

Клинические рекомендации по антибактериальной терапии внебольничных инфекций: на что обратить внимание практическому врачу?

И. В. Ковалёва

Журнал «Лечащий Врач», Москва, Россия, kovalyova_iv@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-0171-4374>

Резюме

Введение. 15 марта 2025 года в рамках Всероссийского образовательного проекта «Клинические рекомендации по антибактериальной терапии внебольничных инфекций: на что обратить внимание практикующем врачу?» в Казани состоялся семинар под аналогичным названием. Мероприятие было посвящено вопросам стратегии и тактики рациональной терапии инфекций верхних и нижних отделов дыхательных путей (отиты, синуситы, фарингиты, внебольничные пневмонии), а также использования пробиотиков в период проведения антибактериальной терапии.

Результаты. На семинаре были представлены доклады члена-корреспондента Российской академии наук, ректора ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет», главного внештатного специалиста Минздрава России по клинической микробиологии и антимикробной резистентности Р. С. Козлова; заместителя директора по научной работе Научно-исследовательского института антимикробной терапии Смоленского университета А. В. Дехнича; профессора кафедры фтизиопульмонологии ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» И. Ю. Визель. Устойчивость к антибиотикам — одна из самых серьезных глобальных угроз здоровью человека, затрудняющая лечение опасных для жизни инфекций. Согласно прогнозу Всемирной организации здравоохранения, к 2050 году уровень антибиотикорезистентности в мире может увеличиться на 17%. Крайне остро эта проблема стоит в городах-миллионниках, что связано с высокой плотностью населения, активными миграционными процессами, ростом прослойки непривитых людей, экологическим неблагополучием, вспышками орнитоза, распространяющегося утками и голубями, популяция которых бесконтрольно растет в мегаполисах, и рядом других факторов. При этом после пандемии COVID-19 ситуация с устойчивостью к антибиотикам во всем мире лишь усугубилась.

Заключение. В условиях возрастающей антибиотикорезистентности населения городов-миллионников, усилившейся после пандемии COVID-19, и высокого риска развития атипичных (внутриклеточных) инфекций, практические врачи должны иметь представление о принципах рационального выбора эффективных антибактериальных препаратов. К их числу относится антибиотик из группы макролидов, который блокирует не один-два, а сразу три домена на рибосоме патогена, оказывая бактерицидный эффект (спирамицин). Поскольку этот макролид избежал широкого использования во время пандемии COVID-19, инфекционные возбудители пока еще не выработали широкой устойчивости к нему.

Ключевые слова: клинические рекомендации, антибактериальная терапия, внебольничные инфекции, антибиотикорезистентность, COVID-19, макролиды, спирамицин

Для цитирования: Ковалёва И. В. Клинические рекомендации по антибактериальной терапии внебольничных инфекций: на что обратить внимание практическому врачу? Лечащий Врач. 2025; 5 (29): 59–64. <https://doi.org/10.51793/OS.2025.28.5.010>

Конфликт интересов. Автор статьи подтвердила отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

Clinical recommendations for antibacterial therapy of community-acquired infections: what should a practitioner pay attention to?

Irina V. Kovaleva

The Lechaschy Vrach Journal; Moscow, Russia; kovalyova_iv@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-0171-4374>

Abstract

Background. On March 15, 2025, within the framework of the All-Russian educational project "Clinical recommendations for antibacterial therapy of community-acquired infections: what should a practicing physician pay attention to?" a seminar under the same name was held in Kazan. The event was devoted to the strategy and tactics of rational treatment of upper and lower respiratory tract infections (otitis media, sinusitis, pharyngitis, community-acquired pneumonia), as well as the use of probiotics during antibiotic therapy.

Results. The seminar featured presentations by Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Rector of the Smolensk State Medical University, Chief freelance Specialist of the Ministry of Health of Russia on Clinical Microbiology and antimicrobial Resistance R. S. Kozlov; Vice Director for Scientific Work of the Scientific Research Institute of Antimicrobial Therapy of Smolensk University, Candidate of Medical Sciences A. V. Dehnich; Associate Professor of the Department Phthisiopulmonology of Kazan State Medical University, Doctor of Medical Sciences I. Yu. Wiesel. Antibiotic resistance is one of the most serious global threats to human health, making it difficult to treat life-threatening infections. According to the forecast of the World Health Organization, the level of antibiotic resistance in the world may increase by 17% by 2050. This problem is extremely acute in cities with millions of inhabitants, which is associated with high population density, active migration processes, the growth of a stratum of unvaccinated people, outbreaks of ornithosis spread by pigeons, whose population is growing uncontrollably in megacities. The global situation of antibiotic resistance has only worsened since the COVID-19 pandemic.

