

И.Г. Березняков, Н.И. Иманова, В.П. Березняков, М.Н. Лебединская,
Ю.В. Левадная, К.В. Шепитько

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьков

СРАВНЕНИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ ВРАЧЕЙ-ТЕРАПЕВТОВ И СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ О ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО БРОНХИТА

e-mail: shepitko1973@ukr.net

Врачебные ошибки в диагностике и лечении острого бронхита (ОБ) ведут к неоправданным затратам на лекарства и могут негативно влиять на распространение резистентности бактерий к антибиотикам. Цель исследования состояла в том, чтобы путем опроса терапевтов и семейных врачей Украины и Казахстана выявить и разъяснить распространенные заблуждения, касающиеся диагностики и лечения больных ОБ. Были сформулированы 8 вопросов, на каждый из них предлагалось 5 вариантов ответов. Опросы проводили с декабря 2017 г. по ноябрь 2018 г. на врачебных конференциях и циклах усовершенствования врачей. Из распространенных заблуждений можно выделить 1) широкое использование аминопенициллинов, которые не активны в отношении ключевых возбудителей ОБ, 2) увлечение муколитиками и/или мукокинетики, а также экспекторантами, доказательства эффективности которых при ОБ весьма скромные, 3) предпочтение растительных лекарственных средств с ограниченными доказательствами эффективности.

Ключевые слова: острый бронхит, опрос, врачи-терапевты, семейные врачи, Украина, Казахстан.

Работа является фрагментом НИР «Мукоактивные и растительные лекарственные средства для лечения кашля при острых инфекционно-воспалительных заболеваниях нижних дыхательных путей» № государственной регистрации 0117U000595.

Острый бронхит (ОБ) относится к распространенным заболеваниям с благоприятным прогнозом. Основным симптом ОБ – кашель – побуждает больных обращаться за медицинской помощью или приобретать в аптеках безрецептурные лекарственные средства. К сожалению, доказательная база в пользу многих популярных в лечении ОБ классов медикаментов скудная или отсутствует. Например, в базе данных Кокрановского сотрудничества нет ни одного систематического обзора, посвященного использованию при ОБ противокашлевых средств, экспекторантов, муколитиков, антигистаминных средств и ингаляционных кортикостероидов. За исключением некоторых оговорок, использование антибиотиков при ОБ также не рекомендуется [1, 2]. Очевидно, что врачебные ошибки в диагностике и лечении этого заболевания ведут к неоправданным затратам на лекарства и могут негативно влиять на распространение резистентности бактерий к антибиотикам. Однако в медицинской литературе последнего десятилетия не найдено работ, в которых бы сопоставлялось соответствие представлений врачей о диагностике и лечении ОБ достижениям современной науки.

Целью исследования было выявить и разъяснить распространенные заблуждения, касающиеся диагностики и лечения больных ОБ путем опроса терапевтов и семейных врачей Украины и Казахстана.

Материал и методы исследования. Были сформулированы 8 вопросов, на каждый из них предлагалось 5 вариантов ответов. Врачи самостоятельно выбирали правильные, с их точки зрения, ответы на каждый из вопросов. Участие в исследовании было добровольным. В обеих странах опросы проводили на русском языке в промежутке времени с декабря 2017 г. по ноябрь 2018 г. на врачебных конференциях и циклах усовершенствования врачей в Казахстане (Алматы, Костанай, Нур-Султан, Караганда) и Украине (Харьков, Черкассы, Ровно, Херсон, Полтава, Сумы, Кривой Рог, Запорожье, Чернигов). Всего в Украине опрошено 337, в Казахстане – 120 терапевтов и семейных врачей.

Результаты исследования и их обсуждение. Контингент респондентов в обеих странах существенно различался (табл. 1). По сравнению с Казахстаном, опрошенные в Украине были старше и с большим стажем работы. Кроме того, большинство респондентов в Украине представляли терапевты, в то время как в Казахстане – семейные врачи. И хотя все опрошенные были дипломированными врачами-специалистами, указанные различия должны учитываться при интерпретации результатов исследования.

