

Изследване върху лечението на бронхиолит при кърмачето в условията на извънболничната помощ

Проспективно обсервационно проучване при 520 пациенти във Франция

Ж. Стагнара,¹ А. Демонсо,² А. Венкток,³ Н. Никотоянис,⁴ Г. Дуру⁵

¹Педиатър (Лион)

²Общопрактикуващ лекар и хомеопат (Реймс)

³GYD Institut, Groupe IMS Health (Лион)

⁴Университет Клод Бернар (Лион)

⁵Университет Клод Бернар (Лион)

Увод

Острите бронхиолити, причинени в 60–90% от случаите от респираторния синцитиален вирус (РСВ),¹ засягат главно малки деца.² В действителност 84% от острите бронхиолити се диагностицират при деца под 30-месечна възраст. В развитите страни това заболяване, което се проявява под формата на епидемии от средата на ноември до средата на януари, е основната причина за остри респираторни прояви при кърмачето на възраст под 2 години. Пикът на честотата на заболяването обхваща групата от 2 до 7 месеца.^{4,5} Изчислено е, че около 460 000 кърмачета (т.е. 30% от възрастовата група) биват засягани от тази инфекция⁶ и че броят на децата, боледуващи от бронхиолити, не спира да се увеличава от 1992 г. насам, като средният ръст за 1996 г.⁴ възлиза на 9%.

Следователно тези епидемии водят до значителен брой хоспитализации и консултации както в болнична, така и в амбулаторна (при общопрактикуващия лекар) обстановка.^{6,7} Трябва да отбележим, че в доболничната помощ и в болниците в Париж (АР-НР) през последните 6–7 години консултациите по повод бронхиолити нарастват ежегодно със 120%, а тези на хоспитализациите със 70%.⁴ Поради това здравните структури на доболничната помощ, както и самите болници, не могат да отговорят на силния натиск, на който са подложени през зимните месеци,⁶ а лечението на бронхиолитите

изправя общественото здравеопазване пред един наистина сериозен проблем.

Проблемът се задълбочава и от факта, че в момента не съществува никаква референтна система за медикаментозно лечение. В действителност Консенсусната конференция по въпросите за лечението на бронхиолита при кърмачето⁶ стигна до заключението, че в общата медицина не съществува никаква терапевтична схема за лечение на това заболяване (с изключение на тежките случаи) и че единствено се съблюдават общите симптоматични мерки и респираторната кинезитерапия.

И така, в актуалния контекст на еволюцията на това заболяване считаме, че е интересно да се оцени лечението на бронхиолита при кърмачето в доболничната помощ от три вида лекари: специалистите педиатри, общопрактикуващите лекари алопати и общопрактикуващите лекари хомеопати.

Цел

Настоящото проучване има за цел да оцени и да сравни – в условията на доболничната помощ – лечението на остър бронхиолит в кърмаческа възраст от специалистите педиатри, общопрактикуващите лекари алопати и общопрактикуващите лекари хомеопати по отношение на:

- диагностиката;
- спазването на препоръките на Консенсусната конференция (септември 2000);
- цената на лечението.

Методи

Подготовка на представителна извадка

За да осъществим на практика наблюдаването върху лечението на бронхиолитите от споменатите три вида лекари, проведохме 6-месечно прагматично, проспективно обсервационно проучване (от средата на октомври 2002 до края на април 2003 г.) на три различни независими епидемично-икономически места за наблюдение:

- 1 място за наблюдение: лечение на остриите бронхиолити при кърмачето от специалистите педиатри.
- 2 място за наблюдение: лечение на остриите бронхиолити при кърмачето от общопрактикуващите лекари алопати.
- 3 място за наблюдение: лечение на остриите бронхиолити при кърмачето от общопрактикуващите лекари хомеопати.

