

Н.Т. Ватутин, А.С. Смирнова

ХРОНИЧЕСКОЕ ОБСТРУКТИВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЛЁГКИХ: РЕКОМЕНДАЦИИ GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE 2013 Г.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Реферат. В представленном переводе новых клинических рекомендаций 2013 года комитета GOLD (Global Initiative for Obstructive Lung Disease) отражены вопросы классификации, клиники и диагностики хронического обструктивного заболевания лёгких. В отличие от предыдущей версии, в новом документе также изменен раздел, посвященный лечению данного заболевания, уделено особое внимание контролю правильности техники ингаляции.

Ключевые слова: хроническое обструктивное заболевание лёгких, рекомендации, клиника, диагностика, лечение.

В январе 2013 года комитет GOLD (Global Initiative for Obstructive Lung Disease) представил обновлённое руководство «Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронического обструктивного заболевания лёгких (ХОЗЛ)», ставшее результатом анализа новых исследований, опубликованных в период между июлем 2011 и декабрем 2012 гг. По мнению экспертов, результаты лишь 30 из 201 проведенных исследований могли повлиять на рекомендации по диагностике, лечению и профилактике ХОЗЛ 2011 г, что и послужило основанием для их обновления [1]. В отличие от предыдущей версии, в новом документе изменен раздел, посвященный лечению, уделено особое внимание доставочным устройствам, а также контролю правильности техники ингаляции.

ХОЗЛ — подающееся профилактике и лечению заболевание, которое характеризуется персистирующим ограничением скорости воздушного потока (обычно прогрессирующим) и ассоциируется с повышенным хроническим воспалительным ответом в дыхательных путях и лёгких на воздействие вдыхаемых вредных частиц или газов. При этом наличие частых обострений и сопутствующих заболеваний у ряда пациентов оказывает существенное влияние на тяжесть заболевания.

На протяжении последних лет отмечается неуклонный рост летальных исходов, обусловленных этой патологией. По прогнозам экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), к 2020 году ХОЗЛ будет занимать 3 место среди других причин летальности, что обусловлено распространяющейся эпидемией курения, снижением смертности от других причин и ростом продолжительности жизни населения [2].

На развитие и прогрессирование ХОЗЛ оказывают влияние многие факторы: курение, профессиональные и бытовые поллютанты, генетические факторы, возраст и пол, нарушение развития лёгких в детстве, социально-экономичес-

кий статус, респираторные инфекции и сопутствующие заболевания. Под воздействием этих факторов развивается повреждение стенки бронхов, особенно мелких, с постепенным формированием их обструкции. Такая обструкция дыхательных путей препятствует нормальному движению воздуха, особенно его выходу из лёгких с возникновением так называемых «воздушных ловушек», в результате чего развивается гиперинфляция. В настоящее время считают, что гиперинфляция развивается уже на ранних стадиях заболевания и служит основным механизмом возникновения одышки при нагрузке.

Клиническая характеристика

Одышка, хронический кашель или выделение мокроты, а также воздействие факторов риска в анамнезе являются основными клиническими проявлениями ХОЗЛ. Диагноз подтверждается спирометрией. При этом постбронходилатационный показатель отношения объема форсированного выдоха за 1-ю секунду к форсированной жизненной ёмкости лёгких (ОФВ₁/ФЖЕЛ) <0,70 свидетельствует о наличии персистирующего ограничения скорости воздушного потока и, следовательно, ХОЗЛ. На сегодняшний день постбронходилатационное отношение ОФВ₁/ФЖЕЛ <0,70 остаётся единственным спирометрическим критерием наличия ограничения скорости воздушного потока.

Основными симптомами ХОЗЛ являются хронические и прогрессирующие одышка, кашель и продукция мокроты, причем кашель и выделение мокроты могут наблюдаться в течение многих лет до развития ограничения скорости воздушного потока.

Дополнительные симптомы при тяжёлом течении заболевания

1. Усталость, потеря массы тела и анорексия часто сопровождают пациентов с тяжёлым и крайне тяжёлым ХОЗЛ. Они имеют прогностическое значение, но могут также быть признаком другого заболевания (например, туберкулёза, рака лёгкого), поэтому всегда требуют дополнительного обследования.

