

Місце подвійної бронходилатаційної терапії хронічного обструктивного захворювання легень в щоденній клінічній практиці

М. М. Островський

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

вул. Галицька, 2, м. Івано-Франківськ, 76000; тел.: +38 (067) 979-66-90; факс: +38 (034) 271-20-62;

e-mail: mykola.m.ostrovskyy@gmail.com

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) – одне з обтяжливих захворювань з огляду на інвалідизацію та економічні витрати, друге за поширеністю інфекційне захворювання у світі, посідає четверте місце в структурі смертності й характеризується стійкою тенденцією до збільшення поширеності в майбутньому через розповсюдження шкідливих звичок, з одного, та подовженням тривалості життя – з іншого боку (Фещенко Ю. И., 2016). Згідно з оприлюдненими даними, у нашій державі утримується негативна тенденція щодо смертності внаслідок досліджуваної нозології (Фещенко Ю. И., 2016).

Дана патологія посідає шосте місце серед всіх причин смерті населення земної кулі, а в «Європейській білій книзі легень» Україна представлена як одна з країн з найвищим рівнем смертності внаслідок патології дихальних шляхів серед чоловіків. Слід зауважити, що рівень внутрішньогоспітальної летальності при досліджуваній патології також залишається високим і становить 0,89 %, а це можна порівняти з таким при пневмоніях – 1,21 %, що вказує на неблагополуччя як на стадії ранньої діагностики та подальшої базисної терапії, так і на етапі стаціонарного лікування.

Дослідження, проведені в промислово розвинених країнах, свідчать про подвоєння показників захворюваності, інвалідності та смертності кожні 10 років. За прогнозами ВООЗ, при збереженні темпу зростання зазначених показників в 2020 р. ХОЗЛ посядуть третє місце серед причин смертності населення.

За період 2012–2013 рр. захворюваність на хронічний бронхіт в Україні зросла на 0,53 %, що виводить цю патологію в категорію першочергових проблем вітчизняної медицини. Усього на дану недугу страждають до 600 млн осіб у світі, у тому числі в США – 16 млн, у Росії – близько 11 млн. ХОЗЛ виявляють у 4–6 % чоловіків та 1–3 % жінок старших 40 років, а поширеність його у світі становить відповідно 9,3 і 7,3 на 1 000 населення. Згідно з сучасними даними, в нашій державі середня кількість хворих з цією патологією налічує 10–14 % дорослого населення, а це близько 3 млн осіб.

Ураховуючи поширеність ХОЗЛ, за даними Національного інституту серця, легень та крові США,

загальні витрати на лікування даної недуги тільки протягом одного року складають 23,9 млрд доларів. Якщо скомбінувати поширеність захворювання і витрати на нього, то в США на одну особу фінансові збитки в середньому становлять 1 522 долари на рік.

Слід зауважити, що, згідно з даними Європейського респіраторного товариства, в загальній популяції діагностується лише 25 % випадків захворювання. Підраховано, що сучасні витрати в системі охорони здоров'я і соціального забезпечення при компенсації збитків, спричинених ХОЗЛ здоров'ю населення, у 30–40 разів перевищують витрати щодо його виникнення та профілактики.

Великим тягарем для суспільства є інвалідність. ХОЗЛ призводить до значних соціальних наслідків у суспільстві. За даними прогнозу ВООЗ (2003), дана недуга до 2020 р. посяде п'яте місце серед причин інвалідності. Зменшення інвалідності з кінця 90-х років пояснюється покращенням надання допомоги таким хворим, введенням сучасних схем лікування, а також зменшенням звернення пенсіонерів за віком у зв'язку зі скасуванням низки соціальних пільг. Проте рівень первинної інвалідності залишається досить високим. В Україні в середньому 2200 чоловік щорічно первинно визнаються інвалідами внаслідок ХОЗЛ (Ипатов и др., 2003). У теперішній час передбачається, що близько 60 % хворих на ХОЗЛ є інвалідами другої групи з тривалістю життя 5,5 року після виявлення захворювання.

Бронходилататори були і залишаються наріжним каменем терапії ХОЗЛ. Посідаючи центральне місце, вони покращують показник об'єму форсованого видиху за 1-шу секунду (ОФВ₁), зменшують задишку, покращують якість життя, зменшують гіперінфляцію, підвищують толерантність до фізичного навантаження та запобігають загостренням.

У близько 40 % пацієнтів з ХОЗЛ за допомогою бронхолітиків вдається значно зменшити задишку та інші симптоми, а також значимо збільшити толерантність до фізичного навантаження. Однак, за даними Dransfield M. T. та співавт., частина пацієнтів має виражену задишку, не дивлячись на прийом базисної терапії, незалежно від ступеня тяжкості ХОЗЛ.

