

Успешное применение тиотропиума при бронхиальной обструкции, рефрактерной к короткодействующим бронходилататорам, у пациента с туберкулезом легких и ХОБЛ

ГУ ЦНИИ туберкулеза РАМН, г. Москва

I.E.Stepanyan, O.G.Komissarova

Successful administration of tiotropium for treatment of bronchial obstruction refractory to short-acting bronchodilators in the patient with lung tuberculosis and COPD

Summary

An experience of treatment of bronchial obstruction in a 60-year old smoking man with infiltrative lung tuberculosis, who did not benefit from therapy with inhaled Berodual, has been presented in the paper. Apparent clinical and functional improvement was reached 3 weeks after Berodual had been changed to tiotropium (Spiriva) 18 mkg daily. Such late response to the tiotropium could be due to particularities of the combined lung pathology. The stable improvement in bronchial obstruction provided by tiotropium compared to long-term unsuccessful treatment with short-acting bronchodilators can be attractive in terms of future application of tiotropium in similar settings.

Резюме

В статье описан опыт лечения бронхообструктивного синдрома у 60-летнего курильщика с инфильтративным туберкулезом легких. Ингаляционная терапия беродуалом у этого пациента оказалась неэффективна. Отчетливое клиническое и функциональное улучшение получено через 3 нед. после замены беродуала на длительнодействующий бронходилататор тиотропиум (Спирива) 18 мкг 1 раз в сутки. Поздний ответ на терапию можно объяснить особенностью сочетанного поражения легких. Стойкое уменьшение бронхиальной обструкции под влиянием тиотропиума после длительного неэффективного лечения короткодействующими бронходилататорами заслуживает внимания с точки зрения перспектив применения тиотропиума в подобных ситуациях.

60-летний мужчина, электромонтер, был направлен в противотуберкулезное учреждение с подозрением на туберкулез в конце 2005 г. За 2 года до этого в связи с жалобами на периодически усиливавшуюся одышку, эпизоды спастического кашля с выделением скудной слизистой мокроты, нарушения проходимости дыхательных путей, по данным функции внешнего дыхания (ФВД), был установлен диагноз бронхиальной астмы (БА). В течение 2 последующих лет пациент получал ингаляционную бронхорасширяющую терапию беродуалом. Регулярное врачебное наблюдение и контроль показателей ФВД не проводились. Стаж курения составил 40 пачко-лет, в возрасте 20 лет имело место случайное вдыхание аэрозоля хлорпикрина, после которого у пациента длительно сохранялся надсадный кашель. В течение последних 3 лет пациент постоянно отмечал малопродуктивный кашель по утрам и нарастание одышки при нагрузке. В октябре 2005 г. по поводу обострения БА пациент был госпитализирован в НИИ иммунологии, где на рентгенограмме в верхней доле правого легкого выявили инфильтративные изменения. Ранее туберкулезом не болел, туберкулез у родственников и контакт с больными не установлены.

При поступлении 3 ноября 2005 г. пациент жаловался на кашель с эпизодическим выделением скудной слизистой мокроты, одышку при быстрой ходьбе и подъеме на один пролет лестницы, слабость. При осмотре грудная клетка была бочкообразной. Над всеми отделами легких перкуторный звук с коробочным оттенком. Аускультативно в легких на фоне ослабленного дыхания с удлиненным выдохом выслушивались единичные рассеянные сухие хрипы. На рентгенограмме легкие эмфизематозны, верхняя доля правого легкого уменьшена в объеме за счет фиброза, в ней определяются разнокалиберные очаги с обширной перифокальной

инфильтрацией; в проекции средней и нижней долей правого легкого имеются признаки деформирующего бронхита (рисунок). В гемограмме: Нв 143 г/л, эр $4,6 \cdot 10^{12}/л$, лц $6,4 \cdot 10^9/л$, п/я 1 %, с/я 75 %, эо 5 %, лф 16 %, м. 3 %, СОЭ 22 мм/ч. В анализах мокроты методами люминесцентной микроскопии и посева дважды были обнаружены кислотоустойчивые микобактерии и дважды — ДНК микобактерий туберкулеза (МБТ) методом ПЦР. ФВД от 7.11.2005 г.: ФЖЕЛ 3,3 л (86 %), ОФВ₁ 1,6 л (53 %), ОФВ₁ / ФЖЕЛ 68 %. При пробе с 400 мкг фенотерола прирост ОФВ₁ составил 300 мл (10 %). На ЭКГ синусовая тахикардия 103 в мин, вертикальное положение электрической оси сердца, перегрузка правого предсердия, изменения миокарда ниже-боковой и передней стенок левого желудочка.

