

нашу думку досить важкою тяжкістю травми, але використовуючи сучасні методи антибіотикотерапії результат отримали позитивний.

**Висновки та перспективи подальших розробок**

1. Інфекційні ускладнення у постраждалих з політравмою є досить актуальною медичною проблемою.
2. Основними чинниками, що сприяють появі інфекційних ускладнень у постраждалих після остеосинтезу

є інфекція м'яких тканин сегменту та довготривале перебування у АЗФ.

3. Методом вибору остеосинтезу у постраждалих з політравмою є використання блокуючого інтрамедулярного синтезу з антибактеріальним покриттям, що значно покращує результати лікування.

В перспективі планується продовжити науковий пошук у виборі оптимальної методики остеосинтезу у постраждалих з інфекційними ускладненнями політравми.

**Список літератури**

Клинико-организационные принципы, основы и критерии системы оказания медицинской помощи пострадавшим с травматическими повреждениями /С.Е.Гурьев, Н.И.Березка, С.Д.Шишук [и др.] //Травма. - 2010. - Т.11, №2. - С. 133-140

Кравченко С.П. Синдром системної запальної відповіді в динаміці травматичної хвороби при політравмі / С.П.Кравченко //Вісник проблем біології і медицини. - 2008. - Вип. 1. - С. 126-129.

Пхакадзе Т.Я. Выбор антибактериальных средств для профилактики и лечения инфекционных осложнений у травматолого-ортопедических больных на основе микробиологического мониторинга /Т.Я.Пхакадзе, Г.Г.Окоропиридзе, Э.С.Малышева //Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова. - 2009. - №4. - С. 68.

New Orleans Charity Hospital - your trauma center at work / Stockinger Z.T., Holloway V.L., McSwain N.E. [et al.] / /J. La State Med Soc. - 2004. - Vol.156(3). - P. 9-138.

Oliveira A.C. Nosocomial infection in an intensive care unit in a brazilian university hospital /A.C.Oliveira, C.T.Kovner, R.S.Silva //Rev. Lat. Am. Enfermagem. - 2010.- Vol.18(2). - P. 233-9.

Polytrauma management - a single centre experience /M.Frink, C.Zeckey, P.Mommsen [et al.] //Injury. - 2009. - Vol.40 Suppl. 4. - S. 5-11.

*Гурьев С.Е., Танасиенко П.В.*

**ОСТЕОСИНТЕЗ У ПОСТРАДАВШИХ С ИНФЕКЦИОННЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПОЛИТРАВМЫ**

**Резюме.** В статье речь идет об инфекционных осложнениях после остеосинтеза у пострадавших с политравмой. Согласно фактическому материалу было проанализировано возникновение гнойно-септических осложнений после остеосинтеза у пострадавших с политравмой. Выявлена зависимость между видом остеосинтеза и возникновением инфекционных осложнений. Доказано, что методом выбора у пострадавших с политравмой есть интрамедулярный остеосинтез стержнями с антибактериальным покрытием, что уменьшает появление инфекционных осложнений почти в 4 раза и значительно улучшает результаты лечения.

**Ключевые слова:** пострадавшие, политравма, остеосинтез, инфекция.

*Guriev S.E. Tanasiyenko P.V.*

**OSTEOSYNTHESIS OF CASUALTIES WITH INFECTIOUS COMPLICATIONS OF A POLYTRAUMA**

**Summary.** In the article it is a question of infectious complications after an osteosynthesis of casualties with a polytrauma. According to the actual material emergence there was analysed the appearance of the purulent-septic complications after an osteosynthesis of casualties with a polytrauma. The dependence between a type of an osteosynthesis and emergence of infectious complications is revealed. It is proved that a choice method of casualties with a polytrauma have an intramedullary osteosynthesis cores with an antibacterial covering that reduces emergence of infectious complications almost by 4 times and considerably improves results of treatment.

**Key words:** casualties, polytrauma, osteosynthesis, infection.

Стаття надійшла до редакції 19.10.2012р.

