

Ю.І. Феценко, академік АМН України, д.м.н., професор, ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України», С.О. Черенько, д.м.н., професор, О.П. Сакальська, Комітет з питань протидії ВІЛ/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам, м. Київ

Епідемія туберкульозу в Україні відступає: історичні етапи її подолання та перспективи на майбутнє

Початок 90-х років минулого століття став етапом, коли більшість країн світу серйозно сприйняли загрозу світової епідемії туберкульозу. Епідеміологічні дослідження показали, що 95% усіх випадків туберкульозу припадає на країни, що розвиваються. З початку 90-х років минулого століття у країнах Африки і колишнього Радянського Союзу захворюваність на туберкульоз зростала відповідно на 10% і 7% на рік.

Така ситуація склалася через погіршення соціально-економічних умов після розпаду Радянського Союзу у зв'язку з відсутністю національних стратегій контролю за туберкульозом та їх державної фінансової і законодавчої підтримки, поширенням епідемії ВІЛ-інфекції в Африці та Східній Європі, збільшенням міграційних процесів у світі. У 1992 р. тільки 15 країн світу мали національні програми боротьби з туберкульозом.

Після отримання незалежності в 1992 р. Україна опинилася в економічній скруті, що позначилося на охороні здоров'я і фтизіатричній службі. Через нестачу коштів на утримання хаотично зменшувалася ліжковий фонд диспансерів і санаторіїв, скорочувалися штати і руйнувалася матеріально-технічна база (табл.).

За умов відсутності державної програми протидії захворюванню на туберкульоз і відповідного фінансування відбулася перерва у постачанні протитуберкульозних препаратів, подальше старіння діагностичного обладнання, що призвело до неповноцінної діагностики захворювання й лікування хворих і сприяло поширенню епідемії туберкульозу в Україні (рис. 1).

Максимальний рівень епідеміологічних показників зареєстрували у 2005 р., коли захворюваність становила 84,1 випадку, а смертність – 25,3 випадку на 100 тис. населення, що збільшилося порівняно з 1990 р. відповідно у 2,6 й у 3,1 раза. У відповідь на погіршення епідеміологічної ситуації у 1995 р. влада України об'явила епідемію туберкульозу. Захворювання вийшло за межі груп ризику, які в основному склалися з соціально дезадаптованих

осіб, й охопило частину загального населення. Національної програми протидії захворюванню на туберкульоз не було, скрутне фінансове становище не дозволяло забезпечити фінансування протитуберкульозних заходів, продовжувалися негайні тенденції щодо скорочення мережі протитуберкульозних закладів через брак коштів на їх утримання. Контролю за здійсненням протитуберкульозних заходів не було, вони проводилися хаотично.

На той час країна жила лише за одним нормативним документом, що визначав порядок надання медичної допомоги хворим на туберкульоз, – «Інструкції щодо надання медико-санітарної допомоги хворим на туберкульоз», у якому визначено порядок направлення хворих на санаторне лікування, флюорографічних обстежень населення, застосування туберкулінових проб і БЦЖ-вакцинації, поділ на групи контингентів протитуберкульозних диспансерних закладів і технологія спостереження за особами, які підлягають диспансеризації у лікаря-фтизіатра (наказ МОЗ України від 29.07.1996 р. № 233), що був розроблений провідною установою в галузі фтизіатрії – Інститутом фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України. Протягом семи років інститут був єдиною структурою, яка формувала державну політику і розробляла регуляторно-правові й нормативні акти у сфері протидії поширенню епідемії туберкульозу, оскільки у Міністерстві охорони здоров'я не було профільного департаменту, який би забезпечував цю діяльність. Першим історичним регуляторним актом була постанова Кабінету Міністрів від 23 квітня 1999 р. «Про затвердження комплексних

заходів боротьби з туберкульозом», де визначено основні напрями державної політики у сфері протидії туберкульозу і вперше передбачено кошти з державного бюджету на закупівлю протитуберкульозних препаратів та флюорографічне обладнання. Уперше у 2000 р. із централізованого бюджету на заходи боротьби з туберкульозом було виділено 40 млн грн. До цього часу закупівля протитуберкульозних препаратів здійснювалася на кошти місцевих бюджетів, яких вистачало лише на 1-2 препарати. Така ситуація призвела до формування й поширення хіміорезистентних форм туберкульозу.

