



Научная мысль никогда не стоит на месте. В самые тяжелые годы нашей страны ученые продолжали трудиться, готовя новые достижения, добиваясь немалых успехов. Наука – это страсть, которую можно утолить только наукой. Говорят, что медицинская наука в нашей стране умерла. Это совершенно неверно. Иллюстрацией могут стать публикуемые ниже тезисы российских ученых, которые они представили по результатам своих исследований. Отрадно, что представлен широкий спектр вопросов – от особенностей фармакотерапии до образовательных программ для терапевтов. Приятно видеть, что научные достижения имеют широкую географию – тезисы пришли из разных уголков нашей Родины. Мы надеемся, что с течением времени и количество участников, и спектр изысканий будут только расширяться, а журнал с удовольствием будет публиковать новые работы.

Шеф-редактор журнала “Практическая пульмонология” профессор А.С. Белевский

Программа “Новое поколение”

Тезисы научных работ специалистов в области пульмонологии

Опыт применения индакатерола (Онбрез Бризхалер) в лечении ХОБЛ с частыми обострениями

**В.В. Гайнитдинова,
Р.Я. Губайдуллина**

ГБОУ ВПО “Башкирский государственный медицинский университет” Минздрава России, г. Уфа

ГБОУ “Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова”, г. Уфа

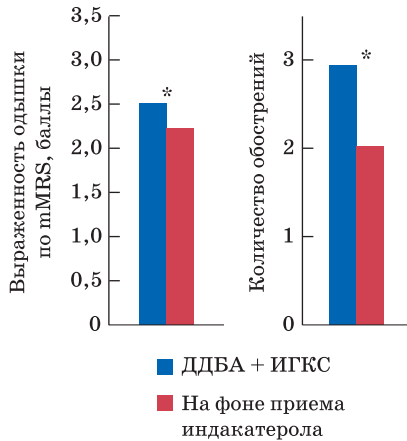
Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является одним из наиболее быстро распространяющихся в мире заболеваний и по прогнозам экспертов будет третьей по значимости причиной смертности во всем мире в течение следующих 10 лет. Выраженность симптомов при ХОБЛ варьирует в зависимости от фазы течения заболевания (стабильное течение или обострение). Обострения ухудшают функцию внешнего дыхания (ФВД), а частота обострений напрямую влияет на продолжительность жизни больных и требует индивидуального подхода к лечению. Основная задача лечения – предупреждение прогрессирования заболевания. Выбор объема фармакологической терапии основывается на выраженности клинических симптомов, величине постбронходилататорного объема форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ₁) и частоте обострений заболевания. Сверхдлительно действующий бронходилататор индака-

терол позволяет значительно увеличить ОФВ₁, уменьшить выраженность одышки, снизить частоту обострений и повысить качество жизни.

Цель работы – изучить влияние индакатерола на выраженность клинических симптомов, частоту и тяжесть обострений, оценить параметры ФВД (ОФВ₁), а также переносимость физической нагрузки у больных с частыми обострениями ХОБЛ при длительном приеме данного препарата.

Материал и методы. Проведено местное открытое сравнительное исследование. Включено 30 больных ХОБЛ тяжелого течения с частыми обострениями (≥2 обострения в год или ≥1 обострение, приведшее к госпитализации), которые в зависимости от проводимого лечения были разделены на группы сравнения (n = 15) и исследования (n = 15). Группы формировались методом случайной выборки, статистически значимо не различались (p > 0,05) по возрасту, половой принадлежности, тяжести заболевания, выраженности клинических симптомов, переносимости физической нагрузки, частоте обострения за последние 2–3 года (GOLD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2013 г.). Средний возраст больных в исследуемых группах составил 53,3 ± 5,2 и 52,3 ± 1,6 года. Средняя продолжительность заболевания составила 8,9 ± 3,9 и 9,7 ± 3,4 года, частота обострений – 3,26 ± 0,8 и 3,28 ± 0,7 соответствен-

но. Выраженность одышки по modified Medical Research Council (mMRS) и COPD Assessment Test (CAT) в среднем составляла 3,17 ± 1,74 и 32,89 ± 4,04 балла в группе сравнения, 3,13 ± 2,2 и 31,06 ± 5,03 балла в группе исследования соответственно. Согласно стандартам лечения обострений ХОБЛ (GOLD 2013) все больные получали антибиотики (цефалоспорины III поколения), системные глюкокортикостероиды (СГКС) коротким курсом, муколитики. Пациентам группы сравнения назначалась комбинация β₂-агониста длительного действия (ДДБА) и ингаляционного глюкокортикостероида (ИГКС) в среднесуточной дозировке, пациентам группы исследования назначался индакатерол в дозе 150 мг/сут. Период наблюдения составил 9 мес: 3 нед в стационаре, остальное время амбулаторно. После выписки из стационара пациенты группы сравнения продолжили постоянный прием комбинации ДДБА и ИГКС в среднесуточной дозировке, пациенты группы исследования – индакатерола в дозе 150 мг/сут. Всем больным в 1-й, 18-й день, через 6–9 мес проводили спирометрию, электрокардиографию (ЭКГ), переносимость физической нагрузки оценивалась по тесту с 6-минутной ходьбой (6-МТ), а также по опросникам mMRS, CAT, фиксировалась частота обострений. Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета программ Statistica V.6.0 (Statsoft Inc., США). Использован ранговый диспер-



Выраженность одышки и частота обострений у больных ХОБЛ через 9 мес наблюдения на фоне приема ДДБА + ИГКС и индакатерола. * $p < 0,05$.

