

УДК 616.24-002-053.9:615.032(575.2)

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРОТОКОЛУ ПО ЛЕЧЕНИЮ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ НА ВТОРИЧНОМ УРОВНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ, НА ПРИМЕРЕ ПОЖИЛЫХ

Жанбаева А.К.*Ошский государственный университет, Ош, e-mail: janbaeva.anara@mail.ru*

Цель работы – оценить уровень приверженности врачей вторичного уровня здравоохранения к клиническому протоколу в Кыргызской Республике по лечению внебольничной пневмонии на примере пожилых. Методы исследования: истории болезни 252 больных пожилого возраста (от 65 до 80 лет), пролеченных за 2011–2013 гг., с клиническим диагнозом «внебольничная пневмония» в трех учреждениях вторичного уровня здравоохранения в различных регионах республики. Результаты. Анализ полученных результатов свидетельствует о сравнительно достаточном уровне приверженности по качеству выбора стартового эмпирического антибиотика для монотерапии, установлены неоднозначные уровни выполнения рекомендаций по комбинированной и ступенчатой терапии. Самый высокий процент выполнения эмпирической терапии согласно клиническому протоколу в городской клинической больнице (г. Бишкек) – 87,6%. В отношении моно- и комбинированной терапии врачи строго следовали рекомендациям клинического протокола. Но в ступенчатой терапии имеются нерациональные переходы (28,7%). Хорошее соблюдение протокола врачами Джалалабадской объединенной областной больницы в выборе одного антибактериального препарата. Но в комбинированной терапии четыре из пяти комбинаций нерациональны. В ступенчатой терапии 41,6% случаев не соответствовали протоколу. В Ошской городской клинической больнице уровень приверженности врачей – 49,6%. В монотерапии 70% выполнения протокола, а в комбинированной терапии антибактериальные препараты соответствовали клиническому протоколу только в 28,5% случаев. В ступенчатой терапии в половине случаев действовали согласно протоколу. Выводы. Таким образом анализ полученных результатов свидетельствует об имеющемся в реальной клинической практике несоблюдении стандартов лечения внебольничной пневмонии, рекомендованных клиническим протоколом Кыргызской Республики. Уровень приверженности врачей клиническому протоколу в трех учреждениях вторичного уровня здравоохранения различен. У врачей г. Бишкека хорошая приверженность протоколу, в отличие от врачей в региональных учреждениях.

Ключевые слова: клинический протокол Кыргызской Республики, приверженность, внебольничная пневмония, пожилые

ADHERENCE TO THE CLINICAL PROTOCOL REGARDING COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA TREATMENT AT THE SECONDARY LEVEL OF HEALTHCARE IN THE KYRGYZ REPUBLIC, EVIDENCE FROM THE OLDER PERSONS

Zhanbaeva A.K.*Osh State University Medical Faculty, Osh, e-mail: janbaeva.anara@mail.ru*

Objective. To assess the level of commitment of doctors secondary health care level clinical protocol of the Kyrgyz Republic for the treatment of community-acquired pneumonia in the elderly example. Methods. 252 hospital chart of elderly patients (from 65 to 80 years) treated for 2011–2013 with a clinical diagnosis of «community-acquired pneumonia» in three secondary level health institutions. Results. Analysis of the results shows that a relatively adequate level of commitment to the quality of the choice of starting empirical antibiotic monotherapy and ambiguous set of recommendations on the levels of execution and stepwise of combination therapy. The highest percentage of the empirical treatment according to clinical protocol in the City Clinical Hospital (Bishkek) – 87,6%. Concerning the mono and combined therapy doctors strictly followed recommendations of the clinical protocol. But in step therapy there are irrational transitions of 28,7%. Good observance by doctors of the Jalal-Abad joint regional hospital in a choice of one antibacterial preparation. However, the combination therapy of the five combinations of four irrational. In step therapy in 41,6% of cases didn't correspond to the protocol. In the Osh city clinical hospital the level of commitment of doctors – 49,6%. In monotherapy of 70% of implementation of the protocol, and in the combined therapy antibacterial preparations corresponded to the clinical protocol only in 28,5% of cases. In step therapy in half of cases according to the protocol. Conclusions: Thus the analysis of the received results testifies about the standards of treatment of extra hospital pneumonia which are available in real clinical practice not observance recommended by the clinical protocol of the Kyrgyz Republic. Level of commitment of doctors to the clinical protocol in three establishments of secondary level of health care it is various. Doctors Bishkek good adherence protocol than doctors in regional institutions.

