

СИМПОЗІУМ «КОМБІНОВАНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ НА ХОЗЛ»

Т. А. Перцева
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО
ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ*Днепропетровская государственная медицинская академия*

ХОЗЛ является тяжелым бременем человечества. Более 210 млн человек во всем мире страдает этим недугом. Это одна из немногих болезней, смертность при которой продолжает неуклонно расти. Причем ХОЗЛ как сопутствующая патология значительно повышает госпитальную смертность. Предполагается, что к 2030 году это заболевание станет третьей по величине причиной смертности в мире. Каждый час от ХОЗЛ умирает около 250 человек, и это больше, чем от рака молочной железы и других патологий легких вместе взятых. Кроме того, ХОЗЛ является основной причиной инвалидности, а ежегодные потери трудоспособности в Европейском Союзе составляют 28,5 млрд. евро.

Особое внимание следует уделить вопросам гиподиагностики ХОЗЛ как во всем мире, так и в Украине. По литературным данным, около 16 % людей старше 40 лет имеют признаки бронхиальной обструкции. 13 % населения Великобритании в возрасте старше 35 лет имеют признаки ХОЗЛ, причем у 80 % из них диагноз заболевания легких отсутствует. В США диагноз заболевания легких отсутствует у 63,3 % пациентов с подтвержденным снижением функции легких. В Украине заболеваемость при ХОЗЛ составляет 79,2 случаев на 100 тысяч взрослого населения, а распространенность, которая формируется по данным обращаемости за медицинской помощью, составляет всего 1 %, что значительно ниже среднемировых показателей.

Определенное развитие в настоящее время получила новая парадигма в патогенезе ХОЗЛ — концепция «порочного круга» как взаимосвязи патологических изменений в организме (“Vicious circle” или “Circulus vitiosus”), при которой нарушения, возникающие как следствие первичных изменений, в свою очередь их усугубляют. Существующее представление о «порочных кругах» патогенеза заболевания обуславливает более четкое понимание закономерностей течения и прогрессирования ХОЗЛ и указывает на основные направления лечебных и реабилитационных программ. Описаны «порочный круг» гипотезы прогрессирования ХОЗЛ, затрагивающий понятия табакокурения и бедности, «порочный круг» формирования бактериальной колонизации нижних дыхательных путей, «порочный круг» основных клинических проявлений ХОЗЛ и другие.

Относительно недавно в контексте ХОЗЛ появилось новое понятие — «модификация заболевания», которое отражает улучшение клинического течения болезни. Прежде всего, модификация рассматривается как улучшение исходов заболевания, которые зависят от выраженности клинической симптоматики, качества жизни больных, темпов замедления скорости снижения функциональных легочных показателей, снижения числа обострений и уровня летальности.

Определение и классификация тяжести ХОЗЛ в настоящее время основаны на маркере бронхиальной обструкции — объеме форсированного выдоха на первой секунде (ОФВ₁) (GOLD, 2009). Спирометрическая классификация оказалась полезной для оценки качества жизни больных, использования ресурсов здравоохранения, прогнозирования развития обострений при данном заболевании и предсказания уровня летальности. Безусловно, ОФВ₁ — очень ценный диагностический инструмент, однако его очень сложно изменить, если мы, ориентируясь на определение ХОЗЛ, будем исключать больных с обратимой бронхообструкцией, на что указывают в своих работах и зарубежные авторы (Agusti A.G.N. с соавторами, 2003; Celli B.R., MacNee W., 2004). В настоящее время становится понятным, что ОФВ₁ не в полной мере отражает сложную картину клинических проявлений заболевания.

С клинической точки зрения признано, что больной ХОЗЛ — это как правило курильщик, который может иметь и профессиональные вредности; чаще это мужчина старше 45 лет, кашляющий преимущественно по утрам, имеющий одышку при физической нагрузке и прогрессирующую необратимую (или частично обратимую) бронхиальную обструкцию.

Независимыми предикторами прогноза при ХОЗЛ являются эмфизема и гиперинфляция (Casanova C. с соавторами, 2005), сниженный питательный статус (Schols A.M. с соавторами), дисфункция периферических мышц (Maltais F. с соавторами), выраженность одышки (Nishimura K. с соавторами, 2002), пол больных (ERS, 2010), наличие коморбидных заболеваний (ERS, 2010). Всё это фенотипические характеристики ХОЗЛ, которые не коррелируют с уровнем ОФВ₁, но отражают определенные особенности больных, которые могут быть важными с точки зрения как диагностики, лечения, так и прогноза течения заболевания.

Необходимо подчеркнуть, что концепция фенотипирования ХОЗЛ находится в начале своего развития, однако выделение отдельных фенотипов не только позволяет объяснить особенности течения болезни у каждого конкретного больного, но и помогает в выборе наиболее адекватной терапии, направленной на улучшение качества жизни и прогноз. Проведенные в последние годы международные клинические исследования показали, что больные с разными фенотипами заболевания по-разному отвечают на проводимую медикаментозную терапию.

В заключение следует отметить, что новые подходы к диагностике ХОЗЛ, оценке степени тяжести течения заболевания и лечению больных, применяемые на наиболее ранних этапах формирования патологии, обеспечивают облегчение симптомов болезни, уменьшение тяжести коморбидных заболеваний, улучшение качества жизни больных, а также повышение уровня их выживаемости.