

# Хронічне обструктивне захворювання легень

## Адапована клінічна настанова, заснована на доказах

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

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. Ішук

М.О. Полянська

Н.В. Пучкова

Л.А. Романенко

О.А. Росицька

М.М. Ткаченко

Н.А. Чайка

О.В. Шапкарина

Продовження. Початок у № 7-14, 17-19, 21-24.

### 1.3.3. Дослідження загострення

Діагноз загострення формується на основі клінічної картини захворювання і не залежить від результатів досліджень; проте в певних ситуаціях дослідження можуть допомогти у виборі адекватного лікування.

#### Рекомендації

№ з/п	Рекомендація для первинного рівня медичної допомоги	Ступінь рекомендацій
R136	У пацієнтів із загостренням, яких ведуть на первинному рівні: • не рекомендується збір і направлення мокротиння на посів у рутинній практиці; • проведення пульсоксиметрії має значення, якщо виражена симптоматика загострення	D
R137	Усім пацієнтам із загостренням, направленим у стаціонар, необхідно: • провести рентгенографію грудної клітки; • зробити аналіз газового складу артеріальної крові і записати концентрацію поглинання кисню; • записати ЕКГ (з метою виключення супутніх захворювань); • зробити повний аналіз крові і сечі, а також визначити рівень електролітів крові; • якщо мокротиння має гнійний характер, його слід направити в баклабораторію для проведення мікроскопії і посіву на бактерії та чутливість до антибіотиків. У пацієнтів, які приймають теофіліни, під час госпіталізації слід визначити рівень теофіліну в плазмі крові. За наявності у пацієнта лихоманки необхідне проведення аналізу крові для посіву на стерильність	D

### 1.3.4. Стаціонар вдома та допоміжні схеми лікування

Упродовж минулих років була проявлена зацікавленість до оцінки стану деяких госпіталізованих пацієнтів з метою їх ранньої виписки на догляд в домашніх умовах. При цьому пацієнти забезпечуються необхідною підтримкою мультидисциплінарної команди, відвідуються спеціально навченими медичними сестрами, їм може надаватися необхідне додаткове устаткування (наприклад, небулайзер, компресор або кисневий концентратор).

Висновки досліджень	Рівень доказів
У пацієнтів із загостренням ХОЗЛ, які знаходяться на догляді в лікарні, не виявлено істотних відмінностей у розмірі показника ОФВ <sub>1</sub> та кількості повторних госпіталізацій, а також кількості днів, протягом яких надавалася допомога, порівняно з пацієнтами, які доглядалися в домашніх умовах	Ib
Між пацієнтами, які отримували догляд вдома і в стаціонарних умовах, не виявлено істотних відмінностей у коливанні показника смертності	Ib
Між групами пацієнтів, які доглядалися вдома і в стаціонарі, при дослідженні якості життя з використанням анкетного респіраторного опитувальника не виявлено істотних відмінностей	Ib

#### Рекомендації

№ з/п	Рекомендація	Ступінь рекомендацій
R138	Стаціонар вдома та схеми допоміжного лікування ефективні і безпечні та можуть використовуватися як альтернативний спосіб лікування пацієнтів із загостренням ХОЗЛ, які повинні бути б бути госпіталізовані в стаціонар для продовження лікування	A
R139	Для виконання цих схем потрібна мультидисциплінарна команда, яка включає представників суміжних медичних спеціальностей із досвідом лікування пацієнтів з ХОЗЛ. Також до складу цієї команди можуть входити медичні сестри, фізіотерапевти, терапевти загального профілю та інші медичні працівники	D
R140	На сьогодні недостатньо даних, щоб підтвердити рекомендації щодо того, яким пацієнтам із загостренням найбільш показано лікування вдома або рання виписка зі стаціонару. Відбір таких пацієнтів повинен залежати від доступних ресурсів і відсутності поганих прогностичних чинників, наприклад ацидозу	D
R141	Слід урахувати, якому лікуванню віддає перевагу пацієнт – вдома чи в лікарні	D

### 1.3.5. Фармакологічне лікування

#### Інгаляційні бронходилататори

Збільшення ступеня порушення дихання є загальною характеристикою загострення ХОЗЛ. Загострення зазвичай лікується за допомогою підвищення доз бронходилататорів короткої дії або зміною шляхів введення препаратів.

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

Незважаючи на те, що відсутні контрольовані дослідження, у лікуванні загострень надається перевага β<sub>2</sub>-агоністам короткої дії з/без холінолітиків короткої дії (рівень доказів C). Відсутні клінічні дослідження щодо оцінки інгаляційних бронхолітиків довготривалої дії (як β<sub>2</sub>-агоністів, так і холінолітиків) з/без ІКС у разі загострення. Систематичні огляди шляхів введення бронходилататорів короткої дії показали, що немає суттєвої різниці щодо впливу на ОФВ<sub>1</sub> при призначенні препаратів через ДАІ (з/без спейсера) або небулайзер, хоча у хворих з ослабленим імунітетом краще застосовувати небулайзери.

