

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. Фещенко, 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

Продовження. Початок у № 7.

Синтез даних

Коментар робочої групи

За прототип цієї настанови взято оновлену клінічну настанову NICE Clinical Guideline 101. Chronic obstructive pulmonary disease. Management of chronic obstructive pulmonary disease in primary and secondary care. Jun 2010. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13029/49425/49425.pdf>. Проте деякі розділи за відсутності оновлення доказів ґрунтуються на даних NICE Clinical Guideline No 12. Chronic obstructive pulmonary disease. Management of chronic obstructive pulmonary disease in primary and secondary care. Feb 2004. http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG012_niceguideline.pdf. Глобальній стратегії з діагностики, ведення та попередження ХОЗЛ (GOLD – Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Diseases, updated 2011. www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2011_Feb21.pdf та Практичній клінічній настанові для амбулаторного ведення хронічного обструктивного захворювання легень VA/DoD clinical practice guideline for management of outpatient chronic obstructive pulmonary disease, 2007. http://www.healthquality.va.gov/copd/copd_20.pdf

Ці рекомендації були визначені як пріоритетні для впровадження.

Діагноз ХОЗЛ

- Діагноз ХОЗЛ повинен розглядатися як достовірний у пацієнтів віком понад 35 років, у яких є чинники ризику (тютюнопаління) і які мають утруднене дихання, хронічний кашель, регулярне виділення харкотиння, частий бронхіт у зимовий період або аускультативні зміни (хрипи).
- Наявність обструкції повітряних шляхів має бути підтверджена постбронходилатаційною* спірометрією (*2010). Усі лікарі, які обстежують пацієнтів з ХОЗЛ, повинні мати доступ до спірометрії і бути компетентними в інтерпретації результатів.

Припинення тютюнопаління

Стимулювання пацієнтів з ХОЗЛ до припинення тютюнопаління є одним із найбільш ефективних компонентів терапії (тютюнопаління підвищує ризик розвитку ХОЗЛ на 85%). Усі пацієнти з ХОЗЛ, які продовжують курити, незалежно від віку повинні заохочуватися до припинення тютюнопаління та отримувати необхідну допомогу для цього при будь-якій слушній нагоді.

Просування ефективної інгаляційної терапії

- Пацієнтам зі стабільним ХОЗЛ, які мають утруднене дихання або загострення, незважаючи на використання бронходилаторів короткої дії за потребою, необхідно запропонувати таку підтримуючу терапію:

- якщо $ОФВ_1 \geq 50\%$ розрахункового: або β_2 -агоніст тривалої дії, або антагоніст мускаринових рецепторів (холінолітик) тривалої дії;
- якщо $ОФВ_1 < 50\%$ розрахункового: або β_2 -агоніст тривалої дії в комбінації з інгаляційним кортикостероїдом (ІКС), або антагоніст мускаринових рецепторів тривалої дії.

- Запропонувати антагоніст мускаринових рецепторів тривалої дії додатково до комбінації β_2 -агоніста тривалої дії та ІКС пацієнтам зі стабільним ХОЗЛ, у яких залишається задишка або загострення, незважаючи на прийом комбінації β_2 -агоніста тривалої дії та ІКС незалежно від $ОФВ_1$.

Легенева реабілітація для всіх, хто її потребує

Легенева реабілітація повинна бути доступною усім пацієнтам із ХОЗЛ, включаючи тих, хто нещодавно був госпіталізований унаслідок загострення.

Використання неінвазивної вентиляції

- Неінвазивна вентиляція (НІВ) повинна використовуватися як лікування вибору у разі загострення ХОЗЛ із розвитком стійкої легеневої гіперкапічної недостатності та безуспішного застосування медикаментозної терапії. Вона має здійснюватися спеціально навченим персоналом, який знає про її особливості.

- На початку використання НІВ на випадок погіршення стану необхідно мати чіткий план дій і передбачити альтернативну терапію.

Ведення загострень

- Частота загострень має бути скорочена шляхом адекватного застосування ІКС і бронходилаторів, а також вакцинопрофілактики.
- Ушкоджуюча дія загострень може бути мінімізована шляхом:
 - надання порад щодо самоспостереження та реагування на появу симптомів загострення;
 - початку відповідного лікування кортикостероїдами для перорального застосування та/або антибіотиками;
 - застосування за наявності показань НІВ;
 - застосування госпітально-амбулаторних схем або схем ранньої виписки.

Забезпечення мультидисциплінарного лікування

Лікування ХОЗЛ повинне здійснюватися мультидисциплінарною командою фахівців.

