А.Р.Татарский

Принципы выбора препаратов для лечения хронической обструктивной болезни легких согласно новым международным клиническим рекомендациям

ГБОУ ВПО "РНИМУ им. Н.И.Пирогова" Минздрава России: 117513, Москва, ул. Островитянова, 1, стр. 9

A.R. Tatarsky

Principles of medication choice for treatment of chronic obstructive pulmonary disease according to new international guidelines

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, GOLD 2011, therapy.**Ключевые слова:** хроническая обструктивная болезнь легких, GOLD 2011, терапия.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) — сложное, тяжелое, прогрессирующее заболевание, требующее интегрального системного подхода. Это жизнеугрожающий патологический процесс с богатыми клиническими проявлениями, существенно влияющими на качество жизни (КЖ) пациентов [1—4]. Попытка описать болезнь, опираясь только на исследование нарушений функции внешнего дыхания (ФВД), оказалась ошибочной: степень тяжести вентилиционных нарушений не может быть единственным критерием для определения интенсивности и длительности лекарственной терапии.

Исследование ECLIPSE (*Evaluation of COPD Longitudinally to Identify Predictive Endpoints*) подтвер-

дило правильность этого утверждения. Оно выявило отсутствие корреляции между основными проявлениями болезни и нарушением ФВД (рис. 1). Одним из объяснений отсутствия корреляции между ФВД и выраженностью степени тяжести болезни является использование среднестатистических показателей нормы ФВД, а не индивидуальной нормы для конкретного пациента.

Результаты этого исследования заставили искать новые подходы к оценке заболевания и послужили причиной разработки интегрального подхода.

Таким образом, согласно новым международным рекомендациям GOLD (*Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* — Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики ХОБЛ, 2011), для оценки тяжести ХОБЛ предлагается использовать 3 основных критерия:

- 1-й — степень тяжести функциональных нарушений и темпы падения вентилиционных показателей. Этот критерий отражает агрессивность и темпы прогрессирования заболевания;
- 2-й — оценка риска неблагоприятного течения и исхода заболевания [3, 4]. Термин "риск" отражает эту вероятность. Факторы риска определяют взаимосвязь между критериями, характеризующими болезнь, и вероятностью неблагоприятного течения и исхода болезни;
- 3-й — особенность и выраженность клинических проявлений болезни пациента, их влияние на КЖ.

Вентилиционные нарушения

Чем более выражены вентилиционные нарушения у пациента в момент обследования, тем тяжелее течет заболевание. Эта характеристика болезни отражает, с одной стороны, степень тяжести болезни, а с другой — может рассматриваться как фактор риска неблагоприятного исхода заболевания.

Рис. 1. Слабая корреляционная связь между показателями ФВД и другими параметрами, характеризующими тяжесть ХОБЛ [5]: А — тяжесть одышки по модифицированной шкале MRC (mMRC); Б — качество жизни по шкале респираторного вопросника Госпитала Св. Георгия (SGRQ) для больных ХОБЛ; В — показатели 6-МШТ; Г — количество обострений

Исходя из этого критерия, пациент с выраженными вентиляционными нарушениями (объем форсированного выдоха за 1-ю секунду — $ОФВ_1 < 50 \%$) может быть отнесен к группе С (высокий риск неблагоприятного исхода заболевания), при $ОФВ_1 > 50 \%$ — к группе А (рис. 2). Таким образом, выраженность вентиляционных нарушений влияет на выбор медикаментозной терапии и определяет ее агрессивность. Препараты выбора для пациентов данных групп нацелены не только на улучшение ФВД, но и на уменьшение темпов прогрессирования болезни и риска неблагоприятного исхода заболевания.

Обострение ХОБЛ

Обострение ХОБЛ является одной из лидирующих причин обращения больных за медицинской помощью. Частое развитие обострений у больных ХОБЛ приводит к длительному ухудшению (до нескольких недель) показателей ФВД и газообмена, более быстрому прогрессированию заболевания, значимому снижению КЖ и сопряжено с существенными экономическими расходами на лечение. Более того, респираторные инфекции у больных ХОБЛ приводят к декомпенсации сопутствующих хронических заболеваний. Тяжелое обострение заболевания является основной причиной смерти больных ХОБЛ [4–10].

