

Резолюція з діагностики і лікування хронічного обструктивного захворювання легень в роботі лікаря загальної практики - сімейної медицини і внутрішніх хвороб

Запідозрити ХОЗЛ може лікар будь-якої спеціалізації в усіх пацієнтів з задишкою, обмеженням активності через швидку втому, хронічним кашлем з/або без виділення мокротиння, свистячим диханням.

Фактори ризику розвитку ХОЗЛ: вік старше 40 років; активне чи пасивне куріння; забруднення повітря спалюванням деревини, вугілля; професійний вплив; спадковий дефіцит альфа -1-антитрипсину; наявність БА, туберкульозу чи ВІЛ в анамнезі; Спірометрія з маневром форсованого видиху є обов'язковою для підтвердження діагнозу ХОЗЛ - зменшення співвідношення $\text{ОФВ}_1/\text{ФЖЄЛ} < 0,7$ (70%) після прийому бронхолітика свідчить про наявність бронхообструкції, характерної для ХОЗЛ.

Лікарем загальної практики – сімейним лікарем може проводитися призначення початкової інгаляційної терапії пацієнту з ХОЗЛ, перегляд терапії, вибір оптимального пристрою для введення ліків для кожного окремого пацієнта та навчання пацієнта використанню інгалятора, перевірка правильності техніки інгаляції [1].

Пацієнтів з ХОЗЛ в залежності від кількості загострень та вираженості симптомів захворювання, розділяють на три групи (А, В, Е). Вираженість симптомів визначається в балах за допомогою шкал-опитувальників: тест оцінки ХОЗЛ (ТОХ) та модифікована шкала для оцінки тяжкості задишки Медичної дослідницької ради (ММДР).

Група А: пацієнти з низьким ризиком загострень (0 – 1 помірне загострення, без госпіталізації), симптоми менше виражені ($\text{ММКД} < 2$, $\text{ТОХ} < 10$). Початкове фармакологічне лікування цієї групи пацієнтів – бронхолітики. М-холінолітики тривалої дії (МХТД) є переважним вибором.

Група В: пацієнти з низьким ризиком загострень (0 – 1 помірне загострення, без госпіталізації), симптоми більше виражені ($\text{ММКД} \geq 2$, $\text{ТОХ} \geq 10$). Початкове лікування – комбінація бронхолітиків тривалої дії: β_2 -агоніст + холінолітик (БАТД+МХТД).

Група Е: пацієнти з високим ризиком загострень (≥ 2 помірних загострень, або ≥ 1 загострення з госпіталізацією), незалежно від вираженості симптомів. Початкове лікування пацієнтів цієї групи – комбінація бронхолітиків тривалої дії: β_2 -агоніст + холінолітик (БАТД+МХТД). Слід врахувати можливість додавання до комбінації інгаляційних кортикостероїдів при рівні еозинофілів крові понад 300/мкл [1].

М-холінолітик тривалої дії тіотропію бромід 18 мкг* є основою базисної терапії у всіх групах пацієнтів з ХОЗЛ. За результатами досліджень тіотропію бромід 18 мкг* у пацієнтів з ХОЗЛ знижує виразність задишки на 34%, знижує ризик загострень на 35% та знижує ризик смертності від усіх причин на 34% (серед пацієнтів із $\text{ОФВ}_1 > 60\%$) [2,3,4].

Рада Експертів із сімейної медицини та загальної практики рекомендує, що при загостренні та при високому ризику загострення ХОЗЛ терапевти та сімейні лікарі, якщо на попередньому етапі не було призначено, після визначення параметрів спірометрії, можуть самостійно ініціювати призначення тіотропію броміда у дозі 18 мкг. Даний препарат включений у Програму «Доступні ліки України».

Література:

1. Уніфікований клінічний протокол первинної, спеціалізованої та екстреної медичної допомоги «Хронічне обструктивне захворювання легень», згідно з наказом МОЗ №1610 від 20.09.2024, доступний за посиланням:

<https://www.dec.gov.ua/mtd/hronichne-obstruktyvne-zahvoryuvannya-legen/>

2. Tashkin DP, Celli B, Senn S, et al; for the UPLIFT Study Investigators. A 4-year trial of tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med.* 2008;359(15):1543-1554

3. Dusser D. et al. The effect of tiotropium on exacerbations and airflow in patients with COPD; Eur Respir J 2006; 27:547-555
4. Tashkin DP. et al. Efficacy of Tiotropium in COPD patients with FEV1 \geq 60% participating in the UPLIFT trial; COPD. 2012; 9(3):28996*49036dn_1495_21082023_dod_1.pdf (moz.gov.ua)