

соответствии со стандартами лечения комбинациями цефалоспоринов III-IV поколений и макролидов может быть неэффективным в отношении достаточно большого числа лиц на фоне иммунодефицитных состояний. Решение этой проблемы возможно путем расширения комбинации антибиотиков с включением респираторных фторхинолонов последних поколений (моксифлоксацин, гимифлоксацин); аминогликозидов третьего поколения (амикацин), антибиотиков группы гликопептидов (ванкомицин) и карбипенемов [3].

Таким образом, анализ микробного спектра возбудителей внутрибольничной пневмонии на примере пульмонологического отделения показал высокую частоту выделения проблемных полирезистентных микроорганизмов, что может стать определяющим фактом для исхода заболевания. Одной из основных мер сдерживания роста антибиотикорезистентности является усиление контроля и учета за использованием антибактериальных препаратов в стационаре, что достигается внедрением в клиническую практику рационально огра-

ниченного списка антибиотиков. Необходимо плановое проведение микробиологического мониторинга выделяемой мокроты и своевременной коррекции антибактериальной терапии.

#### Литература:

1. Guidelines for the management of adults with community-acquired pneumonia. Diagnosis, assessment of severity, antimicrobial therapy, and prevention // Am J Respir Crit Care Med 2007; 163:1730-54.
2. Mandell L.A., Marrie T.J., Grossman R.F., et al. 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 2006; 31: 383-421.
3. Management of community-acquired pneumonia in the era of pneumococcal resistance. A report from the drug-resistant Streptococcus pneumoniae therapeutic working group // Arch Intern Med 2009; 160: 1399-408.

#### Тұжырым

### АУРУХАНАДАН ТЫС ПНЕВМОНИЯНЫ НЕГІЗГІ ҚОЗДЫРУШЫЛАРДЫҢ АНТИБИОТИККЕ ТӨЗІМДІЛІГІНІҢ МӘСЕЛЕЛЕРІ ЖӘНЕ ОНЫ ЖЕҢУ ЖОЛДАРЫ

<sup>1</sup>А.С. Сарсекеева, <sup>2</sup>А.Н. Жумагалиева, <sup>3</sup>М.Ю. Фролова, <sup>2</sup>Л.М. Пивина,  
<sup>1</sup>Е.Б. Богачев, <sup>2</sup>Ж.М. Уразалина, <sup>2</sup>Г.Б. Батенова

<sup>1</sup> Семей қ. Жедел жәрдем медициналық көмек көрсету ауруханасы; <sup>2</sup> Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті; <sup>3</sup> Аралас үлдегі емхана №6, Семей қ.

Мақалада пульмонология бөлімшесіндегі емдеушілердің қақырығын бактериологиялық зерттеу және ауруханадан тыс пневмонияны қоздырғыштардың сезімталдығын анықтау қорытындылары көрсетілген. Ауруханадан тыс пневмонияның антибиотикке төзімділігінің даму себептері және антибиотикпен төзімділігінің даму себептері және антибиотикпен емдеудің араласқан заманауи тәсілдері суреттелген негізгі сөздер: пневмония, антибиотикке төзімділік, қақырықты бактериологиялық зерттеу.

**Негізгі сөздер:** пневмония, антибиотикалық резистент, бактериялық қақырық зерттеуі.

#### Summary

### PROBLEM OF ANTIBIOTIC RESISTANCE OF THE MAIN INDUCERS OF COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA AND THE WAY OF ITS OVERCOMING

<sup>1</sup>A.S. Sarsekeeva, <sup>2</sup>A.N. Zhumagalieva, <sup>3</sup>M.Yu. Frolova, <sup>2</sup>L.M. Pivina,  
<sup>1</sup>E.B. Bogachev, <sup>2</sup>J.M. Urazalin, <sup>2</sup>G.B. Batenova

<sup>1</sup>Municipal Emergency Hospital; <sup>2</sup> Semey State Medical University; <sup>3</sup> Primary health care №6, Semey

In the paper we have presented results of bacteriological investigation of sputum and analysis of sensitivity for the main inducers of community acquired pneumonia in the patients of pulmonology department. It was described the causes of antibiotic resistance and modern methods of combination antibiotic treatment of community-acquired pneumonia.

