

ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Н.Ф. ПЛАВУНОВ, В.В. СТЕПАНОВА

Городская клиническая больница №64 Департамента здравоохранения города Москвы
Ул. Вавилова 61, Москва, Россия, 117292

Внебольничные пневмонии составляют высокий процент в объеме госпитализации и относятся к одному из наиболее распространенных заболеваний органов дыхания. В данной статье приводится анализ 103 произвольно выбранных историй болезни пациентов с внебольничной пневмонией из трех терапевтических отделений больницы за 2001 год. Проанализированы следующие данные: пол, возраст, предрасполагающие факторы, период и длительность госпитализации, локализация пневмонии, наличие осложнений, объем обследования, проводимая антибиотикотерапия, тактика лечения.

Внебольничные пневмонии составляют высокий процент в объеме госпитализации и относятся к одному из наиболее распространенных заболеваний органов дыхания. Смертность при данном заболевании составляет 5% [1].

На первом месте при лечении больных с указанной патологией стоят антибактериальные препараты, занимающие четвертую часть затрат в объеме медикаментов в отделениях терапевтического профиля больницы.

Антибиотики относятся к препаратам, используемым наиболее нерационально, вследствие чего растет резистентность микроорганизмов почти ко всем группам антибактериальных средств. В соответствии с критериями ВОЗ, количество применяемых антибиотиков является индикатором рационального использования лекарственных препаратов в медицинском учреждении [5].

Материал и методы.

Проанализировано 103 произвольно выбранные истории болезни пациентов трех терапевтических отделений больницы, госпитализированных в течение 2001г. по поводу внебольничной пневмонии. Проведен анализ отражения в историях болезней следующих данных: пола, возраста, предрасполагающих факторов, периода и длительности госпитализации, локализации пневмонии, наличия осложнений, объема обследования, информации о проводимой антибиотикотерапии на догоспитальном этапе, тактики лечения.

Результаты.

Из числа представленных историй болезней 60,2% мужчин, 39,8% женщин. В возрасте до 59 лет включительно 53,4% пациентов, от 60 до 69 лет – 21,4%, от 70 до 79 лет – 20,4%, в возрасте 80 лет и старше – 4,8% больных.

Констатировано достаточно равномерное поступление данной категории больных в течение года. Пребывание больных в стационаре сроком до 23 дней включительно – 69,9% случаев, от 24 до 30 дней – 19,4%, более 30 дней – 10,7% случаев.

В анализируемой группе 52,4% - больные с очаговой пневмонией, 40,8% - с долевой или плевропневмонией, 6,8% - с двусторонними пневмониями. В подавляющем большинстве случаев – 74,8% - зарегистрирована дыхательная недостаточность, выпот или эмпиема – у 12,6% больных, гипотония – 1,9%. Отсутствовали осложнения в 22,3% случаев.

Из числа предрасполагающих факторов доминируют хронические обструктивные заболевания легких – 59,2% случаев, курение – 21,4%, недостаточность кровообращения – 18,4%, злоупотребление алкоголем – 16,5%. У 9,7% больных в анамнезе сахарный диабет, в 4,9% случаев – ОНМК.

Обследование больных проводится в соответствии с Московскими городскими стандартами стационарной медицинской помощи для взрослого населения, утвержденными Комитетом здравоохранения г.Москвы. Рентгенологическое исследование признано ключевым методом диагностики легочных инфильтратов [1]. Выявлена адекватная частота выполнения указанного исследования: в 100% случаев – рентгенография, 96,1% больных проводилось контрольное рентгенологическое исследование.

Функция внешнего дыхания исследовалась у 35,9% больных. При отсутствии других заболеваний системы дыхания оценку вентиляционной способности легких считают обязательным компонентом обследования больного пневмонией [1].

Исследование креатинина проводилось почти всем больным – 98,1%. Общий анализ мокроты, на ВК, посев мокроты осуществлялись в 58,3% случаев, неоднократный посев мокроты – 11,7%. Исследование мокроты в 50% случаев было проведено в течение первых трех суток пребывания больного в стационаре. В 56,6% случаев зарегистрирован рост микрофлоры.

Анализ сведений о проводимой антибиотикотерапии на догоспитальном этапе свидетельствует, что в 25,2% случаев ранее назначались антибиотики, не было информации в 10,7% историй болезни. Обращает на себя внимание отсутствие практики ступенчатой антибактериальной терапии на госпитальном этапе – замена парентерального препарата на пероральный при достижении клинического эффекта (в среднем через 2-3 дня от начала терапии). Внедрение тактики ступенчатой терапии является целесообразным, исходя из экономических и клинических соображений. Кроме снижения стоимости лечения, уменьшается риск постинъекционных осложнений, экономятся расходные материалы (инфузионные системы, шприцы и т.д.), улучшается качество жизни пациентов в период пребывания в стационаре.

