

Эффективность и переносимость препарата Хемомицин (азитромицин) у взрослых пациентов с внебольничной пневмонией

Ю. К. Новиков, Л. Д. Головня, Н. Ю. Климова, А. Я. Габдулина, Т. Г. Галич, Г. С. Рожкова
Институт пульмонологии МЗ РФ, Кафедра пульмонологии ФУВ РГМУ

Введение

Первые упоминания о воспалении в респираторных отделах дыхательного тракта не оформленные в привычные для современных врачей нозологические рамки приводятся Цельсом и в дальнейшем за счет накопления клинического опыта с подробным описанием Виллисом в 1684 году симптомов острой лихорадки, кашля и затрудненного дыхания, а в дальнейшем (1830 г.) описание аускультативной картины Лаэннеком приблизило врачей к пониманию пневмонии как самостоятельного заболевания. Выделение Рокитанским (1842 г.) двух морфологических вариантов пневмонии, долевой и бронхопневмонии, а затем открытые Рентгеном возможности лучевой диагностики (1895 г.) создало основы классификации и диагностики пневмонии, которыми пользуются и современные клиницисты. Следующий исторический этап в учении о пневмонии был связан с развитием микробиологии и возможностями по этиологической диагностике заболевания. В конце XIX века были открыты Пневмококк, Клебсиелла и Гемофильная палочка и другие микроорганизмы, что положило начало этиологической части классификации пневмонии. Разработка этого направления позволила Рейману (1938 г.) выделить группу "атипичных пневмоний", а в дальнейшем и верифицировать возбудителей: Микоплазму пневмонии (1965 г.), Легионеллу (1977 г.) и Хламидию пневмонии (1989 г.).

С тех пор пневмония остается одним из распространенных заболеваний органов дыхания, встречающееся у 3-15 человек/на 1000 населения. Академик РАМН А. Г. Чучалин приводит цифру в 1,5 миллиона человек, болеющих в России за год. Высокой остается смертность: от внебольничных пневмоний составляет 5%, но у пациентов требующих госпитализации доходит до 21,9%, нозокомиальных - 20%, у пожилых 46%. В большинстве случаев антибактериальная терапия при пневмониях назна-

чается эмпирически, и в рекомендуемых различных руководствами схемах фигурируют, как препараты выбора, современные макролиды. К таким препаратам относится и азитромицин (Хемомицин), который использовался в исследовании.

Материал и методы исследования

В исследование было включено 20 взрослых больных с внебольничной пневмонией.

Критерии включения:

- Лица обоего пола в возрасте от 18 до 75 лет,
- Все пациенты, включенные в исследование не получали антибиотики не менее, чем в течение 3 суток до включения в исследование,
- Диагноз пневмонии подтверждался рентгенологически (наличие инфильтрации)
- В исследование включались лица, имеющие не менее 2-х из перечисленных симптомов заболевания: температура тела более 37,5 °С, озноб, кашель с мокротой, одышка (частота дыхания более 20 в минуту), ослабление дыхания, и/или влажные хрипы, плевральные боли.

Критерии исключения больных из исследования:

- В исследование не включались больные:
 - С известной непереносимостью макролидных препаратов,
 - Получавшие антибиотики в течение последних 3 суток,
 - С почечной и печеночной недостаточностью, с недостаточностью кровообращения II-IV функциональных классов,
 - Онкологические больные, пациенты с иммунодефицитом и тиреотоксикозом,
 - Беременные и кормящие женщины.

Хемомицин назначался в дозе 500 мг 1 раз в сутки за 1 час или через 2 часа после еды. Оценка эффективности препарата производилась по клиническим, лабораторным и рентгенологическим параметрам.

