

Julia Strumiło¹, Sławomir Chlabicz¹, Ingvar Ovhed², Andrzej Zieliński², Barbara Pytel-Krolczuk¹, Krzysztof Buczkowski³, Maciek Godycki-Ćwirko⁴, Ewelina Gowin⁵, Zbigniew Gugnowski⁶, Lech Panasiuk⁷, Małgorzata Makowiec-Dyrda⁸, Artur Mierzecki⁹, Janusz Siebert¹⁰, Agata Sławin¹¹, Elżbieta Tomiak¹²

POSTĘPOWANIE LEKARZY RODZINNYCH W POLSCE W ZAKAŻENIACH UKŁADU ODDECHOWEGO - WYNIKI BADANIA HAPPY AUDIT 2

¹ Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

²BCC Blekkinge Center of Competence, Karlskrona, Sweden

³Katedra i Zakład Lekarza Rodzinnego Collegium Medicum w Bydgoszczy

⁴Pracownia Medycyny Rodzinnej i Społeczności Lokalnych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

⁵Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

⁶NZOZ Poradnia Lekarzy Medycyny Rodzinnej Sp.P w Giżycku

⁷Dział Medycyny Rodzinnej i Studiów Podyplomowych Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie

⁸Zakład Medycyny Rodzinnej Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

⁹Samodzielna Pracownia Kształcenia Lekarzy Rodzinnego Pomorskiego Uniwersytetu w Szczecinie

¹⁰Zakład Medycyny Rodzinnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

¹¹NZOZ Praktyka Lekarzy Rodzinnego, Kielczów

¹²„VITA” Zespół Lekarzy Rodzinnego s.c., Otyń

STRESZCZENIE

CEL BADAŃ. W pracy przedstawiono polskie wyniki międzynarodowego projektu Happy Audit 2, którego celem było opisanie decyzji terapeutycznych lekarzy rodzinnych (szczególnie stosowanych antybiotyków) oraz wykorzystywanych metod diagnostycznych u pacjentów z zakażeniami dróg oddechowych.

MATERIAŁ I METODY. Uczestniczący w badaniu lekarze rodzinni po każdej wizycie pacjenta z objawami zakażenia dróg oddechowych wypełniali kwestionariusz ankiety. W kwestionariuszu uwzględniono dane pacjenta (wiek, płeć), czas trwania choroby, objawy kliniczne, rozpoznanie, informację o wypisanych antybiotykach oraz wykonanych badaniach dodatkowych, a także wpływ dodatkowych czynników na podjętą decyzję terapeutyczną.

WYNIKI. W badaniu Happy Audit 2 w Polsce przeanalizowano 5137 wizyt pacjentów z objawami zakażenia dróg oddechowych. Średni czas trwania objawów choroby przed zgłoszeniem się pacjenta wynosił 4,8 dnia (w innych krajach średnio 4,4). Zwraca uwagę rzadsze wykorzystywanie badań dodatkowych w diagnostyce zakażeń dróg oddechowych w Polsce: szybki test paciorkowcowy wykonano w 0,4% przypadków (średnia europejska to 4,45%), CRP wykonano w 2,2% przypadków (w innych krajach w 14,2%), RTG klatki piersiowej w 2,3% przypadków w porównaniu do 14% w innych krajach łącznie. Najczęściej stosowanym antybiotykiem przez lekarzy rodzinnych w Polsce była amoksycylina - stosowana w 28,9% przypadków wizyt zakończonych wypisaniem antybiotyku (w innych krajach również dominowała amokscylina/pivampicylina, z wyjątkiem Szwecji). W Polsce częściej stosowano makrolidy - w 22,4% konsultacji zakończonych preskrypcją antybiotyku

oraz cefalosporyny - w 12,1% konsultacji. Zwraca uwagę rzadkie stosowanie w Polsce antybiotyków o wąskim spektrum działania np. penicyliny V - wypisano ją w 6,7% wizyt pacjentów z zakażeniami dróg oddechowych, którzy otrzymali antybiotyki.

WNIOSKI. Główne różnice w badaniu Happy Audit 2 między Polską a innymi krajami uczestniczącymi w projekcie dotyczą rzadkiego stosowania penicyliny fenoksymetylowej na korzyść amoksycyliny oraz antybiotyków makrolidowych, a także rzadszego wykorzystywania badań dodatkowych w diagnostyce zakażeń dróg oddechowych w Polsce.

