

УДК: 616.24-085-07

Ю.И. Фещенко**НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ И ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА***Институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского АМН Украины*

Хронический обструктивный бронхит (ХОБ) — основная составляющая хронических обструктивных заболеваний легких (ХОЗЛ) — одно из наиболее быстро растущих заболеваний, самое обременительное с точки зрения инвалидности, смертности, расходов как в Украине, так и в мире.

Исследования в различных странах показывают, что ХОБ встречается у 4–6 % взрослой популяции. По прогностическим данным ВОЗ, ХОЗЛ займет 5-е место в мире по социально-экономическому ущербу к 2020 году. Несмотря на бремя ХОЗЛ, правительства и учреждения здравоохранения заболеванию традиционно уделяется меньше внимания, чем заболеваниям сердечно-сосудистой системы и онкологической патологии. С учетом распространенности, затраты на ХОБ в три раза превышают затраты на бронхиальную астму. Основная часть общих затрат приходится на госпитализации и оказание неотложной помощи (73 % общих затрат). Затраты увеличиваются соответственно степени тяжести больного. Стоимость затрат на проведение медикаментозной базисной терапии ХОБ составляет 12 % общих затрат.

Однако существуют также и другие аспекты этой проблемы: слабое ее осознание медицинской общественностью и обществом в целом, недостаточная и неправильная диагностика, плохое знание и применение знаний существующих руководств, последних приказов, консенсусов. Во многих странах мира отсутствует статистика по ХОБ. Даже если регистрируются данные в официальной медицинской статистике, показатели распространенности ХОБ занижены и не отвечают реалиям.

В последние десятилетия большое внимание уделялось менее распространенному заболеванию — бронхиальной астме. В определенной мере это обусловлено драматизмом ситуации приступа удушья, астматического статуса, наличием медикаментов для эффективной противовоспалительной терапии заболевания, поражением преимущественно лиц детского возраста, а также населения стран с западным стилем жизни. На решение этой проблемы брошены большие средства, задействованы значительные материальные и интеллектуальные ресурсы и достигнут положительный результат: возросло количество выявленных больных, увеличилось число больных, выявляемых на ранних стадиях, повысилась эффективность базисной терапии, уменьшилась частота развития тяжелых обострений; улучшился прогноз заболевания и качество жизни пациентов — больные бронхиальной астмой при проведении адекватной базисной терапии ощущают себя здоровыми людьми.

ХОБ же является гораздо более тяжелой проблемой. Трудности борьбы с этой патологией состоят в следующем:

- заболевание развивается исподволь, незаметно для больного, на протяжении десятилетий, к моменту появления выраженной одышки развиваются необратимые морфологические изменения в бронхолегочной системе;
- очень распространен, широко рекламируется и внедряется в общественное сознание основной фактор риска ХОБ — курение, при этом усилия, направленные на лечение заболевания, зачастую нивелируются курением;
- до последнего времени не было разработано препаратов, изменяющих естественное течение болезни и замедляющих прогрессирование бронхообструкции;
- не внедрена в первичную медицинскую практику спирометрия, позволяющая выявить болезнь на ранних стадиях;

— прослеживается низкое внимание общественности, в том числе и медицинской, к проблеме, в отсутствии статистической отчетности по нозологии;

— повсеместно отмечается некорректная постановка диагноза ХОБ, без спирометрического его подтверждения;

— отсутствие дифференцированного ведения больных ХОБ в зависимости от стадии заболевания. Так, больные с III стадией заболевания зачастую не направляются к пульмонологу для проведения специфических обследований, даже не обсуждается вопрос о плановой кислородотерапии в сочетании с продолжающейся базисной терапией, назначение которой может продлить жизнь больного и улучшить ее качество;

— не выявляется и не лечится сопутствующий синдром обструктивного сонного апноэ (ССА), который существенно снижает эффективность лечения, утяжеляет течение и прогноз ХОБ;

— в трудных диагностических случаях (например, в дифференциальной диагностике с бронхиальной астмой, фиброзирующими альвеолитами) не проводится бодиплетизмография;

— недостаточно внедряются реабилитационные программы для больных ХОБ;

— не корректно выполняется техника проведения ингаляций лекарственных средств больными, в силу того, что больные не обучены, а врач не знает технику процедуры и не контролирует больного (отсюда снижаются разовые и суточные дозы лекарств, снижается эффективность, дискредитируются методы лечения).

В то же время уже сегодня в Украине имеется основательный фундамент для проведения полноценной диагностики, лечения и реабилитации больных ХОБ. Это прежде всего огромный штат терапевтов, семейных, участковых врачей, пульмонологов, аллергологов, врачей-функционалистов, ВТЭК, среднего медицинского персонала, действия которого не скоординированы, а знания недостаточны.

Спирометрия, являющаяся обязательной для подтверждения диагноза ХОБ и мониторинга его течения, не выполняется ввиду необученности персонала, отсутствия заинтересованности лечащего врача, руководства лечебных учреждений и неиспользования имеющейся аппаратуры (поликлиники, больницы, кафедры, диагностические центры).

Разработаны новые формы бронхолитиков, холинолитиков и β_2 -агонистов, безопасных, с пролонгированным действием лекарственных средств, внедрение которых должно существенно повысить комплаенс и эффективность лечения ХОБ.

Имеются оснащенные на современном уровне диагностические и лечебные центры: Институт фтизиатрии и пульмонологии АМН Украины, кафедры медицинских ВУЗов, региональные диагностические центры, областные и городские больницы, материальную и интеллектуальную базу которых необходимо использовать более широко и продуктивно.

Поэтому внедрение современных стандартов диагностики, лечения и профилактики ХОБ позволяет уменьшить затраты на помощь больным.

К проблеме ХОБ приковано внимание медицинской общественности во всем мире. В более чем 50 странах разрабатываются различные программы по улучшению диагностики, управления, предотвращения развития ХОБ, образованию врачей различных специальностей, больных и членов их семей,

проводится работа в средствах массовой информации по привлечению внимания к этой проблеме, что в конечном итоге позволит улучшить качество жизни больных с этой патологией.

