

© Демчук А. В.

УДК:616-035.1;616-035.2

ОЦІНКА ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ РІЗНИХ ГРУП ДЛЯ ЛІКУВАННЯ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ СУПУТНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ*

Демчук А. В.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

С целью оценить объем и целесообразность применения препаратов разных групп для лечения негоспитальной пневмонии (НП) у больных с хроническими сопутствующими заболеваниями проведено проспективное исследование 438 пациентов, которые лечились в стационарных условиях. Среди них мужчин было 214 (48,9%), женщин – 224 (51,1%). Средний возраст больных составил 56,1±17,9 лет. Хроническая сопутствующая патология наблюдалась у 359 (82,0%) пациентов. Контролируемое состояние сопутствующего заболевания определялось у 115(26,3%), неконтролируемое – 120(27,4%), функциональная недостаточность или осложнения хронического заболевания наблюдались у 124(28,3%). Хронических заболеваний не было у 79 (18,0%) пациентов. Фармакотерапия больных НП в условиях стационара характеризовалась значительной полипрагмазией - среднее количество назначенных препаратов было 11,0±4,0 (от 4 до 34 препаратов). Наличие декомпенсированной или осложненной хронической патологии у больных НП приводило к использованию 13,7±5,0 препаратов, против 11,0±2,9 препаратов в случае неконтролируемого течения хронического заболевания, 9,7±2,7 препаратов при контролируемом состоянии и 8,4±2,5 препаратов при отсутствии хронического заболевания. Антибиотики получали все пациенты, что является обязательным для лечения НП. Муколитические средства назначались 92,7%, растворы плазмозаменителей - 36,0%, что было необходимо, учитывая особенности клинического течения НП. Нестероидные противовоспалительные средства получали 48,6% больных, однако в половине случаев их назначение было лишним. Применение сульфамфокаина (39,0%), тиотриазолина (25,1%) и плазмола (13,2%) не соответствовало рекомендации и не имело позитивного влияния на течение НП и ее последствия.

Ключевые слова: негоспитальная пневмония, Хронические сопутствующие заболевания, лечение.

Встановлення діагнозу негоспітальної пневмонії (НП) вимагає призначення антибактеріального лікування, ефективність якого доведена не тільки у масштабних дослідженнях, але й майже піввіковою клінічною практикою. Адже з початком широкого застосування антибіотиків смертність від НП стрімко знизилась і протягом останніх 50-ти років стабілізувалась на рівні до 1% серед амбулаторних хворих, 5-15% серед тих, хто госпіталізований у терапевтичне відділення, та більше 40% у разі важкої НП, що потребує лікування у відділенні інтенсивної терапії, без суттєвого прогресу не зважаючи на впровадження новітніх методів лікування [1].

Неантибактеріальна, патогенетично обґрунтована терапія НП, яка б сприяла покращенню перебігу та наслідків захворювання, залишається однією з актуальних проблем сучасної медицини. Відповідної доказової бази щодо доцільності застосування муколітичних, відхаркуючих, аналептичних, нестероїдних протизапальних, імуномодуючих засобів у пацієнтів з НП немає, тому в більшості узгоджувальних документів вони не рекомендуються для лікування НП [2].

Однак, в реальній практиці, спираючись на власний досвід та особливості клінічної картини, лікарі часто призначають крім антибіотиків, препарати інших груп для корекції симптомів, профілактики ускладнень, що неминуче призводить до поліпрагмазії, особливо у осіб з коморбідністю.

Мета дослідження: оцінити об'єм та доцільність застосування препаратів різних груп для лікування НП у хворих з хронічними супутніми захворюваннями.

Матеріали та методи

Проведено проспективне дослідження 438 пацієнтів, що лікувались з приводу НП в умовах пульмонологічного відділення МКЛ №1 м. Вінниці з січня по червень 2012 року. Серед них чоловіків було 214 (48,9%), жінок – 224 (51,1%). Середній вік хворих склав 56,1±17,9 років.

Діагноз НП та її важкість встановлювали на підставі даних суб'єктивного, об'єктивного, лабораторно-інструментального та рентгенологічного обстежень відповідно до рекомендацій, що викладені у наказі МОЗ України №128 від 19.03.2007 р.[3].

