

Ю. М. Мостовой, Т. В. Константинович, О. Р. Линдюк, О. В. Бугайчук НАСТАНОВА З ХОЗЛ ТА СІМЕЙНІ ЛІКАРІ: ЯКИЙ РІВЕНЬ ПРИХИЛЬНОСТІ?

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ХОЗЛ И СЕМЕЙНЫЕ ВРАЧИ: КАКОВ УРОВЕНЬ ПРИВЕРЖЕННОСТИ?

Ю. М. Мостовой, Т. В. Константинович, О. Р. Линдюк, О. В. Бугайчук

Резюме

Большинство больных ХОЗЛ должно быть под наблюдением семейных врачей. Только в случаях тяжелого, неконтролируемого течения заболевания пациенты курируются врачами-пульмонологами. Поэтому семейные врачи должны быть хорошо осведомлены и проинформированы о современных требованиях диагностики и лечения ХОЗЛ, что позволит максимально эффективно оказывать помощь пациентам данной категории.

С целью изучения качества курации больных ХОЗЛ семейными врачами проведен анализ 220 амбулаторных карт больных ХОЗЛ (мужчин 95 — 43,2 %, женщин — 125 (56,8 %); средний возраст — 69 лет). При анализе содержания медицинских карт, определенным методом случайной выборки, внимание обращалось на две ключевые позиции — это правильность формулировки клинического диагноза и правильность назначения лечения.

В результате установлено, что у 107 (48,6 %) пациентов при установлении диагноза не была указана клиническая группа заболевания. Это делает невозможным проведение корректного базисного лечения больных. Необоснованно редко назначались холинолитики длительного действия и их комбинации — 11 (5 %), хотя в такой терапии нуждалось 97 (44,1 %) больных.

Необоснованно часто назначались бронхолитики короткого действия (сальбутамол, беродуал в монотерапии) — 51 (23,2 %) и комбинация β_2 -агонистов длительного действия с ингаляционными кортикостероидами — 50 (22,7 %). Обострение ХОЗЛ диагностировано у 98 (44,5 %) больных. Среди них 48 (48,9 %) пациентов нуждались в госпитализации, назначении антибиотиков и системных кортикостероидов. Это, в первую очередь, может быть обусловлено некорректной базовой терапией ХОЗЛ.

Авторы делают вывод о недостаточной приверженности семейных врачей выполнению ключевых положений государственного и международного соглашений по ХОЗЛ. Необходима дальнейшая работа по повышению уровня их знаний по диагностике и лечению ХОЗЛ, а также более активная консультация у пульмонологов поликлиник.

Укр. пульмонолог. журнал. 2021;29(4).15–18.

Мостовой Юрій Михайлович

Вінницький національний медичний університет

ім. М. І. Пирогова МОЗ України

Завідувач кафедри пропедевтики внутрішньої медицини

Д. мед. н., професор

96, Хмельницьке шосе, м. Вінниця, 21029

Tel. +38-067-252-23-28, yura.mostovoy@gmail.com

RECOMMENDATIONS ON COPD AND FAMILY PRACTITIONERS: WHAT IS THE LEVEL OF ADHERENCE?

Y. M. Mostovoy, T. V. Konstantinovich, O. R. Lindiuk, O. V. Bugaichuk

Abstract

Majority of COPD patients should receive medical care provided by family practitioners. Only the cases of severe, uncontrolled diseases must be managed by pulmonologists. That is why family practitioners must be well informed on actual requirements on diagnosis and treatment of COPD in order to give effective care to this population of patients.

Following the aim to study quality of medical care, provided to COPD patients by family practitioners, we analyzed 220 out-patient records (95 men (43,2 %), 125 women (56,8 %); mean age 69 years). Analyzing medical records the attention was mainly focused at two issues — accuracy of diagnosis formulation and correctness of treatment prescription.