2. Кашлевые обмороки (синкопе) возникают в результате быстрого нарастания внутригрудного давления во время приступов кашля. Кашлевые усилия могут также приводить к переломам рёбер, которые иногда протекают бессимптомно.

3. Отёк голеностопных суставов может быть единственным признаком развития легочного сердца.

4. Симптомы депрессии и/или тревожности заслуживают специальных вопросов при сборе анамнеза, поскольку при ХОЗЛ такие симптомы обычны и ассоциируются с повышенным риском обострений и ухудшенным состоянием пациентов.

Физикальное обследование

Физикальное обследование – важная часть наблюдения за больным, но его результаты редко служат диагностическим критерием заболевания. Физикальные признаки ограничения скорости воздушного потока обычно отсутствуют до тех пор, пока не разовьётся значительное нарушение лёгочной функции; определение таких признаков имеет относительно низкую чувствительность и специфичность. При ХОЗЛ может выявляться ряд физикальных признаков, однако их отсутствие не исключает диагноз.

Спирометрия

Спирометрия является наиболее доступным методом измерения ограничения скорости воздушного потока. Изменение пиковой скорости выдоха, несмотря на его хорошую чувствительность, не может надёжно использоваться в качестве единственного диагностического теста из-за его слабой специфичности. Высокое качество спирометрических измерений вполне достижимо, поэтому все медицинские работники, занимающиеся ведением больных ХОЗЛ, должны иметь возможность проведения спирометрии. При спирометрии необходимо измерить ФЖЕЛ и ОФВ₁, а также следует подсчитать отношение этих двух показателей (ОФВ₁/ФЖЕЛ). Результаты спирометрии оценивают путем сравнения с должными величинами для данного возраста, роста, пола и расы. Иногда вместо отношения ОФВ₁/ФЖЕЛ определяют отношение между ОФВ₁ и жизненной ёмкостью легких (ЖЕЛ) – ОФВ₁/ЖЕЛ, но это часто ведет к ошибочным показателям отношения, особенно при выраженном ограничении скорости воздушного потока.

Оценка симптомов

Для оценки выраженности симптомов у пациентов с ХОЗЛ существует несколько апробированных опросников [3]. Наиболее популярен модифицированный опросник Британского медицинского исследовательского совета (*Modified British Medical Research Council (mMRC) questionnaire*) или тест оценки ХОЗЛ (*COPD Assessment*

Test – CAT). Опросник *mMRC* позволяет оценить только нарушение физической активности больного, связанное с одышкой; в то время как тест оценки ХОЗЛ (*CAT*) имеет более широкое назначение и позволяет оценить влияние заболевания на повседневную жизнь и здоровье пациента. Авторы новых рекомендаций расширили спектр опросников, которые могут быть использованы для оценки выраженности симптомов больных ХОЗЛ. Так, их в перечень был включен опросник *CCQ (Clinical COPD Questionnaire)*.

Оценка спирометрических данных

В таблице 1 представлена классификация степени тяжести ограничения скорости воздушного потока при ХОЗЛ, по результатам спирометрии. Для минимизации вариабельности результатов, её следует проводить после введения адекватной дозы ингаляционного бронхолитика, хотя существует лишь слабая корреляция между ОФВ₁, симптомами и качеством жизни пациента.

Оценка риска обострений

Обострение ХОЗЛ определяется как острое событие, характеризующееся ухудшением респираторных симптомов, выходящим за границы их обычных ежедневных вариаций, и требующее изменения терапии. Частота, с которой возникают обострения, значительно различается у разных пациентов. Наилучшим прогностическим признаком частых обострений (2 или более в год) является история предыдущих обострений. Кроме того, ухудшение показателя ограничения воздушного потока также ассоциируется с повышенной частотой обострений и даже риском смерти.

Оценка сопутствующих заболеваний

Поскольку ХОЗЛ часто развивается у длительно курящих людей в среднем возрасте, у них обычно имеется ряд сопутствующих заболеваний. ХОЗЛ само по себе также оказывает значительное системное воздействие на организм, включая потерю массы тела и изменение скелетных мышц, которое характеризуется саркопенией (потерей мышечных клеток) и нарушением функции оставшейся мышечной ткани, что приводит к снижению качества жизни пациентов.

