

Азитромицин (Хемомицин) при лечении респираторных инфекций в реальной амбулаторной практике

Ю.К. Новиков, А.С. Белевский

Антибактериальная терапия в практической деятельности врача-терапевта амбулаторного звена является важной составляющей частью лечения воспалительных заболеваний дыхательных путей. Выбор антибактериального препарата (АБП) первой линии – ответственное решение, от которого зависит дальнейшее течение заболевания.

В амбулаторных условиях обычно не может проводиться идентификация возбудителя и его чувствительности к АБП из-за необходимости быстрого назначения терапии, труднодоступности микробиологических исследований и т.д. Эмпирический выбор АБП основывается на результатах масштабных исследований, которые выявили закономерности наличия определенных возбудителей в зависимости от характеристик пациента. В то же время следует подчеркнуть, что эффективность АБП при заболеваниях органов дыхания изучается, как правило, в рандомизированных контролируемых исследованиях (РКИ) с достаточно строгими критериями включения и исключения. Поэтому условия РКИ могут существенно отличаться от реальных обстоятельств повседневной практики, и нередко результаты таких исследований подвергаются критике со стороны практикующих врачей.

Юрий Константинович Новиков – профессор, зав. кафедрой пульмонологии ФУВ РГМУ.

Андрей Станиславович Белевский – профессор, кафедра пульмонологии ФУВ РГМУ.

Дизайн исследования

В связи с этим **целью данного исследования** стало изучение эффективности азитромицина (Хемомицина) в реальной амбулаторной практике у больных с респираторными инфекциями:

- внебольничной пневмонией (ВБП);
- обострением хронического катарального или гнойного бронхита (ОХБ);
- острым бронхитом, осложненным бактериальной инфекцией (ОБ);
- острым фарингитом и/или ларингитом (ОФЛ).

Дизайн исследования – открытое проспективное несравнительное исследование реальной клинической практики. В исследование включали пациентов в возрасте от 18 до 78 лет с одним из перечисленных диагнозов.

Не включались в исследование:

- пациенты с известной непереносимостью макролидных АБП;
- пациенты, получавшие АБП в течение 3 предыдущих дней;
- пациенты с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, способными повлиять на эффективность терапии;
- пациенты, нуждающиеся в госпитализации;
- беременные и кормящие женщины.

Хемомицин назначали в дозе 500 мг 1 раз в день (за 1 ч до еды или через 2 ч после еды) в течение 3 дней. Критериями для оценки эффективности лечения служили лихорадочный синдром, выраженность клинических симптомов в баллах, аускультативная картина, локальные изменения, рентгенография грудной клетки (при ВБП), а также показатели клинического анализа крови. Контрольные осмотры

проводились на 3-й, 7-й и 14-й день после начала лечения для оценки динамики симптомов и его эффективности. При необходимости для уточнения диагноза и течения заболевания проводились дополнительные исследования. В случае неэффективности терапии изменяли, а при выявлении иного диагноза больной исключался из исследования.

Результаты исследования

Всего в исследование было включено 60 больных (мужчины – 58%), среди которых преобладали люди в возрасте 38–58 лет (48%). Распределение пациентов по группам было таково: ВБП – 20%, ОХБ – 25%, ОФЛ – 32%, ОБ – 23%.

Внебольничная пневмония

У больных с ВБП в результате лечения Хемомицином температура тела снижалась к 3-му дню болезни, а к 7-му полностью нормализовалась (рис. 1).

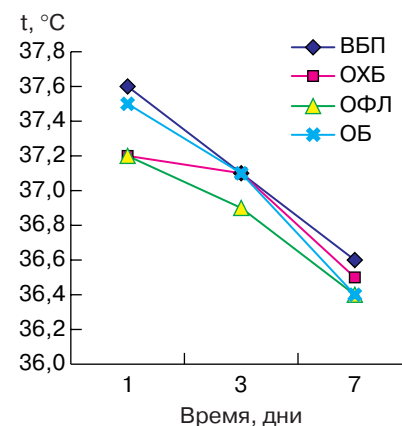


Рис. 1. Динамика температуры тела при респираторных инфекциях в процессе лечения.

