

Врублевская Л. Ч.

НАРУШЕНИЕ ЖИРОВОГО ОБМЕНА КАК КРИТЕРИЙ ВЫБОРА АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Романова И. С.

Кафедра клинической фармакологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Ожирение является растущей проблемой во всем мире. Пациенты с ожирением имеют более высокий риск возникновения инфекций, и в целом, у них чаще развиваются инфекционные осложнения после хирургических вмешательств. Назначение антимикробной терапии пациентам, страдающим ожирением, представляет собой сложную задачу, что связано, прежде всего, с изменением фармакокинетических и фармакодинамических параметров антибактериальных препаратов (АБП). Традиционно фармакокинетические параметры, как антибиотиков, так и других лекарственных препаратов, оцениваются у лиц с «нормальной массой тела», что отражается в инструкции по медицинскому применению препаратов. Врачи привыкли к необходимости коррекции дозы ряда препаратов при нарушении функции почек, а ожирение как фактор, который требует пересмотра дозы, обычно не учитывается.

Цель: оценить рациональность режима дозирования антибиотиков на примере клинического случая (пациентка с нарушением жирового обмена (НЖО) в отделении анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии (ОАРИТ)).

Материалы и методы. Проведена ретроспективная оценка рационального применения антибактериальной терапии пациентки Я., 77 лет, которая была переведена в ОАРИТ в феврале 2025 в районную клиническую больницу с диагнозом: мочекаменная болезнь, камень средней трети левого мочеточника. Уретерогидронефроз, почечная колика слева. Острый левосторонний пиелонефрит. НЖО II степени. В анамнезе ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, болезнь Паркинсона. В день поступления произведено оперативное вмешательство: эндоскопическое внутреннее стентирование левой почки под УЗИ-контролем. На основании результатов клинико-лабораторных анализов, микробиологического посева мочи (Kl. pneumoniae, устойчивая к гентамицину, ампициллину, цiproфлоксацину, цефепиму, чувствительная к меропенему), пациентке был назначен меропенем в дозе 500 мг на растворе для инфузий (натрия хлорид 9 мг/мл) внутривенно медленно два раза в сутки (доза меропенема была рассчитана в соответствии с показателем скорости клубочковой фильтрации – клиренс креатинина по Кокрофту-Голту – 15 мл/мин).

Результаты и их обсуждение. В официальной инструкции по медицинскому применению меропенема нет указаний на режим дозирования для пациентов с НЖО. В соответствии с клиренсом креатинина (15 мл/мин) доза антибиотика (500 мг 2 раза в сутки) выбрана корректно. Есть ли необходимость изменения дозы с учетом степени нарушения жирового обмена? Меропенем относится к бета-лактамам антибиотикам. Это гидрофильная группа антибиотиков, что объясняет их плохое распределение в жировой ткани. Меропенем – времязависимый препарат, поэтому использование недостаточных доз может способствовать созданию концентраций в сыворотке крови ниже минимальной подавляющей концентрации, что в итоге может привести к его неэффективности. Так на основании исследования, проведенного Раи М.Р. и соавт., 2015, у пациентов с ожирением эффективное лечение инфекций, вызванных полирезистентными грамотрицательными возбудителями, может быть обеспечено введением меропенема путем постоянной инфузии в дозе 1250 мг каждые 6 ч у пациентов с избыточной массой тела и ожирением с нормальной и нарушенной функцией почек. Длительность терапии пациентки Я. меропенемом составила 14 дней до полного клинического и лабораторного разрешения инфекционного процесса.

Выводы. Необходима разработка стандартизированных подходов в дозировании ЛП у пациентов с различной степенью НЖО и хронической болезнью почек.