

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

На правах рукописи

Захаренкова Полина Владимировна

Качественный сравнительный анализ практики применения антибиотиков населением различных регионов Российской Федерации

3.3.6. Фармакология, клиническая фармакология

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор РАН

Рачина Светлана Александровна

Москва – 2024

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.....	15
1.1 Социальное и экономическое бремя АМР	15
1.2 Концепция «Единое здоровье» с точки зрения рисков развития АМР	16
1.2.1 Использование АБ в животноводстве	17
1.2.2 Устойчивость к АБ в окружающей среде	18
1.2.3 Применение АБ человеком	18
1.2.3.1 Ненадлежащая практика назначения АБ врачами.....	18
1.2.3.2 Использование АБ без рецепта врача	19
1.2.3.3 Отпуск АБ в аптеке без рецепта врача	21
1.2.3.4 Недостаточный уровень знаний населения об АБ	22
1.2.3.5 Влияние пандемии COVID-19	26
1.3 Доминирующие методы исследований в области здравоохранения	29
1.3.1 Сравнение качественного и количественного исследования	29
1.3.1.1 Понятие	31
1.3.1.2 Цель исследования	31
1.3.1.3 Формулирование гипотезы	31
1.3.1.4 Позиция исследователя.....	32
1.3.1.5 Выборка исследования	32
1.3.1.6 Методы сбора данных.....	34
1.3.1.7 Формат данных.....	37
1.3.2 Валидность качественных исследований	38
1.3.3 Применение и актуальность качественных исследований в области здравоохранения	40
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	44
2.1 География исследования.....	44
2.2 Исследуемая популяция и критерии включения	45
2.3 Методы отбора респондентов	48

2.4 Сбор данных	49
2.5 Обучение интервьюеров.....	51
2.6 Анализ данных.....	51
2.7 Этические аспекты	52
2.8 Внешнее финансирование	53
2.9 Благодарность	53
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ	54
3.1 Характеристика участников исследования	54
3.2 Описание ситуации, явившейся поводом применения АБ.....	56
3.2.1 Симптомы заболевания и их длительность	56
3.2.2. Причины самолечения АБ.....	57
3.2.3 Причины обращения к врачу	59
3.3 Процесс, предшествующий решению обратиться к врачу или самостоятельно начать терапию АБ	60
3.3.1 Влияние интернета на поведение в отношении АБ	60
3.3.2 Влияние окружения на поведение в отношении АБ	61
3.3.3 Хранение и использование АБ из домашней аптечки	63
3.4 Процесс, последовавший за решением обратиться к врачу.	65
3.4.1 Ожидание респондента.....	65
3.4.2 Проведение консультации врачом	65
3.4.3 Удовлетворенность процессом выписки АБ.....	66
3.5 Инициация АБТ	67
3.5.1 Принятие решение о выборе АБ в группе респондентов с рецептурным назначением.....	67
3.5.2 Принятие решения о выборе АБ в группе респондентов без рецепта врача.	67
3.5.3 Наиболее часто применявшиеся АБ	69
3.6 Процесс покупки АБ.....	72
3.6.1 Выбор аптеки.....	72
3.6.2 Ожидания от посещения аптеки.....	72
3.6.3 Процесс приобретения АБ.....	73

3.6.3.1 Покупка АБ по рецепту врача	73
3.6.3.2 Покупка АБ без рецепта врача	74
3.6.4 Удовлетворенность процессом покупки АБ	77
3.7 Общие положения по использованию АБ	78
3.7.1 Оценка типичности описываемого случая респондентами без рецепта	78
3.7.2 Оценка типичности описываемого случая респондентами с рецептом	78
3.8 Знания и отношение к АБ	79
3.8.1 Источники информации об АБ	82
3.9 Влияние пандемии COVID-19 на практику применения АБ	83
ГЛАВА 4. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ	86
ВЫВОДЫ	103
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	105
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	106
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	107
ПРИЛОЖЕНИЕ А	143
ПРИЛОЖЕНИЕ Б	155
ПРИЛОЖЕНИЕ В	163

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Устойчивость к антимикробным препаратам (АМП) является глобальной проблемой всего человечества и признана Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) одной из десяти важнейших угроз общественному здравоохранению [35]. Наблюдается рост числа стран, вовлеченных в борьбу с антимикробной резистентностью (АМР), поскольку скорость ее распространения может нивелировать достижения современной медицины [34]. Несмотря на принимаемые меры, развитие АМР по-прежнему приводит к росту заболеваемости и смертности от инфекций, а также существенным экономическим потерям [60,79,120]. Инфекции, вызванные устойчивыми к антибиотикам (АБ) бактериями, в 2019 году стали непосредственной причиной 1,27 миллиона смертей во всем мире [104]; по оценочным данным Aslam и соавт., эта цифра будет неуклонно расти и к 2050 году достигнет 10 миллионов смертей [36,203]. В докладе Организации экономического сотрудничества и развития сообщается о прогнозируемом росте ежегодных затрат связанных с АМР в Европе, Северной Америке и Австралии, которые могут составить 3,5 млрд. долларов США [120].

К факторам, способствующим распространению АМР, относятся избыточное назначение АБ в медицине и ветеринарии, применение одних и тех же классов препаратов у человека и животных, их нерациональное использование в животноводстве, в том числе в качестве стимуляторов роста [16,132,270,272].

Кроме того, в Российской Федерации (РФ) и странах Европейского региона ВОЗ широко распространена практика самолечения АБ, которая подкрепляется возможностью их приобретения в аптечных учреждениях без рецепта врача [37,41]. Во время пандемии COVID-19 ситуация стала еще более серьезной в связи с увеличением числа нерациональных назначений АБ [65,276].

В РФ не всегда соблюдаются условия продажи системных АБ как строго рецептурного класса лекарственных средств (ЛС) несмотря на существование

четко сформулированных норм в законодательстве страны. Это способствует формированию неграмотного отношения к АБ медицинских работников, провизоров и населения [58,139,228].

Сдерживание селекции устойчивых к АБ бактерий является одной из приоритетных задач здравоохранения РФ, как и многих других стран [209]. Так, в 2017 и 2020 гг. правительством России были утверждены Национальная стратегия по предотвращению распространения АМР и план ее реализации [19]. Разработаны различные клинические рекомендации, направленные на формирование грамотной стратегии использования АМП врачами при наиболее распространенных инфекциях [9].

В РФ существует определенный опыт положительного влияния образовательных инициатив и административных вмешательств на практику использования АБ [3,4]. Однако, их основным вектором являлось воздействие на медицинское сообщество, в частности, обеспечение врачей амбулаторно-поликлинических учреждений средствами экспресс-диагностики инфекционных заболеваний, предоставление информационных материалов по оптимизации процесса постановки диагноза и выбора адекватной антибактериальной терапии (АБТ), регулирование закупок АМП и др. Данные исследований свидетельствуют о сохраняющихся высоких темпах распространения полирезистентных возбудителей инфекций среди стационарных и амбулаторных больных [8,14,151]. Это определяет целесообразность более активного вовлечения в информационно-образовательные мероприятия, направленные на сокращение нерационального использования АМП и сдерживание развития устойчивости к АБ, как врачей различных специальностей, так и другие целевые аудитории, в том числе население. Однако, на этапе разработки будущих инициатив для выявления эффективных рычагов воздействия на данную целевую группу необходимо детально, углубленно изучить мотивацию пациентов к использованию АБ, в том числе в качестве самолечения, с акцентом на их знания, отношение к АБ и АМР и факторы, формирующие определенные стратегии поведения.

Степень разработанности темы исследования

Основанием для диссертационного исследования явилось отсутствие данных о причинах, лежащих в основе необоснованного применения и самолечения АБ населением РФ, изучив которые можно было бы с высокой эффективностью воздействовать на выявленные особенности поведения, знания и отношение к АБ.

Количественные исследования, проводимые в данной области, подробно описывают паттерны нерационального применения АБ, однако недостаточно эффективны для изучения причин, лежащих в основе такой практики [45,70,187]. Исследования зарубежных коллег свидетельствуют о том, что исследование качественных данных является наиболее подходящим методом для изучения подобных аспектов, поскольку способно детально проанализировать ситуации, при которых АБ назначаются, приобретаются и применяются [134,137,139].

В России проведено два исследования качественны данных, направленных на оценку практики применения АБ населением страны [58,139]. В одном из них РФ, наряду с другими странами, являлась одним из участников крупного проекта по изучению практики применения АБ в Восточноевропейском регионе. В рамках второго проекта исследовались аспекты, связанные с поведением в отношении использования АБ в Северо-Западных регионах России. Таким образом, данные работы имеют ряд существенных недостатков: ограниченную выборку, локальную географию проекта, что существенно затрудняет использование полученных результатов в контексте всей страны.

Учитывая тот факт, что устойчивость к АМП является одной из самых острых проблем современности, несущей биологические и экономические угрозы для всех стран мира, становится очевидной важность глубинного понимания аспектов, лежащих в основе чрезмерного, нерационального применения АБ населением РФ в контексте разработки на основе выявленных закономерностей будущих эффективных мероприятий по борьбе с данной глобальной угрозой.

Цель исследования

Целью данного исследования является определение причин, лежащих в основе нерационального применения и практики самолечения АБ населением различных регионов РФ.

Задачи исследования

1. Проанализировать практику использования АБ населением различных регионов России, приобретаемых по рецепту и с целью самолечения.
2. Исследовать аспекты, оказывающие влияние на принятие решения о начале АБТ и выборе конкретного АБ населением России.
3. Выявить факторы, определяющие возможность использования АБ без рецепта врача.
4. Исследовать уровень знаний населения России об АБ и источники информации для их получения.
5. Оценить влияние пандемии COVID-19 на практику применения и отношение населения России к АБ.

Научная новизна

Данное диссертационное исследование является первым исследованием качественных данных, направленным на изучение глубинных процессов, приведших к формированию существующей практики использования АБ населением различных регионов РФ.

В рамках исследования показано, что одной из причин распространенной практики самолечения АБ является недостаточно эффективная организация оказания амбулаторной помощи взрослым пациентам, затрудняющая своевременное обращение к врачу.

Установлена взаимосвязь между практикой самолечения и возможностью

приобретения АБ в аптеках без рецепта врача.

Выявлен низкий уровень знаний или неверное представление населения об эффектах АБ, приводящее к их необоснованному и нерациональному применению.

Впервые в РФ в рамках исследования качественных данных проанализировано влияние пандемии COVID-19 на практику использования АБ населением различных регионов РФ и ожидания от их применения.

Теоретическая и практическая значимость работы

В результате диссертационного исследования определены общие причины и региональные особенности, лежащие в основе самолечения АБ в РФ.

Выявлена распространенная практика несоблюдения провизорами требований рецептурной продажи АБ и мотивы, побуждающие их к этому. Изучены основные источники информации об АБ и влияние информационно-просветительских кампаний на уровень осведомленности населения об АБ и проблеме АМР.

Продемонстрировано негативное влияние пандемии COVID-19 на практику использования АБ населением, что обусловлено снижением доступности медицинской помощи, страхом инфицирования и необоснованными ожиданиям от их назначения.

Полученные данные могут быть использованы при разработке комплекса организационных и образовательных мер, направленных на улучшение доступности медицинской помощи, прекращение безрецептурного отпуска АБ и формирование ответственного отношения к применению АБ.

Разработанный интернет-портал www.pro-antibiotics.ru направлен на повышение уровня знаний лиц без медицинского образования о механизме действия, показаниях к применению АБ, методах диагностики и вариантах симптоматического лечения наиболее распространенных респираторных инфекций.

Методология и методы исследования

Диссертационная работа представляла собой многоцентровое сравнительное исследование качественных данных, проводимое в формате полуструктурированного интервью. В исследовании приняли участие 300 респондентов в возрасте от 18 до 74 лет, которые применяли АБ любой группы для лечения подтвержденного или вероятного инфекционного заболевания в течение 3-х месяцев, предшествующих исследованию.

Исследовательская работа проведена согласно Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека» с поправками 2013 г.

Проведение исследования одобрено Независимым этическим комитетом при ФГБУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, протокол №238 от 23.12.2021 г. Внесение дополнительных вопросов в план проведения интервью одобрено Независимым этическим комитетом при ФГБУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, протокол №239 от 08.02.02.2022 г. Исследование одобрено Локальным этическим комитетом ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), выписка из протокола № 24–23 от 07.12.2023 г.

Основные положения, выносимые на защиту

- Применение АБ населением России не является оптимальным и характеризуется высокой распространенностью самолечения; формированию такой практики способствует недостаточно эффективная организация амбулаторной медицинской помощи, затрудняющая своевременное обращение к врачу.
- На принятие решения о начале АБТ и выборе конкретного АБ без

рецепта врача существенное влияние оказывает ближайшее окружения пациента, в некоторых регионах РФ – сеть Интернет.

- Безрецептурный отпуск АБ в аптечных учреждениях страны широко распространен; пациенты могут оказывать давление на провизора/вводить его в заблуждение с целью приобретения АБ для самолечения.
- Существующий уровень знаний населения России об эффектах АБ и негативных последствиях их использования не соответствует необходимому для формирования оптимальной стратегии их применения в обществе и профилактики распространения АМР.
- Пандемия COVID-19 способствовала увеличению частоты случаев самолечения АБ и закреплению ошибочного представления их эффективности при вирусных инфекциях.

Степень достоверности и апробация результатов работы

Необходимая степень достоверности представленных результатов обусловлена достаточной выборкой респондентов и высоким качеством данных, полученных в ходе интервью. С целью повышения достоверности результатов диссертационного исследования применялись следующие методики: рефлексивность, целенаправленная выборка, продолжительное взаимодействие, триангуляция. Выявленные результаты исследования неоднократно подвергались обсуждению с последующим их согласованием на серии дискуссионных встреч участников экспертной группы. Использованные методы анализа материалов диссертационного исследования соответствуют поставленным задачам. Практические рекомендации и выводы соответствуют полученным результатам, цели и задачам диссертационной работы.

Апробация работы состоялась на заседании кафедры госпитальной терапии №2 Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) 26.06.2024 г.

Ранее основные полученные результаты были представлены на XXIV международном конгрессе Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии 24–26 мая 2023 года (Москва, Россия), в рамках конкурса молодых ученых на III Конгрессе клинических фармакологов Казахстана с международным участием, посвященного 70-летию Юбилею лауреата Государственной премии РК, д.м.н., профессора Гуляева А.Е. 12–13 октября 2023 года (Актобе, Казахстан) и на Форуме молодых учёных, посвященный 300-летию РАН и 80-летию АМН СССР (РАМН) 18 апреля 2024 года (Москва, Россия).

Личный вклад автора

Автору принадлежит основная роль в выполнении работы на всех ее этапах. Автор принимал непосредственное участие в разработке общей концепции исследования, анализе литературы по изучаемой теме, разработке протокола исследования, отборе и организации обучающих онлайн-семинаров для интервьюеров, определении индивидуальных критериев включения респондентов на подготовительном этапе.

Автор диссертационной работы являлся координатором исследования на этапе сбора информации: контроль соответствия респондентов индивидуальным критериям включения, оценка полноты задаваемых вопросов, а также качества ответов респондентов, проверка соответствия транскрипции аудиозаписи интервью, соблюдение корректности заполнения отчетной документации центрами-участниками. Автор являлся членом группы экспертов, выполнивших трехэтапный комплексный анализ полученных данных. На основе результатов исследования автор выполнил направленный контент-анализ данных и сформулировал научные положения диссертации, выводы и рекомендации. Основные результаты исследования были представлены и опубликованы автором в виде научных публикаций и внедрены им в клиническую и исследовательскую практику.

Связь диссертации с основными научными темами

Диссертационная работа выполнена в соответствии с научно-исследовательской программой кафедры госпитальной терапии №2 Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет).

Утверждение темы диссертации осуществлено на заседании кафедры юспитальной терапии №2 Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) протокол №7 от 07.11.2023.

Внедрение результатов в практику

Основные результаты диссертационного исследования нашли практическое применение в научной и учебной деятельности кафедры госпитальной терапии №2 Института клинической медицины имени Н. В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), внедрены в лечебную работу ГБУЗ «Городская поликлиника № 64 ДЗМ», а также в научно-исследовательский и образовательный процессы ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» МЗ РФ.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Научные положения диссертации соответствует паспорту научной специальности 3.3.6. Фармакология, клиническая фармакология. Результаты проведенного исследования соответствуют направлению исследования специальности в соответствии с п 18. – фармакоэпидемиологические исследования, включая изучение структуры назначения лекарственных средств при профилактике и лечении различных заболеваний.

Публикации

По результатам диссертационного исследования автором опубликовано 4 печатные работы, из них 3 научных статьи в изданиях, индексируемых в международной базе Scopus, 1 публикация в сборнике материалов международного научного конгресса.

Объем и структура работы

Диссертационная работа изложена на 142 страницах машинописного текста, состоит из введения, 4 глав, которые содержат актуальный обзор литературы, материалы и методы исследования, результаты исследования и обсуждение полученного материала, выводы, практические рекомендации, список литературы. Работа иллюстрирована 8 таблицами, 8 рисунками, 3 приложениями. Библиографический указатель включает 295 работ, из них на русском языке 23 источника и 272 работы на английском языке.

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1 Социальное и экономическое бремя АМР

ВОЗ определяет термин «антибиотикорезистентность» как способность микроорганизмов противостоять действию антимикробных средств, в том числе АБ [33].

Цена АМР велика для здоровья и жизни людей, а также значима с точки зрения экономических последствий. По прогнозам Организации экономического сотрудничества и развития, 2,4 миллиона человек в Европе, Северной Америке и Австралии умрут от инфекций, вызванных резистентными микроорганизмами, в ближайшие 30 лет, и ежегодно это будет обходиться экономике в 3,5 млрд. долларов США [257]. Однако, выполнить точную оценку экономического ущерба, ассоциированного с развитием АМР, является крайне сложной задачей. Так, в качестве суррогатного критерия может использоваться оценка распространенности инфекций, ассоциированных с антибиотикорезистентными бактериальными возбудителями. Только в США нозокомиальные инфекции, вызванные устойчивыми к АБ возбудителями, ежегодно становятся причиной 99 тыс. смертей [147]. В 2006 году самыми распространенными из них стали пневмония и сепсис – причины около 50 тыс. летальных исходов, что составило 8-миллиардный ущерб для экономики США [116]. Инфицирование устойчивыми к АБ микроорганизмами увеличивает сроки госпитализации, вынуждая пациентов оставаться в больнице не менее 13 дней, что дополнительно прибавляет 8 млн. койко-дней ежегодно [106]. Сообщается, что затраты на лечение инфекций, вызванных устойчивыми к АБ бактериальными патогенами, достигают 29 тыс. долларов США на одного пациента [42]. В Европе, по оценкам экспертов, устойчивость к АБ ассоциируется с экономическими потерями на сумму более 9 миллиардов евро в год [167,218].

По данным американской корпорации исследований и разработок, если не будут предприняты соответствующие меры, в ближайшем будущем мир может остаться без эффективных АМП для лечения бактериальных инфекций. Это, в свою

очередь, приведет к еще более катастрофическим потерям, обусловленным летальностью: к 2050 году около 444 миллионов человек станут жертвами инфекций, вызванных устойчивыми возбудителями [42,110]. Однако, и представленные цифры, вероятно, не отражают реальную картину экономических издержек и социальных потерь связанных с АМР из-за ограниченности данных, в частности, отсутствия достоверной информации об использовании АБ в животноводстве и пищевой промышленности, которые в свою очередь, вносят большой вклад в селекцию резистентных микроорганизмов и, бесспорно, несут дополнительные экономические потери [86,179].

Исследователи, занимающиеся оценкой экономического ущерба от непрекращающегося роста темпов развития АМР, сходятся во мнении, что текущий анализ затрат имеет ограниченный характер и оценка фактического экономического бремени устойчивости к АБ в проспективных исследованиях не может быть полностью рассчитана без использования макроэкономических методов, внедрение которых на данный момент ограничено [94,277].

1.2 Концепция «Единое здоровье» с точки зрения рисков развития АМР

ВОЗ [207] и другие организации [208] определяют «One Health» или «Единое здоровье» как концепцию и подход к «разработке и реализации программ, политики, законодательных актов и исследований, в которых различные секторы взаимодействуют для достижения лучших результатов в области общественного здравоохранения». Таким образом, концепция «Единое здоровье» подразумевает под собой комплексный подход, направленный на сохранение здоровья людей, животных и экосистем путем признания их неразрывной связи.

Реализация инициативы «Единое здоровье» основана на трехстороннем альянсе между ВОЗ, Продовольственной и сельскохозяйственной организацией Объединенных Наций и Всемирной организацией по охране здоровья животных. В 2010 году были официально признаны компетенции данных организаций в рамках

предотвращения и контроля рисков для здоровья на стыке человек-животное-экосистема [67].

Устойчивость бактерий к АМП, наряду с вновь возникающими инфекционными заболеваниями, зоонозами пищевого происхождения, особенно актуально рассматривать под эгидой подхода «Единое здоровье» как угрожающее общественному здоровью и благополучию экосистем [207,255,271]. Среди основных факторов, способствующих распространению АМП, можно выделить:

- применение одних и тех же классов АБ у человека и животных, их нерациональное использование в животноводстве [61,274] (в том числе в качестве стимуляторов роста [198,200]);
- распространенная практика нерационального применения АБ человеком [16,35,41], ставшее особенно популярным во время пандемии COVID-19 [65,276];
- загрязнение окружающей среды в результате неадекватной обработки промышленных, бытовых и сельскохозяйственных отходов [127].

1.2.1 Использование АБ в животноводстве

Масштабная и растущая практика использования АМП в животноводстве является следствием большого спроса на животный белок и вызывает серьезную обеспокоенность мирового сообщества в свете угрозы распространения АМП у человека и животных. Около 73% АМП, продаваемых во всем мире, используется у животных, выращиваемых для пищевой промышленности [274], что превышает их потребление человеком во многих странах [61]. Попыткой урегулировать потребление АБ в животноводстве в Европе стало определение максимально допустимого количества АМП на килограмм животного – 50 мг/кг [274]. Данный порог был выбран в качестве потенциальной цели для глобального регулирования использования АБ в ветеринарии, поскольку часть европейских стран сохраняют высокий уровень производительности в секторе животноводства, не превышая данный показатель. Стоит отметить, что выбранный показатель составляет менее

половины нынешнего среднего мирового количества потребления АМП в данной сфере.

Особую нишу занимает повсеместное применение АБ в качестве стимуляторов роста [198,200]. В связи с чем в 2006 году введены ограничительные меры на их использование в странах ЕС [95], которые действуют с 2017 года в США [62] и с 2020 года – в Китае [126]. Кроме того, в докладе Генеральному секретарю ООН предлагалось полностью исключить АБ, стимулирующие рост, из животноводческого производства [130].

1.2.2 Устойчивость к АБ в окружающей среде

Окружающая среда представляет собой обширный резервуар устойчивых организмов и связанных с ними генов устойчивости (ГУ). Крупные резервуары резистентности и остаточных АМП встречаются в воде, почве, и во многих других экологических нишах не только из-за резистентных бактерий, существующих тысячелетиями [99,215], но и вследствие загрязнения окружающей среды сточными водами, отходами фармацевтической промышленности и продуктами жизнедеятельности скота с ферм [67,180]. Так, Larsson и соавт. в своем исследовании продемонстрировали выраженное загрязнение АБ акваторий [157], что связанные с ними отложения в сравнении с незагрязненными участками в больших концентрациях содержат ГУ и бактерии с множественной лекарственной устойчивостью [47,92,149,158,210,242]. Также ГУ к АБ регулярно идентифицируются в образцах воздуха в местах с интенсивным использованием АБ, таких как фермы [96,97].

1.2.3 Применение АБ человеком

1.2.3.1 Ненадлежащая практика назначения АБ врачами

Текущая мировая практика необоснованного назначения АБ врачами

подвергает пациентов риску возникновения побочных эффектов и способствует развитию лекарственной устойчивости у возбудителей инфекций [2,93,199,239,267].

Следовало ожидать, что вклад врачебной практики, а именно ошибочных назначений АБ, в развитие АМР является минимальным. Однако, опубликованные данные свидетельствуют об обратном – количество назначений АБ врачами является чрезмерным, а выбор в конкретной клинической ситуации не всегда рациональным [93,112,183]. Подобная нерациональная стратегия широко распространена как в стационарах, так и в амбулаторной практике разных стран, включая РФ [15,16,84,135,267]. При лечении амбулаторных пациентов наиболее высокая частота необоснованных назначений АБ приходится на респираторные инфекции [93,250], поскольку в данном случае этиологически значимыми агентами, как правило, являются вирусы [71,216]. В частности, острый бронхит вызывается в 90% респираторными вирусами и лишь небольшой процент ассоциируется с бактериальными возбудителями (*Mycoplasma pneumoniae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Bordetella pertussis* и др.). Поэтому назначение АБ не является рациональной стратегией лечения в данном случае [10]. Однако, в исследовании Балабановой и соавт. было продемонстрировано, что 90,8% пациентам с острым бронхитом был назначен по крайней мере один АБ [2].

По данным многоцентрового исследования, проводимого в РФ с 2014 по 2018 год, было выявлено, что режим стартовой АБТ тяжелой внебольничной пневмонии соответствовал российским рекомендациям только в 37,6% случаях [5]. Данный показатель является недопустимо низким, однако более ранние работы свидетельствуют о наметившейся положительной тенденции. Так, в 2009 году в рамках многоцентрового фармакоэпидемиологического исследования частота соблюдения российских рекомендаций была еще ниже и составляла 14,7% [15].

Другими распространенными причинами необоснованного назначения АБ являются инфекции мочевых путей (ИМП) [114,266] и инфекции кожи и мягких тканей [135,252]. По данным Kim и соавт., соответствие рекомендациям по терапии неосложненных ИМП, с учетом выбора конкретного АБ, дозировки,

частоты и длительности курса лечения, составило лишь 33,9% [144]. Согласно исследованию Hurley и соавт., 46% случаев применения АБ при неосложненных инфекциях кожи и мягких тканей было необоснованным, за счет использования АБ с широкой грамотрицательной активностью (4%), комбинированной терапии (12%) чрезмерной длительностью курса лечения (42%) [128].

В Великобритании и других европейских странах необоснованное назначение АБ и ожидания пациентов в отношении АБТ определены как важные источники АМР [171,214], что подчеркивает глобальную роль данного явления в рамках селекции устойчивых к АБ бактерий.

1.2.3.2 Использование АБ без рецепта врача

Наибольший вклад в развитие АМР, по мнению экспертов, вносит неконтролируемое использование АБ населением всех стран без предварительной консультации с врачом [172,281,286]. Согласно данным исследователей, процент пациентов, занимающихся самолечением АБ в ЕС в 2009 году оценивался примерно в 5% и увеличился до 7% в 2016 году. Самые высокие показатели распространенности самолечения АБ можно отметить в странах южной Европы, таких как Испания (30%), Греция (20%), Румыния (16%) и Кипр (14%) [168]. Если сделать акцент на европейском регионе ВОЗ и англосаксонских странах, там наиболее высокие показатели были обнаружены в Центральной Америке (19%) и Республике Македония (17,8%) [197,260]. Напротив, в таких европейских странах, как Швеция и Словакия, регистрируется самый низкий уровень безрецептурного применения АБ – 2 и 3%, соответственно [256]. Представленные цифры демонстрируют, что самолечение АБ – серьезная проблема как для развивающихся, так и для развитых стран [111].

По данным систематического обзора Lescure и соавт., включавшего 54 исследования из 44 европейских и англосаксонских стран, выделено несколько основных факторов, способствующих применению АБ без рецепта врача [162]:

- хранение АБ в домашних аптечках и последующее их использование

для лечения без консультации со специалистом [28,52,186,190,259,294].

- трудности с доступом к медицинской помощи [30,201,212], в том числе в связи с нехваткой времени для посещения специалиста [30,52,201,232];
- наличие положительного опыта самолечения АБ [30,113,140,232,248,294];
- влияние окружения: советы от провизора или знакомых без медицинского образования о выборе конкретного АБ для лечения [30,194,201,212,232].

К факторам, способствующим самолечению АБ в странах с низким уровнем дохода, по данным различных источников, относятся безрецептурная продажа АБ [154], высокая стоимость медицинских услуг, низкая квалификация практикующих врачей [247] и ошибочные представления об эффектах АМП [233].

Также есть данные, свидетельствующие о распространенной практике самолечения АБ среди иммигрантов (преимущественно латиноамериканских иммигрантов в США) [125,152,156,175–177,273], которые, в свою очередь, чаще всего используют их для лечения симптомов инфекций верхних дыхательных путей [69,177]. Обоснованием этому могут быть: трудности с получением медицинской помощи, языковой барьер и возможность использования АБ, незаконно импортированных из родной страны.

1.2.3.3 Отпуск АБ в аптеке без рецепта врача

Важным аспектом, определяющим самолечение АМП как действующую практику во многих странах мира, является возможность их приобретения в аптеке без рецепта врача.

В РФ на законодательном уровне определены условия отпуска АБ в аптеках, а именно, обязательным является наличие действующего рецепта от врача. Правила продажи безрецептурных и рецептурных препаратов регламентирует Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24.11.2021 № 1093н [13]. За нарушение данного закона и продажу рецептурных препаратов, в частности системных АБ, без

рецепта предусмотрена административная ответственность в виде штрафа или приостановление деятельности аптеки, так как это является грубым нарушением лицензионных требований.

Однако, по результатам российских исследований, данное требование не всегда соблюдается на территории страны, что, безусловно, способствует формированию неправильного поведения населения в отношении АМП [7,41,46,229,231] и, вероятно, является потенциальной причиной роста распространенности полирезистентных возбудителей инфекций.

Для определения модели поведения провизоров в отношении безрецептурного отпуска АБ часто используются исследования с привлечением симулированных пациентов. В Каталонии (Испания) было выполнено исследование, в рамках которого симулированный пациент посетил 197 аптек, не имея при этом соответствующего рецепта: АБ были получены в 79,7% случаев при моделировании инфекции мочевыводящих путей, в 34,8% – при симуляции симптомов острого тонзиллофарингита и в 16,9% – острого бронхита [57]. В Греции и Бразилии при посещении аптек и воспроизведении симптомов риносинусита АБ удалось приобрести в 70% и в 58% аптек, соответственно [68,280]. Еще более плачевная ситуация отмечается в Албании, где АБ были доступны без рецепта в 80% аптек [123].

Причинами столь лояльной практики отпуска рецептурных препаратов могут быть следующие. За последнее десятилетие отношения между медицинскими работниками и пациентами претерпели определенные изменения, в том числе из-за роста глобального потребления АБ и информации доступной в сети Интернет. Преимущественно негативную окраску, согласно систематическому обзору, приобрели отношения «пациент-провизор» [101,238]. Поскольку именно работники аптек испытывают наибольшее давление со стороны пациентов, которые угрожают обратиться в другую аптеку, если АБ не будет отпущен без рецепта [30,52,101,238]. В подтверждение этому, по данным исследования, оценивающего доступность АБ в общественных аптеках Бразилии, в 74% случаев они были проданы по настоянию покупателей [280].

Пациенты не только становятся более требовательными, они также рассматривают АБ как легкодоступные препараты, которые можно беспрепятственно приобрести в любое время. Стремление пациентов к самолечению АБ становится еще более сильным, если они ассоциируют данную группу ЛС как необходимые лекарства в данном клиническом случае при отсутствии осведомленности о возможных нежелательных лекарственных реакциях (НЛР) [83,119]. Это особенно актуально среди мигрантов, в частности, из азиатских или африканских стран [166,178]. Учитывая рост глобальной миграции, количество пациентов в Европе, которые придерживаются этих ошибочных убеждений и оказывают давление на медицинских работников, будет неуклонно увеличиваться.

1.2.3.4 Недостаточный уровень знаний населения об АБ

Низкая информированность населения о механизме действия АБ и возможных НЛР, принципах, лежащих в основе формирования АМР, способствуют чрезмерному, необдуманному использованию АМП в обществе. Изучению осведомленности населения об АБ уделяется большое внимание исследователями из разных стран, однако, несмотря на существенные различия между социокультурными факторами, доступностью медицинской помощи и экономическим благосостоянием данных стран, прослеживаются общие негативные тенденции.

Опубликованные данные, свидетельствуют о том, что мужчины, иностранные граждане и лица с более низким уровнем образования имеют худшие знания об АБ и АМР [241]. Также большинство исследований, преимущественно южноевропейских стран, показали, что отсутствие знаний о рациональном использовании АБ неуклонно ведет к увеличению случаев самолечения [30,52, 111, 190,212,232]. В частности, это связано с увеличенным спросом на АБ для лечения инфекций верхних дыхательных путей (ИВДП), которые являются одной из самых частых причин обращения к врачу общей практики, и, как правило, вызываются

вирусами, а значит, не требуют применения АБ [48].

Одним из самых востребованных источников получения знаний об АБ является сеть Интернет, представляющая собой простое и общедоступное средство коммуникации и информационный ресурс, особенно среди молодежи. Сеть Интернет часто используется для поиска информации об АБ, об этом свидетельствует работа Mikołaj и соавт. продемонстрировавшая значительный рост поисковых запросов пользователей Google об АБ в период с 2014 по 2019 годы [188].

С целью повышения уровня знаний об АБ и просвещения населения о существующей проблеме АМР, наибольшее число стран избирают путь проведения крупномасштабных социальных проектов [234].

В 1990-х годах одна из первых национальных кампаний Исландии по сокращению назначения АБ, действительно, привела к снижению использования данной группы препаратов и количества резистентных к пенициллину *Streptococcus pneumoniae* [150]. С тех пор было проведено множество других информационных кампаний, но опубликованных данных об их влиянии и оценке их эффективности недостаточно.

В Европе наиболее известные национальные кампании для населения проводились в Великобритании, Бельгии и Франции. На данный момент лучше всего представлены доказательства взаимосвязи национальной кампании и значимого сокращения использования АБ в Бельгии, где результатом ежегодных кампаний в средствах массовой информации стало снижение назначений АБ на 36% в периоды с 1999 по 2000 и с 2006 по 2007 гг. [108]. Данные кампании были ориентированы как на население, применяющее АБ, так и врачей, их назначающих. Кампании проходили под лозунгами: «Принимайте АБ редко, но по показаниям», «Берегите АБ – они могут спасти вашу жизнь» и «Обсудите с врачом, обсудите с фармацевтом». Коммуникация с населением осуществлялась с использованием телевидения, радио, размещения в общественных местах плакатов и брошюр, а вовлекаемому медицинскому и фармацевтическому сообществу (врачи общей практики, педиатры, пульмонологи, отоларингологи и провизоры) были

предоставлены различные руководства по рациональной АБТ и информационные материалы для пациентов [109].

В рамках более поздней инициативы, властями Бельгии в течение трех месяцев зимы на протяжении трех последовательных лет проводилась информационная кампания, ориентированная на население. В ней использовались разнообразные каналы коммуникации (распространение буклетов, размещение плакатов в общественных местах, освещение в телевизионных рекламных роликах в прайм-тайм и на различных веб-сайтах) и освещалась как общая информация о рациональном применении АБ, так и ответы на конкретные вопросы населения [44]. Анализ результатов показал значимое снижение использования АБ уже после первого этапа кампании [43,66].

В 2002 году во Франции была начата продолжительная национальная кампания под названием «Keep Antibiotics Working» с реализацией мероприятий, ориентированных как на население (с использованием различных печатных материалов и рекламы на телевидении), так и на врачей общей практики (личные встречи, предоставление экспресс-тестов для диагностики стрептококковой инфекции). Результатом стало сокращение использования АБ за трехлетний период, а также, по данным опроса населения, выявлено повышение уровня знаний об АБ и их роли для общественного здоровья [109].

В Великобритании две национальные инициативы, обе из которых были начаты в 1999 году, оказались менее успешными, чем аналоги в Бельгии и Франции. Первая кампания, которая называлась CATNAP (Campaign on Antibiotic Treatment and National Advice to the Public), была ориентирована как на пациентов, так и медицинских работников. По оценкам экспертов, она оказалась неэффективной [213]. Вторая национальная кампания в Великобритании, в которой «Andybiotic» выступал в роли анимационного персонажа, скандирующего лозунг «Don't wear me out», была ориентирована на молодых женщин и матерей. И в данном случае анализ результатов показал, что вовлеченность целевых групп оказалась низкой, при этом удалось очень незначительно повысить уровень осведомленности о проблеме АМР [186,287].

Опубликованы данные о проведении национальных информационных кампаний в Австралии и Новой Зеландии. В 2001 году в Австралии стартовала четырехлетняя кампания, инициированная Национальной службой назначения лекарств. В течение зимних месяцев с целью информирования населения и медицинских работников о рациональном использовании АБ при ИВДП использовался широкий круг каналов коммуникации (реклама в общественных местах, телевидение, радио, печатные издания и др.). Представленные результаты проведения данной кампании показали умеренные положительные изменения в осведомленности о проблеме АМР, поведении и отношении потребителей к АБ при их применении для лечения ИВДП [288].

В Новой Зеландии в течение нескольких лет с 1999 года проводилась кампания «Wise Use of Antibiotics», распространение информации в рамках которой осуществлялось с использованием плакатов в залах ожидания в аптеках и листовок для пациентов в центрах первичной медико-санитарной помощи. При анализе результатов оказалось, что в период проведения кампании использование АБ снизилось, однако данные опроса показали, что осведомленность о принципах рационального применения АБ не изменилась [77].

1.2.2.5 Влияние пандемии COVID-19 на практику применения АБ населением

Неоднократно подчеркивалась обеспокоенность ростом АМР в контексте COVID-19 [65,202]. ВОЗ 11 марта 2020 года было официально объявлено о пандемии COVID-19, которая привела к огромным человеческим потерям и существенным изменениям в системах здравоохранения во всем мире [80]. А совокупность воздействия COVID-19 и АМР можно назвать глобальным кризисом общественного здравоохранения XXI века.

В период пандемии COVID-19, согласно опубликованным данным, регистрировались противоположные тенденции в потреблении АБ. Так, в амбулаторной практике, преимущественно, отмечалось снижение использования АБ, а в условиях стационаров фиксировались как рост потребления АБ, так и

снижение частоты назначений.

Европейская сеть надзора за потреблением АМП (ESAC-Net), координируемая ECDC, собирает данные о потреблении АБ населением в 28 странах ЕС и Европейской экономической зоны (ЕЭЗ) [90]. Согласно ее данным, во время пандемии COVID-19 наблюдалось общее снижение потребления АБ [121], при том, что потребление АБ в ЕС/ЕЭЗ в течение 20 лет было относительно стабильным [56]. В Италии в течение анализируемого периода с 2019 по 2020 год отмечалось снижение амбулаторного потребления АБ на 28% [268]. По данным испанского исследования Alzueta и соавт., при сравнении второго квартала 2020 и 2019 гг. отмечено снижение потребления АБ на 39% и не выявлено значимых сезонных колебаний в использовании данного класса препаратов [27].

