

показателей СМАД у 39 (92,9%) пациентов. В 3 (7,1%) случаях уровень АД остался на исходном уровне, что потребовало дополнительного назначения гипотензивных препаратов. Целевой уровень АД достигнут у 28 (66,7%) пациентов. Наблюдалось снижение как систолического АД (САД), так и уровня диастолического АД (ДАД). В среднем САД снизилось со $(162,6 \pm 1,4)$ до $(128,4 \pm 1,4)$ мм рт.ст., ДАД — соответственно с $(92,4 \pm 1,2)$ до $(82,3 \pm 1,3)$ мм рт.ст. Наблюдалось умеренное снижение частоты сердечных сокращений (ЧСС) в среднем с 82 до 74 уд/мин у 36 (85,7%) пациентов.

Влияние терапии на уровень общего холестерина (ОХ), β -липопротеидов (β -лп), сахара и протромбинового индекса было незначительным: отмечалось снижение уровня ОХ в среднем с 6,2 до 5,8 ммоль/л у 27 (64,3%) пациентов, β -лп у 24 (57,1%) пациентов снизились в среднем с 62 до 54 ед., у остальных больных уровень ОХ и β -лп не изменился. Уровень гликемии в среднем к концу лечения существенно не изменился: исходный уровень составил в среднем 6,1 ммоль/л, после 3-недельного курса лечения — 6,0 ммоль/л. Протромбиновый индекс — соответственно 102% и 100%.

Следует отметить в целом хорошую переносимость препарата в дозировках 12,5—25 мг в сут. Двум пациентам дозу карведилола увеличили до 37,5 мг в сут. Однако через 2 сут развилась брадикардия, в связи с чем пришлось снизить дозу до 25 мг в сут. В 6 (14,3%) случаях наблюдались преходящие головокружения, у 2 (4,8%) пациентов — тошнота, сухость во рту; у 3 (7,1%) больных с сопутствующей ХОБЛ — усиление одышки, что обусловило снижение дозы до 12,5 мг в сут. Как положительный результат следует отметить урежение приступов стенокардии у 23 (67,6%) из 34 пациентов с сопутствующей ИБС.

Полученные в нашем исследовании данные показали, что у пожилых больных с ИСАГ монотерапия карведилолом в большинстве случаев приводит к ожидаемому снижению АД (как систолического, так и диастолического). 3-недельный прием карведилола существенно не отразился на показателях липидного обмена, хотя следует отметить умеренное улучшение липидного

профиля почти в 60% случаев, что, возможно, связано с мембраностабилизирующими и антиоксидантными свойствами препарата. Уровень гликемии оставался близким к исходному, хотя, учитывая β -блокирующие свойства препарата, можно было ожидать увеличения данного показателя.

Положительную клиническую динамику у больных с сопутствующей ИБС можно объяснить сочетанным действием α - и β -адреноблокаторов без внутренней симпатомиметической активности (антиангинальный эффект). Тенденция к умеренному снижению ЧСС также может расцениваться положительно у пациентов пожилого возраста с ИСАГ.

Заключение. У пожилых больных с ИСАГ монотерапия карведилолом в суточной дозе 12,5—25 мг в большинстве случаев позволяет достичь целевого уровня АД. Карведилол не оказывал отрицательного воздействия на показатели липидного обмена и уровень глюкозы. Следует отметить хорошую переносимость препарата в дозе 12,5—25 мг в сут больными в пожилом возрасте с сопутствующей патологией.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Шальнова, С.А.* Артериальная гипертония: распространенность, осведомленность, прием антигипертензивных препаратов и эффективность лечения среди населения Российской Федерации / С.А. Шальнова, Ю.А. Баланова, В.В. Константинов [и др.] // Российский кардиологический журнал. — 2006. — № 4. — С.45—57.
2. *Чазова, И.Е.* Лечение артериальной гипертонии как профилактика сердечно-сосудистых осложнений / И.Е. Чазова // Сердечная недостаточность. — 2002. — № 1. — С.14—19.
3. *Гуревич, М.А.* Артериальная гипертония у пожилых: руководство для врачей / М.А. Гуревич. — М., 2004. — 144 с.
4. *Кобалава, Ж.Д.* Артериальная гипертония: новое в диагностике и лечении / Ж.Д. Кобалава, Ю.В. Котовская. — М.: Оптима, 2006. — 368 с.
5. Рекомендации-2007 по лечению артериальной гипертонии. Рабочая группа по лечению артериальной гипертонии Европейского общества по артериальной гипертонии и Европейского общества кардиологов // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. — 2008. — № 1/2. — 76 с. (Прил.).

