ВНУТРІШНІ ХВОРОБИ

УДК 616.24 – 002 – 085.33] - 082

©І. М. Марків

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського"

АНТИБІОТИКОТЕРАПІЯ ПОЗАЛІКАРНЯНОЇ ПНЕВМОНІЇ В УМОВАХ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ МІСЬКОЇ ЛІКАРНІ

АНТИБІОТИКОТЕРАПІЯ ПОЗАЛІКАРНЯНОЇ ПНЕВМОНІЇ В УМОВАХ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ МІСЬКОЇ ЛІКАРНІ – Метою дослідження стало вивчення особливостей антибіотикотерапії у 165 хворих на позалікарняну пневмонію нетяжкого перебігу в умовах терапевтичного відділення міської лікарні. Встановлено, що антибіотики хворим призначали вчасно, а тривалість курсу антибіотикотерапії була достатньою. До відхилень від існуючих рекомендацій протоколу лікування негоспітальної пневмонії належали випадки застосування нераціональних комбінацій антибіотиків та дещо запізнілий контроль дієвості антибіотикотерапії.

АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ В УСЛОВИЯХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ – Целью исследования стало изучение особенностей антибиотикотерапии у 165 больных внебольничной пневмонией нетяжелого течения в условиях терапевтического отделения городской больницы. Установлено, что антибиотики больным назначали вовремя, а длительность курса антибиотикотерапии была достаточной. К отклонениям от существующих рекомендаций протокола лечения негоспитальной пневмонии относились случаи применения нерациональных комбинаций антибиотиков и несколько запоздалый контроль действенности антибиотикотерапии.

ANTIBIOTIC THERAPY OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA (CAP) IN THE THERAPEUTIC DEPARTMENT OF A MUNICIPAL HOSPITAL – Antibiotic therapy of community-acquired pneumonia of 165 patients in the therapeutic department of a municipal hospital was studied. It was established, that antibiotics were prescribed to patients in time and the duration of antibiotic therapy was sufficient. Incidents of irrational combinations of antibiotics and belated control of antibiotic therapy efficiency were caused by deviations from the existing and established protocol recommendations.

Ключові слова: позалікарняна пневмонія, клініко-економічні дослідження, загальна вартість захворювання, антибіотикотерапія.

Ключевые слова: внебольничная терапия, клинико-экономические исследования, общая стоимость болезни, антибиотикотерапия.

Key words: community-acquired pneumonia, clinical-economic research, total cost of the disease, antibiotic therapy.

ВСТУП Респіраторна патологія у більшості країн світу характеризується високими показниками захворюваності, тимчасової втрати працездатності та інвалідності. Це зумовлює необхідність постійного пошуку науково обґрунтованих шляхів оптимізації надання медичної допомоги пульмонологічним хворим [4]. Хвороби органів дихання залишаються одними із найрозповсюдженіших і в Україні [5]. Провідне місце у їх структурі займають пневмонії. Захворюваність на пневмонію у розвинених країнах світу становить від 4,7 до 12 випадків на 1 тис. населення, смертність – від 2–3 до 25 % [1]. В Україні, незважаючи на те, що в цілому захворюваність органів дихання має тенденцію до зменшення, захворюваність на пневмонію за останні 3 роки зросла на 31,9 %. Поширеність цієї патології постійно зростає: за 2010 рік вона збільшилась на 13,2 % і становить 519,7 на 100 тис. дорослого населення (2008 р. – 394,0; 2009 р – 459,0) [3].

Успішність лікування пневмоній визначають перш за все, адекватністю антибактеріальної терапії, оскільки вона має етіотропний характер і є найважливішим компонентом лікування. Якщо витрати лікувальних установ на придбання медикаментів у середньому становлять 15–20 % від бюджету, то з них на частку протимікробних препаратів припадає 50–60 % [1].

Таким чином, у вітчизняній охороні здоров'я існує потреба у проведенні досліджень, які б дозволили оцінити існуючу реальну практику лікування захворювань органів дихання і на цій основі визначити шляхи поліпшення ефективності діагностики і лікування негоспітальної пневмонії.

