

Больные хронической обструктивной болезнью легких: анализ реальной клинической практики

А.А.Визель^{✉1}, И.Н.Салахова¹, И.Ю.Визель¹, А.Р.Вафина¹, Г.Р.Шакирова^{1,2}, Э.З.Кудрявцева³

¹ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России. 420012, Россия, Казань, ул. Бутлерова, д. 49;

²ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Республики Татарстан. 420064, Россия, Казань, Оренбургский тракт, д. 138;

³ГАУЗ «Городская клиническая больница №16». 420039, Россия, Казань, ул. Гагарина, д. 121

[✉]lordara@inbox.ru

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) остается заболеванием, распространенность которого в мире не снижается, а смертность растет. За последние 10 лет позиция глобальной инициативы GOLD по классификации и лечению ХОБЛ трижды менялась.

Цель работы – оценка распределения больных ХОБЛ в соответствии с разными критериями, особенностей их лечения и приверженности лечению.

Материал и методы. Были обследованы 125 больных ХОБЛ в условиях стационара – 123 (98,4%) мужчины и 2 (1,6%) женщины, средний возраст которых составлял 64,9±0,7 (8,2) года. Всем больным были проведены физикальное обследование, опрос по стандартизированным вопросам CAT и mMRC и спирография.

Результаты. По классификации GOLD 2007 г. больные распределились следующим образом: GOLD I – 6,4%, GOLD II – 29,6%, GOLD III – 43,2%, GOLD IV – 20,8%. Согласно классификации ABCD GOLD 2011 г. к типу C были отнесены 4% больных и 96% – к типу D, а при перераспределении по ABCD GOLD 2017 г. – 3,2, 11,2, 0,8 и 84,8% соответственно. Такой фактор, как госпитализация, менял распределение больных по группам ABCD. Среди опрошенных 93,6% получали бронхолитики короткого действия, 63,2% – бронхолитики длительного действия, ингаляционные стероиды с бронхолитиками длительного действия – 58,4%. Полностью комплаентными были 27,2% больных, 72,8% больных были хорошо обучены медработником правильному использованию своего ингалятора. Пациенты среди всех препаратов отдавали предпочтение бронхолитикам короткого действия и дозирующим аэрозольным ингаляторам, хотели бы пользоваться ими только по потребности. Худшим временем дня большинство пациентов назвали утро.

Заключение. Проведенное исследование отражает динамичность в диагностике и лечении ХОБЛ, смене приоритетов от клинической физиологии к анамнестическим данным. Выявлены основные направления, которые позволят улучшить качество лечения больных ХОБЛ в изученном регионе, – повышение приверженности врачей национальным клиническим рекомендациям и повышение приверженности пациентов назначениям лечащих врачей.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, лечение, клинические рекомендации, терапевтическое сотрудничество.

Для цитирования: Визель А.А., Салахова И.Н., Визель И.Ю. и др. Больные хронической обструктивной болезнью легких: анализ реальной клинической практики. Consilium Medicum. 2018; 20 (3): 35–39. DOI: 10.26442/2075-1753_20.3.35-39

Original article

Patients with chronic obstructive pulmonary disease: analysis of actual clinical practice

A.A.Vizel^{✉1}, I.N.Salakhova¹, I.Yu.Vizel¹, A.R.Vafina¹, G.R.Shakirova^{1,2}, E.Z.Kudriavtseva³

¹Kazan State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. 420012, Russian Federation, Kazan, ul. Butlerova, d. 49;

²Republican Clinical Hospital of the Ministry of Health of the Republic of Tatarstan. 420064, Russian Federation, Kazan, Orenburgskii trakt, d. 138;

³City Clinical Hospital №16. 420039, Russian Federation, Kazan, ul. Gagarina, d. 121

[✉]lordara@inbox.ru

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) remains a disease whose global prevalence is not decreasing, and mortality is increasing. Over the past 10 years, the position of the global initiative GOLD classification and treatment COPD three times changed.