Conclusion. The increasing antibiotic resistance inside the population of cities with millions of inhabitants, especially after the COVID-19 pandemic, and the high risk of atypical (intracellular) infections characterized by bilateral damage of the nasopharynx in combination with damage of the lower respiratory tract, therapists should be informed about a rational choice of an effective antibacterial drug from the macrolide group that blocks not one or two, but three domains on the ribosome of the pathogen at once, exerting a triple bactericidal effect (spiramycin). Since this macrolide has avoided widespread use during the COVID-19 pandemic, infectious agents have not yet developed widespread resistance to it.

Keywords: clinical recommendations, antibacterial therapy, community-acquired infections, antibiotic resistance, COVID-19, macrolides, spiramycin

For citation: Kovaleva I. V. Clinical recommendations for antibacterial therapy of community-acquired infections: what should a practitioner pay attention to? Lechaschi Vrach. 2025; 5 (29): 59-64. (In Russ.) <https://doi.org/10.51793/OS.2025.28.5.010>

Conflict of interests. Not declared.

Бесмирная организация здравоохранения (ВОЗ) внесла антибиотикорезистентность (АБР) в список десяти самых серьезных глобальных угроз здоровью человека в связи с тем, что АБР затрудняет лечение опасных для жизни инфекций и повышает связанную с ними летальность [1, 3]. Крайне остро эта проблема стоит в городах-миллионниках, что связано со следующими факторами:

- высокой плотностью населения, облегчающей распространение инфекционных возбудителей, в том числе устойчивых к антибиотикам;
- активными миграционными процессами, что приводит к вспышкам инфекций (в том числе нетипичных для данной местности), завозимых из других регионов страны и мира;
- ростом прослойки непривитых людей;
- экологическим неблагополучием, ослабляющим бронхолегочную систему;
- вспышками атипичной пневмонии, вызванной *Mycoplasma pneumoniae*;
- вспышками орнитоза (возбудитель — *Chlamydophila psittaci*), распространяемого дикими утками и голубями, популяция которых бесконтрольно растет в мегаполисах, а также домашними канарейками, попугайчиками и даже кошками и собаками.

Так, М. С. Шишкина с соавт. (2024) в обзоре эпизоотической ситуации по хламидиозу животных и птиц на территории РФ за 2019-2021 гг. выявили рост распространенности хламидиоза среди домашних животных во всех федеральных округах страны и пришли к выводу, что рядом с человеком рас-

ширяются очаги орнитоза и эпизоонозных хламидийных инфекций [11]. При исследовании 2 750 726 различных биологических и патологических материалов выявлено 11 970 положительных результатов (0,4%) во всех федеральных округах России [11].

Что касается атипичной микоплазменной пневмонии, то сообщения о ее вспышках в течение осенне-зимнего сезона 2024-2025 года приходили из 16 регионов страны от Ленинградской области до Камчатки, включая также Костромскую, Вологодскую, Свердловскую области, Алтайский край, Удмуртию и Республику Коми [12].

Как уже было сказано выше, одной из причин роста резистентности к антибактериальным препаратам (АБП) в мегаполисах является экологическое неблагополучие, в том числе загрязнение воздуха твердыми частицами размером 2,5 мкм, которые могут содержать устойчивые к антибиотикам бактерии, проникающие в респираторный тракт при дыхании, включая возбудителей орнитоза, передающихся воздушно-пылевым путем помимо контактного [2].

По прогнозам ВОЗ, при текущем уровне загрязнения воздуха в городах к 2050 году уровень АБР в мире может увеличиться на 17%. Таковы данные исследования, опубликованного в журнале *The Lancet Planetary Health* в 2024 году [2]. Его авторы также спрогнозировали рост числа преждевременных смертей, вызванных антибиотикорезистентными патогенами. Во избежание подобного развития событий при терапии внебольничных инфекций крайне важен правильный выбор антибиотика.

ПРОБЛЕМА ВЫБОРА АНТИБИОТИКА

В отчете ВОЗ за 2021 год подчеркивается, что возникновению и распространению лекарственной устойчивости способствует глобальный дефицит инновационных антибиотиков [13]. По данным ВОЗ, ни один из 43 антибиотиков, находящихся в настоящее время на стадии клинической разработки, не решает в достаточной степени проблему устойчивости к АБП самых опасных в мире бактерий [13]. «Тот факт, что нам никак не удается разработать, произвести и распространить новые эффективные антибиотики, еще больше усиливает проблему АБР и ставит под угрозу нашу способность успешно лечить бактериальные инфекции», — заявил помощник генерального директора ВОЗ по вопросам АБР, доктор медицины Ханан Балхи. Ведь почти все новые АБП, выпущенные на фармрынок в последние десятилетия, представляют собой разновидности классов антибиотиков, открытых еще до 1980-х годов [13].

