



І.М. Бутвін

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського»

## Аналіз ефективності етіотропної терапії хворих на негоспітальну пневмонію нетяжкого перебігу в терапевтичному відділенні міської лікарні

**Мета роботи** — дослідити особливості етіотропної терапії у хворих різних клінічних груп на негоспітальну пневмонію (НП) нетяжкого перебігу в умовах терапевтичного відділення міської лікарні.

**Матеріали та методи.** Ретроспективно проаналізовано 84 історії хвороби пацієнтів із НП, які перебували на стаціонарному лікуванні в терапевтичному відділенні міської лікарні. Досліджували анамнестичні дані та попередній прийом антибіотиків, клінічні вияви хвороби, наявність супутньої патології, тривалість етіотропної терапії і її варіабельність та відповідність лікування чинному протоколу надання медичної допомоги хворим на НП.

**Результати та обговорення.** Хворі належали до II і III клінічних груп з НП, переважно із супутніми захворюваннями. Відповідно до медичної документації, пацієнтам призначали від одного до трьох антибіотиків. Комбінація етіотропних препаратів і тривалість курсу терапії у більшості хворих відповідали нормативній медичній документації. У частини з них зареєстровано нераціональне поєднання антибіотиків та запізнілий контроль ефективності етіотропної терапії.

**Висновки.** Аналіз ефективності лікування НП з нетяжким перебігом у терапевтичному стаціонарі показав, що етіотропну терапію хворим призначали вчасно і тривалість її курсу була достатньою. Використання нераціональних комбінацій препаратів і дещо запізнілий контроль антибіотикотерапії слід коригувати у подальшій клінічній практиці.

### Ключові слова

Негоспітальна пневмонія, клінічні групи, антибіотикотерапія.

Захворюваність на негоспітальну пневмонію (НП) у країнах Північної Америки та Європи становить 5–11 випадків на 1000 населення за рік, а смертність — від 2–3 до 25 % [6, 7]. В Україні поширеність пневмонії в 2011 р. становила 494,7 (2010 р. — 519,7), а смертність — відповідно 10,5 та 10,3 на 100 тис. дорослого населення. Лікарняна летальність від пневмонії за 2010–2011 рр. збільшилася на 3,6 %. Регіональні показники захворюваності становлять 496, а смертності — 4,6 на 100 тис. населення [3]. На сьогодні НП є найчастішим показанням для застосування антибактеріальної терапії. На їхню частку припадає до 2/3 призначень анти-

біотиків. Водночас, на думку експертів, у 25–75 % випадків згадані препарати використовують нераціонально, що пов'язано з неможливістю у більшості хворих встановити етіологію інфекційного процесу і застосуванням антибіотиків емпірично, а також недостатністю спеціальних знань у медичних працівників. Крім того, важливим є той факт, що в 50–90 % випадків антибактеріальний препарат може бути придбаний в аптеках самостійно, без рецепта та прийматися 1–2 доби. Належить вказати і на необґрунтовано широку рекламу антибіотиків, особливо у засобах масової інформації [1, 5].

Таким чином, існує нагальна потреба в оцінці реальної практики антибіотикотерапії з метою

вдосконавлення ефективності лікувальної тактики різних варіантів НП.

### Матеріали та методи

Проведено ретроспективний аналіз медичних карт стаціонарних хворих з НП, яких лікували в терапевтичному відділенні міської лікарні. Досліджували анамнез хвороби та попередній прийом антибіотиків, клінічні вияви хвороби, наявність супутньої патології, тривалість етіотропної терапії і її варіабельність та відповідність лікування чинному протоколу надання медичної допомоги хворим на НП.

### Результати та обговорення

Проаналізовано 84 медичні карти стаціонарних хворих віком від 18 до 84 років, 22 (26,2 %) хворих мали вік понад 65 років. Кількість жінок і чоловіків була однаковою. У більшості хворих (70, або 83,3 %) діагностовано супутні захворювання: патологію серцево-судинної системи (43, або 51,2 %), хронічні обструктивні захворювання легень (13, або 15,5 %), шлунково-кишкову (8, або 9,5 %) та ендокринну патологію (6, або 7,1 %).

Дані аналізу медичної документації свідчать, що 53 (63,1 %) пацієнти амбулаторно не отримували антибіотиків. Це можна пояснити тим, що після верифікації діагнозу їх негайно скеровували на стаціонарне лікування з відповідною стартовою антибіотикотерапією. Амбулаторно антибіотики приймали 15 (17,9 %) пацієнтів: 4 — цефтріаксон, 4 — Флемоксин, 2 — Оспамокс, 3 — Аугментин, 2 — макроліди.

