

Терапевтичні читання 2014:

13-14 березня у м. Вінниці відбулася 20-та ювілейна науково-практична конференція для лікарів-терапевтів, сімейних лікарів та лікарів загальної практики. Історія конференції бере свій початок із травня 1994 р., коли в конференц-залі Вінницької міської лікарні № 4 за ініціативою новопризначеного завідувача кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова Юрія Михайловича Мостового відбулося перше наукове зібрання, на якому обговорювалися актуальні питання пульмонології. Із тих часів щорічно навесні Поділля стає центром наукових дискусій провідних фахівців із найбільш актуальних питань пульмонології, кардіології і клінічної фармакології та місцем обміну досвідом лікарів-практиків.

Незмінним натхненником, організатором і модератором терапевтичних читань у м. Вінниці протягом 20 років є відомий український науковець, професор Ю.М. Мостовой. Наше видання традиційно є постійним інформаційним спонсором цієї непересічної події і з задоволенням залишатиметься партнером і надалі. Пропонуємо читачам ознайомитися з найбільш цікавими доповідями наукового форуму.



Відкрив конференцію завідувач відділом технологій лікування неспецифічних захворювань легень ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України» (м. Київ), доктор медичних наук, професор Олександр Ярославович Дзюблик, який ознайомив слухачів із ключовими положеннями нової національної настанови з діагностики та лікування позалікарняної пневмонії.

— Національні рекомендації, що готуються провідними фахівцями нашої країни на базі сучасних доказових даних, є систематичним документом, в який вносяться зміни та доповнення кожні 3-5 років. В Україні, починаючи з 1999 р., рекомендації з діагностики та лікування позалікарняних пневмоній у дорослих видавалися 4 рази. Останній нормативний документ був виданий у 2013 р. і затверджений на V з'їзді фтизіатрів та пульмонологів України. Наявність рекомендацій дає можливість скоротити терміни лікування пневмонії, приводить до зниження летальності та мінімізує економічні затрати.

У процесі лікування пневмонії перед клініцистами виникає три принципово важливі запитання:

- ✓ В яких умовах — амбулаторно чи стаціонарно — лікувати хворого?
- ✓ Які засоби слід використовувати з цією метою?
- ✓ Якою є оптимальна тривалість терапії?

Для відповіді на перше запитання запропоновані різноманітні клініко-лабораторні шкали, які базуються на оцінці прогнозу захворювань. В Україні рекомендовано використовувати шкалу CRB-65, яка була запропонована в 2003 р. і ґрунтується на клінічних ознаках. Кожна із таких ознак оцінюється в 1 бал. У разі відсутності балів у пацієнта діагностується легкий перебіг захворювання, що свідчить про можливість лікування в амбулаторних умовах. За наявності 1 бала в осіб віком до 65 років або 2 балів в осіб віком 65 років і старше діагностується середній ступінь тяжкості з рекомендацією лікування в терапевтичному відділенні. Тяжкий перебіг захворювання визначається за наявності 2-3 балів в осіб віком до 65 років або 3-4 балів в осіб віком 65 років і старше, які потребують лікування у відділенні інтенсивної терапії. Ця шкала має певні недоліки, але разом з тим надає можливість клініцисту зорієнтуватися під час вибору стратегії ведення пацієнта.

Відповідно до рекомендацій, пацієнтів поділяють на 4 групи, однак формування цих груп дещо змінилося. I групу становлять пацієнти з позалікарняною пневмонією легкого перебігу та супутньою патологією, які не приймали протягом останніх 3 міс антибактеріальні препарати. Ймовірними збудниками хвороби можуть бути пневмокок, мікоплазма, гемофільна паличка, хламідії, респіраторні віруси. II групу становлять пацієнти з легким перебігом захворювання, що мають супутню патологію та/або застосовували протягом останніх 3 міс антибактеріальні препарати курсом ≥ 2 днів. До ймовірних збудників захворювання належать золотистий стафілокок та представники родини ентеробактерій. III група — це пацієнти з середньою тяжкістю перебігу захворювання та високою ймовірністю виявлення асоціації кількох збудників. До IV групи належать хворі на пневмонію з тяжким перебігом, у яких захворювання може бути спричинене полімікробними асоціаціями.

