

24±2,7 mV. При уретроцистоскопии у пациентов с неудовлетворительными результатами выявлялись более грубые и массивные рубцовые изменения задней уретры, хотя эти данные, по нашему мнению, являются субъективным методом оценки состояния уретры.

Таким образом, из приведенных выше данных видно, что sling-овые операции целесообразно выполнять тем пациентам, у которых минимально выражены нарушения эластических свойств уретры и иннервации мышц тазового дна, в то время как у больных с выраженными рубцовыми изменениями уретры лучшие результаты, вероятно, будут получены при имплантации искусственного сфинктера.

Предложенный нами способ видеоконтроля за проведением игл-перфораторов в позадилоном пространстве показал себя как надежный метод, позволяющий уменьшить число интраоперационных осложнений и объем кровопотери. Однако данный метод применим только у пациентов, перенесших ТУР простаты и не подвергавшимся открытым хирургическим вмешательствам на органах малого таза.

Литература

1. Fowler F.J. Jr. et al. // Urology. 1995. Vol. 45. № 6. P. 1007–1015.
2. Litwin M.S. et al. // JAMA. 1995. Vol. 273. № 2. P. 129–135.
3. Tse V., Stone A.R. // BJU. Int. 2003. Vol. 92. № 9. P. 886–889.
4. Comiter C.V. // J. Urol. 2002. Vol. 167. № 2. P. 597–601.
5. Schaffer A.J. et al. // J. Urol. 1998. Vol. 159. № 5. P. 1510–1515.
6. Bauer W., Karik M., Schramek P. // BJU Int. 2005. Vol. 95. № 9. P. 1364–1366.
7. Graham C.W. et al. // J. Urol. 2002. Vol. 168. № 5. P. 2055–2057.

МЛПУЗ КДЦ «Здоровье», г. Ростов-на-Дону

11 ноября 2006 г.

УДК 616.24: 615.015]-036.2 (470.61)

РЕЗУЛЬТАТЫ ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ В г. РОСТОВЕ-НА-ДОНУ

© 2006 г. Т.А. Девликамова, Е.Н. Боханова, О.А. Криковцова,
А.В. Ткачёв, К.Е. Никитина

It was established that in Rostov-on-Don in therapy of bronchial asthma is too often used glucocorticosteroids and teofillins. At the same time basic therapy received less amount of patient.

Востребованность фармакоэпидемиологических исследований в настоящее время связана с большим количеством проводимых клинических испытаний современных противоастматических препаратов и схем лечения бронхиальной астмы (БА) и хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ) на однородных по возрасту, полу, сопутствующей патологии

группах больных, подобранных на основании чётких критериев включения / невключения в исследование. Вместе с тем практически нет данных как в отечественной, так и в зарубежной литературе о клинической эффективности противоастматических лекарственных средств в условиях обычного (не экспериментального) применения. При анализе литературы отмечается отсутствие сведений с оценкой зависимости эффективности терапии БА и ХОБЛ от гетерогенности контингента больных, реально использующих данный метод лечения, простоты подбора дозы, соблюдения назначенного режима лечения (комплаинс – compliance). Подобные данные, полученные при фармакоэпидемиологических исследованиях, помогут установить более полную и реальную картину эффективности проводимых в терапевтической практике профилактических мероприятий, лечения и наблюдения больных БА и ХОБЛ.

Фармакоэпидемиологический анализ является важным методом оценки качества медикаментозной терапии различных заболеваний. Используя полученные в ходе фармакоэпидемиологических исследований данные, администрация лечебных учреждений и профессиональные медицинские сообщества могут планировать мероприятия, направленные на оптимизацию и улучшение качества медицинской помощи больным [1, 2].

