

Ракита Д. Р., Заикина Е. В.

Влияние фенспирида на тяжесть и длительность обострений у больных хобл.

Актуальность темы. Хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) является на сегодняшний день одной из центральных проблем мировой и отечественной пульмонологии. Это обусловлено как неуклонным ростом заболеваемости этой болезнью во всём мире, так и значительными экономическими и человеческими потерями, связанными с утратой трудоспособности, госпитализацией, значительными затратами на лечение и смертностью от данной патологии. Согласно данным GOLD, распространённость ХОБЛ в мире во всех возрастных группах на 1990 год составляла 9,34/7,33 (на 1000 мужчин/женщин) (1). Точные данные о заболеваемости ХОБЛ в России, к сожалению, отсутствуют в связи с недостатком эпидемиологических исследований, но предположительно распространённость ХОБЛ среди всей популяции составляет 10%.

ХОБЛ – заболевание, характеризующееся ограничением скорости воздушного потока, которое обратимо не полностью. Ограничение скорости воздушного потока является прогрессирующим и связано с патологическим воспалительным ответом лёгких на действие

ингалируемых патогенных частиц или газов. Хроническое воспаление развивается во всех отделах дыхательных путей, паренхиме и сосудах лёгких. Интенсивность, клеточные и молекулярные характеристики воспаления различаются по мере прогрессирования болезни, а также в зависимости от фазы заболевания: стабилизация или обострение. Персистирование воспалительного процесса характеризуется повышением количества нейтрофилов, макрофагов и Т-лимфоцитов (особенно CD8⁺), а у части больных и эозинофилов в различных частях лёгких. Во многих исследованиях обнаруживается связь между числом воспалительных клеток различных типов в лёгких и тяжестью ХОБЛ. Активированные воспалительные клетки при ХОБЛ высвобождают ряд медиаторов, основными из которых являются лейкотриен В₄, интерлейкин 8, тумор-некротический фактор α , а также эндотелин-1, нейропептиды (субстанция Р), комплемент. Перечисленные клетки и медиаторы индуцируют разрушение тканей лёгких, повреждают механизмы защиты и восстановления. Результатом тканевого повреждения являются гиперсекреция слизи, сужение и фиброз дыхательных путей, деструкция паренхимы (эмфизема), сосудистые изменения, а также ограничение скорости воздушного потока и нарушения газообмена.

Учитывая вышеизложенные моменты патогенеза и патофизиологии ХОБЛ, наиболее логичным и рациональным лечением будет базисная терапия противовоспалительными препаратами.

Цель исследования. Выявить преимущества терапии фенспиридом обострений ХОБЛ по сравнению со стандартной терапией бронхолитиками и отхаркивающими.

Материалы и методы. Наблюдались 75 больных (38 мужчин и 37 женщин) в возрасте от 40 до 57 лет (средний возраст 52,6 г. $\pm$ 1,7 г.) с обострением ХОБЛ I – III стадии. Длительность заболевания составила от 5 до 15 лет. Во всех случаях диагноз был подтверждён спирометрией в соответствии с критериями GOLD. Все больные получали бронхолитическую терапию соответственно стадии заболевания (ипратропия бромид 20 мкг 4 – 6 ингаляций в сутки, тиотропия бромид 18 мкг/сутки, формотерол 24 мкг/сутки или комбинацию тиотропия бромида и формотерола). Все пациенты были разделены на три группы по 25 человек. Все группы были рандомизированы по полу, возрасту, стадии ХОБЛ и объёму бронхолитической терапии. Больные, составившие 1 группу наблюдения, получали только бронхолитическую и муколитическую (амброксол, ацетилцистеин) терапию. Пациентам 2 группы помимо этих препаратов проводился курс антимикробной терапии 7 – 10 дней (амоксциллин/клавуланат 625 мг 3 р/сут, кларитромицин 500 мг 2р/сут). Больные 3 группы наблюдения получали бронхолитики, по показаниям (лихорадка, увеличение количества и гнойности мокроты) – вышеуказанные антибиотики, а также фенспирид 80 мг 3 р/день 10 – 20 дней. При хорошей клинической эффективности и переносимости терапия фенспиридом была продолжена до 4 месяцев. Время наблюдения составило 6 месяцев.

Результаты. По сравнению с 1 группой у больных 2 и 3 групп клиническое улучшение наступало на 3 – 5 дней раньше. Во 2 группе – на 8 – 9 сутки, а в 3 группе на 5 - 6 сутки отмечалось значительное уменьшение кашля и количества мокроты, а также нормализация аускультативной картины в лёгких, в то время как в 1 группе это происходило только к 10 – 11 суткам.

Динамика интенсивности кашля и выраженности аускультативных данных представлены в следующих диаграммах.



Соответственно сократилось время пребывания на больничном листке на 1,8 дня во 2 группе (8%) и на 3,5 дня в 3 группе (16%).



В половине случаев применение фенспирида позволило избежать применения антибиотиков и муколитиков, что снижает стоимость лечения и лекарственную нагрузку на организм. Обращает внимание хорошая переносимость препарата (только в 2 случаях из 25 потребовалась отмена препарата из-за тахикардии). У пациентов, получавших препарат в течение 4 месяцев, не было зафиксировано обострений ХОБЛ за 6 месяцев. За аналогичный период в 1 группе обострения перенесли 53% больных, во 2 группе – 35%. Оценка состояния функции внешнего дыхания в данной ситуации не является корректной, так как все пациенты помимо фенспирида получали адекватную бронхолитическую терапию.

Выводы: высокая эффективность и хорошая переносимость фенспирида позволяет рекомендовать его в составе комбинированной терапии обострений ХОБЛ, в ряде случаев как противовоспалительный препарат для длительной терапии.