

УДК 616.2.-62+615.331-08

ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННОЙ ИНФЕКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ И МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ СЕФПОТЕКОМ

З. К. Жумадилова, Р. И. Алибекова, Ж. К. Батырханова,
Р. О. Коканова, А.А. Бакынова, Г.Ш. Токсанбаева, А. А. Имангалиева
Государственный медицинский университет г.Семей

Тыныс және несеп шығару жолдарының қосралған инфекцияларында науқастарға сефпотек, яғни цефалоспорииндердің жаңа III-туындысын қолдану кезіндегі клиникалық-лабораторлық көрсеткіштердің оң нәтижесі туралы мәліметтер көрсетілген

Data of positive clinical and laboratory efficiency of the new III generations of cephalosporines (cefpotec) in patients with combined pulmonary and urinary infections in article is prescribed.

Инфекции дыхательных и мочевыводящих путей относятся к наиболее частым инфекционным заболеваниям человека. Они классифицируются в соответствии с их локализацией – синуситы, тонзиллиты, фарингиты, бронхиты, циститы, простатиты, уретриты, эпидемиты, орхиты. Однако, следует учитывать, что изолированные инфекции указанных локализаций встречаются редко, чаще возбудители могут обнаруживаться в разных отделах бронхолегочного и урогенитального тракта. Доминирующую роль в этиологии неосложненных инфекций мочевыводящих путей играет *Escherichia coli* (70-95%), а при инфекции дыхательных путей в основном – вирусы и такие бактерии как грамотрицательные палочки семейства кишечных, стрептококки, золотистый стафилококк. В нормальных условиях кашлевой рефлекс, механизм мукоцилиарного клиренса, фагоцитарная активность альвеолярных макрофагов и антибактериальные свойства секреторных иммуноглобулинов обеспечивают элиминацию инфекционного агента из респираторного тракта. В случаях повреждения этих механизмов самоочищения (чаще всего при ОРВИ) создаются благоприятные условия для развития инфекции, и тогда проникновение даже единичных высоковирулентных возбудителей в дыхательные пути приводит к развитию заболевания.

С клинических позиций важно дифференцировать неосложненные и осложненные инфекции дыхательных и мочевыводящих путей, так как они различаются по прогнозу и тактике антибактериальной терапии. При неосложненных инфекциях клинический эффект и эрадикация возбудителя достигаются, как правило, при коротких курсах антибактериальной терапии. Кроме того, при неосложненных инфекциях не требуется проводить микробиологическую диагностику и лабораторный контроль в динамике лечения. Осложненные инфекции мочевыводящих путей ассоциируются с наличием факторов, предрасполагающих к их развитию, длительному сохранению симптомов, возникновению осложнений и не эффективности антибактериальной терапии. К факторам, ассоциированных с осложненными инфекциями дыхательных и мочевыводящих путей, относятся: мужской пол, курение, пожилой возраст, нозокомиальная инфекция, беременность, наличие мочевого катетера, недавно перенесенная операция на органах мочеполовой системы, функциональные или анатомические нарушения дыхательных и мочевых путей, недавнее применение антибиотиков, сахарный диабет, иммуносупрессия, сохранение симптомов инфекции более 7 дней.

Сложность и многогранность патогенетических механизмов, лежащих в основе сочетанной инфекции бронхолегочной и мочевой систем, высокий риск хронизации заболеваний, связанных с особенностями

макро-и микроорганизмов, требуют проведения качественной этиотропной терапии.

Принципы рациональной антимикробной терапии: 1) Выбор антимикробного препарата должен основываться на: высокой чувствительности возбудителя к данному препарату; способности антибиотика не только быстро проникать в пораженные органы, но и создавать терапевтически эффективные концентрации в моче; наименьшей нефротоксичности препарата по сравнению с другими, обладающими такой же антимикробной активностью и создающими такие же терапевтически эффективные концентрации в моче; отсутствии противопоказаний к назначению препарата конкретному пациенту (возраст, фоновая патология, совместимость с лекарственными средствами сопутствующей терапии), хорошей переносимости, отсутствии выраженного влияния на микробиоценоз кишечника, доступности приобретения и использования. 2.) Способ введения и режим дозирования антимикробного препарата должны предусматривать: создание его эффективной концентрации в очаге воспаления; поддержание ее на необходимом уровне до стабильного терапевтического эффекта. 3) Выбор продолжительности курса антимикробной терапии зависит от: особенностей цикла развития и размножения возбудителей; характера течения заболевания; тяжести обострения индивидуальной переносимости антимикробных препаратов.

Целью нашей работы явилось изучение клинико – лабораторной эффективности применения нового препарата цефалоспоринового ряда сефпотек у больных с сочетанной инфекцией дыхательных и мочевых путей.

Сефпотек (торговое название) - цефподоксим (международное непатентованное название) - бета - лактамный антибактериальный препарат, цефалоспорин третьего поколения. Цефподоксима проксетил – пролекарство, всасывается из желудочно-кишечного тракта и диэтерифицируется до активного метаболита – цефподоксима. При приеме 100 мг цефподоксима проксетила натошак, около 50% принятого цефподоксима всасывается системно. Таблетки, покрытые пленочной оболочкой белого цвета, продолговатой формы с риской на одной стороне и маркировкой "Nobel" на другой. Бактерицидная активность заключается в торможении образования муриена, одного из компонентов клеточной оболочки чувствительных бактерий, что приводит к прекращению клеточного деления и последующей гибели бактерий – возбудителей. Сефпотек (С.) показал активность в отношении большинства штаммов аэробных грам - положительных (*Staphylococcus*, *Streptococcus*) и аэробных грам – отрицательных (в том числе *Escherichia coli*) микроорганизмов. (2) Цефподоксим одобрен FDA (Food and Drug Administration - Управление по контролю

за качеством пищевых продуктов и лекарственных препаратов).

