



Рис. 2. Снижение риска госпитализации при использовании комбинации бронхолитиков

в половине случаев имеет место начальная обструкция, у каждого десятого пациента – умеренная, а у одного из ста диагностируется тяжелая обструкция (Юрнев Г.Л., 2012) (рис. 2).

Компонентами бронхообструкции при вирусных инфекциях являются воспалительная инфильтрация и отек слизистой оболочки дыхательных путей, скопление густого вязкого секрета, а также сокращение гладкомышечных волокон. Все эти изменения являются обратимыми, то есть возможна их коррекция при помощи фармакотерапии. Главным для врача в проблеме бронхиальной обструкции является максимально быстрое и длительное достижение ее ликвидации.

Следует помнить, что при ВИВДП медиаторы воспаления раздражают окончания блуждающего нерва, способствуя блокированию M₂-холинорецепторов и активации M₁- и M₃-холинорецепторов. Как следствие, наблюдаются спазм гладкой мускулатуры и гиперсекреция слизи. Следовательно, вагус-опосредованный бронхоспазм не может быть устранен при монотерапии β₂-агонистами. Только применение комбинации холинолитика и β₂-агониста позволяет эффективно лечить пациентов с БОС.

На фармацевтическом рынке Украины комбинация действующих веществ ипратропия бромид + фенотерола гидробромид в форме раствора для ингаляций представлена единственным препаратом Беродуал, который используется для небулайзерной терапии. 1 мл Беродуала (20 капель раствора) содержит 250 мкг ипратропия бромида и 500 мкг фенотерола гидробромида. После ингаляции препарата терапевтический эффект отмечается уже через 3-5 мин, достигает максимума через 1-2 ч и продолжается до 6-8 ч.

Такая комбинация обеспечивает потенцирование бронхолитического воздействия без увеличения частоты побочных эффектов вследствие снижения дозы как холинолитика, так и симпатомиметика. Также следует отметить, что холинолитики кроме бронходилатационного эффекта обуславливают уменьшение потребления кислорода дыхательными мышцами, уменьшение секреции мокроты, снижение чувствительности кашлевых рецепторов.

При развитии БОС, который возник на фоне вирус-индуцированного острого бронхита, в первую очередь необходимо исключить наличие пневмонии путем сопоставления клинической картины заболевания и обзорной рентгенографии органов грудной клетки. Следует заменить монотерапию короткодействующими β₂-агонистами на комбинацию ипратропия бромид + фенотерола гидробромид в режиме небулайзерной терапии. При необходимости можно продолжить лечение этой комбинацией в режиме дозированного аэрозоля.

Подготовила Елена Молчанова

• ДАЙДЖЕСТ

Макролиды и уменьшение уровня смертности среди пациентов с внебольничной пневмонией, находящихся в критическом состоянии: данные систематического обзора и метаанализа

Некоторые исследования демонстрируют лучшие результаты терапии пациентов с внебольничной пневмонией (ВП), находящихся в критическом состоянии, при использовании макролидов в сравнении с применением других антибактериальных средств. Для более глубокого изучения данного вопроса проведен систематический обзор исследований, одной из конечных точек которых была смертность больных ВП в критическом состоянии, которые получили макролиды или другие антибактериальные препараты.

Поиск исследований проводили в электронных базах данных, списках литературы релевантных статей и материалах профильных конференций до мая 2013 г.

Было отобрано 28 обсервационных испытаний (рандомизированных контролируемых исследований найдено не было). Возраст пациентов составлял от 58 до 78 лет, среди них женщин – 14-49%.

По данным первичного анализа результатов терапии 9850 пациентов, использование макролидов ассоциировалось со статистически значимым снижением смертности по сравнению с применением других схем терапии, не включавших препараты данного класса (21% [846 из 4036 больных] vs 24% [1369 из 5814 пациентов]; ОР 0,82; 95% ДИ 0,70-0,97; p=0,02; I=63%). После исключения из анализа лиц, получавших монотерапию макролидами, статистическое преимущество этих препаратов в отношении снижения смертности сохранилось (21% [737 из 3447 пациентов] vs 23% [1245 из 5425 больных]; ОР 0,84; 95% ДИ 0,71-1,00; p=0,05; I=60%). При сравнении рекомендованных современными руководствами комбинированных режимов антибиотикотерапии была отмечена тенденция к уменьшению смертности при применении комбинации β-лактамов и макролидов (20% [511 из 2561 пациентов]) по сравнению с применением комбинации β-лактамов с фторхинолонами (23% [386 из 1680 больных]; ОР 0,83; 95% ДИ 0,67-1,03; p=0,09; I=25%). При объединении скорректированных показателей ОР из 8 исследований результаты терапии макролидами по-прежнему ассоциировались с достоверным снижением уровня смертности (ОР 0,75; 95% ДИ 0,58-0,96; p=0,02; I=57%).

