

применялась комбинированная терапия, из них: цефалоспорины – 49,6%, фторхинолоны – 21,2%, аминопенициллины – 25,4%, аминогликозиды – 8,5%, макролиды – 26,3%, метронидазол-36,8%. На догоспитальном этапе АБТ в виде курсовой терапии получали 57 (52%) пациентов. Положительная клиническая динамика при эмпирической АБТ отмечалась у 69 (62,7%) пациентов; у 90,5% больных показатели крови пришли в норму, температура тела нормализовалась в среднем на 2-3 сутки лечения. Только у 6,6% (6 больных) больных сохранялась субфебрильная температура, показатели крови у 9% были выше нормы (из них 1 больной направлен к фтизиатру с подозрением на спец. процесс). При исследовании мокроты: в 57,2% высевался стрептококковый пневмококк, в 21,8% – грам-отрицательная флора, в остальных случаях – полимикробная ассоциация.

Выводы. Таким образом, применение эмпирической АБТ на стационарном этапе только на основании правильно и полно собранного анамнеза заболевания, учета эпидемиологической обстановки, клинико-лабораторных данных позволяет добиться положительной клинической динамики в среднем у 90%. Данные исследования мокроты в 68% случаев подтверждают правильность выбора АБТ.

57

### ЭМПИРИЧЕСКАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

Аскарова К.М., Айнабекова Б.А.,  
Омралина Е.Т., Имангазинова С.С., Браун М.А.  
АО «Медицинский университет Астана»,  
г. Астана, Казахстан

Проблема рациональной антибиотикотерапии пневмоний относится к числу наиболее актуальных в современной медицине. Несмотря на мощный арсенал антибактериальных средств, повсеместно отмечается рост заболеваемости пневмонией и ухудшение ее исходов. Летальность при внебольничной пневмонии (ВП) в среднем составляет 1-5%, но у пациентов высокой степени риска она может достигать 25%, что отчасти связано с ростом резистентности основных возбудителей ВП к антибактериальным препаратам.

Антибактериальная терапия должна быть начата немедленно после установления диагноза пневмонии. По данным Чучалина А.Г. в 30-50% случаев возбудителем (ВП) является пневмококк, в 8-30% – внутриклеточные микроорганизмы и лишь в 3-5% случаев – грам-отрицательная флора, а в 50% случаев возбудителя пневмонии выявить не удастся, поэтому подбор терапии проводится эмпирически. Этиотропная адекватная антибиотикотерапия часто затруднена в связи со сложностью раннего выявления возбудителя.

Антибактериальная терапия при пневмонии должна быть ранней и адекватной (последнее относится к дозе, способу применения и длительности использования), а также корректируемой в процессе лечения в зависимости от клинического эффекта и чувствительности возбудителя к лекарственному средству.

Цель исследования: Провести анализ адекватности проводимой антибактериальной терапии у больных с внебольничной пневмонией.

Материалы и методы: Нами было проанализировано 40 историй болезни больных с ВП, пролеченных в феврале 2012г., в отделении пульмонологии г. Астаны. Из них мужчин – 19 чел. в возрасте от 19-86 лет. Женщин – 21 чел. в возрасте от 20-86 лет. У 3 пациентов (7,5%) течение ВП осложнилось присоединением экссудативного плеврита. У 10 пациентов (25%) ВП протекала на фоне бронхиальной астмы и ХОБЛ.

Результаты и их обсуждение: Средством выбора для терапии внебольничной пневмонии с среднетяжелой и тяжелой формами являлись цефалоспорины в 97,5% случаев, в 20% – фторхинолоновые препараты, в 3% случаев равнозначно назначались макролиды и пенициллины. В зависимости от частоты применения цефалоспориновые антибиотики распределились следующим образом: 25% больных получали цефалоспорины I поколения, 27,5% – цефалоспорины II поколения, 67,5% – цефалоспорины III поколения. 3 больных с внебольничной пневмонией, осложненной экссудативным плевритом, получали комбинацию цефалоспоринов III поколения в сочетании с препаратами фторхинолонового ряда. У 10 больных внебольничной пневмонией с сопутствующими заболеваниями легких, таких как бронхиальная астма и хроническая обструктивная болезнь легких, препаратами выбора являлись цефалоспорины III поколения в сочетании с макролидами или фторхинолонами.

Из 17 больных с острой пневмонией, 10 больных получали комбинацию цефалоспоринов III-поколения с ципрофлоксацином. Фторхинолоны 2-поколения создают высокие концентрации в легочной ткани и имеют абсолютную биодоступность 63-77%, поэтому вызывает сомнения необходимость комбинации фторхинолонов 2-поколения и цефалоспоринов III-поколения, учитывая одинаковый спектр действия. Одновременное сочетание цефалоспоринов I, II, III поколений отмечено у 8 больных с пневмонией. Данное сочетание нецелесообразно, так как в данном случае возможно суммирование побочных эффектов цефалоспоринов. Также обращает на себя внимание частое применение цефалоспоринов III-поколения у 67,5% больных, что не является адекватным выбором.

Таким образом: У 67,5% больных ВП без сопутствующих заболеваний отмечен неадекватный выбор антибиотиков (цефалоспорины III поколения). В 20% случаев выявлено нерациональное сочетание антибактериальных препаратов.