

УДК 616.24–0.36.12–07+362.121 (575.2) (04)

**ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КОМПЛЕКСНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА
НА ДИАГНОСТИКУ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ
ЛЕГКИХ НА ПЕРВИЧНОМ УРОВНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
В КЫРГЫЗСТАНЕ**

Л.Н. Эреджепова – аспирант,

Н.Н. Бримкулов – докт. мед. наук, проф.,

К.Д. Абдуллин – канд. мед. наук, доцент

Investigation tactics in chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients was assessed in the frame of PAL-strategy WHO implementation.

С целью повышения эффективности борьбы с болезнями органов дыхания (БОД) и снижения ущерба от них в 2003 г. в Кыргызстане была внедрена стратегия PAL (Practical Approach to Lung Health – Практический подход к здоровью легких) Всемирной организации здравоохранения. Данная стратегия основана на интегрированном, стандартизированном и скоординированном подходе к каждому пациенту с респираторными симптомами [1]. Внедрение и оценка эффективности этой стратегии в условиях Кыргызстана представляют интерес в связи с планами ВОЗ по углублению использования ее в масштабах всей планеты.

Целью данного исследования была оценка влияния комплексного вмешательства на тактику обследования больных ХОБЛ.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 132 врача семи центров семейной медицины (ЦСМ) города Бишкек. Регистрировали общее количество человек, обратившихся по любому поводу (вызовы на дом не учитывали). Из них информация о пациентах с БОД, включающая: паспортные данные, жалобы, сопутствующие заболевания, диагноз, назначенное обследование и лечение, вносилась в “Регистр для респираторных

больных”. Из всех заполненных регистров были отобраны данные пациентов с ХОБЛ и проведен анализ по назначенным лабораторно-инструментальным методам обследования.

После исходного сбора данных врачи-участники были разделены на 2 группы: группу вмешательства (ГВ) – 78 чел. и группу контроля (ГК) – 54 чел. Программа вмешательства включала в себя: краткосрочное 5-дневное обучение семейных врачей (СВ) из ГВ по ведению пациентов с основными БОД; оснащение ЦСМ необходимым для диагностики БОД оборудованием; оснащение СВ из ГВ сумкой-комплект, включающей: тонометр, фонендоскоп, пикфлоуметр, отоскоп, хронометр, термометр и практическое руководство по ведению больных с БОД; повторную оценку знаний и практических навыков через месяц и через год после обучения (см. таблицу).

При статистической обработке были использованы программы EpiInfo version 3.1 и Excel. Различия считались статистически значимыми при разнице $p < 0,05$.

Результаты исследования. Полученные нами исходные данные показали, что диагностическая тактика на ПУЗ является неудовлетворительной и не соответствует рекоменду-

Общая обращаемость пациентов в ЦСМ

| | Исходные данные | | Через месяц | | | | Через год | | | |
|--------------|-----------------|------|-------------|------|------|------|-----------|------|------|------|
| | | | ГВ | | ГК | | ГВ | | ГК | |
| | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| Всего | 6057 | 100 | 3886 | 100 | 2831 | 100 | 2982 | 100 | 3363 | 100 |
| Старше 5 лет | 3672 | 60,6 | 2772 | 71,3 | 2177 | 76,9 | 2060 | 69,0 | 2274 | 67,6 |
| БОД | 1523 | 41,5 | 994 | 35,8 | 614 | 28,2 | 667 | 32,3 | 821 | 36,1 |
| ХОБЛ | 162 | 10,6 | 77 | 7,8 | 80 | 13,0 | 69 | 10,3 | 90 | 11,0 |

мым руководствам, согласно которым исследование функции внешнего дыхания (ФВД) и пикфлоуметрия (ПФМ) являются основными дифференциально-диагностическими методами ХОБЛ [2–6]. Возможно, что слишком низкий процент использования ФВД (5 чел., 3,1%) приводит к значительной гиподиагностике ХОБЛ, поэтому большая часть пациентов не знает о существовании у них этой болезни. С одной стороны, это объясняется отсутствием соответствующего оборудования в ЦСМ и необходимостью направлять пациентов на платное проведение спирометрии в другие учреждения, с другой – недостаточным уровнем знаний и навыков СВ по работе с аппаратурой и интерпретации результатов. В то же время ПФМ, являющаяся простым и доступным методом диагностики, рекомендуемая к использованию в условиях недоступности спирометрии, не использовалась вовсе (рис. 1).

На этом фоне довольно широко СВ направляли пациентов на общий анализ крови (ОАК) – 75 чел. (46,3%) и общий анализ мочи (ОАМ) – 43 чел. (26,5%). Такое количество направленных на ОАК вполне объяснимо, так как это дает возможность уточнить степень обострения и выявить одно из осложнений – полицитемию. Однако ОАМ не является диагностически значимым анализом, подтверждающим диагноз ХОБЛ; направление на это исследование обуславливает лишние затраты реактивов и большую загруженность лаборатории. С учетом сопутствующих диагнозов, таких, как гипертоническая болезнь, сахарный диабет, хронический пиелонефрит обоснованными можно считать только 20 направлений (46,5%).

