

Глобальна ініціатива з хронічного обструктивного захворювання легень (GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE, 2017)

ЧАСТИНА 4*

*Продовження. Початок – в журналі «Ліки України» №№1, 3, 7/2017.

Лікування ХОЗЛ зі стабільним перебігом

Загальні ключові поради:

- лікування ХОЗЛ зі стабільним перебігом базується переважно на індивідуальній оцінці симптомів і майбутнього ризику загострень;
- слід сприяти та слідкувати, щоб усі пацієнти-курці кинули палити;
- основною метою лікування є зниження симптомів та ризику загострень у майбутньому;
- способи лікування не обмежуються тільки фармакологічним лікуванням, а мають бути доповнені відповідними нефармакологічними засобами.

Після діагностики ХОЗЛ лікування повинне базуватися на індивідуальних показниках з метою зменшення як наявних симптомів, так і можливих загострень у майбутньому (таблиця 4.1).

Визначити та зменшити вплив факторів ризику

Визначення та зменшення впливу факторів ризику (таблиці 4.2, 4.3) відіграє важливу роль у лікуванні та профілактиці ХОЗЛ.

Таблиця 4.1. Цілі лікування ХОЗЛ

Зменшити симптоми	<ul style="list-style-type: none"> • Полегшити симптоми • Покращити переносимість фізичного навантаження • Покращити загальний стан здоров'я
Зменшити ризик	<ul style="list-style-type: none"> • Прогресування захворювання • Проводити профілактику та лікування всіх можливих симптомів загострення • Запобігання летальному результату

Таблиця 4.2. Лікування тютюнової залежності: основні медичні рекомендації клінічної практики

- Тютюнова залежність – це хронічне захворювання, яке потребує повторного лікування доти, поки не буде досягнуто результату – довгострокової або постійної відмови від паління.
- Ефективне лікування тютюнової залежності існує, і всі курці повинні знати про це.
- Лікарі-консультанти та установи надання медичної допомоги повинні приймати узгоджені процедури ідентифікації, документування та лікування кожного курця під час кожного візиту.
- Загальні консультації щодо відмови від паління є ефективними, такого роду консультації необхідно пропонувати всім курцям під час візиту до медичної установи.
- Існує взаємозв'язок між інтенсивністю тютюнової залежності та ефективністю консультації.
- Високу ефективність мають три типи консультацій: практична консультація, соціальна підтримка сім'ї та друзів як частини лікування та соціальна підтримка за межами лікування.
- Першою лінією терапії тютюнової залежності є вареніклін, бупропіон з уповільненим вивільненням, нікотинова жувальна гумка, нікотиновий інгалятор, нікотинний назальний спрей, нікотинний пластир. Принаймні один із цих засобів слід призначати за відсутності протипоказань.
- Фінансовані програми боротьби з палінням сприятимуть відмові від паління.
- Лікування тютюнової залежності є економічно ефективним

Таблиця 4.3. Виявлення і зменшення впливу факторів ризику

- Усім хворим на ХОЗЛ, що курять, необхідно провести лікування тютюнової залежності (рівень доказовості А).
- Слід рекомендувати провітрювати як слід приміщення, використовувати екологічно чисті кухонні плити та подібні повсякденні заходи профілактики (рівень доказовості В).
- Лікарям-консультантам слід наголошувати пацієнтам на тому, щоб при можливості вони уникали постійних факторів ризику, які можуть стати потенційними подразниками (рівень доказовості D)

Тютюнокуріння є найбільш поширеним та характерним фактором ризику розвитку ХОЗЛ, тому слід закликати курців відмовлятися від паління.

Необхідно також звертати увагу на зменшення загального впливу пилу, випарів і газів, з якими люди стикаються внаслідок професійних особливостей, а також на внутрішні та зовнішні забруднювачі повітря.

Лікування ХОЗЛ

Фармакологічне лікування

Фармакологічні методи лікування можуть як зменшити симптоми, ризик і тяжкість загострень, так і поліпшити стан здоров'я і переносимість фізичного навантаження.

