

АНТИБИОТИКОТЕРАПІЯ

Ю.М. Мостовой, д.м.н., профессор, А.В. Демчук, к.м.н., Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова

Потребление антибиотиков в Украине: общие и частные вопросы

Настоящая публикация является фрагментом многолетнего научного исследования, которое проводилось кафедрой пропедевтики внутренней медицины Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова. Мы отдаем себе отчет, что не каждый, даже очень любознательный читатель остановит свой взгляд на этой работе, однако уверены: аналитические статьи подобного формата обязаны присутствовать в специализированных медицинских изданиях, а внимательное, неспешное, вдумчивое чтение этих материалов позволит понять тенденции и закономерности, происходящие в той или иной отрасли здравоохранения.

Успешное применение антибактериальных препаратов (АБП) для лечения бактериальных инфекций, бесспорно, является одним из выдающихся достижений медицинской науки XX столетия.

При назначении АБП, как и при применении любых эффективных лекарственных средств, особенно важно учитывать рациональность. В последние годы в связи с широким и не всегда адекватным использованием этих препаратов формируется и распространяется устойчивость микроорганизмов к ним, что стало предметом изучения ряда межконтинентальных исследований (Alexander Project, PROTECT, SOAR и др.) [5, 7].

Сопоставление данных по антибиотикорезистентности (АБР) и потреблению АБП позволило выявить прямую зависимость: чем чаще их используют в том или ином регионе, тем выше уровень устойчивости основных патогенов инфекционных заболеваний. Поэтому мониторинг применения АБП дает чрезвычайно ценную информацию для прогнозирования уровня АБР и разработки мероприятий по сдерживанию ее развития.

В европейских странах с 1997 г. проводится межгосударственный мониторинг потребления АП в рамках проекта European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC). Первые публикации результатов обзора появились в 2005 г., в них была продемонстрирована динамика назначения АБП в 26 странах Европейского Союза в соответствии с временем года, регионом. Для получения сравнимых данных использовали рекомендованный Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) показатель DDD/1000/день (Data Daily Dose – установленная дневная доза на 1000 человек в день). Наиболее высокий уровень потребления АБП был выявлен в южных странах Европы (Франции, Греции, Люксембурге, Италии) – 25,48–34,33 DDD/1000/день, а самый низкий – в Германии, Австрии, Нидерландах, Дании (9,78–14,97 DDD/1000/день). Ежегодные отчеты о потреблении АП в странах Европейского Союза публикуются на сайте <http://app.esac.ua.ac.be/public/> [4].

Исследование уровней устойчивости основных возбудителей инфекций дыхательных путей (*S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *M. catarrhalis*), которые наиболее часто обуславливают назначение АБП, выявило наиболее высокие показатели АБР во Франции, Италии, Греции, минимальные – в Германии и странах Скандинавии [5].

Результаты проведенного отечественными учеными исследования потребления АБП в Украине при сопоставлении с данными ESAC показали, что в 2008 г. оно находилось на самом низком уровне (рис. 1).

Анализ потребления АБП в динамике за период 2007–2010 гг. выявил (рис. 2) постепенное снижение с 9,5563 DDD/1000/день в 2007 г. до 9,5145 DDD/1000/день в 2008 г., далее до 9,4442 DDD/1000/день в 2009 г. В 2010 г. этот показатель уменьшился до 8,6376 DDD/1000/день (на 8,5% по сравнению с таковым в 2009 г.).

АБП пенициллинового ряда, как природные, так и полусинтетические, являются наиболее часто используемыми лекарственными средствами. Количество назначений представителей данного класса АБП в Украине почти в 2 раза превышает таковое других лекарственных средств, что перекликается с тенденциями, наблюдаемыми в других странах, где пенициллины также занимают стабильно лидирующие позиции. В динамике наблюдается небольшой прирост приема этой группы препаратов с 2007 по 2009 год (+3,2%), в 2010 г. наблюдается незначительное снижение их потребления (-4,2%).

Второе место в структуре назначений АБП в Украине занимают фторхинолоны. Только в России отмечена подобная тенденция, в других странах применение данных средств ограничено: как правило, они не входят в тройку лидеров по частоте использования. Причиной этого является, скорее всего, большое количество генерических версий фторхинолонов: в Украине свыше 70 наименований, а в России еще больше [2].

