

Хронічне обструктивне захворювання легень

Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах

Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27 червня 2013 р. № 555

Продовження. Початок у № 7-14, 17, 18.

NICE 101. Chronic obstructive pulmonary disease. Management of chronic obstructive pulmonary disease in primary and secondary care. June 2010

Рекомендації

№ з/п	Рекомендація	Ступінь рекомендації
R77	Пацієнти з хронічною гіперкапічною дихальною недостатністю, які отримують адекватну терапію і потребують застосування допоміжної вентиляції (інвазивної або неінвазивної) при загостренні, або пацієнти з гіперкапінею чи ацидозом при лікуванні ДКТ повинні бути направлені в спеціалізований центр для призначення довготривалої НІВ	D

1.2.7. Діагностика та лікування *cor pulmonale* (легеневого серця)

У контексті цієї настанови термін «легеневе серце» може бути прийнятий для визначення патологічного стану, який виявляють за наявності клінічних проявів.

Синдром легеневого серця виникає у хворих з недостатністю правих відділів серця внаслідок захворювань легень і у пацієнтів, у яких розвиток периферичних набряків зумовлений впливом інших факторів, пов'язаних із затримкою солі та води.

GOLD – Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Diseases (updated 2011)

ХОЗЛ та супутні захворювання

ХОЗЛ часто супроводжується іншими захворюваннями, які значно погіршують його прогноз. Деякі з них розвиваються незалежно від ХОЗЛ, інші можуть виникнути внаслідок ХОЗЛ, мати спільні причини та фактори ризику, одне захворювання може підвищувати ризик розвитку іншого. Можливо, що ознаки ХОЗЛ (наприклад, системне запалення) беруть участь у розвитку інших захворювань і це демонструє зв'язок між ХОЗЛ та іншою супутньою патологією. Такі ризики супутньої патології можуть підвищуватися завдяки наслідкам ХОЗЛ, наприклад зменшенню фізичної активності. Незалежно від того, чи пов'язані ХОЗЛ та супутні захворювання між собою, ведення пацієнтів з ХОЗЛ має включати ідентифікацію та лікування цих супутніх захворювань. Важливо, що супутні захворювання із симптомами, які часто асоціюються з ХОЗЛ, можуть бути недооцінені, наприклад серцева недостатність та рак легень (задишка) або депресія (втомлюваність та зниження фізичної активності).

NICE 101. Chronic obstructive pulmonary disease. Management of chronic obstructive pulmonary disease in primary and secondary care. June 2010

Легенева гіпертензія і *cor pulmonale*

GOLD – Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Diseases (2010)

Легка або помірна легенева гіпертензія (ЛГ) може розвинути в міру прогресування ХОЗЛ унаслідок гіпоксичної вазоконстрикції маленьких легених артерій, що призводить до структурних змін – гіперплазії інтими, пізніше – гіпертрофії/гіперплазії гладеньких м'язів. Ця відповідь на запалення в судинах подібна тій, що спостерігається в дихальних шляхах і зумовлює дисфункцію клітин ендотелію. Втрата капілярного ложа в легенях при емфіземі може сприяти підвищенню тиску в малому колі. Прогресування ЛГ може призводити до гіпертрофії правого шлуночка і зрештою до недостатності правих відділів серця (*cor pulmonale*).

Діагностика *cor pulmonale*

GOLD – Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Diseases (2010)

Вимірювання тиску в яремній вені та наявність набряку щиколоток часто найбільш інформативні ознаки, що підтверджують *cor pulmonale* в клінічній практиці. Однак часто вимірювання тиску в яремній вені викликає труднощі у хворих на ХОЗЛ унаслідок підвищення внутрішньогрудного тиску. Підтвердити діагноз можна за допомогою комплексу досліджень, включаючи радіографію, ЕКГ, ЕхоКГ, радіонуклідну скінтиграфію та МРТ. Однак усі ці методи досліджень мають деякі невід'ємні неточності діагностики.