В нашей стране в последние годы были проведены и опубликованы результаты ряда крупных фармакоэпидемиологических исследований, посвященных терапии БА [3, 4] и другим заболеваниям органов дыхания, включая ХОБЛ [5, 6]. Так, проведенный в 2001–2003 гг. в Москве фармакоэпидемиологический анализ выявил низкий уровень применения ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС) в амбулаторной практике. По данным этого исследования, ИГКС назначались только у 20 % больных с легким персистирующим течением БА. В группе больных с умеренным течением БА эти препараты получали 36 % пациентов, а среди больных с тяжелым течением заболевания – около 50 % [7]. При этом средние дозы ИГКС, назначавшиеся больным, не соответствовали рекомендациям Глобальной инициативы по терапии и профилактики бронхиальной астмы [8] (GINA) и были недостаточными для эффективной терапии. Другими недостатками фармакотерапии в 2001–2003 гг. были недостаточное использование пролонгированных β_2 -адреностимуляторов (ЛАВА), неоправданно частое назначение кромонов, ГКС для приема внутрь, препаратов эфедрина, препаратов теофедрина короткого действия. За последние несколько лет у нас в стране проводилась активная работа по оптимизации медицинской помощи больным БА и ХОБЛ, включающая проведение конференций и обучающих программ для практических врачей, консультативную работу пульмонологов, проблемные публикации в медицинской прессе, обучение пациентов и создание индивидуальных планов лечения больных БА и ХОБЛ. Среди практических врачей была распространена новая редакция GINA [9]. Это обусловило необходимость проведения фармакоэпидемиологических исследований не только в Москве, но и в других городах Рос-

сии, в частности, в Ростове-на-Дону. Фармакоэпидемиологический анализ, с одной стороны, позволяет получить новые данные о качестве фармакотерапии БА и ХОБЛ, а с другой – оценить эффективность многочисленных мероприятий, направленных на повышение уровня медицинской помощи.

В задачи нашего исследования входило изучение объема и эффективности терапии БА и ХОБЛ, проводимой в терапевтических отделениях и поликлиниках города, а также состояния и эффективности диспансерного наблюдения больных с хроническими заболеваниями органов дыхания (БА и ХОБЛ). На первом этапе исследования были подвергнуты анализу истории болезни больных БА и ХОБЛ, получавших лечение в терапевтических (200 случаев) отделениях стационаров и поликлиниках (200 случаев) г. Ростова-на-Дону в 2001–2005 гг. На втором этапе исследования пациенты были вызваны на специальное амбулаторное обследование.

Тщательно проведенный анализ стационарных и амбулаторных историй болезни, дополненный подробным сбором анамнеза и формализованной регистрацией полученной информации, с дальнейшей компьютерной обработкой данных, позволили установить объективную картину лечения больных БА и ХОБЛ в терапевтических отделениях стационаров и амбулаторной терапевтической практике.

Рассмотрим результаты анализа применяемых в лечении БА и ХОБЛ фармакологических препаратов в терапевтических отделениях стационаров города. На первом месте по использованию у больных с БА средней (58,97) и тяжелой (63,64 %) степеней тяжести стоят β_2 -агонисты короткого действия. На втором месте – глюкокортикостероиды с системным действием (БА средней степени – 28,21 и тяжелое течение – 45,45 %). На третьем месте – ингаляционные глюкокортикостероиды (БА средней степени – 23,08 и тяжелое течение – 27,27 %) и комбинированный препарат беродуал (БА средней степени – 25,64 и тяжелое течение – 27,27 %). Далее следуют эуфиллины (БА средней тяжести – 20,51 и тяжелое течение – 9,09 %), β_2 -агонисты длительного действия (БА средней степени – 5,13 %) и кромоны (БА средней степени – 2,56 %). Антихолинэстеразные средства у пациентов с БА не использовались. На первом месте у больных ХОБЛ средней степени тяжести стоят антихолинэстеразные средства (35,29), на втором месте – беродуал (17,65 %), далее β_2 -агонисты короткого действия (11,76) и эуфиллины (11,76 %), системные глюкокортикостероиды (5,88 %). У больных ХОБЛ тяжелой степени на первый план выходят β_2 -агонисты короткого действия (40) и эуфиллины (40 %), далее приблизительно поровну антихолинэстеразные средства (20), беродуал (20) и β_2 -агонисты длительного действия (20 %). Ингаляционные глюкокортикостероиды у больных ХОБЛ не использовались. Таким образом, проведенный анализ показал, что у больных БА средней степени тяжести и тяжелом течении в стационарах города недостаточно применяются базисные препараты (β_2 -агонисты длительного действия и ингаляционные глюкокорти-

костероиды), и вместе с тем непозволительно широко используют системные глюкокортикостероиды.

