

МІСЦЕ ВІТАМІНУ D В СТАНДАРТАХ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

Масік Н.П. д.мед.н., професор

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова м. Вінниця (Україна)

Актуальність. Для належного ведення хворих на ХОЗЛ в Україні, як і в Європейському Союзі, діють національні стандарти, в основі яких лежить Глобальна стратегія з діагностики, ведення та запобігання ХОЗЛ (GOLD). Згідно з GOLD: режим фармакотерапії повинен бути індивідуалізованим, визначатися тяжкістю симптомів, ризиком загострень, побічними ефектами, супутніми захворюваннями. Наявність супутніх захворювань не відображується на лікуванні ХОЗЛ, що становить проблему невирішених питань взаємодії ліків базисної терапії ХОЗЛ і супутніх захворювань.

Одним із коморбідних станів є дефіцит вітаміну D, який може розвиватися при ХОЗЛ, але вивчений недостатньо. А питання використання препаратів вітаміну D у хворих на ХОЗЛ при наявності його дефіциту/недостатності є невирішеною проблемою взагалі.

❖ **Мета:** Оцінити статус вітаміну D у хворих на ХОЗЛ та результати перорального застосування препаратів вітаміну D.

❖ **Методи:** Обстежено 32 хворих на ХОЗЛ, віком ($56,67 \pm 10,28$) років. В залежності від ступеня тяжкості ХОЗЛ обстежені були рівномірно розподілені на чотири групи: GOLD 1-4, групи B і D.

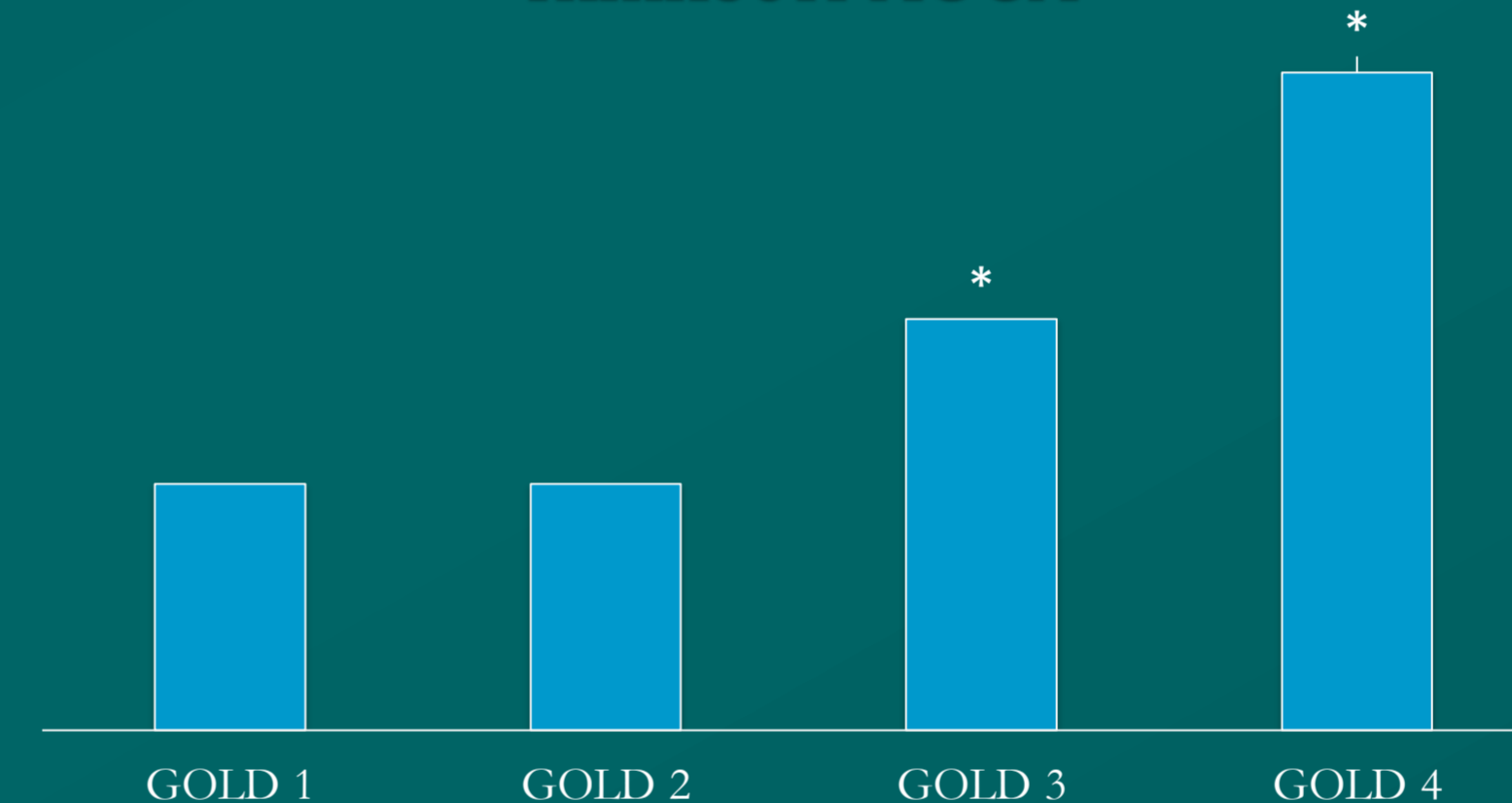
❖ Пацієнти отримували базисну терапію ХОЗЛ згідно чинного наказу МОЗ України № 555. Усім хворим було додатково призначено препарат вітаміну D (1000 МО на добу) впродовж 3 місяців.