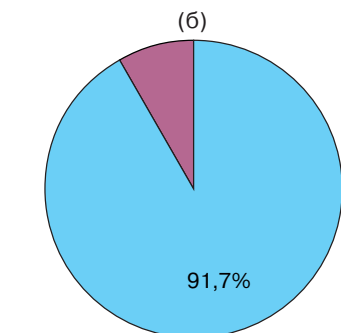
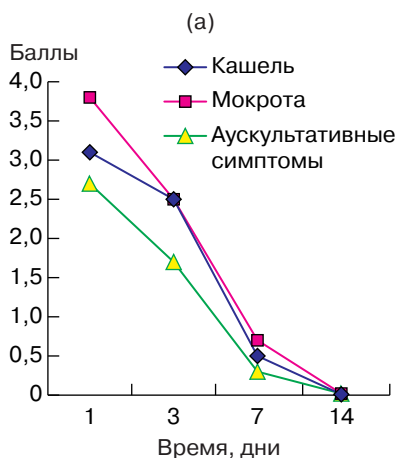


Рис. 2. Динамика клинических симптомов при ВБП в процессе лечения (а). Отличная эффективность Хемомицина при лечении ВБП показана голубым цветом (б).

Кашель также уменьшался на 3-й день лечения, более заметная динамика наблюдалась к 7-му дню, а на 14-й день он отсутствовал (рис. 2). Сходные изменения наблюдались и для такого симптома, как отхождение мокроты. Положительная динамика аускультативных феноменов, характеризовавших паренхиматозное воспаление, наблюдалась уже к 3-му дню лечения, а к 14-му дню аускультативная картина практически нормализовалась (см. рис. 2).

Регрессу клинических симптомов болезни сопутствовали изменения лабораторных и инструментальных показателей. В процессе терапии на 7-й день отмечалось значительное снижение СОЭ (от 32 до 17 мм/ч), которое продолжалось к 14-му дню наблюдения (до 12 мм/ч). Значительное улучшение рентгенологической картины наблюдалось к 7-му дню, а к 14-му дню рентгенологические признаки пневмонии исчезали.

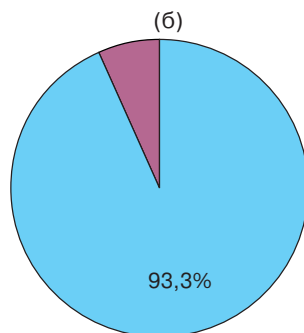
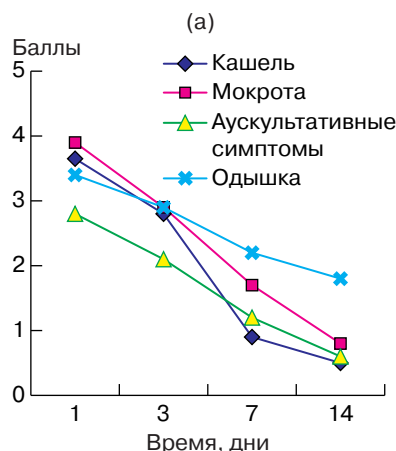


Рис. 3. Динамика клинических симптомов при ОХБ в процессе лечения (а). Отличная эффективность Хемомицина при лечении ОХБ показана голубым цветом (б).

Эффективность Хемомицина при лечении ВБП в амбулаторных условиях можно оценить как очень высокую: отличная эффективность отмечена в 91,7% случаев, хорошая – в 8,3%.

Обострение хронического бронхита

Субфебрильная лихорадка, которая наблюдалась у больных с ОХБ, уменьшилась на 3-й день лечения, а к 7-му дню температура тела полностью нормализовалась (см. рис. 1).

Кашель также прогрессивно уменьшался в процессе терапии (рис. 3). Основное улучшение наблюдалось к 7-му дню терапии, хотя небольшой кашель сохранялся и на 14-й день заболевания. Количество мокроты убывало равномерно за время всего периода наблюдения.

При аускультации у больных с ОХБ выявлялись признаки бронхиальной обструкции, что клинически проявлялось одышкой. В процессе терапии

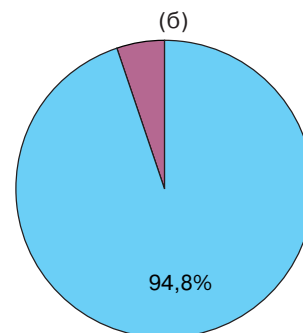
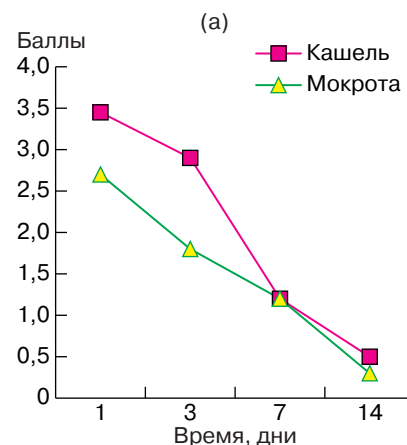


Рис. 4. Динамика клинических симптомов при ОФЛ в процессе лечения (а). Отличная эффективность Хемомицина при лечении ОФЛ показана голубым цветом (б).