Більшість препаратів застосовуються інгаляційним шляхом, тому дотримання правильної техніки інгаляції має велике значення.

Нижче в таблицях наведено ключові моменти застосування різних груп препаратів при лікуванні ХОЗЛ: інгаляційних лікарських засобів (табл. 4.4), бронходилататорів (табл. 4.5), протизапальних препаратів (табл. 4.6), інших засобів фармакологічного лікування (табл. 4.7).

Стратегії фармакологічного лікування

Запропонована стратегія початку лікування та подальша ескалаційна/деескалаційна терапія ХОЗЛ відповідно до індивідуальних показників, симптомів та ризику загострення представлені на рисунку 4.1.

Таблиця 4.4. Ключові аспекти застосування інгаляційних лікарських засобів при лікуванні ХОЗЛ

- Вибір інгаляційного лікарського засобу повинен бути індивідуально розробленим та залежати від його доступності, ціни, призначення лікаря і найголовніше – від показань та переваг для пацієнта.
- Важливим під час призначення лікування є надання детальних інструкцій щодо застосування відповідного інгаляційного препарату, впевнившись, що саме цей препарат є відповідним, та перевіряти при кожному наступному візиті, чи пацієнт використовує інгалятор правильно.
- В першу чергу слід провести оцінку результатів інгаляційного лікування (та дотримання терапії), а вже потім дійти висновку, що поточне лікування потрібно змінювати

Таблиця 4.5. Ключові аспекти використання бронходилаторів при лікуванні ХОЗЛ

- Перевагу надають у β_2 та мускариновим агоністам довготривалої дії, а не короткотривалим препаратам, окрім пацієнтів з періодичною задишкою (рівень доказовості А).
- Пацієнти можуть починати з одинарної чи подвійної довготривалої терапії бронходилаторами. Пацієнтам із постійною задишкою, які знаходяться на одинарній терапії, слід змінити її на подвійну (рівень доказовості А).
- Перевагу надають інгаляційним бронходилаторам перед пероральним (рівень доказовості А).
- Застосування теофіліну не рекомендується, лише у випадку, якщо інші бронходилатори тривалої дії недоступні або занадто дорогі для пацієнта (рівень доказовості В)

Таблиця 4.6. Ключові аспекти вживання протизапальних лікарських засобів при лікуванні ХОЗЛ

- Не рекомендується довготривала монотерапія інгаляційними кортикостероїдами – ІКС (рівень доказовості А).
- Можна розглядати ІКС у поєднанні з β_2 -агоністами довготривалої дії для пацієнтів, які мали рецидиви хвороби попри відповідне лікування бронходилаторами довготривалої дії (рівень доказовості А).
- Не рекомендується довготривала терапія пероральними кортикостероїдами (рівень доказовості А).
- Пацієнтам, що мали рецидиви хвороби чи із тяжкою формою обструкції дихальних шляхів окрім β_2 -агоністів довготривалої дії + ІКС чи β_2 та мускаринові агоністи довготривалої дії + ІКС можна додати до лікування інгібітори фосфодіестерази 5-го типу (рівень доказовості В).
- Колишнім курцям із рецидивами окрім відповідного лікування можна призначити макроліди (рівень доказовості В).
- Терапія статинами не рекомендується для запобігання розвитку загострень захворювання (рівень доказовості А).
- Антиоксидантні муколітики рекомендуються лише окремим пацієнтам за призначенням лікаря (рівень доказовості А)

Таблиця 4.7. Ключові аспекти застосування інших фармакологічних видів лікування при ХОЗЛ

- У хворих із тяжким спадковим дефіцитом α_1 -антитрипсину і емфіземою легень можуть бути кандидатами на терапію щодо підвищення рівня α_1 -антитрипсину (рівень доказовості В).
- Не можна призначити протикашльові препарати (рівень доказовості С).
- Препарати, призначені для лікування первинної легеневої гіпертензії, не рекомендуються пацієнтам із легеневою гіпертензією вторинною по відношенню до ХОЗЛ (рівень доказовості В).
- Малі дози пероральних та парентеральних опіоїдів довготривалої дії можуть розглядатися для лікування задишки у хворих із тяжкою формою захворювання на ХОЗЛ (рівень доказовості В)