© Демчук Г.В.

УДК: 616.24-002:615.036.8:615.33

*Демчук Г.В.*

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини (Хмельницьке шосе, 96, м. Вінниця, Україна, 21018)

**ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ В УМОВАХ МІСЬКОЇ КЛІНІЧНОЇ ТА ЦЕНТРАЛЬНОЇ РАЙОННОЇ ЛІКАРЕНЬ**

**Резюме.** Проведено проспективне порівняльне дослідження відповідності призначень антибіотиків при НП державним інструктивним документам у стаціонарах міської клінічної лікарні (МКЛ) та центральної районної лікарні (ЦРЛ), оцінка впливу не рекомендованої та рекомендованої антибіотикотерапії на ефективність лікування негоспітальної пневмонії (НП). Виявлено, що на догоспітальному етапі переоцінювалась важкість НП - 45 (95,7%) пацієнтів з групи МКЛ і 34 (83%) хворих з групи ЦРЛ госпіталізовані без відповідної важкості захворювання. Вибір антибіотиків в 91% призначень відповідає рекомендаціям з лікування НП. В групі ЦРЛ частіше (31 (58,5%)), ніж в групі МКЛ (13 (27,6%)) призначались відповідні до рекомендацій та

важкості стану хворого комбінації антибіотиків ( $p < 0,001$ ). Рівень одужання без необхідності амбулаторного долікування був вище в групі ЦРЛ - 35 (66%) пацієнтів проти 25 (53,2%) пацієнтів МКЛ ( $p < 0,05$ ). Призначення антибіотикотерапії в умовах ЦРЛ в більшому ступені відповідає рекомендаціям, що призводить до більш високого числа одужань без необхідності амбулаторного долікування.

**Ключові слова:** негоспітальна пневмонія, антибактеріальні препарати, ефективність лікування.

## Вступ

Успішне застосування антибактеріальних препаратів (АП) для лікування бактеріальних інфекцій є, безперечно, одним з найвидатніших досягнень медичної науки ХХ століття.

Нераціональне використання цих препаратів стало причиною поступового зниження їх ефективності внаслідок розвитку стійкості мікроорганізмів. Для подолання даної проблеми була проведена велика кількість досліджень, які стали доказовою базою для створення керівництв з емпіричного лікування найбільш поширених інфекційних захворювань, в тому числі, негоспітальної пневмонії (НП).

В Україні першим керівництвом з діагностики, ведення та лікування НП став наказ МОЗ №311 від 30.12.1999 р. В подальшому воно переглядалось та корегувалось відповідно до отримання нових відомостей про зміни у перебігу та лікуванні НП - накази № 499 від 28.10.2003 р., № 128 від 19.03. 2007 р.

Використання у практичній діяльності зазначених в рекомендаціях антибактеріальних препаратів значно покращує показники лікування НП, попереджує розвиток ускладнень захворювання, знижує летальність [Woodhead et al., 2011].

З іншого боку, часте та тривале застосування певних груп антибактеріальних засобів неминуче веде до формування резистентності мікроорганізмів, роблячи ці препарати неефективними в боротьбі з інфекцією [Inoue, et al., 2008, Козлов и др., 2010].

Фармакоепідеміологічний аналіз застосування антибактеріальних препаратів, прихильності лікарських призначень до керівництва з лікування НП дозволяє оцінити реалії споживання антибіотиків, їх ефективність, в певній мірі, сформулювати прогноз розвитку антибіотикорезистентності та відкоригувати існуючі рекомендації у відповідності до епідеміологічної ситуації, яка змінилась.

*Мета* дослідження - порівняти відповідність призначення антибактеріальних препаратів при НП державним інструктивним документам у стаціонарах міської клінічної лікарні (МКЛ) та центральної районної лікарні (ЦРЛ), оцінити вплив не рекомендованої та рекомендованої антибіотикотерапії на ефективність лікування НП.