Більшість хворих мали НП середньої важкості, яка відповідала 3 клінічній групі - 399 (91,1%) осіб і лише 39 (8,9%) пацієнтів мали важкий перебіг НП 4 клінічної групи.

Хворі, які не мали хронічних супутніх захворювань і були госпіталізовані з приводу НП, увійшли в групу порівняння (ГП) – 79 (18,0%) осіб.

Хронічна супутня патологія спостерігалась у 359 (82,0%) пацієнтів. Майже половина хворих мали враження хронічними захворюваннями двох та більше систем органів (Табл. 1).

Всі хронічні захворювання у пацієнтів з НП були оцінені у відповідності до контрольованості. Хворих було розподілено на три групи: з контрольованим станом (ГК) – 115 осіб, неконтрольованим станом (ГН) – 120 осіб, та з функціональною недостатністю або ускладненнями хронічного захворювання (ГУ) – 124 особи.

* Цитування при атестації кадрів: А. В. Демчук. Оцінка застосування препаратів різних груп для лікування негоспітальної пневмонії у пацієнтів з хронічними супутніми захворюваннями // Проблеми екології і медицини. – 2015. – Т. 19, № 3-4. – С. 38–43.

Структура супутніх хронічних захворювань у пацієнтів з негоспітальною пневмонією (n=438)

Супутні захворювання	Абс	%
Серцево-судинної системи	308	70,3
Органів дихання	143	32,6
Органів травлення	77	17,6
Цукровий діабет	40	9,1
Ожиріння	116	26,5
Сечовидільної системи	45	10,3
Нервової системи	28	6,4
Онкологічні захворювання	14	3,2
Наркотична та алкогольна залежність	3	0,7
Загальна кількість пацієнтів з супутніми захворюваннями	359	82,0
Кількість супутніх захворювань		
Враження однієї системи	143	32,6
Враження 2-х та більше систем	216	49,3

Аналіз лікування НП включав визначення об'єму антибактеріальної та додаткової терапії. Реєструвались всі лікарські препарати, які приймав пацієнт амбулаторно та стаціонарно з вказівкою доз, кратності та тривалості застосування. Оцінювали відповідність рекомендаціям призначеної терапії, її ефективність та безпечність з врахуванням побічних ефектів, лікарських взаємодій, ризиків несприятливого наслідку НП.

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

Терапія була недостатньо ефективною, якщо у пацієнта не наступало одужання, та він був змушений доліковувати остаточні прояви захворювання в амбулаторних умовах.

Лікування у стаціонар і вважалось ефективним, коли пацієнт виписувався з одужанням.

Статистична обробка матеріалів дослідження проводилась за допомогою пакету статистичних програм SPSS для Windows версія 11. Рівень значущості для всіх показників, що аналізувались, був $p < 0,05$.

Показники, що відносились до номінальної шкали аналізувались за допомогою побудови таблиць спряженості та статистики χ^2 -квадрат.

Описова статистика була визначена для кожної інтервальної змінної та представлена у вигляді середнього значення \pm стандартна похибка. Порівняння змінних проводили за допомогою визначення Т-критерію Ст'юдента або однофакторного дисперсійного аналізу у разі нормального розподілення та непараметричних методів порівняння у разі ненормального розподілення.

Результати та їх обговорення

Середня кількість призначених лікарських засобів складала $11,0 \pm 4,0$ (від 4 до 34 препаратів). Хворі 3 групи НП в середньому отримували $10,4 \pm 3,1$ препарати, а пацієнти 4 групи НП – $16,9 \pm 6,5$ препаратів ($p < 0,001$).

У разі відсутності хронічних захворювань кількість призначених лікарських засобів в середньому складала $8,8 \pm 2,6$. За наявності одного супутнього захворювання цей показник статистично значимо збільшувалась до $9,7 \pm 2,9$, а у разі множинної супутньої хронічної патології – до $12,3 \pm 4,3$ препаратів ($p < 0,001$).

Оцінка кількості призначених препаратів відповідно до ступеня контролю хронічних захворювань виявила, що достовірно найбільше препаратів отримували хворі НП з декомпенсованим, ускладненим перебігом хронічної патології – $13,7 \pm 5,0$ препаратів в ГУ, проти $11,0 \pm 2,9$ препаратів в ГН, $9,7 \pm 2,7$ препаратів в ГК та $8,4 \pm 2,5$ препаратів в ГП ($p < 0,001$).

