

Степанова Ирина Ираклиевна (Stepanova I.I.);

доц. каф. семейной мед. ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ, канд. мед. наук. E-mail: kaffizio@gmail.com.

Блохина Ольга Евгеньевна (Blokina O.E.);

асс. каф. семейной мед. ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ. E-mail: kaffizio@gmail.com.

Зверков Игорь Владимирович (Zverkov I.V.);

проф. каф. терапии и гастроэнтерологии ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ, д-р мед. наук. E-mail: kaffizio@gmail.com.

Масловский Леонид Витальевич (Maslovskiy L.V.);

проф. каф. терапии и гастроэнтерологии ФГБУ ДПО

«Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ, д-р мед. наук. E-mail: lemas3@yandex.ru.

Корчажкина Наталья Борисовна (Korchazhkina N.B.);

зам. нач. Гл. мед. управл. Управления делами Президента РФ, зав. каф. восстановит. мед., лечеб. физкультуры, курортологии и физиотерапии, ФГБУ ДПО «Центральная Государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ, д-р мед. наук., проф. E-mail: kaffizio@gmail.com.

Масленникова Ольга Михайловна (Maslennikova O.M.);

зав. каф. внутр. болезней и проф. мед. ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ, д-р мед. наук. E-mail: maslennikova@cgma.su.

УДК 616-03

И.И. Степанова¹, С.А. Чорбинская¹, Г.А. Барышникова¹, Н.В. Никифорова², Н.Ф. Покутний³, И.В. Зверков¹, Л.В. Масловский¹, К.В. Котенко⁴

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭМПИРИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

¹ ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ, ул. Маршала Тимошенко, д. 19, стр. 1 А, Москва, Россия, 121359

² ФГБУ «Поликлиника №1» Управления делами Президента РФ, пер. Сивцев Вражек, д. 26/28, Москва, Россия, 119002

³ ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УД Президента РФ, ул. Маршала Тимошенко, д. 11/2, Москва, Россия, 121359

⁴ Главное медицинское управление Управления делами Президента РФ, ул. Б. Черкасский переулок, д. 11, Москва, Россия, 109012

Внебольничная пневмония является одним из распространенных инфекционных заболеваний органов дыхания. Адекватная терапия внебольничной пневмонии с учетом тяжести заболевания и проблем резистентности возбудителей заболевания является крайне актуальной. В статье изложены современные представления о стандартах терапии внебольничной пневмонии. Описаны результаты собственного исследования, целью которого явилось изучение антибактериальной терапии при лечении внебольничной пневмонии на амбулаторном этапе в период с 2004 по 2012 годы. Проведена оценка соответствия проводимой терапии национальным клиническим рекомендациям.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, антимикробная терапия.

I.I. Stepanova¹, S.A. Chorbinskaya¹, G.A. Baryshnikova¹, N.V. Nikiforova², N.F. Pokutniy³, I.V. Zverkov¹, L.V. Maslovskiy¹, K.V. Kotenko⁴. **Topical problems of empiric therapy of community-acquired pneumonia in outpatient practice**

¹ Central state medical academy of department of presidential affairs of the Russian Federation, 19, build. 1, Marshala Timoshenko str., Moscow, Russia, 121359

² Federal State Budgetary Institution Polyclinic № 1 of department of presidential affairs of the Russian Federation, 26/28, Sivtsev Vrazhek str., Moscow, Russia, 119002

³ Federal State Budgetary Central clinical hospital with polyclinic of department of presidential affairs of the Russian Federation, 11/2, Marshal Timoshenko str., Moscow, Russia, 121359

⁴ The main medical administration of the Department of presidential Affairs of the Russian Federation, 11, B. Cherkassky per., Moscow, Russia, 109012

Community-acquired pneumonia is one of prevalent infectious respiratory diseases. Adequate treatment of community-acquired pneumonia, with consideration of the disease severity and microbial resistance, remains extremely topical. The article covers contemporary views of community-acquired pneumonia treatment standards. The authors described results of personal research aimed to study antibacterial treatment for community-acquired pneumonia on outpatient basis over 2004–2012, evaluated correspondence of the treatment to the national clinical recommendations.

Key words: *community-acquired pneumonia, antimicrobial treatment.*

Внебольничная пневмония (ВП) является одним из распространенных инфекционных заболеваний органов дыхания. При ее изучении актуальны вопросы эпидемиологии, этиологии, особенности клинических проявлений, социальные и экономические проблемы, и, безусловно, одним из главнейших вопросов является адекватная терапия [4]. Парадокс ситуации заключается в том, что, несмотря на достигнутые результаты в понимании патогенеза данного инфекционного заболевания и наличия большого арсенала доступных антимикробных препаратов (АМП), вопросы летальности от этого заболевания и тяжести течения являются крайне актуальными. Если летальность от ВП у лиц молодого и среднего возраста без сопутствующих заболеваний составляет 1–3%, то среди пациентов старше 60 лет при наличии серьезных сопутствующих заболеваний и/или тяжелого течения ВП она составляет 15–30%. У лиц пожилого и старческого возраста заболеваемость — в 2 раза, а частота госпитализации — в 10 раз выше в сравнении с лицами молодого возраста [3].