За наблюдаемый период в динамике уровень потребления фторхинолонов снизился на 15,2%, что свидетельствует о некоторых положительных сдвигах. Следует помнить, что эти АБП обладают широким спектром действия и должны использоваться в качестве препаратов резерва. Частое назначение фторхинолонов может свидетельствовать либо

о неэффективности стартовой антибактериальной терапии, что вынуждает использовать препараты резерва, либо о том, что их применяют как лекарственные средства первого ряда, что является ошибочным и может способствовать развитию и распространению резистентности к ним, повышению риска нежелательных побочных эффектов. Снижение их нерационального потребления способствует уменьшению количества этих неблагоприятных явлений и укреплению терапевтических позиций фторхинолонов.

Третье место в структуре назначений принадлежит макролидам. В большинстве стран Европы эти АБП используют гораздо шире, частота их использования уступает только пенициллинам.

За период с 2007 по 2010 год частота применения макролидов в Украине снизилась на 12,9%, что может препятствовать развитию резистентности к этим препаратам.

Уровень потребления цефалоспоринов среди всех АБП в нашей стране занимает четвертую позицию, что сопоставимо с европейскими данными (занимают либо третью, либо четвертую позицию) [4].

В течение последних 4 лет в Украине наблюдается постепенное увеличение частоты применения этих препаратов (прирост составил 19,4%, что является наиболее высоким показателем среди АБП). Предположительно это обусловлено большим разнообразием цефалоспоринов (более 80 генерических препаратов), зарегистрированных в Украине, растущей популярностью использования представителей данной группы среди врачей в связи с удобным режимом применения (1–2 р/сут) и высоким комплаенсом.

В сознании как врачей, так и пациентов укрепилось убеждение, что парентеральное введение препаратов, независимо от тяжести заболевания более эффективно, чем пероральный прием, поэтому несмотря на значительное количество эффективных таблетированных форм современных АП, большинство врачей и пациентов предпочитают парентеральный прием.

Отрадно заметить, что использование тетрациклинов, триметоприма/сульфаметоксазола и хлорамфеникола стабильно снижается: на 28,0; 42,9 и 22,8% соответственно.

Триметоприм/сульфаметоксазол и тетрациклин являются препаратами, к которым уровни устойчивости респираторных возбудителей максимальны – 25–30% (согласно данным отечественного исследования ПАРУС (2008 г.) и российского исследования ПеГАС (2000–2009 гг.) [3]. Возможно, это связано с широким применением этих АБП для самолечения, их высокой популярностью среди пациентов и возможностью приобретения в Украине без рецепта.

В некоторых странах Европы ситуация с устойчивостью к тетрациклинам более благоприятна, поэтому по частоте потребления эти АБП входят в тройку лидеров. Следует отметить, что руководящие документы многих стран Европы рекомендуют тетрациклины как препараты выбора или альтернативные для лечения нетяжелых инфекций нижних дыхательных путей [6].

Применение триметоприма/сульфаметоксазола, наиболее часто назначаемого сульфониламидного препарата в европейских странах, ограничено, так как он может обуславливать опасные побочные явления и недостаточно эффективен в лечении наиболее распространенных инфекций дыхательной и мочевыделительной системы. Сейчас это лекарственное средство используют преимущественно для лечения пневмоцистной пневмонии у больных СПИДом.

Проблемы высокого потребления хлорамфеникола (левомицетина) в странах Европы не существует, что связано с рецептурной продажей АБП и крайне осторожным его назначением. В России и Украине этот антибиотик является одним из самых распространенных в домашних аптечках: с учетом низкой стоимости и широкой известности большинство пациентов используют его для самолечения. К сожалению, больные, применяющие хлорамфеникол, не всегда осведомлены о его опасных побочных действиях: влиянии на органы кроветворения (в частности, о возможном развитии апластической анемии), нервную

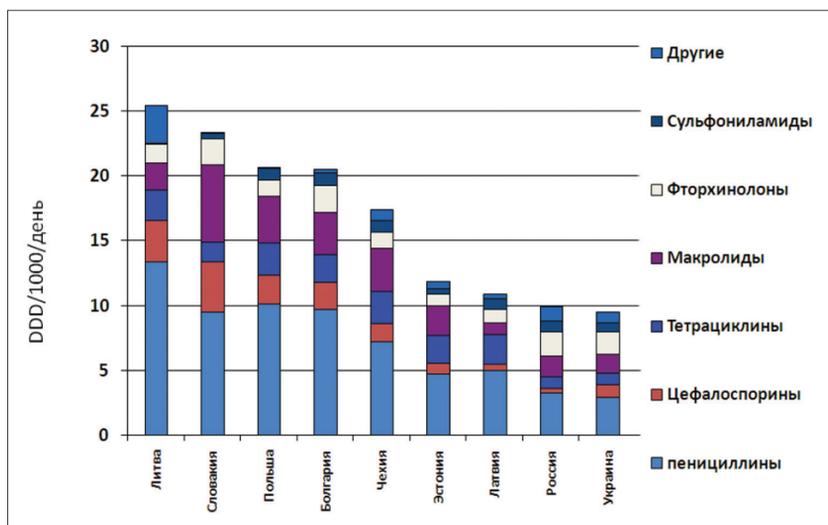


Рис. 1. Частота назначений АБП в различных странах мира (2008 г., DDD/1000/день)

