

В. В. Поліщук ДИСПАНСЕРНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ХВОРИХ НА ІДІОПАТИЧНИЙ ФІБРОЗУЮЧИЙ АЛЬВЕОЛІТ

ДУ "Національний інститут фіззіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського АМН України"

Ідіопатичний фіброзуючий альвеоліт (ІФА) (синоніми: ідіопатичний легеневий фіброз, криптогенний фіброзуючий альвеоліт) — патологічний процес в легенях неясної природи, який характеризується прогресуючою дихальною недостатністю внаслідок розвитку переважно в інтерстиціальній тканині легень небактеріального запалення та прогресуючого інтерстиціального фіброзу [1, 2, 7]. В основі розвитку захворювання лежить аномальна реакція легеневої тканини на дію невідомого пошкоджуючого фактора, в результаті якого виникає стереотипна реакція у легеневій тканині: від інтерстиціального і альвеолярного набряку через стадію альвеоліту до інтерстиціального фіброзу і формування "стільникових легень" [3, 12, 13].

Протягом останніх років відмічено значне зростання кількості хворих на ІФА, яке обумовлене не тільки покращанням діагностичних можливостей, але і ростом захворюваності [10, 15]. ІФА характеризується тяжким перебігом, швидким розвитком ускладнень, низькою ефективністю лікувальних заходів і високою летальністю [6, 14], чому сприяє помилкова діагностика, запізніле призначення базової терапії, невірна лікувальна тактика. Нерідко хворі на ІФА госпіталізуються до протитуберкульозних закладів, де їм тривалий час призначаються протитуберкульозні препарати, що погіршує їх стан.

У міжнародному консенсусі з ІФА визначено схеми діагностики і лікування, критерії загострення та покращання перебігу цієї недуги [7]. Використання уніфікованих схем діагностики при підозрі на ІФА (які включають, окрім клінічних і лабораторних методів обстеження, проведення дослідження функції зовнішнього дихання, дифузійної здатності легень, комп'ютерної томографії високого вирішення та при необхідності морфологічної верифікації діагнозу) сприяє ранній діагностиці ІФА і своєчасному призначенню хворим адекватного лікування.

Основою лікування хворих на ІФА є тривалий, здебільшого, протягом всього життя, прийом глюкокортикостероїдів (ГКС), часто в комбінації з цитостатиками (ЦС) [4, 7]. Тривале лікування вказаними препаратами пов'язане з ризиком розвитку побічних ефектів. Для корекції лікування і запобігання ускладнень терапії ГКС хворі на ІФА підлягають регулярному диспансерному нагляду протягом усього життя. Науково обґрунтованих схем та рекомендацій по диспансерному спостереженню хворих з цією патологією до теперішнього часу не існувало. Це відсутність чітких і достовірних критеріїв проведення диспансерного нагляду для контролю за перебігом захворювання, визначення загострення процесу, оцінки адекватності терапії і вчасної її корекції.

Диспансерний нагляд за хворими на ІФА має вирішальне значення для запобігання прогресуванню процесу, профілактиці розвитку тяжких ускладнень, покращанню прогнозу захворювання. Оскільки стандарти лікування

хворих регламентують використання ГКС у високих і середніх дозах, а також ЦС, хворі потребують систематичного лікарського контролю, проведення моніторингу побічних дій препаратів [7, 14]. В якості критеріїв оцінки ефективності лікування, визначення загострення процесу, використовуються дані клінічного обстеження і результати функціональних і інструментальних методів діагностики. Розроблена нами схема диспансерного спостереження включає огляд і обстеження хворих на ІФА через 3, 6 і 12 місяців протягом першого року з моменту встановлення діагнозу. При кожному візиті пацієнта крім лікарського огляду проводиться обстеження в амбулаторних умовах, яке включає рентгенологічне (рентгенографію органів грудної клітини, а через 6 і 12 місяців контрольну комп'ютерну томографію), дослідження функції зовнішнього дихання, визначення газового складу і кислотно-основного стану крові, анкетування за шкалою задишки MRC і опитувальником якості життя MOS SF-36 [9, 11]. У подальшому анкетування проводиться кожні два тижні, а анкети направляються листом, факсом, або електронною поштою до спеціалізованого пульмонологічного центру. Хворі підлягають систематичному контролю спеціаліста через кожні 3 місяці, а при погіршенні показників анкетування викликаються на позачергове обстеження. Госпіталізації підлягають хворі при загостренні процесу, появі ускладнень або виразної побічної дії від призначеного лікування. Для проведення регламентованих досліджень необхідне обладнання, яким оснащені тільки спеціалізовані центри, які можуть бути віддалені від місця проживання хворих. Окрім того, важливо своєчасно реагувати на можливе загострення хвороби.

