

Я.М.Балабанова^{1,3}, С.И.Кузнецов², К.Грэм¹, И.М.Федорин³, М.Радди¹, Р.Атун⁴, Р.Кокер⁵, Ф.Дробневский¹,
А.В.Жестков⁷, Н.Н.Крюков⁶

Особенности фармакотерапии специфических и неспецифических инфекций респираторного тракта в лечебных учреждениях Самарской области

¹ Микобактериальная референс-лаборатория, Отделение микробиологии и инфекционных заболеваний, Королевский колледж, Лондон; ² Департамент здравоохранения Администрации Самарской области; ³ Самарский областной противотуберкулезный диспансер; ⁴ Центр организации здравоохранения, Имперский колледж, Лондон; ⁵ Департамент организации и управления здравоохранением, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Лондон; ⁶ Кафедра внутренних болезней № 1, Самарский государственный медицинский университет; ⁷ Кафедра профессиональных болезней и клинической фармакологии, Самарский государственный медицинский университет

Ya.M.Balabanova, S.I.Kuznetsov, K.Grem, I.M.Fedorin, M.Raddy, R.Atun, R.Koker, F.Drobnevsky, A.V.Zhestkov, N.N.Kryukov

Pharmacotherapy of specific and unspecific respiratory infections

Summary

Irrational administration of antimicrobials, incorrect regimens and dosing provide occurrence of adverse effects with minimal therapeutic results and development of drug resistance including anti-tuberculosis drugs.

The study was designed to detect information sources on drug therapy used by general practitioners and TB specialists, to establish stereotypical models of antibacterial drug administration in prevalent upper and lower airway diseases at the Samara region and to substantiate the supposition about unreasonable empiric administration of anti-tuberculosis drugs in a respiratory patient without microbiological confirmation as a probable cause of drug resistant tuberculosis. A cross-sectional study based on a special questionnaire was performed in 425 general practitioners in primary care facilities, hospitals and in TB specialists at the Samara region. The questionnaire contained several clinical situations and their solving and the respondents should choose the most suitable ones.

Results demonstrated that majority of the practitioners (80 %, or 340 / 425 cases) widely use advertising information regarding antimicrobials. Several doctors (1.7 %) chose antibacterial drugs to treat acute respiratory viral infection, 0.8 to 1.6 % of doctors certainly decided to administer anti-tuberculous in non-TB respiratory diseases such as acute bronchitis, chronic obstructive pulmonary disease, community-acquired pneumonia and acute tonsillitis, and approximately one fifth of the practitioners thought to administer antituberculous in these diseases (18.4 % (78 / 425) – rifampicin, 21.2 % (90 / 425) – isoniazid).

Резюме

Нерациональное назначение антибактериальных средств и неверно выбранные схемы и дозировки способствуют развитию побочных эффектов (при минимальном терапевтическом эффекте) и возникновению лекарственной устойчивости к препаратам основных групп антибиотиков, в т. ч. и к противотуберкулезным препаратам.

В цели исследования входило определить источники информации по схемам лечения, используемым врачами общей лечебной сети и фтизиатрами противотуберкулезной службы, выявить стереотипные модели назначения антибактериальных препаратов, используемых в Самарской области для лечения наиболее распространенных заболеваний верхних и нижних дыхательных путей, и обосновать положение о том, что возможными предпосылками возникновения лекарственной устойчивости к противотуберкулезным препаратам может служить бездоказательное эмпирическое назначение таких препаратов при наличии у больного симптомов респираторного заболевания с неподтвержденной туберкулезной этиологией.

Одномоментное исследование, в основе которого лежало применение специально разработанного вопросника, было проведено среди 425 врачей первичного медицинского звена, терапевтов стационаров и фтизиатров противотуберкулезных учреждений Самарской области. Вопросник содержал описание нескольких клинических ситуаций, респонденты должны были выбрать наиболее подходящие для этих ситуаций ответы.

Результаты исследования показали, что рекламная информация по назначению антибиотиков, предоставляемая фармацевтическими компаниями, широко – в 80 % (340 / 425) случаев – используется большинством врачей.

