

нітом /М.Ю.Ничитайло, О.П.Кондратюк //Шпитальна хірургія.- 2004.- №2.- С.108-109.  
Шутурма О.Я. Динаміка структурних змін дванадцятипалої кишки за

умов експериментального панкреатиту /О.Я.Шутурма, Н.Є.Лісничук, К.С.Волков //Вісник морфології.- 2007.- №13(1).- С.66-69.  
Comparison of BISAP, Ranson's, APACHE-

II, and CTSI Scores in Predictin Organ Failure, Complications, and Mortality in Acute Pancreatitis /G.I.Papachistou, V.Muddana, Dh.Yadav [et al.] //Am. J. Gastroent.- 2010.- Vol.105.- P.435-441.

**Годлевский А.И., Саволюк С.И., Балабуева В.В., Сацык А.С.**

### ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА У БОЛЬНЫХ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

**Резюме.** Макроскопические изменения, выявленные в структуре слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки во время проведения эндоскопического обследования, служат объективным критерием определения морфологической формы острого панкреатита у больных старшей возрастной группы.

**Ключевые слова:** острый панкреатит, эзофагогастроуденоскопия, слизистая оболочка двенадцатиперстной кишки, морфологическая форма острого панкреатита.

**Godlevsky A.I., Savolyuk S.I., Balabuieva V.V., Satsyk A.S.**

### ENDOSCOPIC CRITERIA FOR ASSESSING THE SEVERITY OF ACUTE PANCREATITIS IN PATIENTS WITH OLDER AGE GROUPS

**Summary.** Macroscopic changes have been revealed in the structure of the duodenal mucosa during the endoscopic examination, are objective criteria for determining the morphological form of acute pancreatitis of the patients in older age groups.

**Key words:** acute pancreatitis, esophagogastroduodenoscopy, the mucous membrane of the duodenum, the morphological form of acute pancreatitis.

Стаття надійшла до редакції 06.12.2013 р.

Годлевський Аркадій Іванович - д.мед.н., професор, Заслужений діяч науки і техніки України, завідувач кафедри хірургії №2 ВНМУ імені М.І.Пирогова

Саволюк Сергій Іванович - д.мед.н., доцент кафедри хірургії №2 ВНМУ імені М.І.Пирогова; +38 0432 67-07-15; savoluk@meta.ua

Сацык Олександр Степанович - хірург відділення хірургії та ендоскопії Вінницької міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги

Балабуева Вікторія Володимирівна - к. мед. н., асистент кафедри хірургії №2 ВНМУ імені М.І.Пирогова; endoxi@ukr.net

© Дзюблик Я.О.

УДК: 616.24-036.12-085

**Дзюблик Я.О.**

ДУ Національний інститут фізіотерії і пульмонології ім. Ф.Г.Яновського НАМН України (вул. М.Амосова, 10, м.Київ, 03680, Україна)

### ЭФЕКТИВНІСТЬ РІЗНИХ РЕЖИМІВ ЕМПІРИЧНОЇ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ З ІНФЕКЦІЙНИМ ЗАГОСТРЕННЯМ ХОЗЛ ІЗ НАЯВНІСТЮ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ІНФЕКЦІЇ, ВИКЛИКАНОЇ P.AERUGINOSA

**Резюме.** 31 пацієнта з інфекційним загостренням ХОЗЛ рандомізували у 3 підгрупи, котрі отримували лікування ципрофлоксацином у дозі 500 мг 2 рази на добу перорально, або левофлоксацином у дозі 500 мг 1 раз на добу перорально, або цефепімом внутрішньовенно у дозі 2,0 г 2 рази на добу. Застосування емпіричної терапії з використанням ципрофлоксацину, левофлоксацину та цефепіму у хворих із інфекційним загостренням ХОЗЛ при наявності факторів ризику синегнойної інфекції є однаково високо ефективним та безпечним.

