

<https://doi.org/10.29296/25877305-2020-07-13>

Хроническая обструктивная болезнь легких: оценка знаний врачей терапевтического профиля. Итоги исследования ASCO-II

Р.А. Бонцевич¹, кандидат медицинских наук,
А.С. Шершнева¹, Я.Р. Вовк¹, Т.С. Филиниченко¹,
Г.Г. Прозорова², доктор медицинских наук,
А.А. Кириченко³, доктор медицинских наук, профессор,
Е.Ю. Эбзеева³, кандидат медицинских наук,
О.Г. Компаниец⁴, кандидат медицинских наук,
В.А. Невзорова⁵, доктор медицинских наук, профессор,
И.М. Мартыненко⁵, кандидат медицинских наук,
Г.Г. Кетова⁶, доктор медицинских наук, профессор,
В.О. Барышева⁶, кандидат медицинских наук,
Е.В. Лучинина⁷, кандидат медицинских наук,
И.П. Галкина⁸, кандидат медицинских наук,
М.Л. Максимов⁹, доктор медицинских наук,
Е.В. Мироненко¹⁰, кандидат медицинских наук,

¹Белгородский государственный национальный исследовательский университет; ²Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко; ³Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва; ⁴Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар; ⁵Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток; ⁶Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск; ⁷Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского; ⁸Поликлиника №6, Смоленск; ⁹Казанская государственная медицинская академия – филиал Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования; ¹⁰Днепропетровская медицинская академия (государственное учреждение), Днепр, Украина
E-mail: bontsevich_roman@mail.ru

Цель работы – определение уровня базовых знаний врачей терапевтического профиля в вопросах ведения пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материал и методы. В данном исследовании представлен анализ анонимного многоцентрового опроса в рамках проекта ASCO по вопросам ведения пациентов с ХОБЛ.

Результаты. Проведенное исследование выявило недостаточно высокий уровень знаний врачей в области ведения пациентов с ХОБЛ. Самые низкие результаты респонденты показали при ответе на следующие вопросы: выбрать лабораторные и инструментальные показатели, свидетельствующие о выраженной симптоматике ХОБЛ; указать препараты для базисной терапии ХОБЛ с выраженной симптоматикой и высоким риском обострений; выбрать клиническую группу (тип) ХОБЛ для следующих критериев: объем форсированного выдоха за 1-ю секунду =60%, 1 обострение за год, mMRC-1, CAT-9 и выбрать подходящее утверждения, касающееся лечения/контроля ХОБЛ.

Заключение. В ходе анализа результатов исследования был выявлен недостаточный уровень базовых знаний специалистов по ХОБЛ, что, по мнению авторов, обуславливает необходимость проведения дополнительных образовательных мероприятий в данном направлении среди практикующих врачей.

Ключевые слова: анкетирование, пульмонология, хроническая обструктивная болезнь легких, врачи, уровень знаний, фармакоэпидемиология.

Для цитирования: Бонцевич Р.А., Шершнева А.С., Вовк Я.Р. и др. Хроническая обструктивная болезнь легких: оценка знаний врачей терапевтического профиля. Итоги исследования ASCO-II. Врач. 2020; 31 (7): 68–74. <https://doi.org/10.29296/25877305-2020-07-13>

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), согласно определению Глобальной стратегии диагностики, лечения и профилактики ХОБЛ GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease), – это распространенное заболевание, характеризующееся персистирующими респираторными симптомами и ограничением скорости воздушного потока из-за бронхиальных и (или) альвеолярных нарушений, вызванных повреждающим воздействием твердых частиц и газов [1, 2].

Ежегодно от этой патологии умирают около 2,8 млн человек. По данным ВОЗ, ХОБЛ занимает 3-е место в структуре общемировой смертности после сердечно-сосудистых заболеваний [1, 3].

В настоящее время ХОБЛ является острой общемировой проблемой. Распространенность данной патологии среди людей среднего возраста варьирует от 10,1 до 15,8%, в том числе для мужчин – 11,8%, для женщин – 8,5% [4]. Заболеваемость ХОБЛ в разных странах мира выглядит следующим образом: 8,2% – в Китае, 10,9% – в Японии, 19,6% – в США, 26,1% – в Австралии [1, 4, 5]. В Европе летальность от ХОБЛ варьирует – от 0,2 на 100 тыс. населения (Греция, Швеция, Исландия, Норвегия) и до 80 на 100 тыс. населения в Румынии [6].

Согласно опубликованному поперечному популяционному эпидемиологическому исследованию, проведенному в 12 регионах России в рамках программы GARD, распространенность ХОБЛ среди лиц с респираторными симптомами составляет 21,8%, а в общей популяции – 15,3% [7].

