


№1 ^{Том 7}
2019

Фармакоэкономика

теория и практика



ФЭП

Pharmacoeconomics
theory and practice

№1 ^{Volume 7}
2019

- СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОЛОГИИ КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ (ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОЙ) ОЦЕНКИ СОГЛАСНО ИСХОДНОЙ (ОТ 28.08.2014) И ДЕЙСТВУЮЩЕЙ (ОТ 29.10.2018) РЕДАКЦИИ ПОСТАНОВЛЕНИЯ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ № 871
- МАТЕРИАЛЫ XIV НАЦИОНАЛЬНОГО КОНГРЕССА С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «РАЗВИТИЕ ФАРМАКОЭКОНОМИКИ И ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ – «ФАРМАКОЭКОНОМИКА 2019» 2 – 3 АПРЕЛЯ 2019, Г.САМАРА

РЕАЛЬНАЯ ПРАКТИКА АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ
ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА В СТАЦИОНАРЕTHE REAL PRACTICE OF ANTIBACTERIAL THERAPY OF GESTATIONAL
PYELONEPHRITIS IN THE HOSPITAL

Широкова И.А., Решетько О.В.
Shirokova I.A., Reshetko O.V.

Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского, г. Саратов, Россия
Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky, Saratov, Russia

DOI: <https://doi.org/10.30809/phe.1.2019.50>

Ключевые слова: фармакотерапия, гестационный пиелонефрит, беременность.

Цель исследования: Оценить особенности антибактериальной терапии (АБТ) беременных с гестационным пиелонефритом, находившихся на лечении в специализированном стационаре г. Саратова, и ее соответствие рекомендациям российского общества акушеров-гинекологов, 2004 г., ассоциации врачей общей практики Российской Федерации, 2014 г. и российского общества урологов, 2008 г.

Методы: Проведено фармакоэпидемиологическое ретроспективное исследование, основанное на анализе медицинских карт (форма 086/у) стационарных больных с установленными диагнозами «Мочекаменная болезнь» код по МКБ-Х: N20-N23, «Гестационный пиелонефрит» код по МКБ-Х: O23.0, «Гидронефроз» код по МКБ-Х: N13, последовательно поступивших в урологическое отделение г. Саратова с 11.01.16 по 28.10.18 г.

Результаты: В исследование было включено 124 пациента, средний возраст - 25,1±5,6 года. Встречаемость гестационного пиелонефрита в I триместре- 7 (5,7%), во II триместре- 60 (48,4%), в III триместре- 57 (45,9%).

Бактериологическое исследование мочи проводилось всем пациентам на 2 сутки после госпитализации. При этом АБТ была назначена в первый день госпитализации, что снижает диагностическую значимость теста и не соответствует клиническим рекомендациям.

При рассмотрении АБТ выяснено, что 87,1% (108) пациентов стационаре был предписан один антибактериальный препарат, а 12,9% (16) – два.

При анализе стартовой монотерапии было выяснено, что большинству пациентов - 91,7% (99/108) были предписаны β-лактамы антибиотиков. Линкозамиды (клиндамицин) были назначены - 3,7% (4/108) беременных, макролиды - 2,8% (3/108), и по 0,9% (1/108) - по одной женщине получали фторхинолоны (норфлоксацин) и производное фосфоновой кислоты (фосфомицин). Из β-лактамов антибиотиков применялись цефалоспорины 52,5% (52/99), пенициллины 43,4% (43/99), карбапенемы 4,1% (4/99). Из группы цефалоспоринов были назначены: цефалоспорины III поколения 88,5% (46/52) – цефотаксим 45,7% (21/46) беременных, цефтриаксон – 41,3% (19/46), ингибитор - защищенный цефалоспирин (цефоперазон+сульбактам) - 10,9% (5/46) пациентам, цефиксим – у 2,1%

(1/46); цефалоспорины II поколения (цефуроксим) 7,7% (4/52); цефалоспорины I поколения (цефазолин) 3,8% (2/52). Из группы пенициллинов были предписаны ингибитор-защищенный пенициллин (амоксциллин/клавулановая кислота) 83,7% (36/43) пациентов, амоксициллин - 16,3% (7/43). Из группы карбапенемов применялись меропенем у 75% (3/4) беременных, эртапенем - 25% (1/4). Из макролидов – кларитромицин – у 66,7% (2/3) пациентов, и 33,3% (1/3) – азитромицин. В соответствии с клиническими рекомендациями для монотерапии гестационного пиелонефрита предпочтение следует отдавать ингибитор-защищенным пенициллинам (амоксциллин/клавулановая кислота), цефалоспорины II и III поколений (цефотаксим, цефтриаксон, цефутоксим). Таким образом, только 74,1% (80/108) беременных при монотерапии антибактериальными препаратами назначались лекарственные препараты согласно клиническим рекомендациям.

В структуре стартовой комбинированной АБТ преобладало назначение метронидазола 100% (16/16) с цефалоспорины III поколения (цефтриаксон у 9 (56,2%); цефотаксим у 5 (31,2%) больных), с цефалоспорины II поколения (цефутоксим) – у 6,3% (1/16), и с производным фосфоновой кислоты (фосфомицин) - 6,3% (1/16). Однако согласно современным рекомендациям по лечению гестационного пиелонефрита комбинированная антибактериальная терапия не показана.

В соответствии с клиническими рекомендациями кратность введения антибактериальных препаратов можно считать отчасти удовлетворительной. Так как амоксициллин/клавулановая кислота должен назначаться 3 раза в сутки. 100% (36/36) пациентов принимали данный препарат 2 раза в день.

В виду неэффективности лечения – ухудшения состояния пациентов или отсутствия положительной динамики – проводили коррекцию терапии. Замена АБТ была осуществлена у 6,5% (8/124) беременных на 2,9±1,1 (2-5) сутки. У них всех проводилось дополнительное бактериологическое исследование мочи. При этом у всех был получен отрицательный результат (посевы роста не дали). Замена АБТ была осуществлена эмпирически. Так, на 2-е сутки смену антибактериального препарата провели 4 женщинам: одной беременной комбинацию цефотаксим+метронидазол на цефоперазон/сульбактам, второй - амоксициллин/клавулановая кислота на комбинацию цефутоксим+метронидазол, третьей

- цефазолин на клиндамицин, четвертой женщине клиндамицин на цефтриаксон. Двум беременным на 3 сутки заменили: одной - норфлоксацин на амоксициллин, другой - цефотаксим на меропенем. На 4 сутки терапии одной беременной произвели смену клиндамицина на амоксициллина/клавулановую кислоту. Одному пациенту заменили цефотаксим на цефтриаксон на 5-е сутки лечения. Замена антибактериальных средств была направлена на назначение препаратов с расширенным спектром действия, в частности анаэробов. Хотя имеются случаи с нерациональной сменой АБТ (клиндамицин на цефтриаксон, клиндамицин на амоксициллина/клавулановую кислоту). Клинические рекомендации по смене антибактериального препарата в случае неэффективности при гестационном пиелонефрите отсутствуют. Тем не менее, нарушаются сроки замены АБТ (4-5 сутки).

Ступенчатая АБТ не использовалась.

Все пациенты были выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии с рекомендациями по дальнейшей терапии. В соответствии с клиническими рекомендациями перед выпиской всем беременным провели повторное бактериологическое исследование мочи. Во всех случаях был получен отрицательный результат.

Заключение. По данным проведенного ретроспективного фармакоэпидемиологического исследования фармакотерапия гестационного пиелонефрита у беременных не всегда соответствует клиническим рекомендациям. В частности, для стартовой терапии используется комбинированная АБТ, при назначении монотерапии – каждой четвертой женщине назначался препарат вне клинических рекомендаций. Всем беременным проводилось бактериологическое исследование мочи, но при этом материал забирался после начала АБТ, что снижает диагностическое значение теста. Не выдерживались сроки замены антибактериального средства при его неэффективности. Ступенчатая АБТ не использовалась. Таким образом, необходимо проведение образовательных мероприятий для врачей с целью улучшения приверженности современным клиническим рекомендациям терапии гестационного пиелонефрита.

www.pharmacoeconom.com