

ЛЕЧЕНИЕ ДОЛЖНО БЫТЬ ПОЖИЗНЕННЫМ И РЕГУЛЯРНЫМ

ХОБЛ

В холодное время года обостряются многие хронические заболевания, и ХОБЛ – не исключение. Хроническая обструктивная болезнь легких – недуг серьезный, не терпящий халатности со стороны больного. Тем более сегодня, когда по планете разгуливает ковид, главная мишень которого – наши легкие. Как же научиться жить с болезнью, которая отнимает силы и не позволяет дышать полной грудью?

ХОБЛ – хроническое прогрессирующее воспалительное заболевание, которое характеризуется стойким ограничением воздушного потока, то есть нарушением бронхиальной проходимости. Как правило, оно является следствием хронического воспалительного ответа дыхательных путей и легочной ткани на воздействие повреждающих их частиц или газов.

Причины возникновения ХОБЛ такие же, как при хроническом бронхите. Среди ведущих – длительное воздействие на слизистую оболочку дыхательных путей различных раздражающих веществ: табачного дыма, пыли, химикатов, горячего воздуха, пара.

Помимо ингаляционных значение имеют и так называемые эндогенные факторы, вытекающие из физиологического состояния организма: перенесенные в детском возрасте респираторные инфекции, бронхиальная астма, наличие симптомов хронического бронхита. При этом в отличие от него при ХОБЛ воспаление в дыхательных путях и легких сохраняется не временно, а постоянно, в результате чего происходит их необратимая перестройка.

Во-первых, в стенках бронхов разрастается соединительная ткань, что приводит к сужению их просвета. Во-вторых, стенки альвеол («дыхательных единиц» легких) начинают разрушаться, а легкие – терять свои эластические свойства. Кроме того, во время выдоха возникают «воздушные ловушки» – из альвеол выходит не весь воздух, что усугубляет разрушение легочной ткани. В-третьих, та слизь и те воспалительные клетки, которые накапливаются в просвете бронхов, служат питательной средой для различных микроорганизмов.

Параллельно с этими процессами происходит постепенное утолщение стенок сосудов легких, что ведет к увеличению давления в малом круге кровообращения – легочной гипертензии.

Прежде всего ХОБЛ заявляет о себе длительным кашлем, одышкой, возникающей поначалу только при интенсивной физической нагрузке. Постепенно одышка нарастает, переносимость физических нагрузок снижается, порой весьма существенно: некоторые пациенты с трудом могут одеться, обслужить себя в быту.

Неотъемлемый спутник ХОБЛ – кислородное голодание (гипоксия) приводит к мышечной слабости, нарушению работы головного мозга, из-за чего снижается концентрация внимания, ухудшается память. Присоединение легочной гипертензии усугубляет уже имеющуюся одышку, а параллельно с этим запускается процесс формирования сердечной недостаточности – так называемого хронического легочного сердца.

В течении ХОБЛ выделяют относительно стабильные периоды и обострения, когда самочувствие пациента резко ухудшается: усиливается одышка, увеличивается количество мокроты и меняется ее цвет, нередко поднимается температура тела. Как правило, это возникает после перенесенных вирусных инфекций, переохлаждений в осенне-зимний период. Обострения приводят к ухудшению функции легких и увеличивают риск сердечно-сосудистых осложнений. В первую очередь – инфаркта миокарда. Чем чаще случаются

ся обострения, тем тяжелее протекает ХОБЛ и тем серьезнее прогноз заболевания.

Для назначения правильного лечения необходима грамотная диагностика. И здесь в учет берутся не только характерные для ХОБЛ симптомы, но и функции внешнего дыхания (спирометрия) после пробы с бронхорасширяющим препаратом. Основным критерий ХОБЛ – наличие необратимой обструкции дыхательных путей.

Для уточнения, есть ли эмфизема легких, а также какие-либо другие изменения, назначается компьютерная томография органов грудной клетки. Рентгенография органов грудной клетки для подтверждения эмфиземы не подходит. Ее рутинно используют для исключения других заболеваний легких.

Пульсоксиметрия (измерение насыщения крови кислородом) позволяет оценить выраженность дыхательной недостаточности. Нормальными значениями принято считать показатели выше 95%.

Лабораторные тесты (общеклинический анализ крови, С-реактивный белок) позволяют оценить выраженность воспаления, а увеличение количества эритроцитов косвенно говорит о наличии гипоксемии – недостатка кислорода в крови.

Поскольку обострение ХОБЛ и некоторые сердечно-сосудистые заболевания (хроническая сердечная недостаточность, тромбоз легочной артерии) сопровождаются похожими симптомами, для уточнения диагноза могут понадобиться дополнительные анализы и исследования.

Лечение ХОБЛ – это не только борьба с обострениями, как при хроническом бронхите, но и ежедневное, подчеркиваю, ежедневное, использование назначенных препаратов.

При выраженной дыхательной недостаточности, когда насыщение крови кислородом снижается ниже 95% (десатурация), используют концентратор кислорода. Параметры кислородотерапии очень индивидуальны. Но при этом хочу отметить: если десатурации нет, вдыхание кислородо-воздушной смеси самочувствие не улучшит, а, напро-

тив, может вызвать сухость слизистых оболочек дыхательных путей.