Однако ХОБЛ – заболевание, которое можно предотвратить и эффективно лечить.

Цель исследования: определение уровня базовых знаний врачей терапевтического профиля в вопросах ведения пациентов с ХОБЛ при помощи метода анонимного анкетирования.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Данное анкетирование проводилось в рамках мультицентрового исследования Assessment of Senior Medical Students (Physicians) in the Field of COPD (ASCO), начатого в 2015 г. Второй этап (ASCO-II) стартовал в 2017 г. и проходил в 11 регионах России и Украины (Белгородская, Воронежская, Московская, Челябинская, Саратовская, Смоленская, Липецкая, Днепропетровская области, Краснодарский край, Приморский край; республика Татарстан) [8].

В данном исследовании применялся метод анонимного анкетирования, для чего была разработана оригинальная анкета, основанная на актуальных клинических рекомендациях (GOLD, 2017) [1].

С целью получения наиболее независимых результатов, без влияния фактора оценки, врачи указывали только свою специальность, стаж работы и возраст, первичным или вторичным также является заполнение представленной анкеты.

Во время проведения исследования права человека не нарушались, этические принципы Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации были соблюдены.

Оригинальная анкета состояла из вопросов, касающихся базовых аспектов ХОБЛ. Респондентам необходимо было выбрать единственный верный ответ из предложенных вариантов. За это респонденту начислялся 1 балл. За частично верный ответ (наряду с верным давался и ошибочный вариант) респондент получал 0,5 балла, за неверный – 0 баллов. Таким образом, при всех правильных ответах максимальный средний балл составлял 1,0. Оценивались средние значения каждого респондента, среднее значение по отдельным вопросам, среднее значение по центрам (городам) и по всей анкете. Также анализировались закономерности ответов на отдельно взятые вопросы; допускались статистически несистемные пропуски на ответы. Среднее значение совокупности верных, частично верных и неверных ответов характеризовалась как средний уровень полноты ответов на вопрос, эквивалентное понятие – как средний уровень правильности ответа (СПО).

Вся полученная в ходе исследования информация была обработана, внесена в электронную базу данных и проанализирована с помощью прикладных программ Microsoft Excel и IBM SPSS Statistics 26. Номинальные переменные обрабатывались на основании анализа произвольных таблиц сопряженности с использованием критерия χ^2 . Значимость различий фиксировалась при уровне двустороннего $p < 0,05$. Для оценки силы связи между категориальными признаками был использован критерий V Крамера. Для сравнения усредненных количественных данных исследуемых центров был использован непараметрический аналог дисперсионного анализа – критерий Краскела–Уоллиса (значимость различий фиксировалась при уровне двустороннего $p < 0,05$ с учетом поправки Бонферрони на множественность сравнений).

Для корректного подсчета статистической значимости, принимая во внимание условия и ограничения использования таблиц сопряженности, центры с малым количеством респондентов (Днепр, Смоленск, Саратов и Татарстан), не имеющие в сравнении между собой статистически значимой разницы ($p > 0,05$), были объединены в один общий центр.

Необходимо подчеркнуть, что данная методика оценки знаний – относительная; разработана исключительно для настоящего исследования и не может полноценно отразить общий уровень качества знаний врачей.

Частичные текущие результаты данного исследования были представлены на конгрессе Европейского респираторного общества [9] и опубликованы в журналах «Врач» [10] и «Research Result in Pharmacology» [11]. Итоги 1-й части проекта ASCO (2015–2016) были опубликованы в журнале «Фарматека» (2018) [12].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В анкетировании принял участие 421 врач терапевтического профиля из 11 регионов России и Украины (20,0% – из Белгорода, 18,3% – Москвы, 14,2% – Краснодара, 11,6% – Приморья, 10,5% – Воронежа, 7,1% – Челябинска, 6,9% – Липецка, 5,2% – Саратова, 3,8% – Смоленска, 1,4% – Татарстана и 1% – Днепра).

Средний уровень верных ответов по всем вопросам анкеты составил **63,3%** (от 4,9 до 77,4% в разных центрах; $p < 0,001$). При этом различия в ответах на отдельные вопросы составили от 15,1 до 91,1% ($p < 0,001$) в среднем по всему исследованию, и от 1,3 до 98,3% ($p < 0,001$) по разным вопросам в разных центрах.