Рекомендації

№ з/п	Рекомендація	Ступінь рекомендації
R78	Діагноз легеневого серця необхідно розглядати у хворих за наявності у них: <ul style="list-style-type: none"> периферичних набряків; підвищеного венозного тиску; систолічної парастернальної пульсації; посилення другого тону на легеневій артерії 	D
R79	Рекомендується, щоб діагноз легеневого серця базувався на клінічних симптомах. Цей процес повинен супроводжуватися виключенням інших захворювань, які можуть бути причиною периферичних набряків	D

Склад мультидисциплінарної робочої групи з підготовки адаптованої клінічної настанови «Хронічне обструктивне захворювання легень»

Ю.І. Феценко, академік НАМН України, д.м.н., професор

В.К. Гаврисюк, д.м.н., професор

О.Я. Дзюблик, д.м.н., професор

Ю.М. Мостовой, д.м.н., професор

Н.Д. Чухрієнко, д.м.н., професор

Л.О. Яшина, д.м.н., професор

А.В. Басанець, д.м.н.

Л.Ф. Матюха, д.м.н.

О.І. Гайдук

В.В. Бондар

С.Г. Іщук

М.О. Полянська

Н.В. Пучкова

Л.А. Романенко

О.А. Росицька

М.М. Ткаченко

Н.А. Чайка

О.В. Шапкарина

Лікування *cor pulmonale*

Лікування *cor pulmonale* передбачає зменшення гіпоксії та зниження затримки солі і води.

Неконтрольовані дослідження використання інгібіторів АПФ показали неоднозначні результати і не можуть бути рекомендовані на основі даних доказової медицини.

Діуретики широко використовуються для лікування *cor pulmonale*, але досліджень їх ефекту при ХОЗЛ на сьогодні немає. Є теоретична думка, що вони можуть зменшити фракцію серцевого викиду, знижуючи шлуночковий тиск, але й можуть викликати метаболічний алкалоз, зменшуючи вентиляційну потужність.

Висновки досліджень	Рівень доказів
ДКТ зменшує прогресування підвищення тиску у пацієнтів з гіпоксією	Ib
Кисень зменшує патологічне підвищення тиску в легеневій артерії, яке спостерігалось під час навантаження, і запобігає зниженню фракції викиду правого шлуночка	IIa
Існує недостатньо доказів, щоб рекомендувати зміну клінічної практики відносно використання діуретиків для лікування периферичних набряків у пацієнтів з <i>cor pulmonale</i>	IV
Проведені дослідження (тривалістю 3 і 18 міс) не змогли довести перевагу ніфедипіну у лікуванні <i>cor pulmonale</i>	Ib
β-Блокатори знижують легеневий тиск у пацієнтів з ХОЗЛ, але їх використання обмежене через наявність побічних ефектів	IIb
Дослідження ефекту дігосину не довели перевагу його застосування при <i>cor pulmonale</i> за відсутності супутньої лівошлуночкової недостатності	IIa

Рекомендації

№ з/п	Рекомендація	Ступінь рекомендації
R80	Пацієнти з <i>cor pulmonale</i> повинні бути обстежені щодо потреби в ДКТ	A
R81	При набряках, пов'язаних з <i>cor pulmonale</i> , може застосовуватися симптоматичне лікування діуретиками	D
R82	При лікуванні <i>cor pulmonale</i> не рекомендується використання: <ul style="list-style-type: none"> інгібіторів АПФ; блокаторів кальцієвих каналів (антагоністів кальцію); β-адреноблокаторів; дігосину (виключення – фібриляція передсердь) 	C

Коментар робочої групи

Ускладненням ХОЗЛ також може бути дихальна недостатність. Для її корекції доцільно застосовувати НІВ легень у комбінації з ДКТ у пацієнтів із дуже тяжким ХОЗЛ, особливо за наявності гіперкапнії в денний час. Вона може покращити виживаність.

У пацієнтів з ХОЗЛ за наявності синдрому обструктивного апное сну рекомендується проведення терапії позитивним тривалим тиском у повітроносних шляхах, що покращує виживаність та знижує ризик госпіталізації.

GOLD – Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Diseases (updated 2011)

Супутні захворювання можливі при всіх ступенях тяжкості ХОЗЛ та можуть викликати труднощі при диференційній діагностиці. Наприклад, у пацієнта з ХОЗЛ та серцевою недостатністю загострення ХОЗЛ може супроводжуватися погіршенням серцевої недостатності.

Короткий огляд ведення ХОЗЛ та окремих супутніх захворювань

Рекомендації можуть бути недостатніми для ведення всіх пацієнтів та не замінюють чинні настанови щодо ведення цих нозологій.

