

Ю.М. Мостовой, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренней медицины Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова

## О круглой game замолвите слово!

**И**дея написать что-то подобное тому, что представлено в настоящей публикации, возникла давно. Но суэта будней не позволяла, взявшись за перо, размышлять неспешно...

**Благодать лета** – это не только ничегонеделание в теплых лучах солнца среди буйства зелени и россыпи морских брызг, но и возможность сосредоточиться на том, до чего руки не доходят в круговерти лекций, модулей, ученых советов, консультаций, консилиумов, отчетов «на вчера» и еще чего-то срочного, большого, глобального на завтра. Мозг непривычно, хотя и временно, частично свободен: расписания занятий и лекций нет, графики обходов не составлены. Аспиранты, докторанты и соискатели с удовольствием забыли о тебе, ты с неменьшим удовольствием на время забыл о них. Голова большую половину дня не занята, поэтому сиди и твори! Что я и сделал...

### О юбилеях, круглых датах и других памятных событиях

Количество отмечаемых в нашей юной стране юбилеев, круглых дат и памятных событий достигло критического числа. Если так дальше пойдет, то все мы станем свидетелями абсолютного нового для всего остального мира события, когда количество праздничных дней превысит количество дней в нашем календаре. В связи с этим придется в одни сутки, например, днем отмечать День рыбака, ночью – Ночь защиты караса от шуки. Или с началом сумерек – Ночь свободной любви, а с утра – День борьбы со СПИДом.

Вместе с тем в шуме оркестров и фейерверков, сопровождающих знаковые дни государственного, регионального и местно-уличного значения, нередко незамеченными остаются события, которые на самом деле требуют определенной акцентуации. Иногда диву даешься, с какой легкостью человечество напрочь забывает и не отмечает даты и юбилеи, которые объективно того заслуживают. Как безграничная, при необходимости, человеческая память легко вычеркивает из своих архивов имена людей, чьи «придумки», открытия во многом изменили мир. Приведу лишь несколько дат, имеющих отношение к медицине и заканчивающихся на круглые цифры «5» и «0», о которых никто не вспомнил, хотя не помешало бы. Ровно 155 лет тому, а именно в 1854 году, врач из Нидерландов Антон Матейсен предложил использовать при переломах быстросохнущий гипс. Кто из миллионов «поломаных» это знает? Кто из врачей это помнит? Кто это упомянул и где?

Или вот еще дата покрупнее. В 1864 году швейцарский банкир Жан Дюнан основал Международный Красный Крест. Давно это было – 145 лет тому! Немудрено забыть. Что такое Красный Крест по сравнению, например, с братанием наших и ваших в чистом поле, произошедшим в это же примерно время и отмечаемое ныне народным песнопением и постановкой памятного знака.

А вот событие помоложе: в 1914 году, а именно 95 лет тому назад, французский хирург Алекс Каррелем успешно провел первую операцию на открытом сердце, а 50 лет назад, в 1959 году, американский инженер Уильям Кувенховен предложил метод первой медицинской помощи – непрямой массаж сердца, что впоследствии спасло миллионы людей.

Кто вспомнил об этих событиях? Кто по этим поводам устраивал что-либо такое, что можно было бы сравнить с празднествами, посвященными «излеплению» 10-килограммового вареника с вишнями или вышиванию гладью и крестиком рушника размером 8×10 м? Это, я понимаю, события! Они тянут на Книгу рекордов Гиннеса! А вышеназванные? Так себе суэта суэт в серых буднях вечно во всем виноватой медицины.

Я понимаю нетерпение торопливого читателя и недоумение просто читателя! К чему все эти экскурсы в прошлое и разминка интеллекта? Отвечаю нетерпеливым и недоумевающим.

**В 1999 году, то есть 10 лет назад, в Украине был издан, а значит автоматически приведен в исполнение приказ № 311, которым предписывалось диагностировать и лечить пневмонию, бронхальную астму и хронический бронхит только так, как написано в приказе и никак**

по-другому. Это был первый украинский пульмонологический документ, прообраз принятых в мире консенсусов и протоколов\*.