Порівняння кількості призначених препаратів пацієнтам з НП та наявністю найпоширеніших хронічних захворювань серцево-судинної системи (ІХС, гіпертонічна хвороба, серцева недостатність, аритмії), органів дихання (ХОЗЛ, бронхіальна астма), травлення (хронічний холецистит, пептичні виразки, хронічний гепатит та цироз печінки), цукровий діабет та ожиріння виявив, що достовірно найбільшу кількість препаратів отримували пацієнти НП з хронічною патологією органів дихання ($13,2 \pm 4,8$) та цукровим діабетом ($13,0 \pm 4,6$) ніж ті хворі, які не мали зазначених захворювань (табл. 2).

Пацієнти з НП на тлі хронічних захворювань серцево-судинної системи отримували достовірно на 3 препарати більше ніж ті, хто не мав вказаного хронічного ураження.

Таблиця 2

Середня кількість препаратів, які отримували пацієнти з негоспітальною пневмонією та хронічними захворюваннями

Хронічні захворювання	Середня кількість препаратів при наявності хронічного захворювання	Середня кількість препаратів при відсутності хронічного захворювання	P
Серцево-судинної системи (n=307)	$11,8 \pm 4,2$	$8,9 \pm 2,5$	$< 0,001$
Дихальної системи (n=143)	$13,2 \pm 4,8$	$9,9 \pm 3,0$	$< 0,001$
Травної системи (n=77)	$11,4 \pm 4,7$	$10,9 \pm 3,8$	0,266
Цукровий діабет (n=40)	$13,0 \pm 4,6$	$10,8 \pm 3,9$	0,001
Ожиріння (n=116)	$11,3 \pm 3,9$	$10,8 \pm 4,0$	0,314

Наявність супутніх захворювань шлунково-кишкового тракту та ожиріння не призводила до додаткового застосування лікарських засобів у пацієнтів з НП в порівнянні з тими, хто не страждав на зазначену патологію.

У пацієнтів з НП, які лікувались в умовах стаціонару спостерігалась велика поліфармація, або застосування 5 та більше лікарських препаратів одночасно [4].

Для оцінки того, наскільки поліфармація виправдана у пацієнтів з НП на тлі супутньої патології проаналізовано спектр лікарських засобів, що признача-

лись, відповідно до класифікації АТС (Anatomical Therapeutic Chemical classification) (табл. 3).

Таблиця 3
Структура призначень лікарських засобів різних фармакотерапевтичних груп

Група лікарських засобів	Загалом (n=438)	
	абс	%
Засоби, що впливають на респіраторну систему		
Муколітики та відхаркуючі	406	92,7
Індивідуальні дозовані бронхолітики	64	14,6
Інгаляційні бронхолітики для небулізації	118	26,9
Інгаляційні дозовані кортикостероїди	44	10,0
Інгаляційні кортикостероїди для небулізації	74	16,9
Теофіліни	53	12,1
Засоби, що впливають на серцево-судинну систему		
Інгібітори АПФ та сартани	160	36,5
Бета-блокатори	70	16,0
Антагоністи кальцію	29	6,6
Петльові діуретики	192	43,8
Антагоністи альдостерону	58	13,2
Серцеві глікозиди	50	11,4
Антиаритмічні засоби (кордарон)	6	1,4
Нітрати	14	3,2
Мельдоній	135	30,8
Кверцетін	28	6,4
Гіполіпідемічні препарати (сімвастатин, аторвастатин)	10	2,3
Сульфокамфокаїн	171	39,0
Засоби, що впливають на травну систему та метаболізм		
Антидіарейні мікробні препарати (пробіотики)	229	52,3
Тіотриазолін	110	25,1
Інші гепатопротектори	10	2,3
Інгібітори протонної помпи	8	1,8
Спазмолітичні засоби	6	1,4
Гіпоглікемічні препарати	27	6,2
Вітаміни	21	4,8
Плазмол	58	13,2
Засоби, що впливають на систему крові та гемопоез		
Антитромботичні засоби (гепарини та варфарин)	45	10,3
Антиагреганти (аспірин, клопидогрель)	105	24,0
Антигеморагічні засоби (амінокапронова кислота, етамзілат)	16	3,7
Декстрини (реополіглюкін)	158	36,0
Розчини електrolітів	83	18,9
Розчини амінокислот (аргінін)	56	12,8
Гормони для системного застосування (глюкокортикостероїди)	75	17,1
Нестероїдні протизапальні засоби	213	48,6
Інші	81	18,5

Антибактеріальні лікарські засоби для системного застосування отримували всі хворі НП. Вибір антибіотика в більшості випадків відповідав переліку препа-

ратів, що рекомендовані для лікування НП 3 та 4 групи (табл. 4).

