

Препараты резерва представлены цефалоспоридами 2 и 3 поколения и аминогликозидами.

Литература:

1. Blouin P.F. Pharmacokinetics of some antibiotics after using with other drugs // J.antimicrob.Chemother.-2007.-v.7.- P. 167-178.
 2. Welling G. Antibiotics in practice every day. - Depper.- 2007.- New-lork.
 3. Кулубеков Р.Е. и соавт. Стандартизация антибиотикотерапии и иммунокоррекция различных форм пневмоний. - Семипалатинск, 2006.
 4. Bartlett JG, Dowell SF, Mandell LA, File TMJr, Mush-er DM, Fine MJ. Practice guidelines for the management of

community-acquired pneumonia in adults. Clin Infect Dis 2000; 31: 347-382.

5. Mandell LA, Marrie TJ, Grossman R, Chow AW, Hyland RH, the Canadian Community-Acquired Pneumonia Working Group. Canadian guidelines for the initial management of community-acquired pneumonia: an evidence-based update by the Canadian Infectious Diseases Society and the Canadian Thoracic Society. Clin Infect Dis 2000; 31: 383-421.

6. Heffelfinger JD, Dowell SF, Jorgensen JH et al. Management of community-acquired pneumonia in the era of pneumococcal resistance: a report from the Drug-Resistant S. pneumoniae Therapeutic Working Group. Arch Intern Med 2000; 160: 1399-408.

УДК 616.21-022.6-053.2+615.33.

РАЦИОНАЛЬНАЯ СТАРТОВАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ

¹Р. Е. Кулубеков, ²С. А. Акитова, ³Г. Ш. Сабрбаева, ⁴К. Х. Ярулина

¹Государственный медицинский университет г. Семей,

²КГКП «МО Глубоковского района ВА с. Бобровка», ³КГКП «МО Глубоковского района ВА с. Прапорщиково», ⁴КГКП «МО Глубоковского района ВА с. Быструха»

Одной из сложных и до конца не изученных форм пневмонии является нозокомиальная пневмония. Поэтому мы попытались создать рациональные рекомендации к решению вопроса о стартовой антибактериальной терапии нозокомиальной пневмонии.

ТҰжырым

Госпитальды өкпе қабынуын антибиотиктермен бастапқы дәурыс емдеу

Өкпе қабынуының күрделі және толық зерттелмеген түрлерінің бірі болып нозокомиальды пневмония саналады. Сондықтан біз нозокомиальды өкпе қабынуының бастапқы антибактериальды еміннің рациональды ұсыныстарын құрастыруға тырыстық

Summary

The start rational therapy of antibacterial remedies by hospital pneumonia

In first, one of different and danger forms pneumonia are hospital pneumonia. Therefore, we attempt recommendations of rational antibiotic therapy for treatment this diseases.

Одной из самых сложных и до конца не изученных форм пневмонии является нозокомиальная (внутри-больничная или госпитальная), развивающаяся через 48 часов после поступления больного в стационар. Цель исследования - создать более или менее рациональные рекомендации к решению вопроса о стартовой антибактериальной терапии нозокомиальной пневмонии.

Материалы и методы исследования. Выделение возбудителей наиболее часто вызывающие госпиталь-

ную пневмонию проводилось по стандартной схеме, включая анализ архивных материалов (1234 карты). Идентификация этиоагентов проводилась по гемокультурам, исследованиям мокроты и транстрахеальных а, в некоторых случаях, и трансторакальных аспиратов, а также полученных бронхоскопических биопсийных образцов легочной ткани (таблица 1). Необходимо отметить, что трансторакальный аспират забирался только у больных, которым была назначена пункция плевральной полости.