## Матеріали та методи

Проведено порівняльний проспективний аналіз призначень АП 53 пацієнтам, які лікувались з приводу НП в умовах терапевтичного відділення однієї з ЦРЛ Вінницької області (група ЦРЛ), та 47 пацієнтам, які лікувались з приводу НП в МКЛ м. Вінниці (група МКЛ) протягом 2010 - 2012 років. Групи були репрезентативними за віком та статтю.

У дослідження увійшли пацієнти 3 та 4 груп НП, відповідно до наказу № 128 МОЗ України від 19.03.2007 р. Клініко-демографічні дані пацієнтів наведені у таблиці 1.

Для кожного пацієнта було оцінено ризик смерті та вибір місця лікування НП за шкалою CRB-65 [Наказ МОЗ України №128 від 19.03.2007].

Аналізувались дані про амбулаторну антибіотикотерапію до поступлення у стаціонар, лікування в умовах стаціонару. Оцінювали відповідність терапії рекомендаціям та її клінічну ефективність.

Початкова антибіотикотерапія вважалась ефективною, якщо пацієнт одужував або його стан покращувався без призначення повторного курсу альтернативного АП.

Терапія вважалась неефективною, якщо пацієнт помирив або у нього розвивались ускладнення НП, які потребували переводу у інший лікувальний заклад.

Терапія вважалась недостатньо ефективною, якщо пацієнт не одужував і потребував долікування остаточної наслідків НП в амбулаторних умовах.

Терапія вважалась ефективною, якщо пацієнт виписувався з одужанням.

Статистичну обробку проводили за допомогою програми SPSS 13.0 для Windows шляхом обчислення стандартного набору описової статистики. Кількісні змінні порівнювали з використанням однієї ANOVA. Якісні змінні з використанням статистики хі-квадрата. Критерієм вірогідності вважався показник  $p < 0,05$ .

## Результати. Обговорення

Відповідно до показників шкали CRB-65 тільки 2 хворих з групи МКЛ та 9 осіб з групи ЦРЛ потребували обов'язкової госпіталізації за важкістю стану. Інші пацієнти (45 (95,7%) з групи МКЛ та 44 (83%) з групи ЦРЛ) мали низький ризик летальності та могли б лікуватись амбулаторно. Вони були госпіталізовані за соціальними показниками, або через неефективне амбулаторне лікування, або через переоцінку важкості стану сімейним лікарем.

До госпіталізації на амбулаторному лікуванні з приводу інфекцій дихальних шляхів знаходилось 12 осіб (22,6%) з групи ЦРЛ та 40 (85,1%) з групи МКЛ ( $p < 0,0001$ ). АП отримували один пацієнт (1,9%) з групи ЦРЛ (цефазолін 1,0 внутрішньом'язево 2 рази на день, 3 дні) та 18 (38,3%) з групи МКЛ. АП, які призначались амбулаторно представлені у таблиці 2.

Більшість пацієнтів (15 (83,3%) осіб) отримували монотерапію. Тривалість амбулаторної антибіотикотерапії склала в середньому  $5,3 \pm 2,4$  дні. Незважаючи на правильний вибір АП, відмічались призначення низької дози препарату, порушення режиму та шляху введення.

**Таблиця 1.** Клініко-демографічні дані пацієнтів з негоспітальною пневмонією.

Показники	МКЛ (n=47)	ЦРЛ (n=53)
Вік, роки	55,4±16,5	54,5±18,7
Чоловіки (%)	20 (42,6)	30 (56,6)
Клінічна група НП		
III	43 (91,5%)	52 (98,1%)
IV	4 (8,5%)	1 (1,9%)
Шкала 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%)
Супутні захворювання		
серцево-судинної системи	38(80,9%)31 (66,0%)15	28 (52,8%)26 (49,1%)
органів дихання	(31,9%)15	3 (5,7%)
шлунково-кишкового тракту	(31,9%)3	2 (3,8%)
сечо-видільної системи	(6,4%)6	1 (1,9%)
цукровий діабет	(12,8%)	1(1,9%)

Дотримання режиму дозування при прийомі бета-лактамічних АП дуже важливе для їх ефективної роботи, оскільки бактерицидність цих АП сильно залежить від часу між інтервалами введення, протягом якого концентрація препарату в крові перевищує МПК для збудника НП.

