

Новое в пульмонологии: факты, цифры, домыслы, реальность

Для цитирования: Новое в пульмонологии: факты, цифры, домыслы, реальность. Consilium Medicum. 2020; 22 (3): 9–11. DOI: 10.26442/20751753.2020.3.200083

Interview

News in pulmonary medicine: facts, numbers, hypotheses, and reality

For citation: News in pulmonary medicine: facts, numbers, hypotheses, and reality. Consilium Medicum. 2020; 22 (3): 9–11. DOI: 10.26442/20751753.2020.3.200083

Грипп, пневмония, бронхиальная астма (БА), хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – болезни, давно и хорошо известные медикам. XXI в. вносит свою лепту: появляются COVID-19, EVALI – «болезнь вейперов». Что это? Новые нозологии, пришедшие в технологическую эпоху, или мутировавшие старые? Вопросы адресуем главному внештатному специалисту-пульмонологу Минздрава России, члену-корреспонденту РАН, доктору медицинских наук, профессору С.Н. Авдееву



В конце 2019 г. в Китайской Народной Республике произошла вспышка новой коронавирусной инфекции с эпицентром в городе Ухань (провинция Хубэй), возбудителю которой было дано временное название 2019-nCoV. Всемирная организация здравоохранения 11 февраля 2020 г. присвоила официальное название инфекции, вызванной новым коронавирусом, – COVID-19 (Coronavirus disease 2019). Международный комитет по таксономии вирусов 11 февраля 2020 г. присвоил официальное название возбудителю инфекции – SARS-CoV-2*.

– Сегодня все говорят о COVID-19. Без достоверной информации рождаются слухи, множатся страхи. Откуда эта напасть?

– Официальная версия, существующая в настоящее время: COVID-19 – зоонозная инфекция, преодолевшая межвидовой барьер от животного к человеку. Пока в этом мнении сходятся большинство специалистов.

Коронавирусы (*Coronaviridae*) – это большое семейство РНК-содержащих вирусов, способных инфицировать человека и некоторых животных. В настоящее время известно о циркуляции среди населения четырех коронавирусов (HCoV-229E, -OC43, -NL63 и -HKU1), которые круглогодично присутствуют в структуре острых респираторных вирусных инфекций и, как правило, вызывают поражение верхних дыхательных путей легкой и средней степени тяжести*. Новый коронавирус SARS-CoV-2 предположительно является рекомбинантным вирусом между коронавирусом летучих мышей и неизвестным по происхождению коронавирусом*.

– По всему миру установлен карантин. Какие меры профилактики для населения предлагаются в данный момент?

– Главное – ограничение контактов с больными коронавирусной инфекцией, набор простых мероприятий, о которых говорится повсеместно: собственное пространство – не приближаться к кашляющим, чихающим людям, маска, частое мытье рук, обработка, дезинфекция.

На самом деле все выглядит довольно обыденно, ничего экстраординарного, но, к сожалению, мало кто из наших граждан это выполняет. На государственном уровне принимаются очень серьезные меры для предотвращения распространения коронавирусной инфекции. Например, всем больным пневмонией, находящимся в стационарах, в обязательном порядке проводится тест на коронавирусы.

В настоящее время основным источником инфекции является больной человек, в том числе находящийся в инкубационном периоде заболевания. Передача инфекции осуществляется воздушно-капельным (при кашле, чиханье, разговоре), воздушно-пылевым и контактными путями. Факторами передачи являются воздух, пищевые продукты и предметы обихода, контаминированные SARS-CoV-2*.

– Двусторонняя пневмония считается наиболее распространенным клиническим проявлением COVID-19. Как быстро она развивается, есть ли специфические признаки?

– По данным китайских врачей, в среднем от момента заражения до развития пневмонии проходит около 6–7 сут. На начальных этапах заболевание может протекать бессимптомно: без кашля, одышки, боли в грудной клетке. Может присутствовать небольшое повышение температуры. Китайские коллеги советуют при подозрении на коронавирусную инфекцию проводить не рентгенографию, а компьютерную томографию, являющуюся более чувствительным методом и обладающую высокой разрешающей способностью.

– Как проводится лечение коронавирусной инфекции?

– До настоящего времени в нашем арсенале не было противовирусных препаратов с доказанной эффективностью, подтвержденной результатами клинических испытаний. В данный момент в Китае, как мне известно, проходят исследования с многими противовирусными препаратами и, если судить по достигнутым результатам, вероятно, некоторые из препаратов работают. На сайте Минздрава России размещены временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV)»*, где подробно представлен алгоритм ведения пациента с COVID-19.

*Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)». https://static-0.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000/049/629/original/%D0%92%D1%80%D0%B5%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8B%D0%B5_%D0%9C%D0%A0_COVID-19_03.03.2020_%28%D0%B2%D0%B5%D1%80%D1%81%D0%B8%D1%8F_3%29_6-6.pdf?1583255386

Анализ литературных данных по клиническому опыту ведения пациентов с атипичной пневмонией, связанной с коронавирусами SARS-CoV и MERS-CoV, позволяет выделить несколько препаратов этиологической направленности, которые, как правило, использовались в комбинации. К ним относятся рибавирин, лопинавир + ритонавир, препараты интерферонов, препараты хлорохина*.

– По некоторым данным, в России уже есть выздоровевшие?

– Да, это те пациенты, у которых заболевание протекало в легкой форме. Несмотря на то, что у коронавируса очень высокая тропность к легочной ткани, развитие пневмонии необязательно.

– Несмотря на пандемию COVID-19, вряд ли существенно изменится расстановка позиций по смертности от различных заболеваний в мире. Какие из болезней органов дыхания вносят наиболее весомую лепту в эти показатели в мире и России?

– По данным статистики, в мире болезни органов дыхания входят в пятерку лидеров по смертности, в Российской Федерации ситуация другая. Следует разделять инфекции дыхательных путей и ХОБЛ, обе входят в 10 причин смертности. В РФ болезни органов дыхания занимают 4% в структуре общей смертности населения. Главными причинами, как и везде, по-прежнему остаются сердечно-сосудистые заболевания и онкология.

Если говорить о распространенности, то рано или поздно каждый из нас сталкивается с этой проблемой: острая респираторная инфекция, острое респираторное заболевание, грипп – это в том числе и поражение дыхательных путей, встречающиеся, например, в виде острого бронхита.

Если говорить по отдельным заболеваниям, то, к примеру, по пневмонии за последние 2 года отмечается небольшой рост заболеваемости. Однако не стоит делать скоропалительных выводов, вполне вероятно, это увеличение связано с улучшением диагностики и учета заболевания. Показатели летальности при пневмонии за последние несколько лет не увеличиваются, они остаются стабильными, хотя и бывают сезонные подъемы, связанные с теми же респираторными заболеваниями при гриппе.

К сожалению, такого оптимизма при разговоре о ХОБЛ не возникает: мы фиксируем повышение обнаружения новых случаев заболевания, ее распространенность достигает высоких цифр. У нас есть уже свои отечественные эпидемиологические исследования, согласно которым среди взрослого населения РФ около 7% страдают ХОБЛ. То есть, по сути, ХОБЛ – глобальная проблема, и ее главная причина – курение.

– Отражается ли на данных по ХОБЛ переход на электронные сигареты?

– 2019–2020 – годы так называемых «новых вызовов», одним из которых является беспрецедентное внимание к электронным сигаретам, вейпам. В пульмонологии появилось новое заболевание, по-английски оно называется EVALI (e-cigarette or vaping product use-associated lung injury). EVALI – повреждение легких, ассоциированное с курением электронных сигарет и вейпингом. Что это за проблема? Другой вид курения – электронные сигареты и вейпинг – не означает безопасное курение. Имеющая место несколько иная технология доставки никотина связана с огромными рисками для здоровья. В этой связи мы столкнулись с новыми болезнями, обусловленными применением электронных сигарет. Возникающее повреждение легких имеет не одну, а несколько спектральных характеристик: липоидная, интерстициальная пневмония, бронхиолит, острый респираторный дистресс-синдром. На данный момент по крайней мере на территории США описано не-

сколько десятков смертей от электронных сигарет – около 70, просто на фоне пандемии COVID-19 тема ушла в тень.

За последние годы в свете развернувшейся борьбы за здоровый образ жизни рынок традиционного табакокурения стремительно сдавал свои позиции, уступая место рынку электронных сигарет, продажи которых очень выросли. По статистике, среди российской молодежи каждый четвертый студент пробовал или пользуется вейпом, электронными сигаретами. Это огромные цифры. Переход на другую форму курения не означает, что на смену одним заболеваниям придут другие, – ХОБЛ остается, просто пока неизвестно, сколько времени необходимо, чтобы она развилась на фоне курения электронных сигарет, срок применения которых еще слишком мал, чтобы определить эту взаимосвязь. А вот то, что электронные сигареты вызывают потенциально смертельно опасные заболевания, сегодня уже точно известно. Поэтому риск огромный. Электронные сигареты – это не выход из ситуации. Сейчас призывают вести кампании против любого вида курения, в том числе и «электронного».

