

Профілактика, діагностика і терапія внутрішніх хвороб в практиці сімейного лікаря

24 квітня 2019 р. в Харкові прошла Науково-практическа конференція «Актуальні питання профілактики, діагностики та лікування внутрішніх хвороб в практиці сімейного лікаря». Во время мероприятия особое внимание уделено современным возможностям антитромбоцитарной терапии в профилактике сердечно-сосудистых осложнений, фитоиммунореабилитации часто болеющих детей, особенностям применения назальных средств, пробиотиков для терапии инфекций и профилактики инфекционных осложнений, лечению пациентов с внебольничными пневмониями и заболеваниями желчевыводительной системы.

Антитромбоцитарна терапія в профілактиці сердечно-сосудистих осложнень



Геннадий Кочуев, доцент кафедри общей практики — семейной медицины Харьковской медицинской академии последипломного образования (ХМАПО), в своем выступлении уделил внимание современным принципам антитромбоцитарной терапии для профилактики сердечно-сосудистых осложнений в практике семейного врача. Он напомнил, что в норме у здорового человека тромбоза нет. Причинами тромбозистентности сосудистой стенки являются отрицательный электрический заряд тромбоцитов и клеток эндотелия, вызывающий их взаимное отталкивание, синтез клетками эндотелия простациклина и эндотелийависимого фактора расслабления, локализация на клетках эндотелия тромбомодулина, локализация на мембронах эндотелия натурального гепарина и гепариноидов, синтез клетками эндотелия тканевого и урокиназного активаторов глауконогена.

При формировании тромбоцитарного тромба происходят нарушение целостности сосудистой стенки, локальная вазоконстрикция, адгезия и активация тромбоцитов, формирование самого тромбоцитарного тромба, стабилизация тромба фибрином, его растворение после регенерации поврежденной сосудистой стенки.

Выделяют артериальный (острый коронарный синдром) и венозный (тромбоз глубоких вен, тромбоэмболия легочной артерии, тромбоз при фибрилляции предсердий) тромбоз. Основной группой препаратов, назначаемых при артериальном тромбозе, являются антиагреганты, при венозном — антикоагулянты.

Г. Кочуев на клиническом примере рассказал об особенностях назначения антитромбоцитарной терапии. Говоря о применении ацетилсаліцилової кислоти (АСК) в первичной профилактике, он отметил, что результаты исследования ARRIVE у пациентов с умеренным сердечно-сосудистым риском продемонстрировали высокую приверженность к АСК, которая достоверно снижала риск инфаркта, но в то же время применение данного препарата сопровождалось повышением риска желудочно-кишечных кровотечений. В исследовании ASCEND количество сердечно-сосудистых событий при применении АСК было меньше, однако больших кровотечений было больше. Именно поэтому для первичной профилактики использование АСК остается решением, которое должно включать детальную дискуссию между врачом и пациентом в связи с необходимостью взвешивать сердечно-сосудистые преимущества с риском кровотечений, желаниям пациентом, стоимостью и другими факторами.

В соответствии с украинскими и международными рекомендациями антитромбоцитарная терапия не рекомендована лицам без сердечно-сосудистых заболеваний в связи с риском больших кровотечений; возможно применение при высоком сердечно-сосудистом риске. Согласно рекомендациям Американской коллегии кардиологов и Американской кардиологической ассоциации (American College of Cardiology/American Heart Association — ACC/AHA) низкие дозы АСК (75–100 мг перорально в сутки) могут быть рассмотрены для первичной профилактики сердечно-сосудистых событий среди избранных взрослых в возрасте 40–70 лет, которые имеют высокий кардиоваскулярный риск, но повышенный риск кровотечений. Низкие дозы АСК не следует назначать на рутинной основе для первичной профилактики сердечно-сосудистых событий взрослым в возрасте старше 70 лет, а также взрослым любого возраста, имеющим повышенный риск кровотечения.

Г. Кочуев подчеркнул, что при назначении АСК больным артериальной гипертензией следует всегда помнить, что антитромбоцитарная терапия показана только после достижения эффективного контроля артериального давления (для минимизации риска геморрагического инсульта). При остром инфаркте миокарда лечение рекомендуется начинать немедленно с обычной нагрузочной дозы (не в кишечно-растворимой форме) АСК (150–300 мг) в форме для разжевывания. У пациентов, принимающих АСК, возможной причиной развития сердечно-сосудистого события могут быть перерывы в приеме данного препарата. Так, данные Шведского национального реестра свидетельствуют, что у пациентов с продолжающейся терапией АСК была наименьшей частота случаев выявления сердечно-сосудистых заболеваний, у пациентов, прекративших прием АСК, уровень сердечно-сосудистых событий был на 37% выше. Причем первые 2 нед после отмены АСК особенно опасны с точки зрения развития сердечно-сосудистой патологии. Данные украинского реестра STIMUL демонстрируют, что через год после инфаркта миокарда с зубцом Q АСК продолжали принимать 64,2%.



