

останніх років показана недоцільність застосування бактеріостатичних препаратів, до яких відноситься левоміцетин, у інфекційних хворих при наявності септичного процесу та септичного шоку, в тому числі і при менінгококемії.

З метою підвищення якості надання медичної допомоги хворим дітям ми пропонуємо наступні зміни. По-перше, до отримання підтвердження етіології захворювання розглядати інвазивні клінічні форми можливої МІ у дітей як позалікарняний менінгіт та сепсис, етіологічний спектр яких включає менінгокок, пневмокок та гемофілну паличку [3]. У зв'язку з цим для емпіричної антибіотикотерапії використовувати цефалоспорины III генерації (цефтриаксон, цефотаксим), як на догоспітальному, так і на госпітальному етапах. По-друге, широко застосувати клініко-мікробіологічні критерії ВООЗ для

визначення доведеної інвазивних форм МІ, де виділяють доведений, ймовірний та можливий випадки. По-третє, скласти план антибіотикотерапії у відповідності до ступеня доведеної МІ (можливі та ймовірні випадки повинні лікуватись виключно вказаними цефалоспориными III генерації), а також з урахуванням даних про резистентність виділеної культури менінгококку (при чутливості до пеніциліну – перехід на його застосування, при резистентності – цефалоспорины III генерації). Використання левоміцетину можливе як на догоспітальному, так і на госпітальному етапах у дітей з відомими реакціями на β -лактамі антибіотики. І останнє: тривалість антибіотикотерапії доведених форм МІ повинна складати 5 діб – для менінгококемії та 7 діб – для менінгіту.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Инфекционные болезни у детей / Под ред. Д.Мари / Пер. с англ.- М.: Практика, 2006.- 928 с.
2. Крамарев С.О. Инфекційні хвороби у дітей: (Клінічні лекції) / За ред. С.О.Крамарева.-К.:МОРІОН, 2003.- 480 с.
3. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии / Под ред. Страчунского Л.С., Белоусова Ю.Б., Козлова С.И.- Смоленск: МАКМАХ, 2007.- 464с.
4. Про затвердження Протоколів діагностики та лікування інфекційних хвороб у дітей: Наказ МОЗ України № 354 // Зб. нормативно-директивних документів з охорони здоров'я.- К., 2004.- №42.- С. 89-122.



УДК 616.24-007.272-036.1-022.7-002.1:615.33:615.833

**А.В. Курята,
В.П. Гейченко,
И.Л. Караванская,
Фарран Хабиб Али,
А.В. Сабодаш***

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГАЛЯЦИОННОГО АНТИБИОТИКА У БОЛЬНЫХ С ИНФЕКЦИОННЫМ ОБОСТРЕНИЕМ ХОЗЛ

*Днепропетровская государственная медицинская академия
кафедра госпитальной терапии № 1 и профпатологии
(зав.- д.мед.н., проф. А.В.Курята)
Областная клиническая больница им. И.И.Мечникова*
г.Днепропетровск*

Ключевые слова: *хронические обструктивные заболевания легких, инфекционное обострение, антибиотикотерапия*
Key words: *chronic obstructive pulmonary diseases, infections exacerbation, antibioticotherapy*

Резюме. *Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) – одна з найважливіших проблем охорони здоров'я. Згідно з наказом МОЗ України від 19.03.07р. № 128, у випадку доведеного інфекційного загострення ХОЗЛ показані антибіотики. Вивчено вплив інгаляційного антибіотика флуїмуцил – антибіотик ІТ, отримуваного протягом 10 днів по 500 мг 1 раз на добу у 14 хворих (середній вік - 49,7±14,9 року) з інфекційним загостренням ХОЗЛ. Результати дослідження підтверджують, що поєднання двох активних сполук в одній лікарській формі підвищує стійкість антибіотика, має протизапальну та муколітичну дію, що асоціюється з клінічним поліпшенням у вигляді зменшення кашлю, полегшення виділення мокротиння і приросту функціональних показників.*

Summary. *Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is one of the most important problem of health protection. According to the Order of MPH of Ukraine, from 19.03.07 N 128, in case of a proved infectious exacerbation of COPD, antibiotics are indicated. An impact of inhalation antibiotic Fluimucil-Antibiotic IT, received by 14 patients (median age – 49,7±14,9 years) during 10 days in the dose of 500mg once a day in case of infections exacerbation of COPD was studied. Research results confirm, that combination of two active compounds in one medicinal form increases resistance of antibiotic, causes antiinflammatory and mucolytic action; this is associated with clinical improvement: reduction of cough, easier discharge of sputum, rise of functional findings.*

Хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ) – одна из важнейших проблем здравоохранения. [8]. Данное заболевание занимает 4-е место среди всех причин смерти в общей популяции, что составляет 4% в структуре общей летальности.[3, 5]. Эффективность мер по прекращению прогрессирования ХОЗЛ, а следовательно, и формированию гемодинамических расстройств, зависит от возможностей лечения хронического воспаления, лежащего в основе патогенеза этого заболевания. [1, 2, 3, 6, 7].

Согласно приказу МЗО Украины от 19.03.07р. № 128, в случае доказанного инфекционного обострения ХОЗЛ показаны антибиотики. [7]. Вопрос назначения антибактериальных препаратов всегда актуален. Согласно данных предварительных исследований, трем четвертям пациентов, которые обращаются за медицинской помощью с признаками обострения заболевания нижних дыхательных путей, назначаются антибиотики, при том, что не всегда удается выделить возбудитель инфекции, а ряд антибактериальных препаратов или в целом не влияют, или мало влияют на природное течение заболевания. Кроме того, антибиотики повышают плотность мокроты, поскольку освобождают ДНК во время лизиса микробов, поэтому правильное сочетание антимикробного и муколитического действия при лечении ХОЗЛ является очень важным.

В лечении ХОЗЛ предпочтение отдают ингаляционному пути введения лекарственных препаратов. Именно для ингаляционного лечения, которое является наименее инвазивным и таким, которое действует в месте воспаления, мы использовали комбинированный препарат Флуимуцил-Антибиотик ИТ, обладающий сочетанным антибактериальным и муколитическим эффектом. [9]. В составе препарата два активных вещества –N-ацетилцистеин и тиамфеникола глицинат (усовершенствованная формула левомицетина с существенным снижением побочных эффектов последнего). Тиамфеникол имеет широкий спектр антибактериальной активности к

большинству возбудителей респираторной инфекции, включая атипичные и внутриклеточные возбудители, а муколитические особенности ацетилцистеина облегчают проникновение антибиотика как в нижние дыхательные пути, так и к внутрибронхиальным скоплениям слизи, где возбудители инфекции недоступны для других антибактериальных препаратов. Кроме того, препарат имеет высокий коэффициент проникновения в легочную ткань [10].

На лечении в пульмонологическом отделении Днепропетровской областной клинической больницы им.И.И.Мечникова находилось 28 больных с инфекционным обострением ХОЗЛ (14 мужчин и 14 женщин), в возрасте от 35 до 74 лет (49,7±14,9 года), с рентгенологическим подтверждением отсутствия пневмонии. ХОЗЛ второй стадии (II) выявлено у 20 (71,4%) больных, III стадия – у 8 (28,6%). Из них – 60 % курящие (стаж курения – 15,5±7 пачко-лет). В соответствии с целью работы клиническую эффективность Флуимуцил- антибиотик ИТ изучали в сравнении в 2 группах: в 1-й (14 больных) применялась терапия в соответствии со стандартами лечения данного заболевания [7] в сочетании с препаратом Флуимуцил- антибиотик ИТ (курс лечения препаратом составлял 10 дней по 500 мг в 1 раз в сутки (ингаляционно), во второй группе (14 больных –контроль) терапия без ингаляционного антибиотика. Пациенты обеих групп были сопоставимы по возрасту, полу, количеству курящих.

Оценка клинического состояния больных проводилась до начала лечения, на 3-5-й день и на 10-й день лечения.

Эффективность терапии оценивали по изменениям клинической картины заболевания: уменьшению одышки, количества отхождения мокроты, изменению ее цвета, уменьшению содержания лейкоцитов в общем анализе мокроты, уменьшению лейкоцитоза и СОЭ в общем анализе крови, С-реактивного белка, изменению функции внешнего дыхания по данным спирометрии.

Проводимое лечение считали эффективным при значительном уменьшении всех симптомов и объективных признаков инфекции, возвращению симптоматики ХОЗЛ к исходному уровню до обострения.

Все пациенты приняли полный курс лечения.