Поскольку основное бремя медицинской помощи больным БА ложится на участковых терапевтов, важной задачей настоящего исследования явился анализ фармакоэпидемиологических данных по амбулаторному лечению БА и ХОБЛ в поликлиниках Ростова-на-Дону. При этом в исследования были включены большей частью непрофильные лечебные учреждения, т.е. те поликлиники, в которых нет пульмонологов-консультантов. Всего проанализировано 200 историй болезни: с диагнозом БА – 165 (82,5 %), ХОБЛ – 35 (17,5 %). По половому признаку при БА преобладали женщины (100 – 60,61 %), при ХОБЛ – мужчины (25 – 71,43 %). Средняя длительность заболевания составляла при БА $12,73 \pm 7,77$ лет, у больных ХОБЛ – $15 \pm 6,45$ лет.

При анализе больных по возрастным группам было установлено, что большинство больных составляли пациенты старших возрастных групп: 40–50 лет – 16,5 %, 50–60 лет – 25,5, 60–70 лет – 24 и более 70 лет – 26 %. Средний возраст больных соответствовал при БА у мужчин $57,92 \pm 15,64$ годам и у женщин – $59,92 \pm 13,33$, при ХОБЛ у мужчин $63,52 \pm 15,6$ и у женщин – $70,5 \pm 6,29$ лет. Лёгкое течение заболевания встречалось у 16 (8 %) больных, среднетяжёлое – у 110 (55 %) и тяжёлое – у 74 (37 %) пациентов. Из сопутствующей патологии чаще всего отмечали ИБС (47 больных) и артериальную гипертензию (41 больной). Подавляющее большинство больных – 176 (88 %) – наблюдали в поликлиниках терапевты, 24 (12 %) – пульмонологи.

Установлены особенности назначения различных групп препаратов при БА и ХОБЛ. Так, ИГКС получали 100 (60,61 %) больных БА и 18 (51,43 %) – ХОБЛ. Недопустимо часто назначали системные глюкокортикостероиды: при БА – 69 (41,82 %) пациентам, при ХОБЛ – 11 (31,43 %). Реже, чем в стационаре, больные получали амбулаторно β_2 -агонисты короткого действия: при БА – 69 (41,82 %), при ХОБЛ – 11 (31,43 %). А β_2 -агонисты длительного действия – значительно чаще: при БА – 101 (61,21 %) больной, при ХОБЛ – 21 (60 %). Почти половина больных БА и ХОБЛ получали теofilлин: 67 (40,61 %) – при БА и 15 (42,86 %) – при ХОБЛ. М-холинолитики были включены в терапию у 36 (21,82 %) больных БА и 13 (37,14 %) больных ХОБЛ. В таблице представлены результаты анализа применяемых в лечении БА и ХОБЛ фармакологических препаратов.

Таким образом, в амбулаторной терапии БА в Ростове-на-Дону неоправданно часто применяют системные глюкокортикостероиды и теofilлины. В то же время полноценную базисную терапию получает меньшая часть больных. Отмечается позднее начало терапии ингаляционными глюкокортикостероидами.

Анализ применяемых препаратов в лечении БА и ХОБЛ в амбулаторных условиях (Ростов-на-Дону, 2006)