За да получим представителна извадка на трите вида лекари, направихме случаен подбор, като използвахме следните медицински бази данни: Pharbase® (IMS Health) за лекарите педиатри, Logimed® (IMS Health) за лекарите алопати и France Telecom за лекарите хомеопати.

Подбор на пациенти

Критериите за включване на пациенти бяха следните:

- Деца на възраст от 3 до 24 месеца, които са развили своя първи епизод на остър бронхиолит, още не са лекувани и не се нуждаят от незабавна хоспитализация.
- Деца, които са развили следните диагностични критерии: суха кашлица и/или полидиспнея и свиркащи хрипове.

Критериите за невключване бяха следните: деца под 3 и над 24 месеца; развили свой 2 или последващ епизод на остър бронхиолит след раждането, тежък бронхиолит, изискващ незабавна хоспитализация, хронични заболявания (муковисцидоза, имунен дефицит и т.н.), кардиопатии.

Критерии за оценка

Диагностични критерии на бронхиолита

Анализирахме диагностичните критерии на бронхиолита, използвани от лекарите, за включване на пациентите в изследването и ги сравнихме с тези, използвани от Консенсусната конференция.

Медицински критерии за ефикасност

По време на цялостното проследяване:

- Общ брой на епизодите на остър бронхиолит (начален епизод + повтарящи се епизоди).
- Брой на усложненията (астма при кърмачето, бактериални суперпониранни инфекции, нарушения на вентилацията на белите дробове).
- На 6 месеца: персистирание на симптомите на бронхообструкция (кашлица от повече от 6 седмици, нощна кашлица или свирене, кашлица при усилие, бронхиална секреция и т.н.).

За всеки епизод на остър бронхиолит:

- Вид на епизода на остър бронхиолит, определен чрез измерване на дихателната честота, дихателната недостатъчност, апетита и общото състояние на детето, както и фебрилитета.
- Продължителност на епизода, измерена ретроспективно чрез броя на дните, през които е имало свирене, и броя на дните с безапетитие.

Спазване на препоръките на консенсусната конференция

Чрез вида лекари, които сме анализирали:

- Медикаментозни прескрипции.
- Прескрипции на сеанси по респираторна кинезитерапия.

Критерии за разходи на лечението

Директни медицински разходи: медицински консултации, прескрипции на медикаменти, допълнителни прегледи, сеанси по респираторна кинезитерапия. Тези разходи са оценени въз основа на три критерия: разходи за обществото, разходи за осигурителната система и остатъчни разходи за пациента или за допълнителното осигуряване. Те са оценени въз основа на публични цени по системата Vidal® (за медикаментите) и на Общата номенклатура на професионалните нормативни актове в сила в момента на провеждане на проучването (за допълнителните действия и прегледи).

Индиректни медицински разходи: брой и продължителност на болничните дни за „болно дете“ и прекъсванията по болест (които не се оценяват икономически).

Статистически анализ:

За да имаме пациенти, които са сравними по отношение на рисковите фактори, направихме статистическия анализ след подбиране на пациентите по следните критерии: възраст, пол, пасивно пушене и начин на отглеждане.

Резултати

Пациенти

След подбиране на пациентите се спряхме на 520 деца, проследени от 192 лекари.

Разпределението бе следното:

- 253 деца, проследени от 95 педиатри;
- 150 деца, проследени от 59 общопрактикуващи лекари алопати;
- 117 деца, проследени от 38 лекари хомеопати.

Диагностика

Диагнозата бронхиолит е поставена правилно – тоест, в съответствие с дефиницията, дадена от Консенсусната конференция, от трите вида лекари при повече от 9 на всеки 10 деца (табл. 1).

Статистическият анализ показва хомогенността на този критерий при трите вида лекари (тест с2 с корекция по Yates, $p > 0.05$)

Ефикасност

В края на проучването по отношение на общия брой на епизодите и продължителността на бронхообструкцията (тест на Student, $p < 0.05$) лечението на острия бронхиолит при кърмачето, проведено от педиатрите, не показваше значителни различия от лечението, проведено от общопрактикуващите лекари хомеопати (табл. 2).

