

## Ю. М. Мостовой, О. В. Бугайчук ЗАГОСТРЕННЯ ХОЗЛ: МІЖНАРОДНИЙ ПОГЛЯД, УКРАЇНСЬКИЙ ВИБІР

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Загострення ХОЗЛ — гостра подія, яка проявляється погіршенням респіраторних симптомів хворого, виходить за межі повсякденної варіабельності і призводить до змін в лікуванні. Загострення ХОЗЛ є важливими, оскільки негативно впливають на якість життя пацієнта, пришвидшують темпи зниження функції легень, пов'язані зі значною смертністю (GOLD-2016).

Загострення ХОЗЛ накладають значне навантаження на системи охорони здоров'я в усьому світі; вони є однією з основних причин захворюваності, смертності. Вони складають більшість випадків госпіталізації, більше 50 % від загальної кількості коштів, виділених на лікування ХОЗЛ, витрачається на послуги, пов'язані з загостреннями.

Згідно з нашими даними, загострення ХОЗЛ займають 2 місце у структурі захворювань серед пацієнтів, госпіталізованих у пульмонологічне відділення, а якщо порівняти дані 2014 та 2015 років, то кількість госпіталізованих пацієнтів з загостренням ХОЗЛ зросла на 35 % (рис.).

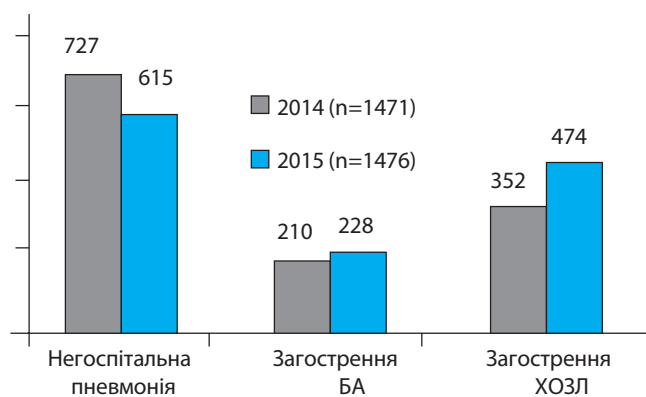


Рис. Структура захворювань у пульмонологічному відділенні

Слід звернути увагу на те, що серед госпіталізованих 60–70 % — це пацієнти з важким та дуже важким перебігом ХОЗЛ, що мають вищий ризик розвитку ускладнень та гірший прогноз (таблиця).

Таблиця

### Розподіл хворих ХОЗЛ за ступенем тяжкості бронхіальної обструкції за GOLD

Показник	2014 рік (n = 352)		2015 рік (n = 476)	
	абс.	%	абс.	%
Легкий	5	1,4	20	4,2
Середньої тяжкості	93	26,4	108	22,6
Тяжкий	215	61,0	265	55,6
Дуже тяжкий	39	11,0	59	12,3

Враховуючи велику поширеність загострень ХОЗЛ, їх тяжкий перебіг, високу частоту госпіталізації, летальність, ведення таких пацієнтів повинно базуватися на

вимогах міжнародних узгоджувальних документів (GOLD-2016) та Державних узгоджувальних документів (Наказ МОЗ України № 555).

В цій статті ми висвітлюємо основні принципи лікування загострення ХОЗЛ згідно GOLD-2016 та можливості їх виконання в Україні.

В даний час діагноз загострення опирається виключно на клінічних проявах, а саме на гострій зміні скарг пацієнта (базова задишка, кашель і / або мокрота), що виходить за межі нормальної щоденної варіації. В майбутньому планується використання панелі біомаркерів, для визначення етіології загострення.

При госпіталізації повинні вимірюватися сатурація (обов'язково!), напруга кисню і вуглекислого газу в артеріальній крові ( $PaO_2$ ,  $PaCO_2$ ), визначення кислотно-лужного стану крові. Рентгенографія органів грудної порожнини проводиться для виключення альтернативного діагнозу. Для діагностики супутньої серцево-судинної патології та при підозрі на серцево-судинні ускладнення виконується електрокардіографія. Дослідження харкотиння може виконуватися до старту емпіричної антибіотикотерапії для визначення збудника загострення та його чутливості до антибіотиків. Проведення спірометрії під час загострення не рекомендується.

Ознаками важкого загострення є участь в акті дихання допоміжних дихальних м'язів, парадоксальний рух грудної стінки, центральний ціаноз, розвиток периферичних набряків, гемодинамічна нестабільність, погіршення психічного стану.

Метою лікування загострення ХОЗЛ є мінімізація наслідків нинішнього загострення і запобігання розвитку подальших загострень. Більше 80 % загострень може лікуватися амбулаторно.

Показаннями до госпіталізації є:

- помітне збільшення інтенсивності симптомів, таких як раптовий розвиток задишки у спокої;
- ХОЗЛ тяжкого ступеня;
- поява нових фізикальних ознак (наприклад, ціаноз, набряки);
- відсутність динаміки на початкове лікування;
- наявність серйозних супутніх захворювань (наприклад, серцева недостатність або виникнення нових порушень ритму);
- часті загострення;
- похилий вік;
- відсутність умов для лікування вдома.

Незалежно від умов лікування (амбулаторно чи госпіталізація), найбільш часто використовуються для лікування загострень ХОЗЛ три класи лікарських засобів — бронходилататори, глюкокортикостероїди і антибіотики.

