

Ключевые слова: курение табака, эпидемиология, астенический симптомокомплекс.

Slepchenko N. S.

SMOKING TOBACCO AMONG ADOLESCENTS AND ITS INFLUENCE ON THE FORMING OF ASTHENIC SYNDROME
Summary. *The prevalence and intensity of the smoking was studied among the schoolchildren at the age of 13-16 years old. The motivational factors that promote the involving of the adolescents to smoking and their attitude to this habit were detected. The influence of the smoking on the forming of the asthenic syndrome was established.*

Key words: *smoking of tobacco, epidemiology, asthenic complex of symptoms.*

Стаття надійшла до редакції 14.11.2012р.

© Барало Р.П.

УДК: 616.62-003.7:615.28

Барало Р.П.

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова, кафедра клінічної фармації і клінічної фармакології (вул. Пирогова, 56, м.Вінниця, 21000, Україна)

АНТИБАКТЕРІАЛЬНА ТЕРАПІЯ ПРИ УСКЛАДНЕНІЙ СЕЧОКАМ'ЯНІЙ ХВОРОБИ

Резюме. *Проведено аналіз 64 історій хвороб пацієнтів на СКХ, що перебували в урологічному відділенні ВОКЛ ім. М.І.Пирогова. Всі пацієнти приймали антибактеріальну терапію, переважно цефалоспоринони та фторхінолони II-III-IV поколінь. Хворі, у яких камінець вийшов без хірургічного втручання, отримували монотерапію пероральним антибіотиком тривалістю до 5-6 діб. Хворі, у яких проводилось хірургічне втручання, отримували одноденну передопераційну профілактику та комбіновану парентеральну антибіотикотерапію в післяопераційному періоді. Поява гнійного запалення в сечових шляхах потребувала призначення трьох і навіть чотирьох антибіотиків тривалістю до 10-12 днів із подальшим переведенням пацієнтів на пероральний прийом цих же ліків в амбулаторних умовах.*

Ключові слова: *сечокам'яна хвороба, антибіотикопрофілактика, антибіотикотерапія.*

Вступ

Кристалурії та сечокам'яна хвороба (СКХ) займають одне з провідних місць у структурі урологічних і нефрологічних захворювань за поширеністю, частотою звернення по медичну допомогу і госпіталізацією в стаціонар. Так, від уролітіазу страждає 8-15% населення Європи і Північної Америки. У країнах СНД від сечокам'яної хвороби, за даними деяких авторів, страждає від 3 до 6% населення [Эрман, 2010]. Останніми роками в Україні реєструється підвищення захворюваності на сечокам'яну хворобу (СКХ) як у дорослих, так і в дітей [Пепенін, Спиридоненко, 2004]. У більшості (60-70%) хворих із каменями нирок і сечоводів перебіг хвороби ускладнюється приєднаною інфекцією, що значно погіршує прогноз. Згідно з даними NNIS (США), російських, а також вітчизняних дослідників поширеність збудників, що виділені при хірургічних втручаннях, за останні десятиліття суттєво не змінилась, не дивлячись на те, що ці показники в різних хірургічних клініках відрізняються достатнім різномаяттям [Ефименко і др., 2002, 2004; Emori, Gaynes, 1993, Mehta, Niederman, 2003]. Інфекція, збудниками якої найчастіше бувають кишкова паличка, стафілокок, стрептокок, вульгарний протей, проявляється у вигляді гострого чи хронічного пієлонефриту, уретериту, пієонефрозу. Повністю ліквідувати інфекцію при сечокам'яній хворобі, особливо якщо камінь порушує уродинаміку, практично неможливо, і тому антибактеріальну терапію призначають перед операцією і після неї. Тривалість антибіотикопрофілактики визначається об'ємом і тривалістю оперативного втручання, важкістю інфекційного процесу до операції. В

післяопераційному періоді проводиться антибіотикотерапія аж до видалення дренажів [Ефименко і др., 2002]. Мікробна контамінація операційної рани є неминучою (у 80-90% випадків) навіть при ідеальному дотриманні правил асептики і антисептики [Яковлев і др., 2003].

Метою дослідження було вивчення стану антибіотикопрофілактики і антибіотикотерапії у пацієнтів з ускладненою сечокам'яною хворобою в умовах урологічного відділення ВОКЛ ім.М.І.Пирогова.