Выделение фенотипа ХОБЛ с частыми обострениями позволило выделить пациентов, у которых течение заболевания характеризуется высокой агрессивностью и позволяет начать медикаментозную терапию. В эту группу были включены также пациенты, у которых на момент обследования нарушения ФВД минимальны и эти среднестатистические показатели находятся в пределах нормы (что не всегда означает соответствие индивидуальной норме).

Включение в схему терапии этих больных медикаментозных препаратов, способных снижать частоту обострений заболевания, направлено на преду-

преждение появления грубых функциональных нарушений. Частота обострений является независимым от показателей ФВД фактором агрессивности болезни. Таким образом, только на основании анамнеза обострений, независимо от показателей ФВД, пациенты могут быть отнесены либо к группе В (< 2 обострений за 1 год), либо к группе D (≥ 2 обострений за 1 год). У пациентов с частотой обострений ≥ 2 за 1 год или с 1 госпитализацией за предшествующий год высок риск неблагоприятного исхода болезни.

В комплексную медикаментозную терапию больных с частыми обострениями должны быть включены препараты, способные снижать частоту обострений вне зависимости от степени тяжести вентиляционных нарушений (рис. 3).

Клинические проявления болезни

Важнейшим достижением в понимании ХОБЛ является оценка течения заболевания с учетом клинических проявлений, влияющих на КЖ пациентов. Основой для разработки такого подхода послужили также данные исследования ECLIPSE, доказывающие отсутствие корреляции между проявлениями болезни и показателями ФВД [5].

В отличие от врачей, пациентов не интересуют показатели ФВД. Их серьезно волнуют симптомы болезни и их влияние на КЖ. Кроме того, пациенты воспринимают эффективность лечения по его способности устранять ее проявления.

Для оценки основных клинических проявлений болезни, их значимости и эффективности лечения были разработаны шкалы и тесты (mMRC, CAT-тест — оценочный тест по ХОБЛ). В зависимости от выраженности клинических проявлений больные могут быть отнесены к одной из 2 групп (рис. 4):

- А и С — со скудным проявлением симптомов;
- В и D — с выраженным проявлением симптомов.

Для оценки степени выраженности клинических проявлений болезни используются опросники, которые заполняет сам пациент. Для оценки одышки используется шкала mMRC. Степень одышки ≥ 2 свидетельствует о значимой клинической симптоматике, серьезно влияющей на КЖ пациентов (рис. 5).

Для оценки влияния симптомов заболевания на КЖ пациента используется CAT-тест: ≥ 10 баллов свидетельствует о значимом влиянии ХОБЛ на КЖ пациента (рис. 6).

Рис. 2. Модель оценки риска по степени тяжести ХОБЛ [3]

Рис. 3. Модель оценки риска по частоте обострений ХОБЛ [3]

Рис. 4. Модель оценки симптомов при ХОБЛ [3]

Степень	Описание
0 (нет)	Одышка не беспокоит, за исключением очень интенсивной нагрузки
I (легкая)	Одышка беспокоит при быстрой ходьбе или подъеме на небольшое возвышение
II (среднетяжелая)	Одышка приводит к более медленной ходьбе, по сравнению с другими людьми того же возраста, или появляется необходимость делать остановки при ходьбе в обычном темпе по ровной поверхности
III (тяжелая)	Одышка заставляет делать остановки при ходьбе на расстояние около 100 м или через несколько минут ходьбы по ровной поверхности
IV (очень тяжелая)	Одышка делает невозможным выход из дома или появляется при одевании и раздевании

Рис. 5. Шкала одышки mMRC

Опросник, при помощи которого определяется степень выраженности одышки, и САТ-тест, заполняемый пациентами, являются объективными документами, характеризующими особенности течения болезни у конкретного пациента, и частью истории болезни.

После оценки вентиляционной функции, частоты обострений и выраженности клинических симптомов заболевания интегрально пациент может быть отнесен к одной из 4 групп.

На рис. 7 проиллюстрированы абсолютно независимые друг от друга критерии, на основании кото-

Рис. 7. Модель оценки симптомов и риска при ХОБЛ

рых эти группы выделены. Однако эти критерии и схема не преследуют цели выявить зависимость между ними.