В первом вопросе из 5 клинических признаков (лихорадка, одышка, кашель, отхождение мокроты, боли в грудной клетке на высоте вдоха) предлагалось выбрать один или несколько, который (которые) обязательно имеют место у больных ОБ. Хотя общепринятого определения ОБ не существует, чаще всего используют формулировку, данную рабочей группой Европейского респираторного общества: «ОБ – это острое заболевание, развивающееся у пациента в отсутствие

хронического заболевания легких и характеризующееся кашлем (продуктивным или непродуктивным), а также другими жалобами или симптомами, указывающими на инфекцию нижних отделов дыхательных путей (отхождение мокроты, одышка, хрипы в легких, дискомфорт или боли в грудной клетке) и не имеющее иного объяснения, как например синусит или астма» [10]. Подавляющее большинство опрошенных в Украине (96,7%) и Казахстане (89,2%) правильно указали кашель в качестве обязательного клинического признака при диагностике ОБ (рис. 1). Другие жалобы, перечисленные в вопросе, обязательными не являются, т.е. могут быть, но могут отсутствовать. Например, кашель может быть непродуктивным, а лихорадка, в особенности у людей старшей возрастной группы, нередко отсутствует. От 10% до чуть более трети респондентов неверно отметили тот или иной признак в качестве обязательного. При этом врачи Украины статистически значимо чаще, чем врачи Казахстана, указывали лихорадку, и реже – одышку и боли в грудной клетке на высоте вдоха (во всех случаях $p < 0,05$).

Таблица 1

Характеристика опрошенных по полу, возрасту, специальности и стажу работы по специальности

	Украина, n=337	Казахстан, n=120	p
Мужчины, n (%)	54 (16,0)	11 (9,2)	
Женщины, n (%)	283 (84,0)	109 (90,8)	
Возраст (лет), Me (25%-75% IQR)	50 (36 – 59)	35,5 (27 – 49)	< 0,05
Терапевты, n (%)	214 (63,5)	51 (42,5)	< 0,05
Семейные врачи, n (%)	123 (36,5)	69 (57,5)	< 0,05
Стаж работы по специальности (лет), Me (25%-75% IQR)	18 (8 – 30,75)	8 (3 – 20)	< 0,05

В следующем вопросе из перечисленных сопутствующих заболеваний предлагалось выбрать те, которые исключают диагноз ОБ. В соответствии с определением Европейского респираторного общества [10], такие сопутствующие болезни, как хроническое обструктивное заболевание легких (68,6% положительных ответов в Украине и 49,2% – в Казахстане, $p < 0,05$), бронхиальная астма (соответственно 35,0% и 37,1%) и хронический синусит (соответственно 13,1% и 15,0%) исключают диагноз ОБ. При возникновении кашля у больных хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ), астмой или синуситом принято говорить либо о присоединении интеркуррентной вирусной инфекции, либо об обострении основного заболевания. А вот сахарный диабет (19,9% положительных ответов в Украине и 30,0% – в Казахстане, $p < 0,05$) и хроническая сердечная недостаточность (соответственно 16,0% и 18,3%) не препятствуют постановке диагноза ОБ.

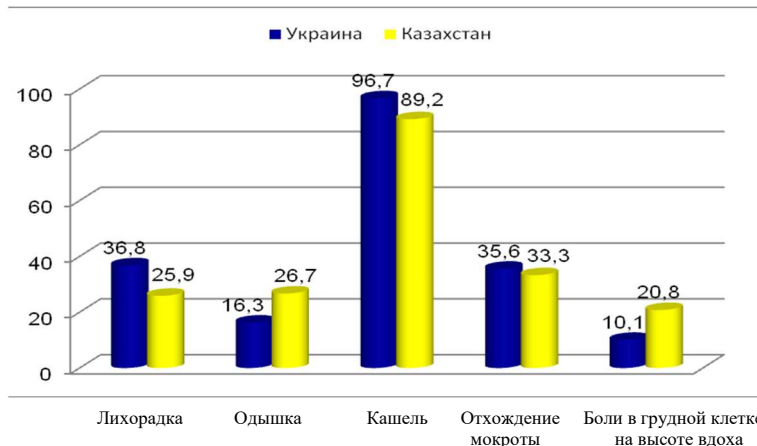


Рис. 1. Положительные ответы (%) респондентов в Украине и Казахстане на вопрос об обязательных клинических признаках при диагностике острого бронхита.

