

Г.Н. Бондарь, В.Н. Лучанинова

Владивостокский государственный медицинский университет

Применение антибактериальных препаратов у детей при острых респираторных инфекциях в амбулаторной практике Владивостока

В СТАТЬЕ ПРЕДСТАВЛЕНЫ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ АМБУЛАТОРНЫХ КАРТ 781 РЕБЁНКА В ВОЗРАСТЕ ДО 14 ЛЕТ С СИМПТОМАМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ В ПЕРИОД 1999–2002 ГГ. АНАЛИЗИРОВАЛОСЬ ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО НАЗНАЧЕНИЙ, ГРУППЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, РЕЖИМ ИХ ДОЗИРОВАНИЯ, ПУТЬ ВВЕДЕНИЯ И СРОКИ ЛЕЧЕНИЯ, УКАЗАННЫЕ В АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЕ. ВЫЯВЛЕНО, ЧТО АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ НЕОСЛОЖНЁННЫХ ОРИ И БРОНХИТАХ НАЗНАЧАЛОСЬ В 65–86% СЛУЧАЕВ. САМЫМ ИСПОЛЪЗУЕМЫМ ПРЕПАРАТОМ БЫЛ КО-ТРИМОКСАЗОЛ, СЛЕДУЮЩИМ ПО ЧАСТОТЕ НАЗНАЧЕНИЯ – АМОКСИЦИЛЛИН И МИДЕКАМИЦИН. ЛЕЧЕНИЕ НЕОСЛОЖНЁННЫХ ФОРМ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ПРОВОДИЛОСЬ 17 АНТИБИОТИКАМИ: В 42% – ПРЕПАРАТАМИ ПЕНИЦИЛЛИНОВОГО РЯДА, В 18,7% – ЦЕФАЛОСПОРИНАМИ РАЗНЫХ ПОКОЛЕНИЙ И В 22% – МАКРОЛИДАМИ. ПОЛУЧЕННЫЕ ДАННЫЕ ГОВОРЯТ О НЕОБОСНОВАННОМ НАЗНАЧЕНИИ АНТИБИОТИКОВ ПРИ НЕОСЛОЖНЁННЫХ ФОРМАХ ОРИ И НЕСОБЛЮДЕНИИ СУЩЕСТВУЮЩИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ЛЕЧЕНИЮ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ДЕТИ

19

Контактная информация:

Бондарь Галина Николаевна
кандидат медицинских наук,
доцент кафедры педиатрии № 2
Владивостокского государственного
медицинского университета
Адрес: 690950, Владивосток,
проспект Острякова, д. 2,
тел.: (4232) 45-81-64
Статья поступила: 01.02.2006 г.,
принята к печати: 12.01.2007 г.

Острые респираторные инфекции (ОРИ) остаются самой распространённой патологией детского возраста. Несмотря на значительный прогресс в развитии клинической фармакологии, вопросы обоснованности назначения лекарственных средств при ОРИ продолжают сохранять свою актуальность [1–3]. Это связано с отсутствием согласованных протоколов лечения, преувеличением роли медикаментозной терапии в лечении ОРИ, с изменением чувствительности возбудителей к антибактериальным средствам. Всё это является причиной полипрагмазии в педиатрии, необоснованного назначения антибактериальных препаратов при острых респираторно-вирусных инфекциях (ОРВИ). И это, несмотря на полученные убедительные доказательства отсутствия эффекта антибиотиков как на продолжительность течения ОРВИ, так и в отношении профилактики бактериальных осложнений [3–5]. Целью нашего исследования явилось определение реальной эффективности назначения антибактериальных препаратов в лечении ОРИ у детей участковыми педиатрами Владивостока.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Для получения объективных данных о практике применения антибактериальных средств, при лечении заболеваний дыхательных путей в амбулаторных условиях и оценки рациональности применяемых режимов терапии с точки

