

ОСОБЕННОСТИ ПРОТИВОМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ САЛЬПИНГООФОРИТОВ В СТАЦИОНАРАХ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Рыкалина Елена Борисовна

*студент 4 курса Саратовского Государственного медицинского университета
им. В.И. Разумовского, РФ, г. Саратов*

E-mail: contesselen@mail.ru

Луцевич Константин Александрович

канд. мед. наук, доцент СГМУ им В.И. Разумовского, РФ, г. Саратов

Дедовец Наталья Михайловна

*студент 4 курса Саратовского Государственного медицинского университета
им. В.И. Разумовского, РФ, г. Саратов*

ANTIBIOTIC THERAPY OF SALPINGOOPHORITIS IN HOSPITALS OF SARATOV REGION

Rykalina Elena

4th year student of Saratov State Medical University, Russia, Saratov

Lutsevich Konstantin

*candidate of Medical Sciences, assistant professor of Saratov State Medical
University, Russia, Saratov*

Dedovets Natalia

4th year student of Saratov State Medical University, Russia, Saratov

АННОТАЦИЯ

В работе проводится сравнение противомикробной терапии обострения хронического сальпингоофорита в стационарах Саратовской области и выявляется соответствие назначенного лечения рекомендациям Российского общества акушеров-гинекологов. Выбор схемы лечения антимикробными препаратами соответствовал рекомендациям в 30 % случаев в г. Балашове и в 19 % в г. Энгельсе. Среднесуточная доза метронидазола была недостаточной. Проводимая в стационарах Саратовской области антимикробная терапия сальпингоофорита не соответствует национальным рекомендациям Российского общества акушеров-гинекологов.

ABSTRACT

The article gives a detailed analysis of treatment of in Saratov region's hospitals and it's corresponding to the national guidelines of Obstetricians and Gynecologists. The treatment complies with recommendations in 30 % of cases in Balashov and 19 % in Engels. The mean daily dose of prescribed drugs was insufficient. The antimicrobial

therapy of salpingoophoritis in Saratov region does not meet the national guidelines of the Russian Society of Obstetricians and Gynecologists.

Ключевые слова: антибиотикотерапия; сальпингоофорит

Keywords: antibiotic therapy; adnexitis

Введение. Воспалительные процессы внутренних половых органов относятся к наиболее часто встречающейся патологии в гинекологической практике и составляют 60—65 % в структуре гинекологической заболеваемости [3, с. 13]. Они возникают более чем у 1 миллиона женщин в России ежегодно, после чего более 100 тысяч из них имеют дальнейшие проблемы репродуктивной сферы и страдают бесплодием [4, с. 484]. Сальпингоофорит занимает одно из первых мест по распространенности среди данной группы заболеваний, поэтому тему данной работы можно считать актуальной [5, с. 245].

Сальпингоофорит (аднексит) — воспаление придатков матки, возникающее восходящим либо нисходящим путем вторично с воспалительно-измененных органов брюшной полости, или гематогенно [6, с. 208].

На сегодняшний день лечение сальпингоофорита в России регламентировано национальным руководством Российского общества акушеров-гинекологов. Согласно руководству, лечение сальпингоофорита включает в себя антибактериальную терапию (с учётом вида возбудителя, чувствительности его к конкретным препаратам), инфузионную терапию, десенсибилизирующие, иммуномодулирующие средства, витамины, нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), физио- и фитотерапию [1, с. 403; 2, с. 20].

Цель данной работы — сравнить противомикробную фармакотерапию обострения хронического сальпингоофорита в стационарах Саратовской области и выяснить, соответствует ли назначенное лечение рекомендациям, предложенным Российским обществом акушеров-гинекологов.

Материалы и методы.

Было проведено ретроспективное одномоментное фармакоэпидемиологическое исследование, в ходе которого было проанализировано 200 историй болезней (учетная форма № 003/у) пациенток с обострением хронического сальпингоофорита, находившихся на лечении в стационарах г. Балашова и г. Энгельса в период с сентября по декабрь 2013 г.

