



Э.И. ЗЕМЛЯКОВА, Э.М. ШАКИРОВА, Л.З. САФИНА
Казанская государственная медицинская академия

УДК 616.9-08-035

Экспертный анализ лечения острых респираторных инфекций участковыми педиатрами

Землякова Эмма Ивановна

кандидат медицинских наук, ассистент кафедры педиатрии с курсом поликлинической педиатрии
420012, г. Казань, ул. Волкова, д. 18, тел. (843) 236-96-88, e-mail: lz-safina@yandex.ru

Установлены ошибки при назначении антибиотикотерапии, постановке диагноза заболеваний дыхательных путей и структуре сопутствующих заболеваний, несоответствие ведения медицинской документации существующим требованиям. Выявленные отклонения от стандартов в лекарственной терапии инфекций дыхательных путей позволят сформировать подходы к современным методам управления качеством медицинских и фармацевтических услуг, что положительно отразится на состоянии здоровья пациентов.

Ключевые слова: острые респираторные инфекции, рациональная фармакотерапия, полипрагмазия, экспертный контроль.

E.I. ZEMLYAKOVA, E.M. SHAKIROVA, L.Z. SAFINA
Kazan State Medical Academy

Expert analysis treatment of acute respiratory infection by pediatricians

An expert analysis of 300 outpatients of children with acute respiratory viral infection was conducted. Set errors in the appointment of antibiotics, the diagnosis of respiratory diseases and the structure of associated diseases, failure of medical records to the existing requirements was installed. Identify deviations from standards in drug therapy of respiratory tract infections will generate approaches to modern methods of quality control of medical and pharmaceutical services, which has a positive impact on patients' health.

Keywords: acute respiratory infections, rational pharmacotherapy, polypragmaziya expert control.

Острые респираторные инфекции (ОРИ) занимают ведущее место в структуре общей заболеваемости населения России. Наибольшую актуальность проблема приобретает в педиатрической практике. Это обусловлено значительной распространенностью ОРИ в детской популяции, а также высоким риском развития серьезных осложнений и значительным удельным весом этих инфекций в структуре смертности среди детей первых трех лет жизни [1, 2]. Следует отметить, что данная группа инфекционных заболеваний, сходная по эпидемиологическим характеристикам, механизмам развития и клиническим проявлениям, имеет различную этиологию.

Как известно, наиболее частыми возбудителями ОРИ являются вирусы (80-95%): аденовирусы, респираторно-синцитиальный вирус, вирусы гриппа и парагриппа, риновирусы, коронавирусы, вирусы ЕСНО и Коксаки (тип А и В). Среди

бактериальных агентов - пневмококк (30-40%), гемофильная палочка и моракселла катаралис (12-15%), реже атипичные возбудители (микоплазма, хламидии), очень редко стафилококк (10%) и грибы [3, 4]. Путь передачи инфекционного агента для большинства респираторных вирусов – преимущественно аэрозольный (для аденовирусов не исключен алиментарный путь передачи).

В целом клиническая картина ОРИ при респираторных инфекциях вирусной этиологии имеет сходный характер и складывается из общих (лихорадка, озноб, общее недомогание, потеря аппетита и т.д.) и местных симптомов (затрудненное носовое дыхание, чихание, боль в горле, насморк и кашель). Вместе с тем, некоторые характерные черты заболевания определяются этиологическим агентом. В связи с этим, основным в дифференциальной диагностике ОРИ является локализация