Останні рекомендації з доповідей сайту GOLD Report зосереджуються лише на початковій терапії. Проте багато пацієнтів з ХОЗЛ, пройшовши початкову терапію, знову повертаються до лікування, оскільки найсильніші симптоми з'являються знову, у деяких випадках симптоми є не настільки серйозними, тому призначається простіше лікування. Саме тому пропонуємо ескалаційну та деескалаційну терапію. Рекомендації базу-

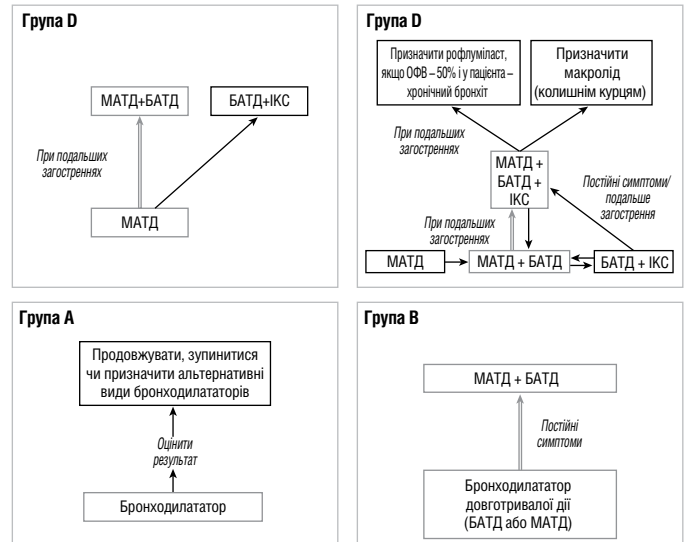


Рисунок 4.1. Стратегії фармакологічного лікування згідно з GOLD Grade (виділені стрілки та квадрати показують переважний спосіб лікування)

Таблиця 4.8. Нефармакологічні способи лікування ХОЗЛ

Група пацієнтів	Необхідно	Рекомендовано	Залежності від місцевих практик
A	Відмова від тютюнокуріння (може включати фармакологічне лікування)	Фізичні навантаження	Вакцинація проти грипу Пневмококова вакцинація
B–D	Відмова від тютюнокуріння (може включати фармакологічне лікування) Легенева реабілітація	Фізичні навантаження	Вакцинація проти грипу Пневмококова вакцинація

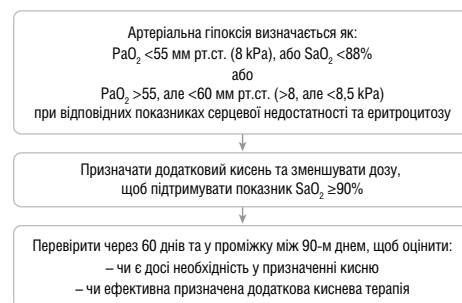


Рисунок 4.2. Призначення кисневого лікування пацієнтам з ХОЗЛ

ються на виявленій ефективності та достовірних даних. Відомо, що ескалаційне лікування систематично не тестується, і випробовування деескалації також не є частими і включають лише ІКС.

Ці рекомендації будуть переглянуті, як тільки будуть доступні додаткові дані.

Деякі відповідні нефармакологічні способи лікування для груп пацієнтів від А до D наведено в таблиці 4.8.

Відповідний алгоритм призначення кисневого лікування пацієнтам із ХОЗЛ представлено на рисунку 4.2.

Ключові аспекти застосування нефармакологічного лікування наведено у таблиці 4.9.