The aim of the work is to assess the distribution of COPD patients according to different criteria, peculiarities of their treatment and adherence to treatment.

Material and methods. 125 patients with COPD in hospital – 123 (98.4%) men and 2 (1.6%) women with an average age of 64.9±0.7 (8.2) years were examined. All patients underwent physical examination, a survey on standardized questionnaires CAT and mMRC and spirometry.

Results. According to GOLD 2007 classification, patients were distributed as follows: GOLD I – 6.4%, GOLD II – 29.6%, GOLD III – 43.2%, GOLD IV – 20.8%. According to the ABCD GOLD 2011 classification, 4% of patients were classified as type C and 96% as type D, and 3.2, 11.2, 0.8 and 84.8%, respectively, in ABCD GOLD 2017 redistribution. Such factors as hospitalization, changed the distribution of the patients according to groups ABCD. Among the respondents 93.6% received short-acting bronchodilators, 63.2% – long-acting bronchodilators, inhalation steroids with long-acting bronchodilators – 58.4%. 27.2% of patients were completely complementary, 72.8% of patients were well trained by the medical worker to correct use of the inhaler. Patients among all drugs preferred short-acting bronchodilators and dosing aerosol inhalers, would like to use them only on demand. The worst time of the day the majority of patients called morning.

Conclusion. The study reflects the dynamism in the diagnosis and treatment of COPD, the change of priorities from clinical physiology to anamnestic data. Identified key areas that will improve the quality of treatment of patients with COPD in the studied region – the increased commitment of physicians national clinical guidelines and improving patient adherence to doctor's prescriptions.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, treatment, clinical recommendations, therapeutic cooperation.

For citation: Vizel A.A., Salakhova I.N., Vizel I.Yu. et al. Patients with chronic obstructive pulmonary disease: analysis of actual clinical practice. Consilium Medicum. 2018; 20 (3): 35–39. DOI: 10.26442/2075-1753_20.3.35-39

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – распространенное, предотвратимое и отвечающее на терапию заболевание, которое характеризуется постоянными респираторными симптомами и ограничением воздушного потока вследствие патологии дыхательных пу-

тей и/или альвеол, вызванной обычно воздействием вредных частиц или газов. Одним из важных международных документов, обобщающих последние достижения в диагностике и лечении этого заболевания, остается глобальная инициатива по ХОБЛ – GOLD, которая в настоящее время

представлена обновленной версией 2018 г. [1]. Для России руководством для действий врачей являются национальные клинические рекомендации [2]. В Республике Татарстан сохраняется тренд увеличения заболеваемости и распространённости ХОБЛ [3]. Данная публикация отражает текущие результаты изучения оказания помощи больным ХОБЛ в Казани, начатого в 2016 г. [4]. К настоящему времени количество наблюдений удвоилось и была расширена обработка результатов.

Целью работы были оценка состояния больных ХОБЛ, обратившихся за амбулаторной или стационарной помощью в лечебно-профилактические учреждения Казани, распределение их по тяжести состояния и характеру проводимой терапии.

Материал и методы

Были обследованы больные, активно обратившиеся и/или госпитализированные в медицинские учреждения Татарстана. Исследование было активным, наблюдательным, неинтервенционным. Пациенты включались в исследование по мере их обращения. Были обследованы 125 больных ХОБЛ – 123 (98,4%) мужчины и 2 (1,6%) женщины, средний возраст которых составлял $64,9 \pm 0,7$ (8,2) года. Из них 79,2% были обследованы в стационаре, 20,8% – в поликлинике. В разработку не включали больных, имевших сопутствующую бронхиальную астму. Всем больным проводилось физикальное обследование, опрос по стандартизованному вопроснику CAT и mMRC в соответствии с последней редакцией федеральных клинических рекомендаций [5], записана спирограмма в режимах спокойного дыхания и форсированного выдоха на приборе «Спиробанк» (MIR, Италия) с определением форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ), объема форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ₁) и емкости вдоха, измерено насыщение крови кислородом посредством пульсоксиметрии с графической регистрацией (SaO₂). В анализ были включены данные лейкоцитарной формулы, взятые из медицинской документации пациентов. Статистическая обработка материала была проведена с помощью программы SPSS-18 с расчетом частот явлений, а параметрические данные были представлены в виде средней величины, ошибки средней и стандартного отклонения – $M \pm m$ (SD).

