

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, 17-19, 21.

1.2.9. Вакцинація і протівірусна терапія GOLD – Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Diseases (updated 2011)

Протигрипозна вакцинація може зменшувати тяжкість таких захворювань, як інфекції нижніх дихальних шляхів, що потребують госпіталізації, та знижувати смертність у хворих на ХОЗЛ (рівень доказів А).

Рекомендується вакцина, що містить вбиті (інактивовані) або живі віруси, оскільки вона більш ефективна у пацієнтів похилого віку з ХОЗЛ. Щороку штами коригуються з метою адекватної ефективності та призначаються 1 раз на рік. Пневмококова вакцинація рекомендується пацієнтам >65 років з ХОЗЛ, а також пацієнтам молодого віку за наявності у них тяжких супутніх захворювань (наприклад, патології серцево-судинної системи). Також пневмококова вакцина зменшує ризик виникнення негоспітальної пневмонії у хворих <65 років при ОФВ₁ <40% від належного (рівень доказів В).

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

У настанові також наголошується, що зазнамір повинен застосовуватися з обережністю у пацієнтів з ХОЗЛ через ризик виникнення бронхоспазму. Якщо пацієнтам з ХОЗЛ призначений зазнамір, вони повинні знати про можливість цього ускладнення і мати при собі швидкодіючий бронходилататор.

Коментар робочої групи

Комітет прийшов до висновку, що зазнамір і озельтамівір рекомендовані для лікування дорослих групи ризику, які мають гриппоподібний стан і можуть почати терапію протягом 48 год з моменту виникнення симптомів.

Рекомендації

| № з/п | Рекомендація | Ступінь рекомендацій |
|-------|---|----------------------|
| R88 | Пневмококова та антигрипозна вакцини рекомендовані всім пацієнтам з ХОЗЛ, згідно з рекомендаціями МОЗ | HSC |

1.2.10. Хірургічне лікування Операція на легенях

Булектомія, хірургічне зменшення об'єму легень та їх пересадка використовувалися для лікування пацієнтів з ХОЗЛ. Булектомія передбачає видалення великої ділянки були, яка призводить до ускладнення навколишньої тканини легень. Мета хірургічного лікування – зменшити задишку, видаливши частку погано функціонуючої ділянки легень, таким чином зменшуючи внутрішньогрудний об'єм.

Хірургічне лікування і трансплантація рекомендовані у разі прогресування хвороби, яка не піддається медикаментозному лікуванню, і для пацієнтів з ХОЗЛ життєво необхідні.

Рекомендації

| № з/п | Рекомендація | Ступінь рекомендацій |
|-------|---|----------------------|
| R90 | Пацієнти із задишкою, які мають єдину велику булу, виявлену при комп'ютерній томографії, і ОФВ ₁ <50% від належного, повинні бути направлені в спеціалізований стаціонар для вирішення питання щодо булектомії | C |
| R91 | Пацієнти з тяжким ХОЗЛ, у яких продовжує зберігатися задишка і є істотне обмеження повсякденної активності при адекватній медикаментозній терапії (включаючи реабілітацію), повинні бути направлені в спеціалізовані центри для вирішення питання резекції частки легень, якщо виконуються такі умови: <ul style="list-style-type: none"> ОФВ₁ >20% від належного; PaCO₂ <7,3 кПа; емфізема, що розповсюджується на верхню частку легень; TlCO >20% від розрахункового | A |
| R92 | Пацієнти з тяжкими проявами ХОЗЛ, вираженою задишкою та значним обмеженням щоденної діяльності при максимальній терапії повинні розглядатися як кандидати для пересадки легень з урахуванням супутньої патології і місцевих хірургічних протоколів. При цьому необхідно враховувати: <ul style="list-style-type: none"> вік; ОФВ₁; PaCO₂; гомогенний розподіл емфіземи за даними комп'ютерної томографії; наростаючу легенеvu гіпертензію з прогресивним погіршенням | C |

1.2.11. Замісна терапія альфа-1 антитрипсином

Дефіцит альфа-1 антитрипсину є рідкісною причиною ХОЗЛ (≈2% випадків).

На сьогодні рекомбінантний альфа-1 антитрипсин доступний для замісної терапії і може рекомендуватися для лікування пацієнтів з дефіцитом альфа-1 антитрипсину.

При аналізі досліджень не виявлена достовірно доведена ефективність проведення замісної терапії альфа-1 антитрипсином, при тому, що дослідження були проведені, але результати не представлені як докази через методичні обмеження.

