

КОМЕНТАР ФАХІВЦЯ



М.М. Островський,
д.м.н., професор, завідувач
кафедри внутрішніх хвороб
Івано-Франківського
національного медичного
університету

Стрімка еволюція діагностичних технологій, збільшення частки пацієнтів, охоплених обстеженням, поява на фармацевтичному ринку дієвих засобів медикаментозної терапії, здатних змінювати перебіг патології, поряд із необхідністю багатовекторності індивідуальних підходів до лікувальної тактики із врахуванням системних проявів виводять хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) у площину стратегічних проблем сучасної медицини.

У чому ж полягає така значущість піднятої авторами проблеми лікування ХОЗЛ у фазі ремісії або стабільному перебігу і чи є у вітчизняній медичній практиці потреба так детально на цьому зупинитися? На нашу думку, так.

Згідно з даними Європейського респіраторного товариства в загальній популяції діагностується лише 25% випадків захворювання [1], що можна порівняти лише із надводною частиною айсберга. Відомо, що хворобу завжди легше попередити, ніж потім лікувати, проте за підрахунками сьогодні в системі охорони здоров'я і соціального забезпечення витрати на компенсацію збитків, спричинених ХОЗЛ здоров'ю населення, у 30-40 разів перевищують витрати на їх попередження.

Незважаючи на значні економічні витрати, пов'язані із ХОЗЛ, власне виділені кошти витрачаються нерационально, а лікування таких хворих і до сьогодні залишається проблемним як у плані забезпечення медикаментозними засобами (враховуючи їх вартість і відсутність централізованих загальнодержавних програм фінансування), так і в плані наступності лікування, розуміння необхідності постійного медикаментозного впливу (після виходу хворого із фази загострення – потреби призначення базисної терапії у фазі ремісії та дотримання її). Так, 74% економічних збитків у разі ХОЗЛ припадає на втрату робочих днів унаслідок непрацездатності хворих, 12% становлять витрати на амбулаторне лікування, близько 7% – на госпітальний етап надання медичної допомоги [2].

Окремо варто зазначити, що витрати на медикаментозну базисну терапію ХОЗЛ (а це найбільш економічно перспективна й доцільна ланка впливу, адже базисна терапія достовірно продовжує фазу ремісії, а відтак – усуває потребу у витратах, пов'язаних із непрацездатністю, стаціонарним лікуванням тощо) становлять лише 7%, а це втричі менше, ніж за наявності бронхіальної астми. Водночас сумарні економічні витрати на ХОЗЛ у 2,2 рази перевищують такі на лікування бронхіальної астми, майже в 4 рази – пневмонії та в понад 18 разів – туберкульозу [2-3].

Таким чином, недостатній обсяг базисної терапії, безперечно, провокуватиме прогресування захворювання, сприятиме дестабілізації перебігу, більш частим і тривалішим загостренням недуги та розвитку необоротних ускладнень, а отже, інвалідизації та смерті від ХОЗЛ.

Умови сьогоднішнього висувають перед медичною громадськістю (пульмонологами, терапевтами, сімейними лікарями та ін.) завдання використання виважених, науково обґрунтованих і консолідованих схем терапії ХОЗЛ з метою підвищення ефективності лікування, продовження фази ремісії та стабілізації перебігу хвороби.

Власне проблемі дієвості, оцінці позитивних моментів і ризиків використання інгаляційних кортикостероїдів (ІКС) у разі стабільного ХОЗЛ і присвячено цю публікацію. Автори, здійснивши системний огляд і метааналіз 11 рандомізованих клінічних досліджень, зазначають, що використання ІКС не асоціюється із підвищенням ризику переломів у хворих на ХОЗЛ. Поряд із цим приємним як для пацієнтів, так і для лікарів результатом метааналіз містив і не такі оптимістичні дані. Зокрема, у ньому відзначено, що використання ІКС не має суттєвого впливу на смертність хворих із стабільним ХОЗЛ, а також не покращує показники виживання пацієнтів.

Особлива загроза відчувається в отриманому авторами факті підвищення на 34% ризику пневмоній за умови використання високих доз ІКС у пацієнтів із ХОЗЛ із низькими вихідними значеннями ОФВ₁, причому комбінація цих засобів із пролонгованими β₂-агоністами супроводжується підвищенням ризику розвитку пневмоній порівняно із монотерапією ІКС. А кожен практикуючий лікар, який контактує з хворими на

ХОЗЛ III-IV ст. (низькі вихідні значення ОФВ₁), напевно, мав можливість переконатися в тяжкості чи часто майже екстремальності й безперспективності ситуації розвитку пневмонії на тлі дестабілізації перебігу ХОЗЛ і прогресування його системних проявів.