Минимальный средний уровень правильных ответов получен на вопросы о выборе лабораторных и инструментальных показателей, свидетельствующих о выраженной симптоматике ХОБЛ – **15,1%** (от 1,3 до 46,6% в разных центрах; $p < 0,01$); препаратах для базисной терапии ХОБЛ с выраженной симптоматикой и высоким риском обострений – **29,9%** (от 13,3 до 67,2% в разных центрах; $p < 0,01$); выборе клинической группы (типе) ХОБЛ с указанием определенных клинических и инструментальных критериев – **36,1%** (от 20,5 до 55,2% в разных центрах; $p < 0,01$) и выборе подходящего утверждения, касающегося лечения/контроля ХОБЛ – **39,6%** (от 13,3 до 76,8% в разных центрах; $p < 0,01$);

Максимальный средний уровень правильных ответов зарегистрирован в вопросах, где требовалось указать метод диагностики, подтверждающий диагноз ХОБЛ – **82,4%** (от 64,6 до 93,3% в разных центрах; $p < 0,01$); выбрать факторы риска развития ХОБЛ – **87,7%** (от 80,7 до 93,3% в разных центрах; $p > 0,05$); определить признаки, позволяющие заподо-

зрить ХОБЛ – **91,1%** (от 88,4 до 98,3% в разных центрах; $p < 0,05$).

Сводные данные по уровням верных ответов на все вопросы анкеты приводим на рис. 1.

В первом вопросе респондентам необходимо было выбрать наиболее подходящее определение ХОБЛ из пяти предложенных вариантов ответов. Правильное определение – «заболевание, характеризующееся персистирующим ограничением воздушного потока, которое обычно прогрессирует и является следствием хронического воспалительного ответа дыхательных путей и легочной ткани на воздействие ингалируемых повреждающих частиц или газов» [1]. Средний уровень правильных ответов составил 49,2% (от 29,3 до 71,7% в разных центрах; $p < 0,01$).

Наиболее частым (21,8%) ошибочным вариантом ответа является следующее определение – «заболевание легких, характеризующееся эпизодами одышки, удушья, кашля с продуктивной мокротой, продолжающееся на протяжении ≥ 3 мес в течение последних 5 лет».

Во 2-м вопросе анкеты необходимо было указать факторы риска развития ХОБЛ. Респондентам были предложены следующие варианты: табакокурение (активное или пассивное), наследственная недостаточность α_1 -антитрипсина, воздействие профессиональных раздражителей (пыль, пары кислот и щелочей, NO_2), загрязнение воздуха бытовых помещений продуктами горения различных видов топлива и вариант «все перечисленное». Верным ответом считался вариант: «все перечисленное». СПО – 87,8% (от 80,7 до 93,9% в разных центрах; $p > 0,05$)

Ключевым звеном патогенеза ХОБЛ являются воспаление дыхательных путей и деструкция легочной паренхимы. Эти изменения развиваются

в ответ на триггерные факторы и сопровождаются увеличением числа нейтрофилов, макрофагов и Т-лимфоцитов, преимущественно CD^{8+} , выделением большого числа медиаторов воспаления. В дальнейшем возникает окислительный (оксидативный) стресс, который проявляется ослаблением антиоксидантной защиты, избыточной продукцией активных форм кислорода и азота с закономерным повреждением структуры белков, нуклеиновых кислот, ферментов, биомембран, повреждением фибробластов, снижением активности сурфактанта, повышением проницаемости эпителия и эндотелия, усилением секреции слизи. Это приводит к дисбалансу в системе протеиназ и антипротеиназ, кото-

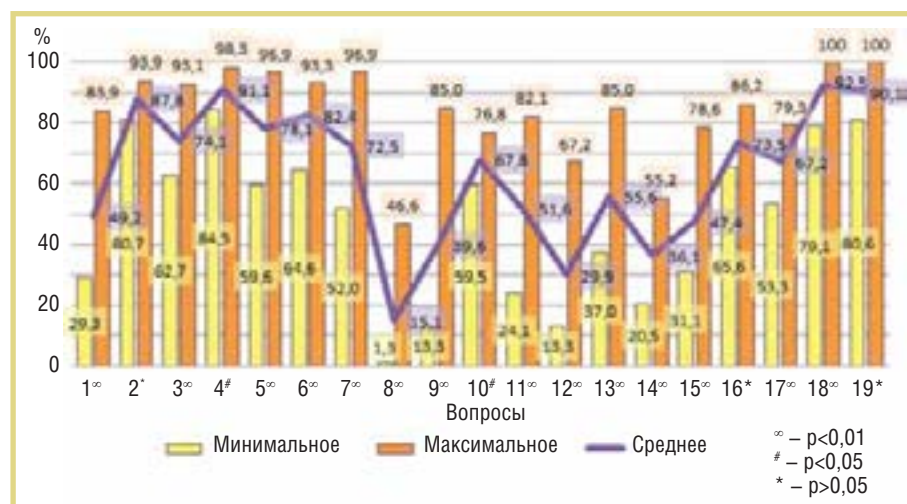


Рис. 1. Максимальный, средний и минимальный уровни полноты ответов на вопросы анкеты в разных центрах, %