Keywords: clinical protocol of the Kyrgyz Republic, adherence, community-acquired pneumonia, older persons

Проблема диагностики и лечения внебольничной пневмонии (ВП) не потеряла своей актуальности. Это связано с увеличением за последние годы заболеваемости, летальности, изменением этиологической

структуры пневмонии, увеличением частоты резистентных микроорганизмов. Неотъемлемой частью медицины, основанной на доказательствах, становятся согласительные рекомендации по ведению больных

с теми или иными заболеваниями, в связи с чем важным мероприятием для повышения качества лечения является создание и внедрение в практику клинических протоколов (КП) в лечении больных.

Клинические руководства/протоколы играют положительную роль, так как врачи получают доступ к практике, основанной на принципах доказательной медицины [1, 2, 3, 4, 5]. Вместе с тем имеются объективные трудности внедрения рекомендаций в практическую деятельность, что озвучено целым рядом авторов. Так, приверженность клиническим рекомендациям по антибактериальной терапии ВП в различных странах колеблется от 56 до 80% [6, 7, 8].

В Кыргызской Республике (КР) КП по диагностике и лечению болезней органов дыхания разработаны для первичного и вторичного уровней здравоохранения и утверждены Приказом Министерства здравоохранения КР в 2010 г. [1]. Структура КП включает ключевые положения, касающиеся этиологии, критериев тяжести течения, диагностического минимума обследования и лечения [1, 5].

Цель – оценить уровень приверженности врачей вторичного уровня здравоохранения клиническому протоколу Кыргызской Республики по лечению внебольничной пневмонии на примере пожилых.

Материалы и методы исследования

Объект исследования: медицинская документация – истории болезни 252 больных, пролеченных в 3-х учреждениях вторичного уровня здравоохранения: городская клиническая больница № 6, г. Бишкек (ГКБ) $n = 161$, Ошская городская клиническая больница г. Ош (ОГКБ) $n = 64$ и Джалалабадская областная объединенная больница, г. Джалалабад (ЖООБ) $n = 27$. Дизайн исследования – ретроспективный, глубина исследования – 3 года, за период 2011–2013 гг. Клинический диагноз – внебольничная пневмония. Возраст пациентов от 65 до 80 лет

Результаты исследования и их обсуждение

Изучение приверженности следованию КП структурировалось по основным положениям АБТ, согласно протоколу. В проведенном нами исследовании соответствие КП по назначению монотерапии в ГКБ, ОГКБ и ЖООБ представлено на рис. 1 по степени убывания в следующем порядке: 48,4; 42,1 и 33,3% соответственно. Далее оценена качественная составляющая рациональности монотерапии путем анализа, назначенных антибактериальных препаратов (АБП). ГКБ (Бишкек) отличается от других ЛПУ 100% приверженностью КП, по критерию выбора надлежащего АБП. Для лечения ВП врачи применяли в: 84,6%

цефалоспорины III поколения (ЦСП) – цефтриаксон, цефотаксим; 5,1% макролиды – азитромицин, кларитромицин; 6,4% респираторный фторхинолон (рФХ) – левофлоксацин и 2,5% амоксициллин и комбинированный препарат – пиперациллин + тазобактам.

В ОГКБ (Ош), доля приемлемых для монотерапии АБП была значительно ниже и составила 70,3%, из которых 40,7% цефтриаксон, 22,2% ампициллин и ципрофлоксацин (7,4%). Особую тревогу вызывает факт лечения больных в каждом третьем случае цефазолином (22,2%) или аминогликозидами (7,4%), которые нерациональны, особенно у лиц пожилого возраста, и не рекомендованы КП.

В ЖООБ (Джалалабад) уровень приверженности по анализируемому показателю равнялся 88,8%, т.е. у 3/4 больных АБТ стартовала с: ЦС III 66,6%, ампициллина 11,1% и цефепима 11,1%, рекомендованными КП. Однако, каждому восьмому пациенту эмпирическую антибактериальную терапию (АБТ) начинали с цефазолина, отсутствующего в КП.