Технічні деталі критеріїв аудиту

Ключовий пріоритет	Критерій: дані, назва	Виключення
Діагноз ХОЗЛ повинен розглядатися переважно у пацієнтів віком 35 років і старше, які мають чинники ризику (звичайне тютюнопаління) та утруднене дихання (задишка), хронічний кашель, регулярне виділення харкотиння, часті зимові бронхіти або аускультативні зміни в легенях (хрипи). Наявність перешкоди повітряному потоку повинна бути підтверджена спірометрією. Усі медичні працівники, які лікують пацієнтів з ХОЗЛ, повинні мати доступ до спірометрії і бути компетентними в інтерпретації результатів	Відсоток курців віком 35 років із хронічним кашлем і/або утрудненим диханням (задишкою), яким була проведена спірометрія. Відсоток пацієнтів з діагнозом ХОЗЛ, які були обстежені за допомогою спірометрії	Пацієнти, в яких неможливо провести спірометрію, наприклад, через наявність лицьового паралічу
Припинення тютюнопаління Заохочення пацієнтів з ХОЗЛ до припинення тютюнопаління – один із найбільш важливих компонентів їх лікування. Усі пацієнти з ХОЗЛ, які продовжують курити, незалежно від віку повинні стимулюватися до припинення тютюнопаління та отримувати необхідну для цього допомогу якомога швидше	Відсоток пацієнтів з ХОЗЛ, які курять на цей момент, і пацієнтів, які кинули курити та отримали відповідне лікування	
Ефективне лікування інгаляціями Інгаляції бронходилаторів тривалої дії повинні бути використані для усунення симптомів захворювання і поліпшення перенесення фізичних навантажень пацієнтами, у яких залишаються симптоми і після використання лікарських засобів короткої дії. З метою зменшення частоти загострень додати ІКС до бронходилаторів тривалої дії при лікуванні пацієнтів з $ОФВ_1 \leq 50\%$ від належного, які протягом попередніх 12 міс мали ≥ 2 загострень, які потребували лікування антибіотиками або кортикостероїдами для перорального застосування. Регулярне застосування ІКС покращує симптоми, функцію дихання, якість життя та зменшує частоту загострень у хворих на ХОЗЛ при $ОФВ_1 < 60\%$ від належних (GOLD, 2011).	Відсоток пацієнтів з $ОФВ_1 \geq 50\%$ від належного, які мали ≥ 2 загострень протягом 12-місячного періоду і яким була показана терапія ІКС у комбінації з β_2 -агоністами тривалої дії	Вибір пацієнта
Ппульмонологічна реабілітація необхідна всім, хто її потребує Ппульмонологічна реабілітація повинна бути доступною для всіх пацієнтів з ХОЗЛ	Відсоток пацієнтів з ХОЗЛ, які пройшли пульмонологічну реабілітацію	Вибір пацієнта
Використання неінвазивної вентиляції НІВ повинна бути використана як лікування стійкої гіперкапічної дихальної недостатності при загостренні і неефективному лікуванні. Вона повинна проводитися персоналом, який пройшов відповідне навчання та атестацію. Персонал повинен знати можливі ускладнення і протипоказання. Перед початком проведення НІВ необхідно мати чіткий план лікування у разі погіршення, повинно бути передбачено та узгоджено заміщення її іншою терапією	Відсоток пацієнтів з гострою гіперкапічною дихальною недостатністю, які отримали НІВ	
Лікування загострень Частота загострень повинна бути зменшена використанням ІКС і бронходилаторів, а також за допомогою відповідної вакцинації. Вплив загострень повинен бути мінімізований. Консультування пацієнтів з питань самолікування: • яких необхідно вжити заходів у разі виникнення симптомів загострення; • початку лікування за допомогою кортикостероїдів для перорального застосування і/або антибіотиків; • використання НІВ, якщо для цього є показання; • використання госпітально-надомної або допоміжної схеми при виписці	Частота та доречність кортикостероїдів для перорального застосування та антибіотиків	Вибір пацієнта

1.1. Діагностика ХОЗЛ

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

1.1.1. Симптоми

Діагностика ХОЗЛ залежить від наявності причин, що найбільш вірогідно викликали порушення дихання або кашель. Вона ґрунтується на сукупності симптомів і підтверджується спірометрією.

Важлива мультифакторна оцінка із урахуванням симптомів, таких як задишка, обмеження переносимості фізичних навантажень та загострення.

Спірометрія може застосовуватися для оцінки ступеня обструкції повітряних шляхів і разом з іншими методами дослідження допомогти в прогнозуванні перебігу хвороби. Індикаторами загальної тяжкості захворювання не можуть бути будь-які отримані показники спірометрії, які свідчать про наявність обструкції дихальних шляхів.

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

Деякі критерії діагностики ХОЗЛ

• Клінічний діагноз ХОЗЛ повинен розглядатися в будь якого пацієнта за наявності задишки, хронічного кашлю або виділення харкотиння та/або анамнезу впливу факторів ризику захворювання.