Результаты

Среди 125 больных только 39 курили в момент обследования, 83 курили в прошлом, а 3 активно не курили, но были пассивными курильщиками и/или имели стаж работы в условиях загрязненного воздуха; 96,7% курили сигареты, 1 пациент был «вейпером» – курил электронные сигареты. У 96% пациентов стаж курения составлял 10 и более пачка-лет, 4% имели профессиональную вредность. Были вакцинированы от гриппа 32% этих больных, 12% прошли пневмококковую вакцинацию. Сопутствующие заболевания были у 80,0% больных: гипертоническая болезнь – 60,8%, ишемическая болезнь сердца – 42,4%, сердечная недостаточность – 39,2%, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – 21,6%, аллергические заболевания – 9,6%, сахарный диабет – 6,4%, аденома предстательной железы – 6,4%, хроническая почечная недостаточность – 5,6%.

Индекс массы тела был в среднем $26,3 \pm 0,4$ (5,4) кг/м². В соответствии с критериями Всемирной организации здравоохранения 1995 г. он был ниже нормы у 5,6% пациентов, был нормальным ($18,5$ – $24,99$ кг/м²) – у 42,4% и у 52,0% был выше нормы.

В соответствии с градациями GOLD редкие обострения (0–1 за последний год) были у 58 (46,4%) пациентов, а частые (2 обострения и более) – у 67 (53,6%). Только 16,8% больных не имели госпитализаций в течение последнего года; 33 (26,4%) больных попадали в стационар 3 раза и более.

Согласно вопросам, рекомендованным GOLD и национальными клиническими рекомендациями, 10 и более баллов по шкале CAT имели 119 (95,2%) больных. Средний балл шкалы CAT составил $21,7 \pm 0,6$ (6,7). Согласно шкале mMRC 2 балла и более набрали 93,5% больных, средний балл – $2,82 \pm 0,07$ (0,85). Доля больных, у которых количество баллов хотя бы по одному из этих вопросов соответствовало критерию GOLD «симптомы выражены», составила 96%.

Лейкоцитарная формула больных характеризовалась следующими показателями: палочкоядерных нейтрофилов $2,50 \pm 0,23\%$ (2,61), сегментоядерных нейтрофилов $64,49 \pm 0,71\%$ (7,89), эозинофилов $1,47 \pm 0,16\%$ (1,75), лимфоцитов $23,58 \pm 0,71\%$ (7,93), моноцитов $6,89 \pm 0,27\%$ (3,04). Доля больных с эозинофилией (5% и более) составила 6,4%.

Результаты спирометрии были следующими: ФЖЕЛ – $72,03 \pm 1,87\%$ (20,86) от должных величин – ФЖЕЛ была ниже 80% от должной у 64,8% больных; ОФВ₁ – $46,09 \pm 1,65\%$ (18,44) – ОФВ₁ был ниже 80% от должного у 94,5% больных; емкость вдоха – $75,8 \pm 1,91\%$ (21,35) – была менее 80% от должной у 57,6% больных. Насыщение крови кислородом составляло $95,6 \pm 0,27\%$ (3,01) – SaO₂ < 95% в покое была у 28%, частота сердечных сокращений – $79,94 \pm 1,12$ (12,48) в 1 мин.

