

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 тигезетін 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

котором отмечалось появление на рентгенограммах большого инфильтрата в первые двое суток от начала появления клинических симптомов: лихорадки, подъема температуры тела, кашля, отделения слизисто – гнойной мокроты. При лабораторных исследованиях установлены лейкоцитоз, увеличение СОЭ и наличие в мокроте, окрашенной по Граму, более 25 полиморфно-ядерных лейкоцитов в поле зрения и менее 10 эпителиоцитов в поле зрения. Однако, несмотря на правильную диагностику, все 140 человек были госпитализированы с ухудшением состояния и переходом заболевания из легкой формы течения пневмонии в тяжелую. При госпитализации установлены следующие основные клинические симптомы: наличие болей в грудной клетке, надсадный кашель, отделение гнойной мокроты,

число сердечных сокращений 100-125 уд/мин, температура тела > 37,8°C, число дыхательных движений > 30 уд/мин., признаки цианоза, снижение артериального давления, подозрение на наличие плеврального выпота в 16 (11,4,%) случаях (подтвердился в 6 (4,2%) случаях). Одной из основных ошибок ведения больных был нерациональный выбор эмпирической антибиотикотерапии. Назначения проводились без учета возбудителя, наиболее часто вызывающих данную форму пневмонии. При анализе таких случаев нерационального применения стартовой терапии насчитывалось 54 (38,5%). Бактериологические исследования в стационаре показали следующую картину возбудителей, вызвавших пневмонию в данной ситуации (таблица 3).

Таблица 3. - Возбудители, вызвавшие пневмонии, приведшие к ошибкам в этиолечении (n=54).

S. pneumon	H. influenzae	St. aureus	Mycopl. Pn.	Klebs. Pneum.
29 (53,7%)	11 (20,3%)	5 (9,2%)	4 (7,4%)	5 (9,2%)
54 (100%)				

Показательно, что из 54 нерациональных назначений антибактериальной терапии 43 (79,6%) случая относятся к больным, страдающим тяжелыми сопутствующими патологиями (таблица 2 и 4). Необходимо отметить, что согласно рекомендациям Европейского респираторного общества, лица, страдающие нарушениями сердечно – сосудистой системы, ХОБЛ, сахарным диа-

бетом, алкоголизмом и т.д., сразу подлежат госпитализации. Кроме того, согласно рекомендациям M. Fine, предложившим принцип госпитализации по оценке класса тяжести, данные лица принадлежат к 3-4 классу, набирая в сумме 80-90 баллов, что также свидетельствует о необходимости госпитализации.

Таблица 4. - Возбудители, вызвавшие пневмонии, приведшие к ошибкам в этиолечении у больных с сопутствующими патологиями.

Основные патологии	S. pneumon	H. influenzae	St. aureus	Klebs. Pneum.	Всего Б-х
ИБС, ПИК, НII	6	10	1	-	17
ИБС, стенокардия, НII	2	8	1	-	11
ХОБЛ	8	2	1	1	12
ИЗСД	1	2	-	-	3
Всего МО	17	22	3	1	43

В амбулаторных условиях были отмечены следующие назначения:

1. Бензилпенициллин натриевая или калиевая соли 500 тысяч МЕ 4 раза в сутки в/м – 11 случаев (20,3%) x 7 суток;

2. Бензилпенициллин натриевая или калиевая соли 1 млн. МЕ 4 раза в сутки в/м – 9 случаев (16,6%) x 7 суток;

3. Эритромицин (макропен) 500 мг 3 раза в сутки внутрь x 5 суток – 15 больных (27,7%);

4. Ампициллин 500 мг 3 раза в сутки в/м x 7 суток -9 больных (16,6%).

5. Гентамицин 40 мг x 2 р/сут в/м x 5 суток – 10 больных (18,5%)

Бактериологический анализ, проведенный в отделении, показал, что микроорганизмы, вызвавшие внебольничную пневмонию, являются резистентными к данным антибактериальным средствам (таблица 5).

Таблица 5. - Чувствительность возбудителей к антибиотикам, назначенным в амбулатории.

Основные патологии	S. pneumon (29)	H. influenzae (11)	St. aureus (5)	Klebs. Pneum. (5)	Mycopl. Pn. (4)
Бензилпеници	-	-	-	-	-
Ампициллин	-	-	-	1	-
Эритромицин	-	-	2	2	4
Гентамицин	-	4	2	5	4
Всего	-	4	4	8	8
Общее кол - во	24				

Из таблицы 5 видно, что микроорганизмы только в 24 (44,4%) случаях были чувствительны к назначаемым антибактериальным препаратам, а в большинстве имели полирезистентность. При анализе амбулаторных назначений в 25 случаях (17,8%) установлены нарушения в режиме дозирования антибиотиков:

1. ампициллин 500 мг 2 раза в сутки в/м путем введения – 11 (44%) случаев назначения;

2. ципрофлоксацин 250 мг x 1 раз в сутки внутрь – 4 случая (16%);

3. кларитромицин 250 мг x 1 раз в сутки внутрь – 3 случая (12%);

4. ампициллин 1г 2 раза в сутки внутрь – 7 случаев (28%).

