

Е.В. Григорьева, Т.В. Малгатаева

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ БУРЯТИЯ

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей (Иркутск)
Республиканский клинический госпиталь для ветеранов войн (Улан-Удэ)

Внебольничная пневмония — основная причина распространенности и смертности среди острых инфекций в Республике Бурятия. Оценка качества медицинской помощи выявила неэффективность лечения пневмонии, выражающейся в поздней обращаемости асоциальных злоупотребляющих алкоголем пациентов за медицинской помощью, неадекватной антибиотикотерапии, несоблюдении стандартов обследования пациентов с пневмонией (требуется микробиологическая идентификация каузальных агентов).

Ключевые слова: внебольничная пневмония, оценка качества медицинской помощи, антибиотикотерапия

THE ESTIMATION OF MEDICAL CARE QUALITY IN PATIENTS WITH COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN BURYAT REPUBLIC

E.V. Grigorieva, T.V. Malgataeva

Irkutsk State Institute of Physicians Postgraduate Training, Irkutsk
Republic Clinical Hospital for War Veterans, Ulan-Ude

Community-acquired pneumonia is a major cause of the prevalence and mortality among acute infectious diseases in Buryat Republic. Assessment of medical care quality revealed ineffectiveness of pneumonia treatment resulted in late medical aid appealability of asocial alcohol abuse patients; inadequacy antibiotic therapy, inobservance standard of patient examination with pneumonia (required microbiological identification of causative agent).

Key words: community-acquired pneumonia, assessment of medical care quality, antibiotic therapy

Актуальность проблемы внебольничной пневмонии (ВП) обусловлена высоким уровнем заболеваемости и частотой летальных исходов как на догоспитальном, так и на стационарном этапах. Несмотря на постоянное совершенствование методов диагностики и лечения, ВП по-прежнему остается ведущей причиной заболеваемости и смертности среди острых инфекционных болезней. Более того, в республике Бурятия (РБ) в 2008 г. отмечен существенный рост заболеваемости (рис. 1) и смертности (табл.1) от ВП, что явилось поводом для пристального внимания Правительства РБ к данной патологии.

Анализ половозрастной и социальной структуры лиц, причиной смерти которых явилась ВП,

показал преобладание мужчин (70,1 %) трудоспособного возраста, но нередко социально неадаптированных (инвалиды — 11,3 %, безработные — 44,3 %), большинство из которых вели асоциальный образ жизни, злоупотребляли алкоголем (рис.2).

Эти отягощающие социальные факторы нередко обуславливали позднее обращение за медицинской помощью: более 7 сут. — 53,8 % умерших больных (рис. 3), что приводило к частым случаям смерти на дому среди этой категории больных (58,7 % случаев).

В то же время известно, что в ряду основных причин неэффективности лечения ВП на первом месте стоит несоответствие антибиотикотерапии (АБТ) клиническим рекомендациям. Подобное

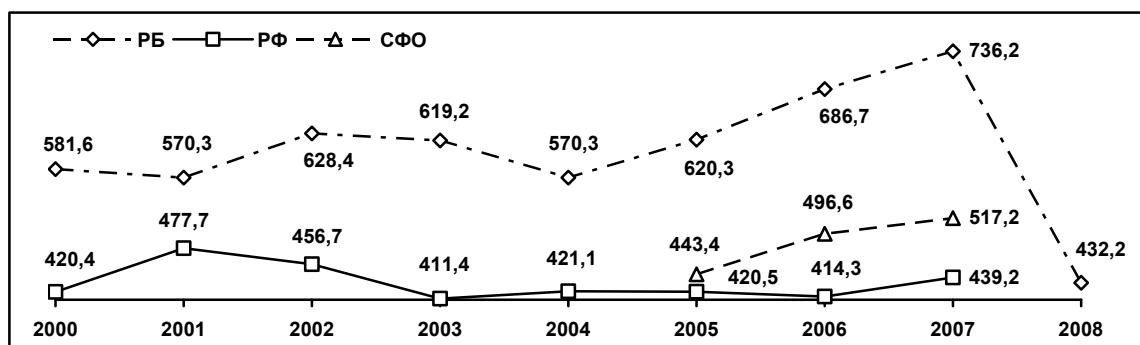


Рис. 1. Динамика заболеваемости внебольничной пневмонией (из доклада главного терапевта МЗ РБ Л.Н. Периновой, 19 февраля 2009 г.)

Таблица 1
Динамика смертности от внебольничной
пневмонии (из доклада главного терапевта МЗ РБ
Л.Н. Периновой, 19 февраля 2009 г.)

	2007 г.	2008 г.	Динамика показателя
РБ	21,7	23,9	+10,1
Районы РБ	15,3	18,6	+21,6
г. Улан-Удэ	31,6	32,2	+1,9
СФО	33,0	—	—
РФ	26,4	—	—

несоблюдение рекомендуемой тактики ведения больных и невыполнение стандартов антимикробной терапии ВП выявлено нами при экспертизе историй болезней и амбулаторных карт больных, умерших от ВП, в 11 % экспертируемых случаев. Детальный анализ неадекватности антибактериальной терапии продемонстрировал нерациональный выбор стартовых препаратов (12,2 %), недооценку неэффективной предшествующей антибиотикотерапии (4 %), немотивированную отмену противомикробных средств (2 %).

