

О. А. Лоскутов, С. П. Спісаренко, О. І. Місюра, К. В. Руденко,
М. Ю. Хальвані, В. В. Лазоришинець

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЦЕФТАЗИДИМУ (ОРЗИДУ) В КАРДІОХІРУРГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ ПРИ ЛІКУВАННІ СЕПТИЧНИХ СТАНІВ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ВІКУ

Інститут серцево-судинної хірургії ім. М. М. Амосова АМН України, Київ

Вступ

Не зважаючи на значні успіхи в галузі антибактеріальної терапії частота тяжких госпітальних інфекцій залишається високою і в деяких випадках є причиною смерті хворих [4].

За даними Р. Eggimann і співавторів [4], частота виявлення госпітальної інфекції у пацієнтів, що перебувають на лікуванні у відділеннях інтенсивної терапії, і спричинена її наявністю кількість інфекційних ускладнень становить відповідно 20 і 29 % щороку.

Дослідження, проведені в інституті хірургії ім. О. В. Вишневського (Москва), показали, що летальність при хірургічному сепсисі може коливатися від 41,1 до 53,3 % [1]. Смертність від гнійно-септичних ускладнень у структурі загальної летальності серед пацієнтів, прооперованих у 2003 р. на базі відділення хірургічних методів лікування вроджених вад серця (ВВС) у дітей молодшого віку ІССХ ім. М. М. Амосова АМН України (Київ), становила у середньому 9,4 %.

Такі результати багато в чому зумовлені складністю оперованої патології, екстремністю хірургічного втручання і початковою наявністю у пацієнтів супровідної патогенної мікрофлори.

Так, серед 388 операцій зі штучним кровообігом, виконаних на базі відділення хірургічних методів лікування ВВС у

дітей молодшого віку ІССХ ім. М. М. Амосова АМН України (Київ) в 2003 р., 32 % належали до розряду складних і нових. Тим же часом у 27,4 % випадків на доопераційному етапі у даного контингенту хворих була виявлена грамнегативна (Гр(-)) паличкова або грампозитивна (Гр(+)) кокова мікрофлора.

Полімікробний характер інфекції, наявність тяжкої супровідної патології, збільшення кількості інвазивних процедур, а також широке застосування судинних катетерів та імплантація протезів також є істотними факторами, що збільшують кількість септичних післяопераційних ускладнень [3; 5].

Як було показано в публікаціях М. Kollef і співавторів [6], серед факторів ризику госпітальної летальності неадекватна антибактеріальна (АБ) терапія посідає перше місце, випереджаючи поліорганну дисфункцію, онкологічні захворювання, літній вік пацієнтів і т. д.

Вибір найадекватнішого терапевтичного режиму АБ терапії частіше уявляється складним завданням, особливо при лікуванні інфекційних захворювань і септичних станів у дітей молодшого віку.

Відомо, що багато антибіотиків мають побічну дію, а це ще більше підвищує важливість оцінки співвідношення ризику й ефективності при застосуванні подібних препаратів у дітей [2].

Метою даної роботи було дослідження клінічної ефективності цефтазидиму (орзиду) і вираженості можливих побічних ефектів його дії в терапії септичних станів у дітей молодшого віку, прооперованих з приводу ВВС в умовах штучного кровообігу (ШК).

Матеріали та методи дослідження

У дослідження було включено 164 пацієнти, яким на базі відділення хірургічних методів лікування ВВС у дітей молодшого віку ІССХ ім. М. М. Амосова АМН України у першому півріччі 2004 р. в умовах ШК було виконано радикальну хірургічну корекцію вади.

З усього масиву спостережень було виділено групу хворих із 17 дітей (10,4 % випадків), яким у ранньому післяопераційному періоді, у зв'язку з клінічною неефективністю планової антимікробної терапії через маніфестацію септичного процесу до схеми лікування, що проводилося, було включено цефтазидим (орзид).

Вік пацієнтів, що одержували цефтазидим (орзид), варіював від 5 міс до 7 років (у середньому 2,7 року), маса хворих — від 5 кг 300 г до 24 кг (у середньому 12,4 кг).

Тривалість курсу терапії цефтазидимом (орзидом) визначалася динамікою клінічного стану пацієнтів і становила в середньому 10 днів.

Під час проведення АБ терапії оцінювали вираженість



температурних реакцій, загальний лейкоцитоз, індекс зрушення нейтрофілів (ІЗН) за О. М. Капітаненко, лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ) за Кальф-Каліфом, біохімічні аналізи крові (рівень аланін-амінотрансферази (АЛТ), сечовини, креатиніну, наявність білірубінемії), наявність диспепсичних явищ з боку шлунково-кишкового тракту, зміни в неврологічному статусі пацієнтів, динаміку загального клінічного стану хворих (за шкалою APACHE II).