Далі інститут розробив ще три історичних регуляторно-правових акти, які регламентували державну політику боротьби з туберкульозом: постанова Кабінету Міністрів України від 28 вересня 2000 р. № 1480 «Про утворення Міжвідомчої комісії з боротьби з туберкульозом»; закон України «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз» 5.07. 2001 р. № 2586-III; Національна програма боротьби із захворюванням на туберкульоз на 2002-2005 роки, що була затверджена указом Президента України від 20.08.2001. № 643/2001.

Ці документи визначали правові, організаційні та фінансові засади діяльності органів виконавчої влади і місцевого самоврядування, спрямованої на запобігання виникненню і поширенню захворювання на туберкульоз, визначали пріоритетні заходи подолання туберкульозу в Україні й передбачали реорганізацію туберкульозної служби.

У 2000 р. при Міністерстві охорони здоров'я було створене управління соціально-небезпечних хвороб, яке почало координувати заходи щодо впровадження державної політики протидії туберкульозу і забезпечувати виконання Національної програми. Розуміючи масштаби поширення епідемії туберкульозу і ВІЛ/СНІДу й унаслідок цього загрозу національній безпеці, Президент України прийняв рішення про створення державного органу управління для боротьби з цими захворюваннями (Указ Президента «Про вдосконалення державного управління у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу і туберкульозу в Україні» від 30 листопада 2005 р. № 1674/2005). Постановою Кабінету Міністрів України від 31 травня 2006 р. № 759 затверджено утворення Комітету з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу й іншим соціально-небезпечним хворобам у складі Міністерства охорони здоров'я України, робота якого розпочалася із серпня 2007 р.

У рамках Національної програми боротьби із захворюванням на туберкульоз на 2002-2005 рр. МОЗ організувало централізовану закупівлю протитуберкульозних препаратів, живильних середовищ та обладнання. Протягом 2002-2005 рр. планові призначення становили 274 105,9 тис. грн. Фактично профінансовано станом на 01.01.2006 р. 206 680,6 тис. грн, що становило 75,4% планових призначень. Протягом виконання Національної програми кошти з державного бюджету виділяли



Ю.І. Феценко



С.О. Черенько

тільки на протитуберкульозні препарати, живильні середовища і флюорографічну техніку.

Зважаючи на щорічне зростання захворюваності на туберкульоз і збільшення контингенту хворих, державний і місцеві бюджети покривали лише 30-50% реальних потреб фтизіатричної служби. Перша національна програма не змогла призупинити темпи поширення епідемії туберкульозу в Україні. Необхідно було започатковувати нові більш дієві стратегії й заходи для подолання епідемії.

За ініціативою ВООЗ була розроблена стратегія контролю за туберкульозом, яка гарантувала найкращий спосіб застосування існуючих протитуберкульозних препаратів – короткострокове лікування під прямим наглядом – DOTS (Directly Observed Treatment Short-course, що означає «суворо контрольоване лікування коротким курсом антимікобактеріальної терапії»).

Стратегія DOTS (ДОТС) складалася з п'яти компонентів.

1. Державна підтримка контролю і нагляду за туберкульозом: уряд країни має підтримувати стратегію ДОТС і фінансувати її. Для цього необхідна програма уряду щодо впровадження ДОТС-стратегії і навчання медичних працівників з питань її реалізації.

2. Виявлення випадків захворювання на туберкульоз за зверненням у заклади загальнолікувальної мережі методом мікроскопії мазка.

3. Лікування хворих на туберкульоз (безпосередній контроль з боку медичних працівників за прийомом протитуберкульозних препаратів протягом стандартизованого короткого курсу лікування).

4. Регулярне безперервне постачання протитуберкульозних препаратів гарантованої якості через ефективну систему їх закупівель.

5. Моніторинг та оцінка результатів лікування (стандартна система реєстрації та звітності, яка заснована на кварталному когортному аналізі).

Ця стратегія почала широко впроваджуватися в країнах, що розвиваються, з високим тягарем туберкульозу, у яких переважно була відсутня фтизіатрична служба і Національні програми боротьби з туберкульозом.