Клінічне покращення протягом амбулаторного лікування настало у 7 пацієнтів, які отримували відповідну до рекомендацій терапію, та у 2-х, яким призначено не відповідні АП (комбінації амоксицилін/клавуланат +ципрофлоксацин та левофлоксацин+цефтріаксон), але незважаючи на це, вони були госпіталізовані, через переоцінку важкості стану. В інших випадках стан хворих не покращився, що свідчить про неефективність терапії.

Найчастішою помилкою у виборі АП на амбулаторному етапі було призначення ципрофлоксацину, слід зазначити, що він не має достатньої активності проти основних збудників НП. Тому ні в якості монотерапії, ні в комбінаціях він не рекомендований для лікування НП. Респіраторні фторхінолони рекомендовані як альтернативні препарати, оскільки мають широкий спектр дії і за звичай не рекомендовані для використання у комбінаціях, за виключенням тяжкого перебігу НП.

Порівняння отриманих даних з показниками, які отримані при аналізі лікування НП в 2004-2006 рр., виявило позитивні зміни. Збільшилась прихильність лікарів до рекомендацій, які викладені в наказі № 128 МОЗ України від 19.03.2007 р., з 29,8% до 55,6%. Рідше використовуються неефективні при НП препарати [Демчук, 2009].

**Таблиця 2.** АП на амбулаторному етапі лікування пацієнтів групи МКЛ.

АП, які відповідають рекомендаціям у 10 (55,6%) пацієнтів		АП, які не відповідають рекомендаціям у 8 (44,4%) пацієнтів	
Амоксицилін	2	Гентаміцин	1
Амоксицилін/клавуланат	5	Цефазолін	1
Кларитроміцин	1	Ципрофлоксацин	2
Цефтріаксон	1	Цефтріаксон/сульбактам	1
Цефуоксим аксетіл	1	Цефтріаксон+гентаміцин+ципрофлоксацин	1
		Амоксицилін/клавуланат+ципрофлоксацин	1
		Цефтріаксон+левофлоксацин	1

Найбільш важливою помилкою є те, що на амбулаторному етапі не коректно оцінюється важкість стану пацієнта та вибір місця лікування як в умовах МКЛ, так і в ЦРЛ. АП, які призначались у стаціонарі, в більшості випадків відповідали рекомендаціям з лікування пацієнтів з НП (табл. 3).

Провідну позицію в обох групах займав цефтріаксон, що спричинено зручністю застосування АП один раз на день, доступністю та його високою ефективністю проти основних збудників НП.

На другому місці в групі ЦРЛ заходиться кларитроміцин, препарат, котрий добре поєднується з бета-лактамами та рекомендований для лікування НП в стаціонарі.

Часте призначення левофлоксацину в групі МКЛ може бути виправдане не ефективною амбулаторною терапією, адже препарат є альтернативним для лікування НП. Однак, в більшості випадків пацієнти МКЛ з нетяжкою НП отримували левофлоксацин в поєднанні з цефтріаксоном, що рекомендується тільки як альтернативна терапія для пацієнтів, які потребують госпіталізації у ВРІТ, а таких пацієнтів було всього двоє. Це свідчить про нераціональну надмірну антибіотикотерапію, що може призвести до розвитку резистентності і збільшення кількості побічних явищ.

Звертає на себе увагу часте призначення амікацину, АП с вузьким спектром дії проти грамнегативних ентеробактерій. Цей АП рекомендується тільки для лікування пацієнтів з тяжкою НП при підозрі інфекції *P.aeruginosa* у складі комбінованої терапії. Подібна важка НП спостерігалась тільки у 5 (5,0%) осіб, а ознаки можливої синегнійної інфекції спостерігались у двох. Невиправдане призначення амікацину сприяє формуванню стійкості грамнегативних патогенів до нього та збільшує ризик виникнення побічних реакцій у пацієнта.

