

Сивакова О.Д.<sup>1</sup>, Косарев В.В.<sup>2</sup>, Жестков А.В.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Аспирант; <sup>2</sup>Доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки Российской Федерации; <sup>3</sup>Доктор медицинских наук, профессор, ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации

### ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ АНТИМИКРОБНЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ.

**Аннотация.**

В статье рассматривается вопрос использования антимикробных химиопрепаратов для лечения внебольничной пневмонии в амбулаторных условиях на территории Самарской области. Приводятся данные за период с 2010 по 2012 гг. В результате проведенного исследования выявлены отдельные несоответствия клиническим рекомендациям Российского Респираторного Общества по ведению больных с пневмонией.

**Ключевые слова:** внебольничная пневмония, фармакоэпидемиология, антимикробная химиотерапия.

Sivakova O.D.<sup>1</sup>, Kosarev V.V.<sup>2</sup>, Zhestkov A.V.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Postgraduate student; <sup>2</sup>Doctor of medical sciences, professor, Honored Scientist of the Russian Federation; <sup>3</sup> Doctor of medical sciences, professor, Samara state medical university

### PRACTICE USE ANTIMICROBIAL THERAPY OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN SAMARA REGION FOR OUTPATIENT

**Abstract**

The article discusses the use of antimicrobial chemotherapy for the treatment of community-acquired pneumonia in an outpatient setting in the Samara region. Data for the period from 2010 to 2012 are provided. The study revealed some inconsistencies Russian Respiratory Society guidelines for the management of patients with pneumonia.

**Keywords:** community-acquired pneumonia, pharmacoepidemiology, antimicrobial chemotherapy.

Пневмония занимает ведущее место в структуре заболеваемости и смертности от инфекционных болезней у взрослых в развитых странах [1]. По данным ВОЗ, инфекции нижних дыхательных путей занимают 3 место в структуре смертности во всем мире – 3,46 млн. человек, 6,1% от всех случаев смерти [2].

По данным Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека за период с января по октябрь 2011 года заболеваемость внебольничной пневмонией (ВП) в РФ составила 252,6 на 100 тыс. населения.

В России за последние годы отмечается рост внимания к фармакоэпидемиологическим и фармакоэкономическим исследованиям. При этом фармакоэпидемиологические аспекты антибактериальной терапии пневмоний привлекают наибольшее количество исследователей [3-5].

**Цель исследования** – выявить особенности назначения антимикробных химиопрепаратов для лечения ВП в лечебно-профилактических учреждениях Самарской области на амбулаторном этапе.

**Материалы и методы.** Был выполнен ретроспективный фармакоэпидемиологический анализ терапии ВП на основании изучения 155 амбулаторных карт пациентов, находившихся на амбулаторном лечении в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) Самарской области с 2010 по 2012 гг.

**Результаты исследования.** Проведен фармакоэпидемиологический мониторинг применения антимикробных химиопрепаратов при лечении ВП в лечебно-профилактических учреждениях Самарской области методом ретроспективного анализа с помощью специально разработанной индивидуальных регистрационных карт (ИРК). Были изучены структура назначаемых антимикробных препаратов, пути введения, режим дозирования, длительность антимикробной химиотерапии.

Проанализировано 155 амбулаторных карт больных с ВП, проживающих на территории Самарской области и находившихся на амбулаторном лечении в ЛПУ г. Самара и крупных центрах Самарской области в период с 2010 по 2012 гг.

Средний возраст пациентов в 2010 г. составил 44,12±1,56 года, в 2011 г. – 41,92±1,83 года, в 2012 г. – 42,33±1,72 года. В среднем больные обращались за медицинской помощью спустя 3,50±0,59 суток с момента появления первых симптомов заболевания. Среднее количество дней нетрудоспособности в 2010 г. составило 22,19±2,00, в 2011 г. – 20,31±0,91, в 2012 г. – 25,80±2,04 дней.

