

Медицинская весна в г. Виннице: на передовой знаний — врачи первичного звена

Недостаточно просто смотреть на
один шаг вперед, мы должны
ясно видеть все ступени
лестницы, по которой идем.
Альберт Кунс

Весна — это не только, как писал Ф.И. Тютчев, «единственная революция в мире, которая всегда имеет успех», но и время, способствующее расцвету красоты, жизни, оптимизма, энтузиазма к получению новых знаний и совершенствованию профессиональных навыков.

Вероятно, именно это в свое время стало одним из основополагающих мотивов зарождения традиции проведения научно-практической конференции, посвященной актуальным вопросам внутренней медицины, именно в весеннее время в одном из крупнейших украинских центров медицинской жизни — г. Виннице.

Сегодня это мероприятие — важное, интересное, интеллектуально обогащающее и ожидаемое в медицинских кругах событие. «Мы стали своего рода «заложниками» этой хорошей традиции», — шутит организатор междисциплинарного форума, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова, доктор медицинских наук, профессор Юрий Михайлович Мостовой.

В этом году конференция «Избранные вопросы терапии в отечественных и международных согласительных документах» состоялась 13-14 марта при поддержке ВНМУ им.Н.И. Пирогова, Управления здравоохранения и курортов Винницкой областной государственной администрации, Департамента здравоохранения Винницкого городского совета и Ассоциации врачей Подолья. Мероприятие проходило в стенах Винницкой областной филармонии «Плеяда» и объединило выдающихся представителей украинского медицинского сообщества в области внутренних болезней, кардиологии, пульмонологии, аллергологии, оториноларингологии, гастроэнтерологии, которые поделились с присутствующими последними достижениями в диагностике и лечении соматической патологии.

С приветственным словом от имени ректора ВНМУ им. Н.И. Пирогова, академика НАМН Украины, профессора В.М. Мороза выступил проректор по научно-педагогической (лечебной) работе университета, доктор медицинских наук, профессор Василий Васильевич Погорилый: «Судьба врача — постоянно совершенствоваться, находиться на передовой знаний и активно внедрять их в практику. Хочется верить, что достижения науки найдут отражение в улучшении здоровья украинской нации, а научные открытия отечественных ученых станут известны и за пределами нашей страны».

«Основная задача врачей первичного, вторичного и третичного уровня помощи — повышение профессионального уровня. Данная конференция — это возможность для практических врачей идти в ногу с современными достижениями медицины; настоящий праздник, который медицинское сообщество ждет на протяжении года», — так охарактеризовала мероприятие главный специалист по терапии и организации семейной медицины Управления здравоохранения и курортов Винницкой ОГА Светлана Ивановна Швыдюк.

Первый заместитель начальника Департамента здравоохранения Винницкого городского совета Н.Д. Марусяк акцентировала внимание на актуальности представленного спектра проблем (сердечно-сосудистой и пульмонологической патологии, занимающих лидирующие позиции в структуре инвалидности и смертности в Украине) и значимости повышения профессиональной подготовки специалистов первичного звена, поскольку в 70% случаев оказанная в рамках этого уровня помощь улучшает состояние здоровья пациентов и позволяет им обойтись без обращения к узким специалистам.

Научно-практическая конференция полностью соответствовала международным стандартам: характеризовалась высоким уровнем организации и широким спектром тем, проходила строго по регламенту и предполагала выдачу 2 сертификатов (по 1 за участие в пульмонологическом и кардиологическом блоке).

Об успехе конференции, за свою историю существования трансформировавшейся в мероприятие государственного масштаба, наиболее ярко свидетельствует интерес к ее проведению со стороны практических специалистов не только близлежащих Винницкой, Житомирской, Хмельницкой областей, но и представителей практически всех регионов Украины. В частности, в этом году по посещаемости форум вполне мог соперничать с ожидаемой театральной премьерой: количество участников в каждый из дней мероприятия превышало 600 человек.

Поскольку 2011 год ознаменовался изменением отечественных и международных согласительных документов в области пульмонологии, широким обсуждением разработанных проектов, львиная часть времени конференции была посвящена рассмотрению наиболее важных из них, в том числе непосредственно авторами проектов, в частности коллективом ученых из ГУ «Институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского НАМН Украины» (г. Киев) под руководством академика Ю.И. Фещенко.

Хроническое обструктивное заболевание легких

Созданием рекомендаций по ведению пациентов с хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ) занималась рабочая группа под руководством заведующей отделением диагностики, терапии и клинической фармакологии заболеваний легких ГУ «Национальный институт пульмонологии и фтизиатрии им. Ф.Г. Яновского НАМН Украины», доктора медицинских наук, профессора Людмилы Александровны Яшиной. На наиболее значимых изменениях и уточнениях стратегии по ведению ХОЗЛ остановилась старший научный сотрудник отделения, кандидат медицинских наук Марина Александровна Полянская.

— О чрезвычайной актуальности ХОЗЛ как общемировой проблемы красноречиво свидетельствуют данные статистики: распространенность патологии во взрослой популяции составляет 22%, она занимает 4-е место в структуре причин смерти и ассоциируется со значительными экономическими потерями — в среднем 316 тыс. долларов на человека в год (A.S. Gershon et al., 2011). Предполагательно у 50% больных диагноз не установлен. В странах Европейского Союза на долю ХОЗЛ приходится около 56% средств, выделенных на лечение респираторной патологии, что в количественном выражении равняется в среднем 38,6 млрд евро.

В Украине ХОЗЛ было выделено в качестве отдельной нозологической формы в отечественной отчетно-учетной медицинской документации всего 3 года назад, соответственно, совсем недавно был начат сбор реальных статистических данных относительно заболеваемости и распространенности данной патологии.