**Key words:** pneumonia, antibiotic resistance, bacteriological sputum test.

УДК 616:233-002

Л.К. Жазықбаева<sup>1</sup>, А.М. Бекбаева<sup>2</sup>, Ж.К. Коргамбаева<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Государственный медицинский университет города Семей, <sup>2</sup>КГКП «Центр первичной медико-санитарной помощи №9», г. Семей, <sup>3</sup>МУ «Центральная смотровая поликлиника», г. Семей

### ПРИМЕНЕНИЕ ФРОМИЛИДА УНО ПРИ ОСТРОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

#### Аннотация

Под наблюдением находилось 60 больных с острой внебольничной пневмонией, в возрасте от 32 до 67 лет. Средний возраст составил 46, 2 года. Первую группу составили 30 больных, получали с антибактериальной целью препарат Фромилид УНО в дозе 500 мг 1т x 2р в день в течении 10 дней. Вторую группу составили 30 больных, получали цефазолин 1,0 x 2р в/м в течении 10 дней. Под влиянием терапии отмечали положительную динамику показателей в обеих группах, но более выраженную в первой группе. Фромилид УНО оказывает выраженный антибактериальный эффект.

**Ключевые слова:** острая внебольничная пневмония, Фромилид УНО, антибактериальный эффект.

**Цель исследования.** Изучение эффективности применения препарата Фромилид УНО (кларитромицин) при острой внебольничной пневмонии.

**Материалы и методы обследования.** Под наблюдением находилось 60 больных с острой внебольничной пневмонией, из них 32 - мужчин, 28 - женщин, в

возрасте от 32 до 67 лет. Средний возраст составил 46,2 года. У 48 больных был диагностирован хронический бронхит, в стадии обострения. Курение выявлено у 46 больных. Длительность заболевания составила в среднем от 2-х до 5 дней. Пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу составили 30 больных, у которых была диагностирована острая внебольничная пневмония. Из числа обследованных больных мужчин было –16, женщин- 14. Средний возраст – 44,5 года. Больные данной группы получали с антибактериальной целью препарат Фромилид УНО в дозе 500 мг 1т x 2р в день в течении 10 дней. Наряду с Фромилид УНО пациенты получали муколитические препараты. Лечение в 70% наблюдений проводили амбулаторно и в 30% - в стационаре.

Вторую группу составили 30 больных с аналогичным заболеванием. Из числа обследованных больных мужчин было 21, женщин –9. Средний возраст- 42 года.

Пациенты второй группы получали в условиях стационара цефазолин 1,0 x2р в/м в течение 10 дней. Наряду с цефазолином пациенты получали муколитические препараты, витаминотерапию.

К наиболее характерным жалобам больных обеих групп следует отнести повышение температуры различной выраженности (81% и 82% соответственно), боли в грудной клетке (74% и 71% соответственно), одышку (58% и 60% соответственно), кашель сухого и продуктивного характера (78% и 79% соответственно), общую слабость (81% и 79% соответственно).

**Результаты исследований**

Единый протокол предусматривал оценку клинических и иных признаков по единой методике бальной оценки (табл.1). Сумма всех баллов представлена в виде общего клинического счета (ОКС).

**Обсуждение результатов**

Представленные группы не различались по возрасту, клинической картине. Динамика общего клинического счета (ОКС) была идентичной в обеих группах.

Рентгенологическое исследование больных было проведено исходно, и после лечения у всех пациентов обеих групп. Определяли чувствительность выделенных микроорганизмов к антибиотикам. Лабораторные тесты (клинический анализ крови, биохимический анализ крови) проводили до начала лечения, и после лечения. Лабораторные тесты выявили лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ у всех больных перед началом лечения.