Сравнительный анализ данных по уровню использования монотерапии и надлежащего выбора стартового АБП в вышеуказанных стационарах вторичного уровня здравоохранения свидетельствует о недостаточной приверженности по выполнению данного пункта, который применен почти у каждого второго или у каждого третьего пациента (рис. 1). Препарат выбора не соответствовал протоколу ОГКБ в 29,6%, ЖООБ в 11,1% случаях. В пример им, приводится полное соответствие КП применения АБТ в ГКБ (Бишкек).

Следующим анализируемым критерием оценки приверженности к КП стала комбинированная АБТ, отраженная на рис. 2.

Данная форма АБТ врачами ГКБ (Бишкек) использовалась у каждого третьего пациента (29,1%), принцип рациональности комбинирования почти выдержан и отвечал требованиям КП (рис. 2). Использовались нижеперечисленные сочетания АБП в процентном соотношении к суммарной комбинированной АБТ – ЦСП с макролидами (59,5%), ЦС III с рФХ (17%), ЦС III + макролид + рФХ (4,2%). 10,6% комбинаций включали ципрофлоксацин, который предпочтителен при ВП, вызванной синегнойной палочкой. Однако в 8,5% случаев имеются не рекомендованные протоколом сочетания: амоксициллин + амоксициллин, цефтриаксон + метронидазол, ванкомицин + метронидазол, цефтриаксон + амоксициллин + амикацин



Рис. 1. Доля моно-, комбинированной и ступенчатой АБТ (%)

В ОГКБ уровень комбинированной АБТ не достигал 50%. Комбинирование АБП соответствовало КП только в 28,5% случаев: ЦСП + макролиды, бензилпенициллин + макролид, ЦСП + рФХ (рис. 2). Нецелесообразные и не рекомендованные для лиц этой уязвимой категории больных сочетания АБП в общем составили 53,6%: цефалоспорины с аминопеницилинами, аминогликозидами метронидазолом, ко-тримаксазолом, и цiproфлоксацин с бисептолом. Комбинации из трех и четырех АБП составили 17,7%: цефтриаксон + гентамицин + метронидазол, цефтриаксон + цiproфлоксацин + бензилпенициллин, азитромицин + стрептомицин + ко-тримаксазол + «ампициллин + сульбактам» и цефтриаксон + цефазолин + гентамицин + метронидазол.

В ЖООБ за 2011–2013 гг., в стационаре пролечено всего 27 больных пожилого возраста, из которых комбинированную АБТ получили 5 пациентов, что составило 18,5%. Следует особо отметить, что только в одном случае применено рациональное сочетание, а в остальных нерациональное – цефтриаксон + цефепим, цефтриаксон + амоксициллин, цефтриаксон + канамицин.

Анализируя комбинированную терапию, можно сказать, что только у врачей ГКБ отмечается хорошая приверженность к протоколу – 91,5%. В других нами изученных учреждениях применение КП значительно ниже: в ОГКБ меньше 1/3 комбинаций рациональны, а в ЖООБ только в одном из пяти сочетаний желательны (рис. 2). Сочетания АБП включали 2, 3 или 4 препарата, при этом зарегистрированы единичные комбинации рекомендованных АБП с ме-

тронидазолом, ко-тримаксазолом, ванкомицином, доксациклином, мономицином и стрептомицином, не усмотренные в КП.

Важной с точки зрения фармакоэкономической выгоды, снижения риска осложнений парентерального введения лекарственных средств при достижении клинического эффекта признана ступенчатая АБТ ВП, суть которой заключается в грамотном переходе с парентерального на энтеральный путь введения одного и того же АБП, а при отсутствии пероральной формы на близкий по своим антимикробным свойствам АБП.

В процессе работы нами выявлена низкая приверженность врачей к выполнению данного пункта. Последовательная смена с парентерального на пероральный путь одного и того же АБП, рекомендованная в КП, не осуществлена ни в одном случае. Для ступенчатой терапии применялись АБП из различных фармакотерапевтических групп.

