ZU_2012_23.qxd 08.01.2013 11:05 Page 28

Право на вільне дихання: сучасні можливості лікування БА та ХОЗЛ

23 листопада у м. Львові відбувся круглий стіл, присвячений можливостям лікування тяжкої бронхообструктивної патології, що зазвичай погано піддається терапії, а саме – бронхіальної астми (БА), обтяженої наявністю гастроезофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ), а також хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ). У заході взяли участь провідні спеціалісти-пульмонологи, а також лікарі-терапевти, сімейні лікарі, пульмонологи, кардіологи й алергологи.

Виступ **професора кафедри факультетської терапії та ендокринології ДУ «Дніпропетровська медична академія МЗ України», доктора медичних наук Людмили Іванівни Конопкіної** був присвячений проблемі співіснування БА та ГЕРХ.

– У значної частини хворих з патологією органів дихання відзначаються також порушення функції органів травлення, що може пояснюватися єдністю ембріологічного походження та тісними анатомічними зв'язками між зазначеними системами. Кашель є головним симптомом як хвороб органів дихання (БА та ХОЗЛ), так і ГЕРХ, а також деяких інших патологічних станів: хронічних фарингітів різної етіології, постназального затікання, хронічної лівошлуночкової серцевої недостатності (S.M. Harding, 1999). Поширеність ГЕРХ у світі є значною. Основний симптом захворювання – печія – щоденно має місце в 7-11% дорослого населення світу, частіше 1 р/тиж – 12%, частіше 1 р/міс – 40-50%. Істинний рівень захворюваності є вищим, оскільки значна частина хворих не звертається за медичною допомогою. Так, епідеміологічні опитування за участю 1 тис. респондентів у США показали, що 20% учасників інтерв'ю щодня страждали на печію, з них у 81% остання виникала після прийому їжі, у 49% нічна печія заважала сну, близько 50% пов'язували свою дратівливість та нервові розлади саме з наявністю цього симптому. Опитування понад 5 тис. жителів Франції, Німеччини, Італії, Швеції та Великобританії показало наявність печії в 60% респондентів. Епідеміологічні дослідження, проведені в Російській Федерації в 1999-2001 рр., продемонстрували, що на печію скаржилися 60% опитаних в м. Новосибірську, 46% – у мм. Санкт-Петербурзі та Красноярську (І.В. Маєв, 2006).

ГЕРХ – це хронічне захворювання, обумовлене порушенням моторно-евакуаторної функції гастроезофагеальної зони, яке характеризується спонтанним або регулярно повторюваним закидом (рефлюксом) у стравохід шлункового або гастродуоденального вмісту, що призводить до ураження дистального відділу стравоходу з розвитком у ньому ерозивно-виразкових, катаральних та/або функціональних порушень (тобто симптоматики хронічного езофагіту). У патофізіологічному аспекті ГЕРХ є кислотозалежним захворюванням, що розвивається на тлі первинного порушення моторної функції верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. Як відомо, нижній сфінктер стравоходу (НСС), що запобігає потраплянню шлункового вмісту в стравохід, а також частина правої ніжки діафрагми, що протидіє тиску грудної та черевної порожнин, утворюють антирефлюксний бар'єр. ГЕРХ виникає у разі зниження тонусу НСС та правої ніжки діафрагми з формуванням патологічного гастроезофагеального рефлюксу або ж через особливості анатомічної будови сфінктера. Причинами зниження тонусу НСС є часте вживання гострої та жирної їжі, цитрусових, томатів, шоколаду, кави, алкоголю; куріння (через вплив холіноподібних речовин); застосування деяких лікарських засобів (β-адреноблокаторів, антагоністів кальцію, нітратів, холінолітиків тривалої дії, теофілінів, антидепресантів); вплив гастроінтестинальних гормонів (соматостатину, холецистокініну, секретину тощо).