Третий вопрос касался значимости дополнительных методов исследования для верификации ОБ. На выбор были предложены следующие варианты ответов: 1) клинический анализ крови; 2) клинический и 3) микробиологический анализы мокроты; 4) рентгенография органов грудной клетки (ОГК); 5) «ни один из перечисленных методов исследования». Именно последний вариант был правильным, поскольку диагноз ОБ является клиническим. Он не подтверждается и не исключается с помощью лабораторных и инструментальных методов исследования. Правильный ответ дали 30,0% врачей в Украине и 11,7% – в Казахстане ($p < 0,05$). От 18% до 63% респондентов в обеих странах в качестве необходимых дополнительных методов неверно указали один или несколько из перечисленных выше. Статистически значимые различия зарегистрированы только в отношении клинического анализа крови, который отметили 40,1% опрошенных в Украине и 50,8% – в Казахстане ($p < 0,05$). Можно добавить, что рентгенологическое исследование ОГК назначают только для исключения пневмонии при наличии следующих признаков: учащение пульса свыше 100 уд./мин., лихорадка $> 38^{\circ}\text{C}$, одышка более 24 дыханий/мин., при аускультации – крепитация или звонкие влажные мелкопузырчатые хрипы над ограниченным участком легочного поля [10].

Следующий вопрос касался назначения антибиотиков больным ОБ. Каждый седьмой терапевт и семейный врач в Украине (15,1%) и каждый пятый – в Казахстане (20,0%) применяют антибиотики «всегда», в то время как «никогда» – соответственно 4,2% и 5%. Ни один из этих ответов нельзя считать правильным. С одной стороны, авторы Кокрановского обзора пришли к выводу о нецелесообразности применения антибиотиков у больных ОБ, однако отметили, что пациенты старшей возрастной группы с множественными сопутствующими хроническими заболеваниями почти не включались в доступные в настоящее время исследования и, следовательно, автоматически распространять и на них данный вывод не следует [8]. С другой стороны, в США более двух третей больных ОБ (71%) получают антибиотики, причем за первое десятилетие этого века частота использования антибиотиков по данному показанию возросла в 1,75 раза [3].

В соответствии с современными представлениями, антибиотики могут назначаться тяжелым больным с ОБ (69,4% положительных ответов в Украине и 60,8% – в Казахстане), пациентам с тяжелыми сопутствующими заболеваниями (54,3% и 29,2%, соответственно, $p < 0,05$) и лицам старческого возраста с факторами риска неблагоприятных исходов (соответственно 57,9% и 42,5%, $p < 0,05$). Такой точки зрения, например, придерживаются эксперты Национального института здоровья (Великобритания) [7].

В случае если врач принял решение о назначении антибиотика, важно знать, какому классу препаратов он отдаст предпочтение. В ответах на этот вопрос по сравнению с предыдущим в несколько раз увеличилась доля респондентов, которые «не назначают антибиотики» (рис. 2). Среди классов антибиотиков для лечения больных ОБ респонденты чаще всего отмечали макролиды (58,2% положительных ответов в Украине и 50,0% – в Казахстане), за которыми следовали аминопенициллины и ингибиторозащищенные аминопенициллины (в двух последних случаях $p < 0,05$). Аминопенициллины (с ингибиторами β -лактамаз или без них) не активны в отношении основных бактериальных возбудителей ОБ – микоплазм и хламидофил. Не оправдано и использование антибиотиков широкого спектра действия – респираторных фторхинолонов – для лечения нетяжелых, склонных к самоизлечению заболеваний. Поэтому самым разумным выбором будут макролиды.

