

Считая каждый вдох: возможно с обструктивной

Заболевания дыхательной системы занимают одно из ведущих мест среди причин инвалидизации и смертности пациентов. Сегодня насчитывается более 210 млн больных хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ) и более 300 млн пациентов с бронхиальной астмой (БА). Лечение ХОЗЛ и БА требует постоянного взаимодействия между врачом и пациентом, ведь эти заболевания предполагают пожизненное ведение. Целью ежедневной поддерживающей терапии при БА и ХОЗЛ является контроль симптомов и предотвращение развития обострений.

В медицинском календаре 14 октября – Всемирный день спирографии. Президент Европейского респираторного общества (ERS), профессор Марк Декрамер (Marc Decramer) на одном из мероприятий, приуроченных к этой дате, отметил, что хронические заболевания – артериальная гипертензия, сахарный диабет, болезни почек, рак, заболевания респираторной системы и желудочно-кишечного тракта – поражают каждого третьего жителя Европы. Причиной более 20% смертей становятся такие тяжелые респираторные заболевания, как ХОЗЛ, БА, рак легких, пневмония и туберкулез. Более 44 млн европейцев страдают ХОЗЛ – прогрессирующей патологией респираторной системы; при этом заболевание зачастую остается недиагностированным в течение долгих лет, что значительно уменьшает шансы пациента на сохранение трудоспособности и сокращает его жизнь. Эксперты Всемирной организации здравоохранения прогнозируют, что к 2030 г. ХОЗЛ станет одной из ведущих причин смерти в мире наряду с инсультом и раком легких.

Существует настоятельная необходимость в проведении экстренных мероприятий для улучшения выявляемости и, соответственно, лечения наиболее тяжелых заболеваний респираторной системы, в частности ХОЗЛ. В противном случае и в дальнейшем будут иметь место ситуации, подобные зафиксированному в Великобритании в 2002 г., когда, согласно официальной медицинской статистике, более 13% смертей были связаны с патологией легочной системы, при этом лишь 2,8% умерших при жизни имели соответствующий установленный диагноз. (В 2009 г. на одном из заседаний Украинского респираторного сообщества профессор Ю.И. Фещенко отметил, что в отсутствие улучшения выявляемости ХОЗЛ есть шансы, что смертность от ХОЗЛ в Украине превысит заболеваемость этой патологией. – Прим. авт.)

Основные факторы риска поражения респираторной системы хорошо известны: это табакокурение (при этом пассивное курение не менее опасно, чем активное), ухудшение качества воздуха и экологии в целом, отсутствие достаточных физических нагрузок, ожирение. К сожалению,

несмотря на значительные усилия мирового медицинского сообщества, до сих пор во многих государствах количество курильщиков достигает почти 40% населения страны; данные, подтверждающие снижение количества курильщиков до уровня менее 24% популяции, представили только Нидерланды, Португалия и Швеция.

Учитывая увеличивающуюся заболеваемость хронической респираторной патологией, значительные затраты, требующиеся на ведение больных данной категории, а также возрастающую распространенность указанных заболеваний среди лиц молодого возраста, в ближайшие годы национальные системы здравоохранения должны сосредоточить усилия на трех основных направлениях. Первое – это первичная и вторичная профилактика, привлечение общественного внимания и проведение мероприятий, направленных на популяризацию методов борьбы с заболеваниями респираторной системы; также необходимы полный запрет на курение в общественных местах и проведение мероприятий по очистке воздуха. Второе направление – модернизация (а в некоторых странах – полная трансформация) существующих систем здравоохранения с внедрением модели комплексного ведения пациента, т. е. наблюдения по поводу не только основного заболевания, но и сопутствующей патологии. Мультидисциплинарный подход с акцентом на первичную и вторичную профилактику требует четкой постановки целей для каждого пациента и тщательный контроль за их выполнением – как врачебный, так и самоконтроль пациента, телемониторинг, а также телеконсультирование в период реабилитации и ремиссии, – что позволит оперативно реагировать на изменения в состоянии больного. Третье направление предполагает дальнейшее изучение хронической респираторной патологии, а также поиск инновационных методов ее лечения.