Посів біологічного матеріалу (кров, мокрота, виділення з рани, ексудат серозних порожнин та ін.) для верифікації мікроорганізмів, а також їх ідентифікацію проводили за загальноприйнятою схемою з використанням системи Walkaway-40. Дослідження чутливості проводили за допомогою диско-дифузного методу відповідно до рекомендацій NCCLS на агарі Мюллера — Хінтона.

Результати дослідження та їх обговорення

Кількість позитивних бактеріологічних посівів у культурах крові обстежених пацієнтів становила 4 випадки (23,5 %). У одного хворого (5,9 % випадків) верифікацію збудника інфекційного процесу

(*S. aureus*) здійснено на підставі позитивних посівів з рани.

При вивченні чутливості мікрофлори до основних антибактеріальних препаратів було виявлено, що в період дослідження високу активність щодо Гр(-) паличкової флори виявляли цефтазидим (орзид) (74,2 %), аміноглікозиди III покоління (амікацин) (74,2 %), фторхінолони, рівень чутливості до яких визначався у 71,4 % випадків, і карбапенеми (тієнам) 78,1 %. Показники чутливості Гр(-) паличкової флори до цефалоспоринов I–II покоління дорівнював 12,5 %.

Згідно з даними про чутливість мікрофлори до антибактеріальних препаратів і через відсутність ефекту від попередньої АБ терапії до комплексної антимікробної терапії було залучено цефтазидим (орзид) у поєднанні з амікацином і флуконазолом (таблиця).

Як видно з таблиці, незважаючи на антибактеріальну терапію, що проводилася, пацієнти перебували у тяжкому стані (17–19 балів за шкалою APACHE II). Тяжкість стану була зумовлена вираженістю септичного процесу і рівнем ендогенної інтоксикації. Температура тіла в цей період в середньому становила 38 °С, з періодами підвищення до 39 °С 2–3 рази на добу.

У розгорнутих клінічних аналізах крові виявлявся виражений лейкоцитоз, що перевищував більш ніж утричі показники норми. Гематологічні індекси інтоксикації (ЛІІ та ІЗН) були підвищені в 2,6 і 2 рази відповідно. Спостерігалось підвищення рівня АЛТ у середньому на 29 % і креатиніну — на 27,3 %.

Диспепсичні явища у вигляді млявої перистальтики і здуття живота потребували у цей період стимуляції діяльності шлунково-кишкового тракту.

Зміни в неврологічному статусі пацієнтів виражалися в зниженні активності, астенизації, періодично виникаючій судомній готовності при підвищенні температури тіла до 39 °С.

Такий стан хворих у 52,9 % випадків потребував проведення штучної вентиляції легень й активної дезінтоксикаційної терапії.

Через три доби після введення в схему антибактеріальної терапії цефтазидиму (орзиду) у поєднанні з амікацином і флуконазолом спостерігалися нормалізація температури тіла і зниження рівня лейкоцитів на 32 % порівняно з попередніми значеннями.

Гематологічні показники ендогенної інтоксикації в цей пе-

Таблиця

Динаміка клінічного стану пацієнтів і маркерів ендогенної інтоксикації на фоні комплексної антибактеріальної терапії з використанням цефтазидиму (орзиду)

Клінічні показники	До призначення цефтазидиму (орзиду)	Після застосування цефтазидиму (орзиду)		
		Через 3 доби	Через 7 діб	Через 10 діб
Температура тіла, °С	38,0±1,0	37,1±0,3	36,9±0,3	36,8±0,2
Лейкоцити, × 10 ⁹ /л	20,3±3,7	13,8±2,9*	7,2±0,6*	6,9±1,3
ЛІІ, відн. од.	2,6±0,4	1,82±0,20*	1,22±0,20	1,06±0,04
ІЗН, відн. од.	0,12±0,03	0,09±0,02*	0,07±0,01*	0,06±0,01
Креатинін, ммоль/л	0,12±0,02	0,11±0,01	0,70±0,01*	0,70±0,02
АЛТ, мкмоль/л	1,29±0,02	0,70±0,02*	0,60±0,01	0,40±0,01
Загальний білірубін, мкмоль/л	24±2	21±3	16±2	14 ±1
Бали за APACHE II	18±1	12±1*	5±1*	4±1
Диспепсія	+	+	+	±
Зміни в неврологічному статусі	+	-	-	-

Примітка. * — P<0,05 порівняно з попереднім значенням.