У 2001 р. ВООЗ розпочала 5-річний пілотний проект у м. Донецьку щодо впровадження ДОТС-стратегії. Почався новий історичний етап в Україні на шляху подолання епідемії туберкульозу.

ДОТС-стратегія не охоплювала всі напрями боротьби з туберкульозом і в цілому не була досконалою. Оскільки вона була запропонована для найбідніших країн, у яких була відсутня протитуберкульозна служба і мережа лабораторій з бактеріологічної діагностики туберкульозу і вкрай недостатнє фінансування в галузі медицини, то були розроблені найбільш економічні заходи для кожного компонента ДОТС-стратегії, які дозволяють контролювати рівень розповсюдження захворювання в країні.

Таблиця. Динаміка кількості протитуберкульозних закладів і фтизіатрів в Україні протягом 1990-2004 рр.

Найменування	Кількість			
	Роки		Динаміка зменшення	
	1990	2004	Абс. число	%
Протитуберкульозні диспансери	185	124	61	32,97
Фтизіатричні ліжка	35 800	25 251	10 549	29,47
Протитуберкульозні санаторії	132	94	38	28,79
Санаторні ліжка	23 975	13 893	10 082	42,05
Фтизіатри	3624	3147	477	13,16



Рис. 1. Динаміка захворюваності та смертності від туберкульозу протягом 1990-2009 рр.

Впровадження ДОТС-стратегії в чистому вигляді без урахування особливостей епідемії в країнах, де була фтизіатрична служба, призводило до великої кількості невдач лікування, збільшення рецидивів захворювання та мультирезистентного туберкульозу. ДОТС-стратегія не передбачала лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз і проведення профілактики захворювання контактними особами.

Усі ці недоліки проявлялися під час реалізації ДОТС-стратегії у країнах світу й у м. Донецьку, що призвело до збільшення рівня смертності від туберкульозу і розповсюдження його мультирезистентної форми. Це спонукало ВООЗ до розробки ДОТС плюс-стратегії, яка вже передбачала посів мокротиння і визначення чутливості до протитуберкульозних препаратів, а також лікування хворих на хіміорезистентний туберкульоз.

Українські фахівці з початку запровадження пілотного проекту в м. Донецьку зайняли принципову позицію щодо неприпустимості запровадження ДОТС-стратегії в Україні у чистому вигляді, оскільки українська система охорони здоров'я забезпечувала увесь комплекс діагностичних та лікувальних заходів і стаціонарне лікування хворих. Відсутність коштів на ці заходи в той час не була приводом до неповноцінного надання медичної допомоги хворим на туберкульоз, але сприяла ліквідації та подальшому руйнуванню фтизіатричної служби за рахунок скорочення ліжкового фонду і мережі лабораторій з бактеріологічної діагностики туберкульозу. Це були тяжкі роки для української фтизіатрії, коли приходилося відстоювати необхідність фінансування повного обсягу діагностичних обстежень і лікувальних заходів (у тому числі хірургічного напрямку у фтизіатрії).

Фахівці Інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України всупереч наполегливому тиску координатора ВООЗ, який тоді працював в Україні, наполягали на прийнятті адаптованої ДОТС-стратегії, яка б забезпечувала увесь комплекс діагностичного обстеження (не тільки мікроскопія мазка мокротиння, а й бактеріологічне дослідження з визначенням чутливості мікобактерій туберкульозу до протитуберкульозних препаратів), більш інтенсивного лікування нових випадків захворювання (5-компонентний 8-місячний режим хіміотерапії для поширених деструктивних форм захворювання замість 4-компонентних 6-місячних). Це протистояння на багато років спотворило міжнародний імідж України і позбавило можливості отримувати грант Глобального фонду з компонента «туберкульоз». Координатор ВООЗ в Україні, він же представник від України в регіональному бюро ВООЗ у Копенгагені, який не зміг знайти спільної мови з національними експертами, захищаючи свої власні амбіції, представляв Україну на міжнародних форумах як країну, що не приймає сучасні міжнародні стандарти і стратегії й не має політичної підтримки заходів боротьби з туберкульозом. Україні декілька років доводилося доводити протилежне і пояснювати, що ми запровадили в 2005 р. адаптовану ДОТС-стратегію, яка нічим не відрізнялася від прогресивної стратегії «Зупинити туберкульоз», запропонованої ВООЗ у 2006 р. для країн з високим тягарем туберкульозу.