Таким образом, проблема тяжелых заболеваний респираторной системы требует скорейшего решения. Затраты на лечение профильных пациентов ежегодно увеличиваются и уже достигли рекордных значений: 300 млн долларов выделяется на терапию БА,

210 млн – ХОЗЛ, 400 млн – на лечение аллергического ринита, 100 млн – обструктивного апноэ сна и еще 50 млн – на другие респираторные заболевания. Для решения этой проблемы требуются совокупные усилия врачей, ученых, правительственных структур, средств массовой информации и самих пациентов всех стран.

О возможностях эффективного контроля БА и ХОЗЛ корреспонденту «Медичної газети «Здоров'я України» рассказала заведующая пульмотерапевтическим отделением Херсонской городской клинической больницы им. Афанасия и Ольги Тропиных Наталья Ивановна Головченко.

– В течение года мы наблюдали 27 пациентов с ХОЗЛ II-III стадии по GOLD. Преимущественно это были мужчины старше 40 лет, курильщики, которые обращались в стационар по поводу обострения ХОЗЛ. Изначально все пациенты в качестве базисной терапии принимали β_2 -агонисты короткого действия и ингаляционные кортикостероиды, при этом отмечалось в среднем до 4 обострений ХОЗЛ в год. По данным спирометрии, у пациентов отмечалось прогрессирующее ухудшение функции легких. В качестве альтернативы 15 больным была предложена базисная терапия препаратом Беродуал® Н, в состав которого входят блокатор М-холинорецепторов ипратропий и β_2 -агонист фенотерол. Два пациента получали дополнительную терапию с применением холинолитика длительного действия тиотропия бромид (Спирива®). Наблюдение показало, что у пациентов, принимавших дополнительно тиотропия бромид, в течение года не было отмечено ни одного обострения ХОЗЛ; у пациентов, получавших Беродуал® Н, количество обострений уменьшилось в 2 раза (до 2 эпизодов в год); у пациентов, продолжавших принимать стандартную терапию, снизить количество обострений не удалось.

Наиболее благоприятный эффект от приема препарата Беродуал® Н отмечался у пациентов, бросивших курить или хотя бы уменьшивших количество ежедневно выкуриваемых сигарет; в этом случае эффект от лечения наступал практически немедленно, пациенты отмечали значительное уменьшение количества мокроты



Н.И. Головченко

и улучшение физической активности. Терапия переносилась хорошо. Важно, что у всех больных, которым было предложено современное лечение препаратами Беродуал® Н и Спирива®, отмечалось улучшение функции легких (по данным спирографии), при этом отсутствовало прогрессирование одышки.

– У пациентов с хронической патологией, в частности с БА и ХОЗЛ, достаточно сложно достигнуть приверженности к лечению. Как больные восприняли предложенные изменения в терапии и повысился ли комплайенс?

– Одним из наиболее значимых ограничений в лечении обструктивной патологии по современным стандартам является высокая стоимость препаратов базовой терапии, прием которых обязателен. В то же время уже с первых недель приема препаратов Беродуал® Н и Спирива® пациенты отмечали значительное улучшение самочувствия, которое сохранялось в течение длительного времени. Поразительно, но многие больные к моменту назначения терапии забыли, каким должен быть нормальный вдох; за месяцы и годы болезни адаптировавшись к своему состоянию, они с удивлением отмечали, насколько легким может быть дыхание. Безусловно, у больных не возникало желания возвращаться к исходному состоянию, и они находили возможность продолжать терапию. В конечном счете пациенты оказались в выигрыше не только благодаря улучшению самочувствия – уменьшение количества обострений способствовало значительному снижению общих (прямых и непрямых) затрат на госпитализацию и лечение.

– Сегодня в Украине нет возможности осуществления эффективного контроля за выполнением пациентом врачебных предписаний подобно таковому в развитых странах. Как врач может

Ли улучшить жизнь пациентов респираторной патологией?

убедить пациента в необходимости постоянного (пожизненного) приема лечения?