Все пациенты, предъявляющие жалобы на кашель с мокротой, должны направляться на общий анализ мокроты (АМ) [3]. В нашем

исследовании на кашель с мокротой из 162 пациентов жаловались 119 чел. (73,5%), а на АМ были направлены только 30 чел. (18,5%), следовательно, этот показатель можно считать очень низким.

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки (РГК) проводится для дифференциальной диагностики с другими заболеваниями, выявления осложнений ХОБЛ и должно входить в программу обследования всех первичных больных с данной патологией [3, 6, 7]. Показатель направлений на это исследование составил 38,3%, что можно объяснить повторными обращениями в текущем году.

Какие изменения в тактике обследования больных ХОБЛ наблюдались после проведенного обучения?

Самым положительным эффектом обучения следует отметить изменения отношения врачей из ГВ к основным методам диагностики. Увеличилась частота использования ПФМ в ГВ до 19,5% ($p < 0,001$) (рис. 1). Причем эти положительные сдвиги в дальнейшем продолжали нарастать и через год достигли 31,8% ($p < 0,001$). После обучения появилась тенденция к увеличению частоты назначения спирометрии, хотя в этот период спирометры в ЦСМ еще не были установлены. Через год, когда уже оборудование было установлено и были обучены функционалисты, число исследований ФВД достигло 13,0% ($p < 0,01$), что в 4 раза больше по сравнению с исходным исследованием.

Врачи из ГК на ФВД через месяц направили только двух пациентов (2,5%, $p > 0,05$), через год – одного пациента (1,1%, $p > 0,05$), ПФМ по-прежнему не использовали в своей работе, хотя пикфлоуметры на момент проведения исследования имелись в ЦСМ (рис. 2).

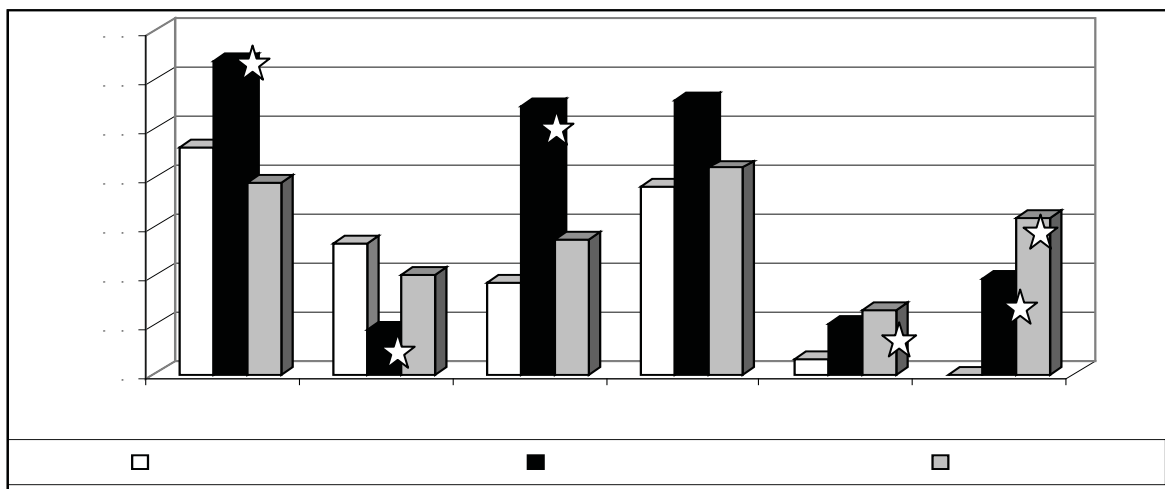


Рис. 1. Влияние обучения на тактику обследования больных ХОБЛ врачами из ГБ. Здесь и на рис. 2 * – разница статистически значима по сравнению с исходным уровнем

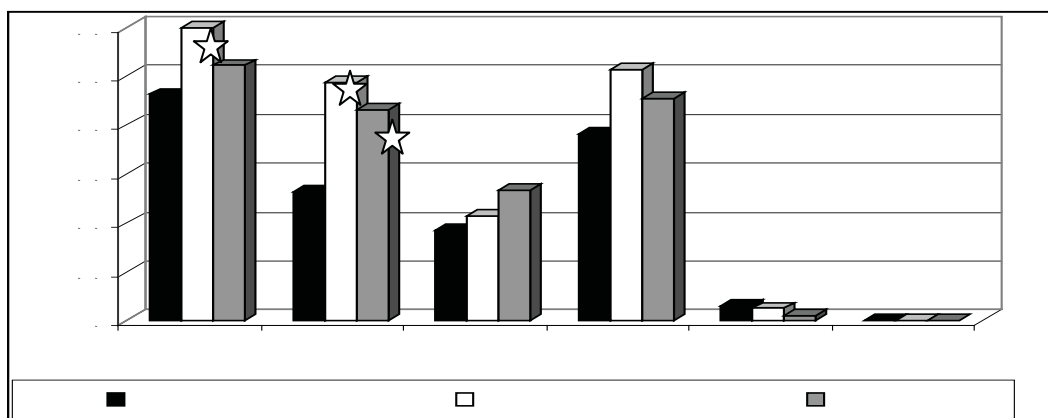


Рис. 2. Лабораторно-инструментальные методы обследования, назначенные СВ больным ХОБЛ в ГК