В Великобритании тенденция к снижению использования АБ наблюдалась и до начала пандемии коронавирусной инфекции, которая еще больше снизилась к марту 2020 года и сохранялась низкой в течение зимы, в отличие от сезонности в назначении АБ, характерной для данного периода [29,293]. В США применение АБ сократилось на 26,8% в период с марта по декабрь 2020 года по сравнению с тем же периодом в 2017–2019 годах [118]. Опубликованы данные о снижении назначений АБ в Канаде на 26,5% в период с марта по октябрь 2020 года [148], в Австралии – на 36% по состоянию на апрель 2020 года [102], в Южной Корее – на 14–30% по сравнению с тремя предыдущими годами [244].

Так, по данным исследователей, сокращение использования АБ коррелирует со снижением частоты ИВДП в период пандемии COVID-19 [102,244]. Как следствие, снижение применения АБ населением преимущественно связано с сокращением их использования для лечения ИВДП [27,29,102,148,244].

В свою очередь, очевидно, что причиной снижения заболеваемости ИВДП стало активное внедрение противоэпидемических мер вследствие распространения COVID-19, таких как социальное дистанцирование, использование средств индивидуальной защиты, изоляция, обработка рук, ограничение работы общественных мест и др.

Тем не менее, в России и Индии выявлена противоположная тенденция. В

период первого скачка заболеваемости COVID-19 в России зафиксирован рост потребления АБ, о чем свидетельствует увеличение на 13,5% продаж АБ с января по март 2020 года, сравнению с аналогичным периодом допандемического года [12]. В Индии значительный рост продаж АБ, преимущественно азитромицина, произошел во время пиковой фазы первой эпидемической волны COVID-19 [261].

Можно предположить следующие вероятные причины избыточного применения АБ в период пандемии COVID-19: в начале пандемии некоторые АБ (в частности, азитромицин) были включены в алгоритмы лечения пациентов, инфицированных SARS-CoV-2 [98]; сохраняется распространенная практика использования АБ для лечения ОРВИ как среди медицинских работников, так и населения, несмотря на их неэффективность в данном случае [17,139]; с началом пандемии возросла значимость провизоров в цепи поддержки системы здравоохранения, перегруженной лечением тяжелобольных пациентов [105,258,285]. В связи со сложностью записи к врачу, больные люди вынужденно обращались за медицинской помощью к провизорам для получения профессиональной консультации относительно лечения симптомов заболевания, которые в свою очередь рекомендовали АБ наиболее «популярные» в обществе [6, 231].

Практика использования АБ у госпитализированных пациентов с COVID-19 куда более тревожная. Данные, полученные в Великобритании, свидетельствуют о том, что более 80% пациентов с COVID-19 получали АБ [133]. Первые сообщения из Китая на основании обзора 100 случайных пациентов без сопутствующей бактериальной инфекции показали, что более 95% пациентов с COVID-19 получали АБ при поступлении, однако низкий уровень бактериальных ко-инфекций, зарегистрированный в данном исследовании, позволяет предположить необоснованность назначения АБ в большом проценте случаев [292]. В рекомендациях, опубликованных в Англии, утверждалось, что коинфекция бактериальными возбудителями встречается менее чем у 10% пациентов с COVID-19 [72].

1.3 Доминирующие методы исследований в области здравоохранения

Исследования в области здравоохранения – это систематические исследования, направленные на получение надежных данных по важным вопросам в области медицины. Одна из классификаций исследований в данной области предполагает их деление в зависимости от способов сбора данных и методов анализа, в таком случае исследования могут быть количественными или качественными. Термин «исследование качественных данных», а не «качественное исследование» является более точным и ёмким, именно поэтому используется автором диссертационной работы. В рамках исключения, в данном разделе применяется формулировка «качественное исследование», поскольку он посвящен прямому сравнению двух методологий: количественной и качественной. Количественные исследования основаны на статистическом анализе количественных данных, полученных, как правило, путем исследований и экспериментов, в то время как качественные исследования используют специальные методологии для анализа качественных данных, полученных посредством наблюдений и углубленных интервью [225].

Учитывая особенности и преимущества качественного исследования, которое активно используется для изучения целого ряда медико-социальных проблем во многих странах мира [243,262,275], именно оно является одним из ключевых подходов, позволяющих глубинно изучить причины, лежащие в основе формирования АМР.

В основе качественных и количественных исследований лежат различные способы изучения социальных явлений. Данные методологии, как правило, применяются индивидуально, однако, их сочетание становится все более популярным в последние годы [76]. Отдельные исследования качественных данных остаются относительно редкими в области здравоохранения, а количественная методология, по-прежнему, преобладает в исследовательской практике [64]. Это может быть причиной недостаточного уровня осведомленности об эффективности и значимости качественной методологии и в последующем

необоснованной компрометации результатов данных работ [64,145,249].

1.3.1 Сравнение качественного и количественного исследования

Более четкое представление о качественном исследовании можно получить, сравнив его методологию с количественным типом исследования. Далее будут рассмотрены и охарактеризованы основные отличительные черты качественного исследования от количественного. Учитывая отсутствие четкой систематизации в данном вопросе, материал (или сведения), представленный(ые) в Таблице 1, является совокупностью информации из различных литературных источников [23,20,39,75,79,82,117,122,136,254].

Таблица 1 – Сравнительная характеристика качественного и количественного исследований

Характеристика	Качественное исследование	Количественное исследование
Понятие	В переводе с латинского «quale» означает свойство, особенность, характерная черта	В переводе с латинского «quantum» означает количество, доля, часть
Цель	Понять изучаемое явление (случай, процесс), описать опыт, отношение, восприятие	Изучить распространенность, инцидентность явления, выявить наличие связей между признаками
Формулирование гипотезы	По мере накопления данных	До начала сбора данных
Позиция исследователя	Соучаствующий участник	Сторонний наблюдатель

Выборка исследования	Маленькая, неслучайная	Большая, репрезентативная
Методы сбора данных	Интервью, наблюдение	Тесты, анкеты
Формулирование вопросов	Открытые вопросы, без вариантов ответов	Закрытые вопросы, с вариантами ответов
Формат данных	Текстовые	Числовые

1.3.1.1 Понятие

Термин «качественное» в переводе с латинского «quale» – особенность, свойство, черта. Именно поэтому в литературе встречается иное название качественных исследований – квалитативные [22]. Термин количественное исследование происходит от латинского слова «quantum», и означает доля, количество, часть.

1.3.1.2 Цель исследования

Количественные исследования направлены на проверку обоснованности гипотез, выдвинутых исследователем, для выявления причинно-следственных связей конкретного явления и открытия законов, позволяющих предсказать это явление [225]. Наоборот, качественные исследования направлены на обнаружение и изучение новых гипотез и теорий путем глубинного понимания значения конкретного явления в общем процессе. Таким образом, цель качественного исследования – описать или интерпретировать различные явления, находящиеся в естественных условиях.

1.3.1.3 Формулирование гипотезы

Гипотеза в качественных исследованиях постепенно строится в процессе

работы и модифицируется на основе получаемых данных, то есть формулируется по мере овладения данными, а именно после процедуры сбора и анализа данных. В количественных исследованиях исследовательская гипотеза организует и направляет весь процесс научно-исследовательской работы, поэтому выдвигается исследователем еще до этапа сбора данных.

1.3.1.4 Позиция исследователя

В количественных исследованиях исследователь выступает в роли стороннего наблюдателя, сохраняя дистанцию от объекта исследования, предполагается личностная отстраненность. Напротив, качественные исследования побуждают исследователя заглянуть внутрь предметов исследования, чтобы глубже понять их, а также подчеркивают необходимость придерживаться интерсубъективного взгляда, то есть быть личностно вовлеченным, смотреть «изнутри» и применять эмпатическое понимание [22,225].

Однако, ученые высказывают мнение, что понятие объективности в любых исследованиях всегда относительно [254]. Как бы исследователь ни стремился к непредвзятому взгляду на реальность, он не может совершенно отрешиться от своего жизненного опыта, знаний, профессиональных установок или эмоциональных привязанностей.

1.3.1.5 Выборка исследования

Принципиально важным для количественных исследований является создание так называемой «статистической мощности» исследования, напрямую зависящей от количества участников исследования. Более того, насколько выборка будет репрезентативна, будет зависеть возможность генерализации данных.

В качественных исследованиях метод отбора участников называется целенаправленной выборкой, которая в свою очередь может быть представлена различными типами (Таблица 2).

Таблица 2 – Методы выборки качественного исследования

Метод выборки	Характеристика
Типичный отбор	Среда и участники являются типичными в рамках темы исследования
Уникальная выборка	Выбор уникальных и необычных ситуаций или объектов, удовлетворяющих цели исследования
Максимальная вариационная выборка	Выбор субъектов, максимально отличающихся от целевой группы
Удобная выборка	Отбор субъектов, участие которых наиболее удобно для получения данных, учитывая практические ограничения, финансирование, время и местоположение
Принцип «снежного кома»	Отбор ключевых участников, наиболее соответствующих критериям включения, и использование их рекомендаций для набора дополнительных участников исследования.

Такая вариабельность типов выборки в рамках качественного исследования предусматривает наличие у них определенных преимуществ и недостатков. Так, уникальная выборка или выборка крайних случаев позволяет исследователю получить интересные данные путем изучения явлений, которые ранее не вызывали особого интереса – это является особенностью и преимуществом данного типа выборки. Однако, ее недостаток заключается в получении результатов, которые

интересны только узкому кругу заинтересованных лиц, и актуально в случае, если исследование проводится в исключительно уникальной ситуации. В свою очередь, выборку с максимальной вариацией, также называемой теоретической выборкой, возможно использовать лишь в качественных исследованиях, основанных на обоснованной теории. Выбор подходящего метода выборки участников, соответствующего цели исследования, имеет решающее значение.

1.3.1.6 Методы сбора данных

При определении метода сбора данных в качественных исследованиях доступны также различные варианты, как и в случае с выборкой участников. В отличие от количественных исследований, в которых обычно используется один источник данных и метод сбора данных, в качественных исследованиях возможно их комбинирование [289].

В качественных исследованиях обычно используются следующие методы сбора данных:

1. Интервью/ углубленные интервью
2. Дискуссии в фокус-группах
3. Наблюдение с различных уровней
4. Изучение документированных данных (личных или общедоступных документов), а также изображений (фотографий) и видео.

Интервью являются наиболее часто используемым источником данных в качественных исследованиях [145]. В рамках качественной методологии под интервью понимают диалог, который происходит с четким пониманием цели получения конкретной информации. Важно отметить, что уровень данных, полученных посредством интервью, существенно варьируется в зависимости от квалификации интервьюера, также имеет значение уровень личной вовлеченности и осведомленности относительно темы исследования. Поэтому особенно важно вовлекать в исследование подготовленных и мотивированных интервьюеров [249]. Интервью, проводимые в рамках качественных исследований, можно

классифицировать по уровню структуризации метода сбора данных, размеру выборки и методу проведения [225] (Таблица 3).

Таблица 3 – Характеристика типов интервью, применяемых в рамках качественных исследований

Метод	Характеристика
Уровень структуризации	
Структурированное интервью	<ul style="list-style-type: none"> • Закрытые вопросы задаются в строгом соответствии с порядком, предусмотренным схемой проведения интервью • Как правило, вопросы задаются в полном объеме • Не предусматривает различные интерпретации вопросов и выражение оригинальных мыслей участниками
Полуструктурированное интервью	<ul style="list-style-type: none"> • Схема проведения интервью разработана заранее, однако вопросы могут быть сформулированы иначе и заданы в любой последовательности • Наиболее широко используемый метод сбора данных в качественных исследованиях, поскольку позволяет менять вектор интервью в зависимости от ответов участников • Возможна предвзятость интервьюера, которая способна повлиять на процесс интервью
Неструктурированное интервью	<ul style="list-style-type: none"> • Интервью представляет собой беседу с минимальным предварительным информированием о теме интервью и без намерения получить информацию, необходимую для исследования

	<ul style="list-style-type: none"> • Полученные данные могут представлять собой богатый и реалистичный опыт участников исследования • Продолжительность интервью и качество полученной информации переменны, и напрямую зависят от разговорных навыков интервьюера и его способности рассуждать
Количество участников	
<p>Глубинное интервью один на один</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Один участник беседует с одним или двумя интервьюерами (за исключением случаев проведения интервью с детьми, пожилыми или пациентами в тяжелом состоянии, когда необходимо присутствие представителя интервьюируемого) • Рекомендован для тем исследований, обсуждение которых предполагает закрытую обстановку • Объем полученной информации зависит от квалификации интервьюера и требует усилий для сбора достаточного количества данных
<p>Обсуждение в фокус-группе</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Во время каждого интервью минимум 2 (обычно 4–8) участника обсуждают тему исследования с интервьюером • Эффективен при проведении интервью с участниками, более расположенными к беседе о себе в группе, чем индивидуально (например, дети и подростки) • Глубина и объем вовлеченности участников группы могут быть ограничены, так как

	некоторые интервьюируемые могут чувствовать себя обделенными или не высказывать своего мнения, если в обсуждении доминируют 1 или 2 участника
Формат проведения	
Лицом к лицу	<ul style="list-style-type: none"> • Интервьюер лично встречается с участником исследования для проведения интервью • Легкость в формировании взаимопонимания и доверительных отношений между интервьюером и участником исследования • Возможность правильного реагирования в процессе интервью, с учетом невербальных реакций
Онлайн	<ul style="list-style-type: none"> • Интервью проводится без личной встречи: по телефону, видеоконференции или по электронной почте • Подходящий метод сбора данных по темам, которые касаются этических или интимных вопросов (в частности, интервью по электронной почте дают участнику исследования достаточно времени для размышлений) • Возможные трудности налаживания взаимодействия между участниками беседы • Существует вероятность неправильной интерпретации ответов.

1.3.1.7 Формат данных

Данные, используемые в количественных исследованиях, выражены в виде

числовых значений, напротив, качественные исследования используют описательные данные с цитатами и рассуждениями, собранные посредством наблюдений, подробных интервью и/или дискуссий в фокус-группах. С целью повышения достоверности и надежности данных в количественных исследованиях, они неоднократно проверяются и представляются в виде средних значений с мерами вариативности, долей и т.п. Однако, при этом анализ таких данных фокусируется на поверхностных аспектах интересующего явления. В то время как качественные исследования фокусируются на получении глубоких и обширных данных об изучаемом явлении и направлены на выявление содержания, динамики и процессов, присущих изучаемой ситуации.

1.6.2 Валидность качественных исследований

Валидность качественных исследований начинается тогда, когда исследователь пытается убедить других, что результаты его работы заслуживают внимания [165]. Ориентируясь на авторитетные источники литературы, аргументы об обоснованности качественных исследований, выдвинутые Guba и Lincoln, являются доминирующими [115]. Они подчеркнули, что оценка качественного исследования — это социально-политический процесс, в котором, при вынесении суждения исследователь имеет роль посредника, а не судьи. Так, Guba и Lincoln предложили использовать в качестве критериев обоснованности качественных исследований: достоверность, возможность передачи, надежность и подтверждаемость [115].

Во-первых, достоверность — это концепция, которая соответствует внутренней валидности в количественных исследованиях. В свою очередь, с целью повышения достоверности качественного исследования, используются различные подходы: длительное взаимодействие, триангуляция, проверка участников, коллегиальный разбор и рефлексивность. Характеристика подходов, повышающих обоснованность качественных исследований представлена в таблице 4.

Таблица 4 – Характеристика методов повышения валидности качественных исследований

Метод	Описание
Длительное взаимодействие	Исследователь отображает суть явления, оставаясь на поле исследования в течение длительного времени, достаточного для установки доверительных отношений с участниками и решения всех поставленных вопросов
Триангуляция	Использования нескольких источников данных или нескольких подходов к анализу данных; данный метод устанавливает, получают ли независимые группы исследователей, проводящих исследование с использованием различных подходов, одни и те же результаты
Проверка участников	Выяснение у участников исследования информации о том, отражают ли промежуточные выводы их собственные взгляды и опыт
Коллегиальный разбор	Привлечение для консультирования относительно полученных результатов экспертов в области темы исследования
Рефлексивность	Критическое рассмотрение исследователя собственной роли и влияния на исследование с целью исключения собственных предположений, предубеждений и эмоций в процессе анализа данных
Контрольные журналы	Учет всех данных, заметок и решений, принятых в ходе исследования, с целью демонстрации прозрачности исследования

Внешний аудит	Приглашение внешнего аудитора, не принимающего участие в исследовании, для изучения и оценки процесса и результатов работы
---------------	--

Во-вторых, переносимость (возможность передачи) соответствует внешней валидности в количественных исследованиях. Для того, чтобы повысить переносимость качественных исследований, исследователи должны иметь подробное описание процессов сбора и анализа данных, открыто предоставлять информацию о процессе исследования, включая участников исследования [74,164].

В-третьих, надежность в качественных исследованиях соответствует ей в количественных исследованиях и связана со стабильностью данных. С целью повышения надежности качественных исследований используется подход, предусматривающий выполнение анализа несколькими исследователями независимое друг от друга. Альтернативный вариант возможен в случае, когда один исследователь провел анализ - другой исследователь просматривает полученные результаты. Важной особенностью является предоставление исследователем подробного и прозрачного описания всего исследовательского пути, для возможной оценки адекватности данного процесса.

В-четвертых, подтверждаемость качественного исследования соответствует объективности количественного исследования и отражает то, насколько результаты качественного исследования свободны от предвзятости, искажений или влияния личных взглядов, суждений или интересов исследователя. Подтверждаемость можно повысить за счет использования рефлексивности, триангуляции, контрольных журналов и внешнего аудита.

1.3.3 Применение и актуальность качественных исследований в области здравоохранения

Методология качественных исследований давно и широко известна в

социологии, антропологии, политологии и зарекомендовала себя как полезный инструмент в руках исследователей [22]. В связи с этим, все чаще качественные исследования стали появляться в здравоохранении, где доминирует методология количественных исследований, основанная на статистическом анализе, в то время как качественные исследования оценивают всесторонний опыт участников исследования, опираясь на особенности в поведении и вербальные данные, собранные в ходе интервью или наблюдений [76,225]. Однако, несмотря на то что процедура представления подобных данных хорошо известна на международном уровне, в российском здравоохранении качественные исследования остаются единичными [22].

Ниши применения качественных исследований разнообразны:

- Тема исследования ранее не изучалась, поскольку ошибочно оценивалась как не представляющая интерес;
- Тема исследования осталась малоизвестной при использовании других исследовательских подходов;
- Проблема не может быть до конца исследована и объяснена с помощью количественной методологии;
- Возникла необходимость предоставления нового взгляда на тему исследования, в связи с неактуальностью существующих взглядов [76].

Качественные исследования, как правило, применяются для изучения субъективного опыта заболевания и отношения пациентов к качеству жизни, связанному со здоровьем [222,226,227], опыта использования медицинских услуг [205,206,220], мнения о качестве медицинской помощи [160,253]. Более того, качественные исследования часто сосредоточены на уязвимых группах населения, таких как пожилые люди, дети, инвалиды [81,169,181], а также меньшинствах и люди из социально незащищенных слоев населения [143,223].

В частности, безопасность пациентов считается индикатором качества оказываемой медицинской помощи и является аспектом здравоохранения, вызывающим растущий международный интерес. С целью выявления исходных причин ошибок и нежелательных явлений более подходящим методом являются

именно качественные, а не количественные исследования [223,169].

Безопасность пациентов – обширная тема, для упрощения изучения которой можно выделить несколько подразделов: предотвращение, распознавание и реагирование на проблему безопасности [204]. Реагирование на уже произошедшие инциденты, связанные с безопасностью пациентов, является наименее изученной темой и представляет собой нишу будущих качественных исследований.

Наибольший объем данных на основе качественных исследований по теме безопасности пациентов при оказании медицинской помощи представлен коллегами из Кореи. В одном из них изучались физические и психические страдания пациентов, испытываемые пациентом в процессе медицинских судебных разбирательств и в результате признания инвалидности по причине медицинской халатности [223]. Участниками другого качественного исследования стали люди, потерявшие члена семьи в результате медицинской ошибки. В ходе работы изучались психологические страдания в связи с трагедией, а также вторичная психологическая травма, причинённая процессом последующего судебного разбирательства [219]. Результаты, полученные в ходе описанных качественных исследований, нашли подтверждение в количественных исследованиях данной тематики. А именно: люди, столкнувшиеся с негативными явлениями, связанными с безопасностью оказания медицинской помощи, имели негативное отношение к лечебному процессу и значимо более высокую вероятность нарушений сна или питания [224].

Особую значимость и эффективность качественной методологии подчеркнули исследования, изучающие феномен «второй жертвы» среди работников здравоохранения, а именно этапы реагирования, переживания медицинскими работниками, столкнувшимися с инцидентами, связанными с безопасностью пациентов [221]. Впоследствии в других работах использовалось анкетирование врачей и среднего медицинского персонала для количественной оценки физических, психических последствий, связанных с феноменом «второй жертвы» [63,224]. Несмотря на то, что именно качественные исследования дают возможность глубинного изучения проблемы, комбинация количественных и

качественных исследований дает синергетический эффект. В сфере здравоохранения по-прежнему недостаточно внедрена практика качественных исследований, поэтому объединение этих двух методологий может не только повысить достоверность результатов, но и облегчить открытые дискуссии с другими исследователями [265].

Другим активно развивающимся направлением исследований с использованием качественной методологии являются исследования в области устойчивости к АМП. В данной сфере налажено взаимодействие между разными странами. В частности, Европейское региональное бюро ВОЗ стало инициатором различных проектов во многих регионах, в том числе на Юго-Востоке Европы [91,278].

Для более точного определения причин, лежащих в основе нерационального применения АБ и выявления будущих тенденций в этой области, было предложено дополнить данные о потреблении АБ информацией о принципах безрецептурного отпуска АМП и существующих информационных кампаниях об АБ [263]. Опыт, демонстрирующий что именно качественная методология проведения исследований является подходящим ключом к пониманию причин ненадлежащего использования АБ, стало дополнительным толчком для развития новых проектов. Так, в 2014 году была запущена серия качественных исследований в географическом регионе Юго-Восточной Европы с целью изучения культуры использования АБ, а именно, знаний, отношения и поведения пациентов и практикующих врачей в отношении использования АБ [278].

Результатом пилотных исследований стало понимание, что проведение качественного исследования внутри страны, с привлечением местных исследователей имеет ряд значимых преимуществ [138]. Во-первых, отсутствие языкового барьера позволяет общаться в рамках исследования без привлечения переводчиков. Это важно, поскольку были представлены данные, что привлечение устных переводчиков снижает достоверность данных [283]. Во-вторых, проведение исследования внутри страны обеспечивает хорошую адаптивность к локальным особенностям менталитета и взглядов.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 География исследования

В рамках диссертационного исследования оценивались типичные знания, отношение и практика использования АБ для лечения симптомов подтвержденного или предполагаемого инфекционного заболевания в форме полуструктурированного интервью. Опрос проводился в период с февраля 2022г. по июнь 2022 г. среди жителей восьми ФО РФ: Центрального (ЦФО), Северо-Западного (СЗФО), Южного (ЮФО), Приволжского (ПФО), Уральского (УФО), Сибирского (СибФО), Дальневосточного (ДВФО) и Северо-Кавказского (СКФО) и двух крупнейших городов – Москвы и Санкт-Петербурга.

Ввиду широкой географии исследования и возможных различий в социокультурных факторах между различными регионами РФ каждый ФО представлен в исследовании двумя городами, за исключением ЦФО и СЗФО, в которых г. Москва и г. Санкт-Петербург анализировались отдельно. Это обусловлено различиями в уровне доходов, доступности медицинской помощи в данных городах и соответствующих им ФО, что оказывает влияние на формирование отношения к АБ и их использованию.

Города, в которых проводились интервью и представляющие соответствующий ФО отображены на Рисунке 1.

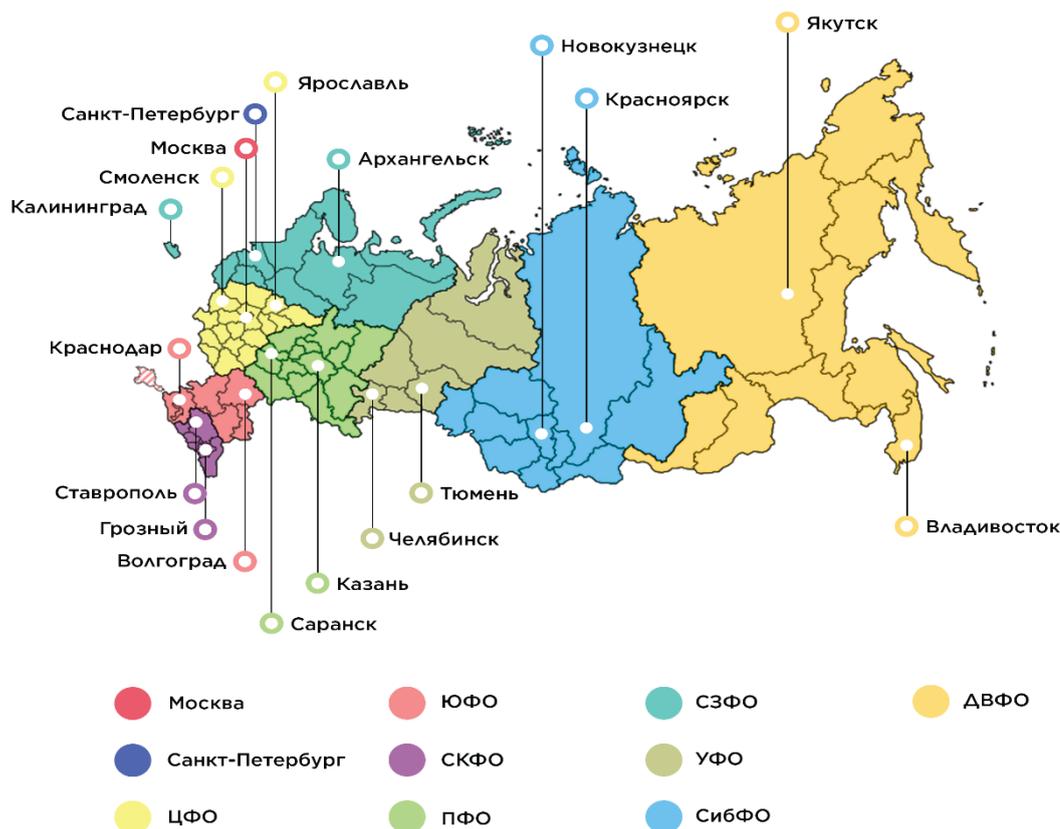


Рисунок 1 - Города-участники исследования

2.2 Исследуемая популяция и критерии включения

В рамках исследования предусмотрено две группы критериев включения: общие и индивидуальные. Общие критерии включения были одинаковыми для всех участников исследования независимо от исследуемого центра:

1. Наличие информированного согласия на участие в исследовании.
2. Возраст 18-74 года.
3. Факт применения системного АБ любой группы для лечения симптомов подтвержденного или вероятного инфекционного заболевания в течение 3-х месяцев, предшествующих исследованию.

Лица 75 лет и старше были исключены из исследования в связи с определенными особенностями, связанными с возрастом:

1. Решение о начале приема АБ и выбор конкретных ЛС редко является самостоятельным решением пациентов данной возрастной группы.

2. Интервью в рамках данного исследования подразумевает под собой детальное описание недавнего случая применения АБ и оценку его типичности путем сравнения с прошлым опытом использования АМП. Таким образом, ввиду ментальных особенностей проведение полуструктурированного интервью с респондентами этой возрастной группы затруднено, поскольку получение достоверных данных в необходимом объеме представлялось маловероятным.

Индивидуальные критерии включения разрабатывались непосредственно для каждого из центров-участников с учетом пола, возраста, образования и места жительства (город/сельская местность), как следствие, были переменными. Перечень индивидуальных критериев включения для каждого из интервьюеров представлен в Приложении А. Распределение респондентов по каждому критерию проводилось на основе данных Федеральной службы государственной статистики, доступных на момент исследования [22]. Это позволило выполнить теоретическую экстраполяцию полученных результатов на всю страну. Соответствие включенных респондентов индивидуальным критериям строго контролировалось.

Полуструктурированное интервью проводилось отдельно для двух групп:

1. респонденты, которые непосредственно консультировались с врачом и, в результате, получили рецепт на АБ,
2. респонденты, которые купили АБ в аптеке без рецепта.

Таким образом, отбор респондентов в исследование производился в соответствии со следующими принципами:

1. Соблюдение общих критериев включения.
2. Строгий контроль соответствия включаемых респондентов индивидуальным критериям включения.
3. Соотношение респондентов с рецептурным назначением АБ и интервьюируемых, которые приобрели АБ без рецепта, должно быть равным (т.е. составлять 50%/50% соответственно).

Последнее требование не было фиксировано с каким-либо из конкретных наборов критериев и оставалось на усмотрение интервьюеров.

Размер выборки для исследования составил 300 человек. По данным на 01

января 2021 г., численность населения РФ в возрасте 18-74 года составила 107 329 853 человек. Таким образом, при размере выборки 300 человек ширина 95% доверительного интервала (допустимая погрешность, margin of error) составит не более $\pm 5,7\%$.

Общий возрастной интервал был дополнительно разделён на 3 возрастных подгруппы в соответствии с классификацией Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ):

- 18–44 лет (молодой возраст);
- 45–59 лет (средний возраст);
- 60–74 года (пожилой возраст).

По уровню образования респонденты были разделены на три категории:

1. высшее образование: профессиональное высшее, профессиональное послевузовское;
2. среднее образование: профессиональное начальное, профессиональное среднее, неполное высшее;
3. общее образование: общее среднее (полное).

Доля населения с включёнными видами образования составляет 80–85% от общей численности населения РФ, что можно считать сопоставимым с долей населения в возрасте 18–74 года (73%). В то же время, доля респондентов без начального общего образования составляет около 1% и лишь в отдельных регионах СКФО достигает 3–4%, в связи с чем ей можно пренебречь. Таким образом, при проведении исследования сделано допущение, что все респонденты предварительно получили общее начальное и общее основное образование.

Разделение респондентов на городских жителей и жителей сельской местности обусловлено существенными различиями в уровне доступности медицинской помощи и ЛС, а также возможной разницей благосостояния населения, что влияет на принципы, лежащие в основе выбора тактики лечения.

Общее количество респондентов перед началом исследования было распределено среди субъектов-участников пропорционально их доле в общей численности населения РФ (Таблица 5). Численность населения для ЦФО и СЗФО

фиксировалась без учёта Москвы и Санкт-Петербурга, поскольку данные города анализировались в исследовании независимо от соответствующего ФО. Распределение количества респондентов между городами одного ФО проводилось равномерно.

Таблица 5 – Структура распределения общего количества интервью в соответствии с численностью населения

Федеральный округ	Город-участник	Численность населения, (n)	Количество интервью
Москва		12 655 050	27
Санкт-Петербург		5 384 342	12
Центральный	Смоленск	26 595 950*	54
	Ярославль		
Северо-Западный	Архангельск	8 557 658**	18
	Калининград		
Южный	Волгоград	16 482 500	33
	Краснодар		
Приволжский	Саранск	29 070 800	57
	Казань		
Уральский	Тюмень	12 329 500	24
	Челябинск		
Сибирский	Новокузнецк	17 003 900	36
	Красноярск		
Дальневосточный	Якутск	8 124 000	18
	Владивосток		
Северо-Кавказский	Грозный	9 967 300	21
	Ставрополь		

* – без учета численности населения г. Москвы;

** – без учета численности населения г. Санкт-Петербурга.

2.3 Методы отбора респондентов

Отбор респондентов, соответствующих критериям включения, осуществлялся разными способами – в социальных сетях, аптечных учреждениях, поликлинике, стационаре, с помощью профессиональных организаций пациентов, личных контактов и др. Метод поиска респондентов не регламентировался, но

указывался для каждого интервью; эта информация фиксировалась в регистрационных картах интервьюируемых. Интервьюеры не были лично знакомы ни с одним из респондентов до проведения интервью.

2.4 Сбор данных

Вопросы интервью были направлены на получение информации, отражающей знания, отношение и практику использования АБ населением.

Структура интервью включала следующие разделы:

- процесс постановки диагноза,
- принятие решения о выписке рецепта на АБ,
- причины выбора конкретного АБ,
- где и как приобретался АБ,
- удовлетворенность процессом покупки/продажи АБ,
- информация об АБ,
- отношение к АБ.

В рамках исследования разработаны две различные схемы интервью (Приложение Б):

- 1) план проведения интервью с респондентами, принимающими АБ по рецепту;
- 2) план проведения интервью с респондентами, принимающими АБ без рецепта врача.

План проведения интервью состоял из двух частей:

1. подробное описание последнего случая получения рецепта на АБ или последнего случая покупки АБ,
2. описание/размышление о том, что думает участник о последнем случае покупки АБ, напоминает ли это, каким образом обычно выписывается и/или приобретается АБ.

Причиной такого разделения является то, что достоверные результаты о знаниях, отношении и практике использования АБ можно получить только на

основе подробного рассказа и реакции участников на какие-либо конкретные ситуации, касающиеся АБ. Подробный рассказ проще получить, когда интервьюер имеет дело с конкретным случаем из недавнего прошлого респондента. Для того, чтобы убедиться, что описываемый случай являлся типичным, собиралась информация также про другие подобные случаи.

В ходе исследования проводились полуструктурированные интервью: интервьюер должен был задать всем участникам все вопросы, представленные в плане по проведению интервью, однако при этом вопросы могли быть сформулированы несколько иначе, чем указано в руководстве по интервью при сохранении их смысла. Порядок вопросов также мог варьироваться в зависимости от того, как на них отвечает респондент.

Интервьюеры могли задавать спонтанные проверочные вопросы (вопросы, которые не записаны в плане проведения интервью), чтобы получить как можно более подробные описания от участников. Примерами спонтанных проверочных вопросов могут служить следующие: «Расскажите мне больше о том, что произошло?», «Пожалуйста, опишите, почему Вы так думаете?» и т.д.

Все интервью записывались на аудио, а затем стенографировались интервьюерами. Способ стенографирования - с использованием различных программ для транскрибации (Google Docs, Dictation.io, oTranscribe, Transcribe by Wreally, Dragon Dictation, Speechnotes, Temi, VoiceIn Voice Typing и др.) или вручную выбирал интервьюер.

Соответствие транскрипции аудиозаписи интервью проверялось координатором исследования. Стенограммы являлись анонимными, имена и другие описания, которые могли бы идентифицировать конкретного участника, были удалены в процессе стенографирования. Для каждой транскрипции указывался общий профиль интервьюируемого в соответствии со списком различных критериев включения, которые были определены для центра, и способ отбора респондента.

2.5 Обучение интервьюеров

С целью подготовки 21 интервьюера из 18 городов-участников исследования для проведения интервью в декабре 2021 г. – январе 2022 г. было организовано несколько обучающих онлайн-семинаров. Обучение проводилось исследователями из Группы социальной и клинической фармации, кафедры фармации, факультета здравоохранения и медицинских наук Копенгагенского университета, имеющими значительный опыт проведения исследований в формате интервью. Семинары охватили основные аспекты методологии качественного исследования, детально разъяснены материалы исследования (протокол, схемы проведения интервью), разобраны ситуации, потенциально затрудняющие проведение интервью и предоставление данных. По окончании обучения, каждым из интервьюеров выполнены практические задания – симуляция проведения интервью, с последующим обсуждением их техники, ошибок в индивидуальном формате.

2.6 Анализ данных

С целью получения достоверных и систематизированных данных о практике использования АБ населением РФ выполнен трехэтапный анализ данных, полученных в ходе опроса.

Учитывая вариабельную последовательность вопросов в стенограммах, на первом этапе ответы из каждой стенограммы были дедуктивно идентифицированы и извлечены согласно основным разделам интервью.

С целью выявления закономерностей и отклонений от общей тенденции в каждом городе и ФО на втором этапе анализа ответы одного участника сопоставлены с ответами других участников на одну и ту же группу вопросов из того же города, а затем между участниками разных городов внутри одного ФО.

Для получения полной картины типичного поведения, отношения и знаний об АБ, на третьем этапе паттерн каждой группы респондентов одного ФО сравнивался с паттернами других ФО.

Анализ выполнялся группой исследователей кафедры госпитальной терапии №2 ФГАУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России. Первый и второй этапы выполнялись членами исследовательской группы независимо друг от друга. Затем полученные результаты подверглись обсуждению и корректировке на серии дискуссионных встреч. Третий этап анализа проводился совместно. Такой подход считается оптимальным для обеспечения максимальной надежности получаемых данных [151].

Все участники исследовательской группы использовали одинаковую форму предоставления данных в процессе анализа транскрипций интервью, разработанную специально для данного исследования на этапе подготовки к анализу с учетом особенностей структуры интервью и общего объема информации. В приложении В представлена форма для анализа данных одного из разделов интервью СибФО.

С целью сохранения анонимности каждый участник исследования при внесении данных в таблицы для анализа был закодирован с учетом первой буквы фамилии интервьюера и порядкового номера из набора индивидуальных критериев, которые соответствовали данному респонденту.

2.7 Этические аспекты

Проведение исследования одобрено Независимым этическим комитетом при ФГБУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, протокол №238 от 23.12.2021 г. Внесение дополнительных вопросов в план проведения интервью одобрено Независимым этическим комитетом при ФГБУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, протокол №239 от 08.02.02.2022 г.

Этическая экспертиза исследования проводилась Локальным этическим комитетом Федерального государственного автономного образовательного

учреждения высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), протокол № 24–23 от 07.12.2023.

Интервью проводилось только после получения информированного согласия каждого участника на интервью в устной или письменной форме. При получении согласия интервьюер должен был убедиться, что респондент полностью осведомлен о целях и задачах исследования, о том, как будет проводиться интервью и как впоследствии будут использованы данные, полученные во время интервью. При сборе и анализе данных предпринимались необходимые меры по обеспечению анонимности участников исследования. Включение респондентов и проведение интервью проводилось в соответствии с Хельсинкской декларацией с целью соблюдения прав человека, сохранения анонимности и получения информированного согласия участника.

2.8 Внешнее финансирование

Исследование выполнено при поддержке Министерства науки и высшего образования РФ (соглашение № 075-10-2021-113, уникальный идентификатор проекта РФ----193021X0001).

