

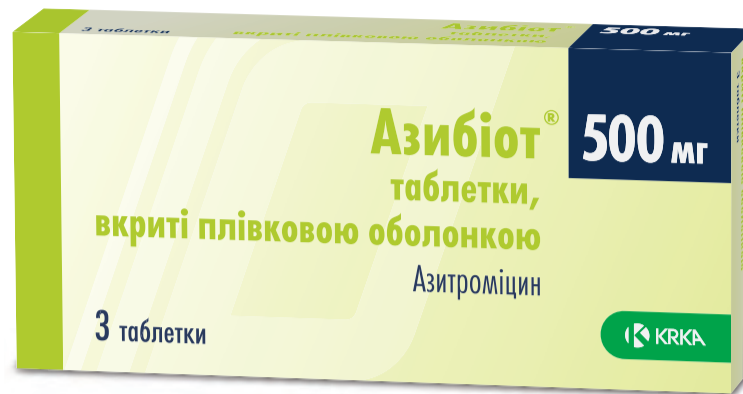


Препарати компанії КРКА користуються довірою лікарів у понад 70-ти країнах світу<sup>1</sup>

# АЗИБІЮТ®

азитроміцин

таблетки по 500 мг №3



**Склад.** Діюча речовина: 1 таблетка містить азитроміцину 500 мг у вигляді азитроміцину дигідрату; допоміжні речовини: крохмаль прежелатинізований, кросповідон, кальцію гідрофосфат безводний, натрію лаурилсульфат, магнію стеарат, гіпромелоза, титану діоксид (Е 171), лактози моногідрат, триацетин. **Фармакодинаміка.** Азитроміцин є представником групи макролідних антибіотиків — азалідів, що мають широкий спектр антимікробної дії. Механізм дії азитроміцину полягає в інгібуванні синтезу бактеріального білка за рахунок зв'язування з 50 S-субодиницею рибосом і запобігання транслокації пептидів при відсутності впливу на синтез полінуклеотидів. Механізм резистентності до азитроміцину може бути вродженою або набутою. Повна перехресна резистентність існує *Streptococcus pneumoniae*, бета-гемолітичного стрептокока групи А, *Enterococcus faecalis* та *Staphylococcus aureus*, включаючи метицилін-резистентний золотистий стафілокок (MRSA), до еритроміцину, азитроміцину, інших макролідів і лінкозамідів. **Фармакокінетика.** Біодоступність після перорального прийому становить приблизно 37 %. Максимальна концентрація у сироватці крові досягається через 2–3 години після прийому препарату. При внутрішньому прийомі азитроміцин розподіляється по всьому організму. У фармакокінетичних дослідженнях було показано, що концентрації азитроміцину в тканинах значно вищі (в 50 разів), ніж у плазмі, що свідчить про сильне зв'язування препарату з тканинами. Зв'язування з білками сироватки варіює залежно від плазмових концентрацій і становить від 12 % при 0,5 мкг/мл до 52 % при 0,05 мкг/мл у сироватці крові. Уявний об'єм розподілу у рівноважному стані (VVs) становив 31,1 л/кг. Кінцевий період плазмового напіввиведення з тканин відбувається протягом 2–4 днів. Препарат активно метаболізується в печінці. Метаболіти не є мікробіологічно активними. В основному вони виводяться з калом, і менше 10 % дози азитроміцину виділяється у незміненому вигляді з сечею протягом наступних трьох днів. Особливо високі концентрації незміненого азитроміцину були виявлені в жовчі людини. **Показання.