За даними анамнезу, клінічні вияви хвороби з'явилися в середньому за  $(5,4 \pm 1,6)$  доби до госпіталізації. Згідно з протоколом надання медичної допомоги [2], до II групи зараховують хворих на НП із нетяжким перебігом, які не потребують госпіталізації, із супутньою патологією (хронічне обструктивне захворювання легень, ниркова та серцева недостатність, цереброваскулярне захворювання, пухлина, цукровий діабет, хронічне захворювання печінки різної етіології, психічний розлад, алкоголізм) та/або іншими модифікуючими чинниками. Збудниками НП у цих хворих є *S. pneumoniae* (зокрема антибіотикорезистентні штами), *H. influenzae*, *S. aureus*, *M. catarrhalis*. Слід враховувати й можливість грамнегативної інфекції: родини *Enterobacteriaceae* (*E. coli*, *Klebsiella spp.*), особливо у літніх людей. Потрібно передбачити також ймовірність анаеробної інфекції за наявності НП в осіб з несанованою порожниною рота, клініко-анамнестичними даними щодо неврологічних захворювань та/або порушеннями акту ковтання. Рутинна мікробіологічна діагностика у цих

хворих також малоінформативна і практично не впливає на вибір антибіотиків. Однак майже у 20 % хворих цієї групи може виникнути потреба в госпіталізації через неефективність амбулаторного лікування та/або загострення/декомпенсацію супутніх захворювань.

До III групи належать хворі на НП із нетяжким перебігом, які потребують госпіталізації у терапевтичне відділення за медичними (несприятливі прогностичні чинники) показаннями. У пацієнтів цієї групи НП може бути зумовлена *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, атипovими збудниками, грамнегативними ентеробактеріями. У 10–40 % хворих III групи нерідко виявляють «змішану» інфекцію (тобто поєднання типових бактеріальних та атипovих збудників). Таку різницю в частоті виявлення збудників можна пояснити особливостями мікробіологічних методів діагностики, які використовують різні дослідники.

Діагноз НП — безумовне показання для застосування антибіотиків, які є основою лікування у таких хворих. Антибактеріальну терапію потрібно починати одразу після встановлення діагнозу, особливо у тих пацієнтів із НП, які потребують госпіталізації.

У хворих на НП II групи виразний клінічний ефект також можливий у разі перорального прийому антибіотика. Однак, оскільки збільшується ймовірність етіологічної ролі грамнегативних мікроорганізмів (зокрема тих, що мають деякі механізми розвитку резистентності до антибіотиків), як засіб вибору слід використовувати захищений амінопеніцилін (амоксицилін/клавуланова кислота) або цефалоспорин II покоління (цефуроксиму аксетил). Альтернативою може бути фторхінолон III–IV покоління. За неможливості перорального прийому препарату або низького комплаєнсу призначають парентеральний цефалоспориновий антибіотик III покоління (ліпше цефтріаксон внутрішньом'язово, який можна застосувати раз на добу). У хворих II групи неефективність препаратів вибору може бути пов'язана з тим, що етіопатогенами НП є атипovі збудники. Тому на другому етапі антибіотикотерапії слід додати макролід до  $\beta$ -лактаму або ж замість такої комбінованої терапії призначити монотерапію фторхінолоном III–IV покоління.

У хворих, госпіталізованих за медичними показаннями, припускають тяжкий перебіг НП, тому терапію доцільно розпочинати з призначення антибіотиків парентерально (внутрішньом'язово, внутрішньовенно). Через 3–4 доби за умови досягнення позитивного клінічного ефекту (нормалізація температури тіла, зменшення виразності інтоксикації та інших симптомів хво-

роби) можливий перехід на пероральний прийом антибіотика до завершення повного курсу антибактеріальної терапії (ступінчаста терапія).

Госпіталізованим у терапевтичне відділення хворим III групи належить проводити комбіновану антибіотикотерапію з використанням захищеного амінопеніциліну (амоксцилін/клавуланова кислота, ампіцилін/сульбактам) парентерально або цефалоспорино II–III покоління (цефуроксиму аксетил, цефотаксим, цефтріаксон) у поєднанні з макролідом. Якщо не порушене всмоктування в травному каналі, макролід приймають перорально. За неможливості прийому хворим препарату вибору слід призначити фторхінолон III–IV покоління (монотерапія).

У хворих цієї групи неефективність препаратів вибору може бути пов'язана з тим, що етіопатогенами НП є грамнегативні ентеробактерії, які продукують  $\beta$ -лактамази розширеного спектра дії – інактиватори цих груп антибіотиків. У зв'язку з цим на другому етапі антибіотикотерапію слід продовжити фторхінолоном III–IV покоління або ж карбапенемом.