**Ключові слова:** ХОЗЛ, інфекційне загострення, ефективність лікування, стоимость, P.aeruginosa.

#### Вступ

Основа фармакотерапії хворих із інфекційним загостренням хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) традиційно складають антибактеріальні хіміопрепарати [Фещенко, 2005; Перцева, Плеханова, 2009]. Обираючи необхідний для терапії хворого антибіотик лікар повинен враховувати особливості його фармакокінетики та фармакодинаміки, клінічної та бактеріологічної ефективності, а також притаманні даному регіону спектр та частоту резистентності ключових патогенів. Оскільки антибіотикотерапія хворим із інфекц-

ійним загостренням ХОЗЛ призначається емпірично, були розроблені певні клініко-функціональні маркери деяких інфекцій, що потребують специфічного підходу у лікуванні [Domenech, 2013]. Так, за наявності у хворого тяжкого перебігу захворювання із частими загостреннями, низькими функціональними показниками вентиляції легень, імуносупресією та ін. збільшується ймовірність розвитку інфекції, спричиненою синьогнійною паличкою (P. aeruginosa), яка має природну стійкість до багатьох антимікробних засобів [Фещенко і др.,

2008; Larsen, 2009; Чучалин, 2010].

**Мета** дослідження: оцінити ефективність диференційованих режимів емпіричної антибактеріальної терапії хворих із інфекційним загостренням ХОЗЛ за наявності факторів ризику інфекції, викликані *P. aeruginosa*, та дослідити фармакоекономічні аспекти їх застосування.

### Матеріали та методи

До дослідження були включені 31 стаціонарний пацієнт з інфекційним загостренням ХОЗЛ і наявністю факторів ризику щодо інфекції, спричиненої синьогнійною паличкою (*P. aeruginosa*). До останніх належали:

- нещодавні госпіталізації;
- часті (>4 разів на рік) або нещодавні (в останні 3 міс.) призначення антибіотиків;
- тяжке порушення вентиляційної функції легень (ОФВ1<30%);
- застосування оральних глюкокортикостероїдів (> 10 мг преднізолону на добу протягом останніх 2 тижнів).

Пацієнти даної групи методом рандомізації були розподілені в залежності від застосованої схеми антибіотикотерапії на 3 підгрупи у співвідношенні 1:1:1. Кожному пацієнту, якого було включено до дослідження, надавали відповідний порядковий номер. Хворі з номерами 1, 4, 7 і т.д. склали 1 підгрупу, з номерами 2, 5, 8 і т.д. - другу підгрупу та з номерами 3, 6, 9 і т.д. - третю підгрупу. Всі пацієнти дали письмову інформовану згоду на участь у дослідженні.

Вибір антибіотику здійснювався з урахуванням міжнародних та національних рекомендацій [Woodhead et al., 2011; Фещенко та ін., 2013]. Ефективність його оцінювали через 5 і 10 днів від моменту призначення. Якщо на 5-й день прийому антибактеріального препарату ефект був відсутнім, або стан пацієнта погіршувався, антибіотик замінювали на інший (альтернативний) засіб.

Хворі 1 підгрупи (11 пацієнтів) отримували перорально ципрофлоксацин (Ципринол, "КРКА", Словенія) в дозі 500 мг 2 рази на добу незалежно від прийому їжі впродовж 7-10 днів (у середньому 9,4 доби).

Пацієнтам 2 підгрупи (11 пацієнтів) призначали перорально левофлоксацин (Таванік, "Авентіс Фарма", Франція) у дозі 500 мг 1 раз на добу незалежно від прийому їжі протягом 5-10 днів (8,3 доби).

Е 3 підгрупі (9 осіб) використовували парентерально (в/в) цефепім (Цефепім, "Здоров'я", Україна) у дозі 2 г 2 рази на добу протягом 5-10 днів (у середньому 9,1 доби).

Суттєвих відмінностей за складом бронхолітичної, протизапальної, муколітичної терапії, а також терапії супутніх захворювань, які могли б призвести до появи систематичної похибки, в усіх підгрупах порівняння не встановлено.

Обстеження хворих включало в себе загальноклінічні (збір скарг та анамнезу, проведення фізикального обстеження, застосування лабораторних методів дослід-

ження, таких як загальний аналіз крові та сечі, біохімічне дослідження крові, рентгенографія органів грудної клітини, електрокардіографія) та спеціальні (спірометрія) методи досліджень. Отримані дані обробляли за використанням стандартних методів варіаційної статистики.