Кашель был у 90,4% больных, у 73,67% отходила мокрота, у 26,4% мокрота была гнойной. Отмечали нарушения сна 60% больных ХОБЛ (75 человек), 29,6% пациентов нуждались в применении бронхолитика короткого действия (БКД) в ночное время (26,4% – ипратропий/фенотерол и 3,2% – сальбутамол).

Главной жалобой считали одышку 83,6% больных, 13,6% – кашель и только 1 больной – нарушение сна. Тем не менее 73,6% пациентов сообщили, что им бывает трудно заснуть, а 61,6% отмечали раннее, преждевременное пробуждение утром. Худшим временем дня 43,2% больных назвали утренние часы после пробуждения, 12,8% – вечер, 4% – ночь, 2,4% – день, а 37,6% не отметили различий. Лучшим временем суток больные ХОБЛ в 36,8% сочли день, но чаще всего (41,6%) они не выделяли лучшего времени в течение суток. Несмотря на это, 82,4% больных сообщили, что их дневная активность была снижена болезнью, прежде всего – утренними симптомами.

Опрос пациентов относительно их приверженности терапии показал, что согласно тесту Мориски–Грин полностью комплаентными были только 27,2% больных. При этом 61,6% больных забывали принимать препараты, 52,8% – не принимали их вовремя, 45,6% – пропускали прием препарата, если чувствовали себя хорошо, 33,6% – пропускали прием препарата, если чувствовали себя плохо после ингаляций.

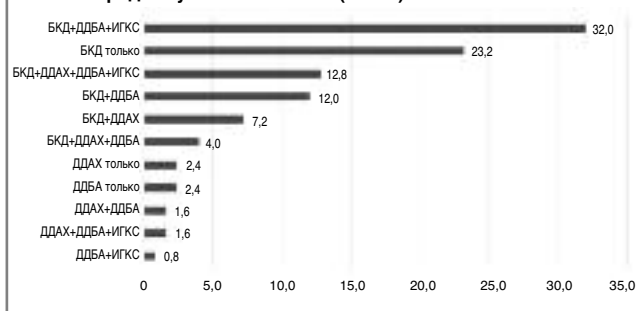
При назначении лечения 72,8% больных были обучены медработником правильному использованию своего ингалятора, врачи регулярно контролировали технику ингаляций у 9% больных, время от времени – у 28,8% и только 1 раз за все время наблюдения – у 20%.

Для каждого из пациентов были получены достоверные сведения (а не заимствованные из медицинских карт), позволяющие применить к ним 3 классификации GOLD, которые менялись в течение последних 10 лет (табл. 1). При делении больных ХОБЛ по классификациям GOLD 2011 и 2017 г. значительную роль играла частота обострений. Как фактор тяжести обострений был включен критерий «1 госпитализация в году» – тождественная или превышающая по значимости признак «2 обострения в году и более». Учитывая, что в реальной клинической практике в России госпитализация больных ХОБЛ может быть связана с социальным освидетельствованием, госпитализацией по социальным показаниям, мы провели дополнительно оценку типов ABCD только на основании частоты обострений без

Таблица 1. Распределение 125 больных ХОБЛ согласно различным классификациям GOLD и их разным трактовкам (%)

| Стадии GOLD | I | II | III | IV |
|---|-----|------|------|------|
| GOLD 2007 г. | 6,4 | 29,6 | 43,2 | 20,8 |
| Типы ABCD GOLD | A | B | C | D |
| GOLD 2011 г. | 0 | 0 | 4 | 96 |
| GOLD 2017 г. | 3,2 | 11,2 | 0,8 | 84,8 |
| Типы ABCD GOLD без учета госпитализаций | A | B | C | D |
| GOLD 2011 г. | 4,0 | 19,2 | 0 | 76,8 |
| GOLD 2017 г. | 4,0 | 42,4 | 0 | 53,6 |

Распределение частоты применения ингаляционных лекарственных средств у больных ХОБЛ (n=125).



учета факторов госпитализации. При этом распределение больных по типам значительно изменилось (см. табл. 1).