воспаления дыхательных путей и выраженность интоксикационного синдрома. Так, при риновирусной инфекции патологический процесс чаще всего ограничивается слизистыми оболочками верхних дыхательных путей, и клинические проявления характеризуются обильным насморком и незначительной интоксикацией. При аденовирусных респираторных инфекциях поражаются слизистые оболочки органов дыхания, конъюнктивы и лимфоидная ткань, иногда в патологический процесс вовлекаются паренхиматозные органы и кишечник. Клиническая картина при аденовирусной инфекции характеризуется множественностью симптомов и интоксикацией. При респираторно-синцитиальной инфекции после первичного поражения эпителия верхнего отдела и кратковременной вирусемии далее поражаются нижние дыхательные пути с воспалением слизистых оболочек мелких бронхов и бронхиол. Особенно это заболевание тяжело протекает у детей раннего возраста и часто сопровождается бронхообструктивным синдромом. Грипп характеризуется быстрым, в течение короткого времени, подъемом температуры до фебрильных значений и сильнейшей интоксикацией, сопровождающейся ознобом, слабостью, мышечными и суставными болями, гиперестезией. Типичным для гриппа является головная боль с локализацией в лобной области и глазных яблок и отсроченные по времени проявления катаральных симптомов [3, 4]. Заболевший гриппом имеет характерный вид (покраснение шеи и лица, одутловатость лица, инъекция сосудов склер, гиперемия конъюнктивы, цианоз губ). Поражение дыхательных путей может возникнуть с первых часов болезни или позднее в виде сухого кашля, першения в горле, чувства саднения за грудиной, заложенности носа. Течение гриппа часто сопровождается вторичными осложнениями. Вирусы парагриппа менее агрессивны, чем вирусы гриппа, и заболевание обычно протекает как легкая форма гриппа с ведущим синдромом ларинготрахеита и умеренной интоксикацией. У детей это заболевание может осложняться отеком гортани (ложный круп) и асфиксией, парагриппозная инфекция – часто вторичной инфекцией в виде бронхопневмоний, ангины, синусита, менингоэнцефалита.

Число отклонений от стандартов в лекарственной терапии инфекций дыхательных путей имеет наибольший удельный вес в структуре всех ошибок, совершаемых в пульмонологической практике, и оказывают существенное влияние на исход заболевания. Кроме того, ненадлежащее применение лекарственной терапии, её низкое качество может иметь не только медицинские, но и различные социальные, деонтологические, экономические и другие последствия. Отечественная служба охраны здоровья матери и ребенка в последние десятилетия несет значительный груз общественной критики по поводу снижения доступности, качества и безопасности медицинской помощи. В этой связи, по нашему мнению, особый интерес представляет оценка качества и безопасности медицинской помощи детям в условиях детских поликлиник.

В структуре заболеваемости по обращаемости детей респираторная патология является ведущей, а применение различных групп лекарственных средств при этой патологии относится к региональному приоритету. В последние годы на фоне интенсивного развития клинической микробиологии было установлено, что у детей этиологическая структура острых респираторных инфекций имеет региональные особенности. Рациональная организация диагностических и лечебных мероприятий ОРИ у детей, которые составляют более 87% в структуре причин обращений детей за медицинской помощью в условиях городских амбулаторно-поликлинических учреждений, оказывает значительное влияние на показатели качества медицинской помощи.

Для расширения объема информации о доступности, качестве и безопасности медицинской помощи детям, обратившимся за амбулаторно-поликлинической помощью в городские детские поликлиники в г. Казань, нами проведено изучение качественных показателей медицинской помощи. Основным объектом экспертного контроля в городских детских поликлиниках г. Казань являлись отобранные методом случайной выборки 300 карт амбулаторного пациента (Ф № 112/у), обратившихся за оказанием медицинской помощи в связи с заболеванием ОРИ. Это были городские дети в возрасте 3-15 лет с заболеваниями верхних дыхательных путей, из них — 59% составили мальчики, 41% — девочки. Это исследование — срез реальной клинической практики.

Известно, что одним из основных условий эффективного лечения инфекционно-воспалительных заболеваний является рациональная этиотропная терапия. Однако одно из основных требований рациональной терапии – вирусологическое и микробиологическое обследование больного до начала лечения и выбор препаратов в строгом соответствии с результатами этиологической верификации заболевания – на практике неосуществимо. Судя по всему, принятие решения и выбор стартовой этиотропной терапии инфекционных заболеваний респираторного тракта и в обозримом будущем будут оставаться эмпирическими.

