

Таблица 2 – Результаты лечения

Количество больных	42 (100%)
Эффективно	39 (93%)
Малозэффективно	3 (7%)
Неэффективно	-

Выводы

Мегасеф является препаратом выбора терапии заболеваний органов дыхания у пожилых пациентов для участков врачей и врачей общей практики. Учитывая, что препарат представлен в двух формах, не было необходимости менять антибиотик при ступенчатой терапии. Следует подчеркнуть, что у данной группы больных отмечалась низкая чистота развития ассоциированного дисбактериоза кишечника на антибиотик, благодаря пролекарственной структуре препарата, и особенностям фармакокинетики (85-90% дозы выводится почками путем клубочковой фильтрации и канальцевой секреции в неизменном виде). Двукратный режим приема препарата позволяет улучшить качество жизни пациентов и обеспечить хорошую приверженность к лечению. Ступенчатая антибиотикотерапия препаратом Мегасеф показала высокую эффективность.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Elander R.P. Industrial production of beta-lactam antibiotics // Appl. Microbiol. Biotechnol. – 2003 Jun. – 61 (5-6). – 385-92. Epub 2003 Apr. 3.
- 2 Зайцев А.А., Карпов О.И, Игнатов Ю.Д. Современные антибиотики в практике семейного врача [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://medinf.ru/article/107/116690>.
- 3 Ван ден Бранде П., Вондра В., Фогель Ф., Шлеффер Ф., Стейли Х., Холис К. Ступінчаста терпія позагоспітальної пневмонії із застосуванням цефуроксиму та

цефуроксиму аксетилу // Укр. хіміотер. журнал. – 1999. – №2(2). – С. 18-28.

4 Суворова М.Л., Яковлев С.В. Современное значение пероральных цефалоспоринов // Consilium Medicum. – 2002. – Том 04, №4. – С. 34-38.

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

О.П. ПЕТРИЦЕВА

№ 1 қалалық емхана, Петропавл қ.

УЧАСКЕЛІК ДӘРІГЕРДІҢ ПРАКТИКАСЫНДА АНТИ-БАКТЕРИАЛДЫ ТЕРАПИЯНЫ ТАҢДАУ

Халыққа бірінші медициналық – санитарлық көмекті үйде тұрақты көрсетудің мағынасы үлкен. Бұл тұрмыстық жағдайда өткізілетін болғасын, әсіресе, қарт адамдар үшін үнемдеу жағынан тиімді және қолайлы. Учаскелік дәрігерлер мен жалпы практикадағы дәрігерлер үшін қарт пациенттердің тыныс алу мүшелерінің ауыруын емдеуде Мегасеф емдеу препараты болып табылады. Мегасеф препаратымен сатылы антибиотикотерапия жүргізу, жоғары тиімділігін көрсетті.

Негізгі сөздер: Мегасеф, цефалоспорин, эмпирикалық ем, экономды, сатылы ем.

S U M M A R Y

O.V. PETRICH SHEVA

Municipal polyclinics №1, Petropavlovsk c.

ANTIBIOTIC THERAPY ALTERNATIVES IN PRACTICE OF A DISTRICT DOCTOR

The home care is highly important as primary health care provided to the population. It is easily accessible, economically rational and convenient, especially for elderly people as carried out at home. Megasef is an alternative drug used by district doctors and general practitioners in treating respiratory diseases with elderly patients. Sequential antibiotic therapy with Megasef has proved highly effective.

Key words: Megasef, cephalosporins, empirical therapy, economy, sequential therapy.

УДК 616.24-002-08-039.57:615.238

З.Ж. ЕНСЕГЕНОВА, Г.К. ЖАКЫШЕВА, Д.Т. АМИРОВ

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,

Городская поликлиника №24, г. Алматы, Центр Первичной медико-санитарной помощи №17, г. Семей, Казахстан

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АМОКСИЦИЛЛИНА/СУЛЬБАКТАМА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Проведена оценка клинической эффективности амоксициллина/сульбактама по сравнению с амоксициллином/клавулант при лечении нетяжелой внебольничной пневмонии у 50 пациентов. Отмечена высокая клинико-бактериологическая эффективность ингибиторозащищенных аминопенициллинов при лечении внебольничной пневмонии.

