

Рымша С.В., Мруг Е.Ф.

ДИНАМИКА КОМПЛАЙЕНСА У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ АТИПИЧНЫХ НЕЙРОЛЕПТИКОВ И ПСИХОТЕРАПИИ

Резюме. В статье представлены данные оценки эффективности комбинации атипических антипсихотиков и психотерапии с использованием транзактного анализа у больных параноидной шизофренией при анализе динамики комплайенса для оптимизации методов медико-психологической реабилитации данного контингента больных.

Ключевые слова: комплайенс, параноидная шизофрения, атипичные нейролептики, психотерапия.

Rymsha S.V., Mrug O.F.

DYNAMICS OF COMPLIANCE IN PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA BY MEANS OF ATYPICAL NEUROLEPTICS AND PSYCHOTHERAPY

Summary. In the article our purpose was to evaluate the efficacy of atypical antipsychotics and psychotherapy with transactional analysis in patients with paranoid schizophrenia when analyzing the dynamics of compliance to optimize methods of medical and psychological rehabilitation of the patients.

Key words: compliance, paranoid schizophrenia, atypical antipsychotics, psychotherapy.

Рецензент - д.мед.н., проф. Бойко А.А.

Стаття надійшла до друку 15.06.2015 р.

Рымша Софія Віталіївна - д.м.н., проф., зав. кафедри психіатрії, наркології та психотерапії з курсом ПО Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; sofya.rymsha@gmail.com

Мруг Олена Федорівна - аспірант кафедри психіатрії, наркології та психотерапії з курсом ПО Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 063 481-66-33; olena.mrug@gmail.com

© Россіхін В.В., Бухмін О.В., Мегера В. В., Геглюк О. М., Белов В.Ю.

УДК: 616.6-089-059:615.3

Россіхін В.В., Бухмін О.В., Мегера В. В., Геглюк О. М., Белов В.Ю.

Харківська медична академія післядипломної освіти, кафедра загальної, дитячої і онкологічної урології (пр. Московський, 195, м. Харків, Україна, 61037)

АНТИБІОТИКОПРОФІЛАКТИКА ПРИ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАННЯХ В УРОЛОГІЇ

Резюме. Профілактичне введення антибіотиків при оперативних втручаннях виправдано при умовно чистих і забруднених операціях. У роботі представлена методика субопераційної профілактики інфекційних ускладнень післяопераційного періоду. Хворі розділені на 3 групи: 1-а - пацієнти, яким проводилася ТУР простати з приводу доброякісної гіперплазії передміхурової залози і проявляється гострою затримкою сечовипускання і явищами хронічного цистопієлонефриту; 2-а - хворі з відносно "чистими" операціями (уретеро-, пієлолітотомія із супутнім калькульозним пієлонефритом поза загостренням); 3-я - хворі з "чистими" операціями (нефропексія). Кожна група розділена на 2 підгрупи: основна, хворим якої призначався уперед- та післяопераційному періоді Фосфорал, і група порівняння, в якій пацієнти отримували стандартну антибактеріальну терапію. Аналіз ефективності проводився за наявності нагноєння рани, загострення інфекції або прогресуванню септицемії. В основній групі післяопераційних ускладнень практично не спостерігалось. Оцінка результатів субопераційної профілактики гнійних ускладнень довела високу ефективність Фосфорала.

Ключові слова: антибіотикопрофілактика, фосфоміцин, передопераційна профілактика, оперативні втручання, післяопераційні ускладнення.

Вступ

Профілактичне введення антибіотиків при оперативних втручаннях виправдане при умовно чистих і забруднених операціях. При чистих операціях антибіотикопрофілактика (АБП) показана тільки пацієнтам, які відносяться до груп підвищеного ризику післяопераційних інфекцій (ПОІ), або при втручаннях, коли розвиток ПОІ може погрожувати життю пацієнта (наприклад при операціях на серці або у випадках ендопротезування суглобів). При умовно чистих і забруднених операціях вибір оптимального антибіотика представляє певні труднощі внаслідок значного збільшення числа можливих збудників ПОІ, що включає як аеробні, так і анаеробні мікроорганізми; різній природній активності доступних антибіотиків відносно вірогідних збудників;

наявність у збудників набутої резистентності до антибактеріальних препаратів, обумовленої різними механізмами; міркування економічної доцільності та інші.