Его появление стало возможным благодаря активной позиции Киевского НИИ пульмонологии и фтизиатрии им. академика Ф.Г. Яновского (сегодня – ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского АМН Украины»), настойчивости его директора, академика АМН Украины, профессора Ю.И. Фещенко, который инициировал создание рабочих групп по написанию приказа, в последующем обеспечил его сопровождение в нелегко покоряемых кабинетах министерств и ведомств, где происходит таинство выдачи приказа «нагора»! Уместно вспомнить и ученых, которые участвовали и, надеюсь, будут участвовать в дальнейшем в разработке регламентирующих документов по пульмонологии. Это профессор Людмила Александровна Яшина, профессор Александр Ярославович Дзюблик, член-корреспондент АМН Украины, профессор Татьяна Алексеевна Перцева, профессор Владимир Константинович Гаврисюк, член-корреспондент АМН Украины, профессор Наталия Григорьевна Горovenko, профессор Анатолий Иванович Ячник, кандидат медицинских наук Сергей Сергеевич Симонов, кандидат медицинских наук Александр Александрович Мухин, кандидат медицинских наук Марина Александровна Полянская и др.

Конечно, 10 лет для истории – это миг, а то, о чем я говорю, – далеко не эпохальное событие. Но можно с уверенностью утверждать, что принятие и внедрение в практику здравоохранения этого документа сыграло большую роль в переосмыслении подходов к курации больных с распространенными заболеваниями органов дыхания. Уместно заметить, что до настоящего времени подобные согласительные документы отсутствуют по очень многим нозологиям, в то время как пульмонологический консенсус пересматривался и переиздавался уже трижды.

### Консенсусы и протоколы – их роль в деятельности врача

Смею утверждать, что редко употребляемое в обиходе слово «консенсус» большинство из нас впервые услышали из уст отца перестройки, «взломщика» Берлинской стены, а впоследствии и «гробовщика» СССР – Михаила Сергеевича Горбачева. Это и не мудрено, так как чаще всего этот термин употреблялся в политических и международных кругах. Современный толковый словарь трактует его следующим образом: «Консенсус (лат. consensus – согласие, единодушие) – принятие решений в парламентах, на конференциях или совещаниях, при заключении международных договоров на основе общего согласия участников без проведения формального голосования при отсутствии формально заявленных возражений». Вот так!

Может, кто-то очень развитый и просвещенный слышал его и раньше, но в большей степени вероятности уверен, что основная масса населения нашей страны, к которой относятся и врачи, услышали это слово именно от первого и, как вскоре оказалось, последнего президента СССР.

Из политического лексикона этот термин постепенно перекочевал во множество других

сфер деятельности человека, в том числе и в медицине. В медицине за рубежом он стал привычным уже давно. В Англии после Второй мировой войны были осуществлены проекты, направленные на развитие и внедрение протокольной системы в медицину. Английская модель на сегодня является одной из наиболее развитых в мире, о ее эффективности свидетельствуют такие факты. Уровень ошибок у врачей общей практики в России превышает 40%, в Англии – менее 9%. Направление на консультации к узким специалистам врачи России осуществляют в 30%, в Англии – в 8,6%, во Франции – в 2,8%.

На медицинских просторах бывшего СССР слово «консенсус» стали употреблять в России в начале 90-х годов прошлого столетия и к концу 90-х его услышали из уст медиков Украины. Сначала, не понимая истинного значения слова из «мертвого языка», некоторые вставляли его невпопад, дабы придать своим речам светские акценты; потом, когда смысл стал понятен, стали употреблять так часто, что одно лишь его упоминание вызывало раздражение и неприязнь. Сегодня все успокоилось. Слово «консенсус» употребляют по сути! Его синонимизируют со словами «протокол», «формуляр», что не совсем верно, но по большому счету принципиально смысл от этого не меняется.

Итак, повторю, в 1999 году в Украине был издан приказ № 311, который можно считать первым украинским пульмонологическим консенсусом. Так что же привнес в наши медицинские будни этот «пульмоконсенсус», который в свое время был назван украинской пульмонологической конституцией?

Во-первых, многие из тех, кто узнал о нем, как о свершившемся факте, сразу восприняли его со знаком «минус»! И это несмотря на то, что его принятию предшествовало довольно активное обсуждение на страницах медицинских газет, журналов, конференциях. Не удивительно! В стране, где многие годы на уровне чуть ли не каждой кафедры, не говоря уже о НИИ, создавались свои классификации и схемы лечения, принять согласительный документ непросто. Это при том, что в характере наших людей чаще всего принято даже очевидные вещи топить в омутах бесконечных полемик и дискуссий глубокомысленных на вид, но пустопорожних по сути.