Оцінка відповідності вибору АП рекомендаціям показала, що тільки 13 (27,6%) пацієнтів МКЛ отримували рекомендовану терапію - поєднання цефалоспору 3 покоління або захищеного бета-лактаму з макролідом, монотерапію левофлоксацином. В групі ЦРЛ таких пацієнтів було більше - 31 (58,5%) (p<0,001).

При аналізі початкової антибактеріальної терапії ми виявили пацієнтів, котрі отримували препарати, які рекомендовані для лікування НП, але лише в випадку її важкого перебігу, що вимагає інтенсивної терапії в умовах ВРІТ. В груп МКЛ таких хворих було 26 (55,3%), а в групі ЦРЛ - 10 (18,9%) (p<0,001). Важкість захворювання цих пацієнтів не відповідала антибіотикотерапії,

**Таблиця 3.** Спектр антибіотиків, які призначались для лікування НП в стаціонарі.

Антибіотик	МКЛ (n=47)		ЦРЛ (n=53)		p
	абс.	%	абс.	%	
Цефтріаксон	32	68,1	31	58,5	>0,1
Левофлоксацин	32	68,1	17	32,1	<0,05
Кларітроміцин	7	14,9	22	41,5	<0,001
Амоксицилін/клавуланат	3	6,4	6	11,3	<0,05
Цефіпім	3	6,4	2	3,8	<0,05
Амікацин	7	14,9	3	5,7	<0,001
Азітроміцин	2	4,3	13	24,5	<0,001
Гатіфлоксацин	4	8,5	12	22,6	<0,001
Цефтріаксон/сульбактам	2	4,3	8	15,1	<0,001
Цефуроксім	1	2,1	7	13,2	<0,001
Цефтазідім	4	8,5	2	3,8	<0,001
Гентаміцин	1	2,1	0	0	<0,001
Ванкоміцин	1	2,1	0	0	<0,001
Моксіфлоксацин	2	4,3	0	0	<0,001
Цефоперазон	1	2,1	3	5,7	<0,001
Ципрофлоксацин	0	0	6	11,3	<0,001

**Таблиця 4.** Порівняльна характеристика результатів лікування НП у пацієнтів МКЛ та ЦРЛ.

Результат НП	МКЛ (n=47)		ЦРБ (n=53)		p
	абс	%	абс	%	
Смерть	0	0	0	0	-
Ускладнення з переводом в ін. лікувальний заклад	4	8,5	4	7,5	>0,1
Амбулаторне долікування	18	38,3	14	26,4	<0,05
Одужання	25	53,2	35	66,0	<0,05

яка була їм призначена, тобто має місце переоцінка важкості стану хворого, внаслідок чого йому призначене неадекватне лікування.

Наслідки такого підходу до курації хворих НП можуть бути небезпечними як для пацієнта, так для суспільства в цілому. Надмірна антибіотикотерапія сприяє формуванню резистентності як збудників інфекцій, так і сапрофітної флори, що підтримує нормальний імунітет. Втрата балансу між нормальною мікрофлорою та імунною системою може привести до розвитку алергічних та аутоімунних реакцій, виникненню хронічної грибкової суперінфекції. У разі хронічної супутньої патології виникають ризики загострення та втрати контролю над основним захворюванням.

Невідповідний вибір АП або їх нераціональне поєднання спостерігалось у 5 (10,6%) пацієнтів у групі МКЛ

### Список літератури

Демчук А.В. Проблемные вопросы эмпирической антибиотикотерапии стационарных больных с негоспитальной пневмонией [Текст] /А.В.-

Демчук //Сімейна медицина. - 2009. - №4. - С. 101-105. Динамика резистентности Streptococcus pneumoniae к антибиотикам в Рос-

сии за период 1999-2009 гг. (Результаты многоцентрового проспективного исследования ПеГАС) [Текст] /Р.С.Козлов, О.В.Сивая,

та у 4 (7,5%) в групі ЦРЛ (p>0,05).