АСК значительно снижает риск повторного эпизода после перенесенного инфаркта миокарда или инсульта: на 23% — риска сердечно-сосудистой смерти у пациентов с острым инфарктом миокарда, на 30% — риска инсульта у пациентов с острым инсультом. Согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов (European Society of Cardiology — ESC) в связи с благоприятным соотношением между пользой и риском у пациентов с стабильной ишемической болезнью сердца АСК в низких дозах (75–150 мг) является препаратом выбора в большинстве случаев. Назначение клопидогrela может быть рассмотрено при непереносимости/противопоказаниях к АСК.

Г. Коочуев отметил, что антитромбоцитарная терапия АСК является краеугольным камнем первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых событий. В выборе препаратов АСК предпочтение следует отдавать не кишечно-растворимым формам с оптимальной суточной дозой препарата 75 мг.

Фитоиммунореабилитация часто болеющих детей в условиях амбулаторной практики



Профессор Ольга Цодикова, заведующая кафедрой поликлинической педиатрии ХМАПО, обратила внимание на проблему рекуррентных респираторных инфекций у детей. Как правило, количество острых респираторных инфекций (ОРИ) у детей в возрасте до 1 года может составлять 6,7 эпизода в год; в возрасте 1–5 лет — 7,4–8,3; 6–12 лет — 5,5. Ребенок, который идет в детский сад или школу, может болеть до 10 раз в год. Повторные (рекуррентные) ОРИ приводят к ослаблению защитных сил организма, формированию хронических очагов инфекции, аллергизации организма, нарушению календаря профилактических прививок, задержке физического и психомоторного развития ребенка.

Особенностями иммунной системы детей раннего и дошкольного возраста, обуславливающими их более высокую заболеваемость респираторными инфекциями, являются:

- нестабильность биоценоза верхних дыхательных путей;
- высокая пролиферативная активность лимфоцитов;
- переориентация иммунного ответа на инфекционные агенты с превалированием Th2-пути ответа (как признак незрелости противоинфекционного иммунитета);
- особенности состояния лимфоэпителиальной ткани глоточного кольца, осуществляющего местную противоинфекционную защиту респираторного тракта.

Выделяют эндогенные (семейная предрасположенность к заболеваниям органов дыхания, неблагоприятное перинатальное развитие, возрастные особенности иммунитета, сопутствующие заболевания) и экзогенные (раннее начало посещения организованных детских коллективов, низкий санитарный уровень в семье, неблагоприятные материально-бытовые условия, нерациональный режим дня и питания, стресс, неблагоприятная экологическая обстановка) факторы риска повторных ОРИ.

Следует помнить, что у часто болеющих детей встречаются проблемы со стороны других органов и систем. Так, каждый второй ребенок имеет сопутствующую патологию в виде различных клинических вариантов расстройств органов пищеварения (эубиоз кишечника, функциональные расстройства желчного пузыря). У 75% детей выявляют прогрессирование кариеса, у 45% — расстройства трофики тканей, обложенность языка, у 33% — рецидивирование хронического афтозного стоматита, герпеса. Повторные ОРИ сопровождаются снижением показателей физического и нервно-психического статуса, а также могут приводить к развитию социальной дезадаптации.

О. Цодикова отметила, что принципы профилактических мероприятий повторной респираторной заболеваемости заключаются в индивидуальном подходе, планомерности и последовательности в выполнении оздоровительных мероприятий. Важны-

ми являются своевременное выявление причин и провоцирующих факторов, их устранение, нормализация диеты, режима дня, адекватная терапия сопутствующих заболеваний, коррекция функциональных нарушений, общеукрепляющие мероприятия, своевременная плановая вакцинация, рациональное использование средств неспецифической иммунопрофилактики.

