

чевой кислоты снизилась с  $270 \pm 70$  до  $240 \pm 60$  мкмоль/л. Также проведенная терапия способствовала купированию имевшего место синдрома цитолиза гепатоцитов как проявления жирового гепатоза, что проявилось в снижении (с 55–135 до 26–84 МЕ/л) или полной нормализации исходно повышенных активностей АСТ и АЛТ в плазме. У большинства больных терапия препаратом таурина способствовала снижению АД – систолического, в среднем, на 11,5%, диастолического – на 4,5% от исходных величин.

Дальнейшее развитие применения таурина при СД видится нам не только в расширении круга пациентов, использующих данный препарат, но и в получении неопровержимых доказательств его терапевтической эффективности в многоцентровых клинических исследованиях, подобно тому, как это было сделано в отношении препаратов ЛК.

Таким образом, детальное изучение роли ОС в патогенезе СД и его осложнений создало базу для применения серусодержащих антиоксидантов – ЛК и таурина в эффективной терапии этого социально значимого заболевания.

Список литературы:

1. Аметов А.С. Применение Дибикора при сахарном диабете 2 типа и сердечно-сосудистой патологии / А.С. Аметов, И.И. Кочергина // Эффективная фармакотерапия в эндокринологии. – 2007. – № 2. – С. 40 – 42.
2. Балаболкин М.И. Роль окислительного стресса в патогенезе диабетической нейропатии и возможность его коррекции препаратами  $\alpha$  – липоевой кислоты / М.И. Балаболкин, В.М. Креминская, Е.М. Клебанова // Пробл. эндокринологии. – 2005. – Т. 51, № 3. – С. 22 – 33.
3. Болдырев А.А. Свободные радикалы в нормальном и ишемическом мозге / А.А. Болдырев, М.Л. Куклей // Нейрохимия. – 1996. – Т. 13, № 4. – С. 271 – 278.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭКСТРЕННОЙ СТАРТОВОЙ ТЕРАПИИ МАКРОЛИДАМИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.

Жаров Н.Н.<sup>1\*</sup>, Бельтюков Е.К.<sup>2</sup>, Смоленская О.Г.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГУЗ ЦМСЧ-31 ФМБА России, <sup>2</sup>ГОУ ВПО УГМА Росздрава.

**Введение.** Пневмония относится к числу наиболее распространенных заболеваний органов дыхания: в среднем в России регистрируется 3,9 случая на 1000 населения в год. Несмотря на постоянное совершенствование методов диагностики и лечения, внебольничная пневмония (ВП) остается одной из актуальных проблем

современной медицины в связи с сохраняющейся высокой заболеваемостью и смертностью [1]. Смертность от ВП обусловлена с одной стороны свойствами возбудителей (вирулентность, резистентность к антибиотикам) и состоянием макроорганизма, с другой – уровнем оказания помощи больным ВП, качеством антибактериальной терапии [2,3]. Поэтому очень важным является внедрение рекомендаций по диагностике, лечению и профилактике пневмонии, основанных на современной доказательной базе, оптимизация антибактериальной терапии [1].

**Цель исследования.** Определение эффективности раннего применения азитромицина и кларитромицина медленного высвобождения на догоспитальном этапе у больных внебольничной пневмонией (ВП).

**Материал и методы.** Дизайн исследования: открытое сравнительное исследование эффективности различных режимов стартовой антибактериальной терапии ВП на догоспитальном этапе.

Исследование проводилось на базе ФГУЗ ЦМСЧ-31 ФМБА России г. Новоуральска Свердловской области с 1 июля по 31 декабря 2007г.

Число пациентов – 130ч. Женщин – 77 (59%), мужчин – 53 (41%).

Кратность визитов к врачу с момента первого обращения: через 2, 5, 10 и 14 суток. Основную группу составили пациенты, получавшие при подозрении на пневмонию пролонгированные формы азитромицина и кларитромицина в течение первого часа с момента первичного обращения к врачу. В группе сравнения пациенты получали амоксициллин в более поздние сроки (табл. 1).

Таблица 1

Стартовые режимы терапии больных ВП

| Препараты,<br>дозирование   | Азитромицин<br>2г × 1р.<br>в неделю | Кларитромицин<br>1г × 1р.<br>в день | Амоксициллин<br>0,5г × 3р.<br>в день |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| Распределение пациентов<br>(n = 130)                                      | 35 (27%)                            | 44 (34%)                            | 51 (39%)                             |
| Средний возраст (годы)  | 41                                  | 41                                  | 47                                   |
| Начало антибактериальной<br>терапии (часы) с момента<br>обращения к врачу | 1                                   | 1                                   | 7,5                                  |

**Результаты.** Использование в качестве стартовой терапии в течение первого часа

с момента первичного обращения к врачу пролонгированных форм азитромицина и кларитромицина по сравнению с амоксициллином, применявшимся в более поздние сроки у больных ВП, привело к более быстрому разрешению пневмонической инфильтрации у пациентов основной группы (на 18%). Кроме того, продолжительность стационарного лечения в основной группе оказалась на 6%, число дней временной нетрудоспособности на 33%, число госпитализированных пациентов вследствие неэффективности стартовой терапии на догоспитальном этапе на 89% меньше, чем в группе сравнения. При этом продолжительность антибактериальной терапии в основной группе оказалась меньше на 27%, чем в группе сравнения.

В целом по городу летальность в стационаре от ВП снизилась на 12%, смертность на 100000 населения - на 56%.

**Заключение.** Стартовая терапия ВП пролонгированными формами азитромицина и кларитромицина при начале лечения в течение первого часа с момента первичного обращения к врачу в г. Новоуральске эффективнее по сравнению с амоксициллином, назначенным в более поздние сроки.

В связи с этим, при подозрении на пневмонию целесообразно организовать в амбулаторных условиях раннее применение пролонгированных форм азитромицина и кларитромицина для существенного улучшения исходов ВП.

#### Список литературы

1. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Страчунский Л.С. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. // *Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия*. 2006. Том 8, № 1. 54-86.
2. Козлов Р.С., Сивая О.В., Шпынев К.В. Антибиотикорезистентность *Streptococcus pneumoniae* в России в 1999-2005 гг.: результаты многоцентровых проспективных исследований ПеГАС-1 и ПеГАС-11. // *Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия*. 2006. Том 8, № 1, 33-47.
3. Яковлев С.В., Белобородов В.Б., Сидоренко С.В. и др. Анализ адекватности стартовых эмпирических режимов антибактериальной терапии при тяжелых нозокомиальных инфекциях (исследование АСЭТ). // *Клиническая фармакология и терапия*. 2006. № 2, 14-20.