сионный анализ по Фридмену (Friedman ANOVA), непараметрический тест Вилкоксона (Wilcoxon matched pairs test). Нулевую гипотезу об отсутствии различий групп отвергали при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. У пациентов в группе исследования отмечалась хорошая переносимость индакатерола. За весь период приема препарата не зарегистрировано нежелательных явлений, никто из пациентов не отмечал усиления кашля, одышки, появления дыхательного дискомфорта. Толерантность к физической нагрузке через 3 нед терапии значимо увеличилась у пациентов обеих групп. На фоне комбинации ДДБА + ИГКС (группа сравнения) показатель 6-МТ увеличился с $222,19 \pm 7,53$ до $259,42 \pm 9,46$ м ($p < 0,05$), в группе исследования отмечалось статистически более значимое ($p < 0,001$) увеличение пройденного расстояния – с $225,18 \pm 10,36$ до $275,61 \pm 8,02$ м. Выраженность одышки после лечения достоверно уменьшилась у пациентов обеих групп: по опроснику mMRS в среднем составила $2,73 \pm 0,31$ и $2,71 \pm 0,52$ балла, по шкале САТ – $24,45 \pm 34,47$ и $23,12 \pm 2,17$ балла соответственно ($p < 0,05$). В группе больных при длительном приеме индакатерола наблюдалось более значимое улучшение клинического состояния, чем в группе больных, получавших в этот же период времени комбинацию ДДБА + ИГКС. Через 9 мес наблюдения отмечалось значимое улучшение показателей спирометрии (прирост ОФВ₁ в среднем составил 56,7% в группе больных, принимавших индакатерол, 31,2% в группе больных, принимавших комбинацию ДДБА + ИГКС), уменьшение выраженности одышки (на 28,75% по опроснику mMRS, на 47,68% по шкале САТ в группе исследования, на

20,82% по опроснику mMRS, на 41,81% по шкале САТ в группе сравнения), увеличение переносимости физической нагрузки (на 34,94 и 25,39% соответственно) и частоты обострений (на 38,71 и 9,82% соответственно) в течение 9 мес ($p < 0,05$) (рисунок).

Изменений продолжительности интервалов PQ и QT в исследуемых группах не наблюдалось. Таким образом, наш опыт длительного применения индакатерола у больных ХОБЛ с частыми обострениями показал улучшение показателей спирометрии, уменьшение выраженности одышки, увеличение толерантности к физической нагрузке, снижение частоты обострений и отсутствие влияния на длительность интервала QT.

Оценка эффективности и безопасности индакатерола у больных ХОБЛ и ишемической болезнью сердца

Н.Ю. Григорьева¹, О.Е. Вилкова², Т.В. Королёва², А.Н. Кузнецов¹

¹ ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России

² ГКБ № 5, Нижний Новгород

Цель – оценить эффективность и безопасность индакатерола (Онбрез, Novartis Pharma) у больных ХОБЛ, имеющих сопутствующую ишемическую болезнь сердца (ИБС).

Материал и методы. В исследование включено 10 больных ХОБЛ средней степени тяжести с дыхательной недостаточностью I–II степени (5 мужчин, 5 женщин), средний возраст которых составил $55,6 \pm 3,7$ года. Все они имели сопутствующую ИБС – стабильную стенокардию II–III функционального класса (ФК) и политопную экстрасистолию. Пациентам был назначен Онбрез Бризхалер в дозе 150 мкг/сут. Исходно и через 14 дней лечения измерена ФВД, проведены 6-МТ и суточное ЭКГ-мониторирование.

Результаты. Через 14 дней лечения все больные отметили уменьшение основных респираторных симптомов. Показатель ОФВ₁ до лечения составил $53,57 \pm 7,61\%$ от должных величин, после лечения – $60,12 \pm 9,34\%$. Увеличилась переносимость физических нагрузок, что подтверждают данные 6-МТ (исходно – $350,4 \pm 13,21$ м, через 14 дней лечения – $410,80 \pm 10,17$ м). По результатам повторного суточного ЭКГ-мониторирования у больных среднесуточная частота сердечных сокращений (ЧСС) не изменилась, а также не произошло достоверного увеличения различного рода экстрасистол.

Заключение. Онбрез Бризхалер в дозе 150 мкг/сут у больных ХОБЛ средней степени тяжести является эффективным бронхолитическим средством. Его кардиобезопасность сохраняется и у больных ХОБЛ с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией, что позволяет рекомендовать этот препарат пациентам с ХОБЛ в сочетании с ИБС.

