

Ефективність азитроміцину при вирішенні діагностичних питань на амбулаторному етапі ведення хворих із бронхолегеневою патологією

У сучасній медицині структура захворювань людини представлена величезною кількістю нозологій, проте патологічні стани з боку бронхолегеневої системи продовжують утримувати ключову позицію. За даними статистики, найпоширенішими в світі є захворювання органів дихання (44,3%), від звичайних застуд до запалення легенів і туберкульозу (ТБ) [2, 17]. У структурі поширеності захворювань серед української популяції хвороби органів дихання посіли 2-ге місце (19,8%) після хвороб системи кровообігу (31,0%). Прикро, що динаміка показників щодо поширеності та захворюваності на хвороби органів дихання із року в рік майже не змінюється.



Н.А. Гріцова

Останніми роками в Україні офіційно започатковано процес стандартизації медичної допомоги, в основі якого лежить створення медико-технологічних документів (МТД), що базуються на засадах доказової медицини з урахуванням найкращих світових практик [18]. Виконання вимог МТД є обов'язковим для усіх практикуючих лікарів незалежно від закладу, в якому вони працюють. Для надання населенню якісної, доступної, високо-ефективної, безперервної та своєчасної медичної допомоги створено Центри первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) [13, 14].

Отже, фахівець загальної практики – сімейної медицини є лікарем первинного контакту пацієнта, що звернувся зі скаргами з боку бронхолегеневої системи. Первинна медична допомога, яка надається амбулаторно, передбачає, крім іншого, надання консультації; діагностику й лікування хвороб органів дихання; направлення, відповідно до медичних показань, пацієнта, який не потребує екстреної медичної допомоги, до профільних фахівців для надання йому спеціалізованої медичної допомоги [13, 15]. Найскладнішим із цього є вміння правильно і вчасно забезпечити маршрут хворому, чий клінічний стан вимагає розв'язання диференціально-діагностичних питань, зокрема коли йдеться про диференціальну діагностику між різними патологічними процесами дихальних шляхів (ДШ).

У середньому 35% дорослих пацієнтів звертаються до лікарів первинної ланки зі скаргами на кашель, а серед дітей це кожен 5-й пацієнт [5, 14]. Майже у всіх цих пацієнтів (передусім у період росту рівня захворюваності на гострі респіраторні інфекції) наявні й інші симптоми ураження дихальної системи, а у 1/3 таких хворих фіксується інфекційний характер патології нижніх ДШ [7]. Виявлені у хворих під час амбулаторного клініко-рентгенологічного дообстеження зміни в легеневій тканині нерідко потребують проведення диференціальної діагностики характеру патологічного процесу, і найчастіше – між негоспітальною пневмонією (НП) і ТБ, що в умовах української складної епідеміологічної ситуації щодо останнього набуває неабиякої актуальності. До того ж протягом останніх 10 років ми спостерігаємо постійне зростання кількості випадків нетипових, з ускладненим перебігом, захворювань дихальної системи [4]. Дуже часто виявлення збудника захворювання з різних причин є утрудненим, що обмежує можливість правильного лікування і профілактики цих захворювань. Відбувся патоморфоз не лише патологічних

станів, а й імунної відповіді організму людини на різні патологічні процеси, що призвело до непередбачуваних, дуже часто нетипових, реакцій.

Ця стаття має привернути увагу лікарів ЦПМСД до алгоритмів, які допоможуть знайти правильне рішення в складному клінічному випадку диференціальної діагностики НП і специфічного запального процесу легень, показавши роль і місце препарату азитроміцину на амбулаторному етапі ведення таких хворих.

Сьогодні, у процесі спілкування з пацієнтами, що звернулися в лікарню з приводу бронхолегеневих патологічних проявів, передусім із наявним інтоксикаційним синдромом і рентгенологічними змінами у легенях, лікарю загальної практики – сімейної медицини доводиться забезпечувати хворому подальший маршрут. Отже, перший крок на цьому шляху – це диференціальна діагностика. Якщо йдеться про запальний процес у легенях із наявністю вогнищевих, інфільтративних змін, дисемінації, деструкції, рідини в плевральній порожнині, патології коренів легенів тощо, у будь-якому разі лікар мусить подумати про патологічні процеси, як-от: інфекційно-запальні (бактеріальні, вірусні, грибкові) пневмонії; ТБ у всьому різноманітті його клініко-рентгенологічних проявів; еозинофільна пневмонія; злоякісні новоутворення; інфаркт-пневмонія (або тромбоемболія легеневої артерії); колагенози; пневмоконіози; саркоїдоз тощо. Всі ці захворювання різняться за перебігом, анамнезом, клінічними проявами, фізикальними даними, лабораторними показниками і рентгенологічною картиною, але в умовах патоморфозу дуже часто мають багато спільних проявів.

