



# ЧАСТОТА ЗАСТОСУВАННЯ НЕДОКАЗОВИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ У ДІТЕЙ З БРОНХІОЛІТОМ В УМОВАХ СТАЦІОНАРУ

*Буковинський державний медичний університет, кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб  
Обласне комунальне некомерційне підприємство «Чернівецька обласна дитяча клінічна лікарня»  
м.Чернівці*

КСЕНІЯ РУДАН  
[XENIA.RUDAN@GMAIL.COM](mailto:XENIA.RUDAN@GMAIL.COM)

НАУКОВИЙ КЕРІВНИК:  
КАНДИДАТ МЕДИЧНИХ НАУК, ДОЦЕНТ НАТАЛІЯ БОГУЦЬКА



# АКТУАЛЬНІСТЬ



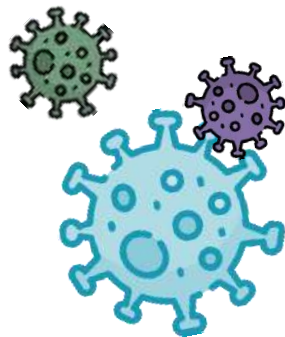
За даними ВООЗ респіраторна патологія займає перше місце серед усіх захворювань, особливо в дитячій популяції. Зокрема, **85%** випадків гострих респіраторних захворювань (ГРЗ) припадає на дітей, при цьому найвищі показники захворюваності фіксуються у віковій групі від 6 місяців до 3 років. ГРЗ у дітей характеризується не лише високою поширеністю, але й підвищеним ризиком тяжкого перебігу та ускладнень, що часто вимагають госпіталізації та інтенсивного лікування.

У допандемічний та пандемічний на **COVID-19** періоди спостерігалась зміна структури ГРЗ у дітей. Бронхіоліт є основною причиною госпіталізації дітей віком до 2 років, хоча частота таких госпіталізацій в окремих країнах знизилась, особливо під час пандемії **COVID-19**.

У динаміці до і після пандемії змінюються підходи до ведення пацієнтів дитячого віку із проявами ГРЗ. На сьогодні єдиним рекомендованим методом лікування бронхіоліту є переважно підтримувальна терапія, що часто не відповідає реаліям практичної медицини. Проведення динамічного аналізу змін у лікувальних підходах може сприяти удосконаленню стратегій відмови від недоказових методів терапії бронхіоліту у дітей.

## МЕТА

Метою дослідження було здійснити клініко-епідеміологічний аналіз лікування та пошук відповідних статистичних методів його подальшого здійснення задля виявлення проблемних аспектів ведення госпіталізованих пацієнтів, хворих на бронхіоліт, у період до пандемії COVID-19.



## МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Ми здійснили ретроспективний клінічно-епідеміологічний аналіз медичних карт стаціонарних хворих та вивчили структуру когорти госпіталізованих випадків із діагнозом «бронхіоліт» при поступленні або виписці (*усього 132 випадки*) та з остаточним діагнозом «бронхіоліт» (*усього 69 випадків*) за **2017-2018** рр.

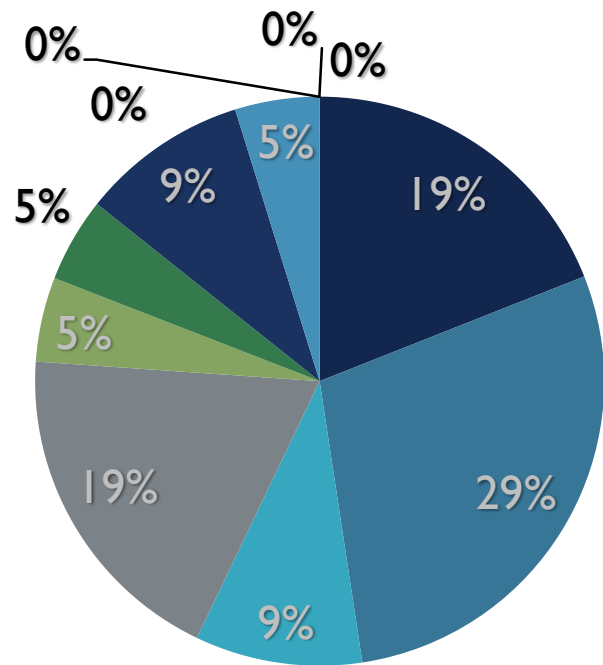
Для динамічної оцінки порівнювали ці дані із результатами аналізу медичної документації за січень-лютий **2019** року (*усього 28 та 204 дітей із остаточними діагнозами «бронхіоліт» та іншими ГРЗ відповідно*).