Основным практическим руководством для врачей всего мира, занимающихся ведением пациентов с ХОЗЛ, является Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики ХОЗЛ, разработанная международной группой экспертов (GOLD — Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of COPD). Во время последнего пересмотра в 2011 г. в него был внесен ряд важных уточнений относительно терминологии, диагностики, классификации, подходов к терапии.

В настоящее время ХОЗЛ классифицируют как заболевание, которое можно предотвратить и которое поддается лечению, характеризующееся персистирующим ограничением воздушного потока, постоянно прогрессирующее и ассоциирующееся с аномальным воспалительным ответом легких на воздействие вредных частиц или газов; подчеркивается, что обострения и сопутствующая патология утяжеляют течение заболевания у отдельных пациентов.

Предлагаются 2 классификации ХОЗЛ: общепринятая (базирующаяся на симптоматике и значении объема форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ₁) и комплексная (учитывающая наличие и выраженность клинических симптомов, показатель ОФВ₁ и частоту обострений).

Доказано, что к наиболее значимым факторам риска развития ХОЗЛ относятся курение, неблагоприятное состояние окружающей среды, тяжелый наследственный дефицит α₁-антитрипсина, мужской пол, пожилой возраст, нарушения роста и развития легких в пренатальном периоде, воздействие вредных веществ, бронхиальная астма (БА), хронический необструктивный бронхит, инфекционная патология, низкий социально-экономический уровень жизни.

Диагностика ХОЗЛ проводится на основании клинической картины (наличие одышки, хронического кашля, мокроты), изучения анамнеза (предполагает оценку факторов риска и наследственности) и данных спирометрии (соотношение ОФВ₁/ФЖЕЛ <70% после приема бронхолитика позволяет констатировать ХОЗЛ).

Следует помнить, что для ХОЗЛ более характерны начало в среднем возрасте, медленное прогрессирование симптомов, длительный анамнез курения, тогда как БА, как правило,



манифестирует в детском или молодом возрасте, характеризуется вариабельностью симптомов («день ото дня») и их ухудшением в ночное/утреннее время, сочетается с аллергическим ринитом или экземой и отягощенным семейным анамнезом в отношении БА.

При проведении диагностики используют шкалу одышки mMRC (от 0 до 4 баллов), тест контроля ХОЗЛ — CAT (учитывает наличие кашля, мокроты, ощущения скованности в грудной клетке, ограничение физической активности, нарушения повседневной деятельности, нарушения сна, субъективную оценку запаса энергии); суммарный показатель >10 баллов свидетельствует о выраженности симптомов.

Комплексная оценка ХОЗЛ предполагает:

- оценку симптомов (если показатель mMRC 0-1 или CAT <10, количество симптомов оценивают как небольшое (группа А или С); при mMRC >2 или CAT >10 количество симптомов считается большим (группа В или D);
- определение степени бронхообструкции — ОФВ₁ и ФЖЕЛ после применения бронходилататора (стадии по GOLD: I (легкая) — ОФВ₁ ≥80% от должного; II (средняя) — 50% ≤ОФВ₁ <80%; III (тяжелая) — 30% ≤ОФВ₁ <50%; IV (крайне тяжелая) — ОФВ₁ <30% от должного);
- анализ частоты обострений (при I и II стадиях по GOLD и частоте обострений 0-1 в год пациентов относят в группу низкого риска — А или В, при III и IV стадиях по GOLD и частоте обострений ≥2 в год больные входят в группу высокого риска — С или D).

Частота обострений считается относительно стабильным показателем. Согласно результатам исследования ECLIPSE (3 года наблюдения), у больных с небольшим количеством обострений не наблюдалось значимого возрастания указанного показателя, тогда как у пациентов с частыми обострениями отмечалась тенденция к увеличению их количества.



На основании данных испытаний TORCH, UPLIFT, ECLIPSE установлено, что риск возникновения обострений, потребности в госпитализации и смерти в течение 3 лет повышается у больных уже со II стадии заболевания по GOLD.

На основании данных комплексной оценки ХОЗЛ выделяют 4 группы больных:

- А — низкая частота обострений, небольшое количество симптомов (I или II стадия по GOLD и/или ≤ 1 обострений в год и mMRC < 2 или CAT < 10);
- В — низкая частота обострений, большое количество симптомов (I или II стадия по GOLD и/или ≤ 1 обострений в год и mMRC ≥ 2 или CAT ≥ 10);
- С — высокая частота обострений, небольшое количество симптомов (III или IV стадия по GOLD и/или ≥ 2 обострений в год и mMRC < 2 или CAT < 10);
- D — высокая частота обострений, большое количество симптомов (III или IV стадия по GOLD и/или ≥ 2 обострений в год и mMRC ≥ 2 или CAT ≥ 10).

Разделение на группы играет роль в выборе медикаментозной терапии.

Помимо применения лекарственных средств, схема ведения пациентов со стабильным ХОЗЛ должна включать также немедикаментозные методы. Так, во всех группах больных высокоэффективным и чрезвычайно важным методом является отказ от курения, для чего в ряде случаев используется и медикаментозная поддержка. Не менее значимой у пациентов групп В, С и D является легочная реабилитация. Всем больным ХОЗЛ рекомендуется адекватная физическая нагрузка.

Что касается вакцинации (противогриппозной и противопневмококковой), то при принятии решения руководство GOLD рекомендует ориентироваться на локальные рекомендации. Вакцинация против гриппа проводится ежегодно. Вакцинация против пневмококка рекомендована больным ХОЗЛ старше 65 лет, а также пациентам моложе 65 лет при ОФВ₁ $< 40\%$ от должного или наличии клинически значимой сопутствующей патологии.