Небольшая группа врачей (1,7 %) выбрала назначение антибиотиков для лечения острого респираторного заболевания; от 0,8 % до 1,6 % врачей указали, что непременно назначат противотуберкулезные препараты для лечения четырех заболеваний дыхательных путей нетуберкулезной этиологии (острого бронхита, хронической обструктивной болезни легких, внебольничной пневмонии и острого тонзиллита), примерно пятая часть врачей не исключает назначения противотуберкулезных препаратов (18,4 %, (78 / 425) – Рифампицин; 21,2 % (90 / 425) – Изониазид) при лечении перечисленных заболеваний.

Нерациональное назначение антибактериальных средств, а также неверно выбранные схемы и дозировки приводят к развитию побочных эффектов (при минимальном терапевтическом эффекте) и возникновению лекарственной устойчивости к

препаратам основных групп антибиотиков, в т. ч. и к противотуберкулезным препаратам.

К факторам, приводящим к распространению лекарственной устойчивости, относятся неограниченный доступ населения к антибиотикам, неа-

декватный противотифозиционный контроль в медицинских учреждениях, частое и необоснованное назначение антибиотиков врачами, неверно выбранные схемы и дозировки, а также самостоятельный прием антибактериальных препаратов (АБП) больными; назначение разнообразных препаратов одной и той же группы, рекламируемых фармацевтическими компаниями; завышенные ожидания пациентов от лечения антибиотиками [1, 2]. Это подтверждается результатами нескольких исследований. Например, в Великобритании и других европейских странах перечисленные факторы, включая неверное назначение АБП и гиперболизированные надежды больных, возлагаемые на антибиотикотерапию, также были выявлены как важные причины возникновения лекарственной устойчивости [3–5]. Слишком частое назначение и употребление антибиотиков описано во всем мире во всех областях медицины [6].

Устойчивые к лекарственным препаратам микроорганизмы, как, например, штаммы *M. tuberculosis* со множественной лекарственной устойчивостью, то есть устойчивые, по крайней мере, к Изониазиду и Рифампицину (МЛУ ТБ), потенциально неизлечимы.

В России наблюдается высокий уровень распространенности устойчивых к лекарствам штаммов *M. tuberculosis* и, в особенности, МЛУ ТБ [7]. Известно, что в ряде регионов России в свободной продаже в аптечной сети имеется спектр антибиотиков, включая противотуберкулезные препараты 1-го ряда, такие, как Изониазид и Рифампицин, а также препараты 2-го ряда, например фторхинолоны.

Цель исследования — определение источников информации по схемам лечения, используемым врачами общей лечебной сети и фтизиатрами противотуберкулезной службы Самарской обл., обозначение стереотипных моделей назначения АБП для лечения наиболее распространенных инфекций верхних и нижних дыхательных путей, обоснование положения о том, что предпосылками возникновения лекарственной устойчивости к противотуберкулезным препаратам может быть необоснованное эмпирическое назначение противотуберкулезных препаратов при симптомах респираторного заболевания неподтвержденной туберкулезной этиологии.

Материалы и методы исследования

Подробное исследование эпидемиологии лекарственно-устойчивого туберкулеза было проведено в Самарской обл. в 2001–2002 гг. в рамках британно-российского проекта «Микробиологический, молекулярный и эпидемиологический анализ распространенности лекарственноустойчивых форм туберкулеза в Самарской и Кемеровской областях».

Предварительные результаты продемонстрировали высокий уровень лекарственной устойчивости у штаммов *M. tuberculosis* [6].

Мы провели одномоментное перекрестное исследование среди врачей первичного звена, врачей-пульмонологов, фтизиатров и других специалистов, работающих в медицинских учреждениях Самарской обл.

Для проведения исследования был разработан специальный вопросник, в который вошли вопросы о схемах назначения антибактериальных препаратов, источниках информации о назначении антибиотиков и ситуационные задачи по ведению больных с заболеваниями верхних и нижних дыхательных путей. 523 анкеты были разосланы в 28 учреждений, в т. ч. во все учреждения первичного медицинского звена, общей лечебной сети и противотуберкулезной службы Самарской обл., которые занимаются лечением заболеваний органов дыхания. Респонденты были проинформированы о том, что целью исследования является определение наиболее часто используемых схем назначения АБП. Участие в исследовании являлось добровольным и анонимным.