Серед механізмів зниження тонусу НСС варто виділити тривале або скороминуще повторюване розслаблення (в тому числі обумовлене дією лікарських засобів); транзиторне підвищення внутрішньочеревного тиску, який перевищує опір НСС (стрес-рефлюкс); уповільнення стравохідного кліренсу (через порушення моторної функції стравоходу та шлунка). Клініка ГЕРХ поєднує езофагеальні (типовий перебіг) та екстраезофагеальні симптоми (атиповий перебіг), такі як ротоглоточні (фарингіти, ларингіти, карієс, пародонтоз тощо), кардіальні (істинна стенокардія, що виникає через рефлекторний спазм коронарних судин) і псевдокардіальні (через дифузний спазм стравоходу клініка нагадує стенокардію), а також респіраторні (БА та хронічний бронхіт, абсцеси, пневмонії, фіброз, напади ядухи, що виникають через мікроаспірацію рефлюксату).

Вікові зміни (зниження тонусу м'язових та сполучнотканинних структур), а також постійний прийом лікарських препаратів груп, які негативно впливають на стан антирефлюксного бар'єру, є причиною того, що серед людей похилого віку поширеність ГЕРХ значно вища, ніж у загальній популяції. З огляду на феномен постаріння населення закономірним є зростання захворюваності на ГЕРХ, у тому числі серед пацієнтів з дихальною патологією (БА та ХОЗЛ). Який же зв'язок має дихальна патологія із ГЕРХ?

Тривалий час вважалося, що в тандемі «БА – ГЕРХ» первинною є саме ГЕРХ. Уперше ці два захворювання пов'язав Olser у 1892 р., виявивши зв'язок між нападом ядухи та аспірацією шлункового вмісту в дихальні шляхи. Результати подальших досліджень також свідчили по наявність такого зв'язку, хоча ідея про незаперечну первинність ГЕРХ у формуванні дихальної патології була спростована: так, у 60% хворих на БА виявляється вроджена чи набута (через постійний кашель) грижа стравохідного отвору діафрагми, що є морфологічним субстратом для подальшого формування ГЕРХ. Разом із тим у 70% хворих на БА відзначається печія, а більшість нападів ядухи співпадає з гастроезофагеальним рефлюксом (за даними добової pH-метрії); 33-90% пацієнтів із БА мають патологічний рефлюкс; при цьому у 25-30% випадків пацієнти не мають стравохідних клінічних проявів (Палєєв, 2002; Ducolone, 1987; De Meester, 1990; Sontag, 1990). У 95% хворих на БА є ознаки неерозивного ГЕРХ (Палєєв, 2002). Таким чином, можна зробити висновок про часте співіснування у пацієнта двох патологій – БА та ГЕРХ, причому останню варто розглядати як тригер формування БА (Бейструганова, 1998; Рощина, 2002; Варламов, 2003; Richter, 1992).

Саме наявністю ГЕРХ можна пояснити нічні напади ядухи у разі БА, коли хворі знаходяться в горизонтальному положенні і при цьому відбувається регургітація шлункового вмісту до стравоходу. Індукований рефлюксом захисний бронхоспазм потребує застосування лікарських засобів, які ще більше знижують тонус НСС (холінолітики тривалої дії) або стимулюють посилену секрецію HCl у шлунку (β_2-агоністи, метилксантини, кортикостероїди). Кашель, що виникає у випадку ГЕРХ, можна оцінити як активацію легеневих захисних механізмів; у свою чергу, кашель також призводить до підвищення внутрішньочеревного тиску, ще більше підсилюючи патологічний рефлюкс.

Поєднана патологія ГЕРХ та БА супроводжується підвищенням потреби в бронходилататорах короткої дії у 1,5 раза порівняно з такою у хворих на БА, які не мають ГЕРХ, а також зниженою відповіддю на терапію. Саме тому в пацієнтів із персистуючою БА та поганою відповіддю на стандартну терапію слід запідозрити наявність ГЕРХ і, перш ніж збільшувати дозу протиастматичних препаратів, призначити або посилити лікування, спрямоване на зменшення симптомів ГЕРХ.

