

А. И. Ячник

## ОСОБЕННОСТИ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ ХОЗЛ

ГУ «Национальный институт физиотриии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского НАМН Украины»

ХОЗЛ и в настоящее время остается актуальной медицинской проблемой. Высокий уровень смертности и потери трудоспособности больных ХОЗЛ в значительной мере обусловлены недостаточной эффективностью диагностики и лечения. Согласно положениям GOLD, ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) и бета-2-агонисты длительного действия (ДДБА) составляют основу базисной терапии больных ХОЗЛ среднетяжелого и тяжелого течения.

Комбинированные препараты имеют ряд преимуществ, однако они не лишены и ряда недостатков в сравнении с отдельным применением ингаляционных препаратов: невозможно быстро заменить один лекарственный препарат на другой, быстро увеличить/уменьшить дозу; одновременное вдыхание двух препаратов вызывает замедление достижения выраженного противовоспалительного эффекта.

В последние годы широкое внимание привлекает отдельное применение ингаляционных препаратов в терапии ХОЗЛ. Этому способствовало и появление лекарственных препаратов с новыми инновационными формами — Флутиксона производства Адамед, Польша (инновационная форма флутиказона с большим процентом респираторных частиц, что позволяет в два раза уменьшить дозу флутиказона). Применение его через общее доставочное устройство с формотеролом (Зафирон) позволяет достичь ряда преимуществ. Особенность их применения предполагает проводить ингаляцию КС спустя 15 мин после ингаляции бронхолитика. Это позволяет значительно повысить эффективность комбинированной терапии, поскольку при расширении просвета легких увеличивается депозиция.

Целью исследования было изучение эффективности данного применения ингаляционных препаратов у больных ХОЗЛ тяжелого течения в составе базисной терапии вне обострения.

Обследовано 40 больных ХОЗЛ тяжелого течения, женщин — 34 %, мужчин — 66 %. Показатели ФВД после пробы с бронхолитиком: ФЖЕЛ —  $(62,9 \pm 2,9)$  %, ОФВ<sub>1</sub> —  $(34,9 \pm 2,8)$  %, прирост составил  $(4,9 \pm 2,3)$  %. Индекс соотношения ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ —  $(43,8 \pm 3,1)$  %. Возраст больных  $(65,1 \pm 4,5)$  лет, стаж курения —  $(30,4 \pm 4,7)$  пачко/лет. Длительность заболевания  $(9,6 \pm 1,2)$  лет, количество обострений за год —  $(2,3 \pm 0,2)$ .

Базисная терапия ХОЗЛ до момента подписания информированного согласия: ингаляционные кортикостероиды — 35 %, β-агонисты длительного действия — 11 %, комбинированные препараты (87 %), холинолитики длительного действия — 36 %. Больные отнесены к группам "С" и "D".

Пациенты обследованы трижды: в исходном состоянии на фоне базисной терапии, через 2 недели приема

препарата только по необходимости и через 4 недели отдельного приема флутиказона 250 мкг (Флутиксон) и формотерола 12,5 мкг (Зафирон) по 1 вдоху каждого препарата 2 раза в сутки (3 визит). Препараты назначались через одно доставочное устройство: вначале 1 вдох формотерола, через 15 мин — 1 вдох флутиказона.

В исходном состоянии показатель ОФВ<sub>1</sub> составлял  $(34,9 \pm 2,8)$  %, на 2 визите, отмечается его некоторое улучшение до  $(38,1 \pm 2,7)$  %, что можно объяснить тем, что больные принимали сальбутамол в необходимом количестве, обеспечивая достаточный бронхолитический эффект, подтверждение — увеличение количества вдохов с  $(1,6 \pm 0,4)$  в течение суток до  $(4,2 \pm 1,8)$   $p < 0,05$ .

Для пациентов с ХОЗЛ характерна статическая гиперинфляция, что было зарегистрировано при проведении бодиплетизмографии. Представленные результаты указывают на тенденцию к улучшению диффузионной способности легких на фоне проводимой терапии (возрастание показателя DLCO с  $(48,4 \pm 10,2)$  % до  $(56,8 \pm 11,2)$  %. Улучшение показателей бронхиальной проходимости и уменьшение за счет этого количества «воздушных ловушек» способствует увеличению альвеолярной вентиляции (увеличение показателя Va с  $(55,3 \pm 6,6)$  % до  $(70,6 \pm 6,8)$  %, приводящей к повышению парциального давления кислорода в альвеолярном воздухе.

Указанные изменения вентиляции и диффузионной способности легких являются причиной улучшения физической работоспособности по данным теста с 6-минутной ходьбой. Обращает на себя внимание, хотя и не достоверное, увеличение пройденного расстояния с  $(370,0 \pm 20,2)$  на 1-м визите до  $(395,0 \pm 23,0)$  метров на 3-м визите. Характерной является также и динамика в сторону увеличения изменения показателя сатурации крови после выполнения теста на 3-м визите. Проведенное лечение способствовало динамике в сторону увеличения изменения показателя насыщения крови кислородом крови после выполнения теста на 3-м визите  $(95,0 \pm 0,6)$  % против  $(92,5 \pm 0,3)$  % на 1-м. Для оценки симптомов была использована шкала MRC: при первом обследовании значения составили  $(2,3 \pm 0,2)$ , на 3-м —  $(2,1 \pm 0,2)$  балла.

Таким образом, отдельное применение высокоэффективных препаратов флутиказона пропионат (Флутиксон) и формотерола фумарат (Зафирон) с помощью доставочного устройства циклохалер нового поколения Fantasimo у больных с тяжелым течением ХОЗЛ позволяет в короткие сроки достичь удовлетворительных значений показателей бронхиальной проходимости, диффузии, сатурации крови, переносимости физических нагрузок, психоэмоционального и физического состояния.

Раздельная комбинация ингаляционных препаратов через одно доставочное устройство может быть рекомендована как альтернатива фиксированной комбинации при лечении больных с тяжелым течением ХОЗЛ.