

Динамика уровня профессиональной компетентности участковых педиатров в вопросах антибактериальной терапии

Сафроненко Л.А., Лукашевич М.Г., Бутко И.Л.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия

Контактный адрес:

Людмила Алексеевна Сафроненко
Эл. почта: safron@aaanet.com

Ключевые слова: антибактериальная терапия, педиатры, анкетирование.

Цель. Изучить динамику уровня профессиональной компетентности участковых педиатров в вопросах антибактериальной терапии острых респираторных заболеваний у детей.

Материалы и методы. С использованием разработанной авторами анкеты было проведено анонимное анкетирование участковых педиатров Ростовской области в 2009-10 гг. и в 2014-15 гг. Анализ проводился на соответствие ответов положениям национальных рекомендаций Союза педиатров России среди 3 групп врачей (со стажем работы ≤ 5 лет; 6-20 лет; ≥ 21 года). Для представления результатов использованы методы описательной статистики.

Результаты. Установлено, что основными источниками информации по лечению детей с ОРЗ у педиатров со стажем от 6 лет являются курсы повышения квалификации и лекции, проводимые в поликлинике с участием представителей фармацевтических компаний. Несмотря на появление национальных рекомендаций врачи испытывают существенные затруднения при оценке показаний к назначению антибиотиков, выборе конкретного препарата, замене его в случае неэффективности, определении оптимальной продолжительности лечения. Наиболее часто нерациональное применение антибиотиков отмечается при лечении острых бронхитов, тонзиллитов и внебольничной пневмонии.

Выводы. Несмотря на определенный рост компетентности участковых педиатров в вопросах антибактериальной терапии, уровень их знаний остается недостаточным. Полученные результаты дают основания для оптимизации образовательного процесса в вопросах антимикробной химиотерапии среди врачей-педиатров.

Compliance of paediatricians to the guidelines on the use of antimicrobials in respiratory infections

Safronenko L.A., Lukashevich M.G., Butko I.L.

Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia

Contacts:

Lyudmila A. Safronenko
E-mail: safron@aaanet.com

Key words: antimicrobial therapy, paediatrician, survey.

Objective. To monitor the level of compliance of paediatricians regarding antimicrobial therapy of acute respiratory infections in children.

Materials and methods. Anonymous survey of paediatricians of Rostov region was conducted using a questionnaire developed by the authors during 2009-10 and 2014-15. The analysis was performed to assess the compliance with the national recommendations developed by the Union of paediatricians of Russia among the 3 groups of doctors (practicing ≤ 5 years; 6-20 years; ≥ 21 years). The results were presented with the use of descriptive statistics.

Results. Post-graduate courses and lectures in the workplace organized by the representatives of pharmaceutical companies are the main sources of information on the treatment of children with acute respiratory infections among paediatricians practicing for ≥ 6 years. Despite the availability of national guidelines, doctors are experiencing difficulties in assessing the indications for antibiotics, the choice of a particular drug, changing it in case of failure, determining the optimal duration of treatment. Inappropriate use of antibiotics was most frequent in cases of acute bronchitis, tonsillitis, and community-acquired pneumonia.

Conclusions. Despite some improvements in paediatricians' competence regarding antibiotic therapy, the level of knowledge remains insufficient. The results provide a basis for optimization of educational process in antimicrobial chemotherapy for paediatricians.

Введение

В структуре наиболее значимой в педиатрической практике патологии лидируют острые респираторные заболевания (ОРЗ), составляющие более 70% всех случаев обращения за медицинской помощью [1].

Несмотря на общеизвестный факт, что большинство случаев ОРЗ имеет вирусную этиологию, острый характер их течения, высокая лихорадка, нередкие осложнения, весомая роль

в структуре причин детской смертности побуждают педиатров к активной фармакотерапии ОРЗ, в том числе и к назначению антибактериальных препаратов (АБП). Частота необоснованного назначения АБП при ОРЗ остаётся высокой во всех странах мира, достигая в России 30-60% [2-4]. Избыточное и нерациональное применение антибиотиков при вирусных инфекциях является главной причиной появления и роста анти-

биотикорезистентности микроорганизмов, что имеет не только региональное, но и глобальное значение.