З урахуванням значного негативного впливу деяких протиастматичних препаратів на ГЕРХ постає питання: яка основна терапія може бути призначена таким пацієнтам? З одного боку, вагусопосередкований бронхоспазм у хворих на БА не може бути ефективно усунений шляхом застосування β_2-агоністів; з іншого – застосування холінолітиків у якості монотерапії може ще більшою мірою знизити тонус НСС і посилити симптоматику як ГЕРХ, так і БА. Найкращим варіантом для пацієнтів з поєднаною патологією БА та ГЕРХ визнано комбіновану терапію з використанням препаратів обох групп; при цьому завдяки дії на різні відділи трахеобронхіального

Беродуал® розчин для інгаляцій (фенотерол/іпратропій) комбінований бронхолітик

Беродуал® Н дозований аерозоль (фенотерол/іпратропій) комбінований бронхолітик

Коротка інструкція для медичного застосування препарату БЕРОДУАЛ® (BERODUAL®)

ПОКАЗАННЯ. Профілактика та симптоматичне лікування хронічних обструктивних захворювань дихальних шляхів з оборотним обмеженням дихання, таким як бронхоспазм, який виникає при бронхіальній астмі та здебільшого при хронічному бронхіті з емфіземою легень або без неї. При лікуванні пацієнтів з бронхіальною астмою та хронічним обструктивним захворюванням легенів (ХОЗЛ), яке реагує на терапію стероїдами, слід розглянути можливість призначення супутньої протизапальної терапії.

Склад: *діючі речовини:* іпратропію бромід, фенотеролу гідробромід; 1 мл (20 крапель) розчину для інгаляцій містить іпратропію броміду 261 мкг еквівалентно 250 мкг іпратропію броміду безводного; фенотеролу гідробромідy 500 мкг; **Лікарська форма.** Розчин для інгаляцій. **Фармакотерапевтична група.** Протиастматичні засоби. Адренергічні засоби в комбінації з іншими протиастматичними препаратами. Код АТС R03A K03. **Клінічні характеристики.** ***Протипоказання.*** Підвищена чутливість до фенотеролу гідробромідy, атропінподібних речовин або до інших компонентів препарату; гіпертрофічна обструктивна кардіоміопатія, тахіаритмія. ***Спосіб застосування та дози.*** (20 крапель = 1 мл). (1 мл містить 250 мкг іпратропію броміду безводного та 500 мкг фенотеролу гідробромідy). Дозу слід підбирати індивідуально. Під час лікування пацієнти повинні перебувати під медичним наглядом. За відсутності інших призначень рекомендують такі режими дозування (терапію завжди слід починати з найменшої рекомендованої дози). ***Дорослі (включаючи людей літнього віку) та діти старше 12 років. Гострі напади бронхіальної астми:*** Для швидкого усунення симптомів при легких та помірних загостреннях у багатьох випадках достатньо 1 мл (20 крапель). У тяжких випадках, наприклад у пацієнтів, які перебувають у відділеннях інтенсивної терапії і не реагують на вищевказані дози, можливе призначення вищих доз – до 2,5 мл (50 крапель). В особливо тяжких випадках можливе застосування максимальної дози до – 4 мл (80 крапель) за умови медичного нагляду за станом пацієнта. У разі бронхоспазму середньої тяжкості або при проведенні вентиляції легень рекомендовано дозу, нижній рівень якої становить 0,5 мл (10 крапель). ***Діти віком 6 - 12 років.*** Гострі напади бронхіальної астми. У багатьох випадках для швидкого усунення симптомів рекомендується 0,5 – 1 мл (10 - 20 крапель). У тяжких випадках можливе призначення вищих доз до – 2 мл (40 крапель). В особливо тяжких випадках можливе застосування до – 3 мл (60 крапель) за умови медичного нагляду за станом пацієнта. У випадках бронхоспазму середньої тяжкості або при проведенні вентиляції легень рекомендовано дозу, нижній рівень якої становить 0,5 мл (10 крапель). ***Діти віком до 6 років (з масою тіла менше 22 кг).*** З огляду на те, що інформація про застосування препарату у цій віковій групі обмежена, рекомендується застосовувати препарат у нижчезазначеній дозі лише за умови медичного нагляду за станом пацієнта: приблизно 25 мкг іпратропію броміду та 50 мкг фенотеролу гідробромідy на 1 кг маси тіла на одну дозу, що відповідає до 0,5 мл (10 крапель). ***Побічні реакції.*** Більшість нижчезазначених небажаних ефектів можна пояснити антихолінергічними та бета-адренергічними властивостями БЕРОДУАЛу. Як і при іншій інгаляційній терапії, БЕРОДУАЛ може викликати симптоми місцевого подразнення. Побічні реакції на препарат виявлені на основі даних, отриманих під час клінічних досліджень та фармнагляду у період застосування препарату після його реєстрації. Найпоширенішими побічними ефектами, виявленими під час клінічних досліджень, були кашель, відчуття сухості у роті, головний біль, тремор, фарингіт, нудота, запаморочення, дисфонія, тахікардія, прискорене серцебиття, блювання, підвищення систолічного артеріального тиску та нервозність.* **Фармакологічні властивості.** ***Фармакодинаміка.*** БЕРОДУАЛ містить два активні бронхолітичні інгредієнти: іпратропію бромід, що має антихолінергічний ефект, та фенотеролу гідробромід, який є бета-адренергічним засобом. Іпратропію бромід є четвертинною амонієвою сполукою з антихолінергічними (парасимпатолітичними) властивостями. Під час доклінічних досліджень виявлено, що він інгібує вагусні рефлекси як антагоніст ацетилхоліну – медіатора, який забезпечує передачу імпульсу блукаючого нерва. Фенотеролу гідробромід спричиняє релаксацію бронхіальних і судинних гладких м'язів та захищає від таких стимуляторів бронхоконстрикції, як гістамін, метахолін, холодне повітря й алергіз (реакції негайного типу). Після одноразового введення фенотерол блокує звільнення бронхоконстрикторних та прозапальних медіаторів зі стовбурових клітин. Окрім того, після введення високих доз фенотеролу (0,6 мг) спостерігається покращання мукоциліарного кліренсу.