Антибактериальная терапия является основой лечения пневмонии и назначается в основном эмпирически. Причины для этого несколько: значительная продолжительность микробиологических методов исследования, отсутствие продуктивного кашля у 1/3 пациентов, невозможность выделения внутриклеточных возбудителей при стандартных диагностических подходах, необходимость начала антибактериальной терапии в ранние сроки и др. Все вышеуказанное диктует необходимость начала лечения ВП без данных о возбудителе. В этой связи значительно возрастает роль клинических рекомендаций, следование которым повышает эффективность терапии и способствует благоприятному исходу заболевания [3]. В настоящее время *Streptococcus pneumoniae* остается основным возбудителем ВП как легкой, так и тяжелой (до 30–50%) [2]. Важное место в этиологии ВП занимают «атипичные» микроорганизмы *Mycoplasma pneumoniae* и *Chlamydia pneumoniae* (до 10–30%). *Staphylococcus aureus*, *Legionella pneumophila* и энтеробактерии играют более скромную роль в генезе ВП, однако их роль возрастает по мере нарастания тяжести заболевания. Роль *Haemophilus influenzae* значительно возрастает у пациентов старше 60 лет, у курильщиков, у больных хроническим бронхитом и хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). Частота стафилококковых пневмоний увеличивается во время эпидемий гриппа. При наличии бронхоэктазов, а также у больных муковисцидозом возрастает роль *Pseudomonas aeruginosa*, а при аспирационной пневмонии — анаэробных возбудителей.

Основными антимикробными препаратами (АМП) на амбулаторном этапе являются следующие три группы: бета-лактамы (антибиотики (незащищенные и защищенные аминопенициллины, цефалоспорины), макролиды и респираторные фторхинолоны. В последних клинических рекомендациях 2010 г. [3] представлен перечень тех или иных АМП для стартовой терапии нетяжелой пневмонии на амбулаторном этапе. Наиболее типичными ошибками ведения больных с ВП являются полипрагмазия, назначение АМП с недоказанной эффективностью, парентеральное введение АМП при отсутствии показаний, применение АМП вплоть до полной нормализации рентгенологической картины, необоснованно длительная антибиотикотерапия, неадекватный режим дозирования и недостаточная суточная доза АМП [1].

Из современных клинических рекомендаций по лечению ВП следует, что при нормализации температуры и улучшении общего состояния, антибактериальную терапию следует продолжить еще на 48–72 часа. Эффективность терапии должна оцениваться по истечении двух суток или на третьи сутки. Если не отмечено эффекта от лечения и нет ухудшения состояния, требующего госпитализации больного, надо производить смену антимикробного препарата в соответствии с имеющимися рекомендациями [3].

Цель исследования: изучить практику назначения антибактериальных препаратов при эмпирическом лечении нетяжелой ВП на амбулаторном этапе в различные годы и оценить соответствие этих назначений национальным клиническим рекомендациям.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 334 амбулаторных карт пациентов обоих полов в возрасте от 19 до 69 лет, пролеченных амбулаторно по поводу ВП нетяжелого течения в 2004, 2008, 2012 гг. За 2004 г. проанализировано 69 амбулаторных карт (1-я группа), за 2008 г. — 138 (2-я группа), за 2012 г. — 127 амбулаторных карт (3-я группа).

Результаты и их обсуждение. В 2004 г. в качестве препаратов первого ряда назначались макролиды — 37 пациентам из 69 (53,6%), простые фторхинолоны — 14 (20,3%), защищенные аминопенициллины — 7 (10,2%), доксициклин — 6 (8,7%), цефалоспорины — 2 (2,9%), линкомицин — 2 (2,9%). Комбинированная терапия изначально была проведена одному больному (1,4%) в виде азитромицина и ципрофлоксацина. Монотерапию макролидами в стандартных дозах получили 31 (45%) больной, фторхинолоны — 4 (6%), амоксициллин/клавуланат — 7 (10%), доксициклин — 3 (4,3%), цефотаксим — 1 (1,5%), линкомицин — 1 (1,5%). Два последовательных курса антибиотиков

получали 17 больных (24,6%), три курса — 3 (4,3%) и один пациент получал вначале линкомицин, а затем комбинацию мидекамицина и цефотаксима. Наиболее часто заменяли простые фторхинолоны (ципрофлоксацин, офлоксацин) — у 9 из 14 (64%). Макролиды заменяли на другие антибиотики у 6 из 37 больных (16%), доксициклин — у 3 из 6 больных (50%), амоксициллин/клавуланат — у 1 из 7 больных (14%), цефалоспорины — у одного из двух больных.

