

При сравнении липидных индексов в периоде реконвалесценции и здоровых лиц существенно достоверного различия нами не получено, т.е. к 10 дню от начала заболевания гриппом происходила нормализация липидного обмена нейтрофильных лейкоцитов.

Таким образом, проведённые исследования свидетельствуют, что эндоцеллюлярные липиды в своём количественном выражении были существенно ниже в периоде разгара клинических проявлений гриппа, чем в периоде реконвалесценции. Как мы указывали в период наивысших проявлений клиники гриппа (при поступлении в стационар) имели место выраженная лихорадка, интоксикация, катаральные явления с воспалением носоглотки. Это естественно сказалось на функциональной активности нейтрофильных лейкоцитов. Липиды нами рассматриваются, как энергетический потенциал клетки и их уменьшение свидетельствует о наибольшей активности

нейтрофилов в иммунологических реакциях.

По мере выздоровления и исчезновения всех болезненных проявлений гриппа (нормализация температуры, исчезновение интоксикации и воспалительных проявлений со стороны носоглотки) содержание внутриклеточных фосфолипидов нейтрофильных лейкоцитов приходило к показателям контрольной группы (здоровые лица).

ЛИТЕРАТУРА

1. Справочник по клиническим лабораторным методам исследования [Текст]/под ред. Е.А.Кост.- М.: Медицина, 1975.-С.169.
2. Статистическая обработка результатов экспериментальных исследований [Текст]/ И.А.Ойвин//Патологическая физиология и экспериментальная терапия.-1961.-№4.-С.64-76.



УДК 616.24-08:615.859:615.281-07

Т.В.Шендерук

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ МАКСИЦЕФА В ЛЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ

ГУ Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания СО РАМН

РЕЗЮМЕ

Обследовано две группы пациентов с внебольничной пневмонией средней степени тяжести. Опытная группа больных (n=10) получала монотерапию цефалоспорином IV поколения – максидефом (Cefepim), в группе сравнения проводилась терапия цефалоспорином III поколения – цефотаксимом (Cefotaxim).

SUMMARY
T.V.Shenderuk

CLINICAL EFFECT ANALYSIS OF MAXICEF IN TREATMENT OF OUTPATIENT PNEUMONIAS AT THE HOSPITAL

Two groups of patients with outpatient pneumonia have been examined. Patients in the test group (n=10) received monotherapy with cephalosporin IV generation – Cefepim. Patients in the control group were treated with cephalosporin III generation – Cefotaxim

Внебольничная пневмония (ВП) одна из самых актуальных проблем медицины, что связано с огромным социально-экономическим значением, поскольку и в настоящее время пневмония приводит к экономическим потерям и вносит существенный вклад в причины летальных исходов при болезнях органов дыхания [1]. Согласно официальной статистике (Центральный научно-исследовательский институт организации и информации здравоохранения МЗ РФ) в 1999 году, в России,

среди лиц в возрасте 18 лет и старше было зарегистрировано немногим более 440000 (3,9%) случаев ВП. Однако эти показатели не отражают истинной заболеваемости, которая достигает 14-15%, а общее число больных ежегодно в нашей стране превышает 1500000 человек [2]. Для сравнения в США ежегодно диагностируется 5600000 случаев ВП 1700000 из которых подлежит госпитализации [8]. Летальность при ВП оказывается наименьшей у лиц молодого и среднего возраста без сопутствующих заболеваний (1-3%). У пациентов в возрастной группе 60 лет и старше при наличии сопутствующих заболеваний этот показатель достигает 15-30%, а у отдельных категорий обследуемых – 40-50% [3]. Достоверно доказано что уровень летальности у больных ВП в возрастной группе 65 лет и старше прогрессивно увеличивается при задержке начала лечения на 4 часа и более [10]. Некоторые литературные данные свидетельствуют о недостаточной чувствительности традиционного рентгенологического обследования при наличии минимальных воспалительных изменений в лёгочной ткани [5, 6].

Применение компьютерной томографии, при динамическом наблюдении за больными ВП, позволяет практически в 20-40% случаев зафиксированной рентгенографической картины «нормы» регистрировать очаговую, а иногда и фокусную инфильтрацию [4]. В настоящее время основное внимание в лечении ВП уделяется

антибактериальной терапии как фактору, улучшающему прогноз заболевания. По последним данным, проведение эмпирической антибактериальной терапии в соответствии с современными рекомендациями снижает летальность у больных с ВП и уменьшает длительность стационарного лечения [7, 8]. При тяжелой ВП антибактериальными препаратами выбора являются парентерально вводимые ингибиторозащищенные пенициллины или цефалоспорины III-IV поколения в комбинации с макролидами или фторхинолонами для парентерального введения [5]. Указанные комбинации перекрывают практически весь спектр потенциальных возбудителей ВП тяжелой степени тяжести [2].

