

УДК 616.24-007.272-036.12-07-08-084

В.А. Капустник, А.Я. Меленевич

Харьковский национальный медицинский университет

ХРОНИЧЕСКОЕ ОБСТРУКТИВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЛЁГКИХ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Представлены современные данные литературы о диагностике, лечении и профилактике хронического обструктивного заболевания лёгких. Приведена новая клиническая классификация. Определены подходы к оптимальной медикаментозной терапии в соответствии с оценкой выраженности симптомов и рисков неблагоприятных событий.

Ключевые слова: хроническое обструктивное заболевание лёгких, диагностика, лечение, профилактика.

В настоящее время 22 % взрослого населения страдает хроническим обструктивным заболеванием лёгких (ХОЗЛ) [1]. В процентном отношении ХОЗЛ намного опережает другие респираторные заболевания по продолжительности периодов нетрудоспособности в структуре бронхолёгочной патологии (для сравнения: ХОЗЛ – 62,4 %, бронхиальная астма – 21,4 %, пневмония – 7,6 %). По данным Европейского респираторного общества, на лечение болезней лёгких в Европе из 102 млрд евро расходов более 38 млрд приходится именно на ХОЗЛ, то есть более трети. Реальный масштаб проблемы данного заболевания в нашей стране пока ещё неясен, так как всего лишь три года назад ХОЗЛ было выделено в качестве отдельной нозологической формы в отечественной отчётно-учётной медицинской документации. По оценкам экспертов МОЗ Украины, ХОЗЛ страдает как минимум 7 % населения Украины, или приблизительно 3 млн человек. В 1990 г. ХОЗЛ занимало 12-е место среди причин инвалидности, а к 2020 г., скорее всего, переместится в первую пятёрку и будет уступать по этому показателю только ишемической болезни сердца, депрессиям, травмам в результате дорожно-транспортных происшествий и заболеваниям сосудов головного мозга. По прогнозам специалистов, к 2020 г. ХОЗЛ займет 3-е место в структуре причин

смертности, хотя и сегодня это заболевание уже занимает 4-е место, а в 1990 г. занимало 6-е [1–3].

Целью исследования было сформулировать основные аспекты относительно ведения пациентов с ХОЗЛ, исходя из современных рекомендаций.

Материал и методы. Проведён анализ имеющихся на сегодняшний день рекомендаций по ведению пациентов с ХОЗЛ (приказа МОЗ Украины № 128 от 19.03.2007), рекомендаций Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2013 г. по диагностике, лечению и профилактике ХОЗЛ и публикаций в ведущих отраслевых журналах.

Результаты. ХОЗЛ – заболевание, которое можно предотвратить и которое поддаётся лечению, характеризующееся персистирующим ограничением воздухопроводящих путей, обычно прогрессирует и ассоциируется с необычным воспалительным ответом лёгких на вредные частички или газы. Обострения и сопутствующие заболевания усугубляют общую тяжесть состояния у отдельных пациентов [1, 4].

Руководство GOLD-2013 предлагает оценивать тяжесть ХОЗЛ комплексно, основываясь в первую очередь на выраженности симптомов и рисках неблагоприятных событий (обострений, госпитализаций, смерти)

© В.А. Капустник, А.Я. Меленевич, 2013

с учётом степени выраженности бронхообструкции, частоты обострений в анамнезе (особенно на протяжении последних 12 месяцев), наличия сопутствующих заболеваний. Выраженность одышки оценивается по шкале mMRC (modified Medical Research Council Questionnaire for Assessing the Severity of Breathlessness), а симптомокомплекс – кашель, отделение мокроты, при какой выраженности физической нагрузки появляется одышка, переносимость физической нагрузки, влияние заболевания на ежедневную активность, сон, общее состояние человека – согласно тесту контроля над ХОЗЛ – COPD Assessment Test (CAT) [4]. Спирометрическая классификация сохранена, но ей не отводится главенствующая роль. Теперь степень вентиляционных нарушений является не единственным, а одним из четырёх критериев оценки тяжести заболевания и выбора схемы лечения. Согласно комплексной оценке пациенты с ХОЗЛ делятся на четыре группы – А, В, С и D. В основу разделения положены следующие критерии:

- оценка степени одышки по шкале mMRC;
- результаты оценочного теста по ХОЗЛ (опросник CAT);
- степень бронхообструкции (спирометрия);
- количество обострений за последние 12 месяцев.