В вопросник входила клиническая ситуационная задача следующего содержания: «У пациентки 29 лет в течение 2 дней отмечаются респираторные симптомы (кашель без мокроты, насморк), беспокоит незначительная боль в горле, интенсивность которой существенно снизилась благодаря самостоятельному приему пастилок («Стрепсилс», «Ангиосепт»). Общее самочувствие удовлетворительное. Температура тела нормальная, кожные покровы чистые, сыпи нет, лимфатические узлы не увеличены, боль в суставах и мышцах отсутствует. Аллергических реакций на медикаментозные препараты нет. Результаты культурального исследования смывов из носоглотки отрицательные». Респондентам задавался вопрос о дальнейшей тактике ведения и фармакотерапии больной.

Вторая клиническая ситуация ставила вопрос о возможном назначении АБП при различных заболеваниях верхних и нижних дыхательных путей, в частности, при остром бронхите, обострении хронического обструктивного заболевания легких (ХОБЛ), внебольничной пневмонии и остром тонзиллите. Респондентам предлагалось выбрать необходимые препараты (если они считали назначение АБП необходимым) из списка, в который вошли антибиотики всех групп (возможен был выбор нескольких вариантов ответа). В список противотуберкулезных препаратов входили препараты 1-го ряда (Изониазид, Рифампицин, Фтивазид, Стрептомицин и Майрин П — комбинированный препарат, в состав которого входят изониазид, рифампицин, тамбутол и пиразинамид).

Вопросник был разрешен к применению этическим комитетом Департамента здравоохранения Администрации Самарской обл. Для контро-

Таблица 1
 Препараты, выбранные в порядке предпочтения для лечения острого бронхита, ХОБЛ, внебольничной пневмонии и острого тонзиллита

Выбор	Острый бронхит (n = 2 821) [^]	ХОБЛ (n = 3 072) [^]	Пневмония (n = 3 773) [^]	Тонзиллит (n = 1 995) [^]
1	Пенициллины 853 (30,2 %)	Пенициллины 797 (25,9 %)	Пенициллины 881 (23,4 %)	Пенициллины 879 (44,1 %)
	Бензилпенициллин 191 / 853 (22,4 %)	Бензилпенициллин 127 / 797 (15,9 %)	Бензилпенициллин 184 / 881 (20,9 %)	Бензилпенициллин 201 / 879 (22,9 %)
	Амоксициллин 295 / 853 (34,6 %)*	Амоксициллин 242 / 797 (30,4 %)	Амоксициллин 240 / 881 (27,2 %)	Амоксициллин 236 / 879 (26,8 %)
	Ампициллин 261 / 853 (30,6 %)	Ампициллин 332 / 797 (41,7 %)*	Ампициллин 348 / 881 (39,5 %)*	Ампициллин 365 / 879 (41,5 %)*
	Флуклоксациллин 30 / 853 (3,5 %)	Флуклоксациллин 34 / 797 (4,3 %)	Флуклоксациллин 29 / 881 (3,3 %)	Флуклоксациллин 18 / 879 (2,0 %)
	Коамоксиклав 76 / 853 (8,9 %)	Коамоксиклав 62 / 797 (7,8 %)	Коамоксиклав 80 / 881 (9,2 %)	Коамоксиклав 59 / 879 (6,7 %)
2	Макролиды 614 (21,8 %)	Макролиды 531 (17,3 %)	Макролиды 773 (20,5 %)	Макролиды 502 (25,2 %)
	Эритромицин 328 / 614 (53,4 %)*	Эритромицин 214 / 531 (40,3 %)	Эритромицин 191 / 773 (24,7 %)	Эритромицин 345 / 502 (68,7 %)*
	Азитромицин 226 / 614 (36,8 %)	Азитромицин 228 / 531 (42,9 %)*	Азитромицин 459 / 773 (59,4 %)*	Азитромицин 111 / 502 (22,1 %)
	Кларитромицин 60 / 614 (9,8 %)	Кларитромицин 78 / 531 (14,7 %)	Кларитромицин 105 / 773 (13,6 %)	Кларитромицин 46 / 502 (9,2 %)
3	Антагонисты фолиевой кислоты 379 (13,4 %)	Фторхинолоны 395 (12,9 %)	Цефалоспорины 628 (16,6 %)	Фторхинолоны 143 (7,2 %)
4	Фторхинолоны 256 (9,1 %)	Цефалоспорины 356 (11,6 %)	Аминогликозиды 500 (13,3 %)	Тетрациклины 118 (5,9 %)
5	Аминогликозиды 209 (7,4 %)	Аминогликозиды 351 (11,4 %)	Фторхинолоны 392 (10,4 %)	Аминогликозиды 101 (5,1 %) Антагонисты фолиевой кислоты 102 (5,1 %)
6	Цефалоспорины 197 (7,0 %)	Тетрациклины 209 (6,8 %)	Тетрациклины 209 (5,5 %)	Цефалоспорины 100 (5,0 %)

Примечание: * – самые распространенные лекарства по назначению в группе;

[^] – были даны множественные ответы, поэтому общее число назначений используется в качестве знаменателя.