Таким чином, ми розділяємо думку авторів метааналізу щодо важливості прогностичної оцінки користі та ризику від призначення ІКС хворим із стабільним ХОЗЛ.

Коли ж доцільно призначати ІКС, чи, враховуючи дані метааналізу про підвищений ризик пневмоній, лікарям слід уникати застосування цих препаратів за наявності ХОЗЛ? На наш погляд, ні. Не слід забувати дані рандомізованих контрольованих досліджень, відповідно до яких призначення ІКС хворим на ХОЗЛ із ОФВ₁ <50% від належного (ХОЗЛ III-IV ст.) знижує частоту загострень хвороби, а отже, збільшує тривалість фази ремісії і покращує якість життя пацієнтів. Тому ми повністю погоджуємося із твердженнями, задекларованими як у міжнародних рекомендаціях GOLD, так і у вітчизняному нормативному документі (Наказ МОЗ України від 19.03.2007 № 128 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Ппульмонологія») щодо ролі й місця ІКС у лікуванні ХОЗЛ, а саме: доцільності призначення даної групи препаратів у доповнення до інших бронхолітиків (холінолітиків, β₂-агоністів) у хворих із ОФВ₁ <50% від належного та частими загостреннями.

Таке прицільне використання ІКС у пацієнтів із тяжким (ОФВ₁ 30-50% від належного) і дуже тяжким (ОФВ₁ <30% від належного) перебігом ХОЗЛ за низької ефективності інших бронхолітиків, що проявляється частими загостреннями, є цілком виправданим.

Досить часто постає питання: чи варто призначати ІКС хворим на ХОЗЛ II ст. із ОФВ₁, наприклад, 53% від належного? На нашу думку, слід розуміти, що межа ОФВ₁ 50% від належного при характеристиці функції зовнішнього дихання є величиною абсолютно домінують для деталізації діагнозу хвороби, проте інколи дещо відносною для підбору індивідуального для кожного хворого на ХОЗЛ лікування. Так, деякі пацієнти не потребують застосування ІКС навіть за наявності ОФВ₁ <50% від належного і користуються іншими бронхолітиками (холінолітиками, β₂-агоністами). З іншого боку, якщо у хворого із ОФВ₁ дещо вищим за 50% від належного на тлі застосування холінолітиків, β₂-агоністів не вдається досягти стабілізації перебігу ХОЗЛ і зменшити кількість загострень, може бути доцільним призначення ІКС. Проте такі відхилення на користь пацієнта повинні бути виключенням із правил і мають чітко регламентуватися індивідуальною ситуацією. Лікар повинен пам'ятати, що безпідставне використання ІКС у терапії ХОЗЛ із помірно тяжким перебігом загрожує не лише розвитком імовірних ускладнень, зазначених у метааналізі, а й раннім формуванням глюкокортикоїдної резистентності, особливо серед курців, які домінують серед пацієнтів із ХОЗЛ.

На завершення слід наголосити, що кожен лікар повинен з обережністю підходити до лікування хворого і, незважаючи на досить активну рекламу конкретних засобів з боку фармацевтичних компаній, у своїй діяльності завжди керуватися принципом видатного лікаря і гуманіста Гіппократа «Не нашкодь».

Література

1. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease / Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Updated 2005 (based on an April 1998 NHLBI/WHO workshop). www.goldcopd.org.
2. Порівняльні дані про розповсюдженість хвороб органів дихання і медичну допомогу хворим на хвороби пульмонологічного та алергологічного профілю в Україні за 2001-2005 рр. / Центр медичної статистики АМН України. Ін-т фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського. – К., 2006. – 45 с.
3. Фещенко Ю.І. Хронічне обструктивне захворювання легень: проблемні питання // Нова медицина. – 2005. – № 1. – С. 18-20.

Медицина регіонів • На пульсе подій

В г. Харківському стартує програма по искусственному оплодотворению

В Украинском научно-практическом медицинском центре акушерства, гинекологии и репродуктологии Харьковского национального медицинского университета началась установка современного оборудования, позволяющего проводить искусственное оплодотворение. В настоящее время в центре уже установлены особо точные микроскопы, уникальные манипуляторы, а также видеосистемы с выводом на цифровую оптику; продолжаются работы по оснащению современной аналитической лаборатории. Общие затраты на оборудование составят 4,5 млн грн; финансирование осуществляется из государственного бюджета, поскольку г. Харьков включен в государственную программу «Репродуктивное здоровье нации на 2006-2015 гг.».

