

Dostępne online www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: www.elsevier.com/locate/pepo

Artykuł redakcyjny/Leading article
Praca pogładowa/Review

Antybiotykoterapia w Polsce – zwyczaje preskrypcyjne a rekomendacje

*Antibiotic therapy in Poland – prescription customs versus
guidelines*



Ewa Łoś-Rycharska *, Mieczysława Czerwionka-Szaflarska

Katedra i Klinika Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy UMK im.
M. Kopernika w Toruniu, Bydgoszcz, Polska

INFORMACJE O ARTYKULE

Historia artykułu:

Otrzymano: 06.07.2015

Zaakceptowano: 21.09.2015

Dostępne online: 01.10.2015

Słowa kluczowe:

- antybiotyki
- proskrypcja
- nadużywanie

Keywords:

- Antibiotics
- Prescription
- Overuse

ABSTRACT

Majority of infections have a viral aetiology and every infection may not require antibiotic treatment. As the antibiotics are overused, there are led campaigns promoting rational antibiotic therapy. It exerts that too frequent as well as too intensive antibiotic therapy can have source not only in lack of physician knowledge, but in lack of possibility quick diagnostic tools (in it microbiological quick test) and in lack of material to help physician-patient communication. So, expert guidelines popularize that it is not enough to decrease problem forcefully.

© 2015 Polish Pediatric Society. Published by Elsevier Sp. z o.o. All rights reserved.

Polska jest krajem o wysokim zużyciu antybiotyków [1], pomimo że powinny one być wydawane tylko na receptę. Badanie białostockie przeprowadzone wśród pacjentów lekarza rodzinnego w 2005 roku wykazało, że 99% badanych przynajmniej raz w życiu stosowało antybiotyk [2]. Jednak Polska nie jest krajem odosobnionym w kwestii nadużywania antybiotyków – Chabicz i wsp. [3] podają, że ilość przepisanych antybiotyków w latach 2004–2008 odpowiada średniemu poziomowi europejskiemu.

Zając i wsp. [4] przeprowadzili analizę częstości stosowania antybiotykoterapii przez uczniów szkół średnich, studentów oraz osób dorosłych powyżej 26. roku życia. Stwierdzono, że w ostatnim roku antybiotyk stosowała blisko połowa dorosłych, 1/3 studentów i 1/4 uczniów. Niewielki odsetek nie stosował antybiotyków nigdy.

Dziurda i wsp. [5] analizowali zużycie antybiotyków poprzez ocenę sprzedaży w regionie lubuskim w okresie 3-letnim (2002–2005) i stwierdzili, że 64,3% populacji

* Adres do korespondencji: Katedra i Klinika Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy UMK im. M. Kopernika w Toruniu, ul. Skłodowskiej-Curie 9, 85-094 Bydgoszcz, Polska. Tel.: +48 52 585 48 50.

Adres email: klped@cm.umk.pl (E. Łoś-Rycharska).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.pepo.2015.09.002>

0031-3939/© 2015 Polish Pediatric Society. Published by Elsevier Sp. z o.o. All rights reserved.

otrzymało antybiotyków, szczególnie często dzieci w wieku 5-9 lat oraz pacjenci często korzystający z opieki medycznej, zwłaszcza starsi.

Antybiotyki w Polsce stosowane są najczęściej na „przeziębienie”, na ból gardła, na kaszel, grypę [1, 4, 6]. Problemem może być również nadużywanie antybiotyków w empirycznym leczeniu zakażeń dolnych dróg moczowych [7] oraz ostrych zakażeń przewodu pokarmowego [8].

Tylko 25,5% polskich pacjentów wie, że antybiotykoterapia jest zarezerwowana do leczenia chorób bakteryjnych [2]. Jednocześnie stwierdzono, że najważniejszym źródłem wiedzy o antybiotykach dla pacjentów jest lekarz, z częstotścią sięgającą wg różnych badań polskich 67,3-90,5% [2, 4]. Wiedza o antybiotykach zdecydowanie rzadziej pochodzi z Internetu (14%), w małym odsetku od znajomych, pielęgniarek, położnych [4].

Najwięcej recept na antybiotyki wypisują lekarze pierwszego kontaktu [1]. W badaniach przeprowadzonych przez Zajac i wsp. [4] byli oni autorami 82,3% recept na antybiotyki, w niespełną 10% wypisywał je lekarz specjalista, a w 4,3% – stomatolog.

Doświadczenia innych krajów wskazują, że dostępność antybiotyku bez recepty wiąże się z jeszcze wyższym, a w dodatku niekontrolowanym stosowaniem (Grecja, Indie) [9-12]. Okazuje się, że również w Polsce znaczny odsetek pacjentów stosuje samoleczenie antybiotykami, najczęściej pozostałymi po poprzedniej terapii, rzadziej otrzymanymi od znajomych [4, 6, 13].

Muraz i wsp. [6] na podstawie badania ankietowego przeprowadzonego wśród prawie 900 pacjentów z Łodzi i Wrocławia wykazali, że aż 41,5% zastosowało samodzielnie antybiotyk w przypadku infekcji górnych dróg oddechowych w przekonaniu o jego skuteczności w większości infekcji, w tym np. w grypie i infekcjach grypopodobnych. Źródłem antybiotyku najczęściej, bo w 73,7%, była reszta antybiotyku pozostawiona w domu po wcześniejszej infekcji. Kardas i wsp. [14] wykazali wśród pacjentów dorosłych, że po ostatnim leczeniu antybiotykem w 53,7% przypadków pozostała część leku. 77% osób zachowało go, 4,6% zastosowało a 18,4% wyrzuciło. Badacze postulują, aby zapisywać pacjentom dokładnie tyle antybiotyku, ile jest potrzebne na leczenie danej choroby, aby zminimalizować ten problem.

