

ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ТОНЗИЛЛИТА В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Николаева Н. Е.*

Кафедра клинической фармакологии ГОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия»
Минздравсоцразвития России, 150000, Россия, г. Ярославль, ул. Революционная, д. 5

РЕЗЮМЕ Проведена ретроспективная оценка существующей практики назначения лекарственных средств при амбулаторном лечении острого тонзиллита у 300 больных. Установлено, что этиотропная терапия с использованием антибиотиков проводится в 100% случаев и назначается эмпирически без предварительного бактериологического обследования. Среди антибиотиков, используемых для лечения острого тонзиллита, лидирующую позицию занимают пенициллины. Макролиды назначаются гораздо реже – при отягощенном аллергологическом анамнезе. Достоверных различий в применении оригинальных препаратов и дженериков не выявлено. Основным дефектом принятой в настоящее время тактики антибиотикотерапии острого тонзиллита в амбулаторных условиях являются сокращение длительности курса лечения препаратами пенициллинового ряда и оценка эффективности терапии только с учетом положительной динамики клинических симптомов заболевания.

Ключевые слова: острый тонзиллит, антибиотикотерапия, фармакоэпидемиология.

* Ответственный за переписку (corresponding author): e-mail: naphthusya@mail.ru

Актуальность проблемы острого тонзиллита определяется тяжестью этой патологии, нередко протекающего с осложнениями, и его этиопатогенетической связью с такими системными инвалидизирующими заболеваниями, как острая ревматическая лихорадка, гломерулонефрит, геморрагический васкулит и др. [1, 2]. В Ярославской области с 2005 года ежегодно регистрируется около 14 000 (13 600–13 800) случаев заболевания острым тонзиллитом.

Лечение больных острым неосложненным тонзиллитом обычно проводится в амбулаторных условиях. Этиотропный принцип терапии бактериальных инфекционных заболеваний требует применения антибиотиков [3]. Проведение антибиотикотерапии в амбулаторных условиях является чрезвычайно ответственной задачей, поскольку нерациональный выбор «стартового» антибиоти-

ка затягивает течение инфекционного процесса, может способствовать развитию суперинфекции, осложнений, а также потребовать дополнительно курса лечения и госпитализации [4, 5].

Цель настоящего исследования – ретроспективная экспертная оценка существующей практики назначения лекарственных средств при амбулаторном лечении острого тонзиллита.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ карт амбулаторного больного (форма № 025/у-87) 300 пациентов с острым тонзиллитом, проходивших лечение в поликлиническом отделении МУЗ «Городская клиническая больница № 2» г. Ярославля.

Заболееваемость острым тонзиллитом встречается одинаково часто во все времена года. В зим-

Nikolaeva N. E.

PHARMACOEPIDEMIOLOGICAL EXAMINATION OF ANTIBACTERIAL THERAPY FOR ACUTE TONSILLITIS IN AMBULANT PRACTICE

ABSTRACT The current practice of the medicaments administration in the ambulant treatment for the acute tonsillitis in 300 patients was retrospectively evaluated. It was determined that the etiotropic therapy with the antibiotics application took place in 100% of cases and was administered empirically without previous bacteriological examination. Among the antibiotics which were used for the acute tonsillitis treatment penicillin took the leading position. Macrolides were administered more rarely (in aggravating allergic medical history). The reliable differences in the application of the original medicaments and generics were not revealed. The main defects of the current tactics of antibiotics therapy for the acute tonsillitis in ambulant practice were the shortening of the duration of the course of treatment by the medicaments of penicillin line and the evaluation of the therapy efficacy only with due regard for the positive dynamics of the disease clinical symptoms.

Key words: acute tonsillitis, antibioticotherapy, pharmacoepidemiology.

ние месяцы ангина зафиксирована у 72 (24%) больных, в весенние – у 63 (21%), в летние – у 81 (27%), в осенние – у 84 (28%).

