

Ю.М. Мостовой, д.м.н., професор, Т.В. Константинович, д.м.н., професор, Л.В. Распутіна, д.м.н., професор, Г.В. Демчук, к.м.н., доцент, Н.С. Слєпченко, к.м.н., доцент, Вінницький національний медичний університет

Гострі кути квадрата: консультативна рада

м. Вінниця, 13 березня 2014 рік

Професор Юрій Михайлович Мостовой:

— У червні 2013 р. у нашій країні вступив у дію наказ Міністерства охорони здоров'я України № 555 щодо діагностики та лікування хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ). Він висвітлює багато важливих аспектів curaції даного контингенту хворих і потребує прискіпливого вивчення. Це досить складний процес, але не слід його розтягувати на роки. Це має тривати якнайменше часу, тому ми й починаємо роз'яснення сьогодні на нашому зібранні, на якому присутні близько 400 лікарів загальної практики і сімейної медицини. А щоб обговорення було жвавим, цікавим, яскравим, хочемо його провести в діалоговому режимі, коли проблему аналізуватимуть ряд фахівців своєї справи. Я запросив до розмови і тлумачення положень наказу № 555 професора Тетяну Володимирівну Константинович, професора Лесю Вікторівну Распутіну, доцента Наталю Степанівну Слєпченко, доцента Ганну Василівну Демчук. Отже, почнемо.

Дозволю собі прокоментувати визначення ХОЗЛ, як представлено на рисунку 1.

Визначення

ХОЗЛ – поширене захворювання, яке можна **попередити та лікувати**, що характеризується **стійким, зазвичай прогресуючим, обмеженням прохідності дихальних шляхів** та асоціюється із підвищеною хронічною запальною відповіддю дихальних шляхів та легень на дію шкідливих часточок та газів. Тяжкість перебігу захворювання в окремих пацієнтів обумовлена його **рецидивом та наявністю супутніх захворювань**.



Рис. 1. Визначення ХОЗЛ

Професор Ю.М. Мостовой:

— ХОЗЛ — це захворювання, яке можна попередити та лікувати. Раніше ніколи не було такої сміливої заяви. Знову ж таки підкреслюється, що це прогресуюче захворювання дихальних шляхів. І третє положення, яке ми маємо констатувати, що в прогресуванні цього захворювання багато залежить від його загострень та супутніх станів.

Повертаючись до проблеми попередження та раннього виявлення, звертаюся до Вас, Наталя Степанівно, як до фахівця, який вивчає фактори ризику ХОЗЛ. Що Ви можете сказати щодо факторів ризику ХОЗЛ, їх попередження та ранніх симптомів захворювання?

Доцент Н.С. Слєпченко:

— Шановні колеги, хотіла б зосередити свою увагу на попередженні захворювання. Куріння є доведеним фактором ризику розвитку ХОЗЛ та таким, що сприяє прогресуванню захворювання. Тому боротьба з тютюнопалінням, антисмокінова діяльність є найдієвішим інструментом у профілактиці та стриманні прогресування ХОЗЛ. Хочу зауважити, що тютюнопаління є хворобою, яка має свій код у класифікації МКХ F.17 і включена в рубрику психічних розладів унаслідок вживання психоактивних речовин.

При зборі анамнезу особливе значення слід приділяти оцінці інтенсивності куріння, з обов'язковим підрахунком загальної кількості пачко-років та обчисленням індексу куріння.

Індекс куріння вираховується у пачко/роках: слід знати число сигарет, що випаляється за добу, помножити на стаж куріння (у роках) і поділити на 20.

Індекс куріння більше 10 пачко/років — є достовірним фактором ризику розвитку ХОЗЛ.

Хочу також зацентувати вашу увагу на тому факті, що у жінок, які палять, показник ОФV₁ щорічно знижується на 7,4 мл, у чоловіків — на 6,3 мл.

Професор Ю.М. Мостовой:

— Тепер у мене питання. Як визначити найбільш типові симптоми, що є індикаторами ХОЗЛ?

Доцент Н.С. Слєпченко:

— У наказі № 555 є інструменти, завдяки яким можемо оцінити симптоми ХОЗЛ. Перший опитувальник — це

модифікована шкала медичної дослідницької ради (мМДР), в якій розглядається лише одна скарга — задишка (рис. 2). Ми просимо пацієнта оцінити ступінь своєї задишки від 0 до 4 балів. Якщо у хворого спостерігається задишка у 2, 3 або 4 бали, зрозуміло, що він має високий ступінь задишки і вірогідніше всього відповідає наявності ХОЗЛ.