Захворювання серцево-судинної системи – це одна з основних супутніх патологій у пацієнтів з ХОЗЛ і, ймовірно, найчастіша та найважливіша, що співіснує з ХОЗЛ. Слід ураховувати наявність ішемічної хвороби серця (ІХС), серцевої недостатності, фібриляції шлуночків та гіпертензії.

Поширеність ІХС підвищується при ХОЗЛ деякою мірою завдяки несприятливому профілю ризику у пацієнтів з ХОЗЛ. Є докази, що ушкодження міокарда не береться до уваги і, таким чином, ІХС гіподіагностується у хворих на ХОЗЛ.

Щодо лікування ІХС у пацієнтів з ХОЗЛ (відповідно до настанов) немає доказів, що ІХС потрібно лікувати інакше за наявності ХОЗЛ. У значній частині пацієнтів з ІХС показано застосування β-блокаторів для лікування стенокардії або після інфаркту міокарда. Використання селективних β-блокаторів безпечніше, але ці докази представлені у відносно короткотривалих дослідженнях. Користь від призначення селективних β₁-блокаторів, коли вони показані при ІХС, значно більша, ніж потенційний ризик, пов'язаний з їх застосуванням, навіть у хворих із тяжким перебігом ХОЗЛ.

Лікування ХОЗЛ при ІХС проводиться за стандартною схемою, оскільки немає доказів, що ХОЗЛ має лікуватись інакше за наявності ІХС. Про це свідчать результати великих довготривалих досліджень тільки ХОЗЛ, але немає таких досліджень у хворих з поєднанням ХОЗЛ та ІХС. Хоча немає досліджень щодо препаратів, які застосовуються для лікування ХОЗЛ у хворих із нестабільною стенокардією, вірогідно, є сенс уникати застосування надвисоких доз β_2 -агоністів.

Серцева недостатність – часта супутня патологія при ХОЗЛ. Приблизно 30% хворих зі стабільним ХОЗЛ мають серцеву недостатність будь-якого ступеня, а погіршення серцевої недостатності є достовірним диференційно-діагностичним критерієм загострення ХОЗЛ. Приблизно 30% хворих з клінічними проявами серцевої недостатності мають ХОЗЛ, і наявність супутнього ХОЗЛ часто є причиною гострої серцевої недостатності. Показник ОФВ₁ є важливим предиктором смертності при серцевій недостатності. Часто діагнози серцевої недостатності, ХОЗЛ та бронхіальної астми плутають, оскільки провідним симптомом цих захворювань є задишка, тому до їх діагностики необхідно мати особливий підхід.

Лікування серцевої недостатності у хворих на ХОЗЛ проводиться відповідно до чинних настанов, оскільки немає доказів, що серцева недостатність має лікуватись інакше за наявності ХОЗЛ. Застосування селективних β_1 -блокаторів має значний вплив на виживаність пацієнтів із серцевою недостатністю за наявності ХОЗЛ і це має бути аргументом для пацієнтів, які не отримують належної терапії. Однак, як і при ІХС, лікування селективними β_1 -блокаторами вважається більш безпечним у хворих із серцевою недостатністю із супутнім ХОЗЛ. Дослідження показали, що лікування із застосуванням бісопрололу у хворих із серцевою недостатністю при супутньому ХОЗЛ зменшує ОФВ₁, але не погіршує симптоми та якість життя та селективні β -блокатори, безумовно, мають перевагу над неселективними в лікуванні пацієнтів із серцевою недостатністю із супутнім ХОЗЛ. Переваги селективних β_1 -блокаторів у лікуванні серцевої недостатності значно перевищують потенційні ризики, пов'язані з лікуванням, навіть у хворих з тяжким перебігом ХОЗЛ.

Лікування ХОЗЛ у хворих із серцевою недостатністю звичайне, немає доказів, що воно має проводитись інакше за наявності серцевої недостатності. Про це свідчать результати великих довготривалих досліджень у пацієнтів із серцевою недостатністю із супутнім ХОЗЛ. Обсерваційне дослідження виявило, що ризик смерті та госпіталізації підвищується у пацієнтів із серцевою недостатністю, які отримували лікування β -агоністами, що, можливо, вказує на необхідність детального спостереження за хворими із тяжкою серцевою недостатністю, які отримують таке лікування при ХОЗЛ.

Фібриляція передсердь – це найчастіша серцева аритмія, поширеність якої збільшена у пацієнтів з ХОЗЛ. ХОЗЛ та фібриляція передсердь викликають труднощі у клініцистів, тому що задишка та втрата працездатності – результати співіснування обох цих захворювань.