В данных ситуациях произошло наложение нерационального подхода к лечению. Во-первых, неадекватный выбор препарата для эмпирической антибиотико-

терапии, во-вторых, нарушение правил фармакокинетики. В 34 случаях (24,2%) прием препарата продолжался даже после развития к нему резистентности. У 21 больного в амбулатории на 3-4 сутки отсутствовала положительная динамика, у 13 человек постепенно ухудшалось состояние, однако назначения оставались без изменений. В 27 случаях (19,2%) отмечено преждевременное прекращение эффективной антибактериальной терапии.

Таким образом, установлены следующие ошибки в эмпирической антибиотикотерапии внебольничной пневмонии в амбулаторных условиях:

- использование неэффективного антибиотика;
- применение малых доз препарата с нарушением режима назначения;
- выбор неадекватного пути введения препарата;
- продолжение приема препарата после развития к нему резистентности;
- преждевременное прекращение эффективной антибактериальной терапии.

Таким образом, для предотвращения ошибок в этиотропном лечении внебольничной пневмонии необходимо соблюдать следующие принципы рациональной антибиотикотерапии:

1. При установлении диагноза заболевания, вызванного возбудителем, антибактериальная терапия начинается с парентерального назначения препарата широкого спектра действия, бактерицидного вида действия, за исключением тяжелых форм генерализованных инфекций.

2. Выбор антибиотика основывается на определении возможного, расширенного круга возбудителей заболевания, максимально входящих в спектр антибиотика и особенностей циркуляции препарата в макроорганизме, с учетом влияния на него физиологических и патофизиологических особенностей, вызванных заболеванием.

3. Перед началом антибактериальной терапии необходимо провести *scrin-test* или биологическую пробу с целью установления сенсебилизации макроорганизма к препарату.

4. Исследование материала, в котором предположительно содержится микроорганизм, проводится до назначения антибиотиков.

5. Антибиотикотерапия начинается с максимально подобранных для данного больного терапевтических доз препарата, поскольку снижение дозы антибиотика во время лечения допустимо, повышение – нет, из-за возможного развития устойчивых форм и ассоциаций возбудителя.

6. Контроль антибиотикотерапии осуществляется в ходе всего лечения с регистрацией всех возможных позитивных и негативных особенностей, чаще всего проявляющихся на 3 – 4 сутки лечения. Появление «точки лизиса» через 48 - 72 часа после назначения без результатов бактериологического анализа свидетельствует о правильности выбора и назначения препарата, бездинамичность, ухудшение или прогрессирование болезни в течение 48-72ч требует немедленной отмены и смены препарата.

7. Антибиотикотерапия, в случае положительного результата, продолжается полным курсом в независимости от улучшения состояния, с соблюдением правил и времени введения лекарства.

8. После полного курса препаратами, обладающими бактерицидным действием, рекомендуется назначать препараты бактериостатического режима коротким курсом в течение 3-5 суток, для подавления незрелых форм микроорганизмов.

9. После полного окончания курса лечения больному рекомендуется назначить заместительную терапию препаратами, содержащими нормальную кишечную флору или в течение 7 суток перевести на диету, восстанавливающую нормальную флору организма.

10. В течение 7 суток после окончания лечения больному рекомендуется ежедневно наблюдаться у лечащего врача.

11. При проявлениях нежелательных реакций антибиотикотерапии необходимо решать вопрос о конкурирующем лечении.

Необходимо отметить, что лечение пневмонии остается большей частью эмпирической, так как от начала лечения до получения данных из лаборатории проходит 2–3 сут. Практически в 50% случаев выявить возбудитель не удается. На практике эта цифра нередко не превышает 20–25%. Соблюдение правил рациональной антибиотикотерапии позволит избежать многих ошибок.

Литературы.

1. Brown D. Patricia, Lerner A. Stephen. Community-Acquired Pneumonia. The Lancet 1998; 352: 1295–302.
2. Европейское руководство по клинической оценке противомикробных лекарств. средств. Veam JrTR, Gilbert DN, Kunin SM. (ред). Пер. с англ. Смоленск: Ами-пресс, 1996.
3. Welling G. Antibiotics in practic every day.- Depper.- 2007.- New-lork.
4. Антибактериальная терапия. Практическое руководство. Страчунский Л.С., Белоусов Ю.Б., Козлов С.Н. (ред). М., 2000

УДК 615:851 + 616.33/.342–002.45–08

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА МЕТОДОВ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА

А. А. Алмагамбетова, Н. Н.Оспанова, С. А.Алимова, Д. О. Ташмаганбетова
Государственный медицинский университет г. Семей,
КГКП «Центр психического здоровья», г. Семей

Резюме

Своевременное выявление психоэмоциональных расстройств и их адекватная психотерапевтическая коррекция, позволяет значительно повысить эффективность лечения больных язвенной болезнью желудка в современных условиях. Комплексный подход психотерапевтических методов позволяет добиться улучшения клинического течения заболевания, уменьшения симптомов социально-психологической дезадаптации, улучшения общего состояния пациентов.