Тривалість курсу первинно призначеної антибіотикотерапії була однаковою в обох групах та в середньому склала 9,9±2,7 дня в групі МКЛ і 8,4±2,9 дня в групі ЦРЛ (p>0,1).

Загалом вибір АП для лікування НП в умовах стаціонару у 91,0% (198 призначень) випадків відповідає рекомендаціям, що на 28,6% вище, ніж в 2004-2006 гг., коли цей показник складав 72,4% (1148 призначень) [Демчук, 2009].

Первинне призначення АП в стаціонарі виявилось неефективним у 18 (38,3%) пацієнтів МКЛ та у 28 (52,8%) пацієнтів ЦРБ (p<0,05).

Аналіз результатів лікування показав, що більшість пацієнтів одужали (табл. 4). Померлих не було.

Важкий ускладнений перебіг захворювання з необхідністю переведення в інший лікувальний заклад спостерігався у пацієнтів, які пізно звернулись по медичну допомогу, коли ускладнення НП (емпієма, осумкований плеврит, пневмоторакс) уже розвинулось, і пацієнт потребував хірургічного втручання.

Амбулаторного долікування частіше потребували пацієнти МКЛ. Залишкові явища НП у вигляді незначних клінічних ознак спостерігались у більшості випадків. У 7 (14,9%) хворих розвинувся гострий кандидомікоз слизових оболонок з клінічними ознаками ураження ротової порожнини, дихальних шляхів, що стало причиною призначення флюконазолу. Це побічне явище може бути наслідком надмірної невідповідної до важкості антибактеріальної терапії. У групі ЦРЛ кандидоз розвинувся у одного пацієнта.

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. Початковий вибір АП для лікування НП як в амбулаторних так і в стаціонарних умовах МКЛ та ЦРЛ в 91% випадків відповідає державним рекомендаціям з лікування хворих НП.

2. Відмічається переоцінка важкості стану пацієнта, що призводить до неправильного вибору місця лікування хворих, до надмірного призначення АП, що збільшує ризик виникнення побічних явищ, сприяє розвитку кандидозу слизових оболонок, формуванню та поширеності антибіотикорезистентності в лікувальному закладі.

Для зменшення об'єму не раціонального застосування АП при інфекціях дихальних шляхів слід більш наполегливо та широко проводити освітні програми серед лікарів, створити систему моніторингового контролю застосування АП з детальнішою оцінкою побічних явищ, лікарських взаємодій, рівня чутливості патогенної мікрофлори до АП.

О.И.Кречикова, [и др.] //Клин. микробиол. антимикроб. химиотер. - 2010. - №12(4). - С. 329-341.  
 Протокол надання медичної допомоги хворим на негоспітальну та нозокоміальну (госпітальну) пневмонію у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактері-

альна терапія [Текст] /Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Пульмонологія": Наказ МОЗ України №128 від 19.03.2007. - Київ, 2007. - 146 с.  
 Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections. [Текст] /M.Woodhead, F.Blasi, S.Ewing [et al.]

//Infectious Diseases. - 2011. - Vol.17(Suppl. 6). - P. 1-24 & E1-E59.  
 Inoue M. Antimicrobial susceptibility of respiratory tract pathogens in Japan during PROTEKT years 1-5 (1999-2004) [Текст] /M.Inoue, D.J.Farrell, K.Kaneko //Microb. Drug. Resist. - 2008. - Vol.14. - P. 109-117.