Интегральная оценка ХОЗЛ

Интегральная оценка силы воздействия ХОЗЛ на конкретного пациента объединяет оценку симптомов со спирометрической классификацией и/или оценкой риска обострений. Как было сказано ранее, для оценки симптомов рекомендуется использование шкалы *mMRC* или *CAT*, причем степень ≥ 2 по шкале *mMRC* и количество баллов ≥ 10 по шкале *CAT* свидетельствуют о высоком уровне выраженности симптомов.

Существует два метода оценки риска обострений. Один из них – популяционный метод, основанный на спирометрической классификации *GOLD*, когда принимается, что классы *GOLD 3* и *GOLD 4* указывают на высокий риск обострений. Другой метод основан на данных анамнеза конкретного пациента об индивидуальной частоте обострений, когда два и более обострений в год указывают на высокий риск (если оценки кате-

Таблица 1. Классификация степени тяжести ограничения скорости воздушного потока при ХОЗЛ (основанная на постбронходилатационном ОФВ₁)

<i>GOLD 1</i>	Лёгкая	ОФВ ₁ $\geq 80\%$ от должного
<i>GOLD 2</i>	Средней тяжести	$50\% \leq \text{ОФВ}_1 < 80\%$ от должного
<i>GOLD 3</i>	Тяжёлая	$30\% \leq \text{ОФВ}_1 < 50\%$ от должного
<i>GOLD 4</i>	Крайне тяжёлая	ОФВ ₁ $< 30\%$ от должного

гории риска обострений по спирометрической классификации и по анамнестическим данным не совпадают, то следует использовать ту оценку, которая указывает на наивысший риск). Подводя итог, группы пациентов можно описать следующим образом:

- пациенты группы *A* («низкий риск», «меньше симптомов») – спирометрический класс *GOLD 1* или *GOLD 2* (ограничение скорости воздушного потока лёгкой или средней степени тяжести) и/или 0-1 обострение в год и степень 0–1 по *mMRC* или <10 баллов по *CAT*;

- пациенты группы *B* («низкий риск», «больше симптомов») – спирометрический класс *GOLD 1* или *GOLD 2* (ограничение скорости воздушного потока лёгкой или средней степени тяжести) и/или 0-1 обострение в год и степень ≥ 2 по *mMRC* или ≥ 10 баллов по *CAT*;

- пациенты группы *C* («высокий риск», «меньше симптомов») – спирометрический класс *GOLD 3* или *GOLD 4* (ограничение скорости воздушного потока тяжелой или крайне тяжелой степени) и/или ≥ 2 обострений в год и степень 0-1 по *mMRC* или <10 баллов по *CAT*;

- пациенты группы *D* («высокий риск», «больше симптомов») – спирометрический класс *GOLD 3* или *GOLD 4* (ограничение скорости воздушного потока тяжелой или крайне тяжелой степени) и/или ≥ 2 обострений в год и степень ≥ 2 по *mMRC* или ≥ 10 баллов по *CAT*.

Такой подход в сочетании с оценкой потенциальных сопутствующих заболеваний лучше отражает степень тяжести ХОЗЛ, чем одномерный анализ ограничения скорости воздушного потока, ранее использовавшийся для определения стадии заболевания, и формирует основу для рекомендаций по индивидуализированному лечению.

Дополнительные исследования

Лучевая диагностика. Рентгенография грудной клетки неэффективна для диагностики ХОЗЛ, однако важна для исключения альтернативного диагноза и выявления сопутствующих заболеваний. Рентгенологические изменения, связанные с ХОЗЛ, включают признаки гиперинфляции (уплощенная диафрагма в боковой проекции, увеличение объема ретростернального воздушного пространства), повышенную прозрачность лёгких, быстрое исчезновение сосудистого рисунка. Компьютерная томография (КТ) грудной клетки не рекомендуется для использования в рутинной практике, но если имеются сомнения в диагнозе ХОЗЛ, она может помочь в дифференциальной диагностике. Кроме того, КТ грудной клетки необходима для оценки распределения эмфиземы при рассмотрении вопроса о хирургическом вмешательстве по уменьшению объема легкого.