для правильности ввода данных проверялось 20 % введенной информации анкет. Данные обрабатывались пакетом программ *EpiInfo 6.04d* и *Excel®*. Использовалась описательная статистика, определялась частота каждого ответа.

Результаты

Из числа отосланных анкет всего было возвращено 81,3 % (425 / 523) заполненных анкет. Врачи первичного звена составили основную группу респондентов — 78,4 % (333 / 425), включая 55,8 % (237 / 425) врачей общей практики и 22,6 % (96 / 425) участковых терапевтов. Доля узких специалистов составила 21,6 % (92 / 425), в т. ч. врачей-оториноларингологов, пульмонологов и фтизиатров (9,2 % или 39 / 425), которые также участвовали в исследовании.

В качестве основных источников информации о схемах назначения антибиотиков большинством респондентов — 86,1 % (366 / 425) были названы 2 фармакологических руководства (под редакцией *М.Д. Машковского* «Лекарственные средства» и

справочник *VIDAL* «Лекарственные препараты России»). Медицинские журналы, профессиональные встречи и советы коллег также упоминались как важные источники информации в 73,4, 39,5 и 41,9 % случаях соответственно. Информацией, предоставленной фармацевтическими компаниями, в значительной мере пользуются большинство врачей 80,0 % (340 / 425).

Для всех 4 заболеваний самыми распространенными препаратами, выбранными в первую очередь большинством врачей, явились β-лактамы антибиотики — они составили 30,2, 25,9, 23,4 и 44,1 % всех антибиотиков, выбранных для лечения острого бронхита, ХОБЛ, внебольничной пневмонии и острого тонзиллита. В лечении ХОБЛ, внебольничной пневмонии и тонзиллита предпочтение было отдано Ампициллину, в случае острого бронхита — препаратом 1-го выбора был Амоксициллин. 2-й по популярности оказалась группа макролидов: 21,8 % от всех антибиотиков, назначенных для лечения острого бронхита, 17,2 % — ХОБЛ, 20,5 % — внебольничной пневмонии и 25,2 % — острого тонзиллита (табл. 1).

Небольшая часть врачей выбрала противотуберкулезные препараты для лечения заболеваний с неподтвержденной нетуберкулезной этиологией: 0,9 % (25 / 2821) — при лечении острого бронхита, 1,7 % (51 / 3072) — ХОБЛ, 1,8 % (67 / 3773) и 0,8 % (16 / 1995) — внебольничной пневмонии и острого тонзиллита соответственно (врачи могли выбрать более одного варианта ответов, общее число назначений антибиотиков указано как знаменатель).

В вопроснике также содержался вопрос, какие препараты из предложенного списка респонденты никогда бы не назначили для лечения обозначенных выше заболеваний. Примерно пятая часть участвовавших в исследовании ответили, что, в принципе, они не исключают пользу от назначения противотуберкулезных препаратов для лечения респираторных заболеваний с неподтвержденной туберкулезной этиологией (табл. 2).

Отвечая на вопросы, поставленные в ситуационной задаче, которая описывала клинический случай острого респираторного заболевания, большинство респондентов правильно предложили назначить симптоматическое лечение, включающее назначение ацетилсалициловой кислоты или комбинированных препаратов, содержащих парацетамол, витамин С, а также таблетки («Стрепсилс», «Ангиосепт»). Тем не менее 1,7 % (7 / 411) ответивших назначили бы антибиотики.

Мы также проанализировали разницу в ответах врачей общей практики и участковых терапевтов, врачей первичного звена и стационаров, а также разницу в ответах фтизиатров, по сравнению со всеми остальными врачами, принимавшими участие в исследовании.

