

Самсон А.А.¹, Кузьмин Ю.В.², Самсон М.А.²

УПРАВЛЕНИЕ АНТИМИКРОБНОЙ ТЕРАПИЕЙ В ОТДЕЛЕНИЯХ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

*ГУ «Республиканский научно-практический центр «Кардиология»¹
УО «Белорусский государственный медицинский университет»²*

Резюме: в статье рассматриваются проблемы организации антибиотикотерапии в отделениях хирургического стационара. Определены мероприятия, регламентирующие назначение адекватной антибиотикотерапии, подчеркнута значимость создания алгоритмов, адаптированных к особенностям каждого из отделений клиники.

Ключевые слова: антибиотик, организация здравоохранения, реанимация, хирургия.

На первый взгляд антибиотики (АБ) в стационаре являются всего лишь одной из групп лекарственных средств (ЛС), поэтому идея об управлении антибиотикотерапией (АБТ) часто воспринимается как неожиданная и парадоксальная. Но следует отметить, что лечение инфекционно-воспалительных заболеваний принципиально отличается от терапии других нозологий. Так, при назначении АБ во взаимодействии участвует не только организм человека и ЛС, но и третья сторона – микрофлора, как патогенная для человека, так и его нормальная. Поэтому эффективность обычных ЛС не зависит от лечения других пациентов, в то время как эффективность АБТ зависит от устойчивости микрофлоры, которая меняется в соответствии с тем, как АБ использовали ранее не только в данной стране, но и в данном лечебном учреждении и даже в конкретном отделении.

Кто влияет на выбор АБ в стационаре? Это целая группа людей и у каждой из них есть вполне законные приоритеты. Так, для заведующего аптекой стационара за имеющиеся деньги необходимо покрыть потребность отделений в основных группах лекарств. Для администрации учреждения здравоохранения важны показатели как терапевтической, так и экономической эффективности целого стационара, а не нюансы в противомикробном спектре отдельных препаратов. Нюансы в назначении АБ определяются врачами отделений. Как у заведующего, так и врачей отделения есть желание лечить эффективно, но большинство врачей не являются специалистами в микробиологии и поэтому затрудняются провести оценку вероятных возбудителей и подобрать АБ, подходящий по спектру [4].

Таким образом, на сегодняшний день в практическом здравоохранении сложилась такая ситуация, когда каждый занимается своим непосредственным делом, а оптимизировать использование АБ в масштабах целого лечебного учреждения некому. В такой ситуации реальное управление АБТ необходимо начинать с того, что администрации необходимо определить, у кого есть полномочия координировать работу всех сотрудников и подразделений, связанную с лечением инфекционно-воспалительных заболеваний. Кроме этого очень важно определить ответственных за различные стороны АБТ. Следует подчеркнуть, что без активной поддержки администрации процесс становления организации адекватной АБТ состояться не может. В противном случае все ограничится энтузиазмом отдельных сотрудников. Или, что еще хуже, начнутся конфликты между энтузиастами и заведующими отделений, врачами, которые привыкли работать по-старому. Ведь заведующие отделениями, как правило, сильные специалисты, которые много лет до этого неплохо справлялись со своими обязанностями и без достаточных оснований менять устоявшиеся подходы не станут [6].

В последние годы роль таких координаторов и ответственных за АБТ в практике лечебных учреждений играют клинические фармакологи.

Естественно, надо учитывать, что экспертов, которые все знают лучше всех, нет. И никто не может гарантировать, что такой координатор назначит одновременно АБТ при перитоните лучше, чем заведующий отделением

хирургии, при абсцессе мозга – лучше, чем заведующий отделением нейрохирургии. Следовательно, кроме поиска координатора необходимо создать коллегиальный орган, т.е. комиссию по разработке АБТ в стационаре. В условиях здравоохранения Республики Беларусь такую функцию может выполнить комиссия по внутрибольничным инфекциям с включением в ее состав клинического фармаколога [5]. Основной задачей такой комиссии станет обеспечение свободного обсуждения вопросов АБТ с разных точек зрения и коллегиальность принятия решения. Это с одной стороны защищает от навязывания субъективных мнений одного специалиста (клинический фармаколог, заведующий отделением, врач-ординатор, представитель администрации), а с другой – от принятия решений, выгодных лишь одной из сторон.

Возникает вопрос, откуда узнать перечень и чувствительность патогенов, вызывающих заболевание. При наличии качественной микробиологической лаборатории можно проанализировать чувствительность возбудителей по отделениям и по патологии. Однако и в этом случае существует ряд моментов, которые способны ограничить выбор АБ даже на основании микробиологических данных. Причиной этому могут быть ошибки, возникающие на этапе клинической диагностики; на этапе забора материала; на этапе транспортировки его на исследование. При этом само по себе микробиологическое исследование может быть ошибочным или неправильно клинически интерпретированным. А в результате всего этого методика применения АБ в клинике будет некорректной.

Одной из важнейших целей управления АБТ является предупреждение распространения устойчивости микроорганизмов. Это позволяет избежать перехода на более дорогостоящие ЛС, активные против резистентных возбудителей. Однако адекватно оценить изменения в резистентности микроорганизмов можно только при наличии качественной микробиологической лаборатории [2]. К сожалению, в реальной клинической практике наличие таковой не всегда можно констатировать. В такой ситуации очень важно отладить как организационные мероприятия по оптимизации АБТ, так и санитарно-противоэпидемические. Необходимо четко разграничить порядок назначений стартовых АБ и АБ резерва.