При гострій астмі комбінація фенотеролу та іпратропію ефективна відразу після застосування препарату і виявляється ефективнішою, ніж кожен компонент окремо.

Категорія відпуску. За рецептом. **Виробник.** Істітуто де Анжелі С.р.л., Італія.

* Для докладної інформації дивись Інструкцію для медичного застосування препарату Беродуал

Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату Беродуал. Інформація для професійної діяльності спеціалістів з охорони здоров'я та призначена для розповсюдження під час семінарів, конференцій, симпозіумів та інших наукових заходів з медичної тематики.

Коротка інструкція для медичного застосування препарату БЕРОДУАЛ ® Н (BERODUAL® N)

ПОКАЗАННЯ. Профілактика та симптоматичне лікування хронічних обструктивних порушень прохідності дихальних шляхів із оборотним обмеженням дихання, при бронхіальній астмі та при хронічних обструктивних захворюваннях легенів (ХОЗЛ). Пацієнтам з нападами астми та з чутливим до стероїдів хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ) необхідно призначати супутню протизапальну терапію.

Склад: *діючі речовини:* іпратропію бромід, фенотеролу гідробромід. 1 доза містить іпратропію броміду 21 мкг еквівалентно іпратропію броміду безводного 20 мкг; фенотеролу гідробромідy 50 мкг. **Лікарська форма.** Аерозоль дозований. **Фармакотерапевтична група.** Протиастматичні засоби. Адренергічні засоби у комбінації з іншими протиастматичними препаратами. Код АТС R03A K03. ***Протипоказання.*** Підвищена чутливість до фенотеролу гідробромідy або до атропіноподібних речовин чи будь-яких допоміжних речовин цього препарату. Гіпертрофічна обструктивна кардіомопатія та тахіаритмія. ***Спосіб застосування та дози.*** **Дозу слід підбирати індивідуально. Для дорослих та дітей віком від 6 років рекомендують нижчезазначені режими дозування.** ***Гострий напад бронхіальної астми.*** **У багатьох випадках для купірування симптомів достатньо 2 інгаляцій. У тяжких випадках, якщо за 5 хвилин дихання значно не покращується, можна зробити ще дві додаткові інгаляції. Якщо немає ефекту після проведення 4 інгаляцій, може виникнути необхідність у проведенні додаткових заходів. У таких випадках пацієнт повинен негайно звернутися до лікаря.** ***Переривчасте та довготривале лікування.*** **(При астмі дозований аерозоль БЕРОДУАЛ Н слід застосовувати лише за необхідності.) 1–2 інгаляції для кожного введення, максимум 8 інгаляцій на день (в середньому 1-2 інгаляції 3 рази на день). Дітям дозований аерозоль БЕРОДУАЛ Н слід застосовувати тільки за рекомендацією лікаря й під наглядом дорослих. Побічні реакції.** Більшість нижчезазначених небажаних ефектів можна пояснити антихолінергічними та бета-адренергічними властивостями БЕРОДУАЛ Н. Як і при іншій інгаляційній терапії, БЕРОДУАЛ Н може спричинити симптоми місцевого подразнення. Найпоширенішими побічними ефектами, виявленими під час клінічних досліджень, були кашель, відчуття сухості у роті, головний біль, тремор, фарингіт, нудота, запаморочення, дисфонія, тахікардія, прискорене серцебиття, блювання, підвищення систолічного артеріального тиску та нервозність*. ***Діти.