Проведенный в 2002 году группой американских экспертов анализ существующих и с 1990 по 2002 гг. вновь предлагаемых соглашений по ХОЗЛ, сравнение диагностических и лечебных рекомендаций выявили значительное количество разногласий в трактовке понятий, терминологии; объективных, основанных на данных спирометрии грациях степени тяжести, положенных в основу классификаций заболевания, приверженности тому или иному алгоритму лечения.

В основу анализа положены оценки относительно ключевых терминов "обструктивная болезнь легких", "ХОЗЛ", "хронический бронхит", "эмфизема", "соглашение". При этом показано, что национальные и интернациональные соглашения по проблеме приняты более чем в 60 странах, включая Украину.

В подавляющем числе соглашений рекомендации сделаны на основе данных литературы и мнения экспертов. В большинстве из них даны определения ХОЗЛ, ХОБ, эмфиземы легких, приведены данные о распространенности в мире, факторах риска, диагностических и терапевтических подходах, стадийности заболевания. Однако в некоторых из них нет данных о локальной эпидемиологии, в большинстве случаев отсутствуют данные об экономическом ущербе в связи с ХОЗЛ, не освещены критерии выписки больных из стационара после перенесенного обострения, а также этически ориентированные вопросы ведения больных ХОЗЛ на терминальной стадии заболевания.

В то время как 83 % соглашений настаивают на том, что спирометрия является необходимой в диагностике ХОЗЛ, в них же применяются разные цифры спирометрических показателей диагностики и градации степени тяжести заболевания.

93 % соглашений рекомендуют ступенчатый подход к плановой терапии ХОЗЛ вне обострения.

Приблизительно в $1/3$ соглашений рекомендуется применение терапии первого выбора в соответствии со степенью тяжести заболевания у пациента, в то время как в 68 % соглашений отсутствуют такого рода рекомендации. Кроме того, большинство соглашений не содержат рекомендаций по дифференцированному подходу к терапии интермиттирующих и персистирующих симптомов, предлагая единый подход к лечению "ранних и поздних фаз" заболеваний.

В качестве терапии первого выбора чаще предлагается монотерапия антихолинергиками или комбинированная терапия, когда антихолинергики сочетаются с симпатомиметиками. Отмечается низкий процент введения в соглашения рекомендаций по применению пролонгированных β_2 -агонистов в качестве базисной терапии ХОЗЛ, хорошо зарекомендовавших себя в рандомизированных мультицентровых клинических испытаниях и клинической практике.

Процесс принятия решений, согласительных документов и национальных приказов по ведению любой патологии, в том числе и связанной с ХОЗЛ, опирается на постоянно обновляющиеся научные факты, опыт и результаты практического внедрения наиболее эффективных стратегий диагностики и лечения, позволяющих уменьшить прогрессирование болезни.

Проведение долговременных исследований по оценке эффективности соглашений по ХОЗЛ, учитывая специфику болезни (прогрессирующее ускоренное падение функции внешнего дыхания (ФВД)), которое необходимо отслеживать на протяжении нескольких лет является дорогостоящим. Кроме того, возникают методологические трудности в связи с тем, что понятие ХОЗЛ является достаточно гетерогенным.

Как известно и показано в существующих соглашениях, ХОЗЛ состоит из двух составляющих — хронического обструктивного бронхита (более 90 % случаев) и эмфиземы (около 1 % случаев). Кроме того, некоторые рекомендации относят сюда же и некоторые формы тяжелой, трудной для терапии бронхиальной астмы с необратимой обструкцией дыхательных путей.

Однако в последнем случае следует думать скорее о присоединении сопутствующего бронхиальной астме ХОБ, т.е. о

сочетанной патологии, или о хронизации бронхиальной астмы в отсутствие полноценной базисной терапии стероидами.

В сентябре 2000 года на конгрессе Европейского Респираторного Общества представлен проект документа под названием GOLD (Глобальная Инициатива по хроническим обструктивным заболеваниям легких) как результат деятельности экспертов ВОЗ, ведущих пульмонологов. Документ направлен на улучшение понимания сути и осознания важности проблемы ХОЗЛ практикующими врачами, организаторами здравоохранения, обществом в целом, для существенного прорыва в диагностике и лечении. В Украине также проводится большая работа в этом направлении. Представители Ассоциации фтизиатров и пульмонологов Украины принимали участие в двух рабочих совещаниях научного и исполнительного комитета GOLD в Берлине и Стокгольме в 2001–2002 годах.

Однако документ не окончательный, находится в постоянном развитии и совершенствовании. Его положения носят рекомендательный характер и не всегда бесспорны.

Программа GOLD предпринимает попытку уйти от разночтений и унифицировать понятие ХОЗЛ, основывая его определение на безусловно доказанном ограничении воздушного бронхиального потока на выдохе без включения терминов "эмфизема" и "хронический бронхит", без ссылки на воспаление, как основополагающего патологического фактора.

С нашей точки зрения, которая согласуется с мнением других экспертов и исследователей, отказываться от доказанной роли воспаления в определении заболевания, несмотря на то, что большинство практикующих врачей не могут определять его маркеры, нецелесообразно, так как полнота и патофизиологическая обоснованность определения помогают обосновать и применить правильную тактику терапии.

Проводимые постоянно научные исследования по проблеме открывают новые механизмы воспаления при ХОЗЛ, разрабатывают и предлагают новые методы лечения этого воспаления, которые, возможно, в будущем кардинально изменят естественное течение болезни.

Кроме того, в силу того, что ХОБ, составляющий по общеизвестным данным 90 и более процентов ХОЗЛ, внесен в качестве отдельной рубрики в статистическую классификацию болезней 10-го пересмотра, мы считаем целесообразным продолжить работу по ХОБ в соответствии с приказом № 311, внося в него дополнения и уточнения в соответствии с накопленным, по сравнению с 1998 годом, опытом.

