

УДК 616.24-007.63

ДИАГНОСТИКА И СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Г.Т. Киыкбаева¹, Г.К. Омарова², Г.Х. Шерьязданова², А.К. Жилкайдарова³, А.О. Шалгумбаева⁴АО «Республиканский Диагностический центр», г. Астана¹, КГКП «Городская больница №2», г. Семей², Медицинское объединение №1, с. Таскескен³, ГУ «Военный госпиталь г. Аягоз»⁴

Тұжырым

ӨКПЕНІҢ СОЗЫЛМАЛЫ ОБСТРУКЦИЯЛЫҚ АУРУЫНЫҢ ДИАГНОСТИКАСЫ ЖӘНЕ ЗАМАНАУИ ЕМДЕЛУ

Г.Т. Киыкбаева, Г.К. Омарова, Г.Х. Шерьязданова, А.К. Жилкайдарова, А.О. Шалгумбаева

Бұл мақалада өкпенің созылмалы обструкциялық ауруы (ӨСОА) диагностикасы және емдеу аспектілері жөнінде мәліметтер келтірілген. Бұл аурудың пайда болу себептері, клиникалық көріністері, диагностикасы және емдеу принциптеріне қатысты заманауи деректер топтастырылған. Бронхолитикалық терапия негізгі емдік шара екені көрсетілген.

Summary

DIAGNOSIS AND MODERN ASPECTS OF COPD TREATMENT

G.T. Keekbayeva, G.K. Omarova, G.Ch. Sheryazdanova, A.K. Zhilkaidarova, A.O. Shalgumbayeva

Current aspects of diagnostics and treatment of chronic obstructive pulmonary disease are highlighted in the article. The article were to review a etiological factors, clinical manifestations, diagnostics and treatment modalities of COPD.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) относится к часто встречающимся заболеваниям человека, является важной медико-социальной проблемой, входя в число лидирующих причин временной нетрудоспособности и инвалидности, занимает 4-е место в мире среди причин смертности. Заболеваемость ХОБЛ растет во всем мире, что связано с увеличением потребления табачных изделий и изменением возрастной структуры населения развивающихся стран [1, 4]. Большая дистанция между началом болезни и ее первыми проявлениями приводит к тому, что больные ХОБЛ обращаются за медицинской помощью поздно, когда возможности терапии ограничены. В течение последнего десятилетия врачи всего мира придерживаются в лечении больных ХОБЛ рекомендаций, предлагаемых рабочей группой ВОЗ «Глобальная инициатива: Хроническая обструктивная болезнь легких» (GOLD), (последнее обновление рекомендаций – 2010 г.) [1].

ХОБЛ — это заболевание, характеризующееся не полностью обратимым ограничением воздушного потока. Ограничение воздушного потока, как правило, прогрессирует и связано с патологической воспалительной реакцией легочной ткани в результате воздействия вредных частиц или газов [2].

Болезнь проявляется кашлем, отделением мокроты и нарастающей одышкой, носит неуклонно прогрессирующий характер с исходом в хроническую дыхательную недостаточность и легочное сердце.

Хронический кашель и продукция мокроты часто долго предшествуют ограничению воздушного потока, хотя не у всех людей с этими симптомами развивается ХОБЛ. Диагноз ХОБЛ должен предполагаться у всех пациентов с факторами риска (курение, длительное воздействие профессиональных раздражителей, атмосферное и домашнее загрязнение воздуха) при наличии кашля и продукции мокроты. Пассивное курение также ведет к развитию респираторных симптомов и ХОБЛ. Перенесенные в детстве инфекции дыхательных путей увеличивают частоту респираторной симптоматики у взрослых.

Для ХОБЛ характерна стадийность течения заболевания с определенной клинической картиной и характерными морфологическими изменениями, которые обнаруживаются в крупных центральных бронхах, мелких периферических бронхах и бронхиолах, легочной паренхиме, в малом круге кровообращения и правых отделах сердца. Уже на ранних стадиях заболевания в

ответ на воздействие пусковых факторов возникает воспаление дыхательных путей. Нередкое присоединение к бронхиальной астме хронического обструктивного бронхита не влекло за собой коррекцию фармакотерапии, в то время как такая коррекция была необходима.

Ведущее место в диагностике и объективизации степени тяжести ХОБЛ занимает исследование функции внешнего дыхания (ФВД). Спирография должна выполняться всем больным с хроническим кашлем, отделением мокроты и наличием факторов риска даже при отсутствии одышки, что позволит выявить заболевание на ранних стадиях. При исследовании определяют объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ₁), форсированную жизненную емкость легких (ФЖЕЛ) и отношение ОФВ₁/ФЖЕЛ — наиболее чувствительный параметр, определяющий обструкцию.