– Есть ли новости с полей БА?

– В этом направлении у пульмонологов огромные прорывы. При лечении тяжелой астмы проводится биологическая терапия. В арсенале врачей целых 5 биологических препаратов – это моноклональные антитела, направленные против какой-то очень маленькой мишени, например, интерлейкин-4/13, 5, иммуноглобулин Е. Такое лечение позволяет ставить на ноги пациента с тяжелой БА – и это, пожалуй, самое большое изменение, произошедшее в терапии заболевания. Существенное дополнение – применение биологической терапии позволяет снизить, а в ряде случаев и полностью исключить назначение глюкокортикостероидов – ранее неотъемлемую составляющую лечения тяжелой БА.

– Сергей Николаевич, в последние годы все шире освещается тема легочной гипертензии (ЛГ). Что нового произошло на этом направлении?

– В сравнении с БА и ХОБЛ ЛГ встречается значительно реже. Среди всего спектра ЛГ самой сложной является легочная артериальная гипертензия (ЛАГ), распространенность которой составляет 60 пациентов на 1 млн населения. Кажется, что это не очень пугающие цифры, но если брать в расчет ЛГ при болезнях левого желудочка, это уже десятки, если не сотни тысяч, а с учетом ЛГ при хронических заболеваниях, той же ХОБЛ как осложнения хронической легочной недостаточности, – это огромное число больных.

Выделяют идиопатическую, или первичную, ЛАГ, болезнь, которая быстро прогрессирует, неуклонно ухудшается, приводя к инвалидности и смерти пациента от сердечной недостаточности. В этой области в настоящий момент предлагается множество прорывных решений, появляются лекарства, способные изменить течение болезни, улучшить качество жизни, увеличить выживаемость пациентов. ЛГ – это группа болезней, многие из них требуют сложных методов обследования, к которым относится не только компьютерная томография, но и ангиография, сканирование, катетеризация легочной артерии, в связи с чем необходимы экспертные центры по ведению пациентов с ЛАГ, обладающие необходимыми методами диагностики и опытными специалистами. Врачи первичного звена должны иметь в виду, что одышка сопровождает не только ХОБЛ, астму и болезни сердца, она вполне вероятно может свидетельствовать о ЛГ. И совсем не обязательно, чтобы врач первичного звена поставил точный диагноз «идиопатическая ЛАГ», он должен понять, что необходимо направить пациента с одышкой к специалисту, который знает, как вести больного ЛАГ.

Говоря о новом в пульмонологии, хотел бы сказать несколько слов о легочных фиброзах. В течение 5 последних лет мы говорили про идиопатический легочный фиброз, и в настоящее время есть лекарственная терапия, которая

приостанавливает прогрессирование заболевания. С конца 2019 г. мы начали говорить про другие легочные фиброзы. Появились данные, что противифиброзная терапия эффективна при системной склеродермии у пациентов с легочным фиброзом, при неспецифической интерстициальной пневмонии, гиперчувствительном пневмоните, т.е. открывается новое окно возможностей для большой группы пациентов.

– А как обстоит ситуация с больными муковисцидозом?

– Последнее время были определенные сложности с обеспечением этой категории больных рядом лекарственных препаратов. Это произошло по вине фармкомпаний, которые ввозили их в Россию. Но на данный момент проблему смогли решить. Пациенты, нуждающиеся в препаратах, которых нет в наличии в РФ, получают их из-за границы. Составляется индивидуальная заявка, по которой препарат ввозится под нужды конкретного пациента.

– Говоря о болезнях органов дыхания, нельзя обойти стоящую проблему антибиотикорезистентности, поскольку именно в этой области назначение антибиотиков на амбулаторном этапе занимает львиную долю, около 58%.

– Да, такая проблема существует, и в России ситуация не самая худшая. Есть страны, в которых картина намного печальнее. В последнее время нарастает резистентность пневмококка – самой частой причины внебольничной пневмонии – ВП (пневмонии, развившейся вне стационара либо диагностированной в первые 48 ч с момента госпитализации) – к таким антибиотикам, как макролиды, что представляет действительно серьезную проблему. Какие решения предлагаются в настоящее время? Мы не рекомендуем начинать лечение ВП с макролидов, относим их к препаратам 2-й линии, хотя еще в предыдущих рекомендациях они были препаратами 1-й линии. Говоря о рекомендациях, я имею в виду подготовленный проект клинических рекомендаций по ВП, проходящий процедуру утверждения в научно-практическом совете, заседание которого должно состояться в этом году.