Таблиця 4
Спектр антибіотиків, які застосовували для стаціонарного лікування хворих з негоспітальною пневмонією (n=438)

Відповідні до рекомендацій антибіотики			Відповідні до рекомендацій антисинегнійні препарати		
Антибіотик	Абс	%	Антибіотик	Абс	%
Цефтріаксон	295	67,4	Амікацин	37	8,4
Левофлоксацин	274	62,6	Цефоперазон	33	7,5
Кларитроміцин	100	22,8	Цефепім	18	4,1
Азітроміцин	14	3,2	Цефтазідім	18	4,1
Амоксицилін/клавуланат	16	3,7	Меропенем	3	0,7
Гатифлоксацин	14	3,2	Ципрофлоксацин	1	0,2
Моксифлоксацин	4	0,9	Гентаміцин	1	0,2
Цефотаксим	3	0,7			
Не відповідні до рекомендацій антибіотики					
Цефтріаксон/сульбактам	21	4,8	Ванкомицин	1	0,2
Офлоксацин	1	0,2	Амоксицилін	1	0,2
Доксіциклін	1	0,2	Цефуросімі	2	0,4

Рациональна антибіотикотерапія полягає не тільки у виборі ефективного проти ймовірного збудника захворювання препарату, але передбачає його відповідність важкості НП. Аналіз відповідності до рекомендацій схем антибактеріальної терапії НП, які застосо-

увались у стаціонарі, виявив значні розбіжності з інструктивними документами (табл. 5).

Поєднання респіраторного фторхінолона (левофлоксацин) та цефалоспоруна 3 покоління (цефтріаксона) виявилось комбінацією, яку найчастіше призначали, не залежно від важкості НП. У пацієнтів з важ-

ким перебігом НП зазначене поєднання відноситься до альтернативного антибактеріального лікування,

тому може вважатись раціональним.

Таблиця 5
Відповідність до рекомендацій схем антибіотикотерапії стаціонарних пацієнтів з негоспітальною пневмонією

Відповідна антибіотикотерапія	Абс	%	Невідповідна антибіотикотерапія	Абс	%
Пацієнти 3 групи негоспітальної пневмонії (n=399)					
Цефалоспорин 3 покоління+макролід	109	27,3	Бета-лактам+Респіраторний фторхінолон	182	45,6
Респіраторний фторхінолон	30	7,5	Антисинегнійний бета-лактам+макролід/фторхінолон	37	9,3
Захищений амінопеніцилін+макролід	11	2,8	Застосування 3-х антибіотиків	21	5,3
			Некоректна антибактеріальна монотерапія	9	2,3
Загалом	150	37,6	Загалом	249	62,4
Пацієнти 4 групи негоспітальної пневмонії (n=39)					
Бета-лактам+макролід	2	5,1	Застосування 3-х антибіотиків	5	12,8
Бета-лактам+респіраторний фторхінолон	13	33,3	Некоректна антибактеріальна монотерапія	6	15,4
Антисинегнійний бета-лактам+ципрофлоксацин (левофлоксацин)/аміноглікозид	13	33,3			
Загалом	28	71,8	Загалом	11	28,2

Застосування комбінації цих антибіотиків у пацієнтів з нетяжкою НП є невідповідним, надмірним, що крім позитивного ефекту – одужання пацієнта, спровокувало небажані ефекти: розвиток кандидозної інфекції ротової порожнини та дихальних шляхів у 47 (10,7%), діареї у 23 (5,3%).

Серед препаратів інших груп провідне місце займали лікарські засоби, що впливають на респіраторну систему.

Переважає більшість хворих отримувала відхаркуючі та муколітичні засоби (406 (92,7%) осіб), основна дія яких направлена на створення адекватного дренажу трахео-бронхіального секрету, що сприятиме одужанню пацієнта. Призначення цих препаратів можна вважати частково доцільним.