© Р.Ф.Хамитов, Э.З.Кудрявцева, Е.И.Ванькова, Х.Х.Хусаинов, А.С.Бурчагина, 2009

УДК 616.24-007.271-036.12

ПАЦИЕНТЫ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Рустэм Фидагиевич Хамитов, Эльвира Зуферовна Кудрявцева, Елена Ивановна Ванькова, Хафиз Харисович Хусаинов, Алина Сергеевна Бурчагина

ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава»

Пульмонологический центр г. Казани

МУЗ «Поликлиника № 17» г. Казани

Реферат. С целью изучения особенностей клиники и лечения пациентов с ХОБЛ и долговременной оценки включения в лечебный комплекс тиотропия было проведено настоящее исследование. Выявлены потенциальные возможности воздействия на проявления заболевания путем усиления мер по отказу от курения и совершенствованию лечебного комплекса. Показано стойкое позитивное влияние назначения тиотропия (спиривы®) на симптоматику ХОБЛ в виде уменьшения одышки, кашля, мокротовыделения, улучшения общего самочувствия, повышения ОФВ₁ и толерантности к физической нагрузке.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, клиничко-anamнестические особенности, лечение, спирива.

PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN REAL CLINICAL PRACTICE

R.F. Khamitov, E.Z. Koudriyavtseva, E.I. Vankova, Kh.Kh. Khusainov, A.S. Bourchagina

Kazan State Medical University

Pulmonological Center of Kazan

17th Outpatient Department of Kazan

Abstract. This study was carried out with the purpose of researching the features of clinic and treatment of patients with COPD and a long-term estimation of inclusion tiotropium in a medical complex. Potential possibilities of influence on disease appearance by strengthening measures on smoking cessation and improvement of a medical complex are revealed. Proof positive influence of tiotropium on COPD features as a reduction of dyspnea, cough, and sputum expectorance, improvements of the general state of health, increase FEV₁ and tolerance to physical activity.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, clinical and history features, treatment, Spiriva.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) — прогрессирующее инвалидизирующее респираторное заболевание, характеризующееся, в первую очередь, неполностью обратимым ограничением воздушного потока, высоким уровнем заболеваемости и смертности. Пациенты отмечают увеличение одышки при нагрузке, снижение качества жизни и общего самочувствия. В настоящее время около 600 млн человек в мире страдают ХОБЛ [6]. Частота клинически значимой ХОБЛ в Европе варьирует от 4 до 10% взрослого населения. Примерно 2,75 млн смертей ежегодно связывают с ХОБЛ [7], что позволяет расценивать ХОБЛ как второе по распространенности неинфекционное заболевание в мире [6]. Болезнь чаще встречается у мужчин, хотя смертность от ХОБЛ среди женщин увеличивается в промышленно развитых странах, в первую очередь, вследствие увеличения числа курящих женщин [4]. Ожидается, что рост распространенности курения в мире продолжится, и в результате резко увеличится распространенность ХОБЛ. ВОЗ прогнозирует, что к 2020 г. ХОБЛ переместится с 12-го места по распространенности на 5-е [3], а смертность от этого заболевания в мире к 2030 г. удвоится [6]. ХОБЛ часто диагностируется неправильно или остается нерас-

познанной, так как на ранних стадиях ХОБЛ пациенты часто не предъявляют жалоб [5].

С целью изучения клинико-anamnestических особенностей и лечения пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и оценки включения в лечебный комплекс *тиотропия* было запланировано настоящее исследование.

Материал и методы. В исследование вошли 29 больных, наблюдавшихся в Пульмонологическом центре г. Казани: 24 мужчины и 5 женщин, средний возраст — 65,4 лет.

Тяжесть одышки оценивалась по шкале MRC [1], выраженность клинических проявлений ХОБЛ оценивалась в баллах (*таблица*) [2], общее состояние больных — по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), толерантность к нагрузке — по результатам теста с 6-минутной ходьбой.