Наиболее эффективными в отношении улучшения своего состояния 41,6% назвали БКД, 24,8% – комбинацию ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС) с длительно действующими β_2 -адреномиметиками – ДДБА (чаще всего будесонид/формотерол), 12,8% – только бронхолитики длительного действия (БДД), ДДБА/длительно действующие антихолинергетики (ДДАХ) – 3,2%, по 1 (0,8%) пациенту – системные ГКС и ингибитор фосфодиэстеразы-4 рофлумиласт. Не смогли назвать лучшее для них лекарство 20 (16%) больных. Среди торговых наименований, названных пациентами, лидировали Беродуал (36,8%) и Форадил Комби (16,8%).

На вопрос «Какое средство доставки вы предпочитаете при лечении?» 37,6% больных назвали дозированный аэрозольный ингалятор, 19,2% – дозированный порошковый ингалятор, 7,2% – небулайзер, 5,6% – Респимат, остальные не определились с предпочтениями.

Среди больных 42,4% согласились, что ингаляции 1 раз в день удобнее всего. С тем, что наиболее уверенно и комфортно они себя чувствовали при ингаляциях 2 раза в день, согласились 32,8% больных. Однако чаще всего (53,6%) больные ХОБЛ хотели бы лечиться ситуационно – т.е. применять ингалятор только при ухудшении состояния. Исходя из результатов опроса очевидно, что часть больных согласилась со всеми тремя вариантами частоты применения ингаляторов.

Далее был проведен анализ частоты применявшихся препаратов – по каждой из молекул и по лекарственным комбинациям. На момент опроса и обследований 88,8% больных постоянно получали БКД (58,4% – по льготному лекарственному обеспечению, 30,4% – покупали в аптеке), в 85,6% – это была комбинация ипратропий/фенотерол (Беродуал – 65,6%, Ипратерол – 20%). При суммации амбулаторного и стационарного этапов лечения в течение последнего года частота применения БКД составила 93,6%.

БДД получали 63,2% больных, при этом без одновременного применения ИГКС – только 16%. Формотерол ингалировали 48%, 22,4% – тиотропий, 12,8% – салметерол, 4,0% – гликопирроний, 1,6% – индакатерол и 0,8% – олодатерол. Получали эти препараты по льготным рецептам 2/3 больных и 1/3 – покупали в аптеке.

Одновременное применение 2 БДД имело место у 18,4% пациентов (одновременно с ИГКС или без ИГКС): 11,2% – тиотропий/формотерол, 3,2% – гликопирроний/индакатерол, 2,4% – тиотропий/салметерол, 0,8% – тиотропий/олодатерол и 0,8% – гликопирроний/формотерол. Только 5 (4%) больных получали двойную бронходилатацию и не получали ИГКС.

ИГКС на регулярной основе получали 58,4% больных ХОБЛ только в сочетании с бронхолитиками разных типов (47,4% – будесонид/формотерол, 12,0% – флутиказон/салметерол). Согласно торговым наименованиям чаще всего применяли Форадил Комби (31,2%), Симбикорт (14,4%), Сальмекорт (6,4%). Абсолютное большинство этих больных (52,8%) получали ИГКС/ДДБА по льготным рецептам и только 5,6% – покупали в аптеке. При суммации амбулаторного и стационарного этапов лечения частота применения ИГКС составила 65,6%. Среди 8 больных с эозинофилией периферической крови (5% и более) только 5 (62,5%) получали ИГКС, а без эозинофилии (менее 5%) – 77 (65,8%) больных.

Тройную терапию (два БДД и ИГКС) получали 18 (14,4%) больных, среди них будесонид/формотерол/тиотропий – 11,2%, флутиказон/салметерол/тиотропий – 2,4%, будесонид/формотерол/гликопирроний – 0,8%.

