

ХРОНИЧЕСКОЕ ОБСТРУКТИВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЛЕГКИХ - СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ

Г.П.Победенная

Луганский государственный медицинский университет

Хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ) - одно из самых распространенных заболеваний человека [6]. По данным ВОЗ, им поражено 0,8 % населения планеты, преимущественно лица старше 40 лет, причем уровень заболеваемости среди мужчин выше (0,9 %), чем среди женщин (0,7 %). В ближайшие годы прогнозируется дальнейшее увеличение заболеваемости ХОЗЛ [2, 8]. ХОЗЛ развивается под воздействием факторов риска, среди которых наиболее значимыми являются курение и состояние окружающей среды, условий работы, а также некоторые генетические особенности пациента [2]. Под влиянием этих факторов риска развивается воспалительный процесс в тканях легкого. В различных участках легкого увеличивается количество нейтрофилов, макрофагов и Т-лимфоцитов, в частности, CD8+-клеток. У некоторых пациентов может наблюдаться увеличение количества эозинофилов, особенно во время обострения заболевания. Клетки воспаления способны выделять цитокины и медиаторы, среди которых следует отметить лейкотриен В₄, интерлейкин-8 (ИЛ-8) и фактор некроза опухоли α (TNF α) [3]. Патогенные ингаляционные раздражители способны вызывать окислительный стресс с выделением протеаз клетками воспаления.

ХОЗЛ - патология, которая требует чрезвычайно высоких затрат и является серьезным социальным бременем. Главная задача в лечении ХОЗЛ - предотвращение или замедление прогрессирования болезни [8]. Среди основных направлений лечения ХОЗЛ выделяют снижение влияния факторов риска, лечение при стабильном течении заболевания и терапия обо-

стрений. Объем лечебных мероприятий зависит от степени тяжести заболевания и определяется индивидуально для каждого пациента с ХОЗЛ и зависит от тяжести симптомов, степени нарушений функции внешнего дыхания, частотой и тяжестью обострений, наличием осложнений, наличием и тяжестью сопутствующих заболеваний, общим состоянием здоровья. Лечение больных ХОЗЛ в стабильный период носит ступенчатый характер: ступенчатое увеличение объема терапии в зависимости от тяжести заболевания [5]. В период обострения несомненным фактом является необходимость в расширении объема терапии. Обострения могут как неинфекционными, так и инфекционными [6]. Последние обусловлены хронической бактериальной инфекцией дыхательных путей при ХОЗЛ и обструкцией их слизью. Наличие большого количества вязкой слизи способствует размножению микроорганизмов и задерживает санацию бронхиального дерева, а инфекционное воспаление в свою очередь стимулирует образование слизи.

Разорвать порочный круг в данной ситуации может назначение азитромицина [4]. Азитромицин оказывает не только антибактериальное действие за счет способности создавать высокую и длительно сохраняющуюся концентрацию в очаге воспаления и внутри клеток, а также имеет уникальное двухфазное иммуномодулирующее действие. Первая фаза заключается в стимуляции дегрануляции нейтрофилов и усилении окислительного взрыва, что оптимизирует защитные функции иммунной системы. Вторая фаза действия азитромицина начинается по мере эрадикации бактерий и сопровождается уменьшением продукции ИЛ-8 и стимуляцией апоптоза нейтрофилов, что обеспечивает уменьшение выраженности воспалительной реакции. Азитромицин имеет и наименьший потенциал межлекарственных взаимодействий, в меньшей степени, по сравнению с другими макролидами, влияя на систему цитохрома P450. Кроме того, удобный режим применения азитромицина обеспечивает высокий уровень приверженности пациентов к лечению препаратом.

Основой симптоматического лечения ХОЗЛ являются бронхолитические препараты. Бронхолитики назначают при

ХОЗЛ как с профилактической целью базисно каждый день в качестве моно- или комплексной терапии, так и для снятия острых симптомов [5].

Ингаляционные кортикостероиды применяются в базисном лечении ХОЗЛ, начиная с III стадии [5]. Их регулярное применение не оказывает влияния на прогрессивное уменьшение объема форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ1), однако, их включение в терапию при частых обострениях способствует уменьшению количества обострений и улучшению состояния пациента. Значительный вклад в прогрессирование заболевания и смертность пациентов с ХОЗЛ вносят обострения. Чем чаще у пациентов с ХОЗЛ возникают обострения, тем ниже выживаемость таких больных.

В настоящее время ведутся дискуссии относительно механизмов действия производных ксантина. Результаты исследований свидетельствуют об эффективности метилксантинов в лечении ХОЗЛ - улучшается функция инспираторной мускулатуры, но ввиду их потенциальной токсичности они являются препаратами второй линии и могут быть добавлены в регулярной ингаляционной бронхолитической терапии при более тяжелом течении болезни. Они могут действовать как неселективные ингибиторы фосфодиэстеразы. В настоящее время широко обсуждается эффективность нового класса препаратов, уменьшающих воспаление посредством блокады фермента фосфодиэстеразы 4 типа (ФДЭ-4). Первым представителем этого класса препаратов стал Даксас (рофлумиласт) [1]. Он обладает уникальным механизмом действия, направленным на главные звенья воспалительного процесса. Основное его действие обусловлено активным метаболитом - рофлумиласт-N-оксидом, период полувыведения которого составляет 27 часов, что и обеспечивает длительное действие препарата. В отличие от теофиллинов рофлумиласт более выражено блокирует ФДЭ-4, снижая количество эозинофилов и нейтрофилов в мокроте, уровни ИЛ-8 и TNF- α . Кроме того, рофлумиласт снижал гиперсекрецию слизи, увеличивал частоту биения ресничек, способствуя улучшению мукоцилиарного клиренса, и

предотвращал развитие ремоделирования легких за счет замедления развития эмфиземы легких.