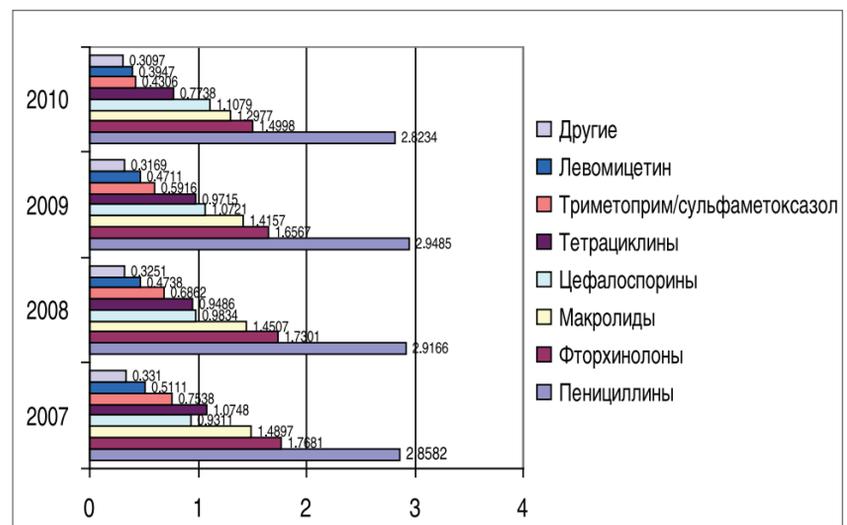


Рис. 2. Динамика использования АП различных групп в Украине, DDD/1000/день

систему, желудочно-кишечный тракт. Уменьшение потребления этого лекарственного средства, возможно, связано с появлением на отечественном рынке современных эффективных АБП, которые также доступны без рецепта.

В настоящее время хлорамфеникол рекомендуется лишь как препарат резерва для лечения кишечных инфекций, менингитов, тяжелых абдоминальных инфекций.

Использование АБП других групп находится на низком уровне и в динамике практически не изменяется, колеблясь в пределах 0,331-0,310 DDD/1000/день.

Результаты анализа уровня потребления АБП в Украине при сопоставлении с таковым в некоторых странах Европы позволяет выделить некоторые значимые отличия.

По нашим данным, потребление АБП в Украине значительно ниже, чем в тех странах, где наблюдаются высокие уровни АБР ведущих возбудителей инфекций дыхательных путей. Соответственно, проблема неэффективности антибактериальной терапии в связи устойчивостью микроорганизмов не столь актуальна.

На уровень потребления АБП определенной группы существенно влияет наличие генерических препаратов, что часто вызывает трудности при выборе терапии. К сожалению, надлежащий контроль эффективности и качества генерических препаратов в условиях нашей страны провести не всегда удается; в ряде случаев они не являются биоэквивалентными оригинальному препарату. Поэтому не всегда достигается ожидаемый от использования АБП результат, иногда требуется проведение повторных курсов антибиотикотерапии, назначение комбинаций из 2-3 препаратов, что приводит к полипрагмазии и повышает риск возникновения побочных реакций.

Наиболее частой причиной назначения АБП является негоспитальная пневмония (НП). Оценка рациональности потребления антибиотиков при этом заболевании позволяет выявить наиболее типичные ошибки и закономерности их применения в клинической практике.

Для выявления особенностей терапии НП был проведен сравнительный проспективный анализ назначений АБП 53 пациентам, проходившим лечение в условиях терапевтического отделения одной из центральных районных больниц Винницкой области (группа ЦРБ), и 47 пациентам, пребывавшим в городской клинической больнице г. Винницы (группа ГКБ). Группы были репрезентативны по возрасту и полу.

В исследовании вошли больные III и IV клинических групп НП согласно приказу № 128 МЗ Украины от 19.03.2007 г. Для каждого пациента был оценен риск неблагоприятного исхода и выбор места лечения при НП по шкале CRB-65 [1]. Клинико-демографические данные пациентов представлены в таблице 1.