Ключевые слова: амоксициллин/сульбактам, амоксициллин/клавулант, внебольничная пневмония.

Внебольничная пневмония – наиболее распространенная патология у людей всех возрастных групп и самая частая причина временной нетрудоспособности [1]. Бактериальные инфекции респираторного тракта занимают ведущее место среди всех диагностируемых инфекционных процессов, поэтому основным компонентом лечения при заболеваниях органов дыхания является антибактериальная терапия [2]. В последние годы отмечается увеличение устойчивости внебольничных возбудителей респираторных инфекций ко многим антибактериальным препаратам [3]. Одной из актуаль-

ных задач является борьба с возбудителями инфекций, механизмом устойчивости которых к противомикробным средствам является выработка бета-лактамаз. Считается, что пенициллинсвязывающие белки – мишень действия бета-лактаманых антибиотиков – имеют много общего с бета-лактамазами предшественника [4, 5]. Преодоление резистентности актуальных патогенных микробов, вырабатывающих бета-лактамазы, является приоритетной задачей клинической фармакологии антибиотиков. С клинико-фармакологической точки зрения оптимальным способом преодоления резистентности, связанной с

продукцией бета-лактамаз, является добавление к амоксициллину ингибитора сульбактама [6].

Амоксициллин – первый компонент амоксициллина/сульбактама – традиционный бета-лактамаз, обладающий выраженным бактерицидным эффектом в отношении часто встречающихся этиологически значимых бактерий: *Streptococcus spp.*; *Staphylococcus spp.*; *Enterococcus spp.*; *Bacillus spp.*; *Listeria monocytogenes*; *Neisseria spp.*; *Haemophilus spp.*; *Escherichia coli*; *Shigella spp.*; *Salmonella spp.*; *Proteus mirabilis*; *Helicobacter pylori*. Мишенью его действия являются пенициллинсвязывающие белки (ПСБ), локализованные на цитоплазматической мембране микробной клетки. При связывании амоксициллина с ПСБ различных типов происходит либо ингибирование синтеза, либо усиленное разрушение муреина – основной структуры клеточной стенки бактерии. Как следствие, внешняя оболочка микроба становится менее устойчивой к внешним факторам, происходит лизис бактерии. Таким образом, амоксициллин является бактерицидным антибиотиком, что в совокупности со спектром действия делает его одним из ведущих препаратов для лечения наиболее распространенных инфекций, в частности респираторных. Однако он разрушается всеми бета-лактамазами, продуцируемыми как грамположительными, так и грамотрицательными микроорганизмами [7].

Сульбактам – второй компонент амоксициллина/сульбактама – имеет родство к бета-лактамазам, являясь их необратимым ингибитором, что предотвращает расщепление амоксициллина. Кроме того, он добавляет амоксициллину активность в отношении практически всех анаэробных возбудителей. В целом сульбактам потенцирует действие аминопенициллинов против грамотрицательных бактерий, увеличивая его с 5 до 40–60% [8]. Сульбактам более устойчив к большинству плазмидных и даже хромосомных бета-лактамаз, чем другие ингибиторы – клавуланат и тазобактам [9]; кроме того, он обладает собственной бактерицидной активностью против *Bacteroides fragilis* и *Acinetobacter spp.* [10]. Ингибиторы бета-лактамаз потенцируют действие пенициллинов не только за счет блокады энзимов, но также благодаря антиинфекционному эффекту, усилению бактерицидных свойств полиморфноядерных нейтрофилов [11] и, кроме того, вследствие своеобразного «пост-бета-лактамазотормозного» эффекта, отличающегося от более известного постантибиотического действия и сохраняющегося, например, против штаммов *H. influenzae* и *K. pneumoniae* до 5 часов и более [12]. Активность в отношении еще одного проблемного возбудителя в хирургических отделениях – *Stenotrophomonas maltophilia* – также возрастает при комбинировании сульбактама с амоксициллином [11]. По физико-химическим свойствам сульбактам близок к амоксициллину, с которым образует стабильную комбинацию – амоксициллин/сульбактам [10]. Однако сульбактам обладает значительно большей, чем клавуланат или тазобактам, устойчивостью к изменениям pH раствора, что при экстраполяции на реальный инфекционный процесс, протекающий со значительными вариациями кислотности среды при воспалении, имеет значение для более активной пенетрации ингибитора в ткани [8].