Це свідчить про потребу в більш ефективній бронходилатації.

Крім цього, частина пацієнтів з ХОЗЛ має ще одну важливу проблему – часті загострення, не дивлячись на прийом базисної терапії відповідно до рекомендацій GOLD (Beeh K. M. et al. Respiratory Research 2013, 14:116). Це значною мірою відображається на якості життя. За даними Kessler R. та співавт. (Eur Respir J 2011), близько 10 % пацієнтів потребують сторонньої допомоги при виконанні ранкового туалету, а 67,5 % – відчувають дискомфорт та переживання з приводу того, що обтяжують життя своїх рідних. Не дивно, що, за даними тих самих дослідників, основними очікуваннями пацієнтів від терапії є: зменшення вираженості симптомів, збільшення повсякденної активності, швидкий початок дії препарату та покращення самопочуття в ранкові години.

Для пацієнтів, що потребують більш ефективної бронходилатації, важливу роль відіграє ефект «фармакологічного стентування», який характерний для бронхолітиків ультратривалої 24-годинної дії, одними з яких є індакатерол та глікопіроній. Обидва препарати є також єдиними представленими в Україні тривалодіючими бронхолітиками зі швидким настанням ефекту – через 5 хв після інгаляції. Це дає можливість задовольнити потребу пацієнтів у швидкому зменшенні ранкових симптомів.

Нині з'явилась нова терапевтична опція для подвійної бронходилатації – поєднання індакатеролу та глікопіронію в одному доставковому пристрої – препарат Ультибро Бризхайлер компанії Новартіс. Взаємне доповнення β_2 -агоністів та М-холінолітиків відбувається завдяки різним механізмам дії бронхолітиків – прямому та непрямому, де М-холінолітик запобігає бронхоконстрикції, а β_2 -агоніст безпосередньо стимулює бронходилатацію.

Програма клінічних досліджень комбінації індакатерол/глікопіроній 50/110 мкг включає 11 завершених досліджень за участю понад 11 тис. пацієнтів з 42 країн світу. Дана комбінація демонструє переваги у забезпеченні достовірно кращого бронходилатаційного ефекту в порівнянні з монотерапією індакатеролом, тіотропієм, глікопіронієм та в порівнянні з комбінаціями сальметерол/флутиказон 50/500 мкг

(2 р/добу) та тіотропій 18 мкг (1 р/добу) + формотерол 12 мкг (2 р/добу).

Потужний бронхолітичний ефект Ультибро Бризхайлер в порівнянні з іншими групами активного лікування поєднується з даними про ефективне запобігання загострень. Так, у дослідженні SPARK тривалістю 64 тиж комбінація індакатерол/глікопіроній достовірно знизил ризик всіх загострень у порівнянні з монокомпонентом глікопіронієм на 15 % та на 14 % – у порівнянні з тіотропієм. Дослідження LANTERN продемонструвало достовірне зменшення частоти середньотяжких і тяжких загострень на 31 % у порівнянні з сальметерол/флутиказоном 50/500 мкг (2 р/добу) у пацієнтів GOLD II–III з одним або більше загостренням в анамнезі за попередній рік. На даний момент очікується публікація останнього дослідження програми IGNITE – FLAME, де індакатерол/глікопіроній порівнюється з сальметерол/флутиказоном у впливі на зменшення ризику загострень у пацієнтів з ОФВ₁ 25–16 % та не менш ніж одним загостренням за попередній рік (75 % пацієнтів, включених в дослідження, належать до GOLD D).

Таким чином, подвійна бронходилатація є перспективним напрямом менеджменту ХОЗЛ, адже вирішує обидва основні завдання: зменшення симптомів та профілактика загострень. Стратегія GOLD передбачає комбінювання бронходилататорів у пацієнтів груп В–D з метою зменшення симптомів. На нашу думку, максимальну користь використання комбінації пролонгованих бронхолітиків принесе пацієнтам з вираженими ранковими клінічними проявами ХОЗЛ, особам, що вперше отримуватимуть базисну терапію, а також при використанні «потрійної» терапії при ХОЗЛ III–IV ступеня тяжкості бронхіальної обструкції.

Комбінація β_2 -агоніста тривалої дії/М-холінолітика тривалої дії забезпечує кращий бронходилатаційний ефект, ніж монотерапія β_2 -агоністом тривалої дії або М-холінолітиком тривалої дії, що покращує важливі клінічні результати, а програма досліджень IGNITE підкреслює потенціал подвійної бронходилатації, який розкриється в рамках реальної клінічної практики та подарує нову якість життя пацієнтам з ХОЗЛ.