

## НАЗНАЧЕНИЕ АНТИМИКРОБНЫХ СРЕДСТВ В ЛЕЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

*ГУ «Республиканский научно-практический центр «Кардиология»<sup>1</sup>  
Кафедра военно-полевой хирургии военно-медицинского факультета в УО  
«Белорусский государственный медицинский университет»<sup>2</sup>*

**Резюме.** В статье приведены данные исследования врачебной тактики назначения антимикробных лекарственных средств в лечебной практике многопрофильного стационара крупного административного центра, предложены мероприятия по оптимизации антибактериальной терапии.

**Ключевые слова:** антибиотик, лечение, нежелательные явления, управление.

**Введение.** Рациональное применение антимикробных лекарственных средств (ЛС) является одним из важных условий обеспечения качества медицинской помощи. Между тем качество оказания медицинской помощи в случаях, требующих применения антибиотиков (АБ), из-за высокой частоты дефектов часто остается неудовлетворительным. На стационарном этапе наиболее частыми ошибками являются: нерациональный выбор ЛС и схем их введения, избыточное использование АБ, отказ или нерациональная периоперационная антибиотикопрофилактика [1].

Различные проспективные и ретроспективные эпидемиологические исследования показывают, что нерациональное использование АБ в стационарах достигает 40-70% (назначение не по показаниям или неадекватное применение), причем внедрение программ по рациональному применению АБ в стационарах существенно улучшает эти показатели [4-6].

Для повышения качества использования АБ, кроме оптимизации клинико-фармакологических аспектов их применения, необходим ряд организационных (управленческих, экономических) мер. Управление качеством в такой сфере, как антибактериальная терапия (АБТ), требует системного подхода [3]. Структурными компонентами системы являются: совершенствование нормативной базы; принятие решений, основанных на принципах медицины доказательств; мониторинг резистентности; регистрация случаев внутрибольничной инфекции и инфекции в области хирургического вмешательства; наличие стандартов, разработанных в соответствии с действующим законодательством по стандартизации; совершенствование системы закупок; внедрение программ периоперационной антибиотикопрофилактики; внедрение ограничительных программ при назначении АБ [2].

**Цель настоящего исследования:** повышение качества лечения пациентов с заболеваниями, требующими назначения антибактериальной терапии, в лечебной практике многопрофильного стационара.

**Материалы и методы.** Для выполнения поставленной цели клиническим фармакологом была разработана «Карта антибактериальной терапии», которую предложили заполнить врачам при назначении АБТ пациентам. В карте необходимо было отразить показания к назначению АБТ, адекватность стартовой антимикробной терапии бактериологическому подтверждению этиологии инфекционного процесса, причины отмены (замены) АБ, длительность проведения АБТ.

Проведен экспертный анализ 212 «Карт антибактериальной терапии», заполненных врачами УЗ «4-я городская клиническая больница им. Н.Е.Савченко» г. Минска. Из числа анализируемых карт 195 были заполнены врачами хирургических специальностей и 17 – терапевтических. Все пациенты имели среднетяжелое течение заболевания. Карт, заполненных для пациентов, находящихся в отделении интенсивной терапии и реанимации, не было.

**Результаты и их обсуждение.** При анализе «Карт антибактериальной терапии» установлено, что у 37 (17,45%) пациентов не определены показания к назначению АБТ. В остальных картах показаниями для назначения АБ лечашими врачами были названы: изменения в анализе мочи (19 карт – 8,96%), изменения в общем анализе крови (27 карт – 12,74%), лейкоцитурия (8 карт – 3,77%), «воспаление» (41 карта – 19,33%), «воспалительный процесс» (54 карты – 25,47%). Только в 26 картах (12,26%) причиной назначения АБ была названа инфекция, к сожалению, без уточнения локализации.

При среднетяжелом течении заболевания 58 из 212 пациентов получили 2 – 3 курса АБТ за время нахождения в стационаре.

Длительность проведенной антибактериальной терапии составила от 5 до 23 суток.

Из числа 212 наблюдаемых пациентов 86 (40,57%) выписаны из стационара с рекомендациями продолжения АБТ.

Бактериологическая верификация диагноза имела у 42 (19,81%) пациентов, однако, только у 5 из 42 пациентов была проведена коррекция АБТ по результатам исследования согласно определенной чувствительности выделенного патогена.