Модифікована шкала Медичної Дослідницької Ради (мМДР)		C	D
		A	B
Оцінка задишки в балах	Опис		
0	Задишка виникає лише при дуже інтенсивному навантаженні.		
1	Задишка при швидкому підйомі на поверх або при ходьбі вгору.		
2	Задишка примушує мене ходити повільніше, ніж люди мого віку, або з'являється необхідність зупинки при ходьбі в своєму темпі по рівній місцевості.		
3	Задишка примушує робити зупинки при ходьбі на відстань близько 100 м або через декілька хвилин ходьби по рівній місцевості.		
4	Задишка робить неможливим вихід за межі свого будинку або з'являється при одяганні і роздяганні.		

Рис. 2. Модифікована шкала медичної дослідницької ради (мМДР)

Професор Ю.М. Мостовой:

— Хочу звернути вашу увагу, що саме бал 2 є ключовим. Якщо задишка змушує пацієнта ходити повільніше, якщо він має індекс пачко/років більше 10, це потенційний хворий на ХОЗЛ.

Доцент Н.С. Слєпченко:

— Друга шкала — це тест із оцінки ХОЗЛ (ТОХ) (рис. 3).

ТЕСТ З ОЦІНКИ ХОЗЛ (ТОХ)		
Як проходить Ваше хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ)? Пройдіть тест оцінки ХОЗЛ (COPD Assessment Test (CAT))		
Ця анкета допоможе Вам та Вашому лікарю визначити вплив ХОЗЛ (хронічного обструктивного захворювання легень) на Ваше благополуччя й щоденне життя. Ваші відповіді та загальна кількість балів можуть бути використані Вами або Вашим лікарем для того, щоби вдосконалити терапію ХОЗЛ та забезпечити найбільшу користь від лікування.		
Приклад: <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Мені дуже щасливий(-а)		
Бали		
Я взагалі не кашляю	0 1 2 3 4 5	Я кашлюю постійно
У мене в грудях зовсім немає мокротиння (слизу)	0 1 2 3 4 5	Мой груди повністю заповнені мокротинням (слизом)
Мені зовсім не тисне в грудях	0 1 2 3 4 5	Мені дуже сильно тисне в грудях
Коли я їду під гору або підіймаюся сходами на один марш, я не відчуваю задишки	0 1 2 3 4 5	Коли я їду під гору або підіймаюся сходами на один марш, я відчуваю дуже сильну задишку
Я займаюся будь-якими домашніми справами без обмежень	0 1 2 3 4 5	Я займаюся домашніми справами з великими обмеженнями
Виходячи з дому, я почувуюся вичерпано, незважаючи на захворювання легень	0 1 2 3 4 5	Виходячи з дому, я почувуюся невпевнено через захворювання легень
Я міцно сплю	0 1 2 3 4 5	Я погано сплю через захворювання легень
У мене багато енергії	0 1 2 3 4 5	У мене зовсім немає енергії

Рис. 3. Тест з оцінки ХОЗЛ (ТОХ)

Він містить 8 простих питань, виразність яких ми також оцінюємо в балах, від 0 до 5. Якщо загальний бал (отриманий як сума з відповідей на 8 питань) буде становити більше 10, то цей пацієнт розглядається як такий, що має велику вірогідність ХОЗЛ, або у нього вже діагностовано ХОЗЛ того чи іншого ступеня ризику.

Професор Ю.М. Мостовой:

— Використання цих двох шкал повинно увійти в повсякденну діяльність лікаря загальної практики та сімейної медицини. Ці шкали мають викладатися в медичних університетах, тлумачитись при розгляді проблеми ХОЗЛ. Без цих шкал на сьогодні неможливо правильно встановити діагноз.

Доцент Н.С. Слєпченко:

— Щодо комбінованої оцінки ХОЗЛ. У квадраті ABCD унизу показані симптоми за нашими шкалами. Цей квадрат ми ділимо навпіл по вертикалі (рис. 4).

У групи А і С входять пацієнти, що мають за модифікованою шкалою медичної дослідницької ради (мМДР) менше 2 балів та шкалою ТОХ менше 10, а в групі В та D — хворі, що мають за шкалою мМДР більше 2 балів та за шкалою ТОХ більше 10 балів. Групи А і С становлять пацієнти з низьким рівнем симптомів, групи В та D — з високим рівнем симптомів.

Професор Ю.М. Мостовой:

— Таким чином, ми з'ясували фактори ризику ХОЗЛ, визначили симптоми і на основі цього розподілили хворих



Комбінована оцінка ХОЗЛ

Спочатку оцініть симптоми

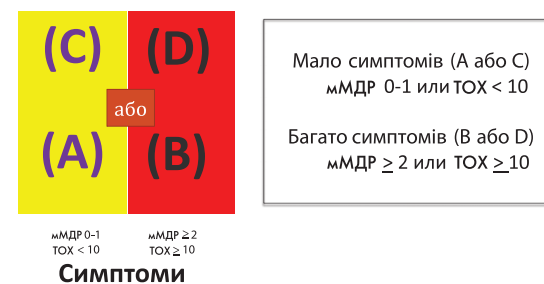


Рис. 4. Комбінована оцінка ХОЗЛ згідно з індексом симптомів

на тих, що мають багато або мало симптомів. Але цього недостатньо, для верифікації діагнозу нам потрібен ще один інструмент, і цим інструментом є спірографія. Професор Т.В. Константинович, Ваша думка про значення спірографії в діагностиці ХОЗЛ?