Fig. 1. The maximum, average, and minimum levels of completeness of answers to questionnaire questions in different centers, %

рое проявляется в первую очередь дефицитом ААТ (α_1 -антитрипсина), активацией сывороточных протеиназ (нейтрофильный катепсин G, нейтрофильная протеиназа-3, катепсины макрофагов, матриксные металлопротеиназы), приводящих к разрушению альвеолярных стенок, поддержанию местного воспаления и развитию эмфиземы легких [13].

В 3-м вопросе анкеты респондентам необходимо было выбрать ключевое звено патогенеза ХОБЛ. Правильный вариант ответа – «воспаление дыхательных путей и деструкция легочной паренхимы». СПО в данном вопросе составил 74,1% (от 62,7 до 93,1% в разных центрах; $p < 0,01$).

В 4-м вопросе врачам необходимо было выбрать признаки, позволяющие заподозрить ХОБЛ. С данным вопросом успешно справились респонденты, которые выбрали все предложенные варианты – одышка, хронический кашель, хроническое отхождение мокроты. СПО – 91,1% (от 84,5 до 96,8% в разных центрах; $p < 0,05$).

В 5-м вопросе респондентам было предложено выбрать подходящие инструментально-лабораторные маркеры ХОБЛ. Правильный вариант ответа – «снижение соотношения объема форсированного выдоха за 1-ю секунду ($ОФВ_1$) и форсированной жизненной емкости легких ($ФЖЕЛ$) $< 0,7$ » [1, 14]. СПО в данном вопросе составил 78,1% (от 59,6 до 96,9% в разных центрах; $p < 0,01$).

В 6-м вопросе анкеты врачам на выбор были предложены методы диагностики ХОБЛ: бронхоскопия, бронхография, спирометрия; рентгенография органов грудной клетки, компьютерная томография. Из них необходимо было указать основной метод, позволяющий подтвердить диагноз ХОБЛ.

Для данного заболевания характерно нарушение бронхиальной проходимости, поэтому в качестве основного диагностического мероприятия необходимо использовать спирометрию, то есть метод, направленный на исследование $ОФВ_1$ [13, 15]. СПО в 6-м вопросе составляет 82,4% (от 64,6 до 93,3% в разных центрах; $p < 0,01$).

Показатели спирометрии лежат в основе классификация ХОБЛ по степени выраженности обструктивных нарушений [6] (табл. 1).

В 7-м вопросе анкеты необходимо было указать варианты степени тяжести нарушения бронхиальной проходимости при ХОБЛ. С этим вопросом справились респонденты, которые выбрали вариант «легкая, среднетяжелая, тяжелая и крайне тяжелая». СПО – 72,5% (от 52 до 96,9% в разных центрах; $p < 0,01$).

В 2011 г. экспертами GOLD была предложена новая классификация

ХОБЛ, основанная на интегральной оценке тяжести больных [16]. Она учитывает не только степень тяжести бронхиальной обструкции по результатам спирометрического исследования, но и клинические данные о пациенте: количество обострений ХОБЛ за 1 год и выраженность клинических симптомов по шкале mMRC (modified Medical Research Council Dyspnea Scale) и CAT (COPD Assessment Test) [6] (табл. 2).

В 8-м вопросе анкеты врачам предлагалось выбрать показатель, свидетельствующий о выраженности клинической симптоматики ХОБЛ. Правильным ответом является «показатель $CAT \geq 10$, $mMRC \geq 2$ ». СПО в данном вопросе составил 15,1% (от 1,3 до 46,6% в разных центрах; $p < 0,01$). Большинство респондентов (82,2%) сочли верным ответ « $ОФВ_1/ФЖЕЛ < 70\%$, $ОФВ_1 < 50\%$ ». Еще 6,4% опрошенных респондента выбрали вариант «лейкоцитоз в анализе крови, $SpO_2 < 95\%$ », а 4,1% респондентов – « $СОЭ > 15$ мм/ч, $ОФВ_1 < 70\%$ ».