Согласно показателей шкалы CRB-65 только 2 человека из группы ГКБ и 9 лиц из группы ЦРБ нуждались в обязательной госпитализации по тяжести состояния. У остальных пациентов (45 (95,7%) из группы ГКБ и 34 (83%) из группы ЦРБ) имел место крайне низкий риск неблагоприятного исхода, что предполагало амбулаторное лечение, однако больные были госпитализированы (возможно, по социальным показаниям либо вследствие неэффективного амбулаторного лечения или из-за переоценки тяжести состояния семейным врачом).

До поступления в стационар на амбулаторной терапии по поводу инфекций дыхательных путей, которые включали ОРВИ, острый бронхит, обострение ХОЗЛ, НП, находились 12 человек (22,6%) из группы ЦРБ и 40 (85,1%) пациентов из группы ГКБ ($p < 0,0001$). Антибактериальную терапию получили 1 (1,9%) больной из группы ЦРБ (цефазолин внутримышечно 2 р/сут в течение 3 дней) и 18 (38,3%) пациентов из группы ГКБ. АП, использованные до поступления в стационар перечислены в таблице 2.

Большинство пациентов ($n=15$, 83,3%) с НП получали монотерапию.

Остальным больным АБП не назначали, т. к. на момент первичного осмотра потребность в них отсутствовала. Длительность амбулаторной антибиотикотерапии составила в среднем $5,3 \pm 2,4$ дня. Несмотря на правильный выбор АБП для амбулаторного лечения НП, отмечались назначение недостаточной дозы препарата (амоксциллин/клавуланат или амоксициллин в дозе 625 или 500 мг 2 р/сут вместо 3 р/сут, внутримышечное введение цефтриаксона по 1,0 мг 1 р/сут).

Соблюдение режима дозирования при приеме β -лактамов АБП очень важно для эффективной работы препарата, т. к. эффективность этих АБП имеет строгую зависимость от времени между интервалами введения препарата, в течение которого его концентрация в крови превышает МПК для возбудителя НП.

Клиническое улучшение во время амбулаторного лечения наступило у 7 пациентов, получавших соответствующую протоколу терапию, и у 2 больных, принимавших АБП (комбинации амоксициллин/клавуланат+ципрофлоксацин и левофлоксацин+цефтриаксон), применение которых не согласовалось с рекомендациями, однако в связи с переоценкой тяжести НП семейным врачом пациенты были госпитализированы. У других больных состояние не улучшилось, что свидетельствует о неэффективности терапии.

Рациональность сочетания фторхинолонов с другими АП является очень сомнительной. Классические фторхинолоны не воздействуют на типичных возбудителей НП, поэтому ни в качестве монотерапии, ни в сочетаниях с другими АБП не рекомендованы для лечения указанного заболевания. Респираторные фторхинолоны могут быть использованы как альтернативные препараты или препараты второй линии. Они имеют широкий спектр действия, их следует комбинировать с другими лекарственными средствами только в случае синегнойной инфекции, что крайне редко встречается при НП.

При сопоставлении накопленных данных с показателями, полученными при анализе лечения НП в 2004-2006 гг., были выявлены позитивные изменения: увеличился уровень приверженности врачей рекомендациям, изложенным в приказе МЗ Украины от 19.03.2007 г. № 128 (с 29,8 до 55,6%), снизилась частота использования ими неэффективных при НП препаратов (цефазолина, аминогликозидов, классических фторхинолонов, мидекамицина, триметоприма/сульфаметоксазола, пенициллина, ампициллина), однако по-прежнему актуален вопрос неадекватности доз, кратности и длительности приема АБП.

Наиболее важным является тот факт, что на амбулаторном этапе – как в условиях ГКБ, так и в ЦРБ – некорректно оценивалась тяжесть состояния пациента и наблюдались ошибки при выборе места лечения.

Назначение АБП пациентам с НП в стационаре в большинстве случаев соответствовало руководящим документам (табл. 3).

Лидирующие позиции по назначению в обеих группах занимал цефтриаксон, что вызвано удобством применения (1 р/сут), его доступностью и высокой активностью в отношении основных возбудителей НП.

Второе место по применению в группе ЦРБ занимает кларитромицин, который хорошо сочетается с β -лактамами и рекомендован для лечения у пациентов с НП в стационаре.

