

ИЗУЧЕНИЕ ТИПИЧНОЙ ПРАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ

В ходе работы методом ретроспективного фармакоэпидемиологического анализа было проанализировано 143 медицинские карты стационарного пациента на предмет их соответствия национальным рекомендациям и стандартам. Рекомендованную базисную терапию получали только 47,5% пациентов. Наиболее распространенные ошибки: недостаточная бронхолитическая терапия; назначение ИГКС при отсутствии показаний к ним, и наоборот: отсутствие этих препаратов в схемах лечения при имеющихся показаниях; чрезмерное использование антибактериальных препаратов; применение нерационально заниженных доз СГКС. Полученные результаты свидетельствуют о том, что в целях повышения эффективности терапии необходимы образовательные программы по лечению ХОБЛ среди врачей стационаров, административный контроль внедрения федеральных клинических рекомендаций по ХОБЛ.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, обострение, фармакоэпидемиология, стационарный этап.

E.E. VIDYAKINA, S.V. MALCHIKOVA, MD, Prof.

Kirov State Medical Academy of the Ministry of Health of Russia

STUDY OF TYPICAL PRACTICE OF MANAGEMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AT THE STATIONARY STAGE

In the course of work 143 medical inpatient cards were studied by a method of retrospective pharmacoepidemiologic analysis for their compliance with national recommendations and standards. Only 47.5% of patients receive the recommended basic therapy. The most common mistakes: insufficient broncholytic therapy, prescription of iGCS if there are no indications for them; excessive use of antibacterial drugs; use of irrationally lowered dosages of sGCS. The obtained results are indicative of the fact that for the purposes of increase of the therapy effectiveness educational programs on therapy of COPD for doctors of inpatient clinics as well as administrative control of implementation of federal clinical recommendations on COPD are required.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease, exacerbation, pharmacoepidemiology, inpatient stage.

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является глобальной проблемой. В соответствии с прогнозом экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), к 2020 г. ХОБЛ станет третьей среди ведущих причин заболеваемости и смертности в мире [1]. По данным, приведенным на российском пульмонологическом конгрессе 2014 г., распространенность ХОБЛ в Российской Федерации составляет 15,3%. В связи с большой распространенностью заболевания особую значимость приобретают проблемы рационального лечения ХОБЛ [2]. Фармакоэпидемиология изучает распределение, назначение и использование лекарственных средств (ЛС) и их эффектов на уровне популяции [3] и, в частности, направление «drug utilization» [4].

ЦЕЛЬ

Определить существующую практику лечения ХОБЛ в стационарах города Кирова, используя метод ретроспективного фармакоэпидемиологического анализа. Довести

полученную информацию до сведения медицинской общественности. Способствовать выполнению национальных и международных рекомендаций по диагностике и лечению пациентов с ХОБЛ на госпитальном этапе.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Для анализа тактики врача стационара случайным образом были выбраны 143 истории болезни пациентов, госпитализированных в терапевтические или пульмонологические отделения города Кирова в 2012 г. Оценивались анамнестические данные пациентов с ХОБЛ, соответствие проводимого обследования и назначаемой терапии современным национальным и международным рекомендациям, действующим стандартам.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Поводом для госпитализации послужило обострение ХОБЛ у 97% пациентов; осложнения ХОБЛ (пневмония, тромбоэмболия легочной артерии, плевральный выпот и др.) – у 3% пациентов.

Анализ изучаемой выборки показал, что 93,7% пациентов были мужчинами, их средний возраст составил $62,1 \pm 9,4$ года. 53,2% больных являлись инвалидами. Из зафиксированных факторов риска курение отмечалось у 81,8% пациентов, его стаж составил $38,0 \pm 11,3$ лет. На момент исследования избавились от вредной привычки только 7% пациентов. Наличие профессиональной вредности было отмечено у 17,5% больных. У 16 человек (11,2%) в историях болезни отсутствуют данные о действии поллютантов. По данным анамнеза длительность ХОБЛ у пациентов составила в среднем $13,3 \pm 8,6$ года.

Классификация ХОБЛ по группам ABCD была введена «Глобальной стратегией диагностики, лечения и профилактики ХОБЛ» (GOLD) пересмотра 2011 г. [2]. Ввиду того, что анализировались случаи оказания медицинской помощи пациентам с ХОБЛ в 2012 г., данная классификация еще не успела войти в широкую терапевтическую практику и не указывалась в диагнозах, в связи с чем не анализировалась в данном исследовании. Большинство пациентов имели среднюю или тяжелую степень тяжести заболевания (46,9 и 50,3% соответственно), вторую степень дыхательной недостаточности (88,8%). Обращает на себя внимание неверная трактовка результатов функции внешнего дыхания (ФВД) и, как следствие, вынесение неправильной степени тяжести заболевания. Так у 18,2% пациентов с ХОБЛ средней тяжести степень занижена: у 9,1% объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1) соответствует тяжелой ХОБЛ и у 9,1% – крайне тяжелой. У 2,9% пациентов с тяжелой ХОБЛ степень тяжести завышена и соответствует среднетяжелой, а у 23% степень тяжести занижена и соответствует крайне тяжелой ХОБЛ. У 44,1% пациентов в истории болезни отсутствуют данные о проведении ФВД и величине ОФВ1. Следствием неверной оценки степени тяжести ХОБЛ является неадекватный объем назначаемой терапии. Среди сопутствующих заболеваний у 60,1% пациентов определяется сердечно-сосудистая патология. Сопутствующие заболевания дыхательной системы составляли 21%.

