© Ребенок Ж.О., 2008
УДК 616.9-085.281

Ж.О. Ребенок

ОСОБЛИВОСТІЕТІОТРОПНОЇТЕРАПІЇІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ*

Мінськ, Білорусь

Розкрито основні принципи антибіотикотерапії. Наведено конкретні схеми лікування (як етіотропного, так і патогенетичного) деяких інфекційних захворювань.

Ключові слова: *інфекційні хвороби, етіотропне лікування, патогенетичне лікування.*

У клінічній інфектології основним видом лікування – лікувальним базисом – є етіотропна терапія, тому що вона спрямована проти збудників усіх інфекційних захворювань без винятку. Але етіотропна терапія – складний і небезпечний процес. Щоб уникнути можливих ускладнень, етіотропну терапію необхідно здійснювати з належною обізнаністю й обачністю.

Так, оскільки антибіотики є засобами міжвидової боротьби бактерій, то не слід випустити з уваги, що бактерії завжди чинитимуть активний опір дії антибіотиків, що неминуче погіршує результат лікування [1-3].

Терапевтична дія антибіотиків істотно відрізняється від лікувальної дії всіх інших лікарських засобів, дія яких патогенетична: зменшення болю, зниження алергізації, зменшення набряку, зниження/підвищення артеріального тиску (АТ), тахікардія/брадикардія і т.п. Антибіотики ж можуть тільки пригнічувати розмноження бактерій, ліквідувати вогнище інфекції і тим самим послабити або вилікувати інфекційне захворювання. Терапевтична дія антибіотиків за своєю суттю є вторинною. Звідси відмінності у способах дозування. Терапевтично ефективні дози лікарських речовин можуть бути (у фармакопейних межах) скільки завгодно великими, малими або мінімальними і застосовуватися короткочасно, тривало або довічно. Тоді як ефективні дози антибіотиків повинні бути або середніми, або високими, щоб забезпечити надійне пригнічення вогнища збудників. Вони застосовуються курсами в межах 1-2 тижнів, і не призначаються тривало, а, тим більше, довічно [2, 3].

Тактика антибіотикотерапії

Початковим етапом антибіотикотерапії повинна бути чітка постановка клінічного завдання, для вирішення якого підбирається адекватний антибіотик. Якщо клінічне завдання суворо не визначене, антибіотикотерапія втрачає професійну обґрунтованість і стає емпіричною і від цього менш активною й ефективною. Лікувальний ефект може бути посилений поєднанням однакових за типом дії, але різних за механізмом дії антибіотиків (не більше двох при гострих інфекціях). Для *стартової* (початкової) антибіотикотерапії гострих інфекцій не повинні використовуватися антибіотики резерву (карбапенеми і цефалоспорини IV генерації).

«*Ступінчаста»* антибіотикотерапія, або терапія «перемикання»: після 2-4 днів успішного парентерального використання переходять на пероральне лікування тим же або подібним антибіотиком. Таким чином, поєднується належний терапевтичний результат із зручністю вживання за рахунок перемикання на пероральний спосіб введення антибіотика.

«*Деескалаційна»,* або «замінна», антибіотикотерапія: емпіричне лікування за допомогою антибіотика широкого спектру дії (або антибіотика резерву) після досягнення первинного позитивного результату або після виявлення збудника з уточненням його антибіотикочутливості і резистентності замінюється без втрати якості менш активним, можливо, бактеріостатичним антибіотиком спрямованої дії. Лікування починається як недиференційована антибіотикотерапія максимальної активності, а закінчується як диференційована антибіотикотерапія меншої активності, але достатньої ефективності, що знижує вартість лікування і позначається ефектним терміном «деескалація».

Терапевтична користь від вживання антибіотиків повинна розраховуватися так, щоб явно перевищувати неминучу шкоду, пов'язану з їх ток-

* – Початок. Продовження – у наступному номері.

сичністю, алергізацією, розвитком дисбактеріозу і селекцією антибіотикорезистентних штамів бактерій. Тому в сумнівних випадках від використання антибіотика краще стриматися. «Якщо антибіотик не показаний, він – протипоказаний» [1].

Особливе значення в процесі етіотропного лікування має відновлення функцій імунітету, тому що:

а) пригнічення імунної активності – один з регулярних проявів патогенезу інфекційних захворювань;

б) при імунозалежних інфекціях (сепсис, окремі вірусні інфекції) реактивація функцій імунітету є патогенетичним лікуванням;

в) при неімунозалежних вірусних інфекціях стимуляція імунітету спричиняє пригнічення розмноження вірусів, тобто діє як етіотропна терапія.

