

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ НА ПІДСТАВІ ДОСВІДУ

Современные подходы к диагностике и лечению синдрома бронхиальной обструкции



Ю.М. Мостовой



Е.Н. Охотникова

16 февраля в г. Виннице состоялся научный симпозиум, организованный при поддержке компании «Берингер Ингельхайм» и посвященный вопросам диагностики и лечения заболеваний респираторного тракта у взрослых и детей.

В рамках прошедшего мероприятия собственное видение проблемы бронхиальной обструкции (БО) в общетерапевтической практике представил заведующий кафедрой пропедевтики внутренней медицины Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова, доктор медицинских наук, профессор Юрий Михайлович Мостовой.

Общезвестно, что одним из ведущих клинических проявлений БО является одышка. В настоящее время одышку принято рассматривать как субъективное переживание больным чувства дискомфорта при дыхании, выражающееся в совокупности ощущений, различающихся по характеру и интенсивности. Она возникает в результате взаимодействия множества факторов (физиологических, психологических, социальных, внешних) и приводит к формированию вторичных физиологических и поведенческих ответных реакций.

Синдромом БО сопровождаются такие состояния, как хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ), бронхиальная

астма (БА), эмфизема легких, муковисцидоз, бронхоэктатическая болезнь, респираторный дистресс-синдром (РДС) взрослых, бронхиты, фиброзирующие альвеолиты, тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) и ряд других. Среди жалоб пациентов с БО на первый план выступают экспираторные: одышка или удушье, сухой непродуктивный кашель, ощущение стеснения в грудной клетке, а также хрипы и свисты в груди при дыхании. На современном этапе оценка выраженности одышки осуществляется при помощи шкалы MRCds (Medical Research Council dyspnoea scale), а ее влияние на качество жизни пациента — шкалы Борга.

В терапевтической практике на причину одышки нередко указывают определенные сопутствующие симптомы. Так, при наличии стридора наиболее вероятной причиной одышки может быть опухоль или инородное тело в трахее; загрудинных или предсердечных болей — массивная ТЭЛА, инфаркт миокарда, расслоение аорты, перикардит или тампонада перикарда. Одышка в сочетании

с сухим кашлем с высокой долей вероятности свидетельствует о фиброзирующем альвеолите; с мокротой — о бронхоэктатической болезни, ХОЗЛ, БА или левожелудочковой недостаточности; с плевральными болями — о плеврите, ТЭЛА, коллапсе легкого или пневмонии; с кровохарканьем — об опухолевом процессе, ТЭЛА, раке легкого либо васкулите.

Доказано, что вероятность формирования столь грозного состояния, как ТЭЛА, существенно выше у пациентов, у которых в прошлом имели место венозная эмболия, длительная иммобилизация конечностей, гиперкоагуляция крови, тяжелые соматические заболевания и ряд других факторов. Тяжесть и клиническая картина ТЭЛА зависят от степени поражения легочной артерии (ЛА) и выражаются в формировании легочно-плеврального и кардиального синдромов.

Малая и субмассивная тромбоэмболия (окклюзия периферических ветвей ЛА или одной долевой) приводят к развитию легочно-плеврального синдрома, при котором диспноэ может быть единственным признаком заболевания. В остальных случаях внезапная одышка сопровождается бронхоспазмом, кашлем, кровохарканьем, плевральным выпотом с соответствующими рентгенологическими изменениями. В свою очередь, кардиальный синдром более характерен для массивной тромбоэмболии. Это состояние диагностируется на основании наличия у пациентов тахикардии, гипотензии, набухания шеи, цианоза, появления акцента II тона над ЛА, ритма галопа, шума трения перикарда, электрокардиографического признака Мак-Джина — Уайта, блокады правой ножки пучка Гиса, перегрузки правых отделов сердца. С целью оценки риска формирования ТЭЛА в настоящее время широко используется Женевская шкала (G. Le Gal et al., 2006).

Одышка может свидетельствовать о наличии как ТЭЛА, так и фиброзирующего альвеолита. Наряду с одышкой и кашлем, имеющими прогрессирующий характер, у пациентов с фиброзирующим альвеолитом на протяжении более 3 мес сохраняются жалобы на снижение массы тела, миалгии, артралгии; диагностируются рестриктивные изменения при проведении исследования функции внешнего дыхания; определяются специфические аускультативные феномены и изменения рентгенологической картины легочной ткани.

Нередко в практике врача встречаются расстройства дыхания психогенной природы. Характерной особенностью данных нарушений является наличие дыхательного дискомфорта на фоне отсутствия изменений органического характера со стороны нервной, дыхательной и сердечно-сосудистой систем, а также признаков гипоксемии и гиперкапнии артериальной крови.