Стаж диагностированной ХОБЛ составил 8,2 года. В 27% имела место II ст., в 59% — III ст., 14% — IV ст. заболевания. То есть пациенты с легкой степенью ХОБЛ по причине крайне низкой обращаемости за медицинской помощью не попали в исследование. В 21% течении ХОБЛ сопутствовала бронхиальная астма (БА). В 14% наследственность была отягощена по хроническому бронхиту, у 2 — по БА. 34% больных на протяжении

Критерии тяжести проявлений основных клинических признаков ХОБЛ

Симптомы	Баллы	Оценка выраженности симптомов
	0	отсутствие симптома
	1	минимальное проявление признака, не ограничивающего активность
Одышка	2	выраженное проявление признака, ограничивающего активность
	3	симптом резко ограничивает активность
	0	отсутствие симптома
Кашель	1	только утром
	2	редкие эпизоды (2-3) в течение дня
	3	частые эпизоды (более 3 раз) в течение дня
	0	отсутствие симптома
Хрипы	1	единичные, исчезающие при покашливании
	2	единичные, постоянные
	3	множественные, постоянные
Количество отделяемой мокроты	0	отсутствие
	1	скудное количество, непостоянный симптом
	2	скудное количество, постоянно
	3	умеренное количество (до 50 мл) в течение дня
	4	больше 50 мл в течение дня
Ночное удушье	0	отсутствие симптома
	1	иногда
	2	1 раз в неделю
	3	ежедневно

15 лет имели профессиональные вредности, но лишь у 1 был диагностирован хронический профессиональный бронхит. Большинство больных (69%) курили. Интенсивность курения составила 38,7 пачек/лет (средний индекс курящего человека — 258). 66% имели более трех обострений за последний год.

Результаты и их обсуждение. В лечении обострений ХОБЛ 97% пациентов применяли ингаляционные короткодействующие бронхолитики (КДБ), в 10% — ингаляционные длительно действующие бронхолитики (ДДБ), 28% — ингаляционные глюкокортикоиды (ИГКС), 17% — фиксированные комбинации ИГКС и ДДБ (кИГКС), 48% — системные глюкокортикоиды *per os* (СГКС),

93% — муколитики и отхаркивающие средства (М/О), 45% — пролонгированные таблетированные теофиллины (ПТ) (рис. 1).

79% больных при обострениях за последние полгода использовали антибиотики: в 76% это были бета-лактамы, в 24% — макролиды и 10% — фторхинолоны II генерации (рис. 2).

27 (93%) больных продолжали лечение и вне обострений, в период стабильной ХОБЛ в большинстве случаев бронхолитиком выбора был беродуал (79%), в 14% — спирива, в 7% — формотерол, по 3% применяли пролонгированный и короткодействующий теофиллины (ПТ и КТ) (рис. 3). В 63% применялись ИГКС, в 24% — в

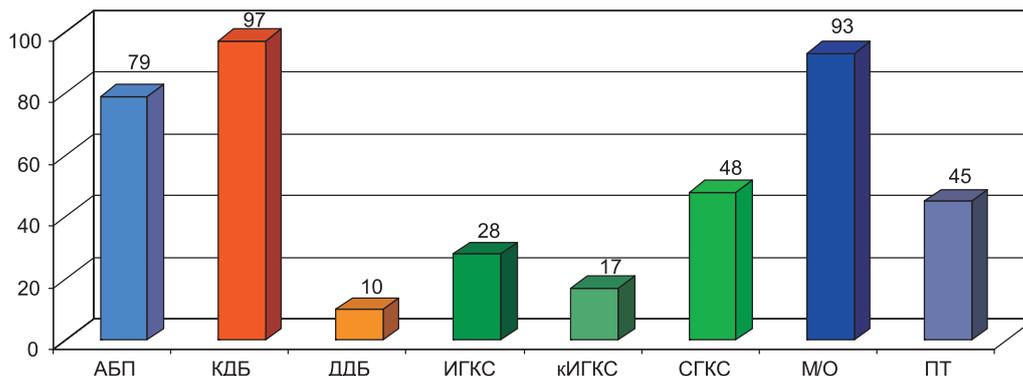


Рис. 1. Лекарственные средства (%), используемые пациентами в лечении обострений ХОБЛ (пояснения в тексте)