2.9 Благодарность

Выражаю благодарность коллегам Абдурзаковой Э.М., Адониной Е.Э., Балаклеяской К.И., Боровской В.Г., Габбасовой С.Р., Егорову Э. В., Еремееву В.В., Звегинцевой А.А., Колесникову А.Д., Королькову С.О., Кульшмановой Н.Н., Мороз А.А., Мухиной С.М., Пахтусовой М.О., Сельченковой Е.И., Софроновой А.А., Фединой Л.В, Халаевой Е.А., Чагаряну Д.Э., Шаймухаметовой Д.Р., Шаминой О.М. за помощь в поиске респондентов и проведении интервью.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ¹

3.1 Характеристика участников исследования

Всего в рамках исследования выполнено 300 интервью, среди которых 151 с респондентами, применявшими АБ по назначению врача и 149 – использовавших АБ в рамках самолечения. Возраст участников варьировался от 18 до 74 лет. Чуть больше половины опрошенных приходилось на женщин (53,3%), средний возраст – $43,0 \pm 16,3$ года, средний возраст мужчин составил $40,3 \pm 15,5$ лет. На долю респондентов с средним образованием приходилось 49,1%, высшее и общее образование было у 31 и 19,7% опрошенных, соответственно. Никто из участников исследования не имел медицинского образования. Подавляющая часть интервьюируемых (75%) – городские жители. Распределение интервьюируемых в центрах-участниках в соответствии с индивидуальными критериями включения представлено в Таблице 6.

¹ Настоящие результаты опубликованы в научно-медицинских журналах: [6,206,230,231].

Таблица 6 – Распределение респондентов в соответствии с индивидуальными критериями включения в каждом из центров-участников

Критерии включения		Москва	Санкт-Петербург	ЦФО	СЗФО	ЮФО	ПФО	УФО	СибФО	ДВФО	СКФО
Пол, % (n)	Женщины	55,6 (15)	41,7 (5)	51,9 (28)	50,0 (9)	51,5 (17)	54,4 (31)	54,2 (13)	52,8 (19)	55,6 (10)	52,4 (11)
	Мужчины	44,4 (12)	58,3 (7)	48,1 (26)	50,0 (9)	48,5 (16)	45,6 (26)	45,8 (11)	47,2 (17)	44,4 (8)	47,6 (10)
Возраст, % (n)	18–44 лет	51,9 (14)	50,0 (6)	50,0 (27)	50,0 (9)	48,5 (16)	50,9 (29)	50,0 (12)	50,0 (18)	50,0 (9)	47,6 (10)
	45–59 лет	25,9 (7)	25,0 (3)	25,9 (14)	27,8 (5)	27,3 (9)	26,3 (15)	25,0 (6)	27,8 (10)	27,8 (5)	33,3 (7)
	60–74 года	22,2 (6)	25,0 (3)	24,1 (13)	22,2 (4)	24,2 (8)	22,8 (13)	25,0 (6)	22,2 (8)	22,2 (4)	19,0 (4)
Образование, % (n)	Высшее	48,1 (13)	41,7 (5)	27,8 (15)	22,2 (4)	30,3 (10)	28,1 (16)	33,3 (8)	27,8 (10)	27,8 (5)	33,3 (7)
	Среднее	40,7 (11)	50,0 (6)	51,9 (28)	50,0 (9)	54,5 (18)	50,9 (29)	45,8 (11)	50,0 (18)	55,6 (10)	38,1 (8)
	Общее	11,1 (3)	8,3 (1)	20,4 (11)	27,8 (5)	15,2 (5)	21,1 (12)	20,8 (8)	22,2 (8)	16,7 (3)	28,6 (6)
Место жительства, % (n)	Город	100 (27)	100 (12)	75,9 (41)	72,2 (13)	63,6 (21)	71,9 (41)	83,3 (20)	72,2 (26)	72,2 (13)	52,4 (11)
	Сельская местность	0 (0)	0(0)	24,1 (13)	27,8 (5)	36,4 (12)	28,1 (16)	16,7 (4)	27,8 (10)	27,8 (5)	47,6 (10)

3.2 Описание ситуации, явившейся поводом применения АБ

3.2.1 Симптомы заболевания и их длительность

Большинство респондентов во всех исследуемых центрах описывали симптомы, характерные для заболеваний органов дыхательной системы и отмечали, что ранее уже сталкивались с подобными проявлениями заболевания. Комбинация симптомов варьировалась, однако, наиболее часто интервьюируемых беспокоили: повышение температуры тела, кашель, заложенность носа/насморк, боль в горле, головная боль, слабость. Отвечая на вопрос о предполагаемом у себя диагнозе, большинство участников исследования указывали: ОРВИ, ОРЗ, грипп, бронхит, пневмонию, ангину, тонзиллит, коронавирусную инфекцию.

Часть опрошенных испытывали симптомы не характерные для респираторных заболеваний и предполагали у себя желудочно-кишечную инфекцию (ЮФО, СКФО, СЗФО), язвенную болезнь желудка (ЦФО), гастрит (СЗФО, ПФО, ДВФО), отит (ПФО), менингит (СибФО), стоматологическую патологию (ЦФО, г. Москва, г. Санкт-Петербург), мочекаменную болезнь (СибФО, ПФО), цистит (СибФО, СЗФО, г. Санкт-Петербург), пиелонефрит (ПФО), сальпингоофорит (Москва), стрептодермию (ЦФО), фурункулез (СКФО), онкологическое заболевание (ЮФО).

Респондент из ЮФО: «На тот момент я запаниковал, думал вообще, что это может быть какая-то онкология...».

Лишь у незначительного процента интервьюируемых во всех ФО не было никаких представлений о возможном заболевании, симптомы которого они испытывали.

Длительность симптомов заболевания до начала применения АБ была различной в группе респондентов с рецептурным назначением и без. Так, участники из группы респондентов с рецептом, обращались к специалисту не позднее 7 дней после развития симптомов заболевания. В свою очередь, респонденты группы самолечения испытывали симптомы заболевания от 1 до 14

дней до принятия решения о начале АБТ без консультации с врачом. В СибФО и г. Санкт-Петербурге двоих интервьюируемых из группы самолечения беспокоили описываемые симптомы в течение месяца, и двух месяцев, соответственно. Четверо опрошенных, имеющих рецепт на АБ, из г. Москвы, СКФО, ЦФО и СибФО предъявляли жалобы в течение 14 дней, 1 месяца, 2 месяцев и 2–3 лет, соответственно.

3.2.2 Причины самолечения АБ

Среди интервьюируемых, использовавших АБ без рекомендации врача, во всех центрах-участниках определены общие тенденции, лежащие в основе выбора данной модели поведения:

1. Отсутствие времени:
 - Большие очереди у кабинета врача;
 - Длительное ожидание посещения врача на дому.
2. Страх перед контактом с дополнительными инфекциями в лечебном учреждении (в том числе с инфицированными SARS-CoV-2).
3. Положительный опыта применения АБ.
 - Неоднократное успешное использование АБ в рамках самолечения при подобных проявлениях заболевания
 - Привычная практика лечения конкретным АБ, ранее назначаемым врачом респонденту или кому-либо из его окружения.

Респондент из СибФО: «Хотел пойти в больницу, но узнал, что там большие очереди, и боялся, что там дополнительно заразят...Я слышал в СМИ и от друзей, что люди, которые сдают тест попадают на контроль, т.е. тебя могут в больницу положить, изолировать. Я испугался».

Респондент СЗФО: «До этого у меня были неоднократные посещения ЛОР врача, и были написаны старые схемы лечения. Я решила самостоятельно, учитывая старые схемы, назначить себе курс лечения АБ».

Реже, среди причин самолечения называлось нежелание оформления

экономически невыгодного для интервьюируемого листка нетрудоспособности (ЦФО, СибФО, ДВФО, ПФО, СЗФО). Некомпетентность специалистов ближайшего медицинского учреждения, по мнению опрошенных, стали причиной самолечения АБ респондентов из ЮФО, СЗФО и УФО.

Респондент из ЮФО: «У нас в станице всего одна эта поликлиника и особо сказать, что у нас тут компетентные врачи не могу. Это надо было ехать в город. Мне было плохо особо не поедешь».

Респондент из СЗФО: «Обычно я не обращаюсь к врачу, и вообще, я очень редко к ним обращаюсь, потому что мне кажется, что врачи учатся также плохо, как учатся все, поэтому они очень плохо делают свою работу».

С трудностями при оформлении вызова врача на дом столкнулся респондент из СКФО, а опрошенный из г. Санкт-Петербурга предпочел прибегнуть к самолечению ввиду сложностей, возникших при записи к специалисту без прикрепления к лечебному учреждению. По одному респонденту из г. Москвы и УФО назвали свое решение о самолечении вынужденной мерой, поскольку консультация врача так и не состоялась, несмотря на вызов его на дом.

Респондент из Москвы: «...я ждал врача, а он не приходил. Я еще раз позвонил, чтобы узнать, когда они придут, но так я и не дозвонился, поэтому загуглил и стал искать в интернете».

Респондент из УФО: ««К доктору мы как бы обращались. Но к нам никто не приехал, потому что ковид был».

Важно отметить, что 22 (7/14 из г. Москвы, 4/18 из СибФО, 3/17 из ЮФО, 3/10 из УФО, 2/9 из СЗФО, 2/10 из СКФО, 1/10 из ДВФО) респондента из 149 в группе участников без рецептурного назначения АБ консультировались с врачом, в результате была рекомендована симптоматическая, противовирусная терапия (АБ не были назначены специалистом ни в одном из случаев). Несмотря на это, респонденты самостоятельно приняли решение об АБТ в описываемом случае.

Респондент из г. Москвы: «Врач мне выдал какое-то противовирусное средство, сказал пить только его и пить витамины, собственно, чем я и занимался, но результата особенно не давало, то есть температура сохранялась,

и так далее. Поэтому я решил, наверное, надо взять и ударить чем-то помощнее, поэтому и направился в аптеку, для того чтобы купить себе антибиотики».

Респондент из УФО: «...все-таки решил обратиться в поликлинику, меня отправили к терапевту. Мерила температуру, горло смотрела, раздевала, что-то слушала, живот трогала. Сказала, что ничего страшного, что просто простуда там, что-то с горлом связано. Назначила таблетки, пропить противовирусные, ещё какой-то препарат был, а про антибиотик речи не шло. Я для себя решил, что нужно всё-таки антибиотик».

3.2.3 Причины обращения к врачу

Участники из группы с рецептом на АБ во всех исследуемых центрах наиболее часто указывали следующие причины обращения к специалисту в описываемом случае:

- необходимость оформления листка нетрудоспособности или справки для учебы;
- тяжесть состояния/наличие нетипичных проявлений заболевания;
- отсутствие положительной динамики на фоне симптоматической терапии;
- опасение за здоровье членов семьи или коллег.

Респондент из СКФО: «... Для того, чтобы взять больничный для работы. Конечно, если бы я не работал, то, возможно бы я не вызывал врача. Сам как-нибудь бы вылечился».

Респондент из СКФО: ««Потому что они лучше знают, они часто сталкиваются. Меня настораживала температура, которая держится, и я боялась за родных, которые дома со мной».

Интервьюируемый из г. Санкт-Петербурга сообщил, что в описываемом случае первоначально принял решение о самолечении АБ, однако, отказ фармацевта в безрецептурной продаже АБ вынудил его обратиться к специалисту.

Респондент из г. Санкт-Петербурга: «Ну вот, рыская в Интернете, и в

поисках средств для лечения моей проблемы. Я вот нашла подходящий такой антибиотик Монурал для себя и хотела его приобрести в аптеке, но мне отказали в этом и сказали пойти к врачу, и принести рецепт на этот препарат. Пришлось идти (прим.- к врачу)».

Следует отметить, что распространенной практикой среди опрошенных оказалось обращение за медицинской помощью к знакомым специалистам. Так респонденты из ЦФО, УФО, ЮФО, ПФО, ДВФО, СКФО в описываемом случае предпочли проконсультироваться с родственниками или знакомыми, работающими врачами. Как правило, это была дистанционная консультация: телефонный разговор или переписка. В случае участника из СибФО с врачом консультировался не сам респондент, а супруга, лишь описав беспокоящие его симптомы.

3.3 Процесс, предшествующий решению обратиться к врачу или самостоятельно начать терапию АБ

3.3.1 Влияние интернета на поведение в отношении АБ

Как правило, респонденты не использовали интернет в описываемом случае для получения информации о заболевании. Чаще это было обусловлено страхом обнаружить недостоверную, пугающую информацию о возможном диагнозе, наличием опыта самолечения АБ подобных симптомов. Респонденты старшей возрастной категории отмечали, что предпочитают не искать информацию в интернете в подобных случаях в связи с недостаточностью навыков пользования устройствами с доступом в сеть Интернет.

Противоположная тенденция выявлена в ПФО и г. Санкт-Петербурге. В данных центрах опрошенные чаще искали информацию о симптомах в интернете. Основной целью при этом был поиск диагноза по заданным в поисковую строку симптомам и изучение информации о возможных вариантах лечения, в том числе с применением АБ.

Респондент из СибФО: «Да, использовала (прим. – интернет). Написала свои симптомы, прочитала про «Азитромицин» еще другие препараты «Ампициллин» и др., но решила, что «Азитромицин» мне поможет лучше».

Вариабельность использования сети Интернет для поиска информации о заболевании и возможном лечении респондентами всех центров-участников представлена на Рисунке 2.

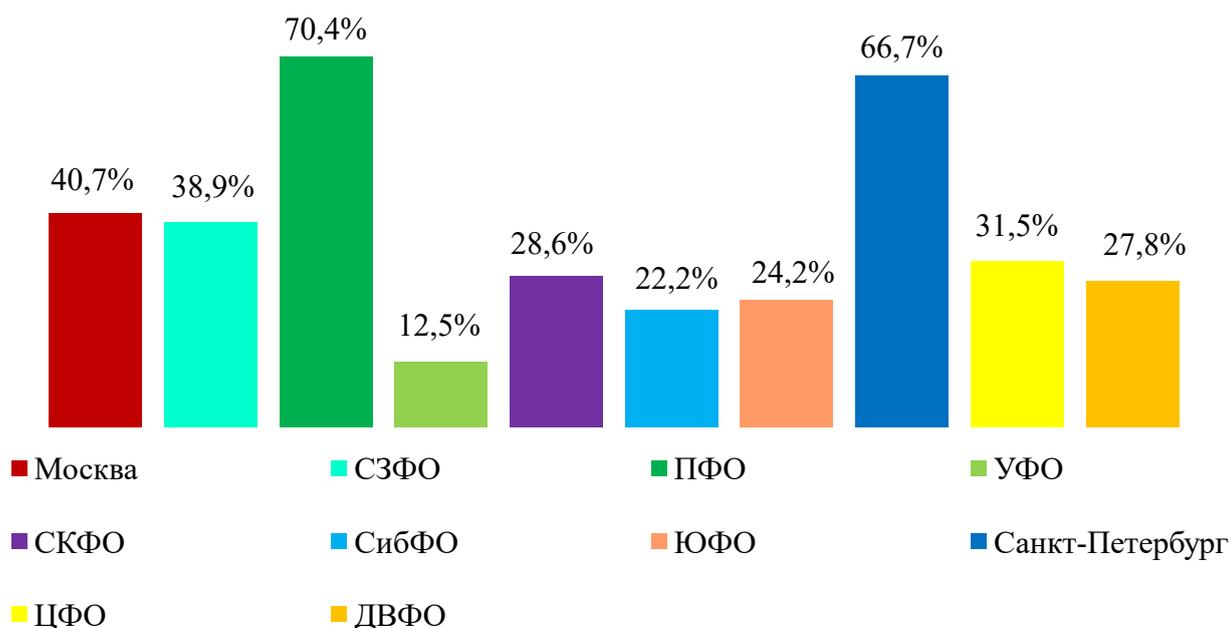


Рисунок 2 – Частота использования респондентами сети Интернет

3.3.2 Влияние окружения на поведение в отношении АБ

Подавляющее большинство интервьюируемых во всех исследуемых центрах обсуждали свои симптомы с родными и знакомыми.

Респондент СЗФО: «С женой обсуждал, в плане как, что принять...касаемо антибиотика, тоже ее было предложение — антибиотик принять».

Тем не менее, исключением стал г. Санкт-Петербург, где половина респондентов предпочла не информировать о своем состоянии ближайшее окружение и ДВФО – лишь незначительная часть опрошенных консультировалась с близкими относительно симптомов и лечения – Рисунок 3.

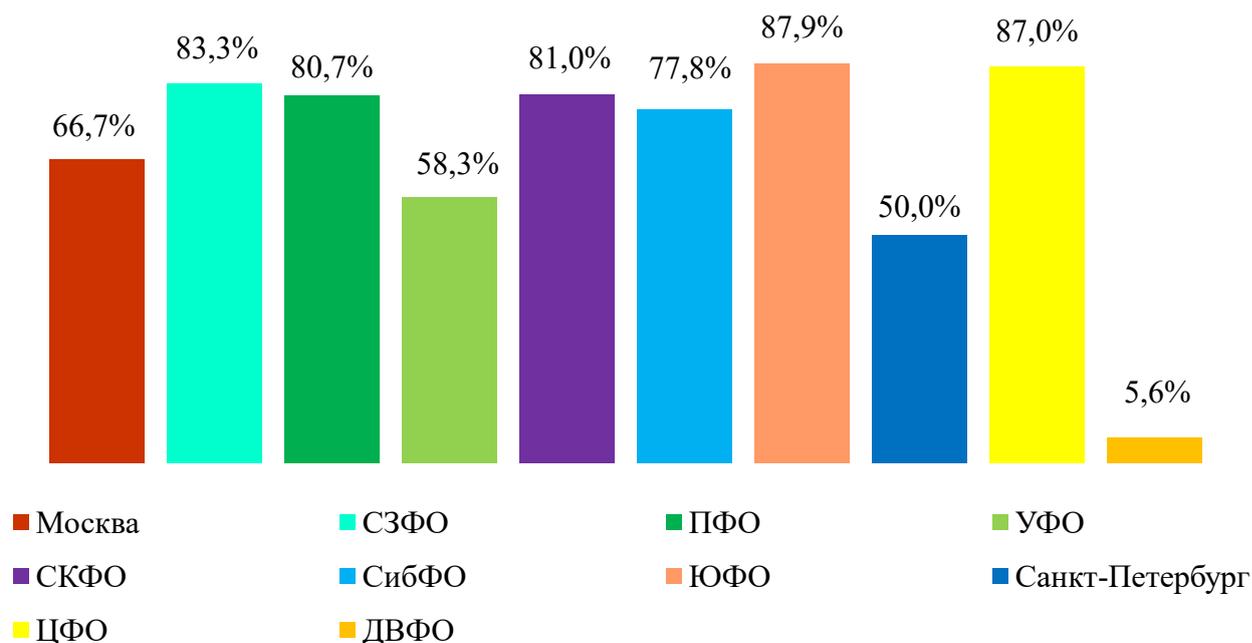


Рисунок 3 – Частота обращений респондентов к своему окружению за советом относительно заболевания

Итог подобных обсуждений оказался парадоксальным. В группе респондентов с рецептурным назначением результатом беседы, как правило, становился совет обратиться к специалисту и не заниматься самолечением.

Респондент из УФО: «Да, конечно, обсуждала. Я написала подруге, что плохо себя чувствую, мы с ней кратко обсудили и решили, что если утром станет хуже, то я пойду к доктору».

Респондент из ПФО: «Я зашёл в интернет, загуглил свои симптомы, также я советовался со своими родственниками, друзьями. Все мне посоветовали сходить к врачу».

Наоборот, в группе участников исследования без рецепта на АБ в большом проценте случаев родственники и знакомые рекомендовали начать лечение АБ, иногда с указанием конкретного препарата и способа его дозирования. Чаще подобные советы получали интервьюируемые из ЮФО, Москвы, ПФО – в 41,2%, 29,6%, 20,7% случаев, соответственно. *Респондент из УФО: «...на работе с девочками говорила, они сразу начали советовать какие антибиотики лучше».*

3.3.3 Хранение и использование АБ из домашней аптечки

В результате анализа наличия и использования респондентами АБ из домашней аптечки было выявлено три основных сценария поведения. Половина интервьюируемых не обнаружили АБ в домашней аптечке. В четверти случаев (25,4%) опрошенные не проверяли домашнюю аптечку, поскольку знали, что в ней нет АБ и поясняя при этом, что не хранят АБ в аптечке, поскольку уверены, что смогут беспрепятственно приобрести АБ в аптеке в случае такой необходимости. Обнаружили АБ в своей домашней аптечке 19% участников, и именно его и использовали для инициации самолечения в описываемом случае 12 опрошенных (6/11 СибФО, 2/5 ЮФО, 2/7 СКФО, 1/6 УФО, 1/11 ПФО).

Чуть больше половины респондентов, использовавших АБ из аптечки, – жители СибФО. Как отмечали сами интервьюируемые, это является распространенной и привычной практикой для данного региона.

Респондент из СибФО: «Когда понял, что болезнь не проходит и средства, применяемые мной, неэффективны, вспомнил про антибиотики, и знал, что дома имеются остатки антибиотиков от того раза, дочь у меня тоже болела ангиной как-то, и врач ей прописывал те антибиотики, которые дома оставались. Решил попробовать их».

Респондент из СибФО: «Конечно, проверила. Был и «Азитромицин» и «Ампициллин», кого-то лечила из членов семьи. Сначала я выпила то, что у меня было, потом пошла в аптеку».

Следует отметить, в последующем респонденты, использовавшие АБ из домашней аптечки для инициации терапии, все равно вынуждены были обратиться в аптеку из-за недостаточного количества АБ для курса лечения.

Один респондент из СЗФО использовал АБ, предложенный подругой из её домашней аптечки, так как не смог самостоятельно приобрести АБ (получил отказ в аптеке в продаже АБ без рецепта) (Таблица 7).

Таблица 7 – Наличие и использование АБ из домашней аптечки

Федеральный округ/центр	Общее количество респондентов	Наличие АБ в домашней аптечке, % (n)				Использование АБ из домашней аптечки, % (n)	
		Да	Нет	Не проверял	Вопрос не был задан	Да	Нет
Москва	27	18,5 (5)	40,7 (11)	33,3 (9)	7,4 (2)	0 (0)	100 (27)
Санкт-Петербург	12	25 (3)	41,6 (5)	16,7 (2)	16,7 (2)	0 (0)	100 (12)
ЦФО	54	3,7 (2)	61,1 (33)	20,4 (11)	14,8 (8)	0 (0)	100 (54)
СЗФО	18	22,1 (4)	33,3 (6)	33,3 (6)	11,1 (2)	5,6 (1) *	94,4 (17)
ЮФО	33	15,2 (5)	51,5 (17)	18,1 (6)	15,2 (5)	6,1 (2)	93,9 (31)
ПФО	57	19,3 (11)	47,4 (27)	31,6 (18)	1,7 (1)	1,8 (1)	98,2 (56)
УФО	24	25 (6)	37,5 (9)	33,3 (8)	4,2 (1)	4,2 (1)	95,8 (23)
СибФО	36	30,6 (11)	50 (18)	19,4 (7)	0 (0)	16,7 (6)	83,3 (30)
ДВФО	18	16,7 (3)	66,6 (12)	16,7 (3)	0 (0)	0 (0)	100 (18)
СКФО	21	33,3 (7)	38,1 (8)	28,6 (6)	0 (0)	9,5 (2)	90,5 (19)
Итого	300	19 (57)	48,7 (146)	25,3 (76)	7 (21)	4,3 (13)	95,7 (287)

* – один респондент из СЗФО после отказа фармацевта в продаже АБ, был вынужден воспользоваться АБ из домашней аптечки друга.

Во всех центрах интервьюируемые, как правило, не интересовались наличием АБ у знакомых или членов семьи.

3.4 Процесс, последовавший за решением обратиться к врачу

3.4.1 Ожидания респондента

Большинство опрошенных всех исследуемых центров сообщили, что обратились к врачу с целью осмотра, постановки диагноза, определения тактики лечения. Значительно реже участники надеялись получить направление на исследование для исключения инфицирования SARS-CoV-2.

Еще до обращения к специалисту респонденты склонялись к тому, что АБ будет необходим для лечения. Иная тенденция выявлена в СибФО, г. Санкт-Петербурге, г. Москве, где интервьюируемые, как правило, не предполагали о возможности назначения АБ. Респонденты УФО в равной степени ожидали назначение АБ врачом и надеялись, что в лечении он не понадобится.

Подавляющее большинство опрошенных не выбирали врача и не искали целенаправленно какого-либо специалиста: обратились к участковому или дежурному врачу – терапевту по месту жительства. Небольшое количество респондентов ЦФО, СКФО, СибФО, ПФО, ДВФО приняли решение обратиться к врачу узкой специализации, учитывая характерные проявления заболевания. У одного интервьюируемого СибФО не было возможности выбрать специалиста, так как он проживает в населенном пункте, где единственный квалифицированный медицинский работник – фельдшер. Интервьюируемый СКФО искал определенного специалиста – ЛОР-врача, которого знал лично.

3.4.2 Проведение консультации врачом

Как правило, осмотр врача проходил по стандартной, общепринятой схеме и включал в себя: сбор жалоб, анамнеза, проведение физикального обследования и, при необходимости, направление на дополнительные инструментальные и лабораторные методы исследования. Никто из респондентов не сообщил о рекомендации проведения микробиологического исследования.

В большинстве случаев на первичном приеме врачом был поставлен и озвучен диагноз, а также, до получения результатов исследований - назначен АБ, даны рекомендации, касающиеся дозировки ЛС, кратности приема АБ, длительности курса терапии.

Лишь по мнению небольшого количества опрошенных осмотр врачом был выполнен не в полном объеме: не проведен осмотр полости рта несмотря на то, что основной предъявляемой жалобой была боль в горле (г. Санкт-Петербург), выполнен лишь осмотр локального участка поражения кожи (СКФО), проведен только сбор жалоб (ПФО).

3.4.3 Удовлетворенность процессом выписки АБ

Подавляющее большинство интервьюируемых остались довольны посещением врача, и самыми важными положительными аспектами считают вежливое отношение специалиста, подробное разъяснение диагноза и лечения. При этом опрошенные особенно не выделяли каких-либо негативных моментов в консультации с врачом.

Однако, по мнению 6 респондентов из ЮФО, ЦФО, СЗФО, осмотр врачом был выполнен «наспех», недостаточно внимательно, при этом продолжительность приема была очень короткой.

Респондент из ЮФО: «Ну на мой взгляд, недостаточно внимательно прослушала лёгкие...мне показалось, что это было очень-очень быстро, наспех».

Респондент из ЦФО: «Мне показалось, что прием прошел достаточно быстро. Врач недостаточно уделил мне внимания».

Часть опрошенных ЮФО, ЦФО, ПФО, г. Санкт-Петербурга, г. Москвы остались недовольны посещением лечебного учреждения по причине большой очереди на прием к врачу.

Респондент из ЮФО: «Да, недовольна лишь очередью километровой».

3.5 Инициация АБ терапии

3.5.1 Принятие решение о выборе АБ в группе респондентов с рецептурным назначением

В группе интервьюируемых, консультировавшихся с врачом, как само суждение о необходимости АБТ, так и выбор конкретного АБ исходили от врача, и он не привлекал пациентов к принятию данных решений.

Небольшая часть опрошенных из ЦФО, СЗФО, ДВФО, УФО ложно расценили свое согласие использовать рекомендованный врачом АБ в лечении как участие в процессе принятия данного решения.

Интервьюер: «Принимали ли вы участие в принятии решения об использовании антибиотика?».

Респондент из СЗФО: «Я думаю, что да, потому что я не отказалась от лечения».

В большинстве случаев врачи обосновывали назначение и выбор конкретного АБ. Среди аргументов наиболее частыми были следующие:

- отсутствие положительной динамики на фоне лечения;
- присоединение бактериальной инфекции;
- известная эффективность АБ в данном клиническом случае;
- необходимость лечения развившихся осложнений;
- небольшая цена АБ при его высокой эффективности.

Исключение составили интервьюируемые из СКФО, по словам половины из которых врач не дал каких-либо разъяснений о причине назначения и выборе конкретного АБ.

3.5.2 Принятие решения о выборе АБ в группе респондентов без рецепта врача

В подавляющем большинстве центров-участников респонденты без рецептурного назначения приняли решение о применении конкретного АБ

самостоятельно или по рекомендации ближайшего окружения. Чаще опрошенные использовали АБ, который ранее был назначен врачом при схожих проявлениях заболевания им или знакомым.

Респондент из УФО: «Потому что он (прим. – Амоксиклав) мне тогда помог. Решила никакие другие не пробовать, не тратить время, а взять уже проверенный вариант».

Интервьюируемые из ДВФО чаще остальных для лечения приобретали АБ, рекомендованный фармацевтом в аптеке.

Респондент из УФО: «...рассказал там девушке, что горло болит, ломает. Она говорит, давайте попробуем антибиотик, пропейте».

Респондент из ДВФО: «Я просто рассказал свои симптомы и все. Она мне посоветовала «Амоксиклав» в первую очередь, а потом, если не полегчает, так сказать, уже к врачу».

Реже (10,2%) информация, полученная из сети Интернет, являлась причиной применения АБ (Рисунок 4).

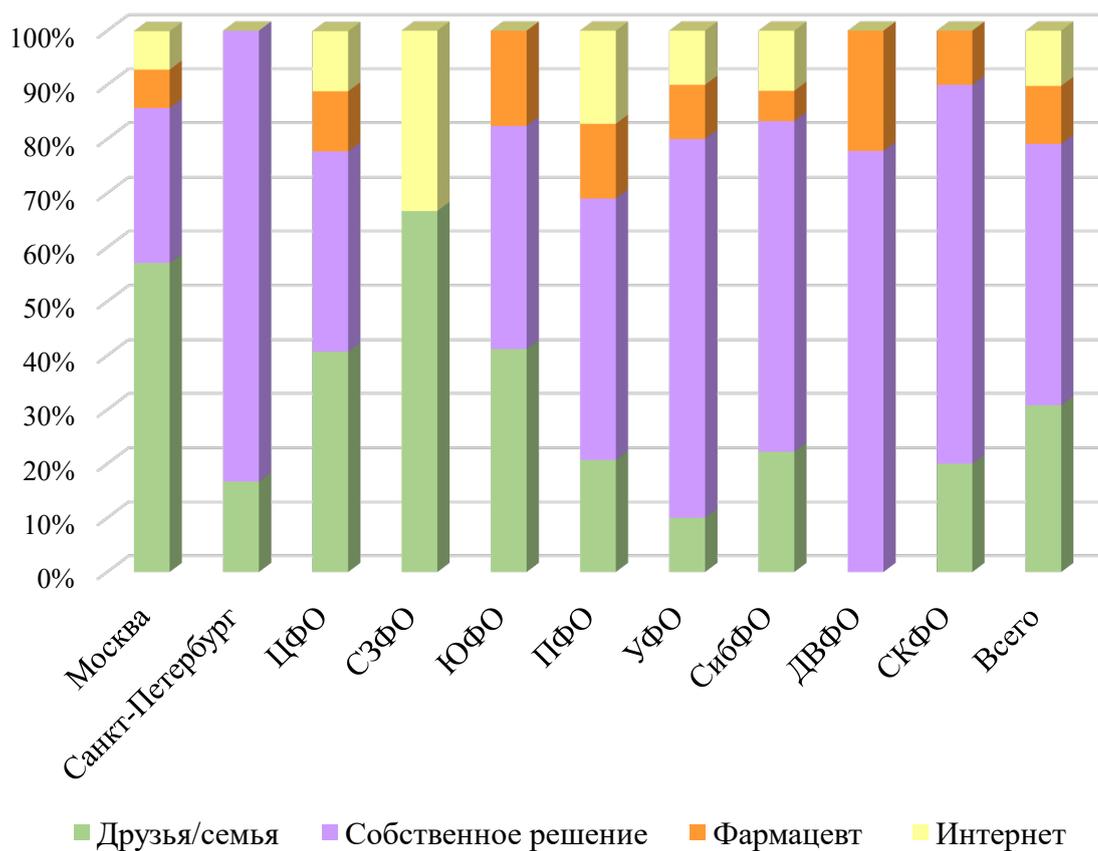


Рисунок 4 – Аспекты, оказавшие влияние на решение использовать АБ без назначения врача

3.5.3 Наиболее часто применявшиеся АБ

Частота продажи того или иного АБ по запросу респондентов без рецепта врача различалась в исследуемых центрах, но в большинстве случаев предпочтения отдавались трем препаратам – амоксициллин, амоксициллин/клавуланат и азитромицин. Наиболее часто использовавшиеся АБ в рамках самолечения представлены на Рисунке 5.

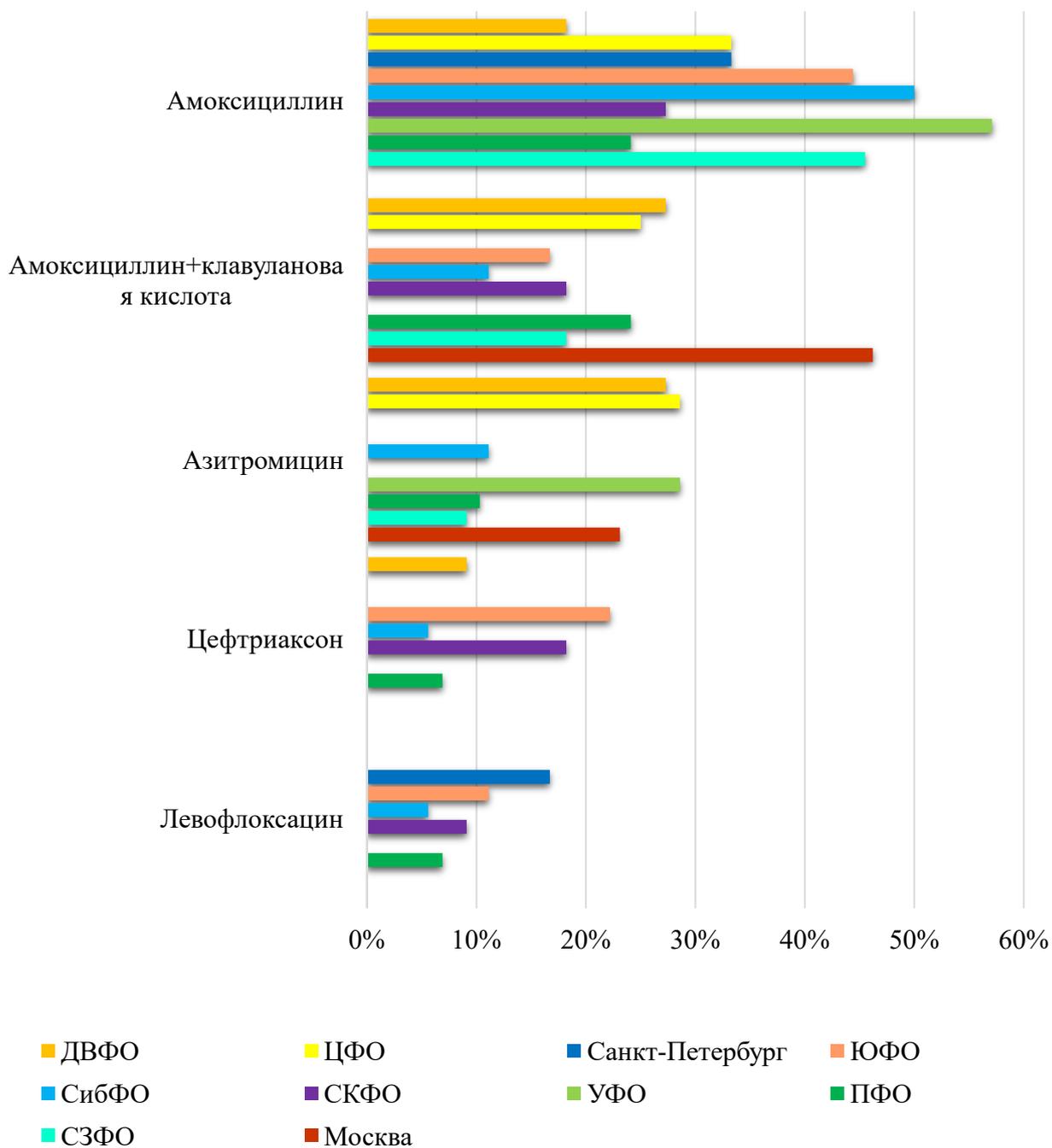


Рисунок 5 – ТОП-5 АБ, отпускаемых в аптечных учреждениях без рецепта врача

Среди АБ, купленных интервьюируемыми, консультировавшимися со специалистом и получившими рецепт на соответствующий АБ самым востребованным оказался амоксициллин/клавуланат. Самые «популярные» АБ, используемые данной группой респондентов представлены на рисунке 6.

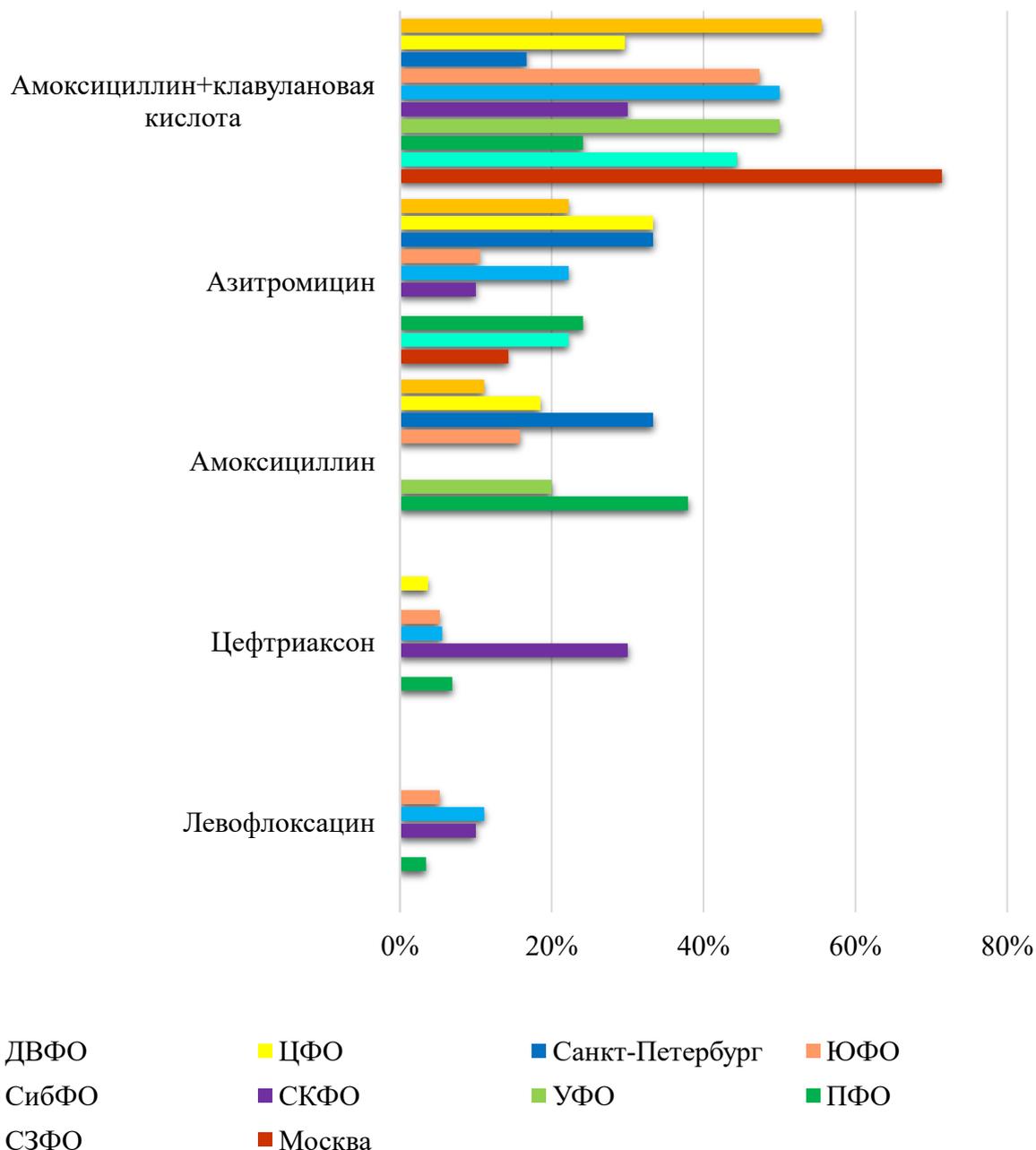


Рисунок 6 – ТОП-5 АБ, отпускаемых в аптечных учреждениях по назначению врача

Существенные различия в частоте применения АБ между центрами-участниками могут быть обусловлены несколькими факторами. Стоит отметить, что в исследовании никак не регламентировалось включение респондентов с определенной нозологией, так как это не входило в его задачи. Таким образом, в диссертационной работе представлена различная структура заболеваний, послуживших поводом для использования АБ. Нельзя исключать вклад сложившейся практики применения тех или иных АБ в каждом из регионов РФ,

несмотря на существующие клинические рекомендации, строгое исполнение которых не регламентировано. Также в рамках исследования не изучалась роль и степень активности фармацевтических компаний в отношении продвижения тех или иных АБ.

