

водно-солевого равновесия на фоне коррекции активности ионных АТФаз в мембранах эритроцитов, а также нормализации уровня кальция и магния сыворотки крови

Литература

1. Куртаев О.Ш. Гидроминеральные ресурсы лечебно-рекреационных зон Российской Федерации. Сочи: НИЦ КИР, 2006. С. 86.
2. Ибадова Г.Д. Природные минеральные воды курорта Сочи: Акт.вопр.курорт.и физиотер.: Материалы IV научно-практ.конф. Сочи, 2007. С. 28.
3. Утехина В.П. Системная бальнеотерапия пациентов с болезнями кровообращения: Акт.вопр.курорт.и физиотер.: Материалы V научно-практ.конф. Сочи, 2008. С.89.
4. Криничанский А.В., Остапичев В.Д. Питательные минеральные воды Российского Причерноморья: Акт.вопр.курорт.и физиотер.: Материалы VI научно-практ. конф. Сочи, 2009. С.22–24.

THE ROLE OF NATURAL HALOGENATED MINERAL WATER OF THE KRASNODAR TERRITORY IN RECOVERING THE WATER/SALT BALANCE IN PATIENTS AT HEALTH RESORT STAGE OF REHABILITATION

I.YU. KAMAEVA, M.I. NAGUCHEV, O.B. FROLOVA, I.V. BURNAEV

Research Institute of Neuro-Orthopedics and Restorative Medicine (Sochi)

Natural mineral halogenated medicinal water of Kuban (Plastunskaya, Goryacheklyuchevskaya, Sochinskaya, etc.) contribute to the positive dynamics of water/salt balance values with underlying correction of activity of ion ATPases in erythrocyte membranes, as well as normalization of calcium and magnesium level in blood serum.

Key words: natural mineral water with high content of monovalent halogens.

УДК 616.24-002

РАННЯЯ СТУПЕНЧАТАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

Е.В. АЛМАЗОВА*, В.Н. АБРОСИМОВ**

Цель – оценить клиническую эффективность, безопасность и переносимость ранней ступенчатой антибактериальной терапии у больных тяжелой внебольничной пневмонией в сравнении с другими режимами терапии. Больные, включенные в исследование, были рандомизированы на две группы: 1) основная – пациенты с критериями тяжелой внебольничной пневмонии, пролеченные с использованием метода ступенчатой антибактериальной терапии (25 человек – 10 мужчин; 15 женщин, средний возраст 50,6±3,8 года); 2) сравнительная – пациенты с критериями тяжелой внебольничной пневмонии, в лечении которых были использованы другие режимы терапии (27 человек – 16 мужчин; 11 женщин, средний возраст 40,7±9,6 года). В основной группе средняя длительность антибактериальной терапии составила 9,2 дня, в сравнительной – 16,8 дней. В сравнительной группе в 18,5% случаев рентгенологического разрешения пневмонии не произошло. Терапия в основной группе была признанной эффективной в 100% случаев, в сравнительной – в 81,5%. Все препараты, используемые в рамках ступенчатой антибактериальной терапии хорошо переносились пациентами, не было отмечено развития серьезных нежелательных реакций, требующих их отмены.

Ключевые слова: амбулаторная форма пневмонии, постепенная антибактериальная терапия, клиническая эффективность.

Тяжелая пневмония остаётся сложной медицинской и социальной проблемой в связи с неуклонным ростом её частоты и сохраняющейся высокой летальностью [3,5,7].

Кроме того, внебольничная пневмония (ВП) является серьёзным экономическим бременем для современного общества. Так, по оценочным данным, затраты на лечение ВП в США в 2006 г. составили 10 млрд. долл. США. При этом до 90% прямых затрат при оказании медицинской помощи пациентам с ВП приходится на стационарный этап лечения [9].

Постоянно возрастающая стоимость лечения привела к тому, что вопросам снижения затрат на лечение больных ВП в последнее время уделяется всё большее внимание [1,6,12,13]. В связи с этим становится актуальным изучение эффективных схем антибактери-

альной терапии ВП, отличающихся большей экономической рентабельностью [1,2,3,10]. Одним из способов, направленных на снижение расходов при лечении больных, является ступенчатая терапия (step-down therapy): переход от парентерального к пероральному приёму антимикробных препаратов [1,4,5,7,8,11,14,15].