Весьма спорной является и предлагаемая GOLD четырехстадийная классификация ХОЗЛ.

Так, GOLD предлагает нулевую стадию, как стадию риска ХОЗЛ при нормальных показателях спирометрии и жалобах на кашель и мокротоотделение. Но ведь известно, что даже среди злостных курильщиков только 20 % лиц заболевают в будущем ХОБ, поэтому отнести всех кашляющих и отделяющих мокроту лиц в нулевую группу ХОЗЛ медицински необоснованно и нецелесообразно в наших условиях как в социальном, так и в экономическом плане. К тому же есть данные, что у $1/4$ курильщиков с низкими показателями объема форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ₁) нет жалоб на кашель и мокротоотделение, а у 20 % курильщиков, предъявляющих эти жалобы, выявляются нормальные показатели ОФВ₁. Определение больного в нулевую стадию ХОЗЛ на основании кашля и мокроты, может также привести к несвоевременной диагностике туберкулеза, проявляющегося такими же жалобами.

Иное дело — повышенное внимание к лицам с анамнезом злостного курения и/или постоянными жалобами на кашель и мокротоотделение, являющимися популяцией высокого риска, и здесь показано проведение профилактических мероприятий. Необходимо ориентировать их на прохождение периодического спирометрического контроля, предупредить об опасности курения в дальнейшем, предложить им дифференцированные методики по прекращению табакокурения.

Государство в настоящее время, как впрочем и многие экономически развитые страны, не может взять на себя рас-

ходы по мониторингу лиц с риском развития заболевания, введя в рамки классификации нулевую ступень ХОЗЛ. Необходимо проведение образовательных, обучающих программ с использованием разных видов информации и путей воздействия.

Вызывает сомнение и целесообразность, с точки зрения практического применения классификации, предлагаемое GOLD выделение во вторую стадию со средней степенью тяжести течения ХОЗЛ клинических случаев с разбросом ОФВ₁ от 80 % до 30 % должных. При этом в одну группу определяются лица с разной степенью выраженности нарушениями механики дыхания, клиническими проявлениями заболевания. Так, по существующим соглашениям, если ОФВ₁ снижается до 40–30 % должных, обсуждается вопрос о возможности проведения кислородотерапии.

При функциональной характеристике стадий ХОЗЛ авторы GOLD на всех стадиях в качестве диагностического критерия предлагают соотношение ОФВ₁/ФЖЕЛ < 70 %. С нашей точки зрения это правомерно в отношении ранних стадий заболевания, если нет сопутствующих рестриктивных изменений, а имеется только снижение скоростных показателей (ОФВ₁). При длительном течении заболевания, когда оно длится десятилетиями, к моменту обращения больного за помощью, у него уже, как правило, развивается ремоделирование дыхательных путей, эмфизема, при проведении маневра форсированного выдоха развивается коллапс мелких бронхов, возникают воздушные ловушки в альвеолах и форсированная жизненная емкость (ФЖЕЛ) получается значительно меньше ЖЕЛ, которая также снижается при прогрессировании процесса. Соотношение же ОФВ₁/ФЖЕЛ в подобном случае будет значительно больше 70 %, так как наряду со снижением ОФВ₁ будет также снижаться и ФЖЕЛ. То есть, соотношение ОФВ₁/ФЖЕЛ можно считать диагностическим критерием наряду с ОФВ₁ лишь в тех случаях, когда у больного есть только обструктивные нарушения на фоне нормальных жизненной емкости легких и ФЖЕЛ.

Для внедрения современных положений по ХОБ Ассоциацией фтизиатров и пульмонологов Украины, Институтом фтизиатрии и пульмонологии выполняется большая образовательная программа: с 1993 года с участием ведущих специалистов в этой области проводятся Школы пульмонолога, где для терапевтов, пульмонологов, аллергологов, врачей отделений и кабинетов функциональной диагностики поликлиник и стационаров, педиатров регулярно проводятся циклы лекций ведущих специалистов по последним достижениям в диагностике, лечении и профилактике. За это время прошли обучение и получили сертификаты более 300 врачей со всех регионов Украины: 160 организаторов здравоохранения — Главные специалисты МЗ Украины — аллерголог, пульмонолог, фтизиатр; 12 областных аллергологов, 10 областных пульмонологов, 2 областных терапевта, 1 областной фтизиатр, 4 областных педиатра, 1 областной детский аллерголог; 4 городских аллерголога, 6 пульмонологов, 14 терапевтов, 2 городских фтизиатра, 2 главных городских детских пульмонолога; 23 главврача крупных больниц и госпиталей, 8 начмедов, 6 заведующих поликлиниками, 4 — аллергологическими центрами, 1 — диагностическим центром; заведующие отделениями поликлиник и стационаров: 8 — терапевтическим, 33 — пульмонологическим, 12 — аллергологии, 1 — функциональной диагностики, 1 — кардиологическим; 15 врачей-аллергологов, 19 пульмонологов, 7 терапевтов, 40 сотрудников научных институтов, 62 преподавателя высших медицинских учебных заведений. Программы "Украинских школ пульмонолога" составляются с учетом последних международных консенсусов, соглашений по диагностике, терапии, ведению больных ХОЗЛ и БА, приказа № 311 МЗ Украины, разработок отечественных ученых пульмонологов, аллергологов, терапевтов по этим проблемам, лекции читают ведущие ученые Украины, академики, профессора. Таким образом была подготовлена почва для внедрения приказа № 311 в широкую практику.