Оскільки етіотропне лікування здійснюється у внутрішньому середовищі хворого організму, пригнічення збудників необхідно поєднувати із засобами зменшення або усунення небажаних наслідків від використання медикаментозних засобів.

Окремі приклади етіотропної терапії

1. Черевний тиф.

Ампіцилін або *ципрофлоксацин* до нормалізації температури тіла хворого і ще протягом 10 діб при нормальній температурі, що пов'язано з особливістю патогенезу черевного тифу.

2. Сальмонельоз.

Гастроінтестинальна форма. Протягом трьох діб патогенетичне лікування (промивання шлунку, регідратація). Якщо гарячка утримується, призначаються антибіотики як при генералізованій формі – *фторхінолони* до нормалізації температури тіла.

3. Шигельоз (дизентерія).

Фторхінолони протягом 7-10 діб.

4. Псевдотуберкульоз.

Хлорамфенікол (*левоміцетин*) протягом 14 діб. При генералізованій формі *цефалоспорини* II генерації або *фторхінолони* протягом того ж терміну.

5. Єрсиніоз.

Тетрациклін, *левоміцетин* або *стрептоміцин* 7-10 діб. При генералізованому перебігу *цефалоспорини* II генерації або *фторхінолони*.

6. Кампілобактеріоз.

Еритроміцин, гентаміцин протягом 7-10 діб.

При ерозивно-виразковому хронічному гастриті – повторні курси *еритроміцину* або *гентаміцину* в поєднанні з високими дозами *карбеніциліну, амоксициліну,* можливі *аміноглікозиди* I генерації (*канаміцин).*

Доцільний *ронколейкін (ІЛ-2) 0,5 мг (500 000 МО)* per os тричі з інтервалом 5 діб для активації процесів реставрації і регенерації.

7. Харчова токсикоінфекція.

Антибіотики не застосовуються. Лікування синдромальне: промивання шлунку, регідратація.

8. Стрептококова інфекція: ангіна, скарлатина, бешиха.

Бензилпеніцилін протягом 3 діб, на 4-у добу *біцилін-3* (1,2 млн ОД) або *біцилін-5* (1,5 млн ОД). Антибіотикотерапія обов'язкова, у тому числі й при легкому перебігу, тому що основне завдання при лікуванні стрептококової інфекції – ліквідація вогнища інфекції (стрептокока). Небезпечні наслідки гострої стрептококової інфекції пов'язані тільки зі збудником, тоді як ліквідація клінічних симптомів досягається незалежно від використання або невикористання антибіотиків.

9. Туляремія.

Стрептоміцин, гентаміцин протягом 10-14 діб або *левоміцетин* у ті ж терміни.

10. Хламідійна інфекція (орнітоз і хламідіоз):

а) орнітоз – *тетрациклін*, *еритроміцин* 5-10 діб;

б) хламідіоз – *тетрациклін*, *еритроміцин* 7 діб, можливий *ампіцилін* 10 діб.

11. Мікоплазмоз.

Тетрациклін, еритроміцин 10-14 діб.

12. Лептоспіроз.

Бензилпеніцилін в/м 12 млн ОД/добу, при менінгіті – 20 млн ОД/добу, курс протягом 7-10 діб.

При тяжкому перебігу доцільний протилептоспірозний імуноглобулін.

13. Легіонельоз.

Еритроміцин й інші *макроліди,* а також *фторхінолони* протягом 10 діб.

14. Кашлюк і паракашлюк.

Антибіотики ефективні тільки в катаральному періоді.

При розвитку спастичного періоду антибіотики не впливають на перебіг хвороби.

Переважно макролідні антибіотики: *еритроміцин, азитроміцин* протягом 7-10 діб.

15. Менінгококова інфекція.

Препарат вибору – *бензилпеніцилін* 200 тис. ОД/кг/добу протягом 7 діб.

При індивідуальній непереносності до пеніциліну може бути використаний *левоміцетин (хлорамфенікол)* – бактерицидний антибіотик щодо менінгокока. При розвитку найгострішого менінгококового сепсису необхідна протишокова терапія, але з обов'язковим використанням етіотропного лікування (*бензилпеніцилін* або *хлорамфенікол*).

16. Грибкові інфекції (мікози).

Актиномікоз і аспергільоз. Імунозалежні інфекції.

