

М. М. Островський, У. І. Шевчук-Будз, О. Б. Молодовець МЕНЕДЖМЕНТ ХОЗЛ: ОПАНОВАНІ МОЖЛИВОСТІ ТА ВИКЛИКИ, ЩО ЗАЛИШАЮТЬСЯ

Івано-Франківський національний медичний університет

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень, підтримуюча терапія, базисна терапія, менеджмент.

ХОЗЛ — одна з найпоширеніших хронічних респіраторних недуг, яку зазвичай можна попередити та лікувати. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, ХОЗЛ є третьою за значущістю причиною смертності в світі, що в 2019 році спричинила 3,23 млн смертей. Майже 90 % смертей через ХОЗЛ серед осіб віком < 70 років стаються в країнах із низьким і середнім рівнями доходу. За різними оцінками, в Україні через ХОЗЛ страждає щонайменше 4 % населення, а \approx 2 % смертей українців зумовлено цією хворобою. Середня тривалість життя хворих після встановлення II–III групи інвалідності щодо цього захворювання становить 5,5–5,8 року.

Цілі лікування хворих із ХОЗЛ зі стабільним перебігом упродовж десятиліть залишаються сталими:

- зменшення симптомів: зменшення проявів клінічної картини, типових скарг, покращення переносимості фізичного навантаження, статусу здоров'я;

- зменшення ризиків: запобігання прогресуванню захворювання, попередження та лікування загострень (адже левова частка пацієнтів помирає саме від загострень хвороби), зниження смертності.

Стосовно ініціальної базисної терапії ХОЗЛ існують два напрями терапії. Перший — оскільки хвороба супроводжується стійкою бронхообструкцією, одним із цих напрямів є застосування бронхолітичних препаратів пролонгованої дії, які долають бронхообструктивний синдром. Другий — вплив на інтенсивність запального процесу, який супроводжує ХОЗЛ, за допомогою інгальційних кортикостероїдів (ІКС).

Вибір і правильне застосування інгальторів

Наразі залишаються остаточно не вивченими причини захворювання, а також патогенез, перебіг і прогресування (особливо в ситуаціях, коли спостерігають перехресні стани, невідповідність показників функції зовнішнього дихання до клінічних проявів захворювання). Найкоротший шлях потрапляння діючої речовини до локалізації хвороби — вдихання препарату, тому інгальційна терапія, безсумнівно, є наріжним каменем лікування ХОЗЛ; правильне застосування доставкових пристроїв має вирішальне значення для оптимізації співвідношення користі та ризику будь-якої інгальційної терапії. Досягнення цієї мети потребує навчання пацієнтів правильному використанню доставкового пристрою.

В ситуаціях, коли є певний неуспіх призначеної базисної терапії ХОЗЛ, не вдається стабілізувати клінічну симптоматику або частоту загострень, необхідно проаналізувати відповідь на лікування, оцінивши техніку інгальцій та прихильність до лікування. Простота вико-

ристання доставкового пристрою і комплаєнс пацієнта мають надзвичайно велике значення в досягненні головних завдань менеджменту ХОЗЛ. Унаслідок помилки препарат може надходити до дихальних шляхів у недостатній кількості, що зумовлює поганий контроль захворювання і часті загострення. Так, кількість помилок під час використання багатодозового порошкового інгальатора може становити 15 %, однодозового порошкового інгальатора — 45 %.

Інша причина, яка донедавна стримувала прихильність пацієнта до застосування базисної терапії ХОЗЛ і не дозволяла досягнути цілей у більшості пацієнтів, — вартість терапії. Слід зауважити, що в Україні на сьогодні не скасовано планів розширювати програму «Доступні ліки», адже під час війни люди із хронічними захворюваннями стають ще уразливішими. Так, до програми реімбурсації увійшли нові препарати, зокрема для людей з ХОЗЛ; українці з цією хворобою матимуть доступ до ліків у будь-якому куточку країни завдяки цій програмі.

