

УДК

## От 2004 до 2009 года: изменились ли за пять лет рекомендации фармацевтов, даваемые мужчинам по поводу острого уретрита?

И.В. Андреева<sup>1</sup>, С.Н. Козлов<sup>2</sup>, С.В. Королев<sup>3</sup>, А.А. Фокин<sup>1</sup>, Е.П. Шаль<sup>2</sup>, Д.В. Ильин<sup>1</sup>, А.А. Муравьев<sup>1</sup>

<sup>1</sup> НИИ антимикробной химиотерапии, Смоленск, Россия

<sup>2</sup> Кафедра клинической фармакологии СГМА, Смоленск, Россия

<sup>3</sup> Медицинский центр «Уромед», Тула, Россия

Проведен сравнительный анализ данных по влиянию фармацевтов на выбор лечения мужчин с симптомами острого уретрита. В 2003–2004 гг. в 4 городах (Москва, Смоленск, Калуга, Калининград) и в 2009 г. в 5 городах (Москва, Смоленск, Калуга, Калининград, Тула) России по предварительно разработанному сценарию с использованием метода «имитации пациентов» молодые мужчины-врачи в возрасте 20–30 лет обращались в аптеки этих городов под видом обычных пациентов с просьбой порекомендовать лекарственные средства для лечения симптомов «острого уретрита».

Всего в 2003–2004 гг. и в 2009 г. было опрошено 360 и 409 фармацевтов соответственно. Лечение рекомендовали 57,8 и 41,1% опрошенных фармацевтов, 20,6 и 25,2% советовали обратиться к врачу, 21,1 и 33,7% рекомендовали обратиться к врачу и одновременно рекомендовали лечение в 2003–2004 гг. и 2009 г. соответственно. Среди рекомендовавших лечение 96,1 и 95,1% фармацевтов давали совет по приобретению *антимикробных препаратов* (АМП) в 2003–2004 гг. и 2009 г. соответственно. При этом наиболее часто в 2003–2004 гг. рекомендовались нитроксолин (23,6%), норфлоксацин (14,8%), нитрофурантоин (12,4%), ципрофлоксацин (8,1%), пипемидовая кислота (7,4%), ко-

тримоксазол (4,3%) и фосфомицин (3,8%), а в 2009 г. – норфлоксацин (24,3%), нитроксолин (13,0%), фосфомицин (12,4%), пипемидовая кислота (11,0%), ципрофлоксацин (8,2%), фуразидин (7,8%), нитрофурантоин (5,8%), амоксициллин/клавуланат (4,0%) и азитромицин (2,0%). Средняя продолжительность рекомендуемого курса лечения в 2003–2004 гг. и 2009 г. составила  $6,0 \pm 1,5$  и  $5,6 \pm 3,0$  дня соответственно. В 16,5 и 17,6% случаев в 2003–2004 гг. и в 2009 г. соответственно работники аптек рекомендовали неантимикробные препараты, чаще всего на основе трав (бруснивер, канефрон, уролесан, фитолизин, цистон и др.). Сделан вывод, что большинство фармацевтов (75,8% в 2003–2004 гг. и 71,7% в 2009 г.) рекомендовали АМП для лечения острого уретрита у мужчин, при этом наиболее часто в 2004 г. фармацевты рекомендовали нитроксолин, норфлоксацин и нитрофурантоин, а в 2009 г. – норфлоксацин, нитроксолин и фосфомицин, т.е. тактика фармацевтов в отношении мужчин с клиникой острого уретрита за 5 лет практически не изменилась.

**Ключевые слова:** острый уретрит, мужчины, рекомендации фармацевты, антимикробные препараты.

Контактный адрес:

Ирина Вениаминовна Андреева

Эл. почта: andreeva@antibiotic.ru

## From 2004 to 2009: Whether Pharmacists' Recommendations on Acute Urethritis Have Changed over 5 Years?

I.V. Andreeva<sup>1</sup>, S.N. Kozlov<sup>2</sup>, S.V. Korolyov<sup>3</sup>, A.A. Fokin<sup>1</sup>, E.P. Shal<sup>2</sup>, D.V. Ilyin<sup>1</sup>, A.A. Muravyov<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Institute of Antimicrobial Chemotherapy, Smolensk, Russia

<sup>2</sup> Department of Clinical Pharmacology, Smolensk State Medical Academy, Smolensk, Russia

<sup>3</sup> Medical Center "Uromed", Tula, Russia

Influence of pharmacists on treatment selection in male patients with acute urethritis in 2003–2004 (Moscow, Smolensk, Kaluga, Kaliningrad) and 2009 (Moscow, Smolensk, Kaluga, Kaliningrad, Tula) was studied. Using "patient simulation" method and pre-determined scenario, young males aged of 20 to 30 years went to drug stores and asked for advice on treatments for acute urethritis symptoms.

A total of 360 and 409 pharmacists were interviewed in 2003–2004 and 2009, respectively. In 2003–2004 and 2009, pharmacists' recommendations were the following: treatments (57.8 and 41.1%), physician's consultation (20.6 and 25.2%), both treatments and physician's consultation (21.1 and 33.7%). Of those pharmacists who recommended treatments, 96.1 and 95.1% of pharmacists advised antimicrobial agents. In 2003–2004, the most frequently recommended antimicrobials were nitroxoline (23.6%), norfloxacin (14.8%), nitrofurantoin (12.4%), ciprofloxacin (8.1%), pipemidic acid (7.4%), co-trimoxazole (4.3%) and fosfomycin (3.8%). In 2009, the most

frequently recommended antimicrobials were norfloxacin (24.3%), nitroxoline (13.0%), fosfomycin (12.4%), pipemidic acid (11.0%), ciprofloxacin (8.2%), furazidin (7.8%), nitrofurantoin (5.8%), amoxicillin/clavulanate (4.0%), and azithromycin (2.0%). The mean duration of recommended treatment course was 6.0±1.5 and 5.6±3.0 days in 2003–2004 and 2009, respectively. Pharmacists advised non-antimicrobial medications (most often herbal remedies) to 16.5 and 17.6% of patients in 2003–2004 and 2009, respectively.

