

# Стандарты диагностики и лечения бронхиальной астмы и ХОЗЛ

По материалам VI Национального астма-конгресса

**Хронические бронхообструктивные заболевания – бронхиальная астма (БА) и хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ) – по-прежнему не теряют своей актуальности. Продолжается поиск новых методов и подходов к лечению этих серьезных заболеваний. О состоянии проблемы БА и ХОЗЛ в мире и Украине, а также современных стандартах их диагностики и лечения участником VI Национального астма-конгресса рассказал главный внештатный пульмонолог и фтизиатр МЗ Украины, академик НАМН и НАН Украины, директор Национального института фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Юрий Иванович Феценко.**



Ю.И. Феценко

– В мире БА болеет 300 млн человек. Распространенность заболевания в разных странах колеблется от 1 до 18%. Экономический ущерб от этого заболевания значителен, по данным ВОЗ на БА ежегодно приходится 15 млн утраченных вследствие инвалидности лет жизни (DALY), что составляет 1% общего ущерба от всех заболеваний. Ежегодно от астмы умирает 250 тыс. больных, причем смертность не коррелирует с распространенностью.

В Украине в 2011 г. распространенность астмы составила 515,9 больных на 100 тыс. взрослого населения. Данные официальной статистики очень низкие, не отражают реальную картину. Анализ показателя в динамике показывает тенденцию к некоторому росту заболеваемости, что возможно является результатом улучшения выявляемости. Смертность от БА и астматических состояний в нашей стране невысока, можно отметить даже тенденцию к ее уменьшению.

**!** От правильной и своевременной постановки диагноза БА зависит назначение соответствующей терапии, профилактика обострений и других неблагоприятных событий.

Симптомы астмы могут быть непостоянными, не обращающими на себя внимания больного и не побуждающими его обратиться к врачу. Когда они не ярко выражены, неспецифичны, свойственны другим заболеваниям органов дыхания, это приводит к неправильной диагностике, назначению неадекватной терапии и прогрессированию заболевания. Поэтому к оценке больного необходимо подходить комплексно, с учетом клинических симптомов (в первую очередь) и показателей функции внешнего дыхания (ФВД) – спирометрических или пикфлоуметрических, позволяющих оценить тяжесть бронхообструкции, ее обратимость, вариабельность и подтверждающих диагноз астмы. Спирометрия сейчас достаточно доступна, к тому же повышается доступность такого простого, но очень информативного метода измерения проходимости дыхательных путей, как пикфлоуметрия. Определить наличие факторов риска помогает оценка аллергического статуса. Измерение бронхиальной гиперреактивности позволяет верифицировать диагноз в спорных случаях, если симптомы проявляются при отсутствии функциональных нарушений. На сегодняшний день в нашей стране есть все возможности для широкого применения этих инструментов и грамотного ведения больных БА.

**!** Цель лечения астмы – достижение и поддержание контроля заболевания на протяжении длительного периода времени с обязательным учетом безопасности и стоимости препаратов, необходимых для достижения этой цели.

Контроль должен включать не только оценку клинических проявлений (симптомов, потребности в «скорпомощной»

терапии, ограничения ежедневной активности, функции легких), но также ожидаемых рисков (обострений, ускоренного падения функции дыхания, побочных проявлений терапии). Достижение хорошего текущего контроля астмы снижает риск обострений.

Современная классификация астмы, основанная на степени контроля заболевания, хорошо коррелирует с тестом по контролю астмы (АСТ), который уже широко применяется в нашей стране. Это рабочая классификация, которую следует постоянно использовать в клинической практике для оценки возможности уменьшения терапии и усиления при недостаточном контроле.

Следует отметить, что у отдельных больных, несмотря на достижение неплохого контроля астмы, все-таки сохраняется риск обострений. Например, у курящих лиц меньше вероятность достижения контроля астмы и даже при его достижении достаточно высок риск обострений.

Несмотря на все наши усилия, на значение адекватного максимального объема терапии, существует группа больных, у которых не удается достичь достаточного контроля. Вопрос тяжелой, трудно поддающейся лечению БА все еще на повестке дня.

В клинической практике часто приходится сталкиваться с ситуацией, когда термин «тяжелая астма» предполагает выраженные симптомы или сниженные показатели ФВД. Пациенты сами часто считают свое заболевание тяжелым, испытывая частые и интенсивные симптомы, тогда как на самом деле они принимают недостаточную терапию или неправильно пользуются доставочным устройством.