** Інфекції, спричинені мікроорганізмами, чутливими до азитроміцину: інфекції ЛОР-органів (бактеріальний фарингіт/тонзиліт, синусит, середній отит); інфекції дихальних шляхів (бактеріальний бронхіт, негоспітальна пневмонія); інфекції шкіри та м'яких тканин: мігруюча еритема (початкова стадія хвороби Лайма), бешиха, імпетиго, вторинні піодерматози; лікування нетяжких форм Акне вульгарис; інфекції, що передаються статевим шляхом: неускладнені та ускладнені уретрит/цервіцит, спричинений *Chlamydia trachomatis*. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до діючої речовини, до будь-якого іншого компонента препарату або до інших макролідних антибіотиків. Через теоретичну можливість ерготизму азитроміцин не слід призначати одночасно з похідними ріжків. **Спосіб застосування та дози.** Азибіют® необхідно приймати за годину до або через дві години після їди, тому що одночасний прийом порушує всмоктування азитроміцину. Препарат приймають 1 раз на день. Таблетки ковтають не розжовуючи. **Побічні реакції.** З боку травної системи: часто: нудота, блювання, пронос (іноді тяжкий), болі в животі та судоми; нечасто: метеоризм, зниження апетиту; рідко: запор, зміна кольору язика, псевдомембранозний коліт. З боку органів слуху та рівноваги: рідко: порушення слуху, дзвін у вухах. Нетривалі порушеннями слуху та дзвін у вухах виникають особливо у пацієнтів, що приймають великі дози протягом тривалого часу. Більшість цих реакцій мають оборотний характер. З боку нирок і сечовивідних шляхів: рідко: інтерстиціальний нефрит і ниркова недостатність. З боку печінки та жовчовивідних шляхів: рідко: порушення функції печінки, включаючи гепатит, холестатична жовтяниця, і, у виняткових випадках, печінкова недостатність, підвищення активності печінкових ферментів. З боку нервової системи: нечасто: запаморочення, головний біль, безсоння, судоми, порушення смаку; рідко: колювання. З боку психіки: рідко: агресивність, нервозність, неспокій, страх. З боку імунної системи: нечасто: легкі та тяжкі форми алергічних реакцій, таких як свербіж, висипання, кропив'янка; рідко: гіперчутливість до світла, болі в суглобах, бронхоспазм і набряк Квінке, у виняткових випадках — мультиформна еритема, синдром Стивенса-Джонсона та епідермальний некроліз, анафілаксія. З боку серцево-судинної системи: рідко: серцебиття, тахікардія та болі в грудях. З боку крові та лімфатичної системи: рідко: тромбоцитопенія, нейтропенія, еозинфілія. Якщо виникають тяжкі побічні ефекти, лікування необхідно припинити. Інформація для професійної діяльності медичних і фармацевтичних працівників. Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату.