В зависимости от течения ХОБЛ назначают один или несколько бронхорасширяющих препаратов, в том числе в сочетании с ингаляционными глюкокортикоидами. Лекарства прописывает лечащий врач (в различных дозировках, как правило, 1-2 раза в день), а сама ингаляция не отнимает много времени. В целом препараты переносятся хорошо, но, чтобы минимизировать возможные побочные эффекты, важно не забывать после их использования полоскать рот и горло водой.

Как правило, лечение начинают с длительно действующего бронходилататора. Чаще всего это **тиотропия бромид (спирива респимат)** или **гликопиррония бромид (сибри бризхалер)**.

В случаях, когда эти препараты противопоказаны или имеется сочетание ХОБЛ и астмы, аллергии, предпочтение отдают длительно действующим бета 2 агонистам в комбинации с глюкокортикоидами или без. В числе монопрепаратов – **индакатерол (онбрез бризхалер)**, **формотерол (форадил)**, **оксис турбухалер**. Фиксированных комбинаций с глюкокортикоидами также очень много. Например, **симбикорт**, **серетид**, **релвар эллипта**.

Существуют также фиксированные комбинации двух бронхорасширяющих препаратов – им отдают предпочтение, когда не видят существенного эффекта от использования одного из них. Такими помощниками являются **аноро эллипта**, **спиолто респимат**, **ультибро бризхалер**.

В дальнейшем к двум бронхорасширяющим препаратам может быть добавлен ингаляционный кортикостероид – **будесонид**, **бекламетазон**, **флутиказон**. В последние годы в России появился препарат с фиксированной тройной комбинацией – **треледжи эллипта**. В тяжелых случаях, когда тройная терапия не приводит к облегчению симптомов, добавляют такие препараты, как **рофлумиласт**, **теофиллин**.

Еще раз подчеркну, что лечение должно быть пожизненным и регулярным! В настоящее время пациенты с ХОБЛ могут получать ингаляционные препараты в поликлинике по месту жительства.

При обострении ХОБЛ, когда поднимается температура тела, увеличивается количество мокроты, меняется ее цвет, появляется одышка, к ежедневной ингаляционной терапии подключают короткодействующие бронхорасширяющие препараты – **сальбутамол** или **ипратропия бромид + фенотерол (беродуал)** в виде аэрозольного ингалятора или через небулайзер (в дозах, прописанных лечащим врачом, до 6 раз в день) и муколитики (**ацетилцистеин, карбоцистеин, амброксол, бромгексин**). При сохранении затрудненного дыхания на этом фоне добавляются **теофиллин** или **рофлумиласт**.

В дальнейшем врач принимает решение об использовании глюкокортикоидов. В последнее время предпочтение отдают не системным препаратам (**преднизолон** или **метилпреднизолон**), а ингаляциям высоких доз **будесонида (пультмикорт, буденит)** через небулайзер.

При необходимости использования антибиотиков назначают те же препараты, которые прописывают при лечении хронического бронхита: **амоксциллин, цефиксим, цефотаксим, цефтриаксон, кларитромицин, джозамицин, левофлоксацин**. Какой именно будет назначен антибиотик и в какой лекарственной форме, зависит от множества факторов: предполагаемого возбудителя, возраста пациента, наличия сопутствующих заболеваний... Как правило, средняя продолжительность лечения составляет 7-10 дней.

При десатурации подключают кислородотерапию.

У некоторых пациентов для профилактики обострений могут быть использованы так называемые низкоиммунногенные вакцины – препараты, содержащие лизаты бактерий, чаще всего обитающих в нижних дыхательных путях. Это **бронхо-мунал, бронхо-ваксом, рибомунил, исмиген**. Их принимают десятидневными курсами с двадцатидневными перерывами в конце лета или зимы.

Кроме того, пациентам с ХОБЛ показана ежегодная вакцинация против гриппа и вакцинация против пневмококковой инфекции **превенаром 13** однократно и через год **пневмо 23** или **пневмовакс 23**. Затем эту вакцину повторяют каждые 5 лет.

В ряде случаев при обширной эмфиземе легких проводят хирургическое лечение.

Чтобы чувствовать себя лучше, необходимо придерживаться также определенных правил.

- Если вы курите, бросьте! В течение нескольких месяцев после отказа от курения кашель постепенно пойдет на убыль, а обострения уменьшатся.
- Старайтесь быть настолько активным, насколько можете: ежедневно делайте гимнастику, больше гуляйте на свежем воздухе. Физическая активность оказывает общеукрепляющее действие и уменьшает восприимчивость к вирусным инфекциям.
- Регулярно выполняйте дыхательную гимнастику, назначенную врачом, не игнорируйте дыхательные тренажеры.
- И, наконец, самое главное: лечение ХОБЛ должно быть пожизненным и регулярным! Не забывайте использовать назначенные ингаляторы и не прекращайте лечение даже при улучшении самочувствия.

Берегите себя! Будьте здоровы!

Анна СМИТИЕНКО,
врач-пульмонолог,
кандидат медицинских наук.

