



— применение генодиагностики и генотерапии;
 — новое определение смерти в связи с диагнозом «смерть мозга»;
 — эвтаназия;
 — эксперименты с участием человека;
 — эксперименты на животных;
 — проблемы ВИЧ-инфицированных;
 — донорство органов и тканей;
 — справедливость в здравоохранении и др.
 Это и многое другое составляет содержательное наполнение биоэтики.

В современной медицинской лексике понятия «биоэтика», «биомедицинская этика», «медицинская этика» нередко употребляют как синонимы, что в практическом медицинском обиходе не является грубой ошибкой. И именно это восприятие мы можем считать еще одной ипостасью биоэтики. В то же время, необходимо понимать, что биоэтика лишена корпоративной ограниченности медицинской этики, в отличие от биомедицинской этики рассматривает в качестве основной своей категории «жизнь» вообще, а не «жизнь» индивидуальную. И не только: «За термином «биоэтика» полезно закрепить более широкое концептуальное значение. В острых конфликтных ситуациях современной биомедицины... действующими лицами, совершающими соответствующий выбор и поступок, являются не только медики (или ученые-биологи), но и пациенты, члены их семей,... представители общественности. ...Биоэтикой целесообразно назвать этику гражданского взаимодействия... профессионалов (не только медиков) и непрофессионалов...» [13].

Таким образом, критерием истинности и мерилom высшего блага для биоэтики является достижение социального консенсуса с целью защиты прав граждан на жизнь и здоровье.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вересаев В. В. Собрание сочинений в четырех томах. — Т. 1. // М., «Правда», 1985. — С. 280.
2. Potter V. R. Bioethics: the science of revival in Perspectives in biology and medicine, 14 (1). — 1970.
3. «Биоэтика: принципы, правила, проблемы». — М.: Эдиториал УРСС, 1988. — 472 с.
4. Щепотьев Н. Врачебная этика древних индийских и греческих врачей. Казань, 1890. — С. 5.
5. Гиппократ. Этика и общая медицина. / Пер. с древнегреч. В. И. Руднева; Под ред. С. Ю. Трохачева. — СПб.: Азбука, 2001. — 352 с.
6. Василенко В. Х. На грани античной и новой медицины. // Терапевтический архив. — 1983. — № 1. — С. 68-73.
7. Хрестоматия по курсу биомедицинской этики. / М. Ю. Абросимова, М. Э. Гурылева, А. С. Созинов, О. К. Сутурина. — Казань: Изд-во КГМУ, 2006. — С. 94-95.
8. Хрестоматия по курсу биомедицинской этики. / М. Ю. Абросимова, М. Э. Гурылева, А. С. Созинов, О. К. Сутурина. — Казань: Изд-во КГМУ, 2006. — С. 24-25.
9. Зильбер А. П. Трактат об эйтаназии. Петрозаводск: Изд-во Петрозаводского ун-та, 1998. — С. 313-320.
10. Хрестоматия по курсу биомедицинской этики. / М. Ю. Абросимова, М. Э. Гурылева, А. С. Созинов, О. К. Сутурина. — Казань: Изд-во КГМУ, 2006. — С. 89-94.
11. Петров Р. В. Биоэтика и медицина — союз ради жизни. // Биоэтика. — 2008. — № 1. — С. 3-11.
12. Зильбер А. П. Этика и закон в медицине критических состояний. Петрозаводск: Изд-во Петрозаводского ун-та, 1998. — С. 66-68.
13. Тищенко П. Д. Биоэтика. // Этика: Энциклопедический словарь. / Под ред. Р. Г. Апресяна и А. А. Гусейнова. — М.: Гардарики, 2001. — С. 39.