В настоящее время тяжесть астмы классифицируется на основании интенсивности терапии, необходимой для достижения и поддержания контроля. Легкая астма хорошо контролируется приемом терапии низкой интенсивности (низкие дозы ингаляционных кортикостероидов (ИКС), модификаторы лейкотриенов, то есть лечение, соответствующее 1-2-му шагам терапии). Тяжелая астма предполагает высокоинтенсивную терапию, соответствующую 4-5-му шагам, или же ситуации, когда хороший контроль не достигнут, даже несмотря на интенсивную терапию.

Но следует отметить, что используемая сейчас классификация БА не отражает гетерогенности этого заболевания.

**!** Принято считать, что пациенты с одинаковой тяжестью заболевания нуждаются в одной и той же схеме лечения, однако у них могут превалировать разные патогенетические механизмы болезни. Для выделения фенотипов заболевания анализируются отдельные параметры, такие как атопия, клинические характеристики, маркеры воспаления, ответ на терапию и так далее.

Например, результаты Программы по исследованию тяжелой астмы (США) позволили выделить 5 кластеров БА. Так, при раннем начале БА у больных

с атопией заболевание имеет 2 фенотипа – с хорошим ответом на терапию и одним или двумя контролирующими препаратами и с потребностью в медикаментах трех и более классов.

Выделен фенотип БА, присущий пожилым женщинам с избыточной массой тела. Такие больные в силу тяжести состояния вынуждены принимать оральные кортикостероиды на постоянной основе. Однако фенотипирование позволяет применить у них другие подходы к лечению, например, выявление возможного синдрома обструктивного апноэ/гиппноэ сна, коррекцию ожирения, дополнительное применение медикаментов других групп.

Среди пациентов с тяжелой бронхообструкцией обращает также на себя внимание группа больных с сопутствующими артериальной гипертензией, гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, синуситами. У больных тяжелой БА диагностика и лечение сопутствующей патологии – неотъемлемый пункт оказания медицинской помощи наряду с обязательным применением базисной терапии ИКС в комбинации с β<sub>2</sub>-агонистами пролонгированного действия.

**!** В настоящее время ХОЗЛ является, пожалуй, самой актуальной проблемой пульмонологии. Распространенность этого заболевания очень высока и неуклонно растет, а лечение и улучшение исходов остаются непростыми задачами.

Согласно данным ВОЗ в мире насчитывается около 65 млн больных ХОЗЛ. По данным официальной статистики, распространенность ХОЗЛ варьирует от 0,2% в Японии до 37% в США, значительно различаясь в разных странах и группах населения, зависит от используемых диагностических методик и возраста обследованных.

При этом благодаря систематическим обзорам и метаанализам исследований, проведенных в 28 странах мира за период 1990–2004 годов, четко установлено, что распространенность ХОЗЛ выше среди курящих и бывших курильщиков, чем среди некурящих. Интересно, что по результатам исследования BOLD распространенность ХОЗЛ достаточно высока и среди никогда не куривших лиц и составляет, например, от 3 до 11% у мужчин старше 40 лет.

Что касается Украины, то по нашим оценкам реальная распространенность ХОЗЛ соответствует среднемировым показателям и составляет около 6–7% взрослого населения, однако официальная статистика все еще значительно отстает от реальности. Распространенность ХОЗЛ на сегодняшний день в Украине по официальным данным составляет 1105 человек на 100 тыс. взрослого населения, или 1,1%. Это немного больше, чем в Японии, и намного меньше, чем в США, однако вовсе не свидетельствует о благоприятной эпидемиологической ситуации по ХОЗЛ в нашей стране.

Наряду со странами третьего мира курение среди женщин в Украине растет

небывалыми темпами и приобретает характер пандемии. К сожалению, все больше детей начинают курить в подростковом возрасте, а многие – в виде пассивного курения и в раннем возрасте, что вносит свою лепту в рост распространенности ХОЗЛ и «омоложение» этого заболевания.

**!** К сожалению, очень многие больные ХОЗЛ не знают о наличии у них заболевания и своевременно не получают необходимого лечения, что существенно усугубляет прогноз. Причинами гиподиагностики являются длительное малосимптомное течение болезни, плохая осведомленность населения и врачей первичного звена здравоохранения о симптомах ХОЗЛ и возможностях его скрининга.