G.N. Bondar', V.N. Luchaninova

Vladivostok State Medical University

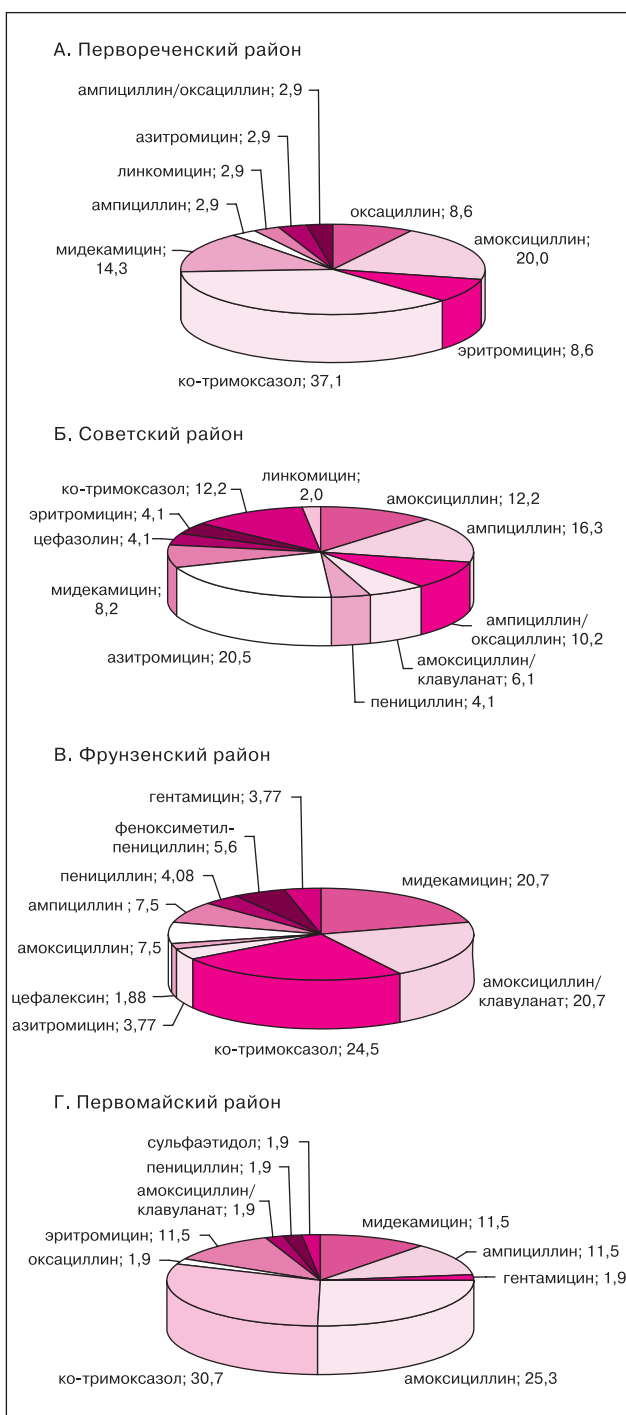
Application of antibacterial medications among children, suffering from acute respiratory diseases in dispensary practices of Vladivostok

THE ARTICLE DEALS WITH THE FINDINGS OF THE EXPERT APPRAISAL OF THE PATIENT MEDICAL RECORDS OF 781 CHILDREN UNDER 14 YEARS OLD WITH SYMPTOMS OF THE RESPIRATORY DISEASES BETWEEN 1999–2002. THE AUTHORS ANALYZED THE GENERAL NUMBER OF PRESCRIPTIONS, GROUPS OF MEDICATIONS, REGIME OF THEIR DOSAGE, INJECTION AND TREATMENT TERMS INDICATED IN PATIENT MEDICAL RECORDS. THEY HAVE DISCOVERED THAT THE ANTIBACTERIAL TREATMENT FOR THE NON-AGGRAVATED ACUTE RESPIRATORY DISEASES AND BRONCHITIS WAS NOT PRESCRIBED IN 65–86% OF CASES. THE MOST WIDELY USED MEDICATION WAS CO-TRIMOXAZOLE FOLLOWED BY AMOXICILLIN AND MIDECAMYCIN. THE TREATMENT FOR THE NON-AGGRAVATED OF THE ACUTE PNEUMONIA AMONG CHILDREN WAS PERFORMED BY 17 ANTIBIOTICS: IN 42% CASES THERE WERE PENICILLIN MEDICATIONS, IN 18.7% CASES CEPHALOSPORINS OF DIFFERENT GENERATIONS AND IN 22% CASES MACROLIDES. THE OBTAINED DATA STATE THAT THERE WAS AN UNJUSTIFIED PRESCRIPTION OF ANTIBIOTICS FOR THE NON-AGGRAVATED FORMS OF ACUTE RESPIRATORY DISEASES AND NON-OBSERVANCE OF THE EXISTING RECOMMENDATIONS FOR THE RESPIRATORY DISEASE TREATMENT AMONG CHILDREN.
KEY WORDS: ANTIBACTERIAL MEDICATIONS, ACUTE RESPIRATORY DISEASES, CHILDREN.

