

Клиническая характеристика больных хронической обструктивной болезнью легких, находившихся в пульмонологических отделениях города Казани

А.А.Визель^{✉1}, И.Н.Салахова¹, А.Р.Вафина¹, И.Ю.Визель¹, В.И.Ильинский², Э.З.Кудрявцева³, В.А.Сергеев⁴

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

⁴ОАО «Городская клиническая больница №12». 420036, Россия, Республика Татарстан, Казань, ул. Лечебная, д. 7.

[✉]lordana@inbox.ru

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) остается заболеванием, распространенность которого в мире не снижается, а смертность растет. За последние 10 лет рекомендации по классификации и лечению ХОБЛ неоднократно менялись. Целью работы была оценка состояния больных ХОБЛ и особенностей их лечения в пульмонологических отделениях Казани.

Материал и методы. Были обследованы 60 больных ХОБЛ в условиях стационара – 59 (98,3%) мужчин и 1 (1,7%) женщина, средний возраст которых составлял 63,8±1,0 года. Всем больным было проведено физикальное обследование, проведен опрос по стандартизированным вопросам CAT и mMRC, записана спирограмма форсированного выдоха.

Результаты. По классификации GOLD 2007 больные распределились следующим образом: GOLD I – у 5%, GOLD II – 20%, GOLD III – 51,7% GOLD IV – 23,3%. Согласно классификации ABCD GOLD 2017 к подгруппе C был отнесен 1 больной и 59 – к подгруппе D. Полностью комплаентными были 28,3% больных, 65% 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. 25% больных получали длительно действующий β₂-адреномиметик в сочетании с препаратами короткого действия, 23,3% больных сочетали комбинацию ингаляционного стероида с бронхолитиком длительного действия и бронхолитиком короткого действия по потребности, 20% ингалировали два бронхолитика длительного действия.

Заключение. Исследование выявило расхождение между реальной практикой и клиническими рекомендациями. Авторы связали это с обучением врачей раз в 5 лет, тогда как рекомендации обновлялись ежегодно. Высказано мнение о том, что комплаентность пациентов и их приверженность бронхолитикам длительного действия увеличится с широким применением препаратов, обладающих быстрым началом действия.

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

Для цитирования: Vizel A.A., Salakhova I.N., Vafina A.R. et al. Клиническая характеристика больных хронической обструктивной болезнью легких, находившихся в пульмонологических отделениях города Казани. Consilium Medicum. 2017; 19 (11.1. Болезни органов дыхания): 21–24. DOI: 10.26442/2075-1753_19.11.1.21-24

ORIGINAL ARTICLE

Clinical characteristics of patients with chronic obstructive pulmonary disease treated in pulmonology departments in the Kazan city

A.A.Vizel^{✉1}, I.N.Salakhova¹, A.R.Vafina¹, I.Yu.Vizel¹, V.I.Ilinskiy², E.Z.Kudryavtseva³, V.A.Sergeev⁴

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 Republic of Tatarstan. 420064, Russian Federation, Kazan, Orenburgskii trakt, d. 138;

³City clinical hospital №16. 420039, Russian Federation, Kazan, ul. Gagarina, d. 121;

⁴City clinical hospital №12. 420036, Russian Federation, Kazan, ul. Lechebnaia, d. 7.

[✉]lordana@inbox.ru

Abstract

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) remains a disease which prevalence in the world is not decreasing, and mortality is increasing. Over the past 10 years, the recommendations for the classification and treatment of COPD have changed many times. The aim of the work was assessing the condition of patients with COPD and the features of their treatment in pulmonology departments of Kazan.

Material and Methods. Sixty patients with COPD were examined in a hospital – 59 (98.3%) men and 1 (1.7%) woman, whose average age was 63.8±1.0 years. All patients underwent a physical examination, a survey was conducted on standardized CAT and mMRC questionnaires, and a spirogram of forced expiration was recorded.

Result. According to the GOLD 2007 classification, the patients were distributed in the following way: GOLD I – in 5%, GOLDII – 20%, GOLDIII – 51.7% GOLDIV – 23.3%. According to ABCD classification, GOLD 2017 to subgroup C was assigned 1 patient and 59 – to subgroup D. Completely compliant were 28.3% of patients, 65% of patients were well trained by the paramedic for correctly use of their inhalers. Patients preferred short-acting bronchodilators and metered-dose aerosol inhalers among all drugs, they would like to use them only as required. 25% of patients received long-acting beta-adrenoceptor agonist in combination with short-acting drugs, 23.3% of patients mixed a combination of an inhaled steroid with a long-acting bronchodilator and a short-acting bronchodilator as needed, 20% inhaled two long-acting bronchodilators.