При проведенні фармакоекономічного дослідження у хворих із інфекційним загостренням ХОЗЛ використовували метод "мінімізації вартості". Вибір цього метода аналізу був зумовлений відсутністю статистично достовірних відмінностей у клінічній ефективності порівняльних режимів антимікробної терапії та статистично достовірних відмінностей у безпечності та переносимості порівнювальних режимів антимікробної терапії.

Робота виконана за кошти держбюджету.

### Результати. Обговорення

Середній вік хворих 1 підгрупи складав (62,1±2,9) роки (табл. 1). На початку лікування у (9,1±8,7)% хворих температура тіла була нормальною, а у (90,9±8,7)% - не перевищувала 38°C.

Задишка турбувала всіх хворих: при звичайному повсякденному фізичному навантаженні - (18,2±11,6)%, при незначному фізичному навантаженні - (63,6±14,5)% і у спокої - (18,2±11,6)%. У 100% пацієнтів був кашель з виділенням незначної кількості (до 50 мл на добу) слизисто-гнійної або гнійної мокротини та вислуховували сухі та/або вологі хрипи в легенях. Кількість лейкоцитів в крові становила (13,2±1,6) × 10<sup>9</sup>/л, а ШОЕ - (25,8±2,8) мм/год. Супутні захворювання (хронічний гайморит,

**Таблиця 1.** Клінічна характеристика хворих до початку лікування.

Показник	Підгрупа хворих		
	1 (n=11)	2 (n=11)	3 (n=9)
Вік, роки	62,1±2,9	64,1±3,6	63,7±3,3
Температура тіла:			
<37°C, % хворих	9,1±8,7	0	11,1±10,5
>37°C≤38°C, % хворих	90,9±8,7	100	88,9±10,5
Задишка:			
при звичайному фізичному навантаженні, % хворих;	18,2±11,6	9,1±8,7	22,2±13,9
при незначному фізичному навантаженні, % хворих;	63,6±14,5	63,6±14,5	66,7±15,7
у спокої, % хворих	18,2±11,6	27,3±13,4	11,1±10,5
Кашель, % хворих	100	100	100
Виділення мокротини, % хворих	100	100	88,9±10,5
Хрипи в легенях, % хворих	100	100	100
Кількість лейкоцитів в крові, 10 <sup>9</sup> /л	13,2±1,6	14,1±1,5	13,7±1,6
ШОЕ, мм/год	25,8±2,8	23,2±1,7	21,9±1,6

**Примітки:** достовірних відмінностей за частотою наведених показників між підгрупами хворих не виявлено (p>0,05).

хронічний гепато-холецистит, ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба і т.д.) виявили в усіх хворих.

Середній вік хворих 2 підгрупи складав (62,6±4,4) роки (табл. 1). На початку лікування у всіх пацієнтів температура тіла не перевищувала 38°C. Задишка при звичайному фізичному навантаженні турбувала (9,1±8,7)% хворих, незначному фізичному навантаженні - (63,6±14,5)% хворих і у спокої - (27,3±13,4)% хворих. У всіх пацієнтів були кашель з виділенням незначної кількості (до 50 мл на добу) слизисто-гнійної чи гнійної мокроти і сухі та/або вологі хрипи в легенях. Кількість лейкоцитів в крові становила (14,1±1,5) × 10<sup>9</sup>/л, а ШОЕ - (23,2±1,7) мм/год. Супутні захворювання (хронічний холецистит хронічний пієлонефрит, гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця і т.д.) виявили в усіх пацієнтів.