– Должны ли врачи придерживаться тех постулатов, которые имеют место в предыдущих клинических рекомендациях, или они уже должны применять рекомендации из проекта?

– Врачи должны использовать современные рекомендации, т.е. рекомендации проекта. Принятие рекомендаций – это регламентированная процедура, их официальное утверждение, но они уже работают «здесь и сейчас». Эта информация открыта и доступна, она используется в образовательных программах, конференциях, семинарах. Мы пытаемся, используя современные технологии, доводить последние данные до наших врачей.

– Назначение антибиотиков в первые 6–8 ч при пневмонии способно значительно улучшить прогноз и течение заболевания, но как в течение первых часов определить, о каком заболевании идет речь и какое лечение назначить?

– На самом деле прогноз значительно улучшается, если прием антибиотиков происходит в течение первых 4 ч, а при тяжелой форме – в течение 1-го часа, конечно, чем раньше, тем лучше. Почему мы говорим о часах? Если бы можно было с одного взгляда определить, что у больного пневмония, нам было бы нечего обсуждать, речь шла бы о минутах. Эти часы – это то время, которое необходимо для проведения определенных диагностических этапов. И для тяжелой пневмонии это иногда и происходит в очень короткие сроки. Мы видим пациента с тяжелой одышкой, низким показателем оксигенации, который определяется

при помощи пульсоксиметра. Следующий этап – рентгенография грудной клетки. Серьезные изменения позволяют установить тяжелую пневмонию, и в течение 1-го часа можно ввести тяжелую антибиотика. Если же пневмония нетяжелая, то 4 ч достаточно, чтобы определиться с диагнозом и выбором терапии.

– Что помимо клинической картины и аускультации способно помочь в дифференциальной диагностике ВП и острого бронхита?

– Серьезную поддержку оказывают современные технологии. Например, далеко не всегда можно доверять рентгенографии, применение компьютерной томографии позволяет с большой точностью определить поражение легких. В арсенал пульмонолога, врача скорой помощи и приемного отделения должен входить пульсоксиметр (англ. pulse oximeter) – медицинский контрольно-диагностический прибор для неинвазивного измерения уровня сатурации кислородом капиллярной крови (пульсоксиметрии). Это очень важный параметр. Определение С-реактивного белка – еще один очень доступный метод диагностики. Конечно, это неспецифический маркер, но его показатели, отражающие системную воспалительную реакцию, позволяют провести диагностику ВП и острого бронхита.

– Какие препараты относятся к 1-й линии при пневмонии?

– К 1-й линии в данный момент относят хорошо известный препарат аминопенициллин, ярким представителем является амоксициллин – простой, доступный и при этом один из наиболее эффективных препаратов для лечения ВП, особенно в амбулаторных условиях.

– По статистике около 20% пациентов не отвечают на антибактериальную терапию. Что делать в этом случае?

– Необходимо применять другие антибиотики. Говоря о лечении ВП, мы ведем речь об эмпирическом лечении, т.е. о назначении антибиотиков при отсутствии результатов микробиологического посева. И в этом случае вполне вероятно ошибка – антибиотик может оказаться неэффективным, но продолжать неэффективную терапию бесконечно нельзя. При отсутствии эффекта в течение 48 ч следует менять антибиотик. Однако не следует забывать о правильном подборе дозы: в ряде случаев врачи назначают нетерапевтические дозы, поэтому причины неэффективности антибиотиков могут быть самыми разными.

– Несколько слов о нежелательных явлениях при применении антибактериальной терапии и способах профилактики.

– Самое страшное нежелательное явление – анафилактический шок. Но всех врачей готовят к встрече с этим явлением.

Проблема антибиотикоассоциированной диареи, на мой взгляд, несколько преувеличена. Я не считаю ее класс-специфической для антибиотиков. Если у конкретного пациента такая проблема возникла, ее следует решать в данном конкретном случае. Гораздо более серьезным осложнением является псевдомембранозный колит, причиной которого является *Clostridioides difficile*, но мы обладаем и способами диагностики, и методами лечения в этом случае. То есть в каждой конкретной ситуации следует находить индивидуальное решение.

Как видите, с чем-то мы справляемся, но тут же появляются новые проблемы, которые необходимо решать: коронавирусная инфекция, заболевания, вызываемые курением вейпов, и многое другое. «Покой нам только снится».

– Сергей Николаевич, большое спасибо за интервью.