По-прежнему врачи из обеих групп направляли на РГК, причем в исследовании через месяц в ГБ число направлений возросло по сравнению с исходным уровнем (55,8%, $p < 0,01$). Это можно объяснить настороженностью врачей в отношении туберкулеза. С одной стороны, их стремление выявить туберкулез носит положительный характер, но с другой – увеличивает нагрузку на работу медицинского персонала, а также расходы пациентов и органов здравоохранения.

В отношении лабораторных методов диагностики сразу после обучения также наблюдались положительные изменения. Так, в ГБ увеличилось число направлений на АМ почти в 3 раза: из 63 (81,8%) пациентов, предъявляющих жалобы на кашель с мокротой, половина были направлены на этот анализ. В то время как в ГК этот показатель остался низким.

Очень важным следствием обучения было сокращение ненужных, малоинформативных методов исследования. Сразу после обучения

в ГВ число направлений на ОАМ снизилось почти в 3 раза ($p < 0,001$). В ГК, наоборот, наблюдалось увеличение назначений до 48,8% ($p < 0,001$), из 39 направлений только 17 можно считать необходимыми.

К сожалению, данные изменения через год не сохранились. Частота направлений на АМ снизилась до 27,5% ($p > 0,05$): из 59 (85,5%) пациентов из ГВ, отмечающих кашель с мокротой, на анализ были направлены только 19 чел. (32,2%). В ГК этот показатель не изменился.

Частота направлений на ОАМ в ГВ вновь увеличилась (20,2%, $p > 0,05$ по сравнению с исходным уровнем), из 14 направлений обоснованными можно считать только 5 анализов. В ГК частота направлений по сравнению с исходными данными увеличилась почти в 2 раза (43,3%, $p < 0,001$). Если учесть наличие сопутствующих заболеваний, из 39 направлений обоснованными можно считать только 15 анализов.

Следовательно, эффект от обучения снижается, что подтверждает необходимость регулярного повышения уровня знаний врачей.

Динамика увеличения числа направлений на ОАК в обеих группах ($p < 0,01$) вполне объяснима обязательным ежегодным проведением ОАК всем пациентам, находящимся на диспансерном учете. К тому же это не расходится с рекомендуемым планом обследования больных ХОБЛ. При мониторинге через год статистически значимых различий с исходным уровнем не наблюдалось.

На основании исследований установлено, что тактика обследования больных ХОБЛ на первичном уровне здравоохранения не соответствовала современным подходам, поскольку недостаточно применялись основные методы диагностики ХОБЛ (спирометрия, пикфлоуметрия); необоснованно назначались малоинформативные лабораторные методы исследования (ОАМ).

Проведенное краткосрочное интенсивное обучение врачей в соответствии с PAL стратегией оказало положительное влияние на диагностическую тактику врачей:

- снизилась частота необоснованных направлений на ММИ;

- значительно увеличилась частота использования ФВД и ПФМ;
- увеличилось количество направлений на анализ мокроты.

В исследовании через год многие положительные эффекты обучения сохраняются.

Для поддержания уровня знаний и практических навыков требуется регулярное обучение врачей.

Литература

1. Schrerpbier R., Ottmani S., Pio A., Ait-Haled N., Gouv S., Kole P., Raviglione M. The Practical Approach to Lung Health. A primary health care strategy for the integrated management of respiratory diseases. – Geneva, WHO. – 2002. – 57 p.
2. Леценко И.В., Эсаулова Н.А. Основные положения международных клинических рекомендаций по диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких // Пульмонология. – 2003. – №5. – С. 101–111.
3. Руководство по ведению больных с болезнями органов дыхания на основе стратегии PAL ВОЗ. – Бишкек: Илим, 2005. – 159 с.
4. Сооронбаев Т.М., Миррахимов М.М. Диагностика и лечение хронической обструктивной болезни легких // Респираторная медицина. – 2007. – №1. – С. 24–28.
5. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. NHLBI/WHO Workshop report. – Bethesda: National Heart, Lung and Blood Institute, update 2003. – 100 p.
6. Halbert R., Isonaka S. International Primary Care Respiratory Group (IPCG) Guidelines: Integrating diagnostic guidelines for managing chronic respiratory diseases in primary care// Primary Care Respir. J. – 2006. – Vol. 15. – №1. – P. 13-19.
7. Postma D.S., Siafakas N.M. Management of chronic obstructive pulmonary disease. Eur. Respir. Monograph: Eur. Respir. Society, 1998. – 302 p.