Таблица 1. - Количество и методы исследований частоты встречаемости возбудителей при госпитальной пневмонии.

| Посевы крови | Посев мокроты | Транстрахеальные аспираты | Трансторакальные аспираты | Бронхоскопическая биопсия |
|--------------|---------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 363 | 363 | 363 | Из 363 – 7 | 363 |

Результаты исследования. Как видно из таблицы, были исследованы 363 больных, которым выставялся диагноз «нозокомиальная пневмония» и проводились все посеы и бронхоскопическая биопсия, чтобы доказать наличие именно данного заболевания. Диагноз был подтвержден только в 297 случаях (81,8%). В остальных в 19,2% случаев пневмония вероятнее всего

была вызвана не свойственными возбудителями (таблица 2).

В таблице 3 представлены данные по количеству больных и видов высеваемых у них возбудителей.

При определении чувствительности установленных возбудителей госпитальной пневмонии были получены следующие результаты (таблица 4)

Таблица 2. - Количество больных с «нозокомиальной пневмонией», у которых был высеян не свойственный данному диагнозу возбудитель.

| Str. pneumon | H. influen. | Str. Pyogen. | Kl. Pneum. |
|--------------|-------------|--------------|------------|
| 24 | 18 | 16 | 8 |
| Всего: 66 | | | |

Таблица 3. - Возбудители, наиболее часто вызывающие «нозокомиальную» пневмонию и количество больных, у которых они были высеяны.

| | | | | |
|-------------------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|----------------------|
| <i>Pseudomonas aeruginosa</i> | <i>Enterobacter</i> | <i>Serratia marcescens</i> | <i>Proteus spp.</i> | <i>Staph. Aureus</i> |
| 124 | 71 | 9 | 17 | 69 |
| Всего: 290 | | | | |

Таблица 4. Чувствительность микроорганизмов, вызывающих госпитальную пневмонию к некоторым группам антибактериальных препаратов.

| | | | | | | |
|----------------|------|--------|--------|---------|------|------|
| Препараты | P.a. | Enter. | St.aur | Pr.spp. | S.m. | K.p. |
| Пенициллины | HA | H | YA | A | H | A |
| Цефалоспорины | YA | YA | YA | A | YA | A |
| Аминогликозиды | YA | YA | A | HA | YA | YA |
| Фторхинолоны | YA | YA | A | A | YA | A |

Примечания: H- неактивны; HA-низкая активность; YA – умеренная активность; A – высокая активность. P.a. - *Pseudomonas aeruginosa*; Enter.- *Enterobacter*; St.aur- *Staphylococcus aureus*, Pr.spp.- *Proteus spp.*, S.m.- *Serratia marcescens*, K.p.- *Klebsiella pneumoniae*.

Как видно из таблицы 4, возбудители, вызывающие госпитальную пневмонию достаточно устойчивы к изучаемым препаратам. Ниже представлены данные по

чувствительности возбудителей госпитальной пневмонии антибактериальным препаратам.

Таблица 5. - Чувствительность *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter* и *Serratia marcescens* к исследуемым группам антибактериальных препаратов.

| | | | | |
|----------------------------|---------------------------|------------------------|------------------------|---------------|
| Микроорганизм | Пенициллины | Цефалоспор. | Аминогликоз. | Фторхинол. |
| P.a. | Тикарциллин, пиперациллин | Цефтазидим, цефсулотин | Гентамицин, Тобрамицин | 2 поколение |
| <i>Enterobacter</i> | - | Ц 3 или 4 п | 1 и 2 покол. | 1 и 2 покол.. |
| <i>Serratia marcescens</i> | - | Ц 3 или 4 п | 1 и 2 покол. | 1 и 2 покол.. |

St.aureus был чувствителен к антистафилококковым пенициллинам в 68%. Остальной процент, вероятно, вырабатывал бета-лактамазы, разрушающие бета-лактамы антибиотики, что отразилось на цефалоспоридах. К ним зарегистрирована та же чувствительность в 68%. Высокую активность проявили в отношении стафилококка аминогликозиды (91%) и фторхинолоны (94%). По отношению к протею высокую активность имели пенициллины, в частности, ампициллин (86%), цефалоспорины (97%), аминогликозиды (100%), фторхинолоны (100%). *Kl.pneumoniae*: оказалась чувствительна к полусинтетическим пенициллинам (87%) и к бензилпенициллину (79%). Высокой активностью отличались цефалоспорины (91%) и фторхинолоны (96%), умеренно активными – аминогликозиды (68%).