Больным с хронической легочной недостаточностью рекомендована длительная оксигенотерапия (> 15 ч/сут).

Член-корреспондент НАМН Украины, заведующая кафедрой факультетской терапии и эндокринологии Днепропетровской государственной медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор Татьяна Алексеевна Перцева рассмотрела подходы к диагностике и лечению обострений ХОЗЛ.

— В последней редакции GOLD подчеркивается, что существенный вклад в утяжеление течения ХОЗЛ вносят обострения и сопутствующая патология, поэтому оценка риска обострений приобретает особое значение. Согласно действующим рекомендациям в группу высокого риска обострений относятся больные с ≥ 2 эпизодами в течение последнего года и показателем ОФВ₁/ФЖЕЛ $< 50\%$.

Под обострением понимают острое событие, характеризующееся усугублением респираторных симптомов пациента, выходом их за рамки привычной ежедневной вариабельности и требующее модификации терапии. Диагностика обострения ХОЗЛ основывается в первую очередь на клинической картине; рекомендуются оценка изменений газового состава крови, проведение рентгенографии (с целью исключения другой патологии), электрокардиографии (для выявления сопутствующих заболеваний), общего и биохимического анализа крови, микроскопического исследования мокроты (гнойный характер последней — показание к назначению антибиотикотерапии (АБТ); выполнение спирометрии в период обострения не рекомендуется.

Наиболее частой причиной обострений ХОЗЛ являются инфекции (в 80% случаев, из них 30–40% случаев обусловлены вирусами, 40–50% — бактериями, 5–10% — атипичными микроорганизмами). По нашим данным (Т.А. Перцева, 2008), наиболее часто встречаются *Haemophilus influenzae* (38,5%), *Streptococcus pneumoniae* (28,9%), *H. parainfluenzae* (5,8%), *Moraxella catarrhalis* (5,8%), в случае тяжелых обострений — *Pseudomonas aeruginosa* (5,8%), *Enterobacteriaceae* (7,7%); в некоторых источниках имеются указания на этиологическую роль в обострениях ХОЗЛ *Staphylococcus aureus*. Основные цели терапии — минимизация последствий текущего обострения и профилактика развития последующих.

При проведении терапии GOLD рекомендует придерживаться следующих принципов:

- наиболее предпочтительны для купирования обострения β -агонисты короткого действия в монотерапии или комбинации с антихолинергическими средствами;
- рекомендуется назначение системных кортикостероидов (СКС) и АБТ (данный подход позволяет сократить длительность пребывания в стационаре, улучшить функцию легких, устранить гипоксемию, снизить риск раннего рецидива);
- целесообразно проведение профилактики обострений.

В случае заметного увеличения интенсивности симптомов, тяжелого течения ХОЗЛ, возникновения новых симптомов, недостаточного ответа на терапию, наличия значимой фоновой патологии, частых обострений, пожилого возраста пациента и отсутствия возможности обеспечить надлежащий домашний уход следует рассмотреть вопрос о госпитализации.

Целесообразно ли назначение АБТ для лечения обострений ХОЗЛ? Накопленные научные данные свидетельствуют о снижении риска внезапной смерти на 77% при использовании такого подхода, частоты терапевтических неудач — на 53%, а также об устранении гнойного характера мокроты в 44% случаев.

В соответствии с классификацией Anthonisen (1987) выделяют 3 типа инфекционных обострений ХОЗЛ:

- I — наличие 3 больших критериев (появление или усиление одышки, увеличение количества отделяемой мокроты, гнойный характер мокроты);
- II — наличие 2 больших критериев;
- III — наличие 1 большого критерия в сочетании с как минимум 1 малым.

Назначение АБТ (курсом 5–10 дней) аргументировано пациентам с I и II (при наличии гнойной мокроты) типом обострения ХОЗЛ, а также у больных, требующих искусственной вентиляции легких; у перечисленных категорий целесообразно выполнение посева мокроты или жидкости бронхоальвеолярного лаважа.

В соответствии со стратегией GOLD в качестве эмпирической АБТ с учетом локальных особенностей используются препараты 3 классов: аминопенициллины, макролиды, тетрациклин.

С учетом высокой (11,6%) распространенности лактамаз-продуцирующих штаммов *H. influenzae* оптимальной тактикой представляется назначение защищенных аминопенициллинов, в частности амоксициллина/клавуланата, чувствительность к которому указанных штаммов достигала 100% (к цефаклору — 94,5%; азитромицину — 93,2%, кларитромицину — 94,3%).

Лечение обострений ХОЗЛ минимизирует их последствия и снижает риск развития обострений в будущем.

Во многом созвучным с выступлением Т.А. Перцева был доклад доцента кафедры фтизиатрии и пульмонологии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, кандидата медицинских наук Сергея Сергеевича Симонова, представившего показательный клинический случай, описывающий тактику врача при назначении АБТ для купирования обострения ХОЗЛ.

Пневмония

Заведующий отделением технологий лечения неспецифических заболеваний легких ГУ «Национальный институт пульмонологии и фтизиатрии им. Ф.Г. Яновского НАМН Украины», доктор медицинских наук, профессор Александр Ярославович Дзюблик, руководитель рабочей группы по созданию рекомендаций, регламентирующих подходы к лечению пневмонии, подчеркнул, что эти рекомендации призваны оказать содействие практикующим врачам в выборе оптимальной лечебной тактики, и выделил наиболее значимые дополнения проекта национального согласительного документа.

В частности, изменилась классификация пневмонии: в предыдущем приказе выделяли 4 вида пневмоний — внебольничную (ВП); возникает вне стационара либо не ранее чем через 4 нед после выписки из него, или диагностированную в течение первых 48 ч, или у пациента, не находящегося в домах сестринского ухода / отделения длительного наблюдения ≥ 14 дней; нозокомиальную (НП); аспирационную; пневмонию у лиц с тяжелыми дефектами иммунитета, тогда как в новом проекте последние 2 группы включены как подвиды ВП и НП.