Проте найчастіше, особливо на початку діагностичного пошуку, сімейний лікар стикається з необхідністю визначити, з чим саме він має справу: НП, бронхітом (гострим або загостренням хронічної бронхолегеневої патології) чи ТБ легенів. Для здійснення диференціальної діагностики потрібна додаткова інформація, яка потім використовується не лише для підтвердження або виключення туберкульозної етіології процесу, але й для діагностики альтернативного захворювання.

Отже, дозволимо собі нагадати діагностичні критерії пневмонії та порівняти їх із такими у разі ТБ легенів.

Золотим стандартом під час встановлення діагнозу пневмонії є наявність наступних ознак [3, 7, 11]:

- гострий початок захворювання з лихоманкою (температура тіла $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$, майже одна й та сама протягом доби), в анамнезі можливе респіраторне захворювання;

- поява кашлю з харкотинням, часто гнійного характеру;

- частіше переважання бронхопульмонального синдрому над інтоксикаційним;

- вкорочення перкуторного звуку й поява аускультативних ознак пневмонії над ураженою ділянкою легені (множинні різнокаліберні хрипи та/або крепітація на тлі ослабленого дихання);

- лейкоцитоз часто $\geq 15 \times 10^9/\text{л}$ або (рідше) лейкопенія з нейтрофільним зсувом;

- виявлення під час рентгенологічного дослідження інфільтрату або вогнища в легенях, яких раніше не було (запальні зміни візуалізуються переважно в нижніх та середніх відділах легенів, при цьому вогнища відсутні на верхівках), частіше гомогенної структури, малої або середньої інтенсивності з розмитими контурами;

- фібробронхоскопія зазвичай виявляє поширений дифузний ендобронхіт (гіперемія, набряк слизової оболонки).

Протизапальна терапія із застосуванням нетуберкулозостатичних антибіотиків (АБ) широкої дії (за умови їх правильного вибору) призводить до швидкого поліпшення загального стану пацієнтів і розсмоктування запалень у легенях.

Треба зауважити, що все частіше у разі патоморфозу інфекцій ДШ діагностичні ознаки пневмонії далеко не повністю відповідають наведеним діагностичним критеріям. Що ж до ТБ, лікар має добре усвідомлювати, у котрого з хворих дійсно є характерні прояви цього захворювання. Отже, пацієнт із підозрою на ТБ – це будь-яка особа із симптомокомплексом, що потребує обов'язкового обстеження на наявність ТБ [1, 9].

Симптомокомплекс (табл.) не є патогномонічним для ТБ, тому таким пацієнтам призначають дообстеження із застосуванням певних діагностичних алгоритмів, що й дозволяє підтвердити або скасувати діагноз. Ось що мусить зробити лікар первинної ланки, який стикнувся з таким клінічним випадком:

- зібрати ретельний анамнез захворювання (спрямований передусім на виявлення факторів ризику ТБ, оцінку характеру початку і динаміки симптомів хвороби);

- здійснити об'єктивне дослідження;

- переконавшись, що у пацієнта дійсно виділяється харкотиння, та якщо зберігається підозра на ТБ, призначити мікроскопію мазка за Цілем-Нільсеном на наявність кислото-стійких бактерій (КСБ).

Базові діагностичні критерії ТБ легенів, які мають бути враховані лікарем первинної ланки:

- контакт із хворим на ТБ, насамперед із бактеріовиділювачем, інші фактори ризику захворювання на ТБ (позитивний ВІЛ (вірус імунодефіциту людини) статус, цукровий діабет, прийом препаратів, що пригнічують імунітет);

- частіше, навіть у разі гострого початку захворювання, спостерігається поступове наростання клінічної симптоматики;

- непостійний характер температурної реакції, яку хворий добре переносить;

- інтоксикаційний синдром невиражений у порівнянні з таким самим об'ємом ураження легеневої тканини іншої етіології, але інтоксикація переважає над проявами бронхолегеневого синдрому;

- мізерна фізикальна симптоматика, що не відповідає значним легеновим рентгенологічним змінам;

- динаміка кашлю від сухого до виділення харкотиння, переважно слизового характеру;

- лейкоцитоз часто $\leq 15 \times 10^9/\text{л}$, лімфопенія, анемія, моноцитоз, прискорена швидкість осідання еритроцитів у межах до 35 мм/год, КСБ у мокротинні методом мікроскопії мазка та/або за результатами молекулярно-генетичного дослідження;

- локалізація процесу переважно в сегментах S 1, 2, 6, з деструкцією та засівами, залишкові зміни внаслідок раніше перенесеного туберкульозного процесу;

- ізольований плеврит, передусім у молодому віці;

- відсутність відповіді (або слабка відповідь) на тест-терапію антибактеріальними препаратами (АБП) широкої дії.

