

Узаков О. Ж.

Международный университет Кыргызстана, г. Бишкек,

Муратова Ж. К.

Ошский государственный университет, г. Ош

ОЦЕНКА УРОВНЯ БАЗОВЫХ ЗНАНИЙ ВРАЧЕЙ ПО СТАНДАРТАМ ДИАГНОСТИКИ, ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ, ТЕРАПИИ КРАПИВНИЦЫ И АНГИОТЕКА НА ЮГЕ КЫРГЫЗСТАНА

Одним из проявлений аллергии являются крапивница и отек Квинке (ангиоотек). Крапивница и ангиоотек (АО) – широко распространенные заболевания, которые встречаются в любом возрасте и представляют собой важную клиническую проблему в здравоохранении, актуальность которой обусловлена как серьезным влиянием болезни на качество жизни пациентов, так и трудностями диагностики и лечения.

За последние 5-7 лет ведущими сообществами по аллергологии были опубликованы новые или обновленные рекомендации по диагностике и лечению пациентов с крапивницей/АО, в том числе Российский национальный согласительный документ «Крапивница и ангиоотек» (3, 4, 6).

Однако, несмотря на принятие этих документов, реальная клиническая практика лечения больных с данной патологией в Кыргызстане существенно не изменилась.

Долгое время в практике кыргызских специалистов отсутствовала систематизированная информация о причинах и оптимальной диагностике крапивницы, а также о структуре потребления лекарственных средств при этом заболевании, мотивах, обоснованности и приоритетах их назначения. Имеющиеся данные о необходимости назначения тех или иных исследований у пациентов с острой (ОК) и хронической крапивницей (ХК), а также изолированном АО носили разрозненный и противоречивый характер. Это могло быть обусловлено отсутствием в Кыргызской Республике (КР) каких-либо клинических протоколов или руководств по данной патологии, недостаточной информированностью практикующих врачей об основных положениях руководящих документов, принятых в странах ближнего (в первую очередь в России) (1, 3) и дальнего зарубежья (4, 5, 6).

Цель работы: оценить базовый уровень знаний врачей по вопросам диагностики, тактике ведения и лечения больных крапивницей и ангиоотеком.

Мы рассчитывали на то, чтобы анкетирование врачей Центров семейной медицины (ЦСМ №1, №2 и консультативно-диагностического отделения Ошской межобластной объединенной клинической больницы г.Ош) и

стационаров (Ошская межобластная объединенная клиническая больница, Ошская межобластная детская клиническая больница, Жалал-Абадская областная объединенная больница) на юга КР выявило возможных пробелов в знаниях, наличия актуальной информации и разработки в связи этим программ по повышению качества труда среди медицинских работников, консультирующих пациентов с крапивницей/АО.

Нами при консультативно-методической помощи врача-аллерголога, к.м.н., П.В.Колхира (Москва) по результатам анкетирования врачей был проведен анализ особенностей диагностики и терапии крапивницы и АО у пациентов врачами различных специальностей (аллергологами-иммунологами (в том числе детскими), терапевтами, семейными врачами, дерматологами) и соответствия этих мероприятий международным и российским рекомендациям.

Для реализации цели работы нами с помощью специальных анкет было опрошено 100 врачей, работающих в различных лечебно-профилактических учреждениях (ЦСМ, больницах) и имеющих постоянную практику лечения больных с крапивницей/АО.

Было выявлено, что с современным Российским национальным согласительным документом «Крапивница и ангиоотек: рекомендации для практических врачей» (2, 3) знакомо только 45% аллергологов, 23% терапевтов и 12% семейных врачей. При этом используют в повседневной практике рекомендованную классификацию 37% врачей-аллергологов, 17% терапевтов и 7,5% семейных врачей. Интересно, что большая часть опрошенных врачей незнакома с новой классификацией крапивницы и современными научно обоснованными подходами к фармакотерапии. Около 56% специалистов затруднялись с определением характерных особенностей, критериев и симптомов ОК и ХК.

Для выявления причины ХК врачи наиболее часто назначали общий анализ крови, а более 65% всех специалистов направляли пациента на биохимический анализ крови. Нужно отметить, что более 75% врачей всех специальностей считали необходимыми проводить исследование кала на «дисбактериоз» и определять в крови уровень общего IgE, а 53% аллергологов и 67% терапевтов направляли пациентов на иммунограмму. И это при том, что заболевания «дисбактериоз» не существует в мировой клинической практике, а определение общего IgE и иммунограммы практически во всех случаях ХК неинформативно, если отсутствуют прямые показания (наличие ВИЧ-инфекции)(2).

Кожные пробы (скарификационные) рекомендовали для постановки диагноза 43% терапевтов и 78% аллергологов при том, что проведение

данного исследования у пациентов с ХК в большинстве случаев клинически незначимо, т.к. ХК крайне редко связана с аллергией. Кроме того, кожные тесты противопоказаны при выраженном обострении крапивницы и уртикарном дермографизме. Необходимость выявления *H.pylori* отметили только 46% врачей терапевтов, 68% аллергологов и 35% семейных врачей.

Недостаточно широкое применение рекомендуемых согласительными документами тестов может быть связано как с незнанием этих рекомендаций, так и с тем, что доступность этих анализов непосредственно в лечебном учреждении небольшая.

Более того, стереотипы назначения врачами малоэффективных препаратов также связаны с плохим знанием современных национальных рекомендаций по лечению крапивницы. Вследствие этого более половины больных нестрого следовали врачебным предписаниям из-за отсутствия достаточного эффекта от назначенного лечения в первые дни терапии и из-за самостоятельного приобретения более дешевых препаратов-дженериков.