На основании результатов обследования был установлен диагноз инфильтративного туберкулеза верхней доли правого легкого, МБТ (+); ХОБЛ II стадии в фазе ремиссии; ДН 2; хронического легочного сердца, НК I. Пациенту была назначена терапия 4 противотуберкулезными препаратами (изониазидом, рифампицином, пипразинамидом и этамбутолом), продолжены ингаляции беродуала по 2 дозы 2–3 раза в день.

После 4 мес. лечения у пациента уменьшилась слабость, прекратилось бактериовыделение, на рентгенограмме отмечалось значительное рассасывание инфильтративных и очаговых изменений в правом легком, однако кашель, периодическое выделение слизистой мокроты и одышка оставались на прежнем уровне. В легких продолжали выслушиваться единичные рассеянные сухие хрипы. Данные на 16.03.2006 г. таковы: ФЖЕЛ 3,1 л (81 %), ОФВ₁ 1,7 л (56 %), ОФВ₁ / ФЖЕЛ 77 %. В связи со стойким сохранением симптомов и спирометрических признаков бронхиальной обструкции ингаляционная бронхорасширяющая терапия была

ОПТИМАЛЬНЫЙ ВЫБОР ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Теперь в льготном
перечне ДЛО¹

Беродуал® Н

комбинированный бронхолитик

Потенцированный эффект,
превосходящий по силе
и продолжительности действия
монокомпонентные препараты

Безопасный клинический профиль
за счет снижения дозы симпатомиметика

Расширенный спектр применения,
включающий бронхиальную астму, хроническую
обструктивную болезнь легких (ХОБЛ) либо их
сочетание у одного больного

Возможность применения у больных
с сопутствующей сердечно-сосудистой
патологией

1. Приказ Минздрава России № 1136-н/05 от 26.09.2005 «О государственной регистрации цен на лекарственные средства, которые поставляются в аптеки сетями городов».
http://www.roszdrnadzor.ru/Voprosy/Files/1136%2005_1046-3071.doc,
http://www.roszdrnadzor.ru/Voprosy/Files/11786%2005_63719-92879.doc, дата: 28.09.2005

Для получения дополнительной информации по препарату обращайтесь в Представительство компании
«Берингер Ингельхайм Фарма ГмБХ»:

119049, Москва, ул. Донская 29/9, стр. 1
тел: +7 (495) 411 78 01
факс: +7 (495) 411 78 02
E-mail: info@mos.boehringer-ingenheim.com



Регистрационный номер: П № 013312/01-2001
Состав: одна ингаляционная доза содержит действующего вещества:
ипратропия бромид – 20 мкг, фенотерол гидробромид – 30 мкг.

 **Boehringer
Ingelheim**

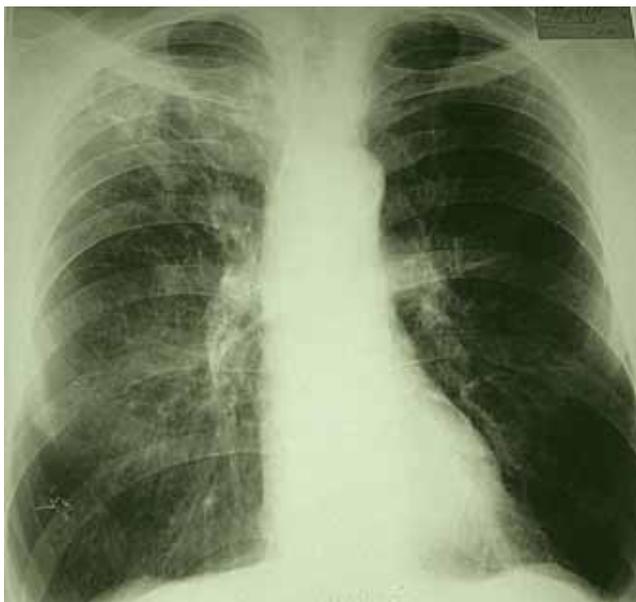


Рисунок. Обзорная рентгенограмма грудной клетки пациента при поступлении

изменена: вместо беродуала назначены ингаляции тиотропиума (Спиривы) по 18 мкг 1 раз в сут.

После недели лечения пациент не отметил существенного изменения самочувствия, однако количество хрипов в легких немного уменьшилось, показатели ФВД улучшились незначительно: 23.03.2006 г. — ФЖЕЛ 4,1 л (107 %), ОФВ₁ 1,8 л (62 %), ОФВ₁ / ФЖЕЛ 67 %. Лечение было продолжено.