*** Застосовують дітям віком від 6 років за призначенням лікаря та під наглядом дорослих. **Фармакологічні властивості.** БЕРОДУАЛ Н містить два активні бронхолітичні інгредієнти: іпратропію бромід, що має антихолінергічний ефект, та фенотеролу гідробромід, який є бета-адреноміметиком. Іпратропію бромід є четвертинною амонієвою сполукою з антихолінергічними (парасимпатолітичними) властивостями. Він інгібує вагусні рефлекси за рахунок антагоністичної взаємодії з ацетилхоліном, медіатором, який забезпечує передачу імпульсу блукаючого нерва. Розширення бронхів після інгаляційного введення іпратропію броміду зумовлено переважно місцевою, специфічною дією препарату, що не є системною. Не виявлено негативного впливу іпратропію броміду на секрецію слизу у дихальних шляхах, мукоциліарний кліренс та газообмін у ході доклінічних та клінічних досліджень. Фенотеролу гідробромід являє собою прямий симпатоміметик, який у терапевтичному діапазоні селективно стимулює бета2-адренорецептори. Фенотеролу гідробромід спричиняє релаксацію бронхіальних і судинних гладких м'язів та захищає від стимуляторів бронхоконстрикції, таких як гістамін, метахолін, холодне повітря й алергенів (реакції негайного типу).

При гострому бронхоспазмі дія БЕРОДУАЛ Н починається відразу після введення, тому препарат може бути застосований для лікування гострих нападів бронхіальної астми.

Категорія відпуску. За рецептом.

* Для докладної інформації див.інструкцію для медичного застосування

Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату. Інформація про лікарський засіб для професійної діяльності спеціалістів з охорони здоров'я та призначена для розповсюдження під час семінарів, конференцій, симпозіумів та інших наукових заходів з медичної тематики.

Boehringer Ingelheim

Представництво «Берінгер Інгельхайм РЦВ ГмбХ енд Ко КГ» в Україні: м. Київ, 01054, вул. Тургенєвська, 26, тел.: (044) 494-12-77.

Р.л. в Україні: UA/10751/01/01; UA/5322/01/01

Виробник: Істітуто де Анжелі С.р.л., Італія; Берінгер Інгельхайм Фарма ГмбХ; Ко.КГ., Німеччина
Berodual-041-2012

ZU_2012_23.qxd 08.01.2013 11:06 Page 29

дерева і різній пенетрації спостерігаються адитивна дія та взаємне потенціювання бронходилатаційних ефектів, завдяки чому зменшується доза кожного з препаратів, а тривалість бронходилатаційної дії перевищує таку монопрепаратів.

Еталонним комбінованим препаратом для лікування гострих нападів БА, у тому числі у хворих на ГЕРХ, є Беродуал Н, до складу якого входить як β_2-агоніст короткої дії (фенотеролу гідробромід), так і М-холінолітик короткої дії (іпратропію бромід). Комбінація речовин обумовлює синергізм бронхолітичної дії без посилення побічних ефектів за рахунок зменшення дози кожної із субстанцій. До переваг Беродуалу Н можна віднести швидкий початок та відносно тривалу дію (до 6 год), безпечний клінічний профіль, можливість застосування за супутньої серцево-судинної та гастроінтестинальної патології, а також в осіб похилого віку і дітей.

Окрім Беродуалу Н (дозований інгалятор), сьогодні також доступною є лікарська форма у вигляді розчину для інгаляцій за допомогою небулайзера (Беродуал).

