

Международные рекомендации

Глобальная инициатива по ХОБЛ —
пересмотр 2003 г.

✍ А.С. Белевский

*Кафедра пульмонологии
Факультета усовершенствования врачей РГМУ*

В последние 5–7 лет как в России, так и на международном уровне все большее внимание уделяется проблеме хронической обструктивной болезни легких. Это связано с рядом причин.

Одна из самых актуальных проблем недавнего времени в пульмонологии — бронхиальная астма — во много разрешена, во всяком случае, с точки зрения понимания проблемы на сегодняшний день, как с научной, так и с практической точек зрения. Выявлены основные механизмы формирования болезни, разработаны пути диагностики, профилактики и лечения, имеется большой спектр современных лекарственных препаратов, которые в большинстве случаев помогают в той или иной степени преодолеть заболевание. Для появления новых научных открытий как в области теории, так и в области создания новых лекарств потребуется некоторое время, поэтому врач еще долго будет пользоваться фундаментальными знаниями о бронхиальной астме и способах ее лечения, полученными на сегодняшний день.

С другой стороны, по мере накопления новых сведений в области патологии легких, связанной, в первую очередь, с курением табака, все большее внимание стала привлекать хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) как серьезная медицинская и социальная проблема, которая до сих пор остается неразрешенной. Медицинский аспект определяется характером патологического процесса при ХОБЛ, заключающегося в воспалении в стенке бронхиального дерева, паренхиме легких и легочных сосудах, которое не может столь

же успешно лечиться противовоспалительными препаратами, как это происходит при бронхиальной астме. Необратимые изменения, которые возникают в процессе болезни со стороны всех составляющих респираторной системы, также объясняют меньшую эффективность лечения. Кроме того, для этой патологии характерны системные эффекты, подход к коррекции которых отличается от такового при других заболеваниях легких. Социальная проблема заключается в высокой степени социальной дезадаптации пациентов вследствие тяжелой одышки, преимущественно пожилого возраста, измененных ментальных характеристик.

Подобно тому как для бронхиальной астмы международное медицинское сообщество разработало “Глобальную стратегию лечения и профилактики бронхиальной астмы”, для ХОБЛ была создана рабочая группа “Глобальная инициатива по хронической обструктивной болезни легких”, которая выпустила документ “Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких”. Данная статья посвящена обзору нового пересмотра указанных рекомендаций 2003 г.

Напомним, что *ХОБЛ — заболевание, характеризующееся ограничением скорости воздушного потока, которое обратимо не полностью. Ограничение скорости воздушного потока является прогрессирующим и связано с патологическим воспалительным ответом легких на действие ингалируемых патогенных частиц или газов.*

Так выглядит определение в описываемом документе. Таким образом, то, что ранее в отечественной литературе называлось обструктивным бронхитом в сочетании с эмфиземой и т.д., в современной интерпретации называется ХОБЛ при условии, что имеются сведения о наличии повреждающих ингаляционных агентов, которые и вызывают данную патологию. Подчеркивается, что так же, как и бронхиальная астма, заболевание имеет воспалительную природу, поражая мелкие бронхи и приводя к деструкции паренхимы. Основными клиническими признаками болезни являются кашель, выделение мокроты, а также прогрессирующая одышка, которая со временем начинает превалировать над всеми остальными симптомами.

Основными факторами, которые позволяют установить диагноз ХОБЛ, являются наличие экзогенного ингаляционного воздействия, в подавляющем большинстве случаев — курения, возможного присутствия кашля и выделения мокроты, на определенном этапе — появления и прогрессирования одышки, а также снижение скорости воздушного потока, который определяется при исследовании функции легких.