Пряму мікроскопію мазка харкотиння необхідно проводити у всіх пацієнтів із підозрою (навіть найменшою) на ТБ у всіх випадках його виділення незалежно від характеру скарг, діагнозу – встановленого / не встановленого, результатів клінічного дослідження харкотиння (макро- і мікроскопічного)

Таблиця. Симптомокомплекс	
Бронхолегеневий синдром	Інтоксикаційний синдром
Кашель сухий або з виділенням харкотиння, що триває ≥ 2 тиж	Субфебрильна/фебрильна температура тіла
Біль у грудях, що пов'язаний із диханням	Схуднення, відсутність апетиту, відчуття нездужання, слабкість, зниження працездатності
Кровохаркання, легенева кровотеча	Підвищене потіння уночі, ближче до ранку

[9,14]. Подальший маршрут пацієнта залежатиме від результату мікроскопії мазка на КСБ (рис. 1). У разі отримання позитивного першого зразку треба негайно забезпечити пацієнту консультацію фтизіатра, поготів за наявності рентгенологічних змін у легенях будь-якого (!) характеру, навіть ще до рентгенологічного дослідження органів грудної клітки (ОГК). Останнє, згідно з вимогами з інфекційного контролю ТБ інфекції (йдеться про зниження ймовірності передачі мікобактерій ТБ здоровим людям) [10], здійснюватиметься в умовах протитуберкульозного закладу.

Після отримання першого негативного результату мікроскопії мазка харкотиння на КСБ треба вдруге призначити мікроскопію, а крім того, оглядову рентгенографію ОГК у прямій та бічній проекціях; у подальшому дотримуватися такої тактики дії щодо забезпечення маршруту пацієнта **з підозрою на ТБ** (слід звернути увагу на те, що йдеться про диференціальну-діагностичні клінічні випадки, коли наявні клініко-рентгенологічні ознаки і специфічного, і неспецифічного запального процесу):

- якщо КСБ не виявлені в жодному з двох досліджуваних мазків харкотиння, а рентгенологічно визначаються інфільтративні або вогнищеві зміни в легенях, проводиться тест-терапія АБ широкого спектру дії тривалістю 2 тиж, крім ВІЛ-позитивних пацієнтів, яких спочатку має оглянути фтизіатр. При цьому не можна застосовувати препарати з туберкулостатичними властивостями (стрептоміцин, канаміцин, амікацин, капреоміцин, рифампіцин, мікобутин, фторхінолони II-IV поколінь, лінезолід);
- після закінчення двотижневої тест-терапії необхідно здійснити рентгенологічний контроль динаміки процесу (краще, щоб це дослідження було б таким самим, як спочатку);

У разі відсутності рентгенологічного ефекту від проведеної терапії за допомогою АБП широкої дії пацієнт

має бути негайно направлений для додаткового обстеження в протитуберкульозну установу.

- якщо КСБ не виявлені в жодному з двох досліджуваних мазків харкотиння, але рентгенологічно в легенях визначаються дисемінація, кулястий утвір, порожнина, збільшення внутрішньогрудних лімфатичних вузлів, ознаки рідини в плевральній порожнині (насамперед однобічно), пацієнта якомога раніше треба направити в протитуберкульозну установу для подальшого обстеження, яке включає розширену лабораторну, інструментальну діагностику для морфологічної, цитологічної і мікробіологічної верифікації діагнозу. Ця тактика має на меті не пропустити, найперше, злоякісну патологію, вчасно виключити або підтвердити діагноз ТБ і забезпечити пацієнту найефективніший подальший маршрут.