ОФВ₁/ФЖЕЛ — основной и наиболее ранний признак в диагностике ХОБЛ. Снижение данного показателя менее 70% от должного в период ремиссии свидетельствует об обструктивных изменениях в бронхах, присутствующих на всех стадиях заболевания, независимо от степени тяжести, определяемой по ОФВ₁. Обструкция считается хронической, если она регистрируется не менее трех раз в течение одного года, несмотря на проводимую терапию.

При постановке диагноза ХОБЛ указывается тяжесть течения заболевания: легкое (I стадия), среднетяжелое (II стадия), тяжелое (III стадия) или очень тяжелое (IV стадия) течение; фаза процесса: ремиссия или обострение; дыхательная недостаточность; наличие осложнений; сопутствующие болезни, оказывающие влияние на тяжесть ХОБЛ. Со временем ХОБЛ прогрессирует. Функция легких при этом ухудшается, несмотря на использование всех возможных средств лечения, поэтому при установлении диагноза ХОБЛ клинические симптомы заболевания и функцию легких следует мониторировать, чтобы своевременно диагностировать развитие осложнений и проводить коррекцию лечения.

Отказ от курения или устранение иных триггерных факторов — наиболее эффективный метод снижения риска развития и темпов прогрессирования ХОБЛ.

Основными задачами современной фармакотерапии ХОБЛ являются предупреждение прогрессирования и уменьшение симптомов заболевания, повышение толерантности к физической нагрузке, профилактика и лечение обострений и осложнений, снижение смертно-

сти, предупреждение или максимальное снижение побочных эффектов лечения.

Современные представления о сущности ХОБЛ декларируют бронхиальную обструкцию главным и универсальным источником всех последующих патологических изменений, развивающихся при ХОБЛ. Как следствие, главной задачей лечения ХОБЛ является достижение стойкого бронхолитического эффекта, поэтому все средства и методы должны применяться в сочетании с бронходилататорами.

Существуют три группы бронходилататоров: антихолинергические средства, бета-2-агонисты, метилксантины.

Адекватная бронхолитическая терапия больных ХОБЛ не только вызывает уменьшение одышки и улучшение функциональных показателей легочной вентиляции (ОФВ₁), но и способна замедлить темпы прогрессирования болезни. Идеальное бронхолитическое лекарственное средство должно иметь высокую эффективность, минимальное число и выраженность побочных реакций, сохранять эффективность при длительном применении. Этим требованиям более всего отвечают ингаляционные холинолитики — наилучшие на сегодняшний день бронхолитические средства для постоянного лечения ХОБЛ. Следует заметить, что возможны разные пути введения холинолитиков, но наиболее предпочтителен и безопасен ингаляционный путь с помощью дозированных ингаляторов. Очень важно, чтобы пациент был обучен правильному пользованию ингалятором [3].

При недостаточном эффекте терапии холинолитиками можно использовать пролонгированные бета-2-агонисты (например, сальметерол), которые действуют 12 часов. Дополнительное назначение 1-2 ингаляций утром и вечером обеспечивает стойкий бронхолитический эффект. Однако бета-2-агонисты не влияют на продукцию слизи — фактор, который занимает особое место в патогенезе ХОБЛ. Кроме того, больному ХОБЛ нередко трудно соблюдать технику ингаляций, особенно при многократном применении лекарственного средства, что может приводить к снижению необходимой дозы и т.д.

Наиболее часто используемый холинолитик — ипратропиум бромид — базисный препарат для лече-

ния начальных стадий ХОБЛ. Ипратропиум назначается при тяжелом течении ХОБЛ, однако при этом необходим многократный прием препарата в течение суток. Начиная со второй стадии ХОБЛ, оптимальным представляется использование холинолитика длительного действия. Таким препаратом является тиотропиум бромид — М-холинолитик длительного действия, который благодаря медленной диссоциации с М1- и М3-холинорецепторами гладкомышечных и слизеобразующих клеток дыхательных путей обеспечивает 24-часовой эффект, что позволяет принимать препарат 1 раз в сутки. Кроме того, холиноблокирующий эффект тиотропиума бромида в 10 раз превосходит таковой ипратропиума бромида. Проведенные исследования продемонстрировали минимальную системную абсорбцию препарата, что обеспечивает высокую безопасность и незначительные побочные эффекты тиотропиума при его длительном применении. По данным многоцентровых клинических испытаний, тиотропиум бромид более эффективен в отношении прироста ОФВ₁ по сравнению с ипратропиумом бромидом и сальметеролом. Показано, что тиотропиум бромид может длительно использоваться в качестве монотерапии ХОБЛ, существенно замедляя темпы ее прогрессирования.