Во всех странах мира и в России, в частности, ведущими специалистами в области клинической микробиологии и анти-микробной химиотерапии на основе принципов доказательной медицины разрабатываются и становятся доступными для практических врачей рекомендации по диагностике и лечению острых респираторных инфекций.

Эти согласительные документы создаются, регулярно обновляются и переиздаются такими научными обществами, как Европейское респираторное общество (ERS), Европейское общество по клинической микробиологии и инфекционным болезням (ESCMID), Американское общество по инфекционным болезням (IDSA) и др. В РФ такие документы создаются экспертами Российского респираторного общества, Союзом педиатров России, МАКМАХ и др. За последние годы было издано большое количество рекомендаций по антибактериальной терапии (АБТ) тонзиллофарингита, острого среднего отита, риносинусита, внебольничной пневмонии, в том числе и у детей [2, 5-13]. Учитывая эмпирический характер АБТ при ОРЗ, качество медицинской помощи детям с этой патологией определяется как профессионализмом врачей, так и их приверженностью современным рекомендациям. Однако несмотря на обилие и доступность современных стандартов лечения этой патологии, частота необоснованного назначения АБТ противоречит ожидаемой.

Цель работы

Изучение уровня компетентности участковых педиатров в вопросах АБТ ОРЗ у детей и факторов, влияющих на частоту ошибок при ее проведении. Для достижения цели работы и анализа реальной практики назначения системных АБП детям с ОРЗ, оценки ее соответствия Национальным рекомендациям в 2014-15 гг. проведено анкетирование участковых педиатров. Ранее, аналогичное анкетирование участковых педиатров проводилось авторами в 2009-10 гг. [14]. В связи с этим в задачи настоящей работы также входил сравнительный анализ динамики профессиональной компетентности участковых педиатров в вопросах АБТ по основным пунктам анкеты за истекшие 5 лет.

Материалы и методы исследования

Проведено анонимное анкетирование 202 участковых педиатров 12 поликлиник в 3 городах Ростовской области (Ростов-на-Дону, Таганрог, Волгодонск). Анкета разработана авторами и включала в себя вопросы об источниках информации, побудительных мотивах для назначения и выбора АБП. Допускалась возможность нескольких вариантов ответов на один вопрос. Анкета содержала также блоки вопросов, ответы на которые позволяли сделать выводы о предпочтениях и мотивах врачей при назначении тех или иных АБП.

Для оценки тактики педиатров в конкретных ситуациях предлагалось решение типовых клинических задач. Анкетирование проводилось методом случайной выборки в письменном виде. После анализа анкет врачи были разделены на три возрастные группы в зависимости от стажа работы: I группа – стаж работы ≤5 лет (23%), II группа – от 6 до 20 лет (18%), III группа – ≥21 года (59%).

Полученные ответы оценивались с учетом основных положений национальных рекомендаций «Клинические рекомендации по диагностике и лечению острых респираторных заболе-

ваний», Лечение пневмонии у детей», разработанных Союзом педиатров России и Ассоциацией медицинских обществ по качеству (АСМОК) под редакцией акад. РАН А. А. Баранова (2014 г.) [5]. Данные рекомендации были разосланы во все поликлиники г. Ростова-на-Дону и Ростовской области Министерством здравоохранения Ростовской области. Полученные ответы сравнивались с результатами анкетирования 170 участковых педиатров, проведенного авторами в 2009-10 гг. [14]. Оценка результатов проводилась с использованием методов описательной статистики.