	2017-2018 pp.	2019 p.
<i>АБ до госпіталізації</i>	30,4% <i>(P&gt;0,05)</i>	7% <i>(P&gt;0,05)</i>
<i>Тривалість АБ до госпіталізації</i>	3,4±2,9 день (min-max: 1-10) <i>(P&gt;0,05)</i>	1 день <i>(P&gt;0,05)</i>
<i>АБ у стаціонарі</i>	92,8% <i>(P&gt;0,05)</i>	60,7% <i>(P&gt;0,05)</i>
<i>Два АБ у стаціонарі</i>	30,4% <i>(P&gt;0,05)</i>	18% <i>(P&gt;0,05)</i>
<i>Тривалість АБ у стаціонарі</i>	7,3±2,6 днів (min-max: 1-17 днів) <i>(P&gt;0,05)</i>	5±2,6 днів (min-max: 2-11 днів) <i>(P&gt;0,05)</i>
<i>Тривалість АБ-терапії загалом</i>	8,4±2,8 днів <i>(P&gt;0,05)</i>	8,0±3,0 днів <i>(P&gt;0,05)</i>

## РЕЗУЛЬТАТИ 1.1

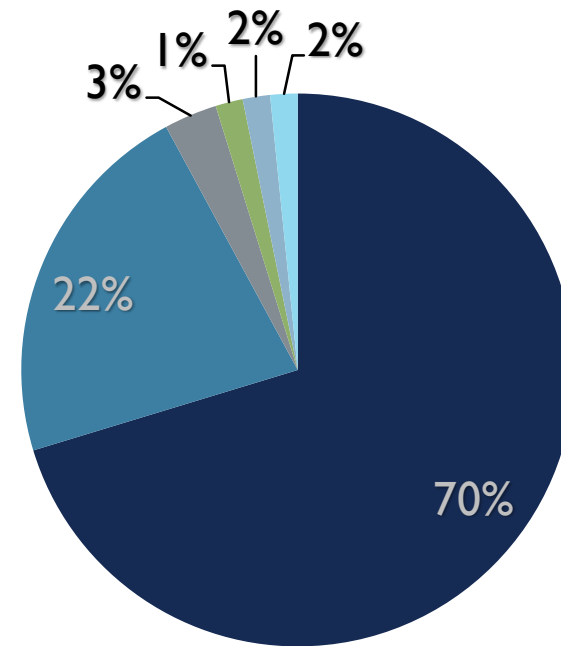
За даними кореляційного аналізу застосування АБ-терапії до поступлення прямо слабо асоціювало з менш частим та менш тривалим застосуванням противірусних засобів у відділенні ( $r=0,27$ ;  $p<0,03$ ), як і застосування противірусних засобів у відділенні асоціювало з меншою тривалістю АБ-терапії у відділенні ( $r=0,26$ ;  $p<0,02$ ).

