

ФАРМАКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПОДХОДОВ К НАЗНАЧЕНИЮ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

Л.Е. Зиганишина, О.И. Пикуза, Д.Р. Максумова, О.И. Королева

*Кафедра клинической фармакологии и фармакотерапии (зав. — проф. И.Е. Зимакова)
Казанской медицинской академии последипломного образования, кафедра детских болезней
№ 1 (зав. — проф. О.И. Пикуза) Казанского государственного медицинского университета*

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) занимают ведущее место в структуре заболеваемости системы органов дыхания. Они являются одной из основных причин развития воспалительного поражения бронхов и пневмонии, нередко повторяются в течение одного года до 5 и более раз. Дети с такой частотой заболеваемости выделяются в особую группу часто болеющих.

Тактика обследования и методы лечения больных ОРВИ заметно различаются как на стационарном этапе, так еще более на уровне амбулаторной службы.

Целью работы являлся фармако-эпидемиологический анализ закрепленных установок на назначение лекарственных средств среди педиатров детских поликлинических учреждений с разработкой адекватных методов влияния на сложившиеся “привычки” врачей.

Фармако-эпидемиологические исследования были проведены в 1998 г. на базе семи детских поликлиник разных районов Казани. Сбор данных производили рандомизированно — методом случайной выборки амбулаторных карт (учетная форма 112-У “История развития ребенка”) практически здоровых детей без хронической патологии, заболевших ОРВИ в 1998 г. Было проанализировано 500 амбулаторных карт детей в возрасте от 0 до 14 лет. Исследование проводили в рамках международного исследования “EURO-DRUG 1998”, по каждой амбулаторной карте заполняли специально разработанную анкету, предусматривающую анализ учета заболеваемости, частоты назначения антибактериальных и других лекарственных средств, доз, путей введения и продолжительности терапии, а также нежелательных лекарственных реакций, однако упоминаний о последних в амбулаторных картах не содержалось вовсе. Полученную информацию обрабатывали методом вариационной статистики. Провели дифференцированный анализ терапии в трех возрастных группах: от 0 до 3 лет, от 3 до 7 лет, от 7 до 14 лет. Среди заболеваний преобладали острые респираторные вирусные инфекции (92,2%); острый бронхит был диагностирован в 7,8% случаев.

Антибактериальные средства в целом были назначены в $66 \pm 2\%$ случаев, из них чаще всего ко-тримоксазол ($23,0 \pm 2,6\%$), эритромицин и ампициллин ($18,4 \pm 2,2\%$). Детям раннего возраста наиболее часто предписывали амоксициллин ($27,3 \pm 5,4\%$), ко-тримоксазол ($16,7 \pm 2,1\%$) и ампициллин ($15,1 \pm 4,4\%$). Дети дошкольного возраста получали преимущественно ко-тримоксазол ($32,0 \pm 1,8\%$), ампициллин ($20,4 \pm 3,8\%$) и амоксициллин ($17,6 \pm 3,7\%$), школьники — ко-тримоксазол ($33,0 \pm 4,0\%$), эритромицин ($24,4 \pm 3,7\%$) и ампициллин ($18,5 \pm 3,3\%$). Использовали также средства из группы бета-лактамов — бензилпенициллина натриевую соль ($4 \pm 1\%$), оксациллин ($2,6 \pm 0,9\%$), ампиокс ($2 \pm 1\%$) и амоксилав (аугментин) в младшей возрастной группе ($1,5\%$). Из антибактериальных средств других групп применяли гентамицин ($4 \pm 1\%$), причем у детей раннего возраста — в $8 \pm 3\%$ случаев, линкомицин ($4 \pm 1\%$), также с наибольшей частотой у детей раннего возраста ($6 \pm 2\%$). Зарегистрированы единичные случаи назначения спирамицина, олеандомицина, сульфадимезина, стрептоцида и ципрофлоксацина для лечения ОРВИ у детей.

При анализе соответствия суточной и возрастной доз антибактериальных средств использовали расчет по должествующей массе тела ребенка с колебаниями $\pm 10\%$ от возрастной нормы.

Наибольшая частота несоответствия доз была отмечена при использовании пенициллинов. Так, для ампициллина суточная доза соответствовала нормативной в $38,5\%$ случаев, для бензилпенициллина — в $66,7\%$. Дозы ампиокса и амоксилава в основном соответствовали нормативным, что, очевидно, было связано с малым числом случаев назначений этих препаратов. Эритромицин предписывали в дозе, соответствующей нормативной (в 68% случаев). В целом назначенные суточные дозы антибактериальных препаратов соответствовали нормативным в $63,5\%$ случаев. Несоответствие дозировок выжалось преимущественно в использовании недостаточных доз. Так, например, ампициллин был назначен ребенку 14 лет в суточной дозе 1 грамм, что как минимум в 2

раза меньше нормативной. Отмечены единичные случаи передозировок. Так, например, ко-тримоксазол (а именно бисептол) был выписан ребенку 6 месяцев в суточной дозе 960 мг, что в 8 раз превышало возрастную норму (120 мг в сутки). Сочетания антибактериальных средств (ко-тримоксазол с ампициллином и оксациллином) были назначены только в двух случаях.