Використання спрощених та доступних методів контролю, які не вимагають багато зусиль від хворого, полегшує динамічний моніторинг стану пацієнта. Такими методами є кількісне вимірювання задишки і оцінка якості життя, які є достатньо чутливими, і проведення їх не вимагає безпосередньої участі лікаря [5, 8, 16]. Отримані результати можна оперативно відсилати електронною поштою або звичайним листом.

В основі диспансерного спостереження передбачається постійний зв'язок з хворими для контролю за станом їхнього здоров'я та своєчасного запрошення на черговий медичний огляд. Для полегшення курації таких хворих нами створена електронна база даних на основі програми Access® з пакету Microsoft Office®.

У цій програмі є можливість переглядати залежності між об'єктами бази даних. Перегляд переліку об'єктів, які використовуються вказаним елементом, допомагає виконувати підтримку бази даних і попереджувати помилки, які пов'язані з втратою джерел записів. Перегляд повного списку залежних об'єктів допомагає зберегти час і зменшити кількість помилок.

До складу бази входять проекти, форми, таблиці, шаблони, модулі, макроси, з якими добре ознайомлені фахівці. Але для введення даних про пацієнта і подаль-

шого користування ними користувачеві не потрібна спеціальна кваліфікована підготовка, йому вистачить знань у об'ємі курсу інформатики, яка викладається в середній загальноосвітній школі.

Кожний хворий вводиться в базу даних за присвоєним йому порядковим номером (рис. 1). Для цього в базі даних передбачено перше віконце. При необхідності одержати повну інформацію про пацієнта, введення відповідного номеру дає можливість переглянути всі записи з результатами раніше проведених досліджень, оцінити їх динаміку. В наступні поля бази даних вводяться номер амбулаторної карти або історії хвороби, паспортні дані пацієнта, контактні телефони хворого та його близьких осіб, інформація про місце роботи (з метою урахування можливих шкідливих умов праці). Зважаючи на розвиток сучасних технологій, широке впровадження інтернету, який з кожним роком є більш доступним не тільки у великих містах, ми, окрім контактного телефону хворого, також передбачили віконце, куди вводять адресу електронної скриньки. Це важливо, оскільки існує можливість заповнювати анкету SF-36 у режимі "on-line" з подальшим її роздрукуванням або ж пересилання даних цієї анкети електронною поштою, що є найбільш оперативною формою зв'язку.

Після заповнення паспортної частини в наступні поля вносяться дані про діагноз хворого. Відмічається діагноз, з яким хворого взято на диспансерний огляд, коли діагностовано, в якому лікувальному закладі встановлено даний діагноз, вказується, яким методом верифікований діагноз (рентгенологічним, з використанням комп'ютерної томографії високого вирішення, гістологічним). Вводяться також дані про наявність супутніх захворювань.

В наступні два поля вносяться дані щодо тривалості хвороби з моменту появи симптомів та з моменту звертання до лікаря.

Дані щодо лікування згруповано у два підрозділи, які демонструє рис. 2. Перший містить поля для вводу даних по гормональній терапії, яка, згідно консенсусу, має проводитися всім хворим на ІФА, і другий підрозділ — для внесення даних про лікування цитостатиками. У наступних віконцях вводять дані про дату початку терапії, дози препаратів, які призначаються конкретному хворому, та дані щодо режиму і регулярності прийому ліків. В завершальній частині бази даних вносяться відомості про дату постановки хворого на диспансерний нагляд, дату смерті і результати гістологічного дослідження.

В нижньому полі є віконце під назвою "Моніторинг". При відкриванні його ми бачимо сторінку, яка використовується для визначення динаміки перебігу захворювання (рис. 3). На цій сторінці окрім номеру пацієнта, його прізвища, імені та по-батькові вводиться дата диспансерного огляду, інформація про вид контакту (візит до клініки, телефонна розмова, анкетування за допомогою поштового листа чи електронної пошти). Коротко (більше, менше, без змін) характеризуються такі основні симптоми захворювання, як задишка, кашель, містяться основні дані про нові симптоми у разі їх появи. У наступне віконце заноситься оцінка задишки за шкалою MRC.

Наступний розділ бази даних використовується для фіксації результатів анкетування за опитувальником SF-36 по восьми шкалам.