Также проводятся и менее масштабные трехдневные обучающие циклы для групп по 10–15 человек, где подробно разъясняются эпидемиология, диагностика, лечение, профи-

лактика ХОЗЛ, проводятся практические занятия по проведению спирометрии, трактовке результатов, врачей знакомят и с другими методиками исследования функции внешнего дыхания (бодиплетизмографией, исследованием диффузионной способности легких, исследованием силы и усилия дыхательной мускулатуры). За последний год на базе Института фтизиатрии и пульмонологии прошло обучение, а также получило сертификаты 125 врачей, из них участковых терапевтов — 47, врачей терапевтических отделений стационаров — 8, пульмонологов поликлиник — 7, пульмонологов стационаров — 4, аллергологов поликлиник — 9, аллергологов стационаров — 2, терапевтов поликлиники семейного врача — 2, гастроэнтерологов — 1, фтизиатров — 2, врачей-профпатологов — 1, заведующих терапевтическими отделениями больниц — 3, врачей кабинетов и отделений функциональной диагностики — 5, заведующих терапевтическими отделениями поликлиник — 7, заведующих отделениями функциональной диагностики (госпитали МВД, СБУ, КГКБ) — 5, зав. поликлиникой — 1, сотрудников кафедр Национального мед. университета, КМАПУ, Военно-медицинской академии — 6, врачей и научных сотрудников научно-исследовательских институтов — 15.

Планируется дальнейшее проведение таких циклов в городе Киеве, а также проведение выездных образовательных циклов в регионах Украины.

Также проводятся контрольные проверки качества проведения спирометрического исследования, трактовки его результатов, адекватности назначаемой терапии, анализ первичной документации.

Результатом такой деятельности является привлечение внимания медицинской общественности к проблеме ХОБ, повышение уровня образованности врачей, более четкой и функционально верифицированной диагностики, и, соответственно, более адекватной индивидуализированной терапии.

В Институте фтизиатрии и пульмонологии АМН Украины разработан и апробируется скрининговый опросник для врачей различных специальностей по вопросам эпидемиологии, диагностики, дифференциальной диагностики, терапии и профилактики ХОБ, в октябре-ноябре в отдельных регионах Украины проведен скрининговый экспресс-контроль теоретических знаний и практических навыков терапевтов, аллергологов, пульмонологов, врачей кабинетов функциональной диагностики поликлиник и стационаров, ВТЭК, скорой помощи по проблеме ХОБ. На основании анализа полученных данных будет сделан вывод об осведомленности врачей различных специальностей по проблемам ХОБ, о ситуации, которая складывается в Украине по внедрению в практику здравоохранения основных положений отечественных и международных соглашений (Инструкция про диагностику, клиническую классификацию и лечение хронического обструктивного бронхита, приказ № 311 МЗ Украины, соглашение Европейского Респираторного Общества (ERS), Британского Торакального общества (BTS), Американской Торакальной Ассоциации (ATA), программы глобальной инициативы по хроническим обструктивным заболеваниям легких (GOLD)), будут определены основные направления дальнейшей разработки образовательных программ для врачей по проблемам ХОБ, пути совершенствования помощи больным ХОБ.

Институт фтизиатрии и пульмонологии, Ассоциация фтизиатров и пульмонологов Украины тесно сотрудничают с другими специализированными институтами и ассоциациями по смежным проблемам, например по проблеме курения. Ведь известно, что табакокурение является основным доказанным фактором риска ХОБ. Так, в 2002 году совместно с НИИ кардиологии АМН Украины проводилась конференция терапевтов, кардиологов, пульмонологов "Современные аспекты табакокурения в Украине". Планируется и дальнейшее сотрудничество специалистов Института фтизиатрии и пульмонологии АМН Украины со специалистами других специальностей по проблеме борьбы с табакокурением, как основным фактором риска развития ХОЗЛ и других заболеваний различных органов и систем организма. В рамках борьбы с табакокуре-

нием в Институте фтизиатрии и пульмонологии разрабатываются и внедряются антитабачные программы.

Проблема ранней диагностики, ведения и профилактики ХОЗЛ касается не только врачей, но и самих больных, их родственников, близких людей. Поэтому важную роль в осознании этой проблемы, поиске путей ее решения могут играть и сами больные. Нами созданы и успешно работают школы и клубы для больных ХОЗЛ, где квалифицированные специалисты-пульмонологи проводят образовательную работу среди больных, рассказывают им о причинах и течении заболевания, необходимости и тактики модификации жизненного стиля во избежание прогрессирования болезни, современных видах лечения, то есть, обучают больных основам комплаенса, приверженности лечению, самоконтролю.

С целью дальнейшего развития сотрудничества с больными Институт фтизиатрии и пульмонологии АМН Украины планирует проводить "День открытых дверей" для больных ХОЗЛ, членов их семей и всех желающих, в рамках которого проводить бесплатные общедоступные беседы, лекции, исследования ФВД (спирометрия), консультации врачей-специалистов; будет продолжаться работа школ и клубов по ХОЗЛ для больных и членов их семей с участием инициативной группы среди больных ХОЗЛ, которая после предварительного обучения и под контролем врачей будет проводить заседания клубов ХОЗЛ, вести широкую общественную работу по привлечению внимания широкой медицинской общественности к проблемам больных с ХОЗЛ.

В наших планах открыть постоянную страничку на веб-сайте Института и телефонную линию два раза в неделю с 11:00 до 12:00 ((044) 277-62-42), где все желающие смогут задать любой вопрос и получить квалифицированный ответ специалистов-пульмологов — кандидатов медицинских наук.

Для оптимизации внедрения Приказа № 311 МЗ Украины в клиническую практику 16 октября 2002 года с участием ведущих специалистов Института фтизиатрии и пульмонологии АМН Украины, Ассоциации фтизиатров и пульмологов Украины, организаторов здравоохранения, врачей различных специальностей из всех регионов Украины была проведена Украинская научно-практическая конференция "Новые подходы в лечении хронического обструктивного бронхита", где были обсуждены текущие результаты и пути улучшения внедрения основных положений Приказа № 311 относительно ХОБ в практику учреждений первичной и специализированной медицинской помощи.

Так, в группе лиц с риском развития ХОБ необходимо внедрить образовательные программы с анализом факторов риска развития заболевания с акцентом на предупреждение и борьбу с курением, как основного фактора риска ХОЗЛ, советы по питанию, физической активности, здоровому образу жизни.