Середній вік пацієнтів 3 підгрупи складав (63,7±3,3) роки (табл. 1). На початку лікування у (11,1±10,5)% хворих температура тіла була нормальною, а у інших - не перевищувала 38°C. Задишка при звичайному фізичному навантаженні турбувала (22,2±13,9)% хворих, незначному фізичному навантаженні - (66,7±15,7)% хворих і у спокої - (11,1±10,5)% хворих. У всіх пацієнтів були кашель із виділенням у (88,9±10,5) незначної кількості (до 50 мл на добу) слизисто-гнійної, або гнійної мокроти. Сухі та/або вологі хрипи в легенях вислуховували в 100% випадків. Кількість лейкоцитів у крові становила (13,7±1,6) × 10<sup>9</sup>/л, а ШОЕ - (21,9±1,6) мм/год. Супутні захворювання (хронічний риніт, синусит, хронічний панкреатит, серцева недостатність, гіпертонічна хвороба, бронхіальна астма і т.д.) виявили, як і в перших двох підгрупах, в усіх пацієнтів. Таким чином, наведені в таблиці 1 дані свідчать про повну співставність трьох підгруп за усіма показниками дослідження.

Динаміка основних клінічних проявів інфекційного загострення ХОЗЛ у процесі лікування в трьох підгрупах була однаково (р 0,05) вираженою - позитивні зміни виявили у значній кількості хворих уже на 5-й день від початку антибактеріальної терапії (табл. 2). Так, в цей період спостереження температура тіла була нормальною у (54,5±15,0)% хворих 1 підгрупи, (63,6±14,5)% пацієнтів 2 підгрупи та (77,8±13,9)% пацієнтів 3 підгрупи. Задишка у спокої не спостерігалась у хворих всіх підгруп.

Разом із цим, через 5 днів від початку лікування температура тіла не знизилась у 5 (45,5%) хворих 1 підгрупи, у 4 (36,4%) пацієнтів 2 та у 2 (22,2%) хворих 3 підгрупи, що супроводжувалось деяким посиленням кашлю, збільшенням виділення гнійної мокроти та кількості лейкоцитів у крові. Такий стан пацієнтів розцінили як неефективність призначеного антибіотику дослідження, що й стало приводом для заміни його на альтернативні препарати. В якості препаратів другого ряду в 1, 2 та 3 підгрупах призначали парентерально (в/в) меропенем (Меронем, "Астра Зенека", Велика Британія) по 1,0 г три рази на добу в комбінації з амікацином

**Таблиця 2.** Клінічна характеристика хворих через 5 діб від початку лікування.

Показник	Підгрупа хворих		
	1 (n=11)	2 (n=11)	3 (n=9)
Температура тіла:			
<37°C, % хворих	54,5±15,0	63,6±14,5	77,8±13,9
>37°C≤38°C, % хворих	45,5±15,0	36,4±14,5	22,2±13,9
Задишка:			
при звичайному фізичному навантаженні, % хворих;	45,5±15,0	54,5±15,0	55,6±16,6
при незначному фізичному навантаженні, % хворих;	54,5±15,0	45,5±15,0	44,4±16,6
у спокої, % хворих	0	0	0
Кашель, % хворих	100	100	100
Мокрота, % хворих	81,8±11,6	90,9±8,7	100

**Примітка:** достовірних відмінностей за частотою наведених показників між підгрупами хворих не виявлено (р>0,05).

**Таблиця 3.** Клінічна характеристика хворих наприкінці лікування.

Показник	Підгрупа хворих		
	1 (n=11)	2 (n=11)	3 (n=9)
Температура тіла:			
<37°C, % хворих	63,6±14,5	72,7±13,4	77,8±13,9
>37°C≤38°C, % хворих	36,4±14,5	27,3±13,4	22,2±13,9
Задишка:			
при звичайному фізичному навантаженні, % хворих;	54,5±15,0	63,6±14,5	66,7±15,7
при незначному фізичному навантаженні, % хворих;	45,5±15,0	36,4±14,5	33,3±15,7
Кашель, % хворих	100	100	100
Виділення мокроти, % хворих	81,8±11,6	72,7±13,4	88,9±10,5
Хрипи в легенях, % хворих	72,7±13,4	54,5±15,0	55,6±16,6
Кількість лейкоцитів в крові, 10 <sup>9</sup> /л	4,7±1,5	5,9±0,8	6,2±1,2
ШОЕ, мм/год	4,9±1,4	5,0±1,6	5,2±1,6

**Примітка:** достовірних відмінностей за частотою наведених показників між підгрупами хворих не виявлено (р>0,05).

(Амікацин, "Фарма Лайф", Україна) по 15 мг/кг протягом 5 днів.