Анализ эффективности, переносимости и кардиобезопасности индакатерола у пациентов с ХОБЛ и сопутствующей сердечно-сосудистой патологией в поликлинической практике г. Самары (данные 12-недельного клинического наблюдения)

Ю.М. Гущина¹, М.М. Ионова², Н.М. Сакцер³, Л.А. Щелкунова⁴

¹ Городская поликлиника № 13, г. Самара

² Городская поликлиника № 6, г. Самара

³ Городская поликлиника № 1, г. Самара

⁴ Городская поликлиника № 15, г. Самара

В настоящее время доказано, что пациенты с ХОБЛ в 5 раз чаще имеют диагноз сердечно-сосудистого заболевания (ССЗ) или, как правило, нескольких ССЗ. У молодых пациентов с ХОБЛ риск развития ССЗ в виде инфаркта миокарда возрастает в 12 раз, инсульта на 9,9% по сравнению со всей популяцией. Зачастую лечение таких пациентов приобретает противоречивый характер – препараты, применяемые по поводу ССЗ, могут ухудшать течение ХОБЛ, а препараты, назначаемые по поводу ХОБЛ, могут отрицательно влиять на течение сердечно-сосудистой патологии. Важно сделать правильный выбор эффективного и безопасного препарата базисной терапии ХОБЛ, чтобы добиться стойкой ремиссии основного заболевания, уменьшив потребность в короткодействующих бронхолитиках (КДБА) и минимизировать возможные побочные эффекты со стороны сопутствующей сердечно-сосудистой патологии. В клинической практике врач-пульмонолог часто встает перед выбором оптимальной бронходилатации у пациентов с ХОБЛ и ССЗ.

Цель исследования – оценить эффективность, переносимость и безопасность индакатерола у пациентов с ХОБЛ и сопутствующим ССЗ.

Материал и методы. Наблюдение проводилось в течение 12 нед четырьмя врачами в условиях поликлиники согласно стандартам ведения пациентов. Всего в наблюдение было включено 40 пациентов



с ХОБЛ и ССЗ, принимавших индакатерол (Онбрез Бризхалер 150 мкг/сут).

Критерии включения: наличие ХОБЛ, требующей назначения бронходилататоров длительного действия, и сопутствующих ССЗ, таких как артериальная гипертензия II–III стадии; ИБС: стенокардия напряжения II–III ФК; постинфарктный кардиосклероз давностью более 1 года; нарушения ритма сердца – синусовая тахикардия, единичная предсердная и/или желудочковая экстрасистолия; хроническая сердечная недостаточность (ХСН) I–III ФК, а также пациенты с компенсированным сахарным диабетом 2-го типа. Всего было проведено четыре визита: визит включения, на котором проводились оценка состояния и назначение терапии, визит с анализом через 1, 2 и 3 мес соответственно. На первом и последнем визитах всем пациентам проводились физикальный осмотр, анализ данных клинической и биохимической лаборатории, анализ заключения ЭКГ, спирометрическое исследование ФВД. Пациенты также заполняли опросники САТ и mMRC. Анализировалась потребность в приеме препаратов “скорой помощи” для купирования ангинозных болей и/или возникших приступов удушья на фоне ХОБЛ. На промежуточных визитах пациентам проводилась корректировка терапии согласно данным опроса в соответствии с показателями пикфлоуметрии.

Результаты. Индекс массы тела был не более 35 кг/м². В наблюдаемой группе мужчин было 29 человек (73%), средний возраст – 62,3 года, минимальный – 35 лет, максимальный – 76 лет. Большинство пациентов на момент обращения к пульмонологу имели среднетяжелую (47,5%) и тяжелую степень ХОБЛ (40%), крайне тяжелая степень отмечена у 12,5%. У 10 куривших пациентов индекс курения составил 3,7 пачек-лет. Профессиональная вредность в анамнезе отмечена у 8 пациентов. Средняя продолжительность заболевания по анамнестическим данным и клинике ХОБЛ составила в среднем 10,9 года. 21 пациент имел частые обострения ХОБЛ за последний год заболевания. Признаки дыхательной недостаточности отмечены у 87,5% пациентов на первом приеме пульмонолога. Средний прием КДБА составил 3,7 ингаляции в сутки.

При анализе сопутствующей патологии выявлено, что 19 пациентов имели одно ССЗ, 16 пациентов – два, а более двух ССЗ отмечено у 5 пациентов с ХОБЛ. В анамнезе у 12 человек выявлено наличие какого-либо другого сопутствующего заболевания. Надо отметить, что пациенты при обращении к врачу-пульмонологу имели компенсированное состояние коморбид-

Динамические показатели пациентов визита включения и завершения наблюдения

Показатели	Визит 1	Визит 4	p
ОФВ ₁ , % от должного	50,1	62,2	<0,05
ФЖЕЛ, % от должной	61,3	70,38	<0,05
САТ, балл	24,2	18,3	нд
САД _{ср} , мм рт. ст.	130	132	нд
ДАД _{ср} , мм рт. ст.	82	79	нд
ЧСС, в 1 мин	76	77	нд
ЧД, в 1 мин	21	18	нд
Гликемия, ммоль/л	4,8	4,9	нд
Холестерин, ммоль/л	5,8	5,6	нд
Пациенты, принимавшие КДБА, %	90	60	<0,05
Пациенты, принимавшие препарат “скорой помощи” для купирования ангинозных болей, %	26	28	нд

Обозначения: ФЖЕЛ – форсированная жизненная емкость легких; САД_{ср} – среднее систолическое артериальное давление; ДАД_{ср} – среднее диастолическое артериальное давление; ЧД – частота дыхания; нд – недостоверно.

