УДК: 616.2-022.6:615.33

РАЦИОНАЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ ПРИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ВЗРОСЛЫХ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

***Умаров Н.А.*[1]**

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Белгородский государственный национальный исследовательский университет»;

Россия, Белгород

Аннотация

Необоснованное назначение антибиотиков при острых респираторных инфекциях сохраняет значение для безопасности пациентов и сдерживания антимикробной резистентности. Цель работы — обобщить доказательные подходы к назначению антибиотиков взрослым пациентам на амбулаторном этапе и определить направления контроля качества лечения. Проведён несистематический обзор 11 российских и зарубежных источников 2022–2026 гг., включающих клинические рекомендации, систематические обзоры и исследование практики назначений. Рассмотрены разграничение неосложнённой вирусной инфекции и состояний, требующих антибактериальной терапии, возможности С-реактивного белка и отсроченного назначения, а также организация повторной оценки. Показано, что сокращение назначений должно сопровождаться оценкой клинического риска и доступным наблюдением. Предложена система аудита, учитывающая обоснованность показаний, соответствие терапии рекомендациям и неблагоприятные исходы. Реализация предложенной системы требует проверки в конкретной

[1] *Научный руководитель: Бочарова Ксения Александровна, профессор НИУ «БелГУ». Scientific supervisor: Ksenia Aleksandrovna Bocharova, Professor, Belgorod National Research University.*

медицинской организации. Обзор не содержит собственных клинических данных.
Ключевые слова: инфекции дыхательных путей, антибактериальные средства, амбулаторная помощь, лекарственная устойчивость микроорганизмов, рациональное использование антимикробных препаратов, С-реактивный белок.

RATIONAL ANTIBIOTIC USE FOR ACUTE RESPIRATORY INFECTIONS IN ADULTS IN OUTPATIENT CARE

Umarov N.A.

Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «Belgorod National Research University»;

Belgorod, Russia.

Abstract

Inappropriate antibiotic prescribing for acute respiratory infections remains relevant to patient safety and antimicrobial resistance. This review aims to summarize evidence-based approaches to antibiotic prescribing for adult outpatients and identify priorities for quality improvement. A narrative review of 11 Russian and international sources published in 2022–2026 was undertaken, including clinical guidance, systematic reviews and an observational prescribing study. The review addresses the distinction between uncomplicated viral illness and conditions requiring antibiotics, the role of C-reactive protein testing and delayed prescribing, and arrangements for reassessment. Reduced prescribing should be supported by clinical risk assessment and accessible follow-up. A proposed audit framework combines the appropriateness of indications, adherence to treatment recommendations and adverse clinical outcomes. Its implementation requires evaluation in individual healthcare settings. No original patient data are reported.

Keywords: respiratory tract infections, anti-bacterial agents, ambulatory care, drug resistance, microbial, antimicrobial stewardship, C-reactive protein.

Введение

Острые респираторные инфекции относятся к клиническим ситуациям, в которых решение о назначении антибиотика нередко принимается при неполной этиологической информации. Для амбулаторного звена это создаёт двойную задачу: обеспечить своевременное лечение бактериального заболевания и избежать лекарственного воздействия при отсутствии ожидаемой пользы. Поэтому рациональность назначения определяется не количеством выписанных рецептов, а соответствием решения клинической ситуации.

Масштаб проблемы антимикробной резистентности отражён в докладе Всемирной организации здравоохранения 2025 г., основанном на анализе более 23 млн бактериологически подтверждённых случаев инфекций. Представленные в нём данные относятся к определённым сочетаниям инфекции, возбудителя и антибиотика. Их нельзя непосредственно интерпретировать как распространённость устойчивости при любой респираторной инфекции или как локальную характеристику российской поликлиники [1].

Актуальность проблемы для России подтверждена исследованием Ю. А. Бельковой и соавт., опубликованным в 2026 г. Авторы проанализировали назначения в 14 амбулаторно-поликлинических учреждениях 11 городов по данным 2024 г. Среди 5084 обследованных пациентов 311 получали антимикробные препараты по поводу инфекций дыхательных путей. Соответствие назначений клиническим рекомендациям составило 79,2%, а доля антибиотиков категории Watch достигла 51,1% [2]. Эти результаты характеризуют участвовавшие учреждения; распространение оценок на всю страну требует отдельного обоснования.