Отже, необхідність у продовженні диференціальної діагностики виникає тоді, коли:

- КСБ і/або мікобактерії ТБ не виявлені жодним із доступних лабораторних методів і відсутнє гістологічне чи морфологічне підтвердження ТБ (зокрема, при деструктивних, дисемінованих процесах, кулястих утворах в легенях і патології коренів);
 - є атипові прояви захворювання;
 - відсутня адекватна відповідь на лікування АБП широкого спектру дії.
- Перелік обстежень, які застосовують для діагностики ТБ легень у закладах ПМСД (обов'язковий діагностичний мінімум):
- збір скарг і анамнезу, у тому числі анкетування хворих;
 - фізикальне обстеження;
 - клінічний аналіз крові;
 - дворазове дослідження харкотиння методом мікроскопії мазка за Цілем-Нільсеном;
 - оглядова і бічна рентгенографія ОГК;
 - комп'ютерна томографія (КТ) уражених частин легень (за наявності показань до її проведення та можливості);

- консультування і тестування на ВІЛ.

У разі специфічного характеру запальних змін у легенях та/або бронхах важливе діагностичне значення має відсутність клініко-рентгенологічної динаміки (насамперед — рентгенологічної) після ініціальної неспецифічної антибактеріальної терапії (АБТ) [3]. Які ж із них доцільно застосовувати під час проведення тест-терапії? Передусім потрібно врахувати, до якої з 4 груп хворих на НП може бути віднесено пацієнта, який потребує проведення диференціальної діагностики за допомогою т. зв. пробного лікування (зазначу, що цю тактику можна вважати доцільною, тому що особливістю туберкульозного процесу є поєднання специфічного і неспецифічного компонентів запалення в зоні ураження). Пацієнти 1-ї та 2-ї груп лікуються переважно в амбулаторних умовах, 3-ї та 4-ї — у стаціонарі, залежно від тяжкості захворювання, супутньої патології тощо. У кожній групі хворих на НП представлені найбільш вірогідний спектр бактеріальних збудників і перелік АБП [7, 11]. Оскільки наше завдання полягало в тому, щоби саме на рівні первинної медичної ланки вивчити всі можливості забезпечення якісного медичного допомогою таких пацієнтів, нас цікавили саме 1-ша та 2-га групи хворих на НП.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, початок XXI століття ознаменувався безпрецедентним зростанням поширеності захворювань інфекційної патології у всьому світі. Це спричинено як поверненням вже нібито давно подоланих інфекцій, так і появою нових атипових збудників,

а також — катастрофічними темпами зростання антибіотикорезистентності [8, 18]. Отже, від правильності вибору стартової АБТ залежать ефективність, інформативність і тривалість диференціально-діагностичного пошуку, який здійснює лікар первинної ланки. Сьогодні в медицині більшості країн світу рекомендаціями з ведення хворих на НП визнані документи Американського товариства інфекційних захворювань (IDSA, США) і Американського торакального товариства. Відповідно до положень зазначених документів адекватна АБТ НП має бути ефективною як проти *Streptococcus pneumoniae*, так і проти атипової флори, поширеність якої останніми роками значно збільшилася (S.L. Baer, 2017). Після вивчення рекомендацій IDSA (L.A. Mandell et al., 2007) можна свідчити, що пацієнтам з НП, які перебувають на амбулаторному лікуванні, можуть бути показані АБ групи макролідів або доксициклінів [8]. Заслужовує на увагу факт, що саме макроліди є в кожній без винятку комбінації АБТ НП у хворих різних її груп і за наявності коморбідних станів і ситуацій.

Тому для вивчення ефективності АБТ широкого спектру дії у розв'язанні діагностичних питань на амбулаторному етапі ведення хворих із бронхолегеневою диференціально-діагностичною патологією ми обрали АБ із групи макролідів, а саме — азитроміцин, препарат Зиромин (компанія World Medicine), форма випуску — таблетки, вкриті оболонкою, в блістерах № 3, кожна

Продовження на стор. 34.