Таблица. Неосложнённые формы острых респираторных инфекций у детей

Диагноз	Число детей (%)
Острая респираторная вирусная инфекция	285 (58,9)
Острый ринофарингит	105 (21,7)
Острый фарингит	23 (4,75)
Острый ларингит	7 (1,45)
Острый ларинготрахеит	42 (8,7)
Аденовирусная инфекция	14 (2,9)
Катаральная ангина	8 (1,6)
Всего	484 (100)

Рис. 1. Антибактериальные препараты, назначаемые в поликлиниках Владивостока при острых респираторных инфекциях, %



зрения существующих стандартов, был проведён фармакоэпидемиологический анализ. Предметом исследования фармакоэпидемиологического анализа служили результаты наблюдений повседневного клинического обслуживания больных. Проведена экспертная оценка амбулаторных карт 781 ребёнка в возрасте до 14 лет с симптомами воспалительного заболевания дыхательных путей в период 1999–2002 гг. наблюдавшихся в четырёх районных поликлиниках Владивостока. Анализировалось общее число назначений лекарственных средств (ЛС), группы ЛС, режим их дозирования, путь введения и сроки лечения, указанные в амбулаторной карте. К неосложнённым формам ОРИ относили случаи заболевания, при которых устанавливался диагноз ОРВИ, аденовирусной инфекции, острого ринита, фарингита, ларингита, трахеита и др. (табл.). К осложнённым ОРИ относили: отит, бронхит, пневмонию [4].

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Неосложнённые формы ОРИ составили 62% (484 из 781 случая) (табл.). Среди осложнённых форм у 195 детей диагностирован острый бронхит (простой или обструктивный) и у 102 пациентов установлен диагноз острой пневмонии. У 9 детей ОРИ сопровождалась развитием острого среднего отита. Известно, что только бактериальные фарингиты стрептококковой и пневмококковой этиологии могут осложняться отитами [2, 3]. Необходимо отметить, что ретроспективный анализ медицинской документации не всегда позволяет верифицировать диагноз, однако это не входило в задачи исследования.

Теория о целесообразности профилактического применения антибиотиков при вирусных инфекциях сформировалась на заре антибиотической эры и необычайно прочно укоренилась в психологии как пациентов, так и некоторых врачей. Зачастую оказывается легче необоснованно назначить антибиотик, чем подвергать риску свою репутацию, пытаясь переубедить родителей пациента в нецелесообразности такого назначения. Хотя, как известно, антибактериальные препараты не эффективны при вирусной этиологии заболеваний [2, 5, 6]. В то же время, их необоснованное назначение при вирусных инфекциях является одним из ведущих факторов формирования антибиотикорезистентности, дисбиоза и патологической микробной колонизации (в том числе, слизистых оболочек респираторного тракта), способствующих развитию суперинфекции и хронизации имеющихся. И несмотря на эти неоспоримые факты, установлено, что антибактериальное лечение неосложнённых ОРИ в детских поликлиниках Владивостока назначалось в 65–78% случаев. Причём частота применения антибиотиков была примерно одинакова у детей различных возрастных групп. Из данных, представленных на рис. 1, видно, что в трёх районах города самым используемым препаратом был ко-тримоксазол. Однако, есть многочисленные сообщения о том, что ко-тримоксазол и другие сульфаниламидные препараты не обладают реальной активностью в отношении основных возбудителей инфекций верхних дыхательных путей [6, 7]. Следующими по частоте назначения были препараты пенициллинового ряда – амоксициллин, амоксициллин/клавуланат и ампициллин (которые соответственно в 23 и 78% случаев назначались парентерально). Частота назначения макролидов, являющихся альтернативной пенициллинам при амбулаторном лечении инфекций верхних дыхательных путей, составляла от 23 до 32,8% (наибольший процент применения отмечен в поликлиниках Советского района Владивостока). При этом широко применялись мидекамицин и азит-

ромицин, и в одном из районов города достаточно часто (в 11,5% случаев) назначался эритромицин. Средняя продолжительность курса лечения составила 5–7 дней. У части больных отсутствовали записи о повторном приеме и дате отмены препаратов.

Результаты фармакоэпидемиологического исследования показали, что тактика амбулаторного лечения инфекций верхних дыхательных путей в поликлиниках существенно отличалась от существующих российских и международных стандартов [2, 4].

Тем не менее, есть ситуации, в которых применение антибиотиков целесообразно и необходимо: они не только приносят пациенту облегчение, но в ряде случаев и сохраняют ему жизнь.