Группа А характеризуется низким риском прогрессирования заболевания ($ОФВ_1 > 50\%$) и скудными симптомами заболевания (оценка по шкале mMRC — 0–1 балл; по САТ-тесту — < 10 баллов). Группа С характеризуется высоким риском неблагоприятного исхода ХОБЛ ($ОФВ_1 \leq 50\%$ среднестатистической нормы) и скудными симптомами заболевания. Группа В характеризуется низкой частотой обострений (≤ 1 раза в год), хорошими показателями

Фамилия

Дата

Как протекает Ваше заболевание легких?
Пройдите оценочный тест по ХОБЛ (САТ-тест)

Данная анкета поможет Вам и медицинскому работнику оценить влияние, которое ХОБЛ оказывает на Ваше самочувствие и повседневную жизнь. Ваши ответы и оценка на основании теста могут быть использованы Вами и медицинским работником для того, чтобы помочь улучшить терапию ХОБЛ и получить наибольшую пользу от лечения.

В каждом пункте, приведенном ниже, поставьте отметку X в квадратике, наиболее точно отражающем Ваше самочувствие на данный момент. Убедитесь в том, что Вы выбрали только 1 ответ на каждый вопрос.

Пример: Я очень счастлив(а) 0 1 2 3 4 5 Мне очень грустно

Баллы

Я никогда не кашляю 0 1 2 3 4 5 Я постоянно кашляю

У меня в легких совсем нет мокроты (слизи) 0 1 2 3 4 5 Мои легкие наполнены мокротой (слизью)

У меня совсем нет ощущения сдавленности в грудной клетке 0 1 2 3 4 5 У меня очень сильное ощущение сдавленности в грудной клетке

Когда я иду в гору или поднимаюсь вверх на 1 лестничный пролет, у меня нет одышки 0 1 2 3 4 5 Когда я иду в гору или поднимаюсь вверх на 1 лестничный пролет, у меня возникает сильная одышка

Моя повседневная деятельность в пределах дома не ограничена 0 1 2 3 4 5 Моя повседневная деятельность в пределах дома очень ограничена

Несмотря на мое заболевание легких, я чувствую себя уверенно, когда выхожу из дома 0 1 2 3 4 5 Из-за моего заболевания легких я совсем не чувствую себя уверенно, когда выхожу из дома

Я сплю очень хорошо 0 1 2 3 4 5 Из-за моего заболевания легких я сплю очень плохо

У меня много энергии 0 1 2 3 4 5 У меня совсем нет энергии

Суммарный балл

Результаты теста должны быть интерпретированы только Вашим лечащим врачом, который примет решение о дальнейших действиях

Баллы от 0 до 10

Незначительное влияние ХОБЛ на жизнь пациентов

Баллы от 11 до 20

Умеренное влияние ХОБЛ на жизнь пациентов

Баллы от 21 до 30

Сильное влияние ХОБЛ на жизнь пациентов

Баллы от 31 до 40

Чрезвычайно сильное влияние ХОБЛ на жизнь пациентов

Рис. 6. Оценка влияния ХОБЛ на пациента с помощью САТ-теста

<http://www.pulmonology.ru>

91

ОФВ₁ (> 50 %) и выраженными симптомами (по шкале mMRC ≥ 2 баллов, сумма по САТ-тесту – > 10 баллов). Группа D характеризуется высоким риском неблагоприятного исхода болезни (число обострений – ≥ 2 за 1 год) и выраженными симптомами.

Данная схема отражает критерии, на основании которых больные могут быть отнесены к той или иной группе (каждый из критериев, на основании которых выделены эти группы, абсолютно независим от других и не преследуют цели выявить зависимость между ними).

Лечение ХОБЛ

На рис. 8 представлены принципы дифференцированного выбора лекарственной терапии 1-й линии в зависимости от принадлежности пациента к той или иной группе.

Важнейшей задачей лечения является выбор фармакологических групп лекарственных препаратов или их комбинаций (рис. 9).

Выбор следует делать в пользу тех конкретных лекарственных препаратов, которые с позиции доказательной медицины продемонстрировали свою способность эффективно влиять на течение болезни: 1) уменьшать выраженность или устранять симптомы заболевания; 2) кардинально уменьшать степень риска неблагоприятного течения заболевания.