ной патологии на фоне подобранной терапии. Среди всех пациентов для лечения сопутствующего ССЗ один препарат принимали 26 больных, два и более – 14.

Данные показателей первого и последнего визитов представлены в таблице.

Таким образом, полученные результаты 12-недельной поликлинической практики назначения индакатерола в дозе 150 мкг/сут врачами-пульмонологами г. Самары у больных ХОБЛ с наличием сопутствующих ССЗ продемонстрировали улучшение показателей спирометрии, уменьшение выраженности одышки, увеличение толерантности к физической нагрузке. Результаты отмечены на фоне стабильного течения коморбидной сердечной патологии, что подтверждено клинически отсутствием увеличения потребности в препаратах “скорой помощи” для купирования ангинозных болей. Динамика показателей АД и ЧСС также отсутствовала. Патологических отклонений уровня гликемии и холестерина, изменений интервалов QT и PQ, появления нарушений ритма и проводимости по данным ЭКГ зарегистрировано не было.

Школа практической пульмонологии – образовательная программа для врачей первичного звена

А.Ю. Петухова

МБУ “Центральная городская клиническая больница № 6”, г. Екатеринбург

Неуклонный рост и поздняя диагностика хронических заболеваний бронхолегочной системы (бронхиальная астма (БА), ХОБЛ) диктуют необходимость постоянного повышения уровня профессио-

нальных знаний врачей первичного звена. Необходимо отметить, что именно участковый терапевт является первым врачом, к которому обращается пациент, и от его профессионального участия во многом будет зависеть течение того или иного заболевания. Таким образом, именно в компетенции участкового терапевта находится диагностика на ранней стадии, а также профилактика обострений и осложнений данных заболеваний.

Школа практической пульмонологии функционирует в г. Екатеринбурге с 2010 г.

Целевая аудитория – мотивированные участковые терапевты, 12–15 человек в группе.

Целью данного проекта явилась необходимость:

- актуализировать и систематизировать знания терапевтов по проблемам БА и ХОБЛ;

- совершенствовать практические навыки ведения пациентов с БА и ХОБЛ.

Обучение проводилось по 2 циклам. Продолжительность цикла – 4 занятия еженедельно в течение 1 мес.

Первый цикл – “Бронхиальная астма”.

План занятий:

Занятие 1. “Диагностика БА”.

Занятие 2. “Фармакотерапия БА в амбулаторных условиях”.

Занятие 3. “Обострения БА”.

Занятие 4. “Аллергический ринит. Вне-респираторные проявления аллергии”.

Второй цикл – “Хроническая обструктивная болезнь легких”.

План занятий:

Занятие 1. “Диагностика ХОБЛ”.

Занятие 2. “Фармакотерапия ХОБЛ стабильного течения”.

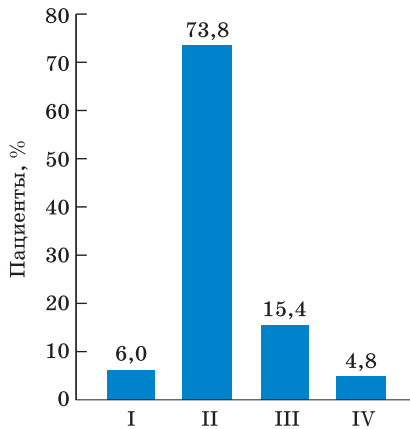


Рис. 1. Распределение пациентов по степени тяжести ХОБЛ. Здесь и на рис. 3: I – ХОБЛ легкой степени; II – ХОБЛ средней степени; III – ХОБЛ тяжелой степени; IV – ХОБЛ крайне тяжелой степени.

Занятие 3. “Обострения ХОБЛ”.

Занятие 4. “Формы доставки ингаляционных препаратов”.

Продолжительность занятия – 90 мин. Первая часть занятия (45 мин) включает теоретическую информацию по теме семинара, во второй части (45 мин) отрабатываются практические навыки, обсуждаются актуальные вопросы по ведению пациентов в реальной клинической практике.

В теоретической части преподаватель делает акцент на конкретные диагностические признаки заболевания, клинические симптомы, обучает терапевтов навыкам общения с пациентами. Например, как правильно объяснить пациенту суть заболевания, мотивировать на отказ от курения и длительное (постоянное) использование фармакотерапии.