Професор Т.В. Константинович:

— Спірографія є золотим стандартом діагностики ХОЗЛ, вона дозволяє встановити наявність синдрому бронхіальної обструкції, визначити ступінь та важкість вентиляційних порушень, що є основним у діагностиці ХОЗЛ.

Хочу зупинитись на вимогах щодо проведення спірографії. По-перше, спірографічне дослідження має бути проведено обов'язково після дозованого навантаження бронхолітиком, що відповідає 400 мкг салбутамолу. Навантажувальна доза інгалюється пацієнтом перед проведенням спірографії. Причому тактика ведення проби має бути наступна: хворий інгалює послідовно 4 вдохи (тобто по 100 мкг діючої речовини) з обов'язковим інтервалом між вдохами 30 сек. Термін інгаляції становить 2 хв. Постбронходилатаційна спірограма записується через 15 хв після інгаляції бронхолітика. По-друге, стосовно

Продовження на стор. 20.

Ю.М. Мостовой, д.м.н., професор, Т.В. Константинович, д.м.н., професор, Л.В. Распутіна, д.м.н., професор, Г.В. Демчук, к.м.н., доцент, Н.С. Слепченко, к.м.н., доцент, Вінницький національний медичний університет

Гострі кути квадрата: консультативна рада

Продовження. Початок на стор. 19.

маневру дихання. Згідно з міжнародними вимогами до проведення спірографічного дослідження видих має бути форсованим, навантажувальним, тривалість видиху при цьому має становити не менше 6 сек.

Професор Ю.М. Мостовой:

— Хочу звернути увагу на те, що визначенням функції зовнішнього дихання займаються переважно лікарі функціональної діагностики. Акцентуйте їх увагу на правильності виконання маневру.

Професор Т.В. Константинович:

— Щодо трактовки результатів спірографічного обстеження. Слід звертати увагу на показник співвідношення об'єму форсованого видиху за першу секунду (ОФВ₁) до форсованого життєвої ємності легень (ФЖЄЛ) (ОФВ₁/ФЖЄЛ) як на основний індикатор, який свідчить про наявність бронхіальної обструкції. Для пацієнтів з ХОЗЛ цей показник має становити менше 70%. Стосовно іншого показника бронхіальної обструкції — ОФВ₁, то він може бути нормальним. Рівень його зниження характеризує ступінь тяжкості бронхіальної обструкції, як індикатора тяжкості перебігу ХОЗЛ, від легкої до дуже тяжкої.

Професор Ю.М. Мостовой:

— Хочу зауважити, що в попередніх рекомендаціях ми орієнтувалися на показник ОФВ₁. На сьогоднішній день цього недостатньо. Згідно з наказом № 555 ми перш за все повинні сфокусуватися на співвідношенні ОФВ₁/ФЖЄЛ і, навіть якщо ОФВ₁ більше 80% від належного значення, а співвідношення менше 0,7 (або 70%) — то це пацієнт із ХОЗЛ, але з легким перебігом.

Професор Т.В. Константинович:

— Залежно від рівня ОФВ₁ бронхіальну обструкцію при ХОЗЛ можна визначати як легку, середньотяжку, тяжку та дуже тяжку (рис. 5), що в подальшому відображається на трактовці діагнозу та стратифікації ризику ХОЗЛ.



Рис. 5. Класифікація тяжкості обструкції при ХОЗЛ

Як правило, рівень зниження ОФВ₁ негативно корелює з частотою загострень. Тому, розглядаючи квадрат ХОЗЛ, можемо провести комбіновану оцінку захворювання та оцінити ризики ХОЗЛ, розділивши квадрат по горизонталі (рис. 6).

