

9. Свечникова М.В. Стоматологический статус пациентов с острыми лейкозами. Аспиранский вестник Поволжья № 5-6, 2013.

10. Токмакова С.И., Луницына Ю.В. Клинико-морфологическая характеристика язвенно-некротического стоматита на фоне цитостатической терапии острого лейкоза. Сибирский онкологический журнал, № 4 (52), 2012.

УДК 616.24.08

П.А. Закиряева
ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ
ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Кафедра внутренней медицины №4 с гематологией
Самаркандский Государственный медицинский институт
Самарканд, Республика Узбекистан

P.A. Zakiryaeva
PRINCIPLES OF TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC
OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Department of Internal Medicine №4 with Hematology
Samarkand state medical institute
Samarkand, Republic of Uzbekistan

Контактный e-mail: parvinnurik@mail.ru

Аннотация. В статье рассмотрены принципы медикаментозного лечения пациентов с хронической обструктивной болезнью легких.

Annotation. The article describes the principles of medical treatment for patients with chronic obstructive pulmonary disease.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, виды, причины возникновения, виды лечения.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease, types, causes, treatments.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) — заболевание, характеризующееся прогрессирующей, частично обратимой бронхиальной обструкцией, которая связана с воспалением дыхательных путей, возникающим под влиянием неблагоприятных факторов внешней среды (курения, профессиональных вредностей, поллютантов и др.). Установлено, что морфологические изменения при ХОБЛ наблюдаются в центральных и периферических бронхах, легочной паренхиме и сосудах [6,7].

В опубликованных недавно рекомендациях ведущих экспертов Американского и Европейского торакальных обществ подчеркивается, что развитие ХОБЛ у больных можно предупредить, а при ее лечении вполне

реально добиться успехов [5]. Заболеваемость и смертность пациентов от ХОБЛ продолжают расти во всем мире, что в первую очередь обусловлено широкой распространенностью курения. Показано, что этим заболеванием страдают 4–6 % мужчин и 1–3 % женщин старше 40 лет [6,8]. В европейских странах оно ежегодно является причиной смерти 200–300 тыс. человек [8]. Высокое медико-социальное значение ХОБЛ стало причиной издания по инициативе ВОЗ международного согласительного документа, посвященного ее диагностике, лечению, профилактике и основанного на принципах доказательной медицины [3,6]. В России недавно опубликовано 2-е издание Федеральной программы по ХОБЛ [1].

Цель исследования - определение основных принципов проведения лечебных мероприятий при хронической обструктивной болезни легких.

Материалы и методы исследования

В качестве материала проанализировали истории болезни 53 пациентов, находившихся на стационарном лечении в 2015 году в отделение пульмонологии Самаркандского городского медицинского объединения, которым были рекомендованы медикаментозные методы лечения хронической обструктивной болезни легких. Обследование пациента проводили путем расспроса больного, применением клинических и инструментальных методов.

Результаты исследования и их обсуждение

Задачами терапии ХОБЛ являются предупреждение прогрессирования болезни, уменьшение выраженности клинических симптомов, достижение лучшей переносимости физической нагрузки и повышение качества жизни больных, предупреждение осложнений и обострений, а также снижение смертности [6,7]. Основными направлениями лечения ХОБЛ являются уменьшение воздействия неблагоприятных факторов внешней среды (в том числе отказ от курения), обучение больных, использование лекарственных средств и немедикаментозная терапия (оксигенотерапия, реабилитация и др.). Различные комбинации этих методов используются у пациентов с ХОБЛ в фазу ремиссии и обострения.

Наиболее эффективны в этом случае являлись беседы медицинского персонала (индивидуальные и групповые) и фармакотерапия. Существуют три программы лечения табачной зависимости: короткая (1–3 мес), длительная (6–12 мес) и программа снижения интенсивности курения [2].

Назначать лекарственные препараты рекомендовались в отношении больных, с которыми беседы врача оказались недостаточно эффективны. При этом следует взвешенно подходить к их применению у людей, выкуривающих менее 10 сигарет в день, подростков и беременных. Противопоказанием к назначению никотинзамещающей терапии являлись нестабильная стенокардия, нелеченная пептическая язва двенадцатиперстной кишки, недавно перенесенные острый инфаркт миокарда и нарушение мозгового кровообращения.

Повышение информированности пациентов позволяет повысить их работоспособность, улучшить состояние здоровья, формирует умение справляться с болезнью, повышает эффективность лечения обострений [6].

