

УДК 616.23/.25-07-08(571.53)

Ю.Н. Краснова, А.А. Дзизинский

КАЧЕСТВО ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХОБЛ В ОБЩЕТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРАХ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

Институт усовершенствования врачей (Иркутск)

Цель исследования — оценить качество диагностики и лечения обострений ХОБЛ. Проанализировано 400 историй болезни больных с обострением ХОБЛ, находящихся на стационарном лечении в общетерапевтических отделениях городских и центральных районных больниц Иркутской области. Спирометрия, как «золотой» стандарт диагностики ХОБЛ, проводилась в 41,5 % случаев, бронхо-

дилатационный тест — в 3,5 %. Диагностика дыхательной недостаточности проводится только на основании клинических симптомов; исследование газов крови и/или оксипульсиметрия не выполняются. Основным, назначаемым бронхолитиком, являлся эуфиллин (80 %). Рекоменгуемые β_2 -агонисты и холинолитики необоснованно занимают позиции после эуфиллина. Глюкокортикостероиды назначались лишь в 30 % случаев. По показаниям антибактериальная терапия проводилась в 60 %, из используемых антибиотиков на долю рекомендованных приходится только 16 %. Таким образом, диагностика и лечение ХОБЛ в общетерапевтических отделениях находится на низком уровне.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, качество лечения, качество диагностики, бронхолитики

QUALITY OF DIAGNOSIS AND TREAT OF COPD IN THERAPEUTIC DEPARTMENTS IN IRKUTSK REGION

Ju.N. Krasnova, A.A. Dzizinsky

Irkutsk Institute of Physicians' Training, Irkutsk

The aim of the research is to estimate quality of diagnostics and treatment of exacerbation of COPD. 400 case records of patients' diseases with exacerbation of COPD, being hospitalized in therapeutic departments of city and central regional hospitals of Irkutsk area were analysed. Spirometry as the «gold» standard of diagnostics COPD was spent in 41,5 % of cases, postbronchodilator test in 3,5 %. Diagnostics of respiratory failure was spent only on the basis of clinical symptoms; measurement of arterial blood gases and/or arterial oxygen saturation are not carried out. The core appointed bronchodilator, was theophylline (80 %). Recommended β_2 -agonists and anticholinergics unreasonably take positions after theophylline. Glucocorticosteroids were appointed only in 30 % of cases. Under indications antibacterial therapy was spent in 60 %, from used antibiotics on a share recommended to have only 16 %. Thus, diagnostics and treatment COPD in therapeutic departments is on a low level.

Key words: chronic obstructive lung disease, quality of treat and diagnosis, bronchodilator

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) занимает 4-е место среди всех причин смертности у пациентов старше 45 лет, уступая лишь сердечно-сосудистым заболеваниям, травмам и сахарному диабету. По данным эпидемиологического популяционного исследования, проведенного нами в Иркутской области (2004 г.), распространенность ХОБЛ среди городского взрослого населения составила 3,1 % (среди женщин — 1,6 %, мужчин — 4,7 %) и сельского взрослого населения — 6,6 % (среди женщин — 1,8 %, мужчин — 14,6 %). Учитывая высокую распространенность ХОБЛ, а также неуклонный рост смертности от данного заболевания во всем мире, эксперты ВОЗ обозначили ХОБЛ как важнейшую проблему современного здравоохранения.

Особенностью данного заболевания является наличие неуклонно прогрессирующей бронхиальной обструкции, неизбежно приводящее к развитию дыхательной недостаточности и сокращению жизни пациентов.

Одним из значимых факторов прогрессирования ХОБЛ является обострение заболевания (уровень доказательности В), поэтому необходима адекватная и своевременная терапия обострения и систематическое поддерживающее лечение, направленное на предотвращение обострения.

Развитие обострений болезни является одной из частых причин обращения пациента за медицинской помощью и госпитализации больного в стационар. Реальная практика такова, что диагностику и лечение большинства больных ХОБЛ проводят врачи терапевты в стационарах общетерапевтического профиля и поликлиниках. В связи с этим возникает вопрос — соответствует ли проводимое лечение рекомендованной терапии в Федеральной программе, утвержденной МЗ РФ?