Препарат	Терапевт (N = 176), абс. (%)	Пульмонолог (N = 24), абс. (%)
Ингаляционные ГКС:		
– альдецин	6 (3,4)	–
– беклазон	37 (21)	10 (41,67)
– бекламетазон	21 (11,93)	2 (8,33)
– бекотид	14 (7,95)	2 (8,33)
– бенакорт	5 (2,84)	4 (16,67)
– будесонид	3 (1,7)	–
– пульмикорт	3 (1,7)	–
– фликсотид	4 (2,27)	–
– флутиказон	3 (1,7)	2 (8,33)
– ингакорт	1 (0,57)	–
Всего	97 (55,11)	20 (83,33)
Системные ГКС:		
– дексаметазон	5 (2,84)	–
– преднизолон	29 (16,48)	6 (25)
– полькортолон	10 (5,68)	2 (8,33)
– гидрокортизон	–	1 (4,17)
Всего	44 (25)	9 (37,5)
β₂-агонисты короткого действия:		
– беротек	31 (17,61)	2 (8,33)
– вентолин	5 (2,84)	1 (4,17)
– сальбутамол	23 (13,07)	5 (20,83)
– фенотерол	13 (7,39)	3 (12,5)
Всего	73 (41,48)	11 (45,83)
β₂-агонисты пролонгированного действия:		
– сальметерол	8 (4,55)	1 (4,17)
– форадил	10 (5,68)	–
– формотерол	12 (6,82)	1 (4,17)
Всего	30 (17,05)	2 (8,33)
М-холинолитики:		
– атровент	13 (7,39)	–
– ипратропиум	5 (2,84)	–
– спирива	12 (6,82)	1 (4,17)
Всего	30 (17,05)	1 (4,17)
Отхаркивающие и муколитические средства:		
– амбробене	4 (2,27)	1 (4,17)
– аскорил	3 (1,7)	–
– АЦЦ	11 (6,25)	1 (4,17)
– амброксол	7 (3,98)	2 (8,33)
– бромгексин	1 (0,57)	2 (8,33)
– лазолван	12 (6,82)	4 (16,67)
– халиксол	7 (3,98)	–
– эреспал	12 (6,82)	–
Всего	57 (32,39)	10 (41,67)

Окончание таблицы

Препарат	Терапевт (N = 176), абс./(%)	Пульмонолог (N = 24), абс./(%)
Метилксантины:		
– теопек	30 (17,05)	–
– теотард	10 (5,68)	–
– теофиллин	16 (9,09)	1 (4,17)
– эуфиллин	5 (2,84)	1 (4,17)
Всего	61 (34,66)	2 (8,33)
Антигистаминные:		
– зиртек	2 (1,14)	–
– зитролид	1 (0,57)	–
Мембрано-стабилизирующие:		
– кетотифен	5 (2,84)	–
– кромогликат натрия	4 (2,27)	–
Всего	12 (6,81)	–
Комбинированные средства (ИГКС + β_2 -агонист):		
– беродуал	70 (39,78)	12 (50)
– серетид	19 (10,8)	3 (12,5)
– симбикорт	25 (14,2)	1 (4,17)
Всего	114 (64,77)	1 (4,17)
Противокашлевые:		
– либексин	1 (0,57)	–
– соталекс	1 (0,57)	–
Всего	2 (1,14)	–
Иммуномодуляторы:		
– бронхо-мунал	3 (1,7)	–

Литература

1. Страчунский Л.С., Козлов С.Н., Рачина С.А. // Клин. фармакол. и тер. 2001. Т. 10. № 4. С. 48–53.
2. Strom B.L. Ed. Pharmacoevidence. Chichester, 2000.
3. Чучалин А.Г. и др. // Пульмонология. 2001. Приложение. <http://www.antibiotic.ru/rspe/library>.
4. Архипов В.В. и др. // Пульмонология. 2002. № 1. С. 105–109.
5. Козлов С.Н. и др. // Клин. микробиол. и антимикроб. химиотер. 2000. № 2 (3). С. 74–81.
6. Козлов С.Н. и др. // Клин. микробиол. и антимикроб. химиотер. 2001. № 3 (2): С. 148–155.
7. Цой А.Н., Архипов В.В. // Consilium-medicum. 2004. № 6 (4). С. 1–16.
8. Пульмонология. 1996. Приложение. С. 1–157.
9. NHLBI/WHO Workshop Report: Global Strategy for Asthma Management and Prevention // NIH Publication. 2002. No. 02-3659. Febr. P. 1–177.