

ОЦЕНКА ЗНАНИЯ ВРАЧАМИ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ И УЧАСТКОВЫМИ ТЕРАПЕВТАМИ ФЕДЕРАЛЬНЫХ СТАНДАРТОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Ф. Малыгин, кандидат медицинских наук,
В. Батурин, доктор медицинских наук, профессор,
А. Байда, доктор медицинских наук
 Ставропольский государственный медицинский университет
 Минздрава России
E-mail: fmalykhin@yandex.ru

Проведена оценка соответствия знаний врачей амбулаторного звена здравоохранения действующим Федеральным рекомендациям Российского респираторного общества и приказам Минздрава России по вопросам диагностики и лечения пациентов с хронической обструктивной болезнью легких.

Ключевые слова: пульмонология, хроническая обструктивная болезнь легких, врачи первичного звена здравоохранения, уровень знаний.

Диагностика и лечение хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), выявление факторов, способствующих ее обострению, ее клинических проявлений в значительной степени зависят от уровня знания врачами первичного звена здравоохранения данной проблемы [1, 2]. Основная роль в лечении таких больных принадлежит врачам общей практики и участковым терапевтам. Именно они чаще всего выявляют данную патологию, осуществляют диспансерное наблюдение пациентов, проводят лечение обострений, а также направляют больных на консультацию к пульмонологу [3].

Нами оценены уровень знания врачами общей практики и участковыми терапевтами вопросов диагностики, лечения ХОБЛ, а также соответствие этих знаний, уровня оказываемой помощи имеющимся стандартам.

Выполнено анонимное анкетирование врачей (n=141) городских и сельских поликлиник, участковых больниц и врачебных амбулаторий. Из них 54,5% – врачи общей практики, 45,5% – участковые терапевты. Большинство участников анкетирования имеют стаж работы >30 лет, 77,6% врачей не имели врачебной квалификационной категории.

Для решения поставленной задачи нами разработана анкета. Основой для формирования вопросов, включенных в нее, являлись «Стандарт первичной медико-санитарной помощи при обострении ХОБЛ» (Приказ Минздрава России от 20.12.12 №1214н) и «Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению ХОБЛ» (2014) [4, 5].

Как показало анкетирование, большинство (82,4%) опрошенных врачей поликлиник в своей работе с больными ХОБЛ руководствуются действующими федеральными доку-

ментами [4, 5]. О наличии подобных нормативных документов по ведению пациентов с ХОБЛ респонденты чаще всего узнавали при обучении на циклах повышения квалификации (62,4%), на конференциях и заседаниях общества терапевтов (55,2%), из профессиональных изданий (24,8%), от заведующих отделениями, главных специалистов, заместителей главного врача по лечебной работе поликлиник (23,2%), общаясь с коллегами (11,2%). На Интернет как источник информации указали 28,8% опрошенных. Многие ссылались на наличие нескольких источников информации. Уровень собственной подготовки по проблеме ХОБЛ 52,3% опрошенных оценили на «хорошо», 26,3% – на «удовлетворительно», 21,4% уклонились от ответа.

Чаще всего врачам приходилось сталкиваться с легкой и среднетяжелой формой заболевания. Ведущими факторами риска формирования ХОБЛ, по мнению врачей, являются курение (76,0%) и «ингаляционные вредности» (72,0%); анкета предполагала возможность нескольких ответов, поэтому 35,2% респондентов указали, что переохлаждение также можно рассматривать как причину развития ХОБЛ. Кроме того, почти в 50% анкет в основные причины возникновения заболевания включены вирусные инфекции, а в 40% – наследственность и аллергия.

По мнению большинства врачей, для постановки диагноза ХОБЛ необходимы тщательное изучение жалоб пациента, анамнеза заболевания, профессионального анамнеза, а также проведение классического физикального обследования. Важнейшими этапами обследования пациента врачи называют изучение состояния функции внешнего дыхания (спирография, пикфлоуметрия), рентгенологическое исследование органов грудной полости. Вместе с тем 30,8% врачей предлагают проводить больным ХОБЛ аллергологическое обследование (определение уровня IgE общего и специфических). Около 60% респондентов рассматривают общий анализ мокроты, исследование чувствительности выявленной микрофлоры к антибактериальным препаратам как важные диагностические тесты, необходимые для принятия решения о необходимости антибиотикотерапии.

