

---

## РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

В.А. Лопухова, И.В. Тарасенко

Кафедра клинической фармакологии и интенсивной терапии  
Волгоградский государственный медицинский университет  
*пл. Павших Борцов, 1, Волгоград, Россия, 400131*

В статье представлены особенности фармакотерапии больных бронхиальной астмой (БА) и хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в амбулаторных и стационарных условиях на уровне региона. Результаты исследования позволили получить новые данные о качестве фармакотерапии и оценить эффективность медицинской помощи.

**Ключевые слова:** АТС/DDD методология, бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких, лекарственные средства.

Основной областью практического применения АТС/DDD методологии является стандартизированное представление статистических данных о потреблении лекарственных средств (ЛС). Госпитализация больных в стационар косвенно указывает на недостаточную эффективность фармакотерапии [2]. В этой связи весьма актуальным является проведение методологически корректных исследований потребления ЛС [1], которые позволят идентифицировать основные недостатки и ошибки в амбулаторной терапии БА и ХОБЛ [5, 6] и получить объективные данные о существующей реальной практике применения ЛС в различных лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) региона.

**Цель работы:** установить особенности назначения ЛС в амбулаторных условиях у больных БА и ХОБЛ, госпитализированных в пульмонологические отделения стационаров различного уровня по поводу обострения, и оценить характер фармакотерапии, рекомендованной при выписке для амбулаторного лечения.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 216 больных ХОБЛ II—IV стадий, и 234 больных БА средней степени тяжести, находившихся на лечении в пульмонологических отделениях стационаров различного уровня Курского региона в 2009 г. Для этого были проанализированы данные около 5000 пациентов. Больные с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, существенно влиявшими на характер течения заболевания и проводимую фармакотерапию, в исследование не включались. При анализе учитывались сведения о продолжительности заболевания, частоте симптомов, суточной потребности в ингаляционных бронхолитиках и характере предшествующей терапии. Исходя из полученных данных, была проведена количественная и качественная оценка потребления ЛС [3]. Интенсивность назначения отдельных препаратов в амбулаторной практике оценивалась согласно утвержденной ВОЗ методологии по величине установленных суточных доз (DDD) на 100 пациентов. При рассмотрении использования ЛС больными в условиях стационара применялась величина DDD на 100 койко-дней [6].

**Результаты исследования и их обсуждение.** У больных БА, включенных в исследование, наиболее часто в амбулаторной практике назначались салбу-

тамол (52%), фенотерол (38%), беклометазон дипропионат (29,7%), флутиказон (16%), аминофиллин (таб.) — 12%. При этом, 11% пациентов не получали ЛС для базисной терапии БА, а у 3% больных не были назначены бронхолитики.

Кроме того, использование фармакоэпидемиологического анализа позволило выявить наиболее интенсивно назначаемые ЛС: сальбутамол (38,5 DDD/100 больных), различные генерики беклометазона дипропионата (32,3 DDD/100 больных); несколько реже больные получали фенотерол (24,1 DDD/100 больных), флутиказон (21,3 DDD/100 больных). При этом комбинированные препараты (иГКС и длительно действующие  $\beta_2$ -адреномиметики) назначались с интенсивностью менее 10 DDD/100 больных. Таким образом, несмотря на рациональное, в основном, использование клинико-фармакологических групп препаратов, применяемых для лечения БА, их дозы были недостаточными для адекватной терапии. Анализ эффективности рекомендаций при выписке из пульмонологических отделений для амбулаторной терапии позволил установить практически полный отказ от использования метилксантинов и кетотифена, а также назначение в качестве базисной терапии преимущественно комбинированных препаратов (симбикорт, серетид) в дозах, обеспечивающих контроль над заболеванием, которые применялись с частотой 90%. При этом системные глюкокортикостероиды (ГКС) в виде монотерапии не назначались, а применялись в сочетании с серетидом/симбикортом, что позволило снизить дозу системных ЛС.

При анализе данных 216 больных ХОБЛ, включенных в исследование, средний возраст пациентов составил  $52,7 \pm 12,3$  лет, среди которых преобладали мужчины (76,4%). Средняя длительность заболевания к моменту включения в исследование составила  $15,6 \pm 6,3$  лет. В ходе проведенного исследования установлено, что пациенты при обострении ХОБЛ до госпитализации и без консультации с лечащим врачом самостоятельно (в 24,8% случаев) применяли антибактериальные препараты (АБП), и значительная часть данных ЛС не соответствовала требованиям доказательной медицины. При этом в стационарных условиях обращает на себя внимание различия в подходах к назначению АБП. Так, в стационаре областного уровня наибольшую частоту применения составили препараты из группы цефалоспоринов, которые получали 78% от всех больных с обострением ХОБЛ, получавших АБП. В городской больнице цефалоспорины и фторхинолоны назначались с равной частотой. При анализе назначений, с позиций доказательной медицины, доля адекватных назначений в письменных индивидуальных планах лечения при выписке из стационара оказалась в 1,6—2,5 раза выше, чем до их составления. Таким образом, врачи специализированного пульмонологического отделения более грамотно подходили к выбору ЛС для терапии больных БА и ХОБЛ. Кроме этого, в 2009 г. по сравнению с 2004 г. отмечается достоверное увеличение назначения при выписке комбинированных препаратов (серетид/симбикорт).

На наш взгляд, полученные результаты диктуют необходимость проведения клинико-экономических и фармакоэпидемиологических исследований, которые должны стать неотъемлемой частью повседневной реальной клинической практики для повышения качества оказания медицинской помощи больным БА и ХОБЛ.

## ЛИТЕРАТУРА

- [1] *Дьяченко С.В., Слободенюк Е.В.* Стратегия повышения эффективности функционирования системы обращения лекарственных препаратов // Вестник Росздравнадзора. — 2009. — № 2. — С. 64—68.
- [2] *Фокин А.А., Рачина С.А., Козлов С.Н.* Исследования использования лекарственных средств: методология проведения и перспективы практического применения в России // Клиническая фармакология и терапия. — 2009. — № 1. — С. 86—92.
- [3] About ATC/DDD system. Oslo: World Health Organization Collaborating Center for Drug Statistics Methodology // [http:// www.whocc.no/atcddd](http://www.whocc.no/atcddd)
- [4] *Langsetmo L., Platt R.W., Ernst P., Bourbeau J.* Underreporting exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease in a longitudinal cohort // Amer. J. Crit. Care Med. — 2008. — 177 (4). — P. 396—401.
- [5] *Mc Ghan R., Radcliff T., Fish R. Et al.* Predictors of rehospitalisation and death after a severe exacerbation of COPD // Chest. — 2007. — 132 (6). — P. 1748—1755.
- [6] World Health Organization. Introduction to Drug Utilization Research. — Oslo, Norway, 2003. — P. 1—47.

## REGIONAL PHARMACOTHERAPY FEATURES OF A BRONCHIAL ASTHMA AND CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

**V.A. Lopukhova, I.V. Tarasenko**

department for clinical pharmacology and intensive therapy  
Volograd state medical university  
*Pavshikh Bortsov Sq., 1, Volgograd, Russia, 400131*

In article region features of pharmacotherapy patients with a bronchial asthma and chronic obstructive pulmonary disease in out-patient and stationary departments are presented. The received results were revealed by new data about quality of pharmacotherapy and to estimate efficiency of medical aid.

**Key words:** ATC/DDD methodology, bronchial asthma, chronic obstructive pulmonary disease, medications.