

## ПРИРОДНЫЙ МАКРОЛИДНЫЙ АНТИБИОТИК СПИРАМИЦИН: КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

**С.Я. Яковлев**

**Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова (ректор – акад. РАН, РАМН М.А. Пальцев)**

Макролидные антибиотики около 50 лет применяются в клинической практике. Первый препарат этого класса – эритромицин – был внедрен в практику в 1952 году, спустя три года появился еще один препарат – спирамицин. До середины 80-х годов макролиды применялись ограниченно, в основном при инфекциях верхних дыхательных путей. Однако в последние годы интерес к этим препаратам существенно расширился, прежде всего в результате изменений структуры инфекционных заболеваний и увеличения частоты инфекций, вызванных атипичными микроорганизмами – хламидиями и микоплазмами. Кроме того, была выявлена активность макролидных антибиотиков против легионелл, геликобактера, некоторых оппортунистических возбудителей инфекций у больных СПИДом.

Одновременно с внедрением в практику новых полусинтетических макролидов с улучшенными фармакокинетическими свойствами произошла переоценка в ряду “старых” макролидов и прежде всего препарата спирамицина. Этот препарат по антимикробным свойствам, параметрам фармакокинетики и фармакодинамики оказался сравним с новыми полусинтетическими средствами, а по клинической эффективности и переносимости не уступает им, а по ряду параметров – превосходит. Благодаря этим качествам в настоящее время спирамицин является одним из наиболее часто назначаемых препаратов среди макролидных антибиотиков при внебольничных респираторных инфекциях у взрослых и детей.

Еще одной перспективной областью применения спирамицина в медицине являются инфекции в гинекологии и акушерстве.

Антимикробный спектр спирамицина соответствует другим макролидам и выраженность антимикробной активности не уступает новым полусинтетическим препаратам. Спирамицин проявляет высокую активность в отношении большинства грамположительных микробов, в том числе вызывающих гинекологические инфекции – стрептококков (*S.pyogenes*, *S.agalactiae*), стафилококков, энтерококков. Следует отметить, что в последние годы увеличилась резистентность грамположительных бактерий к эритромицину. В то же время ряд штаммов *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* и *S.pneumoniae*, устойчивых к эритромицину и полусинтетическим макролидам (кларитромицину, рокситромицину, азитромицину), сохраняют чувствительность к спирамицину.

Среди грамотрицательных микроорганизмов высокой чувствительностью к спирамицину характеризуются гонококки и менингококки. Грамположительные анаэробы (*Peptococcus*, *Peptostreptococcus*, *Propionibacterium spp.*) высокочувствительны к спирамицину, грамотрицательные (*Bacteroides fragilis*) – умеренно чувствительны.

Большое клиническое значение имеет высокая природная активность спирамицина в отношении атипичных внутриклеточных патогенов – микоплазм, хламидий, уреоплазм, легионелл. Высокая клиническая эффективность спирамицина при этих инфекциях в значительной степени связана с хорошим проникновением препарата внутрь клеток, где паразитируют эти микроорганизмы. Спирамицин действует на некоторые простейшие, в частности *Toxoplasma gondii*.

Наиболее важные фармакокинетические свойства спирамицина могут быть охарактеризованы следующими характеристиками:

- хорошая всасываемость при приеме внутрь, причем пища не влияет на степень всасывания;
- хорошее распределение в тканях, причем концентрации препарата в большинстве тканей организма превышают сывороточные;
- высокие внутриклеточные концентрации, которые в 20–30 раз превышают внеклеточные;
- длительный период полувыведения (6–7 ч), что позволяет дозировать препарат два раза в сутки.

Следует отметить, что в эксперименте у спирамицина выявлены иммуномодулирующие свойства, что особенно важно при лечении хронических или вялотекущих инфекций.

Опыт клинического применения спирамицина насчитывает более 40 лет, за этот период накоплены значительные данные по эффективности и безопасности препарата. Прежде всего следует отметить хорошую переносимость спирамицина. Частота побочных реакций при применении спирамицина в большинстве исследований была меньше по сравнению с эритромицином и другими полусинтетическими макролидами. Очень важной характеристикой спирамицина являются его безопасность у беременных женщин и отсутствие токсического действия на плод, что отмечено не только в эксперименте на животных, но и в клинике. Поэтому спирамицин является препаратом выбора при острых инфекциях дыхательных путей (пневмония, бронхит, тонзиллит) у беременных женщин.

В настоящее время важной областью применения спирамицина являются урогенитальные хламидийные и микоплазменные инфекции. Среди макролидов при лечении генитальных хламидиозов и микоплазмозов отдается предпочтение спирамицину в связи с возможностью его безопасного назначения беременным женщинам и лучшими фармакоэкономическими показателями. Лучшая переносимость спирамицина по сравнению с эритромицином и другими макролидами при высокой эффективности является важным аргументом в пользу его назначения при остром урогенитальном хламидиозе, в том числе после неудачного лечения другими антибиотиками. Рекомендуемая доза спирамицина при неосложненном урогенитальном хламидиозе составляет 6 млн МЕ в сутки. В клиническом исследовании показана одинаковая высокая эффективность (98–100%) спирамицина и доксициклина при лечении уретритов и цервицитов, вызванных *Chlamydia trachomatis*.

К важным свойствам спирамицина относится возможность его применения в первом триместре беременности при лечении токсоплазмоза, когда другие препараты противопоказаны. Спирамицин применяется также в течение всей беременности повторными курсами (по 3 млн МЕ три раза в день по 2–3 недели) для профилактики заражения плода.

Таким образом, макролидный антибиотик спирамицин является важным препаратом в акушерстве и гинекологии при лечении урогенитального хламидиоза и микоплазмоза, токсоплазмоза. Спирамицин особо показан для лечения инфекций дыхательных путей и инфекций других локализаций (кожи и мягких тканей, полости рта, геликобактериозе) у беременных женщин.