Таким образом, установлено, что госпитальную пневмонию наиболее часто вызывают 6 видов микроорганизмов, в большинстве относящихся к грамотрицательным бактериям: *Ps.aeruginosa*, *Enterobacter*, *St.aureus*, *Pr.vulgaris*, *Serr.marcescens*, *Kl.pneumoniae*. Частота встречаемости данных возбудителей, вызывающих пневмонию, в достаточной степени различна.

Исследуемые группы антибиотиков имели различную активность в отношении возбудителей, наиболее часто вызывающих госпитальную терапию. При этом чувствительность возбудителей к отдельным группам не превышала умеренную чувствительность, что дало повод рекомендовать к назначению стартовой терапии комбинированный режим с последующим переходом на монорежим.

Выводы Основываясь на полученных данных можно рекомендовать следующие схемы стартовой антибиотикотерапии госпитальной пневмонии в условиях когда возбудитель неизвестен.

Препараты стартового выбора:

- Цефтазидим или цефсулотин в комбинации с гентамицином или тобрамицином в/м или в/в путем введения;

- Цефтазидим или цефсулотин в комбинации с фторхинолонами в/м или в/в путем введения.

Если через 1-2 суток микробиология дает другой возбудитель, то производится рациональный переход на антибиотик в монорежиме, что не должно отразиться на эффективности проводимого лечения. Смена препарата при неэффективности терапии должна проводиться при первых признаках неэффективности, но не позднее 48 ч.

Согласно наблюдениям полный эффект характеризуется падением температуры тела до субфебрилитета с последующей быстрой нормализацией в течение 24-48 ч при неосложненной и 3-4 суток при осложненной пневмонии, сопровождающееся улучшением состояния и аппетита, уменьшением одышки, боли в грудной клетке, признаков интоксикации. При этом рентгенологические изменения уменьшаются или, по крайней мере, не нарастают. При полном эффекте схему антибиотикотерапии не меняют, а в случае использования парентеральных препаратов в комбинации, через 72 ч (3 суток) переходят на монорежим и заменяют на пероральную форму.

Частичный эффект характеризуется сохранением высокой температуры тела до 38-39С⁰ через 24-48ч. при видимом клиническом улучшении (снижение одышки, интоксикации улучшение аппетита) и отсутствии отрицательной рентгенологической динамики. Частичный эффект не требует смены антибиотика, после улучшения состояния возможен перевод на монорежим на пероральные формы.

Отсутствие эффекта характеризуется сохранением фебрильной температуры тела, дальнейшим ухудшением общего состояния, увеличением объема поражения легкого и/или нарастанием объема плеврального выпота с увеличением цитоза или появлением плеврита. Отсутствие эффекта в течение 24-36ч лечения требует смены антибиотика, желательна с учетом чувствительности возбудителя.

В целом, продолжительность антибактериальной терапии при пневмонии определяется сроком полного уничтожения возбудителя или такой степенью подавления его логарифмического роста, когда окончательная

элиминация возбудителя из организма осуществляется иммунологическими механизмами. Полная элиминация возбудителя при неосложненном течении пневмонии достигается к 7-10 дню этиотропной терапии. Следовательно, при неосложненном течении госпитальной пневмонии продолжительность антибактериальной терапии может быть ограничена 7-10 днями.

Литературы:

1. Blouin P.F. Farmacokinetics of some antibiotics after using with other drugs // J.antimicrob.Chemother.-2005.-v.7.- P. 167-178.