We concluded that most pharmacists (75.8% in 2003–2004 and 71.7% in 2009) recommended antimicrobial agents for the treatment of acute urethritis in males. The most recommended antimicrobials were nitroxoline, norfloxacin and nitrofurantoin in 2004 and norfloxacin, nitroxoline and fosfomycin in 2009. Overall, pharmacists' advises to males with acute urethritis symptoms have not changed over 5 years.

**Key words:** acute urethritis, males, recommendation, pharmacists, antimicrobials.

### Ведение

В последние годы, как во всем мире, так и в России, отмечается рост числа *инфекций, передаваемых половым путем* (ИППП), которые являются важной общественной проблемой, особенно в развивающихся странах [1]. В соответствии с данными ВОЗ, каждый день во всем мире регистрируется 685 тыс. новых случаев ИППП [2].

*Chlamydia trachomatis* и *Neisseria gonorrhoeae* являются наиболее частыми возбудителями уретрита у мужчин [3]. Ежегодно в мире регистрируется более 62 млн случаев гонореи и около 100 млн новых случаев хламидиоза [4, 5]. Роль хламидийной и гонококковой инфекции в поражении верхних отделов генитального тракта и развитии бесплодия у женщин очевидна, однако неясным остается вопрос о том, могут ли они приводить к развитию бесплодия у мужчин [6]. Тем не менее, большинство специалистов сходятся во мнении, что гонококковая и персистирующая хламидийная инфекции могут оказывать выраженное влияние на мужскую фертильность [7–9].

Однако у значительной части мужчин с клиникой уретрита (до 50%) *C. trachomatis* и *N. gonorrhoe-*

*ae* не выявляются. В таких случаях диагностируется нехламидийный негонококковый уретрит, который является, предположительно, заболеванием, передающимся половым путем [3]. Нередко (в 7–25% случаев) у мужчин, обращающихся за амбулаторной помощью с симптомами негонококкового уретрита, диагностируется инфекция, вызванная *Mycoplasma genitalium* [10]. Помимо указанных микроорганизмов, возбудителями негонококкового уретрита также могут быть *Ureaplasma urealyticum*, *Haemophilus parainfluenzae*, *Trichomonas vaginalis* [3, 11, 12].

В поисках наиболее «простого» пути получения рекомендаций, касающихся терапии острого уретрита, пациенты зачастую придерживаются тактики самолечения, применяя антибиотики без предшествующей консультации с врачом и должного обследования [13, 14]. Тайваньскими учеными более чем у половины пациентов, поступивших для проведения первичного обследования, была обнаружена антибактериальная активность мочи, что свидетельствовало о предшествовавшем использовании *антимикробных препаратов* (АМП) [13]. По результатам исследования E. Carlin и S. Barton, более 70% мужчин с симптомами уретрита придерживались тактики самолечения АМП до обращения

в клинику по поводу впервые выявленного негоноркоккового уретрита [15]. По данным исследования, проведенного в Республике Гана (Западная Африка), 74,5% пациентов дерматовенерологических клиник (всего в исследовании участвовали 764 пациента) до обращения к врачу для лечения симптомов уретрита использовали от 1 до 3 курсов антибиотиков, которые они свободно приобрели в аптеках, нашли в домашней аптечке (препараты остались от предыдущих назначений врача) или позаимствовали у друзей [16]. Согласно результатам исследования, проведенного американскими учеными, 14% пациентов дерматовенерологических клиник применяли антибиотики до обращения в медицинское учреждение для лечения возникшего эпизода ИППП [17].

Проблема применения АМП без должных показаний и самолечения антибиотиками актуальна для большинства стран [18–20]. Согласно Директиве Европарламента и Совета ЕС 2001/83/ЕС «О своде законов Сообщества в отношении лекарственных препаратов для человека», устанавливающей единые по всему ЕС критерии классификации, антибиотики не должны продаваться без рецепта врача [21]. В США и в большинстве стран Европы существует отлаженная система государственного регулирования продажи антибиотиков: АМП включены в категорию «Prescription-only-medicine» («Только по рецепту врача»), и их невозможно купить без назначения врача [22]. В то же время в Испании, Пакистане, Вьетнаме, Индии, Мексике, Аргентине, развивающихся странах Африки продажа антибиотиков не регламентируется, они доступны без рецепта и широко применяются населением для самолечения [23–26]. Необходимо отметить, что резистентность таких возбудителей, как *Neisseria gonorrhoeae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Shigella* spp., *Salmonella typhi*, впервые была зарегистрирована именно в развивающихся странах [25].

В России практически все АМП являются рецептурными препаратами, т. е. должны отпускаться строго по рецепту врача. Первоначально в России действовал приказ МЗ РФ № 73 от 17.03.1997 г. «Перечень лекарственных средств, отпускаемых без рецепта врача», затем приказ МЗ РФ № 287 от 19.07.1999 г. «О перечне лекарственных средств, отпускаемых без рецепта врача», а в 2005 г. вышел новый приказ МЗ и СР РФ от 13.09.2005 г. № 578 «Об утверждении перечня лекарственных средств, отпускаемых без рецепта врача». К АМП, отпуск которых возможен без рецепта врача, относится ограниченный перечень препаратов, преимущественно для наружного применения. Однако реально действующие меры адекватного контроля за без-

рецептурным отпуском АМП практически отсутствуют, поэтому их можно свободно приобрести в большинстве государственных и коммерческих аптек. Возможно, отчасти и данным фактом объясняется широкая «популярность» антибиотиков среди населения: по результатам многоцентрового исследования «Антибиотики в домашних аптечках», 84% россиян хранят антибиотики дома [27] и более трети респондентов приобретают и принимают АМП без назначения врача [28].

Целью данного исследования явился сравнительный анализ влияния фармацевтов на тактику ведения и выбор препаратов для лечения мужчин с острым уретритом в 2003–2004 г. и в 2009 г.

### Материалы и методы

Исследование проводилось в период с ноября 2003 г. по февраль 2004 г. в 4 городах европейской части России – Москве, Смоленске, Калуге и Калининграде и в феврале-апреле 2009 г. в Москве, Смоленске, Калуге, Калининграде и Туле. В ходе исследования использовался метод имитации пациентов (или т. н. «симулированных пациентов») [29–31].

