

УДК616.24-07:616-053.9

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ

Малыхин Ф. Т.

ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь, Россия (355017, Ставрополь, ул. Мира, 310), e-mail: fmalykhin@yandex.ru

С учетом федерального «Стандарта медицинской помощи при обострении хронической обструктивной болезни легких (при оказании специализированной помощи)» проведены систематизации и стратификации клинических и лабораторно-инструментальных методов исследования, применяемых в диагностике хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Для этого на основе проведенного анализа 672 историй болезни пациентов гериатрического отделения в возрасте 60 лет и старше изучена сложившаяся практика диагностики ХОБЛ у пожилых больных в стационаре. Определены особенности применения врачами стационаров терапевтического профиля ряда лабораторно-инструментальных методов исследования у пожилых больных ХОБЛ в связи с наличием возрастных изменений у пациентов. Это вызвало необходимость внесения корректив в стандартизацию клинического мышления и стандарт по данной нозологии на региональном уровне.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, пожилые больные, алгоритм диагностики.

IMPROVEMENT OF THE CLINICAL-DIAGNOSTIC PROCESS IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN ELDERLY PATIENTS

Malykhin F. T.

Stavropol state medical University, Stavropol, Russia (355017, Stavropol, Mira str., 310), e-mail: fmalykhin@yandex.ru

With the regard to «Federal Standard of medical care due to exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (when rendering specialized assistance)» the systematization and stratification of clinical, laboratory and instrumental methods of investigation used in the diagnostics of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) were carried out. For this purpose we studied existing practice of diagnostics of COPD in elderly patients at the hospital on the basis of analysis of 672 case histories of patients aged 60 years and older at geriatric department of the hospital. Peculiarities of application by the doctors of the hospital of the therapeutic profile of a number of laboratory and instrumental methods of research in elderly patients with COPD in connection with the presence of age-related changes in patients were determined. This caused the necessity to make adjustments to the standartization of clinical thinking and standard for this disease at the regional level.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, elderly patients, algorithm of diagnostics

Введение

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является ведущей причиной болезненности и смертности во всем мире [7]. Ведение пациентов с ХОБЛ происходит по 2 основным направлениям – осуществление образовательных (профилактических) программ и медикаментозное лечение. Профилактика включает в себя дифференцированную помощь по отказу от наиболее значимого фактора риска возникновения заболевания – курения, с учетом его интенсивности, степени табачной зависимости и готовности пациента освободиться от нее [7]. Воздействие табачного дыма происходит на фоне процесса старения человека, не являющегося самого по себе заболеванием, однако, создающего анатомо-физиологические предпосылки для возникновения хронической патологии [2]. Несмотря на то, что ХОБЛ относится к наиболее распространенным заболеваниям, в России имеется разница на

порядок между оценочными данными и количеством зарегистрированных больных. Наличие ее свидетельствует о недостаточной диагностике ХОБЛ, связанной с не всегда адекватными степенью подготовленности медицинского персонала и уровнем медицинской культуры населения. Указанные факторы способствуют поздней диагностике патологии – в стадии развития осложнений, плохо поддающихся терапии. Это связано с поздней обращаемостью пациентов за медицинской помощью, когда к привычному для курильщика кашлю присоединяется одышка, значительно снижающая качество жизни больных [3]. Профилактическое направление, несмотря на его приоритетность, модифицируемость факторов риска, к сожалению, у пациентов старших возрастных групп зачастую не достигает желаемой эффективности. В связи с этим сложно говорить о реальном влиянии профилактических мероприятий на дальнейшее течение ХОБЛ и развитие ее осложнений, исход заболевания. С учетом изложенного, актуальными проблемами, в том числе в гериатрии, являются системная оценка ХОБЛ и разработка методологических подходов к оптимизации процесса диагностики и лечения этой социально значимой патологии [1].

Целью исследования стало выявление основных этапов комплексной и системной диагностики ХОБЛ у пациентов в возрасте от 60 лет.