В соответствии с прогнозом экспертов Всемирной организации здравоохранения, к 2020 г. ХОБЛ станет третьей среди ведущих причин заболеваемости и смертности в мире

При анализе лечения обострения ХОБЛ, проводимого в стационарах, выявлены следующие особенности. Рекомендованную терапию в стационаре получают 47,5% пациентов, причем данная цифра сопоставима и для терапевтического отделения, и для специализированного пульмонологического стационара. Необоснованно назначаются ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) у 28% пациентов, и этот показатель в 2 раза выше в пульмонологическом отделении. 79% пациентов получают длительно действующие β_2 -агонисты (ДДБА) и длительно действующие антихолинергические препараты (ДДАХ), таких больных на 10,8% больше в терапевтическом стационаре. Системные глюкокортикостероиды (СГКС)

используются у 61,1% пациентов, причем в терапевтическом отделении их используют на 17% чаще, при этом в 84% случаев в терапии применяется дексаметазон. А в пульмонологическом отделении у 94% пациентов используется преднизолон. Кроме этого, у 59,1% пациентов, получавших терапию СГКС, использовались недостаточные дозы (в 2–3 раза меньше рекомендованных клиническими рекомендациями), и это на 32% чаще встречается у пациентов терапевтического отделения.

Следствием неверной оценки степени тяжести ХОБЛ является неадекватный объем назначаемой терапии

65,1% пациентов получали антибактериальную терапию, причем на 40% чаще эти препараты назначались в терапевтическом отделении. Преимущественно использовались препараты группы цефалоспоринов 3-го поколения (62,8%), защищенных пенициллинов (30,5%), макролидов (19,6%), фторхинолонов нереспираторных (12,4%).

9% пациентов как терапевтического, так и пульмонологического стационара получают терапию антикоагулянтами. Данные препараты не рекомендуются к применению у пациентов с ХОБЛ ни одним руководством. Практически всем пациентам проводилась небулайзерная терапия бронхолитиками и отхаркивающими препаратами.

В целом у больных ХОБЛ наиболее часто применялись 12 препаратов. Чаще всего использовалась фиксированная комбинация формотерола с ипратропия бромидом (у 100% больных), на втором месте – преднизолон (у 63,3% человек), на третьем – амброксол (56,7%), далее – омега-3, тиотропия бромид, натрия хлорид, фиксированная комбинация салметерола и флутиказона пропионата, цефтриаксон, флутиказона пропионат, ацетилцистеин, будесонид, амоксициллин с клавулановой кислотой. Остальные препараты применялись менее чем у 20% больных.

Из рекомендованных к обязательному выполнению у всех пациентов с ХОБЛ на госпитальном этапе исследований [5] на деле было проведено: электрокардиография – 94% пациентов, рентгенография органов грудной клетки – 81,1%, общий анализ крови – 96,5%, микроскопия мазков мокроты – 82,5%, бактериологическое исследование мокроты – 0%, ФВД – 35,7%, пульсоксиметрия – 13,8%, исследование pH, уровня кислорода и углекислого газа в крови – 2,8%.

Выводы

Половина госпитализированных больных с ХОБЛ (53,2%) являются инвалидами. У 81,8% пациентов в качестве фактора риска было отмечено курение со стажем $38,0 \pm 11,3$ лет. В России курильщики составляют 70% мужской популяции и 30% женской [4]. Большинство пациентов имели среднюю или тяжелую степень тяжести заболевания (46,9 и 50,3% соответственно), вторую степень дыхательной недостаточности (88,8%). По данным

эпидемиологических исследований, в среднем распространенность ХОБЛ II стадии и выше в мире среди лиц старше 40 лет составляет $10,1 \pm 4,8\%$ [7, 6], ранжирование по степени тяжести в литературе отсутствует.

У 60,1% пациентов определялась сопутствующая сердечно-сосудистая патология. Сопутствующие заболевания дыхательной системы составляли 21%, при этом пневмония – у 7%, плеврит – у 2,8% пациентов, бронхиальная астма (БА) – у 7,7%. Согласно национальным рекомендациям по ХОБЛ 2014 г., сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы встречаются у 42% больных ХОБЛ, инфекции нижних дыхательных путей – у 67–72% пациентов [3]. В настоящее время сочетание ХОБЛ и БА относят к overlap-фенотипу. В результате широкомасштабных исследований было показано, что около 20–30% больных ХОБЛ имеют обратимую бронхиальную обструкцию [7].

