

Л.И. Дворецкий, д.м.н, профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии № 2 Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова, Россия

Ошибки ведения больных внебольничной пневмонией. Можно ли их избежать?

Согласно И.В. Давыдовскому, «врачебные ошибки – род добросовестных заблуждений врача в его суждениях и действиях при выполнении им тех или иных специальных врачебных обязанностей». Сегодня врачебная ошибка трактуется как неправильные действия или бездействие врача при выполнении им своих профессиональных обязанностей, не являющиеся следствием его недобросовестности и не содержащие состава преступления или признаков проступка.

Врачебные ошибки могут быть нескольких видов:

- диагностические, т. е. связанные с установлением диагноза;
- лечебно-тактические (ошибки в выборе методов исследования и в оценке их результатов);
- лечебно-технические: неполное обследование больного и ошибки диагностических или лечебных манипуляций;
- организационные: неправильная организация рабочего места и лечебного процесса;
- ошибки ведения медицинской документации;
- ошибки поведения медицинского персонала.

Практически все виды вышеперечисленных ошибок совершаются врачом на различных этапах курации пациентов с внебольничной пневмонией (ВП) – заболеванием потенциально курябельным, но тем не менее являющимся причиной летального исхода у 5-30% заболевших. По данным ВОЗ, пневмония занимает 4-е место в структуре причин смертности. В США ежегодно регистрируют от 5 до 6 млн случаев этого заболевания у взрослых.

Основные ошибки ведения пациентов с пневмонией могут возникать на различных этапах:

- диагностики и верификации пневмонии;
- оценки тяжести заболевания;
- выбора антибактериального препарата (АБП);
- оценки эффективности назначенного антибактериального препарата;
- коррекции антибактериальной терапии;
- определения длительности антибактериальной терапии (АБТ).

Существенную проблему на сегодняшний день представляет полипрагмазия при лечении больных пневмонией.

Диагностика и верификация пневмонии

Диагностика ВП основывается на умении врача своевременно выявлять и правильно трактовать ряд признаков (критериев), составляющих так называемый золотой стандарт диагностики ВП, – кашель, лихорадка (выше 3 суток), клинические признаки легочного инфильтрата, лейкоцитоз, рентгенологические признаки легочного инфильтрата. Поскольку последние два признака не могут быть оценены при первичном осмотре, то, по мнению экспертов Британского торакального общества, для своевременной диагностики ВП может быть достаточно трех других признаков. Несмотря на, казалось бы, однозначность и доступность вышеуказанных диагностических критериев, диагностика ВП, прежде всего в системе первичного звена (врач-терапевт), остается в настоящее время несовершенной.

Около 30% случаев пневмонии диагностируется поздно или вообще не диагностируется.

Причины поздней или ошибочной диагностики ВП можно условно разделить на объективные и субъективные. Так, несвоевременное обращение больного к врачу в силу различных обстоятельств может быть одной из причин поздней диагностики. С другой стороны, возможно атипичное течение пневмонии, при котором на первый план выступают внелегочная симптоматика, признаки декомпенсации сопутствующей патологии (сердечная недостаточность, сахарный диабет и др.). Такие ситуации нередко встречаются у лиц пожилого и старческого возраста,

а также у больных, страдающих различными хроническими заболеваниями. Однако основной причиной ошибок в диагностике ВП является недостаточная компетентность врача: несовершенные знания и навыки выявления клинических признаков (перкуторных, аускультативных) легочного инфильтрата, неправильная трактовка выявленных симптомов, затянувшееся обследование больного.

Основными дифференциально-диагностическими проблемами остаются заболевания с синдромно сходной симптоматикой (туберкулез, опухолевые заболевания, пневмониты неинфекционной природы, интерстициальные заболевания легких, ТЭЛА и некоторые другие). Невыполнение стандартов диагностики пневмонии само по себе считается ошибкой (лечебно-технические ошибки в виде неполного обследования больного по И.В. Давыдовскому). К таким диагностическим стандартам относится рентгенологическое исследование грудной клетки у больных с подозрением на пневмонию до начала лечения. Между тем анализ качества диагностики пневмонии в различных регионах России свидетельствует о том, что данное исследование проводилось лишь у незначительного количества больных до начала АБТ. К этой же категории ошибок на этапе диагностики заболевания относится отсутствие бактериологического исследования мокроты и крови у госпитализированных больных пневмонией.

Таким образом, врачи не всегда следуют имеющимся клиническим рекомендациям по диагностике пневмонии, что может быть обусловлено незнанием и игнорированием таковых.

Оценка тяжести ВП и принятие решения о месте лечения больного

Ошибки в определении тяжести ВП не позволяют адекватно оценить прогноз заболевания у больного и обосновать тактику лечения. Прежде всего тяжесть пневмонии определяет место пребывания пациента с ВП (амбулаторное или стационарное лечение). Более того, в случае необходимости госпитализации степень тяжести заболевания позволяет врачу принять решение о переводе больного в отделение реанимации и интенсивной терапии. Общепринятыми показаниями для госпитализации больных ВП являются наличие дыхательной недостаточности, декомпенсация сопутствующей патологии (сердечная недостаточность, сахарный диабет и др.), невозможность обеспечить адекватное лечение и уход в домашних условиях.

Тяжесть пневмонии является одним из клинических ориентиров для выбора АБП, адекватного данной ситуации. Практически все рекомендации по антибактериальной терапии ВП приводятся с учетом тяжести течения заболевания.

Предложены различные системы-шкалы, позволяющие оценить тяжесть пневмонии (PORT, PSI, CURB, CURB-65). Наиболее практически приемлемой можно считать шкалу CURB-65 (Confusion – спутанность, Urea – уровень мочевины в крови, Respiration – число дыханий в минуту – >30/мин, Blood pressure – артериальное давление: систолическое ≤90 мм рт. ст., диастолическое ≤60 мм рт. ст., возраст >65 лет), однако она требует определения показателя мочевины в крови, что практически невозможно в условиях первичного врачебного звена. С учетом этого

можно использовать шкалу CRB-65, позволяющую прогнозировать смертность и, следовательно, определять показания к госпитализации либо в общетерапевтические отделения, либо в ОРИТ.

Антибактериальная терапия ВП

На этапе принятия решения о назначении АБТ больным пневмонией совершается наибольшее число ошибок, касающихся различных аспектов АБТ:

- своевременности начала;
- выбора АБП (доза, режим дозирования, путь введения и др.);
- оценки первоначальной эффективности АБП;
- необходимости коррекции АБТ;
- длительности АБТ.

Сроки начала АБТ пневмонии являются одним из факторов, влияющих на конечные результаты лечения. Особенно важным является как можно более раннее назначение АБП больным пожилого и старческого возраста в связи с более тяжелым течением пневмонии и худшим прогнозом. Показано, что смертность в первые 30 дней среди больных тяжелой пневмонией в возрасте старше 65 лет, у которых АБТ была начата в первые 8 ч с момента поступления, была значительно ниже по сравнению с больными, которым антибиотик назначался в более поздние сроки. В другом исследовании отмечено значительное снижение смертности среди больных пневмонией, госпитализированных в отделение интенсивной терапии, у которых АБТ начиналась в течение 4 ч с момента поступления по сравнению с более поздним началом лечения.

Несвоевременное начало АБТ у госпитализированных больных ВП было отмечено при анализе качества ведения больных ВП в некоторых регионах России.

Выбор АБП

Наиболее важным и ответственным решением, от которого во многом зависит эффективность лечения и исход заболевания, является выбор стартового АБП. Между тем обращает на себя внимание частое несоответствие стартового АБП принятым клиническим рекомендациям, составляющее, по данным Л.В. Юдиной (2007), 22,8%, а также недостаточная суточная доза АБП (18,6%) или неадекватный режим дозирования (5,6%). По данным НИИ АХ СГМУ (2007), у 85% больных тяжелой ВП стартовый АБП не соответствовал клиническим рекомендациям, внутривенное введение АБП назначалось только в 59% случаев, а у большинства пациентов (68%) АБТ проводилась в режиме монотерапии. Несмотря на достаточную осведомленность врачей о препаратах выбора при лечении ВП, в реальной амбулаторной практике назначение АБП не всегда соответствует современным рекомендациям (высокая частота назначения ципрофлоксацина, цефазолина, парентеральных цефалоспоринов III поколения, «увлечение» макролидами в ущерб β-лактамам). Если для врача основными критериями выбора АБП является эффективность и удобный режим приема, то для пациентов это эффективность и возможность перорального приема [1].

Ошибочным следует считать назначение больным ВП следующих АБП:

- цефалоспорины I поколения;
- аминогликозиды (гентамицин);
- ранние фторхинолоны (ципрофлоксацин);
- тетрациклины (высокий уровень устойчивости);
- ко-тримоксазол (высокий уровень устойчивости, побочные эффекты);
- ампициллин внутрь (низкая биодоступность);
- ампиокс;
- клиндамицин.



Л.И. Дворецкий

Тем не менее, по данным Л.В. Юдиной (2007), цефалоспорины I поколения при лечении ВП назначались 12,4% больным, фторхинолоны II поколения (главным образом ципрофлоксацин) – 17,4%, аминогликозиды – 7,4%, ко-тримоксазол – 6,6%, рифампицин и доксициклин – по 4,1%, линкомицин – 1,7%.

В подавляющем большинстве случаев врач принимает решение о выборе стартового антибиотика, не имея данных о характере возбудителя пневмонии, а зачастую и перспектив получения таких данных. С учетом этого АБТ носит не целенаправленный, а эмпирический характер, в чем должен отдавать себе отчет врач, курирующий больного ВП. В реальной клинической практике выбор первоначального АБП для лечения пациентов с ВП должен определяться, с одной стороны, клинической ситуацией, а с другой – свойствами самого АБП.

При амбулаторном ведении больных ВП, согласно рекомендациям Российского респираторного общества, следует выделять две группы пациентов:

1-я группа – больные в возрасте до 60 лет без сопутствующей патологии;

2-я группа – больные старше 60 лет с наличием различной сопутствующей патологии (хронической обструктивной болезни легких, сахарного диабета, хронической алкогольной интоксикации и др.), которая, с одной стороны, может определять этиологический вариант (риск наличия грамотрицательной флоры) ВП, а с другой – прогноз заболевания. У больных этой группы выше риск антибиотикорезистентности микроорганизмов (пенициллинрезистентность *S. pneumoniae*, выработка β-лактамаз грамотрицательными микроорганизмами).

Больным 1-й группы рекомендовано назначение внутрь амоксицилина или макролидов с оптимальной фармакокинетикой (азитромицин, кларитромицин). Макролиды предпочтительнее при непереносимости β-лактамов антибиотиков или при подозрении на ВП, вызванную атипичными микроорганизмами (микоплазма, хламидия). В качестве альтернативных АБП у этой группы больных возможно назначение внутрь респираторных фторхинолонов (левофлоксацин, моксифлоксацин, гемифлоксацин). Несмотря на неактивность аминопенициллинов в отношении атипичных возбудителей, клинические исследования не выявили различия в эффективности между аминопенициллинами, различными макролидами и респираторными фторхинолонами.

Больным 2-й группы также рекомендуется АБТ внутрь с использованием защищенных пенициллинов (амоксциллин/клавуланат, амоксициллин/сульбактам), комбинация защищенных пенициллинов с макролидами или респираторные фторхинолоны в режиме монотерапии. Преимущество парентерального введения АБП в амбулаторном лечении ВП не доказано.

Госпитализированным больным с более тяжелым течением заболевания следует назначать АБП парентерально. Общепринято применение β-лактамов (амоксциллин, защищенные пенициллины, цефалоспорины II-III поколений) в сочетании с макролидами (азитромицин, кларитромицин). Смертность при ВП, особенно среди больных пожилого возраста, ниже при назначении комбинированной терапии цефалоспорины II-III поколения в сочетании с макролидами по сравнению с монотерапией цефалоспорины

III поколения. Доказано, что комбинированная АБТ β-лактамами и макролидами улучшает прогноз больных ВП, сокращает сроки пребывания в стационаре, что делает оправданной подобную комбинацию. Альтернативными АБП могут быть респираторные фторхинолоны (левофлоксацин, моксифлоксацин). По некоторым данным (Т.М. File et al., 1997; S.R. Norrby et al., 1998; J.V. Kahn et al., 2001), левофлоксацин в режиме монотерапии оказывает клинический и бактериологический эффект, сравнимый с таковым комбинации β-лактамов и макролидов.

В одном из последних метаанализов (K.Z. Vardakas et al., 2008) сравнивалась эффективность комбинированной АБТ β-лактамами и макролидами с респираторными фторхинолонами (левофлоксацин) в режиме монотерапии. Анализ были подвергнуты результаты 23 рандомизированных контролируемых исследований, включивших 7885 больных. Результаты свидетельствовали о более высокой клинической эффективности респираторных фторхинолонов по сравнению с комбинированной АБТ больных тяжелой ВП. В то же время при лечении пациентов с нетяжелой пневмонией респираторные фторхинолоны не имели преимуществ перед комбинированной АБТ. Если у госпитализированных больных (тяжелая ВП) при приеме респираторных фторхинолонов внутрь не отмечено различий между двумя исследуемыми группами, то при внутривенном введении респираторные фторхинолоны оказывали более выраженный клинический и бактериологический эффект по сравнению с комбинацией β-лактамов и макролидов. Кроме того, побочные эффекты, особенно со стороны желудочно-кишечного тракта, регистрировались достоверно реже. Следует отметить, что в большинстве исследований, включенных в метаанализ, левофлоксацин применялся в суточной дозе 500 мг.

Дозирование АБП

Нередко встречаются ошибки в выборе дозы назначенного АБП без учета тяжести пневмонии. В недостаточной суточной дозе АБП назначался у 18,6% больных ВП (В.И. Христолюбова, Л.И. Волкова, 2005).

Стандартные дозы β-лактамов и других АБП у больных тяжелой ВП могут оказаться недостаточно эффективными. Наличие признаков сепсиса и септического шока при тяжелой ВП требует назначения более высоких доз β-лактамов (амоксциллин/клавуланат 1,2-2,4 г 2-3 р/сут; цефотаксим 2-3 г 2-3 р/сут) или левофлоксацина (500 мг/сут). При тяжелой ВП дозирование АБП имеет свои особенности в отношении как суточных доз, так и кратности введения. Предпочтительным путем введения АБП у данной категории пациентов является внутривенный.

Выбор способа введения АБП

Путь введения АБП определяется многими факторами, в том числе тяжестью пневмонии, состоянием больного, фармакокинетической характеристикой АБП и др. Если в некоторых ситуациях при инфекциях нижних дыхательных путей парентеральный путь введения не имеет альтернативы (нарушение сознания, стволовые расстройства с нарушением глотания, патология кишечника и др.), то в остальных случаях парентеральная АБТ требует определенных показаний и должна быть обоснованной, а не произвольной. При достижении клинического эффекта от парентеральной АБТ рекомендуется осуществлять переход на пероральную форму того же или сходного по противомикробному спектру другого антибиотика (ступенчатая терапия). Критериями для перехода с парентерального на пероральный путь введения антибиотиков следует считать нормальные показатели температуры на протяжении 2-кратного измерения за последние 16 ч, нормальное количество лейкоцитов или тенденцию к нормализации, субъективное улучшение (уменьшение кашля, одышки), стабилизацию показателей дыхания и гемодинамики, отсутствие признаков нарушения всасывания. Оптимальными сроками перехода с парентеральной на пероральную терапию являются 48-72 ч. Для обеспечения комплаенса следует отдавать предпочтение антибиотикам с высокой биодоступностью и удобным режимом дозирования

(1-2 р/сут). Таким требованиям отвечают современные респираторные фторхинолоны (левофлоксацин, моксифлоксацин).

В то же время ошибочным является назначение АБП внутрь с целью «упростить» лечение как для больного, так и для среднего медперсонала без учета конкретной клинической ситуации и фармакокинетики АБП. У пациентов с тяжелой пневмонией это может стать одной из причин недостаточного эффекта или вообще неэффективности лечения. Не следует назначать АБП внутрь при тяжелых пневмониях, особенно препараты с низкой биодоступностью (ампициллин, цефуроксим аксетил), что не позволяет достигать оптимальной концентрации АБП в крови. В то же время у больных нетяжелой ВП при отсутствии осложнений и фоновой патологии допустима пероральная АБТ. В подобных ситуациях парентеральный путь введения АБП оказывается не только необоснованным, но и более дорогостоящим.

Оценка эффективности первоначального АБП

При амбулаторном ведении пациента с ВП обязательной является оценка эффективности и переносимости назначенного АБП (правило второго визита) через 48-72 ч. АБТ внебольничной пневмонии следует считать неэффективной, если отсутствуют признаки клинической стабилизации, такие как:

- температура < 37,8 °С;
- ЧСС < 100 уд/мин;
- систолическое АД > 90 мм рт. ст.;
- ЧД < 24/мин;
- SaO₂ > 90%.