Легочные объёмы и диффузионная способность. Для пациентов с ХОЗЛ, начиная с ранних стадий заболевания, характерна задержка воздуха в лёгких (повышение остаточного объёма) и по мере снижения скорости воздушного потока развивается статическая гиперинфляция (увеличение общей ёмкости лёгких). Эти изменения регистри-

руются при проведении плетизмографии или, менее точно, при измерении объёма лёгких методом разведения гелия. Указанные измерения позволяют оценить степень тяжести ХОЗЛ, но не являются определяющими для выбора лечебной тактики. Измерение диффузионной способности лёгких по оксиду углерода даёт информацию о функциональном вкладе эмфиземы в ХОЗЛ и часто бывает полезным при обследовании пациентов с одышкой, несоответствующей с выраженной степенью ограничения скорости воздушного потока.

Оксиметрия и исследование газов артериальной крови. Пульсоксиметрию можно использовать для оценки степени насыщения гемоглобина артериальной крови кислородом (сатурации) и потребности в дополнительной кислородотерапии. Пульсоксиметрию необходимо проводить всем стабильным пациентам с ОФВ₁<35% от должного или с клиническими признаками развития дыхательной или правожелудочковой сердечной недостаточности. Если периферическая сатурация, по данным пульсоксиметрии, составляет <92 %, необходимо провести исследование газов артериальной крови.

Скрининг дефицита $\alpha 1$ -антитрипсина. ВОЗ рекомендует: у пациентов с ХОЗЛ, проживающих на территориях с высокой частотой встречаемости дефицита $\alpha 1$ -антитрипсина, следует проводить скрининг на наличие данного генетического нарушения. Обычно это пациенты, которым диагноз ХОЗЛ был установлен в молодом возрасте (<45 лет), имеют эмфизему нижних долей. Если сывороточная концентрация $\alpha 1$ -антитрипсина составляет менее 15-20 % от нормального уровня, то высока вероятность, что больной страдает гомозиготным типом дефицита этого белка.

Общие принципы лечения ХОЗЛ

Лекарственная терапия ХОЗЛ предназначена для предупреждения и контроля симптомов болезни, уменьшения частоты и тяжести обострений, улучшения состояния здоровья и переносимости физических нагрузок. Как свидетельствуют результаты клинических исследований, на сегодняшний день ни одно из лекарств для лечения ХОЗЛ в долгосрочной перспективе не позволяет предупредить снижение функции лёгких [2]. Классы препаратов, обычно применяемых при лечении ХОЗЛ, представлены в таблице 2. Режим лечения необходимо подбирать индивидуально, поскольку у каждого пациента имеется своеобразное сочетание выраженности симптомов, ограничения скорости воздушного потока и тяжести обострений. При назначении ингаляционных глюкокортикостероидов (ГКС) необходимо уделять особое внимание эффективной доставке лекарства и обучению пациента технике ингаляции.

Бронхолитики. Данная группа препаратов улучшает выведение воздуха из лёгких, способствует уменьшению динамической гиперинфляции в покое и во время физической нагрузки, а

Таблица 2. Лекарственные формы и дозы препаратов, применяемые при ХОЗЛ

Препарат	Ингалятор, мкг	Раствор для небулайзера(мг/мл)	Для приёма внутрь	Ампулы для инъекций,мл	Длительность действия, час
β2-агонисты					
<i>Короткодействующие</i>					
Фенотерол	100-200(ДАИ)	1	0,05% (сироп)		4-6
Левалбутерол	45-90 (ДАИ)	0,21; 0,42			6-8
Сальбутамол	100,200 (ДАИ и ПИ)	5	5 мг (табл)	0,1; 0,5	4-6
Тербуталин	400,500 (ПИ)		0,024% (сироп) 2,5; 5 мг (табл)		4-6
<i>Длительнодействующие</i>					
Формотерол	4,5-12 (ДАИ и ПИ)	0,01**			12
Арформотерол		0,0075			12
Индакатерол	75-300 (ПИ)				24
Салметерол	25-50 (ДАИ и ПИ)				12
Тулобутерол			2 мг (дерм)		24
Антихолинергические препараты					
<i>Короткодействующие</i>					
Ипратропия бромид	20, 40 (ДАИ)	0,25-0,5			6-8
Окситропия бромид	100 (ДАИ)	1,5			7-9
<i>Длительнодействующие</i>					
Аклидиния бромид	322 (ПИ)				12
Гликопиррония бромид	44 (ПИ)				24
Тиотропий	18 (ПИ), 5 (SMI)				24
Комбинация короткодействующих β2-агонистов и антихолинергических препаратов в одном ингаляторе					
Фенотерол/ Ипратропий	200/80 (ДАИ)	1,25/0,5			6-8
Сальбутамол/ Ипратропий	75/15 (ДАИ)	0,75/0,5			6-8
Метилксантины					
Аминофиллин			200-600мг (табл)	240	До 24
Теofilлин (медленного высвобождения)			100-600мг (табл)		До 24
Ингаляционные ГКС					
Беклометазон	50-400 (ДАИ и ПИ)	0,2-0,4			
Будесонид	100, 200, 400 (ПИ)	0,20; 0,25; 0,5			
Флутиказон	50-500 (ДАИ и ПИ)				
Комбинация длительнодействующих β2-агонистов и ГКС в одном ингаляторе					
Формотерол/ будесонид	4,5/160 (ДАИ) 9/320 (ПИ)				
Формотерол/ мометазон	10/200, 10/400 (ДАИ)				
Салметерол/ флутиказон	50/100, 250, 500 (ПИ) 25/50, 125, 250 (ДАИ)				
Системные ГКС					
Преднизолон			5-60 мг (табл)		
Метилпреднизолон			4,8,16 мг (табл)		
Ингибиторы фосфодиэстеразы-4					
Рофлумиласт			500 мкг (табл)		