Słowa kluczowe: *antybiotyki, zakażenia dróg oddechowych, lekarze rodzinni*

WSTĘP

Zakażenia dróg oddechowych należą do najczęstszych przyczyn wizyt pacjentów w gabinecie lekarza rodzinnego, a także stanowią najczęstszą przyczynę przepisywania leków antibakteryjnych w podstawowej opiece zdrowotnej (1).

Zakażenia układu oddechowego różnią się pod względem czynnika etiologicznego, większość jednak zapaleń gardła, krtani, błony śluzowej nosa, oskrzeli wywoływana jest przez wirusy, np. zapalenie oskrzeli w 95% (2), w związku z czym w przeważającej liczbie wizyt z powodu zakażeń dróg oddechowych zastosowanie antybiotyku nie jest konieczne. W dobie narastającej lekooporności szczególnie istotne jest stosowanie antybiotyków ograniczające się wyłącznie do infekcji bakteryjnych (3). Zarówno zbyt częste stosowanie leków antibakteryjnych, jak i nadużywanie antybiotyków o szerokim spektrum przyczynią się do dalszego narastania oporności bakterii na antybiotyki (4). Jak sugerują badania, niekiedy decyzja o antybiotykoterapii, a także rodzaj przepisanego antybiotyku zależy od przyzwyczajenia lekarza (ang. „*high-prescribers*” i „*low-prescribers*”) (5, 6), lokalnego przywiązania do niektórych leków antibakteryjnych, czy też ulegania presji pacjenta, który oczekuje antybiotykoterapii (7, 8), a także wielu innych czynników pozamedycznych.

Ponadto, porównanie spożycia antybiotyków wskazuje na występowanie znaczących różnic pomiędzy krajami, podczas gdy w rzeczywistości odsetek infekcji o etiologii bakteryjnej pozostaje bardzo podobny (9). Zaniepokojenie narastaniem oporności bakterii na antybiotyki oraz nadużywaniem antybiotyków w podstawowej opiece zdrowotnej spowodowało konieczność podjęcia działań (10). W ostatnim czasie w wielu krajach podejmowane są interwencje, które mają na celu modyfikację postępowania lekarzy w leczeniu zakażeń dróg oddechowych, a w szczególności zmniejszenie częstości wypisywania antybiotyków, jak i zmianę profilu przepisywanych leków antibakteryjnych na rzecz leków o węższym spektrum działania, zgodnych z wytycznymi antybiotykoterapii zakażeń układu oddechowego (11, 12). Celem badania jest przedstawienie decyzji diagnostycznych i terapeutycznych lekarzy

rodzinnych w Polsce u pacjentów zgłaszających się z zakażeniami układu oddechowego oraz porównanie postępowania lekarzy w Polsce z postępowaniem lekarzy w innych krajach uczestniczących w projekcie.

MATERIAŁ I METODY

Badanie Happy Audit 2 było wielośrodkowym, międzynarodowym badaniem przeprowadzonym w listopadzie i grudniu 2012 roku. Zostało ono zainspirowane wynikami projektu finansowanego przez Unię Europejską Happy Audit (*Health Alliance for Prudent Prescribing, Yield and Use of Antimicrobial Drugs in the Treatment of Respiratory Tract Infection*). Projekt ten był realizowany w latach 2007-2010, a jego celem była modyfikacja postępowania lekarzy rodzinnych w aspekcie wypisywania antybiotyków w infekcjach dróg oddechowych.

Projekt Happy Audit 2 został zainicjowany przez lekarzy z grupy BARN (*Baltic Antibiotic Resistance Network*), która ma na celu przeciwdziałanie rozwojowi oporności bakterii na antybiotyki. W projekcie Happy Audit 2 brały udział 3 kraje z poprzedniej edycji projektu Happy Audit: Litwa, Rosja (Obwód Kaliningradzki) i Południowa Szwecja, a także nowi uczestnicy - Łotwa i Polska.

Do udziału w polskiej edycji projektu zaproszono lekarzy rodzinnych oraz lekarzy w trakcie specjalizacji z medycyny rodzinnej za pośrednictwem ośrodków kształcenia lekarzy rodzinnych w następujących miastach: Białymstoku, Bydgoszczy, Gdańsku, Krakowie, Lublinie, Olsztynie, Poznaniu, Szczecinie, Wrocławiu oraz Zielonej Górze. Udział lekarzy w projekcie miał charakter dobrowolny.