Отдельную проблему представляет отсутствие новых антибиотиков именно для амбулаторного звена здравоохранения. Эти АБП обычно назначаются терапевтами или врачами общей практики пациентам эмпирически, без идентификации патогена лабораторными методами. И если антибиотики для использования в стационарах и отделениях интенсивной терапии и реанимации разрабатываются и внедряются в практику, пусть и в небольших количествах, то новых молекул АБП для применения врачами поликлиник за последние два с лишним десятилетия не выводилось на россий-

ский рынок вообще, появлялись одни только дженерики давно уже использующихся молекул. А ведь чем дольше молекула применяется, тем больше времени появляется у патогена на выработку резистентности к ней.

Сегодня как никогда актуален вопрос рационального выбора АБП в условиях скученности населения мегаполисов, где риск инфицирования выше, а селекция резистентных патогенов, особенно вегетирующих внутриклеточно (микоплазмы, хламидии, токсоплазмы), максимальна. В подобной ситуации крайне важно правильно подходить к вопросу выбора эффективного антибиотика. Например, *C. psittaci* (возбудитель орнитоза), по данным эпидемиологической службы РФ, уже использует в качестве резервуара домашних животных (кошек и собак), раздвинув границы привычной ей ниши канареек и попугаев, кстати, тоже домашних в условиях российского климата [11, 12].

Не секрет, что иммунной системе проще найти и обезвредить патогены, обитающие в тканях между клетками (пневмококк, стрептококк и т. д.), чем бороться с инфекцией, которая вегетирует непосредственно в каждой клетке организма. У хламидий, микоплазм и токсоплазм нет собственных митохондрий и других органелл, которые обеспечивают полноценное существование вне эукариотической клетки. При этом иммунная система человека свою собственную, родную клетку не трогает, поскольку не может обнаружить внутри нее «тroyянского коня». Вот почему так трудно лечить внутриклеточные нозологии, подобные хламидиозу, микоплазмозу и токсоплазмозу. А к этой категории относится и целый ряд заболеваний, передающихся половым путем, которые распространяются тем шире, чем крупнее город. Для борьбы с внутриклеточными инфекциями нужны особые антибиотики, способные внедряться в клетку, — макролиды. Макролиды проникают туда, куда не могут попасть другие антибиотики, предназначенные для эрадикации патогена.

Проблема АБР стала еще более актуальной после пандемии новой коронавирусной инфекции (НКИ) COVID-19, во время которой в терапии пациентов широко использовались АБП [4]. При этом еще до начала пандемии НКИ ситуация с АБР вызывала обоснованную тревогу, ведь и тогда каждый второй антибиотик, по данным ВОЗ, назначался необоснованно [1]. Так, например, изучение метагеномики сточных

вод в густонаселенных городах Китая позволило выявить в общей сложности 381 ген устойчивости к антибиотикам с сезонными колебаниями (в среднем $3,27 \times 10^{11}$ и $1,79 \times 10^{12}$ копий/л летом и зимой соответственно) [5].

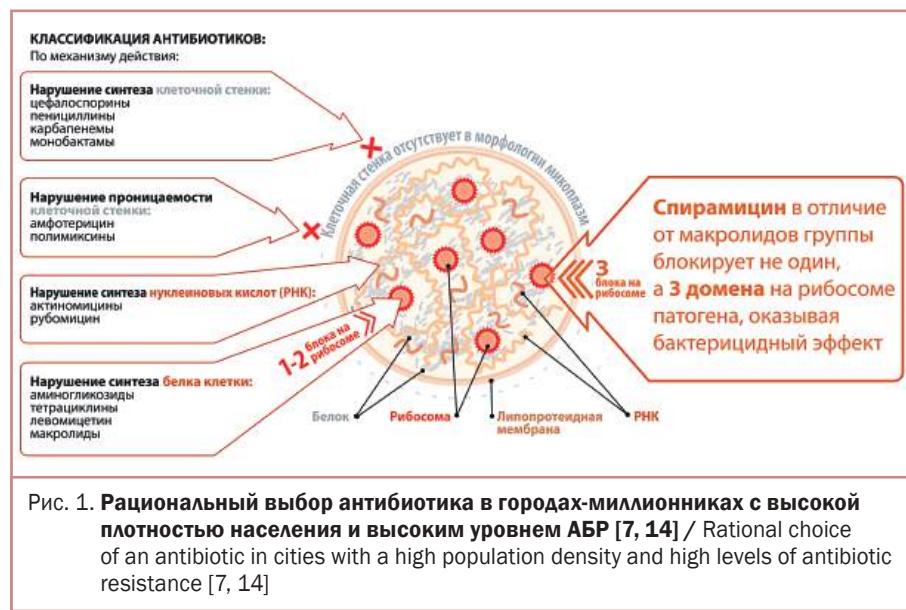
В условиях возрастающей АБР возбудителей инфекций, которые поражают население городов-миллионников, усилившийся после пандемии COVID-19, и высокого риска развития атипичных (внутриклеточных) инфекций, для которых характерно двустороннее поражение ЛОР-органов в сочетании с поражением нижних дыхательных путей, особенно важно, чтобы практические врачи имели представление о принципах рационального выбора эффективных АБП (рис. 1).