Документ дополнен данными относительно региональной антибиотикорезистентности основных возбудителей респираторных инфекций в нашей стране: согласно результатам испытания ПАРУС, наблюдается высокий уровень устойчивости к триметоприму/сульфаметоксазолу и ципрофлоксацину.

В 2012 г. ожидается завершение международного проекта SOAR (охватывает 8 центров в Украине — г. Винницу, Львов, Симферополь, Ивано-Франковск, Одессу, Донецк, Днепропетровск, Киев); его результаты позволят более детально проанализировать ситуацию относительно устойчивости патогенов к воздействию антибиотиков.

В разделе, касающемся диагностики, внимание акцентируется на важности быстрых тестов, позволяющих в течение 10–15 мин с высокой вероятностью определить возбудитель (присутствуют тесты для выявления пневмококка, легионеллы, вирусов гриппа А и В, аденовирусов, респираторно-синцитиального вируса), перспективности использования метода полимеразной цепной реакции для идентификации возбудителей свиного и птичьего гриппа, атипичных микроорганизмов.

Перечень прогностических инструментов дополнен шкалой SMART-COP/SMRT-COP, разработанной австралийскими учеными, которая позволяет выделить пациентов с тяжелым течением патологии. Наиболее удобной для использования в амбулаторной практике признана шкала CRB-65 (нарушения сознания, частота дыхания ≥ 30 /мин, уровни систолического и диастолического артериального давления (АД) < 90 и ≤ 60 мм рт. ст. соответственно, возраст ≥ 65 лет оцениваются в 1 балл; на основании суммарной оценки определяют 3 степени тяжести течения: легкую, среднюю, тяжелую, что предполагает лечение амбулаторно, в стационаре и в условиях отделения интенсивной терапии соответственно).

Профессор Я.А. Дзюблик также подробно описал критерии распределения больных ВП на 4 группы, спектр возможных возбудителей и схемы АБТ в каждой из них, перечислил новые разделы проекта согласительного документа (в частности, посвященные аспирационной пневмонии, первичной и вторичной постгриппозной пневмонии, ведению беременных с ВП), основные профилактические мероприятия. Высказано мнение о необходимой длительности АБТ: рекомендуемый курс составляет 7–10 дней, в случае выявления атипичных микроорганизмов, легионеллы, стафилококка — 2–3 нед. Наличие стойкого субфебрилитета после перенесенной ВП может быть обусловлено астенией, остаточные изменения на рентгенограмме и сухой кашель наблюдаются в течение 1–2 мес и не требуют удлинения сроков АБТ. Ведение всех без исключения беременных с ВП должно осуществляться в условиях стационара.

Тематика второго доклада ученого отражала основные подходы к назначению АБТ пациентам с ВП на амбулаторном этапе. Я.А. Дзюблик перечислил такие принципы, как предпочтение пероральных форм АБТ (в связи с более низким риском побочных реакций и стоимостью терапии); выбор оптимальной кратности приема (по данным Pavić-Sladoljev, при необходимой кратности приема 1–2 р/сут compliance пациентов составляет 90%, 3–4 р/сут — 50%); назначение АБТ с учетом данных о ее приеме в предшествующие 3 мес (с целью снижения риска развития резистентности); безотлагательное назначение эмпирической АБТ. Также были рассмотрены строение, история создания препаратов цефалоспоринового ряда, свойства цефалоспоринов различных поколений.

Докладчик порекомендовал использовать в амбулаторном лечении ВП (в 1-й и 2-й группе больных) цефалоспорины II поколения и отметил, что активность в отношении грамположительных микроорганизмов у препаратов цефалоспоринового ряда снижается от I к IV поколению.

Заведующий кафедрой пропедевтики и внутренних болезней ВНМУ им. Н.И. Пирогова, доктор медицинских наук, профессор Юрий Михайлович Мостовой проанализировал риски назначения АБТ при пневмонии.

В настоящее время лечение респираторных заболеваний проводится в соответствии с национальными согласительными документами, являющимися своего рода украинской пульмонологической конституцией. Тем не менее следует учитывать возможные риски и индивидуальные особенности больного. Наличие множества генерических форм антибактериальных средств (не всегда качественных) и нерациональное их применение привели к увеличению частоты случаев побочных реакций. Например, в 2008 г. лидирующее место среди препаратов, обусловивших развитие нежелательных явлений, с показателем 3,91% занимал цефтриаксон (А.П. Викторов, 2010). Для цефалоспоринов характерен высокий риск лекарственных взаимодействий: при сочетанном использовании с антикоагулянтами (гепарином, варфарином), тромболитиками, нестероидными противовоспалительными препаратами и др. повышается вероятность кровотечений; с аминогликозидами, гликопептидами, петлевыми диуретиками — усиливается нефротоксическое действие. В отношении макролидов, которые относятся к одним из наиболее безопасных антибиотиков, следует помнить о риске угнетения системы цитохрома P450 (кларитромицин $>$ эритромицин $>$ мидекамицин $>$ рокситромицин $>$ азитромицин $>$ спирамицин), развития холестаза (резко возрастает у пациентов старше 65 лет), удлинения интервала QT и возникновения аритмий (группа риска — женщины пожилого возраста с кардиоваскулярной патологией). Вероятно лекарственное взаимодействие: гипотензия при сочетании макролидов,

Продолжение на стр. 46.

Медицинская весна в г. Виннице: на передовой знаний — врачи первичного звена

Продолжение. Начало на стр. 44.