Цель работы — обобщить современные подходы к рациональному назначению антибиотиков взрослым пациентам с острыми респираторными инфекциями в амбулаторной практике и сформулировать предложения по контролю качества назначений.

Материалы и методы

Работа выполнена как несистематический обзор литературы. Использован целевой поиск на сайтах ВОЗ, Cochrane, CDC, NICE, российских медицинских журналов и в открытых библиографических записях PubMed; российские рекомендации сопоставлены с рубрикатором Минздрава России. Поисковые сочетания включали «острые респираторные инфекции», «антибиотики», «амбулаторная практика», «acute respiratory infections», «delayed antibiotic prescribing» и «C reactive protein». Поиск завершён 3 ноября 2026 г.

В анализ включены 11 источников 2022–2026 гг., непосредственно относящихся к клиническому выбору, диагностической поддержке или оценке назначений. Приоритет отдавался действующим рекомендациям, систематическим обзорам и российским данным. Источники 2022 г. сохранены как профильные обобщения по биомаркерам и классификации AWaRe. Доказательства оценивались содержательно с учётом дизайна, возрастного состава и применимости к амбулаторной помощи.

Полный систематический поиск, регистрация протокола и формальная оценка риска систематической ошибки отдельных исследований не проводились. Собственная выборка пациентов не формировалась, метаанализ не выполнялся. Поэтому результаты представляют аналитическое обобщение выбранных источников и не являются оценкой эффективности вмешательства в Белгородской области или в конкретном медицинском учреждении.

Результаты и обсуждение

Клиническое обоснование назначения

Российские клинические рекомендации 2025 г. не предусматривают применение антибактериальных препаратов при неосложнённых ОРВИ [3]. В стандарте медицинской помощи взрослым при ОРВИ, утверждённом приказом Минздрава России от 18 марта 2024 г. № 127н, антибиотики также отсутствуют в перечне лекарственных средств [4]. При этом отсутствие препарата в стандарте лечения вирусной инфекции не означает запрета на его назначение

при выявлении самостоятельного бактериального заболевания: такая ситуация требует уточнения диагноза и обращения к соответствующим рекомендациям.

Обзор Cochrane 2025 г. не выявил доказательств клинической пользы антибиотиков при обычной простуде и остром гнойном рините длительностью менее 10 дней; одновременно отмечен риск нежелательных явлений [5]. Практическое значение этого вывода заключается в необходимости обосновывать назначение предполагаемым бактериальным процессом, а не выраженностью субъективного дискомфорта. Сам по себе запрос пациента на «более сильное лечение» не восполняет отсутствие показаний.

Рекомендации CDC по амбулаторной помощи взрослым подчёркивают, что окрашенная мокрота не является доказательством бактериальной инфекции. Рутинная антибактериальная терапия неосложнённого острого бронхита не рекомендуется независимо от продолжительности кашля. При оценке такого пациента первоочередное значение имеет исключение пневмонии [6]. Следовательно, сохранение симптома должно служить поводом для повторного анализа диагноза, а не автоматической смены или добавления антибиотика.

Клиническое решение целесообразно фиксировать последовательно: рабочий диагноз, признаки тяжести, предполагаемый очаг инфекции и основания выбранной тактики. Такая запись позволяет при повторном осмотре оценить динамику по отношению к исходному состоянию. Она также делает последующий аудит содержательным: эксперт получает возможность отличить недостаточную документацию от действительно необоснованной терапии. Это организационное предложение вытекает из сопоставления клинических требований и задач контроля качества.

Возможности и ограничения диагностической поддержки

С-реактивный белок (СРБ) может дополнять клиническую оценку, когда сохраняется неопределённость в отношении назначения антибиотика. В систематическом обзоре S. A. Smedemark и соавт. рассмотрены 13 исследований с 10 535 участниками; 12 работ были посвящены экспресс-определению СРБ. Использование теста, вероятно, уменьшало частоту

назначения антибиотиков без существенного изменения доли выздоровевших. Возможности оценки редких тяжёлых исходов ограничивались небольшим числом событий; доказательств для прокальцитонина в первичной помощи оказалось недостаточно [7].