Для оценки качества проводимой диагностики и лечения мы проанализировали 400 историй болезни больных ХОБЛ, госпитализированных в общетерапевтические отделения городских и центральных районных больниц Иркутской области (87 из них — г. Иркутск, 112 — г. Братск, 66 — г. Черемхово и 135 — другие города Иркутской области).

Средний возраст пациентов ХОБЛ, находящихся на стационарном лечении составил $61,6 \pm 12,1$. У 2,7 % пациентов зарегистрировано легкое течение ХОБЛ, у 49,7 % — среднетяжелое и 47,6 % — тяжелое течение ХОБЛ. Основным показанием для госпитализации больного в стационар явилось обострение ХОБЛ.

Известно, что «золотым» стандартом диагностики ХОБЛ является исследование функции внешнего дыхания [2, 3]. Однако только в 41,5 % анализируемых историй болезни для диагностики ХОБЛ и оценки ее тяжести проводилась спирометрия, при чем преимущественно в крупных городах Иркутской области (рис. 1). Во многих лечебных учреждениях области исследование функции внешнего дыхания не проводится. При наличии спирографов, частота проведения спирометрии при диагностике ХОБЛ в данных учреждениях не превышает 20 %. Но и в случаях выполнения спирометрии не всегда соблюдаются требования к проведению исследования, например, не выполняется калибровка прибора, не достигается воспроизводимость получаемых параметров. Кроме того, не всегда врачами полученные при спирометрии данные учитываются при постановке диагноза, что связано, с одной стороны, с недоверием к качеству выполненного исследования, а с другой, незнанием и неумением врачами интерпретировать показатели спирограммы.

Для оценки обратимости бронхиальной обструкции и установления стадии и степени тяже-

сти ХОБЛ, во всех руководствах по диагностике и лечению ХОБЛ указывается на необходимость проведения бронходилатационного теста [1]. Данное исследование не является дорогостоящим и доступно к проведению в любом медицинском учреждении. В анализируемых историях болезни бронходилатационный тест выполнялся лишь в 3,5 % случаев (рис. 2). В большинстве ЦРБ данный метод оценки обратимости бронхиальной обструкции не проводится вообще.

Учитывая такой низкий процент проведения спирометрии и бронходилатационного теста, сомнительна достоверность диагностики ХОБЛ, особенно ее ранних стадий, оценка степени тяжести, а также дифференциальная диагностика с бронхиальной астмой.

Несмотря на то, что морфологическим субстратом обострения ХОБЛ является усиление воспалительного процесса в бронхиальном дереве, бронходилататоры являются препаратами первой линии в лечении обострения и одним из основных принципов лечения обострения ХОБЛ — это ин-

тенсификация бронхолитической терапии (уровень доказательности А). Во всех случаях обострений ХОБЛ независимо от тяжести обострения и причин, вызвавших его, назначаются, если не применялись ранее, ингаляционные бронхолитики или увеличивается их доза и/или кратность приема. Данное положение активно внедряется врачами при лечении больных ХОБЛ, так в 94,7 % историй болезни назначались бронхолитики. В целом можно было заключить, что в большинстве случаев назначенная терапия соответствует рекомендованной. Однако, оценивая спектр назначаемых препаратов, позитивный взгляд на проводимую терапию исчезает. В соответствии с Федеральной программой 2004 г. бронхолитиками первого ряда для лечения обострения ХОБЛ являются β_2 -агонисты короткого действия и ипратропиум бромид (уровень доказательности А) или комбинированная терапия и β_2 -агонистами короткого действия и ипратропиум бромидом в комплексном препарате — беродуал. При этом комбинированная терапия при обострении ХОБЛ приводит к