It was revealed that the clinical group of disease was not mentioned in 107 (48,6 %) patients. This made impossible to prescribe maintenance treatment correctly. Long-acting anticholinergic drugs and its combinations were prescribed unreasonably rarely (11 (5 %) vs needed 97 (44,1 %) cases). On the contrary, short-acting bronchodilators (salbutamol, berodol monotherapy) and inhaled corticosteroid/long-acting beta 2 agonist combination were used in 51 (23,2 %) and 50 (22,7 %) cases, respectively. Among them 48 (48,9 %) patients required hospitalization, use of antibiotics and systemic corticosteroids. This is mainly explained by incorrect use of maintenance therapy for COPD.

The authors conclude about low adherence of family practitioners to state and international COPD guidelines. Further work is needed to increase the knowledge of physician regarding COPD diagnosis and treatment along with active consultancy of out-patient facilities by the pulmonologists.

Ukr. Pulmonol. J. 2020;29(4):15–18.

Yurii M. Mostovoy

Vinnitsa National Pirogov Memorial Medical University

Department of Propedeutics of Internal Medicine

Chief of internal diseases propaedeutics chair

MD, PhD, Dr. Med. Sc., Professor

96, Khmelnytske highway, Vinnitsya, 21029, Ukraine.

Tel. +38-067-252-23-28, yura.mostovoy@gmail.com

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) є актуальною проблемою внутрішньої медицини і пульмонології зокрема [1].

Діагностика та лікування ХОЗЛ в Україні здійснюється згідно положень викладених в державному узгоджувальному документі Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Хронічне обструктивне захворювання легень» (2020) [2] та міжнародній угоді GOLD-2021[3].

Згідно рекомендацій цих документів переважна більшість хворих на ХОЗЛ мають бути під спостережен-

ням сімейних лікарів. Лише у випадках важкого, неконтрольованого перебігу захворювання курація пацієнтів проводиться лікарями-пульмонологами.

Отож сімейні лікарі мають бути добре обізнані та поінформовані щодо сучасних вимог діагностики та лікування ХОЗЛ, що дасть змогу максимально ефективно надавати допомогу даній категорії пацієнтів.

З метою вивчення якості курації хворих на ХОЗЛ сімейними лікарями, ми провели аналіз 220 електронних медичних карт амбулаторних хворих жителів м. Вінниця та Вінницької області. Термін спостереження 01.01.2020–30.09.2021. В групі, що спостерігалась було: чоловіків — 95 (43,2 %), жінок — 125 (56,8 %). Середній вік хворих складав (68,8 ± 11,7) років, середній стаж захворювання був (10 ± 1,3) роки.

Історія загострень	Симптоми	
	mMRC 0-1 CAT < 10	mMRC ≥ 2 CAT ≥ 10
≥ 2 помірних або ≥ 1, що призвело до госпіталізації	Група С	Група D
0 або 1 помірне (що не призвело до госпіталізації)	Група А	Група В

Розподіл пацієнтів по групам GOLD A, B, C, D та рекомендації щодо лікування **ґрунтуються виключно на:**

- Респіраторних симптомах (задишка)
- Історії загострень

CAT – Тест з оцінки ХОЗЛ

mMRC – Модифікована шкала Медичної дослідницької ради для оцінки тяжкості задишки

Рис. 1. Клінічна класифікація ХОЗЛ

При аналізі змісту медичних карт амбулаторного хворого, що були вибрані випадковим методом, увага зверталась на дві ключові позиції — це правильність формулювання клінічного діагнозу і правильність призначення лікування.

Клінічна класифікація ХОЗЛ для визначення груп А, В, С, D ґрунтується на оцінці 2 критеріїв: оцінка симптомів і вираженість задишки (мало або багато симптомів) та оцінці частоти загострень (відсутні загострення, кількість загострень). Для оцінки симптомів і вираженості задишки використовують тест оцінки ХОЗЛ (CAT), шкалу задишки (mMRC) (рис. 1).

Таким чином, до групи А відносяться пацієнти, які мають мало симптомів і які не мали загострення або мали 1 помірне загострення, що не призвело до госпіталізації. До групи В відносяться пацієнти, що мають багато симптомів, але не мали загострень або мали 1 помірне загострення. До групи С відносяться пацієнти, що мають мало симптомів, але мали ≥ 2 помірних загострень або ≥ 1 загострення, що призвело до госпіталізації. До групи D входять пацієнти, що мають багато симптомів і мали ≥ 2 помірних загострень або ≥ 1 загострення, що призвело до госпіталізації [2, 3].

