

Применение антибактериального препарата Зофлокс при лечении инфекционной патологии нижних дыхательных путей, осложняющей ОРВИ у пожилых людей

Л. В. ЗУЕВА

Городская поликлиника № 14, Саратов
Городская поликлиника № 2, Саратов

Zoflox, an Antibacterial Drug, in Treatment of Infectious Pathologic Processes in the Lower Respiratory Tract Complicating Acute Respiratory Viral Infection in Elderly Patients

L. V. ZUEVA

Municipal Polyclinic No. 14, Saratov
Municipal Polyclinic No. 2, Saratov

Проведено клиническое исследование антимикробного препарата Зофлокс в комплексной терапии амбулаторных пожилых пациентов с острой пневмонией, осложняющей острую респираторно-вирусную инфекцию (в том числе пожилых пациентов с нарушением функции печени). По результатам исследования, препарат зарекомендовал себя эффективным и безопасным лекарственным средством в средней терапевтической дозировке по 400 мг 2 раза в день ежедневно в течение 10–14 дней.

Ключевые слова: офлоксацин, антибактериальная терапия, инфекции дыхательных путей, ОРВИ, пожилые пациенты.

Clinical trial of Zoflox, an antimicrobial drug, was performed in complex therapy of elderly outpatients with acute pneumonia complicating acute respiratory viral infection. Among the outpatients there were elderly subjects with hepatic insufficiency. The drug showed to be efficient and safety when used in a middle therapeutic dose of 400 mg twice a day daily for 10–14 days.

Key words: ofloxacin, antibacterial therapy, respiratory tract infection, acute respiratory viral infection, elderly patients.

Введение

Инфекции нижних дыхательных путей относятся к частым инфекционным заболеваниям человека и представляют собой широкий спектр респираторной патологии. С точки зрения антибактериальной терапии наиболее актуальными являются острый бронхит, обострение хронического бронхита и пневмония. Если актуальность бронхитов в большей степени определяется их высокой распространённостью, то актуальность пневмонии связана с тяжестью инфекции, нередко необходимостью стационарного лечения, а в определённых обстоятельствах — с высокой летальностью.

Этиология внебольничных респираторных инфекций обычно обусловлена нормальной микрофлорой верхних отделов дыхательных путей (полости рта, носа, рото- и носоглотки). Из множества видов микроорганизмов, колонизирующих верхние отделы дыхательных путей, лишь неко-

торые, обладающие повышенной вирулентностью, способны при проникновении в нижние дыхательные пути вызвать воспалительную реакцию даже при минимальных нарушениях защитных механизмов. Такими типичными бактериальными возбудителями внебольничных инфекций нижних дыхательных путей (пневмонии и бронхита) являются *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, реже встречаются *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*. Определённое значение в этиологии имеют атипичные возбудители — *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Legionella pneumophila*.

Серьёзным осложнением ОРВИ является пневмония, чаще всего развивающаяся у пожилых пациентов и у лиц, страдающих сопутствующей патологией (сахарный диабет, сердечно-сосудистые и хронические лёгочные заболевания, почечная, печеночная недостаточность, иммуносупрессии). В этиологии вторичной бактериальной пневмонии преимущественное значение имеют *S.aureus*, *S.pneumoniae* и *H.influenzae*.

Патология проявляется чаще всего респираторной симптоматикой в виде продуктивного ка-

© Зуева Л. В., 2012

Адрес для корреспонденции: 117105 Москва, Нагатинская ул., д. 3а.
Редакция журнала «Антибиотики и химиотерапия»

шла с мокротой, одышкой и пр. на фоне улучшения общего самочувствия через 4—5 дней от начала заболевания (иногда спустя 1—2 недели). При обследовании выявляются признаки уплотнения лёгочной ткани, влажные хрипы или крепитация. Рентгенологическая картина характеризуется наличием очагов пневмонической инфильтрации; в отдельных случаях обнаруживаются полости деструкции лёгочной ткани. Следует отметить, что именно суперинфекция, вызванная *S. aureus*, является одной из основных причин смерти пациентов с гриппом.