Коротко відмічається наявність чи відсутність змін при рентгенологічному обстеженні. Далі, якщо є така

The image shows a screenshot of a Microsoft Access database form titled "Исследования". The form is designed for data entry and includes the following fields:

- №: [0]
- № Амб карты: []
- История болезни №: []
- Фамилия: []
- Год рождения: []
- Имя: []
- Телефон: []
- Отчество: []
- e-mail: []
- Пол: []
- Место работы: []
- Возраст: [0]
- Дом. адрес: []
- ФИО близкого родственника, дом. адрес: []
- Телефон: []
- Профессия пациента: []
- Должность: []
- Диагноз: []
- Когда установлен: []
- Кем установлен (учреждение): []
- Методы верификации (Rg, ВРКТ, биопсия): []
- Сопутствующие заболевания: []
- Продолжительность болезни:**
- с момента появления симптомов: []
- с момента обращения к врачу: []

Рис. 1. Паспортні дані та дані щодо діагнозу

ГКС-терапия:
 начало _____
 дозы в расчете на преднизолон _____
 режимы, регулярность _____
 побочные эффекты ГКС-терапии _____

Лечение цитостатиками:
 начало _____
 дозы _____
 режимы, регулярность _____
 побочные эффекты цитостатиков _____

Дата включения в диспансерное наблюдение _____
 Лечебные рекомендации _____

В случае смерти:
 Дата _____
 Патологоанатомический диагноз _____
 Результаты гистологического исследования _____

Мониторинг

Запись: 1 из 1

Рис. 2. Дані щодо лікування, результатів патоморфологічного дослідження у випадку смерті

Microsoft Access - [Газовый состав]

Файл Правка Вид Вставка Формат Записи Сервис Окно Справка

MS Sans Serif 10 Ж К Ц

Мониторинг Информация

№ Фамилия _____

 Имя _____

 Отчество _____

Показатель Дата оценки

Визит, письмо, e-mail (ст1, ст2; амб.)									
Одышка (<. без изм.. >)									
Кашель (<. без изм.. >)									
Новые симптомы									
Шкала MRC									
SF - 36									
Физическое функционирование									
Ролевое физ функционирование									
Интенсивность боли									
Общее состояние здоровья									
Жизненная активность									
Социальное функционирование									
Ролевое эмоц. функционирование									
Психическое здоровье									
Rg (<. без изм., >)									
VC (% к должн.)									
PaO2 (мм Hg)									
PaCO2 (мм Hg)									
Изменения в лечении									

Запись: 1 из 1 (Фильтр)

Рис. 3. Сторінка з бази даних, що відображає стан здоров'я хворих на ІФА у процесі диспансерного нагляду

можливість, фіксують показники життєвої ємності легень (у процентах до належних величин) та парціальний тиск кисню, вуглецю, насичення артеріалізованої крові киснем. Останнє поле заповнюється, якщо є зміни у лікуванні (наприклад, інша доза ГКС або нові призначення).

Ця частина бази даних дозволяє контролювати динаміку основних клінічних симптомів, даних рентгенологічного та функціональних обстежень, показників газового складу крові, а також проводити динамічний контроль за показниками задюху та якості життя.

Збереження даних, внесених в електронну базу, гарантується їх закриттям з використанням пароля, відомого обмеженій кількості осіб.

Запропонована нами база даних проста у користуванні, потребує небагато часу для її заповнення (кілька хвилин у залежності від кваліфікації користувача), адекватно відображає стан хворого на ІФА та дає змогу своєчасно діагностувати загострення хвороби згідно визначених критеріїв. Вона має необхідну контактну інформацію, містить перелік всіх передбачених даних для контролю за станом здоров'я хворих, відображає регламентовані діагностичні та лікувальні призначення. Впровадження бази сприятиме контролю за проведенням диспансерного спостереження хворих на ІФА, а при незначній адаптації, і на інші захворювання, поліпшуватиме комплаєнс, рівень довіри до лікаря.

Робота виконується за кошти державного бюджету України.