Таблиця 1

Відповідність формулювання діагнозу ХОЗЛ встановленим вимогам (n = 220)

Формулювання діагнозу	Показник
Формулювання некоректне (не вказано групу ХОЗЛ)	107 (48,6 %)
Формулювання коректне (вказано групу ХОЗЛ), в т. ч.:	113 (51,4 %)
Хворі групи А	13 (5,9 %)
Хворі групи В	67 (30,5 %)
Хворі групи С	30 (13,6 %)
Хворі групи D	3 (1,4 %)

Розподіл пацієнтів на клінічні групи має вирішальне значення, оскільки від нього, в подальшому, буде залежати вибір оптимальної терапії. Проведений нами аналіз (табл. 1) показав, що 107 (48,6 %) лікарів не коректно формулювали діагноз, в ньому була не вказана клінічна група ХОЗЛ. Отож ці лікарі не володіють знаннями щодо критеріїв розподілу пацієнтів на відповідні клінічні групи.

Коректно, з вказівкою на клінічну групу ХОЗЛ, встановили діагноз 113 (51,4 %) лікарів. Пацієнтів групи А було 13 (5,9 %). Це, в цілому, відображає реальне положення справ. Пацієнти групи А мають мало симптомів, у них дуже рідко виникають загострення, тому вони рідко звертаються до лікарів. Пацієнти групи А можуть бути виявлені лише при активній позиції лікаря, коли він запропонує пацієнту, що має кашель, незначну задишку при фізичному навантаженні та має стаж паління не менше 10 років, пройти спірографічне обстеження. За цих умов можуть бути виявлені обструктивні зміни і пацієнт отримає відповідний діагноз.

Кількість пацієнтів в групах В і С найвірогідніше відповідає дійсності, а от мала кількість хворих в групі D (3 — 1,4 %) може бути пов'язана з не зовсім вірною оцінкою критеріїв постановки діагнозу, в першу чергу, з недостатньою констатацією клінічних епізодів загострень.

Базисне лікування ХОЗЛ має здійснюватися відповідно до приналежності пацієнта до клінічної групи захворювання (рис. 2).

Пацієнти, що відносяться до клінічної групи А, мають отримувати будь-який бронхолітичний препарат. Хворим, що мають діагноз ХОЗЛ, група В, рекомендовано призначити холінолітики чи β₂-агоністи тривалої дії. Однак якщо у пацієнта важка задишка, то лікування

СТАРТОВА МЕДИКАМЕНТОЗНА ТЕРАПІЯ			
≥ 2 середньотяжких заострень або ≥ 1 заострення, що приводить до госпіталізації	Група С	ХТД	Група D ХТД або ХТД/БАТД* ІКС/БАТД** <small>* Розглянути при вираженій симптоматиці (напр. САТ > 20) ** Розглянути при рівні еозинофілів ≥ 300 кл/мкл</small>
	Група А	Бронходилатор	Група В Бронходилатор тривалої дії (ХТД або БАТД)
0 або 1 середньотяжких заострень (що не приводять до госпіталізації)	mMRC 0-1; CAT < 10		mMRC ≥ 2; CAT ≥ 10

Якщо у пацієнта важка задишка, то лікування слід починати з бронходилатора (група В), однак якщо у пацієнта є заострення за минулий рік (група D), необхідний персоналізований підхід, і такі пацієнти часто потребують протизапальної терапії (ІКС-вмісної терапії)

Рис. 2. Базисне лікування ХОЗЛ

можна розпочинати відразу з комбінації холінолітик тривалої дії + β_2 -агоніст тривалої дії.

Пацієнтам, що входять до ХОЗЛ, група С, слід призначати холінолітики тривалої дії. Когорті хворих, яким поставлений діагноз ХОЗЛ, група D слід добирати ліки відповідно до клінічної ситуації. При відсутності ефекту від холінолітиків тривалої дії, рекомендовано застосування комбінації холінолітик тривалої дії + β_2 -агоніст тривалої дії. А якщо у пацієнта високий рівень еозинофілів (> 300 кл/мкл), або більше 2 заострень на рік, що призвели до госпіталізації, або є поєднання ХОЗЛ та бронхіальної астми, то таким особам слід рекомендувати комбіновану терапію інгаляційного кортикостероїду з β_2 -агоністом тривалої дії. Також для таких хворих може бути запропонована потрійна терапія — холінолітик тривалої дії + β_2 -агоніст тривалої дії + інгаляційний кортикостероїд [2, 3].