ПРЕИМУЩЕСТВА МАКРОЛИДОВ

Для борьбы с внутриклеточными инфекциями нужны АБП из группы макролидов, которые способны проникать за гистогематические барьеры тканей и в каждую клетку организма для эрадикации внутриклеточного прокариота, чтобы и внутри клетки человека, и еще глубже — в клетке прокариота (по принципу «матрешка в матрешке») заблокировать процесс образования белка патогена на его рибосоме, с помощью которого инфекция реализует свою вирулентность. Белки прокариота — это яды, которые он использует для нападения на ткани человека, для прикрепления к ним ему служат реснички, жгутик предназначен для перемещения и занятия новых территорий: пульмонолог видит это как расширяющееся затемнение на рентгеновском снимке легких.

Какой же макролид из 14-, 15-, 16-членных по классификации предпочтеть в подобных условиях? Врачу амбулаторного звена стоит обратить внимание на спирамицин с 16-членным макролактонным кольцом, который широко не использовался в нашей стране, вследствие чего не имеет значимого пула резистентных к нему жителей РФ, а потому при эмпирическом назначении наиболее предпочтителен в качестве антибиотика. Кроме того, спирамицин обладает микробиологическим хамелеонизмом, т. е. повышенной силой проникновения в клетки и ткани по сравнению с другими представителями класса макролидов, а молекулярно более крупное макролактонное 16-членное кольцо не проходит обратно из клетки патогена путем эфлюкс-помпы прокариота в сравнении с более мелкими 14- и 15-членными макролидами, обеспечивая эффективную эрадикацию инфекции.

При этом само блокирование рибосом возбудителя спирамицином по сравнению с азитромицином или кларитромицином отличается более глубоким проникновением в рибосому патогена с выключением максимального количества доменов пептидил-трансферазного центра или мест сборки белка патогена (что приводит к радикальному снижению его вирулентности). Как показано на рис. 2, спирамицин (в отличие от других макролидов) блокирует не один и даже не два, а сразу три домена 50S субъединицы рибосомы патогена, что обеспечивает более стойкое связывание с рибосомой и более длительный антимикробный эффект [7, 14].



Антимикробное действие спирамицина складывается из трех эффектов [14].

1. Проантибиотический (усиление первичного иммунного ответа и повышенная выработка провоспалительных цитокинов).

2. Бактерицидный – за счет ингибирования синтеза микробных белков на уровне рибосом.

3. Постантибиотический эффект – за счет необратимых изменений в микробных рибосомах и блоке транслокации после контакта со спирамицином [14].

Хотя спирамицин включен не во все клинические рекомендации (КР), тот факт, что он избежал широкого использования во время пандемии COVID-19 и инфекционные возбудители до сих пор не выработали широкой устойчивости к нему, заставляет обратить внимание на этот АБП как на препарат выбора при лечении внебольничных инфекций [6]. Спирамицин представляет собой природный антибиотик, полученный в 1954 году из грибка *Streptomyces ambofaciens*. Препарат стал первым представителем 16-членных макролидов и по эффективности не уступает эритромицину при многих инфекциях дыхательных путей (табл. 1), урогенитального тракта и кожи, при этом он может применяться внутрь независимо от приема пищи, т. к. более устойчив к кислой среде желудка в отличие от других макролидов, прием которых рекомендован только после снижения кислотности в желудке фактом приема пищи [7].

Применяющиеся уже более 70 лет макролиды отличаются высокой безопасностью и уникальными антимикробными свойствами, но при этом все еще зачастую незаслуженно рассматриваются только как альтернативные препараты, АБП второй линии или резерва, что приводит к неоправданно редкому их использованию в клинической практике. В то же время активизация атипичных возбудителей и нарастание АБР к ранее активным антимикробным препаратам (АМП) других классов заставляют пересмотреть сложившиеся представления о роли и месте макролидов вообще и спирамицина в частности в антибактериальной терапии (АБТ) внебольничных инфекций (табл. 2) [6, 7].

Хороший профиль безопасности спирамицина с редким развитием нежелательных реакций и отсутствием лекарственных взаимодействий (табл. 1) служит дополнительным аргументом в пользу его более широкого применения. Это особенно актуально сегодня на фоне публикации информационных

писем Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор) № 02-75637/24 от 13.12.2024 и Департамента регулирования обращения лекарственных средств (ЛС) и медизделий Минздрава России № 5792 от 04.03.2025 о расширении перечня побочных эффектов ЛС с антибиотиком цефпидоксимом, который в нашей стране входит в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов [8, 9]. В данных письмах регулятор сообщает о необходимости внести в инструкцию и соответственно в листок-вкладыш к ЛС с этим действующим веществом актуальную информацию о риске развития тяжелых кожных нежелательных реакций, в том числе с летальным исходом. Речь идет о синдромах Стивенса – Джонсона, Лайелла, DRESS-синдроме (лекарственная сыпь с эозинофилией и системной симптоматикой), а также об остром генерализованном экзантематозном пустулезе [8, 9].

