

Глобальна ініціатива з хронічного обструктивного захворювання легень

GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE, 2017

ЧАСТИНА 3*

*Продовження. Початок в журналі «Ліки України» №1, №3/2017

Протизапальні препарати

На сьогоднішній день питання загострень (наприклад, частота загострень, пацієнти з принаймні одним загостренням, час до першого загострення) є основною клінічно значущою кінцевою точкою, яку використовують для оцінки ефективності препаратів із протизапальною дією (табл. 3.5).

Інгаляційні кортикостероїди

Інгаляційні кортикостероїди (ІКС) у поєднанні з довготривалою бронхолітичною терапією

У пацієнтів із ХОЗЛ (від помірного до дуже тяжкого ступеня) і загостреннями ІКС у поєднанні з ДДБА є більш ефективними, ніж будь-який препарат сам по собі, якщо говорити про поліпшення функції легень, стану здоров'я і зниження частоти загострень (65, 66).

Побічні ефекти

Існують достовірні дані рандомізованих контрольованих досліджень (РКД) стосовно того, що використання ІКС пов'язано з більш високою поширеністю орального кандидозу, хрипкого голосу, синців на шкірі та пневмонії (67).

Відміна ІКС

Результати досліджень відміни препарату надають неоднозначні результати щодо впливу відміни на функцію легень, симптоми і загострення (68–72). Відмінності в результатах досліджень можуть бути пов'язані з відмінностями в методології, включаючи використання фонові терапії бронхолітиками тривалої дії, які можуть звести до мінімуму будь-який ефект відміни ІКС.

Трьохкомпонентна інгаляційна терапія

- Перехід до ДДБА плюс ДДМА плюс ІКС (трьохкомпонентна терапія) може мати різні підходи (73).
- Це може поліпшити функцію легень, а також результати лікування, про які повідомляють пацієнти (74–77).
- Додавання ДДМА до ДДБА/ІКС покращує функцію легень і результати лікування, зокрема знижує ризик загострень (75, 78–80).
- В ході рандомізованих контрольованих досліджень (РКД) не було виявлено користі щодо загострень від додавання ІКС до ДДБА/ДМА (81).

- Загалом, потрібно більше даних, щоб зробити більш суттєві висновки про переваги трьохкомпонентної терапії ДДБА/ДДМА/ІКС порівняно з двокомпонентною ДДБА/ДМА.

Пероральні глюкокортикоїди

- Пероральні глюкокортикоїди мають численні побічні ефекти, в тому числі можливий розвиток стероїдної міопатії (82), яка може зумовити м'язову слабкість, зниження функції легень.

Таблиця 3.5. Протизапальна терапія при стабільній ХОЗЛ

<ul style="list-style-type: none"> • ІКС в поєднанні з ДДБА є більш ефективними, ніж окремо взятий препарат, якщо говорити про поліпшення функції легень, покращення самопочуття і зменшення частоти загострень у хворих із ХОЗЛ (від помірного до дуже тяжкого ступеня) (рівень доказовості А). • Регулярне лікування із застосуванням ІКС підвищує ризик розвитку пневмонії, особливо у пацієнтів з тяжкою формою ХОЗЛ (рівень доказовості А). • Трьохкомпонентна інгаляційна терапія ІКС/ДДМА/ДДБА покращує функцію легень, симптоми і самопочуття (рівень доказовості А), а також дозволяє знизити частоту загострень (рівень доказовості В) порівняно з ІКС/ДДБА або монотерапією ДДМА
Пероральні глюкокортикоїди
<ul style="list-style-type: none"> • Тривале використання пероральних глюкокортикоїдів має безліч побічних ефектів (рівень доказовості А) без доведеної користі (рівень доказовості С)
Інгібітори ФДЕ4
<ul style="list-style-type: none"> • У пацієнтів із хронічним бронхітом, тяжким/дуже тяжким ХОЗЛ та історією загострень: <ul style="list-style-type: none"> – інгібітор ФДЕ4 покращує функцію легень і знижує загострення помірної тяжкості і тяжкі (рівень доказовості А); – інгібітор ФДЕ4 покращує функцію легень і зменшує кількість загострень у пацієнтів, які приймають фіксовану дозу комбінацій ДДБА/ІКС (рівень доказовості А)
Антибіотики
<ul style="list-style-type: none"> • Тривала терапія азитроміцином і еритроміцином зменшує кількість загострень протягом одного року (рівень доказовості А). • Лікування азитроміцином пов'язано зі збільшенням кількості випадків бактеріальної резистентності (рівень доказовості А) і необхідності контролю гостроти слуху (рівень доказовості В)
Муколітики/антиоксиданти
<ul style="list-style-type: none"> • Регулярне використання N-ацетилцистеїну і карбоцистеїну знижує ризик загострень у деяких популяціях (рівень доказовості В)
Інші протизапальні засоби
<ul style="list-style-type: none"> • Симвастатин не запобігає розвитку загострень у хворих на ХОЗЛ у групі підвищеного ризику загострень, що не мають показань до прийому статинів (рівень доказовості А). Однак отримані дані свідчать про те, що прийом статинів з приводу серцево-судинних або метаболічних захворювань може чинити позитивний вплив на деякі результати у пацієнтів з ХОЗЛ (рівень доказовості С). • Ефективність модифікаторів лейкотрієну не була перевірена належним чином у пацієнтів із ХОЗЛ