Conclusion. The study revealed a discrepancy between actual practice and clinical recommendations. The authors linked it with the training of doctors once in 5 years, whereas the recommendations were updated annually. It was suggested that the compliance of patients and their commitment to long-acting bronchodilators would increase with the widespread use of drugs with a rapid start of action.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, treatment, clinical guidelines, bronchodilators.

For citation: 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): 21–24. DOI: 10.26442/2075-1753_19.11.1.21-24

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) остается заболеванием, распространенность которого в мире не снижается, а смертность растет [1]. В последнее десятилетие подходы к классификации и лечению этого заболевания быстро менялись. До 2011 г. степень тяжести

ХОБЛ (I–IV) определяли только на основании параметров спирометрии – отношения объема форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ₁) к форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) и степени снижения ОФВ₁ от должных величин [2]. В 2011 г. была предложена классифика-

ция ABCD, основанная на спирометрии, частоте обострений и выраженности жалоб больных [3]. В 2017 г. классификация вновь была модифицирована, спирометрия стала обязательной на этапе постановки диагноза (ОФВ₁/ФЖЕЛ менее 0,7 после бронхолитика), а группы ABCD стали определять только по частоте обострений и выраженности жалоб больных, выявленных с помощью вопросников. Последний пересмотр GOLD существенно упростил назначение лекарственных средств, расширил показания к назначению бронхолитиков длительного действия и более четко определил показания к назначению ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС), что было одобрено и отечественными пульмонологами [4–6]. Такая динамичность в понимании и терапии ХОБЛ требует постоянного анализа диагностического и лечебного процесса для последующей своевременной коррекции ситуации. Это и стало причиной проведения данного исследования.

Целью работы была оценка состояния больных ХОБЛ и особенностей их лечения в пульмонологических отделениях Казани.

Материалы и методы

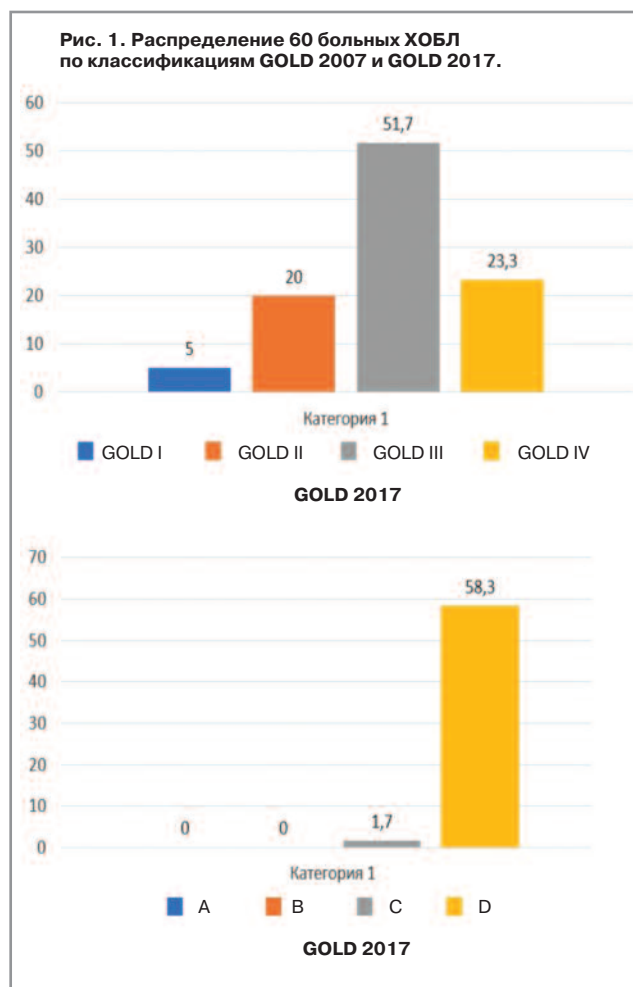
Были обследованы 60 больных ХОБЛ в условиях стационара – 59 (98,3%) мужчин и 1 (1,7%) женщина, средний возраст которых составлял 63,8±1,0 года. Всем больным было проведено физикальное обследование, проведен опрос по стандартизированным вопросникам CAT и mMRC [7], записана спирограмма форсированного выдоха на приборе «Спиробанк» (MIR, Италия). Индекс курения составил 45,63±3,85 пачка/лет, причем в 97% случаев он был выше 10 пачка/лет. Для данной работы была разработана и заполнена база данных в среде программы SPSS-18, с помощью которой была проведена статистическая обработка материала.

