

Хронічне обструктивне захворювання легень

Адаптована 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	О.І. Гайдук	В.В. Бондар	С.Г. Іщук
В.К. Гаврисюк, д.м.н., професор	М.О. Полянська	Н.В. Пучкова	Л.А. Романенко
О.Я. Дзюблик, д.м.н., професор	О.А. Росицька	М.М. Ткаченко	Н.А. Чайка
Ю.М. Мостовой, д.м.н., професор	Л.Ф. Матюха, д.м.н.	О.В. Шапкаріна	
Н.Д. Чухрієнко, д.м.н., професор			
Л.О. Яшина, д.м.н., професор			
А.В. Басанець, д.м.н.			

Продовження. Початок у № 7-14, 17-19, 21-24/2014, № 2, 4/2015.

Стимулятори дихання
Під час загострень у деяких пацієнтів розвивається гіперкапнічна дихальна недостатність. На сьогодні для лікування цього стану використовують НІВ, а також препарати центральної дії для стимуляції дихального центру. Ці препарати мають коротку тривалість дії; вводяться внутрішньовенно.
Було виявлено декілька досліджень щодо застосування стимуляторів дихання при загостреннях ХОЗЛ, але результати всіх цих випробувань потрібно розглядати з обережністю через методологічні обмеження. У світлі цього неможливо представити докази, засновані на цих даних.

Висновки досліджень	Рівень доказів
У пацієнтів із загостренням ХОЗЛ і проявами дихальної недостатності НІВ ефективніша, ніж доксапрам	IV
Недостатньо доказів, щоб рекомендувати зміну клінічної практики використання доксапраму для лікування дихальної недостатності під час загострення ХОЗЛ	IV

Рекомендації		
№ з/п	Рекомендація	Ступінь рекомендацій
R163	Рекомендується застосування доксапраму тільки в разі, якщо НІВ недоступна або вважається недоречною	D

Коментар робочої групи
Станом на 01.11.2012 р. в Україні лікарський засіб доксапрам не зареєстрований.

1.3.6. Киснева терапія при загостренні ХОЗЛ
GOLD – Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Diseases (updated 2011)
Киснева терапія — ключовий компонент стаціонарного лікування загострення ХОЗЛ. Киснева підтримка має титруватися для того, щоб покращити гіпоксію хворого та досягти SaO₂ 88-92%. Під час проведення кисневої терапії слід контролювати рівень газів артеріальної крові через кожні 30-60 хв, щоб упевнитися, що оксигенація достатня і немає затримки СО₂ або ацидозу. Маски Вентурі (високопоточні) забезпечують більш ретельну та контрольовану доставку кисню, ніж носові канюлі, але гірше переносяться хворими.

NICE 101. Chronic obstructive pulmonary disease. Management of chronic obstructive pulmonary disease in primary and secondary care. June 2010
Під час загострення ХОЗЛ у хворих посилюється задишка. Це може бути пов'язано з гіпоксією; для зменшення симптомів та збільшення насичення крові киснем використовується кисень. Часто пацієнтам подають кисень під час транспортування до стаціонару в автомобілі швидкої медичної допомоги та під час лікування загострення. Головна мета полягає в тому, щоб запобігти небезпечній для життя гіпоксії; проте у пацієнтів з ХОЗЛ це слід робити з обережністю, оскільки в окремих хворих респіраторний драйв залежить від ступеня гіпоксії більшою мірою, ніж від гіперкапнії, і безконтрольна киснева терапія може призвести до пригнічення дихального центру, наркозу СО₂ і зрештою до зупинки дихання.
Велика частина літератури щодо використання кисневої терапії при загостренні ХОЗЛ застаріла, і в багатьох дослідженнях не було контрольних груп.

№ з/п	Рекомендація	Ступінь рекомендацій
R164	Якщо немає апаратури для вимірювання газового складу артеріальної крові, необхідно визначити рівень насичення киснем артеріальної крові у пацієнтів із загостренням ХОЗЛ	D
R165	За потреби необхідно подавати кисень для підтримки SaO ₂ у межах індивідуального цільового діапазону	C
R166	Пульсоксиметри мають бути доступні усім працівникам охорони здоров'я, які надають медичну допомогу пацієнтам із загостренням ХОЗЛ. Клініцисти повинні знати техніку застосування пульсоксиметрів і про те, що вони не надають інформації щодо PaCO ₂ або pH	D
R169	У всіх пацієнтів із загостренням ХОЗЛ, які були госпіталізовані, мають бути визначені рівень газів артеріальної крові і концентрація кисню. Вимірювання газів артеріальної крові повинно проводитися регулярно відповідно до реакції на лікування	D