Як препарат для АБП ПОІ нас зацікавив фосфоміцин, який був уперше отриманий в Іспанії [Hendlin, 1969] з культури *Streptomyces* spp. і в наступному відтворений шляхом хімічного синтезу. За хімічною будовою фосфоміцин є низькомолекулярною сполукою - (2К-цис) - (3-метилоксираніл) фосфонова кислота. В різних дослідженнях фосфоміцин продемонстрував вплив на чинники бактерійної вірулентності за рахунок: а) інгібування між бактеріальної коагрегації; б) пригнічення адгезивності бактерій; в) інгібування процесу утворення фібріл у бактерій; г) модуляції лектинофагоцитозу

[Grassi, 1990]. Адгезія бактерій до уроепітеліальних клітин вважається найважливішим патогенним чинником в розвитку інфекцій сечовивідних шляхів (ІСШ), особливо їх рецидивуючих форм. Встановлено, що фосфоміцин на 20-60% знижує адгезивність бактерій до клітин уроепітелію людини. Виявлено також, що фосфоміцин має протизапальні властивості, які проявляються у інгібуванні активності нейтрофілів і зниженні експресії монокітин інтерлейкіну-8 - одного з медіаторів запального каскаду [Gudiol, 2007].

Фосфоміцин виводиться з сечею в незміненому вигляді, створюючи в ній концентрації, що перевищують у 7 разів сироваткові. Важливе клінічне значення має тривалість збереження бактерицидних концентрацій фосфоміцину в сечі: після прийому всередину дози 3 г середні концентрації, що перевищують значення мінімальної порогової концентрації 128 мкг/мл, зберігаються протягом 36 год. Концентрації, схожі з сироватковими, створюються в передміхуровій залозі, інших чоловічих статевих органах і стінці сечового міхура, що також мають клінічне значення [Sauermann, 2005].

Іжа мінімально впливає на абсорбцію фосфоміцину трометамолу. У пацієнтів з порушенням функції нирок відмічено збільшення періоду напіввиведення, підвищення сироваткових концентрацій і площі під фармакокінетичною кривою, а також значне зростання концентрації препарату в сечі.

Матеріали та методи

У КЗОЗ "Обласний клінічний центр урології і нефрології ім. В.І. Шаповала" на кафедрі загальної, дитячої та онкологічної урології Харківської медичної академії післядипломної освіти вивчалась ефективність субопераційної профілактики інфекційних ускладнень шляхом використання Фосфорала (фосфоміцину трометамолу) (Ф.) спільно з вобензімом (призначення вобензіму оптимізує транспорт антибіотика при його тканинному розподілі і забезпечує імунотимізацію).

У клінічній практиці нами використовувалася методика субопераційної профілактики інфекційних ускладнень післяопераційного періоду. Основну групу і групу порівняння представляли пацієнти, яким проводилися одноступінчасті оперативні втручання на сечових шляхах. Облік ефективності проводився по наявності нагноєння рани, загостренню інфекції або прогресу септицемії.

Методика полягала в наступному: в основній групі за 2 години до ввідного наркозу хворі отримували по 3 г Ф. (вміст 1 пакету), через 24 години - прийом Ф. повторювався. У післяопераційному періоді пацієнтам призначали фурамаг у поєднанні з вобензімом. У групі порівняння пацієнти отримували антибактеріальну терапію (ампіокс, гентаміцин і тому подібне) доступними препаратами лікарняної аптечної мережі. Звідні результати приведені в таблиці 1.

Першу групу склали пацієнти (38 осіб) з доброякісною гіперплазією простати, що проявляється гострою

затримкою сечі та клініко-лабораторними проявами хронічного цистопієлонефриту. Усім пацієнтам на 1-3 добу сеча відводилася уретральним катетером Фолея. ТУР проводилася за стандартною методикою. Гемостаз досягався притисненням ложа видаленої аденоми роздутим балонном катетера Фолея і зрошуванням сечового міхура холодним фізіологічним розчином. До групи порівняння входили 22 пацієнти, якими після ТУР парентерально призначалися протягом 5-7 днів антибіотики і уроантисептики (ампіокс, гентаміцин, метронідазол). При використанні перед- і післяопераційної профілактики Ф. орхоепідидиміт не спостерігався в жодному випадку, а в групі порівняння - у 10%. Крім того, при фосфоралотерапії загострення пієлонефриту відмічене всього у 1 (6%) хворого з 16-ти, в той же час септицемія в післяопераційному періоді в групі порівняння зафіксована у п'яти пацієнтів з 22-х.