# Фромілід® уно

таблетки з пролонгованим

вивільненням по 500 мг № 5, № 7

кларитроміцин

# Фромілід®

кларитроміцин

таблетки 250 мг № 14, 500 мг № 14



**Склад.** Діюча речовина: кларитроміцин. **Фромілід уно:** 1 таблетка містить 500 мг кларитроміцину. **Фромілід:** 1 таблетка містить 250 мг або 500 мг кларитроміцину. **Лікарська форма.** Фромілід уно: таблетки з модифікованим вивільненням. Фромілід: таблетки, вкриті плівковою оболонкою. **Фармакотерапевтична група.** Протимікробні засоби для системного застосування. Макроліди, лін-козаміди та стрептограміни. **Показання.** Інфекції нижніх дихальних шляхів (бронхіт, пневмонія тощо), інфекції верхніх дихальних шляхів (гострий синусит, тонзиліт/фарингіт), інфекції шкіри і м'яких тканин. **Спосіб застосування та дози.** Фромілід уно. Приймають внутрішньо під час їди, не розжовуючи, запиваючи водою; рекомендована доза кларитроміцину для дорослих і дітей старше 12 років становить 500 мг (1 таблетка) кожні 24 години, при тяжких інфекціях дозу можна збільшити до 1000 мг (2 таблетки) через кожні 24 год. Фромілід. Приймають внутрішньо, не розжовуючи, запиваючи невеликою кількістю води. Рекомендована доза кларитроміцину для дорослих та дітей старше 12 років становить 250 мг двічі на добу, при більш тяжких інфекціях дозу можна збільшити до 500 мг два рази на добу. Звичайна тривалість лікування становить від 5 до 14 днів, за винятком лікування негоспітальної пневмонії та синуситів, які потребують 6–14 днів терапії. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до кларитроміцину або інших макролідних антибіотиків або до будь-яких компонентів препарату, тяжка печінкова або ниркова недостатність; одночасне застосування з терфенадином, цизапридом, пімозидом, астемізолом або алкалоїдами ріжків; порфірія; період годування груддю, вік до 12 років. **Побічні реакції.** Побічні ефекти, що можуть виникнути при терапії кларитроміцином, класифіковано за такою частотою: • дуже часто ( $\geq 1/10$ ); часто ( $\geq 1/100$  до  $< 1/100$ ); нечасто ( $\geq 1/1000$  до  $< 1/1000$ ); рідко ( $\geq 1/10,000$  до  $< 1/10,000$ ); дуже рідко ( $< 1/10,000$ ); включаючи окремі випадки (не можна підрахувати з наявних даних). Порушення з боку шлунково-кишкового тракту: часто: нудота, знижений апетит, абдомінальний біль; блювання, діарея, тимчасові зміни смаку; нечасто: стоматит, глосит, тимчасові зміни запаху; рідко: тимчасове забарвлення зубів та язика; дуже рідко: панкреатит, псевдомембранозний коліт. Порушення з боку шкіри та підшкірних тканин: нечасто: кропив'янка; дуже рідко: синдром Стивенса-Джонсона, токсичний епідермальний некроліз (синдром Лайєлла), ангіоневротичний набряк. Порушення з боку імунної системи: дуже рідко: анафілаксія. Порушення з боку нервової системи: часто: головний біль; дуже рідко: вертиго, запаморочення, парестезія, порушення сну, нічні марення, сплутаність свідомості, відчуття страху, галюцинації, психотичні реакції та судоми. Порушення з боку слухового апарату: дуже рідко: дзвін у вухах, тимчасові розлади слуху. Порушення з боку гепатобіліарної системи: дуже рідко: підвищення рівня ферментів печінки, холестатична жовтуха, гепатит (про печінкову недостатність з летальним результатом повідомили у пацієнтів з тяжкою формою вказаної хвороби, які спутно приймали інші препарати). Порушення з боку нирок та сечовивідних шляхів: дуже рідко: підвищення рівнів креатиніну, інтерстиціальний нефрит, ниркова недостатність. Порушення з боку скелетно-м'язової системи та сполучної тканини: дуже рідко: артралгія та міалгія. Порушення з боку системи крові та лімфатичної системи: рідко: тромбоцитопенія. Порушення з боку серцево-судинної системи: дуже рідко: подовження QT інтервалу, шлуночкова тахікардія, «пірветна» шлуночкова тахікардія. Порушення з боку метаболізму та травлення: рідко: гіпокаліємія, часто у пацієнтів, які приймають препарати для зниження рівня цукру в крові. **Фармакологічні властивості.** Кларитроміцин — напівсинтетичний антибіотик групи макролідів, взаємодіє з 50S рибосомальною субодиницею бактерій, таким чином пригнічуючи синтез білка. Переважно виявляє бактеріостатичну, а в деяких випадках — також бактерицидну дію. **Упаковка.** 5 таблеток з модифікованим вивільненням у блистері, 7 таблеток з модифікованим вивільненням у блистері; 7 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у блистері, 2 блистери в картонній коробці. **Категорія відпуску.** За рецептом. Інформація для професійної діяльності медичних і фармацевтичних працівників. Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату.

Джерело інформації: 1. Krka, d.d., Novo mesto. Annual Report 2010.