Таким чином, очевидно, що домінуючими препаратами для лікування ХОЗЛ є бронхолітики тривалої дії, причому чільне місце серед них займають пролонговані холінолітики, в першу чергу — тіотропія бромід (Спірива) та тіотропія бромід/ олодатерол (Спіолто).

Аналіз призначень для лікування ХОЗЛ сімейним лікарем представлений в таблиці 2. Отримані дані свідчать про низький рівень прихильності лікарів до реко-

мендацій державної та міжнародної угод.

Звертає на себе увагу критично низька частота призначення холінолітиків тривалої дії та його комбінації з β_2 -агоністом тривалої дії — 11 (5 %). Ці препарати, як було зазначено вище, є ключовими в лікуванні ХОЗЛ, але увага до них сімейних лікарів незадовільна.

Досить високий сумарний вміст рекомендацій є призначення салбутамолу — 16 (7,3 %) та беродуалу — 35 (15,9 %). Це, як відомо, бронхолітики короткої дії, які можуть бути корисними лише пацієнтам групи А, а їх, як свідчать наші дані, обмаль. Тому є підстава стверджувати, що досить багато пацієнтів з ХОЗЛ не отримують базисного лікування, лікуються симптоматично.

Разом з цим, не обгрунтованим виглядає висока частота призначення комбінації інгаляційних кортикостероїдів з β_2 -агоністами тривалої дії — 50 (22,7 %). Згідно рекомендацій ця комбінація має призначатися обмеженій категорії хворих, що належать до клінічної групи D.

Незрозумілим є призначення інгаляційних кортикостероїдів в монотерапії — 21 (9,5 %). Така рекомендація відсутня в державній та міжнародній настановах. Як результат некоректного лікування хворих ХОЗЛ є показники заострень захворювання (табл. 3).

Таблиця 3

Характеристика заострень ХОЗЛ (n = 98)

Характеристика заострення	Показники
Середня кількість заострень на рік, $M \pm m$	1,245±0,4
1 заострення на рік, кількість хворих	74 (75,5 %)
2 заострення на рік, кількість хворих	24 (24,5 %)
Амбулаторне (нетяжке) заострення, кількість хворих	75 (75,5 %)
Стационарне (тяжке) заострення, кількість хворих	48 (48,9 %)
Використання ГКС, кількість хворих	37 (37,8 %)
Використання антибіотиків, кількість хворих	84 (85,7 %)

Серед 220 хворих ХОЗЛ, амбулаторні картки яких вивчалися, у 98 (44,5 %) мали місце заострення. Одне заострення впродовж року спостереження мали 74 (75,5 %) хворих, 2 заострення — 24 (24,5 %).

Таблиця 2

Препарати, призначені для лікування хворих ХОЗЛ (n = 220)

Перелік призначень	Показник
Салбутамол, кількість хворих	16 (7,3 %)
Беродуал, кількість хворих	35 (15,9 %)
І-ГКС, кількість хворих	21 (9,5 %)
І-ГКС + бета2-агоніст пролонгованої дії, кількість хворих	50 (22,7 %)
Тіотропій, кількість хворих	6 (2,7 %)
Бета2-агоніст пролонгованої дії + М-холінолітик пролонгованої дії, кількість хворих	5 (2,3 %)
І-ГКС + бета2-агоніст пролонгованої дії + М-холінолітик пролонгованої дії, кількість хворих	1 (0,5 %)
Теофілін пролонгованої дії, кількість хворих	7 (3,2 %)

Слід акцентувати увагу, що у 48 (48,9 %) осіб діагностували загострення, що призвели до госпіталізації, тобто мали місце тяжкі загострення.