Таблица 1.
Основные группы возбудителей ОРИ у детей

Группы возбудителей	Возбудители
Респираторные вирусы	Грипп (А, В), парагрипп, аденовирусы, РСВ, риновирусы, коронавирусы
Внутри- и внеклеточные возбудители	<i>Clamydia pneumoniae</i> , <i>Ch. trachomatis</i> , <i>Mycoplasma pneumoniae</i> , <i>M. hominis</i> , <i>Pneumocystis</i> spp.
Герпесвирусы	Герпес 1-го, 2-го типа, Эпштейна–Барр-вирус (ВЭБ) - 4-го типа, цитомегаловирус (ЦМВ) – 5-го типа, герпес 6-го типа
Представители эндогенной микрофлоры	Стафилококки, стрептококки, энтерококки и др.
Бактериальные возбудители ЛОР-органов и респираторного тракта	Пневмококк, гемофильная палочка, моракселла, золотистый стафилококк, кишечная палочка, клебсиелла
Другие возбудители	Легионеллы, бокавирусы, метапневмовирусы

Неслучайно, что в МКБ-Х структура ОРИ, кроме гриппа, представлена по локальному признаку поражения. Отсюда очень важно подробное описание клиники поражения носоглотки и дыхательных путей.

Учитывая полиэтиологичность ОРИ, успех лечения детей с респираторными инфекциями во многом определяется умением врача «расшифровать» этиологию заболевания на



основании клинических симптомов и своевременного принятия решения о необходимости назначения оптимальной терапии, включая антибактериальную. Назначение антибиотиков является ответственным шагом в лечении ОРВИ, поскольку только 5-10% данной инфекции вызываются бактериальными агентами [5, 6]. Поэтому в последние годы в педиатрическую практику активно внедряются основанные на неоспоримых фактах доказательной медицины стандарты клинических алгоритмов диагностики и протоколы лечения, максимально ограничивающие использование системных антибиотиков по «эмпирическому выбору».

Уже при предварительном анализе амбулаторных карт обращало внимание, что педиатры нередко отождествляют понятия «ОРИ» и «ОРЗ». Между тем, ОРЗ имеет более широкое толкование, которое включает заболевания респираторного тракта неинфекционной природы и ОРВИ.

Таблица 2.
Характерные клинические проявления ОРВИ
в зависимости от этиологии заболевания

Клинические проявления	Возбудитель
Ринофарингит	Риновирусы Коронавирусы Вирусы гриппа А, В Вирусы парагриппа РС-вирусы Аденовирусы бокавирусы, метапневмовирусы
Фаринготонзиллит	Аденовирусы Вирусы Коксаки А, В, группа герпесвирусных инфекций
Герпетическая ангина	Вирусы Коксаки А
Фарингоконъюнктивальная лихорадка	Аденовирусы, группа герпесвирусных инфекций
Стенозирующий ларингит (ложный круп)	Вирусы гриппа Вирусы парагриппа
Бронхиолит	РС-вирусы Вирусы парагриппа

Такая высокая частота ОРВИ и ОРЗ без уточнённой локализации, вероятно, связана с тем, что в подавляющем большинстве не описывался локальный статус, в 67% случаев имели место расплывчатая и некорректная запись: «зев гиперемирован», тогда как при описании локального статуса следовало конкретно указать на наличие гиперемии дужек и (или) миндалин, и (или) задней стенки глотки и неба, наличие и характер выделений из носа. Настораживает крайне низкая частота острого отита, связанная, безусловно, с тем, что в отечественной практике участкового педиатра отоскопия пока не входит в стандарты обследования больных с ОРВИ.

