

так как больная решила воспользоваться услугами опытной медсестры и ограничиться частыми обработками раны и перевязками. Но у нее есть еще и возможность применения антибиотика, к которому у возбудителя нет устойчивости.

### Литература

1. Таранда, М. І. Антыбіётыкаадчувальнасць *Serratia marcescens*, выдзеленай са змываў саскоў каровы, хворай на мастыт / М. І. Таранда, К. В. Кароль // XVI міжнародная навучна-практычная канферэнцыя «Современные технологии сельскохозяйственного производства»: агрономія. Ветэрынарыя. Зоотэхнія : матэрыялы канферэнцыі (Гродно, 17 мая, 7 чунья 2013 года) / Учреждение образования «Гродненский государственный аграрный университет». – Гродно, 2013. – С. 289-291.

2. Таранда, М. І. Выдзяленне ўзбуджальніка мастытаў на ферме СВК «Азёры» і яго адчувальнасць да антыбіётыкаў / М. І. Таранда, А. М. Міхалюк, М. І. Дзянісевіч // Современные технологии сельскохозяйственного производства: сборник научных статей по материалам XIX Международной научно-практической конференции (Гродно, 19,13 мая 2016 г.) : ветеринария, зоотехния / УО «ГГАУ». – Гродно, 2016. – С. 106-108.

3. Практикум по общей микробиологии: учеб. пособие / А.А. Солонко, А.А. Гласкович, В.Н. Алешкевич и др.; под ред. А.А. Гласкович. – Мн.: Ураджай, 2000. – 280 с.

## ОСОБЕННОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ В УСЛОВИЯХ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА г. ГРОДНО

Тауб Г.С.\*, Соколов К.Н.\*, Сильванович С.С.\*\*,  
Исаева Л.Э.\*, Марианьска И.\*

\*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Кафедра пропедевтики внутренних болезней

\*\*Гродненская областная клиническая больница медицинской реабилитации

**Актуальность.** Внебольничная пневмония – широко распространенное заболевание у взрослых, занимающее ведущее место в структуре заболеваемости и смертности от инфекционных болезней в развитых странах. В настоящее время пневмония является основной причиной летальности среди всех инфекционных осложнений во всех возрастных группах и шестой ведущей причиной смерти у подобной категории больных старше 65 лет [1]. По оценкам всемирной организации здравоохранения, инфекция нижних дыхательных путей является причиной смерти у 3,5 млн человек ежегодно [2].

Пневмонии – группа разных по этиологии инфекционных заболеваний легочной паренхимы (чаще – альвеол, реже – интерстициальной ткани), которые сопровождаются инфильтрацией альвеол клетками воспаления и экссудацией в ответ на внедрение микроорганизмов в стерильные отделы респираторного тракта, что клинически проявляется бронхо-легочно-плевральным и интоксикационным синдромами [3].

Антибактериальную терапию пневмоний принято условно разделять на два этапа: до выявления возбудителя (эмпирический) и после его выявления (по данным этиологической диагностики и исследований чувствительности к антибиотикам). Поскольку результаты лабораторных исследований для идентификации возбудителя бывают готовы не ранее, чем на 2-3-й день [3], поэтому антибактериальную терапию практически всегда назначают эмпирически. Облегчить выбор терапии призваны рекомендации по клинической практике, которые основаны на стратификации больных по группам [3]. При этом учитывается тяжесть состояния пациента, наличие интеркуррентных заболеваний и факторов риска. Кроме того, важно, что каждой из групп соответствует определенный спектр возбудителей. Это и определяет выбор препаратов для эмпирической терапии. Важно отметить, что выделению и идентификации возбудителя в мировой медицинской практике сейчас уделяется первоочередное внимание [3].

**Цель работы.** Выяснить особенности применения антибактериальной терапии в условиях специализированного пульмонологического стационара г. Гродно.

**Материал и методы исследования.** Нами проанализировано 176 историй болезни пациентов, госпитализированных в пульмонологическое отделение ГОКБ МР в период с января 2015г. по октябрь 2015г. Среди поступивших было 51,14% женщин и 48,86% мужчин. Средний возраст составил  $46,4 \pm 16,7$  лет, минимальный 17 лет, максимальный 90 лет. Курящих было 24,43% пациента. Работающих было 68,75%. Вредные условия работы отмечали только 8,5% пациентов (12,39% от всех работающих). К сожалению, в историях болезни отсутствовали сведения о вакцинации против гриппа, что указывает на недооценку врачами этих данных. Острое начало заболевания отмечалось в 64,77% случаев. При профилактическом или случайном обследовании диагноз пневмонии выставлялся в 3,98%. У 15,34% поступивших отсутствовали данные о лихорадке в домашних условиях, что указывает на недостаточный сбор анамнеза заболевания у данных пациентов. У остальных лихорадку до поступления в стационар отмечали 94,64% пациентов. Наиболее часто встречалась температура  $38^{\circ}\text{C}$ . Среднее значение температуры составило  $38,04^{\circ} \pm 0,73^{\circ}\text{C}$ .