В 9-м вопросе анкеты необходимо было указать правильное утверждение относительно лечения и контроля ХОБЛ. Верным является утверждение «противогриппозная вакцина снижает смертность больных

Таблица 1
Спирометрическая (функциональная) классификация ХОБЛ при $ОФВ_1/ФЖЕЛ < 0,7$ (70%)

Table 1
The spirometric (functional) classification of COPD in $FEV_1/FVC < 0,7$ (70%)

Стадия ХОБЛ	Степень тяжести	ОФВ, % от должного
I	Легкая	$ОФВ_1 \geq 80$
II	Среднетяжелая	$50\% \leq ОФВ_1 < 80$
III	Тяжелая	$30 \leq ОФВ_1 < 50$
IV	Крайне тяжелая	$ОФВ_1 < 30$ или < 50 (в сочетании с хронической дыхательной недостаточностью)

Таблица 2
Классификация ХОБЛ согласно GOLD (2011)

Table 2
The 2011 GOLD classification of COPD

Группа больных	Характеристика	Спирометрическая классификация по GOLD	Число обострений за 1 год	mMRC	CAT
A	Низкий риск обострений; симптомы не выражены	I–II	≤ 1	0–1	< 10
B	Низкий риск обострений; симптомы выражены	I–II	≤ 1	> 2	≥ 10
C	Высокий риск обострений; симптомы не выражены	III–IV	> 2	0–1	< 10
D	Высокий риск обострений; симптомы выражены	III–IV	> 2	> 2	≥ 10

ХОБЛ» [6, 16]. Средний уровень правильных ответов в данном вопросе составил 39,6% (от 13,3 до 76,8% в разных центрах; $p < 0,01$). Структура неправильных ответов была следующей: 62,9% ошибок составил вариант «монотерапия ингаляционными глюкокортикостероидами (ИГКС) не менее эффективна, чем комбинация ИГКС + β_2 -агонист длительного действия», 11,9% — «ингибиторы фосфодиэстеразы-4 (рофлумиласт) применяются при непереносимости М-холинолитиков при нетяжелой ХОБЛ». Затруднились ответить на данный вопрос 8,1% респондентов.

В 10-м вопросе анкеты врачам предлагалось выбрать правильную комбинацию β_2 -агонистов, существующую с другими препаратами в одном доставочном устройстве, используемую для лечения ХОБЛ. Правильным вариантом является М-холинолитик и ИГКС. СПО составил 67,8% (от 59,5 до 76,8% в разных центрах $p < 0,05$). Большинство врачей дали неполный ответ, выбрав только ИГКС — 62,5% респондентов.

В 11-м вопросе анкеты врачам необходимо было подобрать оптимальное доставочное устройство пациенту с плохой координацией и низкой скоростью вдоха (< 30 л/мин). Современные источники рекомендуют использовать небуйлазер или респимат, так как он образует медленное скоростное облако, что обеспечивает высокую респираторную фракцию препарата в нижних дыхательных путях и минимальную ротоглоточную депозицию [13]. СПО — 51,6% (от 24,1 до 82,1% в разных центрах; $p < 0,01$).

В 12-м вопросе анкеты врачи выбирали подходящую комбинацию препаратов для базисной терапии ХОБЛ с выраженной симптоматикой и высоким риском обострения. В соответствии с рекомендациями GOLD, правильным вариантом является ответ «сочетания длительно действующего М-холинолитика

и пролонгированного β_2 -агониста» [1]. СПО составил 29,9% (от 13,3 до 67,2% в разных центрах; $p < 0,01$). Структура неверных ответов (70,1%) была следующей: 88,5% выбрали сочетание ИГКС и пролонгированного β_2 -агониста длительно, 3,5% посчитали верной комбинацию короткодействующего М-холинолитика и β_2 -агониста по потребности, 2,4% опрошенных выбрали ингибитор ФДЭ-4 и метилксантин длительно, еще 2,4% выбрали сочетание муколитического препарата и системного ГКС, 0,7% врачей выбрали вариант «затрудняюсь ответить», а 4,2% пропустили данный вопрос.

В 13-м вопросе анкеты врачам было предложено подобрать правильную комбинацию препаратов для базисной терапии ХОБЛ с развернутой симптоматикой и низким риском обострения. Правильным является выбор длительно действующего М-холинолитика и пролонгированного β_2 -агонист длительно, так как их комбинация повышает эффективность лечения, снижает риск побочных эффектов, оказывает большее влияние на $ОФВ_1$, чем каждый из препаратов в отдельности [1, 13]. Средний уровень правильных ответов составил 55,6% (от 37 до 85% в разных центрах; $p < 0,01$), ошибочных — 44,4% и были представлены следующими вариантами: 43,2% выбрали вариант короткодействующий М-холинолитик или β_2 -агонист или их комбинация по потребности, 34,4% — сочетание ИГКС и пролонгированного β_2 -агониста длительно, 7,1% врачей — ингибитор ФДЭ-4 и метилксантин длительно, 5,5% респондентов выбрали комбинацию муколитического препарата и системного ГКС, 6% врачей испытали затруднение в выборе ответа, а 7,7% оставили вопрос без ответа (рис. 2).