1.3.7. НІВ при загостренні ХОЗЛ
НІВ є методом надання вентиляційної підтримки, який не потребує розміщення ендотрахеальної трубки. Ця процедура зазвичай проводиться через маску, яка покриває ніс, але іноді потрібна повнолицьова маска, яка покриває ніс і рот.
Апарати для НІВ поділяють на компактні і портативні.
НІВ зараз широко використовується для лікування дихальної недостатності при загостренні ХОЗЛ.

GOLD – Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Diseases (updated 2011)
НІВ досліджувалася в декількох РКД гострої дихальної недостатності, успішна у 80-85% випадків. НІВ покращує респіраторний ацидоз (збільшує рН та зменшує PaCO₂) та знижує частоту дихання, тяжкість задишки, загострення (вентиляторасоційовану пневмонію), зменшує тривалість перебування в стаціонарі (рівень доказів А). Найважливішим є те, що застосування цього методу знижує смертність та частоту інтубації (рівень доказів А).
Показання до застосування НІВ:
• респіраторний ацидоз (рН артеріальної крові ≤7,35 та/або PaCO₂ ≥6,0 кПа, 45 мм рт. ст.);
• тяжка задишка з клінічними ознаками, які свідчать про недостатність дихальних м'язів, збільшення роботи дихання або наївність обох симптомів, участь допоміжних дихальних м'язів, парадоксальні рухи черевом або западання міжреберних проміжків.

Висновки досліджень	Рівень доказів
Застосування НІВ порівняно зі звичайною медичною допомогою знижує показник смертності (BP 0,41; 95% ДІ 0,26-0,64)	Ia
Застосування НІВ порівняно зі звичайною медичною допомогою зменшує потребу в інтубації (BP 0,42; 95% ДІ 0,31-0,59)	Ia
Застосування НІВ порівняно зі звичайною медичною допомогою знижує ризик виникнення ускладнень (переважно вентиляторасоційовану пневмонію) у групі НІВ (BP 0,32; 95% ДІ 0,18-0,56)	Ia
Застосування НІВ порівняно зі звичайною медичною допомогою зменшує тривалість перебування в лікарні – 3,24 дні (95% ДІ 4,42-2,06)	Ia

Рекомендації		
№ з/п	Рекомендація	Ступінь рекомендацій
R171	НІВ повинна використовуватися як терапія вибору у разі стійкої гіперкапнічної дихальної недостатності, яка зберігається, незважаючи на оптимальне лікування	A
R172	Рекомендується, щоб апаратура НІВ доставлялася на місце її проведення персоналом, який пройшов навчання щодо роботи з устаткуванням, має досвід проведення цього виду лікування та ознайомлений з обмеженнями	D
R173	Коли пацієнту починають терапію НІВ, необхідний чіткий план, що передбачає дії у разі погіршення стану	D

1.3.8. Інвазивна вентиляція та інтенсивна терапія
GOLD – Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Diseases (updated 2011)
Показання до проведення інвазивної механічної вентиляції:
• непереносимість НІВ або її неефективність;
• зупинка дихання або серця;
• респіраторні паузи із втратою свідомості або утруднене дихання;
• погіршення свідомості, психомоторне збудження, які неадекватно контролюються седативними засобами;
• масивна аспірація;
• персистуюча неспроможність відкашлювати респіраторний секрет;
• ЧСС <50 уд./хв із втратою активності;
• тяжка гемодинамічна нестабільність за відсутності відповіді на введення рідини та вазоактивних препаратів;
• тяжка вентрикулярна аритмія;
• загрозна для життя гіпоксемія у хворих, які не переносять НІВ.

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

НІВ є переважно початковим етапом терапії дихальної недостатності під час загострень ХОЗЛ, але деякі пацієнти не реагують на лікування і це потребує застосування інтубації та вентиляції.