Классификация ХОБЛ в основном проводится по параметрам функции легких.

| Стадия | Функция легких |
|---------------------------|--|
| 0 — риск развития болезни | Нормальные показатели |
| I — легкая | $ОФВ_1/ФЖЕЛ < 70\%$ от должного, $ОФВ_1 \geq 80\%$ от должного |
| II — средняя | $ОФВ_1/ФЖЕЛ < 70\%$ от должного, $50\% \leq ОФВ_1 < 80\%$ от должного |
| III — тяжелая | $ОФВ_1/ФЖЕЛ < 70\%$ от должного, $30\% \leq ОФВ_1 < 50\%$ от должного |
| IV — крайне тяжелая | $ОФВ_1/ФЖЕЛ < 70\%$ от должного, $ОФВ_1 \leq 30\%$ от должного или $ОФВ_1 < 50\%$ от должного в сочетании с хронической дыхательной недостаточностью |

При этом подчеркивается, что основным симптомом, который заставляет пациента обращаться за медицинской помощью, является прогрессирующая одышка, причем течение заболевания может быть различным и по скорости развития симптомов, и по возрасту, в котором они начинают проявляться.

Этиология и патогенез

Основной причиной развития ХОБЛ является курение. В то же время среди факторов риска также выделяют производственные ингаляционные вредности, загрязнение воздуха атмосферы и внутри жилищ, рецидивирующую инфекцию респираторного тракта, низкий социально-экономический уровень, генетическую предрасположенность (в особенности дефицит α_1 -антитрипсина), гиперреактивность дыхательных путей и нарушение роста и развития легких.

Как уже было сказано, ХОБЛ — воспалительное заболевание. В нем принимают участие в основном макрофаги и нейтрофилы, а также $CD8^+$ Т-лимфоциты. Из медиаторов воспаления характерными для ХОБЛ являются лейкотриен В₄ и интерлейкин 8. Эти особенности кардинальным образом отличают ХОБЛ от бронхиальной астмы, при которой характерными клетками воспаления являются эозинофилы и $CD4^+$ Т-лимфоциты, а медиаторами воспаления — лейкотриен D₄, интерлейкины 4 и 5. Кроме того, характерными морфологическими последствиями воспаления при ХОБЛ являются метаплазия эпителия и развитие склеротических изменений в стенке бронха, а для бронхиальной астмы — десквамация эпителия и утолщение базальной мембраны. При ХОБЛ, кроме того, выделяется ряд воспалительных медиаторов, которые обладают системным действием (например, тумор-некротический фактор α). Для ХОБЛ также характерен оксидативный стресс, который принимает значимое участие

Международные рекомендации

тие в патогенезе болезни, также оказывая системное действие.

Таким образом, воспалительные изменения, которые вызываются патологическим действием ингаляционных повреждающих факторов, ведут к изменениям: в стенке бронхиального дерева, нарушая мукоцилиарный клиренс и изменяя эластические свойства бронхов, в паренхиме легких, что приводит к эмфиземе, а также в легочных сосудах, которые также поражаются в процессе воспаления.

С патофизиологической точки зрения воспаление в респираторной системе приводит к обратимым (бронхоспазм, отек бронхиальной стенки, количественное и качественное нарушение бронхиального секрета, динамическая гиперинфляция при физической нагрузке) и необратимым изменениям (склерозирование стенки бронхов, экспираторное спадение мелких бронхов, эмфизема). В то же время степень выраженности различных изменений отличается от пациента к пациенту. В связи с этим выделяют преимущественно эмфизематозный тип ХОБЛ, когда в клинической картине на первый план выступают эмфизема и изнурительная одышка, и бронхитический тип, характеризующийся преимущественными признаками поражения бронхиального дерева с соответствующими клиническими проявлениями – бронхиальной обструкцией, кашлем, мокротой. Указанные фенотипы рекомендуется выносить в диагноз.

Для ХОБЛ (в отличие от бронхиальной астмы) характерно системное действие болезни. Действие медиаторов воспаления, продуктов оксидативного стресса не ограничивается легочной тканью. В первую очередь, поражается скелетная мускулатура, и при этом больной теряет мышечную массу и силу, а сами миоциты подвергаются выраженным дистрофическим изменениям. Это приводит к еще большему ограничению переносимости физической нагрузки у больных ХОБЛ из-за низкого анаэробного порога.