Результаты и обсуждение

В результате проведенного анализа ответов на вопросы анкеты выявлено, что основными источниками информации по лечению детей с ОРЗ у педиатров со стажем от 6 до 20 лет являются региональные курсы повышения квалификации и лекции, проводимые в поликлинике с участием представителей фармацевтических компаний (более 80%). Более молодые и мобильные врачи со стажем работы не более 5 лет основную информацию (почти в 2/3 случаев) получают путем общения с коллегами и участия в региональных научно-практических конференциях. В то же время представители наиболее многочисленной III группы педиатров с опытом работы более 20 лет за истекшие 5 лет стали придавать меньшее значение информации, представляемой на лекциях в поликлиниках (82% и 62,7%, соответственно).

За анализируемый период существенно повысилось число респондентов, черпающих свои знания из сети Интернет (18% и 30,7%). Практически не изменилось количество педиатров, руководствующихся в своей работе печатными медицинскими изданиями: лишь 30% и 35%, соответственно. По-прежнему, малодоступно для участковых педиатров посещение национальных и международных Конгрессов, проводимых в других городах (0% и 3% посетивших подобные мероприятия по данным анкетирования в 2009-10 и 2014-15 гг., соответственно).

При выборе конкретного АБП руководствуются своим личным опытом более половины (56,7%) педиатров II группы; 38,9% врачей со стажем работы более 20 лет (III группа) и, что вполне объяснимо, лишь 8,7% молодых врачей.

Большинство опрошенных (более 90%) считают основными необходимыми качествами АБП их эффективность и безопасность. Как следует из ответов за истекшие 5 лет снизилось число педиатров, интересующихся стоимостью АБП (47% и 30,4 %, соответственно); повысилось число врачей, предпочитающих назначение оригинальных препаратов (68% и 81,3%, соответственно). Согласно данным анкет фармакологические свойства АБП интересуют многих респондентов (в среднем, 40% за все годы). Однако дальнейший анализ выявил отсутствие четких знаний у педиатров о международных непатентованных наименованиях АБП, их происхождении (оригинальный препарат или генерик), антимикробной активности и фармакологических свойствах.

Анализ ответов о частоте использования в практике того или иного АБП выявил неполное соответствие их долевой значимости современным тенденциям. Так, несмотря на общеизвестную ведущую роль пневмококка в этиологии большинства бактериальных ОРЗ у детей и сохраняющую высокую чувствительность его к аминопенициллинам [3, 11], амоксициллин как основной препарат, назначаемый для лечения этой патологии, был назван всего лишь каждым третьим из респондентов.

Ссылаясь на тот факт, что назначение АБП является наиболее частым в группе повторно и длительно болеющих детей, большинство педиатров как и 5 лет тому назад, предпочитают использовать в качестве стартовой АБТ ингибиторозащитные аминопенициллины. При этом по-прежнему довольно высокой остается частота назначения цефалоспоринов (ЦФ). Так, в течение 5 лет продолжается необоснованное назначение цефазолина при ОРЗ (8% и 6%). Отрадным представляется факт более частого, чем в 2009-10 гг., использования цефуроксима (17% против 5%), снижение в структуре применяемых АБП доли цефиксима с 16% до 11,2%, что соответствует позиции о недостаточной активности последнего в отношении ведущего респираторного патогена – пневмококка [11]. Частота назначения парентеральных ЦФ сохраняется примерно на одном уровне. При этом предпочтение педиатры стали отдавать в большей мере цефтриаксону.

Частота назначения макролидов остается высокой среди всех групп врачей (60-70% педиатров отметили использование этих АБП). Вполне обоснованно две трети врачей используют их в качестве препаратов II ряда, при этом наиболее часто назначаются азитромицин и клатриромицин, что соответствует современным рекомендациям [3].