По специально разработанному сценарию предварительно проинструктированные корреспонденты (студенты 6 курса медицинского ВУЗа, врач-интерны и клинические ординаторы) под видом обычных пациентов обращались в аптечные учреждения с просьбой порекомендовать лекарственные препараты для лечения «острого уретрита», якобы возникшего у обращаемого лица. Стандартная фраза, использовавшаяся корреспондентами в данном опросе, звучала следующим образом: «*наверно, у меня уретрит, поскольку в течение 3–4 дней меня беспокоят боль и резь при мочеиспускании*». В ходе исследования были предусмотрены три различных ответа фармацевта на данную просьбу: (1) рекомендация, касающаяся назначения *лекарственного средства* (ЛС), (2) рекомендация обратиться к врачу и (3) назначение ЛС и рекомендация обратиться к врачу. В случае если в ответе фармацевта звучала рекомендация о применении ЛС, корреспондентом уточнялось название препарата, способ применения, длительность лечения и стоимость курса лечения. Для регистрации данных использовалась специально разработанная индивидуальная регистрационная карта.

Выбор аптечных учреждений осуществлялся случайным образом. Статистическая обработка данных выполнялась в системе статистического анализа SAS (программный пакет SAS Institute, США, версия 8.12). Описательная статистика, включающая количество наблюдений, частоту и

долю (в %) от общего числа случаев, была выполнена для всех анализируемых показателей.

### Результаты исследования

В ходе первого исследования, проведенного в 2003–2004 гг., было посещено 360 аптечных учреждений в Москве, Калуге, Калининграде и Смоленске, из них 328 посещенных аптек (91,1%) были коммерческими, 32 (8,9%) – муниципальными. В 2009 г. посещено 409 аптек в 5 городах России (центрах, принимавших участие в опросе в 2003–2004 гг. и Туле), из них 360 (88%) коммерческих аптек и 49 (12%) муниципальных (табл. 1).

В ответ на просьбу порекомендовать лечение в 2003–2004 гг. 208 из 360 фармацевтов (57,8%) посоветовали приобрести ЛС (от 43,1% фармацевтов в Калуге до 71,8% – в Калининграде). Только пятая часть фармацевтов (20,6%) посоветовали обратиться к врачу, причем чаще всего – в аптечных учреждениях Смоленска (24,4%) и Москвы (20,9%), реже всего – Калининграда (15,5%). Семьдесят шесть работников аптечных учреждений (21,1%) порекомендовали одновременно приобрести ЛС и обратиться к врачу. Фармацевты из 2 аптечных учреждений (0,6%) не дали никакого ответа (рис. 1).

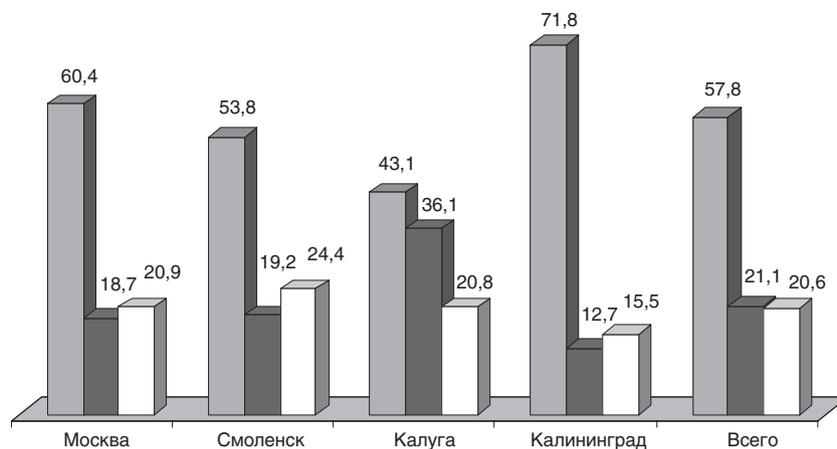
В 2009 г. ситуация практически не изменилась: только четверть фармацевтов (103 человека, 25,2%) порекомендовали обратиться к врачу (рис. 2). Чаще всего данная рекомендация исходила от фармацевтов Москвы (41%), реже всего к врачам направляли работники аптек Тулы и Калининграда (5,6 и 4,1% соответственно). Сто шестьдесят восемь фармацевтов (41,1%) рекомендовали лечение (от 2,8% в Туле до 80,8% в Калининграде). Одновременно рекомендовали лечение, но все же советовали обратиться к врачу 138 из 406 фармацевтов (33,7%), причем эта рекомендация была самой частой у фармацевтов Тулы (66 человек, 91,6%).

Необходимо отметить, что в 2003–2004 гг. во всех четырех центрах опрошенные фармацевты чаще рекомендовали самолечение, чем советовали обратиться к врачу. В 2009 г. в Москве 41% фармацевтов рекомендовали обращение к врачу, а в Туле сложилась ситуация, отличающаяся от других центров: подавляющее большинство фармацевтов (91,6%) направляли «пациентов» к врачу, но при этом рекомендовали лечение.

Перед тем, как дать корреспонденту совет, касающийся проведения терапии, примерно треть (28% в 2003–2004 гг. и 30,8% в 2009 г.) опрошенных

Таблица 1. Распределение визитов к фармацевту в исследовательских центрах

Период исследования	Количество посещенных аптек					Всего
	Москва	Смоленск	Калуга	Калининград	Тула	
2003–2004 гг.	139 (38,6%)	78 (21,7%)	72 (20%)	71 (19,7%)	–	360
2009 г.	117 (28,7%)	83 (20,3%)	64 (15,6%)	73 (17,8%)	72 (17,6%)	409



Здесь и на рис. 2:   
 ■ Фармацевты, рекомендовавшие приобрести лекарственные средства   
 ■ Фармацевты, рекомендовавшие одновременно лечение и обращение к врачу   
 □ Фармацевты, рекомендовавшие обратиться к врачу

Рис. 1. Рекомендации фармацевтов в 2003–2004 гг., (%)