Для максимального усунення побічних ефектів терапії, а також для зниження ризику посилення симптомів ГЕРХ необхідно відмовитися від прийому бронходилататорів у пізні вечірні години. Крім того, пацієнти, які отримують терапію за допомогою небулайзера, повинні бути проінформовані, що дози препарату, отримувані через цей доставочний пристрій, зазвичай достатньо великі і значно перевищують отримувані за допомогою дозованих інгаляторів. Це може бути причиною побічних ефектів і посилення симптомів ГЕРХ, що легко можна усунути, зменшивши дозу препаратів. Дієта та раціональний режим харчування (відмова від прийому їжі на ніч, обмеження продуктів, що підвищують кислотність, збереження вертикального положення тіла протягом 2-3 год після їжі), правильний вибір бронхолітиків, а також призначення за потребою інгібіторів протонної помпи є основою успіху терапії пацієнтів із ГЕРХ та БА.

Головний пульмонолог Львівської області, кандидат медичних наук Надія Дмитрівна Рудницька (кафедра фтизіатрії і пульмонології Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького) прокоментувала оновлені рекомендації GOLD-2011, нещодавно представлені в рамках щорічного конгресу Європейського респіраторного товариства (ERS) у м. Відні (Австрія).

– ХОЗЛ є однією з найпоширеніших патологій, що суттєво погіршує якість життя пацієнтів та призводить до передчасної смерті. На пошук можливостей лікування цього тяжкого захворювання спрямовані зусилля спеціалістів усього світу. Оновлені рекомендації GOLD (2011) відображають актуальні уявлення про характер ХОЗЛ, а також окреслюють оптимальні шляхи боротьби із зазначеною патологією. У першу чергу привертає увагу уточнене визначення ХОЗЛ, що в нових рекомендаціях трактується як поширене захворювання, що є передбачуваним і піддається лікуванню; характеризується персистуючим обмеженням швидкості повітряного потоку, швидко прогресує й асоціюється з посиленою хронічною запальною відповіддю дихальних шляхів і легень на вплив патогенних часток і газів. Загострення і коморбідні стани обтяжують перебіг захворювання.

Клінічний діагноз ХОЗЛ слід підозрювати у всіх хворих із задишкою, хронічним кашлем або виділенням мокротиння та наявністю характерних для цього захворювання факторів ризику в анамнезі. Спірометрія є обов'язковою для постановки діагнозу; постбронходилатаційні показники $ОФВ_1$/ФЖЕЛ <0,70 підтверджують наявність стійкого обмеження швидкості повітряного потоку і, відповідно, дігноз ХОЗЛ.

Для визначення стратегії лікування в оновлених рекомендаціях пропонують нові критерії оцінки з метою визначити серйозність захворювання, його вплив на стан здоров'я пацієнта, а також подальший прогноз. У пацієнтів із ХОЗЛ часто розвиваються супутні захворювання, які потрібно вчасно виявляти і належним чином лікувати. Для комплексної оцінки ХОЗЛ необхідно враховувати вираженість і кількість симптомів, важкість обструкції, частоту загострень, наявність коморбідного стану. Пацієнта з оцінкою 0-1 бал за mMRC або <10 балів за CAT відносять до категорії «мало симптомів» і групи A або C; оцінка ≥2 бали за mMRC або ≥10 за CAT свідчить про приналежність до категорії «багато симптомів» і групи B або D. Кількість загострень ≥2 на рік, $ОФВ_1$ <50% від належного, а також наявність супутніх захворювань є індикаторами високого ризику загострень. Ступінь обструкції оцінюють за допомогою спірометрії:

- GOLD 1 – легкий ступінь ($ОФВ_1$ ≥80% від належного);
- GOLD 2 – середньотяжкий ($ОФВ_1$ 50-79% від належного);
- GOLD 3 – важка ($ОФВ_1$ 30-49% від належного);
- GOLD 4 – дуже важка ($ОФВ_1$ <30% від належного).

За наявності у пацієнта стадії GOLD 1 або 2, а також 0-1 загострення на рік його відносять до групи низького ризику (A або B). Якщо в пацієнта має місце стадія GOLD 3 або 4 або ≥2 загострення на рік, його відносять до групи високого ризику (C або D). Таким чином, у пацієнта може діагностуватися багато різних симптомів, однак він буде відноситися до категорії низького ризику, і навпаки: навіть за наявності невеликої кількості симптомів хворий може входити до групи високого ризику.

