

Л. І. Конопкіна ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ: ЗНАЄМО І ДІЄМО

ДУ "Дніпровський державний медичний університет"

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), клінічні симптоми, діагностика, лікування.

На сьогодні вже загально визнано, що хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) є хронічною патологією дихальної системи, при якій однією з ланок патогенезу є системне запалення.

За визначенням, наведеним у європейському стандарті останнього перегляду, ХОЗЛ — це гетерогенне захворювання легень, що характеризується хронічними респіраторними симптомами (задишкою, кашлем, виділенням мокротиння, а також загостреннями) внаслідок патологій дихальних шляхів (бронхіту, бронхіоліту) та/або альвеол (емфіземи), які спричиняють стійку, часто прогресуючу обструкцію дихальних шляхів (GOLD, 2024). Перевагами такого визначення (порівняно з тими, що наводилися в попередніх настановах) є те, що в ньому наголошується на конкретних симптомах хвороби, вказується на велике значення загострення в перебігу патологічного процесу, а також конкретизуються відділи респіраторного тракту, які, більшою чи меншою мірою, але обов'язково вражаються при ХОЗЛ (бронхи, бронхіоли, паренхіма легень).

На жаль, хвороба невпинно прогресує, на що ще у 70-х роках минулого століття вказував у своїх роботах Fletcher C. зі співавторами (1977). Науковцями була запропонована модель прогресування ХОЗЛ, у якій показано, що темпи прогресування патологічних змін у дихальних шляхах хворих залежать від інтенсивності й тривалості тютюнопаління та відображаються на тем-

пах зниження рівня такого спірометричного показника, як об'єм форсованого видиху за першу секунду (ОФВ₁) (рис. 1).

Крім того, як показали автори, надзвичайно важливого значення для пацієнта набуває вчасне призначення медикаментозної терапії, що зрештою не лише впливає на зменшення виразності клінічної симптоматики, а й зменшує частоту загострень патологічного процесу.

На сьогодні вже чітко сформульовані цілі медикаментозної терапії при ХОЗЛ (GOLD, 2024). Вони стосуються як впливу на симптоми захворювання (полегшення респіраторної симптоматики, покращення переносимості фізичних навантажень, покращення загального самопочуття пацієнта), так і впливу на ризики хвороби (зменшення частоти загострень, уповільнення темпів прогресування патологічного процесу, зниження показника смертності). Також удосконалений інструмент оцінювання клінічного статусу хворого на ХОЗЛ, а відтак по-новому сформульовані й групи пацієнтів — А, В, Е. Залежно від групи, до якої буде віднесено пацієнта, рекомендується призначати йому ту чи іншу стартову терапію: один бронходилататор, два бронходилататора тривалої дії з різних фармакологічних груп (бета-2-агоніст, холінолітик) чи комбінацію двох бронходилататорів у поєднанні з інгаляційним глюкокортикостероїдом (рис. 2).