нів і розвиток дихальної недостатності у пацієнтів з дуже тяжкою ХОЗЛ.

- Пероральні глюкокортикоїди відіграють важливу роль у лікуванні загострень захворювання, проте вони жодним чином не впливають на результати терапії ХОЗЛ в стадії ремісії.

Інгібітори фосфодіестерази-4 (ФДЕ-4)

- Рофлуміласт дозволяє знизити частоту середніх і тяжких загострень, при яких потрібне застосування ГКС у пацієнтів з хронічним бронхітом, тяжкою і дуже тяжкою ХОЗЛ і наявністю загострень в анамнезі (83).
- ФДЕ-4 мають більше побічних ефектів, ніж інгаляційні препарати для лікування ХОЗЛ (84). Найбільш частими із них є нудота, зниження апетиту, зменшення маси тіла, біль у животі, діарея, порушення сну і головний біль.

Антибіотики

Нещодавно проведені дослідження показали, що регулярне застосування макролідних антибіотиків може знизити частоту загострень (85, 86).

Муколітичні (мукокінетичні, мукоурегуляторні) та антиоксидантні засоби (N-ацетилцистеїн, карбоцистеїн)

У хворих на ХОЗЛ, які не отримували лікування інгаляційними ГКС, регулярний прийом таких муколітиків, як карбоцистеїн і N-ацетилцистеїн, може зменшити частоту загострень і покращити загальний стан (87, 88).

Питання, пов'язані з інгаляторами

- Визначальними факторами неправильної інгаляції у пацієнтів з астмою та ХОЗЛ є: похилий вік, використання різних пристроїв, а також відсутність попереднього досвіду проведення інгаляцій (89).
- Основні помилки при використанні пристрою пов'язані з частотою інгаляції, тривалістю інгаляції, координацією, підготовкою дози, що вдихається, підготовкою до початку інгаляції та затримкою дихання при наступних дозах інгаляції (90) (табл. 3.6).

Інші фармакологічні методи лікування

Інші фармакологічні методи лікування представлено у таблиці 3.7.

Таблиця 3.6. Інгаляції

- При призначенні інгаляційної терапії не можна недооцінювати важливість досвіду і навчання поводження з інгалятором.
- Інгалятор має бути індивідуально підібраний, його вибір залежить від доступності, вартості, поради лікаря, який призначив лікування, і найголовніше – здатності пацієнта його використовувати і отримувати від нього користь.
- Необхідно надати інструкції та продемонструвати правильну техніку інгаляції при призначенні пристрою, щоб переконатися, що техніка інгаляції є правильною, і перевіряти при кожному відвідуванні, що пацієнти продовжують правильно використовувати свої інгалятори.
- Слід провести оцінку техніки інгаляції (і приєднання до терапії), перш ніж зробити висновок, що поточна терапія є недостатньою.

Таблиця 3.7. Інші фармакологічні методи лікування

Підсилена терапія α_1 -антитрипсином
• Внутрішньовенна посилена терапія може сповільнити прогресування емфіземи (рівень доказовості B)
Протикашльові препарати
• Немає жодних переконливих даних щодо ефективності протикашльових препаратів у пацієнтів з ХОЗЛ (рівень доказовості C)
Вазодилататори
• Вазодилататори не поліпшують результати і можуть погіршити оксигенацію (рівень доказовості B).