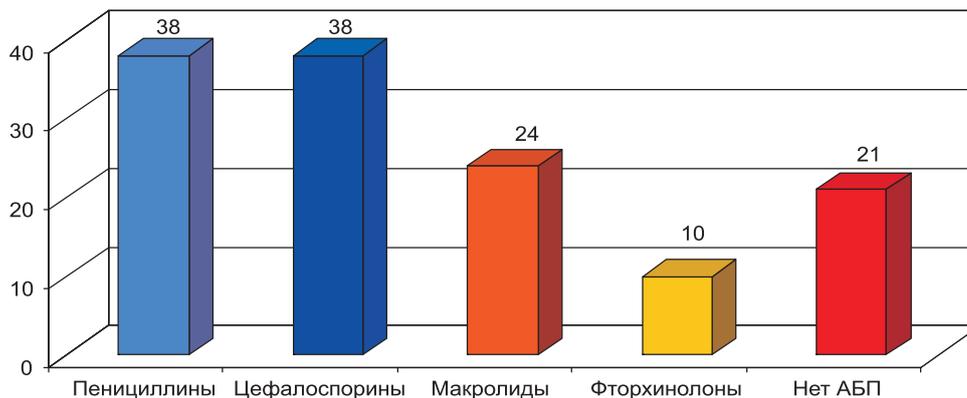


Рис. 2. Доля различных антибактериальных препаратов (%), применяемых в лечебном комплексе при обострении ХОБЛ

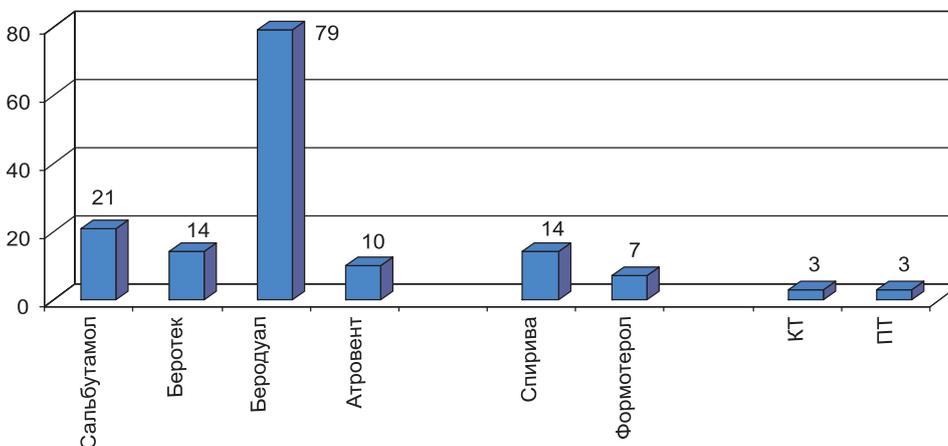


Рис. 3. Доля бронхолитических препаратов (%), используемых при стабильном течении ХОБЛ

фиксированной комбинации с длительно действующими аденоагонистами.

Таким образом, пациенты с I ст. ХОБЛ редко попадают в поле зрения медицинских работников, тогда как именно у этой категории, по всей видимости, наиболее эффективны мероприятия вторичной профилактики. Необходима разработка комплекса мероприятий по активному выявлению лиц с I ст. ХОБЛ и отказ от ориентиров на обращаемость. Проведенный анализ показал большую частоту и позднюю диагностику III и IV ст. ХОБЛ. Несмотря на это, большинство пациентов продолжали интенсивно курить, недостаточно использовали при обострениях преднизолон, а в стабильном состоянии спириву, предпочитая ситуационные ингаляции беродуала. Практически каждый пациент при обострениях использовал муколитики и отхаркивающие средства.

В соответствии с дизайном исследования всем пациентам назначался *тиотропий (спирива®)* 1 раз в сут по 18 мкг. Начав принимать его в период обострения, пациенты продолжали использование и в стабильном периоде. 16 пациентов в связи с тяжестью обострения проходили лечение в круглосуточном стационаре, 13 — в условиях дневного стационара. Клинические проявления заболевания, вентиляционные показатели,

тест 6-минутной ходьбы оценивались при поступлении в стационар (B1), при выписке (B2), через месяц после выписки (B3), через 1,5 (B4) и 2 мес (B5).

На *рис. 4* можно увидеть четкую тенденцию на фоне лечения к уменьшению тяжелой и очень тяжелой одышки (прошла уже к 4 визиту) с переходом ее в среднетяжелую и легкую.