Результаты исследования

Спирометрия, проведенная в день опроса пациентов, позволила оценить степень тяжести вентиляционной недостаточности и разделить больных согласно классификации GOLD 2007. Среднее значение ФЖЕЛ составляло 69,85±2,28% от должной, а ОФВ₁ – 42,65±2,27% от должного. У 95% ОФВ₁ был ниже 80% от должного. По классификации GOLD 2007 больные распределились следующим образом: GOLD I (ОФВ₁≥80%) у 5%, GOLD II (ОФВ₁ 50–79%) у 20%, GOLD III (ОФВ₁ 30–49%) у 51,7% GOLD IV (ОФВ₁<30%) у 23,3%. Для деления больных по классификации ABCD GOLD 2017 был проведен подсчет обострений за последний год. Среднее число обострений было 3,03±0,35, 1 обострение было у 33,3% больных, 2 и более обострений – у 67,7%. Среднее число госпитализаций до момента опроса было 1,82±0,17 в течение последнего года. Поскольку на момент опроса пациенты находились в стационаре, то подгруппы А и В были исключены (критерием для групп С и D является минимум 1 госпитализация в течение года).

Чтобы разделить пациентов на подгруппы С или D, были проанализированы ответы на вопросники CAT и mMRC, рекомендованные к применению в России федеральными клиническими рекомендациями [8]. Среднее значение суммы баллов по шкале CAT было 23,13±0,75 (интервал от 8 до 33). Только у 1 больного количество баллов по шкале CAT было менее 10 (1,7%), тогда как у 59 пациентов – 10 и более (98,3%). Средний балл шкалы mMRC был 2,96 (от 1 до 4). Балл вопросника mMRC был равен 1 только у 2 (3,3%) больных, тогда как у остальных – 2 балла и более (96,7%). При сопоставлении двух вопросников к подгруппе С был отнесен 1 больной и 59 – к подгруппе D. Несоответствие старой и новой классификаций ХОБЛ наглядно отражает рис. 1.

Среднее значение сатурации было 95,9±0,2%, и было менее 95% у 9 (26,7%) больных. Средние значения частоты



сердечных сокращений составили 80,9±1,93 уд/мин (от 64 до 166). Тахикардия свыше 90 уд/мин была у 10% (6 человек).

Чаще всего ХОБЛ сопровождала патология сердечно-сосудистой системы (71,7%), у 30% больных была гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, по 8,3% пришлось на сахарный диабет и аденому простаты.

Кашель был у 93,3% больных, у 81,7% отходила мокрота, у 30% мокрота была гнойной. 71,7% (43 человека) больных ХОБЛ отмечали нарушения сна, 38,3% пациентов нуждались в применении бронхолитика короткого действия (БКД) в ночное время. 48,3% больных худшим временем дня назвали утренние часы после пробуждения. 91,7% больных отметили, что утренние кашель и одышка снижали качество жизни в течение всего дня.

Опрос пациентов относительно их терапии показал, что согласно тесту Мориски–Грина полностью комплаентными были только 28,3% больных. Только 65% больных были

Рис. 3. Частота применения препаратов каждой из групп лекарственных средств (%).

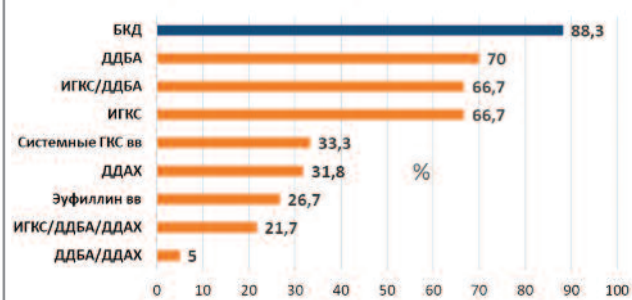
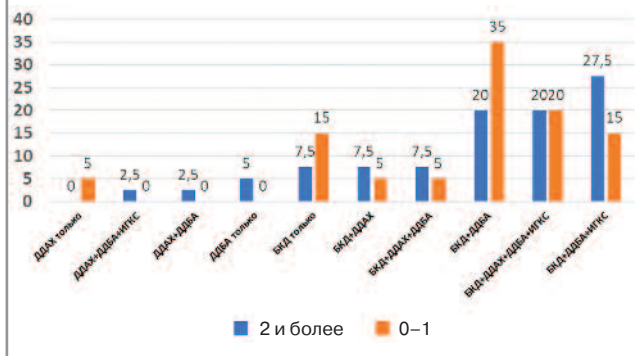


Рис. 4. Схемы лечения больных ХОБЛ с частыми и редкими обострениями в течение последнего года наблюдения.



