



**Львівська
медична
спільнота**

**ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ
МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«РОЛЬ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ У ЖИТТІ
ЛЮДИНИ ТА ЇЇ МІСЦЕ У ФОРМУВАННІ
ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ»**

27-28 березня 2015 р.

Львів

Щербенюк Н. В.
асистент кафедри клінічної фармації та клінічної фармакології

Яковлева О. О.
*доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри клінічної фармації та клінічної фармакології*
Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

ІНФЕКЦІЙНЕ ЗАГОСТРЕННЯ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА АСПЕКТИ АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ В ГОСПІТАЛЬНИХ УМОВАХ

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) є однією з основних причин захворюваності та смертності в сучасному суспільстві. Дослідження в північно-американській популяції, проведене як лонгітудинальне спостереження, показало, що кожен четвертий мешканець має можливість протягом життя захворіти на ХОЗЛ, чоловіки частіше за жінок, малозабезпечені частіше за соціально забезпечених [1].

Мета дослідження: оцінити взаємозв'язок клініко-лабораторних особливостей ХОЗЛ та емпіричної антибіотикотерапії в стаціонарах м. Вінниці.

Матеріали та методи: проведено ретроспективний фармакотерапевтичний аналіз стаціонарного лікування 268 хворих з інфекційним загостренням ХОЗЛ за даними медичних карт стаціонарного хворого за 2011 р. Середній вік пацієнтів – $52,41 \pm 0,50$ роки (від 24 до 65 років). Жінки склали 37,7 %, чоловіки – 62,3 %.

Результати: Проведений аналіз антибіотикотерапії (АБТ) інфекційного загострення ХОЗЛ показав, що не всім пацієнтам були призначені антибактеріальні засоби для системного застосування (95,9 %), хоча, згідно чинного на період дослідження наказу [2], їх повинні були отримувати всі хворі з встановленим інфекційним загостренням ХОЗЛ. Більшість хворих (58,2 %) протягом лікування отримували один антибактеріальний препарат (АБП). Найбільш часто призначалися фторхінолони III покоління (46,3 % хворих), цефалоспорини III покоління (32,3 %), макроліди (17,1 %) та цефалоспорини II покоління (14,8 %).

Рекомендована тривалість АБТ інфекційного загострення ХОЗЛ складає 5-10 днів [3]. Тривалість АБТ в досліджуваній групі відповідала рекомендованій: $7,84 \pm 0,20$ діб. Середня тривалість госпіталізації склала $11,61 \pm 0,21$ днів. Після виписки із стаціонару 14 хворих (5,4 %) отримали рекомендації з подальшої АБТ в амбулаторних умовах. Всім хворим був призначений один АБП. Всього було рекомендовано лише 2 АБП за МНН: левофлоксацин (85,7 % призначень) та ципрофлоксацин (14,3 %).

Для визначення ефективності та безпеки АБТ інфекційного загострення ХОЗЛ були проаналізовані також клінічні та лабораторні показники захворювання: середня температура тіла хворих в 1-у добу та у день виписки із стаціонару, терміни нормалізації температури тіла хворих, динаміка частоти дихання (ЧД), динаміка частоти серцевих скорочень (ЧСС), динаміка систолічного артеріального тиску (АТ), динаміка сатурації гемоглобіну киснем (SaO₂), динаміка кількості лейкоцитів у периферичній крові.

Середній показник температури тіла на час госпіталізації виявився в межах норми (36,89±0,03 °С). Більшість хворих (70,5 %) були госпіталізовані у стаціонар з нормальною температурою тіла. Лише у 1,1 % хворих на час виписки із стаціонару температура тіла не нормалізувалась. Частота дихання у 1-у добу склала 22,82±0,14 за 1 хв. У день виписки ЧД у хворих достовірно зменшилась до 19,33±0,14 за 1 хв. Середня ЧСС в 1-у добу була нижче 90 за 1 хв. (84,42±0,85 за 1 хв), а на день виписки достовірно знизилась до 74,58±0,51 за 1 хв. Середній систолічний АТ виявився у межах норми, визначеної ВООЗ (135,20±1,05 та 128,86±0,61 мм рт. ст.).

Однією з клінічних ознак будь-якого інфекційного процесу є лейкоцитоз крові (більше 10×10⁹/л) та/або паличкоядерний зсув (більше 10 %). В той же час зниження кількості лейкоцитів у крові на фоні лікування менше 10×10⁹/л є критерієм достатності антибактеріальної терапії. Середній рівень лейкоцитів крові при першому дослідженні був нижче 10×10⁹/л ((6,67±0,13)×10⁹/л) та в динаміці майже не змінився ((6,40±0,19)×10⁹/л).

Допоміжним методом дослідження у пацієнтів з ХОЗЛ є пульсоксиметрія. Значення SaO₂ < 90 % вказує на наявність дихальної недостатності та необхідність лікування у стаціонарі. Середній показник SaO₂ в першу добу госпіталізації був вище 90 % (93,04±0,73 %). Враховуючи незначну кількість хворих, яким була проведена пульсоксиметрія, повторний аналіз SaO₂ у хворих на ХОЗЛ був недоцільним.

До критеріїв ефективності АБТ хворих на інфекційне загострення ХОЗЛ належить зменшення гнійності мокротиння. Не зважаючи на те, що мікроскопічне дослідження мокротиння відноситься до обов'язкових методів обстеження хворих ХОЗЛ, що госпіталізуються у стаціонар, в перші дні після госпіталізації загальний аналіз харкотиння був зроблений лише 90 хворим (33,6 %). Перед випискою – 29 (10,8 %) хворим. Мікробіологічне дослідження мокротиння повинно проводитися хворим ХОЗЛ, що госпіталізуються у стаціонар у разі виявленні гнійного характеру мокротиння при проведенні мікроскопії. Воно було проведено у 10,1 % пацієнтів. В середньому забір матеріалу проводився на 2,66±0,35 добу (від 1 до 10). Із 27 досліджень у 18 випадках (66,7 %) росту збу-

дників виявлено не було та в жодному іншому аналізі кількість виявлених мікроорганізмів не досягла діагностично-значущих величин.

Висновки. У більшості хворих на інфекційне загострення ХОЗЛ були відсутні виражені ознаки запалення та легеневої недостатності, отже, частина хворих не потребувала стаціонарного лікування. Тому широке використання цефалоспоринов III покоління, які є препаратами альтернативної терапії (згідно рекомендаціям GOLD), можна вважати нераціональним.

Список літератури:

1. Trends in chronic obstructive pulmonary disease prevalence, incidence, and mortality in Ontario, Canada, 1996 to 2007: a population-based study / A. S. Gershon, C. Wang, A. S. Wilton [et al.] // Arch Intern. Med. – 2010. – Vol. 170. – P. 560-565.
2. Наказ МОЗ України № 128 від 19.03.2007 / Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія» – Київ: ТОВ «Велес», 2007. – 148 с.
3. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy of the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: updated 2011 [Електронний ресурс] / Режим доступу: <http://www.goldcopd.com>