При проведении исследования установлено, что за 2010 г. рассмотрено 52 случая заболевания ВП, за 2011 г. – 52 случая, за 2012 г. – 51 случай. По степени тяжести больные распределились следующим образом: в 2010 г. 4 человека с легкой степенью, 43 человека со средней тяжестью, 4 человека – с тяжелым течением воспалительного процесса в легких; в 2011 г. – 0, 51, 1; в 2012 г. – 0, 49, 2, соответственно (табл. 1).

Таблица 1 – Распределение больных с ВП по степени тяжести воспалительного процесса в легких

		Годы					
		2010		2011		2012	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Степень тяжести	Легкая	4	7,84%				
	Средняя	43	84,31%	51	98,08%	49	96,08%
	Тяжелая	4	7,84%	1	1,92%	2	3,92%

Таким образом, в исследуемой группе пациентов преобладали больные с ВП со среднетяжелым течением заболевания.

Стартовая антимикробная химиотерапия на амбулаторном этапе в Самарской области осуществлялась препаратами следующих групп (табл. 2).

Таблица 2 – Распределение назначений антимикробных химиопрепаратов для лечения ВП по годам

Группа антимикробных химиопрепаратов	Годы					
	2010		2011		2012	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Макролиды	9	17,30%	15	28,90%	9	19,60%
Цефалоспорины I-II поколения	7	13,50%	3	5,80%	4	7,80%
Цефалоспорины III поколения	14	26,90%	17	32,70%	16	31,40%

Цефалоспорины IV поколения	0	0,00%	0	0,00%	2	3,90%
Защищенные пенициллины	13	25,00%	7	13,50%	5	9,80%
Респираторные фторхинолоны	0	0,00%	5	9,50%	7	13,50%
Аминогликозиды	4	7,80%	1	1,90%	0	0,00%
Синтетические пенициллины	10	19,20%	8	15,40%	6	11,80%

Выявлено, что в качестве антимикробной химиотерапии при лечении ВП снизилась частота назначений цефалоспоринов I-II поколения (цефазолин, цефуроксим), аминогликозидов (гентамицин), защищенных пенициллинов (амоксциллин+клавулановая кислота), синтетических пенициллинов (амоксциллин) в 2012 г. по сравнению с 2010 г.; увеличилась частота назначений респираторных фторхинолонов (левофлоксацин, моксифлоксацин), цефалоспоринов IV поколения (цефепим). Стабильным остается уровень назначений цефалоспоринов III поколения (цефтриаксон), макролидов (азитромицин, кларитромицин).

Следует отметить, что в соответствии с национальными и международными клиническими рекомендациями по ведению больных с ВП в амбулаторных условиях препаратами выбора являются комбинированная терапия  $\beta$ -лактамами и макролидами, а также монотерапия защищенными пенициллинами и респираторными фторхинолонами. Распространенную в некоторых регионах практику широкого использования аминогликозидов (гентамицин и др.), цефазолина и ципрофлоксацина при лечении ВП следует признать ошибочной, так как они не активны в отношении ключевых возбудителей ВП [6].

Смена антимикробной химиотерапии в 2010 г. проводилась в среднем через  $4,63 \pm 1,02$  суток, в 2011 г. – через  $6,90 \pm 1,16$  суток, в 2012 г. – через  $3,20 \pm 1,32$  суток. При этом бактериологические исследования биологического материала пациентов на амбулаторном этапе не проводилось.

**Выводы.** Несмотря на уменьшение (вплоть до отмены аминогликозидов) частоты назначений таких групп антимикробных химиопрепаратов, как цефалоспорины I-II поколений, аминогликозиды, и увеличение количества назначений респираторных фторхинолонов, при лечении ВП на амбулаторном этапе снижается частота назначений синтетических и защищенных пенициллинов на фоне стабильно высокой частоты назначений цефалоспоринов III поколения.