хорошо обучены медработником правильному использованию своего ингалятора, и только у 28% больных врач проверил правильность ингаляций на повторных визитах.

Наиболее эффективными в отношении улучшения своего состояния 46% назвали БКД, 32% – комбинацию ингаляционных стероидов (ИГКС) с β_2 -адреномиметиками длительного действия (длительно действующие β_2 -агонисты – ДДБА, чаще всего будесонид/формотерол), 18% – только бронхолитики длительного действия, другие препараты встретились в единичных ответах. Среди наиболее удобных и эффективных средств доставки 33% больных назвали дозирующие аэрозольные баллончики (ДАИ), в 30% – дозирующие порошковые ингаляторы, 25% не отметили различий и 12% отдали предпочтение небулайзерам. При выборе частоты и кратности применения лекарств при ХОБЛ 63% предпочли бы проводить ингаляции только при необходимости, в то же время 36% согласились, что удобно вдыхать препарат 2 раза в сутки и 25% – 1 раз в сутки.

Лечение, которое получали больные ХОБЛ, отражено на рис. 2 и 3. Рис. 2 отражает все применявшиеся комбинации препаратов. Каждый 4-й больной получал ДДБА в сочетании БКД, 23,3% больных сочетали комбинацию ИГКС/ДДБА с БКД, 20% ингалировали 2 бронхолитика длительного действия, ИГКС и пользовались БКД. Только бронхолитики длительного действия без БКД или иных препаратов получали 6,7%.

Рис. 3 отражает частоту применения каждой группы препаратов в любом варианте – по отдельности или в сочетании. При таком анализе лидировали БКД (88,3%), ДДБА (70%), ИГКС/ДДБА (66,7%) и ИГКС (66,7%). Антихолинергические препараты (длительно действующие антихолинергетики – ДДАХ) составили только 31,8%.

Общая характеристика схем лечения и отдельных препаратов не позволяет оценить адекватность их применения при ХОБЛ, поскольку существующие алгоритмы терапии четко определяют конкретную роль каждого из них. Так, применение ИГКС всегда было рекомендовано больным с частыми обострениями и при $ОФВ_1 < 50\%$ от должного.

Рис. 5. Частота назначений у больных ХОБЛ с $ОФВ_1$ более и менее 50% от должного.

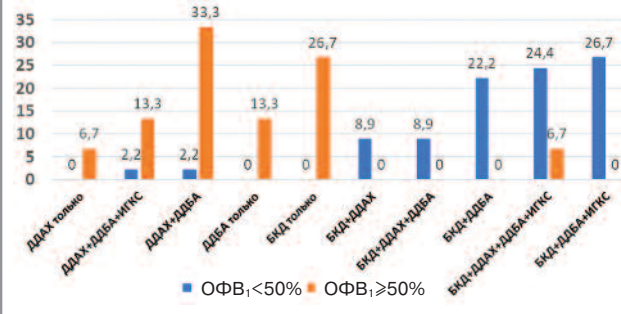


Рис. 4 отражает тот факт, что больным с частыми обострениями ИГКС/ДДБА были назначены чаще, тогда как бронхолитики без ИГКС чаще были назначены пациентам с редкими обострениями. Однако при сравнении всех назначений ИГКС и двойной бронходилатации длительного действия достоверной разницы установлено не было.

Тем не менее при сравнении назначений больным ХОБЛ с $ОФВ_1$ большим и меньшим 50% от должных, разница была отчетливой (рис. 5) по многим схемам, содержащим ИГКС. Двойная бронходилатация без ИГКС чаще была назначена больным с более высокими значениями $ОФВ_1$.