Zdarzają się również przypadki wydania antybiotyku w aptece bez recepty [4] – wg Muraz i wsp. otrzymało antybiotyk w taki sposób aż 13,5% ankietowanych [6].

Nadużywanie antybiotyków, a także ich stosowanie w sposób niezgodny z zaleceniami przyczynia się do rozwoju lekooporności [3, 15]. W przeszłości oporność bakterii dotyczyła jednego, a najwyżej kilku antybiotyków, dziś liczne szczepy są wielolekooporne. Tym samym maleje skuteczność leczenia infekcji bakteryjnych, a koszty skutecznego leczenia rosną [16].

Przed długi czas przyjmowanie antybiotyków nie było poddane żadnej planowej polityce mającej na celu racjonalizację ich stosowania [1]. Wobec niepokojąco rosnącego zużycia tych leków, związanych z tym kosztów oraz narastania liczby opornych drobnoustrojów, wzorem innych krajów, w Polsce powstał od 2004 roku Narodowy Program Ochrony Antybiotyków [3, 5, 16, 17]. Ponieważ wykazano, że jedną z najważniejszych przyczyn nadużywania antybiotyków jest

niedostateczną wiedza, zasadniczym elementem programów realizowanych w różnych krajach jest edukacja adresowana zarówno do lekarzy zapisujących antybiotyki (jak publikacje zaleceń, szkolenia, warsztaty dotyczące metod szybkiej diagnostyki), jak i do ich odbiorców (np. ulotki, informacje na stronach web) [3, 15, 18].

W większości przypadków leczenie zakażeń, z uwagi na konieczność rozpoczęcia jeszcze przed uzyskaniem wyniku badania mikrobiologicznego, musi być leczeniem empirycznym, dlatego bardzo istotna jest znajomość lekowrażliwości drobnoustrojów najczęściej występujących na danym obszarze, odpowiedzialnych za występowanie określonych objawów klinicznych [1]. Niemniej jednak dostępność badań dodatkowych może być pomocnym narzędziem dla lekarza, zarówno w aspekcie decyzji o wdrożeniu antybiotykoterapii lub o odstąpieniu od niej, jak i w aspekcie doboru odpowiedniego leku. Wykazano, że wskaźnik wykorzystania diagnostyki mikrobiologicznej jest negatywnie skorelowany z kosztami antybiotykoterapii, tym samym rzadsze wykonywanie badań mikrobiologicznych ma związek z częstszym stosowaniem antybiotyków [1]. W Polsce dostęp do badań, szczególnie szybkiej diagnostyki mikrobiologicznej, w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej nie jest zadowalający [17, 19].

Powszechnie znane badania laboratoryjne, jak OB, CRP czy prokalcytonina, chociaż mogą być pomocne w różnicowaniu etiologii infekcji, nie są jednak wystarczająco specyficzne, ich wynik zależy ponadto w dużej mierze od czasu trwania choroby, nasilenia objawów, a także patogenez. Oved i wsp. [20] przeprowadzili badania w poszukiwaniu innego białka mogącego być użytecznym wskaźnikiem infekcji bakteryjnej. Najlepszym kandydatem okazało się białko nazwane TRAIL (TNF related apoptosis-induced ligand), którego stężenie wzrasta w infekcjach wirusowych, spada natomiast w bakteryjnych, niezależnie od rodzaju i nasilenia objawów, czasu ich trwania i patogenez choroby.

Strumiło i wsp. [21] na podstawie wyników badania wielośrodkowego, przeprowadzonego wśród polskich lekarzy rodzinnych, będącego częścią międzynarodowego projektu Happy Audit 2, w którym brały udział również Szwecja, Litwa, Rosja i Łotwa, dotyczącego postępowania u pacjentów z objawami infekcji dróg oddechowych, wykazali, że w porównaniu z innymi krajami w Polsce najrzadziej wykonuje się badania dodatkowe. I tak np. szybki test paciorkowcowy wykonywany jest u 0,4% pacjentów (średnia z innych krajów 4,45%), CRP u 2,2%, (w porównaniu ze średnią 14%), RTG klatki piersiowej u 2,3% (średnia międzynarodowa 14%).

Lekarze obawiają się bardziej konsekwencji niezapisania antybiotyku w sytuacji, kiedy okazałby się konieczny, niż zapisania go niepotrzebnie. Niektórzy podkreślają, że trudno jest im odmówić pacjentowi zapisania antybiotyku wobec jego wcześniejszych doświadczeń związanych z otrzymaniem takiego leku przy występowaniu podobnych objawów. Bywa, że pacjent nie otrzymawszy pożądanego leku, poszukuje innego lekarza, tak długo, dopóki nie otrzyma pożądanego recepty. Zdarza się również, że przychodzący na wizytę lekarską pacjent już sam rozpoczął antybiotykoterapię [19]. Wobec tych trudności wsparcie dla lekarza

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2678642>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2678642>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)