

extrafine aerosol. *Ann. Allergy Asthma Immunol.* 2001; 86 (5): 557—565.

3. **Suissa S., Ernst P., Benayoun S.** et al. Low-dose inhaled corticosteroids and the prevention of death from asthma. *N. Engl. J. Med.* 2000; 343 (5): 332—336.
4. **Pauwels R. A., Löfdahl C. G., Postma D. S.** et al. Effect of inhaled formoterol and budesonide on exacerbations of asthma. *Formoterol and Corticosteroids Establishing Therapy (FACET) International Study Group.* *N. Engl. J. Med.* 1997; 337 (20): 1405—1411.
5. **Fardon T. C., Burns P., Barnes M. L.** et al. A comparison of 2 extrafine hydrofluoroalkane-134a-beclomethasone formulations on methacholine hyperresponsiveness. *Ann. Allergy Asthma Immunol.* 2006; 96 (3): 422—430.
6. **Lazarus S. C., Boushey H. A., Fahy J. V.** et al. Long-acting β_2 -agonist monotherapy vs continued therapy with inhaled corticosteroids in patients with persistent asthma: a randomized controlled trial. *J. A. M. A.* 2001; 285(20): 2583—2593.
7. **Bateman E. D., Bousquet J., Busse W. W.** et al. Can guideline-defined asthma control be achieved? The Gaining Optimal Asthma Control Study. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2004; 170 (8): 836—844.
8. **Lalloo U. G., Malolepszy J., Kozma D.** et al. Budesonide and formoterol in a single inhaler improves asthma control compared with increasing the dose of corticosteroid in adults with mild-to-moderate asthma. *Chest* 2003; 123 (5): 1480—1487.

9. **Kips J. C., O'Connor B. J., Inman M. D.** et al. A long-term study of the antiinflammatory effect of low-dose budesonide plus formoterol versus high-dose budesonide in asthma. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2000; 161: 996—1001.
10. **Godard P., Greillier P., Pigearias B.** et al. Maintaining asthma control in persistent asthma: Comparison of three strategies in a 6-month double-blind randomised study. *Respir. Med.* 2008; 102: 1124—1131.
11. **Tampo Y.** Studies on membrane factors in iron supported lipid peroxidation. *Yakugaki Zasshi* 2000; 120: 387—396.
12. **Bergamini C. M., Hunte C.** Lipids in membrane protein structures. *Biochim. Biophys. Acta* 2004; 1666: 2—18.
13. **Ипагова О. М.** Фосфолипиды: механизм действия и применение в клинике. М.; 2005.
14. **Владимиров Ю. А., Арчаков А. И.** Перекисное окисление липидов в биологических мембранах. М.; 1972.
15. **Лисица А. В., Соодаева С. К., Климанов И. А., Чучалин А. Г.** Динамика показателей окислительного стресса у больных, переносящих обострение бронхиальной астмы, на фоне ингаляционной терапии липосомальными препаратами. *Пульмонология* 2010; 1: 74—80.
16. **Miller M. R., Hankinson J., Brusasco V.** et al. Standardisation of spirometry. *Eur. Respir. J.* 2005; 26: 319—338.

Поступила 23.01.12

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012
УДК 615.281.03:616.24-002

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ В СТАЦИОНАРЕ: РЕАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

А. И. Синопальников, А. В. Астафьев, Е. А. Стырт

ГБОУ ДПО Российская медицинская академия последипломного образования, Москва

Цель проведенного исследования состояла в анализе практики назначения системных антимикробных препаратов больным внебольничной пневмонией (ВП) в пульмонологическом отделении многопрофильного стационара и оценке ее соответствия национальным рекомендациям. Нами был проведен ретроспективный анализ 110 историй болезней и листов врачебных назначений больных ВП, госпитализированных в пульмонологическое отделение многопрофильного стационара в 2011 г. (медиана возраста — 58,5 года; мужчины — 58%). Тяжелое течение ВП имело место в 9% случаев. Антибактериальная терапия на амбулаторном этапе проводилась у 1/3 больных. В качестве стартовой антибактериальной терапии в стационаре чаще всего использовали цефазолин (32,7%), ампициллин (21,8%) и цефотаксим (14,5%). Среди комбинаций преобладали цефазолин с ципрофлоксацином (7,3%), ампициллин с ципрофлоксацином (4,5%) и цефотаксим с ципрофлоксацином (2,7%). Стартовая антибактериальная терапия соответствовала национальным рекомендациям в 58,2% случаев, замена антибиотика ввиду неэффективности первоначально назначенной терапии потребовалась в 55,4% случаев. Медиана длительности антибактериальной терапии составила 17 дней, а частота использования ступенчатой антибактериальной терапии — 2,7%.