— В настоящее время наиболее доступным и эффективным способом заинтересовать пациента в успехе лечения является информирование и назначение терапии с доказанной эффективностью. Специалисты нашей больницы ежедневно проводят множество разъяснительных бесед с пациентами, а также выступают с лекциями в рамках школы для больных пульмонологической патологией. Пациентам разъясняются особенности течения их заболевания, возможности терапии; кроме того, проводится активная пропаганда отказа от курения. К сожалению, последнее — наиболее сложный момент в общении с пациентами, которые в большинстве своем не спешат отказываться от этой губительной привычки; успехом можно считать значительное уменьшение количества выкуренных за день сигарет.

Представляется целесообразным возобновление системы диспансерного учета лиц из групп высокого риска.

Для этого ведется тесное сотрудничество с амбулаторно-поликлинической службой нашего города, в учреждениях которой пульмонологи ведут ежедневный прием больных, осуществляют диспансеризацию; впоследствии вся информация о пациенте поступает в единый архив. Таким образом, можно легко проследить историю болезни каждого пульмонологического больного, количество обострений, дней, проведенных в стационаре, а также проанализировать схему терапии. Тесное, доверительное общение с больным способствует улучшению комплаенса и, соответственно, повышению эффективности лечения.

— Что для Вас как для врача важно в лечении пациентов с БА и ХОЗЛ?

— Прежде всего мы стараемся уменьшить количество обострений у пациента. Обострения — это не только фактор ухудшения качества жизни, но и предиктор быстрого прогрессирования снижения функции легких и инвалидизации больного. Уменьшение количества обострений позволяет

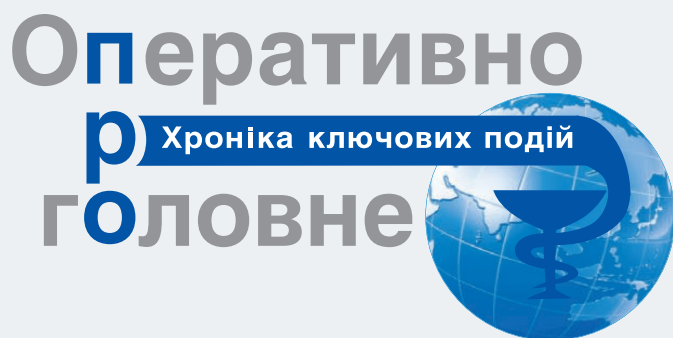
достоверно замедлить прогрессирование ХОЗЛ и БА, сохранить трудоспособность больных. Кроме того, не следует забывать, что основные расходы на ведение пациентов с БА и ХОЗЛ приходятся на лечение обострений. Следовательно, работа в направлении предупреждения последних позволяет значительно снизить затраты на лечение, уменьшить количество дней, проведенных в стационаре, предупредить развитие тяжелых осложнений, в первую очередь со стороны сердечно-сосудистой системы.

В лечении больных ХОЗЛ и особенно БА важно не допускать применения системных кортикостероидов или снижать дозу таковых в связи с высоким риском возникновения побочных эффектов, а также развития резистентности к терапии. Этого удается добиться путем назначения эффективно поддерживающего лечения, при этом лучшие результаты мы получали при применении Беродуала Н у пациентов с БА и Спиривы у больных с ХОЗЛ. Наши цели ведения больных

обструктивной патологией полностью согласуются с программой GOLD, в которой оговорены основные цели и задачи терапии ХОЗЛ: устранение симптомов заболевания, повышение толерантности к физической нагрузке, профилактика и лечение обострений, а также осложнений заболевания. Достижение перечисленных целей способно обеспечить пациентам более эффективный ежедневный контроль симптомов, улучшив тем самым качество их жизни и снизив риск развития обострений в будущем.

Особо следует подчеркнуть, что главная задача ведения пациентов с ХОЗЛ и БА — адекватная фармакотерапия, обеспечивающая контроль симптомов заболевания, — должна достигаться при минимуме побочных эффектов лекарственных средств, что позволит значительно улучшить не только самочувствие и качество жизни больных, но и повлиять на прогноз заболевания, снизить риск смерти.

Подготовила **Татьяна Спринсян**



Новости ВОЗ

4 февраля – Всемирный день борьбы против рака

Онкологические заболевания являются ведущей причиной смерти во всем мире. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), если не будет проведено надлежащего вмешательства, за период с 2005 по 2015 год от рака умрут 84 млн человек. Ежегодно 4 февраля ВОЗ оказывает поддержку Международному союзу по борьбе с онкологическими заболеваниями для продвижения способов борьбы с этим глобальным бременем. Профилактика рака и повышение качества жизни пациентов с раковыми заболеваниями периодически становятся темами этого дня.