Характерний хронічний або сепсисний (септичний) перебіг. Необхідні високі дози антибіотиків: *бензилпеніцилін* 100 млн ОД/добу, *еритроміцин* 2,0 г на добу до одного місяця, а також *амфотерицин В,* при ретельному нагляді за можливими ускладненнями через високе дозування антибіотиків.

Доцільний *ронколейкін* в/в 0,5 мг (500 000 МО) чи 1,0 мг (1 000 000 МО) в 400 мл розчину 0,9 % натрію хлориду при безперервному введенні протягом 4 год, тричі з інтервалом 5 діб як високоефективний імунореставраційний засіб.

17. Клостридійний псевдомембранозний коліт.

Відміна антибіотиків, якщо захворювання розвинулося у зв'язку з антибіотикотерапією.

Нетяжкий перебіг – *метронідазол* перорально, 0,5 г три рази на добу 10-14 діб.

При тяжкому перебігу – *ванкоміцин* перорально 2,0 г/добу в 3-4 прийоми протягом 10 діб. Доцільний *ронколейкін (ІЛ-2)* перорально 0,5 мг (500 000 МО) тричі, з інтервалом 5-7 діб.

18. Герпетична інфекція.

Імунозалежне інфекційне захворювання, що спричинюється герпетичними вірусами.

Доцільні імуноактивні засоби: ронколейкін (ІЛ-2) 0,5 мг (500 000 МО) або 1,0 мг (1 000 000 МО). Найбільш ефективне в/в введення ронколейкіну в 400 мл фізіологічного розчину натрію хлориду безперервно повільно протягом 4 год, тричі, з інтервалом 5 діб.

Допустиме пероральне використання *ронколейкіну* в ті ж терміни.

Антивірусні протигерпетичні засоби: *ацикловір*, *ганцикловір, пенцикловір, фамцикловір, відарабін, алпізарин, рибавірин, бонафтон* для перорального застосування, *індосуридин, фоскарнет, тромантадин* для місцевого використання (саме кількість яких є показником їх невисокої терапевтичної значущості) застосовуються при виникненні клінічної симптоматики герпетичної інфекції.

19. Сепсис.

Імунозалежна поліетіологічна бактерійно-грибкова інфекція.

Етіотропна терапія: пригнічення збудників і реставрація функцій імунітету.

1. Пригнічення збудників за допомогою гранично інтенсивної антибіотикотерапії:

а) всі антибіотики застосовуються в найвищих фармакопейних дозах;

б) β-лактамні антибіотики – в мегадозах, тобто в дозах, які в 5-10 разів перевищують фармакопейні.

2. Реставрація протективної і репаративної функцій імунітету:

ронколейкін (ІЛ-2) 0,5 мг (500 000 МО) або 1 мг (1 000 000 МО) в 400 мл 0,9 % розчину натрію хлориду в/в краплинно безперервно протягом 4 год, тричі з інтервалом 3 доби.

3. При найгострішому сепсисі або терапевтично задавненому гострому сепсисі з наявністю інфекційно-токсичного шоку, поліорганної недостатності або інших небезпечних для життя ускладнень доцільна інтенсивна терапія (реанімація) з обов'язковим використанням етіотропного лікування. Реанімація здатна покращити стан хворого, але без етіотропного лікування не може врятувати його від сепсису [4, 5].

Література

1. Бочоришвили В.Г, Бочоришвили Т.В., Бохуа А.А. и др. Сепсисология с основами инфекционной патологии / Под ред. В.Г. Бочоришвили. – Тбилиси: Мицниереба, 1988. – 807 с.

2. Руководство по инфекционным болезням / Под ред. Ю.В. Лобзина. – Санкт-Петербург: Фолиант, 2000. – 936 с.

3. Ребенок Ж.А., Андрейчин М.А., Копча В.С. Принципи раціональної антибіотикотерапії. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – 42 с.

4. Ребенок Ж.А. Сепсис: современные проблемы. – Минск: Четыре четверти, 2007. – 280 с.

5. Страчунский Л.С. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии / Под ред. Л.С. Страчунского, Ю.Б. Белоусова, С.Н. Козлова. – Смоленск: МАКМАХ, 2007. – 464 с.

FEATURES кF ETIкTRкPIC THERAPY кF INFECTIкUS KISEASES

Zh.O. Rebenok

SUMMARY. The main principles of antibiotic therapy are shown. The specific schemes of treatment (both etiotropic and pathogenetic) of some infectious diseases are adduced.

Key words: *infectious diseases, etiotropic treatment, pathogenetic treatment.*