# ПРЕПАРАТИ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ, ЩО БУЛИ НАЙЧАСТІШЕ ПРИЗНАЧЕНІ ДІТЯМ ІЗ БРОНХІОЛІТОМ



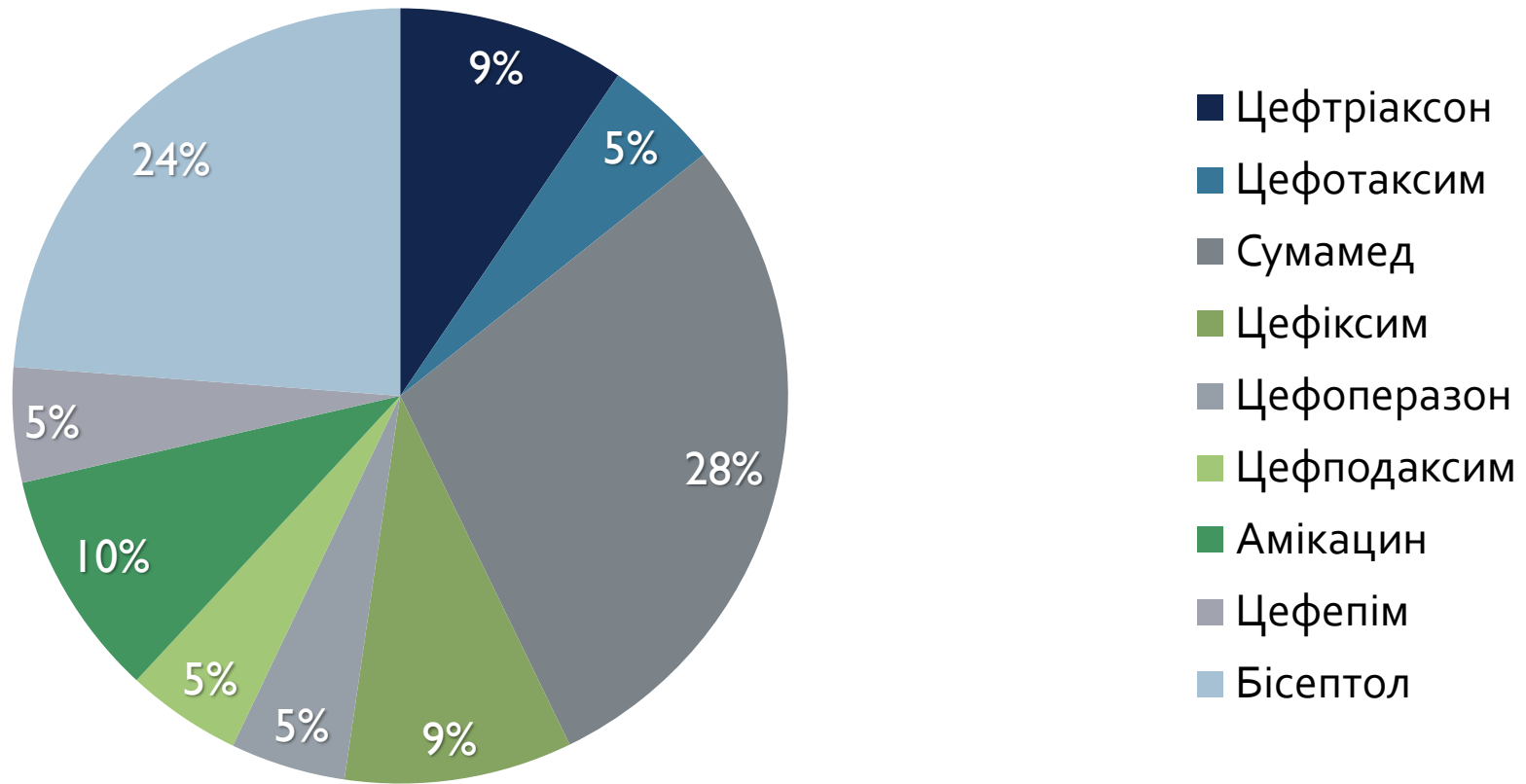
Догоспідальний етап

- Цефтріаксон
- Цефотаксим
- Амоксицилін
- Сумамед
- Цефіксим
- Цефазолін+азімед
- Азімед
- Цефтазидим