Практическая часть занятия включает индивидуальную работу преподавателя с каждым врачом. Проводится клинический разбор конкретных пациентов, включая оценку данных анамнеза, лабораторно-инструментальных методов исследования. Обсуждаются правила формулировки диагноза. Составляется план ведения пациента в период ремиссии: модификация образа жизни, медикаментозное лечение, динамическое наблюдение, а также план ведения пациента в период обострения: необходимый объем обследований, медикаментозная терапия. Неотъемлемая часть практических занятий – интерпретация спирометрии (по данным протоколов), техника пикфлоуметрии, пульсоксиметрии, формирование правильной техники ингаляции различными видами ингаляционных устройств.

С 2010 по 2014 г. обучение прошли более 100 участковых терапевтов.

В ноябре 2013 г. на основании методических материалов и наработок, полученных в результате работы Школы практической пульмонологии в г. Екатеринбург, был инициирован новый интерактивный образовательный проект для врачей-терапевтов Ямало-Ненецкого автономного округа (ЯНАО) – Школа практической пульмонологии “ХОБЛ: от А до Я”.

Предпосылками создания данного проекта явились следующие факторы:

- отсутствие возможности у терапевтов ЯНАО своевременно получать актуальную информацию в области респираторной медицины в связи с удаленностью от регионального центра (среднее расстояние между населенными пунктами ЯНАО – 600 км);

- преобладание в общей структуре заболеваемости болезней органов дыхания (данные Департамента здравоохранения ЯНАО, 2012 г.);

- низкая укомплектованность пульмонологической службы в регионе.

Для реализации данного проекта был выбран формат телеконференции в г. Салехарде с подключением отдаленных городов: Лабытнанги, Ноябрьск, Новый Уренгой, Губкинский, Тазовский, Надым, Тарко-Сале. Обучение прошли более 30 врачей-терапевтов.

Результатом проведенной образовательной программы явилось повышение уровня теоретических знаний и практических навыков у врачей первичного звена. В ходе обучения в Школе практической пульмонологии терапевты приобретают навыки диагностики бронхолегочных заболеваний на ранних стадиях, а также уверенного самостоятельного ведения пациента с БА и/или ХОБЛ, включая своевременную коррекцию фармакотерапии и мероприятия по профилактике обострений.

Особенности ведения пациентов с ХОБЛ в реальной клинической практике (по данным Нижегородской области)

Л.Б. Постникова

Городской консультативный
пульмонологический центр,
г. Нижний Новгород

Цель – оценить приверженность врачей первичного звена к использованию “Рекомендаций по диагностике и лечению ХОБЛ”.

Материал и методы. Ретроспективно проанализированы данные 278 амбулаторных карт пациентов с диагнозом ХОБЛ (код J 44.8), зарегистрированных в элек-

тронной базе трех поликлиник Нижегородской области с 01.01.13 по 30.11.13 г.

Результаты. Диагноз ХОБЛ, установленный в соответствии с “Рекомендациями”, зарегистрирован у 149 больных (53,6%). Среди всех пациентов с верифицированным диагнозом ХОБЛ мужчин было 74 (49,7%), женщин – 75 (50,3%). Средний возраст пациентов составил $66,8 \pm 10,1$ года. Активное курение установлено у 62 больных ХОБЛ (41,6%), из них 20 пациентов (13,4%) – бывшие курильщики. Среди женщин курение отмечали 9,3% ($n = 7$), в мужской популяции курили 74,3% ($n = 55$). Инвалидность имели 107 больных ХОБЛ (71,8%): 1-я группа – 5 пациентов (3,4%), 2-я группа – 68 (45,7%), 3-я группа – 34 (22,8%).

У 82 пациентов (55%) отмечено сочетание ХОБЛ и БА, причем женщин было в 1,5 раза больше, чем мужчин, – 53 (64,6%) против 29 (35,4%). Инвалидность при сочетании ХОБЛ и БА имели 55 пациентов (56,7%), при изолированной ХОБЛ – 42 больных (43,2%).

Распределение пациентов по степени тяжести ХОБЛ в соответствии с функциональной классификацией ХОБЛ представлено на рис. 1.

Медикаментозную терапию в реальной клинической практике рекомендовали 131 пациенту с ХОБЛ (87,9%) (на постоянной основе или по потребности). Беродуал использовали 48,3% больных, сальбутамол – 6,7% и фенотерол – 2,7% (рис. 2). ДДБА были назначены только 13 пациентам (8,7%) – формотерол (Атимос) – 6,7%, тиготропия бромид (Спирива ХандиХалер) – 2%.

22,1% больных ХОБЛ использовали ИГКС или комбинированные ИГКС: беклометазона дипропионат – 10,1%, Пульмикорт – 5,4%, Симбикорт – 1,4%, Серетид и Форадил Комби – по 2,7%. Несмотря на тот факт, что более половины больных имели сочетание ХОБЛ и БА, ИГКС или комбинированные ИГКС применяли только 22% пациентов.