Актуальные вопросы диагностики и лечения пневмоний

Р. Ф. ХАМИТОВ

Казанский государственный медицинский университет

УДК 616.24-002

Ведущее значение в структуре заболеваемости взрослых на сегодняшний день имеет респираторная патология. Распространенность болезней органов дыхания в Российской Федерации на 2004 г. составила 20280 на 100000 населения [1]. Несмотря на успехи фармакотерапии, разработку все новых и новых поколений антибактериальных препаратов пневмонии занимают серьезные позиции в структуре заболеваемости человека. В России ежегодно более 1,5 млн. человек наблюдаются врачами в связи с данным заболеванием, 20% из которых — это тяжелые больные, поступающие в стационар. Среди всех госпитализированных больных с брон-

холегочным воспалением, не считая ОРВИ, доля пациентов с пневмонией превышает 60%. Большое медико-социальное значение имеет факт, что пневмония достаточно часто является непосредственной причиной смерти человека. Смертность колеблется от 1-3% при внебольничных пневмониях до 20% и более при так называемых госпитальных, а также у лиц старше 60 лет [2].

На сегодняшний день пневмонии рассматриваются как группа различных по этиологии, патогенезу и морфологической характеристике острых инфекционно-воспалительных заболеваний преимущественно респираторных отделов легких с обязательным наличием внутриальвеолярной экссудации и ранее отсутствовавших клинико-рентгенологических признаков локального поражения, не связанных с другими известными причинами. В соответствии с Международным классификатором болезней X пересмотра (1992) из рубрики «Пневмонии» исключены заболевания, вызываемые физи-

**ХАМИТОВ РУСТЕМ ФИДАГИЕВИЧ —
 д.м.н., профессор, заведующий кафедрой
 внутренних болезней № 2 Казанского
 государственного медицинского университета**

ческими (например, лучевой пневмонит) или химическими (например, бензиновая пневмония) факторами, а также имеющие аллергические (эозинофильная пневмония) или сосудистое (инфаркт-пневмония) происхождение. Инфекционные воспаления легких, рассматриваемые в рамках соответствующих нозологий (чума, брюшной тиф, корь, краснуха и т. д.), также исключены из рубрики «Пневмонии».

Применявшаяся в нашей стране классификация пневмоний [Н. С. Молчанов, 1962] учитывала этиологию, клинкоморфологические особенности, а также характер течения заболевания. Этиологический принцип деления пневмоний положен также и в основу МКБ. Вместе с тем, следует признать, что даже в XXI веке этиологическая расшифровка заболевания при первом контакте с пациентом практически нереальна. Это обусловило некоторые изменения в вопросах классификации с целью приближения ее к повседневной практике [3]. На V Национальном конгрессе по болезням органов дыхания в Москве (1995 г.) в докладе рабочей группы по результатам международного консенсуса по пневмониям была представлена новая классификация (рубрификация), учитывающая место возникновения заболевания, некоторые особенности острого легочного воспаления и иммунологической реактивности больного.

1. Внебольнично приобретенная пневмония.
2. Внутрибольнично приобретенная (госпитальная, нозокомиальная) пневмония.
3. Аспирационная пневмония.
4. Пневмония у лиц с иммунодефицитными состояниями.

Среди наиболее распространенной формы заболевания — пневмоний первой группы, ряд исследователей предлагает выделять подгруппы: пневмонии в тесно взаимодействующих коллективах без сопутствующих заболеваний и пневмонии у больных с сопутствующими хроническими соматическими заболеваниями. Описание этих подгрупп встречается в литературе и как внебольничные пневмонии у лиц до 60 лет и лиц старше 60 лет, учитывая их наибольшую распространенность в данных возрастных группах.

Основной смысл указанной рубрикации — вооружение практических врачей научно обоснованными методами вероятностной этиологической диагностики пневмоний, что, в первую очередь, предполагает возможность своевременного начала этиотропной антибактериальной терапии. Данное положение становится понятным в свете корреляции различных форм пневмоний с определенными группами возбудителей. Это является весьма актуальным, так как до сих пор встречаются экспертные ситуации с задержками инициальной терапии в надежде на микробиологическую верификацию значимого патогена, а также со сменой начального антибиотика, вполне отвечающего клинко-лабораторным критериям эффективности антимикробной терапии по результатам подошедшего анализа чувствительности «выделенного» микроорганизма к целому спектру антимикробных препаратов. Таким образом, в ряде случаев имеет место неадекватное доминирование для практического врача результатов микробиологического диагноза над клиническими данными. Эта неадекватность становится понятной при осмыслении состояния микробиологической верификации возбудителей пневмоний в настоящее время, составляющей менее 50%, по данным литературы, а на практике оказывающейся еще меньшей.