Отмечен также один очень интересный факт. У лиц пожилого возраста (старше 65 лет) риск осложнений острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ), в том числе развития пневмонии, после установления диагноза был высок, но снижался при лечении антибиотиками. Анализ полученных данных показал, что антибиотики практически бесполезны при лечении ОРВИ и инфекций верхних дыхательных путей, зато помогают предотвратить развитие пневмонии при заболеваниях нижних дыхательных путей.

Лечение этих инфекций представляет особые сложности в связи с частой встречаемостью у пожилых людей так называемых атипичных микроорганизмов, к которым относятся *Legionella* spp., *Chlamydia* spp., *Mycoplasma* spp. и которые характеризуются внутриклеточным развитием, поэтому труднодоступны для многих широко применяемых антибиотиков (например, пенициллинов, цефалоспоринов, аминогликозидов) из-за их плохого проникновения через клеточную стенку.

Определённые перспективы в лечении респираторных инфекций у пожилых связаны с появлением в клинической практике антибактериальных препаратов фармгруппы фторхинолонов, которые характеризуются повышенной активностью в отношении пневмококков, в том числе устойчивых к пенициллинам и макролидам, а также надежной активностью против других возбудителей, в том числе атипичных, с внутриклеточной локализацией.

Цель исследования — оценка клинической эффективности и безопасности применения антибактериального препарата Зофлокс (офлоксацин) при лечении инфекций нижних дыхательных путей, осложняющих ОРВИ у пожилых людей (в том числе с нарушением функции печени).

Задачи исследования

1. Определить сроки наступления клинического эффекта (скорость купирования объективных и субъективных симптомов) на фоне терапии препаратом Зофлокс при лечении острой пневмонии, осложняющей ОРВИ у пожилых людей (в том числе с нарушением функции печени).

2. Оценить переносимость терапии препаратом Зофлокс.

3. Апробировать и дать клиническую оценку рекомендуемой терапевтической схеме лечения пневмонии, осложняющей ОРВИ у пожилых людей (в том числе с нарушением функции печени) препаратом Зофлокс.

Характеристика препарата

Зофлокс-400 (Zoflox-400), Зофлокс-200 (Zoflox-200). МНН офлоксацин. Регистрационный номер: ЛС-000264.

Действие препарата. Антимикробный препарат группы фторхинолонов широкого спектра действия. Бактерицидное действие офлоксацина связана с блокадой фермента ДНК-гиразы бактерий. Высокоактивный относительно большинства грамотрицательных бактерий: *Escherichia coli*, *Salmonella* spp., *Shigella* spp., *Proteus* spp., *Morganella morganii*, *Klebsiella* spp. (в т.ч. *Klebsiella pneumoniae*), *Enterobacter* spp., *Serratia* spp., *Citrobacter* spp., *Yersinia* spp., *Providencia* spp., *Haemophilus influenzae*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Neisseria meningitidis*, *Mycoplasma* spp., *Legionella pneumophila*, *Acinetobacter* spp., а также *Chlamydia* spp. Активный относительно некоторых грамположительных микроорганизмов (в том числе *Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp.). К офлоксацину не очень чувствительны *Enterococcus faecalis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Pseudomonas* spp., а также анаэробные бактерии (кроме *Bacteroides ureolyticus*). Активный относительно бактерий, продуцирующих бета-лактамазы.

Фармакокинетика

Всасывание. После приёма внутрь быстро и легко абсорбируется из желудочно-кишечного тракта. Максимальная концентрация офлоксацина в плазме достигается за 1—2 часа. Биологическая доступность препарата составляет 96—100%.

Распределение. Связывается с белками плазмы приблизительно 25%. Офлоксацин проникает через плаценту, выводится с грудным молоком.

Метаболизм. Метаболизируется до 5% офлоксацина. Выводится в течение 5—8 час. До 80% офлоксацина выводится почками в неизменном виде.

Фармакокинетика в особых клинических случаях. У больных с заболеваниями печени и почек выведение офлоксацина из организма может быть замедленным.