3.6 Процесс покупки АБ

3.6.1 Выбор аптеки

Преимущественно респонденты для приобретения АБ выбирали аптеку, расположенную по пути следования или ближайшую к дому/лечебному учреждению. Реже опрошенные отдавали предпочтение аптечному учреждению с наиболее выгодной ценовой политикой и/или наличием бонусной программы. Как правило, интервьюируемые не были знакомы с фармацевтом аптеки, в которой состоялась покупка АБ.

У 4 респондентов из ЮФО, ЦФО и ДВФО при выборе аптечного учреждения не было альтернатив – обратились в единственную аптеку в своем населенном пункте.

Респондент из ДВФО: «Да у нас выбора то и нет, в аптеку при районной поликлинике поехал».

19 респондентов из ЮФО, ЦФО, УФО, СибФО, СЗФО, г. Москвы и г. Санкт-Петербурга выбрали аптеку, где работал знакомый фармацевт. Однако значимость данного обстоятельства для облегчения процесса безрецептурной покупки АБ в рамках настоящего исследования не была установлена.

3.6.2 Ожидания от посещения аптеки

Как правило, опрошенные обращались в аптеку с определенной целью – приобретение АБ. Если в случае респондентов, имеющих рецепт на АБ, данное намерение обосновано, то, участники другой группы в большинстве случаев не

сомневались, что смогут приобрести его без рецепта.

Респондент из УФО ожидал от визита в аптеку «то, что мне продадут антибиотик. По-моему, насколько я знаю, запретов вроде нет».

Лишь небольшая часть интервьюируемых были готовы к возможному отказу продажи АБ без рецепта, но при этом были уверены, что в итоге смогут приобрести АБ в других аптеках.

Респондент из ДВФО: «Я пошёл в аптеку хотел купить противовирусный, но противовирусного не было, поэтому я купил антибиотик амоксициллин», «там ни римантадина, ни арбидола, ни арнефлю, которые я обычно пью, не было, был ингавирин который я не люблю, когда-то покупал он мне не помог и дошло до бронхита».

В свою очередь, 28 респондентов (9,3%) из ПФО, ЮФО, ЦФО, ДВФО, УФО, СибФО, СКФО, Москвы обратились в аптеку с целью получения консультации относительно лечения и ожидали рекомендаций провизора в выборе АБ.

Респондент из ЦФО ожидал от посещения аптеки «Совета. Все свои симптомы рассказала и, естественно, ждала, что мне скажет квалифицированный специалист в области лекарств».

Респондент из ДВФО: «...когда подошла моя очередь, продавец спросила, что мне нужно, помогите выбрать лекарство. Спросила, что беспокоит, я ей перечислил свои симптомы: кашель, температура, озноб, насморк, горло болит. Она предложила лекарства от кашля, для горла таблетки, для носа капли и рекомендовала антибиотик».

3.6.3 Процесс приобретения АБ

3.6.3.1 Покупка АБ по рецепту врача

Интервьюируемые описывали процесс покупки по схеме «запрос АБ - предоставление рецепта – приобретение АБ». Ни у кого из участников данной группы не возникло трудностей с приобретением АБ.

Респондент из СЗФО: «...что хлебушка купил, что антибиотик — одинаково это все... ничем не отличается, пришел — купил — ушел. Ничего не изменилось».

При наличии АБ, указанного в рецепте, провизоры не пытались изменить назначение врача. В небольшом числе случаев при отсутствии запрашиваемого АБ провизор самостоятельно предлагал замену на другой препарат.

Респондент из ДВФО «Я попросил конкретный антибиотик, в начале спросил азитромицин, но азитромицина не было, поэтому фармацевт предложил амоксициллин, так и купил».

Рецепт предоставлялся участниками по собственной инициативе до поступления подобного запроса от провизора. У 7 респондентов из УФО, ЮФО, ПФО, ДВФО, СКФО, СибФО, ЦФО фактически не было рецепта на АБ, так как интервьюируемые были консультированы знакомыми врачами посредством переписки в мессенджере, по телефону или при неофициальном обращении родственника. Во всех случаях покупка АБ состоялась: респондент предъявил провизору скриншот диалога с назначениями врача, либо было достаточно слов интервьюируемого о назначении АБ именно врачом.

Провизоры либо не давали никаких рекомендаций по применению АБ, либо дублировали назначения врача.

3.6.3.2 Покупка АБ без рецепта врача

Согласно описаниям, визит в аптеку среди респондентов без рецептурного назначения прошел по схеме «запрос АБ – его продажа». Провизоры не спрашивали о наличии рецепта вовсе, было достаточно устного заверения респондента о врачебном назначении или сознательно продавали АБ без соответствующего рецепта.

Респондент из ДВФО: «...я ей рассказала подробно симптомы, которые я вам ранее сообщила: болезненность мочеиспускания, она у меня поинтересовалась, сама ли я назначила антибиотик или доктор. Я сказала, что уже были данные ситуации, потом она спросила, обращалась ли я к врачу и получив мой

отрицательный ответ, сказала, что АБ хороший выбор в данной ситуации».

Большинство интервьюируемых ЮФО, ЦФО, СибФО, ДВФО, ПФО сообщили провизору свои симптомы с целью получения консультации относительно лечения или для описания тяжести состояния и, вероятно, таким образом пытались способствовать безрецептурной продаже АБ.

Респондент из ДВФО: «Я рассказала фармацевту симптомы свои, температура насморк, кашель. Она предложила несколько антибиотиков и рассказала о каждом, я выбрала один, купила и ушла домой».

4 респондента из ЦФО, ПФО, УФО, признались, что неоднократно использовали недействительный на момент покупки рецепт. Сообщили, что лгали о существовании рецепта интервьюируемые из УФО, ПФО, ЦФО, г. Москвы, поскольку опасались столкнуться или уже встречались с нежеланием провизора продавать АБ без рецепта. *Респондент из ДВФО: «А ну от визита в аптеку я особо ничего не ожидаю, кроме как лекарства, и нормального обслуживания, но, иногда, бывает, что они просят рецепт показать, предъявить, который я не могу предъявить, потому что его выписывает не врач, а я сама себе выписываю. Поэтому иногда бывают сложности в плане, того, что они хотят рецепт, требуют показать, но в большинстве аптек, никто не просит, поэтому есть в свободном доступе это всё».*

Респондент из УФО: «...я знал какой мне надо препарат, какая мне нужна дозировка. Касательно того, что там по рецепту. Я просто подумал, что скажу, что дома оставил рецепт».

Респондент из г. Москвы: «я хотел в случае если вдруг, как его, мне будет отказано, то я буду говорить, ну то есть, так скажем пойду на определенный обман, что как будто рецепт у меня есть, но я его забыл и так далее».

Респондент из ЦФО: «...спросила у фармацевта антибиотик. Она попросила рецепт. Я сказала, что рецепта у меня нет. Она говорит могу только по назначению доктора. И тут я сказала, что да, у меня было когда-то подобное назначение данного антибиотика дома. Ну и вот так как бы продала антибиотик».

В случае одного респондента из г. Москвы и СибФО провизор просила скрыть факт безрецептурной продажи АБ.

Респондент из г. Москвы «...Она пробивает Амоксиклав, спросила без рецепта? Я сказала, что, к сожалению, да, что врача только буду вызывать и не понятно, когда он придет... Она сказала, чтобы я никому не говорила, что она мне продаст антибиотик и пробила Амоксиклав и отдала в пакете».

Наоборот, работник аптеки из ЦФО сам сообщил опрошенному, что готов продать АБ без рецепта, так как это не несет каких-либо негативных последствий.

Респондент из ЦФО: «...подошел, поздоровался, симптомы обозначил, сказал: «Есть ли возможности приобрести антибиотик без рецепта?»...мне был дан такой ответ (прим. – от провизора): «По рецепту антибиотик правильнее покупать, но так как ничего такого за этим не следует, то особых проблем с этим не возникнет».

8 интервьюируемых из СибФО, СЗФО, г. Санкт-Петербурга и г. Москвы столкнулись с отказом в продаже АБ без рецепта, однако всем интервьюируемым в итоге удалось приобрести АБ без рецепта в другой аптеке.

Только одному респонденту СЗФО не удалось изменить решение провизора и приобрести АБ, он был вынужден использовать АБ, предложенный знакомой из ее домашней аптечки (Таблица 8).

Таблица 8 – Практика безрецептурной продажи АБ в аптечных учреждениях России

Федеральный округ/центр	Безрецептурная продажа АБ, % (n)	
	В первой аптеке	В последующей аптеке
Москва	92,9 (13)	7,1 (1)
Санкт-Петербург	66,7 (4)	33,3 (2)
ЦФО	92,6 (25)	7,4 (2)
СЗФО	77,8 (7)	11,1 (1) *
ЮФО	100 (17)	0 (0)
ПФО	100 (29)	0 (0)
УФО	100 (10)	0 (0)
СибФО	88,9 (16)	11,1 (2)
ДВФО	100 (9)	0 (0)
СКФО	100 (10)	0 (0)
Итого	94,6 (140)	5,4 (8)

*Один респондент из СЗФО был вынужден использовать АБ из домашней аптечки друга в связи с отказом в продаже АБ в аптеке без рецепта врача.

3.6.4 Удовлетворенность процессом покупки АБ

Подавляющее большинство опрошенных остались довольны процессом приобретения АБ в аптеке. Как положительные особенности интервьюируемые выделяли: вежливость, доброжелательность провизора, подробные разъяснения, наличие препарата, отсутствие очереди, использование работниками аптеки защитных масок.

Редко среди негативных аспектов посещения аптеки респонденты отмечали длительное ожидание в очереди и навязывание провизором сопутствующих ЛС.

3.7 Общие положения по использованию АБ

3.7.1 Оценка типичности описываемого случая респондентами без рецепта

Подавляющее большинство интервьюируемых сообщили, что неоднократно приобретали АБ в аптеке без рецепта врача, однако также имеют опыт и рецептурного использования АБ. При этом отметили, что отсутствие каких-либо сложностей с покупкой АБ не вынуждает их обращаться в какую-то определенную аптеку. Респонденты выбирают одну аптеку для приобретения АБ только в случае знакомства с провизором или ввиду отсутствия выбора (единственная доступная аптека). Участники исследования сообщили, что провизоры, как правило, дают схожие рекомендации, которые затрагивают вопросы кратности и длительности применения АБ.

По мнению большинства интервьюируемых, приобретать АБ без рецепта стало сложнее. Однако, опрошенные из СКФО, СЗФО, ДВФО и ЮФО считают иначе и сообщили, что не почувствовали каких-либо изменений при покупке АБ без рецепта и, как и прежде, не испытывают с этим сложностей.

Респондент из СЗФО: «Ну, я потом слышала, что некоторые мне говорили знакомые, что без рецепта не продают антибиотик. Ну, я не видела этих людей, кому не продали антибиотик, поэтому, я думаю, что ситуация не особо изменилась».

Гораздо реже интервьюируемые сообщали, что процесс приобретения АБ упростился.

Респондент из УФО: «...раньше в аптеках они более требовательные были, рецепт спрашивали. А сейчас всё. Ни рецепта не просят, толком и не смотрят есть или нет».

3.7.2 Оценка типичности описываемого случая респондентами с рецептом

Как правило описываемый случай являлся не первым опытом применения АБ

по рецепту врача. Исключение составили 5 респондентов из ЮФО, СКФО, СЗФО, ПФО, г. Санкт-Петербурга, которые сообщили, что им никогда ранее врачом не назначался АБ. В частности, со слов респондента из г. Санкт-Петербурга, данный случай был первым эпизодом применения АБ в жизни – за период более чем 70 лет. Интервьюируемые характеризуют описываемый случай использования АБ как типичный, отмечая схожесть консультации у врача и процесса приобретения АБ в данном случае по сравнению с предыдущими.

При указании отличий в консультациях врача, часть интервьюируемых всех ФО описывали практику, сложившуюся в период пандемии коронавирусной инфекции: определение сатурации, проведение исследования на COVID-19, разделение потоков пациентов в зависимости от результатов тестирования и использование специалистами средств индивидуальной защиты.

3.8 Знания и отношение к АБ

Осведомленность относительно механизма действия АБ и показаниях к их применению оказались сходными среди респондентов, принимавших АБ по назначению врача и самостоятельно. Уровень знаний среди участников исследования можно охарактеризовать как недостаточный, информация об АБ не систематизирована, в большинстве случаев ответы интервьюируемых были основаны лишь на предположениях. Респонденты затруднялись с описанием механизма действия АБ и использовали общие формулировки: «убивают микробов» или «воздействуют на бактерии».

В большом проценте случаев опрошенные не смогли охарактеризовать механизм действия и описывали лишь собственные ощущения от применения АБ: «снижают температуру», «уменьшают кашель», «стало гораздо легче» и т.п. Среди ответов был зафиксирован большой процент и ошибочных суждений об АБ среди респондентов всех ФО. Так, по их мнению, АБ: убивают вирусы и грибы, укрепляют или, наоборот, снижают иммунитет, способны убивать клетки организма.

Респондент из СЗФО: «Ну там что-то убивается, микробы там какие-то, вирусы, что-то на них действует, что убивает, чтобы они не размножались».

Респондент из УФО: «Только краем уха слышал, что антибиотики убивают в основном заразу. Всё вместе сразу убивают- убивают действительно вирусы, грибы».

Респондент из СКФО: «наш организм принимает АБ, как инородные организмы и старается от него избавиться. Слышал, что если АБ часто слишком принимать, то к нему иммунитет выработается и он будет бесполезен. Как конкретно он работает, я не могу сказать».

Респондент из ЦФО: «...понимаю, что антибиотики убивают как полезные, так и вредные микробы, то есть убивают всё в организме человеческом, ну это в общем наносит большой урон организму и здоровью человека».

Структура ответов опрошенных на вопрос о механизме действия АБ представлена на Рисунке 7.

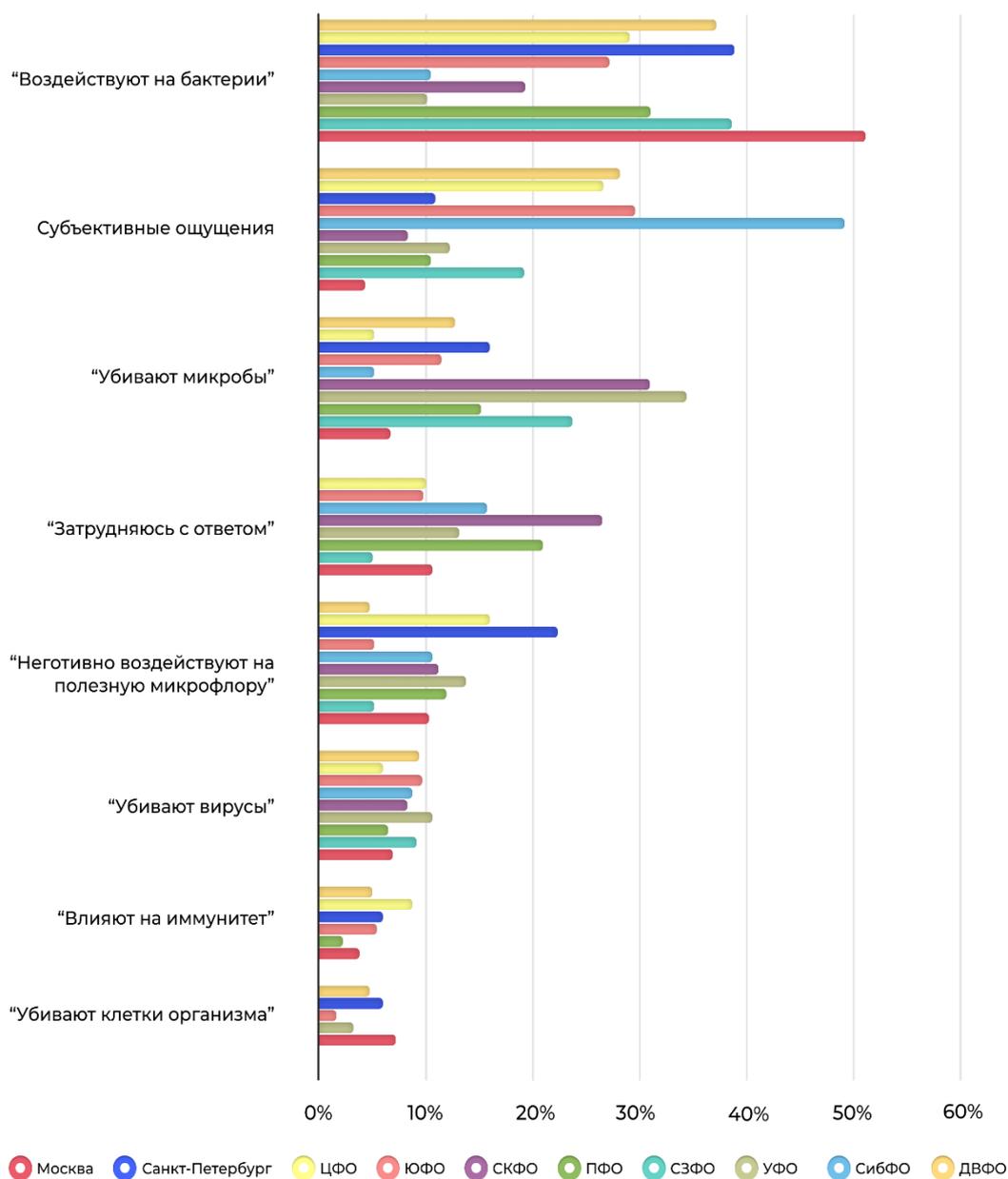


Рисунок 7 – Структура ответов респондентов на просьбу описать механизм действия АБ

Отличием группы интервьюируемых с рецептурным назначением АБ стало их большая информированность о проблеме АМР. Так, интервьюируемые высказывали обеспокоенность в отношении возможной неэффективности некоторых групп АБ в связи с их чрезмерным и нерациональным применением.

3.8.1. Источники информации об АБ

Преимущественно респонденты предпочитали использовать интернет и телевидение, как основные источники информации об АБ и АМР, однако популярность тех или иных каналов коммуникации варьировала в зависимости от ФО (Рисунок 8).



Рисунок 8 – Структура частоты использования различных источников информации об АБ

Уровень охвата населения просветительскими мероприятиями и информационными кампаниями об АБ оказался недостаточным как среди респондентов с рецептурным назначением, так и использовавших АБ без рецепта. Как правило, интервьюируемые не встречали информационные кампании или материалы об АБ. Лишь меньшая часть респондентов из всех ФО сталкивались с

информационными плакатами и/или брошюрами в лечебных учреждениях, аптеках, с роликами и передачами в интернете и по телевидению. Однако, и в этом случае был продемонстрирован низкий уровень вовлеченности – респонденты не могли вспомнить или описать что-либо из них.

Лишь в ПФО выявлена противоположная тенденция: большинство респондентов сообщили, что встречали различные информационные материалы об АБ. В результате чего во всех случаях было сформировано представление о недопустимости бесконтрольного применения АБ и необходимости консультации со специалистом перед применением АБ.

Респондент из ПФО: «Запомнила, что бактериальная инфекция – это основное показание для приема антибиотиков. Понять, бактериальная у Вас инфекция или нет возможно только после консультаций с врачом».

Брошюры из поликлиники повлияли на респондента из УФО путем «...формирования грамотного отношения к антибиотикам, понимания, когда их надо, когда не надо принимать. Потому что антибиотики, это рецептурный препарат, который принимается по указанию врача. Если реально инфекция какая-нибудь, но не при вирусе и при прочих других».

3.9 Влияние пандемии COVID-19 на практику применения АБ

В ходе анализа возможного влияния, оказанного пандемией коронавирусной инфекции на поведение в описываемой ситуации и отношение к АБ, была выявлена парадоксальная особенность. Большинство опрошенных при ответе на прямые вопросы о влиянии пандемии сообщили, что не заметили каких-либо изменений. Однако при комплексном анализе интервью были выявлены определенные детали. Опрошенные всех ФО описывали чувство нервозности, тревожности, страха за свое здоровье, впервые возникшие в период пандемии.

Респондент из ПФО: «Стало тревожнее, желание лечиться дома, но и боязнь неверного лечения или вовсе не лечения пугала».

Респондент из СибФО: «...и вообще вот эта обстановка очень сильно давит

и нагнетает: когда так много заболеваний. Я, не ищу таких новостей, наоборот, пытаюсь их избегать это очень сильно давит и нагнетает сейчас ужасно... Ну, за что я переживала первым делом – это помогут ли они (прим. – АБ) мне или нет».

Респонденты сообщали, что предпочли самостоятельно начать лечение АБ, а не обращаться к врачу из-за страха инфицирования SARS-CoV-2 в ЛПУ (г. Москва, г. Санкт-Петербург, ПФО, СЗФО, СибФО, ЦФО, ЮФО) или трудностей с записью к врачу в связи с загруженностью специалистов (г. Санкт-Петербург, ДВФО, ПФО, СибФО, УФО, ЦФО). Наоборот, респонденты с рецептом из г. Санкт-Петербурга, ПФО, СибФО обратились к врачу для обследования с целью исключения инфицирования SARS-CoV-2 и предотвращения возможных осложнений.

Респондент из СибФО: «Возможно, если бы не эта пандемия, я бы продолжила лечиться сама, но тут я просто как-то опасалась, что это то, чего я опасаясь, поэтому я решила вызвать врача. Я знала, что они возьмут анализ на коронавирус. Но слава Богу это оказалась обычная простуда».

Изменения, коснувшиеся отношения к АБ, были зафиксированы в ответах респондентов всех ФО: сформировалось мнение, что АБ эффективны при пневмонии вирусной этиологии (г. Санкт-Петербург, ПФО СЗФО) и при использовании с целью профилактики осложнений COVID-19 (г. Москва, ДВФО, СибФО, ЮФО). Лишь по мнению 7 опрошенных из ЦФО, УФО и г. Москвы чрезмерное и нерациональное применение АБ в период пандемии было неоправданной мерой.

Респондент из УФО: «...говорят о том, что назначали слишком часто антибиотики, я не врач, у меня нет своего мнения на этот счёт, я просто могу лишь там опираться на чьё-то. И не всегда это мнение профессионалов. Поэтому говорят, что за время вот этой пандемии было выпито очень много антибиотиков. Не знаю правильно это или неправильно».

Респондент из ЦФО: «Коронавирус, вообще, непонятное заболевание и антибиотики, их назначают даже пять разных, чтобы только побороть этот

коронавирус. Но на самом деле, мне кажется, это слишком, потому что люди боятся: не понятно какой вирус, не понятно, что, и поэтому антибиотики назначают в большом количестве. Я считаю, что это недопустимо и неадекватно».

По результатам исследования было выявлено повышение спроса на АБ в сравнении с периодом до пандемии. Желание респондентов из ДВФО, СибФО, СКФО, ЦФО, ЮФО приобрести АМП «про запас» или «на всякий случай» было обусловлено опасениями за свое здоровье в условиях распространения коронавирусной инфекции или страхом дефицита АБ в аптеках.

ГЛАВА 4. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Решение проблемы нерационального использования АБ является важным аспектом борьбы с развитием и распространением АМР. Необоснованное и/или нерациональное применения АБ в медицине носит многофакторный характер и связано как с ошибочным назначением данной группы ЛС врачами, так и самостоятельным применением населением без соответствующих показаний. Результаты настоящего исследования выявляют факторы, лежащие в основе сложившейся практики применения АБ с позиции двух противоположных моделей поведения: использования АБ в рамках самолечения и применение АБ по назначению врача.

Самодиагностика и, как следствие, самолечение АБ в амбулаторных условиях – актуальная проблема общественного здравоохранения во всем мире, поскольку применение АБ без назначения врача играет важную роль в увеличении потребления АБ и развитии устойчивости к ним [50,113]. По последним данным, в России в 2022 г. 28,5% посетителей аптек приобрели АБ без рецепта врача [229]. Распространённая практика самолечения АБ характерна и для стран Южной и Восточной Европы, в которых к тому же зафиксирован высокий уровень АМР к широкому кругу АБ. В греческом исследовании 75% взрослого населения признались, что использовали АБ без назначения врача [192]. Высокая распространённость самолечения также была обнаружена в Испании [59,272,274], Италии [191], Мальте [53] и Хорватии [25].

Самолечение АБ - комплексная проблема в Российском обществе, в основе которой, как показывают результаты диссертационного исследования, можно выделить организационные и индивидуальные причины:

- Особенности организации системы здравоохранения (сложности обращения к врачу, “лояльная” политика безрецептурной продажи АБ);
- Индивидуальные факторы (распространённая практика самодиагностики и самолечения, положительный предшествующий опыт использования АБ, недостаточный уровень знаний об АБ);

- Влияние пандемии COVID-19 (формирование ошибочных представлений об АБ и, как следствие, увеличение частоты их нерационального применения).

В исследовании Licata и соавт. также была представлена градация возможных причин самолечения в Италии, которая во многом сходна с полученными в нашем исследовании. Так, по данным коллег почти четверть студентов Италии сообщили об опыте самолечения АБ; наиболее частыми причинами были отсутствие времени на консультацию с врачом (72,1%), положительный опыт применения АБ при подобных симптомах (25,1%), доступность АБ в аптеке без рецепта врача (72,6%) [163]. Согласно систематическому обзору, опубликованному в 2019 году, глобальная распространенность амбулаторного отпуска АБ без рецепта оценивается в 62% и является наиболее высокой в странах Южной Америки [37].

В связи с опасениями ВОЗ по поводу бесконтрольного применения АБ населением разных стран с целью сдерживания проблемы АМР с марта 2017 г. в РФ были ужесточены правила продажи АБ. Недавнее исследование показывает, что большинство европейских стран также разработали широкий спектр национальных законов и правовых норм, направленных на сокращение неразумного использования АБ [209]. Но мотивы, побуждающие пациентов к самолечению, изменить непросто. Несмотря на действующие в РФ правовые акты, безрецептурный отпуск АБ по-прежнему является рутинной практикой в ряде аптечных организаций. Так, более ранние исследования качественных данных свидетельствуют о широко распространенной практике самолечения АБ и их доступности без рецепта по всей стране [58,139,196]. Это согласуется с данными, полученными в настоящем исследовании.

У подавляющего большинства опрошенных не возникло сложностей с приобретением АБ без рецепта. В остальных случаях, несмотря на отказ в первой аптеке, респонденты без труда приобрели АБ в последующей. Аналогично нашим данным, 72,6% опрошенных студентов Италии беспрепятственно купили АБ в аптеке без соответствующего рецепта [163].

Действительно, практика безрецептурного приобретения АБ, несмотря на

существующий запрет, описана и в некоторых других государствах-членах ЕС. Продажа АБ без рецепта чаще всего происходила в Греции и Испании (>10% всех проданных упаковок), Мальте (5,1–10%), редко в Болгарии, Италии, Латвии, Литве, Португалии (1–5%) [193]. В частности, законодательство Румынии запрещает отпуск АБ без рецепта врача, за исключением случаев неотложной медицинской помощи. Однако, Румыния входит в число стран с самыми высокими показателями самолечения АБ [196], а также в число стран, где в 2014 году наблюдались одни из самых высоких показателей устойчивости ряда патогенов к АБ в Европе. При этом более 50 % резистентных штаммов приходилось на метициллин-резистентный золотистый стафилококк (MRSA), полирезистентную *Klebsiella pneumoniae* (устойчивую к цефалоспорином третьего поколения, фторхинолонам и аминогликозидам) и ванкомицин-резистентный *Enterococcus faecium* [89].

Коллеги из других стран (Албания и Судан) также сообщали о результатах количественных национальных исследований, демонстрирующих распространенную практику продажи АБ без рецепта во внебольничных аптеках [123,246].

Согласно литературным данным, провизоры незаконно продают АБ без рецепта по трем основным причинам:

1. Коммерческая заинтересованность
2. Сострадание и желание помочь больному;
3. Предположение, что сопротивляться спросу пациентов на АБ контрпродуктивно, поскольку они могут легко получить его в другой аптеке [100,101,238].

Две последние причины наиболее вероятно применимы к работникам аптечных учреждений в России, поскольку в ходе исследования не было получено свидетельств, позволяющих предположить наличие какой-либо коммерческой выгоды для провизора при продаже АБ без рецепта.

Вероятно, несоблюдение провизорами требований законодательства в отношении рецептурного отпуска АБ обусловлено тем, что за последнее десятилетие отношения между медицинскими работниками и пациентами

претерпели ряд изменений, в том числе неблагоприятных для провизоров [30,52,101,238]. Они испытывают наибольшее давление со стороны пациентов при покупке ЛС, включая АБ. Так, в нашем исследовании определена характерная особенность поведения респондентов при покупке АБ: они вынуждали фармацевта нарушать правила, обманывая о наличии рецепта или невозможности обращения к врачу, симулируя тяжесть состояния при описании симптомов заболевания.

Тем не менее следует отметить, что никакие из описанных ситуаций не оправдывают столь лояльную политику безрецептурной продажи АБ в РФ.

Одним из факторов доступности АБ является возможность их покупки в интернет-аптеках, что особенно актуально в условиях популяризации сети Интернет. Поэтому важно, чтобы регулирующие органы пресекали продажу АБ через Интернет без соответствующей лицензии. Как и отметила ВОЗ в глобальном плане действий по борьбе с АМР, чрезвычайно важно ужесточить международные правила использования АБ, получаемых через интернет-продажи [103]. Например, в Великобритании Королевское фармацевтическое общество разработало пилотный проект по обозначению интернет-аптек, имеющих разрешение на торговлю ЛС из группы рецептурных, специальным логотипом [236], в Италии для легальной работы интернет-аптеки требуется лицензия Министерства здравоохранения, а продажа и отпуск ЛС из группы рецептурных и вовсе запрещена законом [217]. Напротив, интернет-аптекам Мексики или других стран, где не требуется рецепт на АБ, законодательно разрешено отправлять АБ гражданам США [236].

По результатам исследования выявлена четкая закономерность: респонденты рассматривают АБ как легкодоступные ЛС, которые беспрепятственно можно приобрести в аптеке, даже не имея врачебного назначения. Это делает АБ группой препаратов, часто применяющихся для самолечения, зачастую лишь на основании личного положительного опыта их применения или их использования в прошлом окружением пациента.

Значительная часть опрошенных сообщила, что ранее испытывала подобные проявления заболевания, для лечения которых использовался АБ, и, по их мнению,

этого достаточно для самостоятельной постановки диагноза и выбора конкретного АБ в качестве терапии и в данном эпизоде. В случае сомнений респондентов о своем диагнозе и необходимости АБТ, было выявлено существенное влияние сети интернет и окружения на определение тактики лечения.

Данные выводы согласуются с результатами исследования по оценке влияния сети интернет на студентов Италии [188]. Так, подавляющее большинство участников использовали Интернет для поиска информации, связанной со здоровьем, более того, 19,4% из них ежедневно искали медицинскую информацию. Наиболее часто в интернете осуществлялся поиск информации о заболеваниях (88,9%) и/или методах лечения (57,4%). Важно отметить, что 66,7% участников исследования искали информацию в интернете непосредственно об АБ и/или АМР.

Значимую роль в принятии решения о самолечении АБ, по результатам нашего опроса, играет близкое окружение респондентов. Родственники/друзья интервьюируемых, не имеющие медицинского образования, часто рекомендовали для лечения конкретный АБ, опираясь на собственный опыт и предположения. Подобные рекомендации, полученные не от врача, являются абсолютно недопустимыми, так как, способствуют нерациональному применению АБ и, как следствие, селекции устойчивых бактерий. Исключение составил ДВФО, где четко прослеживается противоположная тенденция – респонденты не консультировались со своим окружением. Данная отличительная черта ДВФО может быть связана с недостатками проведения опроса конкретным интервьюером: нечетко поставлен вопрос, формулировка вопроса некорректна и малопонятна интервьюируемым, не заданы уточняющие вопросы при получении односложного ответа. И, следовательно, данная особенность ДВФО, маловероятно, обусловлена его территориальными, социокультурными или демографическими характеристиками. Однако данный факт интересен и требует дополнительного изучения.

В опубликованных исследованиях, проведенных на Северо-Западе России и в Восточноевропейском регионе ВОЗ [58,139], была продемонстрирована аналогичная практика влияния окружения на пациента. Важно отметить, что в ходе данных работ были выявлены и другие обстоятельства, вынуждающие

опрошенных заниматься самолечением, которые так же нашли подтверждение и в диссертационном исследовании. Среди них можно выделить: невозможность или трудность посещения врача (длительное ожидание визита врача на дом, очереди в кабинет к врачу, организационные особенности, затрудняющие обращение без прикрепления к лечебному учреждению, дефицит врачей определенной специализации).

Следует отметить, что была выявлена тенденция обращаться за медицинской помощью к знакомым медицинским работникам, зачастую удаленно. Это может быть следствием связанных с пандемией COVID-19 рисков инфицирования, а также свидетельством определенной перегруженности врачей поликлиники и, как следствие, трудностей с записью на прием. Полученная информация может способствовать разработке и внедрению ряда мер по оптимизации процесса организации врачебного приема во всех субъектах РФ.

Лечение симптомов ИВДП – причина подавляющего большинства случаев использования АБ респондентами по результатам диссертационного исследования. Это согласуется с данными более ранних исследований, показывающих распространенность респираторных инфекций и их доминирующую роль в структуре запросов на продажу АМП в аптечных учреждениях [1,142,139]. В частности, в США ежегодно АБ назначаются более чем 100 миллионам взрослых пациентов, обращающихся за амбулаторной помощью, и 41% этих назначений приходится на респираторные заболевания [251]. Важно отметить, что, как правило, при ИВДП не требуется АБТ, поскольку в большинстве случаев они вызываются респираторными вирусами и/или имеют тенденцию к спонтанному разрешению.

Полученные результаты согласуются с данным других российских исследований [46,228]. По данным Rachina и соавт., ОРВИ были наиболее часто упоминаемыми показаниями для покупки АБ в амбулаторных аптечных учреждениях [228]. Вместе с COVID-19 и гриппом общая частота приобретения АБ для лечения респираторных заболеваний составила 53,6%. Белкина и соавторы оценивали отношение провизоров к использованию и самолечению АБ в Санкт-

Петербурге и Ленинградской области. АБ в основном использовались для самостоятельного лечения инфекций верхних и нижних дыхательных путей (53,3% и 19,3% соответственно) [46].

Другими поводами применения АБ являлись симптомы заболеваний желудочно-кишечного тракта и инфекций мочевыделительной системы. Сходная структура «популярных» причин лечения АБ получена и Alhomoud и соавт. в результате систематического обзора статей, посвященных самолечению АБ на Ближнем Востоке [24].

Решение о назначении АБ и его выборе принимал врач, хотя пациенты часто надеялись на назначение АБ в описываемом случае. При этом интервьюируемые не ожидали, что врач будет обсуждать с ними свои решения, и были в основном удовлетворены качеством визита, что свидетельствует о высокой степени доверия к врачам, как было продемонстрировано и в других российских исследованиях [58,139].

Особое внимание как фактору, предрасполагающему к самолечению, следует уделить наличию АБ в домашней аптечке. Одной из причин наличия АБ в домашних аптечках у населения и самолечения в будущем может быть неверно выбранная тактика врача при назначении АБ или несоблюдение его рекомендаций. В частности, предыдущее назначение АБ при неосложненной ИВДП может способствовать формированию неверного стереотипа поведения у населения, а остатки препарата применяться для последующего самолечения. Одно европейское исследование продемонстрировало убедительную связь между применением АБ по назначению врача и последующим использованием его остатков для самолечения [111].

Среди респондентов диссертационного исследования 19% имели АБ у себя в домашней аптечке. В свою очередь, четверть опрошенных не проверяли наличие АБ у себя дома, поскольку наверняка знали, что АБ отсутствуют. Однако, такая ситуация является не результатом осознанного отношения к данному классу препаратов или высокого уровня обеспокоенности проблемой АМР среди населения, а убежденность в беспрепятственном приобретении АБ без рецепта

врача в случае необходимости.

Следует отметить, что в ряде стран доля населения, хранящая АБ в домашней аптечке, является еще более высокой. Так, в Китае 63,1% из 11192 опрошенных студентов сообщили, что имеют АБ у себя в домашней аптечке [284]. Среди тех, кто хранил АБ дома, у 27,8% АБ остались от предыдущего курса лечения, назначенного врачом, 69,3% - самостоятельно приобрели АБ без рецепта.

По данным опроса, проведенного в Бангладеш, многие из респондентов после применения АБ, ранее выписанного врачом, продолжали его использовать в последующем уже в рамках самолечения [51]. Это подтверждает предположение о том, что положительный опыт применения АБ способствует формированию привычки применять тот же АБ для лечения схожих симптомов, даже если это использование является необоснованным. Опыт применения конкретного АБ, безусловно, не должен быть основанием для его будущего использования, учитывая большую вероятность иной этиологии и тяжести заболевания, разную длительность АБТ. Принимая во внимание распространенность подобной практики, это явление должно быть в фокусе образовательных и информационно-просветительских мероприятий для населения по АБ и АБТ.

