Руина О.В., Борисов В.И., Жукова О.В., Елисеева Т.И., Конышкина Т.М.,
Зайцева Е.И., Коннова М.А., Сорокин Е.А., Ивкова Ю.В., Мельниченко О.В.,
Борисова Д.А., Иванова О.М., Дудкина Ю.А., Козлова Е.А., Пономарева А.А.

**Клинико-экономические особенности антибиотикотерапии острого
обструктивного бронхита у детей**

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» МЗ РФ
(Россия, Н. Новгород)

doi:10.18411/spc-15-12-2018-09

idsp: spub-15-12-2018-09

Аннотация

Острый обструктивный бронхит поражает до 25-30% детской популяции. Один из наиболее важных вопросов – назначение адекватной терапии антибиотиками. Важным является определение этиологической роли атипичной флоры. Проанализированы различные схемы лечения, выявлены экономически оптимальные из них.

Ключевые слова: острый обструктивный бронхит, антибиотикотерапия, стоимость лечения, дети

Введение. Острый обструктивный бронхит (ООБ) - широко распространенное заболевание, поражающее до 25-30% детской популяции [1, 2]. Повышение эффективности лечения приводит к улучшению качества жизни пациента и зависит от рациональности назначения фармакотерапии, основанной на современных принципах доказательной медицины [3].

Нерациональная подобранная терапия заболеваний дыхательных путей приводит к необратимым изменениям: хроническим бронхитам, бронхиальной астме, которые могут иметь прогрессирующее течение и приводить к необратимым изменениям бронхов, ухудшению качества жизни и инвалидизации пациентов [3]. Общероссийские закономерности характерны и для Нижегородской области.

Цель исследования – изучить и определить оптимальные схемы антибиотикотерапии острого обструктивного бронхита в детском отделении больницы с клинической и экономической точки зрения.

Материалы и методы. Ретроспективно исследовано 202 медицинских карты стационарного больного, госпитализированных в детское отделение многопрофильного стационара в 2017 г. Возраст пациентов составил от 0 до 17 лет. Пациенты были распределены на группы по тяжести заболевания и по возрасту: от 0 до 3 лет; от 3 до 6 лет; более 6 лет; среднетяжелое и тяжелое течение заболевания. Пациентов с легкой степенью тяжести в стационаре не было зарегистрировано. Разделение пациентов по возрасту связано с тем, что в различных возрастных группах применяются разные дозы лекарственных препаратов. Дозировки препаратов в каждой возрастной группе сопоставимы, так как антибиотики рассчитываются исходя из массы тела ребенка. Данный подход позволил избежать погрешностей при оценке средней стоимости антибиотикотерапии у детей различного возраста. Также учитывалась длительность терапии.

Детей в возрасте от 0 до 3 лет было 127, что составило 63%. 51 ребенок был в возрасте от 3 до 6 лет, что составило 25%. 24 ребенка было старше 6 лет, что составило 12% от общего количества.

Результаты и их обсуждение. Выявлено, что наибольшее количество госпитализированных пациентов регистрируется в осенне-зимний период и совпадает с пиком распространенности ОРВИ. Количество заболевших мальчиков в 1,8 раза больше, чем девочек. В 88% случаев заболевание зарегистрировано у детей до 6 лет – 88% (178 человек). Вероятно, это связано с незрелостью иммунной системы детей раннего возраста и особенностями формирования бронхиального дерева [4].

Антибактериальные препараты назначались эмпирически, с учетом предполагаемого возбудителя. В 18% методом ПЦР обнаруживались ДНК атипичных возбудителей, что требовало перевода на макролидные препараты в течение первых суток госпитализации. Выбор препарата ограничивался имеющимися в арсенале стационара на текущий момент средствами. Чаще всего использовались пенициллины (амоксциллин/клавуланат), цефалоспорины (цефтриаксон), макролиды (кларитромицин, джозамицин). В качестве стартовой терапии при тяжелом течении заболевания антибиотики назначались в инъекционной форме, с последующим переходом на пероральные формы, исходя из принципов ступенчатой терапии. Перед назначением антибиотикотерапии методом ПЦР определялись ДНК атипичных микроорганизмов в соскобе со слизистой ротоглотки или мокроте. При положительном результате назначался курс макролидов, так как на сегодняшний день имеются данные, убедительно доказывающие роль микоплазм и хламидофил в развитии бронхообструктивного синдрома [5, 6].

Средняя продолжительность курса антибиотикотерапии составила 7 + 2 суток, для макролидов – не менее 7 суток. При тяжелом течении заболевания антибиотики назначались в 100% случаев, при средней тяжести – в 80% случаев. Использовались следующие международные и торговые названия препаратов: амоксициллин/клавуланат – Амоксиклав; цефтриаксон – Лендацин; джозамицин – Вильпрафен солютаб; кларитромицин – Клацид. В среднем стоимость курса лечения препаратом амоксициллин/клавуланат 4506 руб (учитывая тяжелые формы заболевания с инъекционными введениями); цефтриаксоном – 3412 руб. при равной эффективности. Макролиды назначались перорально в случае непереносимости бета-лактамов или верифицированной атипичной этиологии заболевания. Стоимость терапии джозамицином составила 657 руб, кларитромицином – 878 руб. при равной эффективности.

Выводы. Антибиотикотерапия острого обструктивного бронхита у детей должна проводиться по показаниям. Целесообразно определение ДНК атипичных возбудителей методом ПЦР перед назначением антибиотиков. При атипичной этиологии заболевания оправданным является применение макролидов. Наиболее экономически выгодным является назначение джозамицина по сравнению с кларитромицином. При стартовой эмпирической терапии бета-лактамами антибиотиками наиболее выгодным является назначение цефтриаксона.

1. Смирнова М.О., Сорокина Е.В. Бронхиты у детей: принципы современной терапии. Трудный пациент. - 2009. - № 8, Т. 7. – С.18-19.
2. Оказание стационарной помощи детям. Руководство по лечению наиболее распространенных болезней у детей: карманный справочник. – 2-е изд. – М.: Всемирная организация здравоохранения, 2013. – 452 с.
3. Таточенко В.К. Болезни органов дыхания у детей. М. ПедиатрЪ. 2012. - 482 с.
4. Гилберт Д. Н., Молперинг Р.С.Эллиопулос Д.М., Сэнд М.А. Сэнфордский справочник: антимикробная терапия. //М.: «Эксмо». 2009. 288 с.

5. WilsonEstesL. Mayo Clinic Antimicrobial Therapy. //Mayo Clinic Scientific Press. -2008.- 324 p.
6. Wald E.R., Applegate K.E., Bordley C., Darrow D.H., Glode M.P. et al. American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of acute bacterial sinusitis in children aged 1 to 18 years. Pediatrics. 2013 Jul;132(1): 262-80.