

Ю. М. Мостовой, Н. С. Слепченко, О. Н. Моцюк
ХРОНИЧЕСКОЕ ОБСТРУКТИВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ
ЛЕГКИХ — МОЖНО ЛИ ПРИОСТАНОВИТЬ ПРОГРЕССИРОВАНИЕ БОЛЕЗНИ?

Винницкий национальный медицинский университет им. Н. И. Пирогова

В решении проблемы ХОЗЛ ряд аспектов, бесспорно, занимает главенствующие позиции. Первое — это ранняя диагностика заболевания, и второе — это сдерживание его прогрессирования. Ранняя диагностика ХОЗЛ в нашей стране, к сожалению, пока находится не на должном уровне, в связи с чем в поле зрения врачей больной с ХОЗЛ попадает, когда он имеет отчетливые его манифестные признаки, то есть третью, а нередко и четвертую стадию заболевания. Выборочно обследовав 130 больных ХОЗЛ, которые состояли на диспансерном учете, мы установили, что у 86 % была 3–4 стадия заболевания, причем налицо демографические различия — доминировали мужчины, которых было 86 %. Можно предположить, что аналогичная картина характерна и для других регионов Украины. Естественно, эти пациенты требуют безотлагательного лечения.

Согласно принятому в Украине согласительному документу (Приказ МЗ Украины № 128 от 19.03.2007 г.) данной категории больных «рекомендованы ингаляционные глюкокортикостероиды как базисная терапия... Комбинация ингаляционных глюкокортикостероидов и бета-2-агонистов пролонгированного действия более эффективна, чем каждый из компонентов отдельно». В соглашении, в частности, также указывается, что выбор между ингаляционными бета-2-агонистами или холинолитиками зависит от индивидуального ответа пациента относительно уменьшения у него симптомов. Таким образом, позиция о необходимости применения глюкокортикостероидов однозначна. Именно эти препараты способны воздействовать на активирующиеся клетки воспаления (Т-лимфоциты-CD8+, эозинофилы и др.) и медиаторы воспаления (лейкотриен В₄, интерлейкины-8, фактор некроза опухоли-α, эндотелин-1, субстанция Р и др.). Что же касается выбора бронхолитика, то здесь возможны различные варианты, так как ответ на препараты разных классов индивидуален. Известно, например, что 34 % больных ХОЗЛ дают одинаковую обратимость как на сальбутамол, так и на ипратропиум, а 27 % не реагируют ни на один из этих препаратов. Следует также учитывать, что развитие ХОЗЛ само по себе во многом зависит от генотипа индивидуума, ведь из огромного числа курильщиков заболевают всего лишь 10–20 %. Несмотря на индивидуальные колебания, основной массе больных ХОЗЛ удастся подобрать адекватное лечение, что обеспечивает не только контроль над симптомами заболевания, но и стабилизирует и улучшает качество жизни. Убедительное доказательство имеется у комбинированного препарата Серетид, состоящего из флютиказона пропionato и сальметерола.

Одной из основных жалоб больных ХОЗЛ является одышка. Одышка существенно ограничивает все сферы деятельности пациента. По данным D. A. Mahler et al. (2002), T. J. Witek and D. A. Mahler (2003), через 6 месяцев после применения Серетида 50/500 одышка в 5 раз реже диагностировалась по сравнению с пациентами, которые принимали плацебо, почти в 2 раза реже, чем у пациентов, которые лечились монотерапией сальметеролом или флютиказоном.

Важнейшей задачей при лечении больных ХОЗЛ является профилактика обострений заболевания, так как каждое

очередное обострение приводит к дестабилизации компенсаторных механизмов человека, которые при ХОЗЛ и так функционируют в крайне напряженном режиме и приводит к необратимым ремодулирующим изменениям в респираторной системе. Исследование P. M. Calverley (2007) продемонстрировало выраженное снижение частоты обострений ХОЗЛ у больных, принимавших Серетид, по сравнению с больными, которые не принимали лечение или лечились сальметеролом или флютиказоном. Очень убедительными явились результаты исследования TORCH (2008), показавшие, что Серетид существенно замедляет прогрессирование ХОЗЛ. Средняя скорость снижения ОФВ₁ у лиц, получавших плацебо, составила 55 мл в год, в группе, принимавшей сальметерол, — 42 мл в год, у тех, кто лечился флютиказоном, — 42 мл в год, а в группе, принимавшей Серетид, — 39 мл в год, что приближено к физиологическому возрастному уровню снижения ОФВ₁. У здоровых лиц, как известно, происходит ежегодное падение ОФВ₁ на 30 мл в год. Таким образом, Серетид высокодостоверно снижал скорость прогрессирования нарушений вентиляционной функции легких (на 16 мл в год по сравнению с плацебо). Важно, что замедляя степень падения функции легких, Серетид улучшает качество жизни больных. Причем, если в исследовании TORCH показано, что Серетид значительно улучшает качество жизни по сравнению с монотерапией флютиказоном и сальметеролом, то в исследовании INSPIRE было установлено, что Серетид превосходит тиотропий по позитивному влиянию на качество жизни больных с тяжелым ХОЗЛ — разница по шкале SGRQ в среднем составила 2,07 балла.

Повышение качества жизни способствует лучшей социальной адаптации пациентов, улучшению их физической активности, что уменьшает психосоматизацию заболевания.

Следовательно, полученные данные свидетельствуют о том, что арсенал врачей содержит препарат, который отчетливо «тормозит» прогрессирование заболевания. Важно отметить, что по результатам исследования INSPIRE приверженность пациентов к Серетиду была выше, чем приверженность к тиотропию, чем, по-видимому, и объясняется большая выбываемость из исследования пациентов, которые принимали холинолитик.

Длительное применение комбинации сальметерол/флютиказон не вызывало серьезных изменений со стороны сердечно-сосудистой системы, других жизненно важных органов и систем. Побочные эффекты встречались крайне редко.

Исследование INSPIRE также продемонстрировало значительное снижение смертности у больных ХОЗЛ, принимавших Серетид, по сравнению с теми, кто принимал тиотропий.

Анализ многочисленных исследований, которые ставили своей задачей изучить роль базисной терапии ХОЗЛ, дает основание считать, что лечение логично начинать во второй стадии заболевания, при этом предпочтение следует отдавать комбинированным препаратам, так как они более эффективны, чем монотерапия холинолитиками или бета-2-агонистами.