Температура до 38°C встречалась в 24,83% случаев. Только у 13,63% отмечалась лихорадка 39°C и выше. При поступлении в приемное отделение температура тела была  $37,33 \pm 0,73$ °C, наиболее часто встречалась субфебрильная температура. Только у 22,16% она была 38°C и выше. Средняя продолжительность лихорадки составила  $5,3 \pm 4,7$  дня, наиболее часто встречаемая продолжительность 2 дня, у 26,7% длительность общего лихорадочного периода составила 7 дней и более. Средняя длительность лечения до поступления в больницу составила  $5,4 \pm 3,5$  дня, наиболее часто – 3 дня. Только в 9,1% случаев пациенты поступали в первый день болезни. Средняя продолжительность стационарного этапа  $12,1 \pm 3,4$  дней, наиболее часто – 10 дней, минимальный период 6, а максимальный 26 дней.

**Результаты.** Проводимая антибактериальная терапия основывалась только на эмпирической терапии. В единичных случаях (2 пациентов) были установлены возбудители пневмонии, но на антибактериальную терапию это не повлияло из-за позднего определения микроорганизма. В ряде случаев, при тяжелом течении пневмонии выполнялась диагностическая бронхоскопия с целью забора материала из бронхиального дерева, но, как правило, возбудитель не удавалось выделить.

Среди антибиотиков наиболее часто назначался цефтриаксон – в 73,86% случаев, в 14,77% – назначался левофлоксацин и только в 1,14% – азитромицин, но в комбинации с другими антибиотиками он назначался в 2,84%. Крайне редко назначался амикацин (2 случая – 1,14%) и амоксициллин (2 случая – 1,14%). Всего лишь в двух случаях использовалась комбинация левофлоксацина и цефтриаксона. В 20,45% случаев (36 пациентов) потребовалась смена антибиотика из-за отсутствия эффекта, сохранения лихорадки. Важно отметить, что назначая другой антибактериальный препарат, врачи не опирались на данные о патогенном микроорганизме. Наиболее часто, а это в 15,38% от числа пациентов, получающих цефтриаксон в качестве стартовой терапии, смена происходила с цефтриаксона на левофлоксацин. Таким образом, доля получавших левофлоксацин возростала до 26,13% пациентов. В 6,92% случаев смена антибиотиков происходила с цефтриаксона на азитромицин. Таким образом, цефтриаксон менялся в 22,3% случаев. В единичных случаях (по 2 пациента – 1,14%) левофлоксацин менялся на азитромицин или наоборот. При смене антибиотика практические врачи учитывали данные о применении других антибиотиков до курса цефтриаксона, принимали во внимание возможные лекарственные взаимодействия и коморбидность, но они не опирались на результаты микробиологического исследования по выявлению возбудителя заболевания в виду отсутствия своевременно

результатов исследования. Все это косвенно указывает на достаточно высокие показатели резистентности микрофлоры к стартовой терапии антибиотиками, в частности к цефтриаксону.

Срок лечения внебольничной пневмонии в среднем составил 12,1 дня, но наиболее часто 10 дней. Антибактериальная пневмония практически продолжается до дня выписки из стационара и это в среднем составляет 10 дней.

На фоне проведенной терапии полное рассасывание через 10 дней с рентгенологическим контролем наблюдалось у 47 пациентов (26,7%), но у 129, а это 73,3% имелись рентгенологически небольшие остаточные изменения. Антибактериальная терапия данной группе пациентов была продолжена и при контрольной рентгенографии в день выписки полное рассасывание отмечалось уже у 150 пациентов (85,23%), лишь у 23 (13,07%) терапия была продолжена преимущественно на амбулаторном этапе.

**Выводы.** Проводимая антибактериальная терапия в пульмонологическом отделении основывалась только на эмпирическом подходе. Наиболее часто в качестве стартовой терапии назначался цефалоспориновый антибиотик 3-го поколения – цефтриаксон (в 73,86% случаев). Как правило, в каждом пятом случае (в 20,45% случаев) отмечалась неэффективность стартовой антибактериальной терапии и проводилась смена стартового антибиотика. Цефтриаксон заменялся еще чаще – в 22,3% случаев, что косвенно указывало на высокую встречаемость антибиотикорезистентности к нему. В подавляющем большинстве случаев возбудитель заболевания не был идентифицирован. Даже диагностические бронхоскопии в большинстве случаев не позволили выявить конкретного возбудителя заболевания. Все это указывает на необходимость совершенствования микробиологической диагностики и более широкое ее использование в пульмонологическом стационаре.

### Литература

1. Minino A.M. Deaths: preliminary data for 2004 / A.M. Minino, M.P. Heron, B.L. Smith // Natl. Vital. Stat. Rep. – 2006. – Vol. 54, № 19. – P. 1-49.
2. Wunderink R.G. Community-acquired pneumoni / R.G. Wunderink, G.W. Waterer // N.Engl. J.Med. – 2014. – Vol. 370, № 19. – P. 1863.
3. Внебольничная пневмонии у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике / А.Г. Чучалин [и др.] // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2006. – Т. 8. – № 1. – С. 54-86.