ріод також мали статистично вірогідну динаміку зниження. Так, рівень ЛІІ зменшився на 30 %, показники ІЗН знизилися на 25 % щодо попередніх значень. Під час проведення терапії цефтазидимом (орзидом) не спостерігалось явищ наростання неврологічної симптоматики, пов'язаної з нейротоксичною дією препарату, на фоні його внутрішньовенного введення.

Про відсутність токсичної дії даного антибіотика свідчить і динаміка показників креатиніну, який знижувався наприкінці третьої доби до норми, і рівня АЛТ, зменшення якої було зафіксоване на 45,7 %.

Через 10 діб після прийому цефтазидиму (орзиду) було відмічено нормалізацію температури тіла, зниження лейкоцитозу до $(6,9 \pm 1,3) \cdot 10^9/\text{л}$. І хоча показники ЛІІ у 28,6 % випадків (4 пацієнти) були підвищені на 10 %, значення ІЗН, рівень креатиніну, АЛТ і загального білірубіну в цей період відповідали нормальним значенням.

Клінічний стан пацієнтів за шкалою АРАСНЕ ІІ оцінювався в середньому в (4 ± 1) бал.

Таким чином, використання цефтазидиму (орзиду) в комп-

лексній терапії дітей молодшого віку з клінічними ознаками септичного процесу дозволило нам одержати позитивний клінічний ефект за відсутності ознак токсичної дії препарату на організм.

Висновки

1. При вивченні чутливості мікрофлори до основних антибактеріальних препаратів у групі обстежених хворих було виявлено, що високу активність щодо Гр(-) паличкової флори проявляли цефтазидим (орзид) — 74,2 %, — аміноглікозиди ІІІ покоління (амікацин) — 74,2 %, — фторхінолони — 71,4 % — і карбапенеми — 78,1 %.

2. При введенні в схему комплексної антибактеріальної терапії цефтазидиму (орзиду) спостерігалась вірогідна динаміка зниження гематологічних показників ендогенної інтоксикації (індексу зрушення нейтрофілів за О. М. Капітаненко і лейкоцитарного індексу інтоксикації за Кальф — Каліфом), зниження рівня креатиніну й аланінамінотрансферази за відсутності ознак нейротоксичної дії препарату на організм.

3. Використання цефтазидиму (орзиду) в комплексній

терапії у дітей молодшого віку з клінічними ознаками септичного процесу за умови вибіркової чутливості виділеної мікрофлори до препарату і неефективності попередньої антибактеріальної терапії дозволило одержати позитивний клінічний ефект за відсутності ознак токсичної дії препарату на організм.

ЛІТЕРАТУРА

1. Белобородов В. Б. Сепсис — современная проблема клинической медицины // Рус. мед. журнал. — 1997. — № 24 (5). — С. 1589-1596.
2. Исаков Ю. Ф., Белобородова Н. В. Сепсис у детей. — М., 2001. — 369 с.
3. Archibald L., Phillips L., Monnet D. Antimicrobial resistance in isolates from inpatients and outpatients in the United States: increasing importance of the intensive care unit // Clin. Infect. Dis. — 1997. — Vol. 24. — P. 211-215.
4. Eggimann Ph., Pittet D. Infection Control in the ICU // Chest. — 2001. — Vol. 120. — P. 2059-2093.
5. Kollef M. H. The prevention of ventilator-associated pneumonia // N. Engl. J. Med. — 1999. — Vol. 340. — P. 627-634.
6. Inadequate Antimicrobial Treatment of Infections / M. H. Kollef, G. Sherman, S. Ward, V. J. Fraser // Chest. — 1999. — Vol. 115. — P. 462-474.

УДК 616.314:615.477.88:616.311-002.828

І. А. Паненко, Ю. Г. Романова

ЧАСТОТА РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ГРИБКОВИХ УРАЖЕНЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ПАЦІЄНТІВ ЗІ ЗНІМНИМИ ЗУБНИМИ ПРОТЕЗАМИ

Одеський державний медичний університет

Грибкові захворювання слизової оболонки порожнини рота — досить розповсюджена патологія у стоматології. За даними різних авторів, частота розповсюдження грибкових стоматитів у загальній кількості хворих з ураженням слизової оболонки порожнини рота становить від 50 до 90 % [1–4].

Як відомо, грибкові ураження слизової оболонки порожнини рота спричиняються грибами, які постійно присутні у флорі рота як сапрофіти, наприклад кандиди, актиноміцети, аспергіли, споротрихуми [4; 5]. Ці гриби перетворюються у патогенні та спричиняють клінічні мікози слизової оболонки

порожнини рота тільки при появі несприятливих для організму умов.

Особливу групу утворюють кандидози протезного походження, коли провокуючим фактором є базис знімного протеза. *Candida albicans* має велику адсорбційну здатність до стоматологічних полімерів