❖ Проводили визначення вітаміну D загального (25-ОН вітамін D2 та 25-ОН вітамін D3) до та через 3 місяці лікування.

❖ **Результати.** В жодного хворого на ХОЗЛ не визначали концентрацію вітаміну D сироватки крові у межах норми. Спостерігали поглиблення дефіциту вітаміну D при збільшенні тяжкості хвороби, з мінімальними значеннями при тяжкому перебігу ХОЗЛ. Дефіцит вітаміну D зустрічали по 37,5% хворих GOLD 1 і GOLD 2, 62,5% – GOLD 3 і у 100% пацієнтів з GOLD 4. Статистично значимі зміни рівня вітаміну D відмічені при порівнянні GOLD 1 і GOLD 4 ($p=0,006$). Тяжку форма дефіциту вітаміну D зустрічали в 50,0% обстежених.

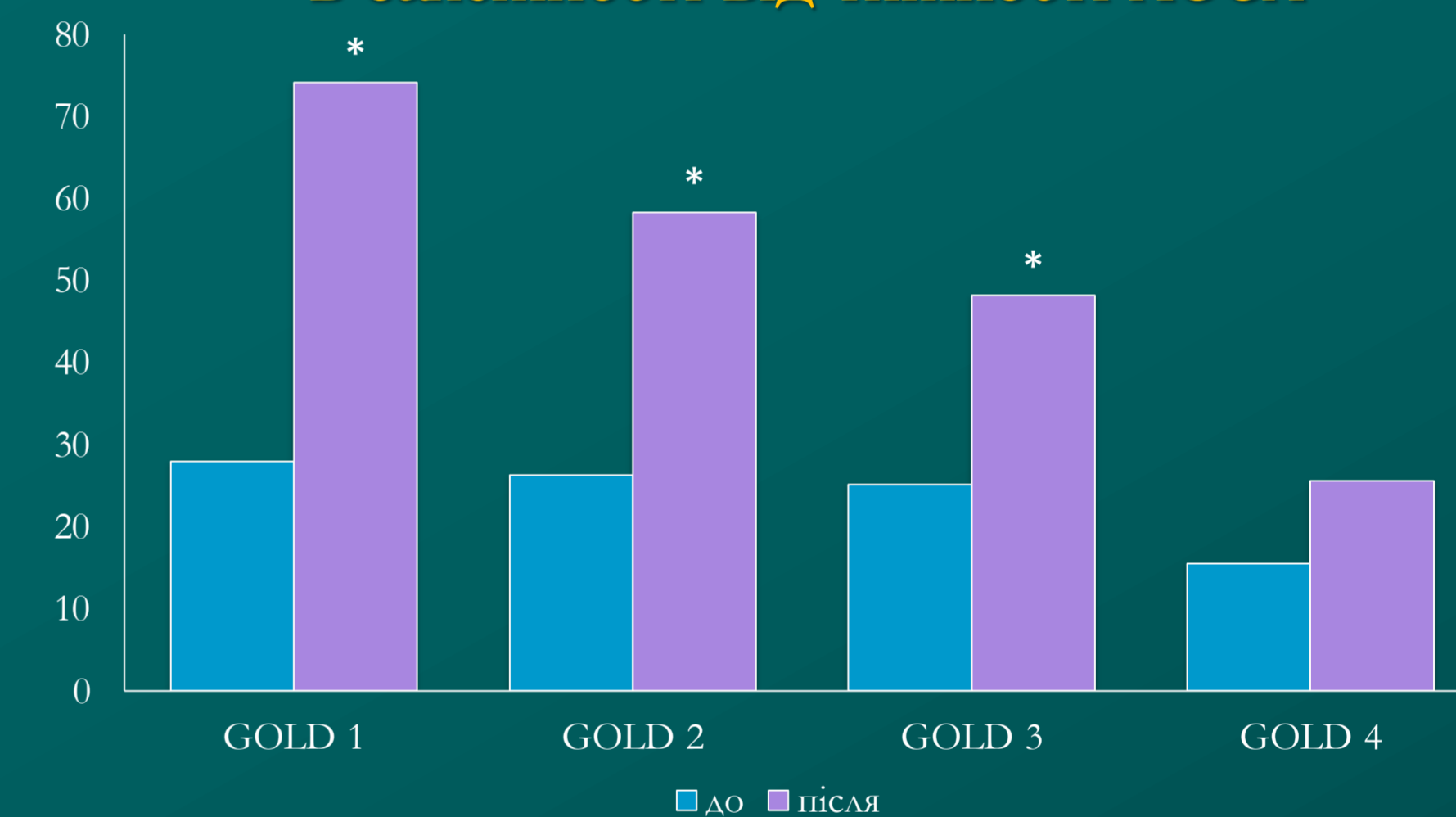
Встановлено кореляційні зворотні зв'язки між вітаміном D і ступенем тяжкості ХОЗЛ ($r=-0,48$; $p<0,05$), ступенем легеневої недостатності ($r=-0,54$; $p<0,05$). Після 3-місячного застосування препарату недостатність вітаміну D виявлено по 12,5% при GOLD 2, GOLD 3 і GOLD 4, а дефіцит вітаміну D – по 12,5% при GOLD 3 і GOLD 4.

Рис. 1. Частота дефіциту вітаміну D до лікування в залежності від тяжкості ХОЗЛ



Примітка. * достовірні відмінності показників порівняно з GOLD 1, $p<0,05$.

Рис.2. Динаміка рівня вітаміну D в залежності від тяжкості ХОЗЛ



Примітка. * достовірні відмінності показників порівняно з даними до лікування, $p<0,05$.

Очевидно, змінена запальна відповідь дихальних шляхів, гіпоксія, обмежена фізична активність і побічні дії застосованих ліків у хворих на ХОЗЛ викликають зрушення в організмі, що наростають зі збільшенням тяжкості захворювання та зумовлюють не лише визнані й добре відомі системні ефекти, а й розвиток дефіциту вітаміну D, який не усувається 3-місячним курсом прийому препарату вітаміну D.

Висновки: Дефіцит/недостатність вітаміну D розвиваються в 96,9 % хворих на ХОЗЛ, причому у 50,0% осіб встановлена тяжка форма дефіциту. Призначення вітаміну D (1000 МО/д) впродовж 3-х місяців не ліквідує його дефіцит у 25,0% хворих на ХОЗЛ. Рекомендовано додавати препарати вітаміну D до базисної терапії ХОЗЛ хворим, починаючи з GOLD 2, клінічних груп B-D курсом не менше 6 місяців.