Работающее население составляло 253 человека (84,3%), учащиеся – 44 (14,7%), пенсионеры и безработные – 3 (1,0%). Среди работающих пациентов преобладали женщины – 161 (92 мужчины, $p < 0,01$); а среди учащихся – мужчины – 28 (16 женщин, $p < 0,01$).

Клинические проявления заболевания были классическими: симптомы интоксикации имели место в 90% случаев; повышение температуры тела: до 38°C – у 122 (40,7%) пациентов, до 39°C – у 129 (43,0%), 39°C и выше – у 49 (16,3%); реактивный подчелюстной лимфаденит диагностирован у 139 (46,3%) больных; гипертрофия миндалин I степени – у 2 (0,7%), II степени – у 273 (91%), III степени – у 25 (8,3%).

Для фармакоэпидемиологического исследования изучалась номенклатура назначенных антибиотиков, их дозировка, режим применения в течение суток, длительность лечения. Динамика прослеживалась по записям в амбулаторной карте.

Лечение считалось эффективным, если в результате применения антимикробных препаратов отмечалось исчезновение клинических симптомов. Неэффективным – в случае необходимости смены антибиотика или госпитализации на фоне проводимого лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Все 300 больных (100%) в качестве этиотропной терапии получали антибиотики. Во всех случаях препараты назначались эмпирически, без пред-

шествующего бактериологического обследования. Среди антибиотиков лидирующую позицию занимали пенициллины. Их получали 284 больных (94,67%). Макролиды, как препараты выбора при аллергии к β -лактамам антибиотикам в анамнезе, использовались в 3,34% случаев (у 10 больных). В одном случае (0,33%) был назначен доксициклин (группа тетрациклинов), в 3 (0,99%) – при осложнении тонзиллита паратонзиллярным абсцессом – линкомицин (группа линкозамидов) и в 2 (0,67%) – фторхинолоны.

Из пенициллинов в амбулаторных условиях наиболее часто используется группа аминопенициллинов (табл. 2). Среди них первое место по частоте назначения занимают амоксициллины, лидирует амоксициллин (52,87% больных, принимавших аминопенициллины). Вторую позицию занимает флемоксин солютаб (45,97%). Крайне редко назначался амосин (1,16%).

Из ингибиторзащищенных пенициллинов (табл. 2) применялись амоксиклав (у 70% пациентов, принимавших ингибиторзащищенные пенициллины), аугментин (у 30%).

Макролидные антибиотики сравнительно редко являются для врачей препаратами выбора при терапии острого тонзиллита, их назначали 10 (3,34%) пациентам с острым тонзиллитом (табл. 3). Предпочтение было отдано азитромицину (хемомицин получали 3 больных, сумамед, азитромицин и азитрал – по 1). Из других препаратов группы макролидов в единичных случаях использовались кларитромицин, мидекамицин, эритромицин.

Побочные эффекты антибиотикотерапии (аллергические реакции) отмечены лишь в 3 случаях

Таблица 2. Число больных, принимавших антибиотики группы пенициллинов для первичной монотерапии острого тонзиллита

Антибиотик	Абс.	Доля (%) в общем числе больных, получавших	
		антибиотики (n = 300)	пенициллины (n = 284)
Пенициллин природный (пенициллин)	1	0,33	0,35
Аминопенициллины:			
ампициллин	263	87,67	92,60
амоксициллины:	2	0,67	0,70
амоксициллин	261	87,00	91,90
флемоксин солютаб	138	46,00	48,59
амосин	120	40,00	42,25
	3	1,00	1,06
Ингибиторзащищенные пенициллины	20	6,67	7,04
амоксиклав	14	4,67	4,93
аугментин	6	2,00	2,11

Таблица 3. Антибиотики группы макролидов, применявшиеся для первичной монотерапии острого тонзиллита

Макролиды	абс.	Доля (%) в общем числе больных, получавших	
		антибиотики (n = 300)	макролиды (n = 10)
Азитромицин	6	2,00	60
Кларитромицин	1	0,33	10
Мидекамицин	2	0,68	20
Эритромицин	1	0,33	10

(1%) в виде высыпаний на коже: на доксициклин – с последующей заменой на линкомицин; на флемоксин – с последующей отменой и назначением антигистаминных препаратов и заменой на макролидные антибиотики (сумамед).