особенно кларитромицина, с антагонистами кальция; повышение риска гликозидной интоксикации до 10% при применении с дигоксином, рабдомиолиза при совместном использовании со статинами. Наиболее значимыми рисками при назначении фторхинолонов являются кардиотоксичность (вероятны желудочковые аритмии, синдром пируэты) и влияние на уровень глюкозы (резкое снижение или повышение, что обуславливает необходимость мониторингования данного показателя у пациентов с сахарным диабетом).

Докладчик выразил убеждение, что наиболее безопасной группой антибактериальных средств, рекомендованных для лечения респираторной патологии, являются защищенные аминопенициллины. В частности, известный представитель этой группы амоксициллин/клавуланат не вызывает нарушений ритма сердца, не влияет на систему цитохрома P450, не оказывает токсического воздействия на почки, разрешен к применению у беременных и лиц пожилого возраста. При сочетанном его использовании с пероральными контрацептивами возможно снижение эффективности последних, с аллопурином — повышение частоты высыпаний, пробенецидом — повышение концентрации амоксициллина.

Доцент кафедры фтизиатрии и пульмонологии НМАПО им. П.Л. Шупика, кандидат медицинских наук Людмила Владимировна Юдина обозначила подходы к постановке диагноза и выбора места лечения, определению возбудителя, назначению стартовой АБТ для лечения взрослых пациентов с ВП, рассмотрела основные клинические ошибки, проиллюстрировав выступление клиническим примером.

Бронхиальная астма

Профессор Т.А. Перцева рассмотрела основные аспекты ведения больных БА — хроническим воспалительным заболеванием дыхательных путей, в котором принимают участие многочисленные клетки и медиаторы воспаления. Хроническое воспаление лежит в основе развития бронхиальной гиперреактивности, которая приводит к повторяющимся эпизодам свистящих хрипов, одышки, чувства заложенности в груди, кашля, особенно ночью или ранним утром. Обструкция дыхательных путей при БА является, как правило, обратимой — либо спонтанно, либо под действием лечения. Докладчик отметила, что БА — заболевание, гетерогенное по своей природе и вариативное по течению. В связи с этим выделяют ряд фенотипов БА, среди которых тяжелая БА: 80% всех затрат на лечение больных БА приходится лишь на 20% пациентов, страдающих более тяжелой ее формой. В зависимости от особенностей течения заболевания выделяют 3 подгруппы тяжелой БА:

- пациенты с персистирующими симптомами БА и повторяющимися обострениями, несмотря на высокие дозы ингаляционных кортикостероидов и бронходилататоров длительного действия;
- больные БА, нуждающиеся в постоянном приеме СКС для достижения контроля;
- пациенты с угрожающими жизни приступами БА в анамнезе.

Пристального внимания клиницистов требуют такие фенотипы заболевания, как мультисимптомная астма (диагностирована врачом, требует применения бронхолитиков, сопровождается приступами удушья, характеризуется периодическим свистящим дыханием и наличием одышки при физической нагрузке и/или при вдыхании холодного воздуха); профессиональная (вызывается профессиональными факторами либо усугубляется при их воздействии); БА второй половины жизни (встречается у людей пожилого возраста и характеризуется высоким риском смерти); воспалительные фенотипы (эозинофильный: количество эозинофилов в мокроте >1-2,75%; нейтрофильный: количество нейтрофилов в мокроте >51-65%; олигогранулоцитарный: в мокроте эозинофилов <1-2,75% и нейтрофилов <51-65%).

В разрезе проблемы бронхообструктивных заболеваний немаловажным представляется финансовый аспект терапии. Этой проблематике посвятил выступление профессор Ю.М. Мостовой: ученый представил результаты собственного исследования, в котором определялись факторы, оказывающие наиболее значимое влияние на частоту назначения адекватной базисной терапии больным с указанной патологией.

— В 2008 г. компанией «ГлаксоСмитКляйн» в Украине была начата реализация социальной программы «Оранжевый кард», направленной на повышение доступности препарата Серетид (сальметерол / флутиказона пропionato) для пациентов и повышение информированности врачей в вопросах диагностики и лечения БА и ХОЗЛ; в рамках данной инициативы цена препарата Серетид была снижена в 4 раза.

В настоящее время базисную терапию препаратом Серетид получают около 90 тыс. больных БА и ХОЗЛ, однако частота назначения данного лекарственного средства врачами разных специальностей существенно отличается: несмотря на то что в образовательных программах принимали участие около 10 тыс. врачей общей практики и терапевтов, препарат чаще всего назначают пульмонологи.

На основании накопленных данных количество охваченных программой пациентов с БА, состоящих на диспансерном учете, в Украине можно оценить в 32%, при этом наблюдаются существенные различия по регионам: например, в некоторых областях этот показатель превышал 50%, тогда как в Сумской области составлял всего 8%, Закарпатской — 11%, Черниговской — 14%.

Нами было выделено 15 областей с наиболее низким показателем охвата комбинированной терапией; на основании детального анализа экономических, медицинских и личностных факторов была предпринята попытка выяснить, какая из причин предопределила подобную тенденцию.

Оценка среднемесячного дохода на одного жителя в каждой из областей подтвердила, что экономический фактор не играет решающей роли: например, в Донецкой области средний доход на одного жителя составляет 1820 грн/мес, а в Черкасской — 1270 грн, тогда как охват пациентов программой — 26 и 39% соответственно.

Выявлено, что обеспеченность пульмонологами и аллергологами также не оказывает значительного влияния на охват пациентов базисной терапией. В пользу этого вывода свидетельствует тот факт, что обеспеченность пульмонологами в Закарпатской области самая высокая в Украине — 0,39 на 10 тыс. населения, а показатель охвата программой является одним из самых низких — 11%.