И обратно – открихме значителни разлики по отношение на продължителността на епизодите (значително по-малка при групата на хомеопатите) и броя на усложненията (по-малък в групата на хомеопатите) (тест на Student, $p < 0.05$).

Освен това, трябва да отбележим, че не е открита никаква значителна разлика по отношение на медицинските критерии при лечението, прилагано от общопрактикуващите лекари хомеопати и общопрактикуващите лекари алопати (тест на Student, $p < 0.05$).

Анализ на прескрипциите

Прескрипции на медикаменти

Антибиотиците и кортикостероидите – по отношение на брой на прескрипции – са съставлявали значителна част от прескрипциите на лекарите алопати (повече от 40%) и педиатрите (30%), докато при прескрипциите на хомеопатите те съставляват 8%. При последните хомеопатичните медикаменти са съста-

Диагностични критерии			Лекари специалисти педиатри	ОПА алопати	ОПА хомеопати
Суха кашлица (1)	Да	Ефективност	231	130	110
		%	91.3	86.7	94.0
	Не	Ефективност	22	20	7
		%	8.7	13.3	6.0
Полипнея (2)	Да	Ефективност	128	91	58
		%	50.6	60.7	49.6
	Не	Ефективност	125	59	59
		%	49.4	39.3	50.4
Затруднено дишане (тираж) (3)	Да	Ефективност	110	51	34
		%	43.5	34.0	29.1
	Не	Ефективност	143	99	83
		%	56.5	66.0	70.9
Критерий „Диагностика“ (1) и/или (2) и/или (3) и (4)	Да	Ефективност	240	139	107
		%	94.9	92.7	91.5
	Не	Ефективност	13	11	10
		%	5.1	7.3	8.5

Табл. 1. *Диагностични критерии за бронхиолит, използвани от лекарите в реалната практика

влявали 2/3 от прескрипциите им, докато те са отсъствали тотално от терапевтичния арсенал на лекарите алопати и са съставлявали само 6% от прескрипциите на лекарите педиатри.

Различията са още по-големи, ако се анализират отделните пациенти: респективно 65% и 63% от пациентите, лекувани от лекарите алопати, са получили антибиотици и кортикостероиди срещу 35% и 57% от пациентите на педиатрите и само 16% и 24% от тези на лекарите хомеопати (табл. 3).

Трябва да отбележим, че текстът на Консенсусната конференция за лечение на бронхиолита при кърмачето препоръчва само общи мерки, ка-

Медицински критерии за ефективност	Лекари специалисти педиатри	Общопрактикуващи лекари алопати	Общопрактикуващи лекари хомеопати
Епизоди на бронхиолит/ пациент			
■ Среден брой	1.6	1.4	1.3
■ Средна продължителност	6.6	5.4	4.4
Среден брой усложнения/ на пациент	0.2	0.2	0.4
Персистиране на бронхообструкцията	7 деца (6%)	14 деца (9%)	30 деца (12%)

Табл. 2.* Резултати от ефективността на лечението на остри бронхиолити при кърмачето в амбулаторната медицина

Прескрипции на медикаменти	Лекари специалисти педиатри	Общопрактикуващи лекари алопати	Общопрактикуващи лекари хомеопати
Терапевтични класове	% пациенти	% пациенти	% пациенти
Антибиотици	36.4	64.7	16.2
Антипиретици	23.3	45.3	20.5
Антитусивни	11.1	13.3	6.8
Бронходилататори	60.1	40.7	19.7
Кортикостероиди (инхалирани + системен път):	56.9	62.7	23.9
■ Инхалирани	45.1	28.7	12.8
■ По системен път	27.7	48.0	12.8
Хомеопатични медикаменти	5.1	0	82.9
Имуностимулатори и имуномодулатори	1.6	4.7	0
Муколитици и мукоурекулатори	41.9	45.3	21.4
Микроелементи	0.8	0	16.2

Табл. 3. *Видове медикаменти, предписвани от лекарите

саещи симптоматиката, както и респираторна кинезитерапия, и не препоръчва използването на специфичен клас медикаменти.