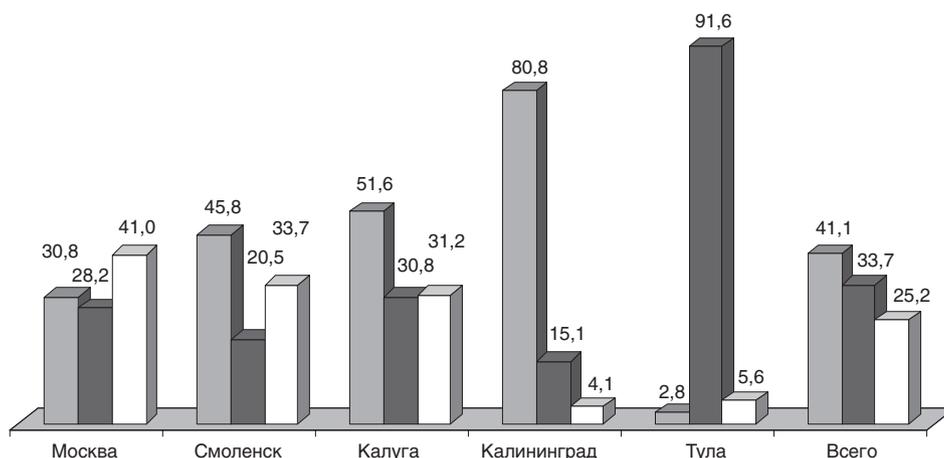


Рис. 2. Рекомендации фармацевтов в 2009 г., (%)

фармацевтов задавали один (в 83 и 91,3% случаев соответственно) или несколько (в 17 и 8,7% случаев соответственно) вопросов, из которых наиболее часто встречались следующие: «Обращались ли вы к врачу?» (корреспонденты отвечали «Нет»), «Принимались ли какие-либо препараты по поводу данного заболевания самостоятельно?» (корреспонденты отвечали «Нет»), «Отмечаются ли выделения из уретры?» (корреспонденты отвечали «Да»), «У Вас были случайные половые связи?» (корреспонденты отвечали «Да, иногда»), «Учащено ли мочеиспускание?» (корреспонденты отвечали «Да»), «Беспокоили ли такие симптомы ранее?» (корреспонденты отвечали «Нет»).

При анализе рекомендаций работников аптечных учреждений установлено, что в 2003–2004 гг. в 273 рекомендациях (96,1% от числа фарма-

цевтов, рекомендовавших лечение) фармацевты советовали приобрести АМП. В 2009 г. ситуация не изменилась – 291 фармацевт (95,1%) рекомендовал приобрести АМП. Всего в 2004 г. было рекомендовано 419 назначений антибиотиков, в 2009 г. – 345 назначений. В подавляющем большинстве случаев фармацевты рекомендовали АМП для приема внутрь (99,8% в 2003–2004 гг. и 99,4% в 2009 г.).

Наиболее часто рекомендуемые в 2003–2004 гг. фармацевтами АМП распределились следующим образом: нитроксолин (23,6%), норфлоксацин (14,8%), нитрофурантоин (12,4%), ципрофлоксацин (8,1%), пипемидовая кислота (7,4%), ко-тримоксазол (4,3%), фосфомицин (3,8%) (табл. 2). Ни в одном из случаев фармацевты не назначали комбинацию двух или трех АМП.

Таблица 2. АМП, рекомендованные фармацевтами для лечения симптомов острого уретрита у мужчин в 2003–2004 гг. (%)

Препараты	Москва	Смоленск	Калуга	Калининград	Всего
Фторхинолоны:	20,9	36	25,4	18,9	24,8
норфлоксацин	11,1	19,0	16,9	14,7	14,8
ципрофлоксацин	7,2	16,0	5,6	3,2	8,1
офлоксацин	2,0	1,0	1,4	1,1	1,4
пифлоксацин	0,7	0	1,4	0	0,5
Нитрофураны:	19,6	30,0	32,4	20,0	24,3
нитрофурантоин	5,2	16,0	25,4	10,5	12,4
фурагин	14,4	13,0	7,0	9,5	11,7
фуразолидон	0	1,0	0	0	0,2
Нитроксолин	23,5	13,0	33,8	27,4	23,6
Пипемидовая кислота	9,2	2,0	5,6	11,6	7,4
Ко-тримоксазол	2,6	9,0	0	5,3	4,3
Фосфомицин	9,8	0	1,4	0	3,8

Таблица 3. АМП, рекомендованные фармацевтами для лечения симптомов острого уретрита у мужчин в 2009 г. (%)

Препараты	Москва	Смоленск	Калуга	Калининград	Тула	Всего
Фторхинолоны:	1,5	38,2	29,1	42,0	72,7	37,1
норфлоксацин	1,5	18,5	27,3	29,6	45,5	24,3
ципрофлоксацин	0	17,1	0	2,6	19,7	8,2
офлоксацин	0	0	0	0	3,0	0,6
пефлоксацин	0	1,3	0	3,7	0	1,2
ломефлоксацин	0	1,3	0	4,9	0	1,4
левофлоксацин	0	0	1,8	1,2	4,5	1,4
Нефторированные хинолоны:	13,4	1,3	9,1	22,2	9,1	11,3
пипемидовая кислота	13,4	1,3	9,1	21,0	9,1	11,0
налидиксовая кислота	0	0	0	1,2	0	0,3
Нитрофураны:	9,0	28,9	16,4	8,6	7,6	14,2
нитрофурантоин	1,5	14,5	3,6	4,9	3,0	5,8
фуразидин	7,5	14,5	12,8	3,7	1,6	7,8
фуразолидон	0	0	0	0	3,0	0,6
Макролиды:	3,0	9,0	3,6	1,2	0	3,2
азитромицин	3,0	6,4	0	1,2	0	2,0
джозамицин	0	1,3	3,6	0	0	0,9
рокситромицин	0	1,3	0	0	0	0,3
Бета-лактамы:	25,4	0	0	0	3,0	5,5
амоксциллин	3,0	0	0	0	0	0,6
амоксциллин/клавуланат	17,9	0	0	0	3,0	4,0
цефалексин	1,5	0	0	0	0	0,3
цефтриаксон	3,0	0	0	0	0	0,6
Нитроимидазолы:	0	2,6	0	2,6	0	1,2
метронидазол	0	1,3	0	2,6	0	0,9
тинидазол	0	1,3	0	0	0	0,3
Нитроксолин	9,0	14,8	30,9	7,5	6,0	13,0
Доксициклин	0	1,3	0	0	0	0,3
Ко-тримоксазол	0	1,3	1,8	1,2	0	0,9
Фосфомицин	38,7	2,6	9,1	12,3	0	12,4
Хлорамфеникол	0	0	0	1,2	1,6	0,6
Флуконазол	0	0	0	1,2	0	0,3

