

Хронічне обструктивне захворювання легень: можливості модифікації перебігу

Т. О. Перцева

ДЗ «Дніпропетровська державна медична академія МОЗ України»
вул. Дзержинського, 9, Дніпропетровськ, 49044, тел.: +38 (056) 227-99-66, e-mail: tpertseva@dma.dp.ua

На сьогоднішній день хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) входить до групи найбільш значущих патологічних станів як за розповсюдженістю, так і за наслідками для сучасного суспільства. У роботі Murray і Lopez (1997), що стала вже класичною, був складений прогноз, згідно з яким у 2020 р. ХОЗЛ стане не тільки однією з найрозповсюдженіших хвороб людини, але й увійде до числа провідних чинників смерті. Проте, згідно з даними ВООЗ, вже у 2010 р. цей недуг посів третє місце серед головних «кілерів» людства, і у 2012 р. в світі від ХОЗЛ померло понад 3 млн осіб.

Діагностика ХОЗЛ не завжди є адекватною. Існують дані, що, в середньому, в світі близько 80 % випадків захворювання не виявляються взагалі, або діагностуються несвоєчасно. Найгірші показники отримані у Нігерії, де хвороба ідентифікується тільки у 2 % наявних хворих. Але й найкращі результати (Лексінгтон, США) становлять лише 50 %. Серед чинників гіподіагностики ХОЗЛ перш за все слід відзначити тривале ігнорування пацієнтами симптомів захворювання внаслідок їх низької специфічності. Хворі, які переважно є особами старших вікових груп, адаптують свій спосіб життя до фізичних можливостей, що поступово знижуються. Проте, існує і медичний аспект гіподіагностики ХОЗЛ, а саме: обмежений доступ до інструментальних методів обстеження; низька настороженість лікарів первинної ланки щодо

захворювання, а також недостатня обізнаність про сучасні можливості терапії ХОЗЛ.

Не викликає сумнівів, що загострення є найбільш небезпечною подією в житті хворих на ХОЗЛ. Загострення підвищує ймовірність госпіталізації, і тому значною мірою збільшує витрати на ведення пацієнтів. Часті епізоди дестабілізації стану, особливо ті, що потребують перебування в лікарні, є доведеним предиктором погіршення якості життя й можливої загибелі хворих. Згідно з даними Soler-Cataluna та співавт. (2005), п'ятирічна виживаність осіб з ХОЗЛ достовірно знижується навіть за наявності одного загострення захворювання.

У відповідності до результатів дослідження ECLIPSE, найбільш значущим фактором, що асоціюється з високою частотою загострень ХОЗЛ, є наявність епізодів погіршення стану протягом минулого року. З іншого боку, як продемонструвало дослідження UPLIFT, між темпами зниження об'єму форсованого видиху за першу секунду та кількістю загострень ХОЗЛ існує позитивний кореляційний зв'язок.

У новітніх міжнародних та вітчизняних стандартах ведення хворих з ХОЗЛ велика увага приділяється персоналізації діагностичних та лікувальних програм. Пропонується індивідуальна оцінка симптомів захворювання, визначення ступеня обмеження повітряного потоку, а також комплексна оцінка майбутніх ризиків загострення. Сучасна класифікація ХОЗЛ

з розподіленням хворих на групи А, В, С і D у залежності від інтенсивності симптомів та анамнезу загострень і госпіталізацій протягом минулого року ґрунтується саме на цьому принципі.

Для досягнення цілей лікування ХОЗЛ виділяють два стратегічних напрями. Перший пов'язаний з полегшенням симптомів захворювання, покращенням толерантності до фізичних навантажень та збільшенням загальної активності хворих. Другий ґрунтується на запобіганні прогресуванню захворювання, запобіганні та адекватному лікуванні загострень, а також зниженні ризику летальних випадків. Лікування починається зі спроби модифікування способу життя хворого, а саме з його відмови від куріння, обмеження контакту з побутовими та промисловими поллютантами та з підтримання фізичної активності пацієнта.