Добавление сульбактама к амоксициллину обеспечивает выраженный постантибиотический эффект в отношении пневмококка, превосходящий таковой респираторных фторхинолонов. Это является важным обстоятельством, поскольку пневмококк не продуцирует бета-лактамазы, следовательно, синергическое действие сульбактама и амоксициллина реализуется на уровне взаимодействия с ПСБ [6].

В настоящее время в лечении внебольничной пнев-

монии в амбулаторных условиях препаратами выбора являются ингибиторозащищенные аминопенициллины. В связи с этим несомненный интерес вызывает антибиотик этого класса – амоксициллина/сульбактама.

Цель настоящего исследования – оценка клинической эффективности амоксициллина/сульбактама при лечении нетяжелой внебольничной пневмонии.

Материал и методы

Основу настоящего исследования составили клинические наблюдения и комплексное клинико-лабораторное и бактериологическое исследование, проведенное у 51 взрослого пациента с нетяжелой внебольничной пневмонией в амбулаторных условиях. Диагноз пневмонии ставился на основании клинической картины, физикальных данных и подтверждался рентгенологически.

В исследование включались больные с пневмонией легкой и средней тяжести,

пациенты в возрасте от 18 и старше, получающие лечение в амбулаторных условиях с нетяжелой внебольничной пневмонией, сопровождавшейся лихорадкой, кашлем, выделением слизистой или слизисто-гноющей мокроты, наличием типичных аускультативных и рентгенологических данных.

Из исследования исключались больные с повышенной чувствительностью к амоксициллину, при клинической неэффективности предшествующей антибактериальной терапии к началу включения в исследование, с наличием в анамнезе эпилепсии или судорожных припадков, декомпенсацией сопутствующих хронических заболеваний, онкологические, ВИЧ-инфицированные, больные с нейтропенией.

Таблица 1 – Сравнительная клиническая характеристика больных

Характеристика больных	Группа №1	Группа №2
Кол-во больных	26	25
Пол, м/ж	12/14	11/14
Средний возраст, лет	45,4±2,3	44,1±3,1
До 60 лет	22	20
Старше 60 лет	4	5
Пневмония: рентгенологически верифицированная, односторонняя	26 26	25 25
Сопутствующие заболевания:		
ХОБЛ	12	9
ИБС	3	2
АГ	2	3
О. ларингит	3	2
О. фарингит	2	1
Мокрота: слизистая	2	1
слизисто-гноющая	2	1
Температура	9	12
	17	13
Лейкоциты	38,6±0,2	38,4±0,3
	11,4±0,3	10,9±0,3

Методом случайных чисел больные были рандомизированы в две группы лечения (табл. 1). Статистически значимых различий между группами больных не выявлено. Группа №1: 26 больным назначался амоксициллин/сульбактам по 1000 мг 3 раза в сутки перорально. Группа №2: 25 больным назначался амоксициллин/клавуланат 625 мг 3 раза в сутки перорально. Продолжительность антибактериальной терапии исследуемыми препаратами в целом определялась клинической эффективностью: не менее 5 дней после стойкой нормализации температуры тела.

Проведенное исследование было проспективным, рандомизированным, сравнительным, открытым, проводилось в параллельных группах больных с внебольничной пневмонией нетяжелого течения.