При использовании флуимуцил – антибиотик ИТ у больных отмечалось снижение температуры в среднем на 3-й день лечения, параллельно – уменьшение силы кашля, количества мокроты, отмечалось облегчение ее экспекторации, особенно у больных основной группы. Уменьшилась одышка. Увеличилось количество пациентов, у которых одышка из выраженной и умеренной стала легкой ($41 \pm 2,2\%$ основной группы) по сравнению с ($38 \pm 1,2\%$ группы контроля). Аускультативная картина в легких улучшилась.

Противовоспалительное действие флуимуцил – антибиотик ИТ ассоциировано со снижением уровня в плазме крови маркера воспаления – СРБ. По окончании курса лечения отмечалось снижение уровня СОЭ у 10 больных (с изначально повышенным уровнем СОЭ). Отмечалось уменьшение содержания лейкоцитов в мокроте (у 9 больных основной группы-64,3%, у 8-группы контроля-57%), на 10-е сутки у всех пациентов. Наблюдался прирост функциональных показателей (за 10 дней лечения увеличился объем форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ₁) в основной группе с $56,6 \pm 1,4\%$ до $61,2 \pm 1,5\%$ и от $55,9 \pm 2,2\%$ до $59,7 \pm 1,8\%$ в контрольной группе соответственно).

Результаты анализа клинической эффектив-

ности свидетельствуют о том, что хотя положительный результат был достигнут у всех больных, но более выраженным он был среди пациентов с менее тяжелыми проявлениями ХОЗЛ.

Лечение данным препаратом хорошо переносилось, что подтверждалось и положительной оценкой, которую давали препарату пациенты, его принимавшие. При аэрозольных ингаляциях не отмечалось появление побочных эффектов, таких как риниты, стоматиты. Никто из пациентов не жаловался на охриплость голоса, першение в горле.

В данном исследовании, проведенном на ограниченном контингенте больных с ХОЗЛ, подтверждена эффективность флуимуцил – антибиотик ИТ при инфекционном обострении ХОЗЛ, хорошая переносимость и возможность использования параллельно с другими препаратами. Препарат можно применять в виде ингаляций, что расширяет возможности антибиотико- и муколитической терапии у лиц с нарушениями со стороны ЖКТ, которым противопоказан прием препаратов этих групп перорально. Кроме того, сочетание двух групп препаратов в одном позволяет повысить эффективность лечения инфекционного обострения ХОЗЛ.

Не смотря на то, что ХОЗЛ является прогрессирующим заболеванием, правильно подобранная и своевременно назначенная терапия может значительно уменьшить прогрессирование бронхообструкции и тяжесть заболевания (5).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРИ

1. Авдеев С.Н. Влияние длительного приема N-ацетилцистеина на частоту обострений ХОБЛ // Атмосфера. Пульмонология и аллергология.- 2007.- №1.- С.12-14.
2. Болезни органов дыхания: (Метод. пособие.)/ Под ред. Т.А. Перцевой. – Днепропетровск: 2001. – 172 с.
3. Влияние ингаляционной глюкокортикостероидной терапии на эндотелиальную функцию и состояние легочно-сердечной гемодинамики у больных хронической обструктивной болезнью легких / Кузубова Н.А., Перлей В.Е., Гичкин А.Ю. и др. // Пульмонология.- 2007.- №5.- С.84-89
4. Кароли Н.А., Ребров А.П. Предикторы риска смерти пациентов с ХОБЛ // Пульмонология.- 2007.- №3.- С. 77-80.
5. Козачок М.М., Висотюк Л.О., Селюк М.М.

- Клінічна пульмонологія. – К.: ДСГ Лтд, 2005. – 430 с.
6. Перцева Т.А. Антибактериальная терапии в пульмонологии: что нового? // Здоров'я України.- 2006.- №5.- С.34-35.
7. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія»: Наказ № 128 від 19.03.07. – К., 2007р.
8. Сахарчук І.І. Клінічна пульмонологія.- К.: Книга плюс, 2003.
9. Чернеховская Н.Е. Лечебные бронхоскопии и применение Флуимуцила - антибиотика ИТ // Атмосфера. Пульмонология и аллергия.- 2006.-№4. - С.36-38.
10. Чикина С.Ю. Флуимуцил: разнообразие лекарственных форм и способов доставки //Атмосфера. Пульмонология и аллергия.- 2007.-№3.- С.42-46.