А ведь для своевременной диагностики этого заболевания в большинстве случаев достаточного одного не очень дорогостоящего и доступного метода – спирометрии. Наименьшая распространенность отмечалась в исследованиях, где для оценки ХОЗЛ применялись только опросники, поэтому в большинстве случаев распространенность не превышала 6% среди взрослых. В исследованиях с применением спирометрии, результаты были более высокими.

В Европейском союзе прямые затраты на лечение болезней органов дыхания составили более 6% от всего бюджета на здравоохранение, среди них доля ХОЗЛ – 56%. Основные затраты понесли для лечения обострений, в частности госпитализации и кислородотерапии в амбулаторных условиях, стоимость которых резко возросла по мере усиления тяжести ХОЗЛ.

По прогнозам экспертов, по вкладу в общую смертность и нетрудоспособность населения (показатель DALY) ХОЗЛ к 2030 г. переместится с 13-й на 7-ю позицию.

Риск развития ХОЗЛ у лиц после 40 лет экспоненциально увеличивается с возрастом. В целом для этой возрастной категории он составляет 27,6% на протяжении жизни. Оказалось, что вероятность ХОЗЛ лишь на 1/3 ниже риска развития диабета и значительно выше, чем вероятность развития сердечной недостаточности, инфаркта миокарда, рака. Авторы обращают внимание на то, что риск ХОЗЛ такой же или более высокий, чем риск развития других заболеваний, внимание к которым со стороны общественности и органов здравоохранения сейчас значительно выше. Следовательно, имеются объективные предпосылки для большей

Продолжение на стр. 12.

## Стандарты диагностики и лечения бронхиальной астмы и ХОЗЛ

Продолжение. Начало на стр. 11.

обеспокоенности этой проблемой в обществе. Полученные результаты можно использовать в обосновании антитабачных программ, в разработке других стратегий оптимизации помощи больным ХОЗЛ.

Вероятность развития БА начинается с первых лет жизни, неуклонно возрастая с течением времени. Это позволяет предположить, что наличие астмы в молодом возрасте является фактором риска развития ХОЗЛ в будущем и темпы развития ХОЗЛ, усугубленные наличием астмы, могут оказаться выше, чем в настоящее время. А количество пациентов с сочетанной патологией ХОЗЛ и астма значительно возрастает в популяции больных после 35-40-летнего возраста. Насущной становится проблема разработки и внедрения протоколов лечения сочетанной патологии.

**В последнее время много внимания уделяется выявлению специфических маркеров и отдельных фенотипов ХОЗЛ. Основной целью при этом является предупреждение прогрессирования заболевания и улучшение эффекта терапии с помощью более дифференцированного подхода к ведению больных с учетом выявленных фенотипов, а возможно в недалеком будущем и генотипов заболевания.**

Кластерный анализ показывает, что пациенты с ХОЗЛ со сходной бронхообструкцией принадлежат к разным фенотипам и имеют различия в симптомах (например, выраженности одышки), исходах (количество обострений и прогноз выживаемости), возрасте и сопутствующих заболеваниях.

Согласно современному определению, фенотип ХОЗЛ — единичный признак болезни или их комбинация, которые отражают различия между больными с ХОЗЛ и определяют клинически значимые исходы (симптомы, обострения, ответ на терапию, степень прогрессирования заболевания или смертность).

На что следует обращать внимание при прогнозировании и выборе наиболее оптимальной схемы лечения ХОЗЛ? Важную роль играет пол (мужчины более подвержены развитию ХОЗЛ) и, конечно же, возраст. ХОЗЛ считается болезнью старшего возраста, существенное повышение риска констатируют для лиц >40 лет, хотя в последние годы эта планка, по мнению большинства ученых и практических врачей, может быть снижена до 35 лет. Например, в британском консенсусе по ХОЗЛ как фактор риска уже указан возраст >35 лет. Пока не ясно, может ли природное старение здорового человека привести к развитию у него ХОЗЛ или же с возрастом накапливаются вредные воздействия, являющиеся факторами риска и приводящие к развитию ХОЗЛ.

