Фармакоэкономика

теория и практика

www.pharmacoeconom.com

- ❑ ФАРМАКОЭКОНОМИКА ДЛЯ ОРГАНИЗАТОРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.
АЛГОРИТМ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ НА ОСНОВЕ
ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ
- ❑ МАТЕРИАЛЫ VIII КОНГРЕССА С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
«РАЗВИТИЕ ФАРМАКОЭКОНОМИКИ И ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИИ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» 4-5 МАРТА 2014г., г. РОСТОВ-НА-ДОНУ

№1 ^{Том2}
2014

ЭМПИРИЧЕСКАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА В СТАЦИОНАРЕ

EMPIRIC ANTIBACTERIAL THERAPY OF CHRONIC PIELONEPHRITIS EXACERBATION IN HOSPITAL

Луцет И.А.

Lutset I.A.

ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского»
Минздрава РФ, г. Саратов, Россия

SaratovStateMedicalUniversity named after V.I. Razumovsky

Пилонефрит относится Всемирной организацией здравоохранения к проблемам, имеющим социальное значение, так как заболевание, как правило, развивается у лиц трудоспособного возраста, и нередко становится причиной инвалидизации больных. На сегодняшний день пилонефрит является самым частым заболеванием мочевой системы во всех возрастных группах. Его частота у взрослых составляет – 0,8-1,5 случаев на 1000 населения.

Цель исследования – провести оценку назначения эмпирической антимикробной терапии при обострении хронического пиелонефрита (ХП) в стационаре.

Методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй болезней 200 пациентов урологических отделений больниц г. Саратова, с диагнозом обострения хронического пиелонефрита в период с ноября 2010 по апрель 2012 года. Средний возраст пациентов составил 40 ± 5 лет.

Результаты. Согласно рекомендациям по лечению обострения ХП Европейского урологического общества, опубликованным в марте 2009 года, для эмпирической фармакотерапии данного заболевания должны применяться цефалоспорины III-IV поколения, фторхинолоны и аминогликозиды в режиме монотерапии. Предпочтение отдается фторхинолонам. Наиболее эффективна ступенчатая терапия фторхинолонами, курс лечения 7-10 дней. И только, если нет успеха от лечения в течение 1-3 дней, возможна смена антимикробного препарата (АМП) и/или присоединение препаратов других групп.

В проведенном исследовании антибактериальная терапия назначалась сра-

зу после поступления в стационар. У всех пациентов брался материал на посев для определения чувствительности к антибиотикам. Антибактериальные препараты в режиме монотерапии назначались в 84,2%, в режиме комбинированной терапии – 15,8% случаев. В режиме монотерапии чаще применяли фторхинолоны – 51,2% и защищенные аминопенициллины 21,6%. 22 больным были назначены цефалоспорины I-III поколений (17,6%); нефторированные хинолоны в 4%, макролиды в 3,2%, аминогликозиды в 1,6% и гликопептиды в 0,8% случаев. В режиме политерапии использовались следующие комбинации лекарственных препаратов: фторхинолоны + цефалоспорины III поколения 45%, защищенные аминопенициллины + цефалоспорины III- 10%, защищенные аминопенициллины + фторхинолоны-10%, фторхинолоны + аминогликозиды II поколения 5%, цефалоспорины III + аминогликозид 10%, защищенные аминопенициллины + метронидазол 10%, амигликозиды + цефалоспорины III поколения 5%, цефалоспорины III поколения + метронидазол 5% случаев. У одного пациента использовали комбинацию из 3 препаратов аминогликозид II поколения + цефалоспорины III + метронидазол.

Заключение. Таким образом, в реальной клинической практике врачи не всегда придерживались общепринятых рекомендаций. Однако, учитывая эффект от лечения, нельзя сделать заключение, что пациенты подвергались неправильному лечению, так как выбор АМП носит многофакторный характер и определяется уровнем антибиотикорезистентности в регионе, особенностями системы здравоохранения, маркетинговой политикой фармацевтических компаний.