Материалы и методы исследования

Проведены стратификация и систематизация применяемых в достаточно сложном в методическом и методологическом отношении диагностическом процессе клинических и лабораторно-инструментальных методов исследования. Для этого, с учетом федерального «Стандарта медицинской помощи при обострении хронической обструктивной болезни легких (при оказании специализированной помощи)»[5], проведен анализ 672 историй болезни пациентов гериатрического отделения МБУЗ «Городская клиническая больница № 3 г. Ставрополя» (ГКБ № 3) в возрасте 60 лет и старше и изучены результаты внешней экспертизы карт стационарных больных.

Результаты исследования и их обсуждение

Следует отметить, что в стандарте четко изложен порядок ведения клинико-диагностического процесса на этапе специализированной помощи. Установлено, что принципы действующего руководящего документа активно прослеживаются в изученных медицинских картах. Вместе с тем, выявлены определенные особенности применения его у пожилых больных. При анализе результатов внешней экспертизы качества медицинской помощи в ГКБ №3 за 2011–2012 гг. установлено, что если при экспертизе по отделениям терапевтического профиля количество историй болезни с дефектами в отдельных случаях доходило до 56,4 %, то по гериатрическому отделению оно не превышало 32,6 %. Экспертом отмечены обоснованные дефекты карт стационарного больного, касавшиеся как

физикального, так и лабораторно-инструментальных обследований, необоснованного назначения медикаментов, неполных рекомендаций на амбулаторный этап лечения. Проведенная критическая оценка этапности диагностики и лечения, принятия решений о путях их выполнения в указанной возрастной группе позволила четко алгоритмизировать действия, разделить их на отдельные шаги.

При системном подходе к диагностическому процессу при ХОБЛ, по нашему мнению, следует выделить 5 этапов. На **первом** из них проводится изучение жалоб пациента (наличие кашля, его продуктивности и/или одышки) и их детализация. Оптимального выявления проявлений заболевания на стадии «малых» признаков болезни удавалось достигнуть у женщин (95 % обследованных). Дополнительно больных могут беспокоить усталость, угнетенное или тревожное состояние, анорексия со снижением массы тела, кашлевые обмороки и переломы ребер, проявления хронического легочного сердца (ХЛС). В качестве обязательного компонента этапа включается выявление в анамнезе факторов риска ХОБЛ (прежде всего, курения с подсчетом индекса курящего человека, оценки запыленности воздуха рабочей зоны или задымленности жилища, профессиональных факторов, простудных и аллергических заболеваний). Следует отметить, что активное курение у мужчин отмечено более чем в 90 % случаев, у женщин активное и пассивное – не менее 25,5 %. Как правило, табакокурение продолжалось не менее 20 лет, от 20 сигарет в день, индекс курящего человека превышал 200 [2]. Для проведения интегративной оценки симптомов применялись вопросник mMRC и тест оценки ХОБЛ (CAT). О высоком уровне выраженности симптомов говорили количество баллов от 10 по шкале CAT (предпочтительнее) и не менее чем 2 степень по шкале mMRC. Особое значение данному этапу придают «свыкание» пациентов, особенно курильщиков, имеющих большой стаж привычной интоксикации, с проявлениями ХОБЛ, недостаточное внимание врачей к ним, а порой и нехватка у медицинских работников специальных знаний.

Субъективное отражение проходящих в организме процессов помогает дать правильное направление объективному исследованию, происходящему на **втором этапе**. Ведущими проявлениями заболевания при физикальном исследовании следует считать обнаружение признаков, свидетельствующих о наличии хронического бронхита и эмфиземы легких. На поздних стадиях к ним могут присоединяться системные проявления ХОБЛ (кахексия, дисфункция скелетных мышц, остеопороз, анемия, сердечно-сосудистые эффекты – проявления атеросклероза коронарных и мозговых сосудов) и симптомы ХЛС. Особое внимание следует уделять появлению клинических признаков острой дыхательной недостаточности.