Следователно, резултатите от медикаментозните прескрипции при това проучване не съответстват на препоръките на Консенсусната конференция.

Прескрипция на сеанси по кинезитерапия

Констатирахме, че общопрактикуващите лекари алопати са предписали най-много сеанси по кинезитерапия на своите пациенти (при 94% от пациентите) спрямо педиатрите (при 87.7% от пациентите) и хомеопатите (при 73.5% от пациентите) (табл. 4).

И обратно, броят на сеансите по кинезитерапия, предписани на пациент, е хомогенен при групата на лекарите, специалисти по педиатрия спрямо групата на общопрактикуващите лекари хомеопати и между групата на общопрактикуващите лекари хомеопати спрямо групата на общопрактикуващите лекари алопати (мест на Student, $p < 0.05$).

Предписване на сеанси по респираторна кинезитерапия		Лекари специалисти педиатри	Общопрактикуващи лекари алопати	Общопрактикуващи лекари хомеопати
Да	Действителен брой	222	141	86
	%	87.7 %	94.0 %	73.5 %
Не	Действителен брой	31	9	31
	%	12.3 %	6.0 %	26.5 %
Общо	Действителен брой	253	150	117
	%	100 %	100 %	100 %

Табл. 4. *Предписване на сеанси по респираторна кинезитерапия

Разходи

От гледна точка на „обезпечаването на болестта“ хомеопатичната стратегия винаги е била най-икономична по отношение на средния общ разход на пациент, независимо дали се сравнява с „алопатичната“ или „педиатричната“ стратегия (мест на Student, $p < 0.05$).

Изводът е същият, ако се сравняват поединично счетоводните операции.

От „социална“ гледна точка (брутен разход) констатирахме, че общият среден разход на пациент е сравним между „алопатичната“ и „хомеопатичната“ стратегия (мест на Student, $p < 0.101$) и значително по-нисък в полза на „хомеопатичната“ спрямо „педиатричната“ стратегия (мест на Student, $p < 0.001$) (табл. 5).

Продължителността на отпуските е била значително по-дълга при алопатите и педиатрите в сравнение с хомеопатите.

Заключение и обсъждане

Това проучване извади най-ве следните факти:

■ Лекарите (специалистите педиатри, общопрактикуващите лекари алопати и лекарите хомеопати) поставят в 90% от случаите диагнозата остър бронхиолит при кърмачето в съответствие с дефиницията на Консенсусната конференция.

■ Ефикасността на трите вида лечение (провеждано от специалистите педиатри, общопрактикуващите лекари алопати и лекарите хомеопати) е сравнима с изключение на продължителността на епизодите (значително по-кратки при пациентите на лекарите хомеопати в сравнение с тези на педиатрите) и по отношение на усложненията (значително

Място на извършените разходи	Среден разход на пациент в €		
	Брутен	Обществено осигуряване	Пациент
<i>Медицински консултации</i>			
Общопрактикуващи лекари алопати	87.0	53.47	33.53
Общопрактикуващи лекари хомеопати	92.8	44.00	48.08
Лекари специалисти педиатри	130.11	77.58	52.53
<i>Допълнителни прегледи</i>			
Общопрактикуващи лекари алопати	4.71	3.28	1.43
Общопрактикуващи лекари хомеопати	1.32	0.92	0.39
Лекари специалисти педиатри	6.14	4.20	2.08
<i>Медикаменти</i>			
Общопрактикуващи лекари алопати	32.98	20.43	12.54
Общопрактикуващи лекари хомеопати	27.60	14.57	13.02
Лекари специалисти педиатри	54.07	32.76	21.32
<i>Респираторна кинезитерапия</i>			
Общопрактикуващи лекари алопати	114.5	68.7	45.8
Общопрактикуващи лекари хомеопати	94.47	56.6	37.7
Лекари специалисти педиатри	174.9	104.9	70.0
<i>ОБЩО</i>			
Общопрактикуващи лекари алопати	238.8	145.6	93.1
Общопрактикуващи лекари хомеопати	215.0	115.9	99.1
Лекари специалисти педиатри	361.0	216.9	144.2