Лікування фібриляції передсердь у хворих на ХОЗЛ проводиться згідно з чинними настановами, немає доказів, що пацієнти з ХОЗЛ мають лікуватись інакше за наявності фібриляції передсердь. Якщо застосовуються β -блокатори, перевага надається селективним β_1 -блокаторам.

Лікування ХОЗЛ у хворих з фібриляцією шлуночків проводиться за стандартною схемою, однак немає достовірних даних щодо застосування препаратів для лікування ХОЗЛ у хворих з фібриляцією шлуночків, оскільки їх зазвичай виключають із клінічних досліджень. Існує клінічна думка, що потрібно з обережністю призначати високі дози β_2 -агоністів, оскільки вони можуть створити труднощі при контролі ЧСС.

Артеріальна гіпертензія (АГ) – найчастіша патологія при ХОЗЛ, яка має значення при прогнозі. Лікування АГ у пацієнтів з ХОЗЛ проводиться згідно з чинними настановами, немає доказів, що це захворювання має лікуватись інакше за наявності ХОЗЛ. Перевага надається селективним β_1 -блокаторам. Лікування ХОЗЛ у хворих з АГ звичайне, немає доказів, що ХОЗЛ має лікуватись інакше за наявності АГ.

Остеопороз – одна з основних супутніх патологій у пацієнтів з ХОЗЛ, часто гіподіагностується, асоціюється з поганим статусом здоров'я та прогнозом. Частіше спостерігається у хворих з емфіземою, зниженою масою тіла (зменшеним ІМТ) та масою вільного жиру.

Лікування остеопорозу у пацієнтів з ХОЗЛ проводиться згідно з клінічними настановами з остеопорозу. Немає доказів, що остеопороз за наявності ХОЗЛ потрібно лікувати інакше. Лікування ХОЗЛ у пацієнтів з остеопорозом проводиться за стандартною схемою, однак немає доказів, що стабільний ХОЗЛ має лікуватись інакше у хворих з остеопорозом. Інгаляційний триамсінолон асоціюється зі збільшенням втрати кісткової маси (згідно з результатами Lung Health Study II), тоді як у дослідженнях будесоніду (дослідження EUROSCOP) та інгаляційного флютиказону (дослідження TORCH) подібні результати не були отримані. Зв'язок між ІКС та переломами був виявлений у фармакоепідеміологічних дослідженнях, однак ці дослідження не враховували тяжкість ХОЗЛ, загострення та їх лікування.

Системні кортикостероїди значно підвищують ризик виникнення остеопорозу, тому за можливості потрібно уникати повторних курсів прийому системних кортикостероїдів при загостреннях ХОЗЛ.

Тривожність та депресія – одні з найголовніших супутніх станів у пацієнтів з ХОЗЛ, які асоціюються з поганим прогнозом, часто виникають у більш молодому віці, у жінок, курців, при зменшеному ОФВ₁, кашлі, зниженій якості життя (підвищеному рівні балів за опитувальником Госпіталю святого Георгія), пов'язаній із захворюванням, за наявності в анамнезі серцево-судинних захворювань.

Лікування тривожності та депресії у пацієнтів з ХОЗЛ проводиться згідно з чинними настановами, немає доказів, що вони мають лікуватись інакше

за наявності ХОЗЛ. Лікування ХОЗЛ при тривожності та депресії – немає доказів, що стабільний ХОЗЛ має лікуватись інакше. Потрібно відзначити потенційний вплив пульмональної реабілітації, оскільки окремі дослідження позитивно впливають на депресію в цілому.

Коментар робочої групи

Згідно з оновленою Настановою з ведення миготливої аритмії (Guidelines for Management of Atrial Fibrillation (2010) and Focused Update (2012), ESC Clinical Practice Guidelines), слід уникати застосування пропранолону для відновлення нещодавнього пароксизму фібриляції передсердь у пацієнтів, які мають тяжкий перебіг ХОЗЛ. Використання препаратів, що зменшують прояв бронхоспазму, особливо теофілінів та β -агоністів, може спричинити напади фібриляції передсердь (рівень доказів ІІІС).