Статистически значимая разница в лечении острого бронхита была выявлена только в назначениях антибиотиков группы фторхинолонов: врачи общей практики имеют тенденцию назначать препараты данной группы менее часто, чем участковые терапевты (разница пропорций составила: 0,41; 95 % CI: 0,07—0,15), а фтизиатры назначают препараты данной группы в целом менее часто, чем все остальные врачи (разница пропорций: 0,11; 95 % CI: -0,14 — (-0,07)). Фторхинолоны не являются препаратами выбора при лечении банальных инфекций нижних отделов респираторного тракта, и врачи общей практики не назначают их так часто, как участковые терапевты, еще не прошедшие курсы подготовки для врачей общей практики. Врачи стационарного звена имеют тенденцию к более редкому назначению цефалоспоринов, чем врачи первичного медицинского звена (разница пропорций: 0,82; 95 % CI: -0,10 — (-0,07)).

При лечении ХОБЛ статистически значимых различий в схемах лечения выявлено не было, за исключением назначения нитромидазолинов — их менее часто назначали фтизиатры, по сравне-

Таблица 2
Назначения врачами противотуберкулезных препаратов для лечения острого бронхита, ХОБЛ, внебольничной пневмонии и острого тонзиллита

Противотуберкулезный препарат	Количество врачей, выбравших препарат в качестве возможного назначения (n = 425)	Число врачей, которые никогда бы не назначили противотуберкулезный препарат (%)
Фтивазид	96 (22,6 %)	329 (77,4 %)
Изониазид	90 (21,2 %)	335 (78,8 %)
Майрин П	87 (20,5 %)	338 (79,5 %)
Рифампицин	78 (18,4 %)	347 (81,6 %)

нию с группой остальных врачей (разница пропорций: 0,26; 95 % CI: -0,03 — (-0,02)). В лечении внебольничной пневмонии существенных различий выявлено не было.

При ведении пациента с острым тонзиллитом врачи первичного звена обнаружили большую склонность к назначению аминогликозидов, чем госпитальные врачи (разница пропорций: 0,24; 95 % CI: -0,04 — (-0,01)), а также к назначению нитромидазолинов (разница пропорций: 0,15; 95 % CI: -0,02 — (-0,01)). Фторхинолоны при лечении острого тонзиллита менее предпочитают фтизиатры, чем остальные врачи (разница пропорций: 0,91; 95 % CI: -0,11 — (-0,07)).

Обсуждение

Рекламная информация об антибиотиках, предоставляемая фармацевтическими компаниями, широко используется большинством врачей — в 80 % (340 / 425) случаев, что отражает значительное влияние фармацевтической промышленности на лечебную тактику врачей, как это и было выявлено в ряде предыдущих исследований [8].

Врачам представили клиническую ситуацию, описывающую женщину молодого возраста с острым респираторным заболеванием. Большинство респондентов назначили симптоматическое лечение, но 1,7 % врачей в качестве адекватного лечения выбрали назначение антибиотиков.

Вопросник содержал также клиническую задачу по назначению противотуберкулезных препаратов. Врачей спрашивали, назначили бы они противотуберкулезные препараты 1-го ряда для лечения 4 заболеваний дыхательных путей неподтвержденной туберкулезной этиологии (острого тонзиллита, острого бронхита, ХОБЛ и внебольничной пневмонии), и 0,8—1,6 % из них ответили, что выбрали бы их при лечении вышеописанных заболеваний.

Врачам также задавался вопрос, какие из АБП, включая противотуберкулезные препараты 1-го ряда, они никогда не назначили бы при лечении острого бронхита, ХОБЛ, внебольничной пневмо-

нии и острого тонзиллита. Число врачей, которые не отказываются от возможного выбора противотуберкулезных препаратов для лечения данных заболеваний, варьируется от 18,4 % (78 / 425), выбравших Рифампицин, и 21,2 % (90 / 425) врачей, выбравших для фармакотерапии Изониазид, до 36,2 % (154 / 425) врачей, выбравших Стрептомицин. Кроме риска возникновения побочных эффектов от подобного неадекватного лечения, возможен также риск развития устойчивости к имеющимся в арсенале противотуберкулезным препаратам в тех отдельных случаях, когда в дальнейшем подтверждается туберкулезная этиология заболевания органов дыхания.