Среди наиболее часто приобретаемых АБ по запросу респондентов без рецепта врача так и респондентов, консультировавшихся со специалистом и получившими рецепт на соответствующий АБ, оказались амоксициллин/клавуланат, азитромицин и амоксициллин. Тем не менее, список наиболее часто покупаемых АБ различался в разных городах. В частности, амоксициллин не применялся в рамках самолечения и не был назначен респондентам из г. Москвы ни в одном из случаев. Интервьюируемые из УФО не использовали с целью самолечения амоксициллин/клавуланат. Назначение цефтриаксона в СКФО по частоте было сопоставимо с амоксициллином/клавуланатом.

Возможно, вариабельность в использовании АБ связана с различными показаниями к их применению, так как перечень диагнозов не регламентировался критериям включения в настоящее исследование. Однако нельзя пренебрегать и существующей изменчивой практикой использования АБ для одного и того же

показания, что было продемонстрировано в других российских исследованиях [17].

Мы не можем оценить адекватность выбранной терапии в каждом конкретном случае, поскольку это не было предусмотрено дизайном исследования. Однако, наиболее востребованные среди респондентов АБ соответствуют перечню ЛС, включенных в национальные клинические рекомендации по лечению внебольничных респираторных инфекций и в целом относятся к пероральным АБ с наиболее высоким уровнем потребления в РФ [10,11,31]. Амоксициллин и амоксициллин/клавуланат определены как самые “востребованные” АБ и в более раннем качественном исследовании, проводимом в Северо-западном регионе страны [58]. «Популярность» азитромицина среди респондентов исследования также может быть обусловлена его широким использованием в первый год пандемии COVID-19 в монотерапии и в комбинации с гидроксихлорохином, что основывалось на предполагаемом наличии у препарата помимо антибактериального иммуномодулирующего, противовоспалительного и противовирусного эффектов [161,189,291].

По данным диссертационного исследования уровень знаний населения об АБ был низким как среди респондентов с рецептом, так и занимавшихся самолечением. Интервьюируемые всех исследуемых центров затруднялись с описанием и, в части случаев, высказывали ошибочные суждения о показаниях и механизме действия АБ. Полученные данные согласуются с результатами международных исследований, выявивших большой пробел в знаниях эффектов АБ и, в частности, распространенном ложном представлении о целесообразности их использования при вирусных инфекциях [140,182,279,282]. В среднем только 48% жителей ЕС проинформированы о неэффективности АБ в отношении простуды и гриппа [32]. Тот факт, что почти треть участников исследования в Италии считали, что инфекции, независимо от этиологии, лечатся АБ, демонстрирует явные заблуждения и несистематизированность знаний населения в отношении показаний к использованию данной группы ЛС [49]. По данным опроса 7120 респондентов в Великобритании, 38% полагали, что АБ эффективны при наиболее распространенных симптомах ОРВИ, 54% - что АБ могут убивать

вирусы, при этом, 43% не знали, что показанием к применению АБ является бактериальная инфекция [184].

Крайне редко участники исследования из группы без рецепта на АБ демонстрировали знания в области проблемы АМР. В свою очередь, опрошенные из группы с рецептурным назначением АБ гораздо чаще сообщали об информированности о негативных последствиях самолечения в рамках развития устойчивых бактерий. Эти результаты согласуются с недавним качественным исследованием, показывающим, что низкая осведомленность об АМР чаще отмечалась среди участников, принимавших АБ без рецепта [58]. Как правило, интервьюируемые описывали АМР лишь в контексте воздействия на собственный организм и очень редко определяли развитие АМР как глобальную проблему, оказывающую существенное влияние на других людей и будущие поколения.

Отсутствие должной осведомленности о проблеме АМР среди населения актуально для многих стран: подобные выводы представлены в качественных исследованиях Австралии [55,108] и Германии [170]. В шотландском опросе 45% респондентов заявили, что «устойчивость к АБ не имеет для меня значения» [87], а в многонациональном исследовании ни один из 5379 респондентов не упомянул АМР как следствие нерационального применения АБ [54].

Органы управления здравоохранением различных стран признают необходимость сокращения необоснованного назначения АБ не только путем повышения квалификации врачей, в том числе предоставляя клинические рекомендаций, но и путем информирования населения о рациональном применении АБ [234]. Образовательные кампании для населения играют основополагающую роль в этой области [129]. Недавнее исследование показывает, что большинство европейских стран разработали широкий спектр национальных законов и правовых норм, направленных на сокращение неразумного использования АБ [209]. РФ и страны ЕС проводят информационные кампании, направленные на повышение осведомленности населения и его обучению рациональному использованию АБ [109,185,245,290].

Исходя из результатов диссертационной работы, к сожалению, для

большинства опрошенных, подобные информационные кампании остаются незамеченными или незапоминающимися. В частности, незадолго до выполнения настоящего исследования, с апреля 2021 г. по январь 2022 г. в пяти городах РФ (Казань, Краснодар, Пермь, Саранск, Ярославль) проводилась кампания под лозунгом «Твое здоровье – твоя ответственность». Данная образовательная программа была рассчитана на врачей первичного звена (участковых терапевтов и педиатров, оториноларингологов, врачей общей практики), провизоров, население вышеуказанных городов, а также пациентов с симптомами респираторных инфекций и их родственников. В рамках информационной кампании использовались современные каналы и средства коммуникации с целевыми группами (раздаточные материалы, круглые столы и беседы, видеоконференции, брифинги, видеоролики, выступления на телеканалах, реклама в СМИ, сети Интернет) [18]. Всем врачам амбулаторно-поликлинического звена городов-участников были предоставлены экспресс-тесты для выявления антигена β -гемолитического стрептококка группы А в орофарингеальном мазке у пациентов с болью в горле. Однако, лишь значимая часть респондентов из ПФО сообщили, что встречали информационные кампании об АБ и оценили их роль в повышении уровня знаний об АБ. В связи с этим, видимо, при планировании будущих образовательных инициатив необходимо тщательно подходить к выбору правильных каналов коммуникации и целевых групп с целью вовлечения большего процента населения.

В то же время в литературе есть примеры успешных информационных кампаний среди населения. Результатом таких кампаний, реализуемых в Греции и Испании [129] стало снижение использования АБ без рецепта врача. Эффективными были признаны кампании, проводимые в Австралии, где в результате было достигнуто снижение самолечения АБ гриппа, ОРВИ и кашля с 10,8% в 1999 году до 7,4% в 2004 году [288], а также в Бельгии и Франции [108,245], которые использовали высокоэффективные инструменты коммуникации (в частности, активное продвижение кампании посредством рекламы на радио, телевидении, в общественных местах и печатных изданиях) и повторялись в

течение нескольких последовательных лет.

В свою очередь, никаких существенных изменений в результате образовательных кампаний, разъясняющих отличие вирусной от бактериальной этиологии определенных инфекций, не было зарегистрировано в Новой Зеландии (1998 и 2003 гг.), Англии и Шотландии (2008, 2009 гг.) [77,185].

Одной из причин обращения участников исследования к врачу был страх за здоровье членов семьи или коллег, что свидетельствует о высоком уровне социальной ответственности среди респондентов данной группы [230]. Данный вывод согласуется с результатами других исследований, продемонстрировавших рост обеспокоенности населения в отношении развития АМР [159]. Выявленные закономерности могут быть полезны для разработки информационных материалов для населения в будущем. Например, информация о том, что развитие АМР в микробиоме может также привести к инфицированию членов семьи резистентными бактериями может быть дополнительным аргументом в стратегиях обучения пациентов и населения. Vakhit и соавт. проанализировали влияние этой информации на участников своего исследования и определили, что большинство опрошенных были весьма обеспокоены, узнав о распространении резистентности, и сообщили, что данная информация, будет способствовать изменению их поведения в отношении АБ [40]. Отсутствие осознания данной проблемы среди населения, безусловно, лишь способствует нерациональному и избыточному применению АБ.

Одной из целей национального плана Таиланда по борьбе с АМР (2017–2021 гг.) было повышение уровня знаний и осведомленности населения страны об использовании АБ и проблеме АМР как минимум на 20% к 2021 году [240]. В 2019 году проведен масштабный промежуточный опрос, в котором оценивалось поведение в отношении АБ населения страны и его взаимосвязь с уровнем информированности о проблеме АМР. Результаты сравнивались с аналогичным национальным опросом, проведенным в 2017 году. Стоит отметить, что, несмотря на достигнутый рост в уровне знаний об АБ и АМР период с 2017 по 2019 год, некоторые особенности поведения жителей Таиланда остались прежними,

например, распространенная практика использования АБ при ОРВИ [264].

Для повышения уровня знаний об АБ и рисках, связанных с их нерациональным применением, крайне важен доступ населения к правдивой информации, соответствующей принципам доказательной медицины.

По результатам настоящего исследования «общение с врачом» в качестве основного источника информации об АБ указали 14,3% респондентов, «беседа с окружением» отмечалась несколько большим числом интервьюируемых (16,7%). Полученные нами данные отличаются от представленных в литературе. Исследование, проведенное среди греческих родителей, показало, что 90% из них получили информацию об АБ от педиатров [211]. Также 80,1% респондентов из Италии указали врачей как основной источник информации об АБ [201]. Одной из причин полученных различий могут быть особенности организации амбулаторно-поликлинической помощи в РФ: меньшая длительность врачебного приема и большая нагрузка на специалиста по посещениям, не позволяющие врачу уделить необходимое количество времени на информирование пациента. Важно отметить и различия в методологии данных работ: в Греции и Италии проводилось анкетирование с предоставлением возможности выбора ответа (-ов) из представленных вариантов. В рамках диссертационного исследования – данные были получены при личной беседе с использованием открытых вопросов.

Как показывает исследование, сеть Интернет является наиболее востребованным источником получения информации об АБ, несмотря на выявленную вариабельность среди респондентов различных ФО. Однако, в рамках исследования не удалось получить убедительных данных о взаимосвязи полученных различий с возрастом и теоретической доступностью сети Интернет в центрах-участниках. Интервьюируемые части регионов активно используют данную сеть для поиска информации не только о симптомах заболеваний, но и об их лечении. В связи с этим интернет может быть значимым каналом коммуникации для информирования населения об особенностях действия, правилах применения АБ и последствиях их неправильного использования, в том числе с точки зрения селекции АМР.

Однако, важно понимать, что информация, представленная в сети Интернет, не всегда является достоверной и гораздо сложнее подвергается проверке по сравнению с традиционными каналами коммуникации, например, радио, телевидением и печатными изданиями. Таким примером, способствующим формированию ошибочных представлений об АБ, может быть доступность ненадежных источников информации, например, социальных сетей, где люди поделились своим собственным опытом использования АБ [269].

Роль сети Интернет как “пропагандиста” вопросов, связанных с здоровьем, подчеркивается исследованиями, проведенными в Великобритании [85,173,174]. Продемонстрировано, что веб-сайты о здоровье могут играть значительную роль в повышении осведомленности общественности; 13% респондентов, владеющих информацией о том, что не следует принимать АБ без необходимости, увидели ее в Интернете или в социальных сетях [256]. По результатам исследования в Италии, проведенного в 2007 г., 73,4% респондентов использовали сеть Интернет для поиска информации об использовании АБ, а 45% пользователей приложений для обмена сообщениями делились информацией об АБ с окружающими [295]. Именно поэтому важно планировать будущие образовательные мероприятия с использованием новых информационных технологий.

Неоднократно подчеркивался негативный вклад пандемии COVID-19 в практику нерационального применения АБ и рост АМР во всем мире [65,202]. Неоправданно частое использование АБ у пациентов с COVID-19 приводит к селекции устойчивых к АБ бактериальных возбудителей, которые могут распространяться среди населения [202]. Действительно, недавний специальный отчет Центра по контролю и профилактике заболеваний США выявил связанное с пандемией значимое увеличение частоты выявления резистентных микроорганизмов, включая устойчивых к карбапенемам *Acinetobacter* spp., MRSA, энтеробактерий, продуцирующих бета-лактамазы расширенного спектра и карбапенемазы [73].

Несмотря на вирусную этиологию заболевания, исследования показывают, что в период пандемии АБ часто назначались пациентам с COVID-19. Для этого

есть несколько возможных причин: ошибочные представления об эффективности некоторых АБ, подозрение на сопутствующие бактериальные инфекции на основании наличия данной тенденции при инфицировании вирусом гриппа А, для которого ко-инфекции распространены и ассоциированы с ухудшением прогноза [88,146,237], назначение АБ с целью профилактики бактериальных суперинфекций и др. [155,235].

Однако, важно отметить, что исследования о наличии противовирусной активности у некоторых АМП, таких как азитромицин и гидроксихлорохин, которые обосновывали их назначение при инфицировании SARS-CoV-2, не нашли подтверждений в последующих более надежных исследованиях [38]. Также, согласно данным систематических обзоров и мета-анализов, бактериальная и грибковая ко-инфекция у пациентов с COVID-19 встречаются достаточно редко [26,153,155,195]. Таким образом, АБ не следует назначать в плановом порядке в случае подтвержденной инфекции SARS-CoV-2 независимо от тяжести ее течения [131].

На амбулаторном уровне возросшие продажи системных АБ в РФ напрямую коррелировали с вспышкой инфекции COVID-19. Так, с января по март 2020 года в РФ было продано около 65 миллионов упаковок АБ, т. е. продажи выросли на 13,5% по сравнению с тем же периодом допандемического года [12]. Исследователи из Индии также продемонстрировали значительный рост продаж АБ, особенно азитромицина, во время пиковой фазы первой волны пандемии COVID-19 в стране [261].

В исследовании Watson и соавт. отмечалась возросшая значимость провизоров в поддержании эффективной работы системы здравоохранения во время пандемии COVID-19 [285]. Население стало чаще обращаться не к врачам первичного звена, а в аптечные учреждения за консультацией по лечению симптомов заболевания [229]. Наши результаты согласуются с данными коллег, несмотря на выявленные противоречия в ответах интервьюеров. Так, на прямой вопрос о влиянии пандемии COVID-19 на поведение респондентов в описываемой ситуации, большинство ответило, что не почувствовало никаких изменений.

Однако комплексный анализ всех разделов интервью, включая дополнительные, уточняющие вопросы, позволяет сделать противоположный вывод.

Значительная часть участников исследования не обращалась к врачу из-за боязни контакта с пациентами с инфекцией SARS-CoV-2 в медицинских учреждениях, не могла записаться на прием или не дождалась визита врача на дом из-за чрезмерной загруженности специалистов. В результате чего интервьюируемые чаще обращались к провизорам с целью получения консультации.

Желание респондентов приобрести АБ «про запас» или «на всякий случай» было обусловлено возросшим уровнем тревоги за свое здоровье в условиях распространения COVID-19 или страхом дефицита АБ в аптеках [6].

Согласно полученным данным, в период пандемии COVID-19 у респондентов всех ФО сложилось ошибочное представление об эффективности АБ для терапии инфекции SARS-CoV-2 и/или их назначении с целью профилактики ее осложнений. Во многом этому способствовали противоречивые рекомендации врачей и сложившая практика лечения в первые два года пандемии, когда назначение АБ при поражении легких, вызванном SARS-CoV-2, было распространенным явлением. Это также в целом согласуется с имевшимися заблуждениями в обществе об эффективности АБ при вирусных заболеваниях, регистрировавшихся до пандемии COVID-19 [17,58,139].

Стоит отметить, что методология диссертационного исследования имеет ряд ограничений. Выборка респондентов предусматривала вариант набора участников методом снежного кома, в том числе с привлечением профессиональных контактов. Несмотря на то, что никто из участников исследования не был лично знаком с интервьюером, некоторые участники могли испытывать ответственность перед своим лечащим врачом, рекомендовавшим респондента для включения в опрос, и в процессе интервью намеренно описать более компетентное отношение к АБ и более квалифицированный прием у специалиста. Кроме того, в рамках полуструктурированного интервью иногда фиксировалось недостаточное количество уточняющих вопросов (интервьюеры получали краткие ответы на

вопросы и не уточняли детали, которые могли бы помочь провести более глубокий анализ). Не удалось оценить влияние социально-экономического статуса на знания респондентов и их отношение к АБ, поскольку подобной статистики по регионам РФ официально не представлено. Тем не менее, применимость качественной методологии в медицине и в данной предметной области подтверждается авторитетными источниками [225], а объем и качество полученных данных позволило выявить особенности знаний, поведения и отношения к АБ населения различных регионов РФ. Выполненное исследование является крупнейшим в стране анализом качественных данных, выявляющим глубинные процессы самолечения населения данным классом ЛС.

ВЫВОДЫ

1. Практика самолечения АБ широко распространена во всех регионах РФ; наиболее частым поводом применения АБ являлись респираторные инфекции, а причинами использования АБ без рецепта врача – трудности при записи к специалисту, боязнь контакта с инфекциями в лечебном учреждении, наличие препарата в домашней аптечке и положительный предшествующий опыт применения.
2. В случае рецептурного применения инициатива о начале АБТ и выборе конкретного АБ в большинстве случаев исходила от врачей; при самолечении существенное влияние на решение о применении АБ оказывало ближайшее окружение пациента (родственники, друзья, коллеги) без медицинского образования, а в некоторых регионах РФ (ПФО и г. Санкт-Петербург) – сеть Интернет.
3. Выявлено несоблюдение аптечными учреждениями различных регионов РФ требований законодательства РФ о рецептурной продаже АБ; в 11% всех случаев безрецептурного применения АБ инициатива о начале терапии АБ исходила от провизора на основании описания симптомов заболевания, чаще всего данная тенденция регистрировалась в ЮФО и ДВФО.
4. Выявлена высокая частота ошибочных суждений о механизме действия, эффектах АБ и отсутствие у населения РФ четкого представления о последствиях необоснованного применения АБ для общества и ближайшего окружения.
5. Основными источниками информации об АБ для населения РФ являлись средства массовой информации (телевидение и сеть Интернет) и близкое окружение; во всех регионах, за исключением ПФО, отмечено отсутствие или низкая эффективность информационно-просветительских кампаний для населения о правилах применения АБ и последствиях самолечения.
6. Пандемия COVID-19 способствовала увеличению частоты случаев самолечения АБ во всех регионах РФ за счет ухудшения доступности медицинской помощи и страха инфицирования SARS-CoV-2; среди

населения закрепилось ошибочное представление об эффективности АБ при COVID-19 и их способности предупреждать развитие осложнений заболевания.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. С целью повышения доступности амбулаторной медицинской помощи как фактора, оказывающего влияние на самолечение, целесообразно оптимизировать процесс записи населения на прием к врачу и организации врачебного приема.

2. Учитывая распространенную практику безрецептурного отпуска и самолечения АБ, рекомендуется ужесточить контроль за безрецептурным отпуском АБ в аптечных учреждениях страны, ускорить внедрение электронных рецептов отпуска ЛС и усилить мониторинга сети Интернет с целью выявления и блокировки сайтов, осуществляющих нелегальную торговлю АБ.

3. Для повышения уровня знаний, формирования ответственного отношения к применению АБ пациентов и их ближайшего окружения необходимо повысить эффективность информационно-просветительских инициатив, реализуемых при участии врачей и с использованием качественных и доступных интернет-ресурсов об АБ.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АБ – антибиотик

АБТ – антибактериальная терапия

АМП – антимикробные препараты

АМР – антимикробная резистентность

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ГУ – гены устойчивости

ДВФО – Дальневосточный федеральный округ

ЕС – Европейский союз

ЕЭЗ – Европейская экономическая зона

ИВДП – инфекции верхних дыхательных путей

ИМП – инфекции мочевых путей

ЛС – лекарственное средство

НЛР – нежелательные лекарственные реакции

ПФО – Приволжский федеральный округ

РФ – Российская Федерация

СЗФО – Северо-Западный федеральный округ

СибФО – Сибирский федеральный округ

СКФО – Северо-Кавказский федеральный округ

УФО – Уральский федеральный округ

ФО – федеральный округ

ЦФО – Центральный федеральный округ

ЮФО – Южный федеральный округ

COVID-19 – новая коронавирусная инфекция

MRSA – метициллин-резистентный золотистый стафилококк

SARS-CoV-2 – вирус, вызывающий COVID-19

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Андреева, И. В. Самостоятельное применение антимикробных препаратов населением: результаты многоцентрового исследования / И. В. Андреева, С. А. Рачина, Н. А. Петроченкова [и др.] // Антибиотики и химиотерапия. – 2002. – Т. 11. – № 2. – С. 25–29.
2. Балабанова, Я. Модели назначения антимикробных препаратов при респираторных заболеваниях, включая туберкулез, в России: возможная роль в лекарственной устойчивости? / Я. Балабанова, И. Федорин, С. Кузнецов [и др.] // Журнал антимикробной химиотерапии. – 2004. – Т. 54. – № 3. – С. 673–679. – DOI: 10.1093/jac/dkh383.
3. Бодяева, Е. В. Анализ эффективности комплексного вмешательства у пациентов с острым тонзиллофарингитом в амбулаторной практике Смоленска / Е. В. Бодяева, С. А. Рачина, И. В. Отвагин, И. В. Гудков // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2011. – Т. 13. – № 1. – С. 46–55.
4. Гусаров, В. Г. Клинические и фармакоэкономические результаты использования Протокола эмпирической антимикробной терапии в многопрофильном стационаре / В. Г. Гусаров, Е. Е. Нестерова, И. В. Оприщенко [и др.] // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н. И. Пирогова. – 2015. – Т. 10. – № 4. – С. 100–103.
5. Захаренков, И. А. Этиология тяжелой внебольничной пневмонии у взрослых: результаты первого российского многоцентрового исследования / И. А. Захаренков, С. А. Рачина, Н. Н. Дехнич [и др.] // Терапевтический архив. – 2020. – Т. 92. – № 1. – С. 36–42. – DOI: 10.26442/00403660.2020.01.000491.
6. Захаренкова, П. В. Влияние пандемии COVID-19 на практику применения антибиотиков без рецепта врача / П. В. Захаренкова, С. А. Рачина, Р. С. Козлов [и др.] // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2023. – Т. 25. – № 1. – С. 24–25.
7. Захаренкова, П. В. Практика применения антибиотиков населением различных регионов Российской Федерации: качественный, сравнительный анализ

/ П. В. Захаренкова, С. А. Рачина, Р. С. Козлов [и др.] // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2023. – Т. 25. – № 3. – С. 255–267.

8. Калиногорская, О. С. Антибиотикорезистентность и серотиповый состав *Streptococcus pneumoniae*, выделенных у детей в Санкт-Петербурге в 2010-2013 гг. / О. С. Калиногорская, С. С. Беланов, М. О. Волкова [и др.] // Антибиотики и химиотерапия. – 2015. – Т. 60. – № 1–2. – С. 10–18.

9. Клинические рекомендации // Министерство здравоохранения Российской Федерации. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/clin_recomend (дата обращения: 11.06.2024).

10. Клинические рекомендации. Бронхит: Утверждены Минздравом РФ. – 2021. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/381_2 (дата обращения: 15.06.2024).

11. Клинические рекомендации. Отит средний острый: Утверждены Минздравом РФ. – 2021. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/314_2 (дата обращения: 10.06.2024).

12. Коннов, Д. Россияне за время пандемии купили 65 млн упаковок антибиотиков / Д. Коннов // URA.RU. – 2020. – 29 мая. – URL: <https://ura.news/news/1052434031> (дата обращения: 29.06.2024).

13. Об утверждении Правил отпуска лекарственных препаратов для медицинского применения аптечными организациями, индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на осуществление фармацевтической деятельности, медицинскими организациями, имеющими лицензию на осуществление фармацевтической деятельности, и их обособленными подразделениями (амбулаториями, фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, центрами (отделениями) общей врачебной (семейной) практики), расположенными в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации, а также Правил отпуска наркотических средств и психотропных веществ, зарегистрированных в качестве лекарственных препаратов для медицинского применения, лекарственных препаратов для медицинского применения, содержащих наркотические средства и психотропные вещества в том числе Порядка отпуска аптечными организациями иммунобиологических

лекарственных препаратов: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24.11.2021 № 1093н: Зарегистрирован 30.11.2021 № 66142 // Официальное опубликование правовых актов. – 2021. – URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202111300143> (дата обращения: 14.05.2024).

14. Палагин, И. С. Состояние антибиотикорезистентности возбудителей внебольничных инфекций мочевыводящих путей в России, Беларуси и Казахстане: результаты многоцентрового международного исследования «ДАРМИС-2018» / И. С. Палагин, М. В. Сухорукова, А. В. Дехнич [и др.] // Урология. – 2020. – № 1. – С. 19–31. – DOI: 10.18565/urology.2020.1.19-31.

15. Рачина, С. А. Анализ антибактериальной терапии госпитализированных пациентов с внебольничной пневмонией в различных регионах РФ: уроки многоцентрового фармакоэпидемиологического исследования / С. А. Рачина, С. Н. Козлов, Е. П. Шаль [и др.] // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2009. – Т. 11. – № 1. – С. 66–78.

16. Рачина, С. А. Оптимизация использования антимикробных препаратов в многопрофильном стационаре: чем может быть полезен анализ реальной клинической практики? / С. А. Рачина // Московский медицинский журнал. – 2012. – № 3. – С. 5–11.

17. Рачина, С. А. Практика лечения острых респираторных инфекций у детей в амбулаторно-поликлинических учреждениях РФ: результаты многоцентрового фармакоэпидемиологического исследования / С. А. Рачина, Р. С. Козлов, В. К. Таточенко [и др.] // Клиническая фармакология и терапия. – 2016. – № 2. – С. 20–27.

18. Рачина, С. А. Респираторные инфекции в амбулаторной практике: лечим правильно / С. А. Рачина // Российский национальный конгресс "Человек и лекарство" - 15.09.2023 – Махачкала, доклад Источник не оформлен. Необходимо указать название сборника материалов указанного конгресса, в котором публиковался доклад, выходные данные, диапазон страниц, на которых он публиковался и цифровой идентификатор DOI если имеется. В интернете не нашла

данных

19. Стратегия предупреждения распространения антимикробной резистентности в Российской Федерации на период до 2030 года // Правительство Российской Федерации. – URL: <http://static.government.ru/media/files/onJ3GY3ObDGqLDvrED7AhpLF3ywRRFpp.pdf> (дата обращения: 11.06.2024).
20. Улановский, А. М. История и векторы развития качественных исследований в психологии / А. М. Улановский // Методология и история психологии. – 2008. – № 2. – С. 129–139.
21. Федеральная служба государственной статистики: [официальный сайт]. – URL: <https://rosstat.gov.ru> (дата обращения: 11.06.2024).
22. Харькова, О. А. Качественные исследования в медицине и общественном здравоохранении / О. А. Харькова, К. К. Холматова, В. Н. Кузнецов [и др.] // Экология человека. – 2016. – № 12. – С. 54–59.
23. Штейнберг, И. Качественные методы. Полевые социологические исследования / И. Штейнберг, Т. Шанин, Е. Ковалев, А. Левинсон. – СПб.: Алетейя, 2009. – 352 с.
24. Alhomoud, F. Self-medication and self-prescription with antibiotics in the Middle East-do they really happen? A systematic review of the prevalence, possible reasons, and outcomes / F. Alhomoud, Z. Aljamea, R. Almahasnah [et al.] // International Journal of Infectious Diseases. – 2017. – Vol. 57. – P. 3–12. – DOI: 10.1016/j.ijid.2017.01.014.
25. Aljinovic-Vucic, V. Content of home pharmacies and self-medication practices in households of pharmacy and medical students in Zagreb, Croatia: findings in 2001 with a reference to 1977 / V. Aljinovic-Vucic, V. Trkulja, Z. Lackovic // Croatian Medical Journal. – 2005. – Vol. 46. – № 1. – P. 74–80.
26. Alshaikh, F. S. Prevalence of bacterial coinfection and patterns of antibiotics prescribing in patients with COVID-19: A systematic review and meta-analysis / F. S. Alshaikh, B. Godman, O. N. Sindi [et al.] // PLoS One. – 2024. – Vol. 19. – № 7. – Art. e0307695. – DOI: 10.1371/journal.pone.0307695.
27. Alzueta, N. Impact of COVID-19 Pandemic in Antibiotic Consumption in Navarre

- (Spain): An Interrupted Time Series Analysis / N. Alzueta, A. Echeverría, P. García [et al.] // *Antibiotics*. – 2023. – Vol. 12. – № 2. – Art. 318. – DOI: 10.3390/antibiotics12020318.
28. Andrajati, R. Prevalence and associated factors of self medication with antibiotics in Czech Republic / R. Andrajati, J. Vlcek, F. M. Haaijer-Ruskamp // *Vnitřní Lekarství*. – 2005. – Vol. 51. – P. 1096–1101.
29. Andrews, A. Surveillance of Antibacterial Usage during the COVID-19 Pandemic in England, 2020 / A. Andrews, E. L. Budd, A. Hendrick [et al.] // *Antibiotics*. – 2021. – Vol. 10. – № 7. – Art. 841. – DOI: 10.3390/antibiotics10070841.
30. Anghel, I. B. Self-Medication with over-the-counter drugs and antibiotics in romanian consumers: a qualitative study / I. B. Anghel, C. Crăciun // *Cognition, Brain, Behavior*. – 2013. – Vol. 17. – P. 215–235.
31. Antimicrobial consumption report in Russian Federation. GLASS-AMC Report – 2023 // World Health Organization. – 2023. – URL: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/global-antimicrobial-resistance-surveillance-system-glass> (дата обращения: 12.05.2024).
32. Antimicrobial resistance. Special Eurobarometer 407 // European Commission. – 2013. – URL: http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/antimicrobial_resistance/docs/ebs_407_en.pdf (дата обращения: 15.06.2024).
33. Antimicrobial resistance: Fact sheet № 194 // World Health Organization. – URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance> (дата обращения: 24.06.2024).
34. Antimicrobial resistance: global report on surveillance // World Health Organization. – 2014. – URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564748> (дата обращения: 17.06.2024).
35. Antimicrobial Resistance: Key Facts // World Health Organization. – 2023. – URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance> (дата обращения: 15.06.2024).
36. Aslam, B. Antibiotic resistance: a rundown of a global crisis / B. Aslam, W. Wang,

M. I. Arshad [et al.] // *Infection and Drug Resistance*. – 2018. – Vol. 11. – P. 1645–1658. – DOI: 10.2147/IDR.S173867.

37. Auta, A. Global access to antibiotics without prescription in community pharmacies: A systematic review and meta-analysis / A. Auta, M. A. Hadi, E. Oga [et al.] // *Journal of Infectious Diseases*. – 2019. – Vol. 78. – P. 8–18. – DOI: 10.1016/j.jinf.2018.07.001.

38. Azithromycin in patients admitted to hospital with COVID-19 (RECOVERY): A randomised, controlled, open-label, platform trial / RECOVERY Collaborative Group // *Lancet*. – 2021. – Vol. 397. – P. 605–612. – DOI: 10.1016/S0140-6736(21)00149-5.

39. Baek, S. Y. The meaning and limitation of qualitative research: comparing with quantitative research / S. Y. Baek // *Journal of Information Systems*. – 2006. – Vol. 15. – № 1. – P. 239–254. (Korean)

40. Bakhit, M. Exploring patients' understanding of antibiotic resistance and how this may influence attitudes towards antibiotic use for acute respiratory infections: a qualitative study in Australian general practice / M. Bakhit, C. Del Mar, E. Gibson [et al.] // *BMJ Open*. – 2019. – Vol. 9. – Art. e026735. – DOI: 10.1136/bmjopen-2018-026735.

41. Balabanova, Y. Antimicrobial prescribing patterns for respiratory diseases including tuberculosis in Russia: a possible role in drug resistance? / Y. Balabanova, I. Fedorin, S. Kuznetsov [et al.] // *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. – 2004. – Vol. 54. – № 3. – P. 673–679. – DOI:10.1093/jac/dkh383.

42. Bartlett, J. G. Seven ways to preserve the miracle of antibiotics / J. G. Bartlett, D. N. Gilbert, B. Spellberg // *Clinical Infectious Diseases*. – 2013. – Vol. 56. – № 10. – P. 1445–1450. – DOI: 10.1093/cid/cit070.

43. Bauraind, I. Association between antibiotic sales and public campaigns for their appropriate use / I. Bauraind, J. M. Lopez-Lozano, A. Beyaert [et al.] // *Journal of the American Medical Association*. – 2004. – Vol. 292. – № 20. – P. 2468–2470. – DOI: 10.1001/jama.292.20.2468-b.

44. Belgian National Campaign for Appropriate Use of Antibiotics: [site]. – URL: <http://www.antibiotiques.org> (дата обращения: 17.06.2024).

45. Belkina, T. Antibiotic use and knowledge in the community of Yemen, Saudi

- Arabia, and Uzbekistan / T. Belkina, A. Al Warafi, E. Hussein Eltom [et al.] // *Journal of Infection in Developing Countries*. – 2014. – Vol. 8. – P. 424–429. – DOI: 10.3855/jidc.3866.
46. Belkina, T. Antibiotic use practices of pharmacy staff: a cross-sectional study in Saint Petersburg, the Russian Federation / T. Belkina, N. Duvanova, J. Karbovskaja [et al.] // *BMC Pharmacology and Toxicology*. – 2017. – Vol. 18. – Art. 11. – DOI: 10.1186/s40360-017-0116-y.
47. Bengtsson-Palme, J. Shotgun metagenomics reveals a wide array of antibiotic resistance genes and mobile elements in a polluted lake in India / J. Bengtsson-Palme, F. Boulund, J. Fick // *Frontiers in Microbiology*. – 2014. – Vol. 5. – № 106. – Art. 648. – DOI: 10.3389/fmicb.2014.00648.
48. Bianco, A. Antibiotic prescriptions to adults with acute respiratory tract infections by Italian general practitioners / A. Bianco, R. Papadopoli, V. Mascaro [et al.] // *Infection and Drug Resistance*. – 2018. – Vol. 11. – P. 2199–2205. – DOI: 10.2147/IDR.S170349.
49. Bianco, A. Knowledge and practices regarding antibiotics use: Findings from a cross-sectional survey among Italian adults / A. Bianco, F. Licata, R. Zucco [et al.] // *Evolution, Medicine, and Public Health*. – 2020. – Vol. 2020. – № 1. – P. 129–138. – DOI: 10.1093/emph/eoaa028.
50. Bianco, A. Knowledge, and practices regarding antibiotics use: findings from a cross-sectional survey among Italian adults / A. Bianco, F. Licata, R. Zucco [et al.] // *Evolution, Medicine, and Public Health*. – 2020. – Vol. 1. – P. 129–138. – DOI: 10.1093/emph/eoaa028.
51. Biswas, M. Self-medicated antibiotics in Bangladesh: a cross-sectional health survey conducted in the Rajshahi City / M. Biswas, M. N. Roy, M. I. N. Manik [et al.] // *BMC Public Health*. – 2014. – Vol. 14. – Art. 847. – DOI: 10.1186/1471-2458-14-847.
52. Borg, M. A. Over-the-counter acquisition of antibiotics in the Maltese general population / M. A. Borg, E. A. Scicluna // *International Journal of Antimicrobial Agents*. – 2002. – Vol. 20. – № 4. – P. 253–257. – DOI: 10.1016/s0924-8579(02)00194-2.
53. Borg, M. A. Over-the-counter acquisition of antibiotics in the Maltese general population / M. A. Borg, E. A. Scicluna // *International Journal of Antimicrobial Agents*.

- 2002. – Vol. 20. – № 4. – P. 253–257. – DOI: 10.1016/s0924-8579(02)00194-2.
54. Branthwaite, A. Pan-European survey of patients' attitudes to antibiotics and antibiotic use / A. Branthwaite, J. C. Pechere // *Journal of International Medical Research*. – 1996. – Vol. 24. – P. 229–238. – DOI: 10.1177/030006059602400301.
55. Brookes-Howell, L. 'The body gets used to them': patients' interpretations of antibiotic resistance and the implications for containment strategies / L. Brookes-Howell, G. Elwyn, K. Hood [et al.] // *Journal of General Internal Medicine*. – 2012. – Vol. 27. – № 7. – P. 766–772. – DOI: 10.1007/s11606-011-1916-1.
56. Bruyndonckx, R. Consumption of antibiotics in the community, European union/European economic area, 1997–2017 / R. Bruyndonckx, N. Adriaenssens, A. Versporten [et al.] // *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. – 2021. – Vol. 76. – P. 7–13. – DOI: 10.1093/jac/dkab172.
57. Campos, J. Surveillance of outpatient antibiotic consumption in Spain according to sales data and reimbursement data / J. Campos, M. Ferech, E. Lázaro [et al.] // *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. – 2007. – Vol. 60. – № 3. – P. 698–701. – DOI: 10.1093/jac/dkm248.
58. Cantarero-Arevalo, L. A Qualitative Analysis of the Culture of Antibiotic Use for Upper Respiratory Tract Infections Among Patients in Northwest Russia / L. Cantarero-Arevalo, L. S. Nørgaard, S. K. Sporrøng [et al.] // *Frontiers in Pharmacology*. – 2022. – Vol. 13. – Art. 800695. – DOI: 10.3389/fphar.2022.800695.
59. Carrasco-Garrido, P. Predictive factors of self-medicated drug use among the Spanish adult population / P. Carrasco-Garrido, R. Jimenez-Garcia, V. H. Barrera, M. A. Gil de // *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*. – 2008. – Vol. 17. – № 2. – P. 193–199. – DOI: 10.1002/pds.1455.
60. Cassini, A. Attributable deaths and disability-adjusted life-years caused by infections with antibiotic-resistant bacteria in the EU and the European Economic Area in 2015: a population-level modelling analysis / A. Cassini, L. D. Högberg, D. Plachouras [et al.] // *Lancet Infectious Diseases*. – 2019. – Vol. 19. – № 1. – P. 56–66. – DOI: 10.1016/S1473-3099(18)30605-4.
61. Center for Veterinary Medicine (CVM), CVM Updates—FDA Annual Summary

Report on Antimicrobials Sold or Distributed in 2013 for Use in Food-Producing Animals // U.S. Food and Drug Administration. – 2013. – URL: www.fda.gov/AnimalVeterinary/NewsEvents/CVMUpdates/ucm440585.htm (дата обращения: 18.06.2024).

62. Centner, T. J. Recent government regulations in the United States seek to ensure the effectiveness of antibiotics by limiting their agricultural use / T. J. Centner // *Environment International*. – 2016. – Vol. 94. – P. 1–7. – DOI: 10.1016/j.envint.2016.04.018.

63. Choi, E. Y. Nurses' experiences of patient safety incidents in Korea: a cross-sectional study / E. Y. Choi, J. Pyo, W. Lee [et al.] // *BMJ Open*. – 2020. – Vol. 10. – № 10. – Art. e037741. – DOI: 10.1136/bmjopen-2020-037741.

64. Chung, J. Use of qualitative research in the field of health / J. Chung, J. J. Cho // *Korean Journal of Family Medicine*. – 2008. – Vol. 29. – № 8. – P. 553–562. (Korean)

65. Clancy, C. J. PRO: The COVID-19 pandemic will result in increased antimicrobial resistance rates / C. J. Clancy, D. J. Buehrle, M. H. Nguyen // *JAC-Antimicrobial Resistance*. – 2020. – Vol. 2. – № 3. – Art. dlaa049. – DOI: 10.1093/jacamr/dlaa049.