Після лікування температура була субфебрильною лише у (36,4±14,5)% 1 підгрупи, у (27,3±13,4)% хворих 2 підгрупи та у (22,2±13,9)% хворих 3 підгрупи (табл. 2). Достатньо суттєвою була динаміка задишки - в усіх обстежених хворих вона зменшувалась після лікування. Динаміка кашлю, виділення мокроти та наявності хрипів в легенях була менш вираженою, однак після лікування і ці симптоми також зменшувались у більшості пацієнтів.

Позитивна клінічна динаміка супроводжувалась покращанням показників клінічного аналізу крові. Після

**Таблиця 4.** Показники витрат на лікування одного хворого із інфекційним загостренням ХОЗЛ за наявності факторів ризику щодо *P. aeruginosa* (грн.).

Види витрат	Підгрупа хворих		
	1 (n=11)	2 (n=11)	3 (n=9)
Вартість антибіотику дослідження	70,5±3,4	955,9±10,5*	1307,8±12,4**
Вартість засобів для введення антибіотику дослідження	-	-	23,1±9,6
Вартість трудових витрат на введення антибіотику дослідження	-	-	24,7±9,0
Вартість всієї антибіотикотерапії	2432,0±10,6	2857,4±12,2*	2501,7±11,9**
Вартість іншої медикаментозної терапії	109,7±5,8	113,4±9,2	124,6±7,5
Вартість лабораторних і діагностичних досліджень	116,2±9,1	130,3±9,9	125,8±8,6
Вартість консультацій спеціалістів	35,1±4,0	31,4±5,1	40,6±5,1
Загальна вартість лікування	2693,0±12,2	3132,5±13,0*	2792,7±11,9**

**Примітки:** \* - достовірна різниця між першою та другою підгрупами ( $p < 0,05$ ); # - достовірна різниця між першою та третьою підгрупами ( $p < 0,05$ ); + - достовірна різниця між другою та третьою підгрупами ( $p < 0,05$ ).

лікування достовірно ( $p < 0,05$ ) зменшилась кількість лейкоцитів в крові у пацієнтів всіх підгруп: 1 - до  $(4,7 \pm 1,5) \times 10^9/\text{л}$ , 2 - до  $(5,9 \pm 0,8) \times 10^9/\text{л}$  та 3 - до  $(6,2 \pm 1,2) \times 10^9/\text{л}$  (табл. 3). Такою самою значною була динаміка ШОЕ. Після лікування цей показник достовірно ( $p < 0,05$ ) знизився у хворих трьох підгруп: 1 - до  $(4,9 \pm 1,4)$ , 2 - до  $(5,0 \pm 1,6)$  мм/год та 3 - до  $(6,2 \pm 1,2)$  мм/год.

При оцінці безпеки та переносимості антибактеріальної терапії не виявили достовірних відмінностей у частоті виникнення небажаних явищ під час лікування між підгрупами порівняння, які зареєстрували у  $(27,3 \pm 13,4)\%$  хворих 1 підгрупи, у  $(18,2 \pm 11,6)\%$  - 2 підгрупи та у  $(22,2 \pm 13,9)\%$  - 3 підгрупи ( $p > 0,05$ ). Усі наявні небажані явища були незначно вираженими та не вимагали відміни або корекції призначеної терапії. Найчастіше у хворих усіх підгруп виявляли транзиторне підвищення рівню АЛТ, діарею, біль у шлунку, нудоту та ін.

Аналіз динаміки результатів клініко-лабораторних даних свідчить, що призначена антибактеріальна монотерапія сприяла досягненню однакових позитивних результатів (покращання) в усіх підгрупах: у  $(54,5 \pm 15,0)\%$  хворих 1 підгрупи, у  $(63,6 \pm 14,5)\%$  хворих 2 підгрупи та у  $(77,8 \pm 13,9)\%$  хворих 3 підгрупи ( $p > 0,05$ ).