Обратимость бронхообструкции в пробе с бронхолитиком больше не рассматривается как дифференциально-диагностический критерий ХОЗЛ. Дифференцировать ХОЗЛ и бронхиальную астму следует на основании анамнестических и клинических данных [1, 4].

Лекарственные средства, рекомендованные для базисной терапии ХОЗЛ [1, 3–8]:

- β_2 -агонисты короткого действия (БАКД) – сальбутамол, фенотерол;
- β_2 -агонисты длительного действия (БАДД) – салметерол, формотерол, индакатерол;
- холинолитик длительного действия – тиотропия бромид;
- холинолитик короткого действия – ипратропия бромид;
- комбинация БАДД и холинолитика короткого действия – фенотерол/ипратропия бромид;

- метилксантины (аминофиллин, теофиллин, доксифиллин);
- ингаляционные кортикостероиды (ИКС) – беклометазона дипропионат, будесонид, флютиказона пропионат;
- комбинации БАДД и ИКС – салметерол/флютиказона пропионат, формотерол/будесонид;
- системные кортикостероиды (преднизолон, метилпреднизолон);
- ингибитор фосфодиэстеразы 4-го типа – рофлумиласт;
- нестероидные противовоспалительные средства (фенспирид);
- муколитики (карбоцистеин, ацетилцистеин, амброксол);
- антиоксиданты (ацетилцистеин).

Выбор препарата или комбинации препаратов для базисной терапии ХОЗЛ зависит от того, к какой клинической группе относится пациент [4]. Препаратами первого выбора, то есть обладающими наибольшей на сегодняшний день доказательной базой, у пациентов группы А являются БАКД или холинолитик короткого действия, в группе В – БАДД или холинолитик длительного действия, в группах С и D – комбинация БАДД и ИКС или холинолитик длительного действия. Препараты второго выбора и альтернативные лекарственные средства имеют меньшую доказательную базу и/или менее благоприятное соотношение эффективности и безопасности, чем препараты первой линии. Их можно использовать в тех случаях, когда применение препаратов первой линии по каким-либо причинам невозможно (противопоказания, непереносимость, экономические факторы и т. д.), или в дополнение к терапии первой линии при её недостаточной эффективности. Не следует опасаться назначения тройной и даже многокомпонентной схемы лечения, если терапия первой линии не обеспечивает контроль над симптомами заболевания и обострениями [1, 4, 5].

К сожалению, в настоящее время из-за несвоевременной диагностики ХОЗЛ большинство пациентов с этой патологией попадают в поле зрения врачей уже на более поздних стадиях заболевания, то есть с более выраженными нарушениями вентиляционной функции лёгких и/или частыми обострениями (группы С и D). Значительная

часть пациентов уже на старте нуждается в комбинированной терапии бронхолитиками длительного действия и ИКС для достижения контроля над симптомами заболевания и будущими рисками [1, 3–5].

Обострения ХОЗЛ подразделяются на инфекционные и неинфекционные. Достоверно указывает на наличие инфекционного обострения ХОЗЛ наличие гнойной мокроты, её количество, усиление гнойности мокроты, а также усиление одышки. Такие симптомы, как повышение температуры тела, кашель, увеличение количества хрипов, увеличение частоты дыхательных движений и частоты сердечных сокращений на 20 % по сравнению с тем, что было до обращения пациента, будут только дополнительными симптомами [3, 9].

При инфекционном обострении к терапии необходимо добавить антибиотики. Выбор антибиотика осуществляется эмпирически с учётом таких критериев, как возраст пациента, частота обострений на протяжении последнего года, наличие сопутствующей патологии и уровень показателя ОФВ₁. При лёгком обострении ХОЗЛ, возрасте пациента до 65 лет, частоте обострений менее четырёх раз в год, отсутствии сопутствующих заболеваний, ОФВ₁ не менее 50 % от должного наиболее вероятными возбудителями являются *H. influenzae*, *S. pneumoniae* и *M. catarrhalis*, а препаратами выбора – амоксициллин, амоксициллин/клавуланат или макролиды. При тяжёлом обострении ХОЗЛ, возрасте пациента старше 65 лет, частоте обострений более четырёх раз в год, наличии сопутствующих заболеваний, ОФВ₁ в пределах 30–50 % от должного антибиотикотерапию следует начинать с фторхинолонов III–IV поколений, амоксициллина/клавуланата или цефалоспоринов II–III поколений. Если у пациента с тяжёлым обострением ХОЗЛ выделяются энтеробактерии или синегнойная палочка (или существуют фак-

торы риска колонизации этими микроорганизмами), препаратами первого ряда являются фторхинолоны или цефалоспорины с антисинегнойной активностью (цефепим, цефтазидим), альтернативой – карбапенемы (имипенем, меропенем) или аминогликозиды (амикацин). Таким образом, для лечения больных с ХОЗЛ используют три группы препаратов – беталактамы (амоксициллин, амоксициллин/клавуланат, пероральные цефалоспорины II поколения), макролиды (кларитромицин или азитромицин) и фторхинолоны (ципрофлоксацин, левофлоксацин, моксифлоксацин) [3, 9].