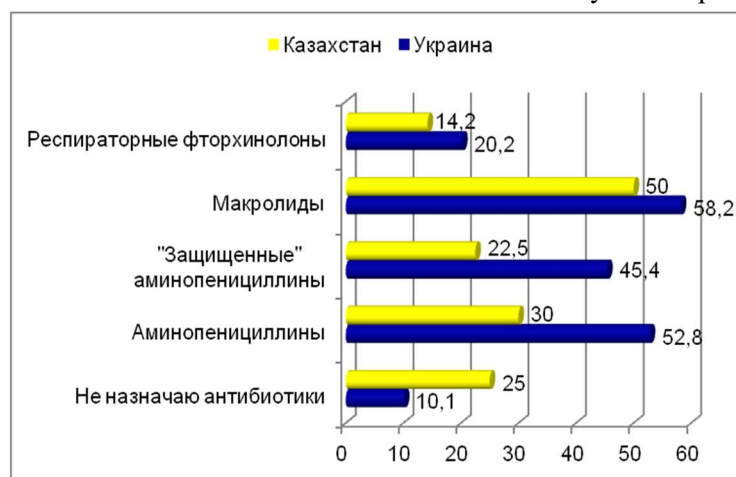


Рис. 2. Положительные ответы (%) терапевтов и семейных врачей на вопрос о том, какой (какие) классы антибиотиков они используют для лечения больных ОБ.

– соответственно 15,4% и 11,7%. Не назначают мукоактивные средства 2,1% респондентов в Украине и 8,3% – в Казахстане.

Эксперты Европейского респираторного общества категорически возражают против использования врачами первичного звена при острых инфекциях нижних дыхательных путей противокашлевых препаратов, отхаркивающих средств, муколитиков, антигистаминных препаратов, ингаляционных кортикостероидов и бронходилататоров, причем этой рекомендации присвоен самый высокий уровень доказанности – А I [3]. Напротив, специалисты Американской академии семейных врачей допускают применение отдельных противокашлевых препаратов (декстрометорфан) и отхаркивающих средств (гвайфенезин) для лечения симптомов ОБ [5]. Авторы Кокрановского сотрудничества не нашли четких доказательств в пользу или против использования безрецептурных препаратов для лечения острого кашля [9].

В следующем вопросе врачам предлагалось выбрать, какие растительные лекарственные средства они назначают больным ОБ. Самыми популярными препаратами в обеих странах оказались экстракт из листьев плюща и экстракт тимьяна (чабреца), причем врачи Украины

выбирали оба продукта статистически значимо чаще (в обоих случаях $p < 0,05$, рис. 3). В то же время, наиболее убедительная доказательная база в настоящее время имеется в отношении экстракта из корня южноафриканской герани (10,7% положительных ответов в Украине и 30,0% – в Казахстане, $p < 0,05$) [5, 6]. В свою очередь, в обеих странах примерно каждый десятый опрошенный не использует растительные лекарственные средства в терапии больных ОБ.



Рис. 3. Положительные ответы (%) врачей-терапевтов на вопрос о том, какие растительные лекарственные средства они используют для лечения больных ОБ.

58,8% и 44,2%, $p < 0,05$), ингаляционные бронходилататоры (27,6% и 40,8%, $p < 0,05$) и ингаляционные кортикостероиды (6,5% и 5,0%). Безусловно, в определенных клинических ситуациях возникает нужда в антибиотиках (например, у больных из групп риска неблагоприятного исхода) и ингаляционных бронходилататорах (при наличии бронхоспазма). Целесообразность использования мукоактивных препаратов и ингаляционных кортикостероидов для лечения ОБ сомнительна, а доказательная база в их пользу либо крайне ограничена, либо отсутствует. Адекватным методом лечения больных ОБ является применение растительных лекарственных средств, в первую очередь – экстракта из корня южноафриканской герани (EPs 7630).