Анти тромботичне лікування показане всім хворим з фібриляцією передсердь, за виключенням тих випадків, коли хворий входить до групи низького ризику розвитку тромбоемболічних ускладнень. Використання шкали CHADS₂ для стратифікації ризику дасть змогу виявити хворих групи високого ризику, у яких обов'язковим є призначення антагоніста вітаміну К під контролем МНО (2-3) – <http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/GuidelinesDocuments/guidelines-afib-FT.pdf>.

ХОЗЛ часто супроводжується наявністю ЛГ, яка зрештою може стати однією з причин *cor pulmonale*. Згідно з рекомендаціями Європейського товариства кардіологів щодо діагностики та лікування легеневої гіпертензії (2009), рекомендоване призначення таким пацієнтам інгібіторів фосфодіестерази-5 (рівень доказів ІА) та антагоністів рецепторів ендотеліну (рівень доказів ІА). Проте призначення специфічної терапії ЛГ пацієнтам із цим захворюванням, що розвинулося внаслідок ХОЗЛ, не рекомендоване (рівень доказів ІІІС) – <http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/GuidelinesDocuments/guidelines-PH-FT.pdf> (Guidelines on Diagnosis and Treatment of Pulmonary Hypertension, 2011).

NICE 101. Chronic obstructive pulmonary disease. Management of chronic obstructive pulmonary disease in primary and secondary care. June 2010

Виявлення і лікування тривожності та депресії

Фахівці у сфері охорони здоров'я повинні мати настороженість щодо виникнення депресії у пацієнтів з ХОЗЛ.

NICE 101. Chronic obstructive pulmonary disease. Management of chronic obstructive pulmonary disease in primary and secondary care. June 2010

Рекомендації

№ з/п	Рекомендація	Ступінь рекомендацій
R103	Можливість наявності тривоги і депресії потрібно припускати у пацієнтів: <ul style="list-style-type: none"> • з гіпоксією; • з наявністю тяжкої форми диспное; • госпіталізованих у стаціонар з ХОЗЛ 	D

Настанова NICE з лікування і ведення депресії у дорослих з хронічними фізичними проблемами зі здоров'ям (жовтень 2009 р.) оновлює рекомендації щодо лікування депресії у пацієнтів з ХОЗЛ.

Це доповнення до рекомендацій акцентує увагу на пропозиції психологічних і психосоціальних втручань перш ніж призначати антидепресанти.

GOLD – Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Diseases (updated 2011)

Рак легень часто спостерігається у пацієнтів з ХОЗЛ, вважається найчастішою причиною смерті пацієнтів з легким перебігом ХОЗЛ.

Згідно з чинними настановами, немає доказів, що рак легень у пацієнтів з ХОЗЛ має лікуватись інакше. Однак часто знижена функція легень при ХОЗЛ може бути фактором, що обмежує можливість хірургічного втручання при раку.

Лікування ХОЗЛ у хворих на рак проводиться за стандартною схемою, немає доказів, що стабільний ХОЗЛ має лікуватись інакше у хворих на рак.

Інфекції. Тяжкі інфекції, зокрема респіраторні, часто спостерігаються у пацієнтів з ХОЗЛ. При лікуванні інфекцій у пацієнтів з ХОЗЛ застосовуються макроліти, які підвищують концентрацію теофіліну в сироватці крові. Крім цього, немає доказів, що інфекції мають лікуватись інакше, ніж зазвичай. Однак повторні курси антибіотиків при загостреннях можуть підвищувати ризик виникнення антибіотикорезистентних штамів та сприяти поширенню тяжких інфекцій.

Лікування ХОЗЛ у хворих з інфекціями – відсутні докази, що стабільний перебіг ХОЗЛ має лікуватись інакше, ніж зазвичай. Якщо у хворих, які приймають ІКС, розвиваються повторні пневмонії, прийом цих препаратів має бути припинений, щоб з'ясувати, чи є ці препарати причиною пневмонії.

Метаболічний синдром та цукровий діабет часто розвиваються у пацієнтів з ХОЗЛ і можуть погіршувати прогноз.

Лікування цукрового діабету у пацієнтів з ХОЗЛ (згідно з чинними настановами) – немає доказів, що він має лікуватись інакше. Однак у хворих з тяжким перебігом ХОЗЛ не рекомендується зниження індексу маси тіла <21 кг/м².

Лікування ХОЗЛ у хворих на цукровий діабет – відсутні докази щодо іншого лікування, ніж зазвичай.

Далі буде.