В контексте рассмотрения вопросов распространенности и значимости симптома одышки в клинической практике особое внимание к себе требует проблема ХОЗЛ. Затруднения, связанные с актом дыхания, являются одним из ведущих проявлений ХОЗЛ, особенно в период обострения заболевания. Согласно рекомендациям GOLD (The Global Initiative for Chronic Obstructive Lung

Disease — Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики ХОЗЛ), опубликованным в 2011 г., обострение ХОЗЛ следует квалифицировать как острое событие, которое характеризуется ухудшением респираторных симптомов, выходящим за границы их обычных ежедневных вариаций и требующим модификации терапии. Интегральная оценка силы влияния ХОЗЛ на конкретного пациента включает оценку симптомов в сочетании со спирометрической классификацией и/или оценкой риска обострений.

Современный алгоритм лечения не угрожающих жизни обострений ХОЗЛ в амбулаторных условиях предусматривает проведение адекватной кислородотерапии, бронхолитической терапии; добавление к схеме лечения пероральных или внутривенных глюкокортикоидов (ГК); при необходимости — пероральное или парентеральное введение антибактериальных средств. В целях повышения эффективности бронхолитической терапии при обострении ХОЗЛ производится увеличение дозы и/или частоты приема пациентом бронхолитиков; назначение комбинации короткодействующих β_2 -агонистов с антихолинергическими препаратами, доставляемой в респираторный тракт при помощи спейсеров или компрессорных небулайзеров.

В настоящее время наиболее предпочтительными для лечения обострения ХОЗЛ, считаются комбинированные препараты, включающие β_2 -агонист короткого действия и антихолинергическое средство короткого действия.

Одним из современных высокоэффективных средств является комбинация ипратропия бромидом и фенотеролом (Беродуал, «Берингер Ингельхайм»). Ипратропия бромид обладает способностью ослаблять опосредуемое ацетилхолином бронхоконстрикторное влияние парасимпатической вегетативной нервной системы, оказывает непосредственное бронходилатирующее воздействие, уменьшает секрецию слизистых желез, а β_2 -агонист короткого действия (фенотерол) обеспечивает быстрый бронхорасширяющий эффект. Благодаря синергическому влиянию действующих веществ производителю удалось снизить дозировку каждого из компонентов Беродуала, что положительно отразилось на широте терапевтического эффекта и уменьшило вероятность возникновения побочных явлений.

Подводя итог, хотелось бы отметить, что в соответствии с рекомендациями GOLD более чем в 80% случаев лечение обострений ХОЗЛ может выполняться амбулаторно. Необходимость в госпитализации при обострении ХОЗЛ возникает при значительном нарастании интенсивности симптомов заболевания; внезапном развитии одышки в покое, тяжелых формах ХОЗЛ; появлении цианоза, периферических отеков; при невозможности купировать обострение стартовыми лекарственными средствами; тяжелых коморбидных состояниях; частых обострениях ХОЗЛ; у лиц пожилого возраста или при невозможности оказать полноценную помощь больному на дому.

Advertisement for Berodual H (Berodual H) showing product packaging and text describing its use for asthma and COPD. The ad includes the product name, manufacturer (Boehringer Ingelheim), and detailed instructions for use in both Ukrainian and English. It highlights the combination of ipratropium bromide and fenoterol in a single inhaler.

Заведуюча кафедрою педіатрії № 1 Національної медичної академії послідиального освіти ім. П.Л. Шупика (г. Київ), доктор медичних наук, професор Елена Николаевна Охотникова посвятила доклад сучасним аспектам діагностики і лікування синдрому БО у дітей.

— БО — це патологічне стан, в основі якого лежить порушення бронхіальної прохідності, обумовлене спротивленням дихальних шляхів повітряному потоку при форсованому видиху. Клинічно БО проявляється експираторної або змішаною одышкою, шумним свистящим удлиненим на видиху диханням (wheezing), дистанційними хрипами, вздутиєм грудної клітки, коробочним оттенком перкуторного тону, розсіяними або сухими свистящими/жужжачими хрипами на фоні жорсткого або ослабленого дихання. По даним зарубіжних дослідників, свистящі хрипи на фоні гострих респіраторних вірусних захворювань зустрічаються у дітей до 6 років в 50% випадків, а в 25% випадків ці хрипи можуть рецидивувати (J.V. Clough, 1999). Важно відзначити, що за останні роки поширеність БО зросла з 9,7 до 16,1%.