Таблиця 4.9. Ключові аспекти застосування нефармакологічного лікування**САНІТАРНО-ПРОСВІТНЯ РОБОТА, САМОДОПОМОГА, ЛЕГЕНЕВА РЕАБІЛІТАЦІЯ**

- Санітарно-просвітня робота необхідна, щоб ознайомити пацієнта та змінити його уявлення про захворювання, однак немає доказів, що одна лише санітарно-просвітня робота може змінити поведінку пацієнта.
- Самодопомога при підтримці координатора медичних послуг з чи без використання письмового плану лікування рекомендується для запобігання розвитку ускладнень, таких як необхідність госпіталізації (рівень доказовості В).
- Реабілітацію призначають всім пацієнтам із відповідними симптомами чи ризиком загострення (рівень доказовості А).
- Фізична активність є важливим запобіжником смертності (рівень доказовості А). Слід заохочувати пацієнтів до фізичної активності, хоча досі не відомо, як забезпечити ймовірність успіху.

ВАКЦИНАЦІЯ

- Вакцинація проти грипу рекомендується всім пацієнтам з ХОЗЛ (рівень доказовості А).
- Пневмококова вакцинація: PCV13 та PPS23 рекомендується всім пацієнтам віком старше 65 років та більш молодшого віку з серйозними супутніми захворюваннями, у тому числі серцевими та легеневиими (рівень доказовості В).

ХАРЧУВАННЯ

- Вживання харчових добавок слід призначати виснаженим пацієнтам із ХОЗЛ (рівень доказовості В).

СТРАТЕГІЇ ЛІКУВАННЯ НА ОСТАННІХ СТАДІЯХ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА ПАЛІАТИВНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

- Всі лікарі-консультанти пацієнтів із ХОЗЛ повинні знати про ефективність паліативної медицини для контролю симптомів та використовувати її у своїй практиці (рівень доказовості D).
- Методики лікування на останніх стадіях захворювання повинні включати розмову з пацієнтом та його родичами щодо їх поглядів на реанімацію, попередні розпорядження та бажане місце поховання (рівень доказовості D).

ЛІКУВАННЯ ГІПОКСІЇ

- Пацієнтам із тяжкою формою гіпоксії призначають кисневу терапію довготривалої дії (рівень доказовості А).
- Користь від отримання кисню біля моря під час відпочинку не виключає розвитку тяжкої форми гіпоксії при подорожі літаком (рівень доказовості С).

ЛІКУВАННЯ ГІПЕРКАПНІЇ

- Пацієнтам із тяжкою формою гіперкапнії та історією госпіталізацій через гостру дихальну недостатність рекомендується призначити неінвазивну вентиляцію довготривалої дії (рівень доказовості В).

БРОНХОСКОПІЯ ТА ХІРУРГІЯ

- Операція зі зменшення обсягу легень рекомендується пацієнтам з емфіземою верхньої частини легені (рівень доказовості А).
- Бронхоскопічне зменшення обсягу легень рекомендується пацієнтам із тяжкою стадією емфіземи (рівень доказовості В).
- Пацієнтам за наявності бульозної емфіземи легень рекомендується хірургічна буллектомія (рівень доказовості С).
- Пацієнтам із дуже тяжкою формою ХОЗЛ (прогресуюче захворювання, показник BODE – від 7 до 10, коли вже неможливо зробити операцію зі зменшення обсягу легень) можна розглянути варіант трансплантації з направленням, враховуючи:
 - історію госпіталізацій у зв'язку із загостреннями, пов'язаними з гострою дихальною недостатністю ($PCO_2 > 50$ мм рт.ст.);
 - наявність легеневої гіпертензії чи легеневого серця попри кисневу терапію;

ОФВ₁ <20% і/або DLCO <20% або алогенне розташування емфіземи (рівень доказовості С)

Моніторинг та подальший нагляд лікаря

Регулярне спостереження за пацієнтами з ХОЗЛ має важливе значення. Функція легень може погіршуватися з часом, навіть за найкращої доступної медичної допомоги. Симптоми, загострення і

об'єктивні заходи обмеження швидкості повітряного потоку слід контролювати, щоб визначити, коли змінити стратегію лікування, а також мати змогу виявити будь-які ускладнення чи супутні захворювання.

Продовження – у наступних номерах журналу