РЕАБІЛІТАЦІЯ, НАВЧАННЯ І САМОПОМІЧ

Легенева реабілітація

- Ефективність легеневої реабілітації у хворих з ХОЗЛ є значимою, оскільки реабілітація виявилася найбільш плідною терапевтичною стратегією для зменшення задишки, покращення самопочуття і переносимості фізичних навантажень (91). (табл. 3.8).

Таблиця 3.8. Легенева реабілітація, самопоміч та комплексний догляд при ХОЗЛ

Легенева реабілітація
• Легенева реабілітація зумовлює зменшення задишки, покращує самопочуття та переносимість фізичного навантаження у стабільних пацієнтів (рівень доказовості A).
• Легенева реабілітація зменшує число госпіталізацій серед пацієнтів, які перенесли недавнє загострення (≤ 4 тижнів від попередньої госпіталізації) (рівень доказовості B)
Навчання і самопоміч
• Було виявлено, що саме лише навчання не є ефективним (рівень доказовості C).
• Самопоміч у поєднанні зі спілкуванням із працівником охорони здоров'я покращує стан здоров'я і зменшує число візитів до лікаря і госпіталізацій у відділення невідкладної терапії (рівень доказовості B)
Комплексні програми догляду
• Комплексний догляд і телемедицина не продемонстрували користі на даний час (рівень доказовості B)

ПІДТРИМУЮЧА ТА ПАЛІАТИВНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА, ПОЖИТТЄВИЙ ДОГЛЯД ТА ДОГЛЯД В ХОСПІСІ

Контроль симптомів

і паліативна медична допомога

- ХОЗЛ є досить симптоматичним захворюванням і має багато симптомів, таких як втома, задишка, депресія, тривога, безсоння, які вимагають паліативного лікування.
- Паліативні підходи мають велике значення в контексті медичної допомоги у пожиттєвому догляді, а також у хоспісі (модель для надання пожиттєвої медичної допомоги пацієнтам, які безнадійно хворі і яким за прогнозами залишилось жити менше 6 місяців).

Ключові моменти для паліативної медичної допомоги, пожиттєвого догляду та в хоспісі при ХОЗЛ наведено в таблиці 3.9.

Таблиця 3.9. Підтримуюча та паліативна медична допомога, пожиттєвий догляд та догляд в хоспісі при ХОЗЛ

- Опіати, нервово-м'язова електростимуляція (НМЕС), кисень і вентиляція приміщень можуть полегшити задишку (рівень доказовості С).
- У виснажених пацієнтів нутритивна підтримка може поліпшити силу дихальних м'язів і загальний стан здоров'я (рівень доказовості В).
- Втому можна зменшити за рахунок самопомічі, легеневої реабілітації, нутритивної підтримки і за допомогою психосоматичної терапії (рівень доказовості В)

ІНШІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ

Киснева терапія і вентиляція приміщень

- Довготривале призначення кисневої терапії (>15 годин на добу) для пацієнтів з хронічною дихальною недостатністю показало збільшення виживаності хворих з тяжкою гіпоксією в стані спокою (92) (табл. 3.10).

Таблиця 3.10. Киснева терапія і вентиляція приміщень при стабільній ХОЗЛ

Оксигенотерапія
<ul style="list-style-type: none"> • Тривале введення кисню збільшує виживаність хворих із тяжкою хронічною артеріальною гіпоксемією у стані спокою (рівень доказовості А). • У пацієнтів зі стабільною ХОЗЛ і помірною у стані спокою або викликаною фізичним навантаженням артеріальною десатурацією призначення довготривалої кисневої терапії подовжує життя, час до першої госпіталізації або забезпечує стабільне покращення стану здоров'я, функції легень і показник тесту 6-хвилинної ходьби (рівень доказовості А). • Оксигенація у стані спокою на рівні моря не виключає розвитку тяжкої гіпоксемії під час перельоту літаком (рівень доказовості С)
Допоміжна штучна вентиляція легень
<ul style="list-style-type: none"> • НПТВ може поліпшити виживаність пацієнтів після нещодавньої госпіталізації, особливо тих, що мають виражену денну стійку гіперкапнію ($\text{PaCO}_2 \geq 52$ мм рт.ст.) (рівень доказовості В)

Допоміжна штучна вентиляція легень

- Неінвазивна вентиляція (НІВ) у вигляді неінвазивної вентиляції з позитивним тиском (НІВПТ) є стандартом лікування для зниження захворюваності і смертності пацієнтів, госпіталізованих із загостренням ХОЗЛ і гострою респіраторною недостатністю (93–95).