Висновки досліджень	Рівень доказів
Середня тривалість механічної вентиляції у пацієнтів із ХОЗЛ порівняно з хворими із гострим респіраторним дистрес-синдромом становила 5,1 vs 8,8 відповідно (p<0,001)	III
Тривалість перебування у відділенні інтенсивної терапії становила 1,2 дня у групі з ХОЗЛ проти 24,5 дня у групі з гострим респіраторним дистрес-синдромом (p=0,07), водночас як тривалість перебування в лікарні була 21,2 дні у групі пацієнтів з ХОЗЛ порівняно з 24,5 дня у групі хворих із гострим респіраторним дистрес-синдромом	III
Пацієнти, яким проводилася механічна вентиляція внаслідок гострої декомпенсації ХОЗЛ, мали значно нижчу смертність, ніж пацієнти, яким вона проводилася внаслідок гострої дихальної недостатності іншої етіології (p<0,001)	III
Смертність у пацієнтів, які потребували проведення механічної вентиляції >72 год, вища, ніж у пацієнтів, у яких вентиляція продовжувалася <72 год (37 vs 16%; p<0,01)	III
НІВ може успішно використовуватися для скорочення тривалості механічної вентиляції (p=0,002)	IIb

Рекомендації

№ з/п	Рекомендація	Ступінь рекомендацій
R174	Пацієнти із загостренням ХОЗЛ повинні отримувати лікування у відділенні інтенсивної терапії, включаючи інвазивну вентиляцію, якщо це вважатиметься необхідним	C
R175	Для оцінки необхідності інтубації і вентиляції у разі загострення ХОЗЛ має бути визначено: • функціональний стан; • ІМТ; • потребу в кисні при стабільному стані; • наявність супутніх захворювань; • попередню госпіталізацію до відділення інтенсивної терапії; • вік; • ОФВ₁. Для оцінки стану пацієнтів, які потребують проведення інтубації, не слід використовувати ізолювано ні вік, ні ОФВ ₁	D
R176	НІВ повинна призначатися пацієнтам, яким поступово відміняється інвазивна вентиляція	A

1.3.9. Респіраторна фізіотерапія при загостренні ХОЗЛ

Фізіотерапія традиційно використовувалася для зменшення кількості мокротиння при загостренні ХОЗЛ. Фізіотерапевти також беруть участь у реабілітації пацієнтів до виписки.

Фізіотерапевтичні процедури включають постуральний дренаж, перкусію грудної клітки, вібрацію, направлений кашель, форсований видих та експірацію під позитивним тиском.

Рекомендації

№ з/п	Рекомендація	Ступінь рекомендацій
R177	Фізіотерапія із застосуванням дихальної маски позитивного тиску повинна призначатися пацієнтам із загостренням ХОЗЛ для покращення виділення мокротиння	B

1.3.10. Контроль одужання після загострення

У пацієнтів, які перебувають у стаціонарі або знаходяться в стаціонарі на дому, або на допоміжній схемі виписки, необхідно здійснювати контроль відповіді на лікування. Така тактика дає змогу скоротити додаткову допомогу, яку отримують пацієнти, і більш точно визначити час виписки.

Рекомендації

№ з/п	Рекомендація	Ступінь рекомендацій
R178	Одужання пацієнтів повинне контролюватися регулярним клінічним обстеженням (оцінка симптомів) і визначенням функціональних ресурсів пацієнта	D
R179	Пульсоксиметрія повинна бути використана для контролю процесу одужання пацієнтів із негіперкапічною, неацидотичною дихальною недостатністю	D
R180	Повинен проводитися періодичний аналіз газового складу артеріальної крові для контролю процесу одужання пацієнтів із дихальною недостатністю і гіперкапінею або ацидозом, поки їх стан не стане стабільним	D
R181	Зазвичай не потрібне виконання щоденного контролю ПОШвид або ОФВ ₁ для перевірки одужання, оскільки коливання показників незначне порівняно з похибками вимірювання	D

1.3.11. Планування виписки

Планування виписки може допомогти знизити ризик повторної госпіталізації і зменшити використання лікарняного ліжка. Воно потребує оцінки фізичної форми пацієнтів для їх подальшої життєдіяльності.

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

На сьогодні недостатньо даних, що визначають оптимальну тривалість перебування в стаціонарі хворих із загостренням ХОЗЛ. У стаціонарі перед випискою пацієнти мають розпочати прийом бронходилататорів тривалої дії або β₂-агоністів і/або холінолітика з/без ІКС.