ВОЗ одобрила новый экспресс-тест на туберкулез

8 декабря ВОЗ одобрила новый экспресс-тест на туберкулез, который кардинальным образом изменит возможности борьбы с этой болезнью. С его помощью можно будет ставить точный диагноз примерно через 100 мин, в то время как сейчас на получение результатов уходит до 3 мес. Льготные цены на тест будут предоставлены странам с низким и средним уровнем дохода, где зарегистрирован высокий уровень заболеваемости.

www.who.int

Новости FDA

Новые рекомендации ASA/AHA по первичной профилактике инсульта

6 декабря он-лайн в журнале Stroke были опубликованы обновленные рекомендации Американской ассоциации сердца (AHA) и Американской ассоциации инсульта (ASA), посвященные первичной профилактике инсульта. Последний пересмотр этих рекомендаций ассоциации проводили в 2006 г. С этого времени стали доступными результаты новых исследований в области профилактики этой болезни.

При аргументации актуальности данного руководства было отмечено, что в период между 1999 и 2006 гг. в США смертность в результате инсульта снизилась более чем на 30%, в основном благодаря улучшению мер профилактики. В то же время с учетом

глобального старения населения в ближайшем будущем ожидается рост заболеваемости. Более 77% из 795 тыс. инсультов, регистрируемых ежегодно в США, относятся к ишемическому типу заболевания. Инсульт занимает третье место среди ведущих причин смертности в США после болезней сердца и рака, является значительным экономическим и социальным бременем и одной из основных причин инвалидности среди взрослого населения.

Впервые рекомендации по профилактике инсульта затрагивают широкий континuum связанных с развитием инсульта событий. Согласно обновленному руководству здоровый образ жизни и адекватные меры неотложной помощи могут помочь предотвратить развитие инсульта, в частности, в следующих случаях.

- У пациентов, ведущих здоровый образ жизни (отказ от курения, еда с низким содержанием жиров, употребление большого количества фруктов и овощей, умеренное потребление алкоголя, регулярные физические упражнения и поддержание нормальной массы тела), риск первого инсульта на 80% ниже по сравнению с теми, кто не придерживается этих принципов.

- Проведение генетического скрининга всего населения для выявления риска инсульта хотя и не рекомендуется, но может быть оправданным при определенных обстоятельствах, например при отягощенном семейном анамнезе и наличии других факторов риска заболевания.

- У больных со стенозом шейной сонной артерии преимущество стентирования перед эндартерэктомией все еще остается недоказанным. Эффективность любой из процедур у пациентов с бессимптомным течением заболевания также не ясна. Врачи должны принимать решение о выполнении стентирования или эндартерэктомии в каждом случае индивидуально. Рутинный скрининг всего населения для выявления стенозирования сонной артерии не рекомендуется.

- Аспирин не предотвращает возникновения инсульта у лиц с низким риском его развития, а также у пациентов с сахарным диабетом или бессимптомным течением заболеваний периферических артерий. Тем не менее прием аспирина рекомендуется лицам с высоким риском развития инсульта.

Также в руководстве перечислены возможные факторы риска развития инсульта, которые разделены на 3 группы: немодифицируемые, модифицируемые и потенциально модифицируемые. К первым относят возраст, пол, низкую массу тела при рождении, расовую принадлежность и генетическую предрасположенность. Наличие артериальной гипертензии, диабета, фибрилляции предсердий, дислипидемии, стеноза каротидных артерий, серповидноклеточной анемии, курение, прием гормонозаместительной терапии женщинами в период постменопаузы, нарушение двигательной активности, ожирение — это модифицируемые факторы риска. И наконец, потенциально модифицируемые — метаболический синдром, злоупотребление алкоголем, прием пероральных контрацептивов, синдром ночного апноэ, мигрень, гипергомоцистеинемия, склонность к гиперкоагуляции, воспалительные и инфекционные процессы.

L.B. Goldstein et al.

Stroke, 2010; DOI: 10.1161/STR.0b013e3181fcb238

Подготовила **Ольга Татаренко**