Не наблюдалось зависимости между показателем охвата программой и количеством задействованных в ней аптек: например, в Днепропетровской области Серетид по программе «Оранжевый кард» можно приобрести в 120 аптеках, а охват больных БА составляет 33%; в Черкасской области эти показатели — 7 аптек и 39% соответственно.

Профессор Ю.М. Мостовой подчеркнул, что с учетом результатов анализа наиболее значимым фактором недостаточного охвата базисной терапией больных БА и ХОЗЛ была признана их низкая приверженность к лечению, что во многом обусловлено проблемами в сотрудничестве со специалистом и требует более детальной разъяснительной работы.

Интерес врачебной аудитории также вызвали выступления доцента кафедры внутренней медицины им. проф. А.Я. Губергрица Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, кандидата медицинских наук Надежды Евгеньевны Моногаровой, остановившейся на аспектах небулайзерной терапии и новых подходах к лечению ХОЗЛ; доктора медицинских наук, профессора кафедры фтизиатрии с курсом клинической иммунологии и аллергологии ВНМУ им. Н.И. Пирогова Сергея Викторовича Зайкова, рассмотревшего неантибактериальные эффекты макролидов в лечении инфекций дыхательных путей и особенности лечения медикаментозной аллергии; заведующего кафедрой внутренней медицины № 3 Ивано-Франковского национального медицинского университета, доктора медицинских наук, профессора Николая Николаевича Островского, представившего подходы к купированию воспаления в случае ХОЗЛ; доцента кафедры детских инфекционных болезней и детской иммунологии НМАПО им. П.Л. Шупика, кандидата медицинских наук Федора Ивановича Лапия, очертившего практические моменты АБТ острых тонзиллитов; заведующего кафедрой фтизиатрии с курсом клинической иммунологии и аллергологии ВНМУ им. Н.И. Пирогова, доктора медицинских наук, профессора Бориса Михайловича Пухлика, рассказавшего о возможностях использования флутиказона фуората в практике семейного врача; руководителя Центра семейного консультирования и психотерапевтической коррекции, кандидата медицинских наук Ольги Петровны Мостовой, представившей 2 доклада — посвященный комплексному подходу к лечению пациентов с нарушением мозгового кровообращения, а также регламентирующий подходы к диагностике и устранению легкой депрессии.

Кардиоваскулярная патология

Под руководством профессора кафедры семейной медицины Львовского национального медицинского университета им. Данила Галицкого, доктора медицинских наук Андрея Владимировича Ягенского был проведен мастер-класс, направленный на ознакомление практических врачей с мероприятиями по профилактике инсульта у больных с фибрилляцией предсердий (ФП). На важности применения статинов с момента лечения атеросклероза до предупреждения атеротромбоза, а также на дискуссионных вопросах современной кардиологии, в частности на профилактике инсульта у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и различных методах контроля частоты сердечных сокращений при ишемической



болезни сердца (ИБС) и сердечной недостаточности (СН), сфокусировала внимание член-корреспондент НАМН Украины, заведующая кафедрой внутренней медицины Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца (г. Киев), доктор медицинских наук, профессор Екатерина Николаевна Амосова; вопросы применения сартанов в лечении артериальной гипертензии раскрыла руководитель отдела гипертонической болезни ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины (г. Киев), доктор медицинских наук, профессор Евгения Петровна Свищенко; доктор медицинских наук, профессор кафедры кардиологии и функциональной диагностики НМАПО им. П.Л. Шупика Олег Иосифович Жаринов уделит внимание особенностям ведения больных с сочетанием АГ и ИБС, а также важным изменениям в рекомендациях по ведению пациентов с ФП; информацию о современных методах лечения и профилактики дислипидемий и неотложной помощи в случае острого коронарного синдрома предоставила профессор кафедры госпитальной терапии № 2 Днепропетровской государственной медицинской академии, доктор медицинских наук Елена Акиндиновна Коваль; размышлениями относительно выбора антибиотика для лечения респираторной патологии у больных с СН поделился профессор Ю.М. Мостовой.

В рамках гастроэнтерологической секции был представлен доклад заведующей кафедрой внутренней медицины им. проф. А.Я. Губергрица Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, доктора медицинских наук, профессора Наталии Борисовны Губергриц, в поле научного интереса которой находились внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

К научно-практической конференции традиционно был приурочен выпуск справочника «Сучасні класифікації та стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів» (издание 2012 г. стало уже 13-м); также в рамках мероприятия состоялась презентация монографии «Табаккурение: культуральные и медико-социальные аспекты».

К сожалению, в рамках одной публикации невозможно все-сторонне отразить круг научных поисков ведущих экспертов отечественного здравоохранения, а слова и фотографии только частично передают ту особую атмосферу, которой славится ежегодная научно-практическая конференция в г. Виннице. Вместе с тем отрадно, что хорошей традицией стало сотрудничество «Медицинской газеты «Здоров'я України» и Ю.М. Мостового: уже не первый год наши корреспонденты становятся гостями мероприятия, а читатели издания получают возможность услышать информацию практически из первых уст.

Рациональной представляется направленность мероприятия именно на специалистов внутренней медицины, с которых, образно говоря, начинается медицинский путь подавляющего большинства пациентов, — важность сложного и эффективного функционирования этого звена системы здравоохранения не вызывает сомнений. Ведь, как точно подметил итальянский певец и писатель Фабио Вело, «в жизни бывает много ошибок, которые сами по себе не ошибки, а следствия первой пуговицы, застегнутой неправильно».

Подготовила **Ольга Радучич**



АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ДАЙДЖЕСТ

Новое руководство по лечению риносинусита не рекомендует рутинное применение антибиотиков

Согласно новому руководству Американского общества по инфекционным заболеваниям (IDSA) 98% случаев острого риносинусита вызываются вирусами и поэтому не должны подвергаться лечению антибиотиками.