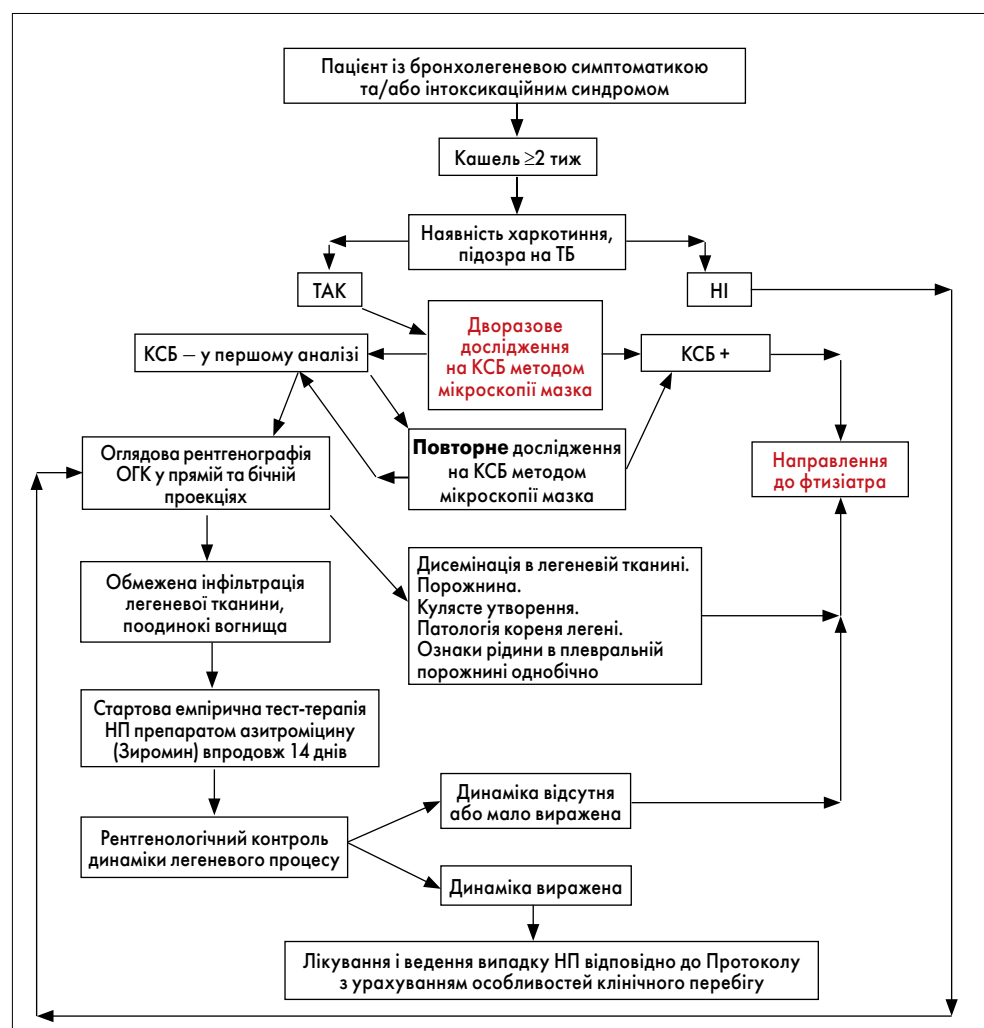


Рис. 1. Алгоритм дії лікаря первинної ланки щодо забезпечення маршруту пацієнта у процесі диференціальної діагностики характеру змін в легенях

Зиромин¹

МАКРОЛІДНИЙ АНТИБІОТИК
ШИРОКОГО СПЕКТРУ ДІЇ^{1,2}

500 мг



Азитроміцин



- Зручний курс лікування^{1,2}
- Широкий спектр антибактеріальної дії, що охоплює типові й атипові респіраторні патогени, у тому числі внутрішньоклітинні³

¹ Дзюбик А.Я. Азитроміцин – 20-літній опыт клинического применения при инфекциях нижних дыхательных путей // Терапия. Украинский медицинский вестник. – 2008. – №12(32).

² Інструкція для медичного застосування препарату Зиромин.

³ Гріцова Н.А. Ефективність азитроміцину при вирішенні діагностичних питань на амбулаторному етапі ведення хворих із бронхолегеневою патологією. // Здоров'я України, тематичний номер. – 2018.

ЗИРОМИН. Склад: 1 таблетка містить азитроміцину 500 мг. **Лікарська форма.** Таблетки, вкриті плівковою оболонкою. **Фармакотерапевтична група.** Протимікробні засоби для системного застосування. Макроліди, лінозаміди та стрептограміни. Код АТС J01F A10. **Показання.** Інфекції, спричинені мікроорганізмами, чутливими до азитроміцину: інфекції верхніх відділів дихальних шляхів та ЛОР-органів (гострий фарингіт і тонзиліт, гострий середній отит, синусит); інфекції нижніх відділів дихальних шляхів (загострення хронічного бронхіту, бактеріальний та атиповий пневмонії); інфекції шкіри та м'яких тканин: мігруюча еритема (початкова стадія хвороби Лайма); бешкет, імпетиго, вторинні подерматози. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до діючої речовини, до будь-якого іншого компонента препарату або до інших макролідних антибіотиків; тяжкі порушення функції печінки та нирок; через теоретичну можливість ерготизму препарат не слід призначати одночасно з похідними ріжків. **Побічні реакції.** Зиромин добре переноситься з низькою частотою побічних дій. З боку травного тракту: часто – нудота, блювання, діарея, неприємні відчуття в животі (біль/спазми). **Категорія відпуску.** За рецептом. **Виробники.** Біофарма Ілч Сан. ве ТДЖ. А.Ш., Туреччина. УОРЛД МЕДИЦИН ІЛЧАН. ВЕ ТДЖ. А.Ш., Туреччина. РТ № UA/12748/01/01.