Врачи поликлиник считают, что основные клинические проявления ХОБЛ обусловлены диффузным поражением легких (52,0% ответов), необратимой обструкцией бронхов (62,6%). При этом часть из них (7,2%) указывают на наличие при ХОБЛ обратимой обструкции бронхов, инспираторной одышки (17,6%). Почти половина респондентов считают, что для ХОБЛ характерна одышка смешанного характера.

При бронхитическом фенотипе ХОБЛ, по мнению 52,8% опрошенных, наиболее характерна жалоба на кашель с выделением обильной, чаще – слизисто-гнойной мокроты. Они считают, что возраст таких пациентов – около 50 лет, они повышенного питания, с диффузным цианозом, теплыми конечностями (41,6%).

Существенно реже (29,6%) врачи утверждали, что для большого ХОБЛ типична жалоба на кашель со скудной, трудноотделяемой, чаще – слизистой мокротой (эмфизематозный фенотип ХОБЛ). Пациенту на момент диагностики ХОБЛ – около 60 лет, он пониженного питания, с розовым цветом лица, холодными конечностями (23,2%).

Признаками обострения ХОБЛ большинство респондентов считают усиление одышки (72,8%), снижение толерантности к физической нагрузке (55,2%), нарастание интенсивности кашля, изменение количества мокроты, ее цвета и вязкости (72,0%), возникновение гипоксемии и гиперкапнии (32,8%).

Для классификации степени тяжести ХОБЛ большинство респондентов используют оценку показателей функционального состояния легких, базирующуюся на постбронходилатационных значениях объема форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ₁) – 37,6% – и степени тяжести бронхиальной обструкции по результатам спирометрического исследования и клиническим данным. При этом используются такие показатели: число обострений ХОБЛ за 1 год и выраженность клинических симптомов по результатам модифицированной шкалы одышки (Medical Research Council – mMRC) и теста для оценки тяжести ХОБЛ (COPD Assessment Test – CAT; 65,6% врачей); ограничение физической активности (11,4%). Вместе с тем 10,4% врачей учитывают частоту дневных симптомов, а 18,4% – вариабельность ОФВ₁ или пиковую скорость выдоха.

Дифференциальную диагностику ХОБЛ врачи чаще всего проводят с бронхиальной (76,0%) и сердечной астмой (63,2%), бронхоэктатической болезнью (68,0%), бронхиолитом (61,6%), а также с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (24,0%).

Врачи поликлиник считают, что базисная терапия ХОБЛ должна включать в себя ингаляционные симпатомиметики короткого и длительного действия (59,2%), антихолинергические препараты (46,4%), метилксантины (19,2%), ингаляционные глюкокортикостероиды – ИГКС (63,2%). Вместе с тем 8,0% врачей предполагают целесообразность использования при ХОБЛ стабилизатора мембран тучных клеток кромогликата натрия. В качестве препаратов, способствующих усилению одышки при ХОБЛ, врачи называют β-адреноблокаторы (77,6%) и ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (23,2%).

На вопрос о лекарственных средствах, используемых для купирования удушья при ХОБЛ, 52,8% опрошенных ответили, что одинаково часто назначают метилксантин аминофиллин или β₂-адреномиметик фенотерол (анкета предполагала возможность выбора нескольких препаратов для этих целей). На 2-м месте по частоте применения – комбинированный препарат фенотерола и ипратропия бромида (35,2%). В 8,0% ответов фигурирует стабилизатор мембран тучных клеток кромогликат натрия, а в 6,4% – ИГКС беклометазон. Как известно, они не относятся к препаратам для оказания неотложной помощи при этом состоянии.

Изучение информированности врачей о способах доставки ингаляционных препаратов показало, что наиболее часто они применяют для этих целей небулайзер (64,8%) или дозированный аэрозольный ингалятор (53,6%), затем следуют дозированный аэрозольный ингалятор в комбинации со спейсером (47,2%), дозированный аэрозольный ингалятор, активируемый вдохом (33,6%), порошковый ингалятор (15,2%).