66. Coenen, S. Comment on: Can mass media campaigns change antimicrobial prescribing? A regional evaluation study / S. Coenen, M. Costers, H. Goossens // *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. – 2007. – Vol. 60. – № 1. – P. 179–180. – DOI: 10.1093/jac/dkm134.

67. Collignon, P. The Importance of a One Health Approach to Preventing the Development and Spread of Antibiotic Resistance / P. Collignon // *Current Topics in Microbiology and Immunology*. – 2013. – Vol. 366. – P. 19–36. – DOI: 10.1007/82_2012_224.

68. Contopoulos-Ioannidis, D. G. Pathways for inappropriate dispensing of antibiotics for rhinosinusitis: a randomized trial / D. G. Contopoulos-Ioannidis, I. D. Koliofoti, I. C. Koutroumpa [et al.] // *Clinical Infectious Diseases*. – 2001. – Vol. 33. – № 1. – P. 76–82. – DOI: 10.1086/320888.

69. Corbett, K. K. Appropriate antibiotic use: variation in knowledge and awareness by Hispanic ethnicity and language / K. K. Corbett, R. Gonzales, B. A. Leeman-Castillo

- [et al.] // *Preventive Medicine*. – 2005. – Vol. 40. – № 2. – P. 162–169. – DOI: 10.1016/j.ypmed.2004.05.016.
70. Coric, A. Attitudes of dental practitioners towards antimicrobial therapy in Croatia and Bosnia and Herzegovina / A. Coric, S. Grgic, S. Kostic [et al.] // *European Journal of Dental Education*. – 2020. – Vol. 24. – P. 88–94. – DOI: 10.1111/eje.12471.
71. Costelloe, C. Effect of antibiotic prescribing in primary care on antimicrobial resistance in individual patients: systematic review and meta-analysis / C. Costelloe, C. Metcalfe, A. Lovering [et al.] // *British Medical Journal*. – 2010. – Vol. 340. – Art. c2096. – DOI: 10.1136/bmj.c2096.
72. COVID-19 rapid guideline: antibiotics for pneumonia in adults in hospital // National Institute for Health and Clinical Excellence. – URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng173> (дата обращения: 24.06.2024).
73. COVID-19: U.S. Impact on antimicrobial resistance, special report 2022 / National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases // US Centers for Disease Control and Prevention. – 2022. – URL: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/117915> (дата обращения: 22.06.2024).
74. Creswell, J. W. Determining validity in qualitative inquiry / J. W. Creswell, D. L. Miller // *Theory&Practice*. – 2000. – Vol. 39. – № 3. – P. 124–130. – DOI: 10.1207/s15430421tip39032.
75. Creswell, J. W. *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions* / J. W. Creswell. – Thousand Oaks, CA: Sage, 1998. – 488 p.
76. Creswell, J. W. *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* / J. W. Creswell. – 4th ed. – Los Angeles: SAGE Publications, 2015. – 207 p. – DOI: 10.7748/nr.12.1.82.s2.
77. Curry, M. Public views and use of antibiotics for the common cold before and after an education campaign in New Zealand / M. Curry, L. Sung, B. Arroll [et al.] // *The New Zealand Medical Journal*. – 2006. – Vol. 119. – P. 29–36.
78. Dadgostar, P. Antimicrobial Resistance: Implications and Costs / P. Dadgostar // *Infection and Drug Resistance*. – 2019. – Vol. 12. – P. 3903–3910. – DOI: 10.2147/IDR.S234610.

79. Dahlgren, L. *Qualitative methodology for international public health* / L. Dahlgren, M. Emmelin, A. Winkvist. – Umeå: Epidemiology and Public Health Sciences, Umeå University, 2007. – 39 p.
80. Data on the daily number of new reported COVID-19 cases and deaths by EU/EEA country // European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). – URL: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/data-daily-new-cases-covid-19-eueea-country> (дата обращения: 12.06.2024).
81. Della Vecchia, C. Illness beliefs and emotional responses in mildly disabled stroke survivors: A qualitative study / C. Della Vecchia, M. Préau, C. Carpentier [et al.] // *PLoS One*. – 2019. – Vol. 14. – № 10. – Art. e0223681. – DOI: 10.1371/journal.pone.0223681.
82. Denzin, N. K. *Introduction: The discipline and practice of qualitative research* / N. K. Denzin, Y. S. Lincoln // *The handbook of qualitative research*. Second edition / ed. by N. K. Denzin and Y. S. Lincoln. – Thousand Oaks, CA: Sage, 2000. – P. 1–28.
83. Duijn van, H. J. Views on respiratory tract symptoms and antibiotics of Dutch general practitioners, practice staff and patients H. J. / H. J. Duijn van, M. M. Kuyvenhoven, F. Schellevis, T. J. M. Verheij // *Patient Education and Counseling*. – 2006. – Vol. 61. – P. 342–347. – DOI: 10.1016/j.pec.2005.03.012.
84. Dyar, O. J. How can we improve antibiotic prescribing in primary care? / O. J. Dyar, B. Beović, V. Vlahović-Palčevski [et al.] // *Expert Review of Anti-Infective Therapy*. – 2016. – Vol. 14. – № 4. – P. 403–413. – DOI: 10.1586/14787210.2016.1151353.
85. Dyar, O. J. What makes people talk about antibiotics on social media? A retrospective analysis of Twitter use / O. J. Dyar, E. Castro-Sanchez, A. H. Holmes // *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. – 2014. – Vol. 69. – P. 2568–2572. – DOI: 10.1093/jac/dku165.
86. Economou, V. Agriculture and food animals as a source of antimicrobial-resistant bacteria / V. Economou, P. Gousia // *Infection and Drug Resistance*. – 2015. – Vol. 8. – P. 49–61. – DOI: 10.2147/IDR.S55778.
87. Emslie, M. J. Public knowledge, attitudes and behaviour regarding antibiotics – a survey of patients in general practice / M. J. Emslie, C. M. Bond // *European Journal of*

- General Practice. – 2003. – Vol. 9. – P. 84–90. – DOI: 10.3109/13814780309160410.
88. Esper, F. P. Rate and influence of respiratory virus co-infection on pandemic (H1N1) influenza disease / F. P. Esper, T. Spahlinger, L. Zhou // *Journal of Infection*. – 2011. – Vol. 63. – № 4. – P. 260–266. – DOI: 10.1016/j.jinf.2011.04.004.
89. European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net) // European Centre for Disease Prevention and Control. – 2015. – URL: http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/antimicrobial_resistance/database/Pages/database.aspx (дата обращения: 27.06.2024).
90. European surveillance of antimicrobial consumption network (ESAC-Net) // European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). – URL: <https://www.ecdc.europa.eu/en/about-us/partnerships-and-networks/disease-and-laboratory-networks/esac-net> (дата обращения: 16.06.2024).
91. European Surveillance of Antimicrobial Consumption Network (ESAC-Net) // European Centre for Disease Prevention and Control. – 2016. – URL: <http://ecdc.europa.eu/en/activities/surveillance/ESAC-Net/Pages/index.aspx> (дата обращения: 27.06.2024).
92. Flach, C.-F. Isolation of novel IncA/C and IncN fluoroquinolone resistance plasmids from an antibiotic-polluted lake / C.-F. Flach, A. Johnning, I. Nilsson [et al.] // *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. – 2015. – Vol. 70. – № 10. – P. 2709–2717. – DOI: 10.1093/jac/dkv167.
93. Fleming-Dutra, K. E. How to prescribe fewer unnecessary antibiotics: talking points that work / K. E. Fleming-Dutra, R. Mangione-Smith, L. A. Hicks // *American Family Physician*. – 2016. – Vol. 94. – P. 200–202.
94. Founou, L. L. Antibiotic resistance in the food chain: a developing country-perspective / L. L. Founou, R. C. Founou, S. Y. Essack // *Frontiers in Microbiology*. – 2016. – Vol. 7. – Art. 1881. – DOI: 10.3389/fmicb.2016.01881.
95. Gadde, U. Alternatives to antibiotics for maximizing growth performance and feed efficiency in poultry: a review / U. Gadde, W. H. Kim, S. T. Oh, H. S. Lillehoj // *Animal Health Research Reviews*. – 2017. – Vol. 18. – № 1. – P. 26–45. – DOI: 10.1017/S1466252316000207.

96. Gao, M. Size-related bacterial diversity and tetracycline resistance gene abundance in the air of concentrated poultry feeding operations / M. Gao, R. Jia, T. Qiu [et al.] // *Environmental Pollution*. – 2016. – Vol. 220. – P. 1342–1348. – DOI: 10.1016/j.envpol.2016.10.101.
97. Gao, X.-L. Airborne bacterial contaminations in typical Chinese wet market with live poultry trade / X.-L. Gao, M.-F. Shao, Y. Luo [et al.] // *Science of the Total Environment*. – 2016. – Vol. 572. – P. 681–687. – DOI: 10.1016/j.scitotenv.2016.06.208.
98. Gautret, P. Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: Results of an open-label non-randomized clinical trial / P. Gautret, J. C. Lagier, P. Parola [et al.] // *International Journal of Antimicrobial Agents*. – 2020. – Vol. 56. – Art. 105949. – DOI: 10.1016/j.ijantimicag.2020.105949.
99. Gaze, W. H. Influence of Humans on Evolution and Mobilization of Environmental Antibiotic Resistome / W. H. Gaze, S. M. Krone, D. G. J. Larsson [et al.] // *Emerging Infectious Diseases*. – 2013. – Vol. 19. – Art. e120871. – DOI: 10.3201/eid1907.120871.
100. Gebretekle, G. B. Exploration of over-the-counter sales of antibiotics in community pharmacies of Addis Ababa, Ethiopia: pharmacy professionals' perspective / G. B. Gebretekle, M. Serbessa // *Antimicrobial Resistance & Infection Control*. – 2016. – Vol. 5. – № 2. – DOI: 10.1186/s13756-016-0101-z.
101. Ghiga, I. 'Struggling to be a defender of health' -a qualitative study on the pharmacists' perceptions of their role in antibiotic consumption and antibiotic resistance in Romania / I. Ghiga, C. Stålsby Lundborg // *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*. – 2016. – Vol. 9. – Art. 10. – DOI: 10.1186/s40545-016-0061-y.
102. Gillies, M. B. Changes in antibiotic prescribing following COVID-19 restrictions: Lessons for post-pandemic antibiotic stewardship / M. B. Gillies, D. P. Burgner, L. Ivancic [et al.] // *British Journal of Clinical Pharmacology*. – 2022. – Vol. 88. – № 3. – P. 1143–1151. – DOI: 10.1111/bcp.15000.
103. Global Action Plan on Antimicrobial Resistance // World Health Organization. – 2015. – URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241509763> (дата обращения: 18.06.2024).
104. Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis /

Antimicrobial Resistance Collaborators // *The Lancet*. – 2022. – Vol. 399. – № 10325. – P. 629–655. – DOI: 10.1016/S0140-6736(21)02724-0.

105. Goff, D. A. Global contributions of pharmacists during the COVID-19 pandemic / D. A. Goff, D. Ashiru-Oredope, K. A. Cairns [et al.] // *Journal of the American College of Clinical Pharmacy*. – 2020. – Vol. 3. – № 8. – P. 1480–1492. – DOI: 10.1002/jac5.1329.

106. Golkar, Z. Bacteriophage therapy: a potential solution for the antibiotic resistance crisis / Z. Golkar, O. Bagasra, D. G. Pace // *Journal of Infection in Developing Countries*. – 2014. – Vol. 8. – № 2. – P. 129–136. – DOI: 10.3855/jidc.3573.

107. Gonzalez, J. Storage of antibiotics in Spanish households / J. Gonzalez, A. Orero, J. Prieto // *Revista Española de Quimioterapia*. – 2006. – Vol. 19. – № 3. – P. 275–285.

108. Goossens, H. Achievements of the Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee (BAPCOC) / H. Goossens, S. Coenen, M. Costers [et al.] // *Eurosurveillance*. – 2008. – Vol. 13. – № 46. – Art. 19036.

109. Goossens, H. National campaigns to improve antibiotic use / H. Goossens, D. Guillemot, M. Ferech [et al.] // *European Journal of Clinical Pharmacology*. – 2006. – Vol. 62. – № 5. – P. 373–379. – DOI: 10.1007/s00228-005-0094-7.

110. Gould, I. M. New antibiotic agents in the pipeline and how they can help overcome microbial resistance / I. M. Gould, A. M. Bal // *Virulence*. – 2013. – Vol. 4. – № 2. – P. 185–191. – DOI: 10.4161/viru.22507.

111. Grigoryan, L. Determinants of self-medication with antibiotics in Europe: the impact of beliefs, country wealth and the healthcare system / L. Grigoryan, J. G. Burgerhof, J. E. Degener [et al.] // *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. – 2008. – Vol. 61. – № 5. – P. 1172–1179. – DOI: 10.1093/jac/dkn054.

112. Grigoryan, L. Low Concordance With Guidelines for Treatment of Acute Cystitis in Primary Care / L. Grigoryan, R. Zoorob, H. Wang, B. W. Trautner // *Open Forum Infectious Diseases*. – 2015. – Vol. 2. – № 4. – Art. ofv159. – DOI: 10.1093/ofid/ofv159.

113. Grigoryan, L. Self-medication with antimicrobial drugs in Europe / L. Grigoryan, F. M. Haaijer-Ruskamp, J. G. Burgerhof [et al.] // *Emerging Infectious Diseases*. – 2006. – Vol. 3. – P. 452–459. – DOI: 10.3201/eid1203.050992.

114. Grover, M. L. Assessing adherence to evidence-based guidelines for the diagnosis

- and management of uncomplicated urinary tract infection / M. L. Grover, J. D. Bracamonte, A. K. Kanodia [et al.] // *Mayo Clinic Proceedings*. – 2007. – Vol. 82. – P. 181–185. – DOI: 10.4065/82.2.181.
115. Guba, E. G. Fourth generation evaluation as an alternative / E. G. Guba, Y. S. Lincoln // *Educational horizons*. – 1985. – Vol. 63. – № 4. – P. 139–141.
116. Guidos, R. J. Combating antimicrobial resistance: policy recommendations to save lives / R. J. Guidos // *Clinical Infectious Diseases*. – 2011. – Vol. 52. – № 5. – P. 397–428. – DOI: 10.1093/cid/cir153.
117. Hallberg, L. R.-M. Qualitative methods in Public health research / L. R.-M. Hallberg. – Verlag: Jossey-Bass Inc Pub, 2002. – 231 p.
118. Hamilton, A. COVID-19 and Outpatient Antibiotic Prescriptions in the United States: A County-Level Analysis / A. Hamilton, S. Poleon, J. Cherian [et al.] // *Open Forum Infectious Diseases*. – 2023. – Vol. 10. – № 3. – Art. ofad096. – DOI: 10.1093/ofid/ofad096.
119. Hawking, M. K. D. Attitudes and behaviours of adolescents towards antibiotics and self-care for respiratory tract infections: a qualitative study / M. K. D. Hawking, D. M. Lecky, P. Touboul Lundgren [et al.] // *BMJ Open*. – 2017. – Vol. 7. – Art. e015308. – DOI: 10.1136/bmjopen-2016-015308.
120. Hofer, U. The cost of antimicrobial resistance / U. Hofer // *Nature Reviews Microbiology*. – 2019. – Vol. 17. – № 1. – Art. 3. – DOI: 10.1038/s41579-018-0125-x.
121. Högberg, L. D. Decrease in community antibiotic consumption during the COVID-19 pandemic, EU/EEA, 2020 / L. D. Högberg, V. Vlahović-Palčevski, C. Pereira [et al.] // *Eurosurveillance*. – 2021. – Vol. 26. – P. 1–5. – DOI: 10.2807/1560-7917.ES.2021.26.46.2101020.
122. Holloway, I. Qualitative Research in nursing / I. Holloway, S. Wheeler. – New York: Wiley-Blackwell, 2002. – 304 p.
123. Hoxha, I. Antibiotic use in Albania between 2011 and 2012 / I. Hoxha, A. Malaj, L. Malaj // *Journal of Infection in Developing Countries*. – 2015. – Vol. 9. – № 1. – P. 94–98. – DOI: 10.3855/jidc.5375.
124. Hsieh, H. F. Three approaches to qualitative content analysis / H. F. Hsieh, S. E.

Shannon // *Qualitative Health Research*. – 2005. – Vol. 15. – № 9. – P. 1277–1288. – DOI: 10.1177/1049732305276687.

125. Hu, J. Non-prescribed antibiotic use and general practitioner service utilisation among Chinese migrants in Australia / J. Hu, Z. Wang // *Australian Journal of Primary Health*. – 2016. – Vol. 22. – № 5. – P. 434–439. – DOI: 10.1071/PY15076.

126. Hu, Y. J. Reducing antibiotic use in livestock, China / Y. J. Hu, B. J. Cowling // *Bulletin of the World Health Organization*. – 2020. – Vol. 98. – № 5. – P. 360–361. – DOI: 10.2471/BLT.19.243501.

127. Huijbers, P. M. C. Role of the Environment in the Transmission of Antimicrobial Resistance to Humans: A Review / P. M. C. Huijbers, H. Blaak, M. C. M. de Jong [et al.] // *Environmental Science & Technology*. – 2015. – Vol. 49. – P. 11993–12004. – DOI: 10.1021/acs.est.5b02566.

128. Hurley, H. J. Avoidable antibiotic exposure for uncomplicated skin and soft tissue infections in the ambulatory care setting / H. J. Hurley, B. C. Knepper, C. S. Price [et al.] // *American Journal of Medicine*. – 2013. – Vol. 126. – № 12. – P. 1099–1106. – DOI: 10.1016/j.amjmed.2013.08.016.

129. Huttner, B. Characteristics and outcomes of public campaigns aimed at improving the use of antibiotics in outpatients in high-income countries / B. Huttner, H. Goossens, T. Verheij [et al.] // *The Lancet Infectious Diseases*. – 2010. – Vol. 10. – P. 17–31. – DOI: 10.1016/S1473-3099(09)70305-6.

130. Interagency Coordination Group on Antimicrobial Resistance (IACG). No time to wait: securing the future from drug-resistant infections // World Health Organization. – 2019. – URL: <https://www.who.int/docs/default-source/documents/no-time-to-wait-securing-the-future-from-drug-resistant-infections-en.pdf> (дата обращения: 21.06.2024).

131. Interim Guidelines for Prevention, Diagnosis and Treatment of the New Coronavirus Infections (COVID-19). – URL: https://static0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/059/041/original/BMP_COVID-19_V14_27-12-2021.pdf (дата обращения: 22.11.2023).

132. Irfan, M. Antimicrobial resistance and its drivers – a review / M. Irfan, A. Almotiri,

Z. AlZeyadi // *Antibiotics*. – 2022. – Vol. 11. – № 10. – Art. 1362. – DOI: 10.3390/antibiotics11101362.

133. ISARIC COVID-19 Clinical data report // International Severe Acute Respiratory and Emerging Infections Consortium. – 2020. – URL: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.07.17.20155218v15.full.pdf> (дата обращения: 15.06.2024).

134. Jakupi, A. Culture of antibiotic use in Kosovo – an interview study with patients and health professionals / A. Jakupi, D. Raka, S. Kaae, S. K. Sporrang // *Pharmacy Practice (Granada)*. – 2019. – Vol. 17. – № 3. – Art. 1540. – DOI: 10.18549/PharmPract.2019.3.1540.

135. Jenkins, T. C. Antibiotic prescribing practices in a multicenter cohort of patients hospitalized for acute bacterial skin and skin structure infection / T. C. Jenkins, B. C. Knepper, S. J. Moore [et al.] // *Infection Control and Hospital Epidemiology*. – 2014. – Vol. 35. – P. 1241–1250. – DOI: 10.1086/678056.

136. Jo, S. N. Qualitative research method and practice / S. N. Jo, H. J. Lee, Y. J. Joo, N. Y. Kim. – Seoul: Greenpress, 2011. – 227 p. (Korean)

137. Kaae, S. Antibiotic knowledge, attitudes and behaviours of Albanian health care professionals and patients – a qualitative interview study / S. Kaae, A. Malaj, I. Hoxha // *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*. – 2017. – Vol. 10. – Art. 13. – DOI: 10.1186/s40545-017-0102-1.

138. Kaae, S. Experiences from a pilot study on how to conduct a qualitative multi-country research project regarding use of antibiotics in Southeast Europe / S. Kaae, S. K. Sporrang, J. M. Traulsen [et al.] // *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*. – 2016. – Vol. 9. – Art. 20. – DOI: 10.1186/s40545-016-0069-3.

139. Kaae, S. The antibiotic knowledge, attitudes and behaviors of patients, doctors and pharmacists in the WHO Eastern European region – a qualitative, comparative analysis of the culture of antibiotic use in Armenia, Georgia, Kazakhstan, Moldova, Russia and Tajikistan / S. Kaae, L. Ghazaryan, K. Pagava [et al.] // *Research in Social & Administrative Pharmacy*. – 2020. – Vol. 16. – № 2. – P. 238–248. – DOI:10.1016/j.sapharm.2019.05.014.

140. Kamata, K. Public knowledge and perception about antimicrobials and antimicrobial resistance in Japan: A national questionnaire survey in 2017 / K. Kamata, Y. Tokuda, Y. Gu [et al.] // *PLoS One*. – 2018. – Vol. 13. – № 11. – Art. e0207017. – DOI: 10.1371/journal.pone.0207017.
141. Kandelaki, K. Antibiotic use and resistance: a cross-sectional study exploring knowledge and attitudes among school and institution personnel in Tbilisi, Republic of Georgia / K. Kandelaki, C. S. Lundborg, G. Marrone // *BMC Research Notes*. – 2015. – Vol. 8. – Art. 1477. – DOI: 10.1186/s13104-015-1477-1.
142. Khan, W. A. Community-based antibiotic access and use in six low-income and middleincome countries: a mixed-method approach / W. A. Khan, M. Gyapong, K. P. Asante [et al.] // *The Lancet Global Health*. – 2021. – Vol. 9. – № 5. – P. 610–619. – DOI: 10.1016/S2214-109X(21)00024-3.
143. Kim, J. Y. Mental health in LGBTs resulting from family rejection: consensual qualitative research / J. Y. Kim // *Korean Journal of Psychology: Culture and Social Issues*. – 2017. – Vol. 23. – № 4. – P. 605–634. (Korean)
144. Kim, M. Beyond antibiotic selection: concordance with the IDSA guidelines for uncomplicated urinary tract infections / M. Kim, A. Lloyd, M. Condren, M. J. Miller // *Infection*. – 2015. – Vol. 43. – № 1. – P. 89–94. – DOI: 10.1007/s15010-014-0659-4.
145. Kim, Y. C. Qualitative research methodology. 1: Bricoleur / Y. C. Kim. – 3rd ed. – Seoul: Academy Press, 2016. – 64 p. (Korean)
146. Klein, E. Y. The frequency of influenza and bacterial coinfection: a systematic review and meta-analysis / E. Y. Klein, B. Monteforte, A. Gupta [et al.] // *Influenza and Other Respiratory Viruses*. – 2016. – Vol. 10. – № 5. – P. 394–403. – DOI: 10.1111/irv.12398.
147. Klevens, R. M. Estimating health care-associated infections and deaths in U.S. hospitals, 2002 / R. M. Klevens, J. R. Edwards, C. L. Jr. Richards [et al.] // *Public Health Reports*. – 2007. – Vol. 122. – P. 160–166. – DOI: 10.1177/003335490712200205.
148. Knight, B. D. The impact of COVID-19 on community antibiotic use in Canada: an ecological study / B. D. Knight, J. Shurgold, G. Smith [et al.] // *Clinical Microbiology and Infection*. – 2022. – Vol. 28. – № 3. – P. 426–432. – DOI: 10.1016/j.cmi.2021.10.013.

149. Kristiansson, E. Pyrosequencing of antibiotic-contaminated river sediments reveals high levels of resistance and gene transfer elements / E. Kristiansson, J. Fick, A. Janzon [et al.] // *PLOS One*. – 2011. – Vol. 6. – № 2. – Art. e17038. – DOI:10.1371/journal.pone.0017038.
150. Kristinsson, K. G. Modification of prescribers' behavior: The Icelandic approach / K. G. Kristinsson // *Clinical Microbiology and Infection*. – 1999. – Vol. 5. – № 4. – P. 43–47. – DOI: 10.1111/j.1469-0691.1999.tb00856.x.
151. Kuzmenkov, A. Y. AMRmap: An Interactive Web Platform for Analysis of Antimicrobial Resistance Surveillance Data in Russia / A. Y. Kuzmenkov, I. V. Trushin, A. G. Vinogradova [et al.] // *Frontiers in Microbiology*. – 2021. – Vol. 12. – Art. 620002. – DOI: 10.3389/fmicb.2021.620002.
152. Landers, T. F. Antibiotic identification, use, and self-medication for respiratory illnesses among urban Latinos / T. F. Landers, Y. H. Ferng, J. W. McLoughlin [et al.] // *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*. – 2010. – Vol. 22. – № 9. – P. 488–495. – DOI: 10.1111/j.1745-7599.2010.00539.x.
153. Langford, B. J. Bacterial co-infection and secondary infection in patients with COVID-19: A living rapid review and meta-analysis / B. J. Langford, M. So, S. Raybardhan [et al.] // *Clinical Microbiology and Infection*. – 2020. – Vol. 26. – P. 1622–1629. – DOI: 10.1016/j.cmi.2020.07.016.
154. Lansang, M. A. Purchase of antibiotics without prescription in Manila, the Philippines. Inappropriate choices and doses / M. A. Lansang, R. Lucas-Aquino, T. E. Tupasi [et al.] // *Journal of Clinical Epidemiology*. – 1990. – Vol. 43. – № 1. – P. 61–67. – DOI: 10.1016/0895-4356(90)90057-v.
155. Lansbury, L. Co-infections in people with COVID-19: a systematic review and meta-analysis / L. Lansbury, B. Lim, V. Baskaran, W. S. Lim // *Journal of Infectious Diseases*. – 2020. – Vol. 81. – P. 266–275. – DOI: 10.1016/j.jinf.2020.05.046.
156. Larson, E. L. Factors which influence Latino community members to self-prescribe antibiotics / E. L. Larson, J. Dilone, M. Garcia, J. Smolowitz // *Nursing Research*. – 2006. – Vol. 55. – № 2. – P. 94–102. – DOI: 10.1097/00006199-200603000-00004.
157. Larsson, D. G. J. Effluent from drug manufactures contains extremely high levels

- of pharmaceuticals / D. G. J. Larsson, C. de Pedro, N. Paxeus // *Journal of Hazardous Materials*. – 2007. – Vol. 148. – № 3. – P. 751–755. – DOI: 10.1016/j.jhazmat.2007.07.008.
158. Larsson, D. G. Pollution from drug manufacturing: review and perspectives / D. G. Larsson // *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*. – 2014. – Vol. 369. – № 1656. – Art. 20130571. – DOI: 10.1098/rstb.2013.0571.
159. Laxminarayan, R. Antibiotic resistance-the need for global solutions / R. Laxminarayan, A. Duse, C. Wattal [et al.] // *The Lancet Infectious Diseases*. – 2013. – Vol. 13. – № 12. – P. 1057–1098. – DOI: 10.1016/S1473-3099(13)70318-9.
160. Lazzerini, M. Women's suggestions on how to improve the quality of maternal and newborn hospital care: a qualitative study in Italy using the WHO standards as framework for the analysis / M. Lazzerini, C. Semenzato, J. Kaur [et al.] // *BMC Pregnancy and Childbirth*. – 2020. – Vol. 20. – № 1. – Art. 200. – DOI: 10.1186/s12884-020-02893-0.
161. Lee, N. Anti-inflammatory effects of adjunctive macrolide treatment in adults hospitalized with influenza: A randomized controlled trial / N. Lee, C. K. Wong, M. C. W. Chan [et al.] // *Antiviral research*. – 2017. – Vol. 144. – P. 48–56. – DOI: 10.1016/j.antiviral.2017.05.008.
162. Lescure, D. Determinants of Self-Medication With Antibiotics in European and Anglo-Saxon Countries: A Systematic Review of the Literature / D. Lescure, J. Paget, F. Schellevis, L. van Dijk // *Frontiers in Public Health*. – 2018. – Vol. 6. – Art. 370. – DOI: 10.3389/fpubh.2018.00370.
163. Licata, F. The Internet: Friend or Foe of Antibiotic Resistance? Results of a Cross-Sectional Study among Italian University Students / F. Licata, S. Angelillo, A. Oliverio, A. Bianco // *Antibiotics*. – 2021. – Vol. 10. – № 9. – Art. 1091. – DOI: 10.3390/antibiotics10091091.
164. Lincoln, Y. S. But is it rigorous? Trustworthiness and authenticity in naturalistic evaluation / Y. S. Lincoln, E. G. Guba // *New Directions for Program Evaluation*. – 1986. – Vol. 30. – P. 73–84. – DOI: 10.1002/ev.1427.
165. Lincoln, Y. S. *Naturalistic inquiry* / Y. S. Lincoln, E. G. Guba. – Thousand Oaks, CA: Sage, 1985. – 120 p.

166. Lindenmeyer, A. Recent migrants' perspectives on antibiotic use and prescribing in primary care: a qualitative study / A. Lindenmeyer, S. Redwood, L. Griffith [et al.] // *British Journal of General Practice*. – 2016. – Vol. 66. – P. 802–809. – DOI: 10.3399/bjgp16X686809.
167. Llor, C. Antimicrobial resistance: risk associated with antibiotic overuse and initiatives to reduce the problem / C. Llor, L. Bjerrum // *Therapeutic Advances in Drug Safety*. – 2014. – Vol. 5. – № 6. – P. 229–241. – DOI: 10.1177/2042098614554919.
168. Llor, C. The Sale of Antibiotics without Prescription in Pharmacies in Catalonia, Spain / C. Llor, J. M. Cots // *Clinical Infectious Diseases*. – 2009. – Vol. 48. – № 10. – P. 1345–1349. – DOI: 10.1086/598183.
169. Luchtenberg, M. L. Understanding the child-doctor relationship in research participation: a qualitative study / M. L. Luchtenberg, E. L. M. Maeckelberghe, L. Locock, A. A. E. Verhagen // *BMC Pediatrics*. – 2020. – Vol. 20. – № 1. – Art. 353. – DOI: 10.1186/s12887-020-02243-1.
170. Lum, E. P. M. Australian consumer perspectives, attitudes and behaviours on antibiotic use and antibiotic resistance: a qualitative study with implications for public health policy and practice / E. P. M. Lum, K. Page, L. Nissen [et al.] // *BMC Public Health*. – 2017. – Vol. 17. – № 1. – Art. 799. – DOI: 10.1186/s12889-017-4813-7.
171. Macfarlane, C. Influence of patients' expectations on antibiotic management of acute lower respiratory tract illness in general practice: questionnaire study / J. Macfarlane, W. Holmes, R. Macfarlane [et al.] // *British Medical Journal*. – 1997. – Vol. 315. – P. 1211–1214. – DOI: 10.1136/bmj.315.7117.1211.
172. Machowska, A. Drivers of irrational use of antibiotics in Europe / A. Machowska, C. Stålsby Lundborg // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2018. – Vol. 16. – Art. 27. – DOI: 10.3390/ijerph16010027.
173. Madle, G. Bugs and drugs on the Web: changes in knowledge of users of a web-based education resource on antibiotic prescribing / G. Madle, P. Kostkova, J. Weinberg // *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. – 2009. – Vol. 63. – P. 221–223. – DOI: 10.1093/jac/dkn438.
174. Madle, G. Changing public attitudes to antibiotic prescribing: can the internet help?

/ G. Madle, P. Kostkova, J. Mani-Saada [et al.] // *Informatics in primary care*. – 2004. – Vol. 12. – P. 19–26. – DOI: 10.14236/jhi.v12i1.104.

175. Mainous, A. G. A community intervention to decrease antibiotics used for self-medication among Latino adults / A. G. Mainous, V. A. Diaz, M. Carnemolla // *Annals of Family Medicine*. – 2009. – Vol. 7. – № 6. – P. 520–526. – DOI: 10.1370/afm.1061.

176. Mainous, A. G. Factors affecting Latino adults' use of antibiotics for self-medication / A. G. Mainous, V. A. Diaz, M. Carnemolla // *Journal of the American Board of Family Medicine*. – 2008. – Vol. 21. – № 2. – P. 128–134. – DOI: 10.3122/jabfm.2008.02.070149.

177. Mainous, A. G. Nonprescribed antimicrobial drugs in Latino community, South Carolina / A. G. Mainous, A. Y. Cheng, R. C. Garr [et al.] // *Emerging Infectious Diseases*. – 2005. – Vol. 11. – № 6. – P. 883–888. – DOI: 10.3201/eid1106.040960.

178. Mangione-Smith, R. Racial/Ethnic variation in parent expectations for antibiotics: implications for public health campaigns / R. Mangione-Smith, M. N. Elliot, T. Stivers [et al.] // *Pediatrics*. – 2004. – Vol. 113. – P. 385–394. – DOI: 10.1542/peds.113.5.e385.

179. Maron, D. F. Restrictions on antimicrobial use in food animal production: an international regulatory and economic survey / D. F. Maron, T. J. Smith, K. E. Nachman // *Global Health*. – 2013. – Vol. 9. – Art. 48. – DOI: 10.1186/1744-8603-9-48.

180. Marti, E. The Role of Aquatic Ecosystems as Reservoirs of Antibiotic Resistance / E. Marti, E. Variatza, J. L. Balcazar // *Trends in Microbiology*. – 2014. – Vol. 22. – P. 36–41. – DOI: 10.1016/j.tim.2013.11.001.

181. Maula, A. Use it or lose it: a qualitative study of the maintenance of physical activity in older adults / A. Maula, N. LaFond, E. Orton [et al.] // *BMC Geriatrics*. – 2019. – Vol. 19. – № 1. – Art. 349. – DOI: 10.1186/s12877-019-1366-x.

182. Mazińska, B. Surveys of public knowledge and attitudes with regard to antibiotics in Poland: Did the European Antibiotic Awareness Day campaigns change attitudes? / B. Mazińska, I. Strużycka, W. Hryniewicz // *PLoS One*. – 2017. – Vol. 12. – № 2. – Art. e0172146. – DOI: 10.1371/journal.pone.0172146.

183. McCullough, A. R. Antibiotics for acute respiratory infections in general practice: comparison of prescribing rates with guideline recommendations / A. R. McCullough, A.

- J. Pollack, M. Plejdrup Hansen [et al.] // *Medical Journal of Australia*. – 2017. – Vol. 207. – P. 65–69. – DOI: 10.5694/mja16.01042.
184. McNulty, C. A. M. Don't wear me out – the public's knowledge of and attitudes to antibiotic use / C. A. M. McNulty, P. Boyle, T. Nichols [et al.] // *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. – 2007. – Vol. 59. – № 4. – P. 727–738. – DOI: 10.1093/jac/dkl558.
185. McNulty, C. A. The English antibiotic awareness campaigns: did they change the public's knowledge of and attitudes to antibiotic use? / C. A. McNulty, T. Nichols, P. J. Boyle [et al.] // *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. – 2010. – Vol. 65. – P. 1526–1533. – DOI: 10.1093/jac/dkq126.
186. McNulty, C. A. The public's attitudes to and compliance with antibiotics / C. A. McNulty, P. Boyle, T. Nichols [et al.] // *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. – 2007. – Vol. 60. – № 1. – P. 63–68. – DOI: 10.1093/jac/dkm161.
187. Mijović, B. Knowledge, attitudes and practices of parents and pediatricians regarding antibiotic use among children: differences in relation to the level of education of the parents in the republic of Srpska Bosnia and Herzegovina / B. Mijović, J. Aćimović, J. Đaković Dević [et al.] // *Antibiotics*. – 2022. – Vol. 11. – Art. 325. – DOI: 10.3390/antibiotics11101325.
188. Mikołaj, K. Global Internet Data on the Interest in Antibiotics and Probiotics Generated by Google Trends / M. Kamiński, I. Loniewski, W. Marlicz // *Antibiotics*. – 2019. – Vol. 8. – № 3. – Art. 147. – DOI: 10.3390/antibiotics8030147.
189. Min, J. Y. Macrolide therapy in respiratory viral infections / J. Y. Min, Y. J. Jang // *Mediators of inflammation*. – 2012. – Vol. 2012. – P. 1–9. – DOI: 10.1155/2012/649570.
190. Mira, J. J. What do Spaniards read about the prudent use of anti-microbial agents and what do they really do? / J. J. Mira, I. Navarro, B. Huttner [et al.] // *Psychology, Health & Medicine*. – 2014. – Vol. 19. – № 2. – P. 201–210. – DOI: 10.1080/13548506.2013.793370.
191. Mistretta, A. Drug misuse in the community: factors which influence patients to self-prescribe antibiotics / A. Mistretta, G. Grosso, F. Contarino, S. Sciacca // *Ann Ig.* – 2008. – Vol. 20. – № 3. – P. 287–295.

192. Mitsi, G. Patterns of antibiotic use among adults and parents in the community: a questionnaire-based survey in a Greek urban population / G. Mitsi, E. Jelastopulu, H. Basiaris [et al.] // *International Journal of Antimicrobial Agents*. – 2005. – Vol. 25. – № 5. – P. 439–443. – DOI: 10.1016/j.ijantimicag.2005.02.009.
193. Monnet DL, the National Antimicrobial Resistance Focal points. How do people obtain antibiotics in European countries: an overview // *Sante Sports*. – 2009. – URL: http://www.sante-sports.gouv.fr/dossiers/antibiotiques/Pres_Monnet.pdf (дата обращения: 08.06.2024).
194. Moranta Ribas, F. Characterization of self-medication with antibiotics in a community pharmacy / F. Moranta Ribas, A. Sitjar Garí, A. I. Maroto Yagüe, M. A. Sanz Guillén // *Pharm Care Espana*. – 2008. – Vol. 10. – P. 57–62. – DOI: 10.1002/pds.3218.
195. Moreno-García, E. Bacterial co-infection at hospital admission in patients with COVID-19 / E. Moreno-García, P. Puerta-Alcalde, L. Letona [et al.] // *International Journal of Infectious Diseases*. – 2022. – Vol. 118. – P. 197–202. – DOI: 10.1016/j.ijid.2022.03.003.
196. Morgan, D. J. Non-prescription antimicrobial use worldwide: a systematic review / D. J. Morgan, I. N. Okeke, R. Laxminarayan [et al.] // *The Lancet Infectious Diseases*. – 2011. – Vol. 11. – № 9. – P. 692–701. – DOI: 10.1016/S1473-3099(11)70054-8.
197. Morgan, D. J. Non-prescription antimicrobial use worldwide: a systematic review / D. J. Morgan, I. N. Okeke, R. Laxminarayan [et al.] // *The Lancet Infectious Diseases*. – 2011. – Vol. 11. – № 9. – P. 692–701. – DOI: 10.1016/S1473-3099(11)70054-8.
198. Muaz, K. Antibiotic Residues in Chicken Meat: Global Prevalence, Threats, and Decontamination Strategies: A Review / K. Muaz, M. Riaz, S. Akhtar [et al.] // *Journal of Food Protection*. – 2018. – Vol. 81. – № 4. – P. 619–627. – DOI: 10.4315/0362-028X.JFP-17-086.
199. Mulligan, P. Adherence to antibiotic stewardship program associated with shorter course of treatment and fewer adverse events / P. Mulligan, N. Shah, M. Acree [et al.] // *Infection Control and Hospital Epidemiology*. – 2021. – Vol. 1. – № 1. – P. 30–31. – DOI: 10.1017/ash.2021.55.
200. Muurinen, J. Swine growth promotion with antibiotics or alternatives can increase

antibiotic resistance gene mobility potential / J. Muurinen, J. Richert, C. L. Wickware [et al.] // *Environment International*. – 2021. – № 11. – Art. 5485. – DOI: 10.1038/s41598-021-84759-9.