Скорость снижения функции легких у больных ХОЗЛ разная. Есть пациенты с быстрым снижением ОФВ<sub>1</sub>, есть с более медленным, причем скорость падения не всегда коррелирует со степенью тяжести бронхообструкции. Это важно понимать, поскольку в группах больных с относительно высокими показателями ОФВ<sub>1</sub> могут быть лица с быстро прогрессирующей бронхообструкцией, что обязательно нужно учитывать при выборе терапии. У таких больных одним из приоритетов становится замедление

скорости падения ОФВ<sub>1</sub>. Следует обращать внимание и на такой показатель, как емкость вдоха, снижение которого косвенно отражает гиперинфляцию.

У разных пациентов ХОЗЛ и протекает по-разному, различны выраженность и значение того или иного симптома для их состояния здоровья. Кого-то больше беспокоят симптомы (одышка, кашель), кого-то — ограничение ежедневной активности, кого-то — частые обострения. Выделен даже отдельный фенотип ХОЗЛ с частыми обострениями. Важным с клинической точки зрения является и фенотип ХОЗЛ с наличием хронического бронхита. Имеются данные о том, что у лиц с хроническим кашлем и отделением мокроты частота обострений в 2,5 раза выше, чем у тех, у кого нет этого заболевания. С худшим прогнозом ассоциируется еще один фенотип ХОЗЛ — фенотип с персистирующим воспалением. И хотя хроническое системное воспаление определяется не у всех больных ХОЗЛ, в среднем уровень большинства маркеров воспаления достоверно выше у пациентов с ХОЗЛ, чем у лиц без этого заболевания.

Важно помнить о том, что наличие сопутствующей патологии усугубляет течение ХОЗЛ и утяжеляет состояние больных. Так, например, профессор Calverley приводит данные о том, что метаболический синдром ассоциируется с повышенным уровнем фибриногена в крови больных с ХОЗЛ, снижением физической активности, повышением риска обострений и других неблагоприятных исходов. А наличие ишемической болезни сердца достоверно замедляет выздоровление после обострения ХОЗЛ. Поэтому к каждому пациенту должен быть индивидуальный подход и выбор лечения с учетом этих особенностей.

В руководстве GOLD представлены рекомендации по комплексному подходу к оценке пациента с ХОЗЛ, разделяют больных на группы и медикаментозному лечению исходя из определения больного в ту или иную группу. На самом деле взгляд на обследование пациента у врачей-практиков гораздо шире, врачу приходится анализировать комплекс факторов этого сложного заболевания. Уже в момент первичного осмотра и с получением первых результатов обследования учитывается степень выраженности симптомов, функциональных нарушений, оценивается переносимость физических нагрузок, в тяжелых случаях определяют газы крови. Оценивается, как заболевание влияет на симптомы (инструмент — модифицированная шкала одышки), ежедневная активность (тест оценки ХОЗЛ). Из анамнеза необходимо узнать стаж курения, темп усугубления бронхообструкции (здесь крайне важно, чтобы все больные ХОЗЛ периодически, хотя бы раз в год обследовались спирометрически и имели архив спирограмм), выяснить, не было ли у пациента незапланированной потери веса. Из лабораторных анализов следует определить маркеры воспаления в крови. Чрезвычайно важно выяснить, не относится ли пациент к фенотипу с частыми обострениями.

В последние годы проводятся многочисленные когортные исследования, нацеленные на изучение генетического полиморфизма в популяции больных ХОЗЛ. Так, уже сегодня весьма ценными для практики являются данные фармакогенетики о существовании генетически обусловленной вероятности снижения

реактивности бронхов в ответ на применение бронходилататоров, что может послужить глубинной причиной прогрессирования падения ФВД у некоторых больных ХОЗЛ даже при применении адекватной терапии. Другой пример, эпигенетическое воздействие оксидантного стресса, приводящее к снижению чувствительности больных ХОЗЛ к стероидам. У ряда пациентов ХОЗЛ неудачи в лечении могут быть обусловлены частотой и тяжестью системных эффектов, сопутствующих заболеваний, приводящих к нарушениям метаболизма.

Таким образом, вопросы оптимизации классификации и постановки диагноза ХОЗЛ очень важны. В 2001 г. впервые была опубликована и получила широкое распространение в мире, в том числе и в Украине, Глобальная стратегия по диагностике, ведению и предотвращению ХОЗЛ, разработанная Глобальной инициативой по борьбе ХОЗЛ (GOLD). Стратегия ежегодно обновляется, уточняется с учетом новых данных, результатов многоцентровых клинических исследований, появления новых подходов к лечению.