У лиц с уже диагностированным ХОБ эффективное ведение заболевания должно включать четыре основные составляющие:

- 1) клиничко-функциональная оценка степени тяжести и мониторинг заболевания;
- 2) сокращение влияния на больного факторов риска инициации и прогрессирования заболевания;
- 3) плановое ведение больных вне обострения заболевания;
- 4) ведение обострений заболевания.

Начальная диагностика ХОБ базируется на концепции ограничения бронхиального потока воздуха на выдохе с неполной обратимостью по данным спирографии, анамнезе длительного воздействия факторов риска (главный — курение), одышки).

В анамнезе больных с предполагаемым диагнозом ХОБ необходимо оценить:

- курение как основной фактор риска ХОЗЛ, с акцентом на его продолжительность и интенсивность, а также возможное влияние профессиональных вредностей, загрязнения окружающей среды;
- семейный анамнез ХОБ или других заболеваний системы дыхания с учетом данных о генетической предрасположенности к этой патологии;

- наличие сопутствующих аллергических и инфекционных заболеваний дыхательных путей с акцентом на респираторные инфекции в детстве, которые по имеющимся данным могут быть основой для развития ХОБ в дальнейшей жизни;

- оценку респираторных симптомов заболевания в развитии (для ХОБ характерно длительное течение заболевания до манифестации экспираторной одышки — основного признака заболевания);

- историю предшествующих обострений и госпитализаций по поводу респираторных заболеваний, когда ХОБ мог быть не диагностирован, и протекал под маской других заболеваний;

- характер, объем, эффективность и побочные эффекты предшествующей терапии по поводу респираторных заболеваний;

- влияние заболевания на качество жизни пациента.

Физикальные методы исследования больных ХОБ (осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация) выявляют отклонения от нормы при значительном ухудшении функциональных показателей дыхания либо в период обострения заболевания, слабо чувствительны и низкоспецифичны и, следовательно, диагностическая ценность их низка, особенно на ранних стадиях заболевания.

С учетом этого спирометрия, как надежный способ объективного измерения ограничения воздушного потока на выдохе, является золотым стандартом диагностики и периодического мониторинга ХОЗЛ.

Ввиду того, что ХОБ на ранних стадиях не проявляется клинически, с целью ранней диагностики рекомендуется проведение выборочных или скрининговых когортных спирометрических обследований лиц из группы риска. Это могут быть злостные курильщики, лица, предъявляющие жалобы на постоянный, периодически усиливающийся кашель с отделением мокроты, или непродуктивный кашель; лица, работающие в условиях профессиональной вредности с влиянием на функцию дыхания; лица, проживающие в экологически неблагоприятных условиях.

Спирометрия все еще недоступна для практического здравоохранения и не выполняется в большинстве случаев уже имеющегося ХОБ. Она же является необходимым исследованием для:

- диагностики,
- подтверждения диагноза ХОБ,
- дифференциальной диагностики,
- определения степени тяжести,
- оценки ответа на применяемые виды терапии и подбора оптимальной индивидуализированной терапии,
- рационального ведения обострений,
- мониторинга течения и долгосрочного прогноза заболевания.

Таким образом, без спирометрического подтверждения диагноз ХОБ неправомерен.

Каким же образом использовать реально сложившуюся ситуацию в практическом здравоохранении для скорейшего внедрения спирографии с помощью использования современных электронных, с анализом петли "поток-объем" форсированного выдоха, спирографов в клиническую практику?

Прежде всего в больницах и поликлиниках городского и районного уровня, задействовать уже имеющиеся компьютеры, оснастить их недорогими отечественными приставками с программным обеспечением для проведения спирографии.

Рационально использовать имеющиеся в областных и районных больницах, диагностических центрах, НИИ и медицинских ВУЗах уже имеющиеся спирографы импортного и отечественного производства (определить график с указанием времени и региона использования каждого из таких приборов на территории города, района, области), возможно на основе хозрасчетных отношений между разными лечебными учреждениями.

Провести аттестацию врачей функциональной диагностики, пульмологов, аллергологов, терапевтов по технике проведения исследования и интерпретации полученных результатов с выдачей сертификатов за подписью главного пульмоно-

лога, приймаємих во внимание при аттестации на врачебную категорию.

При аттестации учреждений практического здравоохранения учитывать наличие или отсутствие в каждом из них современного спирографа для проведения полноценной диагностики заболеваний легких.

Провести стандартизацию и метрологическую поверку всех имеющихся в работе спирографов с оценкой нагрузки работы каждого из них (Ассоциация фтизиатров и пульмонологов Украины, Ассоциация специалистов по проблемам бронхиальной астмы и аллергии Украины). Издать методические документы, пособия для врачей, студентов мед. вузов, среднего мед. персонала по исследованию ФВД с техникой выполнения и анализа спирограммы (Ассоциация фтизиатров и пульмонологов Украины, Ассоциация специалистов по проблемам бронхиальной астмы и аллергии Украины).

Издать на уровне региональных управлений ОЗ отдельно приказ о внедрении спирографии в клиническую практику, а показатели спирографии в соответствии с современными, утвержденными (приказ № 311) клиническими классификациями ХОБ и БА считать обязательными при постановке, подтверждении диагноза и оценке эффективности лечения и прогноза.

Доказана основополагающая роль спирографии и в дифференциальной диагностике ХОБ с такими заболеваниями как бронхиальная астма, застойная сердечная недостаточность, альвеолиты, диффузные заболевания с поражением соединительнотканной структуры легких, при которых одышка также является облигатным симптомом.

При этом с целью дифференциальной диагностики спирометрия используется до и после применения бронхолитиков как в фармпробе, так и после курсового их применения, в тесте со стероидами, до и после длительного применения системных или ингаляционных кортикостероидов (от 6 нед до 3 мес).