Примечания: ДАИ – дозированный аэрозольный ингалятор; ПИ – порошковый ингалятор; SMI – *smart mist inhaler* (ингалятор, в котором с помощью новой технологии создается облако ультрамелкодисперсного аэрозоля частиц препарата, без пропеллента, перемещающегося в глубь дыхательных путей).

** Формотерол – раствор для небулайзера, выпускается во флаконах, содержащих 20 мкг в 2 мл раствора.

также улучшает ее переносимость. Бронхолитики применяются по потребности или регулярно для предотвращения появления или уменьшения выраженности симптомов.

β2-агонисты. Принципом действия β2-агонистов является расслабление гладкой мускулатуры бронхов путём стимуляции β2-адренергических рецепторов, которые повышают уровень *циклического аденозинмонофосфата (цАМФ)* и вызывают функциональный антагонизм к бронхоконстрикции. При этом бронхолитический эффект β2-агонистов короткого действия обычно длится 4-6 ч. Результаты ряда исследований показали, что регулярное применение β2-агонистов короткого действия и их использование по потребности увеличивает ОФВ₁ и уменьшают выраженность одышки. Авторы рекомендаций отмечают, что приём высоких доз β2-агонистов короткого действия по потребности у пациентов, использующих длительнодействующие бронхолитики, не желателен, так как их эффективность в таких случаях, по данным клинических исследований, сомнительна и может вызывать развитие побочных эффектов. Представители длительнодействующих ингаляционных β2-агонистов формотерол и салметерол, активных в течение 12 ч и более, значительно улучшают показатели ОФВ₁, легочных объемов и качества жизни, уменьшают выраженность одышки и риск обострений, но не оказывают влияния на смертность и динамику снижения функции легких. Появились результаты новых исследований, подтверждающих более выраженный бронходилатирующий эффект индакатерола (β2-агониста 24 ч действия) по сравнению с формотеролом и салметеролом. Авторы новых рекомендаций особенно подчеркивают, что профиль безопасности данного препарата сравним с плацебо.

Антихолинергические препараты. Наиболее важным эффектом антихолинергических препаратов (ипратропия, окситропия и тиотропия бромида) является блокада действия ацетилхолина на уровне мускариновых рецепторов бронхиального дерева. Короткодействующие препараты (ипратропий, окситропий) блокируют М2- и М3-рецепторы и модифицируют передачу импульса на уровне преганглионарного соединения: длительнодействующий антихолинергический препарат тиотропий блокирует М3- и М1-рецепторы. Авторами рекомендаций отмечено, что бронхолитический эффект короткодействующих антихолинергических препаратов длится дольше, чем у короткодействующих β2-агонистов, продолжаясь до 8 ч, а действие тиотропия сохраняется более 24 ч. Его применение позволяет уменьшить частоту обострений и госпитализаций больных, улучшить их общее состояние.