Метою нашого дослідження стало вивчити особливості антибіотикотерапії позалікарняної пневмонії нетяжкого перебігу в умовах терапевтичного відділення міської лікарні.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ У ході дослідження проведено ретроспективний аналіз історій хвороб пацієнтів із негоспітальною пневмонією нетяжкого перебігу, що перебували на стаціонарному лікуванні у терапевтичному відділенні міської лікарні. При аналізі історій хвороби оцінювали: тривалість анамнезу пневмонії, попередній амбулаторний прийом антибактеріальних засобів з приводу пневмонії, клінічні прояви захворювання, наявність супутньої патології, тривалість курсу антибіотикотерапії, зміна антибіотика внаслідок неефективності лікування, відповідність отримуваного пацієнтами лікування чинному протоколові надання медичної допомоги хворим на негоспітальну та нозокоміальну (госпітальну) пневмонію у дорослих осіб, затвердженому наказом МОЗ України від 19 березня 2007 р. № 128 [2].

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ Проаналізовано 165 історій хвороб пацієнтів віком від 18 до 75 років (середній вік – 38,4 року), серед них жінок – 92 (55,8 %), чоловіків – 73 (44,3 %). Частина хворих (97 або 58,8 %) мали супутні захворювання: патологію серцево-судинної системи (38 або 23,0 %), хронічне обструктивне захворювання легень (24 або 14,6 %), шлунково-кишкового тракту (14 або 8,5 %), сечовидільної системи (6 або 3,6 %), ендокринної системи (6 або 3,6 %), цереброваскулярні захворювання (9 або 4,2 %).

Вивчення клінічних діагнозів пацієнтів показало, що більшість хворих – 112 осіб (67, 9 %) належала до третьої клінічної групи. До цієї групи, згідно із чин-

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

ним протоколом, віднесли хворих на негоспітальну пневмонію з нетяжким перебігом, які потребували госпіталізації у терапевтичне відділення за медичними (наявність несприятливих прогностичних чинників) показаннями. Решта 53 особи (32,1 %) належала до другої групи, тобто хворіли на негоспітальну пневмонію нетяжкого перебігу, за наявністю супутньої патології та/або інших модифікуючих чинників. Такі хворі, зазвичай, не потребували госпіталізації, хоча у 20 % хворих цієї групи можливе виникнення потреби в госпіталізації через неефективність амбулаторного лікування та/або загострення/декомпенсацію супутніх захворювань [2].

Вивчення анамнестичних даних показало, що захворювання у 112 пацієнтів, які належали до третьої групи, почалось у середньому за (4,6±1,3) дня до госпіталізації у стаціонар, аналогічний показник у 53 хворих другої групи становив (5,7±1,1) дня. Слід відзначити, що 125 хворих (75,8 %) були госпіталізовані у день звернення у поліклінічне відділення лікарні, або виклику лікаря поліклініки додому, з них 98 осіб (87,5 %) належали до третьої групи і 27 осіб (50,9 %) – до другої групи.

Вивчення клінічних проявів негоспітальної пневмонії на момент госпіталізації виявило типовість перебігу захворювання і відсутність суттєвої різниці клінічної картини пневмонії у пацієнтів обох груп.

З першого дня перебування у стаціонарі всі хворі отримували медикаментозне лікування, основу якого складала антибіотикотерапія.

Згідно з протоколом надання медичної допомоги хворим на пневмонію, пацієнтам другої групи слід призначати захищений амінопеніцилін (амоксицилін/клавуланова кислота) або цефалоспорин II покоління (цефуроксиму аксетил). Альтернативним препаратом може бути фторхінолон III – IV покоління. За неможливості перорального прийому ліків або низького комплаєнсу призначають парентеральний цефалоспориновий антибіотик III покоління. Якщо етіопатогенами пневмонії є атипові збудники, то до β-лактаму слід додати макролід, або ж замість такої комбінованої терапії призначити монотерапію фторхінолоном III – IV покоління. Така пероральна антибактеріальна терапія показана хворим другої групи, які госпіталізовані за соціальними обставинами. У випадку госпіталізації за медичними показаннями (тяжчий перебіг пневмонії) лікування треба розпочати із парентерального введення антибіотиків. Через 3–4 дні при досягненні позитивного клінічного ефекту, можна перейти на пероральний прийом антибіотика до завершення повного курсу антибактеріальної терапії.