Вивчення фармакоекономічних показників лікування хворих дозволило встановити, що в структурі загальної вартості лікування хворих (табл. 4) найбільш суттєвими були витрати на антибактеріальну терапію. Частка цих витрат в 1 - 3 підгрупах відповідно складала 90,3%, 91,2% та 89,6% від загальної вартості лікування. В той же час вартість антибіотику дослідження становила в 1 підгрупі - всього 2,9%, а в 2-3 підгрупах, відповідно, 33,5% і 52,3% від вартості всієї антибіотикотерапії, яка в свою чергу складала відповідно 95,7%, 96,2% та 95,3% від загальних витрат на всю медикаментозну терапію.

Витрати на лабораторні і діагностичні дослідження та консультації спеціалістів у 1 - 3 підгрупах склали значно меншу частку загальної вартості лікування (відповідно, 5,6%, 5,2% та 5,4%).

Варто зазначити, що вартість антибіотику досліджен-

ня в 1 підгрупі була достовірно нижчою, ніж в 2 і 3 підгрупах, хоча витрати на всю антибіотикотерапію мали дещо іншу тенденцію - у 2-й підгрупі вони виявились достовірно більшими, ніж у 1 та 3 підгрупах, що пов'язано, головним чином, з суттєвою вартістю додаткової антибіотикотерапії у хворих з неефективним лікуванням антибіотиком дослідження. Вартість же антибіотику, дослідження і витрати на всю антибіотикотерапію в 3 підгрупі були достовірно вищими, ніж в 1 та 2 підгрупах. У свою чергу, вартість інших видів витрат суттєво не відрізнялись у підгрупах ( $p > 0,05$ ).

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. Отже, результати проведеного дослідження дозволяють зробити висновок про те, що у хворих із інфекційним загостренням ХОЗЛ при наявності факторів ризику щодо *P. aeruginosa* пероральна монотерапія фторхінолоном II покоління (ципрофлоксацин) або фторхінолоном III покоління (левофлоксацин), або парентеральна монотерапія цефалоспорином IV покоління (цефепім) є однаково ефективною та безпечною.

2. Економічно доцільним в якості антибіотику вибору використовувати пероральну форму фторхінолону II покоління (ципрофлоксацин), а альтернативно - пероральну форму респіраторного фторхінолону або парентеральну форму цефалоспорино IV покоління.

Дослідження ефективності різних антибактеріальних препаратів є перспективним напрямком наукових розробок у сучасній пульмонології. В найближчому майбутньому у зв'язку з появою на ринку нових антибіотиків (наприклад, цефтаролін та інші) виникає нагальна потреба проведення порівняльних рандомізованих досліджень у хворих з інфекційним загостренням ХОЗЛ тяжкого перебігу. Крім того, враховуючи роль вірусів в етіології загострень ХОЗЛ, у подальшому планується дослідити динаміку клінічних і лабораторних показників хворих у процесі комбінованої антимікробної терапії із використанням різних противірусних засобів.

## Список літератури

- Перцева Т.А. Инфекционное обострение ХОЗЛ: подходы к терапии /Т.А.Перцева, О.В.Плеханова //Укр. пульмонол. журнал. - 2009. - №4. - С.39-41.
- Фещенко Ю.И. Фармакотерапия больных с обострениями хронического обструктивного заболевания легких /Ю.И.Фещенко, В.К.Гаврисюк, А.Я.Дзюблик //Укр. пульмонол. журнал. - 2008. - №2. - С.5-8.
- Фещенко Ю.И. Хронические обструктивные заболевания легких: проблемные вопросы /Ю.И.Фещенко //Укр. пульмонол. журнал. - 2005. - №1(47). - С.21-23.
- Хронічне обструктивне захворювання легень: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, терапія [Текст]: метод. посібник /Ю.І.Фещенко [та ін.]. - К., 2013. - 50 с.
- Чучалин А.Г. Хроническая обструктивная болезнь легких /А.Г.Чучалин //Здоровье Украины. - 2010. - №3. - С.40-41.
- Domenech A. Infectious etiology of acute exacerbations in severe COPD patients //A.Domenech //J. Infect. - 2013. - Vol.67(6). - P.516-523.
- Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections [Text] /M.Woodhead, F. Blasi, S. Ewig [et al.] //Clinical microbiology and infection. - 2011. - Vol.17, Suppl.6. - P.E1-E59.
- Larsen M. Bacteriology in acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease in patients admitted to hospital /M.Larsen //Scand. J. Infect. Dis. - 2009. - Vol.41(1). - P.26-32.

