развилось заболевание.

Под внебольничной пневмонией нужно подразумевать острое заболевание, возникшее вне больницы, или которое диагностировано в течение первых 24-ёх часов с момента госпитализации и сопровождается симптомами инфекции нижних дыхательных путей: кашель, одышка, лихорадка, выделение мокроты, боль в грудной клетке и рентгенологические признаки (свежие очагово-инфильтрационные изменения в лёгких). Частота пневмоний у взрослых (старше 18 лет) варьирует в широких пределах. Средняя годовая частота распространённости пневмонии - 5-11 на каждого взрослого жителя.

Госпитализации подлежит 22-42 % больных. Среди них 5-10 % нуждается в лечении в отделениях интенсивной терапии. Не существует хотя бы двух случаев пневмоний с одинаковой этиологией. Различия обусловлены множеством факторов: возраст, сопутствующие заболевания, иммуносупрессия, факторы исследования и пр.

### Возбудители пневмонии

возбудитель	по данным литературы	мета-анализ
бактерии		
S. Pneumonie	20-60	65
H. influenzae	3-10	12
S. aureus	3-5	2
атипичный возбудитель	10-20	12
вирус	2-15	3
аспирационная пневмония	6-10	
этиология не установлена	30-60	

Можно выделить 4 патогенетических механизма, обуславливающих развитие пневмонии:

- 1) аспирация, 2) вдыхание воздуха, загрязненного микроорганизмами, 3) гематогенное распространение микроорганизмов с внелегочного очага инфекции, 4) распространение инфекции непосредственно с соседних пораженных участков или вследствие инфицирования проникающих ран.

Частота симптомов пневмонии по анамнестическим и физикальным данным следующая:

- кашель, лихорадка, тахикардия, хрипы - 22-48%
- только кашель - 2-15%

- притупление перкуторного звука - 12-20%
- только хрипы - 15-17%
- только лихорадка - 5-20 %
- только тахикардия - 8-13%

Осложнения: плевральный выпот, эмпиема плевры, деструкция и обсеменение легочной ткани, острая дыхательная недостаточность, септический шок, вторичная бактериемия, перикардит и пр.

Для абсцесса легкого характерно формирование в виде ограниченных полостей (в результате гнойного поражения и некроза лёгочной ткани). Он связан с анаэробными возбудителями: *Bacteroides* spp (включая, *B. fragilis*), *Peptococcus* spp., *Peptostreptococcus* spp., и пр. Реже встречаются ассоциации энтеробактерий и *S.aureus*. Препаратом выбора является Бактамед (ампициллин/сульбактам). Альтернативными: цефалоспорины III поколения, цiproфлоксацин и левофлоксацин, метронидазол или карбапенемы. Длительность лечения составляет 3-4 недели.

Эмпиема плевры (гнойный плеврит). Характеризуется скоплением гноя в плевральной полости. Основными возбудителями являются анаэробы совместно с грамотрицательными аэробами. Требуется назначение антибиотиков активных в отношении предполагаемого возбудителя (*S. pneumoniae*, *S. pyogenes*, *S. aureus*, *H. influenzae*), напр. комбинация защищённых аминопенициллинов (Бактамед) и аминогликозидов.

При подостром/хроническом течении эмпиемы часто этиологически значимыми являются анаэробные стрептококки и грамотрицательные энтеробактерии. В таких случаях используется Бактамед, в качестве альтернативы – цефалоспорины III-IV поколений и карбапенемы. Наряду с антибактериальным лечением необходимо дренирование грудной клетки и, в редких случаях, торакотомия.

В лечении лёгочных абсцессов перспективным препаратом является Бактамед, обладающий высокой активностью в отношении анаэробов.

Антимикробная химиотерапия является неотъемлемой частью лечения пневмонии. На начальном этапе заболевания этиологическое диагностирование происходит очень редко, поэтому в большинстве случаев антибиотикотерапия носит эмпирический характер. У госпитализированных больных этиологическая диагностика возможна, благодаря чему возможна также модификация начальной эмпирической терапии. Необходимо учесть также резистентность в отношении антибиотиков, особенно в случае пневмококка, в виду того, что он является самым частым возбудителем пневмонии.