Такое положение вещей, существующее в наши дни, несмотря на достаточное оснащение некоторых клиник диагностическим оборудованием, привело к официальному признанию фармако-экономической несостоятельности попыток микробиологической верификации возбудителей пневмоний в амбулаторных условиях. Это ведет к увеличению значимости

адекватного клинко-патогенетического диагноза пневмоний в соответствии с указанными рубриками и характерными каждой рубрике возбудителями. При этом необходимо понимание возможности внебольничного характера пневмонии и у иммунокомпрометированного пациента, а также возникновения аспирационной пневмонии как во вне- так и внутрибольничных условиях с соответствующей коррекцией вероятностного этиологического диагноза.

Практические врачи как амбулаторно-поликлинической сети, так и стационаров, занимающиеся на сегодняшний день в Татарстане диагностикой и лечением пневмоний, осуществляют свою деятельность, в первую очередь, в соответствии с двумя программными документами: приказом № 1424 МЗ РТ от 15.11.2004 г. «Об утверждении Протоколов ведения больных пневмониями (взрослое население) в медицинских учреждениях РТ» и Федеральными «Практическими рекомендациями по диагностике, лечению и профилактике внебольничных пневмоний у взрослых» в редакции 2006 г. [4].

Следует отметить, что в последней редакции Федерального документа нашли отражение данные по изменению репрезентивности актуальной микрофлоры при внебольничных пневмониях по результатам отечественного многоцентрового исследования ПегАС. Это привело к изъятию цефуроксима аксетила из группы рекомендованных препаратов выбора по амбулаторному лечению нетяжелых внебольничных пневмоний (ВП) у пациентов старше 60 лет и/или с актуальным коморбидом, а также перорального доксициклина из группы альтернативных препаратов для амбулаторной терапии нетяжелой ВП у лиц до 60 лет без значимой сопутствующей патологии.

Пероральный цефуроксим не имеет значимых преимуществ перед цефазолином по активности в отношении стрептококков и стафилококков [5]. Цефазолин же отсутствует в клинических рекомендациях по лечению ВП уже с 2003 г. В отношении доксициклина имеет место продолжающийся рост устойчивости пневмококков, достигающий в настоящее время почти 30% уровня.

На сегодняшний день препаратами выбора для лечения амбулаторных случаев ВП остаются таблетированные макролиды и амоксициллин (у лиц до 60 лет без серьезной сопутствующей патологии). При этом следует учитывать имеющиеся внутригрупповые различия между имеющимися макролидными антибиотиками, что диктует необходимость дифференцированного подхода к их назначению и предпочтения макролидов с улучшенными фармакокинетическими свойствами: азитромицина (Зитролид®, «Валента», Россия), кларитромицина. Эти препараты по сравнению с классическим эритромицином, помимо всего прочего, отличаются лучшей переносимостью и безопасностью. Благодаря хорошей тканевой проницаемости (Зитролид®, «Валента», Россия) особенно показаны макролиды при подозрении на хламидийную и микоплазменную этиологию ВП, удельный вес которой продолжает нарастать у лиц трудоспособного возраста.