Адапована ДОТС-стратегія була затверджена наказом МОЗ України від 15.11.2005 «Про впровадження ДОТС-стратегії в Україні» і задекларована указом Президента України від 14.02.06 № 132 «Про рішення Ради національної безпеки та оборони України від 18 січня 2006 року «Про заходи щодо підвищення ефективності боротьби з небезпечними інфекційними хворобами».

З 2005 р., коли спостерігали найвищий рівень захворюваності та смертності від туберкульозу, країна значно посилила свою відповідь на епідемію туберкульозу. З того часу суттєво збільшується кількість важливих регуляторно-правових і нормативних актів у сфері протидії туберкульозу (рис. 2). З 2006 р. їх прийнято 28 проти 11 до 2005 р. включно.

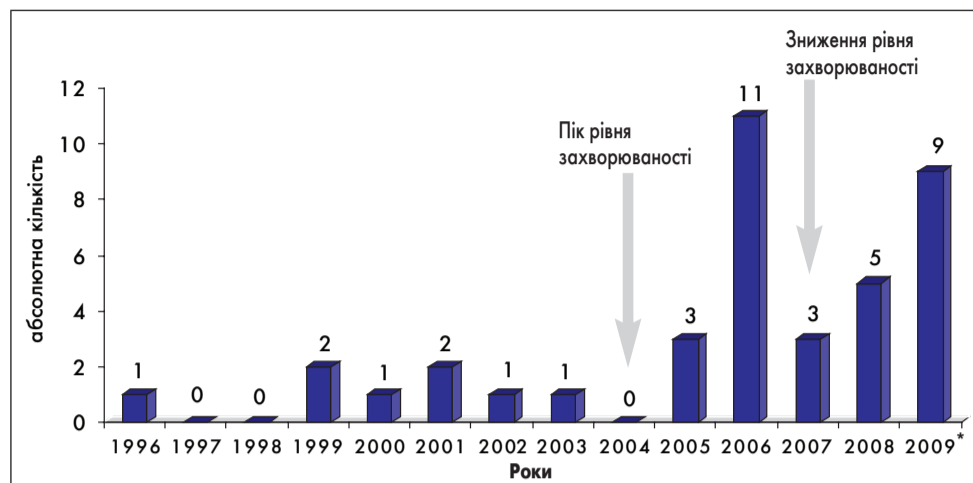


Рис. 2. Динаміка прийняття важливих регуляторно-правових і нормативних актів у сфері протидії туберкульозу

* До 1996 р. в Україні використовували застарілі нормативні акти періоду існування Радянського Союзу

Найважливішим із цих документів був Закон України від 08.02.2007 № 648/V, що затверджував «Загальнодержавну програму протидії захворюванню на туберкульоз на 2007–2011 роки». Нова програма базувалася на принципах адаптованої ДОТС-стратегії і насамперед передбачала такі заходи, що дало змогу спрямувати хід епідемії у зворотному напрямку:

- виявлення туберкульозу в закладах загальнолікувальної мережі за допомогою мікроскопії мазка мокротиння та рентгенографії легень;
- бактеріологічну діагностику туберкульозу і розвиток лабораторної мережі в кожній області України;
- систему контрольованого лікування в усіх регіонах України через мережу ДОТС-кабінетів на всіх етапах основного курсу протитуберкульозної хіміотерапії;
- лікування хворих на хіміорезистентний туберкульоз за міжнародними стандартами;
- заходи протидії поширенню туберкульозу і ВІЛ-інфікованих (профілактика,

добровільне консультування і тестування на ВІЛ, проведення антиретровірусної терапії);

– моніторинг заходів на основі міжнародних звітно-облікових форм;

– заходи інфекційного контролю за туберкульозом у протитуберкульозних закладах;

– проведення оперативних наукових

досліджень ефективності заходів загальнодержавної програми.