Целью данного исследования является анализ клинической эффективности и безопасности применения максидефа в лечении ВП на стационарном этапе.

Материалы и методы

В опытную группу вошли 10 пациентов, находившихся на лечении с ВП. Для лечения применялся цефалоспориин IV поколения – максидеф (цефепим) производства АБОЛмед, г. Видное (Россия) в суточной дозе от 2 до 4 г, внутривенно. Продолжительность антибактериальной терапии составила 10-20 дней. В контрольную группу включены 30 пациентов с ВП средней степени тяжести, в лечении применялся цефалоспориин III поколения – цефотаксим производства АБОЛмед, г. Видное (Россия) в суточной дозе от 2 до 4 г, внутривенно.

У всех пациентов проводилась оценка демографических показателей, сбор анамнестических данных, клиническое обследование. Лабораторное исследование включало в себя анализ крови с подсчетом форменных элементов крови, определение скорости оседания эритроцитов, газотранспортной функции эритроцитов, биохимическое и иммунологическое исследование крови. Исследованию подвергалась мокрота с целью верификации возможного возбудителя (бакпосев).

Все пациенты проходили рентгенологическое обследование органов грудной клетки, электрокардиографическое обследование. Статистическая обработка результатов проводилась при помощи компьютерного анализа. Достоверность различий значений показателей в исследуемой группе оценивали по величине t критерия Стьюдента.

Результаты исследования

У всех пациентов ВП возникла после переохлаждения. Начало заболевания было острым. Отмечались боли в грудной клетке при кашле, сердцебиения, слабость, потливость, кашель приступообразный сухой или с отделением скудного количества слизисто-гноной мокроты. Температура тела достигала 38,5-39,5°C. Всем пациентам проведено динамическое комплексное обследование через 10 суток, включая рентгенологическое обследование органов грудной клетки в 2-х проекциях. Среднесуточная доза монотерапии парентерально максидефом составила 2,4±0,3 г. Базовые характеристики больных представлены в таблице 1.

Рентгенологически полное разрешение ВП на 10 сутки отмечено у 70% пациентов опытной группы при среднетяжелом течении заболевания. У 20% пациентов полное разрешение рентгенологической картины наступило на 20 сутки (среднетяжелое течение) и у 10% – на 30 сутки (тяжелое течение ВП) при комбинированной антибактериальной терапии. В контрольной группе пациентов к 10 дню госпитализации полное разрешение наступило в 59% случаев.

В таблице 2 представлена динамика основных клинико-лабораторных показателей у пациентов с ВП в процессе лечения. Полученные в исследовании значения лейкоцитоза более 11·10⁹/л, увеличения скорости оседания эритроцитов более 29 мм/ч, фибриногена более 5 г/л, протромбинового индекса более 100% являются прогностически значимыми признаками наличия воспалительных изменений в лёгочной ткани, что в опытной и контрольной группах больных до лечения практически одинаково

Таблица 1

Распределение пациентов с ВП с учетом исходов лечения

Показатели	Опытная группа, n=10	Контрольная группа, n=30
Возраст, лет	41,9±3,78	37,8±4,27
Рост, см	171,5±0,84	169,4±0,39
Вес, кг	72,4±0,63	68,7±0,71
Пол (в %)		
мужчины	49,38	44,58
женщины	49,73	56,42
Длительность антибактериальной терапии, дни	10,23±0,67	15,82±0,54
Комбинация цефалоспоринов и фторхинолонов	1,02±0,2	12,33±0,4
Выздоровление без осложнений (в %)	90%	77%
Выздоровление с исходом в фиброз (в %)	10%	14%
Неполное разрешение (в %)	-	9%