В определенной степени проведенное исследование является пилотным. Подавляющее большинство терапевтов и семейных врачей Украины и Казахстана правильно отметили кашель как ключевой симптом ОБ [5]. Однако имела место переоценка значимости лабораторных и инструментальных методов исследования в верификации диагноза ОБ и недостаточное знание сопутствующих заболеваний, которые исключают диагноз ОБ (прежде всего, бронхиальной астмы и синусита). Более того, врачи были склонны к назначению антибактериальных препаратов своим пациентам при ОБ [3], что не всегда оправдано, и выбор антибиотика при этом не всегда был рациональным [8]. Предпочтение в лечении ОБ отдавалось мукоактивным препаратам растительного происхождения [9] со слабой доказательной базой, тогда как эффективность лечебного действия экстракта из корня южноафриканской герани респонденты недооценили [4].

Заключение

Из распространенных заблуждений терапевтов и семейных врачей Украины и Казахстана можно выделить 1) широкое использование аминопенициллинов (включая ингибиторозащищенные), которые не активны в отношении ключевых возбудителей ОБ, 2) увлечение муколитиками и/или мукокинетиками, а также экспекторантами, доказательства эффективности которых при ОБ весьма скромные, 3) предпочтение растительных лекарственных средств с ограниченными доказательствами эффективности.

Список литературы

1. Bereznyakov IG. Kasha: ot diagnoza k lecheniyu. Kyiv: OOO «Vistka»; 2017. 204 s. [in Russian]
2. Bereznyakov IG. Kratkiy spravochnik po empiricheskomu ispolzovaniyu antibiotikov s lechebnoy i profilakticheskoy tselyu. Izdaniye 2. Kyiv: TOV NVP Interservis; 2018. 224 s. [in Russian]
3. Barnett ML, Linder JA. Antibiotic prescribing for adults with acute bronchitis in the United States, 1996-2010. JAMA. 2014; 311 (19): 2020-2.
4. Kardos P. Phytotherapy in acute bronchitis: what is the evidence? Clin. Phytoscience. 2015; 1:2.
5. Kinkade S, Long NA. Acute Bronchitis. Am. Fam. Physician. 2016; 94 (7): 560-565.
6. Matthys H, Lehmacher W, Zimmermann A. EPs 7630 in acute respiratory tract infections –a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. J. Lung Pulm. Respir. Res. 2016; 3 (1): 00068.
7. National Institute for Health and Clinical Excellence. Respiratory tract infections (self-limiting): prescribing antibiotics. NICE guideline [CG69]. 2008.
8. Smith SM, Fahey T, Smucny J, Becker LA. Antibiotics for acute bronchitis. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017; 6: CD000245.

9. Smith SM, Schroeder K, Fahey T. Over-the-counter (OTC) medications for acute cough in children and adults in community settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014; 11: CD001831.
10. Woodhead M, Blasi F, Ewig S. Joint Taskforce of the European Respiratory Society and European Society for Clinical Microbiology and Infectious Diseases. Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections. Summary. *Clin. Microbiol. Infect.* 2011; 17 (6): 1–24.

Реферати

ПОРІВНЯННЯ УЯВЛЕНЬ ТЕРАПЕВТІВ І СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ СТОСОВНО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО БРОНХІТУ

Березняков І.Г., Іманова Н.І., Березняков В.І.,
Лебединська М.М., Левадна Ю.В., Шепітько К.В.

Лікарські помилки в діагностиці та лікуванні гострого бронхіту (ГБ) призводять до невиправданих витрат на ліки та здатні негативно впливати на поширення резистентності бактерій до антибіотиків. Мета дослідження полягала в тому, щоб шляхом опитування терапевтів і сімейних лікарів України і Казахстану виявити та роз'яснити поширені помилки, що стосуються діагностики та лікування ГБ. Були сформульовані 8 запитань, на кожне з яких було запропоновано 5 варіантів відповіді. Опитування проводили з грудня 2017 по листопад 2018 р. на лікарських конференціях і циклах удосконалення лікарів. З поширених помилок можна виділити 1) широке використання амінопеніцилінів (уключаючи інгібіторозахищені), які не активні щодо ключових збудників ГБ, 2) захоплення муколітиками і / або мукокінетиками, а також експекторантами, докази ефективності яких при ГБ вельми скромні, 3) надання переваги рослинним лікарським засобам з обмеженими доказами ефективності.