Рентгенологическое исследование легких при ХОБ является показанным при первичном обследовании больного и не столько для диагностики собственно ХОЗЛ, сколько для исключения других заболеваний легких, которые могут проявляться одышкой. Безусловно, рентгенологическое исследование показано, в частности томография, компьютерная томография у больных с выраженной одышкой при третьей стадии заболевания при клинико-функциональных признаках эмфиземы. Рентгенологическое исследование позволяет выявить эмфизематозные буллы, а последующая хирургическая буллэктомия может дать существенное улучшение функции дыхания, уменьшение одышки, увеличить толерантность к физическим нагрузкам, повысить эффективность комплексной терапии ХОБ. При обострении ХОБ рентгенография легких позволяет исключить пневмонию, пневмоторакс и другие осложнения.

Следует создать условия, способствующие внедрению в клиническую практику аппаратуры для исследования газового состава крови, насыщения крови кислородом. Проведение таких исследований в группе больных с тяжелой бронхообструкцией ($ОФВ_1 < 30-40\%$ должных), клиническими признаками дыхательной недостаточности и правожелудочковой недостаточности сердца, позволяет своевременно выявить и адекватно отобрать претендентов на длительную малопоточную оксигенотерапию с помощью мембранных оксигенаторов.

Необходимо уделять пристальное внимание особенностям дифференциальной диагностики заболевания с клинической картиной ХОБ у детей, молодых людей.

Понятно, что в этой группе лиц не прослеживается анамнез длительного влияния (>20 лет) злостного табакокурения, профессиональных вредных воздействий, как основных факторов риска заболевания. В таких случаях следует помнить о генетической предрасположенности как одного из факторов риска ХОБ, обращать внимание на семейный анамнез ХОБ, исследовать концентрацию β_1 -антитрипсина. Обнаружение дефицита β_1 -антитрипсина у пациентов, повторяющихся в семье больного случаев с клинической картиной ХОБ, можно говорить о генетически обусловленном заболе-

вании. Необходимо провести разъяснение о недопустимости табакокурения, правильной профориентации с исключением работы в условиях профессиональной вредности.

Учитывая последние данные, в том числе в результаты исследований Института фтизиатрии и пульмонологии АМН Украины, о том, что приблизительно в 10 % случаев ХОБ сочетается с ССА (перекрестный синдром), который усугубляет нарушения функции дыхания, снижает эффективность общепринятой терапии, ухудшает прогноз ХОБ, в этой группе лиц шире следует внедрить диагностику ССА с помощью полисомнографии с последующим проведением лечения этой сопутствующей патологии. В результате работы Института фтизиатрии и пульмонологии АМН Украины разработаны методологические и инструктивные документы по этой проблеме, требующие более активного внедрения в практическое здравоохранение.

Отдельного рассмотрения в алгоритме лечения ХОБ требует чрезмерно широкое, не всегда оправданное, а зачастую и во вред больному, применение как диагностических, так и периодически повторяющихся лечебных бронхоскопий. Безусловно, диагностическая бронхоскопия является методом первого выбора в диагностике причины кровохарканья при ХОБ, когда ни в коем случае нельзя откладывать решение вопроса о наличии рака легких, вероятность которого высока, так как больные ХОБ обычно злостные курильщики с длительным стажем потребления табака. Показано применение диагностической бронхоскопии с цитологическим и гистологическим анализом материала, получаемого при разных видах биопсии легких при патологии, которая протекает на фоне ХОБ.

Многочисленное же применение лечебных бронхоскопий при ХОБ, получившее довольно широкое распространение в нашей стране, нельзя считать оправданным прежде всего с патофизиологической и клинической точки зрения.

Известно, что кашель и мокротоотделение далеко не всегда беспокоят больных ХОЗЛ, даже при выраженности этих симптомов воспаление бронхиального дерева является хроническим и многофакторным, при этом поражаются преимущественно периферические отделы бронхов с вовлечением терминальных бронхиол и альвеол легких. При этом однократные, эпизодически повторяющиеся эндобронхиальные вливания растворов муколитиков, антибиотиков дают лишь слабый краткосрочный эффект, а в большинстве случаев не оказывают положительного эффекта в плановой терапии одышки, как основного симптома ХОБ и могут снижать барьерную функцию бронхов. Применение же плановой медикаментозной терапии бронхолитиками, мукоурегуляторами с антиоксидантными свойствами, селективными и неселективными стимуляторами сурфактанта приводят к стабилизации бронхиальной проходимости, оптимизации мукоцилиарного клиренса, гистерезисных свойств сурфактанта, снижению бактериальной колонизации и уменьшению воспаления бронхиального дерева, уменьшению симптомов заболевания, повышению физической выносливости, качества жизни пациентов.

Ни в Приказе № 311, ни в международных положениях по лечению ХОЗЛ, ни в рекомендациях GOLD не сказано, что бронхоскопия является обязательной в диагностике ХОБ. Зарубежные врачи придерживаются именно такой точки зрения, что хорошо видно из публикаций, освещающих работу диагностических центров по ХОЗЛ. Так, количество диагностических бронхоскопий при ХОЗЛ в годичном отчете обычного госпиталя в Германии на порядок меньше, чем такого редитетного для нашей страны исследования, как полисомнография для выявления сопутствующего ССА, который действительно снижает выживаемость, качество жизни и эффективность лечения больных ХОБ.

Таким образом, при государственном подходе к проблеме ХОЗЛ, стремлении достижения максимального результата без непродуктивных затрат как для больного, так и для общества, необходимо четко уяснить и расставить приоритеты. Причем единый взгляд на проблему необходим не четко со стороны практикующих, лечащих врачей разных специальностей (семейных врачей, терапевтов, пульмонологов, функцио-

налистов), но и, в первую очередь, организаторов здравоохранения, а также представителей социальных служб.

Важным вопросом ведения ХОЗЛ, так как заболевание характеризуется хроническим прогрессирующим течением, является его клинично-функциональный мониторинг. Несмотря на большие различия в индивидуальных особенностях систем здравоохранения в разных странах, общими являются положения о том, что диагноз устанавливается после спирографического исследования, в фармакологических пробах, желательного трехкратного с некоторым интервалом, во избежание ошибочной констатации хронической обструкции в тех случаях, когда мы имеем дело с преходящей бронхообструкцией, связанной с острым воспалительным процессом в бронхах.