201. Napolitano, F. Public knowledge, attitudes, and experience regarding the use of antibiotics in Italy / F. Napolitano, M. T. Izzo, G. Di Giuseppe, I. F. Angelillo // *PLoS One*. – 2013. – Vol. 8. – № 12. – Art. e84177. – DOI: 10.1371/journal.pone.0084177.

202. Nieuwlaat, R. Coronavirus Disease 2019 and Antimicrobial Resistance: Parallel and Interacting Health Emergencies / R. Nieuwlaat, L. Mbuagbaw, D. Mertz [et al.] // *Clinical Infectious Diseases*. – 2021. – Vol. 72. – № 9. – P. 1657–1659. – DOI: 10.1093/cid/ciaa773.

203. O’Neill, J. Antimicrobial resistance: tackling a crisis for the health and wealth of nations / J. O’Neill // *Review on Antimicrobial Resistance*. – 2014. – URL: https://amr-review.org/sites/default/files/AMR%20Review%20Paper%20-%20Tackling%20a%20crisis%20for%20the%20health%20and%20wealth%20of%20nations_1.pdf (дата обращения: 17.06.2024).

204. Ock, M. A legal framework for improving patient safety in Korea / M. Ock, J. H. Kim, S. I. Lee // *Journal of Health Policy and Management*. – 2015. – Vol. 25. – № 3. – P. 174–184. (Korean)

205. Ock, M. Experience and Awareness of Health Managers, Administrators, and Workers on a Hearing Conservation Program in Korea: A Qualitative Study / M. Ock, J. Pyo, O. H. Kim [et al.] // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2020. – Vol. 17. – № 7. – Art. 2302. – DOI: 10.3390/ijerph17072302.

206. Ock, M. Perceptions of primary care in Korea: a comparison of patient and physician focus group discussions / M. Ock, J. E. Kim, M. W. Jo [et al.] // *BMC Family Practice*. – 2014. – Vol. 15. – Art. 178. – DOI: 10.1186/s12875-014-0178-5.

207. One Health // World Health Organization. – 2017. – URL: <https://www.who.int/features/qa/one-health/en/> (дата обращения: 16.06.2024).

208. One Health // World Health Organization. – 2017. – URL: <https://www.who.int/features/qa/one-health/en/> (дата обращения: 16.06.2024).

ПОВТОР ист. № 258

209. Paget, J. Antimicrobial resistance and causes of non-prudent use of antibiotics in human medicine in the EU / J. Paget, D. Lescure, A. Versporten [et al.] // European Commission. – 2017. – DOI: 10.2875/326847.
210. Pal, C. The structure and diversity of human, animal and environmental resistomes / C. Pal, J. Bengtsson-Palme, E. Kristiansson, D. G. J. Larsson // *Microbiome*. – 2006. – Vol. 4. – Art. 54. – DOI: 10.1186/s40168-016-0199-5.
211. Panagakou, S. G. Antibiotic use for upper respiratory tract infections in children: a cross-sectional survey of knowledge, attitudes, and practices (KAP) of parents 2011. – Vol. 11. – Art. 60. – DOI: 10.1186/1471-2431-11-60.
212. Papaioannidou, P. Antibiotic use by general population: Attitudes, beliefs and behavior / P. Papaioannidou, F. Tsanakalis, P. Akritopoulos // *Epitheorese Klinikes Farmakologias kai Farmakokinetikes*. – 2009. – Vol. 27. – P. 74–77.
213. Parsons, S. Did local enhancement of a national campaign to reduce high antibiotic prescribing affect public attitudes and prescribing rates? / S. Parsons, S. Morrow, M. Underwood // *European Journal of General Practice*. – 2004. – Vol. 10. – № 1. – P. 18–23. – DOI: 10.3109/13814780409094222.
214. Pechere, J. Patients' interviews and misuse of antibiotics / J. Pechere // *Clinical Infectious Diseases*. – 2001. – Vol. 33. – № 3. – P. 170–173. – DOI: 10.1086/321844.
215. Perry, J. A. Forces Shaping the Antibiotic Resistome / J. A. Perry, G. D. Wright // *BioEssays*. – 2014. – Vol. 36. – P. 1179–1184. – DOI: 10.1002/bies.201400128.
216. Petursson, P. GPs' reasons for "non-pharmacological" prescribing of antibiotics. A phenomenological study / P. Petursson // *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. – 2005. – Vol. 23. – № 2. – P. 120–125. – DOI: 10.1080/02813430510018491.
217. Presidential Decree Law 19 February 2014 n.17 Attuazione Della Direttiva 2011/62/UE, che Modifica la Direttiva 2001/83/CE, Recante un Codice Comunitario Relativo ai Medicinali Per Uso Umano, al Fine di Impedire L'ingresso di Medicinali Falsificati Nella Catena di Fornitura Legale. – URL: http://www.agenziafarmaco.gov.it/sites/default/files/D%20Lgs_19febbraio2014_n.17.pdf (дата обращения: 14.05.2024).
218. Prestinaci, F. Antimicrobial resistance: a global multifaceted phenomenon / F.

- Prestinaci, P. Pezzotti, A. Pantosti // *Pathogens and Global Health*. – 2015. – Vol. 109. – № 7. – P. 309–318. – DOI: 10.1179/2047773215Y.0000000030.
219. Pyo, J. A qualitative case study on the medical litigation experience of bereaved families due to medical accident / J. Pyo, Y. J. Han, M. Ock // *Korean Journal of Christian Counseling*. – 2018. – Vol. 19. – № 5. – P. 25–49. (Korean)
220. Pyo, J. Bus Workers' Experiences with and Perceptions of a Health Promotion Program: A Qualitative Study Using a Focus Group Discussion / J. Pyo, M. Lee, M. Ock [et al.] // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2020. – Vol. 17. – № 6. – Art. 1992. – DOI: 10.3390/ijerph17061992.
221. Pyo, J. Does the disclosure of patient safety incidents satisfy those who have been harmed? / J. Pyo, W. Lee, S. G. Jang [et al.] // *Korean Journal of Medical Ethics*. – 2019. – Vol. 22. – № 4. – P. 321–340. (Korean)
222. Pyo, J. Meaning and Status of Health-related Quality of Life Recognized by Medical Professionals: a Qualitative Study / J. Pyo, M. Ock, B. Park [et al.] // *Journal of Korean Medical Science*. – 2021. – Vol. 36. – № 3. – Art. e20. – DOI: 10.3346/jkms.2021.36.e20.
223. Pyo, J. Medical litigation experience of the victim of medical accident: a qualitative case study / J. Pyo, M. Ock, Y. J. Han // *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. – 2019. – Vol. 14. – № 1. – Art. 1595958. – DOI: 10.1080/17482631.2019.1595958.
224. Pyo, J. Physicians' Difficulties Due to Patient Safety Incidents in Korea: a Cross-Sectional Study / J. Pyo, E. Y. Choi, W. Lee [et al.] // *Journal of Korean Medical Science*. – 2020. – Vol. 35. – № 17. – Art. e118. – DOI: 10.3346/jkms.2020.35.e118.
225. Pyo, J. Qualitative Research in Healthcare: Necessity and Characteristics / J. Pyo, J. W. Lee, J. W. E. Y. Choi [et al.] // *Journal of Preventive Medicine and Public Health*. – 2023. – Vol. 56. – № 1. – P. 12–20. – DOI: 10.3961/jpmph.22.451.
226. Pyo, J. Quality of Life and Health in Patients with Chronic Periodontitis: A Qualitative Study / J. Pyo, M. Lee, M. Ock, J. Lee // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2020. – Vol. 17. – № 13. – Art. 4895. – DOI: 10.3390/ijerph17134895.

227. Pyo, J. Unmet needs related to the quality of life of advanced cancer patients in Korea: a qualitative study / J. Pyo, M. Ock, M. Lee [et al.] // *BMC Palliative Care*. – 2021. – Vol. 20. – № 1. – Art. 58. – DOI: 10.1186/s12904-021-00749-8.
228. Rachina, S. Antimicrobial Dispensing Practice in Community Pharmacies in Russia during the COVID-19 Pandemic / S. Rachina, R. Kozlov, A. Kurkova [et al.] // *Antibiotics*. – 2022. – Vol. 11. – № 5. – Art. 586. – DOI: 10.3390/antibiotics11050586.
229. Rachina, S. On Behalf Of Russian Working Group Of The Project. Antimicrobial Dispensing Practice in Community Pharmacies in Russia during the COVID-19 Pandemic / S. Rachina, R. Kozlov, A. Kurkova [et al.] // *Antibiotics*. – 2022. – Vol. 11. – № 5. – Art. 586. – DOI: 10.3390/antibiotics11050586.
230. Rachina, S. The antibiotic knowledge, attitudes and behaviours of patients purchasing antibiotics with prescription in Russia: a qualitative, comparative analysis / S. Rachina, P. Zakharenkova, R. Kozlov [et al.] // *JAC-Antimicrobial Resistance*. – 2024. – Vol. 6. – № 2. – Art. dlac041. – DOI: 10.1093/jacamr/dlae041.
231. Rachina, S. The Antibiotic Knowledge, Attitudes, and Behaviors of Patients Purchasing Antibiotics without Prescription: Results of National Survey / S. Rachina, P. Zakharenkova, R. Kozlov [et al.] // *Advances in Public Health*. – 2023. – Vol. 2023. – Art. 3306067. – DOI: 10.1155/2023/3306067.
232. Radosevic, N. Attitudes towards antimicrobial drugs among general population in Croatia, Fyrom, Greece, Hungary, Serbia, and Slovenia / N. Radosevic, V. Vlahovic-Palcevski, R. Benko [et al.] // *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*. – 2009. – Vol. 18. – P. 691–696. – DOI: 10.1002/pds.1768.
233. Radyowijati, A. Improving antibiotic use in low-income countries: an overview of evidence on determinants / A. Radyowijati, H. Haak // *Social Science & Medicine*. – 2003. – Vol. 57. – № 4. – P. 733–744. – DOI: 10.1016/s0277-9536(02)00422-7.
234. Ranji, S. R. Interventions to reduce unnecessary antibiotic prescribing: a systematic review and quantitative analysis / S. R. Ranji, M. A. Steinman, K. G. Shojania, R. Gonzales // *Medical Care*. – 2008. – Vol. 46. – № 8. – P. 847–862. – DOI: 10.1097/MLR.0b013e318178eabd.
235. Rawson, T. M. Bacterial and fungal co-infection in individuals with coronavirus: a

- rapid review to support COVID-19 antimicrobial prescribing / T. M. Rawson, L. S. P. Moore, N. Zhu [et al.] // *Clinical Infectious Diseases*. – 2020. – Vol. 71. – P. 2459–2468. – DOI: 10.1093/cid/ciaa530.
236. Reeves, D. The 2005 Garrod Lecture: the changing access of patients to antibiotics-for better or worse? / D. Reeves // *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. – 2007. – Vol. 59. – № 3. – P. 333–341. – DOI: 10.1093/jac/dkl502.
237. Rice, T. W. Critical illness from 2009 pandemic influenza A virus and bacterial coinfection in the United States / T. W. Rice, L. Rubinson, T. M. Uyeki [et al.] // *Critical care medicine*. – 2012. – Vol. 40. – № 5. – P. 1487–1498. – DOI: 10.1097/CCM.0b013e3182416f23.
238. Roque, F. Influence of community pharmacists' attitudes on antibiotic dispensing behaviour: a cross-sectional study in Portugal / F. Roque, S. Soares, L. Breitenfeld [et al.] // *Clinical Therapeutics*. – 2015. – Vol. 37. – № 1. – P. 168–177. – DOI: 10.1016/j.clinthera.2014.11.006.
239. Rowe, T. A. Novel approaches to decrease inappropriate ambulatory antibiotic use / T. A. Rowe, J. A. Linder // *Expert Review of Anti-Infective Therapy*. – 2019. – Vol. 17. – № 7. – P. 511–521. – DOI: 10.1080/14787210.2019.1635455.
240. Royal Thai Government and WHO Country Cooperation Strategy Program on AMR. Thailand's National Strategic Plan on Antimicrobial Resistance 2017-2021 // Royal Thai Government. – 2017. – URL: <https://amrthailand.net/Strategy> (дата обращения: 27.06.2024).
241. Russo, V. Prevalence of antibiotic prescription in southern Italian outpatients: real-world data analysis of socioeconomic and sociodemographic variables at a municipality level / V. Russo, V. M. Monetti, F. Guerriero [et al.] // *ClinicoEconomics and Outcomes Research*. – 2018. – Vol. 10. – P. 251–258. – DOI: 10.2147/CEOR.S161299.
242. Rutgersson, C. Fluoroquinolones and qnr genes in sediment, well water, soil / C. Rutgersson, J. Fick, N. Marathe [et al.] // *Environmental Science & Technology*. – 2014. – Vol. 48. – № 14. – P. 7825–7832. – DOI: 10.1021/es501452a.
243. Rynkiewich, K. Antibiotic decision making in surgical intensive care: a qualitative analysis / K. Rynkiewich, D. Schwartz, S. Won, B. Stoner // *Journal of Hospital Infection*.

– 2020. – Vol. 104. – № 2. – P. 158–164. – DOI: 10.1016/j.jhin.2019.09.002.

244. Ryu, S. Decreased Use of Broad-Spectrum Antibiotics During the Coronavirus Disease 2019 Epidemic in South Korea / S. Ryu, Y. Hwang, S. T. Ali [et al.] // *Journal of Infectious Diseases*. – 2021. – Vol. 224. – № 6. – 949–955. – DOI: 10.1093/infdis/jiab208.

245. Sabuncu, E. Significant reduction of antibiotic use in the community after a nationwide campaign in France, 2002-2007 / E. Sabuncu, J. David, C. Bernède-Bauduin [et al.] // *PLoS Medicine*. – 2009. – Vol. 6. – № 6. – Art. e1000084. – DOI: 10.1371/journal.pmed.1000084.

246. Salim, A. M. Exploring the reasons why pharmacists dispense antibiotics without prescriptions in Khartoum state, Sudan / A. M. Salim, B. Elgizoli // *International Journal of Pharmacy Practice*. – 2017. – Vol. 25. – № 1. – P. 59–65. – DOI: 10.1111/ijpp.12317.

247. Saradamma, R. D. Social factors influencing the acquisition of antibiotics without prescription in Kerala State, south India / R. D. Saradamma, N. Higginbotham, M. Nichter // *Social Science & Medicine*. – 2000. – Vol. 50. – № 6. – P. 891–903. – DOI: 10.1016/s0277-9536(99)00380-9.

248. Scaioli, G. Antibiotic use: a cross-sectional survey assessing the knowledge, attitudes and practices amongst students of a school of medicine in Italy / G. Scaioli, M. R. Gualano, R. Gili [et al.] // *PLoS One*. – 2015. – Vol. 10. – № 4. – Art. e0122476. – DOI: 10.1371/journal.pone.0122476.

249. Seidman, I. Interviewing as qualitative research: a guide for researchers in education and the social sciences / I. Seidman. – New York: Teachers College Press, 2006. – 192 p.

250. Shapiro, D. J. Antibiotic prescribing for adults in ambulatory care in the USA, 2007-09 / D. J. Shapiro, L. A. Hicks, A. T. Pavia, A. L. Hersh // *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. – 2014. – Vol. 69. – 1. – P. 234–240. – DOI: 10.1093/jac/dkt301.

251. Shapiro, D. J. Antibiotic prescribing for adults in ambulatory care in the USA, 2007–09 / D. J. Shapiro, L. A. Hicks, A. T. Pavia, A. L. Hersh // *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. – 2014. – Vol. 69. – P. 234–240. – DOI: 10.1093/jac/dkt301.

252. Shively, N. R. Prevalence of Inappropriate Antibiotic Prescribing in Primary Care

- Clinics within a Veterans Affairs Health Care System / N. R. Shively, D. J. Buehrle, C. J. Clancy, B. K. Decker // *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*. – 2018. – Vol. 62. – DOI: 10.1128/aac.00337-18.
253. Sion, K. Y. J. How to assess experienced quality of care in nursing homes from the client's perspective: results of a qualitative study / K. Y. J. Sion, H. Verbeek, B. de Boer [et al.] // *BMC Geriatrics*. – 2020. – Vol. 20. – № 1. – Art. 67. – DOI: 10.1186/s12877-020-1466-7.
254. Smith, J. *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* / J. Smith. – Thousand Oaks, CA: Sage, 2003. – 312 p.
255. So, A. D. An Integrated Systems Approach is Needed to Ensure the Sustainability of Antibiotic Effectiveness for Both Humans and Animals / A. D. So, T. A. Shah, S. Roach [et al.] // *Journal of Law, Medicine & Ethics*. – 2015. – Vol. 43. – P. 38–45. – DOI: 10.1111/jlme.12273.
256. Special Eurobarometer 445: Antimicrobial Resistance // European Union. – 2016. – URL: https://data.europa.eu/data/datasets/s2107_85_1_445_eng/?locale=en (дата обращения: 10.06.2024).
257. Stemming the Superbug Tide: Just A Few Dollars More // OECD Health Policy Studies. – 2017. – URL: https://www.oecd-ilibrary.org/stemming-the-superbug-tide_5j8jt0d19h34.pdf (дата обращения: 26.06.2024).
258. Strand, M. A. Community Pharmacists' Contributions to Disease Management During the COVID-19 Pandemic / M. A. Strand, J. Bratberg, H. Eukel [et al.] // *Preventing Chronic Disease*. – 2020. – Vol. 17. – Art. E98. – DOI: 10.5888/pcd17.200317.
259. Stratchounski, L. General public and antimicrobials: Current state of knowledge in Russia / L. Stratchounski, S. Rachina, I. Andreeva // 43rd Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy, Chicago, USA 2003. – 2003. – Vol. 1. – P. 27–30.
260. Stratchounski, L. S. The inventory of antibiotics in Russian home medicine cabinets / L. S. Stratchounski, I. V. Andreeva, S. A. Ratchina [et al.] // *Clinical Infectious Diseases*. – 2003. – Vol. 37. – P. 498–505. – DOI: 10.1086/376905.

261. Sulis, G. Sales of antibiotics and hydroxychloroquine in India during the COVID-19 epidemic: An interrupted time series analysis / G. Sulis, B. Batomen, A. Kotwani [et al.] // *PLoS Medicine*. – 2021. – Vol. 18. – Art. e1003682. – DOI: 10.1371/journal.pmed.1003682.
262. Sundvall, P. D. Rational antibiotic prescribing in primary care: qualitative study of opportunities and obstacles / P. D. Sundvall, I. Skoglund, M. Hess-Wargbaner, C. Åhrén // *BJGP Open*. – 2020. – Vol. 4. – № 4. – Art. bjgpopen20X101079. – DOI: 10.3399/bjgpopen20X101079.
263. Surveillance report. Surveillance of antimicrobial consumption in Europe // European Centre for Disease Prevention and Control. – 2012. – URL: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/antimicrobial-consumption-europe-esac-net-2012.pdf> (дата обращения: 05.06.2024).
264. Tangcharoensathien, V. Population knowledge and awareness of antibiotic use and antimicrobial resistance: results from national household survey 2019 and changes from 2017 / V. Tangcharoensathien, S. Chanvatik, H. Kosiyaporn [et al.] // *BMC Public Health*. – 2021. – Vol. 21. – № 1. – Art. 2188. – DOI: 10.1186/s12889-021-12237-y.
265. Tariq, S. Using mixed methods in health research / S. Tariq, J. Woodman // *JRSM Short Reports*. – 2013. – Vol. 4. – № 6. – Art. 2042533313479197. – DOI: 10.1177/2042533313479197.
266. Taur, Y. Adherence to the Infectious Diseases Society of America guidelines in the treatment of uncomplicated urinary tract infection / Y. Taur, M. A. Smith // *Clinical Infectious Diseases*. – 2007. – Vol. 44. – P. 769–774. – DOI: 10.1086/511866.
267. Taxifulati, Y. Antibiotic use and irrational antibiotic prescriptions in 66 primary healthcare institutions in Beijing City, China, 2015-2018 / Y. Taxifulati, H. Wushouer, M. Fu [et al.] // *BMC Health Services Research*. – 2021. – Vol. 21. – № 1. – Art. 832. – DOI: 10.1186/s12913-021-06856-9.
268. Tedeschi, S. An Improvement in the Antimicrobial Resistance Patterns of Urinary Isolates in the Out-Of-Hospital Setting following Decreased Community Use of Antibiotics during the COVID-19 Pandemic / S. Tedeschi, E. Sora, A. Berlinger [et al.] // *Antibiotics*. – 2023. – Vol. 12. – № 1. – Art. 126. – DOI: 10.3390/antibiotics12010126.

269. Tiong, T. W. Knowledge and Attitude of University Students on Antibiotics: A Cross-sectional Study in Malaysia / T. W. Tiong, S. S. Chua // *Drug, Healthcare and Patient Safety*. – 2020. – Vol. 12. – P. 135–144. – DOI: 10.2147/DHPS.S253301.
270. Tiseo, K. Global trends in antimicrobial use in food animals from 2017 to 2030 / K. Tiseo, L. Huber, M. Gilbert [et al.] // *Antibiotics*. – 2020. – Vol. 9. – № 12. – Art. 918. – DOI: 10.3390/antibiotics9120918.
271. Torren-Edo, J. “One Health”: The Regulation and Consumption of Antimicrobials for Animal Use in the EU / J. Torren-Edo, K. Grave, D. Mackay // *IHAJ*. – 2015. – Vol. 2. – P. 14–16.
272. Vaananen, M. H. Self-medication with antibiotics--does it really happen in Europe? / M. H. Vaananen, K. Pietila, M. Airaksinen // *Health Policy*. – 2006. – Vol. 77. – № 2. – P. 166–171. – DOI: 10.1016/j.healthpol.2005.07.001.
273. Väänänen, M. H. Self-medication with antibiotics--does it really happen in Europe? / M. H. Väänänen, K. Pietilä, M. Airaksinen // *Health Policy*. – 2006. – Vol. 77. – № 2. – P. 166–171. – DOI: 10.1016/j.healthpol.2005.07.001.
274. Van Boeckel, T. P. Reducing antimicrobial use in food animals / T. P. Van Boeckel, E. E. Glennon, D. Chen [et al.] // *Science*. – 2017. – Vol. 357. – № 6358. – P. 1350–1352. – DOI: 10.1126/science.aao1495.
275. Van der Zande, M. M. General practitioners’ accounts of negotiating antibiotic prescribing decisions with patients: a qualitative study on what influences antibiotic prescribing in low, medium and high prescribing practices / M. M. Van der Zande, M. Dembinsky, G. Aresi, T. P. van Staa // *BMC Family Practice*. – 2019. – Vol. 20. – № 1. – Art. 172. – DOI: 10.1186/s12875-019-1065-x.
276. Van Duin, D. The impact of the COVID-19 pandemic on antimicrobial resistance: a debate / D. Van Duin, G. Barlow, D. Nathwani // *JAC-Antimicrobial Resistance*. – 2020. – Vol. 2. – № 3. – Art. dlaa053. – DOI: 10.1093/jacamr/dlaa053.
277. Ventola, C. L. The antibiotic resistance crisis: part 1: causes and threats / C. L. Ventola // *P&T*. – 2015. – Vol. 40. – № 4. – P. 277–283.
278. Versporten, A. Antibiotic use in eastern Europe: a cross-national database study in coordination with the WHO Regional Office for Europe / A. Versporten, G. Bolokhovets,

- L. Ghazaryan [et al.] // *The Lancet Infectious Diseases*. – 2014. – Vol. 14. – № 5. – P. 381–387. – DOI: 10.1016/S1473-3099(14)70071-4.
279. Voidăzan, S. Knowledge, Attitudes And Practices Regarding The Use Of Antibiotics. Study On The General Population Of Mureş County, Romania / S. Voidăzan, G. Moldovan, L. Voidăzan [et al.] // *Infection and Drug Resistance*. – 2019. – Vol. 12. – P. 3385–3396. – DOI: 10.2147/IDR.S214574.
280. Volpato, D. E. Use of antibiotics without medical prescription / D. E. Volpato, B. V. de Souza, L. G. Dalla Rosa [et al.] // *Brazilian Journal of Infectious Diseases*. – 2005. – Vol. 9. – № 4. – P. 288–291. – DOI: 10.1590/s1413-86702005000400004.
281. Vuckovic, N. Changing patterns of pharmaceutical practice in the United States / N. Vuckovic, M. Nichter // *Social Science & Medicine*. – 1997. – Vol. 44. – № 9. – P. 1285–1302. – DOI: 10.1016/s0277-9536(96)00257-2.
282. Waaseth, M. Knowledge of antibiotics and antibiotic resistance among Norwegian pharmacy customers – a cross-sectional study / M. Waaseth, A. Adan, I. L. Røen [et al.] // *BMC Public Health*. – 2019. – Vol. 19. – № 1. – Art. 66. – DOI: 10.1186/s12889-019-6409-x.
283. Wallin, A. M. Cross-cultural interview studies using interpreters: systematic literature review / A. M. Wallin, G. Ahlström // *Journal of Advanced Nursing*. – 2006. – Vol. 55. – № 6. – P. 723–735. – DOI: 10.1111/j.1365-2648.2006.03963.
284. Wang, X. Keeping Antibiotics at Home Promotes Self-Medication with Antibiotics among Chinese University Students / X. Wang, L. Lin, Z. Xuan [et al.] // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2018. – Vol. 15. – № 4. – Art. 687. – DOI: 10.3390/ijerph15040687.
285. Watson, K. E. COVID the Catalyst for Evolving Professional Role Identity? A Scoping Review of Global Pharmacists' Roles and Services as a Response to the COVID-19 Pandemic / K. E. Watson, T. J. Schindel, M. E. Barsoum, J. Y. Kung // *Pharmacy*. – 2021. – Vol. 9. – Art. 99. – DOI: 10.3390/pharmacy9020099.
286. WHO Global Strategy for Containment of Antimicrobial Resistance // World Health Organization. – 2001. – URL: https://www.who.int/drugresistance/WHO_Global_Strategy_English.pdf (дата

обращения: 06.06.2024).

287. Woodhead, M. Public education – a progress report / M. Woodhead, R. Finch // *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. – 2007. – Vol. 60. – № 1. – P. 53–55. – DOI: 10.1093/jac/dkm158.
288. Wutzke, S. E. Evaluation of a national programme to reduce inappropriate use of antibiotics for upper respiratory tract infections: effects on consumer awareness, beliefs, attitudes and behaviour in Australia / S. E. Wutzke, M. A. Artist, L. A. Kehoe [et al.] // *Health Promotion International*. – 2007. – Vol. 22. – № 1. – P. 53–64. – DOI: 10.1093/heapro/dal034.
289. Yoo, K. W. Understanding qualitative research methods / K. W. Yoo, J. W. Jeong, Y. S. Kim, H. B. Kim. – 2nd ed. – Seoul: Pakyoungsa, 2018. – 87 p. (Korean)
290. Zakharenkova, P. Students as a target group of public information campaign aimed at combatting antibiotic misuse / P. Zakharenkova, S. Rachina, R. Kozlov [et al.] // *Proceedings of the 27th ECCMID, Vienna, Austria, 24–25 April*. – 2017. – Art. 1139.
291. Zarogoulidis, P. Macrolides: from in vitro anti-inflammatory and immunomodulatory properties to clinical practice in respiratory diseases / P. Zarogoulidis, N. Papanas, I. Kioumis [et al.] // *European journal of clinical pharmacology*. – 2012. – Vol. 68. – № 5. – P. 479–503. – DOI: 10.1007/s00228-011-1161-x.
292. Zhou, F. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study / F. Zhou, T. Yu, R. Du [et al.] // *Lancet*. – 2020. – Vol. 395. – № 10229. – P. 1054–1062. – DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30566-3.
293. Zhu, N. Investigating the impact of COVID-19 on primary care antibiotic prescribing in North West London across two epidemic waves / N. Zhu, P. Aylin, T. Rawson [et al.] // *Clinical Microbiology and Infection*. – 2021. – Vol. 27. – № 5. – P. 762–768. – DOI: 10.1016/j.cmi.2021.02.007.
294. Zoorob, R. Nonprescription Antimicrobial Use in a Primary Care Population in the United States / R. Zoorob, L. Grigoryan, S. Nash, B. W. Trautner // *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*. – 2016. – Vol. 60. – № 9. – P. 5527–5532. – DOI:

10.1128/AAC.00528-16.

295. Zucco, R. Internet and social media use for antibiotic-related information seeking: Findings from a survey among adult population in Italy / R. Zucco, F. Lavano, R. Anfosso [et al.] // *International Journal of Medical Informatics*. – 2018. – Vol. 111. – P. 131–139. – DOI: 10.1016/j.ijmedinf.2017.12.005.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А

Индивидуальные критерии включения респондентов

ВО: высшее образование (профессиональное высшее/профессиональное послевузовское образование).

СО: среднее образование (профессиональное начальное/профессиональное среднее/неполное высшее образование).

ОО: общее образование (общее среднее (полное) образование).

Центр участник исследования: г. Москва

Интервьюер: 1

1. Мужчина, от 18 до 44 лет, ВО, городской житель
2. Мужчина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель
3. Женщина, от 18 до 44 лет, ВО, городской житель
4. Женщина, от 18 до 44 лет, ВО, городской житель
5. Мужчина, от 45 до 59 лет, ВО, городской житель
6. Женщина, от 45 до 59 лет, ВО, городской житель
7. Женщина, от 45 до 59 лет, СО, городской житель
8. Мужчина, от 60 до 74 лет, СО, городской житель
9. Женщина, от 60 до 74 лет, ВО, городской житель

Интервьюер: 2

1. Мужчина, от 18 до 44 лет, ВО, городской житель
2. Мужчина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель
3. Мужчина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель
4. Женщина, от 18 до 44 лет, ВО, городской житель
5. Женщина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель
6. Женщина, от 18 до 44 лет, ОО, городской житель
7. Мужчина, от 45 до 59 лет, СО, городской житель
8. Женщина, от 45 до 59 лет, ВО, городской житель

9. Женщина, от 45 до 59 лет, ОО, городской житель
10. Мужчина, от 45 до 59 лет, ВО, городской житель
11. Мужчина, от 60 до 74 лет, ВО, городской житель
12. Женщина, от 60 до 74 лет, ВО, городской житель
13. Женщина, от 60 до 74 лет, СО, городской житель
14. Мужчина, от 18 до 44 лет, ВО, городской житель
15. Мужчина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель
16. Женщина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель
17. Женщина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель
18. Женщина, от 60 до 74 лет, ОО, городской житель

Центр участник исследования: г. Санкт-Петербург

Интервьюер: 1

1. Мужчина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель
2. Женщина, от 18 до 44 лет, ВО, городской житель
3. Женщина, от 18 до 44 лет, ОО, городской житель
4. Женщина, от 45 до 59 лет, ВО, городской житель
5. Мужчина, от 60 до 74 лет, СО, городской житель
6. Женщина, от 60 до 74 лет, ВО, городской житель

Интервьюер: 2

1. Мужчина, от 18 до 44 лет, ВО, городской житель
2. Мужчина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель
3. Женщина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель
4. Мужчина, от 45 до 59 лет, ВО, городской житель
5. Женщина, от 45 до 59 лет, СО, городской житель
6. Женщина, от 60 до 74 лет, СО, городской житель

Центр участник исследования: СЗФО

Интервьюер: 1. (г. Архангельск)

1. Мужчина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель

2. Женщина, от 18 до 44 лет, ВО, городской житель
3. Мужчина, от 18 до 44 лет, СО, житель сельской местности
4. Женщина, от 45 до 59 лет, СО, городской житель
5. Женщина, от 60 до 74 лет, ОО, городской житель
6. Женщина, от 60 до 74 лет, СО, городской житель

Интервьюер: 2 (г. Архангельск)

1. Мужчина, от 18 до 44 лет, ОО, городской житель
2. Женщина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель
3. Женщина, от 18 до 44 лет, ОО, житель сельской местности
4. Мужчина, от 45 до 59 лет, СО, городской житель
5. Мужчина, от 45 до 59 лет, СО, житель сельской местности
6. Мужчина, от 60 до 74 лет, ВО, городской житель

Интервьюер: 3 (г. Калининград)

1. Мужчина, от 18 до 44 лет, ВО, городской житель
2. Женщина, от 18 до 44 лет, ОО, городской житель
3. Мужчина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель
4. Мужчина, от 45 до 59 лет, ОО, городской житель
5. Женщина, от 45 до 59 лет, ВО, житель сельской местности
6. Женщина, от 60 до 74 лет, СО, житель сельской местности

Центр участник исследования: ЦФО

Интервьюер: 1. (г. Смоленск)

1. Мужчина, от 18 до 44 лет, ВО, городской житель
2. Мужчина, от 18 до 44 лет, ВО, городской житель
3. Мужчина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель
4. Мужчина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель
5. Мужчина, от 18 до 44 лет, ОО, городской житель
6. Женщина, от 18 до 44 лет, ВО, городской житель
7. Женщина, от 18 до 44 лет, ВО, городской житель
8. Женщина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель

9. Женщина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель
10. Женщина, от 18 до 44 лет, ОО, городской житель
11. Мужчина, от 18 до 44 лет, ВО, житель сельской местности
12. Мужчина, от 18 до 44 лет, СО, житель сельской местности
13. Женщина, от 18 до 44 лет, ВО, житель сельской местности
14. Женщина, от 18 до 44 лет, СО, житель сельской местности
15. Женщина, от 18 до 44 лет, ОО, житель сельской местности
16. Мужчина, от 45 до 59 лет, ВО, городской житель
17. Мужчина, от 45 до 59 лет, СО, городской житель
18. Мужчина, от 45 до 59 лет, ОО, городской житель
19. Женщина, от 45 до 59 лет, ВО, городской житель
20. Женщина, от 45 до 59 лет, СО, городской житель
21. Женщина, от 45 до 59 лет, ОО, городской житель
22. Мужчина, от 45 до 59 лет, СО, житель сельской местности
23. Женщина, от 45 до 59 лет, ОО, житель сельской местности
24. Мужчина, от 60 до 74 лет, СО, городской житель
25. Мужчина, от 60 до 74 лет, ОО, городской житель
26. Женщина, от 60 до 74 лет, ВО, городской житель
27. Женщина, от 60 до 74 лет, СО, городской житель
28. Женщина, от 60 до 74 лет, ОО, городской житель
29. Женщина, от 60 до 74 лет, СО, житель сельской местности
30. Мужчина, от 60 до 74 лет, ВО, житель сельской местности

Интервьюер: 1 (г. Ярославль)

1. Мужчина, от 18 до 44 лет, ВО, городской житель
2. Мужчина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель
3. Мужчина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель
4. Мужчина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель
5. Мужчина, от 18 до 44 лет, ОО, городской житель
6. Женщина, от 18 до 44 лет, ВО, городской житель
7. Женщина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель

8. Женщина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель
9. Женщина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель
10. Женщина, от 18 до 44 лет, ОО, городской житель
11. Мужчина, от 18 до 44 лет, СО, житель сельской местности
12. Мужчина, от 18 до 44 лет, ОО, житель сельской местности
13. Мужчина, от 45 до 59 лет, СО, городской житель
14. Мужчина, от 45 до 59 лет, СО, городской житель
15. Женщина, от 45 до 59 лет, ВО, городской житель
16. Женщина, от 45 до 59 лет, СО, городской житель
17. Женщина, от 45 до 59 лет, СО, городской житель
18. Женщина, от 45 до 59 лет, СО, житель сельской местности
19. Мужчина, от 60 до 74 лет, ВО, городской житель
20. Мужчина, от 60 до 74 лет, СО, городской житель
21. Женщина, от 60 до 74 лет, ВО, городской житель
22. Женщина, от 60 до 74 лет, СО, городской житель
23. Женщина, от 60 до 74 лет, СО, городской житель
24. Мужчина, от 60 до 74 лет, СО, житель сельской местности

Центр участник исследования: УФО

Интервьюер: 1 (г. Тюмень)

1. Мужчина, от 18 до 44 лет, ОО, городской житель
2. Мужчина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель
3. Женщина, от 18 до 44 лет, ВО, городской житель
4. Женщина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель
5. Женщина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель
6. Мужчина, от 18 до 44 лет, СО, житель сельской местности
7. Мужчина, от 45 до 59 лет, СО, городской житель
8. Женщина, от 45 до 59 лет, ВО, городской житель
9. Женщина, от 45 до 59 лет, СО, городской житель
10. Мужчина, от 60 до 74 лет, ОО, городской житель

11. Женщина, от 60 до 74 лет, СО, житель сельской местности

12. Женщина, от 60 до 74 лет, ВО, городской житель

Интервьюер: 2 (г. Челябинск)

1. Мужчина, от 18 до 44 лет, ВО, городской житель

2. Мужчина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель

3. Мужчина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель

4. Женщина, от 18 до 44 лет, ОО, городской житель

5. Женщина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель

6. Женщина, от 18 до 44 лет, ОО, житель сельской местности

7. Мужчина, от 45 до 59 лет, ВО, городской житель

8. Женщина, от 45 до 59 лет, ВО, городской житель

9. Мужчина, от 45 до 59 лет, ОО, житель сельской местности

10. Мужчина, от 60 до 74 лет, СО, городской житель

11. Женщина, от 60 до 74 лет, ВО, городской житель

12. Женщина, от 60 до 74 лет, СО, городской житель

Центр участник исследования: ЮФО

Интервьюер: 1 (г. Волгоград)