NICE предлагает рассматривать определение СРБ у пациентов с предполагаемой инфекцией нижних дыхательных путей, если после клинической оценки необходимость антибиотика остаётся неясной. В документе выделены уровни менее 20 мг/л, 20–100 мг/л и более 100 мг/л, связанные соответственно с отказом от рутинного назначения, рассмотрением резервного рецепта и предложением немедленной терапии [8]. Эти пороги относятся к обозначенному клиническому контексту и не являются самостоятельным способом установления этиологии.

В пояснениях NICE отдельно отмечены риск необоснованного успокоения при низком результате в начале заболевания и особенности ответа СРБ у отдельных групп пациентов. Решение нельзя основывать только на лабораторном показателе [8]. Для российской практики отсюда следует необходимость заранее определить, в какой клинической ситуации тест изменяет тактику. Назначение анализа без понимания последующих действий увеличивает объём обследования, но само по себе не обеспечивает рациональную фармакотерапию.

С организационной точки зрения диагностическая поддержка полезна тогда, когда результат доступен в срок, позволяющий принять решение, а медицинский работник знает ограничения метода. Перед внедрением тестирования следует сопоставить его доступность, потребность в обучении и возможность повторного осмотра. Предполагаемую пользу необходимо проверять по клиническим исходам и качеству назначений, а не только по числу выполненных исследований.

Наблюдение и отсроченное назначение

Отсроченное назначение предполагает, что врач не видит необходимости немедленно начинать антибактериальную терапию и заранее определяет

условия её возможного начала. В обзоре G. K. P. Spurling и соавт. 2023 г. объединены 12 исследований с 3968 участниками разных возрастов. В сравнении отсроченного и немедленного назначения приём антибиотиков составил приблизительно 30 и 93% соответственно. Для многих симптомов существенных различий между стратегиями не установлено, но уверенность в оценке осложнений была ограничена [9].

Приведённые результаты не означают универсальной пригодности отсроченного рецепта. В обзоре участвовали дети и взрослые с различными инфекциями, поэтому величину эффекта нельзя без поправок переносить на любую категорию взрослых пациентов. Кроме того, частота приёма антибиотиков при стратегии без назначения была ниже, чем при отсрочке. Если отказ от антибиотика клинически обоснован, выдача рецепта «на всякий случай» не становится обязательной частью консультации [9].

Для применения любой выжидательной тактики принципиально важно согласовать доступный способ повторного обращения. Пациенту необходимо сообщить, какие изменения состояния требуют переоценки, куда обращаться и как действовать при быстром ухудшении. В медицинской документации полезно фиксировать содержание этих рекомендаций. Такой подход превращает наблюдение в управляемый процесс и позволяет проверить, было ли оно практически выполнимым.

В качестве основания для срочной переоценки следует рассматривать нарастающую одышку, нарушение сознания и быстрое ухудшение общего состояния. У пациентов с повышенным риском неблагоприятного исхода порог очного осмотра должен быть ниже [8]. Предложение отсроченного лечения не должно заменять своевременное направление пациента для дополнительного обследования или неотложной помощи.

Выбор антибиотика и оценка назначений

После установления показаний возникает отдельная задача выбора препарата и режима терапии. Руководство ВОЗ AWaRe систематизирует антибактериальные средства по категориям Access, Watch и Reserve и содержит

рекомендации для распространённых инфекций [10]. Классификация помогает анализировать структуру потребления, однако не подменяет клиническую оценку. При наличии показаний препарат категории Watch может быть обоснован, а назначение средства Access при вирусной инфекции остаётся нерациональным.

Следовательно, высокая доля определённой категории антибиотиков должна служить поводом для разбора структуры диагнозов, факторов риска и доступных альтернатив. Недопустимо оценивать отдельного врача только по этому показателю. Для корректного сравнения необходимо учитывать состав пациентов, полноту документации и период наблюдения. Эти условия особенно важны при сопоставлении разных подразделений или медицинских организаций.