В 14-м вопросе анкеты врачам необходимо было выбрать клиническую группу ХОБЛ при следующих критериях: $ОФВ_1 = 60\%$, 1 обострение за год, mMRC — 1 балл, САТ — 9 баллов. Правильный ответ на данный вопрос — «группа А» [1], СПО составил 36,1% (от 20,5 до 55,2% в разных центрах; $p < 0,01$).

В 15-м вопросе анкеты врачи должны были выбрать препарат при обострении ХОБЛ средней степени тяжести. Правильным является сочетание препаратов — короткодействующий М-холинолитик + антимикробный препарат и (или) системный ГКС. СПО составил 47,4% (от 31,1 до 78,6% в разных центрах; $p < 0,01$). Ошибочные ответы были представлены следующими вариантами: 54,5% респондентов выбрали β_2 -агонист + метилтрексат + антимикробный препарат + системный ГКС, 24,4% — короткодействующий М-холинолитик + β_2 -агонист, 14,8% выбрали метилксантин + системный ГКС + муколитик и 6,2% испытали затруднение в выборе ответа.

В 16-м вопросе анкеты респондентам необходимо было указать препараты выбора при эмпирической антибиотикотерапии инфекционного обострения ХОБЛ. С данным заданием успешно справились ре-



Рис. 2. Структура ошибочных ответов на вопрос о выборе базисной терапии ХОБЛ с развернутой симптоматикой и низким риском обострения

Fig. 2. The structure of erroneous answers to the question about the choice of basic therapy for COPD with advanced symptoms and a low exacerbation risk

спонденты, которые выбрали комбинацию амоксициллин/клавуланат, макролид или доксициклин [6]. СПО – 73,5% (от 65,6 до 86,2% в разных центрах; $p > 0,05$).

В 17-м вопросе анкеты врачам было предложено выбрать препараты резерва при неэффективности антибиотикотерапии инфекционного обострения ХОБЛ. Правильным является вариант «моксифлоксацин и левофлоксацин» [6]. СПО в этом вопросе составил 67,2% (от 53,3 до 79,3% в разных центрах; $p < 0,01$).

Последние 2 вопроса анкеты были посвящены отношению респондентов к вакцинации при ХОБЛ.

В 18-м вопросе анкеты врачи указывали; рекомендуют ли они вакцинацию против гриппа при ХОБЛ. При этом 92,5% (от 79,1 до 100% в разных центрах; $p < 0,01$) выбрали вариант «да; рекомендую».

В 19-м пункте вопроса анкеты врачам указывали, рекомендуют ли они вакцинацию против пневмококка при ХОБЛ. На этот вопрос 90,1% респондентов (от 80,6 до 100% в разных центрах; $p < 0,01$) ответили «да; рекомендую».

На основе сказанного можно сделать следующие выводы:

- в ходе исследования выявлен недостаточно высокий уровень знаний врачей в базовых вопросах ХОБЛ, так как значительное количество ключевых вопросов данной темы вызывает трудности у практикующих специалистов;
- наибольшее количество неправильных ответов было допущено в следующих вопросах: «выбрать лабораторные и инструментальные показатели, свидетельствующие о выраженной симптоматике ХОБЛ»; «указать препараты для базисной терапии ХОБЛ с выраженной симптоматикой и высоким риском обострений»; «выбрать клиническую группу (тип) ХОБЛ для следующих критериев: ОФВ₁ 60%, 1 обострение за год, mMRC – 1, САТ – 9 баллов и выбрать подходящее утверждения, касающееся лечения/контроля ХОБЛ»;
- анализ результатов исследования выявил также несоответствие знаний респондентов актуальным клиническим рекомендациям;
- рекомендуется проведение дополнительных образовательных мероприятий по вопросам ХОБЛ, что будет способствовать улучшению качества медицинской помощи пациентам с данной патологией.