Відмова від куріння є найкращою можливістю покращити здоров'я пацієнта. Для всіх хворих на ХОЗЛ доведено переваги фізичної активності навіть за наявності задишки. Правильно підібрана фармакологічна терапія може зменшити симптоми ХОЗЛ, важкість і частоту загострень, покращити якість життя і переносимість фізичних навантажень, а також вплинути на прогноз. Бронходилататори є основними препаратами для лікування ХОЗЛ, що використовуються як скоропомічні для зняття приступів, так і для базисної терапії. Основна бронходилатаційна терапія включає холінолітики тривалої дії, β_2-агоністи тривалої дії, теофіліни або комбінацію цих засобів. У багатьох великих клінічних дослідженнях доведено, що інгаляційні бронходилататори тривалої дії знижують кількість загострень і пов'язаних з ними госпіталізацій, зменшують вираженість симптомів і покращують стан здоров'я пацієнтів із ХОЗЛ. Комбінування бронходилататорів із різних фармакологічних класів дозволяє підвищити ефективність терапії і зменшити кількість побічних ефектів. Алгоритм лікування ХОЗЛ згідно з оновленими рекомендаціями передбачає:

- пацієнтам з групи A – призначення β_2-агоніста короткої дії або М-холінолітика короткої дії (терапія першого вибору); β_2-агоніста тривалої дії або М-холінолітика тривалої дії (терапія другого вибору);
- пацієнтам з групи B – призначення β_2-агоніста тривалої дії або М-холінолітика тривалої дії (терапія першого вибору); β_2-агоніста тривалої дії + М-холінолітика тривалої дії (терапія другого вибору);
- пацієнтам з групи C – призначення β_2-агоніста тривалої дії + кортикостероїда або М-холінолітика тривалої дії (терапія першого вибору); або β_2-агоніста тривалої дії + М-холінолітика тривалої дії (терапія другого вибору);
- пацієнтам з групи D – призначення β_2-агоніста тривалої дії + кортикостероїда або М-холінолітика тривалої дії (терапія першого вибору); β_2-агоніста тривалої дії + М-холінолітика тривалої дії, або кортикостероїда + М-холінолітика тривалої дії, або β_2-агоніста тривалої дії + кортикостероїда + М-холінолітика тривалої дії, або β_2-агоніста тривалої дії + кортикостероїда + інгібітора фосфодіестерази 4, або М-холінолітика тривалої дії + інгібітора фосфодіестерази 4 (терапія другого вибору).

Єдиним М-холінолітиком тривалої дії, що рекомендується GOLD-2011 для базисної терапії, є Спірива (тіотропію бромід), який може застосовуватися в лікуванні пацієнтів усіх груп і характеризується доведеною ефективністю в досягненні основних цілей лікування ХОЗЛ, а саме у зменшенні симптомів і зниженні ризику захворювання.

Підготувала ***Тетяна Спринсян***
Фото автора

НОВОСТИ

Стан імунопрофілактики залежить від виваженої позиції лікарів

У столиці, в рамках спеціального проекту Міністерства охорони здоров'я України та групи медичних компаній, пройшов семінар «Головні питання імунопрофілактики та лікування інфекційних та соматичних хвороб».

Звертаючись до учасників семінару, заступник директора Департаменту – начальник управління охорони материнства, дитинства та санаторного забезпечення Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги МОЗ Альона Терещенко зауважила, що чверть смертей в усьому світі, а це близько 10,5 мільйонів, припадає на дітей до 5 років. Тому кожна держава, і Україна теж, має підвищити охоплення населення вакцинацією.