Окремим напрямом профілактики загострень є вакцинація від грипу та пневмококової інфекції. Хворі на ХОЗЛ з ознаками дихальної недостатності можуть потребувати також тривалої кисневої підтримки. Деяким особам з вираженою емфіземою легень може бути запропоноване навіть хірургічне лікування. Але на сучасному етапі, безумовно, найбільш потужною та обов'язковою є тривала фармакологічна терапія захворювання.

Згідно з Глобальною ініціативою з ХОЗЛ (GOLD) 2015 р. та Наказом МОЗ України № 555 від 27.06.2013 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічному обструктивному захворюванні легень», для лікування ХОЗЛ використовується декілька груп медикаментів. Серед інгаляційних засобів тривалішу історію використання мають бронхолітики короткої дії (β_2 -агоністи, холінолітики та їх комбінації). Але на сучасному етапі розвитку медицини, навіть при легкому перебігу ХОЗЛ з мінімальною вираженістю симптомів можливе використання β_2 -агоністів або холінолітиків тривалої дії.

Починаючи з групи В, імовірно призначення пролонгованих бронхолітиків обох класів одночасно. Препаратами альтернативного вибору при ХОЗЛ є метилксантини. Проте, якщо мова йде про хворих на ХОЗЛ з високим ризиком виникнення загострень (групи С і D), у відповідності до сучасних рекомендацій як лікування першої лінії слід призначати у додаток до тривалодіючих β_2 -агоністів (ТДБА) інгаляційні кортикостероїди (ІКС). Наявність препаратів з комбінацією фіксованих доз ІКС та ТДБА у одому доставковому пристрої робить такі лікарські засоби не тільки результативними, але й зручними у використанні.

Прикладом ефективного комбінованого препарату для лікування ХОЗЛ є Серетид (комбінація сальметеролу та флутиказону). У дослідженні TORCH було показано, що вживання цього препарату знижує відносний ризик смерті на 17,5 %, а абсолютний – на 2,6 % у порівнянні з плацебо. За трьохрічний період лікування Серетидом частота середньотяжких та тяжких загострень ХОЗЛ була достовірно меншою, ніж при використанні плацебо або сальметеролу.

У ключових положеннях GOLD відзначено, що на теперішній час жодне терапевтичне втручання, на жаль, не довело свою ефективність у відношенні основної кінцевої точки більшості досліджень – швидкості зниження легеневої функції. У цьому зв'язку перспективною виглядає публікація В. Celli та співавт., у якій продемонстровано, що Серетид дає змогу дещо уповільнити темпи зниження функції зовнішнього дихання.

Згідно з даними Р. М. А. Calverley, використання Серетиду значною мірою покращує якість життя (за результатами анкетування за опитувальником госпіталю Св. Георгія) у порівнянні з плацебо, а також з сальметеролом або флутиказоном. Частота загострень, що призводять до госпіталізації, при прийомі Серетиду знижувалась на 17 %, середньотяжких і тяжких ускладнень протягом 3 років – на 25 %, а загострень, які потребували застосування системних кортикостероїдів, – на 43 % у порівнянні з плацебо.

Останнім часом у сучасній науковій літературі з'являються роботи, присвячені вияву нових можливих фенотипів ХОЗЛ і пошукам ще більш індивідуального підходу до терапії захворювання. Так, Bafadhel та співавт. (2011) відзначили, що так званий еозинофільний фенотип ХОЗЛ найбільш добре відповідає на лікування ІКС. У Іспанській настанові з ведення хворих з ХОЗЛ (2014) виділені фенотип без загострень, фенотип з частими загостреннями ХОЗЛ та емфіземою, фенотип з частими загостреннями та ознаками хронічного бронхіту, а також змішаний фенотип астма–ХОЗЛ. Відповідно до цього, комбіновану терапію ІКС та ТДБА запропоновано призначати усім хворим з частими загостреннями, а також пацієнтам з поєднанням симптомів БА та ХОЗЛ.

Згідно з нашими особистими даними (Т. Перцева, К. Гашинова, 2013–2015), саме у хворих на ХОЗЛ з підвищеним рівнем плазматичного сурфактантного білка D лікування комбінацією ІКС та ТДБА забезпечує найбільш значуще зменшення кількості загострень захворювання та покращення сатурації.

Таким чином, призначення персоналізованої терапії при ХОЗЛ дає змогу значною мірою модифікувати перебіг захворювання.