Інформація надана скорочено. З повною інформацією про препарат можна ознайомитися в інструкції для медичного застосування препарату. Інформація для медичних та фармацевтичних працівників, а також для розповсюдження в рамках спеціалізованих заходів з медичної тематики. Інформація про рецептурний лікарський засіб для професійної діяльності спеціалістів у галузі охорони здоров'я.



WORLD MEDICINE
Pharmaceutical Company

Тел.: (044) 495 25 30 • e-mail: info@worldmedicine.ua

www.worldmedicine.ua

Н.А. Гріцова, к.мед.н., доцент кафедри фізйотрії і пульмонології Інституту сімейної медицини Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ

Ефективність азитроміцину при вирішенні діагностичних питань на амбулаторному етапі ведення хворих із бронхолегеневою патологією

Продовження. Початок на стор. 33.

таблетка містить 500 мг азитроміцину. Азитроміцин вважається одним із найефективніших АБ для лікування інфекцій верхніх і нижніх ДШ, оскільки виявив високу активність щодо найбільш імовірних бактеріальних збудників респіраторних інфекцій, зокрема:

- грампозитивні (*Streptococcus pneumoniae*, *Str. pyogenes*, *Str. agalactiae*, *Str. viridans*, стрептококи груп C, F, G, *Staph. aureus* и *Staph. epidermidis*, *Corynebacterium diphtheriae*); грамнегативні (*Haemophilus influenzae*, *H. parainfluenzae*, *H. iducreyi*, *Moraxella catarrhalis*, *Bordetella pertussis* i *parapertussis*, *Neisseria gonorrhoeae* i *meningitidis*, *Brucella melitensis*, *Helicobacter pylori*, *Gardnerella vaginalis*);

- анаеробних — *Clostridium spp.*, *Peptostreptococcus spp.* i *Peptococcus spp.*;

- внутрішньоклітинних та ін. — *Legionella pneumophila*, *Chlamydia trachomatis* i *Chl. pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Mycobacterium hominis-avium*, *Ureaplasma urealyticum*, *Lysteria monocytogenes*, *Treponema pallidum*, *Borrelia burgdorferi*, *Toxoplasma gondii*.

За своїми характеристиками азитроміцин належить до тканинних АБ. Особливістю фармакокінетики препарату (як і більшості макролідів) є його здатність накопичуватись у найвищій концентрації саме у вогнищі інфекції, а не у плазмі крові — дуже цінна властивість, насамперед в умовах розв'язання диференціально-діагностичних клінічних питань [6-8, 12]. Відмітною особливістю азитроміцину від інших макролідів є не тільки його бактеріостатичні, а й бактерицидні властивості, він має протизапальний та імуномодуючий ефект. Бактерицидна дія досягається, як вже було

зазначено, завдяки здатності азитроміцину створювати дуже великі внутрішньоклітинні концентрації, згубні для багатьох патогенів, що містяться всередині клітин [6, 7]. Азитроміцин виявляє також постантибіотичний ефект і ефект постантибіотичної субмінімальної переважної концентрації проти таких мікроорганізмів, як *Str. pyogenes*, *Str. pneumoniae*, *H. influenzae*, *L. pneumophila*. Азитроміцин — єдиний макролід із природною активністю щодо *H. influenzae*, а за тривалістю постантибіотичного ефекту в разі інфекцій, викликаних *H. influenzae* i *L. pneumophila*, він перевершує кларитроміцин [7]. Дорослим пацієнтам рекомендовано прийом препарату в дозі 500 мг 1 р/добу — це дуже зручно, у разі якщо хворий перебуває на амбулаторному лікуванні. Також препарат має найвищу серед макролідів активність щодо *Mycoplasma pneumoniae*. Азитроміцин характеризується сприятливим профілем безпеки, до того ж він нетоксичний. Усі зазначені властивості препарату зумовили наш вибір на його користь саме для тих ситуацій, коли необхідно якнайшвидше та найефективніше розв'язати питання диференціальної діагностики НП і ТБ.