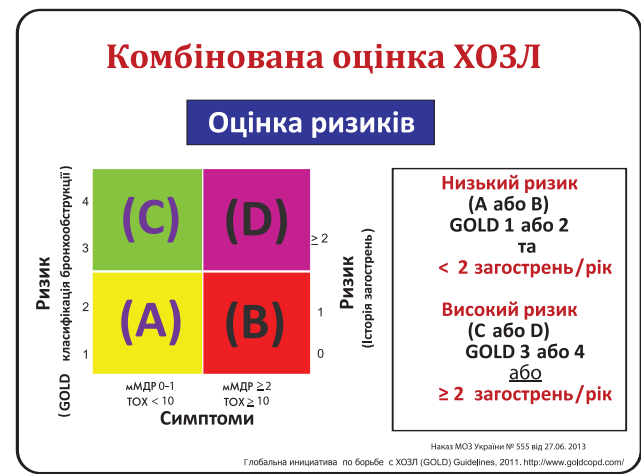


Рис. 6. Комбінована оцінка ризиків ХОЗЛ

Пацієнти груп А та В, які мають легку або середньої тяжкості бронхіальну обструкцію за даними спірометрії (ОФВ₁ < 50% від належного значення) та частоту загострень протягом року 0-1, є тими, для яких характерний низький ризик ускладнень. До груп С та D відносимо хворих, які є клінічно вірогідно важкими та мають важку або

дуже важку бронхіальну обструкцію (ОФВ₁ < 50% від належного значення) та відповідно високий індекс загострень протягом року (2 та більше разів), що характеризує їх як тих, що мають високий ризик ХОЗЛ.

Професор Ю.М. Мостовой:

— Таким чином, хочу підсумувати цей фрагмент. Якщо у людини спостерігається 0-1 загострення протягом року та показники ОФВ₁ більше 50% від належного значення, то такого хворого відносять до груп А та В квадрату ХОЗЛ. Якщо кількість загострень 2 та більше протягом року, а ОФВ₁ менше 50% від належного значення, то такого пацієнта відносять до груп С або D квадрату ХОЗЛ. І залежно від цього в поєднанні зі скаргами нам потрібно сформулювати діагноз. З цією метою я звертаюся до професора Л.В. Распутіної та доцента А.В. Демчука і прошу їх викласти належне формулювання діагнозу, що регламентується наказом № 555.

Доцент Г.В. Демчук:

— Якщо у хворого низький індекс симптомів, тобто у нього загальний бал за мМДР менше 2, інтегрований бал за шкалою ТОХ менше 10, кількість загострень протягом року 1 або загострення ХОЗЛ узагалі відсутні, показник ОФВ₁ більше 80% від належного значення, діагноз буде звучати так: «ХОЗЛ, легкий ступінь, група А». Якщо у пацієнта спостерігається високий індекс симптомів, тобто у нього загальний бал за мМДР більше 2, інтегрований бал за шкалою ТОХ більше 10 балів, кількість загострень протягом року більше 2, показник ОФВ₁ знаходиться в межах 80-50% від належного значення, діагноз буде звучати таким чином: «ХОЗЛ, середнього ступеня, група В» (рис. 7).

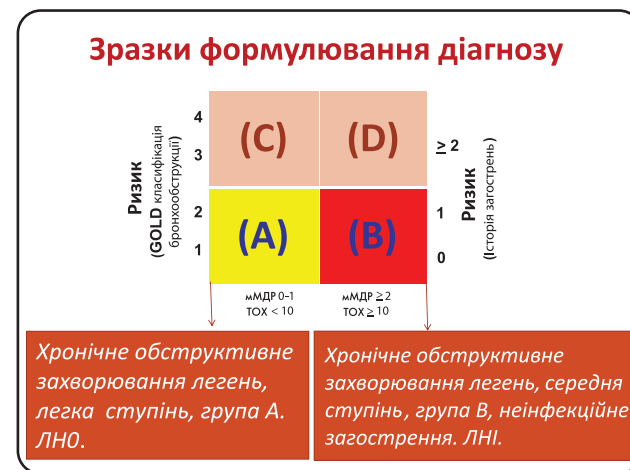


Рис. 7. Зразки формулювання діагнозу ХОЗЛ (1)

Професор Л.В. Распутіна:

— Якщо пацієнт має мало симптомів чи то за шкалою задишки (мМДР), чи то за ТОХ, але ОФВ₁ за даними спірометрії менший 50% від належного значення, цьому хворому можна діагностувати ХОЗЛ важкого ступеня, група С. Якщо поряд із цим у нього має місце посилення інтенсивності задишки, кашлю, поява гнійного мокротиння, до діагнозу слід додати інфекційно-залежне загострення. Інший варіант, якщо у пацієнта багато симптомів та ОФВ₁ менший 30% від належного значення, діагноз буде звучати як: «ХОЗЛ, дуже важкий ступінь, група D» (рис. 8).