Uczestnicy badania przez okres 3 tygodni w listopadzie 2012 roku rejestrowali wszystkie wizyty pacjentów zgłaszających się z objawami zakażenia układu oddechowego. Po wizycie lekarz wypełniał ankietę Happy Audit 2. Obejmowała ona dane pacjenta (wiek i płeć), długość trwania choroby, objawy kliniczne, wykonane badania dodatkowe, prawdopodobną etiologię, rodzaj wypisanego leku antibakteryjnego, ewentualną próbę wywierania przez pacjenta wpływu na decyzję lekarza

o wypisaniu antybiotyku oraz dalsze losy pacjenta, np. skierowanie do szpitala.

Kwestionariusze Happy Audit 2 pierwszej rejestracji listopad i grudzień 2012 roku zostały podsumowane w raportach dotyczących poszczególnych krajów, jak i projektu w całości.

Na realizację badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku.

WYNIKI

W Polsce w badaniu wzięło udział 89 lekarzy, którzy zarejestrowali łącznie 5137 wizyt pacjentów z zakażeniami dróg oddechowych. Średnia wieku polskich pacjentów zarejestrowanych w badaniu Happy Audit 2 wynosiła 27 lat.

We wszystkich krajach zarejestrowano łącznie 13 106 wizyt pacjentów w różnym wieku, średnia wieku we wszystkich krajach uczestniczących łącznie wynosiła 24,4 roku. W tabeli I przedstawiono szczegółową charakterystykę pacjentów uczestniczących w badaniu Happy Audit 2 w Polsce w porównaniu do pacjentów z innych krajów.

Minimalny czas trwania objawów choroby zarówno w Polsce, jak i w innych krajach wynosił 0 dnia, co oznacza że część pacjentów zgłaszała się w dniu wystąpienia objawów (szczególnie często w Obwodzie Kaliningradzkim), zaś maksymalny czas trwania objawów wynosił w Polsce 60 dni. Aż 30,2% pacjentów polskich zgłaszało się do lekarza w pierwszych dwóch dniach choroby, a 33,8% - po więcej niż pięciu dniach trwania objawów ze strony dróg oddechowych (ryc. 1).

Najczęściej zgłaszanym objawem zarówno w Polsce, jak i innych krajach (75,7% vs 78,9%) był kaszel oraz wydzielina z nosa. W Polsce lekarze rodzinni wskazywali prawdopodobną etiologię wirusową w 58,2% przypadków, natomiast lekarze z innych krajach - w 64,1%, jednakże antybiotyk w Polsce był przepisany w 37% konsultacji, co oznaczałoby, że nie dostało go kilka procent pacjentów z domniemaną etiologią bakteryjną.

Zwraca uwagę rzadsze wykorzystywanie badań dodatkowych w diagnostyce zakażeń dróg oddechowych w Polsce: szybki test paciorkowcowy wykonano w 0,4% przypadków (średnia europejska to 4,45%), zaś CRP - w 2,2% przypadków (średnia z innych krajów to 14,2%), a RTG klatki piersiowej w 2,3% przypadków w porównaniu do 14% w innych krajach - uczestnikach projektu (tabela II). Żadnych badań dodatkowych nie wykonano u 88,6% polskich pacjentów.

Najczęściej stosowanym antybiotykiem przez polskich lekarzy rodzinnych była amoksycylina - przepisana została w 28,9% wszystkich konsultacji zakoń-

czonych wypisaniem antybiotyku, a także amoksycylina z kwasem klawulanowym - w 24,4% (w innych krajach również dominowała amoksycylina/pivampicylina z wyjątkiem Szwecji). W Polsce często stosowane są makrolidy (22,4% wszystkich recept na antybiotyki) oraz cefalosporyny (12,1%). Zwraca uwagę istotnie rzadsze stosowanie w Polsce antybiotyków o wąskim spektrum działania, np. penicyliny V (jedynie 6,7% spośród wszystkich wypisanych antybiotyków), podczas gdy w Szwecji jest to dominujący antybiotyk przepisany w ponad 70% wszystkich konsultacji zakończonych antybiotykoterapią (rycina 2).