Рекомендації

| № з/п | Рекомендація | Ступінь рекомендацій |
|-------|---|----------------------|
| R93 | Замісна терапія альфа-1 антитрипсином не рекомендована для лікування пацієнтів з дефіцитом альфа-1 антитрипсину | D |

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. Ішук

М.О. Полянська

Н.В. Пучкова

Л.А. Романенко

О.А. Росицька

М.М. Ткаченко

Н.А. Чайка

О.В. Шапкарина

1.2.12. Комплексне лікування

Лікарі, медичні сестри, фізіотерапевти і фармацевти є членами мультидисциплінарної групи лікування пацієнтів з ХОЗЛ. При тяжкому перебігу ХОЗЛ мультидисциплінарна команда також включатиме лікаря-дієтолога, підготовленого фахівця з психічного здоров'я, медичну сестру з поведінкової терапії, соціального працівника, клінічного психолога або психіатра.

Комплексний підхід полягає у тому, що різноманітні лікувальні заходи для пацієнтів з ХОЗЛ можуть бути проведені фахівцями різних спеціальностей. Деякі з них можуть бути виконані в клініці або амбулаторно, але за певних обставин пацієнтові може знадобитися консультація спеціаліста, наприклад пульмонолога, або проведення певних процедур, наприклад фізіотерапії.

Рекомендації

| № з/п | Рекомендація | Ступінь рекомендацій |
|-------|--|----------------------|
| R99 | Лікування ХОЗЛ має бути призначене мультидисциплінарною командою | D |
| R100 | Діяльність мультидисциплінарної команди повинні визначати такі функції: <ul style="list-style-type: none"> огляд пацієнтів, який включає проведення спірометрії, оцінку потреби в кисневій терапії, допоміжних засобах для оптимізації повсякденного життя і відповідних засобах інгаляційної терапії; лікування пацієнтів, включаючи НІВ, пульмонологічну реабілітацію, лікування вдома / схеми ранньої виписки, проведення паліативного лікування, виявлення і лікування тривоги та депресії, навчання пацієнтів методам релаксації, рекомендації щодо дієти, фізичних вправ, соціального забезпечення і подорожей; консультування пацієнтів з питань проведення самолікування; виявлення пацієнтів з високим ризиком загострень і обмеженням активності, спостереження за ними з метою профілактики; консультування пацієнтів щодо застосування фізичних вправ; освітні програми для пацієнтів і медичних працівників | D |

Середній медичний персонал, який задіяний у процесі лікування респіраторних захворювань

| № з/п | Рекомендація | Ступінь рекомендацій |
|-------|--|----------------------|
| R101 | Рекомендується, щоб середні медичні працівники, які задіяні у лікуванні респіраторних захворювань, були частиною мультидисциплінарної команди ХОЗЛ | D |

Рекомендації

Фізіотерапія

Респіраторна фізіотерапія – спеціалізована область лікування, яка має три головні мети:

- сприяти зменшенню утруднення дихання, пов'язаного з респіраторним захворюванням;
- створити умови для відновлення максимального функціонування пацієнтів;
- допомогти зниженню слабкості периферичної і дихальної мускулатури.

До методик, що застосовуються для зменшення інтенсивності роботи дихального апарату, належить контроль дихання в спокійному стані в позиції, яка б дала можливість максимізувати функцію дихальних м'язів та збільшити переміщення діафрагми. При хронічній астмі застосування діафрагмального дихання зумовлює значний вплив на якість життя, пов'язану із захворюванням. Видихання скрізь стиснуті губи може бути ефективним у зменшенні задишки, хоча отримані дані обмежені.

Фізіотерапевтичні методики лікування задишки можуть включати техніки покращення кліренсу мокротиння. Часто застосовується активний цикл дихання, коли форсований видих стимулює відкашлювання. Виявлено, що технологія форсованого видиху покращує транспорт слизу в периферичних відділах у хворих з нормальною або підвищеною еластичною віддачею. Якщо секрет, який накопичується в базальних відділах, в'язкий, покращити відходження мокротиння може дренаж з мануальною перкусією.

Основним методом респіраторної фізіотерапії є створення позитивного тиску на видиху, який дає змогу збільшити відходження мокротиння. Для цього застосовують спеціальну маску, яка міцно закриває рот і ніс. Вдих і видих відбуваються через спеціальний клапан, що дозволяє створити на видиху певний опір. Тиск, що виникає при цьому (позитивний тиск на видиху або в кінці видиху), можна визначити за допомогою манометра. Під час видиху спостерігається розширення дихальних шляхів або попереджується розвиток бронхіального колапсу при нестабільному стані.

Розтягування дихальних шляхів призводить до посиленого відокремлення слизу від бронхіальної стінки. Як правило, цей метод застосовують 2-3 рази на день тривалістю 15 хв. Дуже сприятливо діє PEP-маска в комбінації з аерозолем. Існують спеціальні системи, в яких поєднуються інгаляція і видих з тиском у кінці, наприклад дихальний тренажер PEP-2, VRP-2 (PARI, Німеччина).

Рекомендації

| № з/п | Рекомендація | Ступінь рекомендацій |
|-------|---|----------------------|
| R102 | Якщо пацієнти мають надмірне виділення мокротиння, вони повинні бути навчені використанню: <ul style="list-style-type: none"> дихальних масок з позитивним тиском; дихальних тренажерів | B D |

Далі буде.

3