Матеріали та методи

Проведено аналіз тактики ведення пацієнтів із СКХ в урологічному відділенні Вінницької обласної лікарні ім. М.І. Пирогова за перший квартал 2012р. Відібрано 64 історії хвороби (16 чоловіків і 48 жінок). Самими молодими були пацієнти - 23 роки (жінка) і 30 років (чоловік), а самими старими 81 рік (жінка) і 73 роки (чоловік). Основну масу склали хворі у віці 35-60 років. Всі пацієнти отримували антибіотики чи для профілактики, чи/і для терапії загострення запального процесу. Для зручності проведення аналізу хворих розділили на дві групи - перша група (17 хворих), у них камінець вийшов самостійно без оперативного втручання, друга група (47 хворих), у них камінець видалявся за допомогою різних методів оперативного втручання.

Результати. Обговорення

Серед антибіотиків найбільш часто використовувались цефалоспоринони (ЦП) II - III поколінь і фторхінолони (ФХ) II - III - IV поколінь (табл. 1).

Таблиця 1. Вибір АБ у пацієнтів із СКХ.

АБ-препарат	Групова приналежність
Цефепім (абіпім)	Цефалоспорин
Цефтріаксон (емсеф, терцеф, ауросцеф)	Цефалоспорин III покоління
Цефтазидим (фортум)	Цефалоспорин III покоління
Цефоперазон (медоцеф)	Цефалоспорин III покоління
Цефуроксим (бактілем)	Цефалоспорин II покоління
Гатіфлоксацин (гатімак, тебріс, га флокс)	Фторхінолон IV покоління
Левефлоксацин (локсоф)	Фторхінолон III покоління
Ципрофлоксацин (цифрак ОД, ципринол)	Фторхінолон II покоління
Норфлоксацин	Фторхінолон II покоління
Офлоксацин	Фторхінолон II покоління
Амоксицилін (флемоксина солютаб)	Амінопеніцилін
Медоклав	Захищений пеніцилін
Фурамаг	Нітрофуран
Метрогіл	Похідне нітроїмідазол
Орнідазол (мератин)	Антипротозойний ЛЗ

Таблиця 2. Види оперативних втручань у хворих II групи.

Вид втручання	Кількість хворих
Стентування нирки	15
Заміна стента нирки	6
Уретеролітоекстракція	5
Уретеролітомія зі стентуванням нирки	4
Уретеролітомія із накладанням нефростоми	5
Заміна нефростоми	6
Пієлолітомія із накладанням нефростоми	6

Таблиця 3. Аналіз АБ-терапії хворих при уретеролітомії із накладанням нефростоми.

АБ-терапія			
Моно-терапія	Тривалість (дні)	Комбінована терапія	Тривалість (дні)
-	-	ЦП IV (в/м) + ФХ IV (в/в)	6
-	-	ЦП III (в/м) + ФХ III (в/в)	6-11
-	-	ЦП III (в/м) + ФХ III (в/в) + метрогіл (в/в)	12
-	-	ЦП IV (в/м) + метрогіл (в/в) + ФХ III (в/в)	8

Таблиця 4. Аналіз АБ-терапії хворих при пієлолітомії із накладанням нефростоми.

АБ-терапія			
Моно-терапія	Тривалість (дні)	Комбінована терапія	Тривалість (дні)
-	-	ЦП IV (в/в) + ФХ IV (в/в)	7
-	-	ЦП III (в/м) + ФХ III (в/в)	7
-	-	ЦП III (в/в) + ФХ IV (в/в) + метрогіл (в/в) + мератин (в/в)	12
-	-	ЦП III (в/в) + ФХ IV (в/в)	11
-	-	ЦП III (в/в) + ФХ IV (в/в) + метрогіл (в/в)	11

Пацієнти першої групи рівномірно були представлені особами обох статей. У 11 хворих (64,7%) камінь локалізувався у сечоводі (більше в правому - у 9 осіб), у 6 хворих (35,3%) - в нирці. Лише у 3 пацієнтів (17,6%) після відходження камінця було загострення пієлонефриту. Відповідно їм була проведена комбінована анти-

мікробна терапія двома антибактеріальними препаратами - парантеральним цефалоспорином III покоління і пероральним фторхінолоном II чи III покоління. Курс лікування не перевищував 10 днів. Іншим 14 пацієнтам з метою профілактики загострення пієлонефриту проводили монотерапію пероральним антибіотиком - амінопеніциліном, чи фторхінолоном, чи цефалоспорином (за вибором) коротким курсом, тривалістю до 5-6 днів. Серед пацієнтів 2 групи найбільш часто проводили процедуру стентування нирки - у 34,04%. Всі інші види оперативних втручань розподілялися рівномірно (табл. 2).