**Бронходилатаційна терапія.** Короткої дії інгаляційні  $\beta_2$ -агоністи є кращими бронходилататорами для лікування загострення ХОЗЛ (рівень доказовості С). Рекомендується збільшення дози та / або частоти використання бронхолітика короткої дії і комбінація з антихолінергіч-

ними препаратами. У пацієнтів з важким загостренням ХОЗЛ слід розглянути можливість використання небулайзерної терапії, оскільки при використанні дозованого інгалятора пацієнти із задишкою не завжди здатні вдихати поволі і достатньо глибоко. Згідно з Керівництва ERS по використанню небулайзерів, даний вид лікування може розглядатися у разі, якщо пацієнтові рекомендуються високі доз інгаляційних бронходилататорів та для пацієнтів, які не можуть використовувати інші пристрої або в ситуаціях, де кооперація пацієнта з іншими пристроями буде проблематичною.

Бронходилатаційну терапію слід проводити на фоні оксигенотерапії, з досягненням цільового рівня сатурації 88–92 %.

Внутрішньовенні метилксантини (теофілін або амінофілін) вважаються другою лінією терапії та можуть бути використані тільки в окремих випадках, коли спостерігається недостатньо реакція на бронхолітики короткої дії (рівень доказовості В). Побічні ефекти метилксантинів є значними і їх корисні ефекти з точки зору функції легенів і клінічних кінцевих точок є незначними.

*Глюкокортикостероїди.* Системні глюкокортикостероїди при загостреннях ХОЗЛ скорочують час відновлення, покращують функцію легенів (ОФВ<sub>1</sub>) і артеріальну гіпоксемію (рівень доказовості А), а також знижують ризик раннього рецидиву, неефективності лікування і тривалість перебування в стаціонарі.

Рекомендується 40 мг преднізолону на добу протягом 5 днів (рівень доказовості В).

Небулізація будесоніду може бути альтернативою (хоча і більш дорогою) пероральним кортикостероїдам в лікуванні загострень. Робоча група по створенню Наказу № 555 рекомендує також застосування небулізованого флютиказону в еквівалентних дозах.

*Антибіотики* слід призначати пацієнтам із загостренням ХОЗЛ, у яких є:

- три основних симптоми — збільшення задишки, обсягу і гнйності мокротиння (рівень доказовості В);
- мають два з основних симптомів, якщо посилення гнйності мокротиння є одним з двох симптомів (рівень доказовості С);
- або вимагають штучної вентиляції легенів (інвазивної або неінвазивної) (рівень доказовості В).

Систематичний огляд плацебо-контрольованих досліджень показав, що антибіотики зменшують ризик ранньої смертності на 77 %, невдач лікування на 53 %, гнйність харкотиння на 44 %. Цей огляд підкріплював застосування антибіотиків у помірно-тяжких та у тяжких хворих із загостреннями ХОЗЛ при збільшенні кашлю та гнйній мокроті.

Рекомендована тривалість антибактеріальної терапії, як правило, 5–10 днів (рівень доказовості D).

Вибір антибіотика повинен бути заснований на локальному шаблоні бактеріальної стійкості. Зазвичай

початкове емпіричне лікування розпочинають з амінопеніцилінів з або без клавулановою кислотою, макролідів або тетрациклінів.

Залежно від клінічного стану пацієнта, слід звернути увагу на баланс рідини з особливою увагою до застосування діуретиків, антикоагулянтів та харчування. Медичні працівники повинні рішуче застосовувати суворі заходи проти активного куріння сигарет.

З огляду на те, що у пацієнтів, госпіталізованих через загострення ХОЗЛ існує підвищений ризик тромбозу глибоких вен і тромбоемболії легеневої артерії, повинно завжди розглядатися питання тромбопрофілактики. Рекомендується введення підшкірно гепарину або низькомолекулярних гепаринів (НМГ).

Критерії для виписки хворого із загостренням ХОЗЛ із стаціонару:

- здатність приймати бронходилататори тривалої дії;
- потреба в інгаляційних  $\beta_2$ -агоністах короткої дії не частіше ніж кожні 4 години;
- пацієнт може пересуватись по кімнаті;
- може їсти та спати без частих пробуджень внаслідок задишки;
- клінічно стабільний протягом 12–24 годин;
- гази артеріальної крові стабільні протягом 12–24 годин;
- пацієнт (або той, хто за ним доглядає) повністю усвідомлює як правильно застосовувати препарати;
- можливість організувати нагляд в амбулаторних умовах (візити медсестри, подача кисню, харчування);
- пацієнт, члени його родини та лікар впевнені, що хворий може лікуватись надалі в амбулаторних умовах.

На сьогоднішній день на фармацевтичному ринку України є усі препарати вітчизняного виробництва з доведеною якістю та доступною ціною, що застосовуються для лікування пацієнтів з загостренням ХОЗЛ, а саме небутамол, небуфлюзон.

Доступна лінійка небулайзерів українського виробництва (Юрія-Фарм), які можуть застосовуватися на всіх етапах надання медичної допомоги при захворюваннях органів дихання — в стаціонарі, поліклініці, каретах швидкої медичної допомоги, вдома. Перевагою компресорних небулайзерів є те, що вони працюють з більшістю лікарських засобів, не руйнують ГКС, муколітики, антибіотики, доступні за ціною і в обслуговуванні. В доступі для пацієнтів є препарати для небулайзерної терапії вітчизняного виробництва (Юрія-Фарм) — сальбутамол, флутиказон, ацетилцистеїн, фізіологічний та гіпертонічний розчини натрію хлориду.

Таким чином, знання та дотримання міжнародних та державних узгоджувальних документів при врахуванні особливостей українського фармацевтичного ринку зможе забезпечити якісну курацію пацієнтів з загостренням ХОЗЛ.