З 2006 р. суттєво збільшується рівень фінансування заходів загальнодержавної програми як з державного, так і з місцевого бюджетів (рис. 3). У 2009 р. фінансування на заходи програми становило 535,51 млн грн, що на 209,14 млн грн більше, ніж на початку виконання програми у 2007 р. Відбувається суттєве збільшення фінансування заходів програми з місцевих бюджетів. Переважна більшість коштів спрямована на покращення матеріально-технічної бази протитуберкульозних закладів, створення й оснащення відділень для хіміорезистентного туберкульозу, відділень і патлат для осіб, які ухиляються від лікування, а також розвиток мережі з лабораторної діагностики туберкульозу.

Аналізуючи всю діяльність, спрямовану на контроль за туберкульозом в Україні, можна відзначити, що основним фактором, який позитивно вплинув на епідеміологічну ситуацію, була політична



Рис. 3. Динаміка фінансування заходів протидії поширенню туберкульозу в Україні

* До 2000 р. не було фінансування заходів боротьби з туберкульозом з державного бюджету.

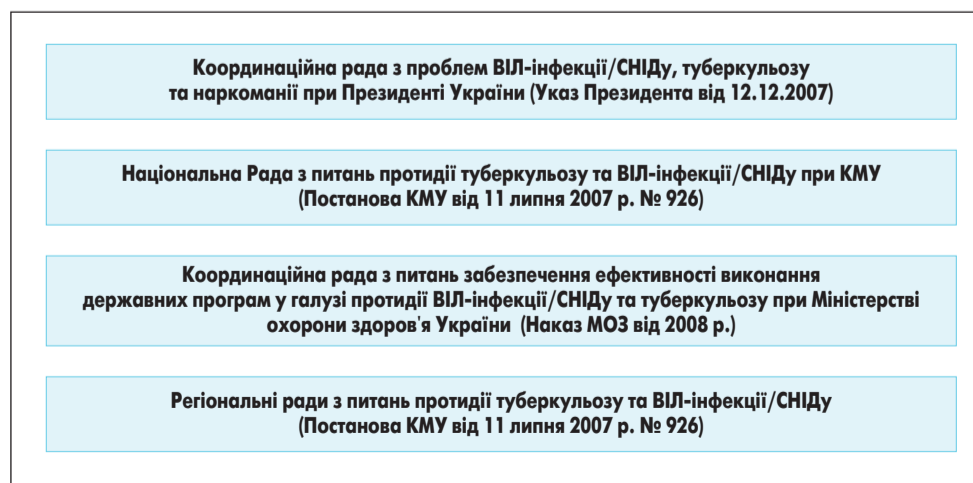


Рис. 4. Координаційний механізм країни втілення державної політики протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу

і фінансова підтримка заходів загальнодержавної програми боротьби з туберкульозом на центральному й регіональному рівні. За цей період сформований і ефективно працює координаційний механізм країни втілення державної політики протидії туберкульозу, який очолює рада з проблем ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу й наркоманії при Президенті України і Національна рада при Кабінеті Міністрів України (рис. 4). У кожній області України ефективно працюють регіональні ради як на обласному, так і на районному рівні, яку очолюють заступники голів обласних державних адміністрацій.

Втілення чіткої державної політики протидії туберкульозу за підтримки міжнародних партнерів (ВООЗ, РАН), спрямованої на стабільне фінансування, контроль за виконанням заходів програми на всіх рівнях, дало позитивні результати. Після 14-річного періоду поширення епідемії нарешті з 2006 р. відбулося зниження рівня захворюваності на туберкульоз і смертності від нього. Рівень захворюваності на туберкульоз за цей період знизився на 14,2% і в 2009 р. становив 72,7 випадку на 100 тис. населення. В абсолютних цифрах у 2009 р. зареєстровано 33 424 випадки туберкульозу. Рівень смертності з 2005 р., коли відзначали пік цього показника, знизився на 29% і становив 18,2 на 100 тис. населення. В абсолютних цифрах у 2009 р. зареєстровано 7675 померлих від туберкульозу. Знизився і стабілізувався рівень захворюваності підлітків, у 2009 р. він становив 31,2 випадку на 100 тис. відповідного населення. Захворюваність на туберкульоз дітей за весь період незалежності України не знала змін і коливалася на рівні 8,9–9,4 випадку на 100 тис. дитячого населення.