• Мета оцінки ХОЗЛ – визначити тяжкість захворювання, яка включає тяжкість обмеження прохідності повітряних шляхів, ушкодження статусу здоров'я пацієнта, та ризик майбутніх подій (загострень, госпіталізації, смерті) для призначення необхідної терапії.

• Супутні захворювання часто зустрічаються у пацієнтів з ХОЗЛ та включають захворювання серцево-судинної системи, дисфункцію скелетних м'язів, метаболічний синдром, остеопороз, депресію та рак легень. Виявлено, що вони можуть спостерігатися у хворих із легким, помірним та тяжким обмеженням прохідності повітряних шляхів та незалежно впливають на смертність та госпіталізації. Супутні захворювання повинні активно виявлятися та лікуватися відповідним чином після їх діагностування.

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

Висновки досліджень	Рівень доказів
На ранніх стадіях ХОЗЛ може призводити до появи мінімально виражених симптомів або не мати їх взагалі; при прогресуванні хвороби симптоми в окремих пацієнтів змінюються по-різному	IV
Пацієнти оцінюють важливість різних симптомів по-різному; проте в цілому задишка – це ознака, яка викликає стурбованість у більшості	IV
Окремі симптоми ізолювано не сприяють установленню або виключенню діагнозу ХОЗЛ	IV

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

Для оцінки симптомів у пацієнтів з ХОЗЛ існує кілька валідизованих опитувальників. GOLD пропонує застосовувати модифіковану шкалу для оцінки тяжкості задишки МДР і тест оцінки ХОЗЛ (ТОХ). Добре відома модифікована шкала для оцінки тяжкості задишки МДР відображає один симптом – задишку, тест оцінки ХОЗЛ ширше відображає вплив захворювання на повсякденну активність пацієнта та його самопочуття.

Рекомендації

№ з/п	Рекомендація	Ступінь рекомендованості
R1	Діагностування ХОЗЛ має проводитися у пацієнтів віком старше 35 років і у тих осіб, які мають чинники ризику (звичай тютюнопаління), а також один або більше із наведених симптомів: <ul style="list-style-type: none"> • задишку при фізичному навантаженні; • хронічний кашель; • хронічне виділення харкотиння; • часті бронхіти взимку; • свистячі хрипи 	D
R2	Пацієнтам, які мають підозру на ХОЗЛ, необхідно поставити також запитання про наявність таких чинників: <ul style="list-style-type: none"> • чи було зниження маси тіла; • чи є непереносимість фізичних навантажень; • чи прокидається вночі (через респіраторні симптоми); • чи є набряки нижніх кінцівок; • чи є підвищена втомлюваність; • чи є професійні ризики (пил, загазованість повітря та ін.); • чи є біль у грудній клітці; • чи є кровохаркання Примітка: два останні симптоми не характерні для ХОЗЛ, і за їх наявності зростає вірогідність іншого захворювання.	D
R3	Одним із основних симптомів ХОЗЛ є відчуття нестачі повітря. Медичним дослідницьким консиліумом (МДК) розроблена шкала задишки (див. нижче таблицю), відповідно до якої ступінь утруднення дихання (задишки) визначається величиною зусилля, яке потрібно прикласти, щоб вона виникла	D

Модифікована шкала задишки добре корелює з іншими інструментами для вимірювання статусу здоров'я та передбачає ризик смерті.

Модифікована шкала Медичної дослідницької ради

Оцінка задишки в балах	Опис
0	Задишка виникає лише при дуже інтенсивному навантаженні
1	Задишка при швидкому підйомі на поверх або при ходьбі вгору
2	Задишка примушує мене ходити повільніше, ніж люди мого віку, або з'являється необхідність зупинки при ходьбі в своєму темпі по рівній місцевості
3	Задишка примушує робити зупинки при ходьбі на відстань близько 100 м або через декілька хвилин ходьби по рівній місцевості
4	Задишка робить неможливим вихід за межі свого будинку або з'являється при одяганні і роздяганні

Коментар робочої групи

Модифікована шкала для оцінки тяжкості задишки МДР, представлена в GOLD, і шкала задишки МКР, представлена в NICE, практично абсолютно подібні, за винятком нумерації ступеня тяжкості. Модифікована шкала починається із 0-го ступеня (задишка виникає лише при дуже інтенсивному навантаженні), згідно зі шкалою МКР, у NICE цьому визначенню відповідає рівень 1, це вносить плутанину в оцінку вираженості симптомів, оскільки, згідно з GOLD, рівень задишки 2 і більше вказує, що симптомів багато. Тому робоча група наполягає на застосуванні модифікованої шкали, яка наведена в GOLD, і пропонує орієнтуватися на визначення: «Задишка примушує мене ходити повільніше, ніж люди мого віку, або з'являється необхідність зупинки при ходьбі в своєму темпі по рівній місцевості», що відповідає 2 балам, як на критерій значних симптомів (і в таблиці зв'язків симптомів, спірометричної класифікації та ризику майбутніх загострень вираженість симптомів походить із модифікованої шкали).