В ГКБ ступенчатая АБТ применялась у 1/4 части пролеченных больных и была равна 26%. Последовательный переход АБТ осуществлялся с применением препаратов из различных групп антимикробных средств. В 71,3% переход осуществлялся с использованием рекомендованных КП АБП: цефалоспоринов, макролидов на левофлоксацин (26,1%) цiproфлоксацин (33,3%), азитромицин (7,1%) и на цефалексим (7,1%). В 28,7% нерациональные переходы.

В ОГКБ отмечен самый низкий – 9,3% – выполнения рекомендаций по надлежащей смене АБП, из которых только половина случаев – согласно протоколу.

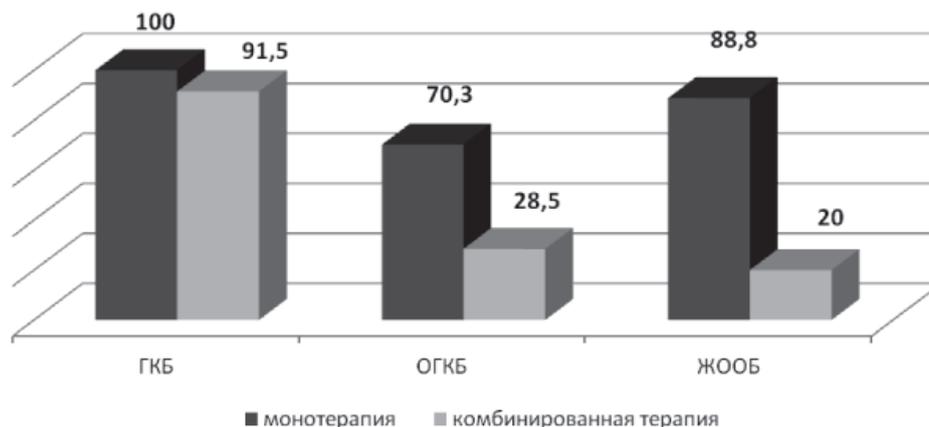


Рис. 2. Качественные показатели рациональности назначенных АБП (%)

Наиболее высокий количественный показатель перехода на ступенчатую терапию зарегистрирован в ЖООБ, он достигал 29,6%. Смену АБП проводили в следующем порядке: 41,6% от цетриаксона к аминопенициллинам, азитромицину и к ципрофлоксацину, в 8,3% от нижеперечисленной комбинации: цефепим + амоксициллин к ровамицину. В 41,6% случаев в процессе лечения одни антимикробные препараты заменяют другими: цефепим цефтриаксоном, цефтриаксон ампициллином, комбинации – амоксициллин + цефепим + метронидазол ципрофлоксацином и цефазолин + амоксициллин на доксициклин с гентамицином.

Выводы

Суммируя вышеизложенные данные, в целом можно констатировать, что уровень приверженности врачей клиническому протоколу в трех учреждениях вторичного уровня здравоохранения различен. Уровень приверженности врачей в ГКБ сравнительно выше, чем у врачей региональных учреждений – ОГКБ, ЖООБ, о чем свидетельствуют результаты анализа комбинированной и ступенчатой терапии, несоблюдение стандартов лечения ВП в соответствии с протоколом, причиной которого может быть: малая информированность врачей терапевтического профиля о существовании соответствующих рекомендаций, врачи больше ориентированы на те сведения, которые указаны в аннотациях лекарственных средств, где четко дана информация о воздействии данного препарата на инфекцию верхних и нижних дыхательных путей, что побуждает врачей к назначению их в данных ситуациях, отсутствие осведомленности работников ФОМС о наличии клинического протоко-

ла, а они ведут непосредственный надзор за адекватной терапией в стационарах.

Таким образом, необходимо строго следовать современным рекомендациям по лечению ВП лиц пожилого возраста для достижения более быстрого и адекватного излечения, так как КП позволяет практикующему врачу использовать препараты с доказанной эффективностью и безопасностью, исключить необоснованные назначения АБП, снизить количество врачебных ошибок и повысить качества медицинской помощи.