Критерії для виписки хворого із загостренням ХОЗЛ зі стаціонару:

- здатність приймати бронходилататори тривалої дії;
- потреба в інгаляційних β₂-агоністах короткої дії не частіше ніж кожні 4 год;
- пацієнт може пересуватися по кімнаті;
- хворий може їсти та спати без частих пробуджень унаслідок задишки;
- стан клінічно стабільний протягом 12-24 год;
- рівень газів артеріальної крові стабільний протягом 12-24 год;
- пацієнт (або той, хто за ним доглядає) повністю усвідомлює, як правильно застосовувати препарати;
- можливість організувати нагляд в амбулаторних умовах (візити медичної сестри, подача кисню, харчування);
- пацієнт, члени його родини та лікар упевнені, що хворий може лікуватися надалі в амбулаторних умовах.

Дії, необхідні при виписці зі стаціонару:

- упевнитися в ефективності дотримання фармакотерапії в домашніх умовах;
- переглянути техніку інгаляції;
- навчити хворого щодо важливості ролі дотримання режиму;
- надати інструкції щодо завершення стероїдотерапії та прийому антибіотиків, якщо вони були призначені;
- оцінити потребу в довготривалій кисневій терапії;
- призначити візит спостереження через 4-6 тиж;
- видати план лікування супутньої патології та її спостереження.

Заходи, які потребують оцінки під час візиту спостереження через 4-6 тиж після виписки:

- оцінити, як пацієнт справляється у домашніх умовах;
- виміряти ОФВ₁;
- переглянути техніку інгаляції;
- оцінити, як пацієнт розуміє рекомендований режим лікування;
- повторно оцінити потребу в довготривалій кисневій та/або небулайзерній терапії в домашніх умовах;
- оцінити можливість фізичної та повсякденної активності;
- визначити ТОХ або задишку за шкалою МКД;
- оцінити супутні захворювання.

Далі – вести так, як стабільних хворих із ХОЗЛ:

- робота щодо припинення тютюнопаління;
- моніторинг ефективності кожного препарату;
- моніторинг змін спірометричних показників;
- визначення чинників-предикторів повторних госпіталізацій – попередні госпіталізації; прийом кортикостероїдів для перорального застосування; проведення довготривалої кисневої терапії; погана, пов’язана зі здоров’ям якість життя; недостатня фізична активність у повсякденному житті.

Хворим із гіпоксемією під час загострень слід визначати рівень газів артеріальної крові та/або проводити пульсоксиметрію перед випискою і протягом наступних 3 міс. Якщо гіпоксемія зберігається, потрібна довготривала киснева терапія.

Попередження загострень ХОЗЛ

Часто загострення ХОЗЛ можна попередити. Припинення тютюнопаління, протигрипозна та протипневмококова вакцинація, знання терапії, що проводиться в цей час, включаючи техніку інгаляції, застосування бронходилататорів тривалої дії з/без ІКС, можливо інгібітору ФДЕ-4, є тими терапевтичними заходами, що знижують частоту загострень та госпіталізацій. Ранній початок легеневої реабілітації після госпіталізації внаслідок загострення ХОЗЛ безпечний. Результати свідчать, що вона на 3 міс достовірно покращує переносимість фізичних навантажень та статус здоров’я. Пацієнтам рекомендовано підтримувати фізичну активність, обговорювати з ними можливість виникнення тривожності, депресії, соціальних проблем.

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
R182	Спірометрія має бути проведена у всіх пацієнтів перед випискою	D
R183	Перед випискою хворим потрібно скоригувати їх оптимальну підтримувальну терапію бронходилататорами	D
R184	Пацієнти, які мали епізод дихальної недостатності, повинні мати задовільні результати оксиметрії або газового складу артеріальної крові перед випискою	D
R185	Усі аспекти рутинного лікування, яке отримував пацієнт (включаючи його доречність та ризик побічних ефектів), повинні бути оцінені перед випискою	D
R186	Пацієнтам перед випискою (або особам, які за ними доглядають удома) повинна бути надана вся інформація щодо правильного використання медикаментів, включаючи кисень	D
R187	Заходи щодо спостереження і допомоги вдома повинні бути організовані перед випискою (наприклад, медична сестра, яка контролюватиме стан, доставку кисню, надаватиме консультативну підтримку)	D
R188	Перед випискою пацієнт(-ка), його (її) сім’я і лікар повинні бути впевнені в тому, що він або вона може здійснювати догляд за собою. Якщо є сумніви відносно можливостей повсякденної діяльності, необхідно провести її оцінку	D

Далі буде.