Показания для применения. Инфекционно-воспалительные заболевания, вызванные чувствительными к офлоксацину микроорганизмами:

- инфекция нижних отделов дыхательных путей (воспаление лёгких);
- инфекция уха, горла, носа (фарингит, отит, ларингит, трахеит);
- инфекция кожи, мягких тканей, костей, суставов (абсцесс, фурункул, пиогенный артрит);
- инфекционно-воспалительные заболевания органов брюшной полости (за исключением бактериального энтерита) и малого таза;

— инфекции почек, половых органов (простатит, гонорея, цистит, хламидиоз).

Способ применения и дозы. Назначают взрослым и подросткам старше 14 лет.

Максимальная суточная доза составляет 800 мг.

Для взрослых средняя доза 200—400 мг — 2 раза в сутки. Для пациентов с нарушением функции почек доза составляет 200 мг каждые 24 час.

Срок лечения 7—10 дней, но при необходимости можно продлить курс лечения под наблюдением врача. Не рекомендовано принимать препарат более 2 мес.

Принимать за 30—60 мин до еды, запивая небольшим количеством воды. Если был пропущен приём препарата, то можно однократно принять суточную дозу.

Инфекции дыхательных путей: 400 мг в день, возможно до 400 мг 2 раза в день.

Инфекции уха, горла, носа: 200 мг 2 раза в день.

Инфекции кожи, тканей, костей: 400 мг два раза в день.

Инфекции половых органов: 400 мг два раза в день.

Больным, которые находятся на гемодиализе, назначают по 100—200 мг 1 раз в сутки.

Побочное действие. Зофлокс-200, Зофлокс-400, как правило, переносятся хорошо, но возможны нежелательные проявления.

Со стороны системы желудочно-кишечного тракта: тошнота, отсутствие аппетита, диарея, рвота.

Со стороны нервной системы: головная боль, утомление, сонливость, нарушение зрения, вкуса.

Аллергические и иммунологические реакции: при рекомендуемом режиме дозирования эти побочные реакции наблюдаются очень редко — высыпание на коже, отёк языка, отёк Квинке, шок.

Со стороны системы кроветворения: редко анемия, лейкопения, нейтропения, изменение количества тромбоцитов.

Со стороны сердечно-сосудистой системы: тахикардия, артериальная гипотензия.

Побочные реакции, связанные с химиотерапевтическим влиянием: кандидоз.

Противопоказания. Повышенная чувствительность к офлоксацину, эпилепсия, беременность, лактация, детский возраст до 14 лет.

Передозировка. При передозировке наблюдаются головокружение, возбуждение, головная боль, тошнота, рвота, боль в животе, диарея. В некоторых случаях может развиваться интерстициальный нефрит. Лечение симптоматическое, включает в себе противорвотную терапию, промывание желудка, поддержку водного баланса.

Особые указания. С осторожностью применяют при атеросклерозе сосудов головного мозга, нарушениях мозгового кровообращения, нарушениях функции почек. В период лечения боль-

ные не должны подвергаться ультрафиолетовому облучению. При одновременном применении с антацидами наблюдается снижение эффективности офлоксацина.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами. Во время лечения офлоксацином одновременный приём антацидных средств приводит к снижению эффективности таблеток офлоксацина, поэтому интервал между приёмом этих препаратов должен быть 4—6 час. При одновременном приёме таблеток офлоксацина и нестероидных противовоспалительных средств повышается вероятность появления судорог.

Материал и методы

Критерии включения больных в наблюдение

1. ОРВИ.
2. Объективное функциональное состояние нижних дыхательных путей (одышка, кашель, свистящее дыхание, изменение перкуторного тона и характера дыхания, выявление хрипов и пр. признаков).
3. Клинико-рентгенологическое подтверждение диагноза — острая пневмония.
4. Возраст пациента старше 60 лет.
5. Дополнительные критерии включения:
 - температура выше 38,3°C;
 - повышение СОЭ;
 - повышение уровня С-реактивного белка.

