

Застосування комбінованого препарату будесонід/формотерол в базисній терапії у стероїд-наївних хворих на БА, поєднану з ХОЗЛ з нейтрофільним типом запалення, добре переносилося пацієнтами і не супроводжувалося розвитком побічних ефектів, що дозволяє рекомендувати розробку для практичного використання.

Укладачі:

Фещенко Ю. І., акад. НАМН України, д-р мед. наук, проф.;
Яшина Л. О., зав. відділенням діагностики, терапії і клінічної фармакології захворювань легень, д-р мед. наук, проф.; Зволь І. В., старш. наук. співроб., канд. мед. наук; Ігнат'єва В. І., старш. наук. співроб., канд. мед. наук; Гуменюк Г. Л., старш. наук. співроб., д-р мед. наук; Москаленко С. М., наук. співроб., канд. мед. наук; Опімах С. Г., старш. наук. співроб., канд. мед. наук; Полянська М. О., старш. наук. співроб., канд. мед. наук; Власова Н. А., лікар; Галай Л. А., лікар (НІФП НАМНУ).

Рецензенти:

Дзюблик О. Я., завідуючий відділенням технологій лікування НЗЛ НІФП НАМНУ, д-р мед. наук, проф.;
Зайков С. В., професор кафедри фтизіатрії і пульмонології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України, д-р мед. наук, проф.

Голова експертної комісії: д-р мед. наук, проф. В. М. Мельник

Відповідальний за випуск:

Державна установа “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”,
03038, м. Київ, вул. М. Амосова, 10.
Тел. (044) 275 54 88, факс. (044) 275 21 18.
E-mail: secretar@ifp.kiev.ua

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
Державна установа
“Національний інститут фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”
(НІФП НАМНУ)

УДК 616.248+616.24-036.12-085

Випуск із проблеми
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО

Вченою радою Національного інституту
фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського,
протокол № 8
від “ 22 ” вересня 2020 р.

**ЗАСТОСУВАННЯ КОМБІНОВАНОГО ПРЕПАРАТУ
БУДЕСОНІД/ФОРМОТЕРОЛ В БАЗИСНІЙ ТЕРАПІЇ У
СТЕРОЇД-НАЇВНИХ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ,
ПОЄДНАНУ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ
ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ З НЕЙТРОФІЛЬНИМ ТИПОМ
ЗАПАЛЕННЯ**
(інформаційний лист)

Пропонується для впровадження в практику лікувально-профілактичних закладів пульмонологічного та терапевтичного профілю застосування комбінованого препарату будесонід/формотерол в базисній терапії у стероїд-наївних хворих на бронхіальну астму, поєднану з хронічним обструктивним захворюванням легень з нейтрофільним типом запалення, що розроблено та апробовано у відділенні диференційної діагностики туберкульозу та НЗЛ НІФП НАМНУ, суть якого полягає у призначенні в якості базисної інгаляційної терапії стероїд-наївним хворим на бронхіальну астму, поєднану з хронічним обструктивним захворюванням легень з нейтрофільним типом запалення, комбінованого препарату будесонід/формотерол.

Бронхіальна астма (БА), поєднана з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ), характеризується персистуючим обмеженням повітряного потоку, з кількома ознаками, зазвичай характерними для астми, і кількома ознаками, характерними для ХОЗЛ. Астма-ХОЗЛ перехрест вміщує кілька різних механізмів запалення, що лежать в його основі. Особливої уваги потребують стероїд-наївні хворі на БА, поєднану з ХОЗЛ з нейтрофільним типом запалення. Нейтрофільний тип запалення асоціюється з частими респіраторними інфекціями в анамнезі, більш тяжким перебігом захворювання, з гіршими показниками легеневої функції, більшою легеневою гіперінфляцією та потовщенням стінок бронхів. Окрім клінічних ознак БА та ХОЗЛ, у цієї категорії хворих спостерігається фіксована бронхообструкція (після проби з бронхолітиком співвідношення об'єму форсованого видиху за 1 сек. (FEV₁) до форсованої життєвої ємності легень (FVC) – FEV₁/FVC < 70 %). Тому такі хворі потребують ретельного дообстеження та призначення патогенетично обґрунтованого лікування. До стероїд-наївних хворих на БА, поєднану з ХОЗЛ, відносять тих осіб, які ніколи не лікувалися глюкокортикостероїдами.

Згідно рекомендацій керівництва GINA (Global Strategy For Asthma Management And Prevention. Updated 2019) лікування стероїд-наївних хворих на БА, що поєднана з ХОЗЛ, рекомендується починати як при БА, використовуючи сходинковий підхід. Лікування починається з призначення низьких доз інгаляційних

кортикостероїдів (ІКС) в якості базисної (контролюючої) терапії. На другій сходинці рекомендується застосування низьких доз ІКС в комбінації з формотеролом (ІКС/формотерол), або – модифікаторів лейкотриєнів, як препаратів вибору.

Згідно нашої розробки пропонується починати лікування стероїд-наївних хворих на БА, поєднану з ХОЗЛ з нейтрофільним типом запалення, з другої сходинки.

Проведено дослідження ефективності обох схем лікування у стероїд-наївних хворих на БА, поєднану з ХОЗЛ з нейтрофільним типом запалення.

За першою схемою застосовували монтелукаст по 1 таб. (10 мг) 1 раз на добу та інгаляції формотеролу 12 мкг/доза по 1 вдиху двічі на добу протягом 3-х місяців. За другою схемою в якості базисної інгаляційної терапії призначали комбінований препарат у складі будесоніду 160 мкг/доза та формотеролу 4,5 мкг/доза по 1 вдиху двічі на добу протягом 3-х місяців.

Застосування комбінованого препарату будесонід/формотерол виявилось більш ефективним порівняно з комбінацією монтелукаст + формотерол, що дозволило досягти:

- клініко-функціональної ефективності у 93,3 % хворих, що на 20,0 % перевищувало ефективність лікування монтелукастом з формотеролом;
- збільшення сумарної бальної оцінки тесту з контролю над астмою (ACT) на 3,4 бали, зменшення сумарної бальної оцінки опитувальника з контролю симптомів астми (ACQ) на 0,7 бали,
- зменшення сумарної бальної оцінки ХОЗЛ-тесту (CAT) на 3,5 бали та збільшення кількості пройдених метрів 6MWT на 19,0 м, що свідчило про стабілізацію клінічних симптомів захворювання та підвищення толерантності до фізичного навантаження;
- зменшення загального рахунку опитувальника якості життя госпіталю святого Георгія (SGRQ) на 6,4 бали, рахунку симптомів на 17,5 бали, обмеження діяльності на 4,6 бали, що свідчило про покращення якості життя хворих;
- покращення показників функції зовнішнього дихання: збільшення FVC на 9,7 %, FEV₁ на 8,7 %, MEF₇₅ % на 9,3 %, MEF₅₀ % на 5,9 %, MEF₂₅ % на 7,1 %, що свідчило про значне зменшення бронхообструкції на рівні крупних, середніх та дрібних бронхів.