В таблице №2 представлены параметры клинического обследования больных в первой группе, получавших Фромилид УНО.

Таблица 1.

**Методика бальной оценки.**

Признак	Балл
<b>Лихорадка отсутствует (менее или равна 37 С)</b>	0
37,1-37,5 С	1
37,6-38 С	2
больше 38 С	3
<b>Ознобы</b>	
отсутствуют	0
есть	1
<b>Тахикардия</b>	
отсутствует	0
имеется	1
<b>Частота дыхания (мин -1)</b>	
≤20	0
≥20	1
<b>Боли в грудной клетке</b>	
отсутствуют	0
умеренные	1
выраженные	2
<b>Общая слабость</b>	
нет	0
есть	1
<b>Кашель сухой или малопродуктивный</b>	
есть	1
нет	0
<b>Ослабленное везикулярное дыхание</b>	
нет	0
да	1
<b>Влажные хрипы</b>	
нет	0
да	1
<b>Лейкоцитоз</b>	
нет	0
умеренный	1
выраженный	2
<b>Ускоренное СОЭ</b>	
нет	0
да	1
<b>Наличие инфильтрата на R-грамме</b>	
нет	0
умеренный	1
выраженный	2

Таблица 2.

**Клинические параметры больных 1 группы (получавших Фромилид УНО).**

Параметры	До лечения	После лечения
Температура выше 37 град	28(93,3%)	0 (0,0%)
Температура 38 град	2(6,6%)	0(0,0%)
Продуктивный кашель	28(93,3%)	0(0,0%)
Непродуктивный кашель	2(6,6%)	0(0,0%)
Одышка при нагрузке	15(50%)	0(0,0%)
Влажные хрипы	23(76,6%)	0(0,0%)
Сухие хрипы	16(53,3%)	0(0,0%)

Клиническую эффективность оценивали как:

Излечение - полное исчезновение признаков заболевания (ОКС менее или равен 1).

Улучшение - частичное исчезновение признаков заболевания без необходимости проведения дальнейшей антибактериальной терапии.

Без эффекта - персистенция или прогрессирование признаков инфекции после 72 часов от начала лечения, требующие смены антимикробного агента.

В таблице 3 представлена клиническая эффективность применения препаратов Фромилида УНО и цефазолина при острой внебольничной пневмонии.

Необходимо отметить, что под влиянием терапии отмечали положительную динамику показателей в обеих группах, но более выраженную в первой группе. В первой группе отмечено выздоровление уже после курса Фромилида УНО, исчезновение боли в грудной клетке, одышки, кашля, нормализация показателей крови у

29 (96,6%) пациентов, улучшение - у 1 (3,3%) больных. Во второй группе отмечено излечение 26 (86,6%) больных, улучшение у 4 (13,3%) больных, у 1 (3,3%) больных - лечение без эффекта, пришлось заменить антибиотик цефазолин на другой антибиотик.

Таблица 3.

**Клиническая эффективность Фромилида УНО и Цефазолина при острой пневмонии.**

Критерии	Фромилид УНО (n=30)	Цефазолин (n=30)
Излечение	30	26
Улучшение	0	4
Без эффекта	0	1

Переносимость антибиотикотерапии в обеих группах была хорошей. Ни в одном случае не потребовалось изменить препараты вследствие их токсических эффектов.

**Выводы.** На основании полученных данных можно сделать заключение, что:

1. Фромилид УНО обладает высокой антибактериальной активностью.
2. Фромилид УНО эффективен для лечения острой внебольничной пневмонии при амбулаторном лечении, при назначении его в дозе 500 мг 1т x 2 раза в день в течение 10 дней.

**Тұжырым**

**ЕМДЕУ ӨҚПЕНІҢ ПНЕВМОНИЯСЫНЫҢ ФРОМИЛИД УНО ҚОЛДАНУ**

Л.К. Жазыкбаева<sup>1</sup>, А.М. Бекбаева<sup>2</sup>, Ж.К. Коргамбаева<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті, <sup>2</sup>Аралас үлдегі емхана №9, Семей қ.