DYSKUSJA

Badanie Happy Audit 2 potwierdza występowanie istotnych różnic w diagnostyce i leczeniu zakażeń układu oddechowego w poszczególnych krajach. Chociaż odsetek osób, które otrzymały antybiotyk był zbliżony (poniżej 40% we wszystkich krajach), to jednak warto zwrócić uwagę na różnice między pacjentami w poszczególnych krajach. Podczas gdy w Polsce średni czas trwania choroby wynosił 4,8 dnia, to w Szwecji - 10,4 dnia, co oznacza, że pacjenci w Polsce zgłaszają się wcześniej i prawdopodobnie mają lżejsze objawy. Polska ma podobny profil zgłaszania się do lekarza jak Łotwa i Litwa, tzn. w ciągu pierwszych czterech dni do lekarza zgłasza się ponad 60% pacjentów (62,5%), co świadczy o dobrej dostępności do lekarza z jednej strony, a o braku edukacji pacjentów na temat samoopraczającego się przebiegu większości infekcji i ich wirusowej etiologii - z drugiej. Prawdopodobnie dużą rolę odgrywa też konieczność uzyskania zwolnienia lekarskiego, podczas gdy na przykład w Szwecji siedmiodniowe zwolnienie z powodu choroby nie wymaga potwierdzenia przez lekarza. W obwodzie kaliningradzkim pacjenci zgłaszają się do lekarza jeszcze wcześniej - aż 59,3% w czasie pierwszych dwóch dni choroby, podczas gdy w Szwecji większość pacjentów (62,2%) zgłasza się dopiero po pięciu i więcej dniach choroby. Wydaje się, że możliwość uzyskania kwalifikowanej porady pielęgniarskiej przez telefon, a także dobra edukacja społeczeństwa zapobiegają wielu niepotrzebnym wczesnym wizytom pacjentów z zakażeniami dróg oddechowych.

W badaniu stwierdzono, że antybiotyki są przepisywane w infekcjach dróg oddechowych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej rzadziej niż przed kilkoma laty - antybiotyk został przepisany w mniej niż 40% konsultacji, podczas gdy w badaniu wypisywania antybiotyków przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce północno-wschodniej z 2003 r. ten odsetek wynosił około 60% (13). Można założyć, że tendencja do bardziej oszczędnego wypisywania anty-

biotyków związana jest z rozpowszechnieniem programów edukacyjnych wśród lekarzy dotyczących wytycznych postępowania w infekcjach dróg oddechowych oraz edukacją lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej na temat wirusowej etiologii i samoograniczającego się przebiegu większości infekcji dróg oddechowych (14). Ze względu na ograniczenia metodologiczne badania (nielosowy dobór lekarzy, wyniki na podstawie ankiet wypełnianych przez lekarzy) należy zachować ostrożność przy formułowaniu takiego wniosku. Inne badania *Panasiuk* i wsp. (15) na podstawie analizy dokumentacji medycznej pacjentów w województwie lubelskim sugerują, że odsetek ten może sięgać 90%.

Prawie wszystkie decyzje związane z przepisywaniem antybiotyków w Polsce miały charakter empiryczny, bez korzystania z badań dodatkowych - badania dodatkowe były stosowane jedynie w około 5% przypadków, co stanowi najniższy wynik spośród wszystkich krajów uczestniczących w projekcie. Test paciorkowcowy polscy lekarze rodzinni wykonali w 0,4% przypadków konsultacji (w Szwecji - w 27,5% konsultacji), a CRP - w 2,2%.

Prawdopodobną przyczyną jest to, że w Polsce lekarz rodzinny ponosi koszty badań dodatkowych w ramach tak zwanej stawki kapitacyjnej, ponadto szybki test paciorkowcowy nie wchodzi w zakres badań wykonywanych przez lekarza rodzinnego (na Łotwie szybkie testy paciorkowcowe są finansowane przez państwo). Podobnie jak w innych wcześniejszych badaniach (16), w wykonywaniu badań dodatkowych przoduje Szwecja - testu diagnostycznego użyto u 73,2% pacjentów szwedzkich w badaniu Happy Audit 2, najczęściej wykonywano CRP oraz szybki test paciorkowcowy (w 27,5% konsultacji). Bardzo częste używanie badań dodatkowych przez szwedzkich lekarzy rodzinnych może wynikać z faktu, że pacjenci nie ponoszą kosztów badań dodatkowych, a także z tego, że niektórzy lekarze również nie ponoszą kosztów badań dodatkowych - w zależności od formy kontraktu na świadczenie usług zdrowotnych. Częste wykonywanie szybkich testów paciorkowcowych w diagnostyce zapalenia gardła umożliwia szybką diagnozę, zmniejsza częstość przepisywania antybiotyków w zapaleniu gardła o etiologii wirusowej, a także sprzyja częstszemu stosowaniu penicyliny V, antybiotyku o wąskim spektrum, na który *Streptococcus pyogenes* wykazuje dużą wrażliwość (17). Negatywne aspekty nadużywania szybkich testów paciorkowcowych to duży koszt, niewystarczająca czułość tych testów, a także możliwość przepisania antybiotyku nosicielom paciorkowca z objawami infekcji wirusowej.

