

Глобальна ініціатива з хронічного обструктивного захворювання легень (Global initiative for chronic obstructive lung disease, 2017)

Кишеньковий довідник для діагностування, лікування та профілактики хронічного обструктивного захворювання легень

ЧАСТИНА 1

Вступ

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) є важливою проблемою у сфері охорони здоров'я і однією з основних причин хронічної захворюваності та смертності в усьому світі. ХОЗЛ на сьогоднішній день є четвертою за значимістю причиною смертності у світі [1], але за прогнозами до 2020 року стане третьою основною причиною смертності. Понад 3 мільйони людей померли від ХОЗЛ у 2012 році, що становить 6% всіх смертей у світі. Згідно з прогнозами в найближчі десятиліття частка ХОЗЛ у світовому масштабі збільшиться через тривалий вплив факторів ризику розвитку ХОЗЛ і старіння населення [2].

Цей кишеньковий посібник було розроблено на основі Глобальної стратегії для діагностики, лікування і профілактики ХОЗЛ (2017), його мета – забезпечити неупереджений огляд наявних даних для оцінки, діагностики та лікування хворих з ХОЗЛ, що може допомогти клініцисту. Обговорення і лікування ХОЗЛ, рівні фактичних даних, а також витяги з наукової літератури включені в цей документ, доступний на сайті <http://www.goldcopd.org>.

Визначення і загальні відомості

Загальні ключові положення

- Найбільш поширені респіраторні симптоми включають задишку, кашель і/або мокротиння. Ці симптоми можуть бути повідомлені пацієнтами.
- Основним фактором ризику розвитку ХОЗЛ є тютюнокуріння, але й інші впливи навколишнього середовища, такі як вплив палива з біомаси та забруднення повітря, можуть зробити свій внесок у розвиток ХОЗЛ. Крім цих впливів, в самому організмі можуть бути фактори, що сприяють розвитку ХОЗЛ. До них відносяться генетичні аномалії, аномальний розвиток легень і передчасне старіння.
- ХОЗЛ може мати періоди різкого погіршення респіраторних симптомів, які називаються загостреннями.
- У більшості хворих ХОЗЛ пов'язане зі значними супутніми хронічними захворюваннями, які збільшують показники захворюваності і смертності таких пацієнтів.

Що таке хронічне обструктивне захворювання легень?

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) є поширеною хворобою, що піддається лікуванню і характеризується

присутністю постійних респіраторних симптомів, обмеженням швидкості повітряного потоку через дихальні шляхи і/або альвеолярними аномаліями, які, як правило, викликані значним впливом шкідливих часток або газів.

Хронічне обмеження швидкості повітряного потоку, що характерно для ХОЗЛ, зумовлене поєднанням незначного захворювання дихальних шляхів (наприклад, обструктивний бронхіоліт) і руйнуванням паренхіми (емфізема), відносна частка яких варіює у різних людей (рисунок).



Рисунок. Етіологія, патобіологія, патологія хронічного обструктивного захворювання легень, що призводить до обмеження швидкості потоку повітря та розвитку клінічних проявів

Що викликає хронічне обструктивне захворювання легень?

У всьому світі куріння тютюну є найпоширенішим фактором ризику розвитку ХОЗЛ. Інші види тютюну (люльки, сигари, кальян) і марихуана також є факторами ризику розвитку ХОЗЛ. Зовнішнє, професійне забруднення і забруднення повітря всередині приміщень (останнє – в результаті спалювання біомаси як палива) також є суттєвими факторами ризику розвитку ХОЗЛ.

У людей, які не курять, також може розвинути ХОЗЛ. ХОЗЛ є результатом складної взаємодії довгострокового сукупного впливу шкідливих газів і часток в поєднанні з різноманітним факторів власне організму, в тому числі генетикою, гіперчутливістю дихальних шляхів і поганим ростом легень у дитячому віці [3–5].

Часто поширеність ХОЗЛ безпосередньо пов'язана з поширенням куріння тютюну, хоча в багатьох країнах зовнішнє, професійне забруднення та забруднення повітря всередині приміщень (в результаті спалювання деревини та інших видів палива з біомаси) є основними факторами ризику ХОЗЛ [6, 7].

Ризик розвитку ХОЗЛ пов'язаний з такими факторами:

- тютюновий дим – у тому числі сигарети, люльки, сигари, кальян та інші види куріння тютюну, популярні в багатьох країнах, а також тютюновий дим у навколишньому середовищі (ОТД);
- забруднення повітря всередині приміщень – з палива з біомаси, що використовують для приготування їжі та обігріву в погано вентильованих житлових приміщеннях (фактор ризику, що особливо впливає на жінок в країнах, що розвиваються);
- професійні впливи – в тому числі органічний і неорганічний пил, хімічні речовини і гази, які є недооціненими факторами ризику ХОЗЛ [6, 8];
- зовнішнє забруднення атмосферного повітря – також сприяє загальному навантаженню на легені, хоча вважається, що цей фактор має відносно невеликий вплив на виникнення ХОЗЛ;
- генетичні фактори – зокрема тяжкий спадковий дефіцит α_1 -антитрипсину (дефіцит інгібітора трипсину) (AATD) [9];
- вік і стать – старіння та жіноча стать підвищують ризик розвитку ХОЗЛ;
- ріст і розвиток легень – будь-який фактор, що впливає на ріст легень протягом вагітності і дитинства (низька маса тіла при народженні, респіраторні інфекції тощо) має потенціал для збільшення у людини ризику розвитку ХОЗЛ;
- соціально-економічний статус – є переконливі докази того, що ризик розвитку ХОЗЛ пов'язаний із соціально-економічним статусом [10]. Проте не ясно, чи відображає ця картина впливи забруднювачів повітря всередині приміщень і на відкритому повітрі, натовп, погане харчування, інфекції або інші фактори, пов'язані з низьким соціально-економічним статусом;
- астма і гіпер-реактивність дихальних шляхів – астма може бути фактором ризику для розвитку обмеження швидкості повітряного потоку і ХОЗЛ;
- хронічний бронхіт – може збільшити частоту загальних і тяжких загострень;

- інфекції – присутність тяжкої респіраторної інфекції у дітей в анамнезі була пов'язана зі зниженою функцією легень і загостренням респіраторних симптомів у зрілому віці [11].

Діагностика та оцінка ХОЗЛ

Можливість ХОЗЛ слід розглядати у будь-якого пацієнта, який має задишку, хронічний кашель або виділення мокротиння та/або вплив факторів ризику розвитку захворювання в минулому. Необхідною є детальна історія хвороби нового пацієнта, який має або може мати ХОЗЛ. Спірометрія потрібна для постановки діагнозу в цій клінічній ситуації; ОФV₁/ФЖЄЛ після застосування бронходилататора <0,70 підтверджує присутність постійного обмеження швидкості повітряного потоку і, таким чином, наявності ХОЗЛ у хворих з відповідними симптомами і значним впливом шкідливих подразників. Спірометрія є найбільш поширеним і об'єктивним виміром обмеження швидкості повітряного потоку. Це – неагресивний і легкодоступний тест. Незважаючи на добру чутливість, вимірювання однієї лише пікової швидкості видиху не може бути надійно використане як єдиний діагностичний тест через його недостатню специфічність [13] (табл. 1).

Диференціальна діагностика

Найчастіше диференціальний діагноз проводиться з бронхіальною астмою. У деяких пацієнтів з хронічною астмою її неможливо відрізнити від ХОЗЛ, навіть із використанням сучасних методів візуалізації та фізіологічних методів тестування. У цих пацієнтів поточне лікування аналогічне лікуванню астми. Інші потенційні діагнози, як правило, легше відрізнити від ХОЗЛ (табл. 2).

Перевірка дефіциту α_1 -антитрипсину (AATD)

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) рекомендує, щоб усі пацієнти з діагнозом ХОЗЛ були обстежені, особливо в районах з високою поширеністю AATD [14]. Низька концентрація (<20% нормальної) свідчить про наявність гомозиготного дефіциту. Члени сім'ї також повинні бути перевірені.

Оцінка

Цілями оцінки ХОЗЛ є визначення ступеня тяжкості обмеження швидкості повітряного потоку, його впливу на стан здоров'я пацієнта і ризику майбутніх наслідків (таких як загострення, госпіталі-

Таблиця 1. Основні показники для розгляду діагнозу хронічного обструктивного захворювання легень

Показник*	Додаткова інформація
Задишка	Прогресивна протягом тривалого часу. Характерно посилюється під час фізичних навантажень. Сійка
Хронічний кашель	Може бути переривчастим і непродуктивним. Повторювані хрипи
Хронічне виділення мокротиння	Будь-який випадок виділення хронічного мокротиння може вказувати на ХОЗЛ
Рецидивні інфекції нижніх дихальних шляхів	
Фактори ризику в анамнезі	Фактори організму (генетичні фактори, вроджені аномалії розвитку тощо). Тютюновий дим (у тому числі популярні місцеві препарати). Дим від вогню, що використовується для домашнього приготування їжі та опалення. Професійний пил, пара, кіптява, гази, інші хімічні речовини
Сімейна історія ХОЗЛ та/або факторів у дитинстві	Наприклад, низька маса тіла при народженні, дитячі інфекції дихальних шляхів тощо

Примітка: * – розглянемо можливість ХОЗЛ, а також виконаємо спірометрію, якщо будь-який із цих показників присутній у людини віком старше 40 років. Ці показники не є діагностичними самі по собі, але наявність кількох ключових показників підвищує ймовірність діагнозу ХОЗЛ. Спірометрія необхідна для встановлення діагнозу ХОЗЛ.