При выборе тактического решения в конкретных клинических ситуациях педиатры действовали, в целом, соответственно рекомендациям экспертов. Так, при лечении острого, предположительно бактериального, тонзиллита, в подавляющем большинстве случаев (более 85%) назначался амоксициллин в адекватной дозе. При этом ссылок на необходимость использования экспресс-теста на наличие антигена бета-гемолитического стрептококка серогруппы А (БГСА) и/или шкалы Мак-Айзека не зарегистрировано [7,10]. Однако, при неэффективности стартовой АБТ (лихорадка, наложения на миндалинах) в течение 2-3 дней, планируемая тактика педиатров была разной. Так, решение об отмене АБТ в связи с вероятной вирусной этиологией заболевания приняли лишь 4,3% молодых врачей (I группа). Подавляющее же большинство педиатров посчитали необходимым провести замену АБП: на макролиды – более 30%, на амоксициллин/клавуланат – более 50%; затруднились с ответом около 10%.

Для лечения острого среднего отита подавляющее большинство сделало правильный выбор [9, 11], отдав предпочтение амоксициллину и амоксициллину/клавуланату (72,1% врачей II группы и 73,4% педиатров III группы). Менее опытные врачи (I группа) в 43,8% так же назначили аминопенициллины, однако наряду с этим, немотивированно часто (30,4%) они выбрали макролиды.

В целом соответствовал стандартам [15, 16] выбор АБП при остром бактериальном риносинусите: большинство респондентов отдали предпочтение аминопенициллинам, в основном, защищенным (в среднем, 66%); 25% предложили парентеральное введение ЦФ III.

Несмотря на наличие доступных клинических рекомендаций по лечению внебольничной пневмонии (ВП) [12, 13], при амбулаторном лечении ВП у детей дошкольного возраста педиатры, по-прежнему предпочитают назначать ЦФ III поколения парентерально (48% в 2009-10 гг. и 55% в 2014-15 гг.). Для лечения ВП у школьников подавляющее большинство врачей выбирали аминопенициллины (73-88%).

Ответы на вопросы о тактике ведения пациентов с бронхитом свидетельствовали об отсутствии у врачей твердой позиции и убежденности в правильности принимаемых ре-

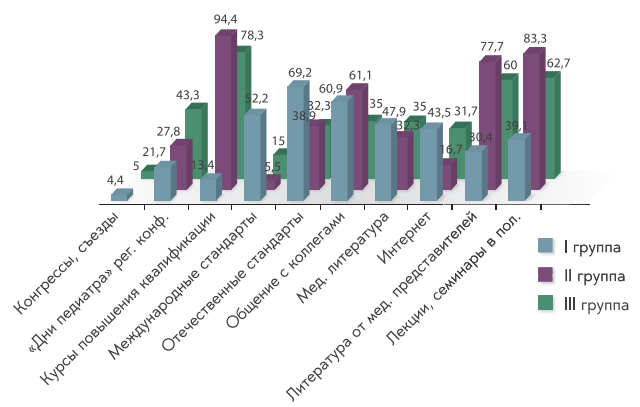


Рисунок 1. Основные источники информации участковых педиатров о рекомендациях по антибактериальной терапии респираторных инфекций

шений и, соответственно, о незнании современных клинических рекомендаций, либо личном несогласии с их положениями. Так, согласно вопросам анкеты о том, необходимо ли назначать АБТ всем детям с диагнозом «острый бронхит», положительно ответили 8,7% молодых врачей, 16,7% более опытных (II гр.) и 8,3% педиатров, проработавших более 20 лет. Только детям раннего возраста назначили бы АБП при бронхитах 26,1% молодых, 16,7% опытных и каждый третий врач из проработавших более 20 лет. При сохранении фебрильной лихорадки более 2-х дней детям с бронхитами АБТ назначили бы уже 2/3 врачей. Бронхообструктивный синдром, по мнению 14% педиатров, является главным показанием для назначения АБП. При этом макролиды использовались лишь в 8%.