Цель исследования – изучение клинической значимости, эффективности и безопасности ранней ступенчатой антибактериальной терапии тяжелой ВП.

Материалы и методы исследования. В рамках данного исследования на базе кардиотерапевтического отделения ГУЗ РКБ им. Н.А. Семашко в период 2005-2009 гг. было обследовано и пролечено 52 пациента с тяжелой ВП. Критерии тяжелого течения ВП, эффективности/достаточности антибактериальной терапии определялись согласно рекомендациям Российского респираторного общества (2006).

Критерии включения:

1. Установленный диагноз тяжелой внебольничной пневмонии согласно следующим диагностическим критериям:
2. наличие рентгенологически подтвержденной инфильтрации легочной ткани;
3. наличие минимум одного из перечисленных клинических или лабораторных признаков:

Клинические:

1. острая дыхательная недостаточность ($\text{ЧД} \geq 30/\text{мин}$; $\text{Sat O}_2 < 90\%$);
2. гипотензия (АД систолическое < 90 мм рт.ст.; АД диастолическое < 60 мм рт. ст.);
3. долевое, многодолевое или 2 стороннее поражение лёгких.

Лабораторные:

1. Лейкопения ($< 4 \times 10^9/\text{л}$)
2. Гипоксемия ($\text{Sat O}_2 < 90\%$; $\text{PaO}_2 < 60$ мм рт. ст.)
3. Гемоглобин < 100 г/л
4. Гематокрит $< 30\%$
5. ОПН (анурия, креатинин крови $> 176,7$ мкмоль/л, азот мочевины $> 7,0$ ммоль/л).

Возраст 18 лет и старше.

Критерии исключения: возраст до 18 лет, беременность, туберкулез, онкологические заболевания, декомпенсированный сахарный диабет, хроническая почечная и печёночная недостаточность, бронхоэктатическая болезнь, муковисцидоз.

Анализ клинической эффективности и безопасности раннего начала ступенчатой антибактериальной терапии тяжелой ВП проводился в двух группах больных, находившихся на лечении в кардиотерапевтическом отделении ГУЗ Рязанская клиническая больница имени Н.А. Семашко: основной и сравнительной. Пациентам основной группы ($n=25$) проводилась ступенчатая антибактериальная терапия. В лечении пациентов сравнительной группы ($n=27$) использовались другие режимы антимикробной химиотерапии, исключающие метод ступенчатой терапии. Группы были сопоставимы по возрасту, наличию сопутствующих заболеваний, по степени тяжести.

Пациенты основной группы при поступлении были разделены случайным методом на 2 подгруппы:

- подгруппа А ($n=19$): больные, которым проводилась комбинированная терапия Сумамедом® (азитромицин – МНН) внутривенно 1 раз в день в дозе 500 мг в сочетании с цефтриаксоном МНН внутривенно 1 раз в день в дозе 2000 мг в течение 3 дней с последующим назначением Сумамеда® (азитромицин – МНН) в дозе 500 мг внутрь в течение 3-6 дней;

- подгруппа Б ($n=6$): больные, которым проводилась комбинированная терапия цефтриаксоном МНН внутривенно 1 раз в день в дозе 2000 мг + респираторный фторхинолон: Авелокс® (моксифлоксацин – МНН) внутривенно 1 раз в день в дозе 400 мг 3 дня с последующим назначением Авелокса® (моксифлоксацин – МНН) в дозе 400 мг внутрь в течение 6 дней или: цефтриаксоном МНН внутривенно 1 раз в день в дозе 2000 мг + респираторный фторхинолон: Таваник® (левофлоксацин МНН) в дозе 500 мг 3 дня с последующим назначением: Таваника® (левофлоксацин МНН) внутрь в дозе 500 мг в течение 7 дней.

Методы оценки и критерии эффективности /достаточности АБТ определялись согласно практическим рекомендациям по диагностике, лечению и профилактике ВП у взрослых под редакцией А.И. Синопольникова, Р.С. Козлова. (2006г).

Возраст 25 пациентов основной группы колебался от 18 до 88 лет (средний возраст 50,6±3,8 года), среди них 10 мужчин (40%) и 15 женщин (60%). Возраст 27 пациентов сравнительной

* ГУЗ РКБ им. Н.А. Семашко.

