

Четкое следование клиническим рекомендациям — залог успеха в лечении

Заболевания органов дыхания входят в пятерку наиболее распространенных патологий в мире. По данным ВОЗ, среди ведущих причин смерти отмечены сразу три пульмонологические нозологии: хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ), рак легких и пневмония. Пульмонологические заболевания существенно ограничивают физические возможности и влияют на качество жизни пациента, а затраты на их лечение являются одними из самых высоких.



доктором медицинских наук, профессором Юрием Ивановичем Фещенко.

О проблемах и перспективах украинской пульмонологии наш корреспондент беседовал с главным пульмонологом и фтизиатром МЗ Украины, директором ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского НАМН Украины», академиком

НАМН Украины,

— Как Вы оцениваете нынешний уровень распространенности пульмонологических заболеваний в Украине?

— Очень сложно объективно оценивать сложившуюся в Украине ситуацию с заболеваемостью респираторной патологией, поскольку в последний раз эпидемиологические исследования проводились лишь в 1980-1982 гг. Значительной проблемой остается гиподиагностика этих заболеваний вследствие позднего обращения пациентов за медицинской помощью, а также неправильного заполнения статистических талонов врачами общей практики, в результате чего на сегодняшний день мы имеем лишь приблизительное представление о распространенности пульмонологической патологии в Украине. Однако даже эти заниженные цифры вызывают обеспокоенность. Бронхиальной астмой (БА) страдает приблизительно 5-6% населения нашей страны, ХОЗЛ — более 20% курильщиков. Ежедневно в Украине регистрируется 82 новых случая туберкулеза.

— Какие на сегодня приняты меры для получения статистически достоверных данных о распространенности ХОЗЛ в Украине?

— Первым и очень важным шагом на этом пути является сбор и обработка статистических данных о распространенности, заболеваемости и других показателей ХОЗЛ из статистических талонов, заполняемых врачами. В этом процессе должны быть задействованы медицинские кадры, в особенности профильные специалисты. Заболеваемость ХОЗЛ в Украине, как и во всем мире, продолжает увеличиваться. На сегодня в стране можно предполагать наличие более 3 млн больных ХОЗЛ, из них 120 тыс. — в г. Киеве. Однако тенденция к увеличению заболеваемости ХОЗЛ, отмечающаяся на протяжении последних лет, может свидетельствовать также об улучшении диагностики этого заболевания, хотя в настоящее время раннее выявление ХОЗЛ остается проблематичным.

В феврале прошлого года была проведена телеконференция, посвященная вопросам диагностики и статистического учета ХОЗЛ, в работе которой

принимали участие главные областные и городские специалисты-аллергологи, пульмонологи и терапевты, а также представители управлений здравоохранения из 15 городов Украины. На телеконференции для всех участников были озвучены изменения, внесенные в отчетную форму № 12 «Отчет о заболеваниях, зарегистрированных в районе обслуживания ЛПУ». Изменения касаются, в частности, статистической информации о пациентах старше 18 лет и случаев, когда диагноз «хронический бронхит» необходимо заменить на ХОЗЛ, а также шифров, которые следует использовать при различных пульмонологических диагнозах. Уведомления о внесенных изменениях были направлены во все регионы Украины, поэтому вскоре мы сможем получить статистически достоверные данные об уровне заболеваемости ХОЗЛ в нашей стране, которые можно будет использовать при планировании мероприятий по профилактике и борьбе с этим заболеванием. Однако следует подчеркнуть, что для получения корректной статистической информации необходимо убедить врачей не только учитывать эти изменения, но и правильно заполнять учетную и отчетную формы заболеваемости.

— Лечение каких пульмонологических заболеваний сопряжено с наибольшими трудностями?

— К наиболее тяжелым пульмонологическим заболеваниям можно отнести ХОЗЛ, а также идиопатический фиброзирующий альвеолит (ИФА), распространенность которых в последние годы увеличивается. Эти заболевания сопряжены с высокой инвалидизацией и смертностью, а их лечение до сих пор вызывает трудности не только у украинских специалистов, но и у врачей всего мира. Если в терапии БА и ХОЗЛ можно отметить определенные успехи в связи с появлением лекарственных средств последних поколений и внедрением современных протоколов лечения, то пациентам, страдающим от ИФА, до сих пор не удается эффективно помочь. Это связано в первую очередь с невыясненной этиологией и не до конца изученным патогенезом заболевания.