На рис. 3 суммированы результаты медикаментозной терапии у больных ХОБЛ в зависимости от степени тяжести заболевания. Пациенты с ХОБЛ легкой степени получали КДБА в 30% случаев, ИГКС в 11% случаев.

В 54,5% случаев при ХОБЛ средней тяжести назначались КДБА, в 5,5% – ДДБА, ИГКС использовали 13,6% пациентов, комбинированные ИГКС – около 20%.

При ХОБЛ тяжелой степени терапия включала КДБА у 67% больных, ДДБА – у 8,7% пациентов, ИГКС и комбинированные ИГКС – у 24 и 5% больных соответственно.



При крайне тяжелой ХОБЛ в 100% случаев назначали КДБА по потребности, ДДБА – в 62,5%, ИГКС – в 25%, комбинированные ИГКС – в 62,5% случаев.

Таким образом, можно отметить, что в условиях реальной клинической практики в половине случаев диагноз ХОБЛ устанавливали без учета исследования ФВД. По численности мужчины и женщины с ХОБЛ составляли равные пропорции, большая часть пациентов была старше 60 лет. Две трети больных по функциональным критериям соответствовали средней степени тяжести ХОБЛ. Преимущественно лечение ХОБЛ в реальной клинической практике проводилось с использованием КДБА, у пациентов с тяжелыми бронхообструктивными нарушениями чаще назначали ИГКС. Доля ДДБА в схеме терапии ХОБЛ была минимальной.

Новые подходы к фармакотерапии пациентов с ХОБЛ и пневмоконииозами

О.В. Родионова, Г.Л. Игнатова, Е.В. Блинова, А.И. Бикмухаметова

Кафедра терапии факультета последипломного и дополнительного профессионального образования Южно-Уральского государственного медицинского университета, г. Челябинск

Заболевания легких, связанные с проблемами экологии и являющиеся “болезнями цивилизации”, приобретают все большую актуальность и социальную значимость. ХОБЛ и пылевые болезни легких в настоящее время относятся к числу наиболее распространенных заболеваний человека и занимают одно из ведущих мест по числу дней нетрудоспособности, инвалидизации и смертности, приводят к значительному экономическому и социальному ущербу.

Для улучшения качества и продления жизни пациентов с ХОБЛ и пневмоконииозами большой интерес представляет появление новых фармакологических средств, которые оказывают воздействие на некоторые функциональные показатели системы органов дыхания.

Цель исследования – изучить действие препарата индакатерол на качество жизни и функцию легких по данным спирометрии и бодиплетизмографии у пациентов с установленными диагнозами ХОБЛ и сочетания ХОБЛ с пневмоконииозом.

Материал и методы. В наблюдение были включены 45 человек, состоящих на диспансерном учете в Челябинском городском пульмонологическом центре. В 1-ю группу вошло 28 пациентов, страдающих ХОБЛ III стадии по спирометрической классифи-

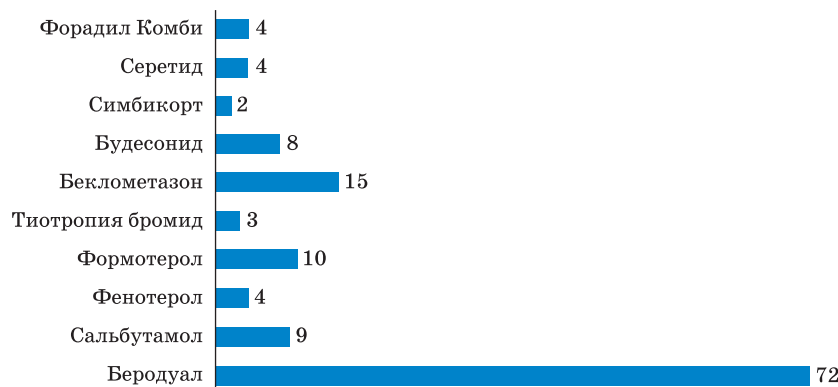


Рис. 2. Доля препаратов, рекомендованных пациентам с ХОБЛ по данным амбулаторных карт.

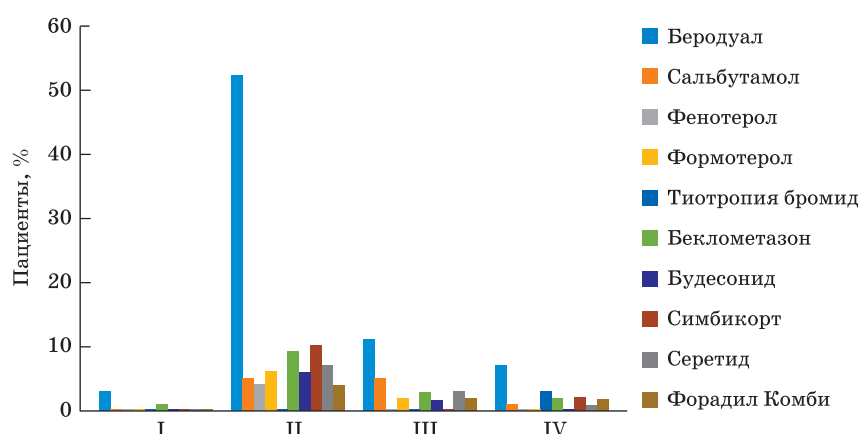


Рис. 3. Распределение препаратов для лечения ХОБЛ с учетом степени тяжести в реальной клинической практике.