**Дзюблик Я.А.**

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ ЭМПИРИЧЕСКОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ИНФЕКЦИОННЫМ ОБОСТРЕНИЕМ ХОЗЛ ПРИ НАЛИЧИИ ФАКТОРОВ РИСКА ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ P.AERUGINOSA

**Резюме.** 31 пациента с инфекционным обострением ХОЗЛ рандомизировали в 3 подгруппы, которые получали лечение ципрофлоксацином в дозе 500 мг 2 раза в сутки перорально, либо левофлоксацином в дозе 500 мг 1 раз в сутки перорально, либо цефепим внутривенно в дозе 2,0 г 2 раза в сутки. Применение эмпирической терапии с использованием ципрофлоксацина, левофлоксацина и цефепима у больных с инфекционным обострением ХОЗЛ при наличии факторов риска синегнойной инфекции является одинаково высокоэффективным и безопасным.

**Ключевые слова:** ХОЗЛ, инфекционное обострение, эффективность лечения, стоимость, P.aeruginosa.

**Dziublyk Ya.A.**

### EFFECTIVENESS OF DIFFERENT REGIMENS OF ANTIBACTERIAL THERAPY IN PATIENTS WITH ACUTE EXACERBATION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND RISK FACTORS FOR P.AERUGINOSA INFECTION

**Summary.** 31 patients with AECOPD were randomized into 3 groups to receive the treatment with either oral ciprofloxacin in the dose of 500 mg twice a day, or levofloxacin in the dose of 500 mg once a day, or intravenous cefepime in the dose of 2,0g twice a day. The use of empiric therapy with either ciprofloxacin, levofloxacin or cefepime in AECOPD patients and risk factors for P. aeruginosa infection was equally effective and safe.

**Key words:** COPD, infectious exacerbation, effectiveness of treatment, cost, P. aeruginosa.

Стаття надійшла до редакції 29.11.2013р.

Дзюблик Ярослав Александрович - к. мед. н., старший научный сотрудник клинко-функционального отделения ГУ "Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им.Ф.Г.Яновского НАМН Украины"; +38 044 275-20-04; dzublik@yahoo.com

© Кавацук О.О., Осовська Н.Ю.

УДК: 614.253.8:616.132-007. 64

**Кавацук О.О., Осовська Н.Ю.**

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м.Вінниця, 21018, Україна)

### КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАЦІЄНТІВ РІЗНОГО ВІКУ З АНЕВРИЗМОЮ ВИСХІДНОГО ВІДДІЛУ АОРТИ

**Резюме.** В роботі визначені основні етіологічні чинники аневризми висхідного відділу аорти у пацієнтів різного віку. Встановлено, що у пацієнтів молодого та зрілого віку переважають аномалії та хвороби сполучної тканини. У пацієнтів середнього та похилого віку домінують ішемічна та гіпертонічна хвороба та їх поєднання.

**Ключові слова:** аневризма висхідного відділу аорти, причинні фактори, дисплазія сполучної тканини, ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба.

#### Вступ

Аорта - судина з найбільш великим судинним тиском, тому її стінка відносно товста та багат шарова. Відомо, що зміни в стінці аорти певною мірою залежать від віку пацієнта [Вергун, 2001; Зербино, Кузык, 2002; Константинов и др., 2006]. До 40 років спостерігається переважне враження еластичного каркасу (кістозний медіанекроз), а у пацієнтів старшої вікової

групи - м'язових елементів (медіанекроз). Прогностично значущі фактори, які можуть бути причиною як виникнення аневризми, так і її ускладненого перебігу, досі продовжують вивчатися, чому й присвячена дана робота.

Метою роботи стало визначення асоційованих з віком причинних факторів розвитку аневризми висхідного відділу аорти.