Альтернативную группу по всем возрастным категориям представляют таблетированные фторхинолоновые антибактериальные препараты III и IV поколений: левофлоксацин (Флорацид®, Россия) и моксифлоксацин (Авелокс®, «Bayer Schering Pharma»). Очень важно понимание совершенной необоснованности широкого злоупотребления назначений фторхинолона II поколения ципрофлоксацина, обладающего недостаточной антипневмококковой активностью и, кроме того, представленного в России в виде примерно 60 генериков, имеющих совершенно различную антимикробную эффективность. Хочется обратить внимание, что название



«альтернативные» в данном случае ни в коей мере не являются эквивалентом понятию «препараты второй очереди», и указанные препараты (левофлоксацин [Флорацид®, «Валента»] и моксифлоксацин (Авелокс®, «Bayer Schering Pharma») в определенных ситуациях имеют полное право на первоочередное назначение. В более старших возрастных категориях для амбулаторного лечения рекомендовано применение ингибиторозащищенных аминопенициллинов.

Госпитализированные в связи с ВП пациенты имеют другой спектр возбудителей, что накладывает отпечаток на особенности лечебного подхода. В последней редакции Федеральных рекомендаций (2006 г.) можно увидеть некоторые отличия от рекомендаций 2003 г. В частности, для госпитализированных нетяжелых ВП допускается использование в качестве инициальной терапии комбинаций парентеральных полусинтетических пенициллинов и цефалоспоринов III поколения с таблетированными макролидами, о которых мы уже упоминали. Респираторные фторхинолоны: левофлоксацин (Флорацид®, «Валента») и особенно моксифлоксацин (Авелокс®, «Bayer Schering Pharma») при стабильном состоянии пациента с нетяжелой пневмонией могут назначаться как альтернатива в виде монотерапии даже в пероральном режиме [3].

При тяжелом течении пневмонии у госпитализированных пациентов, особенно при подозрении на легионеллезную этиологию заболевания и/или неблагоприятном соматическом коморбиде, альтернатива в/в моксифлоксацина (Авелокс®, «Bayer Schering Pharma») становится настоящей для начала лечения, учитывая, помимо усиленного антипневмококкового воздействия, также расширение антимикробного спектра препарата и в отношении гноеродной микрофлоры. Большое фармако-экономическое значение имеет наличие как парентеральных, так и пероральных форм указанных препаратов, что позволяет широко использовать принципы ступенчатой терапии в лечении госпитализированных пациентов с внебольничной пневмонией.

Еще одно из новшеств последней редакции Федерально-го документа (2006 г.) — акцент на индикаторы качества ве-

дения ВП. Таковыми в РФ признаны адекватное выполнение рентгенографии органов грудной клетки всем пациентам, бактериологическое исследование мокроты (у всех госпитализированных), крови (при тяжелом течении ВП), начало антибактериальной терапии (АБТ) у всех госпитализированных с ВП в первые 4 ч с момента поступления, соответствие стартового режима АБТ национальным рекомендациям или составленным на их основе локальным рекомендациям/стандартам терапии, использование ступенчатой терапии у госпитализированных пациентов, нуждающихся в парентеральном введении антимикробных препаратов, ежегодная вакцинация против гриппа и пневмококковой вакциной пациентов из группы риска [4].

Таким образом, проблема диагностики и лечения пневмоний на сегодняшний день определяет необходимость гибкого подхода, учета Федеральных и региональных данных по изменениям чувствительности микробной флоры, появления новых антимикробных препаратов с уточнением их потенциальных возможностей, данных переносимости и безопасности, определяющих место новых лечебных подходов в терапевтическом комплексе пациентов с различными формами пневмоний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Общая заболеваемость взрослого населения по классам болезней. 2000-2004 гг. Российская Федерация.
2. Практическая пульмонология. Учебное пособие для системы послевузовского образования. / Р. Ф. Хамитов. — Казань: КГМУ, 2004. — 118 с.
3. Респираторная медицина: в 2 т. / Под ред. А. Г. Чучалина. — М.: ГЭОТАР-Медиа. 2007. — Т. 1. — С. 474-509.
4. Внебольничная пневмония у взрослых. Практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. / Под ред. А. Г. Чучалина и соавт. — М., ООО Издательский дом «М-Вести», 2006. — 76 с.
5. Страчунский Л. С., Козлов С. Н. Современная антимикробная химиотерапия. Руководство для врачей. — М.: Боргес, 2002. — С. 51-53.