Лікування нетяжких, а особливо тяжких загострень призводить до додаткових грошових витрат, як особисто хворих, так і медичної мережі. За нашими даними, для лікування загострень застосовувалися антибактеріальні препарати у 84 (85,7 %) пацієнтів, а у 37 (37,8 %) — системні кортикостероїди. Лікування загострення в стаціонарі в середньому триває 5–7 днів, а це веде до суттєвих економічних витрат на утримання такого пацієнта.

Таким чином, можна констатувати, що велика частка сімейних лікарів недостатньо добре розуміються в положеннях державної та міжнародної угод щодо діагностики та лікування ХОЗЛ і ця ситуація потребує якнайшвидшого виправлення.

При цьому є сенс акцентувати увагу лікарів, що бронхолітики тривалої дії відіграють головну роль у терапії пацієнтів з ХОЗЛ. Вони впливають на гіперінфляцію легень, тим самим поліпшують здатність пацієнта дихати, зменшують вираженість задишки, покращують фізичну активність, попереджають загострення. Серед бронхолітиків тривалої дії, холінолітик тривалої дії тіотропію бромід (Спірива) має одну з найбільш переконливих доказових баз, що визначено як у державній, так і міжнародній угодах.

Саме тіотропію бромід та його поєднання з олодатеролом (Спіолто) на сьогодні є ключовим в базисному лікуванні різних клінічних варіантів [4, 5]. Вони, в порівнянні з іншими пролонгованими бронхолітиками, не тільки більш суттєво зменшують вираженість симптомів, в першу чергу задишки, зменшують ризик загострень, а що дуже важливо, знижують ризик смертності від усіх причин [6–11].

Заключення

Аналіз 220 амбулаторних карток хворих на ХОЗЛ, які спостерігались сімейними лікарями, виявив, що у 107 (48,6 %) при встановленні діагнозу не була вказана клінічна група захворювання. Це унеможлиблює проведення коректного базисного лікування хворих.

При лікуванні хворих на ХОЗЛ необґрунтовано рідко призначались холінолітики тривалої дії та їх комбінації — 11 (5 %), хоча такої терапії потребувало 97 (44,1%) хворих.

Слід акцентувати увагу сімейних лікарів, що тіотропію бромід (Спірива) або комбінація тіотропію броміду з олодатеролом (Спіолто) з високою ступеню ефективності може призначатися в більшості клінічних ситуацій при ХОЗЛ.

Необґрунтовано часто призначались бронхолітики короткої дії (сальбутамол, беродуал в монотерапії) — 51 (23,2 %) та комбінація β_2 -агоністів тривалої дії з інгаляційними кортикостероїдами — 50 (22,7 %).

Отож, мають місце суттєві розбіжності щодо виконання рекомендацій державних та міжнародних узгоджувальних документів щодо лікування хворих на ХОЗЛ.

Загострення ХОЗЛ діагностувались у 98 (44,5 %) обстежених хворих. Серед них — 48 (48,9 %) хворих потребували госпіталізації, призначення антибіотиків та системних кортикостероїдів. Це, в першу чергу, може бути обумовлено некоректною базисною терапією ХОЗЛ.

Констатуємо, що сімейні лікарі мають недостатню прихильність до виконання ключових положень державної та міжнародної угод з ХОЗЛ.

Необхідна подальша діяльність щодо підвищення рівня знань сімейних лікарів з питань діагностики та лікування ХОЗЛ, а також більш активна їх консультація у пульмонологів поліклінік.