ТОВ «КРКА УКРАЇНА», 01015, Україна, м. Київ, вул. Старонаводницька, 13, офіс 127, а/с 42  
Тел.: +380 44 354-26-68, факс: +380 44 354-26-67; веб-сайт: www.krka.ua, ел. пошта: info.ua@krka.biz



С.С. Сімонов, к.м.н., А.П. Гришило, к.м.н., ДУ «Національний інститут фізіотерії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України», м. Київ

# Ефективність препарату Азибіот® у лікуванні пацієнтів з незоспінтальною пневмонією

## Аналіз клінічних випадків

**Відомо, що історія застосування макролідів у клінічній практиці розпочалася зі створення еритроміцину, який на той час відіграв значну роль у лікуванні пацієнтів з інфекціями верхніх та нижніх дихальних шляхів. Згодом період масових призначень лікарями еритроміцину змінився роками дискусій про зростання резистентності бактерій до його впливу, незручність використання препарату для пацієнтів, високий ризик його побічної дії.**

На сьогодні макроліди залишаються одними з найбільш часто уживаних у клінічній практиці антибіотиків, оскільки при правильному застосуванні вони демонструють хорошу ефективність при достатньо високому рівні безпеки. Основою хімічної структури сучасних макролідів залишається макроциклічне лактонне кільце, зв'язане з одним або декількома вуглеводними залишками. Залежно від числа атомів вуглеводу в гетероциклічній структурі макроліди традиційно поділяють на 14-членні (природні – еритроміцин, олеандоміцин; напівсинтетичні – кларитроміцин, рокситроміцин та ін.), 15-членні (азаліди), представником яких є азитроміцин, і 16-членні (спірамідин, джозаміцин). У світі нині існує близько 20 різних макролідних антибіотиків, але найчастіше використовуються азитроміцин і кларитроміцин. Для всіх представників класу характерний схожий механізм дії, який полягає в інгібуванні РНК-залежного синтезу білків у чутливих до них мікроорганізмів.

У клінічній практиці макроліди застосовують в основному при інфекціях дихальної системи. Дослідження останніх років демонструють, що найбільш частими збудниками гострих інфекцій верхніх дихальних шляхів залишаються *Streptococcus pneumoniae* (42%), *Haemophilus influenzae* (29-38%), *Moraxella catarrhalis* (17-20%), *Streptococcus pyogenes* (15-23%). Однак при рецидивуючих і хронічних інфекціях респіраторної системи зростає роль таких патогенів, як стафілококи, анаероби, внутрішньоклітинні збудники, зокрема *Chlamydia pneumoniae*, *Legionella*, *Mycoplasma pneumoniae*. Крім того, нерідко в розвитку інфекцій верхніх дихальних шляхів беруть активну участь мікробні асоціації, до складу яких входять не тільки патогенні, а й умовно-патогенні мікроорганізми. При цьому відсутність у цілій низці випадків ефекту при використанні стандартної антибактеріальної терапії за наявності інфекцій дихальних шляхів все частіше змушує лікарів звертати увагу на можливість етіологічну роль внутрішньоклітинних мікроорганізмів. Так, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, у світі спостерігається висока поширеність інфекцій, викликаних атипичними збудниками. Рівень інфікованості населення хламідіями і мікоплазмами становить близько 59%. Для хламідіозу властиве тривале персистування інфекції з подальшим розвитком хронічного носійства, при цьому хламідії здатні викликати патологію респіраторного тракту в асоціації з іншими мікроорганізмами; мікоплазми

проникають всередину епітеліальних клітин респіраторного тракту, де вони, перебуваючи у відносній неосязності від імунної системи, здатні розмножуватися і тривало персистувати в організмі. Слід підкреслити, що для хламідій і мікоплазм притаманна участь у мікробних асоціаціях, що спочатку створює клінічну видимість типової інфекції респіраторної системи і стає підставою для застосування стандартної антибіотикотерапії. При цьому призначення пацієнтам бета-лактамів пригнічує лише типову мікрофлору, а внутрішньоклітинні мікроорганізми продовжують персистувати на слизових оболонках, що супроводжується хронізацією інфекційного процесу.

Варто звернути увагу, що т. зв. атипична мікрофлора є частим збудником не тільки інфекцій верхніх дихальних шляхів: атипичні патогени виявляються в 40-60% хворих з незоспінтальною пневмонією (НП), а змішані інфекції спостерігаються в 48% пацієнтів. Частота виділення *S. pneumoniae* становить 17%, *Legionella* – 0,7-13%, *M. pneumoniae* – 13-37%. Крім того, *S. pneumoniae* відповідала за 4-16% випадків загострень хронічного обструктивного захворювання легень, а серед курців і пацієнтів, що приймають системні глюкокортикоїди, ця цифра може досягати 34%. Також доведено, що інфікування *S. pneumoniae* асоціюється з виникненням бронхіальної астми в дорослих, а також з її загостреннями і рецидивуючими захворюваннями дихальних шляхів у дітей.