На **третьем этапе** выполняются лабораторные исследования, являющиеся индикаторами хронического поражения легких. Ведущее значение сохраняют клинический анализ крови (для выявления признаков воспаления, полицитемии или, наоборот, анемии), исследования мокроты – цитологическое (для уточнения характера патологического процесса и его выраженности) и бактериологическое (при инфекционном обострении ХОБЛ, особенно при неэффективности эмпирической терапии). Последнее помогает уточнить как характер микрофлоры, так и чувствительность ее к антибактериальным средствам, что имеет не только тактическое, но и прогностическое значение. Важность данного исследования связана с высокой частотой обнаружения в мокроте у пожилых пациентов энтеробактерий (21,8 %) и микробных ассоциаций (до 11 %), компоненты которых воздействуют на мерцательный эпителий бронхов и, как следствие, на их дренажную функцию. Кроме того, значимость изучения антибиотикограммы, в том числе в отношении *P. aeruginosa* (встречается в 2,4 %), высока с учетом возможности формирования биоплёнок, обуславливающих клиническую неэффективность антибактериальной терапии за счет малой досягаемости в этих структурах микроорганизмов к действию противомикробных препаратов.

Использование полученных ориентиров позволяет на **четвертом этапе** перейти к комплексу дополнительных методов исследования: ведущего в диагностике ХОБЛ метода спирографии в динамике с функциональными пробами (патогномичный метод, «золотой стандарт»), рентгенологическим исследованиям, электрокардиографии и пульсоксиметрии. Очевидно, что бронходилатационные пробы при спирографии у пожилых пациентов, имеющих, помимо ХОБЛ, в среднем 5–7 сопутствующих заболеваний, предпочтительнее провокационных, указанных в анализируемом стандарте. В связи с этим представляется предпочтительной формулировка об исследовании дыхательных объемов **с лекарственными препаратами**, примененная в стандарте по оказанию первичной медицинской помощи при обострении ХОБЛ, которая дает врачу большую свободу действий [6]. Особую значимость этому изложению формулы обследования придает то, что у всех пациентов пожилого возраста ХОБЛ сочеталась с патологией сердечно-сосудистой системы – ишемической болезнью сердца (ИБС: стенокардия напряжения II–III функциональных классов, кардиосклероз постинфарктный, сердечная недостаточность – СН), гипертонической болезнью II–III стадий (ГБ), миокардиодистрофиями, нарушениями ритма сердца (НРС). С учетом рисков ухудшения течения заболеваний, практически во всех проанализированных историях приведены пробы с бронходилататорами. Оптимальным при этом исследовании представляется обусловленное соотношением рецепторов у пациентов изучаемой возрастной группы применение комбинированных препаратов, сочетающих эффекты М-холинолитиков и β_2 -агонистов [4]. Наличие изменений показателей спирограммы позволяет уточнить

степень тяжести ХОБЛ. Следует помнить о возможном снижении качества исследования функции внешнего дыхания (ФВД) за счет достаточно часто встречающихся у пожилых пациентов когнитивных нарушений. В связи с этим особое значение в качестве диагностического метода при даемоксиметрии, которая приобретает у пожилых пациентов существенное прогностическое значение, проста и доступна в исполнении (проведение ее, в отличие от спирографии, не требует активного участия больного). Оксиметрия может быть рекомендована в качестве скринингового метода для определения показаний (при зарегистрированной SaO_2 менее 92 %) к проведению исследования парциального содержания газов крови (PaO_2). Кроме того, при данном уровне сатурации следует рассмотреть потребность пациента в проведении стационарного лечения, с учетом того, что достижение уровня показателя SaO_2 в 90–93 % является целевым значением проводимой кислородотерапии. По показаниям может появиться необходимость во вспомогательных для данной ситуации бронхоскопии (уточнение диагноза, в том числе на следующем этапе) и не включенной в стандарт специализированной помощи эхокардиографии (развитие легочного сердца).

На итоговом **пятом этапе** проводится дифференциальная диагностика ХОБЛ с синдромно сходными заболеваниями, прежде всего с сердечной недостаточностью, бронхиальной астмой, бронхоэктатической болезнью и туберкулезом. С учетом практически 100 %-ной полиморбидности пожилых пациентов, следует учитывать возможность сочетанной патологии синдромно сходных заболеваний. В качестве показаний к госпитализации для обследования больного и/или лечения обострения ХОБЛ следует рассматривать значительное увеличение интенсивности имеющихся проявлений заболевания (например, внезапное развитие одышки в покое) и появление новых (отеки конечностей, диффузный цианоз), частые обострения заболевания, невозможность купировать обострение ХОБЛ обычно используемыми для этого лекарственными средствами, что свидетельствует о тяжести течения патологии, наличие серьезных сопутствующих заболеваний (ИБС, ГБ, НРС, особенно недавно развившиеся) и осложнений (ХЛС), пожилой возраст пациентов, невозможность организации адекватной помощи больному в домашних условиях.