#### Литература

1. Mandell L.A. et al. Infectious diseases society of american thoracic society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults / L.A. Mandell et al. // Clin. Infect. Dis. – 2009. Vol. 2, №44. – P. 27-72.
2. Информационный бюллетень ВОЗ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/ru/> (дата обращения 22.06.2013).
3. Перьков А.В. ABC-анализ фармакотерапии в двух отделениях интенсивной терапии педиатрического профиля / А.В.Перьков // Пробл. стандартизации в здравоохранении. – 2000. – № 4. – С. 31-33.
4. Раков А.А. Фармакоэпидемиология хронической сердечной недостаточности у амбулаторных больных / А.А.Раков, А.Л.Хохлов, В.П.Федоров // Качественная клиническая практика. – 2003. – №2. – С. 40-44.
5. Рачина С.А. Антибактериальная терапия инфекций нижних дыхательных путей / С.А. Рачина, С.Н. Козлов // Фарматека. – 2006. – №11. – С. 32-39.
6. Чучалин А.Г. и др. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике / А.Г. Чучалин и др. // Клин. микробиол. антимикроб. химиотер. – 2010. – Т.12, № 3. – С. 186-226.

**Бережнова Т.А.<sup>1</sup>, Механтьева Л.Е.<sup>2</sup>, Тарасов Д.А.<sup>3</sup>, Склярова А.В.<sup>4</sup>, Склярова Т.П.<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>Доктор медицинских наук, доцент Воронежская государственная медицинская академия имени Н.Н. Бурденко; <sup>2</sup>доктор медицинских наук, профессор Воронежская государственная медицинская академия имени Н.Н. Бурденко; <sup>3</sup>врач-психиатр, Воронежский территориальный клинический центр медицины катастроф; <sup>4</sup>врач-ординатор-психиатр, Воронежская государственная медицинская академия имени Н.Н. Бурденко; <sup>5</sup>кандидат медицинских наук, старший преподаватель, Воронежская государственная медицинская академия имени Н.Н. Бурденко.

#### АКТУАЛЬНОСТЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ЭТАПАХ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ

*Аннотация*

*Рассматриваются периоды в формировании психических нарушений при чрезвычайных ситуациях, их виды и задачи специалистов на этапах медицинской эвакуации. Особое внимание уделяется психологическому состоянию персонала аварийно-спасательных и медицинских служб.*

**Ключевые слова:** психические нарушения, дезадаптивные реакции, острые реакции на стресс, экстренная психологическая помощь.

**Berezhnova T.A.<sup>1</sup>, Mechantieva L.E.<sup>2</sup>, Tarasov D.A.<sup>3</sup>, Skliarova A.V.<sup>4</sup>, Skliarova T.P.<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>MD in medicine, associate professor, Voronezh state medical academy; <sup>2</sup>MD in medicine, professor, Voronezh state medical academy; <sup>3</sup>doctor, Voronezh regional clinic center of emergency medicine; <sup>4</sup>postgraduate student, Voronezh state medical academy; <sup>5</sup>PhD in medicine, Voronezh state medical academy.

#### PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE RELEVANCE AT STAGES OF MEDICAL EVACUATION

*Abstract*

*Article considered information about periods in formation of mental violations, their kinds and tasks of expert at medical evacuation stages. The special attention is given psychological condition of rescue and medical department workers.*

**Keywords:** mental violations, acute reactions on stress, desadaptation, emergency psychiatric help.

**Актуальность.** Психическая реакция человека на экстремальные условия, особенно в случаях значительных материальных потерь и гибели людей, может надолго лишить человека способности к рациональным поступкам и действиям. Однако 12-15% людей сохраняют самообладание, правильно оценивают обстановку, четко и решительно действуют в соответствии с ситуацией. Это определяется индивидуальными психофизиологическими особенностями, уровнем их психологической защиты, которая формируется в повседневных условиях. При чрезвычайных ситуациях антропогенного характера и катастрофах природного характера часто возникают психические нарушения. Они представляют достаточно широкий спектр психических состояний. Характер психического реагирования населения на катастрофу и особенности психопатологии зависят от:

- интенсивности и продолжительности воздействия,
- обширности района поражения,
- плотности населения,
- готовности отдельных лиц к деятельности в экстремальных условиях,
- согласованности проведения спасательных работ и адекватности оказания медицинской помощи.

В формировании симптоматики можно выделить основные периоды, во время которых наблюдаются различные психические нарушения: