

## ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ОЖОГОВЫХ ТРАВМ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДОВ ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА

Занина И. А., Чембарцева И. В.

Воронежская государственная медицинская академия, кафедра управления и экономики фармации, г. Воронеж

Лечение термических ожогов у детей в настоящее время представляет сложную проблему, обусловленную как частым возникновением травмы, так и тяжестью течения патологического процесса, который нередко заканчивается неблагоприятным исходом. Так, по данным ГУЗ ОДКБ №2 г. Воронежа, за 2006 год было пролечено 327 детей с острой термической ожоговой травмой. В 85% случаев термические ожоги получают дети до 5 лет, что связано с особенностями психического развития, поведенческими реакциями и с толщиной кожного покрова, которая у детей первых лет жизни составляет 1 мм.

Антибактериальная терапия – один из важных компонентов консервативного лечения инфицированных ожогов. Решающую роль для достижения результатов играет адекватная эмпирическая терапия, то есть назначение антибактериальных препаратов до получения результатов микробиологического анализа.

Актуальность проблемы оптимизации антибиотикотерапии ожоговой болезни обусловлена широтой ассортимента современных антибактериальных препаратов (более 160 наименований) и бюджетным финансированием стационара города.

Целью настоящего исследования была фармакоэкономическая оценка применения основных групп антибактериальных препаратов, используемых в терапии ожоговых травм у детей, и выбор клинически эффективной и экономически выгодной схемы лечения.

Для определения оптимальной схемы антибиотикотерапии ожоговой болезни у детей был проведен ретроспективный анализ 53 историй болезни пациентов (в возрасте от 6 месяцев до 4 лет) с указанной патологией за первое полугодие 2006 года на базе ожогового отделения ГУЗ ОДКБ №2. Исследуемый контингент был разделен на три группы по площади пораженной поверхности тела, определенной по методу Ланда и Броудера. В первую группу вошли 18 детей с площадью пораженной поверхности 0.5-3%, во вторую группу – 20 детей с площадью 4-10% и в третью группу – 15 детей с площадью 11-22%. Для каждой группы была определена средняя продолжительность лечения в стационаре, преобладающие схемы антибиотикотерапии и их стоимость без учета цены изделий медицинского назначения (шприцев, ваты, и др.).

Результаты проведенного исследования показали, что во всех случаях детям назначались антибактериальные препараты широкого спектра действия. Так, наиболее часто встречаемыми схемами антибиотикотерапии у детей в первой группе были: 1) оксациллин + цефазолин и 2) оксациллин + гентамицин, причем оксациллин назначался в 40% случаев, цефазолин и гентамицин – в 12% случаев. Для первой группы пациентов средняя продолжительность лечения в стационаре составила 10 дней; стоимость курса лекарственной терапии (стоимость одного флакона антибиотика x количество флаконов препарата, пошедших на лечение) составила 259.65 руб. для комбинации оксациллин (1 фл. 500 мг) + цефазолин (1 фл. 500 мг) и 90.5 руб. для комбинации оксациллин (1 фл. 500 мг) + гентамицин (1 амп. 40 мг).

У детей второй группы чаще встречались комбинации трех антибиотиков: 1) оксациллин + гентамицин + цефазолин и 2) оксациллин + гентамицин + цефтриабол, причем оксациллин назначался в 30.7% случаев, гентамицин – в 25.6%, цефазолин – в 12.8%, цефтриабол – в 7.8% случаев. Средняя продолжительность лечения в стационаре для детей второй группы была 18 дней; стоимость курса антибиотикотерапии по схеме оксациллин (1 фл. 500 мг) + гентамицин (1 амп. 40 мг) + цефазолин (1 фл. 500 мг) составила 622.3 руб.; и для комбинации оксациллин (1 фл. 500 мг) + гентамицин (1 амп. 40 мг) + цефтриабол (1 фл. 1.0 г) – 3340.24 руб.

Сравнительный анализ антибиотикотерапии пациентов третьей группы показал, что наиболее часто встречаемыми комбинациями антибактериальных препаратов являются: 1) оксациллин + гентамицин + цефазолин и 2) гентамицин + цефтриаксон + цефазолин, причем частота назначения гентамицина составила 32%, цефазолина – 20%, оксациллина – 16%, цефтриаксона – 16%. Средняя продолжительность лечения в стационаре детей третьей группы была 20 дней; стоимость курса антибиотикотерапии препаратами оксациллин (1 фл. 500 мг) + гентамицин (1 амп. 40 мг) + цефазолин (1 фл. 500 мг) составила 692 руб.; антибиотиками гентамицин (1 амп. 40 мг) + цефтриаксон (1 фл. 500 мг) + цефазолин (1 фл. 500 мг) – 779.4 руб. Таким образом, при небольшой площади ожоговой поверхности (0.5-3%) наиболее предпочтительным для предупреждения развития гнойных осложнений ожоговых ран является назначение антибиотика из группы полусинтетических пенициллинов – оксациллина в комбинации с аминогликозидным антибиотиком гентамицином или с цефалоспориновым антибиотиком первого поколения – цефазолином. Однако, сопоставляя клиническую эффективность с экономическими показателями терапии (стоимость терапии с цефазолином почти в три раза выше, чем с гентамицином) и учитывая возможные ото- и нефротоксические побочные эффекты гентамицина, более целесообразно, на наш взгляд, назначение комбинации оксациллина с цефазолином.

При лечении ожоговых травм с площадью поражения 4-10% можно рекомендовать заменить цефтриабол в схеме: оксациллин + гентамицин + цефтриабол на аналогичные по действию, но менее дорогие цефалоспориновые антибиотики третьего поколения – цефотаксим и цефтриаксон, тогда стоимость антибиотикотерапии по схеме оксациллин + гентамицин + цефотаксим составит 320 руб., что в 10 раз ниже, чем при назначении цефтриабола, а при замене цефтриабола на цефтриаксон стоимость терапии будет 537 руб., что экономически в 6 раз выгоднее исходной комбинации антибиотиков.

В связи с тем, что ценовой диапазон схем антибиотикотерапии детей третьей группы с площадью ожоговой травмы 11-22% не имеет статистически достоверных отличий, выбор наиболее рациональной схемы антибиотикотерапии определяется клинической эффективностью лечения.