При использовании фитопрепаратов в терапии и профилактике респираторных инфекций важно воздействовать на все звенья патогенеза/саногенеза с целью предотвращения присоединения бактериальной инфекции, повышения местной и общей резистентности организма, снижения риска повторных заболеваний. Одним из основных механизмов действия многих фитопрепаратов с комплексным влиянием на патогенез/саногенез является их способность изменять характер иммунологических реакций — реализовывать иммуностимулирующий или иммуномодулирующий эффект, что может быть ключевым в ходе мероприятий по иммурореабилитации. В частности, применение фитониринговых препаратов (фитоиммуномодуляторов) с использованием методики активационной терапии у часто болеющих детей способствовало стимуляции механизмов саморегуляции функциональных систем организма ребенка, что подтверждается мягким иммуномодулирующим, противовоспалительным и адаптогенным эффектом препарата. Показано, что дети, получающие данную терапию, в 2 раза реже болели, средняя продолжительность каждого эпизода заболевания была также меньше. Проводить фитоиммунокоррекцию целесообразно детям с повторными ОРИ (в возрасте 2–5 лет) и ослабленным иммунитетом (наличие рекуррентных респираторных инфекций и/или сопутствующая патология лор-органов), здоровым детям, впервые идущим в детские дошкольные учреждения и школу.

Применение местных назальных средств в практике семейного врача



Профессор Алексей Корж, заведующий кафедрой общей практики — семейной медицины ХМАПО, отметил, что при ОРИ важно применять эффективные симптоматические средства, позволяющие повысить качество жизни пациента, легче перенести простудное заболевание и быстрее вернуться к обычному ритму жизни. Простуда часто сопровождается заложенностью носа, насморком. Для симптоматического улучшения самочувствия существуют различные лекарственные препараты, рекомендованные к применению при воспалительных заболеваниях органов носовой полости. Так, при всех формах риносинуситов, ринофарингитов используют солевые растворы, при поствирусном синусите — топические стероиды, возможно также применение деконгестантов и средств, содержащих ипратропия бромид. В то же время препараты серебра, интерферона, оксолиновая мазь и лекарственные травы не рекомендованы.

Применение ирригационной терапии солевыми растворами показано как взрослым, так и детям, однако следует помнить, что у детей раннего возраста существуют особенности строения органов носовой полости. К примеру, у новорожденных и грудных детей отсутствует кавернозная ткань, поэтому до 6 мес деконгестанты, назначение которых рассчитано на рефлекторное сокращение кавернозной ткани, малоэффективны.

А. Корж обратил внимание на то, что неправильное применение назальных средств может привести к нежелательным последствиям. В частности, гипотонические солевые растворы, деконгестанты, средства для отсасывания/промывания под избыточным давлением могут приводить к развитию отека, антисептики, растворы серебра, топические стероиды, гипертонические солевые растворы при неправильном применении, любые растворы, содержащие консерванты, — к повреждению реснитчатого эпителия, пересушиванию и раздражению слизистой оболочки носа. Инфи-

цирование могут вызвать растворы под сильным давлением, большие объемы, использование форм выпуска, не соответствующих анатомическим возрастным особенностям, многоразовое использование форм выпуска, предназначенных для однократного применения, механические повреждения — неправильная техника применения, использование форм выпуска, не соответствующих анатомическим возрастным особенностям, введение инородных тел в носовые ходы с целью их очистки. Применение деконгестантов, растворов серебра, толических стероидов может быть чревато развитием системных побочных эффектов.

Для того чтобы избежать нежелательных последствий, не следует применять препараты, действующие вещества которых не включены в международные рекомендации, сформированные на основе доказательной медицины. При выборе формы выпуска (форма доставки, концентрации, вспомогательные вещества) нужно обязательно учитывать возрастные особенности, диагноз и преморбидный фон пациента. Важно проводить обучение родителей и пациентов правильной технике применения различных форм выпуска, объяснять родителям пациента возможные последствия нарушения режима, техники и сроков применения назальных средств.

Солевые растворы используют с целью увлажнения, улучшения функций реснитчатого эпителия, усиления местного иммунитета, уменьшения отека слизистой оболочки носа, промывания. Изотонические растворы морской воды применяют, как правило, для профилактики заболеваний, гипертонические — непосредственно для лечения ринитов, риносинуситов.

Говоря о деконгестантах, докладчик отметил, что несомненным плюсом данных препаратов является очень быстрый деконгестивный эффект, но их эффективность не доказана в клинических исследованиях. Деконгестанты в сочетании с консервантами оказывают негативное влияние на реснитчатый эпителий, ухудшают мукоцилиарный клиренс, могут вызывать медикаментозный ринит и развитие зависимости, возможно симпатомиметическое действие. Применение щадящих деконгестантов, содержащих ксилометазолин и морскую воду, быстро устраняет заложенность носа, разжижает и ускоряет эвакуацию слизи, уменьшает воспаление, восстанавливает слизистую оболочку носа.