Клинически оценивались:

- Общее состояние пациента,
- Температура тела (ежедневно - 2 раза в сутки до 10 дня лечения),
- Выраженность озноба: 0 - отсутствует, 1 - однократно, 2 - многократно в течение суток (ежедневно до даты исчезновения),
- Выраженность интоксикации: 0 - отсутствует, 1 - умеренная, 2 - выраженная (ежедневно до даты исчезновения),
- Кашель: 0 - отсутствует, 1 - однократно утром, 2 - многократно в течение дня (ежедневно до даты исчезновения),
- Характер мокроты: 0 - отсутствует, 1 - слизистая, 2 - слизисто-гнойная или гнойная (ежедневно до даты исчезновения),
- Одышка: 1 - число дыханий менее 20 в минуту, 2 - число дыханий 20-30 в минуту, 3 - число дыханий более 30 в минуту (ежедневно до даты исчезновения),
- Плевральные боли: 0 - отсутствуют, 1 - умеренная, 2 - сильная (ежедневно до даты исчезновения),
- Хрипы в легких: 0 - отсутствуют, 1 - незначительные, 2 - выраженные (ежедневно до даты исчезновения).

Лабораторное обследование:

- Клинический анализ крови: эритроциты, лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ (до лечения и на 10 день лечения),
- Биохимический анализ крови: билирубин, АЛТ, АСТ, холестерин, сахар (до лечения и на 10 день лечения) для оценки побочных действий препарата
- Рентгенография легких в двух проекциях (до лечения и на 10 день лечения)

Общая оценка эффективности препарата оценивалась как:

Хорошая

- Положительная динамика общего состояния: снижение температуры тела, уменьшение интоксикации, прекращение озноба, уменьшение одышки - с 3 суток от начала приема препарата с полной нормализацией перечисленных показателей не позднее, чем не 7 сутки от начала приема препарата,
- Исчезновение плевральных болей, хрипов в легких, мокроты, кашля - не позднее чем на 7 сутки от начала приема препарата,
- Полное рассасывание инфильтрата (ов) на 10 сутки по данным контрольной рентгенографии,
- Нормализация клинического анализа крови к 10 суткам от начала лечения,
- Отсутствие побочных эффектов или слабая выраженность побочных эффектов, отмена препарата не потребовалась.

Удовлетворительная:

- Положительная динамика общего состояния: снижение температуры тела, уменьшение интоксикации, прекращение озноба и одышки - с 3 суток от начала приема препарата с полной нормализацией этих параметров не позднее, чем на 10 сутки от начала приема препарата,
- Отсутствие плевральных болей, хрипов легких, мокроты, кашля - не позднее, чем на 15 сутки от начала приема препарата,
- Неполное рассасывание инфильтрата в легких на 10 сутки при контрольной рентгенографии,
- Нормализация клинического анализа крови на 10 сутки от начала лечения,
- Отсутствие побочных эффектов или побочные эффекты слабо выражены, отмена препарата не потребовалась

Без эффекта

- Отсутствие положительной динамики общего состояния: температуры тела интоксикации, озноба, одышки с 3 суток от начала приема препарата, что потребовало назначение другого антибактериального препарата,

Или

- Отсутствие положительной динамики при контрольной рентгенографии легких при положительной клинической динамике заболевания.

Описание и оценка побочного действия препарата

Достоверная, вероятная, возможная и сомнительная связь приема препарата с побочным эффектом оценивалась в зависимости от наличия возможных других причин и регрессии симптомов после отмены препарата

Результаты исследования

Всего было обследовано 20 больных, из них 12 (60%) мужчин и 8 (40%) женщин. Большая часть пациентов - 13 человек (65%) находилась в возрастной группе 40-60 лет, 5 пациентов (25%) в возрастной группе 60-75 лет и 2 пациента (10%) в возрастной группе 18-25 лет.

В первый день болезни лечение было начато у 6 пациентов (30%) остальные 14 человек (70%) обращались к врачу и соответственно после постановки диагноза получали лечение после 3 суток болезни. Помимо Хемомицина 500 мг/сут., все пациенты получали симптоматическую терапию: отхаркивающие (ацетилцистеин 600 мг/сут.), аскорбиновую кислоту 1 г/сут., атровент или теопек при наличии одышки и обструкции. Симптоматическая терапия продолжалась весь период наблюдения.

Кашель был у всех больных, непродуктивный - у 4 (20%), у большинства - 16 (80%) с

мокротой, оцениваемый в баллах и прошедший через 8+2,3 дня.

Слизисто-гнойная мокрота была у 3 (18%) больных и прекращение отхождения мокроты отмечалось к 10,2+2,3 дню. Слизистая мокрота была у 13 (72%) пациентов и отхождение мокроты заканчивалось к 7,5+2,7 дню.