ИФА характеризуется воспалением и фиброзом легочного интерстиция и воздухоносных пространств, дезорганизацией структурно-функциональных единиц паренхимы, приводящих к развитию рестриктивных изменений легких, нарушению газообмена, прогрессирующей дыхательной недостаточности и, в конечном итоге, к смерти больного. Клиническая картина ИФА неспецифична, и пациенты зачастую не обращают внимания на симптомы в начале заболевания. Эта патология чаще встречается в возрасте 40-70 лет, преобладает у мужчин. Среди основных жалоб больных — одышка и непродуктивный кашель. По мере развития заболевания одышка нарастает, вплоть до ухудшения речи, ограничения подвижности, способности к самообслуживанию и, наконец, полной инвалидизации и смерти больного. На сегодняшний день в мире не

существует препаратов для патогенетического лечения ИФА, а симптоматическая терапия приносит лишь незначительное облегчение. Таким образом, прогноз для пациентов, страдающих ИФА, остается неутешительным.

В 1999 г. Европейское респираторное общество (ERS) и Американское торакальное общество (ATS) выделили ИФА среди других респираторных заболеваний со схожей клинической картиной по морфологическим критериям, а такие заболевания, как десквамативная интерстициальная пневмония, острая интерстициальная пневмония, или синдром Хаммена-Рича, острая интерстициальная пневмония, ранее считавшиеся вариантами ИФА, выделили в отдельные нозологические формы. Однако такой подход не позволяет полностью разрешить имеющиеся противоречия в понимании этого заболевания.

— С чем, на Ваш взгляд, связаны трудности ранней диагностики хронических респираторных заболеваний, в частности ХОЗЛ?

— Хронические заболевания легких характеризуются достаточно медленным прогрессированием, поэтому пациенты успевают адаптироваться к одышке, постепенно снижают активность, переходят к более пассивному образу жизни. Через несколько лет они полностью забывают, что такое дышать свободно, и не могут адекватно оценить тяжесть состояния. В связи с этим длительность течения ХОЗЛ и ИФА на момент выявления может составлять 1-4 года.

Другой актуальной проблемой ранней диагностики является неграмотность врачей первичного звена, которые зачастую не умеют правильно собрать пульмонологический анамнез, назначить инструментальные исследования, в том числе и золотой стандарт — спирографию. В том случае, когда это исследование все же назначается пациенту, врач не всегда правильно оценивает его результаты. До сих пор многие терапевты не считают нужным заполнять статистические талоны при выявлении пациентов с ХОЗЛ, что препятствует диспансеризации таких больных и их дальнейшему наблюдению. При этом таким больным необходимо принимать пожизненное поддерживающее лечение, проходить периодические спирографические исследования для оценки скорости ухудшения функции легких, в частности снижения ОФВ₁. Только в таком случае можно уменьшить проявления ХОЗЛ, скорость его прогрессирования и улучшить прогноз пациента.

С учетом этого в последние годы нами постоянно проводятся научно-практические конференции, образовательные проекты, целевой аудиторией которых являются даже не пульмонологи, а врачи общей практики. Также разрабатываются приказы и протоколы диагностики и лечения. В частности, в каждое лечебное учреждение были разосланы копии приказа МЗ Украины от 19.03.2007 г. № 128 «Об утверждении клинических протоколов оказания медицинской помощи по специальности «Пульмонология». Однако

конечный результат все же зависит от каждого конкретного врача.

– В марте исполняется три года со дня утверждения вышеупомянутого приказа МЗ. Можно ли подвести первые итоги?

– Принятие приказа № 128 стало большим прорывом для отечественной пульмонологии, поскольку в нем отражены современные консенсусы и рекомендации ведущих мировых сообществ: руководств GINA (2006 и 2007), GOLD (2008), руководства ERS. Так, по сравнению с предыдущим нормативным актом, регулирующим стандарты оказания медицинской помощи пациентам с пульмонологической патологией (приказ МЗ от 28.10.2003 г. № 499), в приказе № 128 претерпело изменения определение ХОЗЛ, которое в настоящее время рассматривается как заболевание, характеризующееся не полностью обратимым ограничением проходимости дыхательных путей, которое поддается профилактике и лечению.