Нужно отметить, что при лечении ОК/ХК/АО вне зависимости от специальности врача назначались высокие среднесуточные дозы системных глюкокортикостероидов (ГКС), хотя согласно современным рекомендациям, отраженным в российском (1, 3) и международных согласительных документах (5, 6), данные препараты должны применяться в низких дозах. Кроме того, длительность курса ГКС не всегда была адекватна течению заболевания и составляла во многих случаях более 7-10 дней. По данным опроса, более 72% врачей всех специальностей считали необходимым применение неседативных блокаторов рецепторов гистамина (H1-БГ) II поколения.

Многие специалисты нередко назначали препараты с недоказанной или ограниченной клинической эффективностью при ОК, ХК, АО, такие как кетотифен, глюконат кальция, тиосульфат натрия, витамины B1, B6, B12 (парентерально), иглорефлексотерапию, энтеросорбенты (уголь активированный, смекта и др.), кремы (ланолин), топические H1-БГ и ГКС. Перечисленные лекарственные средства не имеют патогенетического значения для терапии крапивницы/АО, кроме кетотифена, эффект от применения которого был отмечен в исследованиях при отдельных формах физической крапивницы (2).

Таким образом, по приведенным данным можно сделать следующие выводы:

1. Врачи плохо информированы и мало применяют на практике современные доказательные подходы к лечению ХК. Среди специалистов, знающих о национальном согласительном документе России, лишь

несколько аллергологов использовали эту информацию в практической деятельности. Назначаемый кыргызскими врачами план обследования больных с крапивницей, как правило, сильно отличается от рекомендованного мировыми сообществами.

2. Не только врачи первичного звена, но и многие узкие специалисты, как аллергологи, не знают принципиальных отличий ОК от ХК или путаются в их определении. Большинство специалистов не знают критериев диагностики изолированного АО.

3. Некоторые врачи, особенно терапевты, назначают «кал на дисбактериоз» и некоторые другие виды неинформативных и бесполезных исследований, которые, согласно мировым и национальным рекомендациям, не входят в план диагностики у больных крапивницей/АО. Кроме того, многие специалисты часто проводят широкий спектр диагностических исследований у пациентов с ОК, хотя эта форма заболевания обычно не требует лабораторной диагностики.

4. Практически никто из специалистов не смог назвать отличительные черты и особенности диагностики сходных с крапивницей/АО заболеваний: уртикарного васкулита, семейной холодовой крапивницы, аутовоспалительных и гиперэозинофильных синдромов, а также системного мастоцитоза. Эти данные предполагают гипо- или гипердиагностику и могут свидетельствовать о редкой выявляемости данной патологии среди кыргызских пациентов с крапивницей.

5. Кроме того, врачи-терапевты в реальной практике мало участвуют в назначении лекарственной терапии пациентам с ХК, оставляя эту прерогативу врачам-аллергологам. В то же время приоритеты выбора антиаллергических препаратов не всегда соответствует современным научно доказанным подходам: отсутствие уверенности в группе H1-БГ II поколения, активное назначение H1-БГ I поколения и препаратов из других групп с недоказанной эффективностью и безопасностью.

Разнообразие и различие систем оказания медицинской помощи в разных странах обосновывают необходимость адаптации общепринятых в мировой практике рекомендаций по диагностике и лечению крапивницы к системе национального здравоохранения в Кыргызской Республике и к локальным стандартам оказания медицинской помощи.

Исходя из приведенных выше данных, можно сделать вывод, что многие специалисты в КР не знают или не применяют в своей практике рекомендации как национального согласительного документа России (), так и ведущих мировых сообществ (). Это приводит к назначению ненужных видов исследования, лечению малоэффективными и небезопасными препаратами и,

в конечном счете, к недостаточному восстановлению качества жизни пациента, сохранению симптомов и увеличению длительности заболевания.

Низкий уровень знаний врачей по вопросам диагностики, ведения и терапии крапивницы/АО диктует необходимость более активного обучения врачей ЦСМ и стационаров на юге КР путем организации регулярных тренингов и семинаров по проблеме крапивницы и ангиоотека.

Литература:

1. Аллергология и иммунология / под ред. А.А.Баранова и Р.М.Хайтова: Союз педиатров России. – 3-е изд., испр. и доп. – М.: Союз педиатров России, 2011. – 256 с. (- С. 164-168) – (Клинические рекомендации для педиатров).

2. Крапивница и ангиоотек / П.В.Колхир. – М.: Практическая медицина, 2012. – 364 с.: ил.

3. Российский национальный согласительный документ «Крапивница и ангиоотек: Рекомендации для практических врачей». М., 2007.

4. Zuberbier T., Asero R., Bindslev-Jensen C. et al. EAACI/GA2LEN/EDF/WAO guideline: definition, classification and diagnosis of urticaria. Allergy 2009; 64: 1417-1426.

5. Zuberbier T., Asero R., Bindslev-Jensen C. et al. EAACI/GA2LEN/EDF/WAO guideline: management of urticaria. Allergy 2009; 64: 1427-1443.

6. Caballero T., Baeza M.I., Cabanas R., et al. Consensus statement on the diagnosis, management, and treatment of angioedema mediated by bradykinin. Part I. Classification, epidemiology, pathophysiology, genetics, clinical symptoms, and diagnosis. J. Invest. Allergol. Clin. Immunol. 2011; 21 (5): 333-347, quiz 347.