В руководстве указывается, что на сегодня отсутствуют простые тесты, которые бы позволяли легко и быстро различать вирусную и бактериальную этиологию инфекции придаточных пазух носа. Применение антибиотиков при вирусных инфекциях не влияет на выздоровление, но при этом может способствовать антибиотикорезистентности, повышать стоимость лечения и риск побочных эффектов.

В отличие от большинства более старых руководств в новом документе IDSA указывается, что при лечении бактериальных риносинуситов препаратом первого выбора является не амоксициллин, а амоксициллин/клавуланат. Предпосылками для такого решения стали широкое использование пневмококковых вакцин, изменившее спектр возбудителей заболевания, и увеличение антибиотикорезистентности.

Кроме того, в руководстве IDSA 2012 рекомендуется применять более короткие курсы антибиотикотерапии у взрослых пациентов и использовать ирригации стерильными солевыми растворами. Назначения деконгестантов и антигистаминных препаратов следует избегать, так как они могут усугублять симптомы. Азитромицин, кларитромицин, триметроприм/сульфаметоксазол и другие антибиотики с похожим антибактериальным спектром применять не рекомендуется вследствие роста резистентности причинных патогенов к этим препаратам.

[Chow A.W. et al. Clinical Infectious Diseases. Опубликовано онлайн 20 марта 2012 г.](#)

Целесообразность определения антимикробной чувствительности при эрадикации *Helicobacter pylori*

Предыдущие исследования показали, что в регионах с высокой резистентностью к кларитромицину (15-20%) частота эрадикации *Helicobacter pylori* (Hr) при использовании стандартной тройной терапии (омепразол, амоксициллин, кларитромицин – ОАК) является неудовлетворительной. Целью исследования, проведенного испанскими учеными, было сравнить эффективность 10-дневного приема ОАК в качестве первой линии терапии у пациентов с Hr-инфекцией, диагностированной по данным культурального исследования (КИ) с определением чувствительности к антибиотикам либо с помощью дыхательного теста с мочевиной (ДТМ) без определения чувствительности к антибиотикам в регионе с высокой резистентностью Hr к кларитромицину.

В исследовании принял участие 221 пациент, из которых 117 получали антибиотикотерапию на основании КИ и 104 – по результатам ДТМ. Эффективность эрадикации во всех случаях контролировалась с помощью ДТМ.

Частота успеха 10-дневной терапии ОАК у пациентов группы КИ (88%) была значительно выше таковой в группе ДТМ (49%; $p < 0,0005$). Кроме того, в группе КИ лечение было фармакоэкономически более выгодным.

Авторы исследования пришли к заключению, что в регионах с высокой степенью резистентности Hr к кларитромицину назначение лечения с учетом результатов КИ с определением чувствительности к антибиотикам является предпочтительной стратегией эрадикационной терапии.

[Cosme A. et al. Clinical Microbiology and Infection. Опубликовано онлайн 12 апреля 2012 г.](#)

Эртапенем продемонстрировал эффективность в лечении гнойного гидраденита

Гнойный гидраденит (ГИ; hidradenitis suppurativa) – незаразное заболевание кожи, при котором чаще всего поражаются зоны, содержащие большое количество сальных и апокринных потовых желез (подмышечные впадины, грудь, внутренняя часть бедер, паховая область и ягодицы). ГИ проявляется кластерами хронических абсцессов, эпидермоидных кист, атером и пилонидальных кист либо в виде мультилокализованных инфекционных очагов размерами от горошины до бейсбольного мяча, чрезвычайно болезненных при прикосновении. Заболевание, как правило, имеет хроническое рецидивирующее течение и в тяжелых случаях приводит к формированию многочисленных шрамов и фистул. Патогенез ГИ остается малоизученным.

Лечение ГИ комплексное и включает пероральный прием антибиотиков. Однако последние назначаются не для лечения инфекции, а благодаря их противовоспалительным свойствам. В США чаще всего применяются тетрациклин, миноциклин и клиндамицин.

На 70-м конгрессе Американской академии дерматологии (AAD) ученые из Франции представили результаты исследования, впервые показавшие, что антибиотик, не обладающий известной противовоспалительной активностью, может обеспечивать высокую эффективность при ГИ.

В ходе данного исследования изначально изучалась эффективность тройной терапии (рифампин, моксифлоксацин и метронидазол) у больных ГИ. У пациентов с III стадией заболевания лечение демонстрировало неудовлетворительные результаты, причем была отмечена определенная закономерность: рецидивы возникали после отмены метронидазола. Это указывало на необходимость более длительной антианаэробной терапии, однако метронидазол нельзя принимать дольше 6 нед подряд вследствие значительного риска развития нейропатии.

Основываясь на данных наблюдениях, авторы решили включить в схему лечения таких больных эртапенем – β -лактамный антибиотик класса карбапенемов, обладающий клинически значимой активностью против анаэробов. Эртапенем использовали в виде внутривенной инъекции 1 г/сут на протяжении 6 нед в качестве индукционной терапии.

По оценкам пациентов выраженность боли по визуальной аналоговой шкале уменьшилась с 6 до 0 баллов после 6 нед лечения – результат, по словам авторов, практически не встречающийся в медицинской литературе при этом заболевании. Кроме того, количество гнойного отделяемого уменьшилось с 8 до 2 баллов, ограничение повседневной активности – с 8 до 3 баллов. У трети пациентов стадия ГИ по Hurley с III перешла во II, что означает появление нормальных участков кожи между очагами.

По сравнению с пероральной антибиотикотерапией лечение эртапенемом переносилось значительно лучше. В 1 случае наблюдался тромбоз катетера, который после извлечения катетера разрешился без дальнейших осложнений.