В 2009 г. ситуация несколько изменилась: самым часто рекомендуемым препаратом стал норфлоксацин (24,3%), затем шли нитроксолин (13,0%), фосфомицин (12,4%), пипемидовая кислота (11,3%), ципрофлоксацин (8,2%), фуразидин (7,8%), нитрофурантоин (5,8%), амоксициллин/клавуланат (4,0%), азитромицин (2,0%) (табл. 3). Следует отметить, что фторхинолоны были самой часто назначаемой группой АМП в 4 центрах (кроме Москвы), причем чаще всего их прием советовали фармацевты Тулы (72,7% от всех назначений, в том

числе: норфлоксацин – 45,5%, ципрофлоксацин – 19,7%, левофлоксацин – 4,5%, офлоксацин – 3,0%). В Москве же чаще всего рекомендовался фосфомицин трометамол (38,7% назначений), далее шли бета-лактамы (25,4%), причем в основном амоксициллин (17,9%), и пипемидовая кислота (13,4%). В отличие от 2003–2004 гг. фторхинолоны в Москве практически не назначались (1,5%). В целом по сравнению с 2003–2004 гг. в 2009 г. перечень рекомендуемых фармацевтами препаратов для лечения острого уретрита стал значительно шире: в этом

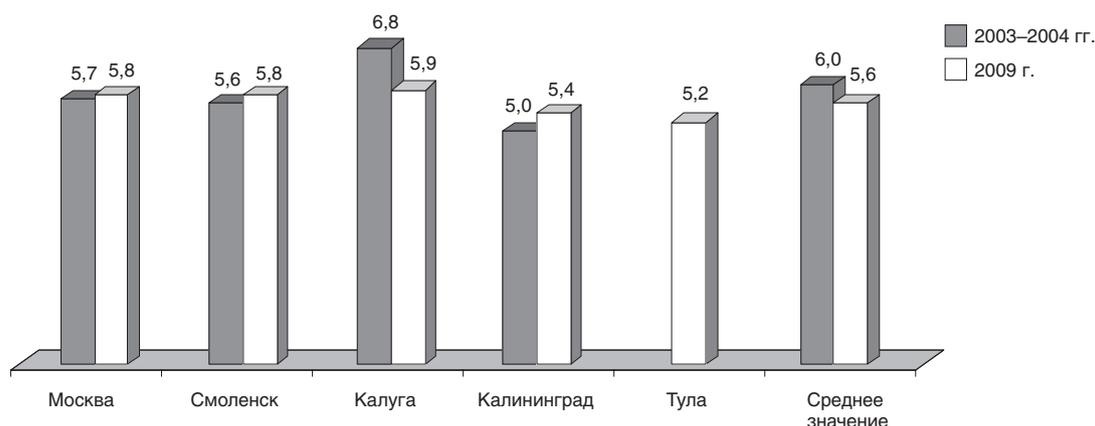


Рис. 3. Средняя продолжительность (в днях) курса антибактериальной терапии, рекомендованная фармацевтами для терапии «острого уретрита»

списке появились макролиды, бета-лактамы, нитроимидазолы, доксициклин, хлорамфеникол, возросло число фторхинолонов.

В 279 случаях (95,5% от общего количества рекомендаций по приобретению АМП) фармацевты рекомендовали монотерапию, в 11 случаях (3,8%) пациентам советовали приобрести комбинацию из 2 антибиотиков и в 2 случаях (0,7%) – комбинацию из 3 препаратов. Следует отметить, что комбинированная терапия рекомендовалась только работниками аптек Калининграда (10 случаев) и Смоленска (3 случая).

Длительность рекомендуемого курса лечения составляла от 1 до 10 дней (в среднем  $6,0 \pm 1,5$  дня) в 2003–2004 гг. и от 1 до 28 дней (в среднем  $5,6 \pm 3,0$  дня) (рис. 3).

В 2003–2004 гг. стоимость рекомендованного курса антибактериальной терапии варьировала в широких пределах – от менее 10 руб. в Смоленске до 1004 руб. в Москве (табл. 4). Наиболее высокая средняя стоимость предложенного курса терапии была зарегистрирована в Москве (119 руб.), самая низкая (54 руб.) – в Калуге. В 2009 г. стоимость лечения варьировала от 2,5 руб. в Туле до 954 руб. в Калуге. Наиболее высокая средняя стоимость предложенного курса вновь отмечалась в

Москве (262 руб.), а самая низкая – в Смоленске (109 руб.).

В 2003–2004 гг. в 16,5% случаев (доля от всех фармацевтов, порекомендовавших лечение) работники аптек рекомендовали *неантимикробные препараты* (не-АМП); в 12,7% случаев фармацевты дополнительно с АМП советовали приобрести другие ЛС. Только не-АМП были рекомендованы в 3,8% случаев. Среди других ЛС чаще всего (в 35,3% случаев) предлагали приобрести препараты на основе трав (цистон, фитолизин, уролесан, цистенал, урологический сбор, листья брусники). Стоимость рекомендованных не-АМП варьировала от 15 до 750 руб. (в среднем 90 руб.) и в 38% случаев не превышала 50 руб., в 47% составляла от 51 до 100 руб., в 13% случаев – 101–200 руб., в 6% случаев – более 200 руб.