Тест оцінки ХОЗЛ (ТОХ) містить 8 пунктів, які вимірюють погіршення статусу здоров'я при ХОЗЛ. Загальна сума балів може становити від 0 до 40; тісно корелює зі статусом здоров'я, що вимірюється згідно з опитувальником госпіталю св. Георгія як надійний та чутливий.

Коментар робочої групи

Як проходить Ваше ХОЗЛ? Пройдіть тест оцінки ХОЗЛ (COPD Assessment Test – CAT).

Ця анкета допоможе Вам та Вашому лікарю визначити вплив ХОЗЛ на Ваше благополуччя і щоденне життя. Ваші відповіді та загальна кількість балів можуть бути використані Вами або Вашим лікарем для того, щоб вдосконалити терапію ХОЗЛ та забезпечити найбільшу користь від лікування.

Приклад:

Я дуже щасливий(-а) 1 2 3 4 5 Мені дуже сумно

Я взагалі не кашляю	0	1	2	3	4	5	Я кашляю постійно
У мене в грудях зовсім немає харкотиння (слизу)	0	1	2	3	4	5	Мої груди повністю заповнені харкотинням (слизом)
Мені зовсім не тисне в грудях	0	1	2	3	4	5	Мені дуже сильно тисне в грудях
Коли я йду під гору або підіймаюся сходами на один марш, я не відчуваю задишки	0	1	2		4	5	Коли я йду під гору або підіймаюся сходами на один марш, я відчуваю дуже сильну задишку
Я займаюся будь-якими домашніми справами без обмежень	0	1	2	3	4	5	Я займаюся домашніми справами з великими обмеженнями
Виходячи з дому, я почувуюся впевнено, незважаючи на захворювання легень	0	1	2	3	4	5	Виходячи з дому, я почувуюся невпевнено через захворювання легень
Я міцно сплю	0	1	2	3	4	5	Я погано сплю через захворювання легень
У мене багато енергії	0	1	2	3	4	5	У мене зовсім немає енергії

Загальний рахунок тесту оцінки ХОЗЛ визначається як сума балів відповідей на кожне з 8 запитань. Оцінка задишки ≥ 2 та загальна сума балів тесту оцінки ХОЗЛ ≤ 10 свідчать про вираженість симптомів ХОЗЛ.

Інші клінічні ознаки

При встановленні діагнозу ХОЗЛ патологічні фізикальні ознаки можуть бути відсутні, а окремі клінічні ознаки є малоінформативними.

Можуть спостерігатися:

- емфізематозна грудна клітка;
- хрипи або ослаблене дихання;
- видих крізь зімкнені губи;
- використання допоміжної мускулатури під час дихання;
- парадоксальний рух нижніх ребер;
- зменшення кістково-стернальної відстані;
- зменшення меж серцевої тупості;
- периферичні набряки;
- ціаноз;
- набухання яремних вен;
- кахексія.

Коментар робочої групи

Робоча група вважає за необхідне доповнити клінічну настанову даними про роль фізикальних методів обстеження в дослідженні ХОЗЛ, оскільки ці методи насамперед використовуються лікарями для обстеження пацієнта при первинному контакті.

Фізикальні методи обстеження мають низьку чутливість для діагностики ХОЗЛ. Застосування фізикального обстеження у пацієнтів з ХОЗЛ легкого або середнього ступеня тяжкості малоінформативне. Наявність хрипів не є критерієм тяжкості захворювання і часто вони відсутні при стабільному перебігу важкого ХОЗЛ. При подальшому прогресуванні захворювання виникають збільшення об'єму грудної клітки, обмеження рухливості грудної клітки при диханні, поява тимпаніту при перкусії, ослаблення дихальних шумів (ослаблене дихання) і подовження фази видиху. Недостатність правих відділів серця може посилити тяжкість захворювання і проявлятися набуханням яремних вен (венозна пульсація), а також периферичними набряками. При загостренні захворювання можуть з'явитися тахіпное, тахікардія, участь в акті дихання допоміжної мускулатури, ціаноз та ін.

Діагноз ХОЗЛ має ґрунтуватися на даних спірометрії, що фіксує наявність порушення бронхіальної прохідності за обструктивним типом. Спірометрія є золотим стандартом діагностики, оцінки тяжкості і контролю перебігу ХОЗЛ.

Далі буде.