Не менее важной в определении стратегии лечения больных с ХОЗЛ является выбор бронхолитика. Так, назначение современного пролонгированного М-холинолитика тиотропия (спирива) у больных с ХЗЛ с более низким риском начала применения ИКС, лучшие показатели функции легких и качества жизни, а также более медленное их снижение, чем при назначении других базисных бронхолитических средств. Кроме того, применение тиотропия ассоциировалось с тенденцией к снижению частоты обострений и смертности [7].

При лечении пациентов с ХОЗЛ необходимо помнить и о немедикаментозных методах лечения. Это дыхательные упражнения и оксигенотерапия. Дыхательные техники могут улучшить механику дыхания и обеспечить увеличение длительности выдоха. Именно они позволяют облегчить симптомы заболевания и повысить качество жизни пациентов [9].

Таким образом, знание патогенеза ХОЗЛ, современных направлений в его лечении и терапии обострений может обеспечить не только высокую эффективность лечения заболевания, снизив скорость падения легочных функций, но и повысить качество жизни пациентов.

Литература

1. Барнс П. Проникновенный взгляд в глубины ХОЗЛ / П.Барнс //Здоров'я України. - 2010. - № 20 (249). - С.24-26.
2. Дзюблик А.Я. Хроническое обструктивное заболевание легких: современная концепция патогенеза, подходы к терапии / А.Я. Дзюблик, А.А. Мухин, Е.И. Бялик //Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. - 2007. - № 1 (06). - С. 27-35.
3. Калініченко Ю.М. Оцінка інтерлейкінового профілю при хронічному обструктивному захворюванні легень / Ю.М. Калініченко, М.М. Островський //Український пульмонологічний журнал. - 2006. - № 1. - С. 33-34.
4. Лещенко С.И. Неантибактериальные свойства макролидов: какие преимущества они дают при лечении хро-

нических заболеваний нижних дыхательных путей? / С.И. Лещенко // *Здоров'я України*. - 2010. - Темат.номер. - С.35-36.

5. Наказ МОЗ України № 128 від 19.03. 2007 р. "Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Пульмонологія".

6. Обструктивное заболевание легких: образовательная программа для врачей / Ю.И. Феценко, Л.А.Яшина, М.А. Полянская [и др.]. - Киев, 2004. - 287 с.

7. Тиотропий как стартовый препарат для базисной терапии ХОЗЛ: вторичный анализ результатов исследования / Т. Troosters, В. Celli, Т. Lystig [et al.] // *Здоров'я України*. - 2010. - Тематичний номер. - С. 10-13.

8. Феценко Ю.И. Хроническое обструктивное заболевание легких в Украине: успехи и поражения / Ю.И. Феценко // *Здоров'я України*. - 2010. - Тематичний номер. - С. 14-15.

9. Швайко Л.И. Паллиативная помощь при хроническом обструктивном заболевании легких / Л.И.Швайко // *Здоров'я України*. - 2010. - Тематичний номер. - С. 26-27.

Резюме

Победенная Г.П. Хроническое обструктивное заболевание легких - современные направления лечения.

В статье рассматриваются патогенетические аспекты и современные средства лечения ХОЗЛ, которые разработаны на патогенетических основах.

Ключевые слова: ХОЗЛ, патогенез, лечение.

Резюме

Победьонна Г.П. ХОЗЛ - сучасні напрями лікування.

В статті розглядаються патогенетичні аспекти і сучасні засоби лікування ХОЗЛ, які розроблені на патогенетичних засадах.

Ключові слова: ХОЗЛ, патогенез, лікування.

Summary

Pobedyonnaja G.P. COPD - modern admitions in the treatment.

The pathogenetic basis and modern drugs, which were performed on their basis are considered in the article.

Key words: COPD, pathogenesis, treatment.

Рецензент: д.мед.н., проф.Л.М.Іванова

УДК 618.1-002.2:618.177-02.1

ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ И ЕГО ЛЕЧЕНИЕ

И.В.Тютюнник, Н.В.Акулинин, Ю.В.Кукурекин

Луганский областной госпиталь ветеранов войны,
Луганская областная клиническая психоневрологическая
больница

Введение

Синдром хронической тазовой боли (СХТБ) - распространённое, часто хроническое заболевание, характеризуется болью в области таза, крестца, промежности, наружных половых органов, иногда сопровождающимися нарушением мочеиспускания или сексуальными расстройствами. Боль в области таза, снижение либидо и нарушения сексуальной функции значительно ухудшает качество жизни больных, может привести к развитию затяжных депрессивных состояний [12]. Симптомы СХТБ часто рецидивируют, причём, обострение может длиться несколько месяцев, значительно снижая качество жизни. Этот синдром может быть обусловлен различными причинными факторами, среди которых ведущее место занимают заболевания предстательной железы и семенных пузырьков. По данным различных авторов, простатит является причиной, примерно, четверти обращений мужчин с урогенитальными расстройствами [13]. Указывается на наличие нервно-мышечной дисфункции тазового дна в качестве причины хронической тазовой боли [12]. Имеется возможность развития синдрома хронической тазовой боли невоспалительного характера [14]. Сам термин "хронический простатит" может обозначать широкий спектр состояний предстательной железы и нижних мочевых путей, в том числе и синдром хронической тазовой боли [4]. Увеличение частоты хронических простатитов, везикулитов, эпидидимитов за последнее время связано с выявлением у таких больных скрытой инфекции: хламидий, микоплазм, уреоплазм, вируса