Эффективность ступенчатой антибактериальной терапии была продемонстрирована в отечественных и зарубежных фармакоэкономических исследованиях. Экономическая рентабельность применения ступенчатой терапии убедительно показана В.Е.Нониковым с соавт. на примере 8 антибактериальных препаратов. Не уступая по эффективности парентеральному применению антибиотиков, такая схема лечения приводит к снижению затрат на 30-60% [2]. В исследовании, проведенном в Колорадо, применение ступенчатой терапии при лечении пациентов с внебольничной пневмонией позволило сократить расходы в расчете на одного пациента на 46,05 долларов [6]. А.Окрага и соавт. представили данные об экономическом эффекте внедрения такой схемы терапии в 580-кочной больнице Техаса. Переход на ступенчатую терапию позволил за 2 месяца сэкономить 12935 долларов. По расчетам авторов исследования, годовой фармакоэкономический эффект (при условии, что парентеральные формы антибиотиков будут применяться в течение 5 дней) составит 77610 долларов [7].

Эффективная стартовая терапия определяет суммарную стоимость лечения больного [3]. В 53,4% случаев на старте использовалась комбинированная терапия, в подавляющем большинстве случаев – сочетание различных антибиотиков с гентамицином. Вместе с тем, более чем у половины больных (56,3%) после комбинированной терапии с гентамицином производилась замена антибиотика, что свидетельствует о недостаточной эффективности указанной комбинации при амбулаторной пневмонии. Полученные нами данные в отношении сомнительной целесообразности применения гентамицина при указанной патологии подтверждаются результатами исследования, проведенного на базе городских клинических больниц г. Москвы [3]. Лечение больного ограничилось 1-2 антибиотиками в 40% случаев. Стартовая терапия не претерпевала изменений у 24,3% больных. В ряде случаев не учитывались сведения об антибиотикотерапии, ранее проводимой в амбулаторных условиях.

Анализ историй болезней выявил тенденцию к неоправданному увеличению курса антибиотикотерапии. В рекомендациях по оптимальной продолжительности антимикробной терапии назначение антибиотика при амбулаторной пневмонии должно проводится минимум 5 дней, максимум в течение 2-3 дней после нормализации температуры тела [3]. Сохранение отдельных клинических, лабораторных и/или рентгенологических признаков не является абсолютным показанием к продолжению антибактериальной терапии или ее модификации. В большинстве случаев их разрешение происходит самопроизвольно или под влиянием симптоматической терапии [4].

Внебольничные пневмонии тяжелого течения составили 21,4% случаев, из них 27,3% при поступлении госпитализированы в реанимационное отделение. Сроки пребывания в стационаре до 30 дней включительно составили 63,6% случаев. Из числа лиц с тяжелой пневмонией 45,5% - старше 60 лет. У 68,2% больных зарегистрирована долевая или плевропневмония, у 22,7% - очаговая пневмония, в 9,1% случаев - двустороннее поражение легких. Общий анализ мокроты и на ВК проводился 77,3% больных, посев мокроты - 81,8%, неоднократный посев - почти в трети случаев (27,3%). Направление мокроты на исследование в течение первых трех суток - 38,9%. Рост микрофлоры зарегистрирован у 66,7% больных. Лечение ограничилось 2-3 антибиотиками в 59,1% случаев. Лишь 4,6% больных проведен один курс антибиотикотерапии.

Заключение.

Объем обследования больных с внебольничными пневмониями в основном соответствует медицинским стандартам стационарной помощи. Вместе с тем, анализ проводимой антибиотикотерапии выявил ряд ошибок, касающихся вопросов рациональной стартовой терапии, целесообразности комбинированной терапии, замены антибиотиков, длительности антибиотикотерапии. Учитывая высокую стоимость и существенную долю затрат на антибактериальные препараты в объеме медикаментов, наиболее актуальными являются вопросы изучения наиболее эффективных схем лечения с позиций фармакоэкономического анализа, внедрение в практику ступенчатой антибактериальной терапии, убедительно доказавшей свою экономическую рентабельность.

Литература

1. Мартынов А.И., Мухин Н.А., Моисеев В.С. Внутренние болезни. - 1. - М., 2001. - С. 372, 379-380.
2. Нонилов В.Е., Ленкова Н.И., Константинова Т.Д.// Клиническая фармакология и терапия. - 1999. №5. - С.10-11.
3. Попова Ю.Н., Омельяновский В.В., Алексанян Л.А.// Инфекция и антимикробная терапия. - 2001, - 3 - № 5. - С. 145-146.
4. Страчунский Л.С., Белоусов Ю.Б., Козлов С.Н.// Антибактериальная терапия. - М., 2000. - С. 91.
5. Ушкалова Е.А., Ивлева А.Я., Арутюнов А.Г., Фисенко В.П.// Фармакотерапия бактериальных инфекций. - М., 2002. - С. 131.
6. Hendrickson J.R., North D.S.// Pharmacoeconomic benefit of antibiotic step-down therapy: converting patients from intravenous ceftriaxone to oral cefpodoxime proxetil. *Annals Pharmacother.* - 1995. - 29. - 561-565.
7. Okpara A.U., Maswoswe J.J., Stewart K.// Criteria-based antimicrobial IV to oral conversion program. *Formulary.* 1995 - 30. - 343-348.

PRACTICAL ASPECTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH EXTRAHOSPITAL PNEUMONIA

N.F. PLAVUNOV, V.V. STEPANOVA

Hospital № 64. Vavilova St., 61, Moscow, Russia, 117292

Extrahospital pneumonia is one of most common respiratory diseases. In this study we identified the patients with extrahospital pneumonia retrospectively from the medical records of the hospital. We reviewed 103 admissions during 2001.