В 2011 г. в очередной раз были рассмотрены основные положения классификации и ведения пациентов ХОЗЛ, рекомендованные GOLD. Более оптимистичным стало определение ХОЗЛ. Предложен новый подход к оценке пациента.

**В GOLD-2011 рекомендуется проводить комплексную оценку больного, включающую изучение клинических симптомов заболевания, функциональных нарушений (наличие стойкой бронхообструкции и ее степени, определяемой посредством спирометрии, остается важным диагностическим аспектом в верификации диагноза ХОЗЛ), анамнез обострений, оценку рисков неблагоприятных событий (обострений, госпитализаций, смерти) в будущем.**

Раздел GOLD-2011 по лечению ХОЗЛ отдельно рассматривает ведение больных со стабильным ХОЗЛ, с обострениями и с наличием сопутствующих заболеваний. Согласно новой редакции GOLD терапия ХОЗЛ направлена главным образом на две основные цели — немедленный эффект (непосредственное уменьшение симптомов и их повреждающего действия) и перспективное действие (снижение рисков неблагоприятных проявлений, которые могут возникнуть у пациента в будущем, например, обострений).

В терапии стабильного ХОЗЛ рекомендуется как фармакологический подход к лечению, так и нефармакологическое лечение, акцентируется важность идентификации факторов риска развития заболевания. Курение остается наиболее распространенным фактором риска ХОЗЛ, и отказ от курения является важным шагом для предотвращения и контроля заболевания. Однако увеличивается роль других факторов, которые также необходимо учитывать — промышленной пыли, загрязнения окружающей среды продуктами сгорания биотоплива, кухонного чада в плохо вентилируемых помещениях, что особенно актуально для женщин в развивающихся странах.

ХОЗЛ часто сопутствуют другие заболевания, в значительной степени утяжеляющие его течение, ухудшающие прогноз. Некоторые из них развиваются независимо от ХОЗЛ, некоторые — вследствие этой болезни (снижение физической активности больных, например, может привести к развитию сопутствующих заболеваний) или параллельно с ней (ХОЗЛ имеет факторы риска,

свойственные многим другим болезням). Независимо от того, проследивается ли связь между ХОЗЛ и сопутствующими заболеваниями, их надо активно выявлять и лечить.

Согласно определению GOLD-2011, ХОЗЛ — заболевание, которое можно предотвратить и которое поддается лечению, характеризующееся персистирующим ограничением воздухопроводящих путей, которое обычно прогрессирует и ассоциируется с необычным воспалительным ответом легких на вредные частицы или газы. Обострения и сопутствующие заболевания усугубляют общую тяжесть состояния у отдельных пациентов. На обострениях ХОЗЛ был сделан особый акцент, учитывая их драматическое влияние на течение заболевания.

Классификация ХОЗЛ претерпела модификацию. В новой редакции рекомендована комплексная оценка ХОЗЛ, которая основывается в первую очередь на степени выраженности симптомов. Для этого предлагаются модифицированная шкала одышки (mMRC) и тест оценки ХОЗЛ (CAT). Если показатель по mMRC составляет 0-1 балла или CAT менее 10 баллов — симптомы минимальны, если 2 и более или более 10 соответственно — симптомы выражены.

Наличие стойкой бронхообструкции и ее тяжесть определяются по результатам спирометрии, показатели оцениваются после пробы с бронхолитиком. Главный критерий бронхообструкции — снижение постбронходилатационного соотношения ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ ниже 70%, при этом нет ограничения ОФВ<sub>1</sub> для постановки диагноза. ОФВ<sub>1</sub> остается ценным маркером, отражающим тяжесть одышки, ограничение физической толерантности, нарушение статуса здоровья (новая классификация сохранила стадийность вентилиационных нарушений), но используется он уже в комплексе с другими показателями и отражает степень нарушений бронхиальной проходимости, а не стадии болезни: GOLD1 — легкая, GOLD2 — умеренная, GOLD3 — сильная, GOLD4 — очень сильная бронхообструкция.

Важное значение имеет также риск обострений в будущем, оценка которого проводится на основании анамнеза обострений. Если за предшествующий год у человека не было обострений ХОЗЛ или было только одно обострение, его относят к группе с немногочисленными обострениями, если 2 и более — с частыми.

К сожалению, проблема обострений актуальна при любой стадии заболевания. По данным исследования ECLIPSE, даже в подгруппе пациентов с умеренным нарушением функции легких у 22% больных отмечались частые (≥2/год) обострения в первый год наблюдения.