В рамках этой программы 200 жительниц города и области, которые не могут забеременеть, получают возможность пройти процедуру искусственного оплодотворения бесплатно. Ранее подобные операции государство оплачивало только в г. Ивано-Франковске и Донецке. В коммерческих медицинских учреждениях г. Харькова процедура экстракорпорального оплодотворения обходится пациенткам приблизительно в 30 тыс. грн.

Экстракорпоральное оплодотворение проводится, как правило, у женщин при отсутствии проходимости маточных труб. Потенциальные участницы программы должны обратиться в городскую Центр планирования семьи, сотрудники которого направят их документы в г. Киев на рассмотрение специальной комиссии. Решающее значение для выбора метода лечения будут иметь результаты полного медицинского обследования.

Следует отметить, что участницам программы на бесплатной основе планируют предоставлять целый ряд услуг: это и подготовка к процедуре экстракорпорального оплодотворения, и сама процедура, а также медицинское наблюдение на весь период беременности.

Женщины, которым в рамках государственной программы не удастся забеременеть с первой попытки, смогут повторить процедуру за собственные средства.

В г. Черновцах установлен магнитно-резонансный томограф

Магнитно-резонансный томограф стоимостью почти 6 млн грн установлен в областном диагностическом центре г. Черновцы. Новый аппарат приобретен за средства государственного бюджета. На сегодняшний день в Западной Украине подобным оборудованием располагают всего три областных центра.

По словам врачей, новый магнитно-резонансный томограф в клинике ожидали целых три года. Для установки аппарата потребовалось подготовить отдельное помещение и провести ряд ремонтных работ, так как условия, в которых разрешена эксплуатация данного оборудования, жестко нормированы. В целом монтаж оборудования занял три месяца. Параллельно проводилось обучение медицинского персонала диагностического центра.

Председатель областного совета Иван Шилепницкий отметил, что новый томограф – пока что единственный в Черновицкой области прибор такого рода, прошедший соответствующую сертификацию. Остальные аппараты, функционирующие в регионе, принадлежат коммерческим структурам и нередко закуплены уже после эксплуатации за рубежом, поэтому проверить соответствие такой аппаратуры необходимым нормам довольно затруднительно.

С помощью нового томографа черновицкие врачи смогут осуществлять диагностику заболеваний центральной нервной системы, головного мозга; исследовать состояние молочной железы и половых органов, сосудов, костей, суставов; выявлять онкологические патологии на ранних стадиях развития и многое другое. В настоящее время в областном диагностическом центре с использованием томографа уже обследуют до пяти человек в день, причем в ближайшее время количество пациентов будет увеличиваться. Специалисты клиники утверждают, что процедура магнитно-резонансной томографии для льготных категорий населения будет бесплатной.

Подготовила Катерина Котенко

ІНФОРМАЦІЯ

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДУ «ІНСТИТУТ ГЕРОНТОЛОГІЇ АМН УКРАЇНИ»
ГОЛОВНИЙ ВІЙСЬКОВИЙ КЛІНІЧНИЙ ГОСПІТАЛЬ МО УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ ФАХІВЦІВ
ІЗ ПРОБЛЕМ ХВОРОБИ ПАРКІНСОНА

Запрошуємо взяти участь у роботі III Української науково-практичної конференції з міжнародною участю «Екстрапірамідні захворювання і вік», яка відбудеться 24-25 вересня 2009 р. в м. Києві. У роботі конференції братимуть участь провідні неврологи України, Росії та Білорусії.

Конференція відбудеться у великій конференц-залі Центрального будинку офіцерів МО України (м. Київ, вул. Грушевського, 30/2).

Відкриття – 24 вересня о 10:00.

Реєстрація учасників – 24 вересня з 8:00 до 10:00 у фойє Центрального будинку офіцерів.

Просимо терміново проінформувати Оргкомітет (телефоном, факсом або e-mail) про можливість Вашої участі в роботі науково-практичної конференції, а також подати заявку на бронювання місць у готелі телефоном +38(067)209-69-07 (Ніна Дзуєнко) або e-mail: ninadzyenko@gmail.com.

Довідки з організаційних питань можна одержати за адресою:

04114, м. Київ, вул. Вишгородська, 67, ДУ «Інститут геронтології АМН України». Оргкомітет III Української науково-практичної конференції з міжнародною участю «Екстрапірамідні захворювання і вік». Тел.: +38(044)431-05-49, +38(044)431-05-02; тел./факс: +38(044)428-14-27; e-mail: kin@geront.kiev.ua.

Відповідальний за проведення конференції:

Професор Ірина Миколаївна Карабань; тел.: +38(097)394-80-57.