Госпіталізованим у терапевтичне відділення хворим третьої групи потрібно проводити комбіновану антибіотикотерапію із використанням захищеного амінопеніциліну (амоксицилін/клавуланова кислота, ампіцилін/сульбактам) парентерально, або цефалоспорину II–III покоління (цефуроксиму аксетил, цефотаксим, цефтриаксон) у поєднанні з макролідом. За відсутності порушень всмоктування у травному тракті макролід приймають перорально. За неможливості прийому хворим препарату вибору слід призначити фторхінолон III–IV покоління (монотерапія). Якщо причиною пневмонії є грамнегативні ентеробактерії, що продукують β-лактамази розширеного спектра дії, то на другому етапі антибіотикотерапію слід продовжити фторхінолоном III–IV покоління або ж карбапенемом. Оцінюють ефективність антибактеріальної терапії на основі даних повторного огляду хворих через 48 год від початку лікування. Основними критеріями ефективності у ці терміни є зменшення вираженості інтоксикації та зниження температури тіла хворого, відсутність ознак дихальної недостатності. При відсутності на початку лікування у пацієнта цих проявів захворювання потрібно орієнтуватись на його загальний стан та показники загального аналізу крові – кількість лейкоцитів, ШОЕ [2].

Аналіз медичної документації госпіталізованих пацієнтів показав, що лише у 49 випадках (29,7 %) в історіях хвороби була інформація про амбулаторний прийом антибіотиків перед прийняттям у терапевтичне відділення. Згідно із нею, антибіотики амбулаторно приймали 22 пацієнти (19,6 %) третьої групи, причому всі у режимі самолікування. У 6 випадках це був ампіокс, у 4 – ампіцилін, у 2 – сумамед, у решти випадків – інформація в історіях хвороби обмежувалась лише згадкою про прийом антибіотика. Із 53 хворих другої групи 12 осіб (22,6 %) отримували амбулаторну антибіотикотерапію за призначенням дільничного терапевта (7 – амоксиклав, 5 – сумамед), а 15 осіб (28,3 %) – як самолікування (антибіотики різних груп). У всіх випадках амбулаторна антибіотикотерапія була неефективною, через що хворі були госпіталізовані у терапевтичне відділення міської лікарні, а схеми антибактеріальної терапії – змінені.

Аналіз листків призначень хворих на негоспітальну пневмонію показав, що 134 (81,2 %) пацієнти отримували комбінацію двох антибіотиків, причому в 86 випадках (64,2 %) один препарат приймали перорально, інший – парентерально; у 48 випадках (35,8 %) обидва антибіотики вводили парентерально. Цю групу складали всі 112 хворих третьої клінічної групи і 22 пацієнти другої. У 31 хворого другої клінічної групи проводили терапію одним антибіотиком, який вводили парентерально.

Результати аналізу частоти використання різних груп антибіотиків у лікуванні хворих на негоспітальну пневмонію представлено у таблиці 1.

Представлені у таблиці 1 дані свідчать про те, що для стартової антибіотикотерапії негоспітальної пневмонії хворим обох клінічних груп найчастіше призначали захищені пеніциліни, дальше у порядку зменшення частоти застосування були фторхінолони, макроліди, цефалоспорини та аміноглікозиди. У двох випадках пацієнтам призначали препарати групи пеніцилінів. Звертає на себе увагу висока частота застосування фторхінолонів, хоча ці препарати повинні застосовуватись в якості альтернативної терапії. Так, аналіз листків призначень показав, що 39 хворим (23,6 %) було призначено аугментин з левофлоксацином, 11 пацієнтам (6,7 %) – сульбактомакс із левофлоксацином. Такі комбінації є нераціональними і не відповідають існуючим рекомендаціям щодо лікування негоспітальної пневмонії. Рідше призначали аугментин з меропенемом – 32 хворих (19,4 %), сумамед з цефтриаксоном – 20 пацієнтам (14,8 %). У загальному структура антибіотикотерапії відповідала