Ключевые слова: внебольничная пневмония у взрослых, антибактериальная терапия, лечение в стационаре, анализ реальной клинической практики

ANTIBACTERIAL THERAPY OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN A HOSPITAL: REAL CLINICAL PRACTICE

A.I. Sinopal'nikov, A.V. Astafiev, E.A. Styr

Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Moscow

The aim of the study was to analyse results of antibiotic treatment of community-acquired pneumonia in the pulmonological department of a multidisciplinary hospital and to estimate its conformity with the national guidelines. We undertook retrospective analysis of 110 case histories and prescriptions to patients with pneumonia (age median 58.5 yr, men 58%). Severe community-acquired occurred in 9% of the cases. Antibacterial therapy at the pre-hospitalization stage was given to 1/3 patients. After hospitalization, the starting therapy most frequently included cefazoline (32.7%), ampicillin (21.8%) or cefotaxim (14.5%). Combinations of cefazoline + ciprofloxacin was used in 7.3%, ampicillin + ciprofloxacin in 4.5%, cefotaxim + ciprofloxacin in 2.7% of the cases. Correction of first-line therapy was needed in 55.4% of the cases because of its inefficiency. Median of duration of antibiotic therapy was 17 days, 2.7% of the cases were switched from intravenous to oral treatment.

Key words: community-acquired pneumonia in adults, antibiotic therapy, inpatient treatment, analysis of real clinical practice

Согласно официальной статистике, в 2008 г. в России среди лиц в возрасте 18 лет и старше было зарегистрировано 424 457 случаев внебольничной пневмонии

(ВП) — 3,7%, а в 2009 г. заболеваемость составила 3,9% [1]. Имеются, однако, все основания считать, что эти цифры не отражают истинной распространенности ВП в

Таблица 1. Характеристика ВП у больных, госпитализированных в отделение пульмонологии (n = 110)

Признак	Количество больных	
	абс.	%
Тяжелая ВП	10	9
Осложненная ВП:	52	47
фибринозный плеврит	26	24
экссудативный плеврит	17	15
кровохарканье	5	4
сепсис	1	1
деструкция легочной ткани	3	3
АБТ на амбулаторном этапе	30	27

России, которая, согласно расчетам достигает 14—15%, а общее число больных ежегодно превышает 1,5 млн человек [2]. В 2006 г. в нашей стране среди лиц в возрасте 18 лет и старше от пневмонии умерли 38 970, что составило 27,3 на 100 тыс. населения, причем наиболее высокая смертность при ВП традиционно регистрируется среди мужчин трудоспособного возраста [3]. Об остроте проблемы свидетельствует и тот факт, что согласно данным экспертов Всемирной организации здравоохранения, смертность при ВП на протяжении последних десятилетий уступает таковой только при сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваниях [4].

С учетом огромного медико-социального значения проблемы ВП закономерно возникает вопрос, чем определяется качество оказания медицинской помощи при данном заболевании. Не будет преувеличением сказать, что оно, в первую очередь, определяется антибактериальной терапией (АБТ), своевременно начатой и адекватной, что закономерно сопровождается улучшением исходов ВП, уменьшением времени пребывания больного в стационаре и затрат на лечение.

Общепризнано, что для определения направлений оптимизации оказания медицинской помощи больным необходим анализ реальной клинической практики [5]. Для оценки качества медицинской помощи в последние годы стали активно использовать различные индикаторы [6, 7]. Наиболее изученными из них при лечении ВП являются адекватный выбор стартовой АБТ; использование ступенчатой АБТ; соответствие стартового режима АБТ национальным рекомендациям или региональным стандартам и др. [6, 8].

Одним из основных и наиболее авторитетных источников информации для врачей по вопросам диагностики и лечения широко распространенных заболеваний являются клинические рекомендации, подготовленные ведущими медицинскими экспертами на основе современных доказательных данных [9]. Внедрение в практику современных рекомендаций способствует уменьшению сроков лечения, затрат и снижению летальности [10], но для достижения этих целей необходим контроль качества оказания медицинской помощи и приверженности врачей современным рекомендациям [11—14].

Для улучшения исходов и оптимизации затрат при ведении больных ВП в последние годы используются международные и национальные рекомендации, которые помогают врачу выбрать наиболее рациональную стратегию ведения пациента в конкретной клинической ситуации. В то же время разработка рекомендаций еще не гарантирует их безусловного внедрения в клиническую практику, одним из инструментов оценки которого является проведение фармакоэпидемиологических исследований [15].