Основные руководства, в т. ч. Американского торакального общества (*American Thoracic Society*) и Британского торакального общества (*British Thoracic Society*), указывают на важность антибиотикотерапии в случае амбулаторного или стационарного лечения внебольничной пневмонии и обострения хронического обструктивного заболевания легких [9—12]. Врачи Самарской обл., участвующие в исследовании, верно назвали антибиотики из групп пенициллинов и макролидов в качестве препаратов 1-го выбора, что соответствует рекомендациям национальных, американских и британских руководств [13—15].

Мы более подробно описываем выбранные схемы лечения острого бронхита и тонзиллита, так как антибиотикотерапии в лечение данных заболеваний отводится менее значительная роль.

Острый бронхит чаще всего имеет вирусную этиологию, реже встречаются острые бронхиты бактериальной природы, обусловленные, например *Mycoplasma pneumoniae*, *Bordetella pertussis* и *Chlamydia pneumoniae*. Именно поэтому лечение острых бронхитов, в основном симптоматическое, и направлено на облегчение кашля. Назначение антибиотиков не рекомендуется в качестве рутинной практики в случае острого бронхита вирусной этиологии [16]. Таким образом, в большинстве случаев назначение антибиотиков является нерациональным. В случае установленной атипичной бактериальной этиологии антибиотика назначать следует, и группа макролидов при этом является эффективной, другим вариантом может служить назначение Доксциклина или другого препарата тетрациклиновой группы.

При анализе результатов данного исследования оказалось, что практически все респонденты назначили бы тот или иной антибиотик при лечении перечисленных заболеваний. При анализе отдельных вариантов ответов мы обнаружили, что наибольшей популярностью среди врачей пользовались антибиотики группы пенициллинов — 30,2 % всех врачей рекомендовали бы пенициллин (обычно Амоксициллин), антагонисты фолиевой кислоты (13,4 %) и 12,8 % назначили бы антибиотики из группы макролидов. Далее следо-

вала группа фторхинолонов (9,1 %), аминогликозидов (7,4 %), цефалоспоринов (7,1 %) и тетрациклинов (6,9 %). Назначая препараты из группы фторхинолонов, респонденты отдали предпочтение Ципрофлоксацину для лечения острого бронхита (75,4 % всех назначений) и острого тонзиллита (82,5 %). Однако, согласно международным и российским рекомендациям, данные препараты, скорее всего, принесут немного пользы. Таким образом, при лечении острого бронхита врачи неверно назначили антибиотики более чем в $\frac{2}{3}$ случаев.

Что касается тактики ведения острого тонзиллита, необходимо отметить, что чаще всего тонзиллит также имеет вирусную этиологию. Лишь 15—30 % случаев острого тонзиллита обусловлено бактериальным агентом, а именно β -гемолитическим стрептококком группы А [17, 18]. Тонзиллит, вызванный стрептококками группы А (*Streptococcus pyogenes*), играет важную роль в силу возможных серьезных осложнений при неадекватной терапии (острый ревматизм и острый гломерулонефрит). *Streptococcus pyogenes* чувствителен к антибиотикам группы пенициллинов и макролидов [19, 20]. Однако в большинстве случаев острого тонзиллита отсутствуют показания к назначению антибиотиков. Лишь в случаях установленной стрептококковой этиологии необходимо немедленное назначение пенициллинов или макролидов. В ходе нашего исследования оказалось, что врачи довольно часто назначают антибиотик при лечении острого тонзиллита, хотя при этом большинство делают правильный выбор АБП из групп пенициллинов или макролидов. Значительное меньшинство предпочло бы выписать препараты из групп фторхинолонов, тетрациклинов, аминогликозидов или антагонистов фолиевой кислоты (табл. 1).

В заключение можно отметить, что антибиотики были неверно назначены при лечении банального острого респираторного заболевания в 1,7 % случаев. Примерно 1 % врачей полностью уверены в том, что назначение противотуберкулезных препаратов в случае заболеваний верхних и нижних дыхательных путей неподтвержденной туберкулезной этиологии возможно, и около 20 % ответивших могли бы неверно назначить противотуберкулезные препараты для лечения указанных заболеваний. Большинство врачей злоупотребили бы неадекватным в клинической практике назначением АБП при лечении острого бронхита и тонзиллита, но в то же время выбранные схемы лечения внебольничной пневмонии являются верными.