Частое назначение левофлоксацина больным группой ГКБ может быть оправдано неэффективной амбулаторной терапией, однако в большинстве случаев пациенты с нетяжелой НП, входящие в группу ГКБ, получали левофлоксацин в сочетании с цефтриаксоном, что рекомендуется только при проведении альтернативной терапии в случае тяжелого течения

Таблица 1. Клинико-демографические данные пациентов с негоспитальной пневмонией

Показатели	ГКБ (n=47)	ЦРБ (n=53)
Возраст, лет	55,4±16,5	54,5±18,7
Мужчины, %	20 (42,6%)	30 (56,6%)
Клиническая группа НП		
III	43 (91,5%)	52 (98,1%)
IV	4 (8,5%)	1 (1,9%)
CRB-65		
0	30 (63,8%)	29 (54,7%)
1	15 (31,9%)	15 (28,3%)
2	1 (2,1%)	6 (11,3%)
3	1 (2,1%)	3 (5,7%)
Сопутствующие заболевания	38 (80,9%)	28 (52,8%)
Сердечно-сосудистой системы	31 (66,0%)	26 (49,1%)
Органов дыхания	15 (31,9%)	3 (5,7%)
Желудочно-кишечного тракта	15 (31,9%)	2 (3,8%)
Мочевыделительной системы	3 (6,4%)	1 (1,9%)
Сахарный диабет	6 (12,8%)	1 (1,9%)

Таблица 2. АБП, применявшиеся на амбулаторном этапе лечения пациентов с НП группы ГКБ

АБП, соответствовавшие рекомендациям (n=10, 55,6%)		АБП, не соответствовавшие рекомендациям (n=8, 44,4%)	
Амоксициллин	2	Гентамицин	1
Амоксициллин/клавуланат	5	Цефазолин	1
Кларитромицин	1	Ципрофлоксацин	2
Цефтриаксон	1	Цефтриаксон/сульбактам	1
Цефуроксим аксетил	1	Цефтриаксон+гентамицин+ципрофлоксацин	1
		Амоксициллин/клавуланат+ципрофлоксацин	1
		Цефтриаксон+левофлоксацин	1

Таблица 3. Спектр антибиотиков, назначенных для лечения НП в стационаре

Антибиотик	ГКБ (n=47)		ЦРБ (n=53)		P
	абс.	%	абс.	%	
Цефтриаксон	32	68,1	31	58,5	>0,1
Левофлоксацин	32	68,1	17	32,1	<0,05
Кларитромицин	7	14,9	22	41,5	<0,001
Амоксициллин/клавуланат	3	6,4	6	11,3	<0,05
Цефепим	3	6,4	2	3,8	<0,05
Амикацин	7	14,9	3	5,7	<0,001
Азитромицин	2	4,3	13	24,5	<0,001
Гатифлоксацин	4	8,5	12	22,6	<0,001
Цефтриаксон/сульбактам	2	4,3	8	15,1	<0,001
Цефуроксим	1	2,1	7	13,2	<0,001
Цефтазидим	4	8,5	2	3,8	<0,001
Гентамицин	1	2,1	0	0	<0,001
Ванкомицин	1	2,1	0	0	<0,001
Моксифлоксацин	2	4,3	0	0	<0,001
Цефоперазон	1	2,1	3	5,7	<0,001
Ципрофлоксацин	0	0	6	11,3	<0,001

НП и необходимости госпитализации в ОРИТ (а таких пациентов было всего двое). Подобная практика свидетельствует о нерациональной антибиотикотерапии, что чревато развитием АБР и увеличением количества нежелательных побочных явлений.

Замыкает тройку лидеров по частоте назначения в стационаре у пациентов, входящих в группу ГКБ, кларитромицин; у больных, входящих в группу ЦРБ, – левофлоксацин.

Обращает на себя внимание частое назначение амикацина – АБП с узким спектром действия против грамотрицательных энтеробактерий. Этот антибиотик рекомендуется использовать в составе комбинированной терапии только для лечения больных тяжелой НП, требующей госпитализации в ОРИТ, при подозрении на наличие инфекции *P. aeruginosa*. Среди обследованных пациентов тяжелая НП наблюдалась только у 5 (5,0%) человек, а признаки возможной синегнойной инфекции определялись у 2 пациентов. Неоправданное назначение амикацина способствует формированию устойчивости к нему грамотрицательных патогенов и повышает риск возникновения у больного побочных реакций.

Оценка выбора АБП показала, что рекомендованную терапию – сочетание цефалоспорины III поколения или защищенного β -лактама с макролидом внутрь, монотерапию левофлоксацином – получали только 13 (27,6%) пациентов группы ГКБ и 31 (58,5%) больной группы ЦРБ ($p < 0,001$).