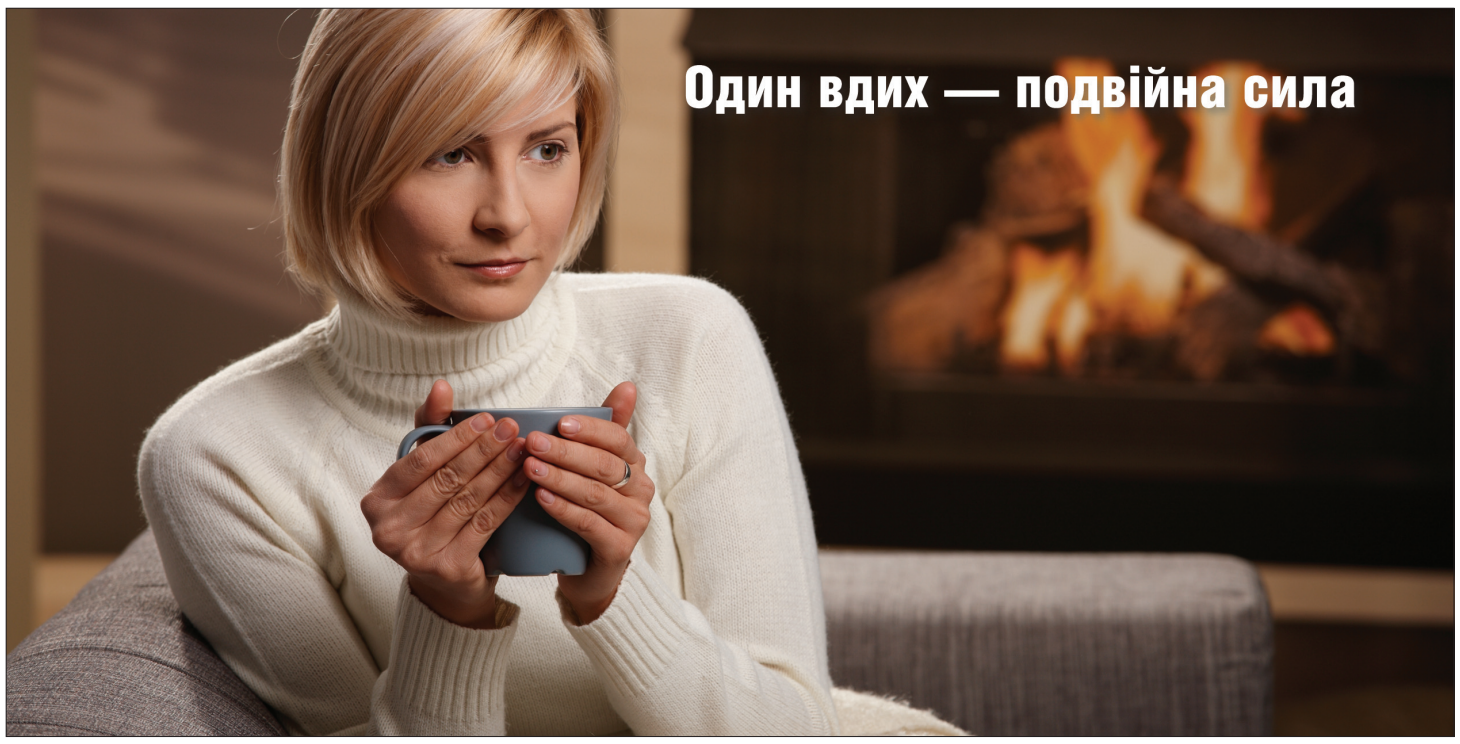
Посадовець повідомила, що Україна взяла на себе зобов'язання до 2015 року скоротити смертність дітей до 5 років на дві третини. Але для виконання цього завдання необхідна виважена інформаційна політика з імунопрофілактики та активна громадянська позиція щодо захисту населення від інфекційних хвороб у самих лікарів.

Затверджено запит на другу фазу фінансування гранту Глобального фонду за компонентом «Туберкульоз»

Під час чергового засідання Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу було затверджено запит на другу фазу гранту 9-го раунду Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією за компонентом «Туберкульоз».

Загальні обсяги фінансування заходів з боку Глобального фонду становитимуть 59,6 млн грн. Кошти будуть спрямовані передусім на покращення діагностики туберкульозу, підтримку та лікування хворих на туберкульоз із розширеною резистенстністю, а також на роботу з групами ризику та на реалізацію стратегії адвокації, комунікації та соціальної мобілізації.

Планується, що реалізація другої фази гранту розпочнеться в липні наступного року, а до того часу здійснюватиметься завершальна стадія активностей в рамках першої фази.

Основним реципієнтом гранту Глобального фонду обрано ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України. Крім того, члени засідання були ознайомлені зі звітами основних реципієнтів щодо виконання програм в рамках 10-го раунду Глобального фонду за компонентом «СНІД», які були проаналізовані Комісією з нагляду Нацради.

Прес-служба МОЗ України