** ГОУ ВПО «РЯЗГМУ РосЗДРАВА», кафедра терапии фпд с курсом семейной медицины.

группы колебался в меньших пределах от 18 до 74 лет (средний возраст $51,41 \pm 3,4$ года), среди них 16 мужчин (59,3%) и 11 женщин (40,7%). У 20 (80% $\pm$ 8,2%) пациентов основной группы и у 23 (85,2% $\pm$ 7%) пациентов сравнительной группы пневмония была правосторонней. Левосторонняя локализация диагностирована у 14 (56% $\pm$ 10,1%) пациентов основной группы и у 11 (40,7% $\pm$ 9,6%) – сравнительной группы. По данным рентгенографии поражение нижней доли выявлено у 22 (88% $\pm$ 6,6%) пациентов основной группы и у 17 (63% $\pm$ 9,5%) сравнительной, средней доли – у 4 (16% $\pm$ 7,5%) и у 5 (18,5% $\pm$ 7,6%), верхней доли – у 7 (28% $\pm$ 9,2%) и у 12 (44% $\pm$ 9,7%) пациентов соответственно. Двустороннее поражение лёгочной ткани выявлено у 3 (12% $\pm$ 6,6%) пациентов основной и 3 (11,1% $\pm$ 6,2%) пациентов сравнительной группы.

Статистический анализ. Все численные данные представлены как $\text{mean} \pm \text{SD}$. Достоверность различий количественных показателей между группами определялись при помощи непарного t-критерия Student и критерия Mann-Whitney U test (при ненормальном распределении), качественные различия между группами – посредством Fisher's exact test. Различия считались статистически достоверными при $p < 0,05$. Статистическая обработка результатов была проведена при помощи пакета прикладных программ Statistica for Windows, Release 6.0. StatSoft, Inc.

Результаты и их обсуждение. Средняя длительность антибактериальной терапии в основной группе составила $9,2 \pm 0,2$ дня, что значительно ниже, чем в сравнительной (в 1,9 раза). Средняя длительность в сравнительной группе составила $16,8 \pm 0,9$ дней ($p = 0,0001$). Всем пациентам основной группы была проведён один курс антибактериальной терапии. В сравнительной группе в 24 (88,9%) случаях проводились дополнительные курсы антибактериальной терапии: в 15 (55,6%) случаях – один, в 6 (22,2%) случаях – два, в 2 (7,4%) случаях – три, в 1 (3,7%) случае – четыре.

На 1, 4, 10 и 20 сутки заболевания проводилась балльная оценка основных симптомов пневмонии с последующим анализом в процентном отношении количества пациентов в зависимости от категории симптома. На рис. 1 виден более быстрый регресс клинической симптоматики пневмонии у пациентов основной группы на фоне проводимой ступенчатой антибактериальной терапии по сравнению с пациентами сравнительной группы.

Оценка эффективности ступенчатой АБТ проводилась и по данным инструментально-лабораторных методов исследования. Анализировалась динамика результатов лабораторных исследований на фоне лечения: снижение СО_2 , уменьшение количества лейкоцитов, С-реактивного белка и индекса Кальф-Калифа. Более значительные изменения отмечены в основной группе.

На 10 сутки у 96% (24 чел) пациентов основной группы исчезла инфильтрация, в сравняваемой – лишь у 14,8% (4чел). На 20 сутки в основной группе только в 1(4%) случае прозрачность лёгочной ткани полностью не восстановилась (пациентка 88 лет). В сравнительной группе в 5(18,5%) случаях инфильтрация не исчезла на 20 сутки, причём в 2 из них произошло абсцедирование лёгочной ткани. У пациентов основной группы в 10 случаях диагностирован выпот в плевральной полости. Полное исчезновение произошло в 100% случаев на 20 сутки, причём в 80% из них на 10 сутки. В сравнительной группе только в 12,5% случаев исчез выпот на 10 сутки, в 3 случаях жидкость в плевральной полости не исчезла и на 20 сутки.