[Nassif A. American Academy of Dermatology \(AAD\) 70th Annual Meeting. Абстракт представлен 16 марта 2012 г.](#)

Гонокок способен быстро развивать резистентность к азитромицину

На национальной конференции по профилактике заболеваний, передающихся половым путем (12-15 марта, г. Миннеаполис, США), был представлен клинический случай, описывающий азитромицинрезистентный вариант гонореи, развившийся всего за 12 дней и верифицированный с помощью генотипирования.

Мужчина в возрасте 26 лет с гонококковым уретритом, подтвержденным по данным культурального исследования, получал азитромицин в монотерапии по 2 г/сут перорально. После 12 дней такого лечения симптомы сохранялись, что указывало на неэффективность терапии.

Как отмечают авторы, спонтанные мутантные штаммы макролидрезистентной *N. gonorrhoeae* ранее успешно выделялись в лабораториях в исследованиях *in vitro*, однако клинический случай развития резистентности к азитромицину уже после 12 дней лечения зафиксирован впервые.

В соответствии с текущим руководством Центров по контролю и профилактике заболеваний США (CDC) лечение гонореи следует проводить с помощью двойной терапии: цефтриаксон инъекционно + азитромицин или доксициклин.

[Soge O. 2012 National STD Prevention Conference. Presented March 14, 2012.](#)

Фторхинолоны связаны с отслоением сетчатки

Отслоение сетчатки (ОС) – неотложное клиническое состояние, в отсутствие лечения способное приводить к утрате зрения и слепоте.

Одним из потенциальных побочных эффектов фторхинолонов является разрыв сухожилий. По данным ряда авторов, механизм развития осложнения может быть обусловлен влиянием этих антибиотиков на синтез коллагена – процесс, предположительно вовлеченный в патогенез ОС.

Целью исследования, проведенного канадскими учеными, было изучить связь между фторхинолонами и ОС. Авторы использовали крупную медицинскую базу данных, из которой отобрали истории болезни пациентов, посещавших офтальмолога в период с января 2000 по декабрь 2007 года. Каждого больного с ОС сопоставили с 10 контрольными пациентами того же возраста, после чего определили частоту применения фторхинолонов в каждой группе. Статистический анализ проводили с поправкой на многочисленные переменные, включая пол, перенесенную операцию по поводу катаракты, наличие в анамнезе миопии, сахарного диабета, а также назначение других лекарственных препаратов на протяжении последнего года до события.

В результате было установлено, что текущее применение фторхинолов ассоциировалось с повышением риска ОС в 4,5 раза по сравнению с отсутствием терапии этими препаратами. Авторы подсчитали, что назначение фторхинолов 2500 пациентам вызывает 1 дополнительный случай ОС.

На сегодня в Министерство здравоохранения Канады поступило только 1 сообщение о развитии ОС на фоне терапии ципрофлоксацином, однако, по мнению исследователей, реальная частота этого осложнения может недооцениваться.

Исследование также показало, что применение β -лактамных антибиотиков и короткодействующих β_2 -агонистов не повышало риска ОС.

Примечательно, что риск развития ОС снижался до среднепопуляционного уже на следующий день после отмены фторхинолонов. Таким образом, эти препараты наиболее вероятно проявляют острый токсический эффект.

[Eltinan M. et al. JAMA 2012; 307: 1414-1419](#)

У больных раком фидаксомицин превзошел по эффективности ванкомицин в лечении инфекции *C. difficile*

Фидаксомицин – новый макроциклический антибиотик с узким спектром активности против грамположительных бактерий и минимальной активностью в отношении нормальной флоры желудочно-кишечного тракта. При пероральном приеме фидаксомицин не всасывается, что делает возможным достижение очень высоких концентраций в кишечнике.

На 22-м Европейском конгрессе по клинической микробиологии и инфекционным болезням (ECCMID) были представлены объединенные результаты двух исследований, в которых фидаксомицин сравнивался с ванкомицином в лечении диареи, ассоциированной с *Clostridium difficile*, у онкологических больных и у пациентов без злокачественных новообразований.

Фидаксомицин назначался по 200 мг 2 р/сут, ванкомицин – по 125 мг 4 р/сут; оба препарата принимались на протяжении 10 дней.

У больных раком, прошедших по крайней мере 8 дней терапии фидаксомицином или ванкомицином, клиническое излечение было достигнуто в 92,2% случаев, в то время у пациентов неонкологического профиля этот показатель составил 96,6% ($p=0,0130$). У онкобольных до разрешения диареи проходило значительно больше времени (55 vs 100 ч; $p=0,004$) и отмечался несколько более высокий риск рецидива (22,0 vs 19,9; $p=0,57$) по сравнению с пациентами без рака. Стойкий ответ достигался в 71,9 и 77,3% случаев соответственно (различие статистически не значимо).

В то же время у больных раком наблюдались существенные отличия в эффективности двух исследуемых препаратов. Лечение фидаксомицином ассоциировалось с 5-кратным повышением шансов на достижение клинического ответа ($p=0,041$) и с 3-кратным увеличением частоты стойкого ответа ($p=0,003$) по сравнению с соответствующими показателями в случае приема ванкомицина. Кроме того, в группе ванкомицина риск рецидива был в 2,6 раза выше по сравнению с таковым в группе фидаксомицина ($p=0,025$).

Основным препятствием к широкому применению фидаксомицина при инфекции *C. difficile* является его высокая цена: стоимость 10-дневного курса терапии составляет 2800 долларов.

[Cornely O.A. et al. 22nd European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases \(ECCMID\).](#)

[Poster 2289 and Abstract O670.](#)

Подготовил **Алексей Терещенко**