Метилксантины. Относительно точного механизма действия дериватов ксантина сохраняются разногласия. Они могут действовать как неселективные ингибиторы фосфодиэстеразы, однако имеют ряд небронхолитических эффек-

тов, значимость которых обсуждается. Данных о длительности действия при ХОЗЛ как обычных препаратов, так и форм медленного высвобождения, недостаточно. Теофиллин — наиболее часто применяемый метилксантин, который метаболизируется оксидазами, функционально соединенными с цитохромом Р450. Как известно, теофиллин менее эффективен и хуже переносится, чем ингаляционные длительнодействующие бронхолитики, и не рекомендуется к применению при доступности препаратов данной группы. Однако имеются данные, что при ХОЗЛ стабильного течения его применение возможно.

Комбинированная бронхолитическая терапия. Комбинация бронхолитиков с различными механизмами и длительностью действия может увеличивать степень бронходилатации. Например, комбинация короткодействующих β2-агонистов и антихолинергического препарата вызывает большее и более длительное увеличение ОФВ₁, чем каждое из лекарств в отдельности, и не вызывает тахифилаксии. Комбинация β2-агониста, антихолинергического препарата и/или теофиллина также может приводить к дополнительному улучшению функции лёгких и состояния здоровья.

Глюкокортикостероиды (ГКС)

Ингаляционные ГКС. Авторы рекомендаций отмечают, что влияние ГКС на лёгочное и системное воспаление при ХОЗЛ неоднозначно. Вместе с тем, плановое лечение ингаляционными ГКС оказывает положительное влияние функцию лёгких, качество жизни и уменьшает частоту обострений у пациентов с ХОЗЛ при ОФВ₁ < 60 % от должного, а их отмена у некоторых пациентов может приводить к обострениям заболевания.

Комбинированная терапия ингаляционными ГКС и бронхолитиками. Комбинация ингаляционного ГКС с длительнодействующим β2-агонистом более эффективна, чем отдельные компоненты, в снижении частоты обострений, улучшении лёгочной функции и состоянии здоровья пациентов с ХОЗЛ. Добавление такой комбинации к терапии тиотропием также улучшает функцию лёгких, качество жизни и снижает частоту обострений, хотя для подтверждения такого эффекта необходимо проведение дальнейших клинических исследований.

Ингибиторы фосфодиэстеразы-4

Основным действием ингибиторов фосфодиэстеразы-4 является подавление воспаления путем блокирования распада внутриклеточной цАМФ. Ингибитор фосфодиэстеразы-4 рофлумиласт был одобрен для применения только в некоторых странах. Этот препарат используется внутрь 1 раз в сутки и не обладает непосредственной бронхолитической активностью, хотя и вызывает увеличение ОФВ₁ у пациентов, принимающих салметерол или тиотропий.

Другое лекарственное лечение

Вакцины. Противогриппозная вакцинация способна уменьшить возникновение серьёзных заболеваний и снизить смертность у больных ХОЗЛ. Для

применения рекомендуются вакцины, содержащие убитые или живые инактивированные вирусы. Для наибольшей эффективности штаммы ежегодно модифицируются. Так, пневмококковая полисахаридная вакцина рекомендуется к использованию у больных ХОЗЛ начиная с 65 лет и старше, а также у более молодых пациентов с сопутствующей кардиальной патологией. Эта вакцина существенно снижает частоту внебольничной пневмонии, особенно у больных ХОЗЛ моложе 65 лет с $ОФВ_1 < 40\%$ от должного.

α1-антитрипсинзамещающая терапия. Молодые люди, страдающие ХОЗЛ на фоне тяжёлого наследственного дефицита α1-антитрипсина, могут быть кандидатами для такой терапии. Однако этот метод очень дорог и недоступен в большинстве стран.

Антибиотики. Профилактическое, постоянное применение антибиотиков не приводит к снижению частоты обострений ХОЗЛ, хотя в последних исследованиях были продемонстрированы некоторые положительные результаты. Тем не менее, в настоящее время антибиотики используются только для лечения инфекционных обострений ХОЗЛ.

Муколитические (мукокинетические, мукогультаторные) и антиоксидантные средства (амброксол, эрдостеин, карбоцистеин, йодированный глицерол). Регулярное применение муколитических препаратов при ХОЗЛ изучалось во многих долгосрочных исследованиях, при этом были получены противоречивые результаты. Несмотря на то, что у некоторых больных с вязкой мокротой может наступать улучшение при использовании муколитиков, общий положительный терапевтический эффект, по видимому, очень невелик.