Окончательная клиническая эффективность ступенчатой терапии оценивалась на 20 сутки исхода тяжёлой ВП. Терапия считалась эффективной при исчезновении клинических признаков пневмонии с нормализацией (или чёткой тенденцией к нормализации) рентгенологической картины. Во всех других случаях терапия расценивалась как неэффективная. В данном исследовании в основной группе ни у одного из пациентов не было случаев отрицательной рентгенологической динамики и признаков рецидива клинической симптоматики пневмонии после прекращения ступенчатой антибактериальной терапии. Клиническая эффективность была расценена в 96% случаев (24 пациента) как выздоровление, в 4% случаев (1 пациент – больная 88 лет) – как улучшение. В соответствии с этим терапия была признана эффективной 100% случаев. Клиническая эффективность в сравнительной группе была расценена в 81,5% случаев (22 пациента) как выздоровление, в 18,5% (5 пациентов) – как отсутствие эффекта. В соответствии с этим, терапия была признана эффективной в 81,5% случаев.

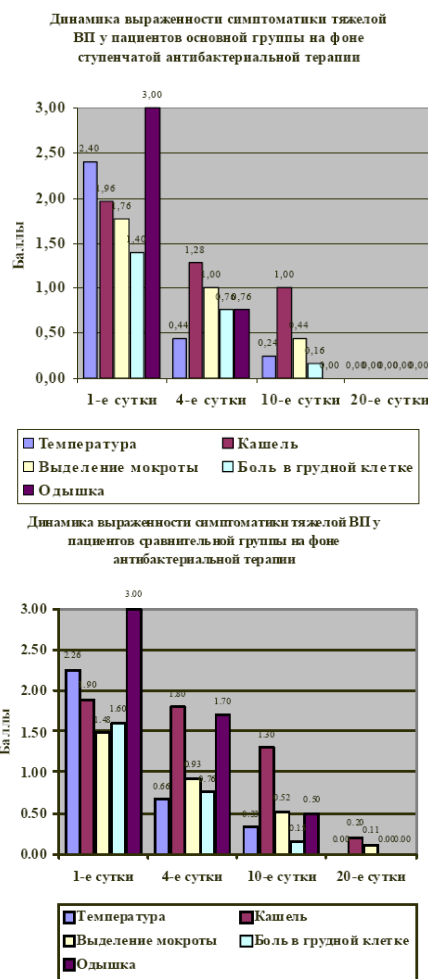


Рис. 1. Динамика выраженности симптоматики тяжёлой ВП у пациентов основной и сравнительной групп на фоне ступенчатой антибактериальной терапии.

По частоте и выраженности побочных эффектов достоверной разницы в обеих группах выявлено не было. В основной группе нежелательные эффекты наблюдались в 3 (12%) случаях в виде болезненности в эпигастральной области, гематомы на туловище и конечностях на фоне гепаринотерапии, кандидозного эндоцервицита. Ни в одном из случаев не требовалась отмена препарата. На фоне применения антибактериальных препаратов не было отмечено каких-либо значимых изменений параметров ЭКГ и анализов крови. В сравнительной группе нежелательные эффекты были в 5 случаях в виде флебита, диареи, постинъекционного инфильтрата и крапивницы. По мнению больных, принявших участие в данном исследовании, в большинстве случаев переносимость АБП, использованных в рамках ступенчатой АБТ, была хорошей (в 12% случаев) или очень хорошей (в 88% случаев).

Выводы. В результате проведенного сравнительного исследования эффективности и безопасности ступенчатой антибактериальной терапии тяжелой внебольничной пневмонии была показана ее высокая эффективность (100%), безопасность и отличная переносимость (88%). Таким образом, ступенчатая АБТ является одним из наиболее действенных подходов к терапии ТВП, способствующих сокращению срока пребывания больного в стационаре и значительному снижению стоимости лечения.

Литература

1. *Зайцев А.А.* Лечение внебольничной пневмонии у военнослужащих в условиях стационара (Фармакологический анализ) /А.А. Зайцев, О.И. Ключков, А.И. Синопальников // Клиницист. 2007, № 4. С. 22–28.
2. *Лещенко И.В.* Анализ летальности и оценка эффективности антибактериальной терапии при внебольничной пневмонии в Свердловской области / И.В. Лещенко, Н.М. Трифанова, В.А.

Руднов, А.В. Дрозд, Р.Е. Лещенко, З.Д. Бобылёва, Г.Б. Колотова // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2006. Т.8, №3. С. 280–289.