Рис. 8. Терапия ХОБЛ: выбор препарата 1-й линии
Примечание: иГКС / ДДБА – ингаляционные глюкокортикостероиды / длительно действующие β -агонисты; ДДАМР – длительно действующие антихолинергические препараты; КДБА – короткодействующие β -агонисты; КДАМР – короткодействующие антихолинергические препараты.

β_2 -агонисты
КДБА
ДДБА
Антихолинергические препараты
КДАМР
ДДАМР
Комбинация КДБА + антихолинергический препарат в 1 ингаляторе
Метилксатины
иГКС
Комбинация ДДБА + ГКС в 1 ингаляторе
Системные ГКС
Ингибиторы фосфодиэстеразы-4

Рис. 9. Препараты для лечения ХОБЛ

Терапия

Препаратами 1-й линии в группах С и D являются комбинации иГКС / ДДБА. Комбинированные препараты иГКС / ДДБА доказали свою способность не только уменьшать симптомы ХОБЛ, но и снижать риск прогрессирования заболевания, то есть замедлять прогрессирующее снижение вентиляционных нарушений, а также снижать частоту обострений. Эти показатели являются основополагающими в прогнозировании течения ХОБЛ у конкретного пациента, их улучшение увеличивает вероятность более благоприятного течения болезни и снижает риск неблагоприятного исхода. Одним из комбинированных лекарственных препаратов с доказанной эффективностью в отношении неблагоприятных исходов ХОБЛ является ингаляционный комбинированный препарат флутиказона пропионат / салметерол (Серетид).

Результаты многочисленных исследований, в т. ч. долгосрочных (в течение 3 лет), оценивающих влияние препарата флутиказона пропионат / салметерол на течение ХОБЛ, а также более чем 13-летняя клиническая практика позволили сделать выводы, что данный препарат имеет выраженные долгосрочные эффекты: снижает частоту обострений, замедляет падение ОФВ₁, т. е. снижает вероятность неблагоприятного исхода заболевания [11–17].

После 3 лет применения препарата флутиказона пропионат / салметерол в дозе 50 / 500 мкг 2 раза в день отмечалось 25%-ное снижение частоты обострений по сравнению с плацебо, а также замедление ежегодного падения ОФВ₁ на 16 мл по сравнению с плацебо [20].

При длительном приеме флутиказона пропионат / салметерол, помимо выраженного влияния на долгосрочные показатели прогрессирования заболевания, отмечалось существенное улучшение клинических показателей болезни: снижалась интенсивность одышки, улучшалось КЖ (рис. 10, 11) [12, 17].

Применение комбинированных препаратов иГКС / ДДБА, в частности комбинации флутиказона пропионата / салметерола, в лечении ХОБЛ существенно модифицирует течение болезни, снижает риск

Рис. 10. Динамика качества жизни больных ХОБЛ в течение 3 лет терапии [17]
Примечание: * – $p = 0,057$ vs плацебо; ** – $p = 0,001$ vs плацебо; *** – $p = 0,001$ vs плацебо, салметеролом и флутиказона пропионат; вертикальные линии на графиках указывают стандартную ошибку.

Воздух — он для всех.

Подарите Вашим пациентам с ХОБЛ

ВОЗМОЖНОСТЬ ДЫШАТЬ!

СЕРЕТИД™

салметерол/флутиказона пропионат

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА СЕРЕТИД™ (салметерол/флутиказона пропионат)

П № 011630/01 10.06.2010, последнее изменение от 31.05.2010 (Мультидиск), П № 015937/01 10.09.2009, последнее изменение от 07.06.2011 (ДАИ)