Протягом останніх двох років ми спостерігали за 97 пацієнтами віком 23-58 років із нетиповим для класичних клініко-рентгенологічних проявів НП і ТБ запальним процесом у легенях, із легким перебігом. Усім пацієнтам було показано проведення диференціальної діагностики, оскільки в них спостерігалися ознаки, характерні як для НП, так і для ТБ легенів. Усі хворі підпадали під критерій «пацієнт із підозрою на ТБ» (у тому числі через наявність факторів

ризиків щодо останнього), скаржилися на кашель із харкотинням. У жодному випадку при дослідженні харкотиння за методом Ціля-Нільсена КСБ виявлено не було. У 62 (63,9%) хворих у легенях при рентгенологічному дослідженні виявлявся синдром обмеженого затемнення, у трьох процес набув деструктивного характеру, але без засівів, причому в 41 випадку (66,1%) — з локалізацією в нижніх і середніх частках легенів (S 4, 5, 8, 10) на тлі слабковиражених клініко-лабораторних показників і анамнестично поступового приєднання симптоматики; у 19 (46,3%) з цих пацієнтів рентгенологічно визначалися вогнища навколо інфільтративно зміненої легеневої тканини без деструкції. У 21 (33,9%) пацієнта синдром обмеженого затемнення виявлявся у верхніх частках правої або лівої легені (S 1, 2, 3), причому захворювання характеризувалося гострим перебігом із незначущим інтоксикаційним і бронхолегеневим синдромом; у 8 (38,0%) з них були клінічні ознаки гострої респіраторної інфекції тривалістю в середньому до 1 тижня. Решта 35 (36,1%) хворих мали вогнищеві (у S 6 — 4 пацієнти, S 2 — 8 пацієнтів, S 7, 10 — 6 хворих із майже безсимптомним перебігом) та дисемінованого характеру зміни в легенях (n=17), одно- та двобічні. Один пацієнт (з обмеженим дисемінованим процесом у легенях, невеликою двобічною ексудацією в плевральну порожнину, середньої вираженості інтоксикаційним і вираженим бронхолегеневим синдромом) лікувався амбулаторно через особисті обставини, його клінічний стан дозволяв призначити такий режим терапії.

Усі хворі розпочали амбулаторне лікування препаратом Зиромин (азитроміцин) у дозі 500 мг 1 р/добу протягом 14 днів на тлі патогенетичної та симптоматичної терапії відповідно до вимог Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Туберкульоз» [9]. З огляду на те що короткі курси (3-5 днів) АБТ можуть бути недостатньо ефективними в різних групах пацієнтів, які мають різний коморбідний статус, тим більше за наявності невизначеного інфекційного збудника [11], рекомендовано 2-тижневий курс лікування із наступним рентгенологічним контролем динаміки процесу.

За результатами двотижневого лікування препаратом Зиромин (азитроміцин) 16 хворих через відсутність позитивної рентгенологічної динаміки було направлено до протитуберкульозного диспансеру за місцем проживання, де їм було встановлено діагноз ТБ легенів і розпочато відповідне лікування. 7 пацієнтів після консультації лікаря-фтизіатра і дообстеження отримали направлення до лікаря-онколога, решта (n=74) продовжили лікування з приводу НП відповідно до Протоколу. У пацієнтів із діагнозом НП через 2 тиж прийому азитроміцину спостерігалася

виражена позитивна клініко-рентгенологічна динаміка у вигляді повного або часткового розсмоктування інфільтративно-вогнищевих змін у легенях, у хворого з деструктивною верхньочастковою пневмонією правої легені порожнина зменшилася удвічі. Отже, 52 (70,3%) пацієнти через 2 тиж терапії азитроміцином вже не потребували призначення АБТ, а 22 (29,7%) хворих продовжили лікуватися із застосуванням АБ інших груп.

На рисунках 2 і 3, на яких представлено оглядові рентгенограми та КТ ОГК, продемонстровано два випадки (серед решти) НП, щодо яких на первинній ланці проводилася диференціальна діагностика з туберкульозним процесом за допомогою тест-терапії препаратом Зиромин. У хворих спостерігалися нетиповий, як для НП із таким масивним ураженням легеневої тканини, клінічний перебіг і локалізація процесу. Уражена верхня частка правої легені пацієнта М. (рис. 3) із масивним деструктивним лобітом (без засівів) і гострим початком захворювання з переважанням бронхолегеневої симптоматики над інтоксикаційним синдромом, відсутність КСБ в двох мазках харкотиння стали підставою для призначення тест-терапії. Результат, представлений на контрольній рентгенограмі ОГК, — повне розсмоктування інфільтрації та рубцювання деструкції.

