17 ЛИСТОПАДА — ВСЕСВІТНІЙ ДЕНЬ БОРОТЬБИ ІЗ ХОЗЛ

Кидайте курити, рятуйте своє життя

Всесвітній день боротьби з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ), заснований Глобальною ініціативою із боротьби з ХОЗЛ, і проводиться в усьому світі щорічно 17 листопада. У цей День фахівці охорони здоров'я та групи пацієнтів здійснюють планові тематичні заходи, що підвищують обізнаність населення щодо ХОЗЛ і сприяють поліпшенню допомоги хворим

За оцінками ВООЗ нині ХОЗЛ діагностовано у понад 210 млн осіб, а до 2030 р. це захворювання буде третьою за значущістю причиною смерті в усьому світі.

Основними чинниками ризику розвитку ХОЗЛ є куріння, забруднення повітря всередині приміщень і на вулиці, а також вплив пилу та хімічних речовин на робочих місцях.

САМОСТІЙНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ — ІНДИВІДУАЛЬНЕ ЛІКУВАННЯ

ХОЗЛ — це прогресуюче захворювання, що характеризується запальним компонентом, порушенням бронхіальної прохідності на рівні дистальних бронхів і структурними змінами в легеневій тканині та судинах. ХОЗЛ сьогодні розглядають як самостійне захворювання легенів і відмежовують від низки хронічних процесів дихальної системи, перебіг яких характеризується обструктивним синдромом (наприклад, обструктивного бронхіту, вторинної емфіземи легенів, бронхіальної астми тощо).

За даними епідеміологічних досліджень ХОЗЛ частіше вражає чоловіків у віці старше 40 років. Недуга призводить до інвалідності та наразі посідає четверте місце серед причин летальності активної та працездатної частини населення.

У 90–95% випадків розвиток ХОЗЛ зумовлює куріння. До інших чинників (близько 5%) належать: виробничі шкідливості (вдихання отруйних газів і частинок), респіраторні інфекції у дитячому віці, супутня бронхолегенева патологія, забруднення навколишнього середовища.

Якщо детальніше розглядати шкідливі умови праці, то найчастіше ХОЗЛ провокують контакти з кадмієм, кремнієм, обробка металів та продукти, що утворюються при згоранні палива. ХОЗЛ вважають професійним захворюванням шахтарів, залізничників, будівельників, які працюють з цементом, робітників целюлозно-паперової і металургійної промисловості, селян, зайнятих переробкою бавовни і зерна.

У менше ніж 1% пацієнтів в основі ХОЗЛ вбачають генетичну схильність, що виражається в дефіциті білка альфа-1-антитрипсину, який утворюється в тканинах печінки і захищає легені від пошкоджень ферментом еластазою.

Спровоковане чинниками ризику хронічне запальне ураження внутрішньої оболонки бронхів руйнує місцевий бронхіальний імунітет. При цьому збільшується вироблення бронхіального слизу, підвищується його в'язкість та створюються сприятливі умови для розмноження бактерій і, відповідно, виникають порушення прохідності бронхів та зміни легеневої тканини і альвеол. У разі подальшого розвитку хвороби прогресують незворотні зміни, а відтак розвиваються перибронхіальний фіброз й емфізема. До прогресуючої дихальної недостатності при ХОЗЛ можуть приєднуватися бактеріальні ускладнення та рецидиви легеневих інфекцій.

Згідно з останніми рекомендаціями ВООЗ для первинного скринінгу ХОЗЛ використовують п'ять запитань:

1. Вам більше 40 років?
2. Ви курите?
3. Вас турбує кашель вранці?
4. Ви відкашлюєте мокротиння?
5. Вам допікає задишка?

Якщо пацієнт дає три і більше позитивні відповіді, то в нього існує високий ризик розвитку ХОЗЛ.