Прогрессирующее нарушение проходимости дыхательных путей связано, как правило, с патологическим воспалительным ответом легких на воздействие вредных частиц или газов, прежде всего курения. Кроме того, изменения в легких при ХОЗЛ ассоциируются с системными эффектами. В отличие от предыдущих редакций такое определение содержит новые положения о том, что ХОЗЛ возможно предупредить и лечить, а также о том, что заболевание может приводить к значительным системным проявлениям, среди которых снижение питательного статуса, дистрофия скелетных мышц, остеопоротические изменения опорно-двигательного аппарата, анемия и сердечно-сосудистые события. При этом назначение адекватной терапии на ранних стадиях заболевания позволяет модифицировать его течение путем влияния на активность патологического процесса и частоту обострений ХОЗЛ.

Согласно мировым рекомендациям, которые отражены в приказе № 128, приоритетным является раннее выявление заболевания, а лечение холинолитиком длительного действия тиотропия бромидом (Спиривой) показано уже начиная со II стадии ХОЗЛ. Несмотря на то что копии приказа были разосланы во все лечебные учреждения Украины с требованием обязательного ознакомления, не все поликлинические врачи согласились с необходимостью изменений в работе с пациентами, страдающими ХОЗЛ. Соответственно, адекватное лечение также не назначается. Это крайне ограниченный подход, свидетельствующий об отсутствии понимания патогенеза заболевания и связанных с ним рисков.

В связи с этим при поддержке ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского НАМН Украины» и Ассоциации пульмонологов Украины, а также компании «Берингер Ингельхайм» за последние три года было проведено множество научно-практических конференций, посвященных этой проблеме, а также запущено несколько образовательных проектов для врачей на базе территориальных медицинских объединений, стационарных и поликлинических отделений. Целью этих проектов является не только теоретическое обучение, но и получение практического опыта применения приобретенных знаний. С помощью таких программ теоретическую и практическую подготовку по диагностике ХОЗЛ могут проходить не только пульмонологи, но и врачи общетерапевтического профиля, от которых сложившаяся на сегодня ситуация требует приобретения навыков проведения и оценки результатов спирометрии.

На базе нашего института создана кафедра усовершенствования врачей-пульмонологов и фтизиатров, на которой специалисты овладевают самыми современными методами диагностики и лечения ХОЗЛ.

Значительное место в приказе № 128 уделено стандартам лечения БА. Так, при интермиттирующей форме этого заболевания уже не требуется непрерывный прием медикаментов, при легком течении БА или стабилизации состояния допускается уменьшение дозировки поддерживающих препаратов. Вместе с тем при среднетяжелых и тяжелых формах БА рекомендована агрессивная терапия с использованием ингаляционных (а при необходимости – и пероральных) кортикостероидов и β_2 -агонистов длительного действия. Такой подход уже показал свою эффективность: в настоящее время при условии правильно установленного диагноза и хорошей приверженности пациентов к лечению БА полностью поддается контролю.

Таким образом, практические врачи имеют все необходимые инструменты для эффективной работы, которые они могут и должны в полной мере использовать.

– Какие современные рекомендации для лечения пульмонологических заболеваний появились в последнее время?

– За последний год не появилось принципиальных отличий в подходах к лечению таких наиболее распространенных заболеваний, как БА и ХОЗЛ. В первую очередь пульмонологи и терапевты должны научиться правильно использовать уже существующие стандарты лечения, которые признаны эффективными. Это рекомендации GINA (2006), в которых предложена пошаговая схема лечения БА. Такой подход к лечению астмы основан на определении исходного уровня контроля заболевания у каждого пациента, достижении максимально возможного контроля путем назначения адекватной базисной терапии и последующего его поддержания с возможностью минимизации лечения без ущерба для здоровья больного.

Предложенная в GINA 2006 схема терапии предусматривает использование ингаляционных кортикостероидов на всех шагах, начиная со второго. Монотерапия этими препаратами (без комбинации с препаратами других групп, например β_2 -агонистами) возможна на втором и третьем шагах. Такая схема позволяет безопасно контролировать БА у большинства больных. Комбинация ингаляционных кортикостероидов с β_2 -агонистами длительного действия предпочтительна только в случае неэффективности средних доз ингаляционных кортикостероидов. β_2 -Агонисты длительного действия нельзя назначать в режиме монотерапии без ингаляционных кортикостероидов, что также отражено в рекомендациях GINA 2006.