Параллельно с диагностическим процессом, для реализации мер профилактической направленности предлагаем дифференцировать используемые методики по отношению к различным клиническим группам: 1) практически здоровые лица с **наличием** поведенческих (курение) и/или производственных (запыленность) факторов риска; 2) лица с **выявленными** факторами риска развития ХОБЛ; 3) пациенты с установленным диагнозом ХОБЛ; 4) группа пациентов с наличием осложнений данной патологии. Профилактические меры направляются на гигиеническую коррекцию поведенческих и/или производственных

факторов риска, формирование здорового образа жизни. При этом следует учитывать, что первые две группы среди пожилых людей практически не встречаются. В связи с приведенными данными, главной целью должно стать обоснование целесообразности устранения курения пациентов даже в пожилом возрасте и при наличии выраженной патологии дыхания, на борьбу с бытующим утверждением об опасности такого шага при большом стаже привычной интоксикации.

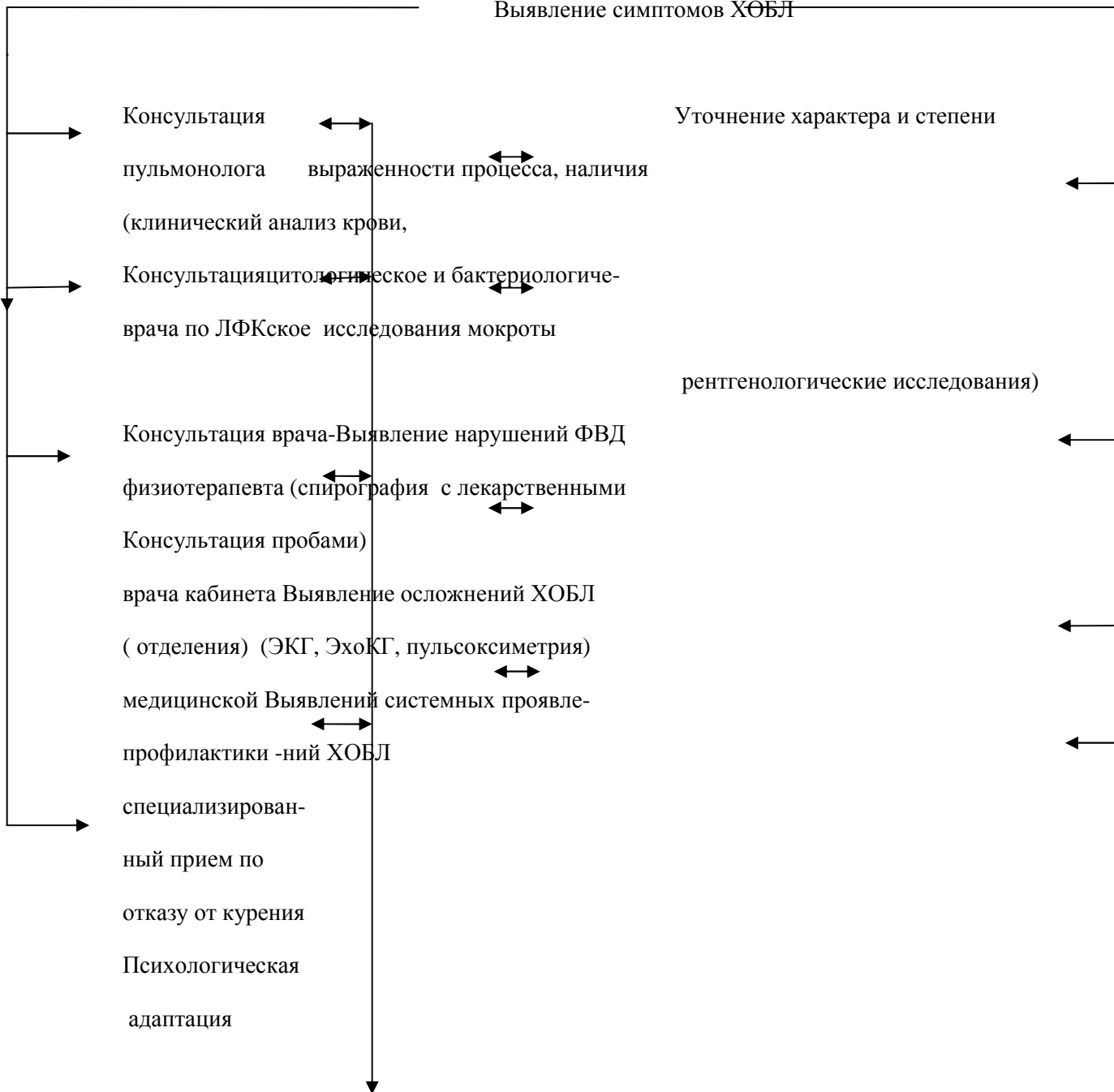
С учетом изложенного, разработан и внедрен в практику работы городской гериатрической службы алгоритм комплексной системной диагностики (клинический путь) больного с хронической обструктивной болезнью легких на амбулаторном этапе (Схема 1).