Таким образом, проведенная экспертиза качества диагностики и оказания лечебной помощи детям показала, что постановка диагноза заболеваний дыхательных путей не всегда была безупречной. Так, ни в одном случае не была указана степень тяжести и течение ОРВИ, предусмотренная нормативными документами.

Таблица 3.
Структура ОРВИ по МКБ-Х

Грипп	J 11.1
Острый назофарингит (о.ринит)	J 01.9
Острый синусит	J 00.9
Острый фарингит	J 02.9
Острый тонзиллит	J 03.9
Острый ларингит и трахеит	J 04.0
Острый бронхит	J 20.9
Острый бронхиолит	J 21.0
Острая инфекция верхних отделов дыхательных путей множественной и неуточненной локализации	J 06.9
Острая инфекция нижних дыхательных путей неуточненной локализации	J 22.0

Таблица 4.
Распределение детей по нозологическим формам
заболеваний, установленных участковыми врачами

Форма заболевания	Частота заболевания (%)
ОРВИ и ОРЗ	134
Острый фарингит	40
Острый бронхит	10
Острый тонзиллит	8
Острый синусит	4
Аденовирусная инфекция	2
Острый отит	2

Таблица 5.
Критерии оценки тяжести ОРВИ [6]

Тяжесть течения	Характер течения	Осложнения
Легкая	Гладкий	Отсутствуют
Среднетяжелая	Гладкий или затяжной	Пневмония, отит, ИМВП, синусит, невриты
Тяжелая	Негладкий или затяжной	Пневмония, бронхиолит, мастоидит, менингит, энцефалит
Гипертоксическая (чаще при гриппе)	Молниеносный	Синдром Рея, Гассера, Уотерхауза-Фридериксена, генерализация



При оценке состояния детей с поражением бронхолегочной системы при первичном и повторном осмотрах в 100% амбулаторных карт отсутствовали элементарные клинические показатели: определение частоты дыхания, сердечных сокращений - даже в раннем возрасте и при наличии осложнений ОРИ. Между тем, выделение тяжести ОРИ очень важно для определения тактики ведения больных (объем обследования, амбулаторное лечение или госпитализация и т.д.). Важным в выборе терапии является выявление сопутствующих состояний, а также наличие или отсутствие осложнений. Эти данные могут оказаться модифицирующими факторами для обоснования антибактериальной терапии [7, 8]. Кроме того, тяжелые и гипертонические формы ОРИ при негладком, а тем более молниеносном течении, требуют от врача еще на амбулаторном этапе заподозрить синдром системной воспалительной реакции для госпитализации больного в многопрофильное лечебное учреждение в связи с риском полиорганной недостаточности.

Сопутствующие заболевания были установлены только у 14% детей. Их структура представлена в таблице 6.

Таблица 6.

Структура сопутствующих заболеваний

Сопутствующее заболевание	Частота (%)
Хронический тонзиллит	14,3
Аденоидит	14,3
Лимфаденит	14,3
Герпетическая инфекция	7,1
Стоматит	7,1
Хронический гастродуоденит	7,1
Дискинезия желчевыводящих путей	7,1
Папилломатоз гортани	7,1
Конъюнктивит	7,1
Энурез	7,1
МАРС синдром	7,1

В 10% случаев в амбулаторной карте были отмечены, как осложнения основного заболевания, следующие состояния: аденоидит, острый тонзиллит острый гайморит (20%), острый отит, гингивит, лимфаденит, острый трахеит (10%).

Каждый четвертый ребенок получал системную антибиотикотерапию (26%), однако её назначение было обоснованным только у 53,8% детей; 26,9% детей не имели показаний к назначению антибиотиков, в 19,2% случаев оценить обоснованность назначения антибиотиков не представлялось возможным.

Чаще всего в амбулаторной практике эмпирически использовались антибиотики пенициллинового ряда и макролиды (табл. 7).

Из антимикробных препаратов для местного использования у 17% больных применялся только гексорал.