Многообразие предлагаемых в настоящее время современных лекарственных средств, с одной стороны, дает возможность выбора оптимального способа терапии, с другой – делает этот выбор затруднительным из-за существования наряду с оригинальными формами большого числа препаратов-аналогов (дженериков), которые не всегда равноценны в качественном отношении. Ориентируясь на наиболее часто применяемые для лечения острого тонзиллита антибиотики (табл. 4), необходимо отметить, что из пенициллинов практически одинаково популярны как оригинальные препараты (47%), так и дженерики (48,66%). Из оригинальных препаратов чаще используется флемоксин солютаб (назначается в 40% случаев лечения острого тонзиллита), а из дженериков – амоксициллин (в 46%).

Из макролидов группы азитромицина предпочтение отдавалось дженерикам (в 1,66% – хемомицину, азитралу, азитромицину, в 0,33% – сумамеду).

При анализе медицинской документации 300 больных острым тонзиллитом у 248 пациентов (82,67%) были выявлены несоответствия принятым рекомендациям, допущенные врачом при проведении антимикробной терапии.

3 (1%) пациентам необоснованно назначены пefлоксацин (абактал), доксициклин и ципрофлоксацин (ципролет). Дефекты при расчете дозы антибактериального препарата обнаружены лишь в 5 случаях (1,67%). У 76 пациентов (25,33%) отмечено уменьшение кратности приема препарата в течение суток и у 240 (80%) – сокращение продолжительности курса антибиотикотерапии.

С учетом сложившейся тактики лечения острого тонзиллита в амбулаторных условиях для оценки эффективности и анализа качества проведения антибиотикотерапии в зависимости от выбранного антибиотика были сформированы 3 группы исследования: группа А – 221 больной (этиотропная терапия проводилась препаратами группы амоксициллина); группа Б – 14 больных (принимавших препараты группы амоксициллин/клавуланат); группа В – 6 больных (получавших препараты азитромицина).

Таблица 4. Частота использования оригинальных антибиотиков и антибиотиков-дженериков для лечения острого тонзиллита

Оригинальные препараты			Дженерики		
Название	Абс.	%	Название	Абс.	%
	(n = 300)			(n = 300)	
Пенициллины: флемоксин солютаб	120	40,00	Пенициллины: амоксициллин	138	46,00
амоксиклав	14	4,67	амосин	3	1,00
аугментин	6	2,00			
Макролиды-азитромицины: сумамед	1	0,33	Макролиды-азитромицины: хемомицин	3	1,00
			азитрал	1	0,33
			азитромицин	1	0,33
Всего	141	47,00	Всего	146	48,66

Установлено, что расчет суточной дозы препарата в подавляющем большинстве случаев проводился правильно.

В группе А отсутствие отчетливых рекомендаций по режиму терапии было выявлено в общей сложности в 219 из 221 амбулаторных карт больных, т. е. в 90,09% случаев (неточно указана кратность приема препарата в течение суток – в 6,33%, сокращена до минимума длительность курса антибиотикотерапии – в 68,33% и сочетание обоих этих показателей – в 24,43%). У пациентов группы Б длительность курса терапии уменьшена в 100,00% случаев, а группы В – в 50%.

Фактическая продолжительность курса терапии исчислялась сроками «выписки» больного (закрытие листа нетрудоспособности) (табл. 5). По этому показателю оценивалась и «конечная эффективность» терапии. При лечении препаратами группы амоксициллина средняя длительность курса терапии равнялась $5,39 \pm 1,81$ сут, препаратами группы амоксициллин/клавуланата – $6,00 \pm 2,36$ и группы азитромицина – $4,5 \pm 1,51$. В эти сроки независимо от вида назначенного антибиотика клинические симптомы заболевания в основном исчезали (табл. 6).

