

## СОВРЕМЕННЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

**Каха Вачарадзе, MD, PhD, доктор медицинских наук;**

**Профессор департамента фтизиатрии Тбилисского Государственного Медицинского Университета;**

Пневмония в XXI столетии остается важной медико-социальной проблемой. Это обусловлено, в первую очередь, ее значительной распространенностью, достаточно высокой смертностью, а также значительными экономическими потерями.

Наиболее авторитетным источником информации в вопросах диагностики и лечения негоспитальных пневмоний являются рекомендации (консенсусы), подготовленные ведущими специалистами по результатам проспективных рандомизированных плацебо-контролируемых исследований с учетом требований доказательной медицины.

Внебольничная пневмония относится к наиболее частым заболеваниям человека и является одной из ведущих причин смерти. Основной целью клинических рекомендаций является улучшение диагностики и качества лечения больных с внебольничной пневмонией в амбулаторной практике и стационаре.

Пневмония - острое инфекционное заболевание, преимущественно бактериальной этиологии, характеризующееся очаговым поражением респираторных отделов легких и наличием внутриальвеолярной экссудации.

Согласно данным зарубежных эпидемиологических исследований, за год общее число пациентов с внебольничной пневмонией в возрасте 18 лет и старше в 5 европейских странах (Великобритания, Франция, Италия, Германия, Испания) превысило 3 000 000 человек.

Этиология внебольничной пневмонии непосредственно связана с нормальной микрофлорой, колонизирующей верхние отделы дыхательных путей. Таким типичным возбудителем внебольничной пневмонии является *S. pneumoniae* (30-50% случаев заболевания).

Существенное значение в этиологии внебольничной пневмонии имеют так называемые атипичные микроорганизмы, на долю которых в сумме приходится от 8 до 30% случаев заболевания:

- *Chlamydia pneumoniae*;
- *Mycoplasma pneumoniae*;
- *Legionella pneumophila*;

К редким возбудителям относятся:

- *Haemophilus influenzae*
- *Staphylococcus aureus*
- *Moraxella catarrhalis*
- *Klebsiella pneumoniae*, еще реже - другие энтеробактерии.

Важно подчеркнуть, что нередко у взрослых пациентов с внебольничной пневмонией выявляется смешанная или ко-инфекция.

Природная активность antimicrobных препаратов в отношении возбудителей внебольничной пневмонии представлена в следующей схеме:

Антимикробный препарат	<i>S. pneumoniae</i> пенициллинчувст.	<i>S. pneumoniae</i> пенициллинрезист	<i>H. influenzae</i>	<i>M. pneumoniae</i> , <i>C. pneumoniae</i>	<i>S. aureus</i> (MSSA)	<i>Klebsiella pneumoniae</i>
Бензилпенициллин	+++	0	+	0	0	0
Ампициллин	++	+	++	0	0	0
Амоксициллин	+++	+++	++	0	0	0
Цефазолин	+	0	+	0	+++	0
Цефуроксим	++	+	++	0	++	++
Цефтриаксон	+++	++	+++	0	++	+++
Цефтазидим	0	++	+++	0	0	+++
Спирамицин	+++	++	+	+++	++	0
Ципрофлоксацин	+	+	+++	++	+	+++

Бета-лактамам антибиотикам принадлежит важная роль в лечении внебольничной пневмонии, что обусловлено их мощным бактерицидным действием в отношении ряда ключевых возбудителей (в первую очередь, *S. pneumoniae*), низкой токсичностью, многолетним опытом эффективного и безопасного применения.

Несмотря на рост резистентности *S. pneumoniae* к пенициллину, пенициллинорезистентные пневмококки, а также *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, разные энтеробактерии, метициллинрезистентные штаммы *S. aureus* сохраняют чувствительность к Цефамеду (цефтриаксон), и соответственно, при амбулаторных пневмониях, Цефамед имеет высокую клиническую эффективность.

Важным фармакокинетическим преимуществом Цефамеда является длительный период полувыведения, позволяющий вводить его однократно в сутки.

При наличии "атипичных" микроорганизмов в этиологии негоспитальных пневмоний необходимо комбинировать Цефамед с макролидом – Дорамицином (спирамицин), достоинством которого, наряду с действием на *S. pneumoniae*, является высокая активность в отношении "атипичных" микроорганизмов (*C. pneumoniae*, *M. pneumoniae*, *L. pneumophila*), при этом Дорамицин имеет клинически значимую активность в отношении *H. influenzae*.

Дорамицин хорошо проникает в бронхиальный секрет и легочную ткань, создавая в них концентрации, значительно превышающие плазменные, характеризуется благоприятным профилем безопасности и отсутствием перекрестной аллергии с цефалоспоридами (Цефамедом).

Надо отметить, что различают эмпирическую терапию негоспитальной пневмонии и терапию, проводимую с учетом чувствительности к антибактериальным препаратам установленного, этиологически значимого патогена. Поскольку на сегодня не существует эффективных методов этиологической экспрес-диагностики негоспитальной пневмонии, в реальных условиях начальная этиотропная терапия практически всегда эмпирическая. Поэтому, следует отдавать предпочтение тем антибактериальным средствам, которые имеют направленное антимикробное действие (высокая активность по отношению к вероятным возбудителям), создают высокие концентрации в тканях и биологических средах органов дыхания, имеют хороший профиль безопасности и низкую частоту развития побочных эффектов, оптимальное соотношение стоимость/эффективность и хороший

комплаенс, зависящий в значительной мере от частоты приема лекарственного средства на протяжении суток, а также от длительности курса терапии.

С учетом всего вышеотмеченного, для лечения тяжелой амбулаторной пневмонии, режимом выбора остаётся комбинация Цефамеда (цефтриаксон) с Дорамицином (макролид).