Констатируя необоснованно широкое назначение антибиотиков при инфекциях вирусной природы (ОРИ, острый бронхит), следует обратить внимание на объективные факторы, влияющие на эту ситуацию. Участковый педиатр, не имея в своем арсенале тестов для экспресс-диагностики бактериальных

и вирусных инфекций, вынужден «перестраховываться». Между тем, в настоящее время такие «тесты у кровати» существуют (QuickStripe для выявления аденовирусов, РС, хламидий, Streptatest для выявления БГСА). Они должны, по возможности, внедряться и в амбулаторную практику. Одним из них является прокальцитонинный тест (ПКТ). Как известно, уровень ПКТ повышается при тяжелых бактериальных и грибковых инфекциях, тогда как при заболеваниях вирусной природы он, как правило, остается в пределах нормы.

Таблица 7.

Антибиотики, назначаемые участковыми педиатрами

Препарат	Частота назначений (%)
Флемоксин	23,1
Сумамед	19,2
Супракс	15,4
Аугментин	15,4
Амоксиклав	3,8
Ципролет	7,7
Азитромицин	7,7
Амоксициллин	3,8
Клацид	3,8

Понимая нецелесообразность антибактериальной терапии при ОРИ, на практике под влиянием ряда обстоятельств (ограниченный диагностический ресурс, сложности динамического наблюдения и др.) врач вынужден назначать антибактериальные препараты.

В последние годы в России арсенал препаратов лекарственных средств для лечения ОРИ пополнился новыми противовирусными и иммунокорректирующими препаратами, что существенно расширило возможности терапии [9, 10]. Среди лекарственных средств, обладающих противовирусным эффектом, различают препараты, воздействующие непосредственно на респираторные вирусы и/или на их ферменты (и др.), а также интерфероны и их индукторы. К противовирусным химиотерапевтическим лекарственным средствам, разрешенным для лечения ОРВИ у детей, относятся производные римантадина, рибавирина, тилорона, озельтамивир, арбидол, изопринозин.

Некоторые из них (арбидол, амиксин), помимо прямого противовирусного действия, оказывают также иммуномодулирующий эффект – индуцируют синтез эндогенного интерферона, стимулируют фагоцитоз и Т-клеточное звено иммунитета. Характеризуя данную группу противовирусных лекарственных средств, следует отметить, что их применение имеет определенные возрастные ограничения, связанные как с недостаточно изученной безопасностью их применения у детей раннего возраста (арбидол, озельтамивир), так и с выраженными побочными эффектами при системном применении (рибавирин) [11, 12]. Ниже представлена частота назначения препаратов этой группы по результатам анализа.

Как видно из таблицы, наиболее предпочтительными средствами среди врачей – педиатров являлись анаферон и арбидол.

В комплексной терапии ОРИ, наряду с этиопатогенетической терапией, 10% больных детей в связи с гипертермией получали



нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), из них в 90% случаев был назначен парацетамол, в 10% случаев – нурофен. Назначение муколитиков (чаще лазолван, реже АЦЦ и бромгексин) потребовалось у 15% детей. Следует отметить, как положительный момент, что ни в одном случае муколитики не комбинировались с противокашлевыми препаратами. Как следствие этого, не было эффекта «заболачивания».

Таблица 7.
Группы противовирусных средств, применяемых при лечении ОРИ

Препарат	Частота назначений (%)
Анаферон	37,5
Арбидол	32,8
Генферон	7,8
Виферон	4,7
Цитовир	3,1
Интерферон	1,6
Афлубин	1,6
ИРС-19	1,6
Гриппферон	1,6
Инфлюцид	1,6
Оциллококцидум	1,6
Имудон	1,6

Антигистаминные препараты (супрастин, диазолин, зиртек) получили 4% детей. Следует отметить, что не всегда антигистаминные препараты назначались с учётом необходимости. Так, часто они шаблонно использовались для профилактики лекарственной аллергии, что приводило к необоснованной полипрагмазии.

