

АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ

Минаев Александр Сергеевич

студент, 3 курс, Оренбургский государственный медицинский университет, РФ, г. Оренбург

Иванов К.М.

научный руководитель, д-р мед. наук, проф., зав. каф. пропедевтики внутренних болезней
ГБОУ ВПО ОрГМУ Минздрава России, РФ, г. Оренбург

Бучнева Наталья Викторовна

В настоящее время пневмония является одним из наиболее распространенных заболеваний органов дыхания. Частота достигает 15 на 1000 человек. До применения пенициллина в медицинской практике смертность от нее составляла 83 %. С помощью применения современных антибиотиков смертность снизилась до 5 %, но возникли новые проблемы, связанные с резистентностью микроорганизмов и аллергизацией населения, поэтому всегда есть необходимость в разработке новых антибактериальных схем лечения данной патологии [2].

В представленной работе нами были поставлены следующие цели: исследовать современные подходы в лечении больных пневмонией в городе Оренбурге, изучить схемы лечения внебольничных пневмоний, определить наиболее эффективные антибактериальные препараты для лечения данной патологии и определить наиболее частые причины смены препарата.

Задачей исследования является анализ схем лечения внебольничных пневмоний и характеристика отдельных препаратов.

Кроме теоретического материала, были проанализированы истории болезни 10 пациентов, находившихся на лечении в терапевтическом отделении НУЗ ОКБ на ст. Оренбург ОАО «РЖД» с диагнозом внебольничная сегментарная пневмония.

Таблица 1.

Примеры лечения внебольничных пневмоний в ЖД больнице (за 2010 год)

Пациент	Лечение
Женщина 49 лет (7743) правосторонняя пневмония (S10)	Цефалексин (2 раза в день внутримышечно 18.09–22.09) Азитрал (1 раз в день внутрь 18.09–21.09) Левифлоксацин (1 раз в день внутрь 21.09–22.09) Бромгексидин Лизиноприл Глюкофаж
Женщина 74 года (4907) правосторонняя пневмония (S4)	Цефотаксим (2 раза в день внутримышечно 01.06–07.06)

	Ципрофлоксацин (2 раза в день внутрь) Азитрал (1 раз в день внутрь 07.06—12.06) Гентамицин (2 раза в день внутримышечно 10.06—11.06) Тавегил Терпинкод
Женщина 47 лет (4297) правосторонняя пневмония (S9)	Ципрофлоксацин (2 раза в день внутрь) Цефотаксим (2 раза в день внутримышечно 12.05—17.05) Метрогил (2 раза в день внутривенно 13.05—16.05) Амоксициллин (4 раза в день внутрь 17.05—24.05) Теопэк Коделак Нафтизин Витамин С
Мужчина 32 года (6075) правосторонняя пневмония (S6)	Ципрофлоксацин (2 раза в день внутрь) Цефотаксим (2 раза в день внутривенно 13.07—18.07) Парацетамол Витамин С
Женщина 44 года (2223) левосторонняя пневмония (S6)	Ципрофлоксацин (2 раза в день внутрь) Цефотаксим (2 раза в день внутримышечно 05.03—12.03) Азитрал (1 раз в день внутрь 05.03—09.03) Парацетамол Витамин С
Женщина 77 лет (8966) правосторонняя пневмония (S4)	Цефотаксим (2 раза в день внутримышечно 29.10—05.11) Азитромицин (1 раз в день 30.10—01.11) Терпинкод
Мужчина 47 лет (10204) правосторонняя пневмония (S8,9,10)	Ципрофлоксацин (2 раза в день внутрь 07.12—12.12) Цефотаксим (2 раза в день внутримышечно 07.12—14.12) Цефтриаксон (1 раз в день внутримышечно 11.12—17.12)

	Азитрал (1 раз в день внутрь 11.12—17.12)
	Витамин С
Мужчина 40 лет (1997) правосторонняя пневмония (S3)	Ципрофлоксацин (2 раза в день внутрь 11.12—17.12) Цефотаксим (2 раза в день внутримышечно 26.02—04.03) Эритромицин (3 раза в день внутривенно 26.02—01.03) Эритромицин (4 раза в день внутрь 01.03—04.03) Парацетамол Витамин С
Женщина 71 год (5230) правосторонняя пневмония (S10)	Азитрал (1 раз в день внутрь 11.04—16.04) Цефотаксим (2 раза в день внутримышечно 11.04—17.04) Гентамицин (2 раза в день внутримышечно 17.04—21.04)
Мужчина 31 год (2010) левосторонняя пневмония (S10)	Цефотаксим (2 раза в день внутривенно 27.10—01.11) Эритромицин (1 раз в день внутривенно 27.10—29.10) Азитрал (1 раз в день внутрь 29.10—01.11) Гентамицин (2 раза в день внутримышечно 01.11—02.11) Ципрофлоксацин (2 раза в день внутрь 02.11—04.11) Левофлоксацин (2 раза в день внутрь 04.11—06.11) Кларитин Кагоцел Парацетамол Витамин С