На сегодняшний день известно, что показанием для назначения антибактериальных препаратов являются инфекции дыхательных путей бактериальной природы. Основными критериями выбора антибактериальных препаратов для эмпирической терапии дыхательных путей являются: – активность препарата в отношении наиболее частых

Рис. 2. Применение антибактериальных препаратов при острых бронхитах в поликлиниках Владивостока, %

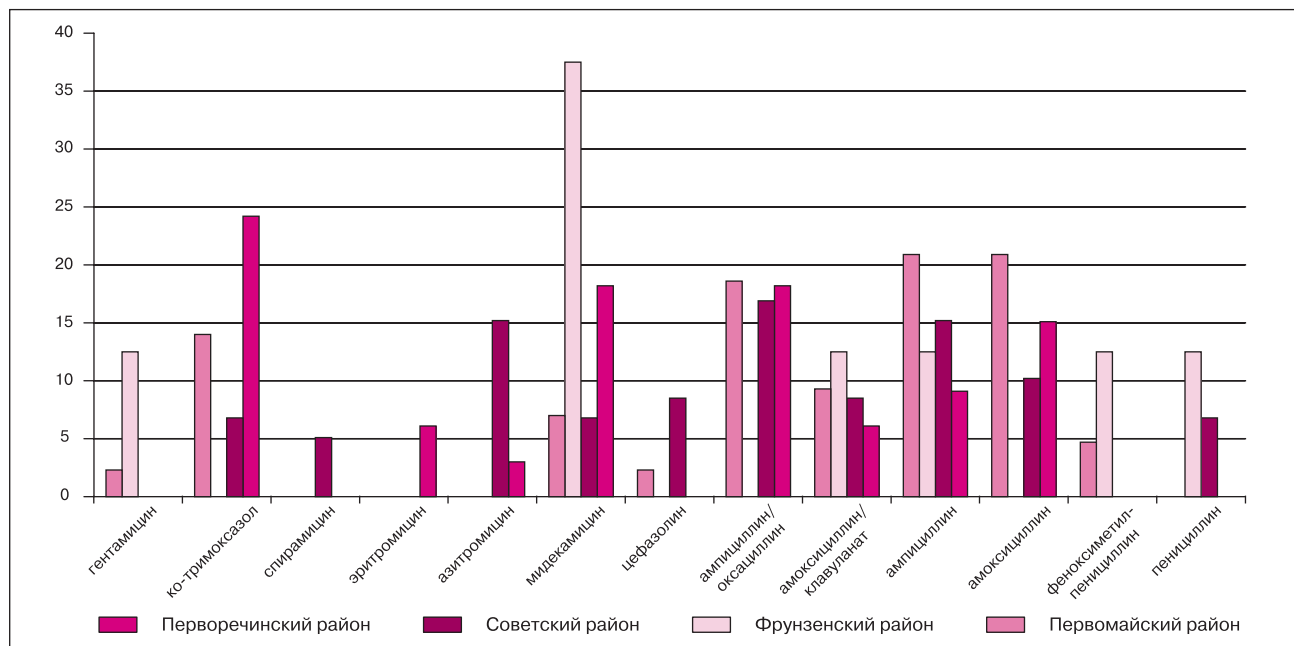
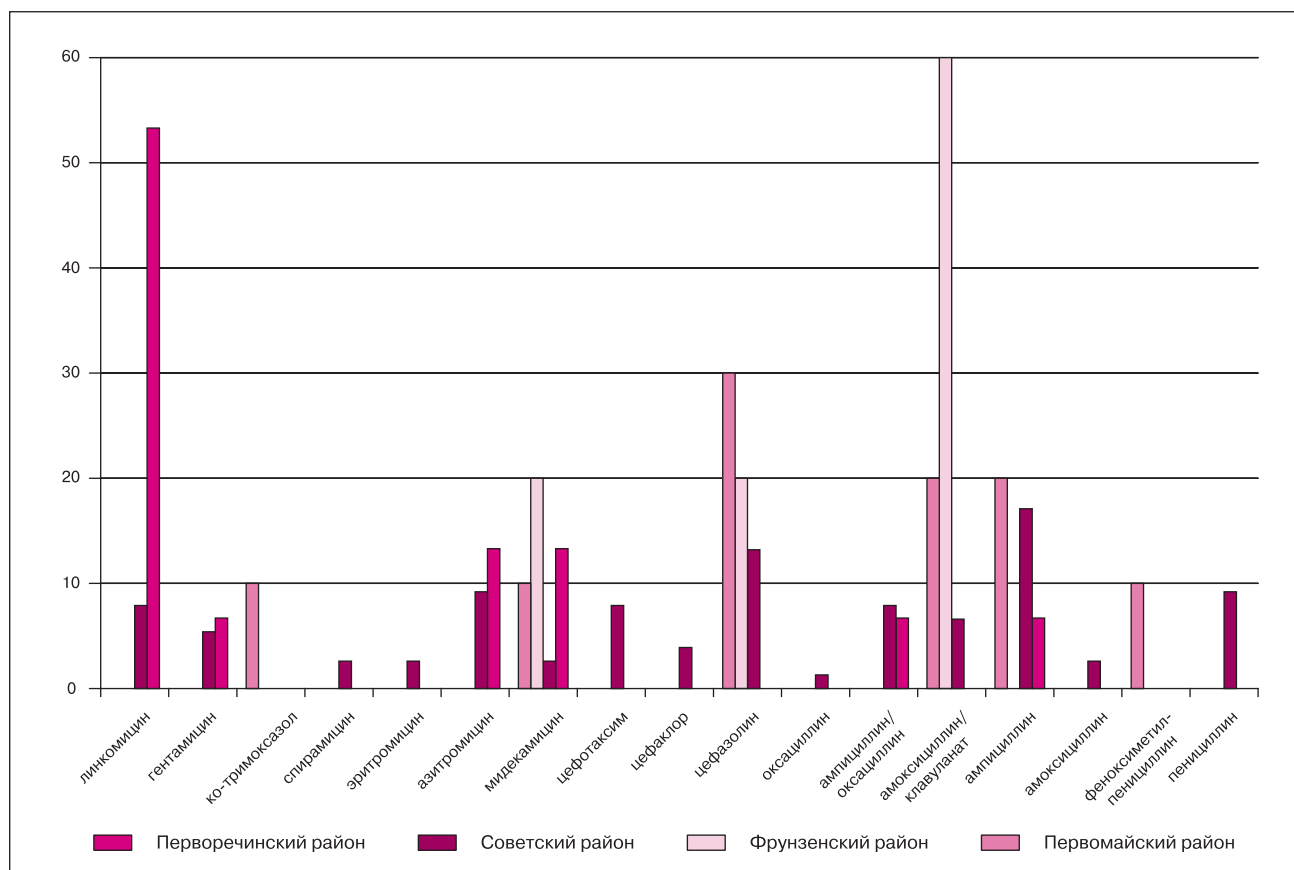


