

Андрей Белевский:

ПРОБЛЕМА ХОБЛ

ЕЩЕ НЕ РЕШЕНА, НО НАШИ ВОЗМОЖНОСТИ РАСШИРИЛИСЬ

По мере накопления сведений в области патологии легких, связанной в первую очередь с курением табака, все большее внимание стала привлекать хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), остающаяся серьезной медицинской и социальной проблемой. О современных взглядах на причины возникновения и широкого распространения этого тяжелого заболевания, о новых возможностях его лечения рассказывает главный пульмонолог Департамента здравоохранения г. Москвы д.м.н., профессор кафедры пульмонологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова Андрей Станиславович БЕЛЕВСКИЙ.

? — Андрей Станиславович, насколько высока распространенность ХОБЛ в России, в т. ч. в сравнении с другими странами мира, и насколько опасно это заболевание для пациентов?

— Хроническая обструктивная болезнь легких, или ХОБЛ, — весьма распространенная патология. Раньше она была знакома врачам и пациентам под названиями «хронический обструктивный бронхит», «эмфизема легких». Интеграция российской медицинской науки с международным медицинским сообществом определила изменения в терминологии. Теперь мы говорим, как и во всем мире, о ХОБЛ.

Популяция больных составляет примерно 6—8% от всего населения. Считается, что в мире каждый десятый человек старше 40 лет болен ХОБЛ, среди курильщиков — каждый второй демонстрирует клинические и функциональные признаки, которые позволяют установить диагноз ХОБЛ. Распространенность ХОБЛ неуклонно увеличивается, причем у женщин гораздо быстрее, чем у мужчин.

Важно отметить, что количество пациентов с ХОБЛ во всем мире значительно выше, чем зарегистрировано. Так, в Европе и США выявляется только 25—30% случаев заболевания. В России ХОБЛ диагностирована примерно у 2 млн человек, эпидемиологические же исследования показывают, что истинное количество больных превышает 16 млн. Заболе-

ваемость и смертность от этой патологии также продолжают увеличиваться. Эксперты ВОЗ считают, что ХОБЛ является одной из ведущих причин инвалидизации взрослого населения. На ее долю приходится примерно 5% от общего количества смертей: в 2005 г. на земном шаре более 3 млн скончалось от ХОБЛ. Предполагают, что к 2020 г. это заболевание выйдет на 3-е место среди причин смерти и станет виновником 4,7 млн смертей в год. Кроме того, ХОБЛ тяжелым экономическим бременем ложится как на пациента и его семью, так и на государство и общество.

? — Чем объясняется такое развитие ситуации?

— ХОБЛ — заболевание, которое прежде всего вызывается курением табака и в очень редких случаях воздействием других вредных ингаляционных веществ. Табачный дым является мощным источником оксидантов и содержит большое число органических высокорективных радикалов, в числе которых гидроксильный радикал, оксид азота и пероксид водорода. Оксидативный стресс, вызывая воспаление, приводит к необратимым повреждениям структур паренхимы легких и дыхательных путей из-за инактивации ингибиторов протеаз. Следует особо подчеркнуть, что действие медиаторов воспаления, продуктов оксидативного стресса не ограничивается легочной тканью. Также поражается скелетная

мускулатура, при этом больной теряет мышечную массу и силу, а сами миоциты подвергаются выраженным дистрофическим изменениям. Деструктивным изменениям подвергаются даже сосуды.

Вторая причина сложившейся сегодня ситуации и пессимистических прогнозов — как я уже говорил — поздняя выявляемость и запоздалое начало лечения. К сожалению, пациент приходит к врачу только тогда, когда у него развивается одышка. Кашель по утрам, иногда с мокротой, курильщиками не воспринимается болезненным симптомом, большинство считает его нормой. Между тем одышка свидетельствует о далеко зашедшем заболевании, характеризующемся развитием хронической бронхиальной обструкции, которая с годами медленно прогрессирует и чаще всего является необратимой.

? — Вы сказали, что ХОБЛ это неуклонно прогрессирующее заболевание. Существуют ли способы замедлить этот процесс?

— К сожалению, такой же эффективной терапии, как при бронхиальной астме, при ХОБЛ нет. Поскольку основой, сутью болезни является разрушение собственной ткани легких и бронхиального дерева в результате попадания табачного дыма в легкие и развития специфического воспаления, пациенту в первую очередь рекомендуют бросить курить. По мнению экспертов ВОЗ, прекращение курения — самый важный шаг в направлении уменьшения риска для здоровья. По данным исследований, на любом этапе заболевания, в любом возрасте отказ от курения продлевает жизнь человеку. Во-вторых, больному ХОБЛ необходимо поддерживать легкие в тренированном состоянии, а для этого должна быть

адекватная физическая нагрузка. Ну и, в-третьих, конечно, медикаментозная терапия.