Табл. 5. *Среден разход за лечение на бронхиолит в кърмаческа възраст на пациент за период от 6 месеца

по-малко при пациентите на общопрактикуващите лекари хомеопати в сравнение с тези на педиатрите).

■ Препоръките на Консенсусната конференция по отношение на прескрипцията на лекарства се спазват от много малко лекари. Резултатите от настоящото проучване потвърждават резултатите от едно ретроспективно проучване върху лечението на първи епизод на бронхиолит, при което се е стигнало до заключението, че при нехоспитализираните деца препоръките са спазени едва при 28.5% от случаите.

■ Препоръките по отношение на прескрипцията на сеанси по респираторна кинезитерапия се спазват добре от лекарите. Наблюдава се обаче една по-несистемна прескрипция на сеанси по кинезитерапия при общо практикуващите лекари хомеопати. Това може да се обясни с особеното значение, което тези ле-

кари отгават на сухия или влажния характер на кашлицата при избора на хомеопатични медикаменти⁹ и следователно тенденцията да предписват сеанси по кинезитерапия само в случай на влажна кашлица.

■ Лечението на бронхиолита при кърмачето от специалистите педиатри е най-скъпо. От направеното проучване върху трите вида лечение за целите на здравето осигуряване се вижда, че то е най-евтино при общопрактикуващите лекари хомеопати.

Тази разработка показва колко е трудно да бъдат убедени лекарите да спазват препоръките на една Консенсусна конференция:

■ Идеите и практиките, и по-специално тези, които се отнасят до използваните бронходилататори, са еволюирали до степен да може да се отдиференцира бронхиолит от астма при кърмачето.¹⁰

■ Все още се използват широко редица медикаменти, считани като потенциално опасни (муколитици и антитусивни средства) или групи, чиято ефективност не е доказана при тази патология (инхалационни кортикостероиди, антибиотици).

■ Не трябва ли повече да се пропагандират критериите за прескрипция на сеанси по респираторна кинезитерапия при терапевтичната стратегия за лечение на бронхиолита при кърмачето?

■ Практиката на общопрактикуващите лекари хомеопати, която е и по-евтина, би заслужавала по-специално внимание по отношение на тази патология като се имат предвид получените ефективни резултати.

Благодарности на:

L. Lamarsalle,³ M. Trichard,⁵ G. Chaufferin,⁵ J. Robert⁶
GYD Institut IMS Health (Lyon)³, Boiron (69–Sainte Foy-lès-Lyon)⁵, Pédiatre (69–Vaulx-en-Velin)⁶

Литература

1. Prévalence et aspect cliniques de l'infection par les sous types A et B du virus respiratoire syncytial. Brouard J., et al. *Archives Françaises de Pédiatrie* 1993; 45:791:793.
2. Site Internet „Tamaloo”: <http://www.tamaloo.fr>
3. Étude Permanente de la Prescription Médicale. Doréma. *IMS hiver 1999–2000*.
4. Site Internet „Caducée” <http://www.caducee.net>
5. Les bronchiolites. Le moniteur des pharmaciens, cahier II, 22, 8 janvier 2000.
6. Conférence de consensus sur la „Prise en charge de la bronchiolite du nourisson”. Union Régionale des Médecins Libéraux, 21 septembre 2000.

Пълната библиографска справка е на разположение в издателството и може да бъде представена при поискване.