В 2009 г. в 17,6% случаях фармацевты советовали приобрести не-АМП, причем в 11,7% случаев – в дополнение к антимикробной терапии. В 4,9% случаев работники аптек рекомендовали приобрести только не-АМП. Так же, как и в 2003–2004 гг., в подавляющем большинстве случаев (87,7%, 50 препаратов из 57 рекомендованных не-АМП) фармацевты предлагали различные фитопрепараты (бруснивер, листья брусники, канефрон, листья толокнянки, простамол Уно, уролесан, урологический сбор, урофитон, фитолизин, цистон). Стоимость рекомендованного курса других ЛС варьировала от 14 руб. до 672 руб. (в среднем 192 руб.) и в 16,1% случаев не превышала 50 руб., в 8,9% составляла от 51 до 100 руб., в 32,1% случаев – 101–200 руб., в 42,9% случаев – более 200 руб.

Таблица 4. Распределение стоимости курса антибактериальной терапии в исследуемые периоды (в %)

Стоимость курса АМП, руб.	2003–2004 гг.	2009 г.
<50	46	17,7
51–100	25	22,9
101–200	20	26,1
>200	9	33,3

### Обсуждение результатов исследования

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что в большинстве случаев при обращении в аптечное учреждение можно доста-

точно легко получить консультацию по вопросам лечения симптомов острого уретрита, а также приобрести АМП без рецепта врача.

Необходимо отметить, что у женщин дизурические расстройства чаще всего являются проявлением острого или рецидивирующего цистита. В связи с этим в мире неоднократно обсуждалась возможность самодиагностики симптомов рецидивирующего цистита у женщин и целесообразность лечения данной инфекции мочевыводящих путей предварительно обученными пациентками самостоятельно (только на основании симптомов заболевания, применяя рекомендованный ранее врачом антибиотик в соответствующей дозе и с определенной длительностью курса или после телефонной консультации с врачом) с использованием коротких курсов фторхинолонов [32–35]. У мужчин симптомы уретрита в подавляющем большинстве случаев возникают при наличии ИППП, и именно поэтому самодиагностика и самолечение уретрита у мужчин недопустимы, а диагностика и терапия в данном случае должны проводиться только врачом.

Проведено достаточно большое количество исследований, в которых изучалась роль фармацевтов в назначении лечения пациентам, в том числе и антимикробной терапии, причем особенно актуальны такого рода исследования для стран, где АМП доступны без рецепта врача [36–41]. Фармацевты являются одним из основных источников получения пациентами антибиотиков без назначения врача 31% в исследовании М. McKee и соавт. [14], 41% случаев – в исследовании М.Н. Väänänen и соавт. [42], 53,6% – в исследовании F.A. Sawair и соавт. [43].

В исследовании, проведенном С. Llog и J.M. Cots в Каталонии (Испания) в 2008 г., в ходе которого использовался упомянутый ранее метод «симулированных пациентов», при обращении к фармацевтам актерами представлялись три различные клинические ситуации: «симптомы» острого фарингита, острого бронхита и инфекций мочевыводящих путей [44]. При инфекциях мочевыводящих путей антибиотики были назначены 79,7% фармацевтами, при остром фарингите – 24,8% и при остром бронхите – 16,9% работниками аптек. Из 108 фармацевтов, которые не рекомендовали антибиотики, только 57 человек (52,8%) объяснили, что они не могут продать антибиотики без рецепта из-за возможных отрицательных последствий для здоровья пациента и вероятности возникновения и распространения антибиотикорезистентности.

В 2002 г. в Бразилии было проведено исследование по оценке практики назначений работниками аптек пациентам, обратившимся с симптомами

ИППП. В 62 аптечных учреждениях г. Порту-Алегри обращались предварительно обученные студенты медицинского ВУЗа с жалобами на дизурию и выделения из уретры и просили порекомендовать лечение. Фармацевты предоставляли рекомендации по лечению в 90,3% случаев, причем наиболее часто рекомендуемыми препаратами были антибиотики – ампициллин с пробеницидом (51,8% рекомендаций) и нефторированный хинолон розаксацин (19,6%), при этом ни один из указанных препаратов не соответствовал национальным рекомендациям по лечению ИППП [45].

Несколько лет назад в России была принята Концепция ответственного самолечения, которая предоставляла пациентам право приобретать лекарства, проконсультировавшись у фармацевта. В отраслевом стандарте ОСТ 91500.05.0007-2003 (утвержден приказом МЗ РФ № 80 от 4.03.2003) «Правила отпуска (реализации) лекарственных средств в аптечных организациях. Основные положения» отмечалось, что одна из функций фармацевта – оказание консультативной помощи в целях обеспечения ответственного самолечения. Экономическая польза от такого подхода казалась очевидной: сократятся визиты к врачу и вызовы «скорой помощи», что сэкономит время и средства пациента, ослабит нагрузку на государственную систему здравоохранения (особенно если учесть характерную для россиян склонность к самолечению). Но для этого пациентам самим и аптечным работникам необходимо многое знать и о заболеваниях, и о лекарственных препаратах, ведь именно фармацевт в этом случае принимает ответственность перед конкретным пациентом за результат лечения. Однако приказ МЗ РФ от 23.09.2003 № 460 «О внесении изменений в приказ Минздрава России от 04.03.2003 № 80» (вступил в силу с 25.10.2003) модифицировал Отраслевой стандарт. Так, из перечня функций аптек исключено оказание консультативной помощи в целях обеспечения ответственного самолечения.

Все всякого сомнения, при любых инфекционных заболеваниях консультация фармацевта, касающаяся применения АМП, без предварительного осмотра и рекомендаций врача вряд ли будет адекватной, хотя, как показали проведенные ранее исследования, фармацевты нередко «берутся» лечить инфекционные заболевания, при этом их рекомендации, в основном, не соответствуют рекомендуемым стандартам терапии [26, 40–48]. Рациональное назначение антимикробной терапии возможно только при правильно поставленном диагнозе, в то время как «эмпирическая» антимикробная терапия диагностически неясного состояния, проявляюще-

гося симптомами острого уретрита у мужчины, скорее всего, окажется неверной, а несвоевременное обращение к врачу с завуалированной картиной и стертыми симптомами инфекционного процесса может привести к значительным затруднениям в установлении диагноза и диагностическим ошибкам, хронизации инфекции, развитию осложнений, возникновению нежелательных лекарственных реакций, трудностям в выборе эффективного лечения и стать серьезной проблемой для здоровья каждого конкретного пациента. Кроме того, нерациональная антимикробная терапия ИППП способствует распространению этих социально значимых заболеваний в популяции, росту и распространению антибиотикорезистентности, что является глобальной общественной проблемой [49–52].

Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что рекомендации, данные фармацевтами в отношении применения АМП при симптомах острого уретрита у мужчин, далеки от общепринятых современных стандартов лечения ИППП. В частности, предлагались препараты (нитроксолин, нитрофурантоин, фурагин, нефторированные хинолоны, ко-тримоксазол, фосфомицин), которые абсолютно не активны в отношении возбудителей ИППП. Но, даже если предположить, что фармацевт и даст совет о приеме рекомендованных при ИППП антибиотиков, то, не исключено, что в случае благоприятного исхода может сформироваться неправильный алгоритм поведения в подобной ситуации. Возможно, что в последующем пациент будет прибегать к приему этого же препарата (скорее всего именно того, который посоветовал ему фармацевт) при повторении подобной ситуации

или рекомендовать применение какого-то конкретного препарата, который помог ему, своим родным, друзьям, знакомым. Кроме этого, важное значение в терапии ИППП имеет лечение сексуального партнера. Поэтому в данной конкретной ситуации пациента с симптомами острого уретрита фармацевт однозначно должен был направить к врачу. По результатам проведенного исследования, правильной тактики в 2003–2004 гг. придерживается только пятая часть, а в 2009 г. – только четверть опрошенных работников аптек. В подавляющем большинстве случаев фармацевты, не являясь компетентными в вопросах диагностики и лечения заболеваний, просто назначали антимикробную терапию, не соблюдая приказ МЗ РФ № 460 и приказы МЗ РФ № 287 (исследование 2003–2004 гг.) и № 578 (исследование 2009 г.). Что касается рекомендаций применения неантимикробных препаратов для облегчения симптомов острого уретрита, то данная тактика является ошибочной исходя из того, что при инфекционном процессе в первую очередь необходимо воздействовать на возбудителя инфекции.

Таким образом, следует констатировать, что государственный надзор за регуляцией продажи АМП является недостаточно эффективным. Совершенствование контроля за строгой рецептурной продажей АМП, создание обучающих программ для фармацевтов и информационных материалов для пациентов должны стать безотлагательными, наиболее простыми и эффективными мерами предупреждения нерационального применения антибиотиков.

## Литература

1. Donovan B. Sexually transmissible infections other than HIV. *Lancet* 2004; 363:545-6.
2. Sow P., Gueye T., Toure L., et al. Drugs in the parallel market for the treatment of urethral discharge in Dakar: epidemiologic investigation and physicochemical tests. *Int J Infect Dis* 2002; 6:108-12.
3. Riemersma W., Van Der Schee C., Van Der Meijden W., et al. Microbial population diversity in the urethras of healthy males and males suffering from nonchlamydial, nongonococcal urethritis. *J Clin Microbiol* 2003; 41(5):1977-86.
4. Global Prevalence and Incidence of Selected Curable Sexually Transmitted Infections Overview and Estimates, World Health Organization, 2001. Available from: <http://www.who.int/docstore/hiv/GRSTI>.
5. Beagley K.W., Timms P. *Chlamydia trachomatis* infection: incidence, health costs and prospects for vaccine development. *J Reprod Immunol* 2000; 48(1): 47-68.
6. Ness R.B., Markovic N., Carlson C.L., et al. Do men become infertile after having sexually transmitted urethritis? An epidemiologic examination. *Fertil Steril* 1997; 68(2):205-13.
7. Makulowich G.S. Institute of Medicine report links 15% of infertility to untreated STDS. *AIDS Patient Care STDS* 1997; 11(3): 201.
8. Idahl A., Boman J., Kumlin U., et al. Demonstration of *Chlamydia trachomatis* IgG antibodies in the male partner of the infertile couple is correlated with a reduced likelihood of achieving pregnancy. *Hum Reprod* 2004; 19(5):1121-6.
9. Eley A., Pacey A.A., Galdiero M., et al. Can *Chlamydia trachomatis* directly damage your sperm? *Lancet Infect Dis* 2005; 5:53-7.
10. Mena L., Wang X., Mroczkowski T. *Mycoplasma genitalium* infections in asymptomatic men and men attending a sexually transmitted diseases clinic in New Orleans. *Clin Infect Dis* 2002; 35:1167-73.