На вопрос об субъективных затруднениях при проведении АБТ анкетированные врачи ответили следующим образом. Наибольшей проблемой для всех врачей, независимо от стажа работы, явилось определение показаний к выбору конкретного АБП. При этом молодые врачи в 2 раза чаще испытывают затруднения при обосновании АБТ (13,4%; 27,8% и 26,7% по группам, соответственно). Выбор конкретного АБП вызывает затруднение у каждого 4-го педиатра. Каждый 3-й молодой доктор не может определиться с необходимой продолжительностью курса АБТ. Более опытные врачи ссылаются на эту же проблему несколько реже (26%), но все же и они не удовлетворены личным уровнем знаний.

Выводы

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что, несмотря на определенный рост компетентности участковых педиатров в вопросах АБТ, уровень их знаний остается недостаточным.

Отмечена низкая частота использования образовательных ресурсов интернета и печатных медицинских изданий, а также посещаемости научно-практических конференций, как региональных, так и, особенно, национальных.

Наибольшее количество дефектов и нерационального назначения АБП выявлено при лечении острых бронхитов, тонзиллитов и ВП.

Полученные результаты дают основания для оптимизации образовательного процесса в вопросах антимикробной химиотерапии среди врачей-педиатров.

Литература

1. Баранов АА, Намазова-Баранова ЛС, Ильин АГ и др. Научные исследования в педиатрии: направления, достижения, перспективы. Росс педиатр журнал 2013;5:4-14.
2. Применение антибиотиков у детей в амбулаторной практике. Методические рекомендации. Ред. Баранов АА, Страчунский ЛС. Клин Микробиол Антимикроб Химиотер 2007;9(3):200-10.
3. Андреева ИВ, Стецюк ОУ. Популярныe мифы и заблуждения относительно антибиотиков среди практических врачей. Русский медицинский журнал 2014;9:684-92.
4. Козлов РС. Селекция резистентных микроорганизмов при использовании антимикробных препаратов: концепция «параллельного ущерба». Клин Микробиол Антимикроб Химиотер 2010;12(4):284-92.
5. Союз педиатров России и Ассоциация медицинских обществ по качеству. Клинические рекомендации по диагностике и лечению острых респираторных заболеваний (ОРЗ); лечению пневмонии у детей. 2014. <https://www.rosminzdrav.ru/.../8021-klinicheskie-rekomendatsii-po-diagnostike-i-lecheniyu-ostryh-respiratornyh-zabolevaniy-orz-lecheniyu-pnevmonii-u-detej>.
6. Pelucchi C, Grigoryan I, Galeone C, Esposito S, Huovinen P, Little P, Verheij T, and ESCMID Sore Throat Guideline Group. Guideline for the management of acute sore throat. Clin Microbiol Infect 2012;(Suppl 1):1-28.
7. Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW, Gerber MA, Kaplan EL, Lee G, Martin JM, Van Beneden C. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2012;55:e86-102.
8. Bradley JS, Byington CL, Shah SS, et al. Pediatric Infectious Diseases Society and the Infectious Diseases Society of America. The management of community-acquired pneumonia in infants and children older than 3 months of age: clinical practice guidelines by the Pediatric Infectious Diseases Society and the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2011;53:e25-76.
9. Lieberthal AS, Carroll AE, Chonmaitree T, et al. The diagnosis and management of acute otitis media. Pediatrics 2013;131:e964-99.
10. Куличенко ТВ. Диагностика и лечение острого стрептококкового фарингита у детей. Пед Фармакол 2015;12:104-11.
11. Таточенко ВК. Антибиотики в арсенале участкового педиатра для лечения болезней органов дыхания. Леч Врач 2009;6:43-7.
12. Внебольничная пневмония у детей: Клинические рекомендации. М: 2015; 64 с.
13. Карпов ВВ, Сафроненко ЛА, Лукашевич МГ, Абаева НГ. Пневмонии у детей: учебное пособие. Ростов-на-Дону: 2011; 108 с.
14. Анализ компетентности участковых педиатров в вопросах антибактериальной терапии. Клин Микробиол Антимикроб Химиотер 2010;12 (Прил. 1):47.
15. Дронов ИА. Применение амоксициллина/клавуланата в педиатрической практике: актуальные вопросы. Русский медицинский журнал 2012;20(2):51-5.
16. Свистушкин ВМ, Андреева ИВ, Стецюк ОУ и соавт. Обзор современных рекомендаций по тактике ведения пациентов с острым бактериальным риносинуситом в педиатрической практике. Клин Микробиол Антимикроб Химиотер 2012;14:176-90.