Частота и объем контрольного исследования пациента с уже установленным диагнозом тесно связана со степенью тяжести заболевания, частотой и тяжестью развития обострений, темпом прогрессирования заболевания и влиянием его на обусловленное болезнью снижение качества жизни пациента, сопутствующих заболеваний, характера применяемой терапии и реабилитационных программ (фармакотерапия, оксигенотерапия, неинвазивная вспомогательная вентиляция ...). Все эти факторы обуславливают и дифференцированное вовлечение тех или иных специалистов в мониторинг заболевания. Так, если большинство больных с легкой и средней степени тяжести течения ХОЗЛ наблюдаются у семейных врачей, участковых терапевтов, то больные с тяжелым ХОЗЛ, которые получают высокие дозы бронхолитиков, особенно в небулизированных растворах, либо получают длительную малопоточную кислородотерапию, находятся на неинвазивной вспомогательной вентиляции, обязательно должны наблюдаться с соответствующим контролем у пульмонолога, а иногда и врачей отделений интенсивной терапии, реаниматологов.

Минимальная кратность клинично-спирографического обследования больного с легким течением ХОЗЛ — 1–2 раза в год, учитывая необходимость проследить темп снижения ФВД и темп прогрессирования заболевания, оценить прогноз и разработать соответствующие профилактические меры.

Для того, чтобы объективно судить о темпах падения бронхиальной проходимости, необходимо наблюдение в течение 5 лет и более.

В общеклинической практике при мониторинге заболевания оцениваются динамика симптомов в покое и при выполнении физической нагрузки (шкала одышки, шаговая проба — тест с 6-ти и 12-ти минутной ходьбой, шатл-тест), показатели спирометрии; показатели качества жизни в связи с влиянием на них заболевания, оцениваемые с помощью специальных опросников.

В настоящее время используются иностранные опросники по качеству жизни у больных БА и ХОБ, которые необходимо перевести на украинский язык, адаптировать и узаконить к применению в Украине.

С целью оптимизации результатов лечения развившегося ХОБ необходима разработка и решительное внедрение мер по борьбе с курением как основным фактором риска, инициации и прогрессирования заболевания, вредными воздействиями поллютантов и раздражителей на рабочем месте, в быту, окружающей среде.

Антиникотиновые программы не должны содержать общеизвестные малоэффективные декларации, а исходить из того, что табакотоксикомания является хроническим заболеванием, требующим четких и конкретных индивидуализированных мер по ее ликвидации с использованием современных лекарственных средств и технологий.

В настоящее время нет надежных методов лечения, позволяющих остановить ускоренное падение функции легких при ХОБ. Прекращение же курения на любом из этапов течения ХОБ замедляет прогрессирование болезни.

Главным подходом к терапии заболевания в настоящее время является постоянная бронхолитическая терапия с наращиванием ее интенсивности по мере прогрессирования тяжести заболевания. Т.е. здесь неэффективен подход к лечению, применяемый при бронхиальной астме, когда после дос-

тижения положительного эффекта после курса интенсивной противовоспалительной терапии стероидами можно уменьшить медикаментозную нагрузку в дальнейшей плановой терапии.

Бронхолитики назначаются при ХОБ как с профилактической целью базисно ежедневно, в моно- или комплексной терапии, в количестве, соответственно установившейся тяжести заболевания, так и дополнительно, для снятия острых симптомов.

Выбор в пользу β_1 -агонистов, холинолитиков, теофиллина или комбинаций этих препаратов зависит от индивидуального ответа на них пациента, тяжести заболевания, сопутствующей патологии и побочных эффектов терапии.

Комбинированное применение бронхолитиков разных классов по сравнению с наращиванием разовых и суточных доз одного из бронхолитиков, увеличивает эффективность и безопасность лечения.

Опыт использования существующих международных соглашений, а также Приказа № 311 по ведению ХОБ, когда декларировался ступенчатый подход к назначению холинолитиков, β_1 -агонистов короткого действия, их комбинации, теофиллинов, не выявил значительного влияния их на замедление падения бронхиальной проходимости при долговременном наблюдении.

Не столь эффективными, как при астме, или вовсе неэффективными в плане подавления воспаления в бронхиальном дереве при ХОБ оказались кортикостероиды.

Учитывая многократность использования лекарственных средств с разными путями доставки, возрастные и психоэмоциональные особенности больных с этой патологией, отсутствие ощущения у больных немедленного и выраженного уменьшения симптомов в ответ на применяемую терапию, значительно снижен комплаенс, что также негативно сказывается на приверженности больных лечению, а следовательно и его результатах.

Регулярная плановая терапия соответственно объективным параметрам тяжести заболевания должна проводиться постоянно с пристальным вниманием по выявлению побочных ее эффектов и ухудшению течения заболевания.

Ответ на лечение разными группами бронхолитиков и кортикостероидами variabelен у разных пациентов и должен подтверждаться и мониторироваться как можно чаще с помощью спирометрии.

Причем при оценке эффективности и мониторинге лечения анализируются не только взаимосвязь между симптомами ХОЗЛ и показателями ФВД, но также частота и тяжесть обострений, наличие осложнений, дыхательной недостаточности, сопутствующих заболеваний, общего состояния здоровья и качества жизни, связанного с болезнью.

В настоящее время в мире, в том числе и в нашей стране, проводятся многочисленные клинические испытания по изучению эффективности новых бронхолитиков пролонгированного действия, комбинированных препаратов, включающих бронхолитики и кортикостероиды, ингибиторы ферментов и медиаторов воспаления иницированных при ХОЗЛ, новые антиоксиданты и т. д.

В связи с уже имеющимися научными и практическими данными назрела необходимость пересмотра некоторых положений по ведению ХОБ.