Чаще всего больные ХОБЛ получали ИГКС/ДДБА регулярно и по потребности – короткодействующие β_2 -агонисты. Остальные препараты применялись реже. Два пациента получали преднизолон (инвалиды, были обеспечены препаратом по льготе). Муколитики были назначены только 12% больных, антибиотики коротким курсом – 16,8%.

Частота применения сочетаний препаратов разных типов отражена на рисунке.

Было проведено сопоставление частоты применения разных препаратов и их сочетаний при делении больных по разным критериям GOLD (табл. 2–4).

Обсуждение

Проведенное исследование показало, что изменения в классификации ХОБЛ вносят существенные изменения в оценку эпидемиологии ХОБЛ в части распределения больных по тяжести течения. По спирометрическим критериям GOLD 2007 г. обследованная группа больных ХОБЛ была гетерогенной, при делении согласно GOLD 2011 г. доминировали больные группы D, а при пересчете по критериям 2017 г. появились больные групп A и B. Сходное перераспределение было отмечено при сопоставлении больных из Испании и США по критериям GOLD 2015 и 2017 г. – достоверное смещение больных из групп C и D в группы A и B. Критерии GOLD 2017 г. выравняли шкалу коморбидности Чарлсона во всех группах и минимизировали различия в индексе BODE между группами B и D, делая риск смерти в этих группах сходным. Каждый из ABCD-типов включал в себя больных со всеми степенями снижения ОФВ₁ согласно GOLD 2007 г. [6].

Деление ХОБЛ на типы ABCD от 2017 г. не использует спирометрию при назначении терапии, тогда как согласно инструкции, утвержденной Фармкомитетом России, пока-

Таблица 2. Частота применения разных групп препаратов при разделении больных согласно GOLD 2007 г. (n=125)

| Препараты/группы | GOLD I | GOLD II | GOLD III | GOLD IV |
|------------------|-----------|------------|------------|------------|
| БКД | 5 (62,5%) | 34 (91,9%) | 52 (96,3%) | 26 (100%) |
| ДДБА | 2 (25%) | 20 (54,1%) | 43 (79,6%) | 20 (76,9%) |
| ДДАХ | 2 (25%) | 8 (21,6%) | 16 (29,6%) | 7 (26,9%) |
| ДДБА/ДДАХ | 0 | 4 (10,8%) | 13 (24,1%) | 6 (23,1%) |
| ИГКС | 2 (25%) | 20 (54,1%) | 39 (72,2%) | 21 (80,8%) |
| Тройная терапия | 0 | 3 (8,1%) | 10 (18,5%) | 5 (19,2%) |

Таблица 3. Частота применения разных групп препаратов при разделении больных согласно GOLD 2017 г. (без учета госпитализаций); n=125

| Препараты/группы | Тип А | Тип В | Тип С | Тип D |
|------------------|---------|------------|-------|------------|
| БКД | 4 (80%) | 49 (92,5%) | 0 | 64 (95,5%) |
| ДДБА | 2 (40%) | 30 (56,6%) | 0 | 53 (79,1%) |
| ДДАХ | 1 (20%) | 13 (24,5%) | 0 | 19 (28,4%) |
| ДДБА/ДДАХ | 0 | 8 (15,1) | 0 | 15 (22,4%) |
| ИГКС | 1 (20%) | 31 (58,5%) | 0 | 50 (74,6%) |
| Тройная терапия | 0 | 6 (11,3%) | 0 | 12 (17,9%) |

Таблица 4. Частота применения разных групп препаратов при разделении больных согласно GOLD 2017 (с учетом госпитализаций); n=125

| Препараты/группы | Тип А | Тип В | Тип С | Тип D |
|------------------|----------|------------|----------|-------------|
| БКД | 4 (100%) | 12 (85,7%) | 1 (100%) | 101 (95,3%) |
| ДДБА | 1 (25%) | 4 (28,6%) | 1 (100%) | 79 (74,5%) |
| ДДАХ | 4 (100%) | 5 (35,7%) | 1 (100%) | 27 (25,5%) |
| ДДБА/ДДАХ | 0 | 2 (14,3%) | 0 | 21 (19,8%) |
| ИГКС | 1 (25%) | 3 (21,4%) | 0 | 78 (73,6%) |
| Тройная терапия | 0 | 1 (7,1%) | 0 | 17 (16%) |