Среди проанализированных карт 62 были заполнены у пациентов с плановыми оперативными вмешательствами. При этом выявлен факт нерационального использования хирургами цефалоспоринов 3-го поколения при операциях грыжесечения (85,7%). Цефтриаксон назначали после выполненного оперативного вмешательства сроком на 3-5 суток, что привело к увеличению стоимости лечения в 3-4 раза. До кожного разреза цефтриаксон был назначен в 14,3%. Из проанализированных случаев планового оперативного вмешательства цефазолин использовался в качестве ЛС для периоперационной антибиотикопрофилактики инфекционных осложнений в 56,3% случаев.

Из числа изученных медицинских карт в 36 пациентам назначали два и более АБ за период лечения. Только у 8 человек из 36 через 72 часа от начала терапии из-за неэффективности стартовых АБ была произведена смена на препараты второго ряда, чаще (28 пациентов) это делали на 5 -7 сутки.

Частота развития побочных реакций на лекарственные средства при проведении анализа составила 1,4%. Это были аллергическая сыпь при применении цефалоспоринов третьего поколения (цефтриаксон, цефотаксим) и антибиотикассоциированная диарея (цефтриаксон при длительности применения 16 суток). Ни в одном из выписных эпикризов не было отражено развитие нежелательных реакций при лечении в стационаре. Извещения в регуляторные органы о развившемся нежелательном явлении не были отправлены.

#### **Выводы.**

1. Необоснованное, нерациональное назначения АБ в многопрофильном стационаре как в отделениях хирургического, так и терапевтического профиля, требует постоянного мониторинга проведения антибактериальной терапии и выработке определенных управленческих решений.

2. Для того чтобы в многопрофильном стационаре АБТ инфекционно-воспалительных заболеваний была адекватной и эффективной, необходим целый ряд организационных мероприятий, которые должны осуществляться под руководством администрации учреждения.

- Администрация лечебного учреждения назначает ответственного сотрудника, обладающего знаниями в области инфекционных процессов, и наделяет его полномочиями координировать деятельность всех подразделений стационара, связанную с АБТ.

- Необходимо создание алгоритмов (стандартов) АБТ, адаптированных к особенностям каждого клинического отделения на основе локального микробиологического мониторинга, по данным которого формируется список АБ, разрешенных к применению в стационаре, где четко выделяется АБ первого ряда (врач может назначить их самостоятельно) и АБ второго ряда (назначаются по решению консилиума с участием клинического фармаколога).

3. Критериями эффективности АБТ следует считать соответствие назначений АБ спектру и чувствительности патогенов, длительность АБТ, частота замены АБ из-за неэффективности, сроки отмены неэффективных ЛС; мониторинг чувствительности микроорганизмов; стоимость закупаемых препаратов.

4. Система не будет работать без контроля (аудита) за назначением АБ и соблюдением рекомендаций по терапии и профилактике инфекционно-воспалительных заболеваний

5. Важным компонентом системы, обеспечивающей повышение качества лечения пациентов в многопрофильном стационаре, является постдипломное обучение на всех уровнях по вопросам диагностики и профилактики инфекций и рациональной антимикробной терапии: врачи (заведующие отделениями, ординаторы, интерны), сотрудники кафедр, медицинские сестры.

## Литература

1. Елисеева Е.В., Гайнуллина Ю.И., Гельцер Б.И. Управление качеством в сфере применения антибактериальных препаратов. / Елисеева Е.В., Гайнуллина Ю.И., Гельцер Б.И. – Владивосток: Дальнаука, – 2010. – 180с.
2. Солодовников В.В. Современное состояние проблемы и значение службы клинической фармакологии в оптимизации использования антибактериальных лекарственных средств. / В.В. Солодовников, Ю.И. Гайнуллина, Е.В. Елисеева, В.Я. Кривелевич // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2008. – №9. – С.3-7.
3. Стратегия и тактика применения антимикробных средств в лечебных учреждениях России: Российские национальные рекомендации / Под ред. В.С.Савельева, Б.Р.Гельфанда, С.В.Яковлева. – М.: ООО «Компания БОРГЕС», 2012. – 92 с.
4. Owens RS Antimicrobial stewardship programs as a means to optimize antimicrobial use. / RS Owens, GL Fraser, P. Stogsdill // Pharmacotherapy – 2004 – 24 – P. 896-908.
5. Feucht CL. An interventional program to improve antibiotic use / CL Feucht, LB. Rice // Ann Pharmacother – 2003 – 37 – P. 646-651.
6. Fraser GL, Stogsdill P, Dikens JD JR, et al. Antibiotic optimization: an evaluation of patient safety and economic outcomes. / GL Fraser et al. // Arch Intern Med – 1997 – 157 – P. 1689-1694.