

ЛЕЧЕНИЕ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ АМОКСИКЛАВОМ

А.В. Кривоногов, Е.А. Медведский, И.В. Лещенко

Внебольничные пневмонии относятся к наиболее частым бактериальным инфекциям у людей всех возрастных групп [2]. Спектр патогенных микроорганизмов, вызывающих внебольничную пневмонию достаточно широк и включает пневмококки, на долю которых приходится 50% случаев заболевания, гемофильную палочку, золотистый стафилококк, моракселлу и энтеробактерии (кишечная палочка, клебсиелла, протей, энтеробактер).

Ранее препаратами выбора при лечении внебольничных пневмоний были бензилпенициллин или аминопенициллины. В настоящее время эти антибиотики не могут рассматриваться в качестве средств первого ряда эмпирической терапии, в связи с ростом резистентности микроорганизмов к пенициллинам. Механизм устойчивости связан с продукцией бактериями ферментов β -лактамаз, которые разрушают природные и полусинтетические пенициллины [1]. Одним из возможных путей преодоления устойчивости бактерий к пенициллинам является использование ингибиторов β -лактамаз, которые связываются с ними и предотвращают разрушение антибиотика. К числу ингибиторов β -лактамаз относится клавулановая кислота.

Амоксиклав — препарат, содержащий полусинтетический пенициллин амоксициллин и клавулановую кислоту. Комбинация в одном препарате полусинтетического пенициллина амоксициллина и ингибитора β -лактамаз клавулановой кислоты обеспечивает ему широкий спектр антибактериального действия, охватывающий грамм-положительные и грамм-отрицательные бактерии, а также некоторые анаэробы. При этом частота резистентных штаммов микробов к амоксиклаву невелика [3]. Амоксиклав хорошо и быстро всасывается при приеме внутрь, в результате в крови и тканях создаются высокие концентрации препарата, достаточные для подавления роста возбудителей инфекций нижних дыхательных путей. Все это свидетельствует в пользу того, что амоксиклав отвечает требованиям, предъявляемым к антибиотику для лечения внебольничной пневмонии.

Цель исследования — оценка эффективности амоксиклава при лечении внебольничной пневмонии.

Пациенты и методики

Наблюдалось 19 больных (13 мужчин и 6 женщин) в возрасте от 16 до 65 лет по поводу внебольничной пневмонии. Бактериальную пнев-

монии диагностировали по наличию как минимум четырех клинических признаков — острое начало заболевания, температура тела выше $37,5^{\circ}\text{C}$, ознобы, интоксикация, кашель с мокротой, боль в грудной клетке при дыхании, наличие крепитации или мелкопузырчатых хрипов при аускультации. Диагноз подтверждали при рентгенографии органов грудной клетки. У 11 пациентов диагностирована пневмония легкой степени, у 7 — средней и у 1 — тяжелой. Всем больным назначался амоксилав в дозе 625 мг 3 раза в день внутрь в течение 5 дней. 15 больных дополнительно принимали бронхолитические препараты. Давность заболевания до начала лечения составила в среднем 6,1 суток. Изучались клинические симптомы, проводилось бактериологическое исследование мокроты. Подсчитывали количество микроорганизмов в 1 мл, оценивали их чувствительность к амоксилаву с помощью стандартных дисков, определяли зону ингибирования. Чувствительными считали штаммы микроорганизмов с зоной ингибирования 20 мм и более. Оценку состояния больного проводили до назначения амоксилава и на третий и пятые сутки лечения, а также через две недели после лечения.

Результаты и их обсуждение

На фоне применения амоксилава у большинства больных был достигнут быстрый положительный эффект. Так, у 16 человек с пневмонией легкой и средней степени тяжести температура тела нормализовалась на третьи сутки, а через пять суток достигнута эррадикация *Str.pneumonie*. У этих больных определялись штаммы микроорганизмов с зоной ингибирования от 37 мм до 20 мм. Ни в одном случае не наблюдалось рецидива инфекции в сроки до трех недель после окончания лечения.

У двух больных из девятнадцати через трое суток от начала терапии амоксилав отменен, в связи с отсутствием клинического эффекта. У этих больных в мокроте обнаружены *B.catarralis* и *H.influenzae* в концентрации 10^6 мл 10^8 мл соответственно. Зона ингибирования была 16 мм и 18 мм. Эррадикации микроорганизмов не достигнуто.

Во время терапии амоксилавом только у одного больного развились диспепсические расстройства на вторые сутки, в связи с чем препарат был отменен.

Полученные результаты свидетельствуют о хорошем клиническом и бактериологическом эффекте амоксилава у больных с пневмонией, вызванной *Str.pneumonie*. В то же время наши исследования позволяют предположить отрицательный клинический и бактериологический эффект амоксилава у больных с пневмонией, вызванной

V.catarralis и H.influenzae. Побочные явления во время лечения амоксиклавом встречались редко.

Резюме

Амоксилав, учитывая его высокую клиническую и бактериологическую эффективность и хорошую переносимость, может быть рекомендован в качестве антибиотика первого ряда для лечения внебольничной пневмонии. Установлена устойчивость амоксиклава к β -лактамазам и невысокая частота резистентности к микроорганизмам. Препарат удобен и прост для применения.

Литература

1. Синопальников А.И. Рациональная антибиотикотерапия пневмоний // Методические рекомендации для врачей. — М., 1996. — 26 с.
2. Яковлев С.В., Лещенко И.В., Колесников В.В., Суворова М.П. Амоксициллин /клавуланат калия в эмпирической монотерапии внебольничной пневмонии у амбулаторных больных // Антибиотики и химиотерапия. — 1997. — N 10. — С. 19-22.
3. Яковлев С.В., Суворова М.П. Тактика эмпирической антибактериальной терапии внебольничных пневмоний у амбулаторных больных // Там же. — С. 23-28.

НЕБУЛАЙЗЕР-ТЕРАПИЯ БЕРОДУАЛОМ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В УСЛОВИЯХ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

И.В. Лещенко, И.Б. Улыбин, А.В. Бушуев

В настоящее время все больший интерес у врачей-пульмонологов вызывает применение небулайзер-распылителей при лечении обострений бронхиальной астмы (БА) [1, 2]. Клиническая эффективность использования небулизированных комбинированных бронхолитических препаратов для купирования приступа БА на скорой медицинской помощи (СМП) изучена недостаточно [3, 4].

Цель исследования — оценка эффективности применения ингаляций раствора беродуала у больных с астматическим приступом (АП) в условиях СМП.

Пациенты и методики

173 больных БА (48 мужчин и 125 женщин) в возрасте от 36 до 82 лет были разделены на 2 группы: 1-я группа — 123 человека (36 мужчин и 87 женщин) со среднетяжелым обострением заболевания и 2-я — 50 человек (12 мужчин и 38 женщин) — с тяжелым. Средний воз-