У пацієнтів із нетяжким перебігом НП антибактеріальна терапія може бути завершена після нормалізації температури тіла протягом 3–5 діб. У таких випадках лікування триває зазвичай 7–10 діб. У разі отримання клінічних або епідеміологічних даних, які свідчать про мікоплазмозу або хламідійну етіологію НП, антибактеріальна терапія триває в середньому 10–14 діб. Якщо позитивного ефекту лікування досягнуто, в ці терміни заміна антибіотика недоцільна.

За даними історій хвороби пацієнтів з НП, до II клінічної групи зарахували 4 хворих, до III – 80. Діагноз у всіх хворих верифіковано за допомогою рентгенологічного дослідження.

З першого дня госпіталізації всім хворим на НП призначали антибіотикотерапію.

Дослідження листків призначення свідчить, що у 20 (23,9 %) хворих застосовували терапію одним антибіотиком, 48 (57,1 %) отримували по два антибіотики, а в 16 (19,0 %) випадках призначали комбінацію трьох антибіотиків. У більшості спостережень додаткове призначення третього препарату було зумовлено недостатньою ефективністю стартової терапії (таблиця).

Отже, найчастіше для стартової терапії хворих обох груп призначають цефалоспорини, на другому місці – фторхінолони, макроліди, захищені пеніциліни та аміноглікозиди.

Аналіз лікарських призначень свідчить, що 26 хворих (30,9 %) отримували цефтріаксон із левофлоксацином, 12 (14,2 %) – цефтріаксон із макролідами, а 6 (7,1 %) – Аугментин із макролідами та фторхінолонами. Для монотерапії хво-

Таблиця. Частота призначення антибіотиків хворим на НП

Група антибіотиків	II клінічна група (n = 4)		III клінічна група (n = 80)	
	Абс.	%	Абс.	%
Цефалоспорини	2	25,0	63	48,1
Фторхінолони	2	25,0	38	29,0
Захищені пеніциліни	2	25,0	5	3,8
Макроліди	1	12,5	24	18,3
Аміноглікозиди	1	12,5	1	0,80
Разом	8		131	

рим використовували цефтріаксон (70 %) та захищені пеніциліни (30 %). Якщо комбінація двох зазначених вище антибіотиків не давала належного ефекту, призначали відповідно препарат із групи макролідів, фторхінолонів або аміноглікозидів. У проведеному дослідженні спостерігається досить значний відсоток застосування фторхінолонів, тоді як ці препарати слід призначити на другому етапі лікування і в якості монотерапії. Комбінації Аугментину та цефтріаксону з левофлоксацином не є раціональними в плані сучасних рекомендацій. У переважній більшості обстежених структура антибіотикотерапії відповідала чинному протоколу надання медичної допомоги дорослим хворим на НП, затвердженому наказом МОЗ України № 128 від 19.03. 2007 р. [2].

У 49 (58,3 %) хворих антибіотикотерапію не змінювали під час перебування в стаціонарі, у 16 (19 %) її повністю змінили на 4–7-му добу лікування та у 19 (22,6 %) – частково на 3–8-му добу перебування в стаціонарі. За даними аналізу листків лікарських призначень, тривалість курсу терапії антибіотиками у хворих II групи становила в середньому ( $7,9 \pm 1,2$ ) доби, III – ( $8,9 \pm 1,4$ ) доби. Отримані результати загалом підтверджують проведені раніше дослідження [4]. Отже, тривалість антибіотикотерапії відповідає чинному протоколу надання медичної допомоги хворим на НП, а контроль за ефективністю лікування дещо запізнений і повинен здійснюватися через 48–72 год після призначення препаратів. Унаслідок лікування всі пацієнти одужали і виписані в задовільному стані.

## Висновки

Аналіз ефективності лікування НП з нетяжким перебігом у терапевтичному стаціонарі свідчить, що етіотропну терапію хворим призначали вчасно і тривалість її курсу була достатньою. Використання нераціональних комбінацій препаратів та дещо запізнений контроль антибіотикотерапії слід коригувати в подальшій клінічній практиці.