Протокол исследования предусматривал проведение следующих клинических, лабораторных и инструментальных исследований до лечения: сбор анамнеза заболевания и физикальное обследование; лабораторное исследование – клинический и биохимический анализы крови; макро- и микроскопическое исследование мокроты, окрашенной по Граму, с последующим посевом и определением чувствительности к исследуемым антибиотикам; рентгенологическое исследование грудной клетки. В процессе и по окончании лечения проводилось следующее: осмотр больного для контроля за изменением клинического статуса; лабораторные исследования – клинический и биохимический анализы крови; рентгенологическое исследование повторялось по окончании терапии; бактериологический анализ мокроты.

По окончании лечения проводилась оценка эффективности терапии в соответствии с клиническими и бактериологическими критериями. Данные, полученные в процессе исследования, обобщались и анализировались соответствующими статистическими методами.

Клиническую эффективность антибактериальной терапии оценивали клинически и бактериологически по критериям Европейского руководства по оценке противоинфекционных лекарственных средств. Первоначальная клиническая оценка проводилась на 3-и сутки лечения. Терапию считали эффективной при снижении температуры тела ниже $37,5^{\circ}\text{C}$, отсутствии дыхательной недостаточности ($\text{ЧДД} < 20$ в минуту), отсутствии гнойной мокроты, снижении уровня лейкоцитов в крови $< 10 \times 10^9/\text{л}$. Окончательное суждение о клинической эффективности исследуемых делало на 7-12 день терапии. При полном исчезновении всех субъективных и объективных клинических признаков заболевания и нормализации рентгенологической картины терапия считалась эффективной.

Микробиологическая диагностика осуществлялась общепринятыми методами посева с последующей идентификацией выделенных культур.

Для обобщения полученных результатов использовали статистические методы обработки данных для малых выборок. Определялись величины: среднее арифметическое и значение стандартной ошибки – $M \pm m$. Для оценки статистической достоверности двух средних величин использовался *t*-критерий Стьюдента. Различия средних величин считались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$. При обработке полученных результатов использовалась компьютерная программа по медицинской статистике STATISTICA 6.0.

Результаты и обсуждение

В исследование был включен 51 больной от 19 до 70 лет с нетяжелой внебольничной пневмонией с типичной клинико-рентгенологической картиной заболевания, отвечающие критериям включения и не имевших критериев исключения. Итоговую оценку клинической эффективности удалось провести у 50 человек. 1 пациент из группы №2 выбыл из исследования досрочно, после приема первой дозы препарата, из-за развившейся аллергической реакции, потребовавшей отмены препарата.

Первичная оценка клинической эффективности проводилась на 3-и сутки лечения. У всех пациентов отмечена быстрая положительная динамика основных симптомов заболевания. Температура тела у всех больных на 3-и сутки снизилась ниже $37,5^{\circ}\text{C}$, при этом у большинства больных (33 человека) она нормализовалась. Средняя продолжительность гипертермии составила $3,2 \pm 0,4$ дня в группе №1 и $3,3 \pm 0,4$ дня в группе №2 ($p > 0,05$). Дыхатель-

ная недостаточность отсутствовала на 3-и сутки у всех больных, частота дыхательных движений составляла $16-18$ в минуту. Одышка купировалась в среднем на $2,4 \pm 0,5$ и $2,6 \pm 2,5$ день соответственно для групп №1 и №2 ($p > 0,05$). У 25 пациентов исходно определялась слизисто-гнойная мокрота. Уже к 3-му дню во всех группах отсутствовал гнойный характер мокроты, при этом у 9-и больных в группе №1 и у 6-и – в группе №2 мокрота отсутствовала полностью. Средняя продолжительность выделения мокроты составила $4,9 \pm 2,3$ и $6,7 \pm 2,2$ дня соответственно для групп №1 и №2 ($p > 0,05$). Динамика воспалительных изменений в крови была одинакова в сравниваемых группах. Число лейкоцитов нормализовалось к 3-му дню у всех больных, также не определялось клинически значимых отклонений в лейкоцитарной формуле. Динамику СОЭ мы не учитывали, так как этот параметр не является критерием эффективности антибактериальной терапии и может быть повышенным длительное время.