Основа лікування пневмонії становлять антибактеріальні препарати. Діагноз позалікарняної пневмонії є беззаперечним показанням до застосування антибіотиків. Метою антибактеріальної терапії є повна ерадикація бактерій. На сьогодні існує два підходи до проведення антибактеріальної терапії: етіотропна та емпірична; вибір терапевтичної стратегії повинен здійснюватися з урахуванням тяжкості перебігу захворювання. У практичній діяльності, як правило, перевага надається емпіричній терапії, що забезпечує можливість раннього початку лікування. При тяжкому перебігу захворювання терапію слід розпочинати не пізніше ніж через 4 год після встановлення діагнозу, за наявності ознак септичного шоку цей термін скорочується до 1 год.

Основними збудниками інфекційних захворювань респіраторного тракту є пневмокок (50%) та гемофільна паличка (10%). Високу активність щодо зазначених патогенів демонструють β -лактами, макроліди та фторхінолони (ФХ).

Таким чином, підходи до лікування хворих на позалікарняну пневмонію ґрунтуються на результатах мікробіологічного скринінгу, вперше проведеного в Україні, і враховують регіональні рівні резистентності основних збудників до антибактеріальних препаратів.



Завідувач кафедри пропедевтики внутрішніх захворювань Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, доктор медичних наук, професор Юрій Михайлович Мостовой представив доповідь «Антибактеріальна терапія інфекцій нижніх дихальних шляхів на тлі недостатності кровообігу».

Переважає більшість пацієнтів похилого віку мають коморбідний стан та потребують комплексного підходу до лікування. Серцева недостатність з практичної токи зору — це мультидисциплінарна проблема, оскільки спостерігаються не лише серцево-судинні порушення, але й розлади з боку нирок, дихальної, ендокринної та скелетно-м'язової систем. Актуальність проблем коморбідності посилюється з віком, оскільки в цій популяції пацієнтів патологічні стани частіше мають декомпенсований перебіг. «Майже у 20% хворих, які отримували стаціонарне лікування з приводу пневмонії, на тлі терапії виникали серцево-судинні події, які потребували спеціального лікування в кардіологічному відділенні», — повідомив доповідач.

Виділяють певні особливості перебігу та курації пацієнтів, які мають серцеву недостатність і пневмонію на тлі ішемічної хвороби серця (ІХС).

Було відзначено, що негоспітальна пневмонія в осіб похилого віку на тлі недостатності кровообігу, як правило, має асимптомний характер (типова клінічна картина та лихоманка відсутні). Дуже часто дебютними ознаками захворювання на тлі недостатності кровообігу є погіршення психічного стану, пам'яті, запаморочення, сонливість. Зазначені симптоми є підставою до обстеження хворих із метою виключення/підтвердження негоспітальної пневмонії. Крім того, у цієї категорії пацієнтів дуже швидко розвивається декомпенсація патології серцево-судинної системи.



здобутки та напрями розвитку



Таким чином, у пацієнтів похилого віку, які мають серцеву недостатність, перебіг пневмонії є атиповим, без лихоманки, супроводжується психічними розладами та різким порушенням функціональних показників, у першу чергу серцево-судинної системи.

Відсутність скарг на тлі задишки, нечіткість свідомості, погіршення функціонального стану та рентгенологічне або аускультативне підтвердження пневмонії є підставами для невідкладного призначення антибактеріальних препаратів, оскільки несвоєчасно розпочате лікування суттєво погіршує прогноз. У хворих, що застосовували антибіотики на догоспітальному етапі, стабілізація клінічного стану спостерігалася на 1 добу раніше.

Слід пам'ятати, що застосування антибактеріальних препаратів у цієї категорії пацієнтів має певні нюанси. Передусім йдеться про мінімізацію негативного впливу на серцево-судинну систему, функцію печінки та нирок та попередження можливої взаємодії антибіотиків із іншими лікарськими засобами. Ризик побічних реакцій під час використання антибактеріальних препаратів, які зазначені як мало ймовірні, у пацієнтів із супутньою патологією помітно зростає.