Кількість нових випадків туберкульозу з 2005 по 2009 рік зменшилася на 6184, померлих – на 4221, хворих усіх категорій з активним туберкульозом – на 19 129 осіб.

Припинення поширення епідемії туберкульозу відзначається в усіх без винятку областях України. У гарячій зоні з рівнем захворюваності вище 100 випадків на 100 тис. населення у 2008 р. було три області – Херсонська, Луганська, Миколаївська і Кіровоградська, у 2009 р. залишається одна – Херсонська. Проте з 2005 по 2009 рік у цій області відзначається зниження рівня захворюваності на 40%.

З 2007 р. налагоджено контроль за впровадженням і виконанням заходів програми на всіх рівнях. Щорічно проводяться колеції МОЗ України та науково-практичні конференції з питань туберкульозу, виконання рішень і резолюцій яких контролюється.

Важливим заходом було запровадження замісної терапії для споживачів ін'єкційних наркотиків, у тому числі хворих на туберкульоз. Споживачі ін'єкційних наркотиків становлять соціальну групу ризику щодо захворювання на туберкульоз, оскільки у них визначають високий ризик ендемічної реактивації туберкульозної інфекції через імунодефіцит, зумовлений як ВІЛ, так і вживанням наркотиків опіоїдної групи й поганого харчування. Хворі на туберкульоз споживачі ін'єкційних наркотиків швидко поширюють туберкульозну інфекцію в популяції, оскільки вони не утримуються в протитуберкульозних закладах і не лікуються через наркотичну залежність і необхідність пошуку чергової дози. У восьми областях України з високим рівнем захворюваності (АР Крим, Дніпропетровська, Одеська, Миколаївська, Херсонська області) розгорнуті сайти замісної терапії для хворих на туберкульоз. На кінець 2009 р. на замісній терапії знаходилося 732 хворих на туберкульоз.

Отже, підсумовуючи вищевикладене, можна зробити висновок, що ситуацію

Продовження на стор. 18.

Продовження. Початок на стор. 16.

стосовно поширення туберкульозу в Україні взято під контроль завдяки комплексу організаційних заходів і суттєвому збільшенню фінансування програми. В Україні в жодній з областей не реєструють збільшення рівня показників, які характеризують епідеміологічну ситуацію з туберкульозу, що свідчить про достовірність позитивної тенденції.

Сьогодні в Україні прийнято всі необхідні регуляторні та нормативні акти для ефективного впровадження заходів протидії туберкульозу, затверджено чотири сучасних протоколи лікування хворих (на звичайний і хіміорезистентний туберкульоз, туберкульоз у поєднанні з ВІЛ-інфекцією і туберкульоз у поєднанні з ВІЛ-інфекцією у споживачів ін'єкційних наркотиків), що базуються на міжнародних стандартах. Проте більшість документів, прийнятих у 2007-2009 рр., ще потребує контролю за їх ефективним впровадженням на всіх рівнях і навчання медичних працівників.

Іншою проблемою в Україні є низька якість контрольованого лікування хворих на туберкульоз на амбулаторному етапі, що призводить до формування хіміорезистентних форм захворювання. Цю проблему треба вирішувати шляхом надання соціальної підтримки хворим на туберкульоз у вигляді безкоштовного проїзду до кабінетів контрольованого лікування, видачі продуктивних і гігієнічних наборів, а також шляхом залучення волонтерів і медичних сестер до супроводу хворих протягом основного курсу хімотерапії. Таку діяльність могли б забезпечити регіональні спілки Червоного Хреста за достатнього рівня фінансування.

Важливим кроком для України є запровадження сучасних швидких методів діагностики туберкульозу й визначення медикаментозної чутливості до протитуберкульозних препаратів, що базуються на генетично-молекулярних дослідженнях. Це дозволить ефективно переривати передачу туберкульозної інфекції у популяції за рахунок швидкої діагностики захворювання і призначення адекватного лікування. Інтеграція нових діагностичних тестів у рутинну медичну практику потребує значних фінансів.

