

При анализе ситуации лекарственной терапии в отделениях выявлено неэффективное использование антибактериальных средств. Так, в хирургических отделениях с целью профилактики послеоперационных осложнений широко использовалась комбинация пенициллина с гентамицином, в урологии обнаружено необъяснимо высокое потребление пенициллина, а в терапии — гентамицина. Не использовалась ступенчатая терапия. В 1999 г. начато исследование микробиологического материала операционных ран, биологических жидкостей во всех отделениях, использующих в лечении антибиотики. Это позволило изменить подходы к антибактериальной терапии. Так, в хирургическую практику внедрена тактика периоперационной антибиотикопрофилактики, позволившей одно- или двукратным введением антибиотиков до операции сократить количество инъекций в послеоперационном периоде среднем с 80 до 1–10 в зависимости от типа операции. Тем самым, произошло сокращение на 20 % расходов на химиопрепараты и стал более рационально использоваться труд среднего медицинского персонала.

В гнойной хирургии в микробиологических данных превалировал метициллин-чувствительный стафилококк, идентификация которого позволила существенно перестроить тактику ведения данного контингента больных и сократить использование антибиотиков широкого спектра на 23 %. В терапевтическом отделении переход на ступенчатую антибактериальную терапию позволил сократить период парентеральной терапии с 10–12 дней до 3–5, позволяя минимизировать расходы на этот вид лечения. Микробиологические данные отделения урологии выявили высокую резистентность микрофлоры мочевыводящих путей к полусинтетическим пенициллинам, что послужило поводом для их смены на более эффективные фторхинолоны.

Другой актуальной проблемой оказалась полипрагмазия, расцениваемая как вынужденная политерапия urgentных состояний в отделениях реанимации. Анализ ситуации позволил выявить приоритетные направления лекарственной терапии и уменьшить медикаментозную нагрузку на этом этапе лечения. В среднем, если в 2000 г. пациент в ОРИТ получал до 15–17 лекарственных препаратов в день, 10–15 % из которых, согласно проведенному VEN-анализу относились к вспомогательным средствам (витамины, метаболические средства, ангиопротекторы и т.д.), то в 2005 г. — не более 7–8. Перестройка тактики позволила не только сократить расходы, но, что более важно, уменьшить риск побочных и непредвиденных реакций у этого тяжелого контингента больных.

В целом, в период с 2000 по 2005 г. удалось существенно изменить и оптимизировать лекарственную политику лечебного учреждения и внедрить элементы доказательной медицины в повседневную практику. В 2005 году формулярный список препаратов включает 128 препаратов. Закупка аптекой медикаментов осуществляется под контролем комиссии по рациональному использованию лекарственных средств, в рамках формуляра. В состав комиссии включены заместители главного врача по лечебной работе, клинический фармаколог, заведующий аптекой, заместитель главного врача по экономическим вопросам, главный бухгалтер. Заседания комиссии проводятся ежемесячно. Комиссией анализируются поступающие заявки из отделений на приобретение лекарств сверх формуляра, результаты клинического использования новых дженериков, анализ движения лекарственных средств в стационаре, утверждается перечень и количественный состав закупаемых на текущий месяц медикаментов. Проведенные преобразования позволили изменить структуру закупаемых лекарств. ABC-анализ 2005 года показал, что на приобретение антибиотиков расходуется 40 %, инфузионных сред 20 %, наркотических и средств для анестезии 8 %, прочих — 32 %. Состав средств вспомогательного значения составлял не более 5 % подгруппы «прочие».

Внедрение перечисленных мероприятий и практики перевода из больницы на долечивание пациентов в плановые и дневные стационары поликлиник города предопределило улучшение объемных показателей работы стационара. При одинаковом количестве пролеченных больных за период 2000–2005 г. произошло увеличение работы койки с 342 в 2000 году до 348 в 2005 г., оборота койки — с 27,6 до 29,5; уменьшение сроков госпитализации с 12,4 до 11,8 дней.

В настоящее время ведется работа над созданием электронной версии истории болезни и персонализированного учета лекарственных средств.

В.В. Иванов, А.В. Сакьяев, Ю.В. Эрдынеев, Н.Б. Басанова

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. В.В. Ангапова» (Улан-Удэ)

ВВЕДЕНИЕ

Острый гнойный пиелонефрит встречается достаточно часто, но нередко возникают определенные трудности при постановке правильного диагноза.