*Конфликт интересов
авторами не заявлен.*

*Исследование проводилось
без участия спонсоров.*

Литература/Reference

1. The Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2017. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. URL: www.goldcopd.com
2. Агафонова О.В., Гриценко Т.А., Богданова Ю.В. и др. Поликлиническая терапия: Учебник. Под ред. Д.И. Давыдкина, Ю.В. Шукина. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020; 840 с. [Agafonova O.V., Gritsenko T.A., Bogdanova Yu.V. et al. Poliklinicheskaya terapiya: Uchebnik. Pod red. D.I. Davydkina, Yu.V. Shchukina. 2-e izd., pererab. i dop. M.: GEOTAR-Media, 2020; 840 s. (in Russ.)] DOI: 10.33029/9704-5545-6-PLT-2020-1-840
3. World Health Organization. Evidence-informed policy-making, 2016. URL: <http://www.who.int/evidence>
4. Buist A.S., McBurnie M.A., Vollmer W.M. International variation in the prevalence of COPD (the BOLD Study): a population based prevalence study. *Lancet*. 2007; 370 (9589): 741–50. DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61377-4
5. Global, regional, and national deaths, prevalence, disability-adjusted life years, and years lived with disability for chronic obstructive pulmonary disease and asthma, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2017; 5 (9): 691–706. DOI: 10.1016/S2213-2600(17)30293-X
6. Хроническая обструктивная болезнь легких. Клинические рекомендации. Российское респираторное общество, 2018 [Khronicheskaya obstruktivnaya bolezn' legkikh. Klinicheskie rekomendatsii. Rossiiskoe respiratornoe obshchestvo, 2018 (in Russ.)]. URL: <http://spulmo.ru/obrazovatelnye-resursy/federalnyye-klinicheskie-rekomendatsii/>
7. Chuchalin A.G., Khaltaev N., Antonov N.S. et al. Chronic respiratory diseases and risk factors in 12 regions of the Russian Federation. *Int J COPD*. 2014; 12: 963–74. DOI: 10.2147/COPD.S67283
8. Бонцевич Р.А., Шершнева А.С., Филиниченко Т.С.; правообладатель ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет». Свидетельство о государственной регистрации базы данных №2020620448 Российская Федерация. Хроническая обструктивная болезнь легких: этиопатогенез, диагностика и лечение – уровень знаний врачей. №2020620277 заявл. 06.03.2020; зарегистр. 11.03.2020; 1 с. [Bontsevich R.A., Shershneva A.S., Filinichenko T.S.; pravoobladatel' FGAOU VO «Belgorodskii gosudarstvennyi natsional'nyi issledovatel'skii universitet». Svidetel'stvo o gosudarstvennoi registratsii bazy dannykh №2020620448 Rossiiskaya Federatsiya. Khronicheskaya obstruktivnaya bolezn' legkikh: etiopatogenez, diagnostika i lechenie – uroven' znaniy vrachei. №2020620277 zayavl. 06.03.2020; zaregistr. 11.03.2020; 1 s. (in Russ.)].
9. Bontsevich R., Gashynova K., Kompaniets O. et al. Assessment of physicians and undergraduate students in COPD: ASCO-2 study. *Eur Respir J*. 2018; 52 (Suppl. 62): 3136. DOI: 10.1183/13993003.congress-2018.PA3136
10. Бонцевич Р.А., Филиниченко Т., Гаврилова А. и др. Оценка базовых знаний о хронической обструктивной болезни легких врачей терапевтического профиля. Результаты проекта ASCO-II. *Врач*. 2018; 29 (12): 46–50 [Bontsevich R., Filinichenko T., Gavrilova A. et al. Assessment of the therapists' basic knowledge of chronic obstructive pulmonary disease: Results of the ASCO-II project. *Vrach*. 2018; 29 (12): 46–50 (in Russ.)]. <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-12-11>
11. Bontsevich R.A., Filinichenko T.S., Vovk Y.R. et al. Comparative assessment of physicians' and senior medical students' basic knowledge in treatment of chronic obstructive pulmonary disease. *Research Results in Pharmacology*. 2019; 5 (1): 67–75. <https://doi.org/10.3897/rpharmacology.5.34072>
12. Бонцевич Р.А., Шурувская К.В., Покровская Т.Г. и др. Оценка базовых знаний в вопросах ХОБЛ у студентов старших курсов – финальные результаты исследования ASCO. *Фарматека*. 2018; 8: 72–8 [Bontsevich R.A., Shchurovskaya K.V., Pokrovskaya T.G. et al. Estimation of basic knowledge of COPD issues in graduate students – final results of ASCO study. *Farmateka*. 2018; 8: 72–8 (in Russ.)]. DOI: <https://dx.doi.org/10.18565/farmateca.2018.8.72-78>
13. Респираторная медицина. Руководство: в 3 т. Под ред. А.Г. Чучалина. М.: Литтера, 2017 [Respiratornaya meditsina. Rukovodstvo: v 3 t. Pod red. A.G. Chuchalina. M.: Littera, 2017 (in Russ.)].
14. Hurst J.R., Vestbo J., Anzueto A., et al. Susceptibility to exacerbation in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med*. 2010; 363: 1128–38. DOI: 10.1056/NEJMoa0909883