В РФ при выборе АБТ ВП наиболее частыми ошибками являются применение *гентамицина*, *цефазолина*, *ципрофлоксацина*, *ко-тримоксазола*, *ампициллина* для приема внутрь и монотерапия *доксациклином*. В РБ также зарегистрированы случаи неадекватного выбора антимикробного препарата. По результатам анонимного опроса врачей терапевтов, прошедших обучение на кафедре терапии № 2 Иркутского ГИУВа за последние 3 года, выявлено, что наиболее часто используемый антибиотик в сельской лечебной практике — ампициллин (38 % анкет), в то время как в городских условиях — столь же часто используется амосин — амоксициллин (33 %). Оптимистично, что достаточно употребимы сумамед (наиболее часто в амбулаторной практике — 26 % назначений), амоксиклав (более 30 % случаев в городской амбулаторной службе), цефтриаксон и цефотаксим — около четверти назначений в стационарных условиях (табл. 2). В то же время озабоченность вызывают сохраняющиеся ошибки использования в терапии ВП цефазолина (25 % в стационаре), гентамицина (1–2 %).

Эти мнения терапевтов о рациональной АБТ нашли отражение и в реальных назначениях препаратов для лечения ВП. Оценка качества терапии больных, умерших от ВП, продемонстрировала не всегда адекватный спектр антимикробных средств: почти во всех случаях отсутствие комбинации с макролидами в стационарных условиях при

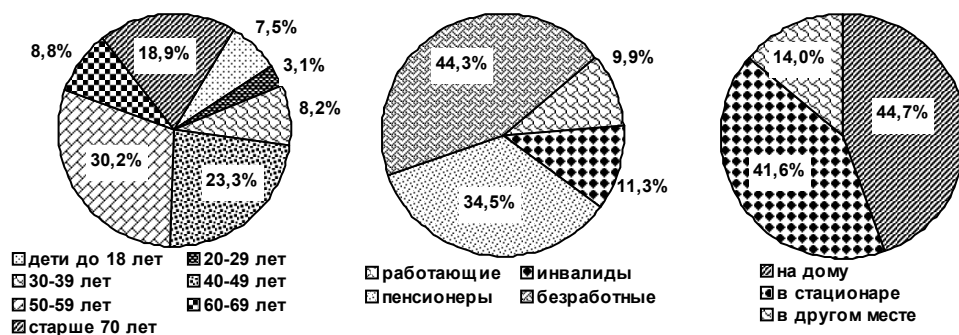


Рис. 2. Половозрастной состав больных, умерших от ВП (из доклада главного терапевта МЗ РБ Л.Н. Периновой, 19 февраля 2009 г.).

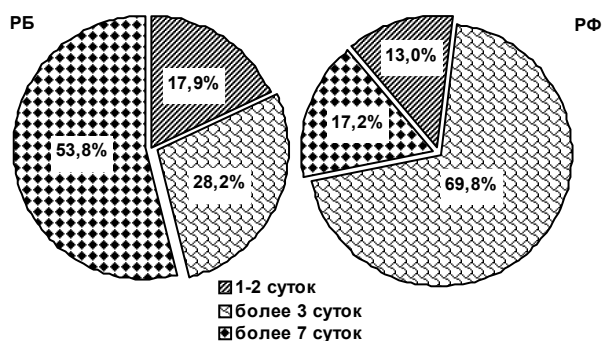


Рис. 3. Анализ времени обращения за медицинской помощью при ВП (из доклада главного терапевта МЗ РБ Л.Н. Периновой, 19 февраля 2009 г.).

Таблица 2
Наиболее часто используемые антимикробные препараты

	Город, %	Село, %	Амбулаторно, %	Стационарно, %
Амосин	33	15	16	4
Ампициллин	1	38	2	—
Амоксиклав	30	8	39	17
Сумамед	16	15	26	6
Цефтриаксон	11	23	16	25
Цефотаксим	6	—	16	26
Цефазолин	5	—	9	25
Гентамицин	1	—	2	—
Ципролет	2	8	—	11

заведомо более тяжелом течении ВП; не всегда оправданное назначение амикацина; длительное назначение цефотаксима при явном отсутствии клинико-лабораторного улучшения, без смены и комбинации антибактериальных препаратов (в 1 случае — 3 курса по 10 дней и более при ухудшающемся состоянии больного). Кроме того, отсутствие указания на время введения первой дозы АБТ возможно приводило к более позднему началу лечения и соответственно увеличило риск летального исхода. Во многих случаях имела место недооценка тяжести состояния пациентов, что обуславливало позднюю госпитализацию в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) и отсутствие респираторной поддержки, что в свою очередь приводило к смерти больных.

Ошибки в выборе АБТ также были связаны с несоблюдением стандартов обследования больных ВП, в частности, обязательной микробиоло-

гической диагностикой с уточнением характера возбудителя и последующим более адекватным использованием антибиотиков. В большинстве (90 %) проэкспертированных историй болезни посев мокроты не назначался.

Таким образом, оценка качества медицинской помощи больным с ВП в РБ показала, что высокая частота летальных исходов нередко обусловлена поздней обращаемостью за медицинской помощью асоциальных больных, злоупотребляющих алкоголем. В то же время выявлено, что выбор АБТ для лечения ВП не всегда соответствует принятым стандартам, а тактика ведения больных нарушается. Соблюдение протокола ведения больных с ВП (бактериологическое исследование мокроты у всех госпитализированных пациентов и введение первой дозы антибиотика в первые 4 часа, стандартизованный выбор антимикробного препарата) позволят нивелировать неблагоприятные исходы.

Сведения об авторах:

Е.В. Григорьева. E-mail: doc-evg@yandex.ru, тел./факс (83012) 41-66-70