Во-вторых, очень многие врачи долгое время вообще не знали о существовании этого документа, так как в областных, городских управлениях медицины он был воспринят как очередной банальный приказ, который читается, забывается или формально расписывается на соответствующих исполнителей, а те, в свою очередь, на своих соисполнителей, и все затихают, как это чаще всего бывает, до какой-то очередной кампании или неприятности.

Так бы и произошло, но здесь надо отдать должное главным терапевтам, главным пульмонологам областных управлений, многим ведущим пульмонологам нашей страны – они заняли активную позицию по внедрению приказа в жизнь, и лед тронулся. Не заплыл документ на полках в шкафах, коих не счесть в любом бюрократическом учреждении, а стал размножаться, тиражироваться, рассылаться на места, что, несомненно, сыграло большую роль, и приказ стал медленно приживаться.

В-третьих, часть врачей восприняли его очень положительно, так как осознали, что новая рекомендуемая терминология, предлагаемые лечебные программы – это реальная интеграция в международный медицинский социум. Ведь для врачей большинства стран мира работа по согласительным документам уже давно стала нормой, а суть этих документов «вбивается» в сознание будущих врачей со студенческой скамьи. Сторонники согласительных документов понимали, что предлагаемые в них алгоритмы диагностики и лечения базируются на фундаментальной доказательной базе и дискуссии об их логичности или абсурдности неуместны.



Ю.М. Мостовой

Иными словами, внедрение в жизнь первого согласительного документа, с моей точки зрения, шло довольно туго, а выполнение рекомендаций – еще туже.

Прошло 10 лет! Миг для истории! Но мышление врачей изменилось разительно. Уже ни у кого не вызывает недоумение, что работать надо по протоколам и консенсусам, они наделены функцией – алгоритмизировать деятельность человека в белом халате; с одной стороны, сделать ее максимально эффективной, с другой – защитить в спорных ситуациях, потому как согласительные документы обладают мощной защитной юридической функцией.

Если проблема восприятия согласительного документа в определенной степени решена, то проблема знания согласительных документов и их выполнения далека от своего решения. Мы постоянно занимаемся мониторингом знаний врачей в области диагностики и лечения в соответствии с принятыми в Украине алгоритмами. Подвижки есть. Если в 2002 г., то есть через 3 года после рождения приказа № 311, его выполняло 5-7% врачей поликлиник и около 20% врачей стационаров, то в 2009 г. количество работающих согласно приказу № 128 в поликлиниках возросло до 30%, а в стационарах до 70%. Речь идет о г. Виннице. Предполагаю, что похожая картина в других областных центрах и несколько пессимистичнее в сельской местности. Приведенные цифры приближены и интегративны, так как, например, уровень знания лечения пневмоний значительно выше, чем бронхиальной астмы (БА) и хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ). Это частично объясняется тем, что БА и ХОЗЛ чаще всего лечат пульмонологи, терапевты от таких больных стараются отказаться. Пневмонию же они согласны чаще всего оставить у себя. Но если наша отечественная медицина стремительно изменила направление своего движения и от «участковости» переходит в семейную медицину, что, с моей точки зрения, ошибочно, то семейный врач протоколы обязан знать назубок и выполнять очень ретиво.

Вот так и живем! По соглашению, но без желания! С желанием, но не по соглашению. И лишь иногда по соглашению и радостно, потому что есть твердая уверенность, что дело свое делаем правильно и по протоколу.

Как это ни высокопарно звучит, но это был прорыв! Это был вызов к ломке стереотипов и, еще раз повторюсь, это был реальный шаг к интеграции в международное медицинское общество.

За первым согласительным документом последовал его пересмотр и появление второго, а затем – третьего, что абсолютно верно и естественно, так как консенсусы или протоколы – это не догмы, не застывшие в своем величии папирусы, а прогрессивно развивающиеся материалы, которые отображают все наиболее конструктивно-полезное, произошедшее в том или ином разделе медицины и, пульмонологии в частности.