Другу групу склали хворі з відносно чистими операціями - уретеро-, пієлолітотомією із супутнім калькульозним пієлонефритом поза загостренням. Усі пацієнти поступали в клініку неодноразово і не були згодні на оперативне втручання з різних причин. Ймовірно, цим пояснюється досить високе число нагноєнь - 35% (у 10 хворих) в післяопераційному періоді в групі порівняння. Значно рідше (у 15%) гнійні ускладнення відмічені у пацієнтів, що знаходилися на профілактиці Ф. Загострення пієлонефриту не зареєстровано у жодного хворого в обох групах.

При чистих операціях, таких як нефропексія (3 група), використання субопераційної профілактики інфекційних ускладнень не доцільне. В той же час, неякісний шовний матеріал, вторинні імунodefіцитні стани обумовлюють у частини пацієнтів раневі ускладнення. При цьому при проведенні перед- і післяопераційної профілактики інфекційних ускладнень Ф. нагноєнь ран не відмічено; у випадках стандартного ведення післяопе-

Таблиця 1. Характеристика груп пацієнтів.

	Основна група	Група порівняння
1 група (n=38) Пацієнти с доброякісною гіперплазією передміхурової залози, хронічною затримкою сечі та цистопієлонефритом, яким проведена ТУР		
Кількість спостережень	16	22
Кількість орхоепідидимітів		2 (10%)
Загострення цистопієлонефриту	у 1 з 16	у 4 з 22
2 група (n=39) Відносно "чисті" операції (уретеро-, пієлолітотомія)		
Кількість спостережень	21	18
Кількість нагноєнь рани	4 (15%)	10 (35%)
3 група (n=39) "Чисті" операції (нефропексія)		
Кількість спостережень	17	22
Кількість нагноєнь рани	0	2 (8%)

раційного періоду (призначення ампіоксу, ампіциліну) нагноєння спостерігалися у 2 пацієнтів (8%).

Результати. Обговорення

Оцінка результатів субопераційної профілактики післяопераційних ускладнень показала високу ефективність Ф., що визначається наступними його властивостями і особливостями. Ф. має зручну розфасовку: 1 пакет містить 5,631 г, що еквівалентно 3,0 г фосфоміцина та дозволяє після операції при клінічному поліпшенні стану хворого через 24-36 годин призначати другий прийом Ф. в стандартній дозі. При прийомі Ф. терапевтична доза препарату в крові і сечі підтримується протягом 36 годин, що дозволяє запобігти поліпрагмії, виключити токсичні накопичувальні ефекти від застосування антибіотиків (і інші негативні прояви наприклад, постін'єкційні інфільтрати).

Унікальний механізм дії і оригінальна хімічна структура Ф. обумовлюють відсутність його перехресної

резистентності з представниками інших груп антимікробних препаратів (бета-лактами, фторхінолони, нефторовані хінолони, аміноглікозиди та ін.).

Це лікарський засіб стійкий до бета-лактамаз, що особливо важливо для пацієнтів великих стаціонарів, в яких, як правило, виявляється госпітальна флора, стійка до широкого спектру антибіотиків. І, як показав досвід, Ф. можливо призначати до ідентифікації збудника.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Отримані результати переконливо свідчать про високу клінічну і економічну ефективність субопераційної профілактики інфекційних ускладнень в урологічних хворих при використанні Фосфорала у поєднанні з системною ензимотерапією.

Отримані дані обґрунтовують продовження клінічного вивчення препарату та його впровадження в медичну практику.

Список літератури

- | | | |
|--|--|--|
| Antibiotic abscess penetration: fosfomycin levels measured in pus and simulated concentration-time profiles / R. Sauermann, R. Karch, H. Langenberger [et al.] // Antimicrob. Agents. Chemother. - 2005. - Vol. 49 (11). - P. 4448-4454. | Development. Discussion 1: Fosfomycin Trometamol / G. Grassi // Preclinical Studie. Infect. - 1990. - Vol. 18. - P. 57-59. | ECCMID/25th ICC. Munich, Germany, 2007. - Abstract number: 1732_38 |
| Grassi G. Fosfomycin Trometamol: Historical Background and Clinical | Gudiol F. Facts and myths about fosfomycin / F. Gudiol // 17th European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases and 25th International Congress of Chemotherapy 17th | Hendlin D. Phosphonomycin, a new antibiotic produced by strains of Streptomyces / D. Hendlin, E.O. Stapley, M. Jackson [et al.] // Science. - 1969. - Vol. 166 (3901). - P. 122-123. |

Россихин В.В., Бухмин А.В., Мегера В.В., Геглюк О.Н., Белов В.Ю.

АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ В УРОЛОГИИ

Резюме. Профилактическое введение антибиотиков при оперативных вмешательствах оправдано при условно чистых и загрязнённых операциях. В работе представлена методика субоперационной профилактики инфекционных осложнений послеоперационного периода. Больные разделены на 3 группы. Первую группу составляли пациенты с доброкачественной гиперплазией предстательной железы, проявляющейся острой задержкой мочеиспускания и явлениями хронического цистопиелонефрита, которым проводилась ТУР простаты. Вторую группу составили больные с относительно "чистыми" операциями (уретеро-, пиелолитотомия с сопутствующим калькулезным пиелонефритом вне обострения). В третью группу включены больные с "чистыми" операциями (нефропексия). Каждая группа разделена на 2 подгруппы: основная, которой был назначен в перед- и послеоперационном периоде Фосфорал, и группа сравнения, в которой пациенты получали антибактериальную терапию. Анализ эффективности проводился по наличию нагноения раны, обострению инфекции или прогрессированию септицемии. В основной группе послеоперационных осложнений практически не наблюдалось. Оценка результатов субоперационной профилактики гнойных осложнений показала высокую эффективность Фосфорала.

Ключевые слова: антибиотикопрофилактика, фосфоміцин, предоперационная профилактика, оперативные вмешательства, послеоперационные осложнения.

Rosshin V.V., Buhmin A.V., Megera V.V., Geglyuk O.N., Belov V.Yu.

ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS IN SURGICAL UROLOGY

Summary. The preventive prescription of antibiotics in case the surgery performed is justified both for clean and contaminated surgical procedures. Our study presents the method of perioperative prevention of postoperative infectious complications. Patients were divided into 3 groups. The first group included the patients with benign prostatic hyperplasia manifested by acute urinary retention and signs of chronic cystopyelonephritis who underwent TURP. The second group consisted of patients that underwent relatively clean surgeries like (ureterolithotomy or pyelolithotomy accompanied by calculous pyelonephritis in remission). The third group included patients that underwent clean surgeries (nephropexy). Each group was subsequently divided into two sub-groups: the main one, where Fosforal was prescribed to patients preoperatively and postoperatively, and control group that received antibacterial therapy. The efficacy was analyzed by the following: presence versus absence of purulent wound complications, infection exacerbation or septicemia progression. The results in main sub-groups demonstrated nearly total absence of postoperative complications. The analysis of the result of suboperative prevention of purulent complications demonstrated the high efficiency of Fosforal.

Key words: antibiotic prophylaxis, Fosforal, preoperative prophylaxis, surgical procedures, postoperative complications.

Рецензент - д.мед.н., проф. Гарагатий І.А.

Стаття надійшла до редакції 17.06.2015 р.

Россіхін Василь Вячеславович - д.мед.н., проф. кафедри загальної, дитячої та онкологічної урології Харківської медичної академії післядипломної освіти; +38 057 738-71-34; urology.edu.ua@gmail.com
 Бухмін Олексій Вячеславович - к.мед.н., доц. кафедри загальної, дитячої та онкологічної урології Харківської медичної академії післядипломної освіти; +38 057 738-71-34; urology.edu.ua@gmail.com
 Мегера Валерій Вікторович - к.мед.н., доц. кафедри загальної, дитячої та онкологічної урології Харківської медичної академії післядипломної освіти; +38 057 738-71-34; urology.edu.ua@gmail.com
 Геглюк Оксана Миколаївна - клінічний ординатор кафедри загальної, дитячої та онкологічної урології Харківської медичної академії післядипломної освіти; +38 057 738-71-34; urology.edu.ua@gmail.com
 Белов Владислав Юрійович - асистент кафедри загальної, дитячої та онкологічної урології Харківської медичної академії післядипломної освіти; +38 057 738-71-34; urology.edu.ua@gmail.com

© Соловйов О.С., Шкатула Ю.В.