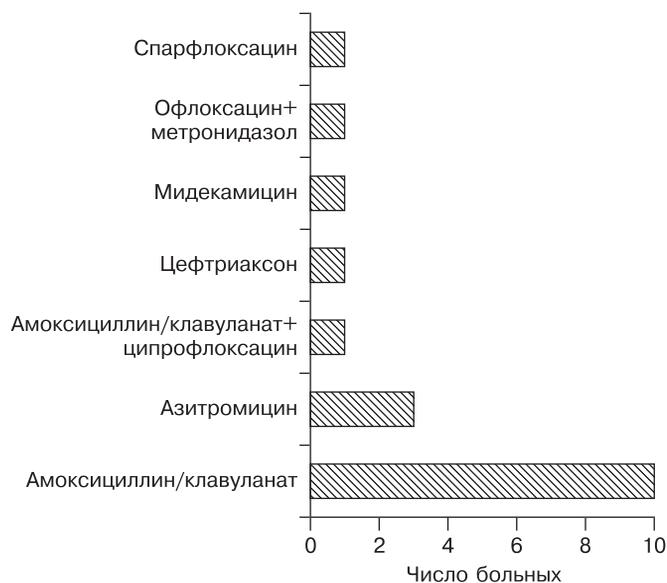


Рис. 1. Спектр АМП, применявшихся на амбулаторном этапе у больных ВП.

Вероятно, первым масштабным исследованием такого рода в нашей стране явилось фармакоэпидемиологическое исследование по изучению реальной практики лечения больных ВП в амбулаторных условиях, проведенное в 1998 г. сотрудниками НИИ антимикробной химиотерапии (Смоленск) [16]. Результаты проведенного исследования свидетельствовали о серьезном неблагополучии при лечении пациентов с ВП вне стационара и прежде всего о необоснованном выборе антимикробных препаратов (АМП): более половины всех больных получали антибиотики с минимальной активностью в отношении актуальных возбудителей заболевания или низкой биодоступностью при приеме внутрь — гентамицин, цiproфлоксацин, ампициллин. Это обстоятельство объясняло и значительную частоту (24,7% случаев) клинических неудач амбулаторного лечения.

Позднее, в 2005—2006 гг., была изучена практика АБТ госпитализированных пациентов с ВП [15]. Авторами настоящего исследования были сделаны неутешительные выводы о широкой распространенности неадекватной стратегии стартовой АБТ при тяжелой ВП, применении нерациональных комбинаций АМП, низкой приверженности ступенчатой АБТ.

В 2010 г. были опубликованы новые согласительные рекомендации Российского респираторного общества (РРО) и Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии (МАК-МАХ) по диагностике, лечению и профилактике ВП у взрослых [3]. В этой связи нами было проведено пилотное исследование реальной клинической практики лечения пациентов с ВП в пульмонологическом отделении крупного многопрофильного стационара для оценки ее соответствия национальным рекомендациям.

Материал и методы

В ретроспективном когортном исследовании объектом для изучения являлись истории болезни и листы врачебных назначений пациентов, госпитализированных в пульмонологическое отделение многопрофильного стационара с диагнозом «Внебольничная пневмония» в период с марта по декабрь 2011 г. Критерии включения: возраст больного 16 лет и старше; наличие клинических и рентгенологических признаков ВП. Критерий исключения: наличие других заболеваний, требовавших АБТ на момент госпитализации.

Таблица 2. АБТ больных ВП в амбулаторных условиях в соответствии с рекомендациями РРО/МАКМАХ (2010) [3]

Группа	Препараты выбора
Нетяжелая ВП у пациентов без сопутствующих заболеваний, не принимавших за последние 3 мес АМП в течение 2 дней и более	Амоксициллин внутрь или Макролид внутрь
Нетяжелая ВП у пациентов с сопутствующими заболеваниями и/или принимавших за последние 3 мес АМП в течение 2 дней и более	Амоксициллин/клавуланат, амоксициллин/сульбактам внутри ± макролид внутри или Респираторный фторхинолон (левофлоксацин, моксифлоксацин, гемифлоксацин) внутрь

В ходе исследования оценивали первоначальный выбор АМП в стационаре, соответствие выбора стартовой АБТ национальным рекомендациям по лечению ВП, способы введения АМП, длительность лечения, частоту коррекции АБТ, использование ступенчатой АБТ.

Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета прикладных программ Statistica for Windows (версия 6.0). Описательная статистика выполнялась для всех анализируемых показателей в зависимости от типа переменной (качественный, количественный признаки). Проверка количественных признаков на соответствие нормальному распределению осуществлялась с использованием критерия Шапиро—Уилка.

Количественные признаки, соответствующие нормальному распределению, описывали в виде среднего значения (\bar{M}), стандартного отклонения (SD); признаки, отличающиеся от нормального распределения, — в виде медианы (Me), 25% и 75% квартилей (Q_{25} ; Q_{75}); качественные признаки — в виде долей (в процентах) и абсолютных чисел.

Результаты и обсуждение

Нами было проанализировано 110 историй болезни и листов врачебных назначений. Медиана возраста включенных в исследование пациентов составила 58,5 года; среди них преобладали мужчины (58%). Тяжелое течение ВП имело место в 9% (10) случаев (табл. 1); в

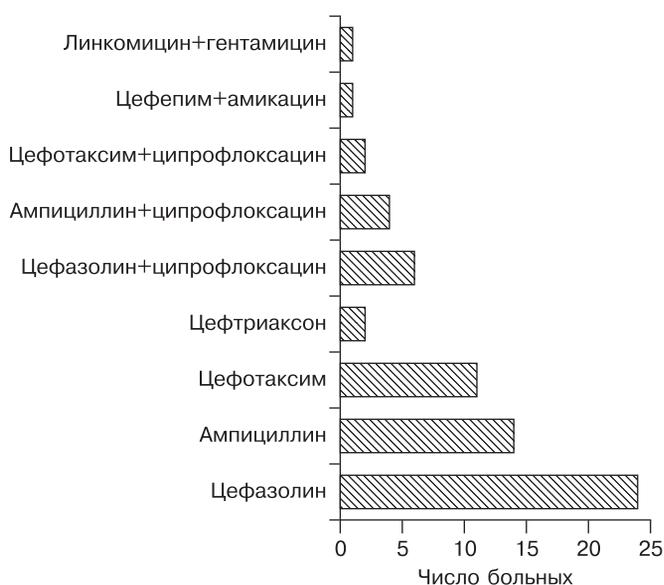


Рис. 2. Стартовая АБТ ВП в стационаре, назначенная дежурным врачом.

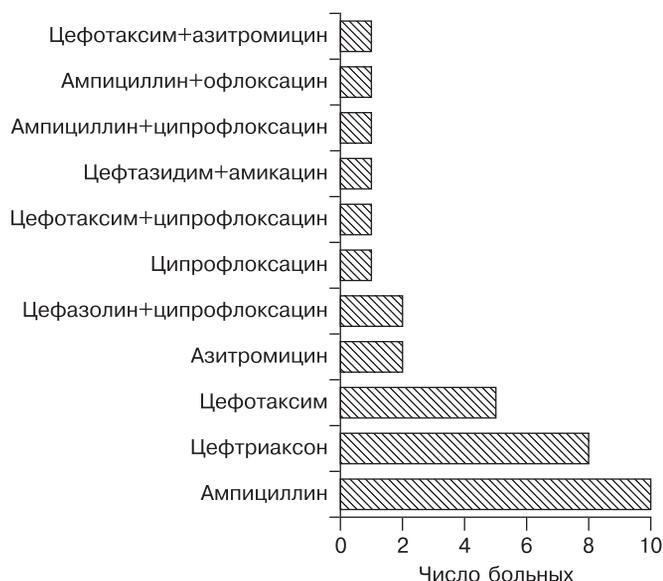


Рис. 3. Стартовая АБТ ВП в стационаре, назначенная лечащим врачом.

19% (21) случаев пневмония расценена как «вторичная» (?) на фоне хронической сердечной недостаточности, бронхоэктазии; осложненное течение ВП зарегистрировано у 47% (52) больных.

На амбулаторном этапе около 27% (30) больных получали АМП. Длительность АБТ до госпитализации составила в среднем $5,6 \pm 2,3$ дня. На рис. 1 отражена частота назначения различных групп АМП на амбулаторном этапе. Чаще всего — в 33% (10) случаев использовали амоксициллин/клавуланат. Значительно реже назначали азитромицин, цефтриаксон, офлоксацин, мидекамицин и др. У 40% (12) больных имелось упоминание о предшествующей АБТ, но не был указан АМП.

Адекватность антибактериальной терапии на амбулаторном этапе оценивали в соответствии с национальными рекомендациями по ведению больных ВП (табл. 2).

Сопоставление соответствующего раздела национальных рекомендаций по ведению больных ВП с реальной практикой АБТ на догоспитальном этапе свиде-

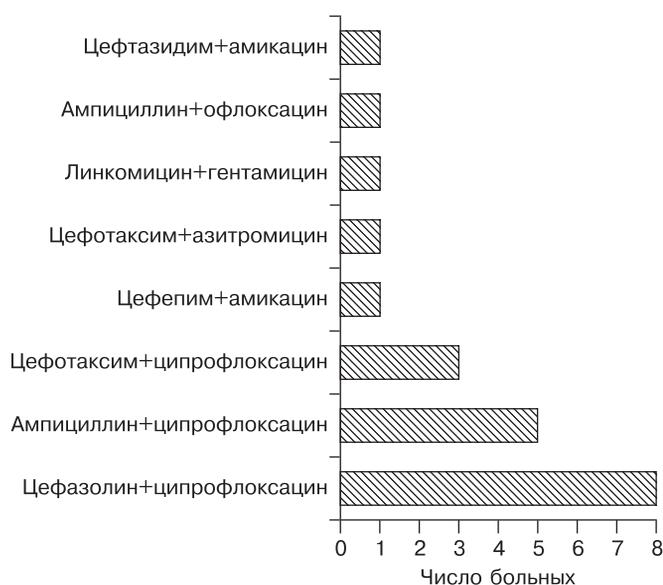


Рис. 4. Комбинированная АБТ больных ВП в стационаре.

Таблица 3. АБТ больных ВП в условиях стационара в соответствии с рекомендациями РРО/МАКМАХ (2010) [3]

Группа	Препараты выбора
Нетяжелая ВП	Бензилпенициллин внутривенно, внутримышечно ± макролид внутрь Ампициллин внутривенно, внутримышечно ± макролид внутрь Амоксициллин/клавуланат внутривенно ± макролид внутрь Амоксициллин/сульбактам внутривенно, внутримышечно ± макролид внутрь Цефотаксим внутривенно, внутримышечно ± макролид внутрь Цефтриаксон внутривенно, внутримышечно ± макролид внутрь Эртапенем внутривенно, внутримышечно ± макролид внутрь
	или Респираторный фторхинолон (левофлоксацин, моксифлоксацин) внутривенно
Тяжелая ВП	Амоксициллин/клавуланат внутривенно + макролид внутривенно Цефотаксим внутривенно + макролид внутривенно Цефтриаксон внутривенно + макролид внутривенно Эртапенем внутривенно + макролид внутривенно
	или Респираторный фторхинолон (левофлоксацин, моксифлоксацин) внутривенно + цефотаксим, цефтриаксон внутривенно

тельствует о том, что последняя примерно в половине случаев оказывалась адекватной.

При анализе листов назначений, которые оформлялись как дежурными врачами, так и штатными пульмонологами отделения, обнаружилась, к сожалению, характерная для отечественного здравоохранения проблема, а именно необоснованное «пристрастие» к назначению цефазолина, назначавшегося в 32,7% случаев; реже в листах назначений указывались ампициллин (21,8%), цефотаксим (14,5%), цефтриаксон (9,1%), азитромицин (1,8%; рис. 2 и 3).

Не менее интересным представляется анализ вариантов комбинированной АБТ больных ВП на госпитальном этапе оказания медицинской помощи (рис. 4).

Таблица 4. Наиболее распространенные ошибки по выбору АМП при лечении больных ВП [3]

ВП	Назначение	Комментарий
Нетяжелая	Гентамицин	Отсутствие активности в отношении <i>Streptococcus pneumoniae</i> и атипичных возбудителей (<i>Mycoplasma pneumoniae</i> , <i>Chlamydia pneumoniae</i> , <i>Legionella pneumophila</i>)
	Ампициллин внутрь	Низкая биодоступность препарата (40%) по сравнению с амоксициллином (75—93%)
	Цефазолин	Низкая антипневмококковая активность, отсутствие клинически значимой активности в отношении <i>Haemophilus influenzae</i>
	Ципрофлоксацин, офлоксацин	Низкая активность в отношении <i>S. pneumoniae</i> и <i>M. pneumoniae</i>
	Доксициклин, ко-тримоксазол	Высокая резистентность <i>S. pneumoniae</i> в России
Тяжелая	β-лактамы (в том числе цефотаксим, цефтриаксон) в качестве монотерапии	Не перекрывают спектр потенциальных возбудителей, в частности <i>L. pneumophila</i>
	Карбапенемы (имипенем, меропенем)	Применение в качестве стартовой терапии экономически не оправдано; препараты могут использоваться только при аспирации и подозрении на инфекцию <i>Pseudomonas aeruginosa</i> (кроме эртапенема)
	Антисинегнойные цефалоспорины III поколения (цефтазидим, цефоперазон)	Уступают по активности в отношении <i>S. pneumoniae</i> цефотаксиму и цефтриаксону; использование оправдано только при подозрении на инфекцию <i>P. aeruginosa</i>
	Ампициллин	Не перекрывает спектр потенциальных возбудителей тяжелой ВП, в частности <i>Staphylococcus aureus</i> и большинства энтеробактерий

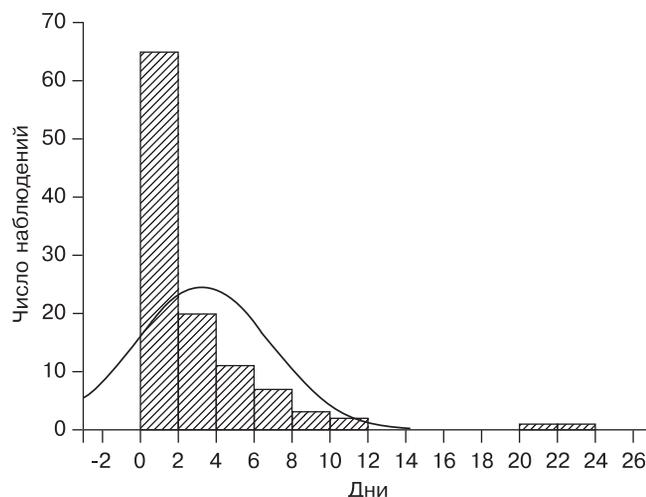


Рис. 5. Длительность лихорадки у больных ВП в стационаре.

Среди наиболее востребованных комбинаций АМП преобладали следующие: цефазолин с ципрофлоксацином — 7,3% (8/110), ампициллин с ципрофлоксацином — 4,5% (5/110), цефотаксим с ципрофлоксацином — 2,7% (3/110). Лишь в одном случае назначенная комбинация АМП (цефотаксим + азитромицин) соответствовала рекомендациям РРО/МАКМАХ (2010; табл. 3).

Таким образом, стартовая АБТ в условиях стационара у 46 (41,8%) больных не соответствовала национальным рекомендациям по лечению ВП. В большинстве случаев в этой ситуации назначали цефазолин внутримышечно, в том числе в комбинации с ципрофлоксацином.

Приведенные выше данные являются наглядной иллюстрацией тех ошибок при выборе эмпирической АБТ больных ВП, о которых постоянно упоминается на страницах предыдущих и настоящей редакций национальных рекомендаций (табл. 4).

Приверженность врачей в нашем исследовании указанной выше АМП можно объяснить их привлекательностью для администрации лечебно-профилактических учреждений вследствие низкой закупочной стоимости, ко-

Таблица 5. Структура стартовой АБТ больных ВП в стационаре

Длительность АБТ, дни [Me, (Q ₂₅ ; Q ₇₅)]	Способ введения, n (%)					Структура стартовой АБТ, n (%)	
	внутри	внутримышечно	внутривенно	внутри + внутримышечно	внутри + внутривенно	Монотерапия	Комбинированная терапия
16 (11; 20)	2 (1,8)	53 (48,2)	35 (31,8)	12 (10,9)	8 (7,3)	89 (80,9)	21 (19,1)

торая в условиях ограниченного финансирования нередко становится определяющим фактором. В то же время не следует забывать и о сформировавшихся стереотипных подходах врачей, о чем сообщают и другие авторы [15].

Способы введения АМП больным ВП представлены в табл. 5. Антибиотики чаще всего вводились внутримышечно и внутривенно; при этом предпочтение отдавали монотерапии. Здесь следует напомнить о нецелесообразности внутримышечного введения антибиотиков (особенно при тяжелой ВП) ввиду возможного снижения скорости и степени абсорбции антибиотика в системный кровоток.

Неадекватный выбор АМП у значительной части включенных в исследование больных ВП закономерно сопровождался высокой частотой так называемой ранней клинической неэффективности лечения (отсутствием эффекта или усугублением симптомов заболевания в первые 48—72 ч). А это в свою очередь диктовало необходимость частой модификации АБТ. Остро стоял вопрос частой коррекции АМП в процессе лечения.

Так, у 43 (39,1%) больных ВП коррекция АБТ проводилась однократно, у 14 (12,7%) — двукратно, у 4 (3,6%) — троекратно; у 49 (44,6%) коррекции АБТ не потребовалось. В большинстве случаев неоднократная коррекция лечения проводилась после стартовой АБТ цефазолином и ампициллином (в 17,3 и 13,6% случаев соответственно). Таким образом, в 55,4% случаев АБТ была расценена как неэффективная и требующая коррекции.

Не менее остро наряду с выбором АМП и способом его введения стоит и вопрос разумной продолжительности АБТ больных ВП. К сожалению, однозначного ответа на вопрос, как долго следует лечить ВП, в настоящее время не существует. Ключевыми критериями отмены АМП при нетяжелой ВП (в том числе и у госпитализированных больных) являются стойкая нормализация температуры тела на протяжении 48—72 ч при положительной динамике других симптомов и отсутствии признаков клинической нестабильности [3]. Адекватным «ответом» больного на проводимую АБТ являются: температура тела ниже 37,5°C, отсутствие интоксикации, отсутствие дыхательной недостаточности (частота дыхания менее 20 в минуту); отсутствие гнойной мокроты, количество лейкоцитов в крови менее 10 · 10⁹/л, нейтрофилов менее 80%, юных форм — менее 6%, отсутствие отрицательной динамики на рентгенограмме. При таком подходе длительность лечения обычно не превышает 7 дней.

В нашем исследовании у большинства больных признаки клинической нестабильности, в том числе и лихорадка, исчезали к исходу второго дня лечения в стационаре (Me 2 дня, интерквартильный интервал 1—4 дня; рис. 5).

Причинами для продолжения АБТ в нашем исследовании, по мнению лечащих врачей, являлись интермит-

тирующий субфебрилитет на уровне 37,1—37,3°C, остаточные изменения на рентгенограмме, сохраняющиеся стетоакустические локальные изменения в легких. Все это часто приводило к неоправданно длительной АБТ (Me 17 дней). Так, если у пациентов с длительностью лихорадки, не превышавшей 1—5 дней, медиана продолжительности АБТ составила 15 дней, то при более длительном лихорадочном периоде (6—10 дней и 11—23 дня) она достигала 24 и 38 дней соответственно (рис. 6).

Примечательно, что даже после устойчивого снижения температуры тела менее 37,5°C АМП назначали больным в среднем еще в течение 10—14 дней (табл. 6).

Ступенчатая АБТ¹ в течение многих лет считается общепризнанным стандартом лечения госпитализированных больных ВП, поскольку без ущерба конечной эффективности позволяет сократить длительность пребывания больного в стационаре, уменьшить число постинъекционных осложнений и расходы на лечение [15]. Ступенчатая АБТ предполагает двухэтапное применение АМП: начало лечения с парентеральных препаратов с последующим переходом на их пероральный прием сразу после стабилизации клинического состояния больного. Оптимальным вариантом ступенчатой терапии является последовательное использование двух лекарственных форм (для парентерального введения и приема внутрь) одного и того же антибиотика, что обеспечивает преемственность лечения (например, амоксициллин/клавуланат, левофлоксацин, моксифлоксацин и др.). Переход с парентерального на пероральный антибиотик следует осуществлять при стабилизации состояния пациента, нормализации температуры тела и улучшении клинической картины ВП (в среднем это происходит через 2—3 дня после начала лечения): нормальная температура тела (менее 37,5°C) при двух последовательных ее измерениях с 8-часовым интервалом; уменьшение одышки; отсутствие нарушения сознания; положительная динамика других симптомов

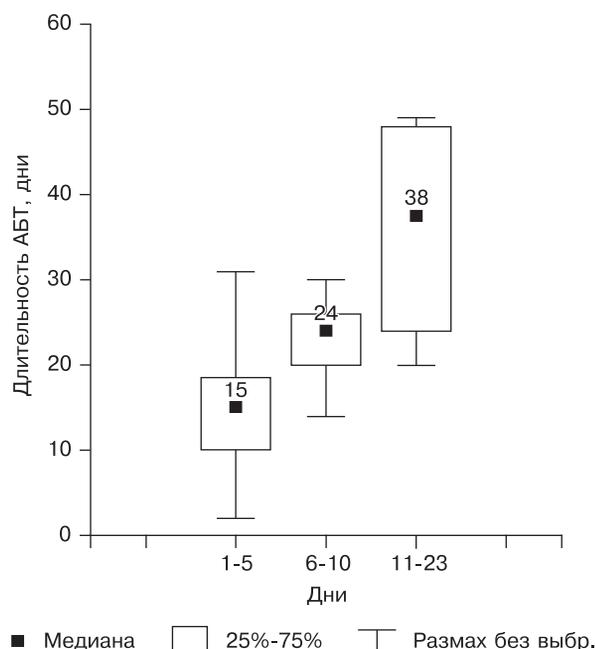


Рис. 6. Длительность АБТ госпитализированных больных ВП.

Таблица 6. Продолжительность антибактериальной терапии ВП в стационаре

Длительность нормальной температуры тела (менее 37,5°C), дни	Количество больных		Продолжительность АБТ, дни [Me (Q ₂₅ ; Q ₇₅)]
	абс.	%	
1—5	93	84,6	15 (10; 18,5)
6—10	13	11,8	24 (20; 26)
11—23	4	3,6	37,5 (24; 48)

заболевания; отсутствие нарушений всасывания в желудочно-кишечном тракте; согласие (настроенность) пациента на пероральное лечение [3].

В нашем исследовании, однако, приверженность врачей к концепции ступенчатого введения АМП составила всего 2,7%.

Заключение

Проведенный нами анализ реальной практики антибиотикотерапии госпитализированных больных внебольничной пневмонией на примере пульмонологического отделения многопрофильного стационара выявил ряд серьезных ошибок, таких как:

- низкая частота соблюдения рекомендаций РРО/МАКМАХ (2010) по лечению внебольничной терапией, широкое использование препаратов с недостаточной антимикробной активностью в отношении ключевых возбудителей заболевания (прежде всего цефазолина и ципрофлоксацина);

- применение нерациональных комбинаций антимикробных препаратов (например, цефазолина и ампициллина в сочетании с ципрофлоксацином);

- высокая частота неэффективности стартовой антибактериальной терапии в стационаре, обуславливающая необходимость последующей коррекции лечения (55,4% случаев);

- неоправданно длительное назначение антимикробных препаратов, несмотря на отсутствие признаков клинической нестабильности у большинства больных внебольничной пневмонией;

- игнорирование концепции ступенчатой антибактериальной терапии: последовательный переход с парентерального на пероральный путь введения антимикробных препаратов имел место только в 2,7% случаев (!).

Среди возможных путей решения этой проблемы наиболее действенными нам видятся следующие. Необходимо снабжение современными антимикробными препаратами, прекращение практики использования малоэффективных/неэффективных препаратов, порой кажущихся более привлекательными с фармакоэкономической точки зрения. При выборе стартовой эмпирической АБТ следует прежде всего ориентироваться на известные рекомендации Российского респираторного общества и Межрегиональной ассоциации клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии (2010) или на создаваемые на их основе региональные протоколы ведения больных внебольничной пневмонией (например, Екатеринбург, Татарстан и др.). Необходимы повсеместная популяризация и более широкое использование ступенчатой АБТ, а также активное участие клинического фармаколога в ведении больных с тяжелой внебольничной пневмонией.

Сведения об авторах:

ГБОУ ДПО Российская медицинская академия последипломного образования, Москва

Кафедра пульмонологии

Синопальников Александр Игоревич — д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой.

Стырт Елена Алексеевна — канд. мед. наук, доцент кафедры.

Астафьев Андрей Владимирович — канд. мед. наук, ассистент кафедры; e-mail: avaman@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. http://www.mednet.ru/images/stories/files/statistika/zabolevaemost_vzroslogo_naseleniya/2010/Zabolevaemost2010_chast2.pdf (дата доступа 16.06.2012).
2. Чучалин А. Г. Пульмонология. Белая книга. М., 2003.
3. Чучалин А. Г., Синопальников А. И., Козлов Р. С. и др. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. Пособие для врачей. М., 2010.
4. http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/causes_death_2008/en/index.html (дата доступа 16.06.2012).
5. Metersky M. L. Community-acquired pneumonia: process of care studies. *Curr. Opin. Infect. Dis.* 2002; 15: 169—174.
6. Rhew D. C., Goetz M. B., Shekelle P. G. Evaluating quality indicators for patients with community-acquired pneumonia. *Jt. Comm. J. Qual. Improv.* 2001; 27: 575—590.
7. Rhew D. C. Quality indicators for the management of pneumonia in vulnerable elders. *Ann. Intern. Med.* 2001; 135: 736—743.
8. Рачина С. А. Фармакоэпидемиологические, фармакоэкономические и фармакотерапевтические подходы к ведению пациентов с внебольничной пневмонией в стационаре: Дис. ... д-ра мед. наук. Смоленск, 2010.
9. Трифанова Н. М. Внебольничная пневмония: факторы риска неблагоприятного исхода и результаты внедрения территориального стандарта в Свердловской области: Дис. ... канд. мед. наук. 2009.
10. Dean N. C., Bateman K. A., Donnelly S. M. et al. Improved clinical outcomes with utilization of a community-acquired pneumonia guideline. *Chest* 2006; 130: 794—799.
11. Englert J., Davis K. M., Koch K. E. Using clinical practice analysis to improve care. *Jt. Comm. J. Qual. Improv.* 2001; 27: 291—301.
12. Infectious Diseases Society of America. Misuse of pneumonia guidelines raises concerns. *IDSA News* 2006; 15: 1—16. 97.
13. Metersky M. L. Measuring the performance of performance measurement. *Arch. Intern. Med.* 2008; 168: 347—348.
14. Metersky M. L. Should management of pneumonia be an indicator of quality of care? *Clin. Chest Med.* 2011; 32: 575—589.
15. Рачина С. А., Козлов С. Н., Шаль Е. П. и др. Анализ антибактериальной терапии госпитализированных пациентов с внебольничной пневмонией в различных регионах РФ: уроки многоцентрового фармакоэпидемиологического исследования. *Клин. микробиол. антимикроб. химиотер.* 2009; 11 (1): 66—78.
16. Козлов С. Н., Рачина С. А., Домникова Н. П. и др. Фармакоэпидемиологический анализ лечения внебольничной пневмонии в амбулаторных условиях. *Клин. микробиол. антимикроб. химиотер.* 2000; 2 (3): 74—81.

Поступила 17.08.12