Диагностика ХОБЛ

В клинической практике диагноз ХОБЛ устанавливается на основании признаков, характерных для нарушения мукоцилиарного клиренса (кашель с отхождением мокроты), вентиляционной и газообменной функций легких (которые проявляются одышкой, возникающей, как правило, после 45 лет), а также на основании результатов исследования функции внешнего дыхания (см. классификацию ХОБЛ).

Основными осложнениями ХОБЛ служат хроническая дыхательная недостаточность, определяющаяся по уровню газов артериальной крови или сатурации крови, а также легочная гипертензия и хроническое легочное сердце, что определяется с помощью электрокардиографии, эхокардиографии и прямого измерения давления в легочной артерии.

Каким же образом диагноз ХОБЛ соотносится с предыдущими диагнозами, которые устанавливались до появления данного обозначения болезни? Ранее курящему пациенту, жалующемуся на кашель с мокротой, одышку, имеющему признаки обструкции бронхиального дерева и эмфиземы, устанавливался диагноз хронического обструктивного бронхита, пневмосклероза, эмфиземы легких. Согласно существующим представлениям, такой термин просто заменяется диагнозом ХОБЛ с указанием степени тяжести, преимущественного фенотипа и осложнений. Если пациент не курит, не работает на вредном производстве, не контактирует с другими источниками ингаляционных повреждающих веществ, то диагноз ХОБЛ становится сомнительным. В этом случае следует проводить диагностический поиск среди других болезней, сопровождающихся поражением бронхиального дерева, таких как бронхиальная астма, бронхолит, муковисцидоз, бронхоэктатическая болезнь и т.д. Вероятность наличия ХОБЛ также мала при наличии признаков атопии, появлении жалоб на одышку в молодом возрасте, радикаль-

ном положительном влиянии терапии глюкокортикостероидами. Возможно сочетание болезней. Если больной бронхиальной астмой курит, то вероятно и развитие воспаления, характерного для ХОБЛ.

Лечение

Лечение ХОБЛ складывается из уменьшения воздействия факторов риска, в первую очередь курения табака, обучения пациентов, медикаментозного лечения и реабилитационных мероприятий.

Побуждение к отказу от курения – один из наиболее сложных компонентов программы ведения больных ХОБЛ. Среди наиболее успешных мероприятий следует выделить беседу медицинского работника, применение никотинзамещающих препаратов и антидепрессантов (бупропион и нортриптилин).

Обучение пациентов необходимо, однако при ХОБЛ эта задача становится достаточно трудной. Обычно обучающая информация содержит сведения о природе заболевания, механизмах возникновения симптомов, правилах применения лекарственных препаратов. Кроме того, излагаются приемы уменьшения одышки в быту и при передвижениях, основные принципы реабилитационных мероприятий.

Основой лекарственной терапии являются бронхолитические препараты. При тяжелой и крайне тяжелой стадиях ХОБЛ применяют ингаляционные глюкокортикостероиды. Объем терапии зависит от степени тяжести ХОБЛ.

При всех стадиях рекомендуется отказ от курения, противогриппозная вакцинация и исключение других факторов риска. При легком течении болезни рекомендуют короткодействующие бронхолитики по потребности, при среднетяжелом – добавляют регулярное лечение одним или более бронхолитиками длительного действия, а также осуществляют реабилитационные мероприятия. При тяжелом и крайне тяжелом течении заболевания при повторяю-

щихся обострениях, помимо перечисленного выше, назначают ингаляционные глюкокортикостероиды. Кроме того, при крайне тяжелом течении рассматривают вопрос о назначении кислородотерапии и проведении операции объемного уменьшения легких. Достаточного доказательства эффективности других препаратов при плановом лечении ХОБЛ, в том числе мукоактивных средств, не получено. Тем не менее, указывается, что длительное применение N-ацетилцистеина приводит к снижению частоты обострений. Правда, в данном случае речь идет, в первую очередь, о его антиоксидантных свойствах.