Діагноз НП – абсолютне показання до призначення антибіотиків, які є основою лікування таких хворих. Здебільшого пацієнтам з НП антибактеріальна терапія призначається емпірично, оскільки на сьогодні не існує достатньо ефективних методів її етіологічної експрес-діагностики. Вибір антибіотика для етіотропної терапії пацієнтів з НП здійснюється з урахуванням природної активності препаратів щодо основних патогенів. Однак у кожній конкретній ситуації слід обов'язково враховувати розповсюдженість і характер вторинної резистентності вірогідних збудників НП. Препаратами вибору для лікування хворих на пневмококову НП або НП, викликану гемофільною паличкою, є бета-лактами (частіше амоксицилін), у тому числі інгібіторзахищені (амоксицилін/клавуланат та ін.) і цефалоспорины II-III покоління. Макроліди (переважно азитроміцин або кларитроміцин) є альтернативними препаратами при алергії до бета-лактамів, їх прийомі пацієнтами за останні 3 місяці або не-ефективності бета-лактамів протягом

48-72 годин лікування. Але якщо НП викликана *M. pneumoniae*, *S. pneumoniae* або *Legionella spp.*, препаратами вибору є саме макроліди, рідше – доксициклін та респіраторні фторхінолони.

Останніми роками в пульмонології серед макролідів частіше використовується азитроміцин, що пов'язано з низкою його переваг:

- широкий спектр впливу, який охоплює типові і атипичні респіраторні патогени;
- більш висока активність порівняно з іншими макролідами щодо *H. influenzae*;
- низька резистентність збудників до азитроміцину (у 10% штамів пневмококів в Україні у 2008-2009 рр.);
- створення високих концентрацій препарату в клітинах і тканинах;
- унікальний механізм доставки (фагоцити) антибіотика у вогнище запалення;
- зручний режим прийому (1 раз на добу);
- висока ефективність і безпечність;
- можливість терапії короткими (3-5 днів) курсами, що обумовлено його тривалим постантибіотичним (до 50 годин) ефектом;
- імуномодуючі та протизапальні властивості.

Традиційно для проведення емпіричної антибактеріальної терапії слід використовувати антибіотики, що ефективні щодо основних імовірних збудників НП, мають оптимальний профіль безпеки (низьку частоту розвитку побічних ефектів), створюють високі концентрації в тканинах і біологічних рідинах органів дихання, характеризуються оптимальним співвідношенням вартість/ефективність, зручні в застосуванні. З метою дотримання хворим відповідного режиму лікування (комплаєнс), що значною мірою залежить від частоти прийому препарату протягом доби, а також від тривалості курсу лікування, перевагу надають лікарським засобам, які призначають 1 раз на добу та короткими курсами (3-5 днів). Усім зазначеним вимогам відповідає азитроміцин, представлений на фармацевтичному ринку України препаратом Азибіот® виробництва компанії KRKA (Словенія).

Азибіот® є представником групи азалідів, що мають широкий спектр антимікробної дії. Механізм дії азитроміцину полягає в інгібуванні синтезу бактеріями білків за рахунок зв'язування з 50S-субодиницею рибосом і пригнічення транслокації пептидів.

Спектр антимікробної дії азитроміцину включає:

- аеробні грампозитивні бактерії (метицилінчутливі штами *Staphylococcus*



С.С. Сімонов



А.П. Гришило

*aureus*, пеніцилінчутливі штами *S. pneumoniae*, *S. pyogenes*;

• аеробні грамнегативні бактерії (*H. influenzae*, *Haemophilus parainfluenzae*, *Legionella pneumophila*, *M. catarrhalis*, *Pasteurella multocida*);

• анаеробні бактерії (*Clostridium perfringens*, *Fusobacterium spp.*, *Prevotella spp.*, *Porphyromonas spp.*);

• інші мікроорганізми (*C. trachomatis*, *S. pneumoniae*, *M. pneumoniae*).