При анализе ведения больных ВП приходится нередко сталкиваться с такими ошибками, когда больной продолжает получать назначенный АБП в течение недели и более, несмотря на отсутствие очевидного клинического эффекта. Необоснованно длительная АБТ при отсутствии эффекта и необходимость смены АБП наблюдалась у 20,6% (В.И. Христолюбова, Л.И. Волкова, 2005). Ошибочность подобной практики имеет немало негативных последствий. Во-первых, затягивается назначение другого, более адекватного АБП, что способствует прогрессированию легочного воспаления (особенно важно при тяжелых пневмониях, у больных с сопутствующей патологией), развитию осложнений, удлинению сроков лечения. Кроме того, повышается риск возникновения побочных (токсических) эффектов АБТ, развития антибиотикорезистентности. Не следует игнорировать и значение негативного влияния неэффективности проводимой терапии на больного, влекущего за собой снижение доверия к врачу и комплаенса. Очевидна и неэкономичность такой ошибочной тактики (напрасный расход неэффективного АБП, задержка пребывания больного в стационаре, дополнительные затраты на лечение токсических эффектов и др.).

При отсутствии эффекта в указанные сроки следует пересмотреть тактику АБТ (замена амоксициллина на левофлоксацин или добавление последнего к β-лактаму АБП) или решить вопрос о госпитализации пациента.

Коррекция АБТ

Наряду с ошибками при оценке эффективности АБП встречаются ошибки при коррекции АБТ, т. е. смене одного АБП на другой. При отсутствии данных микробиологического исследования принцип выбора АБП остается тем же – ориентирование на клиническую ситуацию, однако с учетом неэффективности первоначального АБП и других дополнительных признаков. Отсутствие эффекта от первоначального АБП в известной степени должно быть дополнительным ориентиром, позволяющим обосновать выбор второго АБП. Так, отсутствие эффекта от β-лактамов АБП (пенициллины, цефалоспорины) у больного ВП позволяет предполагать или делать более вероятным предположение о легонеллезной или микоплазменной пневмонии (с учетом, разумеется, других признаков). В свою очередь, это обосновывает назначение АБП из группы макролидов (азитромицин, кларитромицин и др.) или респираторных фторхинолонов (левофлоксацин, моксифлоксацин).

Во избежание ошибок при коррекции АБТ следует иметь в виду возможные причины неэффективности АБП:

- неправильный диагноз (туберкулез, опухоль, отек легких и др.);
- наличие осложнений (легочные, внелегочные);
- тяжелая сопутствующая и фоновая патология;
- неадекватный первоначальный АБП;
- неадекватный режим дозирования АБП;
- антибиотикорезистентность;
- поздно начатая АБТ.

Длительность АБТ

По данным В.И. Христолюбовой, Л.И. Волковой (2005), необоснованно длительная АБТ проводится у 11,5%. Согласно рекомендациям IDSA/ATS (2007), больной ВП должен лечиться как минимум в течение 5 дней (уровень доказательности I), лихорадка должна стойко отсутствовать в течение 48-72 ч, при этом не должно быть более 1 признака клинической нестабильности (уровень доказательности II). При высокой вероятности атипичной пневмонии рекомендуется более продолжительная АБТ – до 14 дней, хотя имеются данные об эффективности и более коротких курсов в подобных клинико-эпидемиологических ситуациях. Наличие таких признаков, как астения, субфебрилитет, неполное рентгенологическое разрешение пневмонии, отсутствие полного рентгенологического разрешения пневмонии и нормализации показателей СОЭ, не должны являться показанием для продолжения АБТ и тем более для назначения другого АБП.

Полипругазия

Среди большинства врачей укоренилось ошибочное мнение о необходимости назначения больному ВП наряду с АБП различных лекарственных средств (антигистаминных, иммуномодуляторов, витаминов, нестероидных противовоспалительных препаратов, противогрибковых средств и др.). Подобная полипругазия не имеет достаточной доказательной базы, а лишь увеличивает стоимость лечения и повышает риск побочных эффектов медикаментозной терапии.

Так, например, одной из распространенных ошибок при проведении АБТ пневмонии является назначение одновременно с АБП противогрибковых средств с целью как профилактики грибковых осложнений, так и «лечения» кандидоза в случаях обнаружения в полости рта грибов рода *Candida*. Обычно назначается нистатин внутрь, что трудно объяснить с позиций его фармакокинетики: этот АБП обладает весьма низкой биодоступностью и практически не всасывается из ЖКТ. Действие нистатина преимущественно местное. Кроме того, врач при назначении нистатина ориентируется лишь на данные микробиологического исследования и не учитывает наличие или отсутствие симптомов кандидоза и факторов риска развития грибковой инфекции (тяжелый иммунодефицит и др.).