Отже, у разі коли сімейний лікар мусить призначити емпіричну АБТ (відсутність достатньо ефективних методів етіологічної експрес-діагностики), застосування препарату Зиромин (компанії World Medicine) — як монотерапія в процесі диференціальної діагностики НП і специфічного запального процесу — є доречним, ефективним і тактично обґрунтованим лікарським засобом, призначеним для розв'язання складних клінічних ситуацій у нетяжких амбулаторних хворих. Це можна пояснити такими особливостями і безумовними перевагами азитроміцину, як:

- широкий спектр впливу, що охоплює типові й атипові респіраторні патогени, у тому числі внутрішньоклітинні. На відміну від інших макролідів він активний проти *H. influenzae*, зокрема штамів, які продукують β-лактамази, має найвищу в групі активність щодо *M. pneumoniae*;**

- високий профіль безпеки. Це дуже важливо, якщо хворий лікується амбулаторно, оскільки в цих умовах обмежені можливості контролю з боку медичного працівника;**

- режим прийому 1 раз на добу. Це набагато зменшує ймовірність порушення режиму пацієнтом і запобігає формуванню або розширенню спектру антибіотикорезистентності як у конкретного пацієнта, так і в популяції в цілому;**

- високий профіль ефективності завдяки не тільки широкому спектру антибактеріальної дії, а й особливостям фармакокінетики цього препарату (найвищі концентрації утворюються саме у вогнищі інфекції, а не в плазмі крові), що дозволяє лікарю первинної ланки якнайшвидше зробити правильні діагностичні й тактичні висновки щодо забезпечення подальшого маршруту хворого.**

Список літератури знаходиться в редакції.

УДК 616.233/24-002-002.5-085.33-079.4-08-039.57:362.121

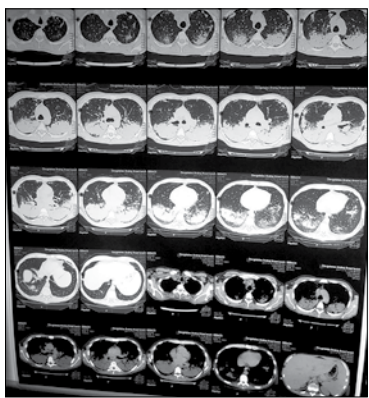


Рис. 2. Рентгенограма ОГК та КТ ОГК, пацієнт В. Негоспітальна двобічна полісегментарна пневмонія, ускладнена ексудативним плевритом

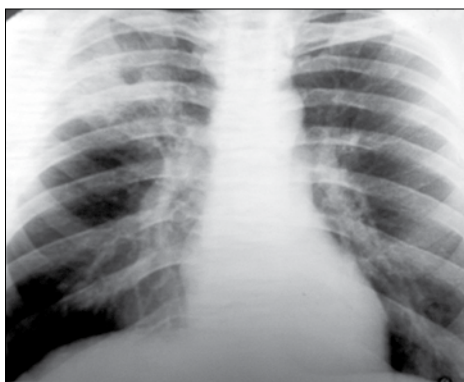
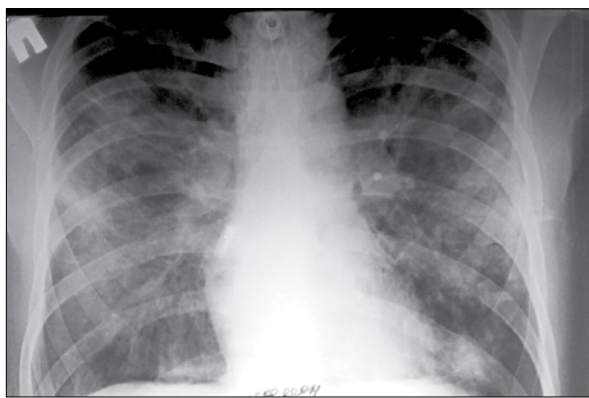


Рис. 3. Рентгенограма ОГК, пацієнт М. Негоспітальна верхньочасткова правобічна пневмонія на початку і через 3 тиж лікування