Більше половини пацієнтів отримували протидіарейні мікробні препарати – пробіотики, що містять лакто- та біфідобактерії, які необхідні для нормального функціонування кишковика (табл. 3).

Доцільність застосування пробіотиків разом з антибіотиками дискутується. За даними мікробіологічних досліджень розмноження лакто- та біфідобактерій пригнічується під дією антибактеріальних препаратів так само як і патогенів, тому раціональність їх поєднання сумнівна [5]. Однак аналіз даних чисельних рандомізованих клінічних досліджень показав, що застосування пробіотиків разом з антибіотикотерапією на 60% та більше знижувало ризик розвитку антибіотик-асоційованої діареї [6-8]. За даними шведських дослідників застосування препаратів з лактобактеріями у

пацієнтів, що отримували антибіотикотерапію, зменшувало частоту виникнення діареї та нудоти [9].

Вказані препарати не включені у протокол надання медичної допомоги хворим з НП, що робить їх застосування не відповідним рекомендаціям.

Незважаючи на те, що нестероїдні протизапальні засоби (НПЗ) не рекомендуються для лікування хворих НП, майже половина пацієнтів отримували ці препарати (табл. 3). Зазвичай їх призначали як симптоматичні засоби для зменшення плеврального, головного болю, лихоманки. Однак пацієнтів зі вказаними симптомами було значно менше, ніж призначень: висока лихоманка визначалась у 35 (8,0%), плевральний біль у 54 (12,3%), а призначення НПЗ спостерігалось у 213 (48,6%) пацієнтів.

Невиправдане застосування НПЗ може маскувати ефективність антибактеріальної терапії, що призводить до помилкової оцінки стану хворого, додатково навантажує ферментативні системи печінки, створює ризики формування гастропатії [10].

Поєднання НПЗ з аміноглікозидами збільшує нефротоксичність, з фторхінолонами – стимулює нервову систему та збільшує ймовірність розвитку судом [11].

Більше третини пацієнтів отримували сульфоксамфокаїн, ефективність якого для лікування хворих НП не доведена. Порівняння динаміки перебігу НП у осіб, які отримували цей препарат, виявило, що позитивні зміни на 3-й день лікування у них спостерігались статистично достовірно рідше ніж у тих, хто не отримував сульфоксамфокаїн (табл. 6).

Таблиця 6
Порівняння динаміки клінічних симптомів НП у осіб, які отримували або не отримували сульфоксамфокаїн

	Динаміка стану пацієнта на 3-й день				P	Динаміка стану пацієнта на 7-й день				P
	Пацієнти, які приймали сульфоксамфокаїн (n=171)		Пацієнти, які не приймали сульфоксамфокаїн (n=267)			Пацієнти, які приймали сульфоксамфокаїн (n=171)		Пацієнти, які не приймали сульфоксамфокаїн (n=267)		
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%	
Позитивна	100	58,5	178	66,7	0,001	128	74,9	185	69,3	0,114
Негативна	30	17,5	17	6,4		4	2,3	2	0,7	
Без динаміки	41	24,0	72	27,0		39	22,8	80	30,0	

Аналіз наслідків НП показав, що застосування сульфоксамфокаїну частіше асоціювалось з невдачею у лікуванні НП – розвиток ускладнень або смерть пацієнта (табл. 7). Можливо, це пов'язано з важчим ста-

ном, хворих, яким призначався аналептик, однак отримані дані свідчать, що призначення цього препарату у хворих з НП є зайвим.

Таблиця 7
Порівняння наслідків негоспітальної пневмонії у пацієнтів, які отримували та не отримували сульфоксамфокаїн

Наслідок НП	Пацієнти, які отримували сульфоксамфоканін (n=171)		Пацієнти, які не отримували сульфоксамфоканін (n=267)		P
	Абс.	%	Абс.	%	
Одування	104	60,8	159	59,6	<0,001
Амбулаторне долікування	52	30,4	101	37,8	
Перевід у хірургічне відділення	10	5,8	7	2,6	
Смерть	5	2,9	0	0	

Застосування розчинів декстранів, найчастіше – реосорбілакта, спостерігалось у 158 (36,0%) хворих НП, які мали ознаки дегідратації та гіповолемії, тому його застосування є виправданим. У більшості пацієнтів цей препарат вводився протягом перших трьох днів перебування у стаціонарі.