Особлива увага була приділена цефтріаксону, який часто застосовується в практиці, проте асоціюється з певними клінічними ризиками. У разі застосування цефтріаксону в комбінації з антикоагулянтами гепарином, варфарином, нестероїдними протизапальними препаратами суттєво підвищується ризик виникнення кровотечі. Призначення вказаного антибіотика пацієнтам із інфарктом міокарда на 3-4-й день на тлі прийому антикоагулянтів та клопідогрелю спричинило виникнення кровотечі. Виправданою альтернативою цефтріаксону є захищені амінопеніциліни та респіраторні ФХ.

Доповідач акцентував увагу присутніх на тому, що пеніциліни історично мають найменшу кількість взаємодій і зарекомендували себе як препарати з мінімальною кардіо- та гепатотоксичною дією.



Доцент кафедри фізйотрії і пульмонології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика (м. Київ), кандидат медичних наук Сергій Сергійович Симонов проаналізував основні положення базисної терапії бронхіальної астми (БА).

Останнім часом у клінічну пульмонологію було введено поняття контролю БА, що зробило поняття «контрольована» та «неконтрольована» важливим критерієм щодо вибору терапевтичної модальності. Під терміном «контрольована астма» розуміють досягнення контролю захворювання, ефективну профілактику загострень, завдяки яким відбувається зниження летальності та підвищення якості життя пацієнтів.

Окрім відомих критеріїв, за якими оцінюють ступінь контролю БА у практиці, важливе значення має частота застосування сальбутамолу (препарату невідкладної допомоги). БА вважається контрольованою, якщо пацієнту доводиться застосовувати сальбутамол не частіше 1-2 разів на тиждень.

За даними статистики, 53% пацієнтів регулярно приймають препарати невідкладної допомоги не менше 1 разу на день. Незадовільний контроль захворювання, окрім погіршення якості життя, призводить до збільшення кількості загострень, які потребують госпіталізації і призначення системних глюкокортикоїдів.

На сьогодні розроблено спеціальний опитувальник – тест з контролю над БА, який складається з 5 запитань (загальна сума в 15 балів свідчить про недостатній контроль захворювання) і дає можливість уникнути суб'єктивізму в оцінці стану пацієнта.

Таким чином, оцінка контролю в реальній практиці здійснюється двома шляхами: за допомогою оцінки визначення потреби в засобах невідкладної допомоги та підтвердження відсутності контролю згідно з даними опитувальника.

Не слід забувати про наявність такої проблеми, як гормонофобія, яка є однією із причин низької прихильності пацієнтів із БА до застосування інгаляційних глюкокортикоїдів. Разом з тим у Фінляндії, де раніше відзначалися найвищі рівні смертності від БА, збільшення застосування інгаляційних гормонів сприяло зниженню летальності від БА, про що свідчать дані дослідження.



Професор кафедри управління і економіки фармації Смоленської державної медичної академії (РФ), доктор медичних наук Володимир Віталійович Рафальський присвятив свій виступ принципам раціонального вибору антибіотика для лікування респіраторних інфекцій.

На сьогодні значна частина досліджень спрямована на вивчення профілю безпеки антибіотиків, що суттєво розширює сучасні уявлення про ризики, пов'язані із застосуванням цієї групи препаратів. Наприклад, 15 серпня 2013 р. FDA опублікувало лист із метою привернути увагу клініцистів до небезпеки розвитку периферійної полінейропатії на тлі прийому ФХ. Аналіз бази даних спонтанних повідомлень про небажані лікарські реакції за 2003-2012 рр. показав наявність кореляції між прийомом ФХ та розвитком периферійної полінейропатії, асоційованої з інвалідизацією. Відмічено, що специфічні небажані лікарські реакції можуть виникнути під час системного застосування будь-якого ФХ.