Таким образом, на 3-и сутки у 50 пациентов антибактериальная терапия была признана эффективной, в связи с чем продолжена у всех больных. В последующий период проводилась оценка динамики основных клинических симптомов и результатов инструментальных методов исследования. Сроки наступления клинического эффекта различались недостоверно между группами.

Рентгенологическое разрешение пневмонии наблюдалось у всех больных при контрольном исследовании. Пневмония купировалась у 47 больных на 7-10 день, у 1 больного из группы №1 и у 2 больных из группы №2 на 12 день.

По нашим данным на фоне терапии амоксициллин/сульбактам у двух больных отмечены диспепсические явления (диарея), не потребовавшие отмены препарата и медикаментозной коррекции. В группе, принимавших амоксициллин+клавулант, отмечали следующие нежелательные явления: диарея наблюдалась у одного больного, тошнота – у пяти больных.

По клиническим и рентгенологическим данным выздоровление наступило у всех 50 пациентов. Улучшение общего состояния отмечалось уже на 2-3 день терапии. Клиническая эффективность исследуемых препаратов не зависела от возраста и характера сопутствующей патологии пациентов. Результаты исследования показали, что сравниваемые препараты не различались по срокам наступления клинического эффекта. Небольшие различия, отмеченные в конце лечения в пользу пациентов 1-й группы, но не были достоверны.

Таким образом, итоговая клиническая эффективность исследуемых оказалась высокой и составила 100% в группе №1 и 96% в группе №2, с учетом выбывшего больного ($p > 0,05$).

У всех 50 больных исходно проводилось микробиологическое исследование мокроты и серологические исследования для идентификации атипичных возбудителей. В нашем исследовании наиболее частыми возбудителями являлись *Streptococcus pneumoniae* (32% случаев). У больных с сопутствующими хроническими заболеваниями и в пожилом возрасте выявились *Haemophilus influenzae* – 22%, *Staphylococcus aureus* – 14%. У трех больных (6%) была выявлена *Klebsiella pneumoniae*. У двух больных (4%) была выявлена *Legionella pneumophila*. У 1-го больного с сопутствующим хроническим обструктивным бронхитом, получавшего ингаляционные глюкокортикостероиды, были выявлены дрожжевые грибы рода *Candida*, которые рассматривались нами не как этиологически значимые возбудители, а как случай контаминации мокроты флорой верхних дыхательных путей. При серологическом исследовании у молодых больных в 6% случаев обнаружены внутриклеточные возбудители. У всех больных

выявлена монокультура. У 7-и (14%) больных установить возбудитель не удалось (по данным литературы, даже при наличии адекватных проб мокроты не удается выделить возбудитель в 20-45% случаев). В целом следует отметить, что установленная структура причинно значимых патогенов соответствует современным общепринятым представлениям об этиологии нетяжелой внебольничной пневмонии.

Анализ бактериологической эффективности удалось провести у 40 больных: у 25 больных в группе №1, у 15 – в группе №2. Оценка бактериологической эффективности проводилась на 3-и сутки лечения. Бактериологическая эффективность амоксициллина/сульбактама составила 100% и 93,7% для амоксициллина/клавулант ($p > 0,05$).

Оценка переносимости и безопасности терапии осуществлялась клиническими и лабораторно-инструментальными методами. В нашем исследовании только у 1 больного из группы амоксициллина/клавулант выявлена неблагоприятная побочная реакция, описанная выше, которая потребовала отмены препарата и коррекции побочного эффекта. В процессе лечения внебольничной пневмонии больные не предъявляли новых жалоб, не отмечено случаев обострения сопутствующих заболеваний, при физикальном осмотре больных клинически значимых отклонений основных показателей гемодинамики не выявлено.