занием к назначению ИГКС при ХОБЛ является снижение $ОФВ_1 < 50\%$ от должной. При этом современная схема лечения ХОБЛ не содержит спирометрических критериев тяжести болезни даже при фенотип-ориентированной терапии, когда обострения сохраняются, несмотря на двойную бронходилатацию и применение ИГКС. Ответы на вопросы отражают субъективное восприятие пациентом своей болезни и вполне могут искажаться при наличии сопутствующих заболеваний. Отдельно факт влияния коморбидности никак не оговаривается.

Дискуссия относительно роли спирометрии имеет разные аспекты. Так, в своей работе А. Kaplan, М. Thomas отметили, что новое определение ХОБЛ включает симптомы как часть диагноза, и согласно этому определению мы не можем выявлять ХОБЛ, если нет симптомов. Однако мы можем выявлять ограничение потока у больных без симптомов. В частности, в Канаде применяется Canada Lung Health Test, который включает спирометрию, позволяет рано выявить обструкцию и благоприятно влияет на лечение [7].

Ключевые клинические исследования, на которых основаны принципы лечения ХОБЛ, проведены в соответствии со спирометрической классификацией тяжести заболевания, а одним из основных показателей эффективности лечения (в том числе самых современных проектов, включающих двойную бронходилатацию и тройную терапию) остается динамическая оценка $ОФВ_1$ (максимального прироста и конечных значений) [8]. Безусловно, время, практический опыт и новые контролируемые исследования в соответствии с новыми градациями GOLD дадут новую доказательную базу предложенным подходам.

Рекомендации экспертов GOLD логично сопоставлять с реальной практикой в России и, в частности, с причинами

госпитализации больных ХОБЛ. Попадание больного в стационар далеко не всегда является следствием тяжелого обострения. Наша работа показала заметное влияние фактора госпитализации на перераспределение больных по группам ABCD, что логично учесть при обновлении национальных клинических рекомендаций либо как-то прокомментировать эту позицию.

Исследование выявило существенные отличия в лечении больных ХОБЛ от национальных рекомендаций 2017 г. Монотерапия БДД без других препаратов была только у 6,4% больных (хотя общая частота их применения в комплексной терапии была высокой – 76,8%). Было отмечено применение ИГКС как при GOLD I–II (2007 г.), так и в подгруппах А и В по более поздним критериям, что не соответствует современным рекомендациям. Эта проблема не нова. Так, в исследовании LEONPOC, проведенном в Испании, анализ лечения больных ХОБЛ в соответствии с GOLD 2011 г. показал избыточное применение ИГКС в группах GOLD А и В, и отмечена необходимость приближения реальной практики к опубликованным руководствам [9].

Серьезной проблемой остается терапевтическое сотрудничество пациентов, которое было хорошим только у 27,2% больных. Большинство врачей обучали больных ХОБЛ технике ингаляций при назначении средства доставки, но последующий регулярный контроль оставался недопустимо низким – 9%. Как в GOLD последней редакции, так и в отечественных национальных клинических рекомендациях обучению правильности ингаляций и достижению комплаентности больных уделяется большое внимание [1, 5]. Работа выявила необходимость большей работы с больными.

Заключение

Проведенное исследование отражает динамичность в диагностике и лечении ХОБЛ, смене приоритетов от клинической физиологии к анамнестическим данным. Выявлены основные направления, которые позволят улучшить качество лечения больных ХОБЛ в изученном регионе, – повышение приверженности врачей национальным клиническим рекомендациям и повышение приверженности пациентов к назначениям лечащих врачей.