### О пневмонии в свете украинских согласительных документов

С первых своих строк первый украинский согласительный документ огорошил врачей страны совершенно неожиданной новостью: столь привычное, употребляемое

\* В этом же документе были приведены и рекомендовались к применению стандарты курации больных туберкулезом. В настоящей публикации они обсуждаться не будут.



многими десятилетиями сочетание слов «острая пневмония» нелогично и более употребительно не должно. Мы обязаны говорить и писать «негоспитальная пневмония», причем делить ее на категории. Критерии той или иной категории приводились в том же приказе, также в приказе давалась трактовка понятию «госпитальная пневмония», которое ранее было довольно расплывчатым и неконкретным.

Рядом с каждой категорией негоспитальной пневмонии были выписаны ее наиболее вероятные возбудители и антибиотики, рекомендуемые для эмпирической терапии.

Обращало на себя внимание, что в антибактериальных программах отдавалось предпочтение макролидам — с них начинался абзац. А к макролидам присоединялись бета-лактамы антибиотиков. Образно выражаясь, макролиды служили неким «паровозом», который тащил за собой «вагончики» других антибиотиков. То было время, когда уста лекторов, страницы журналов и газет были загружены словами «атипичная пневмония», а частыми виновниками пневмоний назывались «атипичные возбудители». Слова для большинства наших врачей новые, интригующие, не то что привычный для восприятия еще со студенческой скамьи классический пневмококк.

Еще одним откровением середины и конца 90-х годов прошлого века стало то, что, оказываясь, кроме макролидного антибиотика эритромицина, есть и иные — спирамицин, кларитромицин, рокситромицин. Все они у нас подавались как «новые макролиды» и воспринимались нами так же, хотя к тому времени им уже шел пятый десяток.

Постепенно, правда, очень медленно, приказ № 311 входил в сознание медицинской общности, и все начинали понимать, что это не очередная бюрократическая выдумка функционеров, а действенный инструмент, способный объективно оценить врачебную работу. Доказательством тому стал приказ МЗ Украины № 105 от 01.03.2004 г. «Про недолики надання фтизіопульмонологічної допомоги населенню України та їх усунення». Комиссия НИИ фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского провела проверку ряда областей Украины, где проведенная на месте работа оценивалась путем сопоставления реалий с требованиями приказа № 311, к тому времени действующего в стране на протяжении уже четырех лет. Эмоции в сторону, факты налицо. Результаты проверки, насколько я помню, довольно сильно взбудоражили врачебный люд на местах. И пошли, как принято сейчас говорить, серьезные «движения» в сторону оптимизации работы и выполнения согласительного документа.

На смену приказу № 311 «пришли», как я уже неоднократно упоминал, № 499 и № 128. Было внесено ряд изменений. Первое и принципиальное различие: заболевание делится не на категории, а на группы. Предложенная рубрикация более рациональна и соответствует международной терминологии.

Второе принципиальное отличие — в большинстве случаев во II, III и IV группах больных негоспитальной пневмонией препаратами выбора стартовой терапии являются защищенные аминопенициллины.

Применение макролидов обосновано лишь в I группе больных, и как потенцирующие препараты они рекомендованы в III и IV группах пациентов.

Эта рокировка, как правило, вызывает больше всего вопросов и дискуссий.

Выскажу свою точку зрения.

1. Среди «актуальных» возбудителей пневмонии наиболее тяжелые ее клинические варианты вызывают *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *S. aureus*. Атипичные микроорганизмы значительно реже приводят к критическим ситуациям при негоспитальной пневмонии. Например, негоспитальные пневмонии, вызванные *M. pneumoniae*, нередко способны к самоизлечению, *S. pneumoniae* — тоже довольно «спокойный» патоген.

Следовательно, основываясь на принципах эмпирической терапии, необходимо в первую очередь назначать препараты, кото-

рые способны поражать патогены высокого риска — аминопенициллины и защищенные аминопенициллины.

2. Активность защищенных бета-лактамов против наиболее трагичных патогенов по результатам независимых исследований существенно выше, чем макролидов. Кроме того, если *in vitro* активность макролидов и защищенных бета-лактамов практически одинакова, то *in vivo* макролиды не создают минимальных подавляющих концентраций в сыворотке крови и межтканевом пространстве воспалительного очага, что существенно снижает их клиническую эффективность.