Ее основу в настоящий момент составляют бронхорасширяющие препараты. Дело в том, что при ХОБЛ обязательно развивается сужение бронхов, и на остаток обратимого компонента бронхообструкции можно воздействовать этими средствами. Спектр бронхолитиков довольно широк, их можно разделить на две большие группы. Первая — препараты скорой помощи, которые действуют незамедлительно, и вторая — препараты базисной терапии, эффект которых продолжается и 12, и 24 часа.

В качестве средств базовой терапии в основном рассматриваются бета-2-агонисты длительного действия и холинергические препараты длительного действия. Еще одна группа средств, которые применяются в качестве базисной терапии ХОБЛ, — это ингаляционные глюкокортикостероиды. В данном случае гормоны не оказывают такого волшебного действия, как при бронхиальной астме, тем не менее их применяют, особенно у пациентов с частыми обострениями или у людей с сохраненной обратимостью бронхиальной обструкции. При ХОБЛ выделяется группа больных, бронхи которых хорошо реагируют на бронхорасширяющие препараты. В этих случаях и гормональные препараты гораздо более эффективны, чем у других пациентов. Гормональные препараты способны подавлять воспалительную реакцию, но воспаление при ХОБЛ таково, что глюкокортикостероиды не способны полностью его купировать. Еще раз хочу подчеркнуть, что ситуация осложняется поздними обращениями пациентов за помощью, на этапе, когда уже произошли серьезные изменения в легочной ткани.

? — *Появились ли за последнее время новые направления в терапии ХОБЛ, новые классы препаратов?*

— Все озвученные проблемы стимулируют постоянный поиск новых

противовоспалительных препаратов. Поскольку противовоспалительная активность клетки находится в прямой зависимости от уровня циклического аденозинмонофосфата, основные усилия исследователей направлены на создание препаратов, увеличивающих его содержание в клетках респираторной системы. Способностью повышать уровень аденозинмонофосфата обладают ингибиторы фосфодиэстеразы-4 (ФДЭ-4), которые в настоящее время представлены одним препаратом. Рофлумиласт, недавно зарегистрированный в нашей стране под торговым наименованием Даксас, специфически увеличивает содержание циклического аденозинмонофосфата, тем самым снижая провоспалительную активность клетки. В результате применения препарата уменьшается хроническое воспаление в дыхательных путях, которое является важным фактором в прогрессировании заболевания.

Клиническая эффективность рофлумиласта у пациентов с ХОБЛ среднетяжелого и тяжелого течения была продемонстрирована в серии крупных рандомизированных плацебо-контролируемых исследований. Рофлумиласт не обладает прямым бронхорасширяющим действием, но благодаря своим противовоспалительным эффектам способен улучшить функциональные показатели и уменьшить количество обострений у пациентов с ХОБЛ.

? — *Этот препарат заменит другие препараты или его нужно добавлять к уже имеющейся терапии?*

— В соответствии с современными рекомендациями Глобальной стратегии диагностики, лечения и профилактики ХОБЛ (GOLD) рофлумиласт рассматривается как терапия, назначаемая дополнительно к приему комбинации ингаляционных кортикостероидов и бета-2-агонистов длительного действия или к приему длительно действующих антихолинергических препаратов у пациентов с выраженными симптомами, тяжелой или очень тяжелой бронхи-

альной обструкции (ОФВ1 < 50%) и высоким риском обострений (два и более в год). Препарат предназначен для длительного применения.

? — *Какой клинический эффект могут ожидать пациенты при лечении этим препаратом?*

— Пациентам трудно оценить эффективность рофлумиласта, ориентируясь на кашель и одышку, т. к. препарат воздействует на патогенез, а не на симптомы. Применение рофлумиласта при ХОБЛ схоже с применением статинов в кардиологии. Пациенты не видят клинического эффекта, но препарат достоверно уменьшает риск развития будущих событий. В случае рофлумиласта это снижение риска следующих обострений.

? — *Добавление еще одного препарата в схему терапии, судя по всему, еще более удорожает и так недешевое лечение ХОБЛ?*

— Все время идут разговоры о том, что новые препараты увеличивают стоимость любого лечения. Это действительно так. Но дело в том, что благодаря применению рофлумиласта снижается количество обострений и, соответственно, числа госпитализаций. А основная статья затрат в лечении ХОБЛ — это больничные расходы, которые в случае тяжелого обострения, требующего интенсивной терапии, возрастают многократно. Поэтому в итоге получается, что рофлумиласт совокупную стоимость болезни даже уменьшает. Приблизительный расчет дает такие цифры: за год терапии за счет уменьшения частоты обострений, а значит, и затрат на лечение обострений не только окупаются затраты на приобретение рофлумиласта, но и экономится около 1 500 руб.

Проблема ХОБЛ в настоящее время не может считаться решенной, но в ее плановой терапии появился еще один препарат, который поможет нам справляться с этим заболеванием.



Беседовала **Ирина ФИЛИПОВА,**
«Ремедиум»