Работа проводилась в условиях нефрологического отделения Учреждения «Почечный центр» г. Семей. С. был применен у 20 больных с неосложненной формой сочетанной инфекции верхних дыхательных и нижних мочевыделительных путей (циститы, уретриты в сочетании с фарингитами, бронхитами) в дозе 200 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней. Следует отметить, при отборе для начала терапии С. исключены больные с осложненными формами инфекции дыхательных и мочевых путей. Это больные с анатомическими и нейрогенными нарушениями пассажа мочи, сопутствующими почечными и внепочечными заболеваниями, с постоянным катетером, получающие иммуносупрессивную терапию, беременные. Больные были без функциональной недостаточности почек и дыхания. Диагноз верифицирован в результате комплексного клинического, лабораторного, рентгенологического и ультразвукового обследования. Все больные поступали в стационар в активной стадии заболевания с лихорадкой, симптомами ринореи, бронхореи, дизурией, позовами к частому мочеиспусканию. При лабораторном обследовании обнаружены патологические изменения клеточного состава мокроты и мочевого осадка (лейкоцит – , протеин – , бактерурия), умеренный лейкоцитоз, ускорение СОЭ, а колебания относительной плотности мочи в пробе Зимницкого, уровни мочевины, креатинина в крови были в пределах нормы. Из дополнительных методов определения активности воспалительного процесса в мочевой системе проводили определение уролейкоцитогаммы. Выявлена нейтрофильная лейкоцитурия с выраженным преобладанием нейтрофилов (90% и более). Почки при пальпации и на УЗИ интактны. УЗИ почек проводилось аппаратом MY Lab 50 X- vision, датчик 3,5-5,0 МН конвексный. Почки расположены типично, размеры в норме, контуры ровные. Паренхима неоднородная, чашечно-лоханочный комплекс не лоцирован. (3)

Анатомических и функциональных изменений дыхательных путей и мочевого тракта при рентгенологическом исследовании не обнаружено.

Эффективность терапии С. оценивали по положительной динамике общего состояния, клинической картины и лабораторных показателей. В результате проведенного курса лечения выявлено, что С. был клинически эффективен у 95% (19/20)

исследуемых больных: купированы симптомы общей интоксикации, ринореи, бронхореи, дизурический синдром, нормализовались самочувствие, сон, температура, СОЭ, уровень лейкоцитов, а также патологический мочевой осадок (протеин – , лейкоцит – , бактерурия) в общих анализах мочи и пробе Нечипоренко. Положительная динамика у больных отмечена на 3-4 сутки лечения. Побочных эффектов и осложнений при терапии С. нами не установлено.

При сравнительных клинических испытаниях цефподоксима проксетила с такими препаратами как пенициллин V при терапии фарингитов (Brown R J и соавт.), цефаклор при терапии обострения хронической обструктивной болезни легких (Phillips, H и соавт.), амоксициллин при терапии инфекции мочевых путей (Сох, С Е и соавт.) отмечены его эффективность и безопасность. В связи с наименьшим уровнем устойчивости E.coli в Европе и России к цефалоспорином III поколения (в пределах 5%), а также наличием хорошей доказательной базы цефподоксима Европейская ассоциация урологов рекомендует применение его при лечении инфекции мочевых путей (1).

Таким образом, получены положительные клинико-лабораторные показатели при применении сефпотек у больных с неосложненной формой сочетанной инфекции верхних дыхательных и нижних мочевыделительных путей. Хорошая переносимость, безопасность, благоприятный комплаенс (кратность по 200 мг 2 раза в сутки), снижение риска нозокомиальной инфекции, а также фармакоэкономический эффект, связанный с устранением дополнительных затрат на парентеральное введение препаратов, монотерапия сочетанной инфекции двух разных локализаций позволили применять сефпотек и в амбулаторных, и в стационарных условиях.

Литература:

1. Яковлев С.В. // Рекомендации Европейской ассоциации урологов по лечению инфекций мочевыводящих путей: Комментарии к возможностям практического использования в России. // Эффективная фармакотерапия в урологии 2006 ; 3:1-12.
2. Инструкция по применению лекарственного средства для потребителей (аннотация – вкладыш). Сефпотек.
3. Митьков В.В., Брюховецкий Ю.А., «Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике» Т.1 ВИДАР, 1996 г.

УДК 616.248.-441

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

М.Т. Абишев

КГКП «2-я городская клиническая больница», г. Астана

Клиническая картина бронхиальной астмы была проанализирована у 30 больных пульмонологического отделения г. Астаны в возрасте от 17 до 47 лет.

Диагноз и степень тяжести болезни были установлены согласно критериям GINA (2009). Группу сравнения составили 32 здоровых пациента.

Субпопуляционный анализ лимфоцитов проводили методом непрямой мембранной иммунофлуоресценции с применением панели моноклональных антител к поверхностным антигенам лимфоцитов: CD3+, CD4+, CD8+, CD19+, CD56+, а также HLA-DR+ с учетом результатов на проточном цитофлуорометре Cytomics FC-500 фирмы Beckman Coulter.

Определение концентрации сывороточных иммуноглобулинов А, М, G и E проводилось иммуноферментным методом. Функцию фагоцитов оценивали в НСТ-тесте по методу Парк.