Выводы

Клинико-бактериологическая эффективность ингибиторозащитных аминопенициллинов при лечении внебольничной пневмонии высокая: в целом у всех пациентов отмечена быстрая положительная динамика основных симптомов заболевания. Ни в одном случае исследуемый препарат не отменялся, не требовалось дополнительных медицинских мероприятий для купирования побочных реакций. Побочные реакции соответствовали обозначенным инструкцией по медицинскому применению препарата. В целом переносимость лечения у пациентов, получавших амоксициллин/сульбактам, отличная.

Таким образом, благодаря высокой эффективности, безопасности и отличной переносимости амоксициллина/сульбактама следует рассматривать в качестве препарата первого ряда при лечении нетяжелой внебольничной пневмонии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Яковлев С.В. и др. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике (пособие для врачей) // *Клин. микробиол. и антимикроб. химиотер.* – 2003; 5 (3): 198–224

2 Белоусов Ю.Б., Шатунов С.М. Антибактериальная химиотерапия. – М., 2001. Ремедиум.

3 Грудина С.А., Сидоренко С.В., Федорчук В.В. и др. Динамика распространения антибиотикорезистентности среди *Streptococcus pneumoniae* в Москве в период с 1998 по 2003 гг. Антибиотики и химиотерапия. – 2004; 49:25–34

4 Методические указания по определению чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам. Методические указания МУК 4.2.1890-04 Edn. М., 2004

5 Clinical and Laboratory Standards Institution. Performance standards for antimicrobial susceptibility testing. Sixteenth informational supplement. Approved standard M100-S16. Clinical and Laboratory Standards Institution 2006; Wayne, Pa

6 Карпов О.И. Клинико-фармакологическая характеристика амоксициллина/сульбактама // *Фарматека.* – 2005. – № 19. – С. 10-18

7 Focht J. Sulbactam, tazobactam, clavulanic acid: activity of combinations with b-lactams against aerobes and anaerobes // *Clin Microbiol Infect* 2000;6(Suppl 1):77

8 Zhang YL, Li JT, Zhao MW. Detection of ampC in *Enterobacter cloacae* in China // *Int J Antimicrob Agents* 2001;(18):365-71

9 Lode H. Role of sultamicillin and ampicillin/sulbactam in the treatment of upper and lower bacterial respiratory tract infections // *Int J Antimicrob Agents* 2001;(18):199-209

10 Hejnar P, Kolar M, Chmela Z. Double-disk synergy test positivity in *Stenotrophomonas maltophilia* clinical strains // *Folia Microbiol (Praha)* 2004;49(1):71-4

11 Wang P. A liquid chromatographic method for simultaneous determination of amoxicillin sodium and sulbactam sodium in a combination formulation / Wang P., Qi M., Sun Y., Yang J. // *J. Pharm. Biomed. Anal.* – 2004. – Vol. 36, N3. – P. 565–569

12 Chadha R. Microcalorimetric evaluation of the in vitro compatibility of amoxicillin/clavulanic acid and ampicillin/ sulbactam with ciprofloxacin / Chadha R., Kashid N., Jain D.V. // *J. Pharm. Biomed. Anal.* – 2004. – Vol. 36, N2. – P. 295-307

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

З.Ж. ЕҢСЕГЕНОВА, Г.К. ЖАҚЫШЕВА, Д.Т. ӘМІРОВ

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медициналық университеті, Алматы қ., Алматы қалалық №24 емханасы, №17 БМСК орталығы, Семей қ.

АУРУХАНАДАН ТЫС ӨКПЕ ҚАБЫНУЫН АМБУЛАТОРИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙДА ЕМДЕУ КЕЗІНДЕ АМОКСИЦИЛЛИН/ СУЛЬБАКТАМАНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ТИІМДІЛІГІ

Кіріспе. Соңғы жылдары респираторлық инфекциялардың ауруханадан тыс қоздырғыштарының көптеген бактерияға қарсы препараттарға төзімділігінің артуы байқалады. Өзекті патогендік микробтардың төзімділігін жою антибиотиктердің клиникалық фармакологиясының басым міндеті болып табылады.

Осы зерттеудің мақсаты ауыр емес ауруханадан тыс өкпе қабынуын емдеу кезінде амоксициллин/сульбактамааның клиникалық тиімділігін анықтау болып табылады.