В результате исследования было выяснено, что данное консервативное лечение, примеры которого указаны в схеме выше, является наиболее оптимальным и соответствует согласительным Национальным рекомендациям по ведению взрослых пациентов с внебольничной пневмонией, подготовленное экспертами Российского респираторного общества стандартам лечения внебольничных пневмоний [5].

Таблица 2.

Стандарты лечения внебольничных пневмоний

--	--

Антимикробный препарат	Режим дозирования
β-лактамы	
Амоксициллин (Амоксициллин) (Оспамокс, Флемоксин-Солютаб)	по 1 г через 8 ч независимо от еды
Амоксициллин/клавулат (Амоксиклав, Аугментин)	По 1,0 г через 8—12 ч во время еды
Цефуроксим аксетил (Зиннат)	по 0,5 г через 12 ч во время еды
Макролиды	
Кларитромицин (Клацид)	по 0,25—0,5 г через 12 ч независимо от еды
Рокситромицин (Рулид)	по 0,15 г через 12 ч за 30 мин до еды
Азитромицин (Сумамед)	в 1-й день 0,5 г, в последующие 4 дня по 0,25 г за 1 раз во время еды
Респираторные фторхинолоны	
Левифлоксацин (Таваник)	по 0,75 г/сут независимо от еды
Моксифлоксацин (Авелокс)	по 0,4 г/сут независимо от еды

Давая характеристику антибактериальным препаратам, которые используются в лечении внебольничных пневмоний, необходимо отметить, что

цефалоспорины относятся к обширной группе β-лактамов антибиотиков. Они впервые стали применяться в клинической практике с 60-х годов 20 века, у них малая токсичность, но при этом высокая эффективность действия. Они оказывают бактерицидное действие, способствуя нарушению образования клеточной стенки. Для лечения внебольничных пневмоний чаще используют цефалоспорины 2 поколения. Макролиды являются одними из наименее токсичных антибактериальных препаратов. Впервые макролиды были использованы в 50-е годы 20 века. Механизм действия основан на нарушении синтеза белка на рибосомах бактерий. Макролиды активны в отношении грамположительных кокков (в том числе *S. pneumoniae*) [1]. Фторхинолоны 3 и 4 поколения появились на рубеже 20—21 веков. Они получили название респираторные за их высокую активность против всех значимых возбудителей инфекций **респираторной** системы. Их безопасность оценивают, как удовлетворительную, но в сравнении, к примеру, с пенициллином, частота выраженных нежелательных реакций в 1,5 раза ниже. Их эффективность была подтверждена многими исследованиями. В частности, в метаанализ, проведенный в 2008 году, 23 сравнительных исследований респираторных фторхинолонов при внутрибольничных пневмониях показал, что их использование дает лучшее отношение шансов для выживания пациента по сравнению с другими схемами антибактериальной терапии [3].

Вывод. Выяснено, что у больных без факторов риска наиболее оптимально применение амоксициллина или современного макролида в виде монотерапии, а пациентам с факторами

риска рекомендовано — монотерапия фторхинолоном III—IV поколения или сочетание защищенного аминопенициллина или цефалоспорины II поколения в комбинации с новыми макролидами. При неэффективности стартового режима терапии препарат следует заменить или присоединить макролидный антибиотик. При тяжелом течении пневмонии заменить на цефалоспорин III поколения + макролид [4].

Список литературы:

1. Антибиотики — Химиотерапия инфекционных заболеваний — Хоменко А.И.
2. Козлов Р.С., Кречикова О.И., Сивая О.В., и кол. Антимикробная резистентность *Streptococcus pneumoniae* в России: результаты проспективного многоцентрового исследования.
3. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии / Под ред. Л.С. Страчунского, Ю.Б. Белоусова, С.Н. Козлова. — М.: Боргес, 2002.
4. Федеральное руководство для врачей по использованию лекарственных средств (формулярная система). Раздел 5: «Противомикробные средства» / — М. 2000.
5. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Страчунский Л.С. и соавт. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике.