

применялась комбинированная терапия, из них: цефалоспорины – 49,6%, фторхинолоны – 21,2%, аминопенициллины – 25,4%, аминогликозиды – 8,5%, макролиды – 26,3%, метронидазол-36,8%. На догоспитальном этапе АБТ в виде курсовой терапии получали 57 (52%) пациентов. Положительная клиническая динамика при эмпирической АБТ отмечалась у 69 (62,7%) пациентов; у 90,5% больных показатели крови пришли в норму, температура тела нормализовалась в среднем на 2-3 сутки лечения. Только у 6,6% (6 больных) больных сохранялась субфебрильная температура, показатели крови у 9% были выше нормы (из них 1 больной направлен к фтизиатру с подозрением на спец. процесс). При исследовании мокроты: в 57,2% высевался стрептококковый пневмококк, в 21,8% – грам-отрицательная флора, в остальных случаях – полимикробная ассоциация.

Выводы. Таким образом, применение эмпирической АБТ на стационарном этапе только на основании правильно и полно собранного анамнеза заболевания, учета эпидемиологической обстановки, клинико-лабораторных данных позволяет добиться положительной клинической динамики в среднем у 90%. Данные исследования мокроты в 68% случаев подтверждают правильность выбора АБТ.

57

ЭМПИРИЧЕСКАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

Аскарова К.М., Айнабекова Б.А.,
Омралина Е.Т., Имангазинова С.С., Браун М.А.
АО «Медицинский университет Астана»,
г. Астана, Казахстан

Проблема рациональной антибиотикотерапии пневмоний относится к числу наиболее актуальных в современной медицине. Несмотря на мощный арсенал антибактериальных средств, повсеместно отмечается рост заболеваемости пневмонией и ухудшение ее исходов. Летальность при внебольничной пневмонии (ВП) в среднем составляет 1-5%, но у пациентов высокой степени риска она может достигать 25%, что отчасти связано с ростом резистентности основных возбудителей ВП к антибактериальным препаратам.

Антибактериальная терапия должна быть начата немедленно после установления диагноза пневмонии. По данным Чучалина А.Г. в 30-50% случаев возбудителем (ВП) является пневмококк, в 8-30% – внутриклеточные микроорганизмы и лишь в 3-5% случаев – грам-отрицательная флора, а в 50% случаев возбудителя пневмонии выявить не удастся, поэтому подбор терапии проводится эмпирически. Этиотропная адекватная антибиотикотерапия часто затруднена в связи со сложностью раннего выявления возбудителя.

Антибактериальная терапия при пневмонии должна быть ранней и адекватной (последнее относится к дозе, способу применения и длительности использования), а также корректируемой в процессе лечения в зависимости от клинического эффекта и чувствительности возбудителя к лекарственному средству.

Цель исследования: Провести анализ адекватности проводимой антибактериальной терапии у больных с внебольничной пневмонией.

Материалы и методы: Нами было проанализировано 40 историй болезни больных с ВП, пролеченных в феврале 2012г., в отделении пульмонологии г. Астаны. Из них мужчин – 19 чел. в возрасте от 19-86 лет. Женщин – 21 чел. в возрасте от 20-86 лет. У 3 пациентов (7,5%) течение ВП осложнилось присоединением экссудативного плеврита. У 10 пациентов (25%) ВП протекала на фоне бронхиальной астмы и ХОБЛ.

Результаты и их обсуждение: Средством выбора для терапии внебольничной пневмонии с среднетяжелой и тяжелой формами являлись цефалоспорины в 97,5% случаев, в 20% – фторхинолоновые препараты, в 3% случаев равнозначно назначались макролиды и пенициллины. В зависимости от частоты применения цефалоспориновые антибиотики распределились следующим образом: 25% больных получали цефалоспорины I поколения, 27,5% – цефалоспорины II поколения, 67,5% – цефалоспорины III поколения. 3 больных с внебольничной пневмонией, осложненной экссудативным плевритом, получали комбинацию цефалоспоринов III поколения в сочетании с препаратами фторхинолонового ряда. У 10 больных внебольничной пневмонией с сопутствующими заболеваниями легких, таких как бронхиальная астма и хроническая обструктивная болезнь легких, препаратами выбора являлись цефалоспорины III поколения в сочетании с макролидами или фторхинолонами.

Из 17 больных с острой пневмонией, 10 больных получали комбинацию цефалоспоринов III-поколения с ципрофлоксацином. Фторхинолоны 2-поколения создают высокие концентрации в легочной ткани и имеют абсолютную биодоступность 63-77%, поэтому вызывает сомнения необходимость комбинации фторхинолонов 2-поколения и цефалоспоринов III-поколения, учитывая одинаковый спектр действия. Одновременное сочетание цефалоспоринов I, II, III поколений отмечено у 8 больных с пневмонией. Данное сочетание нецелесообразно, так как в данном случае возможно суммирование побочных эффектов цефалоспоринов. Также обращает на себя внимание частое применение цефалоспоринов III-поколения у 67,5% больных, что не является адекватным выбором.

Таким образом: У 67,5% больных ВП без сопутствующих заболеваний отмечен неадекватный выбор антибиотиков (цефалоспорины III поколения). В 20% случаев выявлено нерациональное сочетание антибактериальных препаратов.