3. Респираторная медицина: руководство / под ред. А.Г. Чучалина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.

4. Сидорова Л.Д., Куделя Л.М., Можина Л.Н. и др. Тяжёлые внебольничные пневмонии. Проблемы клинической медицины. 2005, №1. С. 36–9.

5. Синопальников А.И. Внебольничные инфекции дыхательных путей: диагностика и лечение: руководство для врачей / А.И. Синопальников, Р.С. Козлов // Приложение к СССРХХХХХ тому «Военно-медицинского журнала». М.: ООО «Издательский дом «М-Вести», 2008. 272 с.

6. Стецук О.У., Андреева И.В. Современные принципы антибактериальной терапии тяжёлых и жизнеугрожающих бактериальных инфекций. Фарматека. 2008, № 4. С. 12–17.

7. Черняев А.Л. Внебольничная пневмония в стационаре: анализ ведения больных (по данным историй болезни) / А.Л. Черняев, Е.П. Лукашенко, С.Ю. Чикина // Пульмонология. 2009, № 1. С. 44–50.

8. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Страчунский Л.С. и др. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2006, № 8. С. 54–86.

9. American Thoracic Society, Centers for Disease Control and Prevention, Infectious Diseases Society of America. American Thoracic Society / Centers for Disease Control and Prevention / Infectious Diseases Society of America: controlling tuberculosis in the United States. Am. J. Respir. Crit. Care Med. 2005; 172: 1169–227.

10. Garcia-Vidal C., Fernandez-Sabe N., Carratala J. et al. Early mortality in patients with community-acquired pneumonia: causes and risk factors. Eur. Respir. J. 2008; 32: 733–739.

11. Jefferson T., Demicheli V., Rivetti D. et al. Antivirals for influenza in healthy adults: systematic review. Lancet 2006; 367: 303–313.

12. Leroy O., Saux P., Bedos J.P., Caulin E. Comparison of levofloxacin and cefotaxime combined with ofloxacin for ICU patients with community-acquired pneumonia who do not require vasopressors. Chest 2005; 128: 172–183.

13. Niederman M.S., Mandell L.A., Anzueto A. et al. Guidelines for the management of adults with community-acquired pneumonia. Diagnosis, assessment of severity, antimicrobial therapy, and prevention. Am. J. Respir. Crit. Care Med. 2001; 163: 1730–1754.

14. Ramirez J.A., Bordon J. Early switch from intravenous oral antibiotics in hospitalized patients with community-acquired Streptococcus pneumoniae pneumonia. Arch. Intern. Med. 2001; 161: 848–850.

15. Waterer G.W., Somes G.W., Wunderink R.G. Monotherapy may be suboptimal for severe bacteremic pneumococcal pneumonia. Arch. Intern. Med. 2001; 161: 1837–1842.

EARLY STEP-BY-STEP ANTIBACTERIAL THERAPY FOR TREATING PATIENTS WITH SEVERE OUT-PATIENT FORM OF PNEUMONIA

E.V. ALMAZOVA, V.N. ABROSIMOV

Clinical Hospital after N.A. Semashko
Ryazan State Medical University after acad. I.P. Pavlov

The aim of this paper is to estimate the clinical effectiveness, safety and tolerance of early step-by-step antibacterial therapy in patients with severe out-patient form of pneumonia in comparison with other types of therapy. The patients under examining were randomized into two groups: 1) the basic group – patients with criteria of serious out-of-hospital pneumonia, treated with the method of step-by-step antibacterial therapy (25 persons – 10 men; 15 women, middle age 50,6±3,8 years); 2) the control group – patients with criteria of severe out-of-hospital pneumonia, which was treated with other types of therapy (27 persons – 16 men; 11 women, middle age 40,7±9,6 years). The average course of antibacterial therapy was 9,2 days in the main group and 16,8 days in the control one. X-ray examination didn't reveal pneumonia improvement in 18,5% of cases in the control group. Therapy was considered to be effective in 100% of cases in the main group and 81,5% in the control one. All drugs used in step-by-step antibacterial therapy were tolerated well by all patients; no serious side-effect reactions were marked, so there was no need to discontinue the use of the drugs.

Key words: out-patient form of pneumonia, step-by-step antibacterial therapy, clinical effectiveness.