Критерии исключения больных из наблюдения

1. Непереносимость фторхинолонов.
2. Эпилепсия.
3. Снижение судорожного порога.
4. Дефицит глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы.
5. Нарушение функции почек
6. Туберкулёз лёгких.
7. Заболевания лёгких, имеющие не бактериальную этиологию, в том числе заболевания лёгких, вызванные профессиональными факторами (силикоз, пневмокониоз и другие).
8. Острый гепатит, инфаркт миокарда.

Дополнительная лабораторная диагностика

1. У пациентов, в анамнезе которых имелись заболевания: метастазы или первичная опухоль в печени, заболевания поджелудочной железы, хронический алкоголизм, цирроз печени, проводился биохимический анализ ферментов АлТ, АсТ до приёма препарата Зофлокс и после окончания терапии.
2. У пациентов, если антибактериальная терапия не привела к положительному клиническому эффекту, проводится бактериологический анализ мокроты и исследование чувствительности выявленных микроорганизмов к антибиотикам, в том числе к офлоксацину и левофлоксацину.

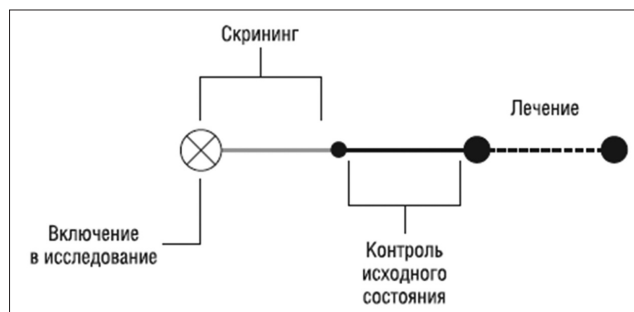


Схема модели исследования

Таблица 1. Дизайн обследования пациента

День обследования	Объём исследования
Первичное обследование (до лечения)	Первичный осмотр. Общие данные, сбор анамнеза и жалоб больного. Оценка клинических проявлений заболевания, проведение физикальных, лабораторных (общий анализ крови, уровень сывороточного С-реактивного белка (СРБ), биохимический анализ ферментов-трансаминаз крови АлТ, АсТ у пациентов с заболеваниями печени) методов и рентгенологическое исследование лёгких, термометрия, бактериологическое исследование мокроты или бронхиального содержимого. Указание о назначении дополнительной лекарственной терапии. Включение в исследование.
4-й день лечения	Контрольное обследование (физикальное, термометрия, контроль лейкоцитов, СОЭ), анализ клинических показателей проявления заболевания. Оценка переносимости препарата, описание характера побочных явлений при их наличии. Указание о назначении дополнительной лекарственной терапии.
10-й (14-й) день лечения	Контрольное обследование (физикальное, термометрия, общий анализ крови, уровень сывороточного С-реактивного белка, биохимический анализ ферментов-трансаминаз крови АлТ, АсТ у пациентов с заболеваниями печени, рентгенологическое исследование лёгких), анализ клинических показателей проявления заболевания. Оценка переносимости препарата, описание характера побочных явлений при их наличии. Указание о назначении дополнительной лекарственной терапии. Заключительная оценка эффективности лечения.

План проведённого исследования

1. Первичное обследование. Сбор жалоб и анамнеза, осмотр, физикальные, лабораторные и рентгенологические методы исследования.

2. Анализ результатов обследования и оценка их соответствия критериям включения в наблюдение и исключения из наблюдения.

3. Принятие решения о включении в исследование.

4. Проведение амбулаторной терапии в течение 10—14 дней (в зависимости от динамики клинических проявлений болезни и эффективности лечения) с последующим наблюдением в течение 3 дней, с двумя контрольными обследованиями на 3 и 10 (14) дни наблюдения. Объём обследований в соответствии с дизайном.

5. Заполнение и ведение регистрационных карт пациентов.

6. Сбор, обобщение, статистическая обработка данных и анализ полученных результатов (табл. 1).

7. Оформления отчёта исследования.

Первая группа состояла из 37 человек (амбулаторные пациенты), возраст 62—74 года, из которых 14 пациентов — женщины и 23 пациента — мужчины. Средний возраст больных составил $70,4 \pm 3,9$ лет: для мужского контингента — $71,7 \pm 1,1$ лет, для женского — $68,3 \pm 0,9$ лет.