<sup>3</sup>Семей қ. «Орталық қаралу емханасы» Медициналық мекеме

Бақылауға 32-67 жастар аралығындағы, ауруханадан тыс жіті пневмониясы бар 60 науқас алынды. Орташа жас шамасы 46,2 жасты құрады. Бірінші топ 30 науқастан құралды, олар 10 күн ішінде бактерияға қарсы 500 мг мөлшердегі 1 таблеткадан күніне 2 реттен Фромилид УНО препаратын қабылдады. Екінші топ 30 науқастан тұрды, олар 10 күн ішінде б/і күніне 2 реттен 1,0 цефазолин қабылдады. Емдеуді қолдану аясында екі бірдей топта көрсеткіштердің жағымды динамикасы байқалды, алайда бірінші топ ерекшелене түсті. Фромилид УНО бактерияға қарсы анықәсер береді.

**Негізгі сөздер:** Фромилид Уно, өкпенің пневмониясы, антибактериальды қасиетті.

**Summary**

**FROMILID UNO IN TREATMENT ACUTE PNEUMONIA**

L. Zhazykbaeva<sup>1</sup>, A.M. Bekbayeva<sup>2</sup>, ZH.K. Korgambaeva<sup>3</sup>

<sup>1</sup>State Medical University of Semey, <sup>2</sup>Primary health care №9, Semey, <sup>3</sup>Central polyclinic, Semey

We observed 60 patients with acute community - acquired pneumonia, aged 32 to 67 years. The median age was 46,2 years. The first group consisted of 30 patients who received the drug with antibacterial purpose Fromilid UNO in a dose of 500 mg 1 h 2p per day for 10 days. The second group consisted of 30 patients received cefazolin 1,0x2r/ m with in 10 days. Under the influence of the rap noted positive dynamics of both groups, but more pronounced in the first group. Fromilid UNO in treatment acute pneumonia demonstrated high clinical antibacterial effects.

**Key words:** acute pneumonia, Fromilid Uno, antibacterial effect.

УДК 616.155.194-07

Г.Г. Батырханова

Железнодорожная больница, г. Павлодар

**ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К АНЕМИЧЕСКОМУ СИНДРОМУ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

**Аннотация**

Больные с анемическим синдромом (АС) встречаются в практике врачей всех специальностей, в поликлинике и стационаре, и должны получать своевременную и адекватную медицинскую помощь. Во многих случаях врачи сталкиваются с большими сложностями при верификации характера анемии. Основным способом диагностики анемии нередко является общий анализ крови. В статье представлены общие принципы диагностики АС. Эти данные могут быть полезны не только гематологам, но и клиницистам других специальностей, которые в своей повседневной деятельности сталкиваются с проблемой диагностики анемий.

**Ключевые слова:** анемия, диагностика.

**Литература:**

1. Божок П.Е. // Проблемы пульмонологии. - 2000. - 274 с.
2. Карпов И.А., Качанко Е.Ф. Кларитромицин: возможности клинического использования // Беларусь-2010. - 56с.
3. Лопатин, А.С. Хронический риносинусит. Патогенез, диагностика и принципы лечения // Клинические рекомендации. - М., 2010.
4. Матвеев В.А. Неантибактериальные эффекты макролидных антибиотиков // Лечебное дело - 2011. - №6(23) - С.51-57.
5. Петрова Л.Г. Новые возможности использования кларитромицина для лечения инфекций верхних дыхательных путей // Международный научно-практический журнал Оториноларингология. Восточная Европа - 2012. - №1(06) - С. 2-7.
6. Петров С.А., Сухих Ж.Л. Внебольничная пневмония: амбулаторное лечение // Рецепт - 2010. №5 (73) - С. 97-100.
7. Страчунский Л.С., Козлов Р.С. Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. - 2005. - Т.7, N4. - С. 369-393.