Список литературы

1. Клинические протоколы по пульмонологии для первичного и вторичного уровней здравоохранения в Кыргызской Республике. – Бишкек, 2010. – С. 11–24.
2. Максимов М.Л., Каннер Е.В. Подходы к фармакотерапии внебольничной пневмонии. Обзор современных рекомендаций // РМЖ. Болезни дыхательных путей. Poly клиника. – 2015. – № 4. <http://www.rmj.ru>.
3. Сооронбаев Т.М., Шабыкеева С.Б., Алтымышева А.Т. Клиническое руководство по внебольничной пневмонии // Центрально-азиатский медицинский журнал. – 2015. – Т. XXI, № 1. – С. 77–83.
4. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Козлов Р.С. и др. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике: пособие для врачей // РРО, МАКМАХ. – М., 2010. – С. 65–72.
5. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Козлов Р.С. и др. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике тяжелой внебольничной пневмонии у взрослых // РРО, МАКМАХ. – М., 2014. – С. 45–57.
6. Dudas V., Hopefl A., Jacobs R., Guglielmo B. Antimicrobial selection for hospitalized patients with presumed community-acquired pneumonia: a survey of nonteaching US community hospitals // Ann Pharmacother. – 2000. – № 34(4). – P. 446–452.
7. Menendez R., Torres A., Zalacain R., et al. Guidelines for the treatment of community-acquired pneumonia: predictors of adherence and outcome // Am J Respir Crit Care Med. – 2005. – № 15. 172(6). – P. 655–656.
8. Shorr A., Bodi M., Rodriguez A., et al. Impact of antibiotic guideline compliance on duration of mechanical ventilation in critically ill patients with community-acquired pneumonia // Chest. – 2006. – № 130(1). – P. 93–100.

References

1. Klinicheskie protokoly po pulmonologii dlja pervichnogo i vtorichnogo urovnej zdravoohraneniya v Kyrgyzskoj Respublike. Bishkek, 2010. pp. 11–24.
2. Maksimov M.L., Kanner E.V. Podhody k farmakoterapii vnebolnichnoj pnevmonii. Obzor sovremennykh rekomendacij // RMZh. Bolezni dyhatelnykh putej. Poly klinika. 2015. no. 4. <http://www.rmj.ru>.
3. Sooronbaev T.M., Shabykeeva S.B., Altymysheva A.T. Klinicheskoe rukovodstvo po vnebolnichnoj pnevmonii // Centralno-aziatskij medicinskij zhurnal. 2015. T. XXI, no. 1. pp. 77–83.
4. Chuchalin A.G., Sinopalnikov A.I., Kozlov R.S. i dr. Vnebolnichnaja pnevmonija u vzroslykh: prakticheskie rekomendacii po diagnostike, lecheniju i profilaktike: posobie dlja vrachej // RRO, MAKMAN. M., 2010. pp. 65–72.
5. Chuchalin A.G., Sinopalnikov A.I., Kozlov R.S. i dr. Klinicheskie rekomendacii po diagnostike, lecheniju i profilaktike tjazhelej vnebolnichnoj pnevmonii u vzroslykh // RRO, MAKMAN. M., 2014. pp. 45–57.
6. Dudas V., Hopefl A., Jacobs R., Guglielmo B. Antimicrobial selection for hospitalized patients with presumed community-acquired pneumonia: a survey of nonteaching US community hospitals // *Ann Pharmacother.* 2000. no. 34(4). pp. 446–452.
7. Menendez R., Torres A., Zalacain R., et al. Guidelines for the treatment of community-acquired pneumonia: predictors of adherence and outcome // *Am J RespirCrit Care Med.* 2005. no. 15. 172(6). pp. 655–656.
8. Shorr A., Bodi M., Rodriguez A., et al. Impact of antibiotic guideline compliance on duration of mechanical ventilation in critically ill patients with community-acquired pneumonia // *Chest.* 2006. no. 130(1). pp. 93–100.

Рецензенты:

Джолдубаев Ы.Д., д.м.н., профессор, зав. кафедрой «Внутренние болезни № 3» медицинского факультета, Ошский государственный университет, г. Ош;

Тайчиев И.Т., д.м.н., профессор, зав. кафедрой «Эпидемиология, микробиология с курсом инфекционных болезней» медицинского факультета, Ошский государственный университет, г. Ош.