Вторая группа — амбулаторные пациенты, в анамнезе которых имелись заболевания: метастазы или первичная опухоль в печени, заболевания поджелудочной железы, хронический алкоголизм, цирроз печени, состояла из 28 человек, возраст 67—78 лет: 19 мужчин и 9 женщин. Средний возраст больных составил $71,5 \pm 0,66$ лет: для мужского контингента — $71,6 \pm 0,7$ лет, для женского — $71,3 \pm 1,3$ лет.

Антибактериальная терапия проведена всем пациентам однотипно: больной принимал за 30—60 мин до еды, запивая небольшим количеством воды Зофлокс (офлоксацин) в дозе 400 мг два раза в день. Общий курс лечения составил 10—14 дней. В комплексе проводилась дезинтоксикационная, противогрибковая терапия, использовались отхаркивающие, противокашлевые средства, иммуностимуляторы, витамины.

Критерии оценки клинической эффективности

Эффективность препарата оценивалась по изменениям суммарного значения субъективных (кашель, боли в грудной клетке, одышка, слабость, потливость и др.) и объективных (повышенная температура тела, лейкоцитоз, ускоренная СОЭ, повышение уровня сывороточного С-реактивного белка, изменения на рентгенограмме) критериев.

Критерии оценки безопасности терапии препаратом Зофлокс

За нежелательные побочные эффекты принято: выявление у больного любых нежелательных или непредвиденных симптомов, жалоб, а также заболеваний, возникших на фоне приёма исследуемого лекарственного препарата.

Побочные явления лёгкие: кратковременная тошнота, диарея, которые самостоятельно, быстро проходят и не требуют отмены приёма лекарственного препарата.

Побочные реакции тяжёлые: аллергическая кожная сыпь, потясающий озноб, коллапс, отёк Квинке, требующие неотложной квалифицированной медицинской помощи и отмены приёма исследуемого лекарственного препарата.

Лабораторные параметры — изменения в анализах крови, которые требуют отмены приёма исследуемого препарата.

Физиологические параметры: систолическое артериальное давление < 100 мм рт. ст., пульс > 100 ударов в 1 минуту, сохранение лихорадки и других симптомов заболевания более 3 дней лечения требуют прекращения приёма исследуемого препарата.

Оценка переносимости

Оценка переносимости препарата проводилась на основании жалоб больного и объективного осмотра врача-исследователя и оценивалась как «отличная» при отсутствии любых побочных явлений и осложнений, «хорошая» при слабовыраженных симптомах, не потребовавших отмены препарата, «плохая» — при выраженных симптомах со стороны любых органов и систем, потребовавшая отмены препарата.

Статистическую обработку результатов исследования осуществляли с применением пакета прикладных программ Microsoft Excel — AVERAGE.xls. на персональном компьютере.

Результаты и обсуждение

У пациентов первой и второй групп исследования при первичном обследовании диагностирована острая пневмония средней степени тяжести. Диагноз острой очаговой пневмонии поставлен на основании жалоб больных на повышенную температуру тела с ознобом, боль в грудной клетке, усиливающуюся при дыхании и кашле, кашель с мокротой слизисто-гнойного характера. Имелась тесная связь с вирусной инфекцией. Диагноз подтверждался при исследова-

Таблица 2. Лабораторные исследования больных острой пневмонией при первичном обследовании (M±m)

Показатели	Первая группа исследования (n=37)	Вторая группа исследования (n=28)
Лейкоциты, ×10 ⁹ /л	11,9±4,6	10,8±5,1
СОЭ, мм/ч	24,8±7,9	28,7±8,8
СРБ, мг/л	89,7±29,5	118,4±38,2
АлТ, ЕД/л	—	79,8±26,4
АсТ, ЕД/л	—	88,6±35,1
Коэффициент де Ритиса, АсТ/АлТ	—	1,4±0,52

Примечание. Здесь и табл. 3. СОЭ — скорость оседания эритроцитов; СРБ — С-реактивный белок; АлТ — аланинаминотрансфераза; АсТ — аспаратаминотрансфераза.