кации. Средний возраст 65,07 ± 7,92 года. Курильщиками и бывшими курильщиками являлись 28 человек (100%). Средний стаж курения – 35,71 ± 5,87 года. Индекс курения (ИК) 32,86 ± 5,63 пачек-лет. Одышка регистрировалась у всех пациентов и составила 2,57 ± 1,57 балла по mMRC. Кашель с мокротой также регистрировался в 100% случаев и составил 5,07 ± 2,21 балла по шкале Борга, количество мокроты в сутки – 63,75 ± 7,84 мл. Обострения ХОБЛ в течение последнего года составили в среднем 2,46 ± 1,54.

Во 2-ю группу вошло 17 пациентов, страдающих сочетанной бронхолегочной патологией – пневмоконииозом и ХОБЛ (III–IV стадия). Средний возраст пациентов – 67,53 ± 7,94 года. Профессиональная вредность в среднем составила 35,24 ± 5,76 года. Все пациенты – курильщики и бывшие курильщики. Средний стаж курения – 40,59 ± 6,18 года. ИК 34,94 ± 5,73 пачек-лет. Выраженность одышки – 2,36 ± 1,48 балла по mMRC. Кашель регистрировался у всех пациентов, его выраженность – 2,00 ± 1,88 балла по шкале Борга, мокрота слизистого характера в небольшом количестве –

22,67 ± 4,62 мл/сут. Обострения заболевания – 3,94 ± 1,93 раза за последний год.

Всем пациентам изначально проводились 6-МТ, бодиплетизмография и спирометрия. К базисной терапии назначался индакатерол 150 мкг на 30 дней, после чего вновь оценивались жалобы, проводились 6-МТ, бодиплетизмографическое и спирометрическое исследования.

Результаты. У пациентов 1-й группы были ярко выражены клинические симптомы ХОБЛ. Во 2-й группе пневмоконииоз в некоторой степени нивелировал симптомы ХОБЛ – в сравнении с пациентами 1-й группы менее выражен кашель, меньше выделялась мокрота из-за дистрофических и склерозирующих процессов, в том числе и в слизистой оболочке бронхов, менее выражены расстройства моторики бронхов. Толерантность к физической нагрузке у пациентов с сочетанной патологией была значительно ниже в сравнении с пациентами 1-й группы.

При бодиплетизмографическом исследовании отмечено увеличение таких показателей, как внутригрудной объем, остаточный объем легких, общая емкость легких (ОЕЛ) и снижение объема вдоха в



1-й и 2-й группах относительно должных величин, снижение $ОФВ_1$ в 1-й и 2-й группах, увеличение форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) в сравнении с должными показателями и снижение показателя $ОФВ_1/ФЖЕЛ$ при спирометрии.

После лечения все пациенты стали чувствовать себя лучше: уменьшились одышка, кашель и увеличилось количество отделяемой мокроты, повысилась толерантность к физической нагрузке у всех пациентов.

Интерес представляли пациенты 2-й группы – пневмокониоз проявляется рестриктивными изменениями ФВД, при присоединении ХОБЛ он долго нивелирует обструкцию. Когда ХОБЛ принимает тяжелое или крайне тяжелое течение, при функциональном исследовании на первый план также выходят обструктивные изменения. Показатели не так резко снижены, как при ХОБЛ без пневмокониоза, в нашем случае показатели бодиплетизмографического исследования у пациентов 1-й группы были сопоставимы с таковыми у пациентов 2-й группы. Значительно, но не столь резко, как у пациентов 1-й группы, был снижен показатель $ОФВ_1$, ФЖЕЛ оставалась в пределах нормы. Но клинически пациенты 2-й группы были значительно тяжелее пациентов 1-й группы, так как имели более тяжелую сопутствующую патологию и декомпенсированные осложнения – ХСН, легочную гипертензию, что объясняется наличием сопутствующего профессионального пылевого заболевания.

При сравнении клинических симптомов в обеих группах до и после лечения индакатеролом выявлена тенденция к снижению выраженности кашля, достоверное увеличение количества отделяемой мокроты за счет улучшения проходимости бронхов и как следствие санации бронхиального дерева. При проведении 6-МТ в динамике имела тенденция к увеличению толерантности к физической нагрузке, клинически одышка возникла позже, чем до лечения, однако достоверности различий получено не было.

В 1-й группе после лечения индакатеролом в течение 1 мес снизился остаточный объем легких и уменьшилась ОЕЛ. Достоверно увеличилось объем вдоха, $ОФВ_1$. Данные изменения можно объяснить уменьшением гиперинфляции на фоне улучшения бронхиальной проходимости. Достоверного изменения функциональных показателей во 2-й группе пациентов получено не было, вероятно из-за наличия пневмофиброза.

