

КАЧЕСТВО АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА АМБУЛАТОРНОМ И КЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПАХ У ДЕТЕЙ Г.ГРОДНО

Дрокина О.Н.

УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница», Гродно, Беларусь

Введение. Проблема антибиотикорезистентности на сегодняшний день становится все более актуальной. Ее социальное значение набирает обороты. Развитие устойчивости микроорганизмов к антибактериальным препаратам приводит к увеличению сроков госпитализации и росту финансовых затрат. При тяжелом течении заболевания применение неэффективного антибиотика, из-за устойчивости возбудителя, приводит к увеличению риска летального исхода [1, 2].

ВОЗ ставит решение проблемы антибиотикорезистентности на одно из первых мест. В связи с этим в 2001г. разработана «Глобальная стратегия ВОЗ по сдерживанию резистентности к антимикробным препаратам». В январе 2015г. вступил в силу приказ МЗ РБ №1301 «О мерах по снижению антибактериальной резистентности микроорганизмов» [1, 3].

Основной причиной развития устойчивости патогенов к антибактериальным препаратам является нерациональное использование последних. По данным ВОЗ, лишь в 50% клинических случаев назначение антибиотиков в педиатрии адекватно, рационально и обоснованно, в остальных 50% от применения данных препаратов можно было воздержаться. Растет частота использования антибактериальных препаратов при вирусных инфекциях. В педиатрической практике это происходит не без влияния родителей. Зачастую, идя на поводу у требовательных родителей, педиатры назначают антибиотик «для профилактики» или «на всякий случай». До недавнего времени и сами родители могли «назначать» лечение, как себе, так и детям. Бесконтрольный прием противомикробных препаратов, самолечение и неадекватная дозировка, доступная реализация антибиотиков в аптечной сети – основные причины возникновения устойчивых штаммов [4].

Цель исследования – анализ качества антибактериальной терапии на амбулаторном и клиническом этапах.

Объекты и методы исследования. Было проанализировано 56 историй болезни детей в возрасте от 0 до 18 лет, проходивших лечение в пульмонологическом отделении УЗ «ГОДКБ» в 2015г. с диагнозом острый бронхит. Для достоверности анализа были взяты пациенты со сроком лечения в стационаре более 5 дней, мальчиков и девочек было одинаковое количество. Возрастной состав: до 1 года – 26,8%; 1–3года – 19,6%; 3–6 лет – 21,4%; старше 6 лет – 32,2%.

Результаты и их обсуждение. При анализе историй болезни было установлено, что из 56 пациентов 44,7% получали антибактериальную терапию на амбулаторном этапе, из них 68,0% получали препарат в пероральной форме, остальные – инъекционной.

Состав антибактериальных препаратов амбулаторно был следующим: амоксициллин – 48,0%, цефтриаксон – 24,0%, защищенные пенициллины – 12,0%, цефотаксим – 8,0%, цефуроксим – 4,0%, макропен – 4,0%. Средняя длительность лечения амбулаторно составила 4,6 дней. Средняя длительность

антибактериальной терапии амбулаторно $4,48 \pm 0,3$ дня.

На стационарном этапе все дети получали антибактериальные препараты, причем 98,2% пациентам они были назначены парентерально. Стартовая противомикробная терапия острых бронхитов выглядела следующим образом: защищенные пенициллины получали 25,0% детей, аминогликозиды (амикацин) – 25%, все остальные – препараты цефалоспориновой группы (цефазолин – 17,9%, цефотаксим – 12,5%, цефтриаксон – 17,9%, цефтазидим – 1,8%). Из 56 пациентов в 41,% зафиксирована смена антибактериального препарата. Анализ причин замены антибиотика показал, что это было связано с повторным повышением температуры тела (47,8%); сохраняющимся кашлем (47,0%), недостаточной положительной динамикой при аускультации (4,4%). 10,7% пациентов получили 4 курса антибактериальной терапии. Средняя продолжительность применения стартового антибиотика в стационаре 6,9 дней. Средняя длительность лечения в стационаре составила 9,44 дней, а с учетом амбулаторного этапа – 13,9 дней.

Выводы:

1. В ходе проведенной работы установлено, что при лечении бронхита активно назначается антибактериальная терапия. Использование на протяжении 2-х недель двух и более антибактериальных препаратов заставляет задуматься об адекватности назначения противомикробных препаратов, что, несомненно, способствует росту устойчивости микроорганизмов к существующим лекарственным средствам.

2. Практическим врачам необходимо улучшить качество дифференциальной диагностики бактериальных и вирусных инфекций, поскольку неэффективность противомикробных препаратов позволяет предположить вероятность вирусной этиологии бронхитов.

3. Следует более обдуманно относиться к назначению антибактериальных препаратов широкого спектра действия, учитывая предполагаемого возбудителя, нозологическую форму и тяжесть течения заболевания.

Список литературы:

1. Документационный центр ВОЗ // Информационный бюллетень. – 2007. – С. 1–2
2. Козлов, Р.С. Антимикробные препараты и резистентность микроорганизмов: две стороны медали. / Р.С. Козлова // Ведомости научного центра экспертизы средств медицинского применения. – 2007. – № 3. – С. 30–32.
3. О мерах по снижению антибактериальной резистентности микроорганизмов: приказ МЗ РБ, 29.12.2015, № 1301.
4. Байдулаева, Ш.А. Проблемы антибиотикорезистентности и мониторинг побочных действий антибактериальных препаратов в Казахстане / Ш.А. Байдулаева. – 2011.