2. Welling G. Antibiotics in practic every day.- Depper.- 2007.- New-lork.

3. Bodey G.P., Milatovic D., Braveny I. The Antimicrobi- al Pocket Book. Braunschweig / Wiesbaden, 2006

4. Lambert H.P., O' Grady F.W. Antibiotics and Chemo- therapy. Edinburg etc., 2004

5. Клиническая микробиология. – Под редакцией В.И. Покровского. – ГЭОТАР Медицина, - Москва, 1999.

УДК 616.839-614.876-055.62

**ОСНОВНЫЕ ОШИБКИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ
ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРИИ**

С. М. Айтхожина

КГКП «ЦПМСП №12», г. Семей

Антибактериальные препараты относятся к химиотерапевтическим лекарственным средствам, отличающихся сложностью назначений и приводящие к большому количеству ошибок, которые могут оказать нежелательные последствия на жизнь больного.

Амбулатория жагдайында ауруханадан тыс окпе қабынуын емдегенде негізгі қателер

Антибактериальды препараттарды тағайындауы күрделі және көптеген қателерге әкелетін, науқастың өміріне жағымсыз әсер тигізетін химиотерпиялық заттарға жатқызуға болады.

The main mistakes of antibacterial therapy of inhospitable pneumonia in condition of ambulatory

The hospital of medical security of Pavlodar town. Antibacterial preparations are the chemistry remedies, that were very complicated of appointments and big mistakes for life of natural patients.

Антибактериальные препараты, как химиотерапевтические лекарственные средства, отличаются сложностью назначений и приводят к большому количеству ошибок, которые могут отразиться на качестве жизни больного. По данным многих исследователей в последнее время вследствие ряда причин стремительно развивается резистентность микроорганизмов к антибиотикам. Цель исследования - изучение ошибок в

применении антибактериальных препаратов в лечении внебольничной пневмонии в амбулаторных условиях.

Материалы и методы исследования.

Исследовано 140 случаев поступления больных на стационарное лечение в терапевтическое отделение с диагнозом «внебольничная пневмония» после наблюдения и лечения в СВА. Отобраны больные с показательными ошибками в назначениях антибактериальных препаратов (таблица 1).

Таблица 1. - Больные, поступившие в стационар, после лечения в СВА.

| Возрастная группа | Количество больных |
|-----------------------|--------------------|
| Возраст до 55 лет | 48 (34,2%) |
| Возраст старше 55 лет | 92 (65,7%) |
| Общее количество | 140 (100%) |

Кроме того проанализированы данные об основных патологиях, на фоне которых развилась внебольничная пневмония (таблица 2). При этом у 37,1% больных, по-

ступивших в стационар после амбулаторного лечения, выявлены достаточно серьезные заболевания.

Таблица 2. - Основные патологии больных с внебольничной пневмонией.

| Основные патологии | До 55 лет | Старше 55 лет | Общее количество |
|-----------------------|-----------|---------------|------------------|
| ИБС, ПИК, НII | 3 (2,1%) | 8 (5,7%) | 11 (7,8%) |
| ИБС, стенокардия, НII | 2 (1,4%) | 11 (7,8%) | 13 (9, 2%) |
| ХОБЛ | 5 (3,5%) | 18 (12,8%) | 23 (16,4%) |
| ИЗСД | 3 (2,1%) | - | 3 (2,1%) |
| ИНЗСД | - | 4 (2,8) | 4 (2,8%) |
| Всего | 13 (9,2%) | 41 (29,2%) | 52 (37,1%) |

В условиях стационара проводился анализ клинических симптомов и результатов бактериологических исследований (посевы крови, мокроты, транстрахеальных аспиратов, микроскопия мазков по Грамму), определена чувствительность к антибиотикам, проведен анализ диагностики и антибактериальной терапии в стационаре.

Результаты исследования. При анализе клинических симптомов диагноза «внебольничная пневмония», выставленных в амбулатории, было установлено, что врачи успешно диагностировали заболевание, не отклоняясь от признаков доказательности пневмонии. Во всех случаях диагноз выставлен верно, с использованием данных рентгенологического обследования, при