При подключении спиривы в лечебный комплекс больных имело место уменьшение частоты кашля: отчетливо увеличивалось количество пациентов с обычным утренним бронхитическим кашлем (1 балл), с исчезновением частых (более 3 раз в день) эпизодов кашля к 5-му визиту (*рис. 5*). Также отмечалась благоприятная динамика выраженности мокротовыделения: увеличением числа пациентов с непостоянной скудной мокротой (1 балл), исчезновением случаев умеренного (до 50 мл/сут) мокротовыделения уже к 3-му визиту (через месяц после выписки) (*рис. 6*).

Аускультативная картина в динамике наблюдения проявлялась увеличением частоты исчезающих при покашливании единичных (1 балл) и единичных постоянных хрипов (2 балла). Множественных сухих хрипов после выписки из стационара не было, что также отражает выраженность ремиссии на фоне применения спиривы (*рис. 7*).

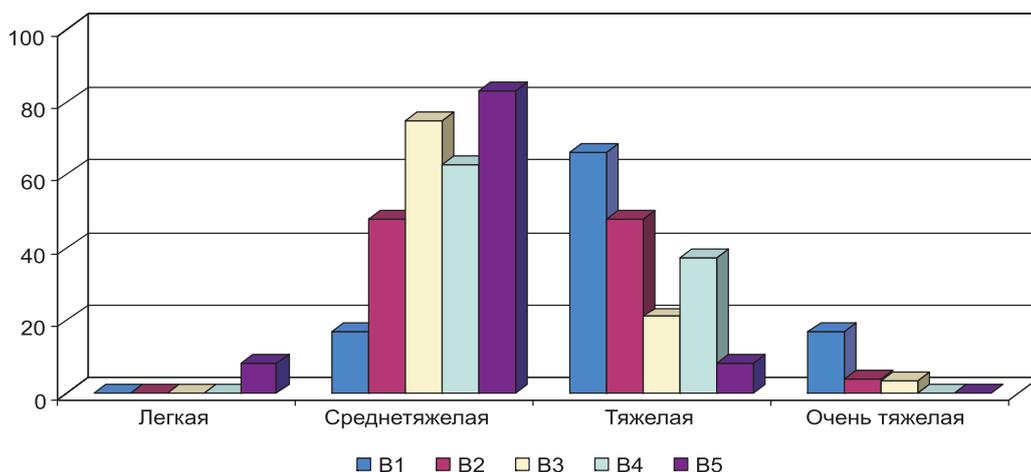


Рис. 4. Динамика тяжести одышки (MRC) по визитам наблюдения (% больных)

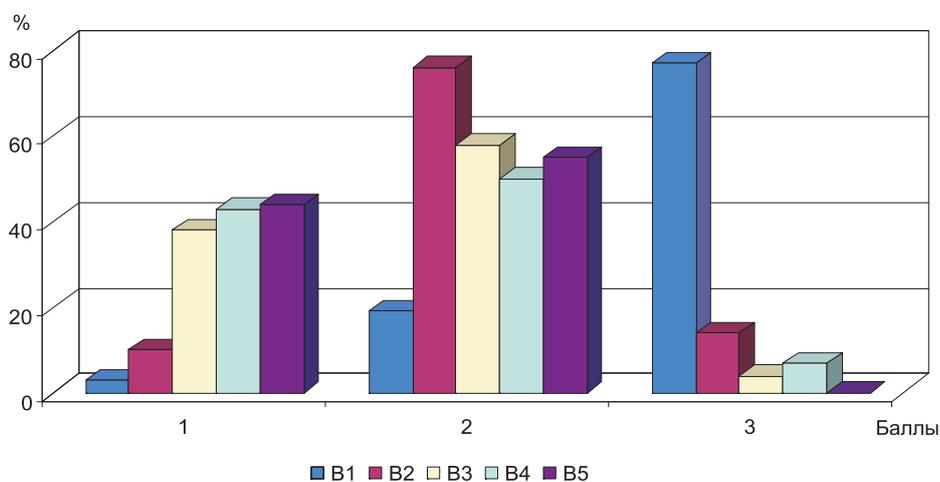


Рис. 5. Динамика выраженности кашля (балльная оценка) по визитам наблюдения (% больных)