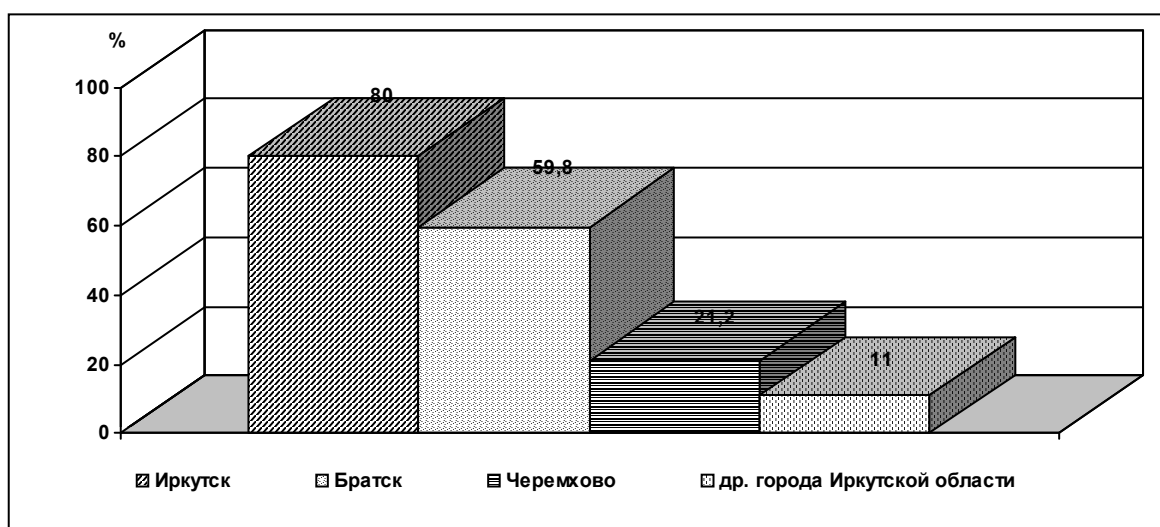


Рис. 1. Частота проведения спирометрии в общетерапевтических стационарах при диагностике ХОБЛ.

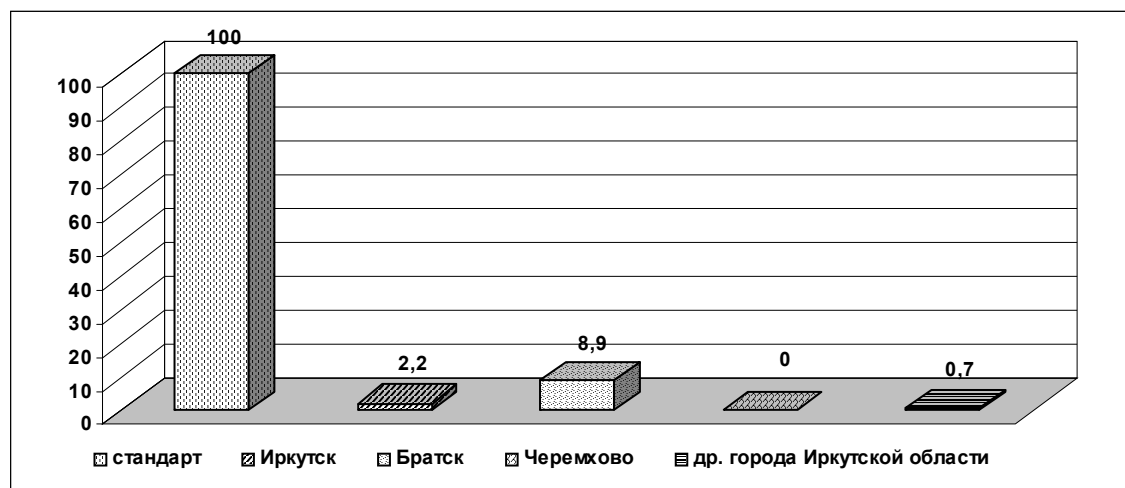


Рис. 2. Частота проведения бронходилатационного теста при диагностике и оценке стадии ХОБЛ.

большему бронхорасширяющему эффекту по сравнению с монотерапией, может значительно увеличить длительность бронходилатирующего эффекта и обладает более безопасным клиническим профилем (уровень доказательности А). Преимущества комбинированной терапии обусловлены аддитивным действием препаратов, влиянием на различные отделы трахеобронхиального дерева. Назначение ксантинов, особенно для внутривенного введения, должно проводиться при недостаточном эффекте максимальных доз β_2 -агонистов и ипратропиум бромида, используемых через спейсер или небулайзер.