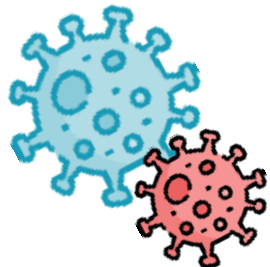


Госпідальний етап

## Другий АБ у відділенні



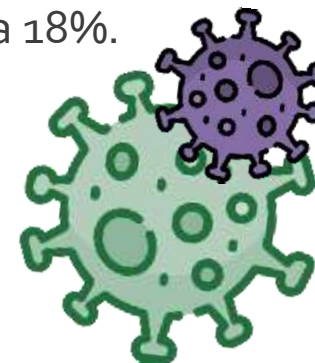
## РЕЗУЛЬТАТИ 1.2



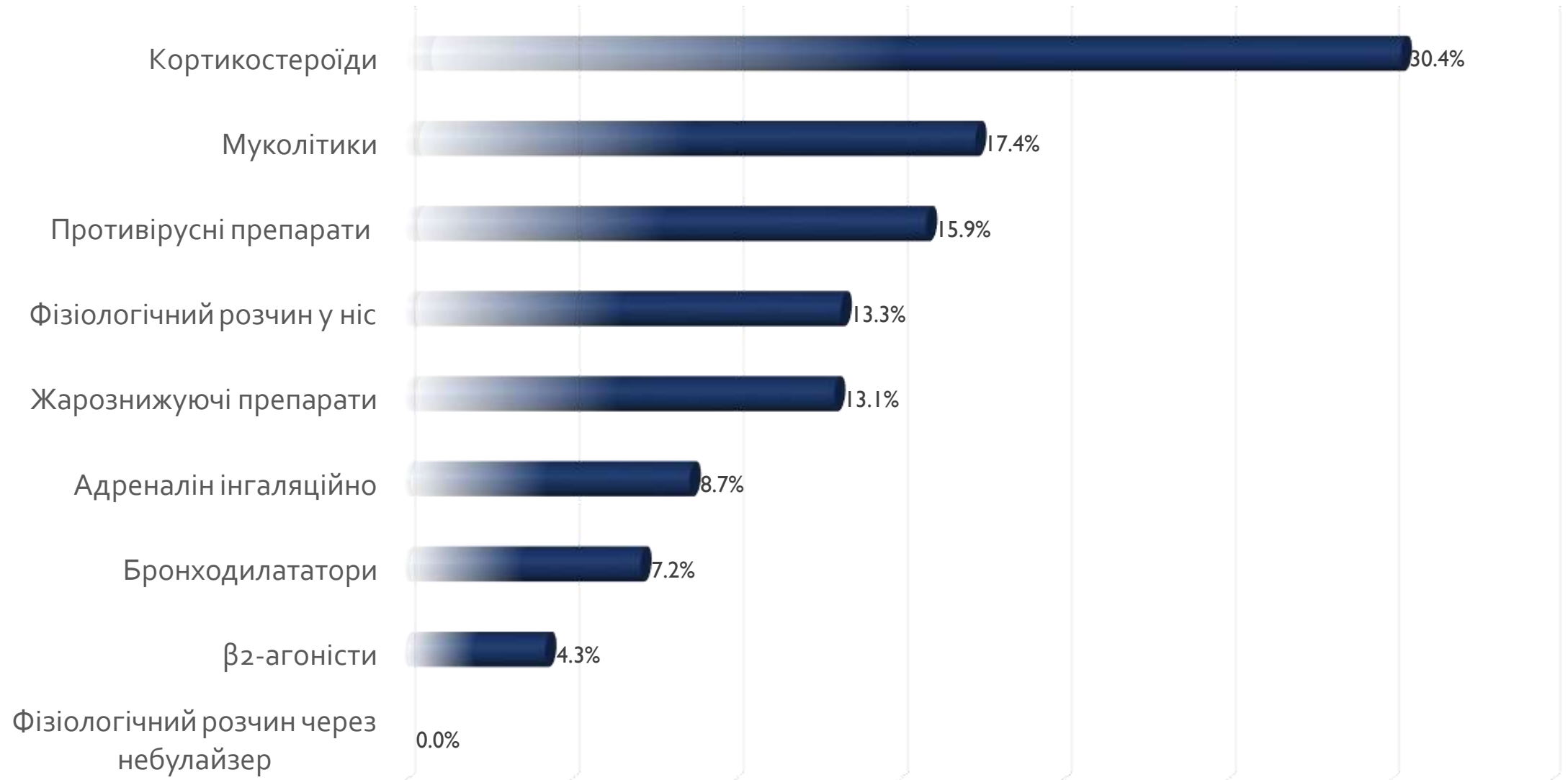
Крім того, із тривалістю АБ-терапії у відділенні прямо асоціювали наявність використання гіпертонічного / фізіологічного розчину через небулайзер та тривалість застосування бронходилататорів (беродуал тощо) у відділенні ( $r=0,46$ ;  $p<0,001$ ).