Последний согласительный документ по пневмонии (приказ № 128 от 19.03.2007 г.) изложен на 35 страницах. Это основательный и всеобъемлющий документ, содержание которого дает возможность ответить на подавляющее большинство вопросов, возникающих у врача при курации пациента с пневмонией. Сегодня без него трудно себе представить работу клинициста. И все это воспринимается как само собой разумеющаяся вещь.

#### О бронхиальной астме в свете украинских согласительных документов

Не знаю, по каким причинам, но в бывшем СССР БА рассматривалась не в таком клиническом ракурсе, как в Европе и в мире. Различных классификаций и схем лечения было великое множество, не говоря уже о том, что публично долгие годы дискутировали между собой московская (во главе с академиком А.Д. Адо) и ленинградская (во главе с профессором Г.Б. Федосеевым) школы пульмологов. Возможно, из-за этого, а возможно, и по ряду других причин, ситуация с астмой была сложной. Появление приказа № 311 дало начало абсолютно другому подходу как к постановке диагноза, так и к лечению больных.

Самое важное, что в Украине стали появляться лекарства, которые долгие годы с успехом применялись в мире, и это дало разительную эффективность. Внедрение приказа требовало проведения системного обучения, в первую очередь, врачей, ревизии в диспансерной группе, а также пересмотра в вопросах обеспечения больных лекарствами за счет государственных средств.

Пульмонологи Украины стали перед фактом, что не имеют опыта в применении современных лекарств, в Украине нет современных доставочных устройств, в частности небулайзеров и пикфлоуметров.

Таким образом, можно свидетельствовать, что внедрение в практику здравоохранения Украины согласительного документа привело к революционному пересмотру диагностики и лечения бронхиальной астмы.

Взгляды на лечение БА за последние десять лет изменились кардинально. Если в первом Украинском консенсусе при интермиттирующей и легкой персистирующей астме рекомендовались мембраностабилизирующие препараты, то в последнем они исчезли из перечня лекарств, способных помочь пациенту.

Последний украинский консенсус по БА отражает практически все новации, имеющиеся на данном этапе развития медицины. В частности, приводятся критерии, отражающие контролируемое и неконтролируемое лечение болезни. Описаны особенности ведения больных с сопутствующим аллергическим ринитом, ХОЗЛ, даны подробные рекомендации по лечению обострений БА.

В настоящее время врачи Украины отмечают более благоприятное течение БА; явно уменьшилось количество тяжелых обострений заболевания, что раньше трактовалось как *status asthmaticus*; количество больных, которые принимают системные кортикостероиды, снизилось до минимума; смертность от астмы в стационаре констатируется чрезвычайно редко и воспринимается как чрезвычайное происшествие.

Все это напрямую связано с внедрением в практику согласительных документов, первый из которых появился на свет 10 лет

назад.

Мгновение в истории, не эпохальное событие, но для тысяч людей это совсем другое восприятие жизни!

#### От хронической пневмонии через хронический обструктивный бронхит к хроническому заболеванию легких

ХОЗЛ было, есть и, по-видимому, еще долго будет в фокусе дискуссий пульмологов. В связи с чем позволю себе не только экскурс в прошлое, но и размышления о настоящем и будущем.

С середины 30-х годов прошлого столетия вплоть до середины 70-х того же века под диагноз «хроническая пневмония» подходили практически все хронические неспецифические заболевания легких. Этому во многом способствовал авторитет выдающегося патолога академика И.В. Давыдовского, который еще в 1937 году в результате многолетних морфологических исследований отстаивал эту точку зрения.

Авторы минской (1964) и тбилисской (1972) классификации хронической пневмонии, которые были общепринятыми в СССР, гиперболизировали эту идею до максимума. Они свели различные по анатомической и функциональной тяжести формы хронических неспецифических заболеваний легких в единый ряд последовательных стадий хронической пневмонии. Однако незыблемая, казалось, концепция полностью развалилась к середине 80-х годов. Диагноз «хроническая пневмония» исчез из медицинских документов, и началось шествие диагноза «хронический обструктивный бронхит».