Еще через 2 нед. пациент отметил отчетливое и стойкое уменьшение кашля и одышки, улучшение переносимости физической нагрузки (стал подниматься без одышки на 3–4 лестничных пролета), в легких хрипы не выслушивались, показатели ФВД заметно улучшились по сравнению с исходными: 5.04.2006 г. — ФЖЕЛ 4,1 л (107 %), ОФВ₁ 2,1 л (72 %), ОФВ₁ / ФЖЕЛ 64 %.

При контрольном обследовании спустя 40 дней после назначения тиотропиума показатели ФВД "вышли на плато": 26.04.2006 г. ФЖЕЛ 4,0 л (105 %), ОФВ₁ 2,1 л (72%), ОФВ₁ / ФЖЕЛ 66 %. Пациенту было рекомендовано длительно продолжить ингаляционную бронхорасширяющую терапию Спиривой в амбулаторных условиях под наблюдением пульмонолога.

Комментарий

Как отечественные, так и зарубежные фтизиатры уделяют недостаточное внимание проблеме бронхиальной обструкции у больных туберкулезом, о чем свидетельствует отсутствие крупномасштабных исследований в этой области [1]. В то же время известно, что нарушение проходимости дыхательных путей определяется у 30–80 % больных активным туберкулезом органов дыхания [2, 3]. Причиной обструкции бронхов могут являться самостоятельные сопутствующие заболевания, формированию бронхообструктивного синдрома также способствует длительно существующий воспалительный процесс в дыхательной системе при туберкулезе [4–6]. Успешное лечение туберкулеза у значительной части пациентов приводит к улучшению или нормализации показателей бронхиальной проходимости даже

без применения бронхорасширяющей терапии. Сочетание двух заболеваний подразумевает наличие особенностей проявления бронхообструктивного синдрома и необходимости разработки специальной лечебной тактики [6, 7].

В приведенном наблюдении демонстрируется стойкое сохранение бронхиальной обструкции у больного с сочетанием активного туберкулеза легких и ХОБЛ. После 4 мес. противотуберкулезной и бронхорасширяющей терапии выраженность бронхообструктивного синдрома не претерпела изменений, несмотря на регрессию туберкулезного процесса. Регулярного применения комбинированной ингаляционной терапии короткодействующими бронходилататорами, как это рекомендуется в современных руководствах по лечению ХОБЛ, оказалось недостаточно для достижения эффекта у пациента с сочетанной патологией. Переход на применение длительнодействующего бронходилататора оказался эффективным, однако ответ на изменение терапии последовал только через 3 нед. лечения, что, на наш взгляд, является особенностью, характерной для сочетания двух заболеваний. Стойкое уменьшение бронхиальной обструкции под влиянием терапии тиотропиумом после длительного периода неэффективной бронхорасширяющей терапии у нашего пациента заслуживает внимания с точки зрения перспективности применения названного препарата в подобных случаях.

Литература

1. Глобальная инициатива по хронической обструктивной болезни легких. Пересмотр 2003 г. М.: Атмосфера; 18.
2. Нефедов В.Б., Попова Л.А. Изменение функции легких у больных впервые выявленным туберкулезом при лечении короткими курсами интенсивной контролируемой терапии. Пробл. туб. 2001; 7: 27–31.
3. Приймак А.А., Шестерина М.В., Свистунова А.С. Ранняя диагностика сопутствующих неспецифических заболеваний легких у больных туберкулезом. Пробл. туб. 1987; 3: 16–18.
4. Вильдерман А.М. Хронические неспецифические заболевания легких у больных туберкулезом органов дыхания. Пробл. туб. 1978; 11: 42–45.
5. Минстер В.А. Впервые выявленный деструктивный туберкулез легких у больных с бронхиальной обструкцией. Пробл. туб. 1985; 7: 7–10.
6. Хоменко А.Г., Омаров Т.О., Каминская Г.О. и др. Применение простагландина Е₂ при бронхообструктивном синдроме у больных туберкулезом легких. Клини. мед. 1991; 11: 43–46.
7. Шмелев Е.И., Куклина Г.М. Современные принципы лечения бронхиальной обструкции у больных туберкулезом легких. Пробл. туб. 2001; 7: 36–40.

Получено 11.07.06

© Степанян И.Э., Комиссарова О.Г., 2006

УДК [616.24-002.5+616.24-036.12]-085.234