На вопрос о целесообразности использования антибиотиков только при обострениях ХОБЛ 1-го и 2-го типов в соответствии с критериями Anthonisen и соавт. [6] (с наличием усиления одышки, увеличения объема отделяемой мокроты и степени ее гнойности) около 60,0% врачей ответили положительно, но около 40,0% рекомендуют их применение без учета указанных критериев.

При лечении легких и среднетяжелых обострений ХОБЛ без факторов риска участвовавшие в исследовании врачи в качестве антибактериальных препаратов чаще всего рекомендуют пациентам амоксициллин (55,2%), современные макролиды (24,8%), однако 32,0% в этих ситуациях назначают цефалоспорины, 29,6% – респираторные фторхинолоны, а 4,0% – не обладающие тропностью к легочной ткани препараты из группы аминогликозидов.

Важный этап ведения больных с ХОБЛ – реабилитация. По мнению респондентов, она должна включать в себя обучение пациентов основам знаний о заболевании и признаках эффективности его терапии (72,8%); физические тренировки (63,2%); психосоциальную поддержку (36,8%); коррекцию нутритивного статуса больных (19,2%) и даже обучение пациентов основам компьютерной грамотности (3,2%).

Профилактика ХОБЛ, по мнению респондентов, предусматривает не только воздержание от курения табака, в том числе пассивного (76,0%), снижение влияния загрязнения воздушной среды и производственного загрязнения воздуха (20,6%), длительное применение муколитика N-ацетилцистеина (23,2%), но и применение вакцин, содержащих убитые или инактивированные вирусы гриппа (69,6%), лечение коморбидных заболеваний (63,2%).

Таким образом, исследование выявило недостаточно высокий уровень знания врачами первичного звена здравоохранения предикторов обострения ХОБЛ, современных методов ее диагностики и принципов фармакотерапии. Это может быть одной из причин неэффективного ведения пациентов с ХОБЛ. Для оптимизации своевременной диагностики обострения ХОБЛ следует в первую очередь повышать уровень теоретических знаний врачей общей практики и участковых терапевтов путем активного внедрения национальных стандартов диагностики и лечения в практику здравоохранения, в том числе – через систему непрерывного медицинского и фармацевтического образования.

Литература

1. Малыхин Ф.Т. Совершенствование клинико-диагностического процесса при хронической обструктивной болезни легких у пожилых больных // Современные проблемы науки и образования. – 2013; 2: 110. [Электронное издание]. URL: www.science-education.ru/108-9095 (дата обращения: 27.09.2016).
2. Малыхин Ф.Т., Батури В.А. Проблемы диагностики и лечения легочной гипертензии при хронической обструктивной болезни легких у лиц пожилого и старческого возраста // Кардиология. – 2016; 3: 87–96. DOI: <http://dx.doi.org/10.18565/cardio.2016.3.87-96>.
3. Малыхин Ф.Т., Батури В.А. Возможные побочные эффекты лекарственных препаратов у пожилых пациентов с хронической обструктивной болезнью легких и сопутствующей патологией // Тер. арх. – 2016; 88 (3): 100–7. DOI:10.17116/terarkh2016883100-107.
4. Стандарт первичной медико-санитарной помощи при обострении ХОБЛ (приказ Минздрава РФ от 20.12.2012 №1214н). URL: <http://www.rosminzdrav.ru> (дата обращения: 25.09.2016).
5. Чучалин А.Г., Авдеев С.Н., Айсанов З.Р. и др. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких // Пульмонология. – 2014; 3: 15–54.
6. Anthonisen N., Manfreda J., Warren C. et al. Antibiotic therapy in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease // Ann. Intern. Med. – 1987; 106 (2): 196–204.

ASSESSMENT OF KNOWLEDGE OF FEDERAL STANDARDS FOR THE DIAGNOSIS AND TREATMENT IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AMONG GENERAL PRACTITIONERS AND LOCAL THERAPISTS

F. Malykhin, Candidate of Medical Sciences; Professor V. Baturin, MD; Professor A. Baida, MD

Stavropol State Medical University, Ministry of Health of Russia

The paper assesses whether the outpatient physicians' knowledge of the diagnosis and treatment of patients with chronic obstructive pulmonary disease conforms to the federal recommendations of the Russian Respiratory Society and the orders of the Ministry of Health of the Russian Federation.

Key words: pulmonology, chronic obstructive pulmonary disease, primary care physicians, knowledge level.