Біодоступність препарату після перорального застосування становить приблизно 37%. Максимальна концентрація в сироватці крові досягається через 2-3 години після його вживання. При пероральному прийомі азитроміцину розподіляється у всьому організмі. У фармакокінетичних дослідженнях було продемонстровано, що його концентрація в тканинах значно вища (у 50 разів), ніж у плазмі крові, а період напіввиведення з тканин триває 2-4 дні. Азитроміцин також має протизапальні, імуномодуючі та мукорегулюючі властивості, які проявляються незалежно від його антибактеріальної активності. Профіль безпеки азитроміцину, у тому числі в педіатричній практиці, добре вивчений у численних клінічних дослідженнях.

Отже, на сьогодні азитроміцин є одним з антибіотиків, які найбільш часто призначаються лікарями загальної практики – сімейної медицини, пульмонологами, оториноларингологами, терапевтами, педіатрами. Нижченаведені клінічні випадки підтверджують високу ефективність та безпеку використання препарату Азибіот®.

### Клінічний випадок 1

**Пацієнт К.**, 1989 року народження, водій муніципального транспорту, захворів гостро 16.08.2017, коли після переохолодження відчув підвищення температури тіла до 37,7 °С, озноб, періодичний непродуктивний кашель. Лікувався самостійно симптоматичними препаратами (парацетамол, екстракт листя плюща). Протягом наступної доби симптоми захворювання наростали, температура тіла підвищилась до 38,5 °С, кашель набув надсадного характеру, з'явилися задишка при помірному фізичному навантаженні, пітливість, виражена загальна слабкість, відсутність апетиту. Із вказаними вище скаргами 18.08.2017 звернувся за медичною допомогою до пульмонолога.

**Анамнез життя:** наявність туберкульозу, вірусних гепатитів, цукрового діабету, виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки, травм, оперативних втручань та шкідливих звичок заперечує. У пацієнта часто виникають захворювання верхніх дихальних шляхів. З приводу гострого бактеріального риносинуситу 2 місяці тому приймав амоксицилін.

Продовження на стор. 46.

# Ефективність препарату Азибіот® у лікуванні пацієнтів з негоспітальною пневмонією

## Аналіз клінічних випадків

Продовження. Початок на стор. 45.



Рис. 1. ОРГК пацієнта К. до лікування (бокова проекція)



Рис. 2. ОРГК пацієнта К. до лікування (пряма проекція)



Рис. 3. ОРГК пацієнта К. після лікування (бокова проекція)

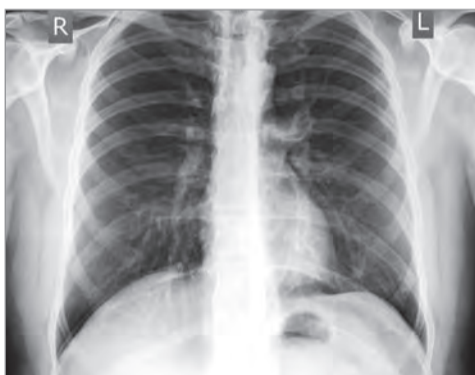


Рис. 4. ОРГК пацієнта К. після лікування (пряма проекція)

Дані фізикального обстеження: загальний стан середнього ступеня тяжкості, свідомість ясна; шкірні покриви бліді, без висипань, видимі слизові оболонки рожевого кольору, чисті. При аускультатії над правою легеню вислуховується везикулярне дихання, над нижніми відділами лівої легені – ослаблене дихання, вологі дрібнопухирчасті хрипи в невеликій кількості. Тони серця ритмічні, звучні, частота серцевих скорочень – 96 уд/хв, артеріальний тиск – 100/70 мм рт. ст., частота дихання – 24/хв. Живіт при пальпації м'який, безболісний, печінка не виступає з-під краю правої реберної дуги. Набряки відсутні. Фізіологічні випорожнення в межах норми.