Бронходилататори за стабільного перебігу ХОЗЛ

У разі наявності пролонгованої бронхообструкції слід застосовувати бронхолітичні препарати пролонгованої дії, які є зручнішими та ефективнішими для контролю симптомів, ніж бронхолітичні препарати нетривалої дії. Їх слід призначати за потреби для зменшення вираженості інтермітуючих симптомів або таких, що погіршуються, а також регулярно для запобігання персистуючих симптомів або з метою їхнього зменшення. Вибір між агоністами β_2 -адренорецепторів, холінолітичними препаратами або комбінованою терапією залежить від доступності препаратів та індивідуальної відповіді хворого (як щодо зменшення вираженості симптомів, так і виникнення побічних явищ). Згідно з рекомендаціями Глобальної стратегії для діагностики, лікування та профілактики ХОЗЛ (GOLD, 2024), для пацієнтів групи А рекомендована монотерапія (агоніст β_2 -адренорецепторів тривалої дії, БАТД), групи В — подвійна бронхолітична терапія (БАТД + холінолітик тривалої дії, ХЛТД), групи Е — потрійна бронхолітична терапія (БАТД + ІКС + ХЛТД). Показаннями до призначення потрійної бронхолітичної терапії є кількість еозинофілів у крові > 300/мкл, наявність 2 помірних загострень або 1 тяжкого загострення, яке спричинило госпіталізацію. За кількості еозинофілів у крові < 100/мкл призначати потрійну бронхолітичну терапію не варто, оскільки застосування ІКС може супроводжуватися підвищенням частоти розвитку пневмонії.

Тонус бронхів регулюється двома системами: вагусна — повільніша, де відіграє роль медіатор ацетилхолін, а також симпатoadреналова — швидка, динамічна, де головним медіатором є норадреналін. Один із можливих варіантів ведення пацієнтів із ХОЗЛ — застосування БАТД у паці-

ентів групи А та комбінації БАТД, ХЛТД у пацієнтів групи В.

БАТД Формотерол Ізіхейлер — єдиний на сьогодні препарат формотеролу в багатодозованому інгаляторі на ринку України, який забезпечує надійний і безпечний контроль ХОЗЛ. Препарат ефективно знижує вираженість симптомів ХОЗЛ із високим профілем безпеки. Тривалість ефекту становить 12 год, знижуючи потребу пацієнтів у додаткових інгаляціях. Слід зазначити, що ефект настання дії формотеролу за часом є таким самим, як і сальбутамолу: через 1–3 хв після інгаляції пацієнт відчуває покращення стану, але (на відміну від сальбутамолу) поліпшення в разі застосування формотеролу триває до 12 год.

У пацієнтів групи Е можна використати іншу схему терапії. Зокрема, за програмою «Доступні ліки» може бути застосований тіотропію бромід та препарати, які є комбінацією формотеролу та гідрофільної молекули ІКС будесоніду (Буфомікс Ізіхейлер 80/4,5; 160/4,5 та 320/9,0). Препарат застосовують по 1 інгаляції 2 р/добу зранку та ввечері. Початок дії будесоніду спостерігають через 6–10 хв, тоді як цей період при застосуванні, наприклад, флутиказону становить до 8 год. Отже, застосовуючи будесонід, який розпочинає свій ефект так швидко, можна користуватися низькими дозами, збільшуючи кратність прийому препарату.

Високий внутрішній опір Ізіхейлер — відповідні дози

Під час вдихання повітря через невеликий вентиляційний отвір потрапляє в Ізіхейлер, відбувається значний опір, зумовлений невеликим розміром отвору. Високий опір створює турбулентний повітряний потік до дозувальної чаші. Турбулентний потік повітря забезпечує деагрегацію частинок лікарського засобу та викид великої дози (навіть при низькому респіраторному потоці). Щоб пацієнт із будь-якого інгаляційного доставкового пристрою вдихнув, а діюча речовина потрапила до місця хвороби, йому необхідно мати силу для такого вдиху, а це ніколи зумовлює певні перешкоди. Саме тому інженерна думка доставкового пристрою Ізіхейлер забезпечує турбулентний потік повітря навіть при низькій силі вдиху, забезпечуючи адекватну доставку речовини.