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

Таблиця 1. Частота використання різних груп антибіотиків для антибіотикотерапії хворих на негоспітальну пневмонію

№ з/п	Група антибіотиків	Кількість випадків призначення препарату					
		друга клінічна група (53 хворих)		третя клінічна група (112 хворих)		разом (165 хворих)	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
1.	Пеніциліни	2	2,6	–	–	2	0,7
2.	Захищені пеніциліни	21	28,0	64	28,6	85	28,4
3.	Макроліди	15	20,0	46	20,5	61	20,4
4.	Цефалоспорини	12	16,0	45	20,1	57	19,1
5.	Фторхінолони	17	22,7	59	26,3	76	25,4
6.	Аміноглікозиди	8	10,7	10	4,5	18	6,0
	Всього	75	100,0	224	100	299	100

чинному протоколові надання медичної допомоги хворим на негоспітальну та нозокоміальну (госпітальну) пневмонію у дорослих осіб, затвердженому наказом МОЗ України від 19 березня 2007 р. № 128 у 64 обстежених (47,4 %).

Вивчення динаміки медикаментозного лікування хворих на негоспітальну пневмонію обох груп показало, що призначені антибіотики не змінювали за час лікування у 89 (53,9 %) пацієнтів, у 33 (20,0 %) хворих вони були повністю змінені (в середньому на 3 – 5 добу перебування у стаціонарі), у решти 43 (26,1 %) обстежених схема лікування протягом 3 – 6 перших діб лікування змінювалась частково (зміна одного препарату з наявних двох). Це вказує на запізнілий контроль ефективності антибіотиків з боку лікарів, тому що дієвість антибіотикотерапіїї повинна оцінюватись через 48–72 год від початку приймання препаратів. Аналіз історій хвороби встановив, що тривалість курсу лікування антибіотиками пацієнтів першої групи складала в середньому (7,6±1,0) дня, у хворих другої групи цей показник дорівнював (8,5±1,2) дня. Така тривалість курсу відповідає рекомендаціям протоколу надання медичної допомоги хворим на пневмонію. У всіх 165 випадках лікування хворих було успішним і закінчилось їх одуженням.

ВИСНОВКИ Проведений аналіз лікування позалікарняної пневмонії нетяжкого перебігу в умовах терапевтичного відділення міської лікарні показав, що антибіотикотерапію хворим призначали вчасно, а тривалість її курсу була достатньою. До відхилень від існуючих рекомендацій протоколу лікування негоспітальної пневмонії слід віднести випадки застосування нераціональних комбінацій антибіотиків та дещо запізнілий контроль дієвості антибіотикотерапії.

Перспективи подальших досліджень Перспективним виглядає наступне вивчення клінічної ефективності та грошової вартості різних груп антибіотиків, які застосовують для лікування хворих на негоспітальну пневмонію.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Дзюблик О. Я. Місце амоксициліну/клавуланату в ступінчастій терапії хворих на негоспітальну пневмонію, які потребують госпіталізації до терапевтичного відділення / О. Я. Дзюблик, О. О. Мухін // Здоров'я України. – 2009. – № 4. – С. 43.

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

3. Порівняльні дані про розповсюдженість хвороб органів дихання і медичну допомогу хворим на хвороби пульмонологічного профілю в Україні за 2008 – 2010 рр. [Електронний ресурс] : / М. І. Линник, О. П. Недоспасова, Л. Ф.Антоненко та ін.; ред. Ю. І. Фещенко. – К. : 2011. – С. 6. – Режим доступу : http://http://www.ifp.kiev.ua/doc/staff/staff_ukr.htm.

4. Справочник по пульмонологии / под редакцией А. Г. Чучалина, М. М. Ильковича. – СПб. : ГЭОТАР-Медиа, 2009 – 932 с.

5. Фещенко Ю. І. Хвороби респіраторної системи / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник, І. Г. Ільницький. – Київ – Львів, 2008. – 495 с.

Отримано 05.12.11

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com