15. Hill K., Goldstein R.S., Guyatt G.H. et al. Prevalence and underdiagnosis of chronic obstructive pulmonary disease among patients at risk in primary care. *CMAJ*. 2010; 182 (7): 673–8. DOI: 10.1503/cmaj.091784

16. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Revised 2011. URL: www.goldcopd.com

CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE: THE ASSESSMENT OF A THERAPIST'S KNOWLEDGE. THE RESULTS OF THE ASCO-II STUDY

R. Bontsevich, Candidate of Medical Sciences¹; **A. Shershneva**¹; **Ya. Vovk**¹; **T. Filinichenko**¹; **G. Prozorova**², MD; Professor **A. Kirichenko**³, MD; **E. Ebzeeva**³, Candidate of Medical Sciences; **O. Kompaniets**⁴, Candidate of Medical Sciences; Professor **V. Nevzorova**⁵, MD; **I. Martynenko**⁵, Candidate of Medical Sciences; Professor **G. Ketova**⁶, MD; **V. Barysheva**⁶, Candidate of Medical Sciences; **E. Luchinina**⁷, Candidate of Medical Sciences; **I. Galkina**⁸, Candidate of Medical Sciences; **M. Maksimov**⁹, MD; **E. Mironenko**¹⁰, Candidate of Medical Sciences

¹Belgorod State National Research University

²N.N. Burdenko Voronezh State Medical University

³Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Moscow

⁴Kuban State Medical University, Krasnodar

⁵Pacific State Medical University, Vladivostok

⁶South Ural State Medical University, Chelyabinsk

⁷V.I. Razumovsky Saratov State Medical University

⁸Polyclinic Six, Smolensk

⁹Kazan State Medical Academy, Branch, Russian Medical Academy of Continuing Professional Education

¹⁰Dnepropetrovsk Medical Academy (State Institution), Dnipro, Ukraine

Objective: to determine the level of therapists' basic knowledge about the management of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD).

Material and methods. This study analyzed an anonymous multicenter survey within the ASCO project for the management of COPD patients.

Results. The study revealed an insufficiently high level of therapists' knowledge about the management of patients with COPD. When answering the questions, the respondents showed the smallest results in selecting laboratory and instrumental ones showing evidence of severe COPD symptoms; in indicating drugs for the basic therapy of COPD with obvious symptoms and a high risk of exacerbations; in selecting the clinical group (type) of COPD for the following criteria: 60% forced expiratory volume in one second, one exacerbation per year, mMRC-1, and CAT-9 and in choosing the appropriate statement regarding COPD treatment/control.

Conclusion. An analysis of the study results revealed an insufficient level of specialists' basic knowledge about COPD, which, in the authors' opinion, necessitates additional educational measures in this area among the practitioners.

Key words: questioning survey, pulmonology, chronic obstructive pulmonary disease, physicians, level of knowledge, pharmacoepidemiology.

For citation: Bontsevich R., Shershneva A., Vovk Ya. et al. Chronic obstructive pulmonary disease: the assessment of a therapist's knowledge. The results of the ASCO-II study. *Vrach*. 2020; 31 (7): 68–74. <https://doi.org/10.29296/25877305-2020-07-13>

Об авторах/About the authors: Bontsevich R.A. ORCID: 0000-0002-9328-3905; Shershneva A.S. ORCID: 0000-0003-2097-4948; Vovk Ya.R. ORCID: 0000-0002-7741-9745; Filinichenko T.S. ORCID: 0000-0002-6719-6226; Prozorova G.G. ORCID: 0000-0001-8675-1590; Kirichenko A.A. ORCID: 0000-0001-8364-7472; Ebzeeva E.Yu. ORCID: 0000-0001-6573-4169; Kompaniets O.G. ORCID: 0000-0001-9449-9241; Nevzorova V.A. ORCID: 0000-0002-0117-0349; Martynenko I.M. ORCID: 0000-0002-5181-0279; Ketova G.G. ORCID: 0000-0002-4678-6841; Barysheva V.O. ORCID: 0000-0001-7762-7854; Luchinina E.V. ORCID: 0000-0002-3120-8491; Galkina I.P. ORCID: 0000-0002-7899-555X; Maksimov M.L. ORCID: 0000-0002-8979-8084; Mironenko E.V. ORCID: 0000-0003-3514-3338