Таким образом, в обсервационных исследованиях с участием почти 10 тыс. тяжелобольных пациентов с ВП использование макролидов ассоциировалось со значительным снижением риска смерти (на 18% относительно и на 3% абсолютного) по сравнению с таковым при применении схем лечения, не включавших макролиды. При объединении результатов исследований, в которых были получены скорректированные показатели ОР, снижение смертности оказалось еще более выраженным. Эти данные указывают на то, что макролиды должны рассматриваться как препараты первой линии в лечении больных ВП, находящихся в критическом состоянии, что соответствует современным рекомендациям.

Sligl W.I. et al. Crit Care Med. 2013 Oct 23.

Частота и факторы риска развития депрессии у пациентов с ХОЗЛ

Депрессия широко распространена у пациентов с хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ), но к сожалению, большинству из них соответствующее лечение не назначается. Целью данного исследования было оценить частоту возникновения депрессии и факторы риска ее развития у пациентов с ХОЗЛ.

Были сопоставлены две когорты: пациенты с впервые диагностированным ХОЗЛ (n=38 010) и лица без этого заболевания (n=38 010). Частота депрессии оказалась в 1,88 раза выше в первой когорте (12,2 vs 6,47

случаев на 1000 пациенто-лет; p<0,0001). Риск депрессии был наибольшим в течение первого года после установления диагноза ХОЗЛ и снижался со временем. Многофакторный анализ показал, что наиболее высокая вероятность развития депрессии среди пациентов с ХОЗЛ отмечается у молодых женщин и лиц с низким уровнем доходов. Госпитализация и наличие сопутствующих заболеваний, таких как артериальная гипертензия, артрит, рак и сердечно-сосудистая патология, также были значимыми факторами риска развития депрессии.

Таким образом, проведенное популяционное исследование продемонстрировало тесную взаимосвязь между наличием у пациентов ХОЗЛ и повышенным риском развития у них депрессии.

Tsai T.Y. et al. BMC Public Health. 2013 Oct 19.

Повышение риска обострений и госпитализаций у пациентов с перекрестным фенотипом ХОЗЛ-БА

К настоящему времени описано несколько фенотипов ХОЗЛ, и одним из наиболее известных является перекрестный фенотип (overlap-фенотип), характеризующийся сочетанием ХОЗЛ и бронхиальной астмы (БА).

Целями данной работы были оценка распространенности БА, ХОЗЛ и перекрестного фенотипа ХОЗЛ-БА в популяции исследования PLATINO; описание основных характеристик каждой из подгрупп пациентов; определение риска обострений, госпитализаций, связанных с заболеванием ограничений в повседневной жизни; субъективная оценка общего состояния здоровья больными из подгруппы с перекрестным фенотипом ХОЗЛ-БА.

PLATINO – многоцентровое популяционное исследование, проведенное в пяти латиноамериканских городах. Конечными точками были следующие: частота обострений по сообщениям пациентов (обострение определялось как усугубление респираторных симптомов, нарушающее повседневную активность или ставшее причиной пропуска рабочего дня); госпитализации по поводу обострений ХОЗЛ; связанные с болезнью ограничения и субъективная оценка пациентами общего состояния здоровья с помощью специального опросника. Участники исследования были разделены на три группы:

- пациенты с ХОЗЛ, у которых постбронходилатационное соотношение объема форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ₁) и функциональной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) составляло ≤0,70;
- больные БА с наличием эпизодов свистящего дыхания (wheezing) за прошедший год, у которых прирост ОФВ₁ или ФЖЕЛ после пробы с бронхолитиком составил как минимум 12% или 200 мл;
- лица с перекрестным фенотипом ХОЗЛ-БА, у которых имеет место наличие критериев обоих заболеваний.

Из 5044 участников исследования 767 были классифицированы как пациенты с ХОЗЛ (12%), БА (1,7%) или перекрестным фенотипом ХОЗЛ-БА (1,8%). По результатам исследования, у лиц с перекрестным фенотипом ХОЗЛ-БА наблюдалось большее количество симптомов со стороны дыхательной системы, хуже функция легких, выше частота использования респираторных препаратов, госпитализаций, хуже субъективная оценка общего состояния здоровья. С учетом поправки на предикторы перекрестный фенотип ХОЗЛ-БА ассоциировался с достоверно более высоким риском развития обострений (ОР 2,11; 95% ДИ 1,08-4,12), госпитализаций (ОР 4,11; 95% ДИ 1,45-11,67) и снижением субъективной оценки общего состояния здоровья (ОР 1,47; 95% ДИ 1,18-1,85) по сравнению с таковым у пациентов группы ХОЗЛ.

Таким образом, фенотип ХОЗЛ-БА ассоциируется с усугублением тяжести заболевания.

Menezes A.M. et al. Chest. 2013 Oct 10.

Подготовила Наталья Мищенко

Здоров'я України

МЕДИЧНА ГАЗЕТА

На нашому сайті
www.health-ua.com

повна версія всіх номерів
Медичної газети
«Здоров'я України»:
загальнотерапевтичні та всі тематичні номери



Архів з 2003 року