Как оценить эффективность проводимой терапии? Эффективность АБТ можно оценить по двум взаимосвязанным параметрам. Это длительность их назначения и частота отмены из-за неэффективности [7]. Совместное использование данных показателей с одной стороны позволяет сравнить эффективность различных препаратов, с другой – помогает отследить, насколько врачи внимательно относятся к АБТ и насколько своевременно проводят смену препаратов. Это достаточно легко сделать в условиях одного стационара [3].

Клинический фармаколог вместе с заведующими отделениями должен разработать стандарты АБТ по каждой нозологической форме, выделив при этом две группы ЛС. Первая группа – это АБ, которые назначает любой лечащий врач самостоятельно, поскольку они входят в стартовую схему для эмпирической

терапии. Во вторую группу входят резервные ЛС. Такое ограничение связано с тем, что бесконтрольное использование резервных АБ ведет к значительному удорожанию стоимости лечения и провоцирует селекцию полирезистентных штаммов возбудителей.

На практике вместо сплошного контроля назначения всех АБ более жизнеспособным оказался сплошной контроль назначения резервных препаратов. Чтобы получить в аптеке резервные АБ, нужна подпись клинического фармаколога, поэтому врачи постоянно к нему обращаются. В результате и тяжелобольные своевременно получают специализированную консультацию и расход дорогостоящих препаратов находится под контролем. Кроме этого еще и сдерживается селекция микрофлоры, устойчивой к АБ резерва. Вполне логично, что ЛС, которые врачи назначают самостоятельно, предназначены для борьбы с относительно чувствительными штаммами патогенов, а в спектр АБ из резервной части списка входит полирезистентная микрофлора [1].

Неотъемлемой частью любого процесса управления является система сбора информации о том, чем управляют. Поэтому надо знать, что врачи реально назначают каждый день и, естественно какие при этом результаты терапии. Сбор такой информации должен быть всего лишь одним из компонентов общебольничной компьютерной сети. Анализ АБТ при помощи базы данных позволяет в течение короткого времени ответить на множество важных для практики вопросов. При функционировании такой базы данных через некоторое время на стол к врачам ложатся цифры. Например, в одном из отделений хирургического профиля у 54% больных с таким-то заболеванием был назначен второй курс АБ, в то время как в другом аналогичном отделении стартовая АБТ была неэффективной только лишь у 15% пациентов с аналогичной патологией. В результате этого появляются факты для обсуждения на комиссии по АБТ и принятия решений, необходимых для улучшения терапии.

Таким образом, для того чтобы в отделениях хирургии АБТ инфекционно-воспалительных заболеваний была адекватной и эффективной, необходим целый ряд организационных мероприятий. Процесс управления и организация АБТ должен осуществляться под руководством администрации учреждения, которая назначает ответственного сотрудника, имеющего полномочия координировать деятельность всех подразделений стационара, связанную с АБТ, и комиссию по АБТ для коллегиального решения спорных вопросов. Обязательными мероприятиями в управлении АБТ являются приказы администрации по организации АБТ; создание алгоритмов (стандартов) АБТ, адаптированных к особенностям каждого клинического отделения. Система не будет полноценной без сбора информации о реальном использовании АБ и их эффективности. Критериями эффективности АБТ следует считать такие показатели: соответствие назначений АБ набору и чувствительности патогенов; длительность АБТ, частоту отмены АБ из-за неэффективности, сроки отмены неэффективных препаратов; потребление АБ отделениями, мониторинг чувствительности микроорганизмов; стоимость закупаемых препаратов.

Литература

1. Яковлев С.В. Анализ адекватности стартовых эмпирических режимов антибактериальной терапии при тяжелых нозокомиальных инфекциях (исследование АСЭТ). / С.В. Яковлев и [др]. // Клиническая фармакология и терапия. – 2006. – №15(2). – С.14-20.
2. Белобородов В.Б. Почему клиническая эффективность целенаправленной антимикробной терапии может быть ниже предполагаемой? / В.Б. Белобородов // Клиническая антибиотикотерапия. – 2002; – 6 (20) – С. 3-8.
3. Богданов М.Б. Опыт стандартизации антибактериальной терапии в многопрофильном стационаре. / М.Б. Богданов, А.Л. Подольцев, Т.В. Черненко // Клиническая фармакология и терапия. – 2000. – №9(2). – С.26-30.
4. Денисова О.И. Значение локального микробиологического мониторинга с позиций доказательной медицины и фармакоэкономики / О.И. Денисова, Г.Я. Клименок // VI Российская конференция “Современные проблемы антимикробной химиотерапии” – Москва., 15-18 сентября 2004 г. – С.42.
5. Пивовар М.Л. Эпидемиология использования антимикробных средств в многопрофильном белорусском стационаре / М.Л. Пивовар, С.А. Голубев, М.Н. Милый // Рецепт. – 2006. – №6(50). – С.34-40.
6. Тезяева С.А. Мотивация врачей при выборе антибактериальной терапии / С.А. Тезяева // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2005. – Т.7. – №2., Приложение 1. – С.54.
7. Ягудина Р.И. Фармакоэкономический анализ стартовых эмпирических режимов антибактериальной терапии тяжелых нозокомиальных инфекций в отделении реанимации и интенсивной терапии / Р.И. Ягудина, А.Ю. Куликов, И.С. Крысанов // Русский медицинский журнал. – 2006. – Т14, №21. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.rmj.ru – Дата доступа: 4.02.2009.