Кроме того, инструкцию к ЛС, содержащим цефпидоксим, предстоит

дополнить информацией о рисках возникновения лихорадки, кожной сыпи, увеличения лимфоузлов, отека лица, поражения печени, почек и других органов, повышения уровня эозинофилов и лейкоцитов на фоне приема препарата, что свидетельствует об отсроченной аллергической реакции на цефпидоксим спустя две недели и более после начала терапии [8, 9]. Цефпидоксим предназначен для терапии тонзиллита, фарингита, бронхита, пневмонии, инфекций мочевыводящих путей и других состояний, то есть по целому ряду заболеваний показания к его применению практически совпадают с таковыми у спирамицина (табл. 2) при более благоприятном профиле безопасности последнего [10].

ОБЗОР ДОКЛАДОВ

Вопросы безопасности АБТ и преодоления АБР антимикробных препаратов постоянно находятся в поле зрения экспернского сообщества. Так, например, 15 марта 2025 года в Казани прошел семинар на тему «Клинические

Таблица 1. Преимущества спирамицина перед эритромицином [7] / Advantages of spiramycin over erythromycin [7]

1	Более высокая кислотустойчивость и независимость биодоступности от приема пищи
2	Значительно более высокие концентрации в тканях и средах
3	Хорошие параметры тканевой и клеточной фармакокинетики – на уровне новых макролидов, полученных в последние десятилетия
4	Активность против некоторых возбудителей, устойчивых к 14-членным макролидам
5	Редкое развитие нежелательных реакций и отсутствие лекарственных взаимодействий
6	Возможность применения при токсоплазмозе и криптоспоридиозе
7	Более высокая эффективность при периодонтизме
8	Разнообразие лекарственных форм и возможность проводить ступенчатую терапию
Вывод	По фармакокинетическим параметрам, способности создавать высокие тканевые концентрации, а также по переносимости спирамицин примыкает к новым макролидам, полученным в последние десятилетия

Таблица 2. Показания к применению спирамицина [7] / Indications for the use of spiramycin [7]

Инфекции верхних дыхательных путей	<ul style="list-style-type: none"> • Тонзиллит • Фарингит
Инфекции нижних дыхательных путей	<ul style="list-style-type: none"> • Обострение хронического бронхита • Внебольничная пневмония • Атипичная пневмония
Стоматология	<ul style="list-style-type: none"> • Периодонтит • Профилактика инфекций при повреждениях лица • Профилактический прием перед операцией
Урогенитальные инфекции	<ul style="list-style-type: none"> • Негонорейный уретрит
Инфекции кожи	<ul style="list-style-type: none"> • Пиодермия • Инфицированная экзема
Кишечные инфекции	<ul style="list-style-type: none"> • Криптоспоридиоз
Токсоплазмоз	
Профилактика менингококкового менингита	

рекомендации по антибактериальной терапии внебольничных инфекций: на что обратить внимание практикующему врачу?». Мероприятие проводилось в рамках Всероссийского образовательного проекта под аналогичным названием и было посвящено вопросам стратегии и тактики рациональной терапии инфекций верхних и нижних отделов дыхательных путей (отиты, синуситы, фарингиты, внебольничные пневмонии – ВП), а также использования пробиотиков при назначении АБТ.

В докладе «Инфекции и антибиотики: проблемы и решения» член-корреспондент РАН, ректор ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет», главный внештатный специалист Минздрава России по клинической микробиологии и антимикробной резистентности Р. С. Козлов отметил, что к росту АБР ведет широкое назначение антибиотиков, зачастую даже в тех случаях, когда они не нужны, в том числе в так называемых профилактических целях при острых респираторных вирусных инфекциях. К счастью, существуют антибиотики, к которым на протяжении десятилетий сохраняется чувствительность основных патогенов, вызывающих внебольничные инфекции, например, некоторые беталактамные АБР и 16-членный макролид спирамицин, который имеет принципиальные отличия от ряда препаратов своей группы (рис. 2).

Последние в начале пандемии НКИ активно скапались населением в аптеках вместе с другими антибиотиками, что привело к снижению чувствительности к ним, в первую очередь к азитромицину, который в тот период применялся неоправданно широко, а также к левофлоксацину [15].

Роман Сергеевич заявил, что у нас по сути дела сегодня происходит определенный «ренессанс» спирамицина: «Этот препарат нам чрезвычайно нужен, поскольку позволяет преодолевать некоторые виды устойчивости грамположительных микроорганизмов (*Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus pneumoniae* и др.) к 14- и 15-членным макролидам. Это очень важно, потому что применение спирамицина (разрешенного к приему и беременным) открывает новые перспективы в использовании макролидов. Препарат обладает хорошей биодоступностью при пероральном применении, что также повышает оценку его эффективности».