Обсуждение

Анализ схем лечения ХОБЛ и отдельных лекарственных препаратов свидетельствовал о том, что далеко не все пациенты получали рациональную терапию, согласующуюся с клиническими рекомендациями Российского респираторного общества 2017 г. [8]. Очевидно избыточным было назначение ИГКС, которые применялись при $ОФВ_1 > 50\%$ как в сочетании с ДДБА, так и в тройной комбинации с M_2 -холиноблокатором, а также у больных с редкими обострениями.

В одной из референтных работ по применению ингаляционных средств в респираторной медицине [9] сформулированы ключевые положения, обеспечивающие оптимальные условия аэрозольной терапии. Врач должен знать типы устройств, которые доступны для доставки конкретных препаратов и классов препаратов, и выбрать устройство, которые пациент может и будет эффективно использовать; научить пациентов правильному маневру вдоха, соответствующему назначенному устройству, и регулярно проверять технику ингаляций, применяемую пациентом, опрашивать пациента о соблюдении режима назначенной терапии. Однако в обследованной группе больных ХОБЛ только 65% больных были хорошо обучены медработником правильному использованию своего ингалятора, и только у 28% больных врач проверил правильность ингаляций на повторных визитах. Полное терапевтическое сотрудничество имело место только у 28,3% больных. Несмотря на то, что хронические заболевания являются ведущей причиной смертности во всем мире, сделанные на длительный срок назначения исполняются пациентами менее чем в 50% случаев, чем ухудшают течение и прогноз болезни [10].

Проведенная нами работа выявила противоречия между предпочтениями больных и современной тактикой лечения. Современные рекомендации в качестве основной постоянной терапии рекомендуют бронхолитики длительного действия, а место БКД – «ситуационная терапия». В нашей группе больных, госпитализированных в связи с ХОБЛ, 88,3% получали БКД, и наиболее часто (46%) больные считали их самыми эффективными. Только 18% больных считали, что им в наибольшей степени помогают бронхолитики длительного действия, и почти в 2 раза чаще (32%) пациенты отдавали предпочтение ИГКС/ДДБА.

Предпочтения больных основывались на их субъективном ощущении облегчения дыхания. Клинические рекомендации рекомендуют БКД только «для облегчения симптомов». Однако препараты длительного действия улучшают качество жизни этих больных также благодаря облегчению симптомов, что было доказано применением вопросника Святого Георгия и динамического индекса одышки [11]. Среди больных, получавших бронхолитики длительного действия, назначенные вне фиксированных комбинаций с ИГКС, в 65,2% случаев применялся тиотропий, эффект которого длителен и надежен, однако развивается не быстро и не дает больному облегчения сразу после ингаляции. В отличие от этого, среди комбинаций ИГКС/ДДБА в 82,5% случаев в комбинацию входил формотерол, скорость наступления эффекта которого сопоставима с салбутамолом. Вполне логично ожидать, что в ближайшее время отношение больных к бронхолитикам длительного действия двух существующих классов может измениться, поскольку все остальные препараты с 12–24-часовым действием дают больным ощущение облегчения в течение первых 5 мин, а в фиксированную комбинацию с тиотропием включен олодатерол, эффект которого также наступает быстро.

Предпочтение больных в пользовании ДАИ также связано с тем, что они применялись для доставки препаратов, дающих быстрое облегчение. Ни один из препаратов, обладающих эффектом двойной длительной бронходилатации, не выпускается в виде ДАИ (2 порошковых ингалятора – Бризхалер и Эллипта и одно оригинальное устройство доставки жидкого препарата – Респимат).

В предпочтении кратности применения бронхолитиков самые современные препараты с 24-часовой бронходилатацией пациенты поставили на последнее место (25%), тогда как желание применять бронхолитики только по необходимости выразили 63% больных. Вероятно, такие предпочтения были связаны не с длительностью эффекта, а с тем, что среди 24-часовых бронхолитиков наиболее часто применялся тиотропий, который не приводит к ощущению быстрого облегчения сразу после ингаляции, в отличие от всех применявшихся БКД, эффект которых начинался через несколько минут (монотерапии ипратропием не было).

Заключение

Проведенное исследование выявило несоответствие между существующими клиническими рекомендациями и реальной практикой. Это связано прежде всего с запаздыванием доведения информации до врачей. До настоящего времени сертификационные циклы врач проходил 1 раз в 5 лет, но при этом обновление международных инициатив и отечественных клинических рекомендаций происходило ежегодно. Возникшая недавно система непрерывного медицинского образования (НМО) должна положительно повлиять на эту ситуацию, поскольку обновление знаний

и навыков врачей будет происходить ежегодно. Не менее оптимистичен и прогноз в отношении применения бронхолитиков длительного действия. Переход на препараты длительного действия с быстрым началом действия улучшит терапевтическое сотрудничество и повлияет на предпочтения и комплаентность пациентов.

