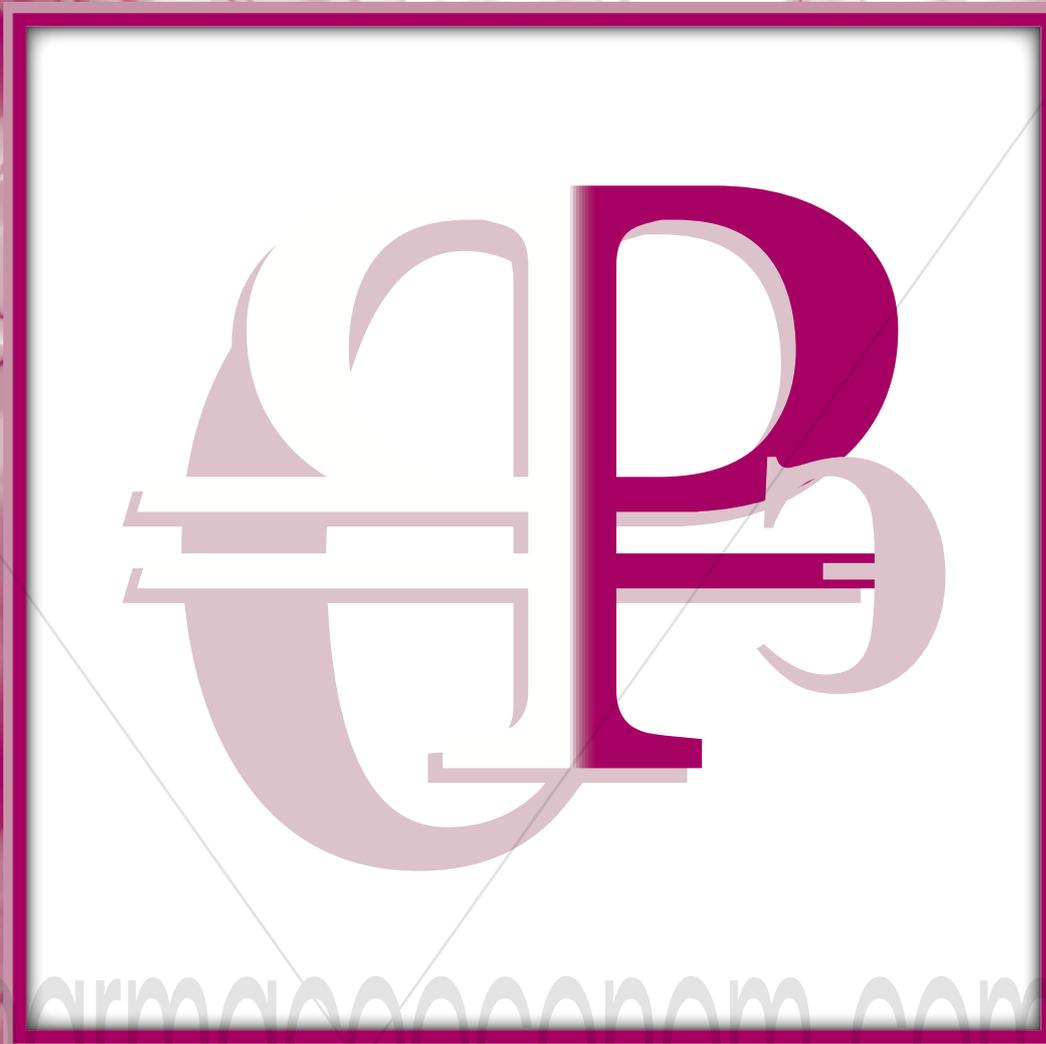


№1 ^{Том 6}
2018

Фармакоэкономика

теория и практика



Pharmacoeconomics
theory and practice

№1 ^{Volume 6}
2018

- ❑ МЕТОДОЛОГИЯ РАСЧЕТА QALY В ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОМ МОДЕЛИРОВАНИИ: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОПРОСНИКОВ ИЗУЧЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА
- ❑ РЕЗУЛЬТАТЫ РОССИЙСКИХ ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ
- ❑ XII НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «РАЗВИТИЕ ФАРМАКОЭКОНОМИКИ И ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» «ФАРМАКОЭКОНОМИКА 2018» 26-27 МАРТА 2018 г., ТЮМЕНЬ

АНАЛИЗ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ В СТАЦИОНАРЕ

ANALYSIS OF ANTIBACTERIAL THERAPY OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN CHILDREN IN HOSPITAL

Архипова Е.И., Яковлев Д.С., Решетько О.В.

Arkhipova E. I., Yakovlev D. S., Reshetko O. V.

Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, г. Саратов

Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky, Saratov, Russia

DOI: <https://doi.org/10.30809/phe.1.2018.8>

Ключевые слова: антибактериальные препараты, фармакоэпидемиология, рациональная фармакотерапия.

Цель исследования: оценить особенности антибиотикотерапии (АБТ) внебольничных пневмоний (ВП) у детей, находившихся на лечении в специализированном педиатрическом стационаре г. Саратова и ее соответствие рекомендациям Союза педиатров России (СПР) и российского респираторного Общества (РРО).

Материалы и методы: проведено открытое фармакоэпидемиологическое исследование, основанное на сплошном анализе медицинских карт стационарных больных (форма 003/у), с диагнозом «Внебольничная пневмония, средней степени тяжести» (МКБ-J18.0), прошедших курс лечения в одном из стационаров г. Саратова. Критерии включения в исследование: возраст пациентов от 3 месяцев до 15 лет, основной клинический диагноз на момент выписки из стационара ВП, отсутствие на момент пребывания в стационаре других инфекционных заболеваний. Критериями исключения являлись: неподтвержденный диагноз ВП, другие инфекционные заболевания органов дыхания.

Результаты: проанализировано 150 историй болезней пациентов с ВП, госпитализированных в период времени с 01.09.2015 г. по 30.04.2016 г. Среди больных мальчиков было 56 %, девочек – 44 %.

Антибиотики (АБ) на амбулаторном этапе принимали 82 (54,6 %) пациента. При этом у 81,7 % зарегистрирована терапия одним АБ, у 18,3 % – последовательная терапия или одновременное назначение нескольких АБ. Среди больных, получавших АБ, у 41,5 % применялись цефалоспорины III поколения, у 26,8 % – пенициллины, у 24,4 % – макролиды, у 2,4 % – аминогликозиды. В 4,9 % случаев данные отсутствовали.

Стартовая АБТ в стационаре назначалась всем больным. Так, монотерапия АБ была назначена 122 (81,3 %), а комбинированная терапия – 28 (18,7 %) пациентам. При рассмотрении стартовой монотерапии было выяснено, что 75,4 % больных получали цефалоспорины III поколения. Ингибитор защищенный цефалоспориин III поколения (цефоперазон+сульбактам) был назначен 20,5 %; цефалоспорины IV поколения (цефепим) – 1,6 %; аминогликозиды (амикацин) – 2,5 % больным. Это противоречит клиническим рекомендациям. В структуре стартовой комбинированной

АБТ преобладало назначение ингибиторзащищенных цефалоспоринов III поколения (цефоперазон+сульбактам у всех больных) с макролидами (азитромицин) – 28,6 % и с аминогликозидами (амикацин) – 25 % пациентов. Все АБ стартовой терапии монотерапии назначались парентерально (в/м). Таким образом, не выполнялись клинические рекомендации по лечению ВП у детей по назначению в качестве препарата первой линии амоксициллина и использованию ступенчатой АБТ.

Кроме того, 74 (49,3 %) пациентам назначался второй курс АБТ. У 74,2 % пациентов использовались макролиды и азалиды, у 19,4 % – цефалоспорины III поколения с ингибитором β -лактамаз, у 4,8 % – аминогликозиды, у 1,6 % случаев – фторхинолоны. При этом у 59 (39,3 %) больных второй курс АБТ применялся без видимых причин на фоне явного клинического улучшения после первого курса, что не соответствует клиническим рекомендациям. Монотерапия при этом курсе предписывалась 89,8 % пациентов, комбинированная АБТ – 10,1 %. Наиболее применяемым препаратом при монотерапии был азитромицин (71,6 %). Для комбинированной терапии при втором курсе АБТ применялись макролиды (азитромицин) в сочетании с аминогликозидами (амикацин) у 50 % пациентов, у 42 % – с цефалоспорином III поколения с ингибитором β -лактамаз (цефоперазон+сульбактам), в 8 % случаев – с цефалоспорином IV поколения (цефепим).

В связи с неэффективностью терапии замена АБ проводилась лишь 10 % пациентам. При этом только одному больному провели смену АБ на 2-3 сутки. Замена АБ 8 пациентам на 6-13 день лечения была обусловлена сохраняющейся клинической симптоматикой. Следовательно, у больных отмечалась слабая положительная динамика, а им не проводили своевременную смену АБ, что не соответствует клиническим рекомендациям.

Выводы: антибактериальная терапия ВП у детей не соответствует действующим в настоящее время рекомендациям СПР и РРО. Следовательно, необходимо проведение образовательных мероприятий для врачей с целью улучшения приверженности современным национальным рекомендациям по лечению ВП у детей и повышения рациональности АБТ при нем.