Таблица 3. Термометрия, лейкоциты и СОЭ у пациентов с острой пневмонией после 3-дневного лечения препаратом Зофлокс (M±m)

Показатели	Первая группа исследования (n=37)	Вторая группа исследования (n=28)
Термометрия (утро), °С	37,2±1,24	37,7±1,08
Термометрия (вечер), °С	37,8±1,47	38,1±1,51
Лейкоциты, ×10 ⁹ /л	10,7±3,8	10,0±4,2
СОЭ, мм/ч	19,8±8,1	22,3±6,5

нии мокроты или бронхиального содержимого, а также рентгенологически.

Кожные покровы у пациентов бледные, акроцианоз, иногда наблюдалась гиперемия кожи шёк, редко герпетические высыпания.

Почти у всех больных отмечался сначала сухой, а затем и влажный кашель с выделением слизистой или слизисто-гношной мокроты. Беспокоила одышка. Иногда отмечалась боль в грудной клетке, которая появлялась через 1—2 дня после начала болезни, усиливалась при дыхании и кашле.

При перкуссии у большинства больных отмечалось укорочение перкуторного звука над местом инфильтрации, у каждого пятого усилено го- лосовое дрожание и бронхофония.

Наиболее показательными являлись аускультативные данные. Как правило, это жёсткое дыхание и мелко-среднепузырчатые влажные хрипы, которые выслушивались на ограниченном участке и отличались звучностью, иногда влажные хрипы сочетались с сухими.

Со стороны сердечно-сосудистой системы определялось снижение звучности I тона сердца, систолический шум на верхушке, лабильность пульса, тахикардия, умеренное снижение артериального давления.

Наиболее частой локализацией являлась нижняя доля правого лёгкого.

При рентгенологическом исследовании почти всегда обнаруживались участки инфильтрации.

Средняя длительность заболевания до обращения в поликлинику составила 7,3±4,7 дней, температура тела при первичном обследовании — 39,3±0,9°С.

Данные лабораторных исследований представлены в табл. 2.

После трёх дней лечения препаратом Зофлокс проведено повторное обследование пациентов в соответствии с дизайном. Отмечалась положи-

тельная динамика клинической симптоматики, которая соответствовала показателям термометрии и лабораторных исследований (табл. 3).

Согласно установленным критериям нежелательных побочных эффектов при приёме препарата Зофлокс не зафиксировано. Переносимость препарата оценили как отличную и хорошую в первой группе исследования 35 (94,6%) и 2 (5,4%) пациентов, во второй группе исследования — 24 (85,7%) и 4 (14,3%) пациентов соответственно.

На 10-й день лечения препаратом Зофлокс проведено контрольное обследование амбулаторных пациентов с острой пневмонией (физикальное, термометрия, общий анализ крови, уровень сывороточного С-реактивного белка, биохимический анализ ферментов-трансаминаз крови АлТ, АсТ у пациентов с заболеваниями печени, рентгенологическое исследование лёгких). Отмечена положительная динамика симптомов заболевания, у 34 пациентов из первой группы исследования и 22 пациентов из второй группы исследования констатировано клиническое выздоровление, антибиотикотерапия прекращена. У оставшихся пациентов (3 из первой группы исследования и 6 из второй группы исследования) наблюдались:

- сохранение субфебрильной температуры (37,0—37,5°С);
- сохранение остаточных изменений (инфильтрация, усиление лёгочного рисунка) на рентгенограмме;
- сохранение сухого кашля или выделение негношной мокроты;
- сохранение хрипов при аускультации;
- увеличенная СОЭ;
- лейкоцитоз (у всех 9 пациентов);
- сохраняющаяся слабость, потливость.