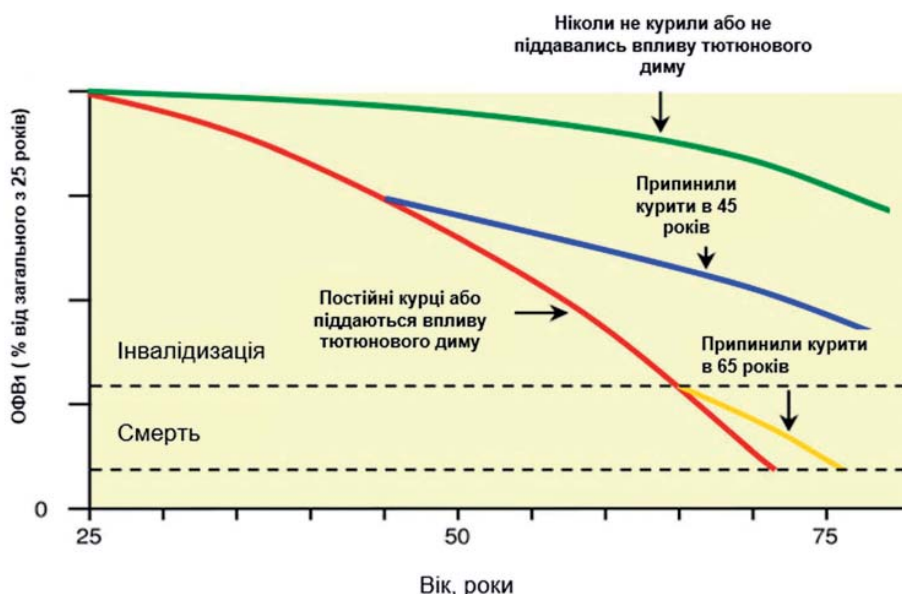


Рис. 1. Модель прогресування ХОЗЛ за темпами зниження рівня ОФВ₁

(Fletcher C., Peto R. The natural history of chronic airflow obstruction // British medical journal; 1977;1;1645–1648).



Рис. 2. Рекомендації щодо стартової терапії хворим на ХОЗЛ згідно з групами А, В, Е за GOLD-2024

Примітки: БАТД — бета-агоніст тривалої дії; ХЛТД — холінолітик тривалої дії; ІГКС — інгальційний глюкокортикостероїд.

Слід зауважити, що терапія одним інгальатором із комбінацією препаратів може бути зручнішою та ефективнішою за терапію окремими інгальторами з різними лікарськими засобами. Крім того, терапія одним інгальтором покращує ще й прихильність хворих до терапії.

Одним з ефективних препаратів у лікуванні хворих на ХОЗЛ визнана фіксована комбінація двох бронходилататорів — умеклідініуму (ХЛТД) та вілантеролу (БАТД) (Donohue J. F. et al., 2016; Maleki-Yazdi M.R. et al., 2014), наприклад, рекомендується лікарський препарат Аноро Елліпта, що забезпечує кращу бронходилататорну порівняно з монотерапією ХЛТД або БАТД.

ІГКС-вмісна терапія повинна бути зарезервована для пацієнтів з еозинофільним запаленням та з високим ризиком розвитку загострень. Одним з ІГКС-вмісних препаратів у лікуванні хворих на ХОЗЛ є комбінація флютиказону пропіонату (ІГКС) та сальметеролу (БАТД) (Серетид Дискус), що продемонструвала значне зменшення кількості загострень у хворих протягом 3-х років лікування, сповільнення темпів зниження функціональних показників та покращення якості життя пацієнтів (Calverley P.M.A. et al., 2007).

Новою пропозицією робочої групи GOLD є використання в клінічній практиці абревіатури PRISm (від англ. Preserved Ratio Impaired Spirometry) для позначення пацієнтів зі збереженим спірометричним співвідношенням ОФВ₁/ФЖЄЛ (0,7–0,9), але за наявності змін кожного з показників (GOLD, 2024). Зазначено, що за даними популяційних досліджень поширеність фенотипу PRISm коливається від 7,1 до 11,0 % серед курців та від 10,4 до 11,3 % серед екс-курців; вона не залежить від індексу маси тіла хворих, натомість пов'язана із жіночою статтю, ожирінням та мультиморбідністю. Фенотип PRISm може асоціюватися із серцево-легеневими захворюваннями, високою смертністю від усіх причин та високою серцево-судинною смертністю. Не у всіх осіб із PRISm з часом розвивається фіксоване обмеження повітряного потоку (а, отже, й не у всіх формується ХОЗЛ), але, оскільки пацієнти вже мають симптоми та/або функціональні чи структурні зміни, вони обов'язково повинні лікуватися. Наразі немає даних щодо того, яке саме лікування є найкращим для зазначеної когорти хворих. Очікується, що ці питання будуть з'ясовуватися протягом найближчого часу.