ХОЗЛ властиві такі основні симптоми:

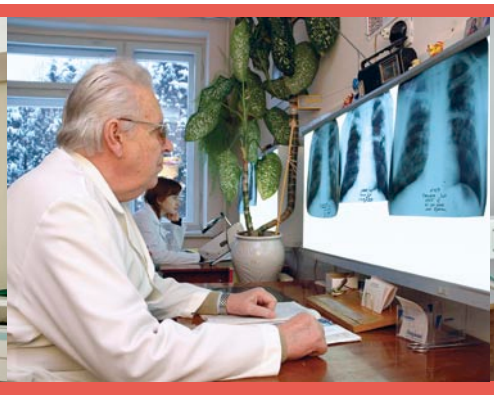
- початок захворювання у віці старше 40–45 років;
- тривале куріння в анамнезі (10–20 років);
- поступовий розвиток задишки;
- кашель з мокротинням або без нього;
- скутість грудної клітки;
- знижена толерантність до фізичного навантаження.

Діагностика ХОЗЛ ґрунтується на клінічній симптоматиці, а саме:

- тривале куріння в анамнезі;
- наявність контакту з промисловими шкідливостями або забрудненим повітрям;
- сімейний анамнез;
- часті респіраторні захворювання, особливо в холодну пору року;
- зменшення маси тіла;
- свистячий видих і його подовження до 5 с.

— Як правило, ХОЗЛ у хворого виявляють терапевти і сімейні лікарі, — зазначає Богдана Убога. — Для них буде корисною інформація про те, що в діагностиці ХОЗЛ можуть допомогти і такі не характерні для цієї хвороби ознаки:

- кровохаркання зазвичай є симптомом злоякісного процесу в легенях;
- висока ефективність бронходилататорів або стероїдів з досягненням тривалих ремісій характерна для бронхіальної астми, а не ХОЗЛ;
- тривале виділення гнійного мокротиння властиве для бронхоектазів, а не ХОЗЛ;
- задишка без продуктивного кашлю або хрипів є типовішою для серцевих або інших легеневих недуг (наприклад, інтерстиціального легеневого фіброзу), а не ХОЗЛ.



Для діагностики ХОЗЛ проводять спірометрію, бронходилатаційний тест та рентгенографію органів грудної клітки.

Принципи терапії ХОЗЛ, окрім відмови від куріння та посилення фізичної активності, ґрунтуються на правильно підібраному фармакологічному лікуванні, що може зменшити вираженість симптомів, важкість перебігу, знизити частоту загострень та підвищити переносимість фізичних навантажень. На жаль, жоден з існуючих препаратів для лікування ХОЗЛ не виявив остаточного і тривалого впливу на сповільнення зниження функції легенів.

При терапії ХОЗЛ рекомендовано поступово нарощувати інтенсивність лікування залежно від ступеня важкості захворювання, а також дотримуватися постійності і регулярності базисного медикаментозного лікування. З огляду на різноманітність індивідуальної реакції на лікування різних пацієнтів, необхідно регулярно проводити моніторинг клінічно-функціональних ознак захворювання.

ТЕРАПІЯ ХОЗЛ

Згідно із сучасними протоколами лікування застосування бронходилатаційних препаратів посідає головне місце в симптоматичній терапії ХОЗЛ. Їх призначають як базисно з метою попередження або зменшення вираженості персистуючих симптомів, так і за потребою для усунення окремих гострих симптомів.

Перевагу треба надавати інгаляційним формам бронхолітиків. Існують три основні групи цих препаратів:

1. Бета-2-агоністи: короткої дії та пролонговані.
2. Антихолінергічні засоби: короткої дії та пролонговані.
3. Метилксантини: короткої дії та пролонговані.

Найпоширенішими серед бета-2-агоністів короткої дії є вентолін, сальбутамол та фенотерол. Ці препарати застосовують інгаляційно 3–4 рази на добу по дві інгаляції. Дія починається через кілька хвилин, досягає піку через 15–30 хв і триває 4–6 год. Пролонговані бета-2-агоністи — серевент (сальметерол) призначають по 1–2 інгаляції двічі на добу кожні 12 год.

Інгаляційний антихолінергічний засіб іпратропіум бромід застосовують по дві інгаляції 4 рази на добу протягом 1 міс. Вплив препарату починається повільно, досягаючи максимуму через 30–60 хв і триває 4–6 год. Перспективним вважається застосування нового антихолінергічного препарату тривалої дії, що містить 18 мкг тіотропіуму броміду. Його призначають по одній інгаляційній дозі 1 раз на добу.