К сожалению, судить о полноте выздоровления, ориентируясь на данные карт амбулаторного больного, не представляется возможным, т. к. практически полностью отсутствует лабораторный контроль (бактериологический и клинический) в динамике терапии.

ВЫВОДЫ

На основании ретроспективного фармакоэпидемиологического анализа карт амбулаторного больного установлено, что этиотропная антибактериальная терапия с использованием антибиотиков, назначаемая эмпирически без предварительного бактериологического обследования, проводится в 100% случаев.

Среди антибиотиков, используемых для лечения острого тонзиллита, лидирующую позицию занимают пенициллины (94,67%), главным образом, амоксициллин (46%) и флемоксин солютаб (40%). Макролиды (в основном азитромицины) используются для терапии этой патологии гораздо реже (3,34%), при отягощенном аллергическом анамнезе.

Достоверных различий в назначении больным оригинальных препаратов (47%) и дженериков (48,66%) не выявлено.

Основным дефектом принятой в настоящее время тактики антибиотикотерапии острого тонзиллита в амбулаторных условиях является сокращение длительности курса лечения препаратами пенициллинового ряда (от $5,39 \pm 1,81$ до $6,00 \pm 2,36$ суток) и оценка эффективности терапии только с учетом положительной динамики клинических симптомов заболевания. Бактериологический контроль эффективности антибиотикотерапии не проводится.

Таблица 5. Фактическая длительность курса антибиотикотерапии при лечении острого тонзиллита в амбулаторных условиях

Группа больных	Антибиотик	Длительность курса терапии, сут	
		фактическая	рекомендуемая
А	Амоксициллин	$5,39 \pm 1,81$	10
Б	Амоксициллин/клавуланат	$6,00 \pm 2,36$	10
В	Азитромицина	$4,5 \pm 1,51$	5

Таблица 6. Сроки исчезновения клинических симптомов острого тонзиллита на фоне антибиотикотерапии

Клинические симптомы	Группа А n = 221	Группа Б n = 14	Группа В n = 6
Интоксикация	$4,37 \pm 2,05$	$4,45 \pm 2,30$	$4,00 \pm 2,09$
Лихорадка	$4,88 \pm 1,81$	$5,50 \pm 2,52$	$4,50 \pm 1,51$
Местные проявления	$4,44 \pm 1,88$	$4,40 \pm 2,39$	$4,30 \pm 1,63$
Реакция регионарных лимфоузлов	n = 100 $5,43 \pm 1,90$	n = 8 $5,10 \pm 2,60$	n = 2 $6,00 \pm 1,41$

ЛИТЕРАТУРА

1. Белов Б. С., Насонова В. А., Гришаева Т. П. Ревматологические аспекты острого стрептококкового тонзиллита и современные подходы к его антибактериальной терапии // Клиническая антимикробная химиотерапия. – 2000. – № 2. – С. 4–10.
2. Беляков В. Д. Сюрпризы стрептококковой инфекции // Вестн. РАМН. – 1996. – № 11. – С. 24–28.
3. Дьяченко С. В., Слободенюк Е. В. Факторы, влияющие на выбор антибактериальных препаратов врачами амбулаторного звена // Материалы I Российского конгресса «Управление качеством медицинской помощи и системой непрерывного образования медицинских работников». – М., 2009. – С. 65–66.
4. Карпов О. И. Фармакоэкономика и фармакоэпидемиология средств антибактериальной терапии распространенных инфекций // Фармакоэкономика и фармакоэпидемиология – практика приемлемых решений / под ред. В. Б. Герасимова, А. Л. Хохлова, О. И. Карпова. – М. : Медицина, 2005. – С. 166–211.
5. Крюков А. И., Лучшева Ю. В. Ангина и хронический тонзиллит: проблема выбора антибактериального препарата в амбулаторных условиях // Справочник поликлинического врача. – 2007. – Т. 5, № 4.

Поступила 11.01.11