Ю. А. Белькова, С. А. Рачина и Р. С. Козлов в методологической работе 2026 г. рассматривают количественную и качественную оценку применения системных антимикробных препаратов, включая соответствие рекомендациям и динамический мониторинг [11]. В амбулаторном звене это позволяет перейти от подсчёта рецептов к анализу причин назначения. Для локального аудита предлагается набор показателей, представленный в таблице 1. Это авторская схема оценки, а не результаты проведённого исследования.

Таблица 1. Предлагаемые показатели локального аудита антибиотикотерапии

Table 1. Proposed indicators for a local antibiotic prescribing audit

Показатель	**Способ расчёта**	**Условие интерпретации**
Назначения при неосложнённой ОРВИ	Случаи с антибиотиком / все случаи неосложнённой ОРВИ × 100%	Проверить сопутствующий бактериальный диагноз
Документированное обоснование	Назначения с указанными показаниями / все назначения × 100%	Наличие записи не доказывает её клиническую корректность
Соответствие рекомендациям	Соответствующие назначения / все проверенные назначения × 100%	Оценивать показание, препарат, дозу и длительность

Показатель	Способ расчёта	Условие интерпретации
Структура AWaRe	Назначения каждой категории / все назначения антибиотиков × 100%	Учитывать диагнозы и клинические исключения
План повторной оценки	Случаи с планом наблюдения / случаи выжидательной тактики × 100%	Проверять доступность повторного обращения
Неблагоприятные исходы	Повторные неотложные обращения и госпитализации на 100 эпизодов	Заранее установить срок наблюдения; учитывать исходный риск

Примечание. Схема составлена на основе подходов к контролю назначений [2, 10, 11]. Клинические исходы отражают ассоциации и требуют отдельного разбора причин.

Для первого цикла аудита целесообразно определить ограниченный набор диагнозов и единый порядок отбора медицинских записей. Сопоставимые периоды должны охватывать сходные сезонные условия. После обсуждения выявленных причин можно повторить оценку по тем же правилам. Если одновременно менялись доступность диагностики, порядок маршрутизации или состав пациентов, эти обстоятельства необходимо учитывать при объяснении динамики показателей.

Ожидаемое уменьшение числа назначений не следует заранее считать доказанным улучшением. Более убедительным результатом будет повышение доли обоснованных решений при сохранении доступности необходимой терапии и отсутствии неблагоприятной динамики клинических исходов. Для проверки эффективности предложенной системы требуется отдельное проспективное исследование с заранее заданными критериями оценки.

Ограничения обзора

Целевой характер отбора литературы допускает пропуск релевантных работ и смещение акцентов. Часть доказательств получена в смешанных по возрасту группах и зарубежных системах здравоохранения; перенос результатов на взрослых пациентов российских поликлиник требует осторожности. Годы публикации систематических обзоров также не совпадают

с датами первичных исследований, включённых в них. Отсутствие статистически значимых различий по редким осложнениям не доказывает одинаковую безопасность стратегий во всех клинических группах.

Предлагаемые показатели аудита не проходили внешнюю валидацию. Обзор не позволяет рассчитать экономический эффект, установить оптимальную частоту повторных осмотров или оценить влияние изменений назначений на местный уровень резистентности. Эти задачи должны решаться при последующем исследовании с использованием данных конкретной медицинской организации.

Заключение

Рациональное применение антибиотиков при острых респираторных инфекциях у взрослых предполагает обоснование показаний, оценку тяжести заболевания и возможность повторного клинического контроля. Неосложнённая ОРВИ не служит основанием для антибактериальной терапии. Дополнительные тесты и отсроченное назначение могут поддерживать решение в определённых ситуациях, но требуют соблюдения границ применимости доказательств.

На уровне медицинской организации приоритетом следует считать совместную оценку обоснованности назначений, соответствия терапии рекомендациям и клинических исходов. Предложенная схема аудита может использоваться как основа для разработки локального проекта улучшения качества. Её результативность и безопасность необходимо проверять до широкого внедрения.

Дополнительная информация

Конфликт интересов: Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: Работа выполнена без финансовой поддержки. Финансирование публикации отсутствует.

Вклад автора: Автор принимал непосредственное участие в разработке концепции обзора, поиске, отборе и анализе научной литературы, подготовке рукописи, а также утвердил окончательную версию статьи.