уменьшалось количество сухих хрипов, и к концу наблюдения оно было минимальным (см. рис. 3). Одышка также уменьшалась, хотя это нельзя отнести исключительно к действию АБП – больные получали и бронхолитические препараты.

Таким образом, в подавляющем большинстве случаев (93,3%) эффективность Хемомицина при лечении ОХБ можно было оценить как отличную.

Острый фарингит/ларингит

Острый фарингит и/или острый ларингит были проявлением вирусной инфекции. При наличии признаков бактериального воспаления врачом принималось решение о назначении антибактериальной терапии Хемомицином.

В результате терапии быстро нормализовалась температура (см. рис. 1), уменьшался кашель (наиболее заметно – на 7–14-й день) и количество слизистой мокроты (рис. 4).

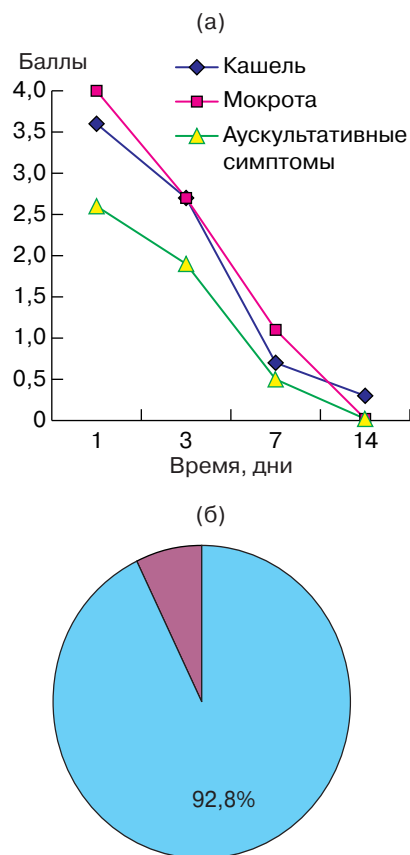


Рис. 5. Динамика клинических симптомов при ОБ в процессе лечения (а). Отличная эффективность Хемомицина при лечении ОБ показана голубым цветом (б).

В подавляющем большинстве случаев (94,8%) эффективность терапии Хемомицином можно было оценить как отличную.

Острый бронхит

При ОБ Хемомицин назначали в случае наличия признаков бактериальной инфекции.

На фоне лечения наблюдалось быстрое снижение температуры (см. рис. 1), уменьшение кашля и выделения мокроты (рис. 5).

Если на 3-й день аускультативные симптомы ОБ еще сохранялись, то к 7-му дню наступал их значительный регресс, а к 14-му дню они практически исчезали (см. рис. 5).

Эффективность препарата можно было оценить как отличную в 92,8% случаев.

Безопасность

При лечении респираторных инфекций в амбулаторных условиях Хемомицин проявил себя высокобезопасным препаратом. Нежелательные эффекты проявились только у двух больных (3,3%) в виде легкой тошноты и тенденции к диарее. В обоих случаях отмены препарата не потребовалось, а симптоматика исчезла самостоятельно.

Заключение

Проведенное исследование было максимально приближено к реальной клинической практике. Были выбраны не слишком строгие критерии включения и исключения, которые как можно полнее соответствовали повседневной

практике терапевта. Критерии исключения в основном касались общих противопоказаний для назначения азитромицина. Основным условием исследования явилось то, что врач в качестве препарата первой линии для лечения нетяжелых инфекций респираторного тракта имел в распоряжении только Хемомицин. Исследование должно было выяснить, будет ли Хемомицин при этом достаточно эффективен в реальной амбулаторной практике.

Результаты исследования показали, что Хемомицин эффективен в амбулаторной терапии как внебольничной пневмонии, так и острых вирусных заболеваний, осложненных бактериальной инфекцией. Хроническая патология также хорошо поддавалась терапии Хемомицином, хотя именно среди больных с ОХБ был один случай неэффективности препарата, что заставило сменить АБП. Это прежде всего объясняется специфическими механизмами патогенеза хронического бронхита – в первую очередь, нарушениями мукоцилиарного клиренса, затрудняющими антибактериальную терапию. Безопасность лечения Хемомицином была весьма высокой.

Таким образом, Хемомицин может широко применяться в реальной амбулаторной практике как препарат первой линии для лечения респираторных инфекций различной локализации и течения. ●