При анализе 138 амбулаторных карт за 2008 г. (2-я группа) также препаратами первого ряда в большей степени были макролиды — 66 (47,8%). Простые фторхинолоны (ципрофлоксацин, офлоксацин) назначались «на старте» 21 больному (15,2%), амоксициллин/клавуланат получали 19 больных (13,7%), доксициклин — 5 больных (3,6%), цефалоспорины (парентерально) были назначены 11 больным (8,6%), линкомицин — 3 больным (2,1%), респираторные фторхинолоны — 8 больным (5,7%). Изначально комбинированную терапию получали 5 больных (3,6%). Терапию одним антибиотиком получали 112 пациентов (81%). Макролиды назначались 60 больным (43%), замена препарата или добавление другого антибиотика потребовалась у 6 больных (10%). Замена простого фторхинолона имела место у 10 больных (47%), замены при лечении респираторными фторхинолонами не производилось. Терапию защищенным амоксициллином меняли или добавляли макролид у 5 из 19 больных (21%). Доксициклин как монотерапия оставался у трех из пяти больных. При терапии цефтриаксоном в четырех случаях (36%) были добавлены макролиды.

Анализ 127 амбулаторных карт за 2012 г. (3-я группа) показал следующее: помимо наиболее часто назначаемых АМП таких, как очищенные аминопенициллины, — 73 (57,4%) и макролиды, которые применялись у 30 (23,6%), значительно возросло количество назначений респираторных фторхинолонов — 19 (15%). Доксициклин получал 1 (0,8%) пациент, парентерально цефалоспорины 4 (3,1%), из них у двух цефалоспорины изначально были назначены в сочетании с макролидами.

Все вышеуказанное свидетельствует о более современном и более рациональном подходе врачей поликлинического звена к лечению внебольничной пневмонии нетяжелого течения, уменьшении числа ошибок при лечении данного заболевания, что, скорее всего, связано с повышением уровня знаний врачей и большей приверженностью к следованию современным клиническим рекомендациям.

Выводы. 1. Монотерапия ВП нетяжелого течения на амбулаторном этапе чаще проводилась макролидами и была эффективна во всех возрастных группах. Смена АМП чаще проводилась при назначении фторхинолона, не обладающего антипневмококковой активностью. 2. Лечение ВП в виде монотерапии также чаще проводилось макролидами, а смена АМП чаще проводилась при использовании простых фторхинолонов. Однако возможно применение респираторных фторхинолонов и не-

которое увеличение назначения бета-лактамов антибиотиков. 3. Стартовая терапия продемонстрировала явные тенденции следования современным клиническим рекомендациям. Обращает внимание назначение на протяжении 8 лет только защищенных аминопенициллинов, в то время как при подозрении на пневмококковую инфекцию возможно назначение амоксициллина без клавуланата. 4. Негативным моментом является отсутствие назначения солютабных форм, у которых биодоступность амоксициллина достигает более 90%, что создает возможность применять их в некоторых случаях вместо парентерального введения бета-лактамов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дворецкий Л.И. // Consilium medicum. — 2008. — Т. 10. №3. — С. 34–40.
2. Козлов Р.С. Пневмококки: уроки прошлого — взгляд в будущее. — Смоленск: Макмах, 2010. — 128 с.
3. Чучалин А.Г. // Пульмонология. — 2015. — Т. 25. — № 2. — С. 133–142.
4. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Козлов Р.С. и др. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. Пособие для врачей. — Смоленск: Макмах, 2010. — 80 с.

REFERENCES

1. Dvoretzkiy L.I. // Consilium medicum. — 2008. — V. 10. — 3. — P. 34–40 (in Russian).
2. Kozlov R.S. Pneumococci: lessons from past — view of future. — Smolensk: Makmah, 2010. — 128 p. (in Russian).
3. Chuchalin A.G. // Pul'monologiya. — 2015. — V. 25. — 2. — P. 133–142 (in Russian).
4. Chuchalin A.G., Sinopal'nikov A.I., Kozlov R.S., et al. Community-acquired pneumonia in adults: practical recommendations in diagnosis, treatment and prevention. Manual for doctors. — Smolensk: Makmah, 2010. — 80 p. (in Russian).

Поступила 11.01.2016

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Степанова Ирина Ираклиевна (Stepanova I.I.);

доц. каф. семейной мед. ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УД Президента РФ, канд. мед. наук. E-mail: kaffizio@gmail.com.