Дані лабораторних та інструментальних досліджень. Загальний аналіз

крові (18.08.2017): рівень гемоглобіну – 126 г/л, еритроцитів –  $4,1 \times 10^{12}/л$ ; лейкоцитів –  $10,6 \times 10^9/л$ ; лейкоцитарна формула: еозинофіли – 1%, паличкоядерні нейтрофіли – 8%, сегментоядерні нейтрофіли – 70%, моноцити – 3%; лімфоцити – 18%; швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ) – 24 мм/год. На оглядовій рентгенограмі органів грудної клітки (ОРГК) у двох проекціях (18.08.2017; рис. 1, 2) спостерігаються вогнищево-інфільтративні зміни в нижній долі лівої легені, контури купола діафрагми чіткі, плевральні синуси вільні, тінь серця в межах норми.

На підставі скарг, анамнезу хвороби, фізикальних, лабораторних та рентгенологічних даних пацієнту було встановлено такий клінічний діагноз: негоспітальна лівобічна нижньодольова пневмонія, легкий перебіг, 1 клінічна група, легенева недостатність 0-I ст.

Лікування. Оскільки пацієнт 2 місяці тому приймав амоксицилін, йому був призначений азитроміцин (Азибіот®) 500 мг 1 раз на добу протягом 3 днів, амброксол 30 мг 3 рази на добу.

Динаміка. Температура тіла пацієнта нормалізувалась на 2-й день антибактеріальної терапії, зменшилися ознаки інтоксикаційного синдрому, інтенсивність кашлю та задишки. На 5-й день лікування скарги у хворого були відсутні. Загальний аналіз крові (28.08.2017): рівень гемоглобіну – 128 г/л, еритроцитів –  $4,2 \times 10^{12}/л$ , лейкоцитів –  $6,8 \times 10^9/л$ ; лейкоцитарна формула: еозинофіли – 1%, паличкоядерні нейтрофіли – 3%, сегментоядерні нейтрофіли – 71%, моноцити – 4%; лімфоцити – 21%; ШОЕ – 10 мм/год. Контрольне рентгенологічне обстеження органів грудної клітки (28.08.2017; рис. 3, 4): легеневі поля прозорі, без вогнищевих та інфільтративних змін, синуси вільні, тінь серця в межах норми.

Отже, лікування пацієнта К. із застосуванням Азибіоту сприяло зникненню клінічних, лабораторних та рентгенологічних ознак НП. Препарати, які були використані під час лікування, не зумовили виникнення побічних ефектів. Цей клінічний випадок підтверджує високу ефективність та безпечність застосування Азибіоту в пацієнта з НП, яка, ймовірно, викликана типовим респіраторним патогеном.

### Клінічний випадок 2

Пацієнтка В., 1995 року народження, студентка, мешкає в гуртожитку, скаржиться на поступову (протягом 2-3 тижнів) появу патологічних симптомів, таких як виражена слабкість, пітливість, осиплість голосу, біль у м'язах та суглобах, підвищення температури тіла до  $37,3-37,5^\circ\text{C}$ , надсадний сухий кашель. Лікувалася самостійно симптоматичними засобами (парацетамол, льодяники для розсмоктування в порожнині рота, грудний збір, аскорбінова кислота). Упродовж останніх днів самопочуття погіршилось, оскільки зростає інтенсивність загальної слабкості, пітливості, осиплості голосу, болю в м'язах та суглобах, температура тіла підвищилася до  $38,0^\circ\text{C}$ , кашель став



Рис. 5. ОРГК пацієнтки В. до лікування (бокова проекція)



Рис. 6. ОРГК пацієнтки В. до лікування (пряма проекція)



Рис. 7. ОРГК пацієнтки В. після лікування (бокова проекція)



Рис. 8. ОРГК пацієнтки В. після лікування (пряма проекція)

продуктивним, з виділенням невеликої кількості мокроту жовтого кольору, з'явилася задишка при помірному фізичному навантаженні. 08.09.2017 звернулася за медичною допомогою до пульмонолога.