Чверть пацієнтів, не залежно від наявності хронічних захворювань отримували тіотриазолін (табл. 3). Згідно інструкції тіотриазолін рекомендується для комплексного лікування ІХС, аритмій, хронічних гепатитів, цирозу печінки. Ми порівняли наслідки НП у пацієнтів, які мали ІХС або аритмію, хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту, або не страждали зазначеною патологією, і отримували або не отримували тіотриазолін.

Встановлено, що у пацієнтів з ІХС та аритмією, прийом цього препарату не впливав на наслідки НП (рис. 1).

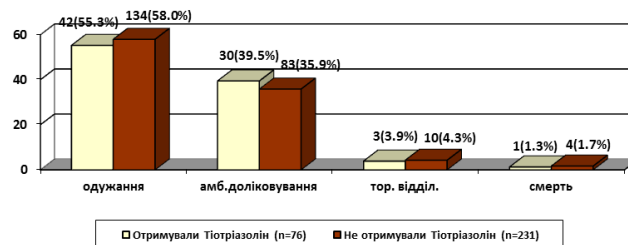


Рис. 1. Вплив прийому тіотриазоліну на наслідки негоспітальної пневмонії у осіб з хронічними захворюваннями серцево-судинної системи (p=0,950)

У хворих з НП без хронічних захворювань серцево-судинної системи, які отримували тіотриазолін, достовірно частіше одування протягом лікування у стаціонарі досягти не вдалось, більше половини хворих (18 (52,9%) осіб) потребували амбулаторного долікування, тоді як в групі, яка не отримувала тіотриазолін амбулаторного долікування потребували лише 22 (22,7%) пацієнти, а одужав 71 (73,2%) (табл. 8).

Таблиця 8

Вплив тіотриазоліну на наслідки негоспітальної пневмонії у осіб без хронічних захворювань серцево-судинної системи

Наслідок НП	Прийом тіотриазоліну				P
	Так (n=34)		Ні (n=97)		
	Абс	%	Абс	%	
Одування	16	47,1	71	73,2	0,003
Амбулаторне долікування	18	52,9	22	22,7	
Перевід у хірургічне відділення	0	0	4	4,1	
Смерть	0	0	0	0	

Подібні наслідки НП спостерігались і у хворих з хронічними захворюваннями травної системи, що та-

кож мало статистичну значимість (табл. 9).

Таблиця 9

Вплив тіотриазоліну на наслідки негоспітальної пневмонії у осіб з хронічними захворюваннями травної системи

Наслідок НП	Прийом тіотриазоліну				P
	Так (n=20)		Ні (n=57)		
	Абс	%	Абс	%	
Одування	9	45,0	39	68,4	0,031
Амбулаторне долікування	11	55,0	14	24,6	
Перевід у хірургічне відділення	0	0	4	7,0	
Смерть	0	0	0	0	

Серед осіб, що лікувались тіотриазоліном одужали лише 9 (45,0%), інші потребували амбулаторного долікування. НП завершилась одужанням на момент виписки зі стаціонару більш ніж у двох третин хворих, яким зазначений препарат не призначався, що свідчить про недоцільність застосування тіотриазоліну у комплексному лікуванні НП як у осіб з хронічними захворюваннями серцево-судинної, травної систем так і у тих, хто немає вказаної супутньої патології.

Отримані дані відрізняються від результатів І.А. Ільюк, (2014), яка повідомляла, що призначення тіотриазоліну пацієнтам з НП 3 групи достовірно зменшувало показники ендогенної інтоксикації, покращувало адаптаційні реакції організму, позитивну динаміку рентгенологічних ознак НП, збільшувало показник одужання від НП до 72,0% проти 60,0% серед осіб, що не отримували тіотриазолін. Достовірно зменшувалась тривалість лікування на 29,3% [12].

Враховуючи те, що препарат не рекомендований протоколом надання допомоги хворим НП, дані про його сприятливий вплив на лікування хворих з НП суперечливі, призначення тіотриазоліну слід вважати нераціональним.