Стабільний пацієнт

- У пацієнтів з ХОЗЛ і синдромом обструктивного апное уві сні при використанні постійного позитивного тиску в дихальних шляхах (ППДТ) можливе як поліпшення виживаності, так і частоти госпіталізацій (99).

Інтервенційні процедури

- Перевага операції зі зменшення обсягу легень (ОЗОЛ) порівняно з медикаментозною терапією є більшою серед пацієнтів із переважно верхньодольовою емфіземою і низькою переносимістю фізичного навантаження після реабілітації; хоча ОЗОЛ є більш вартісною порівняно з медичними програмами, що не включають операції.

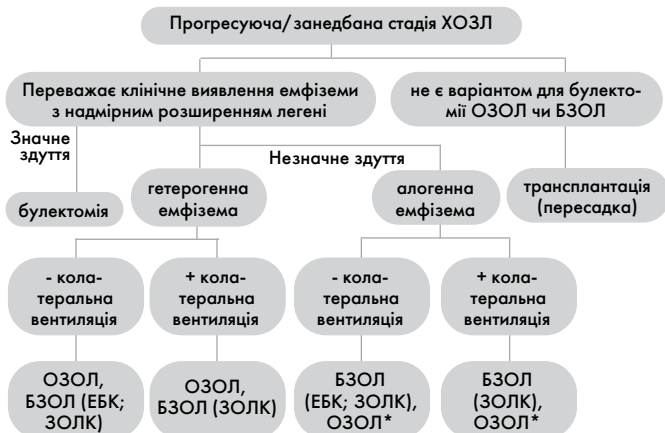
Таблиця 3.11. Інтервенційна терапія при хронічному ХОЗЛ

Операція зі зменшення обсягу легень
<ul style="list-style-type: none"> • Операція зі зменшення обсягу легень збільшує тривалість життя хворих із тяжкою формою дифузної емфіземи з емфіземою верхньої частини легень та пацієнтів з низькою здатністю до фізичного реабілітаційного навантаження (за даними А)
Булектомія
<ul style="list-style-type: none"> • У пацієнтів, яким була зроблена булектомія, зменшилася задишка, покращилася функція легень та переносимість фізичного навантаження (за даними С). • Трансплантація (пересадка). Серед пацієнтів з тяжкою формою ХОЗЛ пересадка легень покращила якість життя та функціональну здатність (за даними С)
Бронхоскопічне лікування
<ul style="list-style-type: none"> • У окремих пацієнтів з прогресуючою стадією емфіземи при постійному 6–12-місячному лікуванні із застосуванням бронхоскопічних методів зменшився об'єм легень при кінцевому видиху і покращилися переносимість фізичного навантаження, загальне самопочуття та функція легень

- Безопераційні бронхоскопічні методи зменшення обсягу легень можуть поліпшити переносимість фізичного навантаження, загальний стан та функцію легень у пацієнтів з прогресуючою емфіземою, стійкою до медикаментозної терапії.
- У деяких пацієнтів з дуже тяжкою ХОЗЛ трансплантація легень може поліпшити якість життя і функціональну здатність.
Ключові моменти інтервенційної терапії при хронічному ХОЗЛ наведено в таблиці 3.11. Алгоритм виявлення різних медичних втручань зображено на рисунку 4.3.

Рисунок 4.3. Інтервенційна бронхоскопія та хірургічне лікування ХОЗЛ

Огляд різноманітних способів лікування пацієнтів з ХОЗЛ та емфіземою. Майте на увазі, що ці способи не були затвердженими для медичного лікування у всіх країнах. Крім того, вплив бронхоскопічного зменшення обсягу легень (БЗОЛ) на тривалість життя чи інші довготривалі результати лікування порівняно з операцією зі зменшення обсягу легень (ОЗОЛ) – невідомі.



Примітки: ЕБК – ендобронхіальний клапан, ЗОЛК – зменшення обсягу легеневої котушки, БЗОЛ – бронхоскопічне зменшення обсягу легень; * – не у всіх, лише у деяких центрах.

Продовження у наступному номері