Заместитель директора по научной работе НИИ антимикробной терапии Смоленского университета, кандидат медицинских наук А. В. Дехнич продолжил разговор об антибиотиках в докладе «Новые клинические рекомендации по терапии инфекций верхних дыхательных путей (ИВДП)». Андрей Владимирович констатировал вступление нашего здравоохранения в эру КР, в соответствии с которыми врачи теперь обязаны лечить пациентов. Спикер увидел в этом две проблемы. Во-первых, КР пока разработаны не для всех инфекционных нозологий, а во-вторых, не во все КР включены препараты с доказанной эффективностью и высокой чувствительностью к ним патогенов, такие как спирамицин. Рекомендации порой не успевают отражать постоянно меняющуюся ситуацию в клинической практике, поэтому помимо КР врач обязан руководствоваться рациональным подходом к АБТ и здравым смыслом.

Андрей Владимирович подчеркнул, что при назначении АБР при инфек-

циях ВДП очень важно, помимо уровня АБР к данному антибиотику, учитывать вероятность межлекарственных взаимодействий, профиль его безопасности и переносимость (ИВДП обычно протекают относительно легко, поэтому побочные эффекты АБР не должны быть тяжелее самого заболевания), от которых зависит комплаентность пациента. Этим критериям выбора соответствует спирамицин. Спикер выразил удивление, что в КР по лечению острого синусита и острого отита у взрослых (с аллергией на пенициллины и цефалоспорины) включен кларитромицин, обладающий низкой активностью против гемофильной палочки (одним из двух, наряду с пневмококком, наиболее распространенных возбудителей данных заболеваний), но нет более эффективного в этом отношении спирамицина. Зато он включен в КР по лечению острого стрептококкового тонзиллофарингита наряду с другими макролидами (при аллергии на цефалоспорины 2-го и 3-го поколения и/или при тяжелых аллергических реакциях на бета-лактамные АБР и пенициллины в анамнезе). Спикер подчеркнул, что спирамицин имеет преимущество перед препаратами своей группы в связи с низким риском лекарственных взаимодействий и низкой АБР к нему штаммов пиогенного стрептококка по сравнению с кларитромицином, азитромицином и эритромицином, а также клиндамицином.

В другом докладе «Внебольничная пневмония (ВП): клинические рекомендации и реальная практика» А. В. Дехнич рассказал о действующих КР по данному вопросу. Макролиды включены в эти КР как препараты, применяемые при аллергической реакции на бета-лактамы, атипичной пневмонии и тяжелом течении ВП (госпитализация в отделение реанимации и интенсивной терапии). При нетяжелой ВП у амбулаторных пациентов без сопутствующих заболеваний альтернативой препарату выбора – амоксициллину опять-таки служат ЛС из группы макролидов, но среди них упомянуты лишь азитромицин и кларитромицин, так как к моменту обсуждения этих КР спирамицин находился в процессе перерегистрации. Однако при выявлении у пациента пневмококковой пневмонии, подчеркнул эксперт, и в ряде других клинических ситуаций предпочтение следует отдавать спирамицину как представителю 16-членных макролидов.

Отвечая на вопрос, насколько обязательно применение КР и может ли врач назначать не включенные в КР препараты, Андрей Владимирович сослался

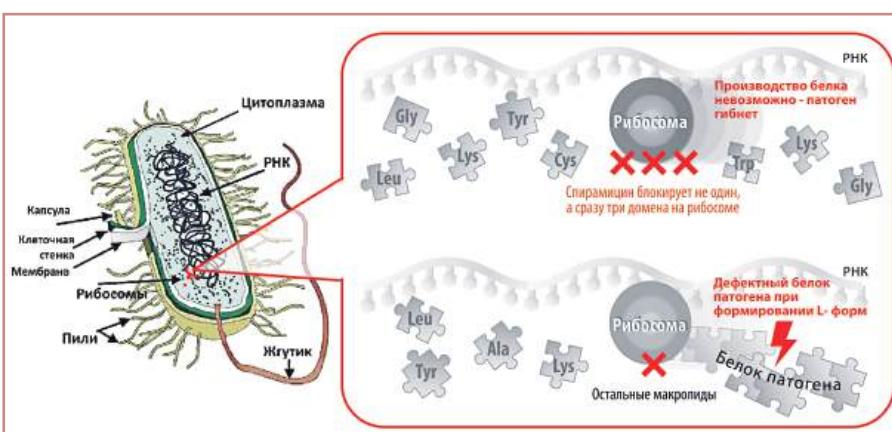


Рис. 2. Спирамицин блокирует три домена 50S субъединицы рибосомы патогена [предоставлено докладчиком] / Spiramycin blocks three domains of the 50S ribosome subunit of the pathogen [provided by the speaker]

на проект Приказа Минздрава России «Об утверждении порядка применения клинических рекомендаций». Его обсуждение закончилось 26 января 2025 года, но приказ еще не утвержден в окончательном варианте. В проекте сказано, что КР являются лишь ориентиром для врача и что он самостоятельно выбирает тактику диагностики и лечения в зависимости от особенностей заболевания и состояния пациента, в том числе основываясь на КР. При этом назначение и применение препаратов, не предусмотренных в КР, допускаются при наличии соответствующих медицинских показаний по решению врачебной комиссии. Самое главное, подчеркнул эксперт, что КР не отменяют необходимости использования клинического мышления в каждом конкретном случае.