Поменялись органы-мишени, с легких все сместилось на бронхи, хотя сомнения относительно такой локальности процесса присутствовали. Вспомогательные Т.И. Сокольского, который еще в 1838 г. писал: «Воспалительный процесс с бронхов может распространяться на межтканевую ткань, приводить к развитию пневмосклероза и даже приводить к развитию гипертрофии правых отделов сердца». Кто-то приводил цитату из чужой библиографии в свое время книги «Руководство по пульмонологии» (Н.В. Путова, Г.В. Федосеева, 1978): «... определение хронического бронхита как хронического воспаления бронхов слишком узко и не охватывает разнообразия органических и функциональных расстройств, наблюдаемых при этом заболевании...».

Сомнения остаются сомнениями, но появление согласительных документов во многом их подавляет. Консенсус Американской торакальной ассоциации, Европейского респираторного общества, а в последующем и Украинская государственная инструкция (приказ № 311 от 30.12.1999 г.) констатировали: «Хронический обструктивный бронхит определяется как диффузное, обусловленное длительным раздражением и воспалением (преимущественно нейтрофильным с повышенной активностью протеаз), прогрессирующее поражение бронхиального дерева, которое сопровождается бронхообструкцией. Заболевание проявляется постоянным или периодическим кашлем с выделением или без выделения мокроты и одышкой. Может осложняться легочной гипертензией, легочным сердцем и недостаточностью кровообращения».

Недолго было суждено жить этому определению. И вот так же дружно, как когда-то, все вдруг «прозрели», что нет хронической пневмонии, все начинают прозревать, что оказывается, нет хронического обструктивного бронхита, а есть ХОЗЛ. И оно определяется согласно международным согласительным документам и очередному отечественному консенсусу (приказ № 499 от 28.10.2003 г.) как болезненное состояние, характеризующееся ограничением воздушного потока дыхательных путей, которое не является полностью обратимым. Ограничение воздушного потока обычно прогрессирует и связано с ответной воспалительной реакцией легких на вредные частицы или газы. Оказывается, оправданы были сомнения и наши предшественники, утверждавшие, что хронический обструктивный бронхит —

это патология не только бронхов и легочной паренхимы, но и легочного кровотока и дисбаланс ряда других систем организма.

Сам себе удивляешься: как же так? Ведь еще в институте учили, болеет не орган, а организм, лечить не болезнь, а больного. Ведь и кардиологи это поняли уже давно, поэтому, когда у человека инфаркт миокарда или стенокардия, они сначала напишут «ишемическая болезнь сердца», а потом «инфаркт миокарда» или «стенокардия». И гастроэнтерологи уже давно не пишут «язва двенадцатиперстной кишки», а «язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки».

И, наконец, уже пульмонологи на международном уровне установили то, что в прошлом называлось хроническим обструктивным бронхитом, а в настоящем называется «ХРОНИЧЕСКОЕ ОБСТРУКТИВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЛЕГКИХ».

В 2007 г. в Украине был принят очередной новый согласительный документ (приказ № 128 от 19.03.2007 г.). Большинство ключевых положений консенсусов разных стран совпадают, так как до их принятия они обсуждаются на многочисленных заседаниях Европейского респираторного общества и других авторитетных форумах. Но даже после этого они продолжают обговариваться, так как консенсусы — это не догматичные, а динамично развивающиеся медицинские документы. И не успеешь оглянуться — прошло еще 4 года и нужно снова...

Для более зримого предмета обсуждения приведу некоторые выдержки из нового определения ХОЗЛ:

1. ХОЗЛ — заболевание, которое можно предупредить и которое поддается лечению...

2. Наряду с поражением легких ХОЗЛ приводит к существенным системным эффектам, сопутствующим заболеваниям.

Нужно ли в определение болезни вносить фразу «можно предупредить и поддается лечению». Мне представляется, что предупредить можно большинство болезней человека. Артериальную гипертензию, ишемическую болезнь сердца, язвенную болезнь. Разве не так?

Если при ХОЗЛ словосочетание «можно предупредить» имеет какую-то особую смысловую и идеологическую нагрузку, тогда на этом необходимо акцентировать внимание, в другом случае нет необходимости.