При анализе начальной антибактериальной терапии мы оценили количество пациентов, которые получали препараты, рекомендованные для лечения НП в случае ее тяжелого течения, требующего госпитализации в ОРИТ. В группе ГКБ оно составило 26 (55,3%), а в группе ЦРБ – 10 (18,9%) ($p < 0,001$). Таким образом, имеет место переоценка тяжести состояния пациента, вследствие чего ему назначается неадекватное лечение.

Последствия такого подхода к ведению больных НП могут быть небезопасны как для пациента, так и для общества в целом, поскольку нерациональное использование АБП способствует формированию резистентности как возбудителей инфекций, так и сапрофитной флоры, поддерживающей иммунитет в нормальном состоянии. Дисбаланс между нормальной микрофлорой и иммунной системой может привести к развитию аллергических и аутоиммунных реакций, возникновению хронической грибковой суперинфекции. У пациентов с хронической сопутствующей патологией чаще развиваются обострения, затрудняется контроль основного заболевания.

Несоответствующий выбор АБП или их нерациональное сочетание наблюдались у 5 (10,6%) пациентов в группе ГКБ и у 4 (7,5%) больных в группе ЦРБ ($p > 0,05$).

В группе пациентов, лечившихся в ГКБ, были лица с тяжелым течением НП, нуждающиеся в госпитализации в ОРИТ, с осложнениями НП (осумкованным плевритом или эмпиемой плевры). Курация данного контингента всегда вызывает сложности, т. к. эффективность антибиотикотерапии снижается из-за позднего обращения больного за помощью, когда зачастую развиваются необратимые изменения во внутренних органах и осложнения НП.

Продолжение на стр. 56.

АНТИБИОТИКОТЕРАПІЯ

Ю.М. Мостовой, д.м.н., профессор, А.В. Демчук, к.м.н., Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова

Потребление антибиотиков в Украине: общие и частные вопросы

Продолжение. Начало на стр. 54.

Продолжительность курса стартового антибактериального лечения была сопоставима и в среднем составила $9,9 \pm 2,7$ дня в группе ГKB и $8,4 \pm 2,9$ дня в группе ЦРБ ($p > 0,1$).

В целом выбор АБП для лечения НП в условиях стационара в 91,0% случаев (198 назначений) соответствует рекомендациям, что на 28,6% больше, чем в 2004–2006 гг., когда этот показатель соответствовал 72,4% (1148 назначений).

Стартовая антибиотикотерапия в стационаре оказалась неэффективной у 18 (38,3%) пациентов группы ГKB и у 28 (52,8%) пациентов ЦРБ ($p < 0,05$).

Выбор АБП для повторного курса в группе ГKB в большинстве случаев (61,2%) был ошибочным. Этим больным назначали монотерапию амикацином, цефтазидимом, цефуроксимом, цефтриаксоном или комбинацию цефтриаксона и амикацина. Назначение цефуроксима и цефтриаксона является нерациональным, т. к. это препараты первой линии. Цефтазидим и амикацин эффективны для лечения грамотрицательных энтеробактерий, и их назначение оправданно лишь в составе комбинаций для лечения пациентов с сопутствующей патологией.

Респираторные фторхинолоны получали 5 (27,8%) человек группы ГKB, что является рациональным, т. к. это альтернативные лекарственные средства.

В группе ЦРБ в качестве повторного курса антибиотикотерапии у большинства (17 (60,7%) пациентов использовали препараты резерва и комбинации АБП для лечения тяжелой НП в соответствии с рекомендациями.

Частота адекватных назначений АБП для повторного курса в случае неэффективности стартовой антибактериальной терапии по сравнению с таковой в 2004–2006 гг. увеличилась с 4,9 до 52,2%.

Количество случаев неэффективности лечения НП было сопоставимо в обеих группах (табл. 4).

Тяжелое осложненное течение заболевания, потребовавшее перевода в другие лечебные учреждения, наблюдалось у больных, которые несвоевременно обратились за медицинской помощью, когда осложнение НП (эмпиема, осумкованный плеврит, пневмоторакс) уже развилось и пациенту требовалось проведение хирургического лечения.

В амбулаторном долечивании чаще нуждались больные группы ГKB. Остаточные явления НП в виде незначительных клинических признаков наблюдались в большинстве

случаев. У 7 (14,9%) пациентов развился острый кандидомикоз слизистых оболочек с клиническими признаками поражения ротовой полости и дыхательных путей, требовавший назначения флуконазола. Данное побочное явление может быть последствием несоответствующей тяжести заболевания антибактериальной терапии. В группе ЦРБ кандидоз развился у одного больного.

Частота выздоровления была достаточно высокой и составила в группе ЦРБ 66,0%, в группе ГKB – 31,9%.