Niektóre badania sugerują, że wykonywanie CRP w podstawowej opiece zdrowotnej zmniejsza częstość preskrypcji antybiotyków (18, 19). W badaniu Happy Audit 2 jednak nie stwierdzono, aby stosowanie testów

dotychczas jednoznacznie prowadziło do zmniejszenia częstości wypisywania antybiotyków w infekcjach dróg oddechowych. Przykładowo Łotwa i Polska charakteryzowały się podobnym odsetkiem preskrypcji antybiotyków pomimo częstszego wykorzystywania badań dodatkowych na Łotwie.

Częste stosowanie fenoksymetyliny jest charakterystyczne dla tak zwanego skandynawskiego profilu przepisywanych antybiotyków (20), podczas gdy w Polsce dominują antybiotyki o szerokim spektrum - amoksylicyna oraz amoksylicyna z kwasem klawulanowym, mimo że krajowe wytyczne zalecają fenoksymetylinę jako lek pierwszego wyboru w bakteryjnym zapaleniu gardła (21). Częsty wybór amoksylicyny i amoksylicyny z kwasem klawulanowym jako leku pierwszego rzutu w zapaleniu gardła wynikać może z niepewności lekarza co do rozpoznania, co jest powiązane z rzadkim wykonywaniem badań dodatkowych, brakiem wiedzy na temat czynników etiologicznych zapalenia gardła, przyzwyczajeniami oraz wpływem firm farmaceutycznych, a także niskim kosztem leku (w przypadku amoksylicyny). Podobny problem przepisywania antybiotyków szeroko wachlarzowych w zapaleniu gardła występuje również w innych krajach np. w USA (22, 23). Ponadto polscy uczestnicy badania informowali, że penicylina fenoksymetylowa nie zawsze jest dostępna w aptekach, co może stanowić utrudnienie w jej stosowaniu. Mimo dobrej aktywności amoksylicyny przeciwko *Streptococcus pyogenes* nie jest ona zalecana jako lek pierwszego wyboru w bakteryjnym zapaleniu gardła, ponieważ może zwiększać kolonizację układu oddechowego bakteriami wytwarzającymi B-laktamazę: *H. influenzae* i *M. catarrhalis* (13). Mimo to, w sytuacji niepewności co do rozpoznania, amoksylicyna i amoksylicyna z kwasem klawulanowym pozostają w Polsce antybiotykami preferowanymi przez lekarzy prawdopodobnie dlatego, że są aktywne przeciwko większości patogenów bakteryjnych powodujących zakażenia dróg oddechowych (24). Zwraca uwagę duży odsetek wypisywanych makrolidów oraz cefalosporyn zamiast rekomendowanej penicyliny, co tłumaczyć można przyzwyczajeniem lekarzy do tych grup antybiotyków, a także niezajomością wytycznych antybiotykoterapii dróg oddechowych.

WNIOSKI

W Polsce duży odsetek pacjentów z zakażeniami układu oddechowego zgłasza się do lekarza rodzinnego dosyć wcześnie (ponad 30% w 1-2 dniu trwania choroby). Główne różnice w badaniu Happy Audit 2 między Polską a innymi krajami uczestniczącymi w projekcie dotyczą rzadszego stosowania penicyliny fenoksymetylowej na korzyść amoksylicyny oraz antybiotyków

makrolidowych i cefalosporyn, a także rzadszego wykorzystywania badań dodatkowych w diagnostyce zakażeń dróg oddechowych w Polsce.

Otrzymano: 30.12.2013 r.

Zaakceptowano do druku: 17.01.2014 r.

Adres do korespondencji

Lek. med. Julia Strumiło,

starrfish24@wp.pl

Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

ul Mieszka I 4 B 15-054 Białystok

85 7326 820