Анамнез життя: наявність туберкульозу, вірусних гепатитів, цукрового діабету, виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки, травм, оперативних втручань та шкідливих звичок пацієнтка заперече.

Дані фізикального обстеження: загальний стан середнього ступеня тяжкості, свідомість ясна; шкірні покриви бліді, без висипань, видимі слизові

оболонки рожевого кольору, чисті. При аускультатії над легенями вислуховувались жорстке дихання, поодинокі сухі хрипи, крепітація над верхніми відділами правої легені. Тони серця ритмічні, звучні, частота серцевих скорочень – 78 уд/хв, артеріальний тиск – 115/75 мм рт. ст., частота дихання – 25/хв. Живіт при пальпації м'який, безболісний, печінка не виступає з-під краю правої реберної дуги. Набряки відсутні. Фізіологічні випорожнення в межах норми.

Дані лабораторних та інструментальних досліджень. Загальний аналіз крові (08.09.2017): рівень гемоглобіну – 116 г/л, еритроцитів –  $3,6 \times 10^{12}/л$ , лейкоцитів –  $9,1 \times 10^9/л$ ; лейкоцитарна формула: еозинофіли – 1%, паличкоядерні нейтрофіли – 7%, сегментоядерні нейтрофіли – 70%, моноцити – 5%; лімфоцити – 17%; ШОЕ – 28 мм/год. На ОРГК у двох проекціях (08.09.2017; рис. 5, 6) спостерігаються вогнищево-інфільтративні зміни у верхніх відділах правої легені, контури купола діафрагми чіткі, плевральні синуси вільні, тінь серця в межах норми.

На підставі скарг, анамнезу хвороби, фізикальних, лабораторних та рентгенологічних даних пацієнтці було встановлено такий клінічний діагноз: негоспітальна правобічна верхньодольова пневмонія, легкий перебіг, 1 клінічна група, легенева недостатність 0-I ст.

Лікування. Оскільки особливості скарг і анамнезу хворої дозволили припустити мікоплазменну етіологію НП, їй був призначений азитроміцин (Азибіот®) 500 мг 1 раз на добу протягом 3 днів, ацетилцистеїн 200 мг 3 рази на добу.

Динаміка. На фоні лікування в пацієнтки вже на 3-й день зменшилися вираженість загальної слабкості, пітливості, осиплості голосу, болю в м'язах та суглобах, кашлю та задишки. На 4-й день терапії нормалізувалася температура тіла, зникли вищенаведені скарги, спостерігався лише періодичний кашель без виділення мокроту. Загальний аналіз крові (22.09.2017): рівень гемоглобіну – 120 г/л, еритроцитів –  $4,0 \times 10^{12}/л$ , лейкоцитів –  $6,6 \times 10^9/л$ ; лейкоцитарна формула: еозинофіли – 0%, паличкоядерні нейтрофіли – 2%, сегментоядерні нейтрофіли – 71%, моноцити – 4%; лімфоцити – 23%; ШОЕ – 12 мм/год. Контрольне рентгенологічне обстеження органів грудної клітки (22.09.2017; рис. 7, 8): легеневі поля прозорі, без вогнищевих та інфільтративних змін, синуси вільні, тінь серця в межах норми.

Отже, антибактеріальна терапія пацієнтки В. із застосуванням Азибіоту сприяла зникненню клінічних, лабораторних та рентгенологічних ознак НП. Препарати, які були використані під час лікування, не зумовили виникнення побічних ефектів. Зазначений клінічний випадок демонструє високу ефективність та безпечність використання Азибіоту в пацієнтки з НП, що, ймовірно, була викликана атипичним респіраторним патогеном.

Азитроміцин (Азибіот®) поєднує повний спектр переваг сучасних макролідів, включаючи високу ефективність щодо інфекцій органів дихання, викликаних атипичною мікрофлорою. При цьому препарат зручний у використанні, має високий профіль безпеки і характеризується низькою частотою розвитку медикаментозної алергії та інших побічних ефектів.