1. Мужчина, от 18 до 44 лет, ВО, городской житель

2. Мужчина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель

3. Мужчина, от 18 до 44 лет, ОО, городской житель

4. Женщина, от 18 до 44 лет, ВО, городской житель

5. Женщина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель

6. Мужчина, от 18 до 44 лет, ВО, житель сельской местности

7. Женщина, от 18 до 44 лет, СО, житель сельской местности

8. Женщина, от 18 до 44 лет, ОО, житель сельской местности

9. Мужчина, от 45 до 59 лет, СО, городской житель

10. Женщина, от 45 до 59 лет, СО, городской житель

11. Мужчина, от 45 до 59 лет, СО, житель сельской местности

12. Мужчина, от 60 до 74 лет, ОО, городской житель

13. Женщина, от 60 до 74 лет, СО, городской житель
14. Мужчина, от 60 до 74 лет, СО, житель сельской местности
15. Женщина, от 60 до 74 лет, СО, житель сельской местности

Интервьюер: 2 (г. Краснодар)

1. Мужчина, от 18 до 44 лет, ВО, городской житель
2. Мужчина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель
3. Женщина, от 18 до 44 лет, ВО, городской житель
4. Женщина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель
5. Женщина, от 18 до 44 лет, ОО, городской житель
6. Мужчина, от 18 до 44 лет, СО, житель сельской местности
7. Мужчина, от 18 до 44 лет, ОО, житель сельской местности
8. Женщина, от 18 до 44 лет, ВО, житель сельской местности
9. Мужчина, от 45 до 59 лет, СО, городской житель
10. Мужчина, от 45 до 59 лет, ВО, городской житель
11. Женщина, от 45 до 59 лет, СО, городской житель
12. Женщина, от 45 до 59 лет, ВО, городской житель
13. Женщина, от 45 до 59 лет, СО, житель сельской местности
14. Женщина, от 45 до 59 лет, ОО, житель сельской местности
15. Мужчина, от 60 до 74 лет, СО, городской житель
16. Женщина, от 60 до 74 лет, СО, городской житель
17. Женщина, от 60 до 74 лет, ВО, городской житель
18. Мужчина, от 60 до 74 лет, ВО, житель сельской местности

Центр участник исследования: ДВФО

Интервьюер: 1 (г. Якутск)

1. Мужчина, от 18 до 44 лет, ВО, городской житель
2. Женщина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель
3. Женщина, от 18 до 44 лет, ВО, городской житель
4. Мужчина, от 18 до 44 лет, СО, житель сельской местности

5. Мужчина, от 45 до 59 лет, ОО, городской житель
6. Женщина, от 45 до 59 лет, СО, городской житель
7. Женщина, от 60 до 74 лет, СО, житель сельской местности
8. Женщина, от 60 до 74 лет, СО, городской житель

Интервьюер: 2. (г. Владивосток)

1. Мужчина, от 18 до 44 лет, ВО, городской житель
2. Мужчина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель
3. Женщина, от 18 до 44 лет, ВО, городской житель
4. Женщина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель
5. Женщина, от 18 до 44 лет, СО, житель сельской местности
6. Мужчина, от 45 до 59 лет, СО, городской житель
7. Женщина, от 45 до 59 лет, ВО, городской житель
8. Мужчина, от 45 до 59 лет, ОО, житель сельской местности
9. Мужчина, от 60 до 74 лет, СО, городской житель
10. Женщина, от 60 до 74 лет, ОО, городской житель

Центр участник исследования: ПФО

Интервьюер: 1 (г. Саранск)

1. Мужчина, от 18 до 44 лет, ВО, городской житель
2. Мужчина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель
3. Мужчина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель
4. Мужчина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель
5. Мужчина, от 18 до 44 лет, ОО, городской житель
6. Женщина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель
7. Женщина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель
8. Женщина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель
9. Женщина, от 18 до 44 лет, ОО, городской житель
10. Женщина, от 18 до 44 лет, ВО, городской житель
11. Мужчина, от 18 до 44 лет, СО, житель сельской местности

12. Мужчина, от 18 до 44 лет, ВО, житель сельской местности
13. Женщина, от 18 до 44 лет, СО, житель сельской местности
14. Женщина, от 18 до 44 лет, ОО, житель сельской местности
15. Мужчина, от 45 до 59 лет, ВО, городской житель
16. Мужчина, от 45 до 59 лет, СО, городской житель
17. Мужчина, от 45 до 59 лет, ОО, городской житель
18. Женщина, от 45 до 59 лет, ВО, городской житель
19. Женщина, от 45 до 59 лет, СО, городской житель
20. Женщина, от 45 до 59 лет, СО, городской житель
21. Мужчина, от 45 до 59 лет, СО, житель сельской местности
22. Женщина, от 45 до 59 лет, ОО, житель сельской местности
23. Мужчина, от 60 до 74 лет, ВО, городской житель
24. Женщина, от 60 до 74 лет, СО, городской житель
25. Женщина, от 60 до 74 лет, СО, городской житель
26. Женщина, от 60 до 74 лет, ОО, городской житель
27. Женщина, от 60 до 74 лет, СО, житель сельской местности
28. Мужчина, от 60 до 74 лет, ВО, житель сельской местности

Интервьюер: 1 (г. Казань)

1. Мужчина, от 18 до 44 лет, ВО, городской житель
2. Мужчина, от 18 до 44 лет, ВО, городской житель
3. Мужчина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель
4. Мужчина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель
5. Мужчина, от 18 до 44 лет, ОО, городской житель
6. Женщина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель
7. Женщина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель
8. Женщина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель
9. Женщина, от 18 до 44 лет, ОО, городской житель
10. Женщина, от 18 до 44 лет, ВО, городской житель
11. Женщина, от 18 до 44 лет, ВО, городской житель

12. Мужчина, от 18 до 44 лет, СО, житель сельской местности
13. Мужчина, от 18 до 44 лет, ОО, житель сельской местности
14. Женщина, от 18 до 44 лет, СО, житель сельской местности
15. Женщина, от 18 до 44 лет, ВО, житель сельской местности
16. Мужчина, от 45 до 59 лет, ВО, городской житель
17. Мужчина, от 45 до 59 лет, СО, городской житель
18. Женщина, от 45 до 59 лет, ВО, городской житель
19. Женщина, от 45 до 59 лет, СО, городской житель
20. Женщина, от 45 до 59 лет, ОО, городской житель
21. Мужчина, от 45 до 59 лет, ОО, житель сельской местности
22. Женщина, от 45 до 59 лет, СО, житель сельской местности
23. Мужчина, от 60 до 74 лет, СО, городской житель
24. Мужчина, от 60 до 74 лет, ОО, городской житель
25. Женщина, от 60 до 74 лет, СО, городской житель
26. Женщина, от 60 до 74 лет, ВО, городской житель
27. Женщина, от 60 до 74 лет, ВО, городской житель
28. Женщина, от 60 до 74 лет, СО, житель сельской местности
29. Мужчина, от 60 до 74 лет, ОО, житель сельской местности

Центр участник исследования: СибФО

Интервьюер: 1 (г. Новокузнецк)

1. Мужчина, от 18 до 44 лет, ВО, городской житель
2. Мужчина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель
3. Мужчина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель
4. Женщина, от 18 до 44 лет, ВО, городской житель
5. Женщина, от 18 до 44 лет, ВО, городской житель
6. Женщина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель
7. Женщина, от 18 до 44 лет, ОО, городской житель
8. Мужчина, от 18 до 44 лет, ОО, житель сельской местности
9. Женщина, от 18 до 44 лет, СО, житель сельской местности

10. Мужчина, от 45 до 59 лет, СО, городской житель
11. Мужчина, от 45 до 59 лет, ВО, городской житель
12. Женщина, от 45 до 59 лет, СО, городской житель
13. Женщина, от 45 до 59 лет, ВО, городской житель
14. Мужчина, от 45 до 59 лет, СО, житель сельской местности
15. Мужчина, от 45 до 59 лет, ОО, житель сельской местности
16. Мужчина, от 60 до 74 лет, СО, городской житель
17. Женщина, от 60 до 74 лет, ВО, городской житель
18. Женщина, от 60 до 74 лет, ОО, житель сельской местности

Интервьюер: 1. (г. Красноярск)

1. Мужчина, от 18 до 44 лет, ВО, городской житель
2. Мужчина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель
3. Мужчина, от 18 до 44 лет, ОО, городской житель
4. Женщина, от 18 до 44 лет, ВО, городской житель
5. Женщина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель
6. Женщина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель
7. Мужчина, от 18 до 44 лет, СО, житель сельской местности
8. Женщина, от 18 до 44 лет, ОО, житель сельской местности
9. Мужчина, от 18 до 44 лет, ВО, житель сельской местности
10. Мужчина, от 45 до 59 лет, СО, городской житель
11. Женщина, от 45 до 59 лет, СО, городской житель
12. Женщина, от 45 до 59 лет, ОО, городской житель
13. Женщина, от 45 до 59 лет, ВО, житель сельской местности
14. Мужчина, от 60 до 74 лет, СО, городской житель
15. Женщина, от 60 до 74 лет, СО, городской житель
16. Женщина, от 60 до 74 лет, ОО, городской житель
17. Женщина, от 60 до 74 лет, СО, городской житель

Центр участник исследования: СКФО

Интервьюер: 2 (г. Грозный)

1. Мужчина, от 18 до 44 лет, ОО, городской житель
2. Женщина, от 18 до 44 лет, ВО, городской житель
3. Женщина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель
4. Мужчина, от 18 до 44 лет, СО, житель сельской местности
5. Мужчина, от 18 до 44 лет, ОО, житель сельской местности
6. Женщина, от 18 до 44 лет, ОО, житель сельской местности
7. Мужчина, от 45 до 59 лет, ВО, городской житель
8. Женщина, от 45 до 59 лет, ОО, городской житель
9. Мужчина, от 45 до 59 лет, ВО, житель сельской местности
10. Женщина, от 45 до 59 лет, СО, житель сельской местности
11. Мужчина, от 60 до 74 лет, ОО, городской житель
12. Женщина, от 60 до 74 лет, СО, житель сельской местности

Интервьюер: 2 (г. Ставрополь)

1. Мужчина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель
2. Женщина, от 18 до 44 лет, СО, городской житель
3. Мужчина, от 18 до 44 лет, ВО, житель сельской местности
4. Женщина, от 18 до 44 лет, СО, житель сельской местности
5. Мужчина, от 45 до 59 лет, СО, городской житель
6. Мужчина, от 45 до 59 лет, ОО, житель сельской местности
7. Женщина, от 60 до 74 лет, ВО, городской житель
8. Женщина, от 60 до 74 лет, СО, городской житель
9. Мужчина, от 60 до 74 лет, ВО, житель сельской местности

План проведения интервью

План проведения интервью - респонденты с рецептом

Введение

- Представьтесь и расскажите об исследовании. Объясните, для чего будет использоваться интервью.
- Спросите разрешения вести аудиозапись интервью.
- Подтвердите, что будет сохранена полная анонимность участника.
- Попросите участника представиться, а также указать свой возраст и образование.
- Получите информированное согласие.

Последняя очная консультация у врача, в результате которой был выписан рецепт на АБ

Процесс, предшествующий решению обратиться к врачу

- Когда вы в последний раз получали рецепт на АБ? *(Это должен быть случай в течение последних 3 месяцев)*
- Что это была за ситуация? Каковы были симптомы? Сколько времени они длились? Были ли у вас в то время соображения, что это за болезнь, симптомы которой вас беспокоили?
- Что вы делали после того, как проанализировали свои симптомы? *(Разрешите участнику самому ответить на этот вопрос, прежде чем задавать следующие вопросы)*
- Использовали ли вы интернет для поиска информации о симптомах?
- Обсуждали ли вы свои симптомы с семьей, друзьями или коллегами?

- *При ответе «да» на вышесказанное:* что вы узнали, делая это?
- Проверили ли вы затем аптечку у себя дома, чтобы найти АБ? Спросили ли вы друзей, членов семьи или знакомых, есть ли у них АБ?
- Почему вы решили обратиться к врачу? Обращаетесь ли вы обычно к врачу в подобных ситуациях?

После принятия решения обратиться к врачу

- Что вы ожидали от врача?
- *Если ответ на вышеприведенный вопрос включает «получение рецепта на АБ»:* если вы хотели получить рецепт на АБ, насколько вы были уверены, что вы получите рецепт на АБ у врача?
- Какого врача вы искали? Почему именно этого врача?
 - Как прошла консультация? Что произошло? Что было сказано во время консультации? Кем?
- Осмотрел ли вас врач? Как? Использовались ли какие-либо тесты?
- Поставил ли врач диагноз? Какой?

Почему был выбран конкретный АБ/Удовлетворенность процессом выписки АБ

- Кто принял решение использовать АБ? Принимали ли вы участие в принятии этого решения? Если врач принял это решение самостоятельно, то разъяснил ли он (она), почему было решено использовать АБ?
- Что за АБ был выбран? (*Уточните название препарата, его лекарственную форму и дозу*)
- Были ли вы привлечены к решению о том, какой конкретно АБ должен быть выбран? Если да, то опишите, как. Если врач выбрал этот АБ сам, то разъяснил ли он (она), почему именно этот АБ надо применять?

- Дал ли врач какие-либо указания по поводу того, как применять этот АБ? Если да, то какие указания?
- Были ли какие-то элементы консультации с врачом, которыми вы были особенно довольны? Почему?
- Были ли какие-то элементы консультации с врачом, которые вас не удовлетворили? Почему?

Где был куплен конкретный АБ/Удовлетворенность процессом покупки АБ

- В какой аптеке вы приобрели АБ по рецепту?
- Опишите пожалуйста обстоятельства покупки? Что произошло? Что было сказано во время покупки? Кем?
- Какие указания по применению АБ вам дал провизор при покупке АБ? Были ли эти указания похожи на те, что вам дал врач?
- Были ли какие-то элементы покупки АБ в аптеке, которыми вы были особенно довольны? Почему?
- Были ли какие-то элементы покупки АБ в аптеке, которые вас не удовлетворили? Почему?

Общие положения по использованию АБ

Последний случай в сравнении с прочими случаями

- Выписывали ли вам АБ ранее? Если да, то примерно сколько раз?
- Что в ваших предыдущих консультациях с врачом вам напоминает вашу последнюю консультацию? Что в ваших предыдущих консультациях с врачом отличается от вашей последней консультации?
- Заметили ли вы какие-либо отличия между последней консультацией у врача и предыдущими консультациями до пандемии новой коронавирусной инфекции?
- Изменилось ли ваше поведение в этой ситуации по сравнению с аналогичными ситуациями до пандемии? Если да, то как?
- Что в ваших предыдущих покупках АБ по рецепту вам напоминает вашу

последнюю покупку? Что в ваших предыдущих покупках АБ по рецепту отличается от вашей последней покупки?

Знания (информация) и отношение

- Можете ли вы объяснить, как АБ действуют на ваш организм? Откуда вы получили эту информацию?
- Как вы думаете, в каких ситуациях следует использовать АБ? Почему вы считаете, что АБ нужно применять в этих ситуациях?
- Как вы думаете, в каких ситуациях не следует использовать АБ? Почему вы считаете, что АБ не нужно принимать в этих ситуациях?
- Повлияла ли обстановка, связанная с пандемией новой коронавирусной инфекции на ваше отношение к АБ?
- Видели ли вы когда-либо какие-нибудь информационно-просветительские кампании и материалы по вопросам использования АБ? Если да, то, что вы из этих кампаний и материалов запомнили? Повлияли ли на вас каким-либо образом эти кампании и материалы?

Завершение интервью

- Поблагодарите участников за их время и за то, что они поделились своим опытом.
- Спросите, есть ли у них какие-либо дополнительные замечания по вопросам, которые были заданы в течение интервью.
- Расскажите участникам, как интервью будут обработаны и документированы.

План проведения интервью - респонденты без рецепта

Введение

- Представьтесь и расскажите об исследовании. Объясните, для чего будет использоваться интервью.
- Спросите разрешения вести аудиозапись интервью.
- Подтвердите, что будет сохранена полная анонимность участника.
- Попросите участника представиться, а также указать свой возраст и образование.
- Получите информированное согласие.

Последний раз, когда был куплен АБ для лечения симптомов подтвержденного или вероятного инфекционного заболевания

Процесс, предшествующий решению идти в аптеку

- Когда вы в последний раз приобретали АБ для лечения симптомов инфекционного заболевания? *(Это должен быть случай в течение последних 3 месяцев)*
- Что это была за ситуация? Каковы были симптомы? Как долго они вас беспокоили?
- Были ли у вас эти симптомы раньше? Были ли у вас соображения, что это за болезнь, симптомы которой вас беспокоили?
- Что вы делали после того, как проанализировали свои симптомы? *(Разрешите участнику самому ответить на этот вопрос, прежде чем задавать следующие вопросы)*
- Использовали ли вы интернет для поиска информации о симптомах?
- Обсуждали ли вы свои симптомы с семьей, друзьями или

коллегами?

- *При ответе «да» на вышесказанное:* что вы узнали, делая это?
- Проверили ли вы затем аптечку у себя дома, чтобы найти АБ? Спросили ли вы друзей, членов семьи или знакомых, есть ли у них АБ?
- Почему вы решили не обращаться к врачу? Обращаетесь ли вы обычно к врачу в подобных ситуациях?

После принятия решения идти в аптеку

- Какую аптеку вы выбрали? Почему именно эту? Были ли вы знакомы с фармацевтом данной аптеки?
- Что вы ожидали от визита в аптеку?
- Если вы хотели получить АБ, то ожидали ли вы, что вы получите АБ в аптеке?
- Как прошел ваш визит? Что произошло? Что было сказано? Кем?

Дайте респонденту возможность подробно ответить на вопрос, а затем при необходимости, спросите:

- Вы сообщили фармацевту свои симптомы или вы просто попросили какой-то конкретный АБ?
- Задумывались ли вы перед тем, как прийти в аптеку, как сформулировать свой запрос? Если вы просили какой-то конкретный АБ, то пытался ли провизор изменить ваше мнение и отказать в продаже АБ?
- Если да, как вы отреагировали на этот отказ?

Почему был выбран конкретный АБ/Удовлетворенность процессом покупки АБ

- Какой АБ был выбран? (*Уточните название препарата, его лекарственную форму и дозу*)

- Кто выбрал АБ - вы или фармацевт?
- Если фармацевт, то объяснил ли он почему был выбран именно этот АБ?
 - Если сами, то почему вы выбрали именно этот АБ? Расскажите, пожалуйста, откуда вы знаете об этом АБ?
 - Дал ли вам фармацевт при покупке АБ какие-либо указания о том, как надо применять АБ? Если да, то какие?
 - Были ли какие-то элементы покупки АБ в аптеке, которыми вы были особенно довольны? Почему?
 - Были ли какие-то элементы покупки АБ в аптеке, которые вас не удовлетворили? Почему?

Общие положения по использованию АБ

Последний случай в сравнении с прочими случаями

- Напоминают ли вам советы, которые давали фармацевты в предыдущих случаях посещения аптеки, те советы, которые вы получили при последней покупке АБ?
- Покупали ли вы когда-нибудь раньше АБ без рецепта? Если да, то примерно сколько раз? Когда это произошло? Вы обычно покупали АБ без рецепта в какой-то одной или в разных аптеках?
- Как вы считаете, изменилась ли ситуация с покупкой АБ без рецепта: стало сложнее или проще это делать? Когда вы ощутили эти изменения?
- Получаете ли вы когда-либо рецепты на АБ от врача? Если да, то в каких ситуациях?
 - Изменилось ли ваше поведение в этой ситуации по сравнению с аналогичными ситуациями до пандемии новой коронавирусной инфекции? Если да, то как?

Знания (информация) и отношение

- Можете ли вы объяснить, как АБ действуют на ваш организм? Откуда

вы получили эту информацию?

- Как вы думаете, в каких ситуациях следует использовать АБ? Почему вы считаете, что АБ нужно использовать в этих ситуациях?
- Как вы думаете, в каких ситуациях не следует использовать АБ? Почему вы считаете, что АБ не нужно использовать в этих ситуациях?
- Повлияла ли обстановка, связанная с пандемией новой коронавирусной инфекции на ваше отношение к АБ?
- Видели ли вы когда-либо какие-нибудь информационно-просветительские кампании и материалы по вопросам использования АБ? Если да, то что вы из этих кампаний и материалов запомнили? Повлияли ли на вас каким-либо образом эти кампании и материалы?

Завершение интервью

- Поблагодарите участников за их время и за то, что они поделились своим опытом.
- Спросите, есть ли у них какие-либо дополнительные замечания по вопросам, которые были заданы в течение интервью.

Расскажите участникам, как интервью будут обработаны и документированы.

**Модель предоставления данных для анализа раздела «Процесс, предшествующий решению идти в аптеку»,
респонденты без рецепта врача СибФО**

Вопрос			
Что это была за ситуация? Каковы были симптомы?	Респондент П1	Респондент П5	Респондент П8
	«Жар, ломота в суставах, уши закладывало, температура 38.3»	«Температура, головная боль»	заболело горло, температура появилась, 38-38.5, кашель мокрый
	Респондент П9	Респондент П12	Респондент П13
	«Скорее было похоже на ангину. Не было голоса, была температура в первый день 38, был озноб. Было просто плохое такое самочувствие, не было аппетита, вялость, слабость и очень сильно голова болела.»	«Ангина. Высокая температура, больше симптомов не надо. Боль в горле»	«кашель сильный, заложенность, насморк, голова болела»
	Респондент П14	Респондент П15	Респондент П16
	«начался кашель, и температура поднялась, в горле першило.»	«были проблемы с горлом, температура поднималась,» «Сначала больно было глотать, першение было, потом появились язвочки, все говорило о том, что начинается ангина.»	Боль в горле, головная боль, повышение температуры тела
	Респондент К1	Респондент К2	Респондент К3
	«Температура в течение недели 37,1-37,3°C, по вечерам поднималась. Боль в области бровей, при движении и наклонах головы.»	«У меня болела голова, была температура 37,6, кашель с мокротой, насморк.»	«Сначала заболело горло, потом появился насморк, через несколько дней была высокая температура.»
	Респондент К8	Респондент К9	Респондент К11
	«сильные головные боли, головокружение, обострились носовые проходы, был сильный насморк, и температура поднялась до 39.9°C».	«Боль в горле. Наложение на слизистой. Температура 37,4 °C.»	«Боль, рези при мочеиспускании.»
Респондент К13	Респондент К16	Респондент К17	
Боль в горле	Повышение температуры тела до 37,0, сильный кашель	Повышение температуры тела до 39,0, кашель	
Респондент П1	Респондент П5	Респондент П8	

Сколько времени они длились?	1 день	1 день	3 дня
	Респондент П9	Респондент П12	Респондент П13
	2 дня	7 дней	1 день
	Респондент П14	Респондент П15	Респондент П16
	7 дней	5 дней	1 день
	Респондент К1	Респондент К2	Респондент К3
	Вопрос не задан	1-2 дня	Вопрос не задан
	Респондент К8	Респондент К9	Респондент К11
	До приема АБ ответа нет	До приема АБ ответа нет	1 день
	Респондент К13	Респондент К16	Респондент К17
2 недели	Месяц	До приема АБ ответа нет	
Что вы делали после того, как проанализировали свои симптомы? <i>Самолечение да/нет</i>	Респондент П1	Респондент П5	Респондент П8
	Сразу же купил АБ, принял и лег спать	«Я позвонила подруге,(подруга с медицинским образованием) она сказала, что можно выпить, чтоб я сильно не паниковала. Но мне надо что-то радикальное, и она на свой страх и риск сказала: «Ну попробуй...» и назвала препарат, который мы поим ребенку детскую версию, этот антибиотик проверен на ребенке /смех/, и соответственно, я сняла с себя взрослую, решила, что если ребенку помогает, то меня это точно спасет.» «Калина, малина, все эти ягоды. Бальзамы эти все алтайские» «Да, раз в день для иммунитета. «Душа Алтая», там чабрец, девятисил, малина, душица, там сбор, там их целый список. Его раз в день можно только ложку. Его выпиваешь и водой запиваешь.»	«3 дня поболел, легче не стало, пошел в аптеку. Принял решение, чтобы быстрее встать на ноги, нужно что-то делать»
	Респондент П9	Респондент П12	Респондент П13
	Респондентка обратилась к врачу, сдала тест на коронавирус, отрицательный, врач назначил симптоматическое лечение. Респондентка самостоятельно решила добавить к терапии АБ	Полоскала горло, принимала аспирин	«пошла в аптеку, потому что времени пойти в больницу к терапевту, потому что в то время было просто не попасть из-за ковида. Пришлось бы идти в красную зону и бы этот ковид точно подцепила бы»
Респондент П14	Респондент П15	Респондент П16	

	<p>Вопрос не задан</p>	<p>«Сначала я пытался лечиться народными средствами, как обычно, которые были эффективны и помогали, но в этот раз все мои методы лечения были неэффективными, поэтому пришлось прибегнуть к антибиотикам» «пробовал полоскания, смазывания всякие горла.» «Ну полоскание общеизвестное – это сода-солевые растворы, травяные растворы ромашки и календулы, мазал... есть там... сейчас кстати покупал в аптеке спрей, который оказался неэффективным, Люголем смазывал. Даже пробовал смазывать керосином»</p>	<p>«Полез в аптечку и увидел этот препарат, раньше пользовался им и попробовал, вроде как полегчало немножко.» «вот раньше принимал, думал поможет. Выпил, на утро получше стало. Решил заехать в аптеку еще. Мне в аптеку в первой отказали, сказали, только по рецепту. Поехал в ту, которая около школы, там знакомая работает. Вот она мне продала антибиотик. 500 мг.»</p>
	<p>Респондент К1</p>	<p>Респондент К2</p>	<p>Респондент К3</p>
	<p>«Пошел делать снимок пазух носа, рентген. В заключении написали, что есть воспаление в правой пазухе носа.»</p>	<p>«Я консультировался с мамой, она рекомендовала мне принять АБ, парацетамол, цитрамон.»</p>	<p>«Первым начало болеть горло, и я принял таблетки от горла. «Лазолван» и сироп «Доктор Мом».»</p>
	<p>Респондент К8</p>	<p>Респондент К9</p>	<p>Респондент К11</p>
	<p>Посмотрела в интернете симптомы, решила, что это коронавирусная инфекция, принимала жаропонижающие, обильное питье, сдала тест в частной лаборатории, отрицательный, решила принять АБ, вызвала врача из поликлиники, но он не назначил ей ничего, кроме жаропонижающего</p>	<p>«Пошел в аптеку за лекарством.»</p>	<p>«Нужно проставить уколы «Цефтриаксона», он помогает.»</p>
	<p>Респондент К13</p>	<p>Респондент К16</p>	<p>Респондент К17</p>
	<p>«Я решила пропить АБ.»</p>	<p>Вопрос не задан</p>	<p>«Я позвонила врачу, чтоб приехали ко мне. Так как они долго не приезжали, я самостоятельно продолжала лечение АБ. Но когда приехал врач, взяли тест на коронавирусную инфекцию, он подтвердился. Врач спросил, как я лечилась, я ему все рассказала, и он мне все то же самое назначил.»</p>

Были ли эти симптомы раньше?	Респондент П1	Респондент П5	Респондент П8
	«Ну, так плохо не было. Ломило суставы, но так сильно не было. Шея еще. Было подозрение на менингит. Думал если температура будет повышаться еще и в течение 3-4 дней она не пройдет, и боль в шее усилится, то возможно это менингит. Но так как температура спала и боль прошла, и до сих пор таких симптомов не было, то менингит сразу отпал.»	Да, но только вместе с респираторными симптомами	Да
	Респондент П9	Респондент П12	Респондент П13
	Да	Вопрос не задан	Да, многократно
	Респондент П14	Респондент П15	Респондент П16
	«Ну раньше, как при простуде, бывало, конечно»	Да, многократно	Да
	Респондент К1	Респондент К2	Респондент К3
	«Да. Уже не первый год страдаю данным заболеванием»	«Да. Были в школьное время и когда я в техникуме учился.»	Да, многократно
	Респондент К8	Респондент К9	Респондент К11
	«Да, такие как головная боль, головокружения, насморк, боль в горле, но такой высокой температуры не было.»	Да	«Да, да. Стоит немного переохладиться и заболевание себя проявляет. Цистит хронический у меня, я уже точно знаю, что мне нужно применять.»
Респондент К13	Респондент К16	Респондент К17	
Да, ежегодно	Вопрос не задан	Да	
Были ли соображения, что это за болезнь, симптомы которой вас беспокоили?	Респондент П1	Респондент П5	Респондент П8
	Подозревал менингит, так как болел им ранее, но симптомы быстро разрешились	COVID-19	Простуда
	Респондент П9	Респондент П12	Респондент П13
	ангина	Ангина	Грипп
	Респондент П14	Респондент П15	Респондент П16
	Простуда	Ангина	Простуда или ангина
	Респондент К1	Респондент К2	Респондент К3
	Обострение хронического гайморита	ОРВИ	Простуда
Респондент К8	Респондент К9	Респондент К11	
COVID-19	Ангина	Обострение хронического цистита	
Респондент К13	Респондент К16	Респондент К17	

	<p>Ответа нет («Я еще раз говорю у меня часто болит горло, часто болит длительно т.е как обычная простуда за неделю, за две не проходит.»)</p>	COVID-19	COVID-19
<p>Почему вы решили не обращаться к врачу? Обращаетесь ли вы обычно к врачу в подобных ситуациях?</p>	<p>Респондент П1 «Ну, во-первых, это была пятница. Смысл идти в субботу вставать на больничный только в крайнем случае. Если бы в понедельник была температура, пришлось бы идти, а так как она прошла и все. Антибиотик помог. В больницу не пошёл» «Да, если бы заболел в понедельник - с температурой я бы явно в школу не пошел, потому что уроки вести с температурой — это некомфортно. Пришлось бы ехать в поликлинику. Сдавать анализы.» «С чем связано? Первый фактор — это сидение в очередях. А чтобы записаться к какому-то специалисту или попасть к терапевту, это нужно зайти на сайт посмотреть запись, если есть запись, записаться, а если нет, то сколько нужно ждать. 2- 3 дня, а идти по живой очереди, сидеть там в поликлинике, хапать новые болячки тоже неохота.» « Но если нет записи, тебе приходится ждать, тебе плохо, тебе приходится ждать, а тебе плохо и в любом случае на работу ты не выйдешь. А если выйдешь, то это еще хуже. Могут быть осложнения. На слово-то тебе кто будет верить, что ты заболел. А дня через два только появилась запись, ты пошел. А кто эти два дня то будет оплачивать? Они же по факту ставят на больничный, оплачивают и куда эти два дня. Мимо кассы пробежали. Второй фактор — это материальный. С точки зрения, что больничный лист.»</p>	<p>Респондент П5 «И я категорически не хотела обращаться в поликлинику.» «Почему я решила? Потому что я не хотела сидеть в поликлинике несколько часов, Сам факт того, что я должна пойти (и если у меня не ковид) и сидеть в очереди с «ковидными» людьми до 1,5 часов – меня этот вариант вообще не устроил. Для меня самое страшное, что может быть – это пойти в поликлинику, потому что я не могу сидеть в очереди больше 10 минут, меня не хватает. Я решила, что если не поможет, то буду уже звонить, а если поможет, то и зачем?» «Только из-за ожидания, очень частенько было такое, что в аптечке есть, вызываешь медика, он тебе это и прописывает. Стандартные препараты. Может быть, я не права, что в этой ситуации не побежала.» «Да если бы я знала, что я приду, поднимусь, через минуту зайду, я может быть бы и пошла, потому что поликлиника рядом. Но очереди... тем более я знаю по соседям, которые там по 4 часа просидели. сказала себе нет. И вообще я до последнего надеялась, что меня где-нибудь продуло в очередной раз.» «Если есть возможность – отпроситься, договориться или просто отлежаться. Времени в принципе хватало. И с легкой симптоматикой потом уходить на больничный, например, из-за сильного насморка, смысла никогда не было. Поэтому ситуации просто позволяли не</p>	<p>Респондент П8 «Да зачем тратить свое время, брать талончик, идти в поликлинику. Тем более поликлиника далеко, а со мной ничего серьезного.» Обычно при простуде не обращается</p>

		<p>обращаться. Я вообще тот человек, которого выносят ногами вперед, который сам - живьем медикам никогда не сдастся, это правда»</p> <p>«Те люди, которые затягивают симптомы, которые умирают от различных заболеваний, потому что вовремя не обратились, Вот, я примерно к той категории. С одной стороны, я за то, чтобы контролировать свое здоровье. А с другой стороны – я до жути боюсь обращаться к медикам, мне не нравятся все эти очереди, процедуры, анализы. Поэтому если есть возможность полечиться самой – я полечусь сама.»</p> <p>«Поэтому это меня немножко и расслабило, потому что есть знакомые - провизоры и есть знакомые – медики, которые там непосредственно вращаются. Конечно, если бы у меня не было практикующих консультантов, то, конечно, я бы, наверное, не была так нахально настроена к медицине. А тут я знаю: я позвонила и мне все доступно объяснили. Я окружена медиками, могу себе позволить пока. Опять же пока, если что-то будет не так, они все равно направят меня уже по назначению, они не будут меня лечить огурцами и чаем с лимоном.»</p> <p>«Насморк и ОРВИ – нет, потому что я всегда ставила прививку от гриппа. До ситуации с КОВИДом для меня ничего кроме гриппа не существовало, т.е. я прививку поставила и живу спокойно. А сейчас я поставила прививку от КОВИДа и не живу спокойно. /смех/ Кстати, я же еще была привита, почему я не стала обращаться к медикам. Потому что вера в прививку: я что 2 раза зря что ли укол</p>	
--	--	---	--

		поставила? Я сама буду лечиться. Я не буду никуда обращаться, я с прививкой. Это меня кстати очень... Утешило. Вот если бы я была без прививки, то это, наверное, процентов 90, что я понеслась бы к медикам.»	
Респондент П9	Респондент П12	Респондент П13	
<p>Респондентка обратилась к врачу, но назначения АБ не получила, решила принимать их самостоятельно «потому что было желание выйти из этого состояния тяжелое» «ну да, мне кажется, любой здравомыслящий человек не хочет такое состояние тяжелое. Он будет использовать все методы, чтобы выйти в нормальное состояние. Ну вот я и использовала.» «у нее там такая загруженность, я даже не знала, что у нее спрашивать, там много народу за мной было, и такое напряжение в поликлинике, и у самой такое состояние – прийти лечь и лежать.»</p>	«Очень большие очереди в поликлиниках. Очень ценю свое время.»	<p>«Просто у меня такая особенность организма, мне помогают только антибиотики, поэтому я не трачу ни время, ни силы» «пошла в аптеку, потому что времени пойти в больницу к терапевту, потому что в то время было просто не попасть из-за ковида. Пришлось бы идти в красную зону и бы этот ковид точно подцепила бы» «потому что... я могу говорить прямо откровенно? Ну, потому что бесплатной медицины у нас в стране просто нет. И такие очереди, и больные в разной степени в одном коридоре это нереально. Если ты придешь с не очень серьезной болезнью, ты уйдешь с чем-нибудь похуже. Я поняла уже, что интернет нам в помощь во всех вопросах здоровья» «очень редко, скорее самостоятельно. У меня было очень много негативных случаев, что люди с ковидом попадали в больницу и оттуда просто не выходили. Я просто очень боялась попасть в больницу. Хотя у меня никаких серьезных хронических заболеваний нет, я опасалась ИВЛ.»</p>	
Респондент П14	Респондент П15	Респондент П16	

	<p>«Да я вообще стараюсь не очень-то обращаться к ним. Когда уж совсем плохо, тогда.»</p> <p>«Нет, обычно народными средствами, либо антибиотики какие пропишут.»</p>	<p>«Чтобы обратиться к врачу надо ехать в поликлинику, это неблизко, и мой график работы в принципе позволяет лечиться и дома, и на работе. Ну и больничный мне не нужен был.»</p> <p>«Ну слава богу, подобные ситуации бываю редко, но как приспичит, конечно, обращаемся к врачу.»</p> <p>«Когда как. В основном справлялся народными средствами, но бывало и так, что обращался к врачу, поэтому и про антибиотик информацию имею.»</p> <p>«Обращаюсь да, когда неизвестные симптомы, пугающие, самостоятельное лечение не приводят к результатам. Конечно, обращаюсь к советам врача, или посещаю врача.»</p>	<p>«Обычно так, знаете, как... такими способами домашними все лечился дома, а тут уже возраст такой без таблеток...»</p>
	Респондент К1	Респондент К2	Респондент К3
	<p>«Потому что ранее я сталкивался с этими симптомами и примерно раз в 2 года у меня происходит обострение. Все лечение по этому вопросу я знаю.»</p> <p>«Да. Даже был прооперирован несколько раз.»</p>	<p>Респондент обратился к врачу, после того как самостоятельно начал принимать АБ</p> <p>«На 2-3 день. У меня были выходные, в понедельник я должен был быть на работе. Я понял, что еще не здоров и мне нужно к доктору. «</p> <p>«Нужно было продолжить курс лечения, я не хотел никого заражать»</p> <p>Нужен был листок нетрудоспособности</p>	<p>«Знакомые симптомы, каждый год появляется простуда. Уже знаю, как лечить, какие препараты принимать.»</p> <p>Ранее обращался только при затяжной простуде, более 10 дней, 5 лет назад</p>
	Респондент К8	Респондент К9	Респондент К11
	<p>Респондентка вызвала врача на дом, но осталась недовольна консультацией, так как ей не было назначено ничего, кроме жаропонижающего</p> <p>«Не хотела обращаться потому, что была большая вспышка коронавирусной инфекции. В больницу было не попасть, к терапевту можно было записаться только через две недели., к дежурному терапевту слишком большие очереди, но с</p>	<p>«К врачу сложно попасть.»</p> <p>«Крайне редко. Только если нужен больничный лист.»</p>	<p>«Потому что это уже проверено. В году бывает по 2 раза заболевание: весной и осенью. Я знаю, что это за заболевание. Сама и лечусь. Изначально мне очень опытный врач делала назначение этого препарата.»</p> <p>«Я в больницу сейчас вообще не обращаюсь, боюсь заразится коронавирусной инфекцией.»</p>

	<p>температурой 39.9°C мне не хотелось там сидеть.»</p> <p>«Да, но очень редко, я к врачам не люблю ходить.»</p>		
	Респондент К13	Респондент К16	Респондент К17
	<p>«Это очень сложно. Большие очереди, трудно записаться к терапевту. Работа не позволяет по больницам ходить.»</p>	<p>«Потому что там очередь большая, туда попадешь, можешь что-нибудь поймать. Еще станет хуже, это проверенный этап. Пришел в поликлинику с одним, ушел с коронавирусной инфекцией. Поэтому решили, если сами не вылечимся, то пойдем в поликлинику, но мы вылечились.»</p>	<p>Респондентка обращалась к врачу, но он приехал лишь на 7 день болезни</p> <p>«Обращалась. Была ранее ситуация, у меня долго был кашель, так же поднялась температура, и я самостоятельно поехала к доктору на прием. Доктор послушал и отправил в стационар, потому что у меня было воспаление легких.»</p>

Примечание: с целью сохранения анонимности, имя респондентов закодировано. Буква соответствует первой букве в фамилии интервьюера, цифра – порядковому номеру из списка индивидуальных критериев включения.