Критерии включения в исследование:

1. Женщины в возрасте старше 18 лет;
2. Наличие подтвержденного диагноза при выписке — обострение хронического сальпингоофорита.

Критерии исключения:

1. Беременные женщины;
2. Женщины, чей диагноз не был подтвержден в процессе госпитализации;
3. Необходимость оперативного вмешательства.

При диагностике сальпингоофорита в стационарах Саратовской области бактериологическое исследование для определения возбудителей не проводилось.

Для систематизации собранных данных была разработана форма индивидуальной регистрационной карты, которая содержала данные о возрасте, наличии сопутствующих патологий, используемых антимикробных средствах, дозах и режимах введения препаратов.

Результаты исследования.

Анализ противомикробной терапии проводился в 2-х группах сравнения — гинекологических стационарах г. Балашова и г. Энгельса. Возрастная структура популяции представлена на рисунке 1.

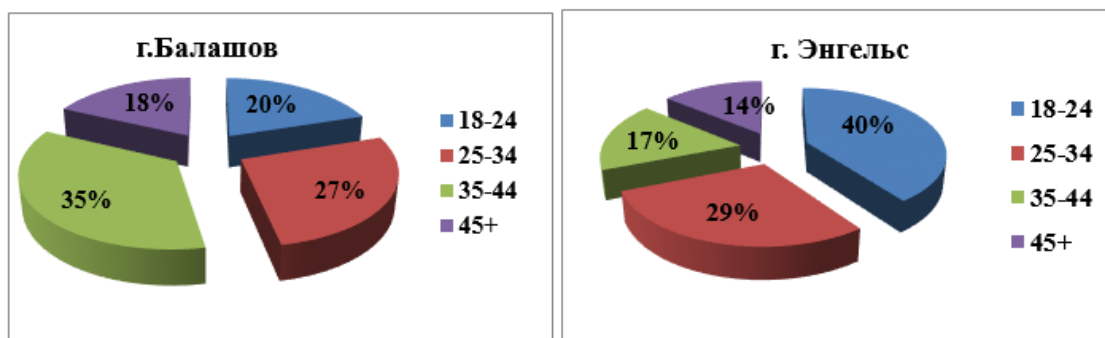


Рисунок 1. Распределение больных сальпингофоритом по возрасту в стационарах г. Балашова и г. Энгельса

В городе Энгельсе 79 % исследованных женщин имели генитальные сопутствующие заболевания, в городе Балашове такие женщины составили 67 %. Самыми часто встречаемыми заболеваниями были кольпит, эндометрит, эрозия шейки матки.

При анализе историй болезни было выявлено, что в гинекологическом стационаре г. Энгельса монотерапия не применялась. Для лечения сальпингофорита использовались только комбинации антимикробных препаратов (рис. 2).

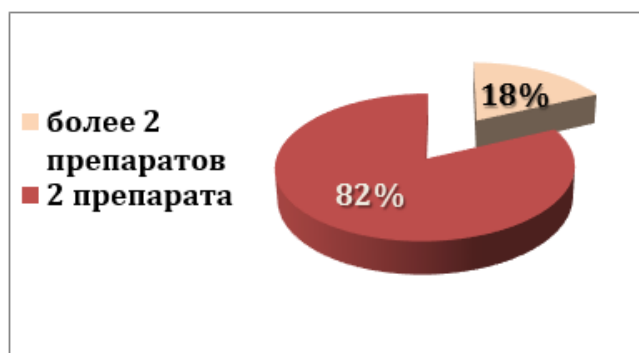


Рисунок 2. Распределение используемых комбинаций по количеству препаратов в стационаре г. Энгельса

Самыми частыми комбинациями были — аминогликозид (Гентамицин) с метронидазолом (77 %) и цефалоспорин III поколения с метронидазолом (22 %). 1 % составили комбинации карбапенемов с метронидазолом.

В стационаре г. Балашова сальпингофорит в большинстве случаев лечили комбинациями цефалоспоринов I и III поколения с метронидазолом, а также комбинациями тетрациклинов (доксциклин) с флуконазолом (рис. 3).



