

# ЗАСТОСУВАННЯ АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ ПРИ АЛЕРГІЇ НА ПЕНІЦИЛІНИ

Яковлєва Л.В., Баглай Т.О.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

**Актуальність.** Надмірне використання протимікробних препаратів системної дії, зростання антибіотикорезистентності та витрат на лікування спричиняють виклик до раціональної фармакотерапії антибіотиками, зокрема, в умовах поширених реакцій гіперчутливості до лікарських засобів пеніцилінового ряду.

**Мета.** Обґрунтувати призначення бета-лактамним антибіотиків при алергії на пеніциліни.

**Матеріали і методи.** У дослідженні використані літературні джерела та медико-технічна документація.

**Результати і висновки.** Серед лікарських засобів щодо яких спостерігаються несприятливі медикаментозні реакції, у Адаптованій клінічній настанові, заснованій на доказах «Медикаментозна алергія, включаючи анафілаксію» і Уніфікованому клінічному протоколі екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Медикаментозна алергія, включаючи анафілаксію» найчастіше називають пеніциліни й інші бета-лактамні антибіотики. Чутливість до останніх продиктована ризиком перехресної реактивності через наявність бета-лактамного кільця в структурі пеніцилінів, цефалоспоринів, карбапенемів і монобактамів.

Неможливість призначення цього ряду антибіотиків висуває необхідність застосування більш дорогих альтернативних протимікробних препаратів із другого ряду, що посилює побічні ефекти та глобальну резистентність до антибіотиків, призводить до тривалішої госпіталізації таких пацієнтів, здороження лікування. Також негативним фактором є недостатня поінформованість (взаємоінформованість) лікарів із проблематики алергії до антибіотиків.

Разом із тим існують дослідження, що не відслідковують кореляції між алергією на інші бета-лактамні антибіотики та при алергії на пеніциліни, зокрема в частині підтвердження реакції на останні нашкірною пробою.

Також зауважується необхідність повторного підтвердження алергії протягом тривалого часу після клінічного встановлення реакції. Окремо звертається увага на необхідності тестування чутливості, наявної виключно зі слів пацієнтів, не ставлячи під сумнів об'єктивну поширеність такої реакції. Наприклад, 10 % пацієнтів у Великій Британії вважають, що мають алергію на пеніцилін і вказують це в картці первинної медичної допомоги, натомість близько 90 % із них не мають алергії та/або мають реакції на інші препарати. Важливо, що серед іншого наводяться рекомендації для випадків тестування на алергію в разі неможливості здійснення нашкірної проби.

Так, пацієнти з алергією на ряд пеніцилінів (пеніциліни G, V, ампіцилін, амоксицилін, клоксацилін, піперацилін, тикарцилін), підтверджену нашкірними пробами, добре переносять призначення цефазоліна (I покоління цефалоспоринів), цефуроксима (II покоління цефалоспоринів), цефіксима, цефотаксима, цефтазидима, цефтріаксона, цефподоксим-проксетила, цефдініра, цефтібутена (III покоління цефалоспоринів), цефепіма (IV покоління цефалоспоринів), протестовані контрольованими провокаційними оральними пробами, а ризик перехресної реакції у таких пацієнтів на карбапенеми (іміпенем, ертапенем, меропенем) є меншим за 1 %.

Лікарі потребують обміну досвідом і підвищення кваліфікацій, доступу до відповідних протоколів, зокрема іноземних, у питаннях алергії на антибіотики, як і готовності до проведення тестувань на чутливість до бета-лактамних антибіотиків. Оптимістичною в частині переносимості є фармакотерапія іншими бета-лактамними антибіотиками у пацієнтів, які мають позитивну нашкірну алергічну реакцію на пеніциліни, такими як цефалоспоринами та карбапенемами.