Выводы

1. Пациенты, страдающие ХОБЛ тяжелой и крайне тяжелой степени, ответили на лечение индакатеролом 150 мкг лучше, чем пациенты, страдающие сочетанием ХОБЛ и пневмокониоза. У них достоверно уменьшилась ОЕЛ, увеличились объем вдоха и $ОФВ_1$, уменьшился кашель, улучшилось отхождение мокроты. Отмечалась тенденция к уменьшению одышки, увеличению расстояния, пройденного во время 6-МТ.

2. У пациентов с ХОБЛ и пневмокониозом после приема индакатерола в течение 1 мес отмечалась тенденция к снижению одышки, увеличению толерантности к физической нагрузке, однако достоверного улучшения показателей ФВД получено не было. Учитывая тяжесть состояния подобных пациентов, отсутствие препаратов, влияющих на пневмофиброз и его последствия, даже клиническое улучшение в этой группе является положительным моментом в лечении.

Интразональность ХОБЛ среди пациентов кардиологического профиля

Т.Г. Шаповалова, Е.С. Пластинина

Кафедра терапии педиатрического и стоматологического факультетов ГБОУ ВПО “Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского” Минздрава России

Цель – выявление распространенности ХОБЛ у пациентов кардиологического профиля.

Задачи – изучить частоту встречаемости факторов риска ХОБЛ и обструктивных нарушений ФВД среди пациентов с патологией сердечно-сосудистой системы, а также наличие и адекватность поддерживающей терапии ХОБЛ.

Материал и методы. Исследование было проведено в два этапа: в декабре 2013 г. и в феврале 2014 г. было обследовано 48 и 56 пациентов, госпитализированных в кардиологические отделения муниципального учреждения здравоохранения ГКБ № 8 г. Саратова. Был использован оригинальный опросник, составленный авторами и состоящий из 14 вопросов. У всех включенных в исследование пациентов оценивалась также степень выраженности одышки по шкале mMRC. У пациентов с факторами риска и симптомами ХОБЛ дополнительно выполнялось измерение $ОФВ_1$ портативным спирометром (Сорд 6).

Критерии исключения из исследования: пациенты, госпитализированные в связи с тяжестью состояния в отделение реанимации и интенсивной терапии с острым инфарктом миокарда, прогрессирующей сердечной недостаточностью и пароксизмальными нарушениями ритма.

Результаты. Средний возраст обследуемых составил $64 \pm 3,8$ года; 54 мужчины (52%), 50 женщин (48%). По нозологическим формам пациенты распределились следующим образом: нестабильная стенокардия – 20 человек (19%), артериальная гипертония – 22 человека (21%), ХСН – 32 человека (32%), перенесенный инфаркт миокарда – 21 человек (21%), стенокардия напряжения – 3 человека (4,5%), дисгормональная кардиомиопатия – 2 человека (2,5%). Одышка по шкале mMRC была выявлена у 91 больного (87,5%), из этого числа соответствующая одному баллу – у 22 человек (23%), двум – у 46 человек (50%), трем – у 7 человек (7%) и четырем баллам – у 16 человек (18%). У 21 пациента (20,2%) отмечался хронический малопродуктивный кашель. У 34 человек (32,7%) был выявлен важный фактор риска ХОБЛ – курение, причем интенсивное (≥ 20 сигарет в сутки) и с длительным стажем (≥ 20 лет) было отмечено у 25 человек (24%). Контакт с профессиональными вредностями (пыль, кислоты, щелочи) отметили 17 человек (16%). Оба фактора риска ХОБЛ имелись у 13 человек (12,5%). Снижение $ОФВ_1$ было выявлено у 16 человек (15,4%). Вместе с тем диагноз ХОБЛ ранее был установлен только у 7 пациентов с выявленными обструктивными нарушениями ФВД (6,7%). Шести пациентам с ранее диагностированной ХОБЛ назначались препараты для поддерживающей терапии (формотерол, тиотропий), однако только трое из них получали нерегулярную базисную терапию формотеролом, на фоне которой сохранялись симптомы легочного заболевания ввиду низкой комплаентности лечения.

Заключение. Почти у половины обследованных пациентов были выявлены факторы риска ХОБЛ, у 15,4% имелись обструктивные нарушения ФВД, причем только у половины из них была ранее диагностирована ХОБЛ. У больных с ранее установленным диагнозом ХОБЛ отсутствовала адекватная поддерживающая терапия из-за низкой комплаентности лечения.

Статья опубликована при финансовой поддержке ООО “Новартис Фарма” (Россия) в соответствии с внутренними политиками общества и действующим законодательством Российской Федерации. ООО “Новартис Фарма”, его работники либо представители не принимали участия в написании настоящей статьи, не несут ответственности за содержание статьи, а также не несут ответственности за любые возможные отношения к данной статье договоренности либо финансовые соглашения с любыми третьими лицами. Мнение ООО “Новартис Фарма” может отличаться от мнения автора статьи и редакции.