Одышка регистрировалась у 17 больных (85%), число дыхательных движений менее 20 в минуту отмечалось у 3 больных (76,4%), число дыханий от 20 до 30 отмечалось у 4 больных (23,5%), нормализация дыхания отмечалась к 7,9+3,2 дню.

Боли в грудной клетке, обусловленные фибринозным плевритом регистрировались у 2 больных (10%), степень выраженности болей равна - 1 балл. Боли заканчивались через 4+0,9 дня.

Выслушиваемые при аускультации хрипы, отмечались у 17 больных (85%), степень выраженности равнялась 1,6+0,4 баллам. Аускультативная картина нормализовывалась к 7,0+3,1 дню.

Повышение температуры было у всех больных и равнялась 37,7+0,2 °С. Нормализация температуры регистрировалась к 3,6+0,3 дню.

Озноб отмечался у 2 больных (10%), степень выраженности озноба в баллах составляла 1,2+0,7 баллов. Проходил озноб к 3+0,12 дню.

Интоксикация отмечалась у всех 20 больных (100%), со степенью выраженности 1,0+0,4 баллов и проходила к 3,7+2,3 дню.

Хорошая эффективность препарата отмечалась у 17 (85%) больных, удовлетворительная у 2 (10%) и без эффекта у 1 (5%) пациента с выявленным в ходе обследования инфильтративным туберкулезом легких.

Диарея, связанная с приемом препарата отмечалась у 1 больного (5%), не потребовавшая отмены препарата.

Повышение СОЭ отмечалось у 20 (100%) больных и нормализовывалось к 10 дню.

Лейкоцитоз отмечался у 2 (10%) больных и нормализовывался к 10 дню.

Сдвиг лейкоцитарной формулы крови отмечался у 2 (10%) больных, нормализация показателя происходила к 10 дню.

Изменения в биохимических показателях крови в исследованной группе не отмечалось.

У всех больных на рентгенограммах отмечались инфильтративные изменения в легких у 18 больных (90%) очагового характера и полисегментарного характера у 2 больных (10%). Нормализация рентгенологической картины отмечалась к 10 дню.

Оценка эффективности

Клиническая эффективность составила 95%.

Обсуждение результатов

Большая часть обследованных больных (70%), обращалась к врачу и, соответственно, прошла обследование и получала лечение после 3 дня от начала болезни при развернутой картине заболевания. Характерный симптомокомплекс, включающий местные симптомы: кашель "сухой" - у 20%, с мокротой - у 80%, мелкопузырчатые хрипы (85%), одышка - у (85%), общие симптомы интоксикации (100%) повышение температуры (100%) были достаточны для постановки диагноза. Озноб и плевральные боли отмечались редко и не имели большого значения для диагноза. Из лабораторных и инструментальных исследований наиболее информативны (100%) были показатели СОЭ и рентгенография. Соответственно по этим объективным критериям прослеживалась динамика положительного эффекта при лечении Хемомицином. Раньше (к 3-4 дню) исчезали общие симптомы интоксикации и повышенная температура. Уменьшение выраженности местных симптомов происходило в более поздние сроки (7-8 сутки), в эти же сроки нормализовывались лабораторно-инструментальные показатели.

Диарея у одного из пациентов, связанная с приемом Хемомицина, не потребовала отмены препарата и связана с прокинетиическим эффектом макролидов. Таким образом, своевременная диагностика внебольничных пневмоний возможна на основании классических симптомов в виде кашля, с мокротой или без мокроты, повышения температуры, разной степени выраженности интоксикации. Боли в грудной клетке являются информативным симптомом, но только при пневмониях, осложненных плевритом. Хемомицин показал в исследовании высокую клиническую эффективность с минимальными побочными эффектами.

Выводы

1. Хемомицин (азитромицин), как представитель современных макролидов, является препаратом выбора при лечении внебольничных пневмоний легкого и среднего течения у взрослых пациентов.

2. Доза Хемомицина (азитромицина) 500 мг/сут. в течение 3-х суток обеспечивает высокую клиническую эффективность лечения.

3. Побочные эффекты Хемомицина (азитромицина) незначительны и зачастую не требуют отмены препарата.