Иммунорегуляторы (иммуностимуляторы, иммуномодуляторы). Хотя на фоне применения иммунорегуляторов снижается тяжесть и частота обострений ХОЗЛ, для включения этих препаратов в список рекомендуемых необходимы дополнительные исследования, в частности, для изучения их долгосрочных эффектов.

Противокашлевые препараты. Кашель, являясь беспокоящим симптомом при ХОЗЛ, имеет существенное защитное значение. При стабильном течении заболевания постоянное применение противокашлевых препаратов не рекомендуется.

Вазодилататоры. Предположение, что лёгочная гипертензия при ХОЗЛ связана с более плохим прогнозом, вызвало большое количество попыток снизить постнагрузку на правый желудочек, увеличить сердечный выброс, улучшить доставку кислорода и тканевую оксигенацию. Было исследовано много агентов, включая ингаляционный оксид азота, но результаты оказались одинаково разочаровывающими. При ХОЗЛ, когда гипоксемия является результатом, в первую очередь, нарушения вентиляционно-перфузионного отношения, а не увеличенного внутрилегочного шун-

тирования, ингаляция оксида азота способна ухудшить газообмен из-за нарушенной гипоксической регуляции вентиляционно-перфузионного баланса. Таким образом, на основе имеющихся доказательств, оксид азота противопоказан больным ХОЗЛ в стабильной фазе.

Опиоиды (морфин). Применение таблетированных или парентеральных форм опиоидов является эффективным способом борьбы с одышкой у больных с тяжелыми формами ХОЗЛ. Эффективность опиоидов, применяемых через небулайзер, пока неясна. Кроме того, в ряде клинических исследований выявлено, что морфин, применяющийся для уменьшения одышки, может вызывать ряд серьезных побочных эффектов и его можно использовать только у некоторых пациентов, чувствительных к этому методу лечения.

Значительное внимание в обновленном руководстве уделено больным с терминальной стадией ХОЗЛ. Его авторы подчеркивают необходимость обсуждения с пациентами таких сложных вопросов, как прогноз заболевания, планирование ухода за ними в последние дни и недели жизни. Рассмотрены также основные принципы паллиативной помощи таким больным и роль хосписов.

Не вызывает сомнений, что внедрение новых рекомендаций в практику позволит повысить точность диагностики и эффективность лечения ХОЗЛ, улучшить качество и продолжительность жизни таких больных.

N.T. Vatutin, A.S. Smirnova

Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Guidelines of Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease, 2013

The represented translation of the new clinical guidelines (Global Initiative for Obstructive Lung Disease, 2013) reflected the classification, clinical picture and diagnostic of a chronic obstructive pulmonary disease. Unlike the previous version, in the new document also was changed a section dedicated to the treatment of this disease and special attention was paid to control the correctness of the inhalation technique. (Arch. Clin. Exp. Med. – 2014. – Vol. 23, No. 2. – P. 220-226)

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease, guidelines, clinical picture, diagnostic, treatment.

М.Т. Ватутін, Г.С. Смірнова

Хронічне обструктивне захворювання легень: рекомендації Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease 2013 р.

Поданий переклад нових клінічних рекомендацій 2013 року комітету GOLD (Global initiative for Obstructive Lung Disease) відображає питання класифікації, клініки та діагностики хронічного обструктивного захворювання легень. На відміну від по-

передньої версії, в новому документі також було змінено розділ, присвячений лікуванню даного захворювання, приділено особливу увагу контролю правильності техніки інгаляції. (Арх. клін. експ. мед. – 2014. – Т. 23, № 2. – С. 220-226)

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни лёгких (пересмотр 2011 г.) / Пер. с англ. под ред. А.С. Белевского. – М.: Российское респираторное общество, 2012. – 80 с.

2. Global Initiative for Chronic Obstructive lung Disease (GOLD). Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO workshop report. The updated 2013 report is available on. www.goldcopd.com.
3. *Mathers C.D.* Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030 / C.D. Mathers, D. Loncar // PLoS Med. – 2006. – Vol. 3, No. 11 – e. 442.

Надійшла до редакції: 25.07.2014