Виходячи з етіології і патогенезу захворювання виділяють інфекційний, алергічний, обструктивний і гемодинамічний варіанти БО, при цьому в педіатричній практиці частіше зустрічаються перші два. Слід відзначити, що більш висока частота поширеності БО в дитячому віці обумовлена анатомо-фізіологічними особливостями органів дихання у дітей, сприяючими більш легкій реалізації порушень бронхіальної прохідності. В частині, у дітей раннього віку мають місце узость дихальних шляхів, низька еластичність легких, недостаточність колатеральної вентиляції і ригідності грудної клітки, податливість хрящового каркаса бронхіального дерева, слабе розв'язання гладкої мускулатури бронхів, схильність до формування отеків і гіперсекреції вязкої слизи, низький рівень IgA. Значительний вклад в формування БО також вносять особливості функціонування вегетативної нервної системи (передиспозиція до генералізації вегетативних ефектів, ваготонія і др.) у дітей.

Підраховано, що в педіатричній практиці розвитком синдрому БО можуть супроводжуватися більш 100 різних нозологій. Диференціальна діагностика обструкції у дітей дуже складна, зазвичай вимагає залучення спеціалістів різного профілю і проведення значительного обсягу інструментальних і лабораторних досліджень. В залежності від клінічної ситуації проводять рентгенографію органів

грудної клітки в різних проекціях, фіброскопії, гастроуденоскопії, УЗІ, бронхоскопії, комп'ютерну томографію, ехокардіографію, дослідження електролітів пота; визначають рівень α_1 -антитрипсина, характер реакції Манту; здійснюють серологічні тести і генетичне дослідження.

В якості етіологічного фактора БО у дітей частіше зустрічаються інфекційні (острий обструктивний бронхіт, гострий бронхіоліт, коклюш в стадії реконвалесценції, микоплазменная і хламідийна інфекції) і алергічні захворювання (БА, алергічна реакція на медикаменти, поліноз, синдром Леффлера). Крім того, БО достатньо часто діагностується при спадкових і вроджених захворюваннях (муковисцидоз, недостаточність α_1 -антитрипсина, синдромах Картагенера, Хаммена-Річа, первинних імунodefіцитних станах), патології шлунково-кишкового тракту (синдром Вільямса-Кемпбелла), а також може зустрічатися при тимомегалії, стридорі, аденоїдній вегетативній, синдромі постназального затекання, наявності инородного тіла в бронхах, епіглоттиті. У новонароджених БО частіше буває пов'язана з РДС, аспіраційним синдромом, перинатальною енцефалопатією, бронхолегочною дисплазією, проведенням штучної вентиляції легких.

Виразні, особливо рецидивуючі епізоди БО слугують основою для поглибленого дослідження дитини на предмет наявності БА. В останні роки з'являється все більше даних про те, що в ініціації БО і обострення БА у дітей дошкільного віку найбільш важливу роль грають збудники із групи пневмовірусів (респіраторно-синцитіальний вірус, метапневмовірус).

Стратегія лікування пацієнтів з БО передбачає проведення бронхолітичної і противовоспалительної терапії, відновлення дренажної функції бронхів, вплив на збудника і нормалізацію імуніологічної реактивності трахеобронхіального дерева. В неотложній терапії БО, особливо у дітей раннього віку, слід використовувати сучасні бронхолітики, серед яких найбільш переважними вважаються комбіновані препарати, що містять β_2 -агоніст і холінолітик.

В частині, згідно з актуальними рекомендаціями GINA (2010) і ICON (2012) неотложна терапія приступу БА у дітей до 5 років повинна включати кислородотерапію, часті інгаляції β_2 -агоністів короткого дії (сальбутамол) і іпратропію через спейсер або небулайзер, введення системних ГК і амінофіліну.

Одне з найважливіших місць в лікуванні синдрому БО займають лікувальні

КАШЕЛЬ зупинити Вам допоможе **Лазолван!**

Лазолван ефективно сприяє розрідженню, видаленню мокротиння та позбавленню від кашлю.



Лазолван – муколітичний засіб номер 1 в Україні за частотою призначень лікарями та по ефективності на думку лікарів*.

Boehringer Ingelheim

www.LASOLVAN.UA

Реклама лікарського засобу. Перед застосуванням ознайомтеся з інструкцією для медичного застосування препарату. Перед застосуванням проконсультуйтеся з лікарем. Виробник: Берлінгер Інґельхайм Фарма ГмбХ Ко.ГТ., Німеччина, Берлінгер Інґельхайм Емкс АЕ, Греція, Берлінгер Інґельхайм Еспано С.А., Іспанія. Р.Л. МОЗ України: № ІА/2430/05/01, № ІА/2430/02/01, № ІА/2430/01/02, № ІА/9887/01/01, № ІА/2430/01/01, № ІА/2430/02/01. *Серед безрецептурних препаратів групи R05C (муколітики) за дослідженнями конкурсу «Пазавен-2011». Дані надані аналітичними компаніями-партнерами конкурсу «Пазавен-2011» на основі аналітичних і маркетингових досліджень, які проводилися із III-IV кварталів 2010 та I-II кварталів 2011 року.