Диагностика и терапия заболеваний желчевыделительной системы



Профессор Алексей Опарин, заведующий кафедрой терапии, ревматологии и клинической фармакологии ХМАПО, сообщил, что диагностика и терапия заболеваний желчевыводительной системы по-прежнему остаются одной из актуальных проблем не только клиники внутренних болезней, но и медицины в целом, о чем свидетельствует неуклонное повышение частоты возникновения данных нозологических единиц. В соответствии с Римскими критериями

IV/пересмотр среди заболеваний данной локализации выделяют расстройства желчного пузыря и сфинктера Одди — билиарную боль, функциональное билиарное пузырное расстройство, функциональное расстройство билиарного сфинктера Одди, функциональное расстройство панкреатического сфинктера Одди.

Предложенные критерии вырабатывают 12 шагов для усиления терапевтического воздействия при заболеваниях желчевыводящей системы. К ним относят повышение удовлетворенности пациента, которая во многом зависит от его восприятия врача как человека, сбор анамнеза путем непрямого, интеллигентного, на-

правленного на пациента интервью, выяснение непосредственной причины визита (новые или старые факторы риска, наличие серьезных заболеваний, личностных или семейных стресс-факторов, ухудшение течения сопутствующей психической патологии). Важно выяснить, какое улучшение ожидает пациент от врача, по возможности установить связи между симптомами и стресс-факторами, в которые пациент верит. По мнению докладчика, эти новые шаги, предложенные Римскими критериями IV пересмотра, по сути, отображены в теории нервизма Павлова.

Говоря о заболеваниях желчевыводительной системы, А. Опарин обратил внимание на то, что в настоящее время часто начали встречаться аномалии форм желчного пузыря, что значительно затрудняет диагностику заболеваний. Наиболее частыми диагностическими ошибками при проведении ультразвукового исследования являются низкая дифференциация полипов желчного пузыря и холестериновых камней, замер желчного пузыря по задней стенке, низкий процент дифференциации камней желчного пузыря и др.

При лечении пациентов с патологией печени и желчевыводящих путей предпочтение следует отдавать препаратам урсодезоксихолевой кислоты, которые снижают синтез холестерина в печени, вытесняют путь токсических гидрофобных желчных кислот, стимулируют бикарбонатный холестаз, увеличивают пассаж желчи, участвуют в формировании фазы жидкких кристаллов в перенасыщенной желчи. Для коррекции агрессии желудочного сока и моторно-эвакуаторных нарушений перспективно применение комбинации домперидона и омепразола, улучшающей кислотопродукцию и нормализующей моторику. Для коррекции дисбактериоза рекомендован дрожжевой пробиотик, содержащий сахаромицеты буларди.

Мукоактивные препараты в терапии внебольничных пневмоний



Владислав Березняков, ас-
систент кафедры общей практи-
ки — семейной медицины
ХМАПО, ознакомил слушателей
с результатами открытого ран-
домизированного исследова-
ния «Влияние добавления му-
коактивных препаратов на дини-
мику кашля у больных
внебольничными пневмониями
на фоне стандартной антибак-
териальной терапии»
(МУКАСТАТ). В исследование
были включены 2 группы паци-
ентов (сопоставимы по возра-
сту, полу, индексу массы тела),
бактериальную терапию против
1-й группы эрдоцетина, во 2-й —
доводания продемонстрировали
уменьшении кашля, мокроты и улуч-
шении общего самочувствия.

получающие стандартную антибактериальную терапию против пневмонии, с добавлением в 1-й группе эрдостеина, во 2-й — амброксола. Результаты исследования продемонстрировали лучший эффект эрдостеина в устранении кашля, мокроты и улучшении самочувствия пациентов.

Возможные объяснения быстрого (в пределах 48–72 ч) позитивного влияния эрдостеина как на интенсивность кашля, так и на совокупность других симптомов внебольничной пневмонии по сравнению с амброксолом, по мнению докладчика, связаны с наличием у эрдостеина дополнительных позитивных (плейотропных) свойств. Также это может быть ассоциировано с самим дизайном исследования (открытое исследование) и с тем, что с помощью опросника CAP-Sym-12 оценивается степень, с которой симптомы пневмонии, включая кашель, тревожили пациента в предшествующие сутки, а не наличие симптомов как таковых.

В. Березняков подчеркнул, что эрдостеин эффективен и отличается хорошей переносимостью при лечении кашля у госпитализированных больных с внебольничной пневмонией на фоне стандартной антибактериальной терапии, его эффективность по данному показанию превосходит таковую амброксола. Пре- восходство эрдостеина, согласно субъективной оценке пациентов, проявляется уже спустя 2–3 сут от начала лечения, а к исходу первой недели терапии подтверждается также и объективными методами контроля.