Проведенный анализ амбулаторных карт выявил некоторое несоответствие ведения медицинской документации существующим требованиям, так:

- 1) дозировка препаратов указывалась в таблетках, чайных ложках, свечах у 53% детей;
- 2) имела место полипрагмазия – одновременно больному было назначено более 4-5 препаратов (15%);
- 3) отсутствовало указание на продолжительность получения препаратов у 79% детей.

Эти данные чрезвычайно важны особенно при возникновении побочных эффектов терапии. Не было оценки исхода заболевания – у 10% больных. Все это вместе взятое не позволяло объективно провести экспертную оценку тактики врача.

Реформа здравоохранения в области управления качеством фармакотерапии предполагает проведение оценки

медицинской помощи на основе ее промежуточных и конечных результатов. Если результат станет главным критерием оценки качества фармакотерапии, то для всей системы, для каждого врача, главной целью всей деятельности становится не объем услуг, не строгое выполнение стандарта процесса, не недопущение дефектов, а положительные изменения состояния здоровья пациентов. Соблюдение технологии и принципов фармакотерапии должны подвергаться экспертизе только при недопустимом отклонении показателей результата от установленного стандарта. Этот подход сегодня является принципиальным.

Диагностика и лечение ОРИ является повседневными в работе педиатра общей практики, а в период сезонного подъема заболеваемости – одним из основных разделов его деятельности. Актуальность проблемы не только в высокой частоте ОРИ в структуре заболеваемости детей, но также необходимости дифференцированного подхода к этиологии, внедрения новых методов лабораторной экспресс-диагностики, что позволит ограничить необоснованную антибактериальную терапию, полипрагмазию и выбрать из огромного арсенала препаратов оптимальные средства лечения, поддерживающей терапии и профилактики, особенно в группе детей риска.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шаханина И.Л. Грипп и острые респираторные заболевания – приоритетная социально-экономическая проблема здравоохранения // Вакцинопрофилактика гриппа. — М., 1998. — С. 10-16.
2. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика // Научно-практическая программа Союза педиатров России. — М.: Международный Фонд охраны здоровья матери и ребенка, 2002. — 69 с.
3. Рачинский С.В., Таточенко В.К. Болезни органов дыхания у детей: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1987.
4. Учайкин В.Ф. Руководство по инфекционным заболеваниям у детей. — М.: Гэотар Медицина, 1998. — 700 с.
5. Научно-практическая программа «ОРЗ у детей: лечение и профилактика». Союз педиатров России. — № 1. — 2002.
6. «Стандартизированные принципы диагностики, лечения и экстренной профилактики гриппа и других ОРИ у детей» // Институт гриппа МЗ РФ, РАМН, НИИГ, РГМУ, РГПА. — 2004.
7. Новые подходы к тактике ведения детей с ОРИ // Усовершенствованные медицинские технологии. — Казань, 2009.
8. Приказ № 151 МЗ РФ от 07.05.98 «О временных отраслевых стандартах объема медицинской помощи».
9. Коровина Н.А., Заплатников А.Л., Захарова И.Н. Антибактериальная терапия респираторных заболеваний в амбулаторной практике врача-педиатра. — М.: Медпрактика, 2000. — 57 с.
10. Практические рекомендации по применению антибиотиков у детей в амбулаторной практике / Под ред. А.А. Баранова. — КМАХ. — 2007. — № 9 (3). — С. 200- 210.
11. Федеральное руководство для врачей по использованию лекарственных средств (формулярная система). — № 1. — М., 2000.
12. Учайкин В.Ф., Чешик С.Г., Балаболкин И.И. Терапевтическая эффективность и безопасность амиксина при гриппе и других респираторных вирусных инфекциях у детей // РМЖ. — 2001. — Т. 9, № 19. — С. 5-7.