References

1. Baranov AA, Namazova-Baranova LS, Ilyin AG, et al. Nauchnye issledovaniya v pediatrii: napravleniya dostizheniya perspektivy. Rossijskij pediatricheskij zhurnal 2013;5:4-14.
2. Baranov AA, Strachunsky LS. Guidelines for antimicrobial therapy in outpatient pediatric care. Clin Microbiol Antimicrob Chemother 2007;9(3):200-10.
3. Andreeva IV, Stetsiuk OU. Populyarnye mify i zabluzhdeniya otnositelno antibiotikov sredi prakticheskikh vrachej. Russkij medicinskij zhurnal 2014;9:684-92.
4. Kozlov RS. Selection of resistance associated with the use of antimicrobial agents: collateral damage concept. Clin Microbiol Antimicrob Chemother 2010;12(4):284-92.
5. Soyuz pediatrov Rossii i Associaciya medicinskih obshchestv po kachestvu. Klinicheskie rekomendatsii po diagnostike i lecheniyu ostryh respiratornyh zabolevanii (ORZ): lecheniyu pnevmonii u detej. 2014. <https://www.rosminzdrav.ru/.../8021-klinicheskie-rekomendatsii-po-diagnostike-i-lecheniyu-ostryh-respiratornyh-zabolevaniy-orz-lecheniyu-pnevmonii-u-detej>.
6. Pelucchi C, Grigoryan I, Galeone C, Esposito S, Huovinen P, Little P, Verheij T, and ESCMID Sore Throat Guideline Group. Guideline for the management of acute sore throat. Clin Microbiol Infect 2012;(Suppl 1):1-28.
7. Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW, Gerber MA, Kaplan EL, Lee G, Martin JM, Van Beneden C. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2012;55:e86-102.
8. Bradley JS, Byington CL, Shah SS, et al. Pediatric Infectious Diseases Society and the Infectious Diseases Society of America. The management of community-acquired pneumonia in infants and children older than 3 months of age: clinical practice guidelines by the Pediatric Infectious Diseases Society and the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2011;53:e25-76.
9. Lieberthal AS, Carroll AE, Chonmaitree T, et al. The diagnosis and management of acute otitis media. Pediatrics 2013;131:e964-99.
10. Kulichenko TV. Diagnosis and treatment of acute streptococcal pharyngitis in children. Pediatric pharmacology 2015;12:104-11.
11. Tatchenko VK. Antibiotiki v arsenale uchastkovogo pediatria dlya lecheniya boleznej organov dyhaniya. Lechashchij vrach 2009;6:43-7.
12. Vnebolnichnaya pnevmoniya u detej: klinicheskie-rekomendatsii. M: 2015; 64 p.
13. Karpov VV, Safronenko LA, Lukashevich MG, Abaeva NG. Pnevmonii u detej: uchebnoe posobie. Rostov-on-Don: 2011; 108 p.
14. Analysis of compliance of paediatricians to the guidelines on the use of antimicrobials in respiratory infections. Clin Microbiol Antimicrob Chemother 2010;12(Supl 1):47.
15. Dronov IA. Primenenie amokcicilina/klavulanata v pediatricheskoj praktike: aktualnye voprosy. Russkij medicinskij zhurnal 2012;20(2):51-5.
16. Svistushkin VM, Andreeva IV, Stetsiuk OU. Review of current guidelines on the management of pediatric patients with acute bacterial rhinosinusitis. Clin Microbiol Antimicrob Chemother 2012;14:176-90.