Чорбинская Светлана Алексеевна (Chorbinskaya S.A.);

зав каф. семейной мед. ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УД Президента РФ, д-р мед. наук, проф. E-mail: kaffizio@gmail.com.

Барышникова Галина Анатольевна (Baryshnikova G.A.);

проф. каф. семейной мед. ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УД Президента РФ, д-р мед. наук. E-mail: bargalan@mail.ru.

Никифорова Наталья Владимировна (Nikiforova N.V.);

вр.-терапевт ФГБУ «Поликлиника №1» УД Президента РФ. E-mail: kaffizio@gmail.com

Покутний Николай Феодосьевич (Pokutniy N.F.);

зам. гл. вр. по мед. части ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УД Президента РФ, д-р мед. наук, проф.

Зверков Игорь Владимирович (Zverkov I.V.);

проф. каф. терапии и гастроэнтерологии ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УД Президента РФ, д-р мед. наук. E-mail: kaffizio@gmail.com.

Масловский Леонид Витальевич (Maslovskiy L.V.);

проф. каф. терапии и гастроэнтерологии ФГБУ ДПО

«Центральная государственная медицинская академия» УД Президента РФ, д-р мед. наук. E-mail: lemas3@yandex.ru.

Котенко Константин Валентинович (Kotenko K.V.);

зам. управл. делами Президента РФ — нач. Гл. мед. упр. УД Президента РФ, зав. каф. общественного здоровья и здравоохранения с курсом клинической психологии и педагогики ФГБУ ДПО «Центральная Государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ, д-р мед. наук., проф. E-mail: kaffizio@gmail.com.

УДК 615.84

А.С. Круглова¹, Е.А. Шатохина², М.А. Елфимов², В. Е. Илларионов², А.В. Червинская², В.В. Портнов², Е. В. Филатова², М.С. Петрова³

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛАДОННО-ПОДОШВЕННОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОТИВООПУХОЛЕВУЮ ТЕРАПИЮ

¹ ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы», ул. Селезневская, д. 20, Москва, Россия, 127473

² ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ, ул. Маршала Тимошенко, д. 19, стр. 1 А, Москва, Россия, 121359

³ Главное медицинское управление Управления делами Президента РФ, ул. Б. Черкасский переулок, д. 11, Москва, Россия, 109012

Под наблюдением находилось 12 пациентов, получающих различные препараты противоопухолевой терапии. 1-ю группу составили пациенты с развившимся ладонно-подошвенным синдромом различной степени тяжести, которым проводилось комплексное лечение, включающее ИК-терапию и топическое средство на основе антиоксидантов. 2-я группа пациентов без ЛПС, которым проводилось профилактическое лечение в виде ИК-терапии. В 1-й группе у всех пациентов отмечалось снижение степени тяжести клинических симптомов ЛПС. Во 2-й группе у 80% пациентов ладонно-подошвенный синдром не развивался, у 20% соответствовал легкой степени тяжести. Пациентам с высоким риском развития ЛПС на фоне приема противоопухолевой терапии рекомендуется проведение курсов ИК-терапии и применение наружного средства с антиоксидантной активностью.

Ключевые слова: противоопухолевая терапия, прогнозируемые побочные эффекты, ладонно-подошвенный синдром, методы коррекции, ИК-терапия, антиоксидантные препараты.

L.S. Kruglova¹, E.A. Shatokhina², M.A. Elfimov², V.E. Illarionov², A.V. Chervinskaya², V.V. Portnov², E.V. Filatova², M.S. Petrova³. **Combined treatment of palmoplantar syndrome in patients under antitumor therapy**

¹Moscow Scientific and Practical Center of Dermatology, Venereology and Cosmetology, Department of Health, 20, Seleznevskaya st., Moscow, Russia, 127473

²Central state medical academy of department of presidential affairs of the Russian Federation, 19, build. 1, Marshala Timoshenko st., Moscow, Russia, 121359

³The main medical administration of the Department of presidential Affairs of the Russian Federation, 11, B. Cherkassky pereulok st., Moscow, Russia, 109012

Observation covered 12 patients under various antitumor medications. Group 1 was formed of patients with developed palmoplantar syndrome varying in severity, who received complex treatment including IR-therapy and local antioxidant medication. Group 2 included patients without palmoplantar syndrome, who received preventive treatment with IR-therapy. All patients of group 1 demonstrated lower severity of palmoplantar syndrome manifestations. In group 2, 80% of the patients avoided palmoplantar syndrome development, and 20% of the patients had light course of the syndrome manifestations. Patients at high risk of palmoplantar syndrome under antitumor therapy are recommended to undergo IR-therapy and local antioxidant medication.

Key words: antitumor therapy, predictable side effects, palmoplantar syndrome, correction methods, IR-therapy, antioxidant medications.