Учет различных клинических ситуаций

В повседневной клинической практике при назначении любого медикаментозного средства, в том числе и АБП, приходится учитывать многочисленные факторы конкретной клинической ситуации (возраст, сопутствующую патологию, прием других медикаментов и т. д.), определяющей тактику АБТ и ее особенности. Неадекватная оценка ситуации приводит к ошибкам в АБТ.

Так, ошибочным является назначение беременным для лечения пневмонии фторхинолонов, клиндамицина, метронидазола. Кроме того, с осторожностью должны назначаться аминогликозиды, ванкомицин, имипенем.

Наличие сопутствующей патологии в ряде случаев создает сложности в проведении АБТ, что может приводить и к ошибкам в выборе АБП, его дозировки, пути введения, длительности АБТ и т. д. При этом в основе ошибок может лежать либо невыявление сопутствующей патологии, либо ее недооценка в отношении токсического влияния АБП, либо недостаточное знание фармакокинетических особенностей выбранного АБП. При наличии у больного почечной недостаточности

следует отдавать предпочтение АБП с преимущественно внепочечным выведением (цефоперазон) или с двойным путем элиминации (ципрофлоксацин). Ошибочно назначенные потенциально нефротоксичных АБП (аминогликозиды, карбапенемы) без коррекции дозы у больных с сопутствующей почечной недостаточностью. Опасно также в подобных ситуациях сочетание АБП, обладающих нефротоксическими свойствами (аминогликозиды и цефалоспорины, за исключением цефоперазона).

Особенно важно учитывать наличие сопутствующей, нередко множественной патологии с функциональными нарушениями органов и систем у больных пожилого и старческого возраста. Возрастное снижение показателей клубочковой фильтрации наряду с высокой частотой нефроангиосклероза у пожилых лиц должны быть одним из факторов, влияющих на выбор АБП, что, к сожалению, не всегда учитывается в клинической практике.

При наличии достоверно установленной гиперчувствительности к пенициллину ошибочно назначение других β-лактамов АБП (цефалоспоринов, карбапенемов). Альтернативными АБП могут быть фторхинолоны, макролиды. Однако следует иметь в виду, что нередко за аллергическую реакцию АБП принимают реакции другого происхождения (сосудистые, вегетативные и др.), в связи с чем следует критически оценивать указания больных на такую «непереносимость» и более тщательно анализировать ситуацию. Вместе с тем опасны внутрикожные пробы на АБП, поскольку существует такая же опасность тяжелых анафилактических реакций.

По данным исследования С.А. Рачиной и соавт. (2009) об индикаторах качества ведения больных ВП, основные ошибки ведения госпитализированных больных ВП сводятся к следующим:

- рентгенологическое исследование позже 24 ч с момента поступления;
- отсутствие бактериологического исследования мокроты и крови (при тяжелых ВП) до назначения АБП;
- задержка начала АТ более 8 ч с момента верификации диагноза;
- несоответствие режима АТ национальным рекомендациям;
- недостаточное использование режима ступенчатой терапии;
- отсутствие профилактики у пациентов из группы риска.

Современная ситуация, свидетельствующая об ошибках диагностики и ведения больных ВП, обусловлена многими причинами, прежде всего недостаточным следованием клиническим рекомендациям (КР). Основными барьерами на пути внедрения КР по ведению больных ВП в практику врача-терапевта являются следующие:

- недостаточная осведомленность о существовании КР;
- недостаточные знания КР;
- консервативность клинического мышления;
- отсутствие мотивации;
- невозможность контроля преимуществ следования КР в лечении больных ВП;
- неуверенность в улучшении исходов ВП в случаях следования КР.

В то же время следование КР способствует повышению эффективности лечения и благоприятному исходу заболевания, а также уменьшает риск принятия ошибочных решений при ведении больных ВП. Имеются доказательства того, что следование КР позволяет снизить долю неэффективной терапии на 35-40%, а вероятность летального исхода – на 45% (А.И. Синопальников, 2007). Таким образом, основными реальными путями, которые позволят избежать ошибок ведения больных ВП или, по крайней мере, минимизировать их, является строгое следование КР. С учетом этого первоочередной задачей органов и последипломного обучения следует считать внедрение КР в практику врачей первичного звена здравоохранения, прежде всего врачей-терапевтов.

Список литературы находится в редакции.

Статья печатается в сокращении.

Русский медицинский журнал,
2009, т. 17, № 23.