Профессор кафедры фтизиопульмологии ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, доктор медицинских наук И. Ю. Визель в докладе «Стратегия и тактика рациональной терапии инфекций респираторного тракта: от первых симптомов до развития осложнений» остановилась на особенностях назначения АБП при инфекциях нижних дыхательных путей у детей и взрослых, в том числе на преимуществах макролидов, подчеркнув необходимость проведения антибиотикотерапии четко по показаниям.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В условиях роста АБР патогенов, усилившейся во время пандемии COVID-19, и тенденции к повышению распространенности атипичных (внутриклеточных) инфекций, особенно среди населения городов-миллионников, необходимо более широкое применение таких препаратов, как спирамицин, который характеризуется высокой чувствительностью к нему возбудителей, хорошим профилем безопасности, редким развитием нежелательных реакций и лекарственных взаимодействий. Спирамицин оказывает тройной бактерицидный эффект, блокируя не один-два, а сразу три домена на рибосоме патогена. Все это служит основанием для более активного включения этого препарата в обновляемые КР и клиническую практику. **ЛВ**

Литература/References

1. Устойчивость к антибиотикам. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antibiotic-resistance>.
Antibiotic resistance. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antibiotic-resistance>. (In Russ.)

2. Van Bavel B., Berrang-Ford L., Moon K., Gudda Alexander F., Thornton J., Robinson R. F. S. and others. Intersections between climate change and antimicrobial resistance: a systematic scoping review. *The Lancet Planetary Health*. 2024; 12 (8): 1118-1128. Published: December 2024. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196\(24\)00273-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196(24)00273-0/fulltext).
3. Sommer M. O. A., Dantas G., Church G. M. Functional characterization of the antibiotic resistance reservoir in the human microflora. *Science*. 2009; 325 (5944): 1128-1131.
4. Батурина В. А., Муравьева А. А., Ткачев А. В., Афанасьев Н. Е., Кунциса Е. А. Нарастание резистентности к антибактериальным средствам в постковидный период в поликлинике и многофункциональном стационаре. Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2021; 5-6: 50-54. DOI: 10.26347/1607-2502202105-06050-054. Baturin V. A., Muravyeva A. A., Tkachev A. V., Afanasyev N. E., Kunitsina E. A. Accumulation of resistance to antibacterial agents in the post-cohort period in a polyclinic and a multidisciplinary hospital. Problemy standartizatsii v zdorovookhranenii. 2021; 5-6: 50-54. DOI: 10.26347/1607-2502202105-06050-054. (In Russ.)
5. Jian-Qiang Su, Xin-Li An, Bing Li, Qing-Lin Chen, et al. Metagenomics of urban sewage identifies an extensively shared antibiotic resistance in China. *Microbiome*. 2017; 5: 8. DOI: 10.1186/s40168-017-0298-y. Available from: <https://microbiomejournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40168-017-0298-y#citeas>.
6. Степюк О. У., Андреева И. В., Козлов Р. С. Потенциал применения спирамицина в клинической практике. Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2009; 3 (11). <https://cmac-journal.ru/publication/2009/3/cmac-2009-t11-n3-p218/cmac-2009-t11-n3-p218.pdf>. Stetsyuk O. U., Andreeva I. V., Kozlov R. C. Potential of spiramycin application in clinical practice. Klinicheskaya mikrobiologiya i antimikrobnaya khimioterapiya. 2009; 3 (11).<https://cmac-journal.ru/publication/2009/3/cmac-2009-t11-n3-p218/cmac-2009-t11-n3-p218.pdf>. (In Russ.)
7. Страчунский Л. С., Козлов С. Н. Макролиды в современной клинической практике. <http://old.antibiotic.ru/books/macrolid/mcl11.shtml>. Strachunsky L. S., Kozlov S. N. Macrolides in modern clinical practice. N. Macrolides in modern clinical practice. <http://old.antibiotic.ru/books/macrolid/mcl11.shtml>. (In Russ.)
8. Приложение к письму ФГБУ «НЦЭСМП» Минздрава России от 04.03.2025 № 5792. https://grls.rosminzdrav.ru/Forum/Files/245379/Инф_письмо_цефподоксим_170325. Appendix to the letter of FSBI 'SCEEMP' of the Ministry of Health of Russia from 04.03.2025 № 5792. https://grls.rosminzdrav.ru/Forum/Files/245379/Инф_письмо_цефподоксим_170325. (In Russ.)