## Список літератури

1. Дзюблик Я.О. Обґрунтований вибір антибіотикотерапії у хворих на негоспітальні інфекції нижніх дихальних шляхів бактеріальної етіології // Укр. пульмонол. журн.— 2012.— № 3.— С. 64—69.
2. Клінічні протоколи надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія» (наказ МОЗ України № 128 від 19.03.2007 року).— [Електронний ресурс].— Режим доступу: [http://moz.gov.ua/ua/portal/dn/20070319\\_128.html](http://moz.gov.ua/ua/portal/dn/20070319_128.html).
3. Лінник М.І., Недоспасова О.П., Антоненко Л.Ф. та ін. / За ред. Ю.І. Фещенка. Порівняльні дані про розповсюдженість хвороб органів дихання і медичну допомогу хворим на хвороби пульмонологічного профілю в Україні за 2008—2011 рр.— К., 2012.— С. 6.— Режим доступу: [Електронний ресурс]; / [http://www.ifp.kiev.ua/doc/staff/staff\\_ukr.htm](http://www.ifp.kiev.ua/doc/staff/staff_ukr.htm).
4. Марків І.М.. Антибіотикотерапія позалікарняної пневмонії в умовах терапевтичного відділення міської лікарні // Вісник наук. досліджень.— 2012.— № 1.— С. 16—18.
5. Фещенко Ю. І., Дзюблик Я. Рациональная антибиотикотерапия больных с инфекциями нижних дыхательных путей // Укр. пульмонол. журн.— 2009.— № 4.— С. 5—8.
6. Robenshtok E. et al. Empiric antibiotic coverage of atypical pathogens for community-acquired pneumonia in hospitalized adults (Review) // The Cochrane Library.— 2010.— Issue 4, [www.thecochranelibrary.com](http://www.thecochranelibrary.com).
7. Woodhead M., Blasi F, Ewig S. et al. Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections // Clinical microbiology and infection.— 2011.— Vol. 17, suppl. 6.— P. E1—E59.

И.Н. Бутвин

ГБУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского»

## Анализ эффективности этиотропной терапии больных негоспитальной пневмонией с нетяжелым течением в терапевтическом отделении городской больницы

**Цель работы** — исследовать особенности этиотропной терапии у больных различных клинических групп негоспитальной пневмонией с нетяжелым течением в условиях терапевтического отделения городской больницы.

**Материалы и методы.** Ретроспективно проанализированы 84 истории болезни пациентов с негоспитальной пневмонией, которые находились на лечении в терапевтическом отделении городской больницы. Исследовали анамнестические данные заболевания и предварительный прием антибиотиков, клинические проявления заболевания, наличие сопутствующей патологии, длительность этиотропной терапии, ее вариабельность и соответствие лечения действующему протоколу оказания медицинской помощи больным негоспитальной пневмонией.

**Результаты и обсуждение.** Больные относились к II и III клиническим группам с негоспитальной пневмонией, преимущественно с сопутствующими заболеваниями. Согласно медицинской документации, им назначали от одного до трех антибиотиков. Комбинация этиотропных препаратов и длительность курса терапии у большинства больных соответствовала нормативной медицинской документации. У части из них зарегистрировано нерациональное сочетание антибиотиков и запоздалый контроль эффективности этиотропной терапии.

**Выводы.** Анализ эффективности лечения негоспитальной пневмонии с нетяжелым течением в терапевтическом стационаре показал, что этиотропную терапию больным назначали вовремя и продолжительность ее курса была достаточной. Использование нерациональных комбинаций препаратов и несколько запоздалый контроль антибиотикотерапии следует корректировать в дальнейшей клинической практике.

**Ключевые слова:** негоспитальная пневмония, клинические группы, антибиотикотерапия.

I.M. Butvin

Horbachevsky Ternopil State Medical University, Ternopil, Ukraine

## Analysis of the efficacy of etiotropic treatment of mild course community acquired pneumonia in the therapeutic department of municipal hospital

**Objective** — to examine the features of etiotropic therapy in patients of different clinical groups with mild course community acquired pneumonia (NP) in the therapeutic department of municipal hospital.

**Materials and methods.** The retrospective study of 84 NP case histories was conducted. The study included analysis on the disease anamnesis, previous antibiotic use, clinical manifestations of the disease,

the presence of comorbidity, the duration of etiotropic treatment and variability and compatibility with current treatment protocol of care for patients with NP.

**Results and discussion.** Studied patients belonged to the II and III clinical groups of NP mainly with present comorbidity. According to the analyzed medical records patients were prescribed one to three antibiotics. Combination of etiotropic drugs and duration of therapy in most patients with NP corresponded the guidelines. Some patients were registered to have inadequate combination of antibiotics and delayed treatment efficiency control.

**Conclusions.** The treatment of the mild course NP in therapeutic department demonstrated that etiological treatment was prescribed timely and its duration was sufficient. Use of inadequate combinations of drugs and delayed control treatment efficiency control should be adjusted in future clinical practice.

**Key words:** community acquired pneumonia, clinical group, antibacterial treatment.

---

**Контактна інформація:**

**Бутвін Ігор Миколайович**, к. мед. н., доц. кафедри пропедевтики внутрішньої медицини та фтизіатрії  
46001, м. Тернопіль, майдан Волі, 1  
E-mail: igbutvin@gmail.com

Стаття надійшла до редакції 27 червня 2013 р.