Материал мен әдістер. Зерттеуге енгізу критерийлеріне жауап беретін және есептен шығару критерийлері болмаған типтік клиникалық-рентгенологиялық ауру картинасы бар ауруханадан тыс 51 науқас енгізілген болатын. Кездейсоқ сандар әдісімен науқастар екі емдеу тобына рандомизацияланды. №1 топ: 26 науқасқа амоксициллин/сульбактам тәулігіне 3 мәрте 1000 мг ішу тағайындалды. №2 топ: 25 науқасқа амоксициллин/сульбактам тәулігіне 3 мәрте 625 мг ішу тағайындалды. Бактерияға қарсы емнің ұзақтығы: дене температурасы тұрақты қалыпқа келгеннен кейін кем дегенде 5 күн. Емдеу кезінде және аяқталуына қарай науқас клиникалық статустың өзгеруін бақылау үшін тексерілді; зертханалық зерттеулер – клиникалық және биохимиялық қан талдамасы; рентгенологиялық зерттеу; қақырықтың бактериологиялық талдамасы.

Нәтижелері және талқылау. Барлық науқастардың дене температурасы 3-ші тәулікте 37,50С төмен түсті. Гипертермияның орташа ұзақтығы № 1 топта 3,2±0,4 күнді 3,3±0,4 күнді ($p > 0,05$) құрады. Демікпе № 1 және № 2 топтарға тиісінше орташа алғанда 2,4±0,5 және 2,6±2,5 күнде ($p > 0,05$) тоқтатылды. 25 емделушіде бастапқыдан шырышты-ірінді қақырық анықталды. 3-ші тәулікке қарай барлық топтарда қақырықтың ірінді сипаты жойылды, бұл ретте №1 топтағы 9 науқаста және № 2 топтағы 6 науқаста қақырық толығымен жойылды. Лейкоциттер саны барлық ауруларда 3-ші күнге қарай қалпына келтірілді. Өкпе қабынуын рентгенологиялық шешу бақылау тексеру кезінде барлық науқастарды байқалды. Бақыланушылардың қорытынды клиникалық

тиімділігі жоғары болып шықты және №1 топта 100% және №2 топта 96% құрады. Ауруханадан тыс өкпе қабынуын емдеуде ингибиторлы қорғалған аминопеницилиндердің клиникалық-бактериологиялық тиімділігі жоғары: тұтастай алғанда барлық науқастарда негізгі ауру симптомдарының жедел оң динамикасы анықталды.

Қорытындылар. Осылайша, амоксициллин/сульбактаманы ауыр емес ауруханадан тыс өкпе қабынуын емдеу кезінде бірінші кезектегі препарат ретінде қарастырған жөн.

Негізгі сөздер: амоксициллин/сульбактам, амоксициллин/клавулант, ауруханадан тыс өкпе қабынуы.

SUMMARY

Z.Zh. ENSEGENOVA, G.K. ZHAKYSHEVA,
D.T. AMIROV

Kazakh National Medical University n.a. S.D. Asfendiyarov,
City clinic number 24, Almaty c.,
Center of primary medical care №17,
Semey c., Kazakhstan

THE CLINICAL EFFICACY OF AMOXACILLIN/SULBACTAM IN THE TREATMENT OF THE COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN THE OUTPATIENT CONDITIONS

Introduction. In the recent years there has been an increase in the stability of the community-acquired respiratory infections pathogens to many antibiotics. The overcoming of the resistance of the pathogenic microbes is the urgent priority for the clinical pharmacology of the antibiotics.

The purpose of this study was to evaluate the clinical efficacy of Amoxicillin /sulbactam in the treatment of the non-severe community-acquired pneumonia.