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА. Дозированный аэрозоль для ингаляций 25/50 мкг/доза, 25/125 мкг/доза, 25/250 мкг/доза, 120 доз; Мультидиск (дозированный порошок для ингаляций) 50/100 мкг/доза, 50/250 мкг/доза, 50/500 мкг/доза, 60 доз. СОСТАВ ПРЕПАРАТА. Действующее вещество: салметерола ксинафат, флутиказона пропионат. Вспомогательные вещества: 1,1,1,2-тетрафторэтан (ДАИ), лактозы моногидрат (Мультидиск). МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ. Серетид содержит салметерол и флутиказона пропионат, которые обладают разными механизмами действия. Салметерол предотвращает возникновение симптомов, флутиказона пропионат улучшает легочную функцию и предотвращает обострения. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ. Бронхиальная астма у пациентов, которым показана комбинированная терапия бета-2-адреномиметиком длительного действия и ингаляционным кортикостероидом; у пациентов с недостаточным контролем заболевания на фоне постоянной монотерапии ингаляционными глюкокортикостероидами при периодическом использовании бета-2-адреномиметика короткого действия или у пациентов с адекватным контролем заболевания на фоне терапии ингаляционным глюкокортикостероидом и бета-2-адреномиметиком длительного действия или в качестве стартовой поддерживающей терапии у пациентов с персистирующей бронхиальной астмой (ежедневное возникновение симптомов, ежедневное использование средств для быстрого купирования симптомов) при наличии показаний к назначению глюкокортикостероидов для достижения контроля над заболеванием. Поддерживающая терапия при ХОБЛ и значением ОФВ₁ < 60% от должных величин (до ингаляции бронходилататора) и повторными обострениями в анамнезе, у которых выраженные симптомы заболевания сохраняются, несмотря на регулярную терапию бронходилататорами. СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ. Серетид предназначен только для ингаляции. Для получения оптимального эффекта препарат следует принимать регулярно, даже при отсутствии соответствующих симптомов. Менять дозу препарата можно только по рекомендации врача. Конкретному пациенту следует назначать такой ингалятор Серетид, который содержит дозу флутиказона пропионата, соответствующую тяжести его болезни. РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ДОЗЫ. Дозированный аэрозольный ингалятор: *Взрослые и дети 12 лет и старше:* две ингаляции 25 мкг салметерола и 50 мкг флутиказона пропионата 2 р/с или две ингаляции 25 мкг салметерола и 125 мкг флутиказона пропионата 2 р/с, или две ингаляции 25 мкг салметерола и 250 мкг флутиказона пропионата 2 р/с. *Дети 4-х лет и старше:* две ингаляции 25 мкг салметерола и 50 мкг флутиказона пропионата 2 р/с. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ): для взрослых пациентов максимальная рекомендуемая доза составляет две ингаляции 25 мкг салметерола и 250 мкг флутиказона пропионата 2 р/с. Мультидиск: *Взрослые и подростки в возрасте 12 лет и старше:* одна ингаляция 50 мкг салметерола и 100 мкг флутиказона пропионата 2 р/с, или одна ингаляция 50 мкг салметерола и 250 мкг флутиказона пропионата 2 р/с, или одна ингаляция 50 мкг салметерола и 500 мкг флутиказона пропионата 2 р/с. *Дети в возрасте 4-х лет и старше:* одна ингаляция 50 мкг салметерола и 100 мкг флутиказона пропионата 2 р/с. ХОБЛ: максимальная рекомендуемая доза составляет одну ингаляцию 50 мкг салметерола и 500 мкг флутиказона пропионата 2 р/с. Данные о применении Серетид Мультидиска у детей младше 4-х лет нет. *Особые группы пациентов:* нет необходимости снижать дозу Серетид у пожилых пациентов, а также у пациентов с нарушениями функции почек или печени. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. Повышенная чувствительность к компонентам препарата, детский возраст до 4 лет. ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ. Может вызывать побочные эффекты, характерные для отдельных компонентов препарата. Нет данных о том, что их одновременное применение вызывает дополнительные побочные эффекты. Редко возникают тремор, сердцебиение, головная боль, осиплость голоса и кандидоз полости рта и глотки, парадоксальный бронхоспазм (в случае его возникновения следует незамедлительно применить короткодействующий ингаляционный бронходилататор, отменить Серетид и при наличии показаний назначить альтернативную терапию). В рамках клинических исследований применения Серетид иногда поступали сообщения о кровоизлияниях, а также сообщалось о частых случаях пневмонии (у пациентов с ХОБЛ). В рамках постмаркетингового наблюдения были получены следующие данные о нежелательных явлениях: кожные реакции гиперчувствительности, в том числе проявляющиеся в виде ангионевротического отека (главным образом, отека лица и ротоглотки), нарушениями дыхания (одышка и/или бронхоспазм), и в очень редких случаях анафилактических реакций. Очень редко отмечались тревога, поведенческие расстройства, включая гиперактивность и раздражительность (главным образом, у детей), и нарушения сна; гипергликемия. ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ. Серетид предназначен для длительного лечения заболевания, а не для купирования приступов. Пациентов нужно проинформировать о том, чтобы они всегда имели под рукой препарат для купирования острых симптомов. Из-за опасности обострения при бронхиальной астме дозу препарата следует снижать постепенно под контролем симптомов и функции легких. С осторожностью применять у пациентов с тиреотоксикозом, активным и неактивным туберкулезом. Возможные системные эффекты включают снижение функции коры надпочечников, остеопороз, задержку роста у детей, катаракту, глаукому. У пациентов, переведенных с пероральных кортикостероидов на терапию Серетидом необходимо регулярно контролировать функцию коры надпочечников. Рекомендуется регулярно следить за динамикой роста детей, получающих Серетид в течение длительного времени. ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ДРУГИМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ. Из-за опасности развития бронхоспазма следует избегать применения селективных и неселективных бета-адреноблокаторов за исключением тех случаев, когда они крайне необходимы пациенту. Ритонавир (высокоактивный ингибитор изофермента СYP3A4) может вызывать резкое повышение концентраций флутиказона пропионата в плазме, вследствие чего существенно снижаются концентрации сывороточного кортизола. Другие ингибиторы изофермента СYP3A4 вызывают ничтожно малое (эргитромицин) и незначительное (кетоконазол) повышение содержания флутиказона пропионата в плазме, при котором практически не снижаются концентрации сывороточного кортизола. Производные ксантина, ГКС и диуретики повышают риск развития гипокалиемии (особенно у пациентов с обострением бронхиальной астмы, при гипоксии). Ингибиторы моноаминоксидазы и трициклические антидепрессанты увеличивают риск развития побочных эффектов со стороны сердечно-сосудистой системы. ПРИМЕНЕНИЕ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И ЛАКТАЦИИ. Беременным и кормящим женщинам назначать препарат только в том случае, если ожидаемая польза для матери превышает любой возможный риск для плода или ребенка. Перед назначением препарата, пожалуйста, ознакомьтесь с полной версией инструкции по медицинскому применению препарата Серетид.