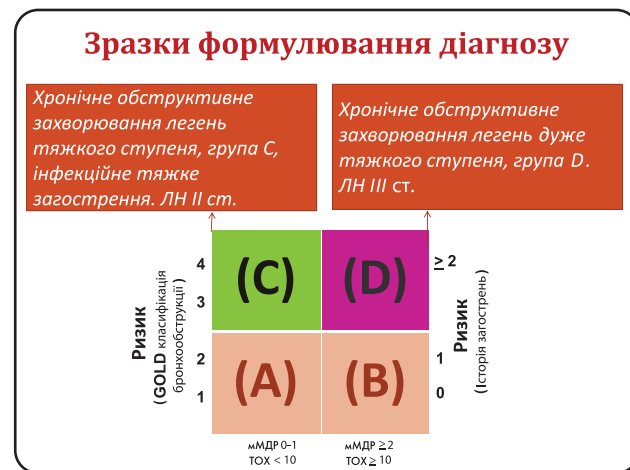


Рис. 8. Зразки формулювання діагнозу ХОЗЛ (2)

Професор Ю.М. Мостовой:

— Таким чином, діагноз ми сформулювали, тепер настав час призначити лікування (рис. 9). Як бачимо на малюнку, якщо хворий належить до групи А, тобто має низький рівень симптомів, малу частоту загострень,

Лікування ХОЗЛ Варіанти терапії для різних груп ризику

Група	Перший вибір
А Низький ризик загострень Низький індекс симптомів	Бронхолітик короткої дії (МХЛ або КДБА)
В Низький ризик загострень Високий індекс симптомів	Бронхолітик тривалої дії (МХЛ ТД або ТДБА)
С Високий ризик загострень Низький індекс симптомів	Комбінація ІГКС / ТДБА (Серетид) або МХЛ ТД
Д Високий ризик загострень Високий індекс симптомів	Комбінація ІКС / ТДБА (Серетид) або МХЛ ТД

МХЛ – М-холінолітик
МХЛ ТД – М-холінолітик тривалої дії
ТДБА – тривалої дії бета2-агоніст
КДБА – короткої дії бета2-агоніст
ІГКС – інгаляційний глюкокортикостероїд
ІКС – інгаляційний кортикостероїд
ІнГФОР – інгаляційний фосфостероїд 4го типу

Рис. 9. Лікування ХОЗЛ. Варіанти терапії різних груп хворих

то йому достатньо застосовувати для лікування бронхолітики короткої дії. Якщо пацієнт має малий індекс симптомів та високий ризик загострень, йому слід рекомендувати бронхолітики тривалої дії, це можуть бути М-холінолітики або β₂-агоністи тривалої дії (БАТД). Третя група хворих — група С — низький індекс симптомів, і, як правило, високий ризик загострень. Тут нам на допомогу мають прийти комбінації бронхолітика тривалої дії (М-холінолітик або БАТД) та інгаляційного кортикостероїда (ІКС).

Аналогічна ситуація стосується групи D. Група D — це пацієнти з високим ризиком загострень та високим індексом симптомів, це найбільш часті, найбільш маніфестні хворі, які до нас звертаються та яких ми завжди бачимо у своїй повсякденній практиці. Це група пацієнтів, які потребують використання комбінації БАТД та ІКС або М-холінолітиків тривалої дії. Часто в цій групі застосовуємо комбіновану терапію: БАТД і ІКС та М-холінолітиків тривалої дії.

Таким чином, застосування базисної терапії, а саме салметеролу/флутиказону, будесоніду/формотеролу, тіотропію броміду, суттєво стримує зниження ОФВ₁, позитивно впливає на параметри якості життя, вірогідно знижує кількість загострень ХОЗЛ на рік та летальність цієї категорії пацієнтів.

Професор Ю.М. Мостовой:

— Якщо повернутися до визначення ХОЗЛ, то ми наголосували, що прогноз часто залежить від супутніх захворювань. Раніше ні в одному з визначень ХОЗЛ не приділялось стільки уваги супутнім захворюванням. Тому хочу надати слово Л.В. Распутіній, яка є фахівцем із цього питання.

Професор Л.В. Распутіна:

— У рекомендаціях GOLD та наказі МОЗ України № 555 визнано, що ХОЗЛ часто супроводжується іншими захворюваннями. До найбільш поширених супутніх станів при ХОЗЛ належать серцево-судинні захворювання (ССЗ), остеопороз, депресія, метаболічні розлади, рак легень.

Особливу увагу слід зосередити на захворюваннях серцево-судинної системи (ССС), тому що саме ці патології найбільше впливають на прогноз хворих на ХОЗЛ. Хочу зупинитися на частоті поєднання ХОЗЛ та супутніх захворювань. Ми приводимо подвійні дані: наші власні результати та дані європейських дослідників. Наші дані — це випадки задокументованого поєднання ХОЗЛ та супутніх захворювань (рис. 10).