Рис. 3. Применение антибактериальных препаратов при пневмонии в поликлиниках Владивостока, %



возбудителей инфекций (это зависит от возраста и времени возникновения инфекции); способность проникать в секрет и создавать высокую концентрацию в очаге воспаления; хорошая переносимость; удобство применения; и минимальная индукция резистентности [1, 2, 5, 6]. К сожалению, решить вопрос о природе инфекции на приёме в поликлинике очень трудно, так как не существует надежных, простых и дешёвых методов, позволяющих быстро выявить её истинного возбудителя у конкретного больного. Более того, даже в специальных исследованиях – с применением всего арсенала современных средств диагностики, – идентифицировать причину болезни удастся не более, чем в 50 – 60% случаев.

Врачу же в первые часы необходимо решать вопрос, какой антибиотик необходимо назначить больному, чтобы он оказался максимально эффективным. Использование антибактериальных препаратов при бронхитах следует считать оправданным в тех случаях, когда врач подозревает хламидийную или микоплазменную этиологию заболевания. При этом обоснованным следует считать назначение лишь тех препаратов, которые эффективны в отношении атипичной флоры, то есть макролидов.

Изучение тактики применения препаратов при бронхите на поликлиническом участке показало высокую частоту их применения, которая составила 86%. Структура антибактериальных ЛС, назначаемых при бронхитах и неосложнённых ОРВИ идентична (рис. 2). Самым востребованным антибиотиком был мидекамицин (в поликлиниках Фрунзенского района его получал каждый третий пациент), и хотя обязательным условием при приёме этого препарата является назначение его за час до еды, письменных указаний не было ни у одного нашего пациента. Затем по частоте применения были антибиотики пенициллинового ряда – ампициллин, ампициллин/оксациллин, амоксициллин и амоксициллин/клавуланат. Ко-тримоксазол в поликлиниках двух районов города занимал первое и третье места. Широкое применение макролидов (особенно у детей раннего возраста, когда «атипичная» этиология маловероятна), выбор препаратов пенициллинового ряда как стартового для лечения бронхита у детей различных возрастных групп; а также необоснованное применение ко-тримоксазола свидетельствует о существенных отличиях реальной практики лечения инфекций дыхательных путей в амбулаторных условиях от существующих стандартов [2, 4, 6].