За дополнительной информацией обращаться по адресу: ЗАО «ГлаксСмитКляйн Трейдинг»: 121614, Москва, ул. Крылатская, дом 17, корпус 3, этаж 5, Бизнес-парк «Крылатские Холмы», тел.: +7 (495) 777 89 00, факс: +7 (495) 777 89 01

CIS/SFC/0018/13 28.02.2013

На правах рекламы

GlaxoSmithKline

Рис. 11. Данные исследования TORCH: доказанное замедление падения функции легких

Примечание: салметерол / флутиказона пропионат (Серетид) vs плацебо – 16 мл / г ($p < 0,001$); салметерол vs плацебо – 13 мл / г ($p < 0,003$); флутиказона пропионат vs плацебо – 13 мл / г ($p < 0,003$)

неблагоприятного исхода и выраженность клинических симптомов, т. е. решает основные задачи лечения ХОБЛ.

Подчеркнем, что наиболее интенсивная терапия проводится больным, входящим в группу D (высокий риск прогрессирования и выраженные симптомы), и включает в себя использование основных лекарственных препаратов при лечении стабильной ХОБЛ, т. е. применение комбинированных ИГКС / ДДБА и холинолитиков длительного действия. Закономерно, что частые обострения ассоциированы с более выраженными клиническими симптомами болезни, т. к. понятия "выраженные симптомы" и "обострение ХОБЛ" разделяет очень тонкая грань.

Таким образом, в новых рекомендациях GOLD предлагается конструктивная схема выбора терапии больных ХОБЛ, базирующаяся на оценке симптомов заболевания и вероятности риска неблагоприятного течения болезни, согласно которой конкретные лекарственные препараты следует выбирать в зависимости от эффективности их влияния на симптомы и способности снижения риска прогрессирования заболевания.