Литература:

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Updated, 2010. www.goldcopd.com
2. Авдеев С.Н. Комбинированная терапия ипратропиумом и β₂-агонистами при обострении хронической обструктивной болезни лёгких // Пульмонология. - 2008. - №5. - С. 101-106.
3. Елисеев О.М. Новые данные в пользу применения тиотропия для начальной поддерживающей терапии пациентов с хронической обструктивной болезнью лёгких // Пульмонология. - 2009. - №6. - С. 123-124.
4. Лещенко И.В. Современные подходы к лекарственной терапии при стабильном течении хронической обструктивной болезни лёгких // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. - 2009. - №3. - С. 10-14.

УДК 616.24-002.5+615.015.8

ЛЕКАРСТВЕННО - УСТОЙЧИВЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ

К.С. Игембаева, Р.С. Игембаева, Н.К. Селиханова, Е.А. Ибраев,
И.М. Баильдинова, И.Е. Соловьев, И. Мырзагалиева

КГКП «Региональный противотуберкулезный диспансер», г. Семей

Резюме

Из 90 бактериовыделителей у 57 (63,3%) выявлена устойчивость МБТ к химиопрепаратам. Устойчивость к 1-2 препаратом выявлена у 18 больных, среди них наиболее часто встречалась устойчивость к стрептомицину (13 человек). У 39 пациентов выявлена устойчивость к 3 и более препаратам, среди них наиболее часто встречалась устойчивость к стрептомицину (31 человек). При лечении больных с лекарственной устойчивостью необходимо использовать 4-5 противотуберкулезных препарата с учетом чувствительности МБТ, а также патогенетическое лечение с целью повышения общей сопротивляемости организма.

Тўжырым

ӨКПЕ ТУБЕРКУЛЕЗІНІҢ ДӘРІГЕ ТӨЗІМДІ ТҮРІ

К.С. Игембаева, Р.С. Игембаева, Н.К. Селиханова, Е.А. Ибраев, И.М. Баильдинова, И.Е. Соловьев, И. Мырзагалиева

Қақырығымен туберкулез қоздырғышын шығаратын 90 науқастың 57 (63,3)-нен химиопрепараттарға төзімділік бар екені анықталды. 18 науқастан 1-2 дәріге төзімділік анықталды, олардың арасында стрептомицинге жиі (13 науқас) кездесті. 39 науқастан 3 және одан да көп дәріге төзімділік анықталды, ал олардың арасында да стрептомицинге төзімділік өте жиі (31 науқас) кездесті. Дәріге төзімділігі бар науқастарды емдегенде ТҚ-ның дәріге сезімталдығын ескере отырып химиопрепараттардың 4-5 қолдану керек және жалпы организмнің ауруға қарсы тұру қабілетін жоғарлататын патогенетикалық ем қолдану керек.

Summary
DRUG RESISTENCE TUBERCULOSIS

K.S. Igembaeva, R.S. Igembaeva, N.K. Selihanova, E.A. Ibraev, I.M. Bailidinova, I.E. Solovev, I. Myrzagalieva

From 90 beside 57 (63,3%) is revealed stability MBT to. Resistance to 1-2 preparations is revealed beside 18 sick, amongst them most often met resistance to streptomycin (13 persons). Resistance is revealed Beside 39 patients to 3 and more preparation, amongst them most often met resistance to streptomycin (31 persons). At treatment sick with medicinal stability necessary to use 4-5 of the preparation with provision for sensitivity MBT, as well as treatment for the reason increasing of the general resistivity of the organism.

Ухудшение эпидемиологической обстановки по туберкулезу сопровождается изменениями характеристики и течения заболевания. Отмечается увеличение числа больных с остро прогрессирующими формами туберкулеза легких и у этих больных эффективность лечения низкая. Низкая эффективность лечения, в частности, связана с наличием множественной лекарственной устойчивости у этих пациентов (1-3).

Цель нашего исследования - установление уровня лекарственной устойчивости МБТ у больных туберкулезом легких, изучение течения и исходов лекарственно-устойчивого туберкулеза в зависимости от различной степени устойчивости МБТ к противотуберкулезным препаратам.

Материалы и методы

Материалом являлись истории болезни 90 больных туберкулезом легких, лечившихся в региональном противотуберкулезном диспансере. Для установления диагноза использованы клинические, рентгенологические, лабораторные и, в том числе, данные о лекарственной устойчивости.