Серед препаратів, які не рекомендовані для лікування хворих НП, але традиційно призначались для лікування цього гострого захворювання протягом тривалого часу, провідне місце займав плазмол. Цей препарат отримували 58 (13,2%) пацієнтів. Основним показом для застосування плазмолу є комплексне лікування невралгії, радикулітів, невритів, хронічних запальних процесів, які не спостерігались у хворих, що були включені у дослідження. Призначення цього лікарського засобу пацієнтам з НП є помилковим.

Висновки

Фармакотерапія хворих НП в умовах стаціонару характеризується значною поліпрагмазією, об'єм якої збільшується відповідно до кількості та неконтрольованості хронічних супутніх захворювань. Аналіз впливу прийому препаратів, які призначались, на перебіг та наслідки НП показав недоцільне застосування сульфокамфокаїну, тіотріазоліну та плазмолу. Використання муколітичних, відхаркуючих засобів, плазмозамінних препаратів було необхідним, зважаючи на особливості клінічного перебігу НП. Не завжди раціональним було застосування НПЗ, які більш ніж для половини пацієнтів були зайвими.

Аналіз застосування лікарських препаратів виявив недоліки у лікуванні пацієнтів з НП на тлі коморбідної патології, що потребує проведення додаткових освітніх заходів серед лікарів, контролюючих моніторингових досліджень застосування лікарських препаратів для покращення курації цього складного контингенту хворих.

Література:

1. Blasi F, Mantero M, Santus P, et al. Understanding the burden of pneumococcal disease in adults [Text] / *Clinical Microbiology and Infection* 2012; 18: 7-14.
2. Woodhead, M. Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections – full version [Text] / M. Woodhead [et al.] // *Clin. Microbiol. Infect.* – 2011. – Vol. 17(Suppl. 6). – P. 1-59.
3. Протокол надання медичної допомоги хворим на негоспітальну та нозокоміальну (госпітальну) пневмонію у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія [Текст] / Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Ппульмонологія» : Наказ МОЗ України №128 від 19.03.2007 – Київ, 2007. – 146 с.
4. Gnjidic D, et al. Polypharmacy cutoff and outcomes: five or more medicines were used to identify community-dwelling older men at risk of different adverse outcomes [Text] / D. Gnjidic [et al.] // *J Clin Epidemiol.* – 2012. – Vol. 65. - P. 989-995.
5. D'Aimmo, M. R. Antibiotic resistance of lactic acid bacteria and *Bifidobacterium* spp. isolated from dairy and pharmaceutical products [Text] / M. R. D'Aimmo, M. Modesto, B. Biavati // *Int. J. Food. Microbiol.* – 2007. – Vol. 115(1). – P. 35-42.
6. Cremonini, F. Meta-analysis: the effect of probiotic administration on antibiotic-associated diarrhea [Text] / F. Cremonini [et al.] // *Aliment. Pharmacol. Ther.* – 2002. – Vol. 16(8). – P. 1461-1467.
7. D'Souza, A. L. Probiotics in prevention of antibiotic associated diarrhea: meta-analysis [Text] / A. L. D'Souza [et al.] // *BMJ.* – 2002. – Vol. 324(7350). – P. 1361.
8. McFarland, L. V. Meta-analysis of probiotics for the prevention of antibiotic associated diarrhea and the treatment of *Clostridium difficile* disease [Text] / L. V. McFarland // *Am. J. Gastroenterol.* – 2006. – Vol. 101(4). – P. 812-822.
9. Lonnermark, E. Intake of *Lactobacillus plantarum* reduces certain gastrointestinal symptoms during treatment with antibiotics [Text] / E. Lonnermark [et al.] // *J. Clin. Gastroenterol.* – 2010. – Vol. 44(2). – P. 106-112.
10. Пневмонія у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія [Текст] : навчальний посібник / Ю.І. Феценко [та ін.]; ред. Ю.І. Феценко; ДУ «Національний інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України». – Київ, 2013. – 171 с.
11. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии [электронный ресурс] / под ред. Л.С. Страчунского, Ю.Б. Белоусова, С.Н. Козлова. Режим доступа: www.antibiotic.ru/ab/007-11shtml.
12. Ільюк, І. Клінічна ефективність лікування хворих на негоспітальну пневмонію із використанням тіотріазоліну [Текст] / І. Ільюк // *Укр. Пульмон. Журн.* – 2014. - № 4. – С. 69-72.