**Демчук А. В.**

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ НЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦ**

**Резюме.** Проведено проспективное сравнительное исследование соответствия назначений антибиотиков при негоспитальной пневмонии (НП) государственным инструктивным документам в стационарах городской клинической больницы (ГКБ) и центральной районной больницы (ЦРБ), оценка влияния не рекомендованной и рекомендованной антибиотикотерапии на эффективность лечения НП. Выявлено, что на догоспитальном этапе переоценивается тяжесть НП и 45 (95,7%) пациентов из группы ГКБ и 34 (83%) больных из группы ЦРБ госпитализированы, не имея соответствующей тяжести заболевания. Выбор антибиотиков в 91% назначений соответствует рекомендациям по лечению НП. В группе ЦРБ чаще (31 (58,5%)), чем в группе ГКБ (13 (27,6%)) назначались соответствующие рекомендациям и тяжести состояния больного комбинации антибиотиков ( $p < 0,001$ ). Уровень выздоровления без необходимости амбулаторного долечивания был выше в группе ЦРБ - 35 (66%) пациентов против 25 (53,2%) пациентов ГКБ ( $p < 0,05$ ). Назначение антибиотикотерапии в условиях ЦРБ в большей степени соответствует рекомендациям, что приводит к более высокому числу выздоровлений без необходимости амбулаторного долечивания.

**Ключевые слова:** негоспитальная пневмония, антибактериальные препараты, эффективность лечения.

**Demchuk H. V.**

**COMPARATIVE EVALUATION OF ANTIBIOTIC THERAPY OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN THE CITY CLINICAL HOSPITAL AND THE CENTRAL DISTRICT HOSPITAL**

**Summary.** Comparative prospective study of correspondence of antibiotic prescription due to community-acquired pneumonia (CAP) to the national guidelines in the City clinical hospital (CCH) and the Central district hospital (CDH), evaluation of influence of recommended and non-recommended antibiotic therapy on efficacy of CAP treatment has been performed. It was revealed that before hospitalization the severity of CAP was overestimated and 45 (95,7%) patients from the CCH group and 34 (83%) patients from the CDH group were admitted without appropriate severity of the disease. Antibiotic choice at 91% of prescriptions was in accordance with the national guidelines for CAP therapy. Corresponding combinations of antibiotics were prescribed more frequently in the CDH group (31 (58,5%)), than in the CCH (13 (27,6%)) ( $p < 0,001$ ). Level of complete recovery was higher in the CDH group - 35 (66%) patients vs 25 (53,2%) patients of the CCH group ( $p < 0,05$ ). Prescription of the antibiotic therapy in the CDH group more corresponded to national guidelines. It caused higher level of the complete recovery without additional ambulatory treatment.

**Key words:** community-acquired pneumonia, antibiotics, efficacy of treatment.

Стаття надійшла до редакції 04.12.2012 р.

© Дмитренко С.В.

УДК: 616.5-003.871-076

**Дмитренко С.В.**

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра шкірних та венеричних хвороб (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

**ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ ДЕРМАТОСКОПІЇ ПРИ ІХТІОЗІ**

**Резюме.** В статті представлені дані про перспективи застосування дерматоскопії при іхтіозі. Проведений аналіз літератури та результати власних досліджень вказують на перспективність подальших досліджень. Описано кілька варіантів ушкодження шкіри на фоні іхтіозу методом дерматоскопії.

**Ключові слова:** іхтіоз, дерматоскопія, методи дослідження.

**Вступ**

Іхтіоз є одним із найпоширеніших генодерматозів, що супроводжується гіперкератинизацією і зумовлений генетичною схильністю організму [Кубанова, 2007]. Багато дослідників вважають іхтіоз гетерогенною групою захворювань, що мають специфічні молекулярні дефекти, в деяких випадках встановлені (недостатність арилсульфатази, трансглутамінази), а в більшості випадків такі, що вивчаються [Мяделец, Адаскевич, 2009]. Хоча загальноприйнятою є думка про основну роль в

патогенезі іхтіозу саме дефекту кератинизації [Іванова, 2009].

Діагностика іхтіозу [Фицпатрик и др., 1996], як загально прийнято, проводиться при наявності класичних ознак, які виявляються при огляді. Даний вид діагностики ґрунтується на суб'єктивному сприйнятті лікарем видимих ознак пошкодження шкіри, що може призводити до діагностичних помилок. Тому актуальним є розробка нових методик діагностики іхтіозу, що