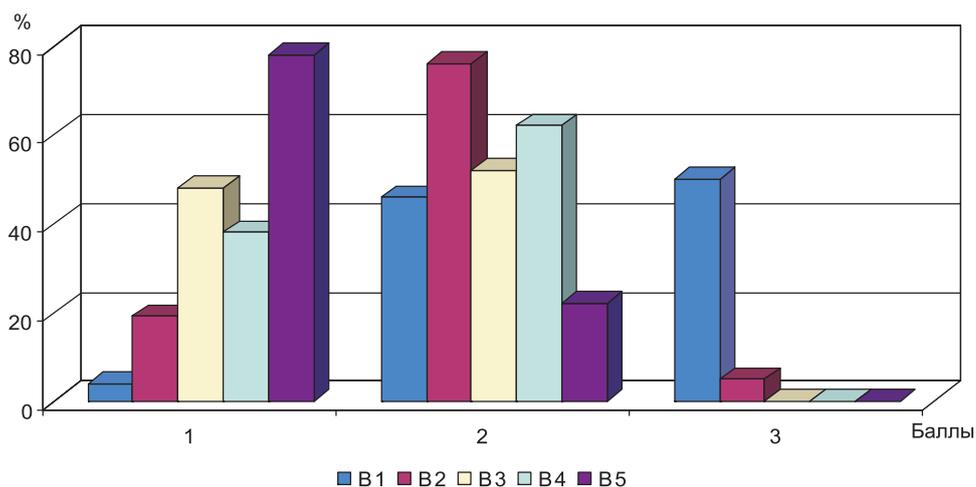


Рис. 6. Динамика выраженности мокротовыделения (балльная оценка) по визитам наблюдения (% больных)

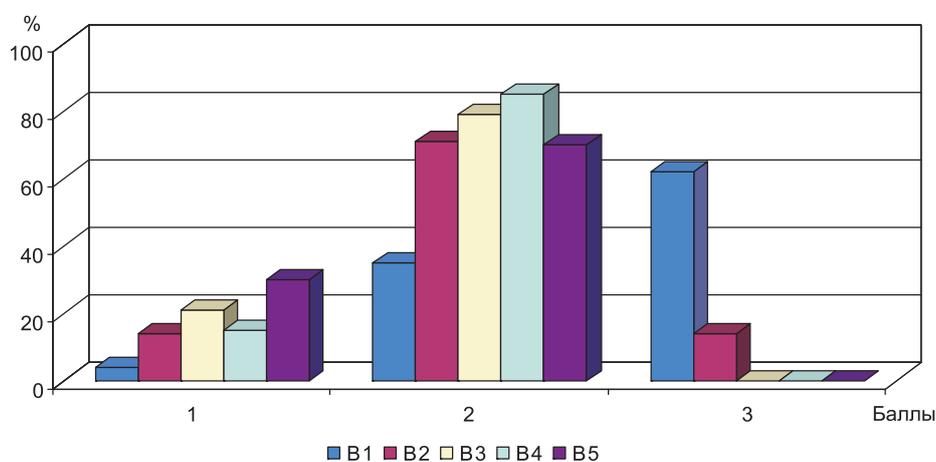


Рис. 7. Аускультативная динамика выраженности хрипов (балльная оценка) по визитам наблюдения (% больных)

За период лечения отмечалось достоверное увеличение постбронходилатационного ОФВ₁ с 40,4% на 1-м визите до 52,5% от д.в. на 5-м визите. В эти же сроки имело место увеличение проходимого расстояния в тесте с 6-минутной ходьбой с 365 м до 418 м соответственно. Также с 1-го по 5-й визиты в общем анализе крови уменьшилось значение СОЭ (с 14 до 9 мм/ч) и лейкоцитоза (с $7,4 \times 10^9/\text{л}$ до $5,7 \times 10^9/\text{л}$).

В течение всего исследования пациенты самостоятельно оценивали общее самочувствие по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), где 1 соответствовала максимально плохому самочувствию, а 10 — максимально хорошему. Динамика баллов ВАШ представлена на рис. 8. От визита к визиту отмечалась четкая тенденция улучшения общего самочувствия пациентов, что, по всей видимости, также является отражением суммарного позитивного воздействия спиривы на проявления ХОБЛ.

Результаты исследования позволяют сделать следующие **выводы**:

1. За медицинской помощью в основном обращаются пациенты с II-IV ст. ХОБЛ, тогда как больные с легкой степенью заболевания, у которых, по всей видимости, наиболее эффективны мероприятия по вторичной профилактике, часто выпадают из поля зрения медицинских работников. В связи с этим необходимо усиление меро-

приятий по активному, в первую очередь, спирометрическому выявлению пациентов на I ст. ХОБЛ.