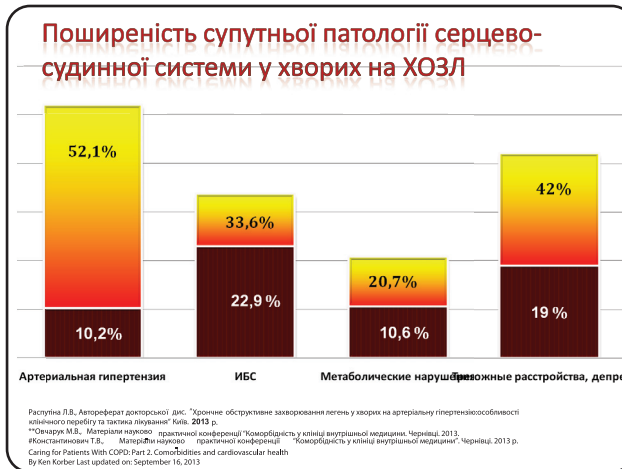


Рис. 10. Поширеність супутньої патології серцево-судинної системи у хворих на ХОЗЛ

Найбільш частою супутньою патологією серцево-судинної системи є артеріальна гіпертензія (АГ), яку діагностують європейські дослідники більше ніж у 50% випадків. Наші дані свідчать, що поєднання ХОЗЛ та АГ виявляли у 10,9% хворих. Інші захворювання: у 33% випадків ішемічна хвороба серця, наші дані — 22%. Далі стосовно метаболічного синдрому: він виявляється майже у 20% пацієнтів за даними європейських авторів та у 10,6% згідно з нашими дослідженнями. Досить велика

частка хворих на ХОЗЛ мають різні психічні розлади та депресію – 42 та 19% відповідно.

Професор Ю.М. Мостовой:

– Таким чином, пацієнт з ХОЗЛ – в більшості випадків хворий з коморбідною патологією. Пацієнти з ХОЗЛ, які мають тільки ХОЗЛ, становлять поодинокі випадки. З одного боку, ми повинні виявляти коморбідну патологію у хворих на ХОЗЛ, а з іншого – лікувати хворих цієї групи. Прошу Вас зупинитися на питаннях лікування в умовах коморбідності.

Професор Л.В. Распутіна:

– На сьогоднішній день лікування хворого з коморбідною патологією чітко регламентується наказом №555.

Лікувати пацієнта з ХОЗЛ у поєднанні з ІХС слід без жодних обмежень, відповідно до тих узгоджувальних документів, які є в державі. Це ж слід сказати відносно терапії ХОЗЛ у хворих на ІХС – лікування теж має бути повною мірою без обмежень. Існують деякі особливості використання бета-блокаторів у пацієнтів з супутніми ССЗ. На сьогодні бета-блокатори є препаратами першого ряду в лікуванні ІХС, що довели свою ефективність у лікуванні як ІХС, порушень ритму, АГ, так і серцевої недостатності. Саме ці захворювання є найбільш частими супутніми захворюваннями ССС у хворих ХОЗЛ. Однак пацієнтам з ХОЗЛ слід призначати лише селективні бета-адреноблокатори. У той же час у хворих із гострими формами коронарної недостатності слід уникати застосування високих доз бронхолітиків короткої дії. Отже, лікування захворювання ССС у пацієнтів з ХОЗЛ слід проводити відповідно до узгоджувальних документів, що є не лише безпечним, але й сприяє виживанню цієї групи хворих та юридичному захисту лікарів.

Професор Ю.М. Мостовой:

– Хочу звернути вашу увагу на наші фобії. З одного боку, бета-блокатори та страх посилення бронхообструкції, з іншого – бета-агоністи та ризик серцево-судинних ускладнень. У наказі № 555 констатується, що користь від застосування бета-адреноблокаторів значно перевищує ризик розвитку ускладнень.

Професор Л.В. Распутіна:

– Інше питання – це лікування ХОЗЛ. Тут ми також остерігаємося розвитку побічних ефектів із боку ССС. Найбільш часто побічні реакції з боку ССС асоціюються з застосуванням бета-2-агоністів.

На сьогодні існують досить вагомі дані про те, що використання базисних препаратів у лікуванні ХОЗЛ, а саме салметеролу/флутиказону, формотеролу/будесоніду, тіотропію броміду, не супроводжується кардіотоксичними ефектами.

Професор Ю.М. Мостовой:

– Далі слід акцентувати увагу на проблемі застосування теофілінів, а саме – при лікуванні ХОЗЛ.

Професор Т.В. Константинович:

– Згідно з положеннями наказу № 555 теофіліни мають чітко окреслене місце в лікуванні хворих на ХОЗЛ (рис. 11).

Місце теофілінів в лікуванні ХОЗЛ

“Малий терапевтичний діапазон”:

- 7-8 мкг/мл – бронходилатація;
- 15 мкг/мл – легкі побічні дії;
- 15-25 мкг/мл – важкі побічні дії.