Помимо применения лекарственных средств, схема ведения пациентов со стабильным ХОЗЛ должна включать также немедикаментозные методы. Во всех группах пациентов высокоэффективным и чрезвычайно важным методом является отказ от курения. Всем пациентам с ХОЗЛ рекомендуется адекватная физическая нагрузка. Пациентам с хронической вентиляционной недостаточностью рекомендована вентиляционная поддержка – комбинация неинвазивной вспомогательной вентиляции с длительной оксигенотерапией [1, 3, 4, 7].

Всем больным ХОЗЛ ежегодно рекомендована вакцинация противогриппозной вакциной. Вакцинация противопневмококковой вакциной – больным ХОЗЛ старше 65 лет, а также пациентам младше 65 лет при ОФВ₁ < 40 % от должного или наличии клинически значимой сопутствующей патологии [1, 4].

Таким образом, тактика ведения пациентов с ХОЗЛ определяется с учётом того, к какой клинической группе относится пациент, на основании анализа комплекса критериев, среди которых оценка степени одышки по шкале mMRC, результаты оценочного теста по ХОЗЛ (опросник CAT), степень бронхообструкции по данным спирометрии, количество обострений за последние 12 месяцев.

Список литературы

1. Контроль бронхиальной астмы и модификация течения ХОЗЛ – главные цели терапии / Ю.И. Фещенко, Л.А. Яшина, Т.А. Перцева, Ю.М. Мостовой // Здоровье Украины. – 2012. – № 8/285. – С. 28–31.
2. Фещенко Ю.И. ХОЗЛ в Украине: проблемы и пути решения / Ю.И. Фещенко // Здоровье Украины. – 2009. – № 9/1. – С. 3–4.

3. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія»: Наказ МОЗ № 128 від 19.03.2007. Електронний ресурс: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20070319_128.html

4. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: Workshop, 2013. Електронний ресурс: <http://www.goldcopd.org/guidelines-global-strategy-for-diagnosis-management.html>

5. Яшина Л.А. Обоснование целесообразности и анализ эффективности комбинированной терапии хронического обструктивного заболевания легких / Л.А. Яшина // Астма та алергія. – 2011. – № 2. – С. 37–41.

6. Даксас® (рофлумиласт) включен в последние международные рекомендации как новая терапевтическая возможность при ХОЗЛ (пресс-релиз) // Междунар. неврол. журн. – 2011. – № 1 (39). – С. 140–141.

7. Гершевич В. М. Диагностика и лечение пациентов с хронической обструктивной болезнью лёгких в амбулаторных условиях : метод. рекомендации для врачей первичного звена / В.М. Гершевич. – Омск, 2011. – С. 1–9.

8. Актуальные проблемы лечения больных с хронической обструктивной болезнью легких / Л. Яшина, С. Симонов, Т. Перцева [и др.] // Укр. мед. часопис. – 2012. – № 2 (88). – С. 22–25.

9. Юдина Л.В. Рациональная антибиотикотерапия обострений хронического обструктивного заболевания легких / Л.В. Юдина // Ліки України. – 2010. – № 7 (143). – С. 84–87.

В.А. Капустник, А.Я. Меленевиц

ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ: СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Представлені сучасні дані літератури щодо діагностики, лікування та профілактики хронічного обструктивного захворювання легень. Наведена нова клінічна класифікація. Визначено підходи до оптимальної медикаментозної терапії відповідно до оцінки вираженості симптомів і ризиків несприятливих подій.

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень, діагностика, лікування, профілактика.

V.A. Kapustnyk, A.Ya. Melenevich

CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE: MODERN LOOK ON PROBLEM

In this article we presented modern literary information about diagnostics, treatment and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. New clinical classification is given. The approaches to optimal medical therapy are determined according to the assessment of symptoms and risk of future events.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, diagnostics, treatment, prevention.

Поступила 12.02.13