Для того чтобы стопроцентно предупредить болезнь, необходимо знать ее генетический код, а это, насколько я информирован, известно лишь для моногеннодетерминированных болезней. Для многофакторных заболеваний, к которым относится ХОЗЛ, известны лишь маркеры предрасположенности. Кстати, о предрасположенности к ХОЗЛ в определении ничего не сказано. В ранних редакциях было упоминание.

Теперь о словосочетании «поддается лечению». Раньше, выходит, не поддавалось, а с 2007 года будет поддаваться. На чем базируется такая уверенность? При ХОЗЛ, как и при других болезнях человека, будут такие счастливицы, у которых лечение идет хорошо, и несчастливицы, у которых лечение малоэффективно. И здесь снова следует вспомнить о генетике и экзогенных влияниях, об индивидуальных особенностях рецепторного аппарата бронхов и многое другое.

Если появилось что-то такое, что на принципиально новый уровень поднимает лечение ХОЗЛ, например тромболитис или стентирование при ИБС, или инсулин при диабете, тогда фраза «поддается лечению» уместна, а если нигде не доказано, то зачем «обижать»  $\beta_2$ -агонисты, холинолитики, стероиды и муколитики. Ведь с их помощью болезнь тоже поддавалась лечению. Разве нет?

Если в определении звучит эта оптимистическая нота, то почему ведущие пульмонологи и эпидемиологи мира в один голос вещают, что к 2020 году ХОЗЛ как причина смерти переместится с 6-го места на 3-е? Если болезнь лечится, то должна она хотя бы «застыть» в своем росте или вообще опуститься ниже...

Теперь о другой очень важной акцентуа-

Продолжение на стр. 17.

# О круглой game замолвите слово!

Продолжение. Начало на стр. 15.

ции. О системных эффектах ХОЗЛ. Это очень важно, очень актуально. Раньше об этом говорили вскользь. Хотя внимательные врачи уже давно заметили, что классический больной ХОЗЛ – это, как правило, пациент с дряблыми мышцами, рядом сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний: гипертонической болезнью (примерно 20%), аритмиями (примерно 20%), депрессивным настроением, частыми головными болями, бессонницей из-за гипоксической энцефалопатии.

Современное исследование это доказало и еще выявило, что у них имеется ряд эндокринных дисфункций, ремоделирование костной ткани, расстройство периферического кровообращения.

Почему это происходит? Я думаю, от того, что начавшееся еще в молодом (до 30 лет) возрасте или первом зрелом возрасте (31-45 лет) иммунологическое воспаление прогрессирует, поражая не только бронхи и легкие, но и другие органы. При этом оно долго, десятилетиями, если и лечится, то лишь по необходимости и преимущественно лишь симптоматично. А в это время в организме человека происходит ряд переплетающихся между собой и усугубляющих друг друга патологических процессов. Начавшееся в бронхологической системе иммунологическое воспаление приводит к хронической нарастающей во времени гипоксии тканей. Вследствие этого в постоянно напряженном режиме функционирует сердечно-сосудистая, эндокринная, нейрогуморальная и другие системы организма. Болезнь прогрессирует, причем каждое очередное обострение ХОЗЛ (а учитывая скомпрометированный иммунный статус, они возникают 2-3 раза в году) приближает пациента к необратимой

системной декомпенсации.

И вот чаще всего в таком состоянии или в несколько лучшем статусе пациент с ХОЗЛ попадает в поле зрения врачей.

Думаю, со мной согласятся многие коллеги, что в I и II стадиях ХОЗЛ к нам мало кто обращается, чаще всего это пациенты с III и IV стадией.

Теперь давайте представим себе идеалистическую картину. Мы выявили или к нам обратился пациент, и мы установили у него ХОЗЛ II стадии.

Что делать? Чем лечить? Уговаривать его бросить курить нет надобности, он не курит. И работу ему менять не надо, он не шахтер или металлург, а просто живет в г. Макеевке. Или даже не живет там, а живет в г. Полтаве, но после нескольких следующих друг за другом ОРВИ, гриппа, пневмонии мы у него выявили то, что вписывается в ХОЗЛ II стадии. Вот такой генотип! Как вы думаете, такого пациента можно вылечить только бронхолитиками? Что, они влияют на иммунологическое воспаление? Насколько я знаю – не влияют. И чем дальше мы будем не назначать больному препараты, тормозящие активацию клеток воспаления и выделение медиаторов воспаления, тем более вероятно, что этот больной будет двигаться вниз по ступенькам болезни.

