

## Т. А. Перцева ТЕРАПИЯ ХОЗЛ: К ЧЕМУ СЛЕДУЕТ СТРЕМИТЬСЯ?

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»

Современные стандарты лечения больных хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ), которыми могут пользоваться в своей повседневной практике врачи Украины, представлены в двух основополагающих документах: национальном стандарте «Унифицированный клинический протокол первичной, вторичной (специализированной), третичной (высокоспециализированной) медицинской помощи и медицинской реабилитации. Хроническое обструктивное заболевание легких», утвержденном приказом Министерства здравоохранения Украины 27 июня 2013 г. № 555, а также в международном рекомендательном документе GOLD, последний пересмотр которого состоялся в январе 2014 г.

Очень часто в медицинской общественности возникает вопрос: пользуются ли врачи унифицированными рекомендациями?

Чтобы ответить на этот вопрос было проведено исследование «Международная сеть ХОЗЛ» (ICON), охватившее 12 регионов мира. В каждом регионе было опрошено по 50 врачей общей практики относительно лечения больных согласно существующих стандартов. Средняя продолжительность работы врачей составила 15,9 лет (от 5,7 до 23,3 лет). Результаты опроса показали, что, например, в Китае 84 % врачей придерживаются стандартов лечения пациентов, в то время как 16 % — нет, в Японии — 74 и 26 % соответственно, в Австралии — 64 и 36 %, в Корее — 54 и 46 %, в Гонконге — 22 и 78 % соответственно. Не исключено, что на эти результаты могли повлиять и общий уровень подготовки врачей в тех или иных странах, и владение специалистами необходимой информацией, и профессиональная эрудиция. Но как бы то ни было, бесспорным остается тот факт, что врачи обязательно должны придерживаться уже существующих и доказавших свою высокую эффективность стандартов, стремясь тем самым повысить эффективность лечения больных.

Цели лечения больных ХОЗЛ могут быть как краткосрочными, направленными на улучшение клинических проявлений болезни (облегчение симптомов, повышение толерантности к физическим нагрузкам, улучшение качества жизни), так и долгосрочными, направленными на снижение риска неблагоприятного течения и исхода заболевания (предотвращение прогрессирования заболевания, предотвращение развития и лечение обострений, снижение уровня смертности). Достижимы ли эти цели?

По данным исследования TORCH, у больных ХОЗЛ на фоне приема Серетид® в течение трех лет по сравнению с группой плацебо было отмечено уменьшение количества тяжелых обострений и обострений средней степени тяжести более чем на 25 %, уменьшение частоты обострений, требовавших приема системных кортикостероидов — на 34 %, а также уменьше-

ние частоты тяжелых обострений, требовавших госпитализации — на 17 % (Calverley P. et al., 2007). При этом соблюдение режима терапии пациентами с ХОЗЛ составляло 79,8 % (Antoniou A., 2010).

А как в реальной жизни?

Низкий уровень приверженности терапии — основная проблема в лечении хронических заболеваний вообще. Существует мнение, что соблюдение режима терапии может быть более эффективным, чем увеличение специфичности терапии. В развивающихся странах приверженность терапии среди взрослого населения составляет всего лишь около 50 %, при этом большинство пациентов считает достаточным прием лекарственного препарата в течение 22,2 % дней в году, а 48–59 % пациентов с астмой или ХОЗЛ вообще не соблюдают назначенный им режим терапии (Bender A. J., 2006; Sabate E., 2003).

В обычной клинической практике комплаенс больных ХОЗЛ, принимающих ИГКС, составляет не более 50 %. Наиболее частой причиной прекращения лечения больными ХОЗЛ является улучшение состояния (в 25 % случаев), наиболее редкой — ухудшение (в 18 % случаев). Из 1263 пациентов, которым было назначено лечение в исследовании Cross H.J. и соавторов, только 724 (57,3 %) соблюдали режим терапии, остальные же нарушали его. При этом приверженность терапии повышалась с увеличением возраста и усилением тяжести течения болезни (Cross H. J. et al., 2012).

Повышение приверженности терапии может привести к обнадеживающим результатам. Так, по данным J. Vestbo et al. (2009), высокая приверженность пациентов с ХОЗЛ медикаментозному лечению снижала смертность на 60 %, а частоту госпитализаций — на 44 % по сравнению с пациентами, которые не отличались высокой приверженностью терапии. Кроме того, исследователи отметили, что уровень приверженности больных ингаляционной терапией может существенно повлиять и на прогноз заболевания.

По данным J. Bryant et al. (2013), лекарственные препараты принимаются пациентами в недостаточных дозах; 49,4 % пациентов не применяют небулизированные препараты в соответствии с врачебными назначениями; более 50 % пациентов при ухудшении состояния применяют препараты в дозах, значительно превышающих назначенные, а до 31% больных постоянно нарушают технику ингалирования. И только после обучения пациенты способны правильно выполнять ингаляцию (Serra-Battles J. et al., 2002).

Таким образом, эффективность лечения больных ХОЗЛ зависит не только от назначенных лекарственных препаратов, но и от приверженности пациентов назначенной терапии, а повышение приверженности является необходимым условием достижения успехов в терапии больных ХОЗЛ.