Рисунок 3. Доля различных комбинаций антимикробных препаратов, применяемых для лечения сальпингоофорита в гинекологическом стационаре г. Балашова

Обращает на себя внимание высокая доля монотерапии в гинекологическом стационаре города Балашова (рис. 4).

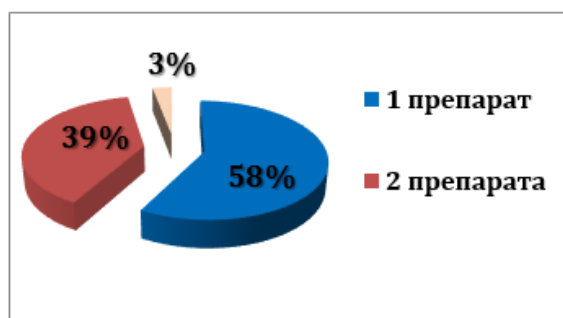


Рисунок 4. Распределение используемых комбинаций по количеству препаратов в г. Балашове

Вне комбинаций использовались цефалоспорины III поколения (80 %), тетрациклины (12 %) и препараты пенициллинового ряда (8 %).

Метронидазол в стационарах использовался в дозировке 500 мг, что соответствует требованиям. Но применялся он каждые 12 часов, и среднесуточная доза при лечении сальпингоофорита составила менее 1500 мг, что не соответствует указаниям, приведенным в национальных рекомендациях Российского общества акушеров-гинекологов.

В г. Энгельсе только 19 % от назначаемых для лечения сальпингоофорита комбинаций соответствовали рекомендациям. В г. Балашове их число достигало 30 %. Но в связи с тем, что ни в том, ни в другом стационаре суточная доза

метронидазола не соответствовала требованиям, можно сказать, что 100 % назначенной антимикробной терапии сальпингоофорита являлась некорректной.

В г. Энгельсе в 63 % случаев назначался аминогликозид II поколения — гентамицин. Он отсутствует в списке рекомендованных. В остальных 37 % случаев комбинации антимикробных препаратов соответствовали национальным рекомендациям общества акушеров-гинекологов.

В г. Балашове 62 % комбинаций (это почти одна треть от всей терапии) соответствовали требованиям рекомендаций. Остальные 48% комбинаций можно считать необоснованными, т. к. в списке рекомендованных для лечения эти препараты отсутствуют. Кроме того, в 58 % случаев использовалась монотерапия. Это опять же не соответствует требованиям рекомендаций.

Заключение. Выбор схемы лечения соответствовал рекомендациям в 30 % случаев в г. Балашове и в 19 % в г. Энгельсе. В 100 % случаях среднесуточная доза метронидазола была недостаточной и составила менее 1500 мг в сутки. Таким образом, рекомендованные комбинации антимикробных препаратов в правильных дозах не получила ни одна женщина. Это ведет к недостаточной эффективности терапии, продлению сроков пребывания больных в стационаре, появлению новых микроорганизмов, резистентных к действию антибиотиков.

Список литературы:

1. Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Радзинский В.Е., Савельева Г.М. / Национальное руководство Российского общества акушеров-гинекологов/ М. 2013 г.
2. Кузьмин В.Н. //Лечение воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин/ «Лечащий врач» № 10 2007 г.
3. Линева О.И., Шатунова Е.П., Каганова М.А. //Патологоиммунологические аспекты развития хронического сальпингоофорита и пути их коррекции/ «Российский медицинский журнал», выпуск № 18 2006 г.
4. Лопаткин Н.А./Клинические рекомендации по диагностике и лечению урогенитальных инфекций/ М. 2011.

5. Стрижаков А.Н., Подзолкова М.Н./«Гнойные воспалительные заболевания придатков матки» /М., 2002 г.
6. Paul D. Chan, MD; Susan M. Johnson, MD/Gynecology and Obstetrics, A Current Clinical Strategies medical book, 2011.