УДК : 616-001-031.82:616.98-092.19-6:616.9

Соловйов О.С.¹, Шкатула Ю.В.²

¹ДЗ "Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги на медицині катастроф МОЗ України" (вул. Братиславська, 3, м. Київ, Україна, 00190), ²Сумський державний університет (вул. Римського-Корсакова, 2, м. Суми, Україна, 40007)

ФАКТОР НЕКРОЗУ ПУХЛИН (ФНП-α) ЯК МАРКЕР РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ІНФЕКЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ПОСТРАЖДАЛИХ З ПОЛІТРАВМОЮ

Резюме. Діагностичні заходи є ключовою ланкою в успіху лікування постраждалих з політравмою. Розвиток місцевої загальної реакції на початковому етапі зв'язаний зі секрецією тканинними макрофагами одного з основних прозапальних цитокінів - ФНП-α. Для вирішення задач дослідження пов'язаних з вивченням імунологічної складової діагностики інфекційних ускладнень у ВІЛ-інфікованих постраждалих з політравмою, була сформована проспективна група, яка складалась зі 116 ВІЛ-інфікованих чоловіків, в яких було діагностовано політравму. Дані рівня ФНП-α, як одного з ланки імунологічного обстеження дозволяє вже в перші години прогнозувати виникнення інфекційних ускладнень у ВІЛ-інфікованих травмованих. Сукупність лабораторних показників та імунологічних маркерів дозволить нам розробити систему прогнозування ризику виникнення інфекційного процесу у ВІЛ-інфікованих постраждалих з політравмою.

Ключові слова: цитокіни, політравма, постраждалі, фактор некрозу пухлин.

Вступ

Діагностичні заходи є ключовою ланкою в успіху лікування постраждалих з політравмою [Гур'єв, 2014]. Саме від проведених діагностичних заходів, їх повноцінності та адекватності в не останню чергу залежить вибір тактики та кінцевий результат лікування. Діагностика пошкоджень у постраждалих з політравмою є досить трудомким процесом так як проводиться на фоні важкого стану, коли стрімко нарастають загрози життєвими функціям організму. Стан постраждалого з політравмою характеризується комплексом патологічних синдромів, які в комплексі на 3-5 добу призводять до розвитку синдрому поліорганної недостатності [O'Connor, 2014].

Початок імунної відповіді при отриманні травми починається у перші 6 годин. Розвиток місцевої запальної реакції на початковому етапі зв'язаний зі секрецією тканинними макрофагами одного з основних прозапальних цитокінів - ФНП-α [Musselwhite, 2011; Andrade Fuentes et al., 2013]. На ранніх етапах вивчення ФНП-α вважали, що він виконує в організмі лише одну функцію - забезпечення протипухлинного захисту. Однак, поступово почали накопичуватись факти про те, що ФНП-α викликає інші, досить різноманітні впливи на імунну систему організму. Пізніше було встановлено, що ФНП-α має досить широкий спектр біологічної активності, в тому числі може розглядатись як маркер ранньої діагностики інфекційних уск-

ладнень у постраждалих з політравмою [Белякова, 2010; Савченко и др., 2014].

На сьогоднішній день у загальнодоступній літературі ми не знайшли повідомлень про роль ФНП-α у ранній діагностиці інфекційних ускладнень у ВІЛ-інфікованих постраждалих з політравмою, що і стало метою нашого дослідження [Mand, 2007; European, 2013].

Матеріали та методи

Для вирішення задач дослідження пов'язаних з вивченням імунологічної складової діагностики інфекційних ускладнень у ВІЛ-інфікованих постраждалих з політравмою, була сформована проспективна група, яка складалась зі 116 ВІЛ-інфікованих чоловіків, в яких було діагностовано політравму. Всі ВІЛ-інфіковані постраждалі були розділені згідно критеріїв Погоджувальної конференції ACCP/SCCM 1992 року на групи по одній з категорій: SIRS (n=28), локальна інфекція (n=42), сепсис (n=31), тяжкий сепсис (n=9), септичний шок (n=6). Контрольну групу становили 14 здорових людей у віці 20-48 років. Дослідження ФНП-α визначались методом твердофазного імуоферментного аналізу за допомогою імуоферментного аналізатора "Star Fax 2100" (USA) на 1, 5 та 15 день лікування.

Таким чином, проспективний масив дослідження відповідає всім вимогам для дослідження імунологіч-