Алгоритм принятия решения

Для принятия решения о выборе оптимального лечения предлагается следующий алгоритм:

- Оценка параметров, характеризующих заболевание:
 - степень вентиляционных нарушений (ОФВ₁ < 50 % нормы – высокий риск; > 50 % – низкий риск);
 - оценка частоты обострений (0–1 случай за 1 год – низкий риск; ≥ 2 – высокий риск);
 - оценка выраженности симптомов заболевания: выраженность одышки по шкале MRC (0–1 балл – низкая; ≥ 2 – выраженная); влияние на КЖ по САТ-тесту (≤ 10 баллов – низкое; > 10 баллов – серьезное).

- Определение группы, к которой отнесен данный пациент.

- Выбор терапии согласно определенной группе.

Использование данного алгоритма дисциплинирует мысли и действия врача.

Литература

- Глобальная инициатива по хронической обструктивной болезни легких. Пересмотр 2003 г. Пер. с англ. М.: Издательство "Атмосфера"; 2003.
- Global initiative for chronic obstructive lung disease (GOLD); 2006. www.cgsmedicare.com
- Global initiative for chronic obstructive lung disease (GOLD); 2011. www.cuidadosintensivos.net
- Global initiative for chronic obstructive lung disease (GOLD); 2012. www.member.ghc.org
- Agusti A., Celli B. Avoiding confusion in COPD: from risk factors to phenotypes to measures of disease characterization. Eur. Respir. J. 2011; 38: 749–751. DOI: 10.1183/09031936.00062211.
- Chetta A., Zanini A., Foresi A. et al. Vascular component of airway remodeling in asthma is reduced by high dose of fluticasone. Am. J. Respir. Crit. Care Med. 2003; 167 (5): 751–757.
- Hoshino M. Comparison of effectiveness in ciclesonide and fluticasone propionate on small airway function in mild asthma. Allergol. Int. 2010; 59 (1): 59–66.
- Lundbäck B., Ronmark E., Lindberg A. et al. Control of mild to moderate asthma over 1-year with the combination of salmeterol and fluticasone propionate. Respir. Med. 2006; 100 (1): 2–10.
- Woolcock A.J., Bastiampillai S.A., Marks G.B., Keena V.A. The burden of asthma in Australia. Med. J. Aust. 2001; 175 (3): 141–145.
- Авдеев С.Н. Антибактериальная терапия при обострении хронической обструктивной болезни легких. Пульмонология 2010; 2: 96–106.
- Cazzola W., MacNee F.J. Martinez. Outcomes for COPD pharmacological trials: from lung functions to biomarkers. Eur. Respir. J. 2008; 31 (2): 416–469.
- Mahler D.A. The effect of inhaled beta2-agonists on clinical outcomes in chronic obstructive pulmonary disease. J. Allergy Clin. Immunol. 2002; 110 (6, Suppl.): S298–S303.
- Bateman E.D., Boushey H.A., Bousquet J. et al. Can guideline-defined asthma control be achieved? The Gaining Optimal Asthma Control study. Am. J. Respir. Crit. Care Med. 2004; 170 (8): 836–844.
- Mahler D.A., Wire P., Horstman D. et al. Effectiveness of fluticasone propionate and salmeterol combination delivered via the diskus device in the treatment of chronic obstructive pulmonary disease. Am. J. Respir. Crit. Care Med. 2002; 166 (8): 1084–1091.
- Vestbo J. New thinking and COPD. Ugeskr Laeger. 2003; 165 (45): 4319.
- Vestbo J. The TORCH (towards a revolution in COPD health) survival study protocol. TORCH Study Group. Eur. Respir. J. 2004; 24 (2): 206–210.
- Calverley P.M., Anderson J.A., Celli B. et al. TORCH investigators. Salmeterol and fluticasone propionate and survival in chronic obstructive pulmonary disease. N. Engl. J. Med. 2007; 356 (8): 775–789.

Информация об авторе

Татарский Алексей Романович – д. м. н., проф. кафедры госпитальной терапии педиатрического факультета ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России; тел.: (495) 465-52-64; e-mail: aleksey.tatarsky@gmail.com

Поступила 17.05.13
© Татарский А.Р., 2013
УДК 616.24-036.12-085.2