2. У пациентов, имеющих профессиональные вредности особенно длительного контакта, необходимо иметь в виду возможность развития клинической симптоматики ХОБЛ с последующей потребностью в соответствующей терапии.

3. Необходимо уделять самое серьезное внимание активной пропаганде отказа от табакокурения, учитывая высокий уровень его распространенности даже среди пациентов с клинически значимой ХОБЛ III и IV ст.

4. У пациентов с тяжелой и крайне тяжелой ХОБЛ в купировании обострений необходимо чаще использовать короткие курсы системных глюкокортикостероидов, в первую очередь пероральных.

5. Назначение тиотропия (спиривы®) пациентам с II-IV ст. ХОБЛ оказывает долговременное позитивное влияние на проявления заболевания в виде уменьшения одышки, кашля, мокротовыделения, улучшения общего самочувствия, повышения ОФВ₁ и толерантности к физической нагрузке. Тем самым, в частности, уменьшается потребность в неоправданно широком назначении муколитических и отхаркивающих препаратов, что, безусловно, влияет на общую стоимость лечения. При этом на сегодняшний день большая часть пациентов с

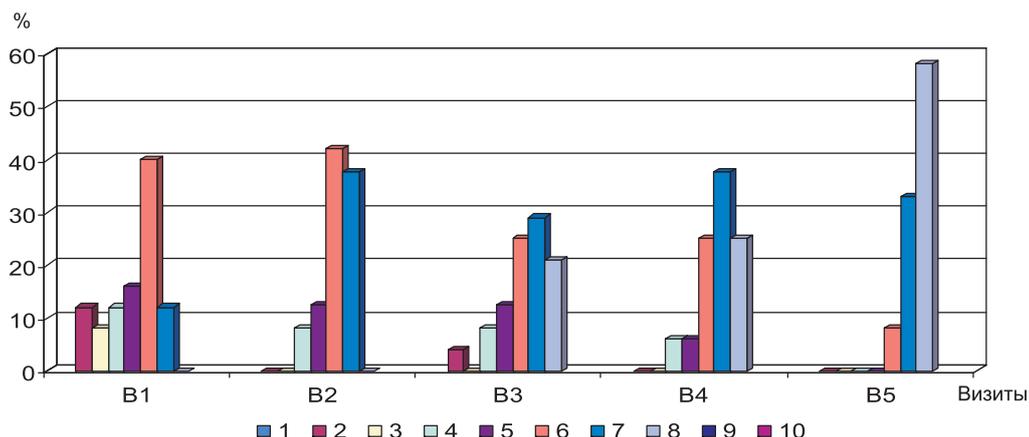


Рис. 8. Динамика общего самочувствия пациентов, самостоятельно оцениваемая по визуально-аналоговой шкале (ВАШ)

II—IV ст. заболевания в стабильном периоде ограничивается ингаляциями беродуала по потребности.

Результаты данного исследования должны помочь в адресной перестройке лечебного комплекса пациентов и большее обоснованное значение на практике придавать пропаганде отказа от табакокурения и учету профессиональных вредностей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Хроническая обструктивная болезнь легких: клинические рекомендации / под ред. А.Г. Чучалина. — М.: Изд-во «Атмосфера», 2003. — 168 с.
2. Кунцына, Ю.Л. Противовоспалительная терапия больных при хронической обструктивной болезни легких / Ю.Л. Кунцына, Е.И. Шмелев // Пульмонология. — 2003. — № 2. — С.111—116.
3. Lopez, A.D. The global burden of disease, 1990—2020 / A.D. Lopez, C.C.J.L. Murray // Nat. Med. — 1998. — № 4. — P.1241—1243.
4. National Heart, Lung, and Blood Institute/World Health Organization. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO workshop report. Available at: <http://www.goldcopd.com>
5. Rudolf, M. The reality of drug use in COPD: the European perspective / M. Rudolf // Chest. — 2000. — Vol.117(suppl). — P.29—32.
6. Warne, P.J. COPD: Market Opportunities for New Therapies and Diagnostics / P.J. Warne. — Richmond, Surrey, UK: PJB Publications Ltd, 2000. — S.1085.
7. World Health Organization. World health report 2000. Health systems: improving performance. Annex table 3. Available at: <http://www.who.int/whr/2000/index.htm>. Accessed January 11, 2002.