Побічні дії теофілінів:

- Разлади ШКТ,
 - Болі в серці, порушення ритму, тремор, гіпотонія, гіпокаліємія,
 - Депресія, сплутаність свідомості, епілептиформні судоми, шок.
- Погіршуються при гіпоксії, СН, цирозі, прийомі макролідів, ФХ, циметидина.
- У курців прискорюється метаболізм теофілінів, спричиняючи швидке зниження концентрації у плазмі

Терапевтичні дії теофілінів

- релаксація гладенької мускулатури дихальних шляхів
- ↑ скоротливої здатності, сили та тривалості як втомлених, так і невтомлених дихальних м'язів
- Активуючи деацетилазу гістону, поновлюють чутливість до глюкостероїдів у курців
- Протизапальний ефект теофіліну більше виражений при невисоких концентраціях – 5-10 мг/л

Torphy T.J. Am J. Respir. Crit. Care Med., 1998

Рис. 11. Місце теофілінів у лікуванні ХОЗЛ

Це виправдано завдяки протизапальному, бронхолітичному, імуностимулюючому ефектам, що властиві цій групі препаратів. Крім того, пролонговані теофіліни – це єдина група засобів, що відновлює активність втомлених дихальних м'язів. Тому група теофілінів показана хворим на ХОЗЛ із тяжким у клінічному розумінні перебігом захворювання ХОЗЛ, що відповідають групам С та D. Основним недоліком теофілінів є вузький терапевтичний діапазон, що й спричиняє наші фобії відносно цієї групи ліків. Мова йде про кардіо-, нейро- та гастротоксичність теофілінів. Тому застосування цих лікарських засобів у пацієнтів старших вікових груп, особливо за супутньої патології ССС, потребує проведення моніторингу стану хворих та рівня препаратів у крові.

Професор Ю.М. Мостовой:

– Отже, теофіліни не є базисними препаратами в лікуванні ХОЗЛ. Вони виступають як допоміжні засоби у пацієнтів з важким та дуже важким перебігом захворювання. І небезпека тут у тому, щоб не передозувати препарати та контролювати функцію ССС.

Не можна оминати питання перебігу ХОЗЛ, куріння та використання базисних препаратів. Відомо, що куріння певною мірою знижує чутливість рецепторів до інгальційних кортикостероїдів.

Доцент Н.С. Слепченко:

– Справді, куріння негативно впливає на чутливість рецепторів до інгальційних та системних кортикостероїдів. Хворі на ХОЗЛ, які курять, мають знижену відповідь на застосування інгальційних та системних кортикостероїдів (через те, що цигарковий дим пригнічує деацетилювання гістону), яка необхідна для запуску протизапальної дії кортикостероїдів. Ми маємо знати та враховувати той факт, що у пацієнтів, які курять, доза ІКС може бути збільшена або неефективна, оскільки вони мають знижену відповідь на застосування інгальційних та системних кортикостероїдів. Тривале застосування комбінації ІКС та БАТД може підвищити чутливість рецепторів кортикостероїдів. З іншого боку використання теофілінів може сприяти відновленню порушеної стероїдної чутливості у курців з ХОЗЛ та БА.

Професор Ю.М. Мостовой:

– Це більшою мірою стосується хворих на БА чи ХОЗЛ?

Доцент Н.С. Слепченко:

– Якщо говорити про комбінацію ІКС та БАТД, то це стосується саме пацієнтів з ХОЗЛ.

Професор Ю.М. Мостовой:

– Це слід враховувати при проведенні антисмокінгових програм у хворих на ХОЗЛ. Пацієнту слід наголошувати на тому, що якщо він не покине куріння, то чутливість до рецепторів буде знижена.

Прийшов час поговорити про загострення ХОЗЛ. Хочу звернутись до Ганни Василівни Демчук. Будь ласка, дайте трактовку загострення ХОЗЛ та як його лікувати.

Доцент Г.В. Демчук:

– Загострення ХОЗЛ розглядається як гостра подія, що проявляється погіршенням респіраторних симптомів хворого, яке виходить за межі повсякденної варіабельності та призводить до змін у лікуванні.

Причинами загострення ХОЗЛ можуть бути інфекційні та неінфекційні чинники. Найчастіші бактеріальні чинники, які запускають загострення при ХОЗЛ – *H. influenzae*, *S. pneumoniae*, *M. catarrhalis* (рис. 12).



Рис. 12. Загострення ХОЗЛ. Причини

Коли у хворого виникає загострення, в першу чергу слід підвищити інтенсивність бронхолітичної терапії, а саме кратність використання бронхолітиків. Крім того, ми можемо комбінувати бронхолітики з різним механізмом дії (бета-адреноміметики з М-холінолітиками), оптимізувати шляхи введення ліків із використанням спейсерів або компресорних небулайзерів. Окрім бронхолітиків, обов'язковим є застосування системних кортикостероїдів парентерально або всередину. При наявності ознак бактеріальної інфекції пацієнту призначаються пероральні або внутрішньовенні антибактеріальні препарати (рис. 13).