Результаты и их обсуждение.

Проведено наблюдение и проанализированы истории болезни 90 взрослых больных с бактериовыделением, находившихся на лечении в РПТД №2.

Из 90 бактериовыделителей у 57 (63,3%) выявлена устойчивость МБТ к химиопрепаратам.

Рост заболеваемости туберкулезом в последние годы наряду со многими причинами тесно связан с такими социально-экономическими факторами, как снижение уровня жизни населения, увеличение доли неполных семей, увеличение числа социально-дезадаптированных молодых людей с вредными привычками (курение, токсикомания, наркомания). Все эти факторы влияют на иммунитет и адаптационные способности организма.

В последние годы все более остро встает вопрос об увеличении числа случаев лекарственно-устойчивого туберкулеза, что затрудняет лечение и требует более внимательного подхода к назначению схемы лечения каждому больному. В нашу задачу входило установление уровня лекарственной устойчивости МБТ у больных туберкулезом, изучение течения и исходов лекарственно-устойчивого туберкулеза в зависимости от различной степени устойчивости МБТ к противотуберкулезным препаратам. Проведено наблюдение 90 больными с МБТ формами туберкулеза. Из 90 бактериовыделителей у 57 (63,3%) выявлялась устойчивость МБТ к химиопрепаратам. При этом первичная устойчивость составила 47,7% (43 человека) от всех больных бактериовыделителей. Выявлено, что у больных из семейного контакта в 71,4% случаев наблюдалось полное или частичное совпадение чувствительности и устойчивости МБТ с данными источника заражения.

У больных с лекарственной устойчивостью МБТ в 73,3% наблюдались активные распространенные процессы (инфильтративный туберкулез в фазе распада и обсеменения, казеозная пневмония, фиброзно-кавернозный туберкулез).

Все больные получали интенсивное противотуберкулезное лечение 3-4-5 препаратами, как основными, так и резервными, в зависимости от данных устойчивости. Устойчивость к 1-2 препаратам выявлена у 18 больных. Среди них, наиболее часто, встречалась устойчивость к стрептомицину (13 человек), канамицину (6), изониазиду (5), также к амикацину (3 человек), пирозинамиду (2), рифампицину (1).

У больных с устойчивостью к 1-2 препаратам при подборе адекватной схемы лечения не отмечалось достоверной разницы в сроках абиллирования, исчезновения симптомов интоксикации, рассасывании инфильтративных изменений в легких по сравнению с контрольной группой больных лекарственно-чувствительным туберкулезом.

Устойчивость к 3 препаратам и более определялась у 39 пациентов. У большинства из них наблюдались распространенные двусторонние процессы. Устойчивость МБТ выявлялась как к основным, так и к резервным препаратам. Наиболее часто определялась устойчивость к стрептомицину (31 человек), изониазиду (26), канамицину (22), несколько реже – к пирозинамиду (2), рифампицину (1).

В этой группе больных специфическая терапия проводилась с учетом устойчивости МБТ. У 29 больных в комплексном лечении использовались также резервные препараты (канамицин, протионамид, феназид, амикацин, таривид, циклосерин, микобутин, рифабутин).

Наблюдение за динамикой специфического процесса по данным всех клинико-лабораторных и рентгенологических показателей позволило установить, что у больных полирезистентным туберкулезом преобладало замедленное течение заболевания по сравнению с группой больных лекарственно-устойчивым туберкулезом. У них также определялись в большем проценте случаев (62,9) значительные остаточные изменения.

Таким образом, устойчивость МБТ к противотуберкулезным препаратам оказывает влияние на течение и исходы туберкулезного процесса, ее отрицательное влияние более сказывается при развитии полирезистентности (к 3 препаратам и более) МБТ. Для лечения данной группы больных необходимо упорное длительное комплексное лечение с использованием основных и резервных препаратов с учетом чувствительности МБТ, лечение сопутствующих заболеваний, применение патогенетических средств, повышающих общую сопротивляемость организма.

Литература:

1. Игембаева К.С., Игембаева Р.С., Гончарова А.С. и др. Частота и характеристика лекарственной резистентности МБТ у больных туберкулезом легких // Наука и здравоохранение. – Семей, 2004. - №1. – С.60-62.
2. Самойлова А.Г., Марьяндышев А.О. Лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза – актуальная проблема фтизиатрии // Пробл. туб. болезней легких, - 2005. - №7. – С. 3-9
3. Севастьянова Э.В., Пепусова Л.В. Мониторинг лекарственной устойчивости и болезней легких, - 2008. - №9. – С. 13-16