Ефекти бронходилататорів розглянуті в попередніх розділах.

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

##### Системи доставки інгаляційних препаратів при загостренні

Бронходилататори використовуються для терапії вираженої задишки у разі загострення. Деякі пацієнти, які використовують дозовані інгалятори, під час загострень переходять на терапію небулайзером.

Висновки досліджень	Рівень доказів
При загостреннях ХОЗЛ однаково ефективні в досягненні бронходилатації як дозовані інгалятори (при використанні спейсера і правильній інгаляційній техніці), так і небулайзери	IV
Для терапії невеликими дозами бронходилататорів (наприклад, 100-400 мг салбутамолу або тербуталіну) зручніше застосувати дозовані інгалятори, але при використанні небулайзера можливе застосування вищих доз	IV
При використанні дозованого інгалятора пацієнти із задишкою не завжди здатні вдихати поволі і достатньо глибоко	IV
Застосування небулайзерів широко поширене в лікарнях, оскільки не потребує спеціального навчання або спостереження	IV

#### Рекомендації

№ з/п	Рекомендація	Ступінь рекомендацій
R142	Для проведення інгаляцій під час загострення ХОЗЛ можуть бути використані як небулайзери, так і кишенькові інгалятори	A
R143	Вибір системи для введення препаратів повинен урахувати необхідну дозу лікарської речовини, здатність пацієнта використовувати пристрій і можливість контролю терапії	D
R144	Пацієнти повинні переходити на кишенькові інгалятори як тільки їх стан стабілізується, оскільки це дасть змогу здійснити більш ранню виписку зі стаціонару	D
R145	За наявності у пацієнта гіперкапнії або ацидозу розпилювання повинне проводитися стиснутим повітрям, але не киснем (щоб уникнути посилення гіперкапнії і пригнічення дихання). Якщо одночасно потрібна киснева терапія, вона повинна здійснюватися через носовий катетер	D
R146	Газ, що вводиться при аерозольній терапії, завжди повинен бути вказаний у призначенні	D

#### Системні кортикостероїди

Цей розділ базується на застосуванні пероральних або системних кортикостероїдів (виключаючи інгаляційні стероїди) при загостренні ХОЗЛ.

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

Результати досліджень, проведених на вторинному рівні медичної допомоги, свідчать, що застосування системних кортикостероїдів при загостреннях ХОЗЛ скорочує термін одужання, покращує функцію легень (ОФВ<sub>1</sub>) та артеріальну гіпоксемію (PaO<sub>2</sub>) (рівень доказів A) і знижує ризик раннього повторення загострення, невдач лікування та зменшує тривалість перебування у стаціонарі. Рекомендується використання преднізолону в дозі 30-40 мг/добу протягом 10-14 днів (рівень доказів D). Перевагу має пероральне застосування преднізолону. Небулізований булсонід може бути альтернативою кортикостероїдам для перорального застосування в лікуванні загострення ХОЗЛ.

#### Коментар робочої групи

Робоча група рекомендує також застосування небулізованого флютиказону в еквівалентних дозах.

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

Висновки досліджень	Рівень доказів
У пацієнтів, які приймали кортикостероїди протягом принаймні 72 год при загостренні ХОЗЛ, виявлено підвищення ОФВ <sub>1</sub> порівняно з групою плацебо	Ia
Виявлено статистично істотне поліпшення артеріального PaO <sub>2</sub> за перші 72 год на користь групи пацієнтів, які приймали стероїди, порівняно з групою плацебо (p<0,05)	Ib
Значно коротша тривалість госпіталізації була продемонстрована у пацієнтів, які приймали стероїди, порівняно з групою плацебо (p=0,027; p=0,03) відповідно	Ib
Не виявлено статистично істотних відмінностей між групою пацієнтів, які отримували стероїди, і групою плацебо відносно показника смертності	Ia
Не виявлено ніяких важливих клінічних відмінностей у результатах загострень між пацієнтами, які приймали системні кортикостероїди курсом 2 тиж, і пацієнтами, які отримували ці препарати протягом 8 тиж	
Тривають дискусії щодо оптимальної дози і тривалості лікування стероїдами під час загострення. Невеликі дослідження свідчать, що нижчі дози і коротші курси лікування також можуть бути ефективними	Ia
Пацієнти, які отримували лікування кортикостероїдами, мали побічні дії в 3,7 раза частіше, ніж особи, які приймали плацебо	Ia

Далі буде.