По данным эпидемиологических исследований, в среднем распространенность ХОБЛ II стадии и выше в мире среди лиц старше 40 лет составляет $10,1 \pm 4,8\%$, ранжирование по степени тяжести в литературе отсутствует

Подводя общий итог по ведению пациентов с обострением ХОБЛ на госпитальном этапе, можно отметить следующее. Рекомендованную терапию в стационаре получают 47,5% пациентов. Согласно национальным рекомендациям по терапии ХОБЛ, «традиционно больным с обострением ХОБЛ назначают либо быстродействующие β_2 -агонисты (сальбутамол, фенотерол), либо быстродействующие антихолинергические препараты (ипратропиум). Сегодня многие эксперты рассматривают комбинированную терапию β_2 -агонист/ипратропия бромид как оптимальную стратегию ведения обострений ХОБЛ, особенно при лечении больных ХОБЛ с тяжелыми обострениями» [3]. В нашем исследовании ее получали 100% пациентов. ИГКС необоснованно получают 28% пациентов. 79% пациентов получают ДДБА и ДДАХ при терапии обострений ХОБЛ.

СГКС используются у 61,1% пациентов, при этом в 90% случаев препаратом выбора является дексаметазон, во время как «золотым стандартом» для проведения терапии стероидами считается преднизолон [3]. У 59,1% пациентов, получавших терапию СГКС, использовались недостаточные дозы (в 2–3 раза меньше рекомендованных клиническими рекомендациями (30–40 мг/сут в течение 5–14 дней)) [3].

65,1% пациентов получали антибактериальную терапию. Хотя согласно клиническим рекомендациям причиной обострений бактериальный фактор является примерно в 50% случаев [3]. Преимущественно использовались препараты группы цефалоспоринов 3-го поколения (62,8%), защищенных пенициллинов (30,5%), макролидов (19,6%), фторхинолонов нереспираторных (12,4%). Современные руководства рекомендуют назначать антибиотики пациентам с I типом обострения по классифика-

ции Anthonisen (т. е. при наличии усиления одышки, увеличения объема и степени гнойности мокроты) или со II типом (наличием двух из трех перечисленных признаков). При легких и среднетяжелых обострениях ХОБЛ, без факторов риска, рекомендовано назначение амоксициллина, современных макролидов (азитромицин, кларитромицин), цефалоспоринов (цефиксим и др.). В качестве препаратов 1-й линии для больных с тяжелыми обострениями ХОБЛ и с факторами риска рекомендованы либо амоксициллин/клавуланат (АМК), либо респираторные фторхинолоны (левофлоксацин или моксифлоксацин) (В, 2++). При высоком риске инфекции *P.aeruginosa* – ципрофлоксацин и другие препараты с антисинегнойной активностью [3]. Таким образом, рекомендуемые для пациентов с ХОБЛ группы антибактериальных препаратов в основном соблюдаются.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Распространенность ХОБЛ в Российской Федерации составляет 15,3%, при этом половина больных являются инвалидами. В связи с этим проблемы рационального лечения ХОБЛ особенно актуальны. Примерно у 20% пациентов имеет место неверная трактовка показателей ФВД (ОФВ1) и, как следствие, занижение степени тяжести ХОБЛ, что впоследствии отражается на недостаточном объеме рекомендуемой базисной терапии. На стационарном этапе только 47,5% пациентов получали терапию в соответствии с федеральными клиническими рекомендациями по диагностике и лечению ХОБЛ. При этом наиболее распространенными ошибками были: недостаточная бронхолитическая терапия; назначение ИГКС при отсутствии показаний к ним, и, наоборот, отсутствие этих препаратов в схемах лечения при имеющихся показаниях; чрезмерное использование антибактериальных препаратов; применение нерациональных схем терапии СГКС.



ЛИТЕРАТУРА

- Игнатьев В.А., Титова О.Н., Гульязева О.И. ХОБЛ: эпидемиология и экономический ущерб. *Вестник Санкт-Петербургского университета*, 2007, 4: 37–46.
- Белевский А.С. (ред.). Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких. Пересмотр 2011 г. М., 2012, 80 с.
- Чучалин А.Г. (ред.). Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких. М. 2014.
- Чучалин А. Г. Белая книга «Пульмонология». *Пульмонология*, 2004, 1: 7–34.
- Приказ министерства здравоохранения и социального развития РФ от 11 мая 2007 г. №327 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с хронической обструктивной болезнью легких (при оказании специализированной помощи)».
- Овчаренко С.И. Хроническая обструктивная болезнь легких: реальная ситуация в России и пути ее преодоления. *Справочник поликлинического врача*, 2011, 3: 42–45.
- Чучалин А.Г. (ред.). Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких. М. 2013.