Міжнародна класифікація ICPC в практиці сімейного врача



В рамках конференції **Оксана Лобортас**, регіональний тренер, провела мастер-клас «Внедрение Міжнародной класифікації ICPC в практику врача первичной помощи», вызвавший большой интерес участников мероприятия. Она отметила, что ICPC (International Classification of Primary Care) — это новая система, позволяющая врачам первичного звена концентрироваться на потребностях пациента, а не подстраиваться под удобство обработки кодов для формирования статистики.

Данная классификация была разработана Международной организацией семейных врачей (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians — WONCA), объединяющей 118 организаций в 131 стране. В 2017 г. Министерство здравоохранения (МЗ) Украины подписало договор с WONCA о лицензионном использовании ICPC-2 в общей практике.

О. Лобортас обратила внимание на некоторые положения практического применения данной классификации. Так, в графе 9 указывается код причины обращения пациента согласно Міжнародной класифікації первичной помощи ICPC-2-E (далее — ICPC-2-E), украиноязычный вариант которой утвержден приказом МЗ Украины № 13 от 04.01.2018 г. «О некоторых вопросах применения украиноязычного варианта Міжнародной класифікації первичной медицинской помощи (ICPC-2-E)». В графе 10 указывается код диагноза в соответствии с ICPC-2-E (для первичной медицинской помощи) и Міжнародной класифікації болезней 10-го пересмотра (МКБ-10; для вторичной (специализированной) медицинской помощи), в графе 11 — коды процессов (обследование, назначение лечения, направление, выдача справки и т.п.). Медицинский персонал, который предоставляет вторичную (специализированную) медицинскую помощь, графы 9 и 11 не заполняет.

О. Лобортас отметила, что ICPC-2 имеет около 1300 кодов, МКБ-10 — около 14 тыс. Данные международные классификации имеют свои отличия. В частности, в основе ICPC-2 лежит классификация причин обращений, а в МКБ-10 — классификация причин смерти. Соответственно, ICPC-2 сфокусирована на пациенте и его проблеме, а МКБ-10 — на медицинской статистике и болезни.

Преимуществами кодирования по ICPC являются возможность фиксирования обращений пациента по телефону, через интернет (причина, диагноз, действия), разделения причин, по которым обратился пациент за один визит, кодирования не только диагноза, но и симптомов и процессов, которые не предусматривают диагноз, отслеживания эпизодов медицинской помощи благодаря их группированию, имплементации кодирования в медицинскую информационную систему.

Докладчик подчеркнула, что базовым понятием в ICPC-2-E является эпизод медицинской помощи — взаимодействие пациента с медицинским учреждением от первого обращения (визита)



к медицинскому работнику до последнего визита (включительно) с этой же проблемой. Для каждого визита пациента ICPC-2-E позволяет кодировать три составляющие:

- причину обращения пациента к врачу (чаще это определенные жалобы, консультации или оценка результатов анализов);
- диагноз (как видит проблему семейный врач);
- действия (что необходимо сделать в конкретной ситуации — лечение, направление на дополнительные методы обследования или на вторичное звено).

Причина обращения — понятное и согласованное между пациентом и медицинским работником утверждение, которое признается пациентом в качестве описания причины его обращения за медицинской помощью. Это могут быть симптомы или жалобы, болезнь, просьба оказать профилактические или диагностические услуги, запрос на лечение, получение результатов анализов, администрирование. Причина обращения кодируется так, как ее озвучил пациент, без интерпретации врача, причина обращения может быть озвучена лицом, сопровождающим пациента (для ребенка или когда пациент без сознания), все проблемы пациента нужно закодировать. При этом следует помнить, что решение относительного правильного выбора рубрики основывается не на мнении врача, а скорее, каким образом пациент высказал свою причину обращения.

При установлении диагноза (оценка и интерпретация врачом проблем пациента) могут использоваться только коды 1 и 7 компонентов ICPC (01–29) и (70–99). Оценка должна охватывать весь спектр проблем пациента (органические, психологические, социальные), кодирование диагноза должно осуществляться на наивысшем уровне диагностической уверенности врача. В ICPC локализация по органу (системе) человека превалирует над этиологией.

ICPC позволяет также кодировать медицинские вмешательства и процессы с использованием следующих компонентов: могут использоваться только коды 2, 3, 5 и частично 6 (30–59, 62, 66–68).

В продолжение мастер-класса О. Лобортас на клинических примерах продемонстрировала, как можно легко и быстро применять классификацию ICPC-2 в практической деятельности семейных врачей.

Марина Колесник,
фото автора