Сьогодні в Україні (особливо в умовах евакуації, перебування в бомбосховищах, коли стрес вносить свої корективи в почуття і стан пацієнта) дуже важливим є легке навчання хворого та простота використання пристрою для інгаляцій. Так, застосування доставкового пристрою Ізіхейлер здійснюється в 3 прості кроки на відміну від, наприклад, Турбухалер (6 кроків) або Дискус (7 кроків): – струсити; натиснути; вдихнути.

Загострення ХОЗЛ

Інша проблема ведення пацієнтів із ХОЗЛ — загострення захворювання. Збільшення частоти загострень підвищує ризик смерті в пацієнтів із ХОЗЛ. Так, загострення ХОЗЛ є зіставним за низкою показників із таким загрозливим станом, як інфаркт міокарда (табл.).

Подолати загострення ХОЗЛ і уникнути при цьому госпіталізації можливо, застосовуючи небулайзерну терапію.

Таблиця

Порівняння деяких показників при загостренні ХОЗЛ та інфаркті міокарда

Загострення ХОЗЛ	Інфаркт міокарда
22–43 % пацієнтів, госпіталізованих із загостренням ХОЗЛ, помирають протягом 1 року	25–38 % пацієнтів помирають протягом 1 року після першого інфаркту міокарда
Рівень смертності в лікарні через загострення ХОЗЛ становить 8–11 %	Рівень смертності в лікарні через гострий інфаркт міокарда становить 8–9,4 %

Для лікування легкого загострення можна застосувати β_2 -адреноміметики швидкої дії (Небутамол®) або холінолітичний препарат нетривалої дії.

Помірне загострення лікують із застосуванням β_2 -адреноміметика нетривалої дії або холінолітичного препарату нетривалої дії з додаванням антибіотиків та/або пероральних кортикостероїдів (Небутамол® + альтернатива пероральним стероїдам — Небуфлюзон®).

За тяжкого загострення, яке часто асоційоване з гострою легеневою недостатністю, пацієнт потребує госпіталізації або лікування у відділенні невідкладної допомоги для надання респіраторної підтримки. Таким хворим призначають Небутамол® + альтернативу пероральним стероїдам — Небуфлюзон®.

Додавання декаметоксину (Декасан®) до комплексного лікування загострення ХОЗЛ і хронічного бронхіту на тлі гострої респіраторної інфекції дозволяє:

- у 1,5–3 рази зменшити тривалість кашлю, задишки, відходження гнійного харкотиння, проявів ринофарингеального синдрому;

- у 2,2 раза зменшити потребу в подальшому призначенні антибіотиків;

- знижити ризик госпіталізації.

Декасан® випускають у стерильних одноразових контейнерах, спеціально призначених для використання за допомогою небулайзера. Декаметоксин у концентрації, що застосовується в однодозових контейнерах Декасан®, не має токсичної дії. Застосовують препарат інгаляційно — по 1–2 контейнери 2 р/добу.

Слід нагадати про потужне українсько-фінське співробітництво з корпорацією Orion Pharma, яка випускає серію продуктів Ізіхейлер. Остання має багаторічний «робочий» стаж у клінічній практиці (з 1990-х років). За цей період модифікація пристрою постійно покращувалася та удосконалювалася фінськими інженерами. На сьогодні в Україні доступні доставкові пристрої останньої модифікації — 2014 року. Також слід зазначити, що в Глобальній ініціативі з астми (Global Initiative for Asthma, GINA) 2023 р. рекомендовано обирати той інгалятор, який чинить найменший несприятливий вплив на довкілля з огляду на виробництво, газ-пропелент, можливість переробки. Наприклад, вуглецевий слід сухопошкоджених інгаляторів Ізіхейлер є у 13 разів меншим (порівняно з дозованими інгаляторами, що працюють на пропеленті).