Materials and methods. The study included 51 patients with the community-acquired pneumonia with the typical clinical and radiographic feature of this disease, met the inclusion criteria and had no exclusion criteria. By the method of random

numbers, the patients were randomized into two treatment groups. Group number 1: 26 patients received amoxicillin /sulbactam 1000 mg 3 times a day administered orally. Group number 2: 25 patients received amoxicillin /clavulanate 625 mg three times a day administered orally. The duration of the antibiotic treatment: not less than 5 days after the body temperature returns to the normal level. During and after the treatment there were conducted: an examination of the patient for the monitoring of the changes in his clinical status, the laboratory tests – the clinical and biochemical analysis of blood, the x-ray examination, the bacteriological analysis of the sputum.

Results and discussion. The body temperature of all patients on the third day fell below 37.50C. The average duration of hyperthermia was 3,2±0,4 days in the group number 1, and 3,3±0,4 days in the group number 2 (p>0.05). The dyspnea was stopped by an average of 2,4±0,5 and 2,6±2,5 day respectively for the groups number 1 and number 2 (p>0.05). In 25 patients initially the muco-purulent sputum determined. Up to the 3rd day in all groups the purulent sputum was absent, at the same time in 9 patients in the group number 1 and in 6 patients in the group number 2 the sputum was completely absent. The leukocytes count was normalized up to the 3rd day in all patients. The radiological resolution of the pneumonia was observed in all patients at the control x-ray. The total clinical efficacy in patients was high and amounted to 100 % in the group number 1 and 96 % in the group number 2. The clinical and bacteriological efficacy in the treatment of the community-acquired pneumonia with the aminopenicillins inhibitors is high: in general in all patients was obtained the rapid positive dynamic of the main symptoms of the disease.

Conclusions. Thus, amoxicillin/sulbactam should be considered as the first-line therapy in the treatment of the non-severe community-acquired pneumonia.

Key words: amoxicillin/sulbactam, amoxicillin/klavulonat, community-acquired pneumonia.

УДК 616.14-005.7-084

Ж.Т. АРТЫКБАЕВ

Научно-исследовательский институт кардиологии и внутренних болезней, г. Алматы

ВЕНОЗНЫЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У НЕХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

Статья посвящена актуальной проблеме клинической медицины – венозным тромбоэмболическим осложнениям (ВТЭО). Представлена эпидемиология, факторы риска развития ВТЭО у терапевтических пациентов с инфарктом миокарда, сердечной недостаточностью, инсультом, хроническими неспецифическими заболеваниями легких, у больных, находящихся на длительном постельном режиме, а также у лиц при длительных авиаперелетах и путешествиях. Даны современные рекомендации по профилактике ВТЭО при этих патологических состояниях.

Ключевые слова: венозные тромбоэмболические осложнения (ВТЭО), профилактика, гепарин.

Тромбоз глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей и таза, а также тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) представляют собой проявление одной болезни и относятся к числу распространенных причин заболеваемости и смертности. Частота ТГВ в общей популяции ежегодно составляет около 160 на 100 000 населения, с частотой смертельной ТЭЛА 60 на 100 000 населения, причем эти цифры имеют тенденцию к неуклонному росту [1, 2].

В высокоразвитых странах ТЭЛА устойчиво вышла на третье место по частоте, после ИБС и инсульта, как причина смерти среди сердечно-сосудистых заболеваний. В США ежегодно регистрируется около 600 000 случаев ТЭЛА, 1/3 больных с этим диагнозом умирает [3]. При

этом у 50% умерших это заболевание при жизни не диагностируется. Более 250 000 пациентов каждый год госпитализируется с ТГВ или ТЭЛА, 5% из них умирают [4]. В условиях многопрофильного клинического стационара ТЭЛА ежегодно наблюдается у 15-20 из 1000 лечившихся больных, в том числе у 3-5 пациентов со смертельным исходом [5].

До 70-80% фатальных эпизодов ТЭЛА приходится на нехирургических пациентов. Госпитализация пациентов с острыми заболеваниями внутренних органов приводит к повышению риска возникновения ТГВ в 8 раз [6]. ТГВ и ТЭЛА часто развиваются у госпитализированных обездвиженных больных, либо вынужденных в течение длительного времени соблюдать постельный режим.