Литература/References

1. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (GOLD): 2018 report. 2018. www.coldcopd.org
2. Чучалин А.Г., Авдеев С.Н., Айсанов З.Р. и др. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких. Пульмонология. 2014; 24 (3): 15–36. / Chuchalin A.G., Avdeev S.N., Aisanov Z.R. i dr. Federal'nye klinicheskie rekomendatsii po diagnostike i lecheniiu khronicheskoi obstruktivnoi bolezni legkikh. Pul'monologija. 2014; 24 (3): 15–36. [in Russian]
3. Вафин А.Ю., Визель А.А., Шерпутовский В.Г. и др. Заболевания органов дыхания в Республике Татарстан: многолетний эпидемиологический анализ. Вестн. соврем. клин. медицины. 2016; 9 (1): 24–31. / Vafin A.Iu., Vizel' A.A., Sherputovskii V.G. i dr. Zabollevaniia organov dykhaniiia v Respublike Tatarstan: mnogoletnii epidemiologicheskii analiz. Vestn. sovrem. klin. meditsiny. 2016; 9 (1): 24–31. [in Russian]
4. Визель А.А., Салахова И.Н., Вафина А.Р. и др. Клиническая характеристика больных хронической обструктивной болезнью легких, находившихся в пульмонологических отделениях города Казани. Consilium Medicum. 2017; 19 (11.1. Болезни органов дыхания): 21–4. / Vizel A.A., Salakhova I.N., Vafina A.R. et al. Clinical characteristics of patients with chronic obstructive pulmonary disease treated in pulmonology departments in the Kazan city. Consilium Medicum. 2017; 19 (11.1. Respiratory Organs Diseases): 21–4. [in Russian]
5. Обновленный проект клинических рекомендаций. Хроническая обструктивная болезнь легких. <http://spulmo.ru/obrazovatelnye-resursy/federalnye-klinicheskie-rekomendatsii/> дата посещения / Obnovlennii proekt klinicheskikh rekomendatsii. Khronicheskaiia obstruktivnaia bolezni' legkikh. <http://spulmo.ru/obrazovatelnye-resursy/federalnye-klinicheskie-rekomendatsii/> data poseshcheniia [in Russian]
6. Cabrera López C, Casanova Macario C, Marín Trigo JM et al. Comparison of the 2017 and 2015 Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease Reports. Impact on grouping and outcomes. Am J Respir Crit Care Med 2018; 197 (4): 463–9.
7. Kaplan A, Thomas M. Screening for COPD: the gap between logic and evidence. Eur Respir Rev 2017; 26 (143); pii 160113.
8. Jones PW, Beeh KM, Chapman KR et al. Minimal clinically important differences in pharmacological trials. Am J Respir Crit Care Med 2014; 189 (3): 250–5.
9. García García S, Carazo Fernández L, Juan García J, Naveiro Rilo JC. Chronic obstructive pulmonary disease in real life. LEONPOC study. Aten Primaria 2017; 49 (10): 603–10.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Визель Александр Андреевич – д-р мед. наук, проф., зав. каф. фтизиопульмонологии ФГБОУ ВО КГМУ. E-mail: lordara@inbox.ru

Салахова Ирина Николаевна – клин. ординатор каф. фтизиопульмонологии ФГБОУ ВО КГМУ

Визель Ирина Юрьевна – д-р мед. наук, ассистент каф. фтизиопульмонологии ФГБОУ ВО КГМУ

Вафина Аделя Рустэмовна – клин. ординатор каф. фтизиопульмонологии ФГБОУ ВО КГМУ

Шакирова Гульназ Ринатовна – канд. мед. наук, ассистент каф. фтизиопульмонологии ФГБОУ ВО КГМУ, врач-пульмонолог ГАУЗ РКБ

Кудрявцева Эльвира Зуфировна – зав. пульмонологическим отд-нием ГАУЗ ГКБ №16