При аналізі тактики призначення антибіотиків цієї категорії пацієнтів були виявлені наступні закономірності: 1. хворим частіше призначалась комбінована терапія антибіотиками; 2. для комбінованої терапії використовувались переважно препарати III - IV поколінь із групи цефалоспоринів і фторхінолонів; 3. препарати вводились парентерально; 4. курси лікування антибіотиками тривали не менше 7 днів; 5. антибіотикотерапія продовжувалась на амбулаторному етапі лікування за дескалаційним принципом - із використанням тих же груп антибіотиків лише перших генерацій і в пероральній формі застосування, чи амінопеніцилінів, чи захищених пеніцилінів. У 50% хворих процедура стентування нирки супроводжувалась профілактичним призначенням антибіотиків за день до оперативного втручання. Призначались цефалоспорино чи фторхінолони III генерації в парентеральних формах. В післяопераційному періоді 5 хворим (33,3%) призначалась монотерапія парентеральним антибіотиком із групи цефалоспоринів чи фторхінолонів III генерації чи флемоксину солютаб, курс лікування тривав 5 днів. Інші хворі (76,7%) отримували комбіновану парентеральну терапію. Із них - 4 хворих (26,6%) - ЦП III генерації із ФХ II - III генерації; 6 хворих (40%) - до такої комбінації додано метронідазол. Курс лікування тривав 7-10 днів. Уретеролітомія проводилась на фоні гнійного запалення в сечових шляхах. Це відобразилось і на тактиці призначення антибіотиків. Всі пацієнти отримували комбіновану парентеральну антибіотикотерапію тривалістю 6-12 днів. В комбінації були включені ЦП і ФХ III - IV поколінь, а також їх поєднання із метронідазолом (табл. 3).

Самою важкою була група пацієнтів, яким проводилась пієлолітомія із накладанням нефростоми - 6 пацієнтів (13%). Хворі перебували на парентеральній (переважно внутрішньовенній) комбінованій терапії із використанням 2-3 і навіть 4-х антибіотиків (табл. 4). Курси лікування склали 7-12 днів.

Важких септичних ускладнень у пацієнтів із СКХ виявлено не було. Після виписки зі стаціонару всі хворі з другої групи продовжували амбулаторно отримувати антибіотики ще впродовж 7-10 днів. Для цього використовувались пероральні форми антибіотиків різних груп - фурамаг, ЦП II покоління, ФХ II покоління, флемоксину солютаб.

Отже, при призначенні АБ враховували важкість захворювання, можливість ураження сечовивідних шляхів мікробними асоціаціями, які на сьогодні зустрічаються у 30% і більше хворих [Березняков, 2002, Яковлев, 2002] і викликають швидке формування резистентності навіть до фторхінолонів I та II поколінь при інфекції сечових шляхів [Березняков, 2002, Посохова и др., 2004]. Призначаючи комбіновану парантеральну терапію, лікар забезпечує розширення спектру дії антибіотиків (можливість подіяти на можливі мікробні асоціації), швидке досягнення у вогнищі інфекції терапевтичної концентрації антибіотиків, а за умови збереження чутливості мікроорганізмів до вибраних антибіотиків, він забезпечує позитивний результат лікування.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Терапія гнійних запальних ускладнень СКХ (особливо уражень нирки) вимагає призначення цефалос-

поринових та фторхінолонових АБ останніх генерацій, спектр дії яких включає грам (-) збудники, що найчастіше контамінують сечовивідну систему.

2. Парантеральне введення антибіотиків дозволяє швидко створити у вогнищі запалення мінімально пригнічуючу концентрацію (МПК90%), а за рахунок комбінації - максимально розшити антимікробний спектр дії препаратів.

3. Застосування деескалаційного етапу в призначенні антибіотиків: парантерально 5-7 днів (стаціонар) і перорально 10-12 днів (амбулаторно) уберігає пацієнтів від поширення полірезистентної стаціонарної інфекції сечових шляхів.