Таблиця 2. Диференціальна діагностика хронічного обструктивного захворювання легень

Діагноз	Сугестивні особливості
ХОЗЛ	Настає у середньому віці. Симптоми повільно прогресують. Історія куріння тютюну або вплив інших видів диму
Бронхіальна астма	Настає в ранньому віці (часто в дитинстві). Симптоми значною мірою варіюють. Симптоми посилюються вночі/ рано вранці. Алергія, риніти та/ або екзема також присутні. Сімейна історія астми. Поєднання з ожирінням
Застійна серцева недостатність	Рентгенографія органів грудної клітки показує збільшення серця, набряк легень. Легеневі функціональні тести вказують на обмеження об'єму легень, а не на обмеження швидкості повітряного потоку
Бронхоектазія	Великі обсяги гнійного мокротиння. Зазвичай пов'язані з бактеріальною інфекцією. Рентгенографія органів грудної клітки / комп'ютерна томографія демонструє розширення бронхів, потовщення бронхів
Туберкульоз	Настає у будь-якому віці. Рентгенографія органів грудної клітки показує інфільтрат легень. Мікробіологічні підтвердження. Висока місцева поширеність туберкульозу
Облітеруючий бронхіоліт	Настає в більш молодому віці, у осіб, що не курять. Може мати історію ревматоїдного артриту або гострого впливу парів. Спостерігається після трансплантації легень або кісткового мозку. Комп'ютерна томографія на видиху демонструє ехонегативні ділянки (зі зниженою щільністю)
Дифузний панбронхіоліт	Спостерігається переважно у пацієнтів азіатського походження. Більшість пацієнтів чоловічої статі та не курять. Майже всі мають хронічний синусит. Рентгенографія органів грудної клітки та КТBP показують дифузні невеликі центродольові вузлові утворення і гіперінфляцію

Примітки: ці особливості, як правило, характерні для відповідних захворювань, але не є обов'язковими. Наприклад, ХОЗЛ може розвинути у людини, яка ніколи не курила (особливо в країнах, що розвиваються, де інші фактори ризику можуть бути більш важливими, ніж куріння сигарет); астма може розвинути у дорослих і навіть у пацієнтів похилого віку.

Таблиця 3. Класифікація тяжкості обмеження швидкості повітряного потоку при хронічному обструктивному захворюванні легень (ОФВ1 після застосування бронходилататора)

GOLD 1	Помірна ОФВ1 > 80% передбачається
GOLD 2	Середня 50% < ОФВ1 < 80% передбачається
GOLD 3	Тяжка 30% < ОФВ1 < 50% передбачається
GOLD 4	Дуже тяжка ОФВ1 < 30% передбачається

Примітка: у пацієнтів з ОФВ1/ФЖЕЛ < 0,70.

зація або смерть), для призначення адекватного лікування. Для досягнення цих цілей оцінка ХОЗЛ має враховувати такі аспекти хвороби:

- наявність і тяжкість спірометричної аномалії;
- поточний характер і масштаби симптомів пацієнта;
- історія загострення і ризик у майбутньому;
- наявність супутніх захворювань.

Класифікація тяжкості обструкції

Класифікація тяжкості обмеження швидкості повітряного потоку при ХОЗЛ показана в таблиці 3. Для спрощення використовуються специфічні спірометричні точки. Спірометрія має проводитися після введення адекватної дози щонайменше одного короткодійного інгаляційного бронходилататора, щоб мінімізувати варіабельність.

Таблиця 4. Шкала задишки за модифікованим опитувальником British Medical Research Council (mMRC) [1]

Будь ласка, поставте позначку в тій клітинці, де мова йде про вас (тільки в одній клітинці) (категорії 0–4)	
Оцінка mMRC 0.1	Задихаюся тільки під час напружених фізичних вправ
Оцінка mMRC 1.1	Виникає задишка при поспішній ходьбі на рівній поверхні або при підйомі вгору на невеликий пагорб
Оцінка mMRC 2.1	Ходжу повільніше, ніж люди того самого віку на рівній поверхні через задишку або я повинен зупинитися, щоб перевести подих, при ходьбі у моєму власному темпі на рівній поверхні
Оцінка mMRC 3.1	Зупинка дихання після ходьби на відстань близько 100 метрів або через кілька хвилин на рівній поверхні
Оцінка mMRC 4.1	Я занадто задихаюся, щоб вийти з дому, або я задихаюся при одяганні або роздяганні

Слід зазначити, що існує тільки слабка кореляція між ОФВ1, симптомами і погіршенням стану здоров'я пацієнта [15, 16]. З цієї причини необхідна також формальна симптоматична оцінка.

Оцінка симптомів

У минулому ХОЗЛ розглядалася як хвороба, що значною мірою характеризувалася задишкою. Проста оцінка задишки за модифікованим опитувальником British Medical Research Council (mMRC) [17] (табл. 4) була визнана адекватною, тому що його результати добре співвідносяться з іншими вимірами стану здоров'я і передбачають ризик смертності у майбутньому [18, 19].

Продовження – в наступному номері