Небулізація є тим засобом доставки лікарських препаратів у нижні дихальні шляхи, що дозволяє досягти дрібнодисперсного розчину.

Для небулізації застосовують короткодійні бронхолітики – салбутамол, фенотерол/іпратропій. Крім того, в Наказі № 555 наголошено, що небулізація може проводитися інгальційними кортикостероїдами флутиказоном та будесонідом. Загальна тривалість лікування за допомогою небулайзера становить до 7 діб. Призначення інгальційних кортикостероїдів у небулах дає змогу

Надання допомоги пацієнтам з тяжкими, не загрозливими для життя загостреннями ХОЗЛ

Бронхолітики

- збільшити дози і/або частоту застосування короткодійних бронхолітиків
- комбінуйте короткодійні β₂-агоністи і антихолінергічні препарати
- використовуйте спейсери або компресорні небулайзери

Додайте пероральні або внутрішньовенні ГКС

При ознаках бактеріальної інфекції розгляньте можливість перорального або внутрішньовенного введення антибіотиків

Наказ МОЗ України від 27 червня 2013 року №555

Рис. 13. Надання допомоги хворим на ХОЗЛ при тяжкому загостренні, що не загрожує життю

не використовувати системну кортикостероїдну терапію, або знизити її дозу більш ніж у 1,5 раза.

Професор Ю.М. Мостовой:

– Хочу підкреслити, що на сьогоднішній день єдиним ефективним та безпечним методом лікування загострень ХОЗЛ є застосування небулізованих розчинів, які здійснюють протизапальний та бронходилатуючий ефекти. Ми маємо відмовитись від внутрішньовенного введення еуфіліну, а розпочинати небулізацію салбутамолом та флутиказоном пропіонатом, з подальшим додаванням системних кортикостероїдів. Тому ми хотіли сфокусувати вашу увагу на сучасному підході до лікування ХОЗЛ.

Наступний важливий факт у лікуванні ХОЗЛ – це комплаєнс хворих. Проблема є те, що багато наших пацієнтів із різних міркувань не виконують наші рекомендації. Причинами низького комплаєнсу є економічна компонента (вартість медикаментів), медична компонента (хворий самостійно відміння препарат після перших тижнів позитивного ефекту, непереконливість лікаря, який не може його загітувати тривало застосовувати терапію, порушення діалогу між лікарем та пацієнтом) та ментальна компонента (особистісна індивідуальна психологічна характеристика хворого, що визначає його відношення до лікування свого захворювання). Однак наявність у нашому арсеналі препаратів базисного ряду (такі як салметерол/флутиказон, формотерол/будесонід, тіотропію бромід) поряд із знаннями та досвідом лікарів у поєднанні з вихованням та освітою пацієнтів можуть суттєво знизити частоту загострень ХОЗЛ, покращити якість їхнього життя, стримати прогресивне зниження показників функції дихання, що кінцевим чином впливає на виживання хворих на ХОЗЛ.

На сьогоднішній день більшість хворих на ХОЗЛ є прихильними до лікування завдяки зручним доставковим пристроям. Доставкові пристрої – це не нове слово в медицині, досить довго ми отримуємо ліки в різних пристроях. Наталія Степанівна, декілька слів про додаткові пристрої.

Доцент Н.С. Слепченко:

– Інгальційні препарати для лікування ХОЗЛ в Україні сьогодні представлені різноманітними доставковими пристроями: дозований індивідуальний інгалятор дискус, турбухалер, спінхалер, евохалер, акухалер, хандіхалер та ін. Такий широкий вибір дає змогу підібрати адекватний доставковий пристрій, який буде найкраще постачати лікарські засоби в дихальні шляхи, мотивуючись особливостями пацієнта, його станом та навичками для забезпечення адекватного дозування відповідного препарату для надання базисного лікування та терапії гострих симптомів ХОЗЛ. Це має позитивний вплив на прихильність хворих до лікування.

Професор Ю.М. Мостовой:

– Хочу звернутися до лікарів загальної практики та сімейної медицини, які не мають досить великого досвіду застосування цих препаратів, необхідно вміти користуватись доставковим пристроєм та пояснювати правила його використання своїм пацієнтам. Як же все ж таки прихильність впливає на результати лікування?

Професор Л.В. Распутіна:

– Щодо прихильності до лікування, то саме у хворих на ХОЗЛ, що були прихильними до лікування, вдалось на 44% зменшити частоту загострень та смертність на 60% на відміну від тих пацієнтів, що не були прихильними до терапії.

Професор Ю.М. Мостовой:

– Ми сьогодні намагались у новому форматі в стилі дискусії, підготовленої за участі різних фахівців, довести до вас проблему ХОЗЛ. Це не просте питання. Хочу ще раз звернутись до визначення цієї патології. ХОЗЛ – це захворювання, яке можна попередити та лікувати. Отже, давайте це робити разом!