Заключение

Таким образом, потребление АБП в Украине находится на более низком уровне по сравнению с таковым в других странах Европы. В динамике наблюдается тенденция к снижению их применения в целом, но увеличению использования цефалоспоринов в частности.

Тактика при выборе стартового АБП для лечения НП как в амбулаторных, так и в стационарных условиях ГKB и ЦРБ в подавляющем большинстве случаев соответствовала действующим отечественным рекомендациям по лечению больных НП.

Часто отмечалась переоценка тяжести состояния пациента, что приводит к неправильному выбору места лечения, неоправданному назначению АБП, ассоциирующемуся с повышением риска возникновения побочных реакций, непредсказуемых лекарственных взаимодействий, утратой контроля над хроническими заболеваниями, возникновением кандидоза слизистых оболочек.

Сложившаяся ситуация с учетом закономерностей повышения АБР в других странах является благоприятной для Украины, где риск формирования устойчивых возбудителей можно оценить как минимальный. Однако чрезмерное нерациональное применение АБП может способствовать формированию и распространению АБР в лечебном учреждении.

Для уменьшения частоты нерационального использования АБП при инфекциях дыхательных путей следует более настойчиво и широко внедрять образовательные программы среди врачей и сформировать систему мониторинга применения этих препаратов.

Литература

1. Наказ МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р. «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пulьмонологія» [Текст] / Міністерство охорони здоров'я України. – Київ. – 2007. – 20 с.
2. Зырянов С.К., Белоусов Ю.Б. Проблема качества генериков и оценка их соответствия оригинальным препаратам // Клини. микробиол. антимикроб. химиотер. – 2010. – 12 (4): 314–320.
3. Козлов П.С., Сивая О.В., Кречикова О.И., Иванчик Н.В. Динамика резистентности *Streptococcus pneumoniae* к антибиотикам в России за период 1999–2009 гг. (Результаты многоцентрового проспективного исследования PEIAC) // Клини. микробиол. антимикроб. химиотер. – 2010. – 12 (4): 329–341.
4. ESAC Final Management Report 2009–2010. European Surveillance of Antimicrobial Consumption. – 2010. – 153 p.
5. Felmingham D., White A.R., Jacobs M.R., Appelbaum P.C., Poupard J., Miller L.A., Gruneberg R.N. The Alexander Project: the benefits from a decade of surveillance // J. Antimicrob. Chemother. – 2005. – 56 (suppl 2): ii3–ii21.
6. Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections. ERS Task Force Report in collaboration with ESCMID // Infectious Diseases. – 2011. – 17 (Suppl. 6): 1–24 & E1–E59.
7. Inoue M., Farrell D.J., Kaneko K. et al. Antimicrobial susceptibility of respiratory tract pathogens in Japan during PRO-TEKT years 1–5 (1999–2004) // Microb Drug Resist. – 2008. – 14: 109–117.

Исход НП	ГKB (n=47)		ЦРБ (n=53)		P
	абс.	%	абс.	%	
Смерть	0	0	0	0	-
Осложнения, потребовавшие перевода в другое лечебное учреждение	4	8,5	4	7,5	>0,1
Амбулаторное долечивание	18	38,3	14	26,4	<0,05
Выздоровление	15	31,9	35	66,0	<0,05

СОВЕТЫ АДВОКАТА

Юридическая консультация

Я веду прием в отделении семейной медицины районной поликлиники г. Киева. Ко мне обращаются пациенты с заявлениями о том, что по новому закону они могут самостоятельно выбрать семейного врача, и спрашивают, как им это сделать. Слышала, что от количества пациентов, официально выбравших меня в качестве семейного доктора, будет зависеть моя зарплата. Разъясните, пожалуйста, суть нововведений.

Действительно, в начале сентября киевлянам была предоставлена возможность самостоятельно выбирать участковых или семейных врачей, у которых они хотят обслуживаться. По инициативе профильного управления КГГА был внедрен интернет-проект «Мой доктор», предлагающий жителям столицы выбрать врача в режиме онлайн. Выбор/замена врача осуществляется 1 раз в год. Лицо, желающее сделать выбор, должно обратиться в амбулаторию семейной медицины, поликлиники или центра первичной медико-санитарной помощи для заполнения соответствующей регистрационной формы. Выбрать семейного врача киевляне могут до 1 января 2013 г. Для замены специалиста устанавливается регистрационный период в течение 1 мес – с 1 по 30 сентября каждого календарного года.