11. Joyner J., Douglas J., Ragsdale S., et al. Comparative prevalence of infection with *Trichomonas vaginalis* among men attending a sexually transmitted diseases clinic. *Sex Transm Dis* 2000; 27(4):241-2.
12. Страчунский Л.С., Козлов С.Н. Современная антимикробная химиотерапия. Руководство для врачей. М.: Боргес, 2002; 436 с.
13. Okeke I.N., Klugman K.P., Bhutta Z.A., et al. Antimicrobial resistance in developing countries. Part II: strategies for containment. *Lancet* 2005; 5: 568-80.
14. McKee M., Mills L., Mainou A. Antibiotic use for the treatment of upper respiratory infections in a diverse community. *J Fam Pract* 1999; 48: 993-6.
15. Carlin E., Barton S. How common is self-treatment in non gonococcal urethritis? *Genitourin Med* 1995; 71(6):400-1.
16. Adu-Sarkodie Y. Antimicrobial self medication in patients attending a sexually transmitted diseases clinic. *Int J STD AIDS* 1997; 8(7):456-8.
17. Gordon S., Mosure D., Lewis J., et al. Prevalence of self-medication with antibiotics among patients attending a clinic for treatment of sexually transmitted diseases. *Clin Infect Dis* 1993; 17(3):462-5.
18. Obaseiki-Ebor E.E., Akerele J.O., Ebea P.O. A survey of antibiotic outpatient prescribing and antibiotic self-medication. *J Antimicrob Chemother* 1987; 20:759-63.
19. Multicenter study on self-medication and self-prescription in six Latin American countries. Drug Utilization Research Group, Latin America. *Clin Pharmacol Ther* 1997; 61(4):488-93.
20. Parimi N., Pinto Pereira L.M., Prabhakar P. The general public's perceptions and use of antimicrobials in Trinidad and Tobago. *Rev Panam Salud Publica* 2002; 12:11-8.
21. Directive 2001/83/EC of the European Parliament and of the Council of 6 November 2001 on the Community code relating to medicinal products for human use. *Official Journal L* 311; 28/11/2001:67-128.
22. Kennedy J.G. Over the counter drugs. *BMJ* 1996; 312:593-4.
23. Borg M.A., Scicluna E.A. Over-the-counter acquisition of antibiotics in the Maltese general population. *Int J Antimicrob Agents* 2002; 20:253-7.
24. Okeke I.N., Lamikanra A., Edelman R. Socioeconomic and behavioral factors leading to acquired bacterial resistance to antibiotics in developing countries. *Emerg Infect Dis* 1999; 5(1):18-27.
25. Sturm A.W., van der Pol R., Smits A.J., et al. Over-the-counter availability of antimicrobial agents, self-medication and patterns of resistance in Karachi, Pakistan. *J Antimicrob Chemother* 1997; 39:543-7.
26. Thamlikitkul V. Antibiotic dispensing by drug store personnel in Bangkok, Thailand. *J Antimicrob Chemother* 1988; 21:125-31.
27. Stratchounski L.S., Andreeva I.V., Ratchina S.A., et al. The inventory of antibiotics in Russian home medicine cabinets. *Clin Infect Dis* 2003; 37:498-505.
28. Андреева И.В., Рачина С.А., Петроченкова Н.А. с соавт. Самостоятельное применение антимикробных препаратов населением: результаты многоцентрового исследования. *Клин фармакол терап* 2002; 11:25-9.
29. Abramson J.H., Abramson Z.H. *Survey Methods in Community Medicine*, 5th edition. Churchill-Livingstone, Edinburg, 1999, 440 p.
30. Saamano F., Ruano A., Figueiras A., et al. Data collection methods for analyzing the quality of the dispensing in pharmacies. *Pharm World Sci* 2002; 24:217-23.
31. Watson M.C., Skelton J.R., Bond C.M., et al. Simulated patients in the community pharmacy setting. Using simulated patients to measure practice in the community pharmacy setting. *Pharm World Sci* 2004; 26:32-7.
32. Korman T.M., Grayson M.L. Treatment of urinary tract infections. *Aust Fam Physician* 1995; 24(12):2205-11.
33. Schaeffer A.J., Stuppy B.A. Efficacy and safety of self-start therapy in women with recurrent urinary tract infections. *J Urol* 1999; 161(1):207-11.
34. Gupta K., Hooton T.M., Roberts P.L., et al. Patient-initiated treatment of uncomplicated recurrent urinary tract infections in young women. *Ann Intern Med* 2001; 135(1):9-16.
35. Hooton T.M. Recurrent urinary tract infection in women. *Int J Antimicrob Agents* 2001; 17(4):259-68.
36. Van Duong D., Binns C.W., Van Le T. Availability of antibiotics as over-the-counter drugs in pharmacies: a threat to public health in Vietnam. *Trop Med Int Health* 1997; 2:1133-9.
37. Wachter D.A., Joshi M.P., Rimal B. Antibiotic dispensing by drug retailers in Kathmandu, Nepal. *Trop Med Int Health* 1999; 4:782-8.
38. Orero Gonzalez A., Ripoll Lozano M.A., Gonzalez Nunez J. Analysis of automedication with antibiotics in Spain. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1998; 16:328-33.
39. Turner A.N., Ellertson C., Thomas S., et al. Diagnosis and treatment of presumed STIs at Mexican pharmacies: survey results from a random sample of Mexico City pharmacy attendants. *Sex Transm Infect* 2003; 79:224-8.
40. Goel P., Ross-Degnan D., Berman P., et al. Retail pharmacies in developing countries: A behavior and intervention framework. *Soc Sci Med* 1996; 42:1155-61.
41. Paswa B., Barnett L. Care or cash: assessing quality of care provided by drug retailers in Nepal. *International Quarterly of Community Health Education* 1993; 13(4):317-28.
42. Väänänen M.H., Pietilä K., Airaksinen M. Self-medication with antibiotics--does it really happen in Europe? *Health Policy* 2006; 77(2):166-71.
43. Sawair F.A., Baqain Z.H., Abu Karaky A., et al. Assessment of self-medication of antibiotics in a Jordanian population. *Med Princ Pract* 2009; 18(1):21-5.
44. Llor C., Cots J.M. The Sale of Antibiotics without Prescription in Pharmacies in Catalonia, Spain. *Clin Infect Dis* 2009; 48(10):1345-9.
45. Ramos M.C., da Silva R.D., Gobbato R.O., et al. Pharmacy clerks' prescribing practices for STD patients in Porto Alegre, Brazil: missed opportunities for improving STD control. *Int J STD AIDS* 2004; 15(5):333-6.
46. Chuc N.T., Larsson M., Do N.T., et al. Improving private pharmacy practice: a multi-intervention experiment in Hanoi, Vietnam. *J Clin Epidemiol* 2002; 55:1148-55.

47. Lamsam G.D., Kropff M.A. Community pharmacists' assessments and recommendations for treatment in four case scenarios. *Ann Pharmacother* 1998; 32:409-16.
48. Ralph S.G., Preston A., Clarke J. Over-the-counter advice for genital problems: the role of the community pharmacist. *Int J STD AIDS* 2001; 12:513-5.
49. Hellinger W.C. Confronting the problem of increasing antibiotic resistance. *South Med J* 2000; 93:842-8.
50. Hoiby N. Ecological antibiotic policy. *J Antimicrob Chemother* 2000; 46 (Suppl. 1):59-62.
51. Liu Y.C., Huang W.K., Huang T.S., et al. Inappropriate use of antibiotics and the risk for delayed admission and masked diagnosis of infectious diseases: a lesson from Taiwan. *Arch Intern Med* 2001; 161:2366-70.
52. Okeke I.N., Lamikanra A., Edelman R. Socioeconomic and behavioral factors leading to acquired bacterial resistance to antibiotics in developing countries. *Emerg Infect Dis.* 1999; 5(1):18-27.