Принципы лечения ХОБЛ стабильного течения [4,6] заключались в следующем:

1) Объем лечения увеличивается по мере нарастания тяжести болезни. Его уменьшение при ХОБЛ, в отличие от бронхиальной астмы, как правило, невозможно.

2) Медикаментозная терапия используется для предупреждения осложнений и уменьшения выраженности симптомов, частоты и тяжести обострений, повышения толерантности к физической нагрузке и качества жизни больных.

3) Следует иметь в виду, что ни одно из имеющихся лекарственных средств не влияет на темпы снижения бронхиальной проходимости, которое является отличительной чертой ХОБЛ.

4) Бронхолитики занимают центральное место в лечении ХОБЛ. Они уменьшают выраженность обратимого компонента обструкции бронхов. Эти средства используются в режиме «по требованию» или регулярно.

5) Ингаляционные глюкокортикоиды показаны при тяжелом и крайне тяжелом течении ХОБЛ (при объеме форсированного выдоха за 1 с (ОФВ₁) менее 50% от должного и частыми обострениями, как правило, более трех за последние три года или один-два за один год, для лечения которых используются пероральные стероиды и антибиотики.

6) Комбинированная терапия ингаляционными глюкокортикоидами и β_2 -адреномиметиками длительного действия оказывает существенный дополнительный эффект на функцию легких и клинические симптомы ХОБЛ по сравнению с монотерапией каждым из препаратов. Наибольшее влияние на частоту обострений и качество жизни наблюдается у больных ХОБЛ с ОФВ₁ < 50% от должного. Эти препараты предпочтительно назначать в ингаляционной форме, содержащей их фиксированные комбинации (сальметерол/флутиказонпропионат, формотерол/будесонид).

7) Длительное использование таблетированных глюкокортикоидов не рекомендуется в связи с риском развития системных побочных эффектов.

8) На всех стадиях ХОБЛ высокой эффективностью обладают физические тренирующие программы, повышающие толерантность к физической нагрузке и уменьшающие выраженность одышки и утомления.

9) Длительное назначение кислорода (более 15 ч в сутки) больным с дыхательной недостаточностью повышает их выживаемость.

Выводы:

1. В последующие 4–6 нед больной должен быть повторно осмотрен врачом, при этом оценивается его адаптация к повседневной жизни, ОФВ₁, правильность техники ингаляций, понимание необходимости дальнейшего лечения, измеряются газы крови или ее сатурация кислородом для изучения

потребности в длительной оксигенотерапии. Если она назначалась только во время обострения при лечении в стационаре, то, как правило, ее следует продолжать в течение 1–3 мес после выписки.

2. Для профилактики обострений ХОБЛ необходимы: уменьшение воздействия факторов риска; оптимальная бронхолитическая терапия; ингаляционные глюкокортикоиды в комбинации с β_2 -адреномиметиками длительного действия (при ХОБЛ тяжелого и крайне тяжелого течения); ежегодная вакцинация от гриппа.

Литература:

1. Хроническая обструктивная болезнь легких. Федеральная программа/ Под ред. акад. РАМН, профессора А. Г. Чучалина. — 2-е изд., перераб. и доп. — М., 2004. — 61 с.

2. Чучалин А. Г., Сахарова Г. М., Новиков Ю. К. Практическое руководство по лечению табачной зависимости. — М., 2001. — 14 с.

3. Calverley P., Pauwels R., Vestbo J. et al. Combined salmeterol and fluticasone in the treatment of chronic obstructive pulmonary disease: a randomized controlled trial// Lancet. — 2003. — Vol 361. — N 9356. — P. 449–456.

4. Chronic obstructive pulmonary disease. National clinical guideline on management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care// Thorax. — 2004. — Vol. 59, suppl 1. — P. 1–232.

5. Celli B.R. MacNee W and committee members. Standards for diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of ATS/ERS position paper// EurRespir J. — 2004. — Vol. 23. — N 6. — P. 932–946.

6. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. NHLBI/WHO workshop report. — National Heart, Lung, and Blood Institute. Publication number 2701, 2001. — 100 p.

7. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. NHLBI/WHO workshop report. — National Heart, Lung, and Blood Institute, update 2004// www.goldcopd.com.

8. Lodenkemper R., Gibson G.J., Sibille et al. European Lung White Book. The first comprehensive survey on respiratory health in Europe, 2003. — P. 34–43.

Е.Б. Золотарева

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ БИСОПРОЛОЛА И КАРВЕДИЛОЛА ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Кафедра факультетской терапии

Уральский государственный медицинский университет

Екатеринбург, Российская Федерация