Эмпирическая терапия нетяжёлых форм пневмонии: эмпирическая антибиотикотерапия, в первую очередь, направлена против пневмококка. Кроме микоплазм, прочие возбудители не так уж часто вызывают пневмонию. При этом обусловленные микоплазмой эпидемии имеют место раз в 4-5 лет и встречаются относительно чаще у лиц молодого возраста. Исходя из этого, тактика эмпирической терапии, ориентированная на микоплазм, нерациональна.

Кроме того, нужно учесть, что частая выработка пневмококком бета-лактамаз является основным механизмом резистентности указанного патогена в отношении не имеющих бета-лактамазную защиту антибиотиков. Исходя из этого, защищённые аминопенициллины признаны препаратами выбора. Используются их как пероральные, так и парентеральные формы. Напр., комбинация ампициллина с ингибитором бета-лактамаз – сульбактамом (ампициллин/сульбактам). На основании вышесказанного, а также с учётом значительного опыта применения, стоимости, высокого качества и хорошей переносимости, Бактамед признан наилучшим препаратом.

При лечении госпитализированных пациентов с нетяжёлыми формами пневмонии учитывают тот факт, что наиболее частым возбудителем является пневмококк, хотя в 20%-ах случаев заболевание вызвано атипичными патогенами. Поэтому лечение комбинированное: Бактамед плюс макролид. В качестве альтернативы можно применять респираторные фторхинолоны (левофлоксацин).  
Эмпирическая терапия при тяжелой пневмонии.

При тяжелом течении пневмонии целесообразно начать лечение с парентеральных антибиотиков в течении 3-4 дней до нормализации температуры, уменьшения выраженности интоксикации и других симптомов заболевания. До окончания курса лечения можно перейти с парентерального на пероральный приём антибиотика.

Госпитализированным пациентам при среднетяжёлом течении пневмонии рекомендован парентеральный приём защищённых аминопенициллинов (Бактамед), цефалоспоринов II-III поколений, или респираторных фторхинолонов.

При тяжелом течении пневмонии антибиотик нужно назначить своевременно, опоздание существенно ухудшает ситуацию. Препаратами выбора являются цефалоспорины II-III поколений, вводимые в/в, парентеральная форма защищённого аминопенициллина (Бактамед в/м или в/в) в комбинации с макролидом (азитромицин, спирамицин, кларитромицин) и респираторные фторхинолоны. Бактамед и его комбинация с макролидом практически перекрывает весь спектр потенциальных возбудителей (как банальных, так и атипичных).

Ступенчатая терапия пневмонии:

Ступенчатая терапия подразумевает двухэтапный приём антибиотика: лечение начинают с парентеральных препаратов, затем переходят на пероральный приём с момента стабилизации клинической картины. Смыслом ступенчатой антибактериальной терапии является сокращение длительности парентеральной антибактериальной терапии. К примеру, полный курс лечения Бактамедом составляет 5-14 дней.

Исходя из принципов ступенчатой терапии, взрослым можно назначить по 1,5 г Бактамеда 2 раза в сутки в течении 5-7 дней. При улучшении клинической картины и стабилизации состояния пациента его можно перевести на пероральный приём антибиотика. В отсутствие пероральных форм Бактамеда, его можно заменить препаратом со схожим антимикробным спектром.

И наконец, следует указать способ применения и режим дозирования Бактамеда: при внутримышечном введении 1,5 г Бактамеда нужно растворить в 3,5 мл, а 0,75 г - в 1,8 мл 0,5 %-ого раствора лидокаина гидрохлорида. В качестве растворителя при в/м введении Бактамеда можно использовать также воду для инъекций (0,75г-2 мл; 1,5 г-4 мл) или 0,5% ый раствор новокаина и изотонический раствор натрия хлорида.

При внутривенном введении 1,5 г Бактамеда нужно растворить в 10-20 мл, а 0,75 г – в 5-10 мл изотонического раствора натрия хлорида. Взрослым назначают по 1,5 г Бактамеда 2 раза в сутки. Суточную дозу можно увеличить с учётом тяжести состояния. Максимальная суточная доза для взрослых составляет 12 г. Длительность курса лечения Бактамедом составляет 5-14 дней.