В проанализированных историях болезней лидирующее место в ряду назначаемых бронхолитиков отведено эуфиллину, вводимому внутривенно. Он назначался в 80,7 % случаев, в том числе в виде монотерапии. Данная тактика лечения наблюдается во всех городах Иркутской области. Нередкой ситуацией является комбинированная терапия в/в эуфиллина и пролонгированных форм теофиллина. Это значимо может усилить частоту возникновения нежелательных реакций и является недопустимым сочетанием, особенно при отсутствии мониторинга за концентрацией теофиллина в крови. Рекомендованные бронхолитики первого ряда для лечения обострения ХОБЛ (ипратропиум бромид, β_2 -агонисты и беродуал) необоснованно занимают позиции после эуфиллина.

Для достижения максимального эффекта бронходилататора важно не только определиться в препарате, но и способе его доставки. При обострении ХОБЛ установлены преимущества ингаляций растворов лекарственных препаратов через небулайзер в сравнении с «традиционной» ингаляционной терапией в виде дозированного аэрозоля [1]. Преимуществами ингаляций через небулайзер являются отсутствие необходимости координации вдоха с ингаляцией, простота использования для пожилых и тяжелобольных, включение в контур подачи кислорода и возможность введения высокой дозы лекарственного препарата. В анализируемых историях болезни небулайзерная терапия бронхолитиками проводилась в 58 % случаев и преимущественно в стационарах крупных городов.

Общепризнанным является, что при обострении ХОБЛ, сопровождающемся снижением ОФВ₁ менее 50 % от должных величин, глюкокортикостероиды назначаются параллельно с бронхолитической терапией. Терапия системными глюкокортикостероидами (внутрь или парентерально) способствует более быстрому увеличению ОФВ₁, уменьшению одышки, улучшению оксигенации артериальной крови, укорочению сроков госпитализации (уровень достоверности А), а также снижению числа таких осложнений как смерть от любой причины, потребность в интубации, повторное проведение интенсивной терапии. Назначать ГКС нужно как можно раньше, еще при поступлении в приемное отделение. В анализируемых историях болезни лишь 30 % больным ХОБЛ, нужда-

ющимся в назначении глюкокортикостероидов, данные препараты были назначены.

При возникновении обострения ХОБЛ, сопровождающемся увеличением объема мокроты и появлением ее гнойного характера, показано назначение антибактериальных препаратов. Наиболее вероятными возбудителями обострения чаще являются *H. Influenzae*, *S. Pneumoniae*, *M. Catarrhalis* поэтому рекомендуемыми антибиотиками являются защищенные пенициллины, респираторные фторхинолоны и цефалоспорины II, III поколения [1].

При анализе историй болезни выявлено, что антибиотики назначались по показаниям только в 60 % случаев. Приоритетным антибиотиком для лечения обострения ХОБЛ в стационарных условиях является цефазолин, частота его назначения достигает 25,5 %, что безусловно является ошибочной тактикой, т.к. по уровню антипневмококковой активности этот препарат уступает аминопенициллинам, а в отношении Грамм-отрицательной флоры, является неактивным препаратом. До сих пор часто назначаемыми антибиотиками остаются ампиокс, гентамицин.

Из всех использованных антимикробных препаратов на долю рекомендованных приходится лишь 16 %. Использование нерациональных схем антибактериальной терапии приводит к повторному назначению антибиотиков и удлинению сроков стационарного лечения.

При наличии гипоксемии у больного с обострением ХОБЛ одним из важных направлений лечения является кислородотерапия [3]. Однако ни в одном из анализируемых случаев у больных с клиническими признаками дыхательной недостаточности не проводилось измерение газов артериальной крови и пульсоксиметрия для выявления или подтверждения гипоксемии и не назначалась кислородотерапия.

Таким образом, диагностика и лечение ХОБЛ находятся на низком уровне. Необходимо направить усилия на раннее выявление заболевания, когда с помощью современной терапии эта стадия болезни является частично обратимым процессом. Улучшение диагностики и проведение своевременной адекватной терапии больным ХОБЛ позволит повлиять на качество и продолжительность жизни пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клинические рекомендации. Хроническая обструктивная болезнь / Под ред. А.Г. Чучалина. — М.: Издательство «Атмосфера», 2003.
2. Хроническая обструктивная болезнь легких. Практическое руководство для врачей. — М., 2004. — 168 с.
3. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) / Global strategy for diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. — NHLBI/WHO workshop report. — P. 100.