Вивчення змін фармакокінетичних параметрів призначених антибіотиків у даній категорії пацієнтів, зокрема МПК90% дасть змогу вчасно виявити ріст резистентності флори. Прослідковуючи частоту госпіталізацій пацієнтів, можна буде судити про ерадикаційні можливості обраних схем лікування.

Список літератури

- Березняков И.Г. Новые фторхинолоны в лечении инфекций мочевых путей / И.Г.Березняков //Клин. антибиотикотерапия.- 2002.- №1(15).- С.15-21.
- Антибиотикопрофилактика и антибиотикотерапия основных форм хирургических инфекций: Методические рекомендации / [Н.А.Ефименко, В.И.Хрупкин, П.Ф.Хвещук и др.].- М.: ГВМУ МО РФ.- 2002.- 50с.
- Ефименко Н.А. Инфекции в хирургии. Фармакотерапия и профилактика / Н.А.Ефименко, И.А.Гучев, С.В.Сидоренко.- Смоленск, 2004.- С.3-25.
- Нефрология детского возраста: Рук-во для врачей /М.В.Эрман.- 2-е изд., перераб. и доп.- СПб.: СпецЛит, 2010.- 683с.
- Пепенін В.Р. Стан фагоцитозу та його зміни у хворих на сечокам'яну хворобу єдиної нирки /В.Р.Пепенін, В.В.Спиридоненко //Врачеб. практика.- 2004.- №2.- С.72-74.
- Посохова К. Фторхинолоны: основы эффективного та безопасного застосування /К.Посохова, О.Вікторов, В.Мальцев //Ліки України.- 2004.- №1.- С.14-22.
- Рациональная антимикробная фармакотерапия. Рук-во для практикующих врачей. (Ред. Яковлев В.П., Яковлев С.В.).- М.- 2003.- С.1008.
- Яковлев В.П. Клиническая фармакология нового фторхинолона- левофлоксацина /В.П.Яковлев, Г.Н.Изотова, С.В.Буданова //Клин. фармакология и терапия.- 2002.- Т.11, №1.- С.86-91.
- Mehta R.M. Резистентность к антибиотикам флоры, вызывающей инфекции у больных отделений реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) /R.M.Mehta, M.S.Niederman //В кн.: Антимикробная терапия тяжелых инфекций в стационаре. Москва.- 2003.- С.35-47.
- Emori T.G. An overview of nosocomial infections, including the role of the microbiology laboratory /T.G.Emori, R.P.Gaynes //Clin. Microbiol. Rev.- 1993.- Vol.6, №4.- P.428-442.

Барало Р.П.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Резюме. Проанализированы 64 истории болезней пациентов на МКБ, которые находились в урологическом отделении ВОКБ им. Н.И.Пирогова. Все пациенты принимали антибактериальную терапию, преимущественно цефалоспорины и фторхинолоны II - III - IV поколений. Больные, у которых камень вышел без хирургического вмешательства - получали монотерапию пероральным антибиотиком длительностью до 5-6 дней. Больные, у которых проводилось хирургическое вмешательство, получали за день до вмешательства антибиотикопрофилактику и комбинированную парантеральную антибиотикотерапию в послеоперационном периоде. Наличие гнойного воспаления в мочевыводящих путях требовало назначения трех и даже четырех антибиотиков длительностью до 10-12 дней. Далее эти пациенты в амбулаторных условиях продолжали прием этих же лекарств перорально.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, антибиотикопрофилактика, антибиотикотерапия.

Baralo R.P.

ANTIBACTERIAL THERAPY FOR COMPLICATED UROLITHIASIS

Summary: It was made analysis of 64 medical history of patient's with urolithiasis, who were treated in urology departmen of Pirogov regional hospital. All patients were treated with antibacterial therapy, mainly Cephalosporines and fluoroquinolones II-III- IV generation. The patients, who excreted calculi without surgical intervention, received antibiotic peroral monotherapy within 5-6 days. The patients, who were spent the surgical intervention, had received presurgical antibiotic prophylaxis a day before and combined parenteral antibiotic therapy in postoperative period. If suppurative infection was availabled in urinary tracts needed prescription of three and even four antibiotics within 10- 12 days'. Farther these patients kept on taking these medicals per os.

Key words: urolithiasis, antibioticsprophylaxi, antibiotics therapy.

Стаття надійшла до редакції 12.11.2012р.