ЛІТЕРАТУРА:

1. *Идиопатический фиброзирующий альвеолит как одна из форм идиопатических интерстициальных пневмоний* / Ю. И. Фещенко, В. К. Гаврисюк, Н. Е. Моногарова, А. И. Ячник // Укр. пульмонолог. журн. — 2004. — № 4. — С. 5–11.
2. *Илькович М. М., Новикова Л. Н.* Идиопатический фиброзирующий альвеолит: Руководство для врачей / Под ред. М. М. Ильковича, В. Н. Кокосова. — СПб.: Нордмедиздат, 2005. — С. 127–183.
3. *Илькович М. М., Новикова Л. Н., Королева М. Г.* Идиопатический фиброзирующий альвеолит: противоречия в современных представлениях // Пульмонология. — 2003. — № 3. — С. 98–101.
4. *Фещенко Ю. И., Гаврисюк В. К., Моногарова Н. Е.* Без альтернативы: лечение идиопатического фиброзирующего альвеолита // Ліки України. — 2005. — № 7-8. — С. 71–73.
5. *Фещенко Ю. И., Мостовой Ю. М., Бабійчук Ю. В.* Процедура адаптации международного опитувальника оцінки якості життя в Україні. Досвід застосування у хворих на бронхіальну астму // Укр. пульмонолог. журн. — 2002. — № 3. — С. 9–11.
6. *Шмелев Е. И.* Что должен знать врач об интерстициальных болезнях легких? // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. — 2003. — № 3. — С. 3–6.
7. *American Thoracic Society, European Respiratory Society.* Idiopathic pulmonary fibrosis: diagnosis and treatment. International consensus statement // Am. J. Respir. Crit. Care Med. — 2000. — Vol. 161. — P. 646–664.
8. *Assessment of health-related quality of life in patients with interstitial lung disease* / J. A. Chang, J. R. Curtis, D. L. Patrick, G. Raghu // Chest. — 1999. — Vol. 116. — P. 1175–1182.
9. *Bestall J. C., Paul E. A., Carrod R.* Usefulness of the Medical Research Council (MRC) dyspnoea scale as a measure of disability in patients with chronic obstructive disease // Thorax. — 1999. — Vol. 54. — P. 581–586.
10. *Coultas D. B., Zumwalt R. E., Blak W. C.* The epidemiology of interstitial lung diseases // Am. J. Respir. Crit. Care Med. — 1994. — Vol. 150. — P. 967–972.
11. *Evaluation of the short-form 36-item questionnaire to measure health-related quality of life in patients with idiopathic pulmonary fibrosis* / T. Y. Martinez, C. A. Pereria, M. L. Santos, et al. // Chest. — 2000. — Vol. 117. — P. 1627–1632.
12. *Histopathologic variability in usual and nonspecific interstitial pneumonias* / K. R. Flaherty, W. D. Travis, T. V. Colby, et al. // Am. J. Respir. Crit. Care Med. — 2001. — Vol. 164 — P. 1722–1727.
13. *Interstitial lung diseases unknown cause: disorders characterized by chronic inflammation of the lower respiratory tract* / R. G. Crystal, P. B. Bitterman, S. I. Rennard, et al. // N. Engl. J. Med. — 1984. — Vol. 310. — P. 154–166.
14. *Schwartz D. A.* Epidemiology, Morbidity, Mortality, and Familial Distribution of Idiopathic Pulmonary Fibrosis // New Approaches to Managing Idiopathic Pulmonary Fibrosis. — American Thoracic Society, 2000. — P. 1–7.
15. *Von Plessen C., Grinde O., Gulsvir A.* Incidence and prevalence of cryptogenic fibrosing alveolitis in a Norwegian community // Respir. Med. — 2003. — Vol. 97, № 4. — P. 428–435.
16. *Wedzicha J. A., Bestall J. C., Carrod R. et al.* Randomized controlled trial of pulmonary rehabilitation in severe chronic obstructive pulmonary disease patients, stratified with the MRC dyspnoea scale // Eur. Respir. J. — 1999. — Vol. 12. — P. 363–369.

ДИСПАНСЕРНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ХВОРИХ НА ІДІПАТИЧНИЙ ФІБРОЗУЮЧИЙ АЛЬВЕОЛІТ

В. В. Поліщук

Резюме

Проаналізовано роль, розглянуто основні методи і строки диспансерного нагляду за хворими на ідіпатичний фіброзуєчий альвеоліт. Запропоновано для впровадження електронну базу даних на основі програми Access® з пакету Microsoft Office® для моніторингу хворих та оперативного контролю за диспансеризацією.

FOLLOW-UP OF PATIENTS WITH IDIOPATIC PULMONARY FIBROSIS

V. V. Polishchuk

Summary

The role of follow-up of patients with idiopathic pulmonary fibrosis has been analyzed. The main methods and terms of the follow-up have been reviewed. It was offered to implement electronic database, built on Microsoft Office Access® software, for monitoring and control for the follow-up process.