Были проанализированы 102 случая назначения антибактериальных препаратов при острых неосложнённых пневмониях (рис. 3). Антибактериальное лечение пневмоний проводилось 17 антибиотиками; в 42% использовались препараты пенициллинового ряда (их назначение оправ-

дано с позиции существующих стандартов лечения внебольничных неосложнённых пневмоний); в 18,7% – цефалоспорины разных поколений (в 93% случаев в амбулаторной карте не указывалось обоснование назначения того или иного препарата); в 22% – эмпирически назначались макролиды (чаще мидекамицин). В одном из районов города (Первореченском) каждому второму больному ребёнку назначался линкомицин парентерально (в большинстве случаев в амбулаторных картах не было указаний на отягощённый аллергологический лекарственный анамнез).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, спектр применяемых антибактериальных препаратов был различен, в зависимости от района города и даже от участков в одной поликлинике. Объединяло их **необоснованное назначение антибиотиков при неосложнённых формах ОРВИ (в 65 – 78% случаев)**. Изучение структуры назначаемых антибактериальных препаратов показало, что в целом участковые педиатры чаще всего используют ко-тримоксазол (до 37%) и антибиотики пенициллинового ряда (в последнее время увеличилась доля защищённых пенициллинов). Далее по частоте назначения стоят макролиды (чаще мидекамицин). Использование препаратов пенициллинового ряда и, в первую очередь, амоксициллина, соответствует рекомендациям Союза педиатров России и Российского Респираторного Общества и во Владивостоке этот препарат широко применяется, но эти рекомендации не относятся к лечению неосложнённых форм ОРВИ [2, 4, 6]. Массовое же применение макролидов, особенно у детей раннего возраста, можно считать нецелесообразным, так как повышение роли атипичной бактериальной флоры происходит чаще в дошкольном и школьном возрастных периодах. Широкое назначение ко-тримоксазола не может считаться рациональным, так как сульфаниламидные препараты не обладают реальной активностью в отношении основных возбудителей инфекций верхних дыхательных путей. Кроме того, по данным В.В. Иващук (2003), штаммы β -гемолитического стрептококка группы А, встречающиеся во Владивостоке, не чувствительны к сульфаниламидам, в то время как у 40% детей с ОРВИ этот микробный агент был причиной заболевания, что было подчёркнуто на XVI Национальном конгрессе по болезням органов дыхания [8, 9]. Поэтому при назначении антибактериальных препаратов участковый педиатр должен руководствоваться современными данными о чувствительности наиболее частых возбудителей инфекций к антибактериальным препаратам, циркулирующих в регионе. Эти результаты должны учитываться при составлении протоколов лечения острых респираторных заболеваний у детей на региональном уровне.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Антонов Н.С. Эпидемиология бронхолёгочных заболеваний в России // Пульмонология. — 2006. — № 4. — С. 83–88.
2. Клинические рекомендации. Педиатрия // Под ред. А.А. Баранова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. — 272 с.
3. Таточенко В.К., Федоров А.М., Ефимова А.А., Бакрадзе М.Д., Зубович А.И. О тактике антибактериальной терапии ОРЗ у детей на поликлиническом этапе // Вопр. соврем. педиатрии. — 2002. — Т. 1, № 5. — С. 11–14.
4. Научно-практическая программа «Острые респираторные заболевания у детей. Лечение и профилактика». М.: Международный Фонд охраны здоровья матери и ребёнка, 2002. — 70 с.
5. Практическая пульмонология детского возраста // Под ред. В.К. Таточенко. — М., 2006. — 254 с.
6. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов дыхания: Рук. для практикующих врачей // Под общ. Ред. А.Г. Чучалина. — М.: Литтерра, 2004. — 874 с.
7. Козлова Л.В., Мизерницкий Ю.Л., Галкина Е.В. Антибактериальная терапия внебольничной пневмонии у детей // Росс. вестн. педиатрии. — 2005. — № 3. — С. 9–11.
8. Иващук В.В. Особенности стрептококковой инфекции верхних дыхательных путей у детей: Автореф. дис. ... канд. мед наук. — Владивосток, 2003. — 25 с.
9. Бондарь Г.Н. неопубликованные данные. 2006.