Использование диагностического алгоритма позволило повысить внимание врачей первичного и стационарного звеньев здравоохранения к данной патологии и улучшить ее выявляемость у пациентов старших возрастных групп.

Схема 1. Клинический путь пациента с ХОБЛ (алгоритм комплексной системной диагностики ХОБЛ)

Первичный прием у участкового терапевта
или врача общей практики (сбор жалоб и анамнеза,
проведение физикальных исследований)

↓
Выявление симптомов ХОБЛ



Повторный прием у участкового терапевта или врача
общей практики (формирование клинического
диагноза, проведение дифференциальной диагностики
и лечения, динамическое наблюдение за больным,

вторичная профилактика ХОБЛ)

Заключение

Таким образом, сложившаяся практика диагностики ХОБЛ у пожилых больных в стационаре в связи с наличием возрастных особенностей пациентов не в полной соответствует федеральному стандарту, что вызвало необходимость внесения корректив в стандартизацию клинического мышления и стандарт по данной нозологии на региональном уровне. Базирующиеся на проведенном анализе рекомендации имеют своей целью обеспечить врачей методическими путями к выявлению факторов риска с целью их устранения, системному подходу к обследованию пожилых пациентов и своевременной диагностике ХОБЛ, что имеет особое значение в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье», а также программы модернизации здравоохранения.

Список литературы

1. Батурин В. А., Позднякова О. Ю. Особенности клинических проявлений хронической обструктивной болезни легких в зависимости от возраста // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2011. – №1(21). – С. 7-9.
2. Малыхин Ф. Т. Изучение значения распространенности курения среди пожилых больных хроническими заболеваниями легких для показателей функции внешнего дыхания // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2012. – Т.14, №5(2). – С. 561-563.
3. Малыхин Ф. Т. Качество жизни пациентов пожилого и старческого возраста с хроническим обструктивным бронхитом в стадии обострения // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2011. – №1(21). – С. 4-6.
4. Малыхин Ф. Т. Показатели β -адренорецепции у пожилых больных с обострением хронического обструктивного бронхита // Вестник РУДН. – 2012. – № 1. – С. 43-45.
5. Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с хронической обструктивной болезнью легких (при оказании специализированной помощи). Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 11 мая 2007 г. № 327. – URL: <http://www.garant.ru>. Информационно-правовое обеспечение «Прайм»doc /4084670 (дата обращения 22.07.2012).
6. Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при обострении хронической обструктивной болезни легких. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 5 февраля 2013 г. – URL: <http://www.gosminzdrav.ru> (дата обращения 22.02.2013).

7. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for Diagnosis, Management, and Prevention of COPD. Updated 2013. – 76p. – URL: <http://www.goldcopd.org> (дата обращения 2.03.2013).

Рецензенты:

Колодийчук Елена Владимировна, д-р мед. наук, профессор, главный врач «Центра клинической фармакологии и фармакотерапии», г. Ставрополь.

Уханова Ольга Петровна, д-р мед. наук, заведующая отделением аллергологии и иммунологии ГУЗ «Ставропольский краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи», г. Ставрополь.