Отже, хоча єдиним рекомендованим підходом до лікування бронхіоліту є переважно підтримуюча терапія, однак на практиці існують великі відмінності в догляді за немовлятами, госпіталізованими з цією патологією.

Однак слід відмітити позитивну тенденцію до зменшення відносного ризику призначення АБ-терапії у 2019 році у порівнянні з 2017-2018 рр у 1,4 рази (95%ДІ: 0,8-2,7) та абсолютного ризику такої терапії на 18%.

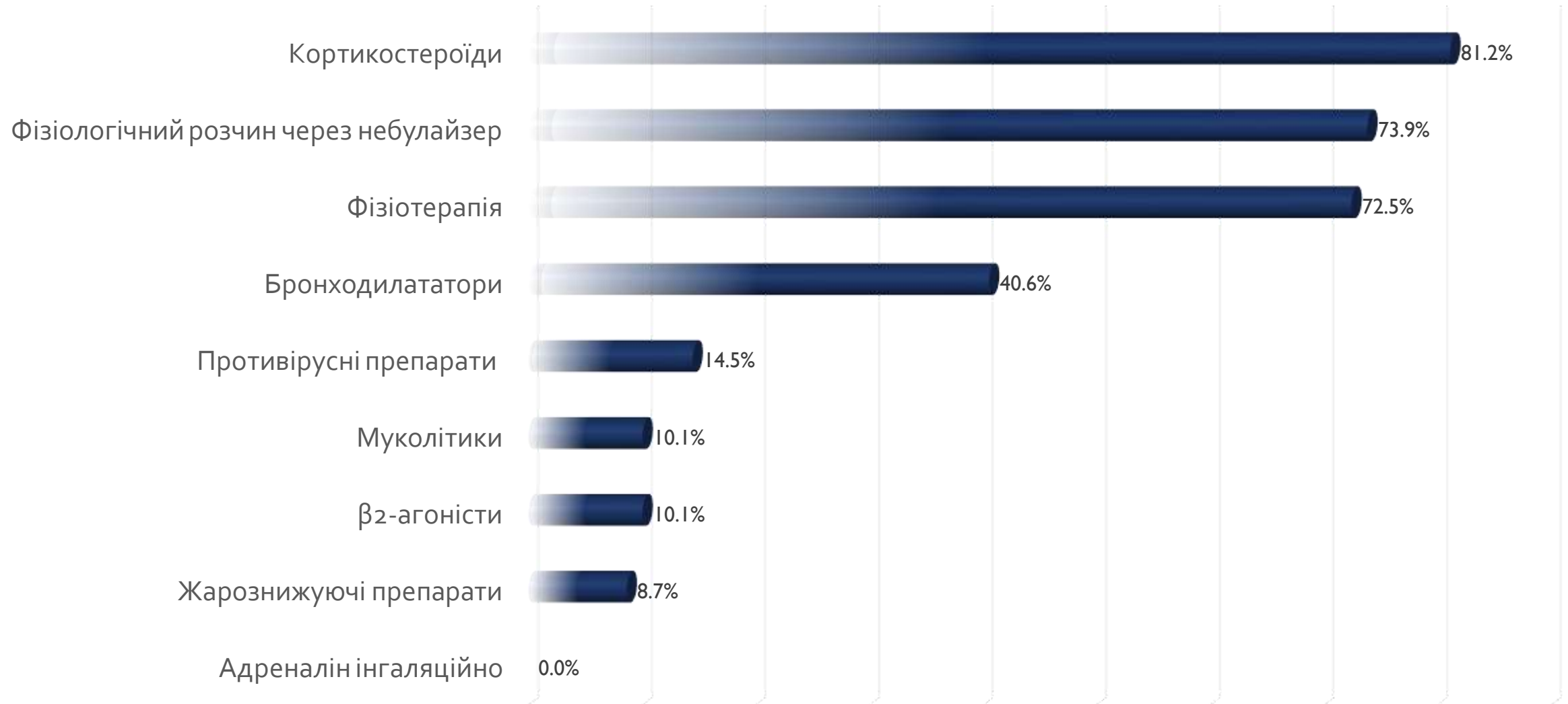


# ЛІКУВАННЯ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ





# ЛІКУВАННЯ У СТАЦІОНАРІ



## РЕЗУЛЬТАТИ 1.3 КОРЕЛЯЦІЙНІ ЗВ'ЯЗКИ - ЛІКУВАННЯ



*\*Тривалість використання гіпертонічного / фізіологічного розчину через небулайзер та використання кортикостероїдів прямо асоціюють з тривалістю перебування та пізнішим настанням покращення стану у IBAIT.*

*Пізнє настання покращення стану прямо асоціює: з застосуванням та довшою тривалістю противірусної терапії, використанням фізіологічного розчину через небулайзер, застосуванням муколітиків та кортикостероїдів.*

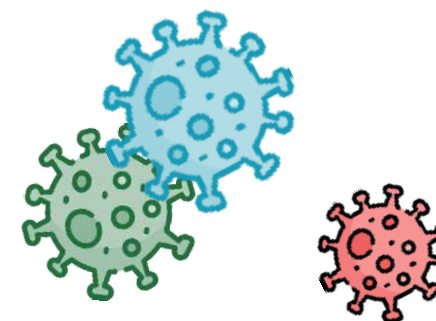
*Застосування бета2-агоністів, кортикостероїдів та фізіологічного розчину через небулайзер асоціює з пізнішим початком та довшою тривалістю респіраторної підтримки;  
Застосування кортикостероїдів, зокрема асоціаціює з більш інтенсивною респіраторною підтримкою ( $r=0,264$ ;  $p<0,029$ ).*



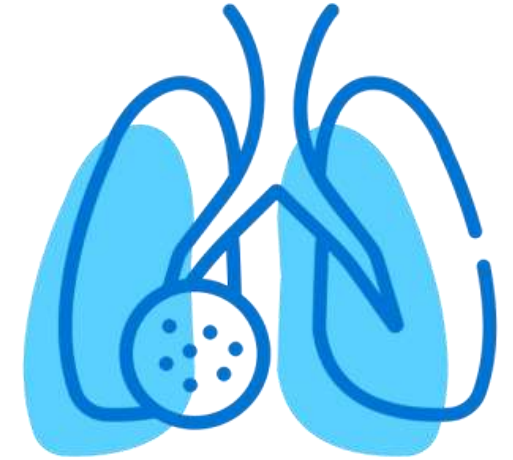