В “Глобальную стратегию диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких” пересмотра 2003 г. впервые введен новый препарат – антихолинергическое средство длительного действия тиотропий бромид под коммерческим названием Спирива. Спирива блокирует действие ацетилхолина на уровне всех трех типов мускариновых рецепторов, обеспечивая длительное бронхолитическое (более 24 ч) действие. Имеются многочисленные данные о положительном влиянии тиотропия бромида на течение ХОБЛ. Это касается как бронхолитического эффекта, так и снижения скорости падения функции легких во время длительного наблюдения за больными. Кроме того, доказано, что, помимо функции легких, при использовании тиотропия бромида увеличивается толерантность к физической нагрузке и улучшаются показатели уровня качества жизни. Сравнительные исследования показали преимущество тиотропия бромида перед ипратропия бромидом (атровент) и сальметеролом.

В последнем пересмотре документа также упоминается возможность комбинации различных длительнодействующих бронхорасширяющих препаратов с разнонаправленным механизмом действия. Кроме того, указывается на целесообразность применения сочетания бронхолитиков

Международные рекомендации

длительного действия и ингаляционных глюкокортикостероидов, в том числе и в фиксированных комбинациях: сальметерол плюс флутиказон (серетид), формотерол плюс будесонид (симбикорт).

Наиболее эффективной реабилитацией при ХОБЛ признается физическая тренировка, которая увеличивает силу и выносливость верхней и нижней групп мышц, что достоверно уменьшает степень выраженности одышки при физической нагрузке. Кроме того, в понятие реабилитации входят психологическая поддержка, нормализация нутритивного статуса, длительная кислородотерапия в домашних условиях и операция объемного уменьшения легких при выраженной эмфиземе.

Обострение является важным событием в жизни больного ХОБЛ, которое существенно утяжеляет дальнейшее течение заболевания. Основными правилами предотвращения обострения являются соблюдение полноценного лечебного режима в период ремиссии, противогриппозная вакцинация, применение поливалентных бактериальных вакцин, физическая реабилитация, а также отказ от курения.

Принципами терапии обострений является модификация бронхолитического лечения с применением небулайзера, использование системных глюкокортикостероидов, антибактериальная терапия, муколитические средства. Важным обстоятельством

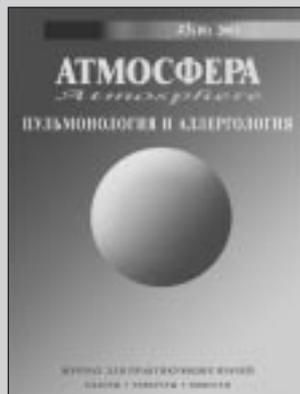
лечения обострения является мониторинг степени дыхательной недостаточности с использованием определения газового состава артериальной крови, рН, а также сатурации крови. Наличие тяжелой дыхательной недостаточности является показанием к кислородотерапии, а вентиляционная недостаточность легких, проявляющаяся в повышении рСО₂ артериальной крови, является показанием к применению респираторной поддержки, в первую очередь неинвазивной вентиляции легких.

Таким образом, “Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких” пересмотра 2003 г. является базисным документом, на который в настоящее время опираются все программы лечения больных ХОБЛ. Ожидается, что с определенной регулярностью будут осуществляться новые редакции документа, в которые войдут последние исследования, доказывающие эффективность того или иного лечебного или профилактического мероприятия.

Рекомендуемая литература

Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких / Пер. с англ. под ред. Чучалина А.Г. М.: Атмосфера, 2003.

Клинические рекомендации. Хроническая обструктивная болезнь легких / Под ред. Чучалина А.Г. М.: Атмосфера, 2003.



Продолжается подписка на научно-практический журнал “Атмосфера. Пульмонология и аллергология”

Подписку можно оформить
в любом отделении связи России и СНГ.
Журнал выходит 4 раза в год.
Стоимость подписки на полгода
по каталогу агентства “Роспечать” – 44 руб.,
на один номер – 22 руб.

Подписной индекс 81166.