Ключові слова: гострий бронхіт, опитування, лікарі-терапевти, сімейні лікарі, Україна, Казахстан.

Стаття надійшла 15.01.2019 р.

COMPARISON OF THERAPISTS' AND FAMILY DOCTORS' CONCEPTIONS CONCERNING DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF ACUTE BRONCHITIS

Bereznyakov I.G., Imanova N.I., Bereznyakov V.I.,
Lebedynska M.N., Levadna I.V., Shepitko K.V.

Physicians' mistakes in diagnostics and treatment of acute bronchitis (AB) lead to unnecessary drug costs and can negatively influence on spread of antimicrobial resistance. The purpose of the study was to identify and explain common misconceptions regarding the diagnosis and treatment of patients with AB by interviewing internists and family physicians of Ukraine and Kazakhstan.

There were 8 questions formulated to physician's inquiry with 5 variants of responses to each of them. Surveys were carried out from December 2017 to November 2018 at medical conferences and courses of postgraduate education for physicians. Among the common physicians' misconceptions in both countries we can highlight 1) the widespread use of aminopenicillins (including ones with β -lactamase inhibitors), which are not active against main pathogens of AB, 2) predominant appointment of mucolytics and / or mucokinetics, and expectorants, with quite modest evidence of their effectiveness in AB, 3) preference herbal medicines with limited proven effectiveness.

Key words: acute bronchitis, inquiry, internists, family physicians, Ukraine, Kazakhstan.

Рецензент Катеренчук І.П.

DOI 10.26724/2079-8334-2019-3-69-18-23

УДК 614.2.001.73:362.11.003.52:334.012.32

А.Г. Васильєв, В.М. Михальчук, З.В. Гбур, Ю.В. Вороненко
Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Київ

ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ В УМОВАХ РЕФОРМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

e-mail: ernest-natan@ukr.net

У статті систематизовано ключові результати реформування галузі охорони здоров'я. Встановлено, що реформи зумовляють зростання рівня конкуренції в галузі медицини, що потребуватиме від приватних клінік оптимізації їх роботи. Доведено, що реалізація реформ зумовлює розвиток приватної медицини, яка на сьогодні характеризується рядом конкурентних переваг порівняно з державними медичними закладами: якістю медичних послуг, обладнанням, широким спектром методів лікування та діагностики захворювань, вузькоспеціалізованими кадрами, можливістю забезпечувати постійне навчання персоналу. Виділено ключові напрямки оптимізації роботи приватних клінік: налагодження співпраці з контрагентами приватної клініки; оптимізація роботи персоналу, підбір кадрів та формування команд, оплати їх праці відповідно законодавству; техніко-технологічне забезпечення діяльності приватної клініки, що передбачає відповідність обладнання та приміщення діючим правовим нормам; автоматизовані методи лабораторної діагностики, які можуть давати високу продуктивність; інтеграція інформаційних систем з державними електронними сервісами в галузі охорони здоров'я.

Ключові слова: реформи, охорона здоров'я, приватні клініки, приватна медицина, медичні заклади.

Робота є фрагментом НДР «Обґрунтування моделей управління підсистемами охорони здоров'я та зміцнення популяційного здоров'я України відповідно до європейських стандартів», № державної реєстрації 0115U002160.

В умовах стрімкого реформування галузі охорони здоров'я та докорінної трансформації моделі системи охорони здоров'я постає питання щодо забезпечення конкурентоспроможності приватних клінік. Ряд конкурентних переваг, якими володіють сьогодні приватні клініки, можуть не достатньо забезпечити ефективність їх діяльності та покращення якості медичних послуг в майбутньому. Ріст ринку приватної медицини буде продовжуватися стрімкими темпами. Тому актуальним питанням є розвиток усіх напрямків роботи приватних клінік в Україні.