Возможно, обострения ХОЗЛ не вызвали бы у нас такой серьезной обеспокоенности, если бы не их выраженное негативное влияние на течение заболевания, общее состояние здоровья пациентов с ХОЗЛ и его прогноз. Прогноз после обострения ХОЗЛ как минимум не лучше, а по некоторым данным даже хуже, чем после инфаркта миокарда. И наконец, обострения ХОЗЛ наносят огромный социально-экономический ущерб современному обществу.

В современном комплексном подходе важную роль играет также идентификация сопутствующих заболеваний. ХОЗЛ развивается в достаточно зрелом возрасте, когда у человека уже есть хронические заболевания других органов и систем, или же сопутствующая патология развивается на фоне уже существующего ХОЗЛ. Сопутствующие заболевания и ХОЗЛ взаимобразно ухудшают течение заболеваний и ухудшают прогноз. Наиболее значимые —

заболевания сердечно-сосудистой системы, метаболический синдром и диабет, рак легких, депрессия, остеопороз. Одни заболевания развиваются при отсутствии ХОЗЛ, другие вызваны им напрямую, третья группа болезней протекает параллельно с ХОЗЛ (в таких случаях факторы риска заболеваний совпадают). Сопутствующие заболевания влияют на течение ХОЗЛ, утяжеляя симптомы, ухудшая качество жизни, увеличивают риск госпитализаций, приводят к смертельным исходам. Среди причин фатальных исходов больных ХОЗЛ дыхательная недостаточность занимает скромное место, в основном причина смерти – сердечно-сосудистая патология, пневмония, тромбоэмболия, рак. Показано, что наибольший риск смерти в целом и у больных ХОЗЛ в частности – наличие трех и более сопутствующих заболеваний.

**!** При стабильном ХОЗЛ рекомендуется назначать лечение исходя из того, к какой группе (по комплексной оценке) относится пациент. Начинают терапию с препаратов первого выбора, эффективность которых доказана результатами крупномасштабных клинических исследований. В случае их недостаточной эффективности назначают препараты второго выбора, их эффективность также доказана, хоть и с меньшей доказательной базой, а также альтернативные препараты.

В терапевтические схемы включены и новые препараты с доказанной эффективностью и безопасностью – новый бронхолитик длительного и одновременно быстрого действия с однократным приемом в сутки, что значительно повышает приверженность больного к терапии (индакатерол), ингибитор фосфодиэстеразы-4 (рофлумиласт), который используют в лечении больных с тяжелым и очень тяжелым ХОЗЛ, с хроническим бронхитом и частыми обострениями.

В алгоритме лечения стабильного ХОЗЛ предлагаются схемы двойной ( $\beta_2$ -агонист длительного действия + холинолитик длительного действия) и тройной комбинации ( $\beta_2$ -агонист длительного действия + ИКС + холинолитик длительного действия). Если симптомы ХОЗЛ не контролируются монотерапией бронхолитиком длительного действия одной из групп ( $\beta_2$ -агониста или холинолитика), рекомендуется комбинировать оба бронхолитика длительного действия для пациентов всех групп. Бронхолитики длительного действия предлагаются начиная с группы А как второй выбор и в качестве первого выбора во всех остальных группах. По мере утяжеления бронхообструкции увеличивается очевидность выбора комбинации  $\beta_2$ -агонист длительного действия + холинолитик длительного действия. Показано, что такая комбинация улучшает емкость вдоха (суррогатный маркер, косвенно указывающий на гиперинфляцию), то есть уменьшает вздутие легких у больных ХОЗЛ, снижает выраженность одышки в большей степени, чем каждый из ее компонентов в отдельности. При приеме комбинации бронхолитиков длительного действия отмечена тенденция к уменьшению общего показателя выраженности симптомов и применения «скоромощных» препаратов по сравнению с монотерапией, улучшение общего статуса здоровья. Что касается влияния комбинации на обострения, такие исследования как раз проводятся в настоящее время. Рассматривается вопрос о проведении исследований по изучению влияния комбинации на толерантность к физической нагрузке, частоту госпитализаций, депрессию, др.

В Украине на сегодняшний день представлен весь арсенал применяемых лекарственных средств и методов лечения ХОЗЛ.

Для врача первичного звена очень важен простой алгоритм ведения больного ХОЗЛ. Алгоритм, предложенный в британском руководстве NICE для врачей первичного звена, может быть применен и в нашей стране.

