

**Л. И. Швайко**  
**ЭВОЛЮЦИЯ ВЗГЛЯДОВ НА ПРОБЛЕМУ ЛЕЧЕНИЯ**  
**ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ**

*ГУ «НЦРМ АМН Украины», Институт клинической радиологии*

Хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ) совсем недавно относили к числу болезней с неблагоприятным течением и исходом. В основе ХОЗЛ лежит прогрессирующее, не полностью обратимое ограничение проходимости дыхательных путей, поэтому ведущим в лечении является применение бронхолитических препаратов в ингаляционной форме, которые могут назначаться по необходимости или на регулярной основе для предупреждения или уменьшения симптомов заболевания и/или осложнений.

Недавно проведенные широкомасштабные исследования представили много важных сведений об эпидемиологии, естественном течении и результатах лечения ХОЗЛ. Так, в исследовании UPLIFT, которое длилось 4 года, приняли участие 5 993 пациента (в возрасте 65 + 8 лет, 75 % мужчин, 30 % из них — активные курильщики) с диагнозом ХОЗЛ II, III и IV стадии по классификации GOLD. Набор пациентов осуществляли в 490 исследовательских центрах 37 стран. Пациенты получали при помощи ингалятора ХандиХалер 18 мкг тиотропия 1 раз в день или плацебо в аналогичной лекарственной форме. Во время исследования был разрешен прием любых препаратов, влияющих на функцию легких, за исключением антихолинэргических лекарственных средств.

В группе больных, получавших тиотропий, были зарегистрированы значительные улучшения показателей легочной функции (ОФВ<sub>1</sub> и ФЖЕЛ) по сравнению с аналогичными показателями в контрольной группе. В динамике наблюдения среднее улучшение ОФВ<sub>1</sub> в группе получавших тиотропий, по сравнению с показателями группы плацебо, изменялось от 87 до 103 мл до бронходилатации.

При оценке динамики качества жизни (КЖ) связанного со здоровьем, устанавливаемого по респираторному опроснику Госпитала Св. Георгия (РОСГ), достоверные различия в пользу применения тиотропия в течение всего исследуемого периода по общему показателю РОСГ составили от 2,3 до 3,3 единицы ( $p < 0,001$ ). Применение тиотропия также способствовало статистически достоверному увеличению времени до развития первого обострения ХОЗЛ: его средняя длительность составила 16,7 мес (95 % ДИ 14,9–17,9), в то время как в группе плацебо — 12,5 мес (95 % ДИ 11,5–13,8).

Впервые показано, что препарат оказывает влияние на смертность больных ХОЗЛ. Отмечено снижение смертности на 16 % при назначении тиотропиума во время приема исследуемого препарата ( $p=0,016$ ). В группе тиотропия отмечено уменьшение числа серьезных нежелательных реакций со стороны сердечно-сосудистой системы на 16 %, по сравнению с группой контроля, и сокращение количества серьезных нежелательных явлений со стороны дыхательной системы также на 16 %.

В новом выборочном ретроспективном анализе данных исследования UPLIFT проводился анализ на основе выборки данных о результатах лечения 356 больных в возрасте  $\leq 50$  лет. По результатам данного исследования, отмечено торможение снижения респираторных показателей под влиянием лечения тиотропием: средний уровень снижения за 4 года ОФВ<sub>1</sub> до бронходилатации составил 34 мл в год, а в группе получавших плацебо этот показатель достиг 41 мл в год. Показатели качества жизни по РОСГ при лечении тиотропием повышались. Риск развития обострения ХОЗЛ в этой группе больных был ниже,

чем в старших возрастных группах исследования UPLIFT, и на 27 % ниже, чем у пациентов, получавших плацебо. Таким образом, в более молодой группе больных из когорты исследования UPLIFT под влиянием лечения тиотропием регистрировалось длительное улучшение в течении заболевания, включавшее замедление скорости снижения функции легких. Это свидетельствует о том, что необходимо обеспечить возможно более раннюю диагностику и начало лечения ХОЗЛ у пациентов моложе 50 лет.

В пользу более раннего начала применения тиотропия в процессе лечения больных ХОЗЛ свидетельствуют и результаты другого подгруппового анализа исследования UPLIFT, данные которого были опубликованы в августе 2009 г. Подгруппа из 2739 больных формировалась не по возрастному признаку, а на основании одной из начальных стадий ХОЗЛ II стадии, по классификации GOLD. Среднее снижение ОФВ<sub>1</sub> после бронхолитика у испытуемых, принимавших тиотропий, было ниже (43 мл в год), чем у получавших плацебо (49 мл в год,  $p = 0,02$ ). Показатели качества жизни, сравниваемые по значениям РОСГ, были лучше у больных, получавших тиотропий, чем в контрольной группе. Кроме того, интервалы времени до первого обострения, приведшего к госпитализации, были больше в группе получавших тиотропий, чем в контрольной. Таким образом, включать тиотропий в программу лечения ХОЗЛ необходимо не только у молодых пациентов, но и на ранних стадиях заболевания.

Целью другого выборочного ретроспективного исследования UPLIFT было изучить долгосрочную эффективность тиотропия как первого базисного препарата при ХОЗЛ. В анализ были включены 810 пациентов, страдавших ХОЗЛ, которые принимали тиотропий либо плацебо и не использовали до рандомизации базисные препараты для лечения своего заболевания. Оценивались показатели спирометрии, качество жизни, количество обострений ХОЗЛ и смертность больных. Через 48 месяцев лечения ОФВ<sub>1</sub> до приема утренней дозы в группе тиотропия был достоверно выше по сравнению с плацебо и составил 134 мл ( $p < 0,001$ ). Показатели общей оценки качества жизни были достоверно лучше в группе больных, принимавших тиотропий по сравнению с плацебо. Результаты этого анализа продемонстрировали актуальность тиотропия при ХОЗЛ у больных, ранее не получавших базисного лечения.

Еще в одном ретроспективном исследовании UPLIFT был проведен анализ эффективности тиотропия в зависимости от статуса курения. Наибольшая скорость снижения ОФВ<sub>1</sub> наблюдалась в группе курильщиков, принимавших плацебо. Применение тиотропия улучшало функцию легких независимо от статуса курения, снижало риск обострений у больных ХОЗЛ. Улучшение качества жизни было выше у больных ХОЗЛ, продолжавших курить, из группы тиотропия, по сравнению с группой плацебо.

Таким образом, длительная поддерживающая терапия тиотропием приводит к улучшению функциональных легочных показателей, улучшению качества жизни, уменьшению риска развития обострений, снижению летальности, уменьшению числа сердечно-сосудистых нежелательных реакций и нежелательных реакций со стороны нижних дыхательных путей и, как результат, позволяет модифицировать течение ХОЗЛ.