УДК 618. 11/14 – 089. 87: 615. 384

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЕРФТОРАНА В КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ РАННИХ ГЕМОРЕОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ МАТКИ С ПРИДАТКАМИ

Р.И. РАГИМОВА*

Представлены результаты коррекции гемореологических нарушений после операции удаления матки с придатками. Доказано, что применение перфторана в комплексной терапии способствует снижению вязкости крови, гематокрита и улучшению микроциркуляции, что приводит к существенному уменьшению риска возникновения тромбозомболических осложнений в ранние сроки после обширных операций на матке с придатками.

Ключевые слова: перфторан, гемореологические нарушения, операции на матке с придатками.

Общая частота тромбозомболических осложнений после гинекологических вмешательств составляет от 4 до 22% по данным [8,9,11], а в общей хирургии – 30% (ТГВ). Летальность среди нелеченых достигает до 30% [2,6], но при рано начатой терапии антикоагулянтами не превышает – 10% (Rich .S.). Основой развития тромбозомболических осложнений (ТЭО) является хронический ДВС – синдром в стадии длительной гиперкоагуляции, источником тромбообразования у женщин с гиперпластическими процессами и служат сосуды, ближайшие к зоне операции, что подтверждено патоморфологически [4]. Система гемостаза оказывает влияние на гемореологию, гемодинамику, проницаемость сосудистой стенки, участвует в заживлении ран, воспалении, и в то же время сама подвергается воздействию этих факторов [2,3,6,11].

По данным литературы [1,5,7,10] перфторан, растворяясь в мембране эритроцитов, делает их более эластичными и легко деформируемыми, уменьшая вязкость крови, что улучшает их прохождение через капилляры, а следовательно, и доставку кислорода тканям. Обладая дезагрегационным действием на тромбоциты, перфторан разрушает тромбоцитарные агрегаты, что также способствует реканализации сосудистого русла. Все это послужило основанием для включения плазмозамениителя перфторана в программу комплексной инфузионно-трансфузионной терапии для коррекции ранних гемореологических нарушений после обширных гинекологических операций.

Цель исследования – коррекция ранних гемореологических нарушений после операции удаления матки с придатками (гинекологических операций).

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач нами выполнены эксперименты на многопородных беспородных 30 собаках (самках) с массой от 13 до 20 кг с соблюдением всех этических норм. Под внутривенным тиопенталовым наркозом вскрывали брюшную полость – нижняя срединная лапаротомия. У всех животных удаляли матку с придатками. Операции выполнены в трех сериях: 1 серия опытов (10 животных) – изучали показатели гемореологии крови в динамике после операции (при этом коррекцию не производили), во 2 серии (10 животных) после операции для коррекции гемореологических нарушений использовали традиционный метод лечения (реополиглюкин вводили внутривенно капельно в дозе 5-7 мл на 1 кг веса, гепарин в дозе 5 тыс. ЕД 2 раза в день) – контрольная группа, в третьей серии (10 животных) после операции использовали комплексный метод лечения, суть которого заключается в следующем: перед зашиванием операционной раны в боковую клетчатку таза вводили раствор озонированного перфторана. В первые три дня после операции вводили гепарин в дозе 1,5-2,0 тыс. ЕД 2 раза в сутки, внутривенно капельно вводили раствор реополиглюкина в дозе 7-8 мл на 1 кг веса. На 1,3,5 сутки после операции внутривенно вводили еще и раствор перфторана в дозе 10-15 мл на 1 кг веса (решение о выдаче патента РФ № 2007148938/14 (053660) от 27.11.2008 г.) – основная группа. Дозы рассчитывались индивидуально. Перед введением основного объема перфторана, производили постановку биологической пробы: после введения первых 3-5 капель перфторана делали перерыв на 3 минуты, и после последующих 30 капель еще перерыв на 15-20 минут для выявления возможных аллергических реакций. При отсутствии последних продолжали вливание в произвольном темпе, в среднем со скоростью 50 капель в 1 минуту. Изучали у всех животных некоторые показатели реологии крови: вязкость, гематокрит и скорость капиллярного кровотока. Вязкость крови

* НИИ ЭЧ и ГТ ГОУ ВПО «Дагосмедакадемия ФАЭ и СР», г. Махачкала, пл. Ленина 1, тел. 8(8722) 67-59-70