Это широко обсуждается на международных конференциях, в рамках ERS, BTS, ATA, Украинской ассоциации фтизиатров и пульмонологов, GOLD.

Так, уже представлен объективными данными и продолжает накапливаться положительный опыт использования при ХОБ пролонгированных β_1 -агонистов (сальметерол, формотерол), комбинации пролонгированных β_1 -агонистов с современными ингаляционными стероидами, что позволяет ввести эти препараты в соглашение по лечению ХОБ. β_1 -агонисты длительного действия при их плановом применении демонстрируют возрастные физические возможности в нагрузочных пробах, значительно улучшают общее состояние здоровья пациента, оцененное опросниками по качеству жизни больных ХОБ. Изучается и клиническая эффективность пролонгированного холинолитика тиотропиума бромид.

Разрабатываются и внедряются новые доставочные устройства, новые технологии и пути введения лекарств с целью улучшить комплаенс и распределение лекарств в организме больного, удешевить процесс терапии и реабилитации больного.

Для более успешного продвижения положений соглашения по ХОБ, изложенных в Приказе № 311, в клиническую практику необходимо обратить внимание руководителей здравоохранения, врачей-специалистов — пульмонологов, функционалистов, аллергологов, врачей первичного звена здравоохранения на особенности профилактики, диагностики и лечения заболевания, возможные пути и методы для успешного внедрения положений Приказа.

Основные усилия Ассоциации фтизиатров и пульмонологов по проблеме ХОБ должны быть направлены на более широкое вовлечение в решение этой проблемы организаторов здравоохранения, врачей первичной и специализированной медицинской помощи, так как основная часть больных с этой патологией наблюдается у участковых и семейных врачей. При этом очень важно создать условия для успешной кооперации врачей-специалистов и врачей общей практики.

С этой целью необходимо:

1. Подготовить и разработать целевую программу по ХОБ на национальном и региональном уровнях с привлечением организаторов здравоохранения, ученых, пульмонологов, терапевтов, участковых и семейных врачей, аллергологов, врачей функциональной диагностики, врачей ВТЭК, больных ХОБ для ее выполнения.

2. Создать комиссию из ведущих ученых, врачей-практиков, организаторов здравоохранения с целью:

— экспертизы социо-экономического обоснования, планирования, выполнения и внедрения научных разработок по проблеме ХОБ;

— разработки и усовершенствования текущих согласительных и нормативных документов по единым для страны стандартам диагностики и формулярам ведения ХОБ;

— разработки и внедрения методологии имплементации разработанных стандартов и формуляров по ХОБ в клиническую практику;

— проведения анализа статистической отчетности по заболеваниям, сопровождающихся бронхообструкцией, и введения ХОБ в качестве нозологической единицы при статистической отчетности по заболеваемости, болезненности, утраты трудоспособности, смертности;

— разработки и внедрения дифференцированных образовательных программ по ХОБ для врачей и пациентов.

В качестве неотложных мер необходимо:

— создание на базе Института фтизиатрии и пульмонологии АМН Украины Национального тренерского центра по спирометрии для врачей кабинетов функциональной диагностики, пульмонологов, аллергологов поликлиник, областных, городских больниц;

— шире внедрять исследование функции внешнего дыхания в учреждениях здравоохранения, а побудительным мотивом для приобретения современных спирографов избрать тактику, когда аккредитация медицинского учреждения проводится только с учетом наличия и работы с полноценной нагрузкой такой аппаратуры;

— ввести в Украинский и региональные реестры препаратов для обязательных закупок наиболее современные и эффективные препараты для лечения ХОБ;

— преодолеть негативную тенденцию сокращения пульмонологических коек, так как именно на них должны получать полноценную помощь больные с III стадией ХОБ, включая кислородо- и интенсивную терапию;

— имплементировать Приказ № 311 с учетом местных особенностей инфраструктуры и организации работы системы здравоохранения;

— провести инспекционный анализ работы по ХОБ в учреждениях первичной и специализированной медицинской помощи с разным уровнем диагностических и лечебных возможностей.

УДК: 616.248.036

Л.А. Яшина

АСТМА-КОНТРОЛЬ — ПУТИ ДОСТИЖЕНИЯ

Институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского АМН Украины

Внедрение "Основных направлений по ведению бронхиальной астмы" в клиническую практику позволяет унифицировать подход к ведению больных бронхиальной астмой (БА) вне зависимости от того, к какому врачу попадет больной. Причем рекомендации по диагностике, ведению и лечению заболевания даются на основе новейших, основанных на данных многоцентровых, проводимых по правилам GCP, исследований, клинического опыта и мнения специалистов.

Введение стандартов "Основных направлений" в общеклиническую практику позволяет оптимизировать проверку и отчетность, целью которой является улучшение качества помощи больным БА.

Бронхиальная астма является многофакторным заболеванием, с разными этиопатогенетическими вариантами, когда ключевые нарушения выявляются в разных системах организма, что особо характерно для тяжелой, терапieresистентной формы. "Основные направления" по БА для специалистов пульмонологов и аллергологов естественно являются объем-

ными и содержат большое количество материала, позволяющее в деталях проанализировать проблему. При этом возникает вопрос, в какой форме и объеме сведения, представленные в "Основных направлениях" должны быть доведены до врача общей практики, чтобы информация была воспринята и адекватно использована участковым врачом, семейным врачом, врачом скорой помощи?

Учитывая большую нагрузку врачей первичной медицинской помощи по ведению многочисленных заболеваний, под наблюдением которых находится и подавляющее количество больных БА, внедрение "Основных направлений" идет по пути разработки и внедрения карманных "Основных направлений", содержащих ключевые положения, практические рекомендации по диагностике, ведению, лечению. Причем уже на этапе первичной медицинской помощи должен быть сделан акцент на недопустимость тактики диагностики и долговременного наблюдения больного только на основании оценки симптомов, без объективизации бронхообструкции, ее вариабельности и обратимости с помощью спирометрии, пикфлоуметрии. Несоблюдение такого подхода чревато диагностичес-