Таблица 2

Динамика основных клинико-лабораторных показателей у больных в процессе лечения

Показатели	До лечения			После лечения		
	опытная группа	контрольная группа	p	опытная группа	контрольная группа	p
Лейкоциты, ·10 ⁹ /л	11,72±0,64	11,03±0,32	<0,1	6,25±0,73	8,03±0,82	<0,1
СОЭ, мм/час	31±6,94	29,1±2,58	<0,1	10,40±2,45	13,33±1,87	<0,1
Фибриноген, г/л	5,22±1,0	5,20±0,97	<0,1	3,39±0,38	4,63±0,54	<0,1
Протромбиновый индекс, %	102,80±2,04	102,93±1,02	<0,05	91,73±1,65	97,9±1,96	<0,05
Оксигемоглобин, %	97,3±0,27	97,2±0,24	<0,05	98,10±0,19	98,0±0,17	<0,05
Общий аденозинтрифосфат, мкМ/мл	0,57±0,03	0,58±0,02	<0,05	0,61±0,02	0,59±0,02	<0,05
Общий 2,3 дифосфоглицерат, мкМ/мл	6,57±0,16	6,58±0,15	<0,05	6,43±0,12	6,53±0,17	<0,1

(p<0,1). Различия этих же показателей после лечения обусловлены тем, что в опытной группе проводилась монотерапия максифефом, а в контрольной группе цефотаксимом. В лабораторных методах исследования, в опытной группе, к 10 дню госпитализации положительная динамика в клиническом анализе крови (в виде снижения количества лейкоцитов, скорости оседания эритроцитов), биохимическом анализе крови (снижение протромбинового индекса, фибриногена), газотранспортной функции эритроцитов (увеличение оксигемоглобина, общего аденозинтрифосфата, снижение общего 2,3 дифосфоглицерата), иммунологическом анализе крови (снижение количества Т-клеток (%) за счет Т-супрессоров (%), увеличение фагоцитарной активности нейтрофилов), улучшение спирографических показателей наблюдалась у 72,4% пациентов. В контрольной группе пациентов положительная динамика к 10 дню госпитализации наблюдалась у 61,3% пациентов.

Длительность стационарного пребывания пациентов при проведении монотерапии максифефом (включая реабилитационные мероприятия) составила в среднем 14,6 дней у пациентов со среднетяжелым течением пневмонии и 25,7дней у пациентов у пациентов контрольной группы, что позволяет говорить о сокращении сроков пребывания пациентов в условиях стационара. Динамика основных показателей эффективности лечения при рентгенологически полном разрешении ВП средней степени тяжести к 13 дню у пациентов опытной группы и к 22 дню у пациентов контрольной группы при длительности антибактериальной терапии в среднем для пациентов опытной группы составившей 8,4 дня, в контрольной группе 15,2 дня, позволила сократить сроки пребывания пациентов опытной группы в условиях стационара на 10,2 дня.

Таким образом, монотерапия максифефом эффективна у пациентов с ВП при среднетяжелом

течении и сокращает длительность пребывания их в условиях стационара, при тяжелом течении ВП рекомендуется комбинированная антибактериальная терапия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ведение больных внебольничной пневмонией в условиях стационара [Текст]/А.И.Синопальников //Интенсивная терапия.-2005.-№1.-С.760-768.
2. Внебольничная пневмония у взрослых [Текст]/А.Г.Чучалин; пособие для врачей.-2004.-22 с.
3. Руководство по пульмонологии [Текст]/Ю.С.Ландышев, А.В.Леншин.-Благовещенск: ООО «Издательская компания «РИО», 2003.-С.96.
4. Острые пневмонии на фоне хронических неспецифических заболеваний легких [Текст]/А.А.Крылов//Тер. архив.-1994.-№3.-С.54-57.
5. Клинико-экономический анализ стационарного лечения внебольничной пневмонии [Текст]/ Куколь Л.В. [и др.]//Бюл. физиол. и патол. дыхания.-2004.-Вып.18.-С.28-31.
6. Рентгенологические особенности нозокомиальных пневмоний [Текст]/В.Я.Лаптев //Пульмонология.-1999.-№4.-С.31-35.
7. Practice quidelines for the management of community-acquired pneumonia in adults [Text]/Bartlett J.G. [et al.]//Clin.Infect.Dis.-2000.-Vol.31.-P.347-382.
8. The cost of treating community-acquired pneumonia [Text]/Niederman M.S. [et al.]//Clin. Therapeut.-1998.-P.37.
9. Rapid antibiotic delivery and appropriate antibiotic selection reduce length of hospital stay of patients with communiti-acquired pneumonia [Text]/Battleman D.S. [et al.]//Arch.Intern.Med.-2002.-Vol.162.-P.682-688.
10. Timing of antibiotic administration and outcomes for Medicare patients hospitalized with community-acquired pneumonia [Text]/Houck P.M. [et al.]//Arch.Intern.Med.-2004.-164.-P.637-644.