9. Расширен перечень побочных эффектов препаратов с цефподоксимом. <https://vademec.ru/news/2025/03/21/rasshiren-perechen-pobochnykh-effektov-preparatov-s-cefpodoksimom/>. The list of side effects of cefpodoxime drugs has been expanded. <https://vademec.ru/news/2025/03/21/rasshiren-perechen-pobochnykh-effektov-preparatov-s-cefpodoksimom/>. (In Russ.)
10. Бутранова О. И., Зырянов С. К., Абрамова А. А. Спирамицин: прошлое и будущее антибиотика с плейотропными эффектами в терапии внебольничных инфекций. Фармация и фармакология. 2024; 12 (2): 150-171. DOI: 10.19163/2307-9266-2024-12-2-150-171. Butranova O. I., Zyryanov S. K., Abramova A. A. Spiramycin: past and future of an antibiotic with pleiotropic effects in the therapy of out-of-hospital infections. Farmatsiya i farmakologiya. 2024; 12 (2): 150-171. DOI: 10.19163/2307-9266-2024-12-2-150-171. (In Russ.)
11. Шишикина М. С., Лобова Т. П., Михайлова В. В., Скворцова А. Н., Зызгина С. В., Зиновьевна О. Е. Обзор эпизоотической ситуации по хламидиозу животных и птиц на территории Российской Федерации за период с 2019 по 2021 год. Аграрная наука. 2024; 380 (3): 57-61. <https://doi.org/10.32634/0869-8155-2024-380-3-57-61>. Shishikina M. S., Lobova T. P., Mikhaylova V. V., Skvortsova A. N., Zuzgina S. V., Zinovieva O. E. Review of the epizootic situation on chlamydia of animals and birds on the territory of the Russian Federation for the period from 2019 to 2021. Agrarnaya nauka. 2024; 380 (3): 57-61. <https://doi.org/10.32634/0869-8155-2024-380-3-57-61>. (In Russ.)
12. Вспышка пневмонии в России: в каких регионах уже есть инфекция, школы закрывают на карантин, симптомы и лечение микоплазменной пневмонии: 27 октября 2024. НГС.ру. <https://ngs.ru/text/health/2024/10/27/74255792/>. Pneumonia outbreak in Russia: which regions already have the infection, schools are closed for quarantine, symptoms and treatment of Mycoplasma pneumoniae: October 27, 2024. NGS.ru. <https://ngs.ru/text/health/2024/10/27/74255792/>. (In Russ.)
13. Глобальный дефицит инновационных антибиотиков способствует возникновению и распространению лекарственной устойчивости. 15 апреля 2021 г. Ведомственные новости: <https://www.who.int/ru/news/item/15-04-2021-global-shortage-of-innovative-antibiotics-fuels-emergence-and-spread-of-drug-resistance>. Global shortage of innovative antibiotics contributes to the emergence and spread of drug resistance. April 15, 2021 Departmental News Release: <https://www.who.int/ru/news/item/15-04-2021-global-shortage-of-innovative-antibiotics-fuels-emergence-and-spread-of-drug-resistance>. (In Russ.)
14. Хашукоева А. З., Агаева М. И., Савченко Т. Н. и соавт. Рациональное использование антибиотиков в акушерской практике с учетом растущей антибиотикорезистентности. Лечебный Врач. 2024; (6). <https://www.lvrach.ru/2024/06/15439114?ysclid=m7lnc4b6zn673945954>. Khashukoeva A. Z., Agaeva M. I., Savchenko T. N., et al. Rational use of antimicrobials in obstetric practice taking into account growing antibiotic resistance. Lechaschi Vrach. 2024; (6). <https://www.lvrach.ru/2024/06/15439114?ysclid=m7lnc4b6zn673945954>. (In Russ.)
15. Перечень эффективных антибиотиков стремительно сокращается. Известия. <https://iz.ru/1396034/valeria-nodelman/perechen-effektivnykh-antibiotikov-stremitelno-sokrashchaetsa>. List of effective antibiotics is rapidly decreasing. Izvestiya. <https://iz.ru/1396034/valeria-nodelman/perechen-effektivnykh-antibiotikov-stremitelno-sokrashchaetsa>. (In Russ.).

Сведения об авторе:

Ковалёва Ирина Владимировна, невролог, научный редактор журнала «Лечебный Врач»; Россия, 123056, Москва, а/я 82; kovalyova_iv@mail.ru

Information about the author:

Irina V. Kovaleva, neurologist, science editor of the journal of *The Lechaschi Vrach Journal*; a/z 82, Moscow, 123056, Russia; kovalyova_iv@mail.ru

Поступила/Received 10.03.2025

Поступила после рецензирования/Revised 28.04.2025

Принята в печать/Accepted 30.04.2025