Этические аспекты: Работа представляет обзор опубликованных источников. Собственные исследования с участием людей или животных не проводились; персональные данные пациентов не использовались.

Additional information

Competing interests: The author declares no competing interests.

Funding: This work was conducted without financial support. No funding was received for publication.

Author contribution: The author was directly involved in developing the review concept, searching, selecting and analyzing the scientific literature, preparing the manuscript, and approving the final version of the article.

Ethics: This is a review of published sources. No original research involving humans or animals was conducted, and no individual patient data were used.

Библиографический список

1. World Health Organization. Global antibiotic resistance surveillance report 2025. Geneva: World Health Organization; 2025. Available at: https://www.who.int/publications/i/item/9789240116337. Accessed: 04.11.2026.

2. Белькова ЮА, Рачина СА, Козлов РС, и др. Практика назначения антимикробных препаратов амбулаторным пациентам с инфекциями дыхательных путей в различных регионах Российской Федерации. Пульмонология. 2026;36(4):620–633. [Belkova YuA, Rachina SA, Kozlov RS, et al. Antimicrobial prescribing practices for outpatients with respiratory tract infections in different regions of the Russian Federation. Pulmonologiya. 2026;36(4):620–633 (in Russian)]. doi:10.18093/0869-0189-2026-36-4-620-633

3. Российское научное медицинское общество терапевтов; Национальная ассоциация специалистов по инфекционным болезням имени академика В.И. Покровского. Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) у взрослых. Клинические рекомендации. 2025. ID 724_2. [Russian

Scientific Medical Society of Internal Medicine; National Association of Specialists in Infectious Diseases named after Academician V.I. Pokrovsky. Acute respiratory viral infections in adults. Clinical practice guidelines. 2025. ID 724_2 (in Russian)]. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/724_2. Дата обращения: 03.11.2026.

4. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Приказ от 18.03.2024 №127н «Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при острых респираторных вирусных инфекциях (ОРВИ) (диагностика и лечение)». [Ministry of Health of the Russian Federation. Order No. 127n of March 18, 2024 on the standard of medical care for adults with acute respiratory viral infections (diagnosis and treatment) (in Russian)]. Режим доступа: https://publication.pravo.gov.ru/document/0001202404230009. Дата обращения: 03.11.2026.

5. Kenealy T, Arroll B. Antibiotics for the common cold and acute purulent rhinitis. Cochrane Database Syst Rev. 2025;11(11):CD000247. doi:10.1002/14651858.CD000247.pub4

6. Centers for Disease Control and Prevention. Outpatient Clinical Care for Adults. 2024. Available at: https://www.cdc.gov/antibiotic-use/hcp/clinical-care/adult-outpatient.html. Accessed: 04.11.2026.

7. Smedemark SA, Aabenhus R, Llor C, et al. Biomarkers as point-of-care tests to guide prescription of antibiotics in people with acute respiratory infections in primary care. Cochrane Database Syst Rev. 2022;10(10):CD010130. doi:10.1002/14651858.CD010130.pub3

8. National Institute for Health and Care Excellence. Suspected acute respiratory infection in over 16s: assessment at first presentation and initial management. NICE guideline NG237. 2023. Updated September 2, 2025. Available at: https://www.nice.org.uk/guidance/ng237. Accessed: 04.11.2026.

9. Spurling GKP, Dooley L, Clark J, Askew DA. Immediate versus delayed versus no antibiotics for respiratory infections. Cochrane Database Syst Rev. 2023;10(10):CD004417. doi:10.1002/14651858.CD004417.pub6

10. World Health Organization. The WHO AWaRe (Access, Watch, Reserve) antibiotic book. Geneva: World Health Organization; 2022. Available at: https://www.who.int/publications/i/item/9789240062382. Accessed: 04.11.2026.

11. Белькова ЮА, Рачина СА, Козлов РС. Методологические подходы к оценке практики применения системных антимикробных препаратов. Клиническая фармакология и терапия. 2026;35(1):5–14. [Belkova YA, Rachina SA, Kozlov RS. Methodological approaches to assess the practice of systemic antimicrobials use. Klinicheskaya farmakologiya i terapiya. 2026;35(1):5–14 (in Russian)]. doi:10.32756/0869-5490-2026-1-5-14