САМОЛІКУВАННЯ МОЖЕ БУТИ ШКІДЛИВИМ ДЛЯ ВАШОГО ЗДОРОВ'Я

мероприяття, направлені на відновлення дренажної функції бронхіального дерева. С цією метою в клінічній практиці широко застосовуються лікарські засоби, що сприяють відновленню дренажної функції респіраторного тракту. Одним із сучасних високоєфективних і безпечних препаратів є мукозореґулюючіми своїми властивостями Лазолван (амброксолу гідрохлорид, «Берлінгер Інґельхайм»). Доказано, що даний лікарський засіб має потужний муколітичний і секретомоторний ефект, сприяє зменшенню кількості і вязкості секрету, збільшенню продукції ендogenous сурфактанта, характеризується мінімальним ризиком лікарських взаємодій, а також добре переноситься больовими, що дозволяє застосовувати його у доношених і недоношених дітей починаючи з 1-го дня

життя. Додатковим перевагою Лазолвана є різноманітність лікарських форм випуску препарату (сіроп, таблетки, пастилки, розчин для парентерального і інгаляційного застосування), що суттєво спрощує процес лікування і підвищує комплаєнс. Зручною в застосуванні є форма препарату для інгаляцій і перорального застосування, недавно з'явившись на фармацевтичному ринку. В 2 мл такого розчину міститься 15 мг амброксолу, що дає можливість призначати його внутрішньо у вигляді крапель, а також використовувати для інгаляцій з будь-якими типами інгаляторів (крім парових) і небулайзерів по 1-2 інгаляції (2 мл) в день у дітей до 6 років і 1-2 інгаляції (2-3 мл) у дітей більш старшого віку.

Підготував **Антон Пройдак**



НОВИНИ МОЗ

На Дніпропетровщині хворі на гіпертонію отримують ліки зі знижками 30-50%

У Дніпропетровській області пацієнти, які стоять на обліку в медичних закладах через серцево-судинні недуги, дедалі активніше купують ліки від гіпертонії за зниженими цінами. Наразі в регіоні виписано понад 300 тис. рецептів, які передбачають одержання знижки на придбання гіпотензивних препаратів у аптеках. Про це під час прес-конференції повідомила заступник начальника головного управління охорони здоров'я Дніпропетровської облдержадміністрації Олена Лугова.

За її словами, це стало можливим завдяки подовженню реалізації в Україні Пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб із гіпертонічною хворобою. Наразі на Дніпропетровщині таких пацієнтів понад 740 тис. Олена Лугова нагадала: для того

щоб пацієнт зміг придбати в аптеці гіпотензивний препарат за зниженою ціною, він має звернутися до сімейного лікаря, дільничного терапевта чи кардіолога та пройти необхідні медичні обстеження. Після підтвердження діагнозу пацієнт отримує від лікаря рецепт, за яким може купувати необхідні препарати за ціною, на 30-50% нижчою за аптечну. Різницю у вартості лікарського засобу суб'єктам господарювання компенсує держава. Для цього в 2013 р. Дніпропетровська область отримала з держбюджету майже 16 млн грн.

«Гіпертонія є одним із найпоширеніших захворювань в українців та потребує своєчасного лікування. Для того щоб зробити його доступним для кожного жителя, було визначено зниження цін на лікарські засоби», — сказала Олена Лугова.

У 2012 р. такі аптеки було відкрито в 598 амбулаторіях та фельдшерсько-акушерських пунктах Дніпропетровщини. В області триває розширення мережі таких аптечних закладів безпосередньо при Центрах первинної медико-санітарної допомоги.

Як зазначив виконуючий обов'язки начальника Державної служби з лікарських препаратів у Дніпропетровській області Єгор Волков, тепер жителям області, особливо сільських районів, не потрібно їхати за кілька кілометрів за виписаними ліками — вони можуть придбати лікарські препарати безпосередньо у своєму медичному закладі. На сьогодні на Дніпропетровщині немає дефіциту аптек ні в містах, ні в селах. Загалом, у області функціонує 1028 аптек та 219 аптечних пунктів, поінформував фахівець.

Прес-служба МОЗ України