Размер надбавки за объем выполненной работы медицинского работника зависит от нескольких факторов:

- фактической численности прикрепленного населения;
- нормы нагрузки медицинского работника в городской или сельской местности;
- разницы между фактической численностью прикрепленного населения (по месту жительства/пребывания) и нормой нагрузки, если такая численность не превышает двойной нормы нагрузки;
- норматива на оплату труда с учетом фактической численности прикрепленного населения (по месту жительства/пребывания);
- разницы между фактической численностью прикрепленного населения (по месту жительства/пребывания) и двойной нормой нагрузки, если такая численность превышает двойную норму нагрузки, но не более чем в 2 раза;
- разницы между фактической численностью прикрепленного населения (по месту жительства/пребывания) и численностью такого населения, превышающей норму нагрузки в 2,5 раза и более.

В постановлении указаны норма нагрузки на семейного врача, порядок расчета надбавки за качество выполненной работы, а также корректировки надбавок с учетом различных коэффициентов.

Норма нагрузки на врача общей практики – семейного врача – 1500 человек (для городской местности). Должностной оклад медработника определяется в соответствии с постановлением Кабинета Министров Украины от 30.08.2002 г. № 1298.

Надбавка за объем выполненной работы медицинского работника корректируется с учетом коэффициентов возраст-половой структуры прикрепленного населения.

Надбавка за качество выполненной работы определяется путем умножения должностного оклада на разницу сумм повышающих и понижающих коэффициентов.

Повышающими коэффициентами являются:

- скрининговое исследование, направленное на выявление рака грудной железы, шейки матки (80% и более) – 0,2;
- уровень охвата соответствующего прикрепленного населения вакцинацией (95% и более) – 0,2;
- уровень охвата соответствующего прикрепленного населения флюорографическим обследованием (80% и более) – 0,1;

- количество направлений прикрепленного населения к врачам, которые предоставляют вторичную медицинскую помощь в амбулаторных условиях (25% и менее), – 0,25;
- уровень госпитализации прикрепленного населения (снижение на 10% по сравнению с соответствующим периодом прошлого года) – 0,25.

Сумма повышающих коэффициентов не должна превышать единицу.

К понижающим коэффициентам относят:

- наличие случаев, впервые диагностированных врачами, которые предоставляют вторичную медицинскую помощь, визуальных форм онкологических заболеваний III–IV стадии среди прикрепленного населения – 0,5;
- наличие случаев, впервые выявленных врачами, которые предоставляют вторичную медицинскую помощь, туберкулеза в запущенной стадии (фиброзно-кавернозный туберкулез) среди прикрепленного населения – 0,5.

Сумма понижающих коэффициентов не должна превышать единицу.

Я получил медицинское образование в одном из европейских государств, но планирую работать по специальности в Украине. От меня требуется нострификация диплома. Как реализовать эту процедуру?

Нострификация – это процедура признания диплома, полученного в зарубежном вузе. Процедура признания иностранных документов об образовании предусмотрена во всех странах мира. В европейских государствах (в том числе в Украине) подобная процедура разработана на основании положений Лиссабонской конвенции о признании квалификаций, относящихся к высшему образованию, в европейском регионе (ETS 165). В Украине нострификацию зарубежных дипломов об образовании проводит Министерство образования, науки, молодежи и спорта. Работа по подготовке документов для принятия министерством решения о признании зарубежных дипломов об образовании поручена Государственному предприятию «Информационно-имиджевый центр».

Список документов, необходимых для нострификации.

1. Заявление (заполняется при подаче документов).
2. Оригинал и нотариально заверенная копия (с переводом на украинский язык) иностранного документа об образовании.
3. Оригинал и нотариально заверенная копия (с переводом на украинский язык) приложения к иностранному документу об образовании, а также другие документы, в которых указывается информация о содержании учебной программы.
4. Копии документов о предварительном высшем или профессиональном образовании (при наличии такого образования).
5. Копия документа, удостоверяющего личность обладателя иностранного документа об образовании.
6. Копия справки о присвоении идентификационного кода заявителю.
7. Лицам, которые получили приглашение на учебу от вузов Украины, необходимо предоставить его копию.

Документ, удостоверяющий личность, и оригиналы иностранных документов об образовании после принятия заявления о признании возвращаются заявителю.

Все документы, выданные иностранным учебным заведением, должны быть официально заверены в той стране, которой принадлежит учебное заведение (для стран-участниц Гаагской конвенции – проставление штампа «Apostille»). Нотариальное заверение копий документов (с переводом на украинский язык) осуществляется государственным или частным нотариусами Украины.

Подготовил **Василий Сай**, юрист ЮК «Синтер-Практикум»