Острые бронхиты, как было отмечено выше, составляли 7,8% от числа всех случаев острых респираторных инфекций у детей. Антибактериальные средства таким больным были назначены в 97,2% случаев: детям раннего возраста — гентамицин и ампициллин (в 25%), дошкольного возраста — пенициллин (40%), гентамицин и линкомицин (по 20%), школьникам — ампициллин (20%). При лечении детей острым бронхитом были использованы преимущественно гентамицин и ампициллин (в 19%), причем всегда парентерально.

Как правило, антибактериальные препараты входили в комплексное лечение, поэтому было изучено общее число лекарственных назначений детям с ОРВИ по возрастным группам. От одного до трех назначений получили $15,0 \pm 7,6\%$ детей, от трех до пяти — $68,3 \pm 2,1\%$, одновременно более 5 — $16,7 \pm 2,9\%$. Прослеживалось увеличение частоты трех-пяти назначений с возрастом детей: с $62,3 \pm 4,8\%$ в раннем возрасте до $71,4 \pm 3,1\%$ в школьном. Детям раннего возраста с большей частотой назначали более 5 лекарственных препаратов одновременно: $23 \pm 4\%$ против $14,8 \pm 2,4\%$ в группе детей школьного возраста.

Анализ выявил необоснованно широкое применение антибактериальных препаратов в педиатрической сети, различия в их выборе в разных поликлинических учреждениях, нередко несоответствие доз (от 38 до 68% случаев). По-прежнему среди практикующих врачей популярен ко-тримоксазол (бисептол), хотя отношение к нему, согласно последним научным данным, должно быть крайне настороженным.

Наши данные согласуются с наблюдениями клинических фармакологов России и зарубежных стран о необходимости пересмотра традиционных подходов к лечению заболеваний детского возраста вообще и ОРВИ в частности. Использование антибиотиков для лечения ОРВИ у детей не сокращает течение инфекции и не предотвращает развитие пневмонии [1, 2]. ВОЗ разработала руководство по диагностике и лечению ОРВИ для развивающихся стран [7]. При исследовании, проведенном в Китае (1997) с использованием критериев ВОЗ, было обнаружено, что детям с

ОРВИ (750 чел.) в 97% случаев назначались антибиотики. В 63% случаев констатированы несоответствие доз или неверный выбор антибиотика, а в 37% — назначение двух несовместимых антибиотиков, что в целом позволило авторам статьи ввести термин “антибиотикомания” (antibiotic abuse) или “злоупотребление антибиотиками” (по аналогии с наркоманиями — drug abuse) [5]. Такое злоупотребление антибиотиками, потенциально ведущее к широкому распространению антибиотикорезистентности, рассматривается авторами как проблема, требующая приоритетного решения [3, 4, 6].

ВЫВОДЫ

1. Фармако-эпидемиологический анализ фармакотерапевтических привычек позволяет целенаправленно выбирать образовательные программы для обучения врачей с целью повышения их квалификации.

2. Обоснована необходимость пересмотра установленных традиционных подходов к применению антибактериальных препаратов в лечении больных острыми респираторными вирусными инфекциями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Информация о лекарственных средствах для специалистов здравоохранения: Противомикробные и противовирусные средства // USP DI Русское издание. — М., 1998.
2. Страчунский Л.С., Бойко Л.М., Блохин Б.М. и др. // Антибиот. и химиотер. — 1997. — № 42. — С. 10—14.
3. Gadomski A.M. // *Pediatr. Infect. Dis. J.* — 1993. — Vol. 12. — P. 115—120.
4. Hamm R.M., Hicks R.J., Bembem D.A. // *J. Okla. State. Med. Assoc.* — 1996. — Vol. 89. — P. 267—274.
5. Hui L., Li X.S., Zeng X.J. et al. // *Pediatr. Infect. Dis. J.* — 1997. — Vol. 16. — P. 560—564.
6. McGregor A., Dovey S., Tilyard M. // *Fam-Pract.* — 1995. — Vol. 12. — P. 166—170.

Поступила 02.06.99.

PHARMACOEPIDEMIC ANALYSIS OF APPROACHES TO THE PRESCRIPTION OF ANTIBACTERIAL DRUGS IN THE TREATMENT OF ACUTE RESPIRATORY VIRAL INFECTIONS IN CHILDREN

L.E. Ziganshina, O.I. Pikuza, D.R. Maksumova,
O.I. Koroleva

Summary

The pharmacoepidemic analysis of 500 clinical charts of children aged 1 day to 15 years on the basis of 7 pediatric polyclinics is carried out. If the indications and quality of prescribing antibacterial drugs in acute respiratory viral infections are taken into account, their unjustified use is established in 36,5% of the cases, the discrepancy between standard doses on a number of drugs is established in 33—61,5% of the cases. This justifies the necessity of pharmacoepidemic monitoring of pharmacotherapy of patients with acute respiratory viral infections.