В целом, при анализе различий в схемах назначения АБП существенных различий между врачами первичного медицинского звена и врачами стационаров выявлено не было, это же справедливо в отношении различий между участковыми терапевтами и врачами общей практики. Имеющие-

ся различия продемонстрировали, что, например, при лечении острого бронхита с использованием антибиотиков врачи общей практики более часто отдавали предпочтение фторхинолонам, по сравнению с участковыми терапевтами. Что более важно, фтизиатры реже, чем остальные врачи, злоупотребляли назначением фторхинолонов.

Таким образом, схемы лечения респираторных заболеваний, выбранные респондентами, участвующими в данном исследовании, могут иметь большое значение в развитии лекарственной устойчивости среди штаммов патогенных микроорганизмов, вызывающих заболевания верхних и нижних дыхательных путей, в т. ч. туберкулезной этиологии.

Литература

1. Павин М., Нургожин Т., Хафнер Г. и др. Практика предписаний лекарств у сельских врачей первичной помощи в Узбекистане. *Trop. Med. Int. Hlth* 2003; 8 (2): 182—190.
2. Cars H., Hakansson A. To prescribe or not to prescribe antibiotics. District physicians' habits vary greatly, and are difficult to change. *Scand. J. Prima Hlth Care* 1995; 13 (1): 3—7.
3. Standing Medical Advisory Committee report. House of Lords; 1998.
4. Pechere J.C. Patients' interviews and misuse of antibiotics. *Clin. Infect. Dis.* 2001; 33 (suppl. 3): S170—S173, PMID: 11524715
5. Macfarlane J., Holmes W., Macfarlane R., Britten N. Influence of patients' expectations on antibiotic management of acute lower respiratory tract illness in general practice: questionnaire study. *Br. Med. J.* 1997; 315 (7117): 1211—1214.
6. Stone S., Gonzales R., Maselli J., Lowenstein S.R. Antibiotic prescribing for patients with colds, upper respiratory tract infections, and bronchitis: A national study of hospital-based emergency departments. *Ann. Emerg. Med.* 2000; 36 (4): 320—327.
7. Дробневский Ф., Балабанова Я., Радди М. и др. Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью и устойчивый к рифампину туберкулез в Российском гражданском и тюремном секторе: доминирование семьи Пекинского штамма. *Emerg. Infect. Dis.* 2002; 8 (11):1320—1326.
8. Smith R. Medical journals and pharmaceutical companies: uneasy bedfellows. *Br. Med. J.* 2003; 326: 1202—1208.
9. American Thoracic Society. Guidelines for the initial management of adults with community-acquired pneumonia: Diagnosis, assessment of severity, and initial antimicrobial therapy. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1993; 148: 1418—1426.
10. BTS. Guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 1997; 52 (suppl. 5): S1—S28.
11. BTS. Guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults. *Thorax* 2001; 56 (suppl. 4): IV1—IV64.
12. European Respiratory Society Task Force report. Guidelines for management of adult community-acquired lower respiratory tract infections. *Eur. Respir. J.* 1998; 11: 986—991.
13. Крюков Н.Н. Диагностика и лечение внутренних болезней (стандарты). Самара: Изд-во Самар. мед. ун-та; 2000. 43—56.
14. Огороков А.Н. Лечение внутренних болезней. Руководство для врачей. М.: Мед. литература; 2000. 1—66; 176—208.
15. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Чернеховская Н.Е. Пневмония. М.; 2002.
16. Olivier C. Rheumatic fever — is it still a problem? *J. Antimicrob. Chemother.* 2000; 45 (suppl.): 13—21.
17. Mandell G.L., Bennet J.E., Dolin R. Principles and practice of infectious diseases. 4-ed. 1995. 606—608.
18. Jain N., Lodha R., Kabra S.K. Upper respiratory tract infections. *Indian J. Pediatr.* 2001; 68 (12): 1135—1138.
19. Плужников М.С., Лавренкова Г.В., Никитин К.А. Ангина и хронический тонзиллит: Руководство для врачей. СПб.; 2002. 15-18.
20. Солдатов И.Б. Лекции по оториноларингологии: Учеб. пособие. М.: Медицина; 1994. 168—190.

Поступила 04.11.03
© Коллектив авторов, 2005
УДК 616.2-022-085.281