Цель исследования: выявление причин, затрудняющих своевременную диагностику острого гнойного пиелонефрита.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ лечения 67 больных с гнойными воспалительными процессами в почках за период 2001 – 2007 гг., находившихся в урологическом отделении ГК БСМП и других отделениях больницы. Из них: 60 пациентов были оперированы, у 7 диагноз был установлен или подтвержден при вскрытии. Давность заболевания составила от 1 суток до 2 месяцев, в среднем – $3,8 \pm 0,9$ дней. Возраст больных составил от 20 до 69 лет, в среднем – $34,6 \pm 1,2$ лет. Женщин было 39 (58 %), мужчин – 28 (42 %).

Из 60 оперированных пациентов у 8 был гнойный апостематозный пиелонефрит, у 20 – карбункул почки, у 18 – абсцесс почки, у 14 – пиелоневроз. Из сопутствующей патологии – у 31 (52 %) пациента (все женщины) имела место мочекаменная болезнь, сахарный диабет отмечался у 7 (12 %) пациентов.

У 7 неоперированных умерших больных на вскрытии был выявлен двусторонний гнойный апостематозный пиелонефрит, причем диагноз при жизни был поставлен только 3 пациентам. Все больные страдали тяжелой сопутствующей патологией и при поступлении находились либо без сознания, либо в шоковом или коматозном состоянии.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Все оперированные больные предъявляли жалобы на боли в поясничной области, различной интенсивности. У 51 (85 %) пациента имела место лихорадка, у 43 (71 %) отмечались повторяющиеся ознобы. Диспептические расстройства в виде тошноты и рвоты имели место у 43 (67 %) пациентов. Лейкоцитурия выявлена у 48 (80 %) пациентов. Изменения в анализах крови в виде сдвига лейкоцитарной формулы влево были у 37 (62 %) больных, у 48 (80 %) отмечался лейкоцитоз. Из показателей биохимических анализов наиболее часто выявлялось увеличение азота крови – у 16 (27 %) пациентов. Тенденция к гипотонии отмечалась у 16 (27 %) пациентов.

Отмечено, что у 6 (10 %) пациентов в анамнезе отмечался гнойничковый процесс на коже за 2–3 недели до госпитализации.

Большое значение в постановке правильного диагноза имело ультразвуковое сканирование. Диагноз карбункулов и абсцессов почек был установлен в 100 % случаев. Однако при апостематозном пиелонефрите ультразвуковой метод позволял только предположить наличие гнойничковых образований на почках. Меньшее значение в диагностике заболевания имели рентгенологические методы исследования, магнитно-резонансная и компьютерная томография.

Особенно возникали трудности диагностики у пациентов, находившихся в бессознательном, шоковом и коматозном состоянии. Диагноз гнойного апостематозного пиелонефрита не был установлен при жизни в 4 случаях. Это были тяжелые больные, находившиеся в реанимационном отделении, в 2 случаях с нарушением мозгового кровообращения и по 1 – с инфарктом миокарда и бактериальным эндокардитом. Патологический процесс в почках был выявлен при вскрытии. Во всех случаях имел место двусторонний процесс.

У 3-х пациентов, находившихся в тяжелом состоянии, диагноз был установлен при жизни, однако оперативное лечение не проводилось из-за тяжести состояния больных.

ВЫВОДЫ

Трудности диагностики острого гнойного пиелонефрита возникают чаще при апостематозной форме заболевания, преимущественно при двусторонней локализации патологического процесса и тяжелом состоянии больного, которое не позволяет активно проводить диагностические мероприятия.

В.В. Иванов

УРЕТЕРОКУТАНЕОСТОМИЯ В НЕОТЛОЖНОЙ УРОЛОГИИ

МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. В.В. Ангапова» (Улан-Удэ)

ВВЕДЕНИЕ

Показанием к уретерокутанеостомии (имплантации мочеточников в кожу живота) является необходимость отведения мочи при невозможности применить другие оперативные методики из-за тяжести общего состояния больного или плохом прогнозе основного заболевания (Лопаткин Н.А., 1978).

Цель исследования: изучение ближайших и отдаленных результатов лечения больных, которым выполнялась операция уретерокутанеостомия по экстренным показаниям.