Немаловажним аспектом є покращення матеріально-технічної бази протитуберкульозних закладів, що вимагає збільшення фінансування з місцевих бюджетів. У більшості областей України це вже відбувається, проте ще є області, де з місцевого бюджету на реконструкцію протитуберкульозних закладів коштів не виділяли. Хворі на заразні форми туберкульозу покидають стаціонари, де має здійснюватися їх ізоляція, або відмовляються від госпіталізації через незадовільні умови в протитуберкульозних диспансерах і лікарнях.

Усі заходи контролю за туберкульозом мають базуватися на наукових дослідженнях. Необхідно підтримувати й фінансувати наукові дослідження щодо оцінки ефективності заходів загальнодержавної програми, розробки нових методів діагностики, ведення звичайного та мультирезистентного туберкульозу, нових протитуберкульозних препаратів.

Метою тисячоліття, яку поставило світове партнерство «Зупинити туберкульоз», є подолання туберкульозу у світі до 2050 р. В Україні є підґрунтя вирішити цю проблему швидше. За належного рівня фінансування заходів загальнодержавної програми боротьби з туберкульозом, уваги з боку Президента, Верховної Ради, Кабінету Міністрів України, бізнесових структур, громадськості у найближчі 10 років можна сподіватися на подолання епідемії туберкульозу.

В.К. Гаврисюк, д.м.н., професор, ГУ «Національний інститут фтизиатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України», Національна медична академія послесередньої освіти ім. П.Л. Шупика, г. Київ

Интерстициальные заболевания легких: вопросы терминологии, классификации и эпидемиологии

В начале 90-х годов прошлого столетия в большинстве развитых стран мира в качестве основных критериев оценки эффективности применения того или иного лекарственного средства или метода лечения были приняты показатели снижения смертности, увеличения продолжительности жизни, уменьшения частоты фатальных осложнений болезни, улучшения качества жизни больных. Для того чтобы рекомендовать новый препарат или метод лечения для широкого применения, в настоящее время уже недостаточно доказательств их положительного влияния на какой-либо функциональный или биохимический параметр, например уровень холестерина в крови. Сегодня необходимо доказать, что препарат не только снижает уровень холестерина, но и уменьшает смертность больных ишемической болезнью сердца, увеличивает продолжительность и улучшает качество их жизни.

Чтобы получить такие доказательства, необходимы масштабные, иногда многолетние исследования, которые проводятся по единому плану, в одни и те же сроки, одновременно в нескольких странах. Проведение таких исследований возможно лишь при условии унификации определений, классификаций, схем диагностики и лечения.

Поэтому на международных научных форумах в последние годы приняты соглашения (консенсусы), которые регламентируют единые подходы к пониманию сущности болезни, единые классификации, стандарты диагностики и лечения.

В русле этих интеграционных процессов на национальных съездах и конгрессах Украины в последние годы международные соглашения были приняты во многих областях клинической медицины, в том числе и в пульмонологии. На основе этих решений были разработаны и утверждены приказом МЗ Украины (№ 128 от 19.03.2007 г.) протоколы и инструкции по классификации, диагностике и лечению бронхиальной астмы, хронического обструктивного заболевания легких и пневмонии.

К сожалению, среди специалистов, занимающихся проблемой интерстициальных заболеваний легких (ИЗЛ), уже десятилетия продолжают классификационные споры и дискуссии терминологического характера, как правило, посвященные вопросу «Как назвать болезнь?». Вопрос «Как лечить больного?» обычно остается без ответа. А таких больных только в Украине — десятки тысяч.

В 2001 г. было принято международное соглашение Американского торакального общества (ATS) и Европейского респираторного общества (ERS) [5], в котором приведена клиничко-морфологическая характеристика 7 типов идиопатических интерстициальных пневмоний (ИИП) — наиболее представительной группы среди ИЗЛ:

- идиопатический фиброзирующий альвеолит (идиопатический легочный фиброз);
- неспецифическая интерстициальная пневмония;
- криптогенная организующая пневмония;
- острая интерстициальная пневмония;
- респираторный бронхолит, ассоциированный с интерстициальным заболеванием легких;
- десквамативная интерстициальная пневмония;
- лимфоидная интерстициальная пневмония.

В октябре 2008 г. на IV съезде фтизиатров и пульмонологов Украины было принято Национальное соглашение по ИИП, в котором основные положения указанного выше документа были дополнены рекомендациями по лечению больных [3].