## РЕЗУЛЬТАТИ 1.4

Оскільки в досліджуваній когорті практично усі пацієнти отримували АБ-терапію, окремі статистичні методи аналізу її ефективності було неможливо застосувати. У подальшому планується застосувати порівняння середніх значень ефективності лікування у групі лікування проти контрольної групи, метод логістичної регресії для моделювання поліпшення лікування як функції ймовірних предикторів (вік, початкова тяжкість стану тощо). Крім того, планується застосувати модель пропорційних ризиків (регресія Кокса) для оцінки впливу лікування на час до настання поліпшення та зміни у потребі респіраторної підтримки.

Зважаючи на швидкий розвиток використання штучного інтелекту в медичній галузі, в подальшому вирішили оцінити можливості машинного опрацювання даних лікування дітей із бронхіоліту для вдосконалення маршруту пацієнтів із ГРЗ.



## ВИСНОВКИ



Незважаючи на доказові дані про те, що АБ-терапія не потрібна для лікування бронхіоліту, її використання в практичній медицині у «доковідний» період було широко поширене, та асоціювало із частішим необгрутованим призначенням інших недоказових методів лікування госпіталізованих пацієнтів.

Подальший аналіз із застосуванням сучасних статистичних методів дозволить поліпшити підходи до розробки дієвого маршруту пацієнта та деїмплементувати використання недоказової терапії бронхіоліту у дітей.



**ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!**