Литература/References

1. Kaplan A, Thomas M. Screening for COPD: the gap between logic and evidence. *Eur Respir Rev* 2017; 26 (143). pii: 160113. DOI: 10.1183/16000617.0113-2016.
2. Хроническая обструктивная болезнь легких. Федеральная программа. 2-е изд., переработанное, дополненное. Под ред. А.Г.Чучалина. М., 2003. / *Khronicheskaiia obstruktivnaia bolezni' legkikh. Federal'naia programma. 2-e izd., pererabotannoe, dopolnennoe. Pod red. A.G.Chuchalina. M., 2003. [in Russian]*
3. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2011 г.). Пер. с англ. под ред. А.С.Белевского. М.: Российское респираторное общество, 2012. / *Global'naia strategiiia diagnostiki, lecheniia i profilaktiki khronicheskoi obstruktivnoi bolezni legkikh (peresmotr 2011 g.). Per. s angl. pod red. A.S.Belevskogo. M.: Rossiiskoe respiratornoe obshchestvo, 2012. [in Russian]*
4. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (GOLD): 2017 report; 2017: 123 p. www.coldcopd.org
5. Овчаренко С.И., Визель А.А., Гамова И.В. и др. Место фиксированной комбинации будесонид/формотерол в лечении хронической обструктивной болезни легких стабильного течения. Заключение Совета экспертов Приволжского федерального округа Российской Федерации. *Пульмонология. 2017; 27 (1): 114–21.* / *Ovcharenko S.I., Vizel' A.A., Gamova I.V. i dr. Mesto fiksirovannoi kombinatsii budesonid/formoterol v lechenii khronicheskoi obstruktivnoi bolezni legkikh stabil'nogo techeniia. Zakliuchenie Soveta ekspertov Privolzhskogo federal'nogo okruga Rossiiskoi Federatsii. Pul'monologiiia. 2017; 27 (1): 114–21. [in Russian]*
6. Авдеев С.Н., Айсанов З.Р., Белевский А.С. и др. Новые возможности в профилактике обострений хронической обструктивной болезни легких. Заключение группы специалистов Российского респираторного общества. *Пульмонология. 2017; 27 (1): 108–13.* / *Avdeev S.N., Aisanov Z.R., Belevskii A.S. i dr. Novye vozmozhnosti v profilaktike obostrenii khronicheskoi obstruktivnoi bolezni legkikh. Zakliuchenie gruppy spetsialistov Rossiiskogo respiratornogo obshchestva. Pul'monologiiia. 2017; 27 (1): 108–13. [in Russian]*
7. Авдеев С.Н. Опросник ACQ – новый инструмент оценки контроля над бронхиальной астмой. *Пульмонология, 2011; 21 (2): 93–9.* / *Avdeev S.N. Oprosnik ACQ – novyi instrument otsenki kontroliia nad bronkhial'noi astmoy. Pul'monologiiia, 2011; 21 (2): 93–9. [in Russian]*
8. 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'monologiiia. 2014; 24 (3): 15–36. [in Russian]*
9. Laube BL, Janssens HM, de Jongh FHC et al. What the pulmonary specialist should know about the new inhalation therapies: ERS/ISAM task force report. *Eur Respir J* 2011; 37 (6): 1308–31.
10. Di Martino M. Adherence to long-term therapies and its relevance to epidemiology. *Recenti Prog Med* 2017; 108 (4): 165–67.
11. Kew KM, Dias S, Cates CJ. Long-acting inhaled therapy (beta-agonists, anticholinergics and steroids) for COPD: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 3: CD010844.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

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

Салахова Ирина Николаевна – клинический ординатор каф. физиопульмонологии ФГБОУ ВО КГМУ

Вафина Аделя Рустамовна – клинический ординатор каф. физиопульмонологии ФГБОУ ВО КГМУ

Визель Ирина Юрьевна – канд. мед. наук, ассистент каф. физиопульмонологии ФГБОУ ВО КГМУ

Ильинский Виктор Игоревич – зав. пульмонологическим отд-нием ГАУЗ РКБ

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

Сергеев Вячеслав Александрович – канд. мед. наук, зав. пульмонологическим отд-нием ОАО «ГКБ №12»