При каждом обращении пациента с ХОЗЛ к врачу необходимо приложить все усилия по убеждению его избавиться от вредной привычки курения (если он курит).

С больными нужно постоянно общаться, образовывать их в плане заболевания, лечения, разработать индивидуальный план ведения пациента, постоянно его пересматривать и корректировать с учетом динамики проводимой терапии, переоценивать технику владения доставочными устройствами.

Важно своевременно выявить и лечить сопутствующую патологию, в том числе контролировать вес больных, в случае ожирения или недостатка веса проводить коррекцию питания, дать рекомендации по диете.

Всех пациентов необходимо стимулировать к физическим упражнениям по мере их сил и физических возможностей.

Рекомендуется пневмококковая и противогриппозная вакцинация.

Лечение подбирается индивидуально, с учетом того, что преобладает в клинической картине у данного пациента.

К пациентам с ограничением двигательной активности без объективных на то причин следует относиться более внимательно – постараться установить или повышенной тревожности, и действовать в зависимости от полученных результатов.

Если у врача первичного звена возникают какие-либо вопросы, затруднения по ведению пациента, всегда можно направить его к специалисту, на вторичный уровень оказания медицинской помощи и в дальнейшем руководствоваться полученными рекомендациями.

В мире положения нового пересмотра GOLD широко обсуждаются. Так, например, ведется дискуссия по поводу целей лечения ХОЗЛ. В GOLD выделено две цели – уменьшение симптомов и сокращение будущих рисков. Так, например, предлагается более широкое определение целей, поскольку понятие «уменьшение симптомов» не учитывает роль сопутствующей патологии и влияния заболевания на ежедневную активность больных. Предлагается сформулировать цели так:

- улучшение текущего контроля, определяемого как улучшение симптомов, ежедневной активности, течения сопутствующей патологии (соматической и психической), статуса здоровья;

- снижение будущих рисков, то есть смертности, частоты обострений (включая госпитализации), побочных эффектов терапии, торможение прогрессирования заболевания.

Обсуждаются методы оценки клинических симптомов. Возникает вопрос, какой из опросников лучше использовать – модифицированную шкалу одышки или тест оценки ХОЗЛ? Для стандартизации, возможно, следует остановиться на одном из них, но на каком именно?

В долгосрочных трехлетних и четырехлетних рандомизированных многоцентровых клинических исследованиях TORCH и UPLIFT показано, что при второй стадии ХОЗЛ (ОФВ<sub>1</sub> выше 50% от должного) отмечается наиболее быстрый темп снижения функции легких. При этом именно при ранней стадии

заболевания результаты лечения также наиболее оптимистичны. В этих долгосрочных исследованиях именно у пациентов со второй стадией заболевания под влиянием комбинированной терапии было отмечено наибольшее увеличение постбронхолитического значения ОФВ<sub>1</sub>, замедление темпа ежегодного падения этого показателя, сокращение количества обострений, улучшение показателей качества жизни и снижение смертности. Но в реальной клинической практике применение комбинированной терапии ( $\beta_2$ -агонист длительного действия, ИКС, холинолитик длительного действия) производится в лучшем случае при далеко продвинутой третьей стадии заболевания, а чаще даже при четвертой, когда наилучшие возможности для эффективной терапии уже упущены. В связи с этим возникает вопрос о необходимости изменения подходов к лечению больных с ранними стадиями ХОЗЛ. В лечении пациентов с легкими симптомами, легкими и умеренными нарушениями бронхиальной проходимости препаратами первого выбора являются бронхолитики короткого действия по потребности. Но препараты этой группы не обладают противовоспалительной активностью и соответственно не могут влиять на основной механизм патогенеза ХОЗЛ. Некоторая противовоспалительная активность присуща бронхолитикам длительного действия. Поэтому возможно имеет смысл выбрать их в качестве препаратов первого ряда? Особенно если речь идет о больных с более менее выраженной бронхообструкцией, то есть в ОФВ<sub>1</sub> выше 50% от должного, но ниже 60-70%? Как бороться с воспалением на ранних стадиях?