Это объясняется тем, что собственно небактериальная воспалительная реакция лёгочной ткани, которая проявляется различными клинико-

Таблица 4. Клинико-лабораторные показатели пациентов с острой пневмонией после лечение препаратом Зофлокс ($M \pm m$)

Показатели	Первая группа исследования (n=37)	Вторая группа исследования (n=28)
Лейкоциты, $\times 10^9$ /л	7,4 \pm 2,3*	8,6 \pm 3,1*
СОЭ, мм/ч	11,1 \pm 3,2*	12,8 \pm 4,9*
СРБ, мг/л	1,2 \pm 0,9*	0,9 \pm 0,8*
АлТ, ЕД/л	—	59,1 \pm 8,3*
АсТ, ЕД/л	—	58,8 \pm 9,1*
Коэффициент де Ритиса (АсТ/АлТ)	—	0,99 \pm 0,26*

Примечание. * — $p < 0,05$ по отношению к первому исследованию.

Таблица 5. Оценка эффективности лечения

Клинический эффект	Первая группа исследования (n=37)	%	Вторая группа исследования (n=28)	%
Отлично	34	91,89	22	78,57
Хорошо	3	8,11	6	21,43
Удовлетворительно	0	0	0	0
Безуспешно	0	0	0	0
Неудовлетворительно	0	0	0	0

рентгенологическими признаками, регрессирует медленнее у пожилых, ослабленных пациентов. Кроме того, некоторые клинические симптомы после перенесённой пневмонии (субфебрилитет, слабость, потливость, снижение работоспособности) обычно обусловлены вегетативной дисфункцией (постинфекционная астения) и могут сохраняться в течение нескольких недель.

Было принято решение о продлении лечения этих пациентов препаратом Зофлокс до 14 дней.

Усредненные значения клинико-лабораторных показателей пациентов на 10—14 день лечения представлены в табл. 4.

Клиническая эффективность оценена по следующим критериям (табл. 5): «отлично» — полное отсутствие симптомов; «хорошо» — клиническое выздоровление, но какой-либо из лабораторных показателей превышает норму; «удовлетворительно» — незначительное улучшение состояния; «безуспешно» — без изменений; «неудовлетворительно» — ухудшение симптоматики.

Таким образом, в результате комплексной терапии пациентов с острой пневмонией антимикробным препаратом Зофлокс в течение 10—14

дней отмечено исчезновение основных клинических симптомов инфекции дыхательных путей, отсутствие морфологических изменений в лёгких, стойкая нормализация лейкоцитарной реакции, отсутствие объективных нежелательных эффектов при применении препарата, в том числе у пациентов с нарушением функции печени.

Заключение

Антимикробный препарат Зофлокс в проведённом клиническом исследовании в комплексной терапии амбулаторных пожилых пациентов с острой пневмонией, осложняющей ОРВИ (в том числе пожилых пациентов с нарушением функции печени), зарекомендовал себя эффективным и безопасным лекарственным средством в средней терапевтической дозировке 400 мг \times 2 раза в день для перорального приёма ежедневно в течение 10—14 дней.

На основании проведённого исследования антимикробный препарат Зофлокс может быть рекомендован для лечения острой пневмонии, осложняющей ОРВИ амбулаторных пожилых пациентов, в том числе с нарушением функции печени, в составе комплексной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дворецкий Л.И., Яковлев С.В. Ошибки в антибактериальной терапии инфекций дыхательных путей в амбулаторной практике. Леч врач 2003; 8: 48—54.
2. Neuzil K. M., Reed G. W., Mitchel E. F., Griffin M. R. Influenza-associated morbidity and mortality in young and middle-aged women. JAMA 1999; 281: 901—907.
3. Чучалин А.Г., Цой А.Н., Архипов В.В. ир. Пневмония с точки зрения доказательной медицины. М.: 2000.
4. Management of Respiratory Tract Infections / Bartlett J. ed. 2001.
5. Дворецкий Л.И., Лазебник Л.Б., Яковлев С.В. Диагностика и лечение бактериальных инфекций у пожилых. М.: 1997.
6. Козлов С.Н., Рачина С.А., Домникова Н.П. Фармакоэпидемиологический анализ лечения внебольничной пневмонии в амбулаторных условиях. Клин микробиол антимикроб тер 2000; 2: 3: 74—81.