Метилксантини — це теофіліни пролонгованої дії, які дозволяють зберегти концентрацію препарату в крові при двократному і навіть однократному режимі дозування. Це ліки першого покоління з двократним прийомом: еуфілін (2,4% розчин) — 10 мл; еуфілін СР (капсули) — 0,3 мг; ретафіліл (капсули) — 0,3 мг; теодур (таблетки) — 0,3 мг; теобілонг (таблетки) — 0,3 мг; теофілін (таблетки) — 0,3 мг. Теофіліни другого покоління з однократним прийомом: еуфілонг (капсули) — 250 і 375 мг; ділатронг (капсули) — 0,2 і 0,4 мг; тео (капсули) — 1200 мг; 1500 мг; уніфіл (таблетки) — 0,2 і 0,4 мг.

ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОЇДИ (ГКС)

Препарати цієї групи рекомендовано застосовувати в плановій базисній терапії при ХОЗЛ III–IV ступеня важкості. Переваги мають інгаляційні форми ГКС, серед яких використовують:

- препарати беклометазону дипропіонату: бекломет — 50 мкг; бекломет ізихайлер — 200 мкг; бекотид — 50 мкг; беклофорт — 250 мкг; альдецин — 50 мкг; беклазон — 250 мкг;
- препарати будесоніду: пульмікорт — 50 мкг; будесонід мітте — 50 мкг; будесонід-форте — 200 мкг;
- препарат тріамцинолону: азмакорт — 100 мкг;
- препарат флунізоліду+інгакорт — 250 мкг;
- препарат флютиказону: фліксотид — 25, 50, 125 і 250 мкг.

За відсутності або у разі недостатньої ефективності інгаляцій призначають пероральні ГКС системної дії: преднізолон 40–60 мг/добу або триамцинолон (полькортолон) 32–40 мг/добу за редукованою схемою. Доцільно комбінувати інгаляційні ГКС та бета-2-агоніст пролонгованої дії.

МУКОЛІТИКИ

Широке застосування отримали такі препарати: амброксол (лазолван) внутрішньовенно або внутрішньом'язово по 2 мл (15 мг) 2–3 рази на добу, в таблетках по 30 мг 3 рази на добу або у формі сиропу; бромгексин (бісольвон) в таблетках по 8 мг на добу або внутрішньовенно по 2 мл (8 мг) 2 рази на добу; ацетилцистеїн; як відхаркувальні середники — настої різних трав: термопсису, іпекакуани, кореня синюхи.

Призначають аскорбінову кислоту, вітамін А, біостимулятори (алое, прополіс, препарати женьшеню, пантокрин) та антиоксиданти (ревітол, вітамін Е, аевіт, тріовіт, N-ацетилцистеїн).

Необхідність проведення оксигенотерапії у пацієнтів із ХОЗЛ вирішують з урахуванням ступеня важкості, клінічних симптомів, повноцінності та ефективності базисної терапії, ступеня дихальної недостатності та кисневого балансу крові. При загостренні ХОЗЛ неінфекційного генезу треба підвищити дозу та/або частоту прийому бронхолітиків, насамперед бета-2-агоністів короткої дії, призначити холінолітики, доцільно додати 40 мг преднізолону (альтернативою можуть бути інгаляційні стероїди у високих дозах із застосуванням спейсера або серетид).

АНТИБІОТИКИ

При інфекційному загостренні призначають антибіотики. У разі відсутності відповіді на лікування в амбулаторних умовах необхідна госпіталізація.

ПРОТИРЕЦИДИВНА ТЕРАПІЯ

Протирецидивну терапію у пацієнтів із ХОЗЛ проводять двічі на рік. Вона передбачає прийом адаптогенів; застосування бронходилататорів і відхаркувальних засобів; фізіотерапевтичне лікування; ЛФК, масаж, загартовування; санацію вогнищ інфекції; санаторно-курортне лікування.

Попри те, що ХОЗЛ є прогресуючим захворюванням, правильно підібрана і вчасно призначена терапія та реабілітація можуть значно уповільнити прогресування бронхообструкції, знизити частоту і важкість загострень, запобігти розвитку ускладнень і покращити якість життя хворих.

Підготувала Лариса Дедишина