Также необходимо обсудить и другие вопросы, которые возникли после начала внедрения в клиническую практику новых положений GOLD, например, практические аспекты оценки анамнеза обострений. Врач получает информацию со слов больного, какие качественные и количественные моменты следует выяснить? Во многих клинических исследованиях тяжелое обострение определяется как эпизод, требующий назначения оральных кортикостероидов и/или антибиотиков или госпитализации. Это ясное, четкое определение, легко фиксируемое больным и врачом. Но в последней редакции GOLD обострение – это ухудшение симптомов, которое выходит за рамки ежедневной вариабельности и приводит к изменениям в терапии. Хотелось бы более четких и стандартизированных критериев.

С момента публикации новой редакции GOLD в нашей стране проведена большая работа по его обсуждению и внедрению в практику. В феврале-марте текущего года был проведен курс обучающих семинаров в регионах Украины и Киеве, на которых были прочитаны лекции по новым подходам к диагностике и лечению ХОЗЛ.

Подготовлены, прошли общественное обсуждение на сайте МЗ Украины и сейчас находятся на утверждении в МЗ клинические рекомендации и протоколы оказания медицинской помощи больным ХОЗЛ и БА, в которых нашли свое отражение новые рекомендации GOLD, GINA, NICE, дополненные заслуживающими доверия данными, подтвержденные результатами многоцентровых исследований, проведенных в нашей стране.

Планируется разработка и внедрение интерактивных обучающих программ (в онлайн-режиме), что даст доступ к новейшей информации широкому кругу врачей без отрыва от производства, в частности молодым врачам, хорошо владеющим современными технологиями,

и будет стимулом для освоения этих технологий врачами более старшего возраста.

В Украине регулярно проводятся и далее запланированы семинары, лекции, практические занятия для лекторов-тренеров из разных регионов нашей страны по вопросам диагностики и лечения бронхообструктивных заболеваний, что позволит в последующем уже их силами охватить более широкую аудиторию врачей. Таким образом, врачи, работающие с больными с бронхообструктивными заболеваниями легких, получают на перманентной основе значительный объем современных знаний, навыков и возможностей.

Необходимо более широко внедрение в клиническую практику хорошо известных и высокоинформативных методов исследования, таких как компьютерная томография. Этот метод стандартизован и обеспечивает воспроизводимые измерения плотности легких, коррелирующие с эмфиземой, нарушением функции легких. Практическая значимость этого метода высока также в плане оценки ХОЗЛ при планировании некоторых лечебных мероприятий, включая хирургическую или эндобронхиальную резекцию легких при эмфиземе. КТ можно также использовать для выявления фенотипа ХОЗЛ с преобладанием эмфиземы, который хуже отвечает на стандартную терапию комбинациями ИКС и  $\beta_2$ -агонистом длительного действия, чтобы, не теряя времени и средств, использовать у таких пациентов другие подходы к лечению.

Что касается лечения ХОЗЛ в нашей стране, то в условиях отсутствия действующей системы медицинского страхования на государственном уровне основное бремя по обеспечению больных ХОЗЛ необходимыми препаратами ложится в стабильный период на плечи самого больного и членов его семьи, а при тяжелых обострениях, особенно требующих госпитализации, применения механической вентиляции, кислородотерапии – на общество в целом. Если учесть, что средняя зарплата по Украине (данные 2012 г.) составляет около 3100 грн, а среднестатистическая пенсия – 1400 грн, то насколько реально можно обеспечить себя эффективными препаратами для базисной терапии? Поэтому большинство наших больных независимо от тяжести заболевания вынуждены принимать бронхолитики короткого действия.

Из положительных моментов следует отметить активное участие фармацевтических компаний в улучшении оказания помощи больным с бронхообструктивными заболеваниями. В Украине работает и уже хорошо зарекомендовала себя программа поддержки компании «ГлаксоСмитКляйн» «Оранжевый карт», в рамках которой больные с бронхообструктивными заболеваниями могут приобрести эффективный комбинированный препарат Серетид по значительно более низкой цене. Компания «Берингер Ингельхайм» проводит акцию, в рамках которой пациент, купив 2 упаковки препарата Спиривы, третью получает по специальной цене (на 200 грн дешевле). Компания «АстраЗенека» проводит программу, согласно которой стоимость последующих упаковок препарата Симбикорт постепенно уменьшается, максимальная скидка составляет 35%. Такая социальная позиция фармацевтических компаний вызывает уважение как врачей, так и пациентов.

**!** В завершение необходимо подчеркнуть: цели лечения намечены, необходимые препараты есть, следует их рационально применять.