ЛІТЕРАТУРА

1. Фещенко ЮІ, Чайковський ЮБ, Островський ММ, та ін. Хронічне обструктивне захворювання легень: нові відтинки проблеми: Монографія. Івано-Франківськ, СІМІК. 2016; 400 с.
2. Фещенко ЮІ, Гаврисюк ВК, Дзюблик ОЯ, та ін. Адаптована клінічна настанова: Хронічне обструктивне захворювання легень. Київ: НАМН України. 2020;70 с.
3. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Pocket guide to COPD diagnosis, management, and prevention. 2021. Available at: <http://www.goldcopd.org>
4. Sorichter S, Scholz T. Definition, Pathophysiologie und Diagnostik der pulmonalen Hyperinflation. *Pneumologie*. 2017;14:2–10. doi 10.1007/s10405-016-0083-9/
5. Tashkin DP, Celli B, Senn S, et al; for the UPLIFT Study Investigators. A 4-year trial of tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. *N. Engl. J. Med.* 2008;359(15):1543–1554.
6. Decramer M, Celli B, Kesten S, et al. For the UPLIFT investigators. Effect of tiotropium on outcomes in patients with moderate chronic obstructive pulmonary disease (UPLIFT): a prespecified subgroup analysis of a randomised controlled trial. *Lancet*. 2009;374(9696):1171–1178.
7. Bateman ED, Tashkin D, Siafakas N, et al. A one-year trial of tiotropium Respimat® plus usual therapy in COPD patients. *Respir Med*. 2010;104(10):1460–1472.
8. Dusser D, et al. The effect of tiotropium on exacerbations and airflow in patients with COPD; *Eur Respir J*. 2006;27:547–555.
9. National Institutes of Health. Available at: <http://clinicaltrials.gov/ct2/results?term=tiotropium+COPD&Search=Search>.
10. Tashkin DP, et al. Efficacy of Tiotropium in COPD patients with FEV1 \geq 60% participating in the UPLIFT trial. *COPD*. 2012;9(3):289–296;
11. Calverley PM, et al. Tiotropium and olodaterol in prevention of chronic obstructive pulmonary disease exacerbations (DYNAGITO): a double-blind, randomized, parallel-group, active-controlled trial. *The Lancet Respir Med*. 2018;6(5):337–344. [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600\(18\)30102-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600(18)30102-4)

REFERENCES

1. Feshchenko Yul, Chaykovskyy YuB, Ostrovskyy MM, et al. *Khronichne obstruktyvne zahvoryuvannya legen: novi vidtynky problemy: Monohrafiya* (Chronic obstructive pulmonary disease: new nuances of the problem: Monograph). Ivano-Frankivsk, SIMYK. 2016;400 p.
2. Feshchenko Yul, Havrysyuk VK, Dzyublyk OYa, et al. *Adaptovana klinichna nastanova: Khronichne obstruktyvne zahvoryuvannya legen* (Adapted clinical guidelines: Chronic obstructive pulmonary disease). Kyiv: NAMN Ukrainy. 2020;70 p.
3. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Pocket guide to COPD diagnosis, management, and prevention. 2021. Available at: <http://www.goldcopd.org>
4. Sorichter S, Scholz T. *Definition, Pathophysiologie und Diagnostik der ulmonalen Hyperinflation* (Definition, pathophysiology and diagnosis of pulmonary hyperinflation). *Pneumologie*. 2017;14:2–10. doi 10.1007/s10405-016-0083-9/
5. Tashkin DP, Celli B, Senn S, et al; for the UPLIFT Study Investigators. A 4-year trial of tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. *N. Engl. J. Med.* 2008;359(15):1543–1554.
6. Decramer M, Celli B, Kesten S, et al. For the UPLIFT investigators. Effect of tiotropium on outcomes in patients with moderate chronic obstructive pulmonary disease (UPLIFT): a prespecified subgroup analysis of a randomised controlled trial. *Lancet*. 2009;374(9696):1171–1178.
7. Bateman ED, Tashkin D, Siafakas N, et al. A one-year trial of tiotropium Respimat® plus usual therapy in COPD patients. *Respir Med*. 2010;104(10):1460–1472.
8. Dusser D, et al. The effect of tiotropium on exacerbations and airflow in patients with COPD; *Eur Respir J*. 2006;27:547–555.
9. National Institutes of Health. Available at: <http://clinicaltrials.gov/ct2/results?term=tiotropium+COPD&Search=Search>.
10. Tashkin DP, et al. Efficacy of Tiotropium in COPD patients with FEV1 \geq 60% participating in the UPLIFT trial. *COPD*. 2012;9(3):289–296;
11. Calverley PM, et al. Tiotropium and olodaterol in prevention of chronic obstructive pulmonary disease exacerbations (DYNAGITO): a double-blind, randomized, parallel-group, active-controlled trial. *The Lancet Respir Med*. 2018;6(5):337–344. [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600\(18\)30102-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600(18)30102-4)