В рекомендациях GOLD по лечению ХОЗЛ указана необходимость предотвращения прогрессирования заболевания начиная с ранних стадий. На II стадии ХОЗЛ пациентам показаны бронхолитики пролонгированного действия, которые существенно улучшают качество жизни и влияют на замедление прогрессирования заболевания. Больным с III стадией ХОЗЛ необходимо включать в схему лечения ингаляционные кортикостероиды. На поздних стадиях ХОЗЛ всем пациентам показана оксигенотерапия – признанный во всем мире высокоэффективный дополнительный метод лечения, которым необоснованно пренебрегают отечественные специалисты.

– В Украине в последние годы проводилась активная борьба с заболеваемостью туберкулезом. Можно ли говорить об улучшении ситуации?

– В 2008–2009 гг., положение с туберкулезом в Украине не только стабилизировалось, но и улучшилось. Заболеваемость продолжает снижаться в основном за счет деструктивных форм. Снизилась и частота выявления пациентов с тяжелыми деструктивными формами туберкулеза, что свидетельствует об улучшении диагностики этого опасного заболевания. Также снижаются и показатели смертности от туберкулеза.

Наибольшие трудности в лечении туберкулеза вызывают случаи химиорезистентности, которая может быть связана как с приобретенной резистентностью микобактерий в результате нарушения схем лечения, так и в результате инфицирования уже резистентными штаммами. С учетом этого в настоящее время существует необходимость в тщательном соблюдении стандартов лечения пациентов с туберкулезом, регламентированных нормативными документами МЗ Украины, а также в контроле соблюдения больными схемы лечения как в амбулаторных условиях, так и в стационаре. В соответствующих приказах приведены четкие схемы лечения туберкулеза у пациентов различных категорий, длительность терапии, алгоритмы проведения контрольных обследований и особенности лечебной тактики при выявлении первичной или вторичной устойчивости микобактерий туберкулеза к тем или иным противотуберкулезным препаратам. Однако в некоторых случаях врачи и сами больные сокращают сроки проведения терапии или отказываются от определенных препаратов в схеме лечения, что является абсолютно недопустимым.

– Какие успехи получены в отечественной пульмонологии за последний год?

– В настоящее время почти не составляя проблем для терапии такие заболевания, как БА и пневмония. Отрадно знать, что наши врачи умеют вовремя их диагностировать и лечить. В последнее время появились современные препараты, позволяющие полностью контролировать течение БА, и пациент имеет возможность вести нормальный образ жизни, заниматься трудовой деятельностью и даже спортом без наличия симптомов этого заболевания.

Современная терапия БА включает применение высокоэффективных ингаляционных кортикостероидов, не обладающих системным действием. Обязательным условием такого лечения является точное следование пациентом назначенной схеме и постоянный прием препаратов для поддерживающей терапии. Сегодня при наличии современных протоколов неудачи в лечении БА связаны в первую очередь с самим пациентом. Многие больные обращаются к врачу только при обострениях, из всего спектра назначенных препаратов принимают лишь скоромощные, которые предназначены для купирования приступа, в то время как средства, уменьшающие воспаление и препятствующие возникновению новых приступов, принимать не считают нужным.

С учетом сложившейся ситуации важное значение следует придавать образовательным программам не только для врачей, но и для пациентов. Каждый больной должен быть осведомлен об особенностях своего заболевания и о целях терапии. Только очень дисциплинированный пациент будет ежедневно в течение многих лет принимать несколько препаратов, не понимая, с какой целью он это делает. В настоящее время уже разрабатывается программа по улучшению приверженности больных к лечению, что можно считать большим достижением.

– Каковы основные направления деятельности пульмонологической службы на 2010 г.?

– Сегодня мы планируем развивать уже существующие проекты: это образовательные мероприятия для врачей и пациентов; активная подготовительная работа в создании всеукраинского реестра больных тяжелой БА; программа по приверженности пациентов к лечению; улучшение контроля над медицинскими учреждениями первичного звена по своевременному проведению диагностики и лечению пульмонологических заболеваний. Может показаться, что это рутинная работа, однако она необходима для улучшения ситуации на национальном уровне.