Будет активироваться тот порочный круг, о котором я говорил выше, и вскоре не только кашель и одышка станут беспокоить больного, но и появятся боли в сердце, перебои в работе сердца, гипоксическая энцефалопатия и др. Думаю, что уже во II стадии ХОЗЛ уместно назначение ингаляционных кортикостероидов вместе с бронхолитиками. В этой связи уже есть

ряд исследований.

Вообще, эволюция взглядов на лечение ХОЗЛ чрезвычайно любопытна. Как впрочем и любая эволюция взглядов на лечение хронических заболеваний человека. Во все времена были свои модели лечения, которые с позиций современных знаний воспринимаются иронично.

Сколько я лично сделал санаций трахеобронхиального дерева, так называемых заливок с фурацилином, содой, хлорофиллиптом и др. Сотни! Сколько эуфиллина введено в вены больным ХОЗЛ во всем мире? Не сосчитать. Причем не только внутривенно капельно, цитирую: «...более эффективно введение 100 мл 0,5% подогретого раствора эуфиллина в микроклизмах через катетер на глубину 8-10 см» (Н. Палеев и соавт. Хронические неспецифические заболевания легких. – М.: Медицина, 1985. – С. 89). Каково?

А как мы «душили» ХОЗЛ антибиотиками, причем всеми подряд и всем подряд. И что? Было по-разному... Эту цепь от смешного до серьезного можно описывать долго, но пора уже о сегодняшнем дне.

Что будет с ХОЗЛ? Ничего необычного не будет. Будет, как было, а скорее всего – лучше. Откуда оптимизм? От реалий. Во-первых, очень агрессивно в мире стали бороться с курением. Это докатывается и до Украины, хотя с большим опозданием и меньшей активностью, но все же. Во-вторых, жесточайший экологический контроль вредных производств и всего, что вредно вдыхать, тоже, безусловно, даст свой результат в мире и через несколько лет в Украине. И за это спасибо.

И, конечно же, медицинская наука не стоит на месте. Синтезируются новые препараты, не сидят сложа руки медицинские генетики, активно действуют специалисты, разрабатывающие новую поддерживающую респираторную технику. Все движется. Так почему же ХОЗЛ должно прогрессировать?

В-третьих, люди в мире уже приучились выявлять склонность к болезням сердца

и лечить их. Хорошие примеры тому – тотальная «аспиринизация» населения мира, сплошная холестеринифобия и, как результат, прием липидоснижающих препаратов. Ежедневный контроль артериального давления – и как результат коррекция АД.

Так будет и с болезнями легких, в том числе и с ХОЗЛ. Ведь при БА лед уже тронулся и результат есть.

Причем при желании это можно делать уже!

Если вы врач и видите кашляющего или длительно курящего больного, который не жалуется на здоровье, направляйте его на исследование функции внешнего дыхания. Уверен, есть спирография в каждом областном центре, в городских больницах и даже в районных центрах. Выявили изменения – лечите согласно принятому в Украине соглашению. А тот, кто не хочет, будет все время говорить, что нет у нас спирографов, что у людей не тот менталитет. Да, не тот! А вы убеждайте, просвещайте. А будет пациент это делать или нет – его дело. Думаю, будет, ведь больные с артериальной гипертензией делают...

Проблемы были, есть и будут.

Допустим, есть у нас пациент с ХОЗЛ и ишемической болезнью сердца или с ХОЗЛ и сахарным диабетом, артериальной гипертензией. Сосчитайте, сколько обязательных базисных препаратов он должен принимать? Я уже не говорю о деньгах!

Так вот, плохо, очень плохо болеть – это я точно знаю. А вот как эффективно помочь каждому конкретному больному, я точно не знаю, но очень к этому стремлюсь.

P.S. С момента принятия в Украине первого согласительного документа прошло 10 лет! Это, несомненно, сыграло положительную роль для медицины страны. Свое мнение о его значении я высказал. Думаю, среди коллег будут как его сторонники, так и противники. И это нормально. Не все решили, да и не обязаны все решать с помощью согласительных документов, но то, что они заставили нас работать цивилизованной, – это факт!

