


№1 ^{Том 7}
2019

Фармакоэкономика

теория и практика



ФЭП

Pharmacoeconomics
theory and practice

№1 ^{Volume 7}
2019

- СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОЛОГИИ КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ (ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОЙ) ОЦЕНКИ СОГЛАСНО ИСХОДНОЙ (ОТ 28.08.2014) И ДЕЙСТВУЮЩЕЙ (ОТ 29.10.2018) РЕДАКЦИИ ПОСТАНОВЛЕНИЯ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ № 871
- МАТЕРИАЛЫ XIV НАЦИОНАЛЬНОГО КОНГРЕССА С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «РАЗВИТИЕ ФАРМАКОЭКОНОМИКИ И ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ – «ФАРМАКОЭКОНОМИКА 2019» 2 – 3 АПРЕЛЯ 2019, Г.САМАРА

АНАЛИЗ РЕАЛЬНОЙ ПРАКТИКИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

REAL PRACTICE OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE EXACERBATION PHARMACOTHERAPY IN HOSPITAL

Левитан А.И., Бабаев В.Д., Абдурахманов А.К., Мусаева З.Т., Решетько О.В.
Levitan A.I., Babaev V.D., Abdurachmanov A.K., Musaeva Z.T., Reshetko O.V.

Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского, г. Саратов, Россия
Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky, Saratov, Russia

DOI: <https://doi.org/10.30809/phe.1.2019.25>

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, фармакоэпидемиология.

Цель исследования: провести фармакоэпидемиологический анализ лекарственных средств, назначаемых для лечения обострений хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) в рамках оказания специализированной медицинской помощи в стационаре в реальной клинической практике и оценить соответствие назначений современным рекомендациям (Рекомендации Глобальной стратегии диагностики лечения и профилактики Хронической Обструктивной Болезни Легких (GOLD, 2014) и клиническим рекомендациям по ХОБЛ Российского респираторного общества 2016).

Материалы и методы: Проведено ретроспективное фармакоэпидемиологическое исследование, основанное на анализе 62 медицинских карт стационарных больных специализированного отделения многопрофильной больницы г. Саратова, находившихся на лечении в период с июля 2018 г по октябрь 2018 г с диагнозом «ХОБЛ, обострение». Код по МКБ-10 - J44.1. На каждый случай заполнялась специально разработанная индивидуальная регистрационная карта. Собранные данные обрабатывались с помощью компьютерной программы Excel для Windows 10.

Результаты. Среди 62 пациентов с ХОБЛ было 98,4% мужчин и 1,6% - женщин. Средний возраст больных - $63,6 \pm 6,1$ лет. Количество проведенных койко-дней составило $7,8 \pm 1,3$, что соответствует клиническим рекомендациям. На момент госпитализации группу инвалидности имели 23,4%, а лист нетрудоспособности понадобился 27,4% больным. Легкое течение ХОБЛ было определено у 1,6% пациентов, среднее - 9,7%, тяжелое - 27,4%, крайне тяжелое - 61,3%. По степени тяжести обострения ХОБЛ больные распределились следующим образом: легкое обострение - 0,3%, среднее - 31,9%, тяжелое - 67,8%.

Ингаляционные бронходилататоры были использованы в 100% случаев. Ингаляционные бронходилататоры короткого действия (БХКД) - были назначены 11,3% пациентам, ингаляционные бронходилататоры длительного действия (БХДД) - 29,0%, БХКД + БХДД - 59,7%. Таким образом, БХКД были прописаны только 71% больных. Однако эти лекарственные средства являются основным звеном терапии обострений ХОБЛ (уровень доказательности А, 1++) и должны применяться. Назначения БХКД были представлены салбутамолом в 13,0% случаев и комбинацией фенотерола и ипратропия бромидом - 58%. Эффективность β_2 -агонистов и ипратропия при обострении ХОБЛ примерно одинакова [уровень доказательности В, 2+].

Длительнодействующие бронхолитики (БХДД) использовались у

88,7% больных. Структура назначений БХДД: антихолинергические препараты длительного действия (ДДАХ) в 45,4% случаев (тиотропия бромидом - 30,9%, гликопиррония бромидом - 14,5%), β_2 -агонисты длительного действия (ДДАБ) - 19,9% (индакатерол - 14,5%, формотерол - 5,4%), ДДАХ+ДДАБ - 34,5% (тиотропия бромид+индакатерол - 20%, гликопиррония бромид+индакатерол - 5,4%, титотропия бромид+формотерол - 5,4%, гликопиррония бромид+формотерол - 3,7%).

В стационаре 17,7% пациентам проводилась терапия системными глюкокортикостероидами (ГКС). Средняя доза преднизолона составила $25,4 \pm 6,7$ мг в день. Средняя продолжительность терапии ГКС была $7,5 \pm 1,1$ дней. Согласно рекомендациям курс терапии пероральным преднизолоном в дозе 30-40 мг/сут составляет 7 дней [уровень доказательности В, 2+]. Более безопасной альтернативой системным ГКС при обострении ХОБЛ являются ингаляционные ГКС [уровень доказательности В, 2+], которые были использованы у 75,8% больных. Структура назначенных ингаляционных ГКС: будесонид в 89,3% случаев, беклометазон - 4,3%, мометазон - 6,4%.

43,5% пациентов получали антибактериальные препараты, у всех из них отмечалось наличие гнойной мокроты, в связи с чем данная терапия была показана. Микробиологическое исследование мокроты никому из пациентов не проводилось. Структура предписанных антибактериальных средств: фторхинолоны - 48,2% больных (44,5% - левофлоксацин, 3,7% - цiproфлоксацин), цефалоспорины - 40,7% (цефоперазон/сульбактам - 25,9%, цефтазолин - 7,4% и по 3,7% назначений пришлось на цефуросим, цефотаксим), макролиды (азитромицин) - 11,1%. Согласно рекомендациям макролиды, цефалоспорины и респираторные фторхинолоны являются препаратами выбора у данной группы пациентов. Препараты с антисинегнойной активностью (цефоперазон/сульбактам и цiproфлоксацин) применялись у больных с крайне тяжелым течением ХОБЛ, что тоже соответствует современным рекомендациям. На фоне проводимой антибактериальной терапии у всех пациентов отмечалось улучшение состояния в виде уменьшения выделения гнойной мокроты.

82,2% пациентов получали терапию муколитическим препаратом амброксолом. Данные о доказанной эффективности этого препарата при обострении ХОБЛ отсутствуют.

Заключение. В целом стационарная практика фармакотерапии обострений ХОБЛ по данным ретроспективного фармакоэпидемиологического анализа соответствует современным клиническим рекомендациям. Однако необходимо отметить недостаточную частоту рекомендаций по использованию БХКД по требованию.