Но дискуссия по классификационным и терминологическим вопросам с 2001 г. не прекращалась.

В 2005 г. в Санкт-Петербурге опубликована книга «Интерстициальные заболевания легких» под редакцией М.М. Ильковича и А.Н. Кокосова [1], которая вступает в противоречие с соглашением ATS и ERS. М.М. Илькович считает, что все указанные выше 7 форм являются вариантами одного заболевания — идиопатического фиброзирующего альвеолита — ИФА. (Как можно криптогенную организующую пневмонию, которая излечивается в течение 2-3 недель, и ИФА с медианой выживаемости 2,5-3 года считать одним заболеванием?) Впрочем, эта точка зрения профессора М.М. Ильковича не нова, она подробно изложена в его монографии «Фиброзирующие альвеолиты», изданной 20 лет назад.

В 2007 г. специалистами кафедры терапии и профзаболеваний Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова под редакцией Н.А. Мухина издана книга «Интерстициальные болезни легких» [2], в которой авторы дают понять, что они частично согласны с мнением мирового сообщества пульмонологов, но вместе с тем уважают и мнение профессора М.М. Ильковича. Авторы создали некий гибрид под странным названием «ИФА/ИИП» и посвятили ему 100 страниц — четвертую часть книги. При этом авторы указывают, что с 1990 г. ИФА/ИИП был выявлен у 152 больных, то есть в среднем авторы наблюдали 7 больных в течение года. В Национальном институте фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского 7-10 больных с ИИП лечится ежемесячно.

И наконец, в сентябре 2008 г. эксперты Британского торакального общества (BTS), Торакального общества Австралии, Новой Зеландии и Ирландии распространили многостраничный документ, посвященный ИЗЛ [8]. Автор подробно ознакомился с документом и, к удивлению, не нашел в нем только классификации ИЗЛ, но и их определения. Зато значительная часть текста посвящена опять-таки вопросам терминологии — авторы предлагают сохранить термин «криптогенный фиброзирующий альвеолит», который исторически в Великобритании используется вместо всемирно



В.К. Гаврисюк

принятого термина «идиопатический легочный фиброз».

В Украине и странах постсоветского пространства используется термин «идиопатический фиброзирующий альвеолит». Этот термин не понимают ни в Германии, ни в Италии, ни в США. Но переход к международной терминологии — долгий и мучительный процесс, поскольку термин «идиопатический легочный фиброз» не понимают (и еще долго не будут понимать) наши комиссии по экспертизе стойкой утраты трудоспособности. Вспомним, как долго мы переходили к международной терминологии по бронхиальной астме, ХОЗЛ, пневмонии.

Но эксперты BTS, с нашей точки зрения, отстаивают свою терминологию просто по причине присущего англичанам ортодоксального консерватизма. Наверное, не случайно, что все авторы документа относятся к странам, где левостороннее движение, а руль в автомобиле — справа, где Шенгенская виза — ничто, а фунт стерлингов в Великобритании — вечен и никаких евро там никогда не будет.

Мы не планировали занимать время читателя и площадь уважаемой газеты терминологическими дискуссиями, если бы не одно обстоятельство — на титульной странице упомянутых выше изданий обозначено: «Руководство для практикующих врачей». Каким же изданием с таким обилием разночтений руководствоваться практикующему врачу — не понятно.

Принятое Национальное соглашение, основанное на консенсусе ERS и ATS, не может полностью разрешить все противоречия во взглядах на проблему ИИП. В частности, основной причиной развития респираторного бронхолита, ассоциированного с ИЗЛ, и десквамативной интерстициальной пневмонии считают влияние табачного дыма, в связи с этим попытки отнести эти пневмонии к группе идиопатических, с нашей точки зрения, не вполне обоснованы.

Вместе с тем соглашение — это попытка хоть как-то упорядочить существовавшие разночтения. Несмотря на дискуссионный характер ряда положений, Национальное соглашение по ИИП, основанное на консенсусе ERS и ATS 2001 г., на наш взгляд, может составить основу для объединения усилий ученых и практических врачей в решении этой сложной проблемы в пульмонологии.