У рамках раціоналізації застосування антибіотиків у світі на сьогодні сформувалося кілька локальних напрямів наукового пошуку. Один із них зосереджений на вирішенні проблеми лікування інфекцій, спричинених *Clostridium difficile* з низькою чутливістю до лінкоміцину та кліндоміцину. Також вивчається вплив респіраторних ФХ на збудників туберкульозу. Зокрема, канадське дослідження продемонструвало, ризик розвитку резистентності мікобактерій до ФХ значно вищий у осіб, які раніше застосовували препарати цього класу.

Для визначення екологічних небажаних ефектів антимікробної терапії (селекція стійких мікроорганізмів; розвиток небажаної колонізації; виникнення інфекції, спричиненої мультирезистентними бактеріями) використовують термін «супутня шкода» (СШ).

Класичним прикладом СШ є дисбактеріоз. Нераціональне використання макролідів у лікуванні респіраторних інфекцій може створити проблеми для гастроентерологів та терапевтів, які займаються ерадикацією *Helicobacter pylori*.

Концепція СШ пов'язана з використанням антибіотиків, активно інтегрується у сучасні рекомендації та настанови і часто є підставою для заборони/обмеження застосування деяких антибактеріальних препаратів.

Уникнути СШ дають змогу раціональне застосування антимікробних засобів; обмеження використання антибіотиків, що сприяють формуванню антибіотикорезистентності в амбулаторних умовах; оптимізація режиму дозування і курсів антимікробної терапії.



Керівник відділу інфаркту міокарда та відновлювального лікування Національного наукового центру «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України (м. Київ), доктор медичних наук, професор Валентин Олександрович Шумаков зосередив увагу на можливостях оцінки антиатеросклеротичного ефекту та необхідності зміни підходу в діагностиці серцево-судинних захворювань, недосконалість якого суттєво видозмінює статистичну інформацію.

За 2012 р. частота випадків захворювань системи кровообігу в Україні, згідно зі статистичними даними, перевищила 26 млн. Лікарями подано до статистичних центрів дані про більше ніж 10 млн випадків ІХС, які стали причиною майже 300 тис. летальних наслідків; 61 514 випадків інфаркту міокарда, що спричинили 12 266 (19,9%) смертей. Кількість хворих на ІХС в Україні – 10 541 820 – є співставною із загальною кількістю хворих на цю нозологію в усіх країнах Європейського Союзу. Показник захворюваності ІХС в Україні становить 22%, що значно перевищує аналогічні параметри у країнах Західної Європи та США – 2 і 5% відповідно.

Такі дані не просто не відповідають дійсності, а й дезорієнтують Міністерство охорони здоров'я України при здійсненні закупівель лікарських засобів та організації надання медичної допомоги населенню. З іншого боку, в Україні занижена кількість випадків інфаркту міокарда: вона становить близько 50 тис., тоді як у Польщі – країні, співставній за чисельністю населення, – цей показник у 3 рази вищий.

Доповідач представив перелік методів обстеження хворих із підозрою на ІХС, які дають можливість отримати візуальне підтвердження діагнозу. До них належать стрес-ехокардіографія, радіонуклідне визначення міокардіальної перфузії, магнітно-резонансна томографія, комп'ютерна томографія, коронарна ангиографія.

В.О. Шумаков також наголосив на необхідності удосконалення методів контролю за процесами лікування, які здійснюються за допомогою контролю оцінки атерогенезу (дослідження атеросклеротичної бляшки) та відповідних біохімічних маркерів. Найбільшу об'єктивність при оцінці ефективності лікування має пряма оцінка атеросклеротичної бляшки, яка здійснюється за допомогою комп'ютерної томографії.

Ми запропонували вам короткі витяги низки доповідей. Загалом на конференції було представлено 40 доповідей, які зробили провідні вчені нашої держави – професори Л.Г. Воронков, О.Й. Жарінов, Е.А. Коваль, М.М. Островський, Л.В. Журавльова, Є.І. Юліш, Г.В. Бекетова. Симпозіум, на якому поділилися практичними напрацюваннями, провела кафедра пропедевтики внутрішньої медицини. Оригінальною була культурна програма, неповторною – атмосфера конференції.

Підготував **Анатолій Якименко**

