ZU_2014_24_COLLECT.qxd 30.12.2014 14:23 Page 31

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. 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. Шапкаріна

Продовження. Початок у № 7-14, 17-20, 21-23.

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

Є частина хворих на ХОЗЛ, у яких загострення виникають часто, в інших – рідко. Пацієнтів, у яких загострення виникають ≥2 разів на рік, часто називають «хворі із частими загостреннями», фенотип зберігається деякий час.

У хворих на ХОЗЛ респіраторні симптоми загострення (особливо задишка) додатково до інфекції та впливу полютантів можуть розвиватися за іншими механізмами, а в деяких хворих ці механізми можуть перехрещуватися. Слід проводити диференційну діагностику станів, що можуть мімікрувати та/або ускладнювати загострення (пневмонія, тромбоемболія легеневої артерії, серцева недостатність, аритмія, пневмоторакс, плевральний випіт), та у разі їх виявлення – лікувати. Доведено, що переривання терапії також призводить до загострення.

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

Висновки досліджень	Рівень доказів
Відомі причини загострень ХОЗЛ Інфекції: Rhinoviruses, Influenza, Parainfluenza, Coronavirus, Adenovirus, Respiratory Syncytial Virus, C. pneumoniae, H. influenzae, S. pneumoniae, M. catarrhalis, S. aureus, P. aeruginosa Загальні забруднювачі: діоксид азоту, макрочастки, діоксид сірки, озон	IV
Причина загострень може бути нерозпізнаною в 30% випадків	IV

Ознаки загострення

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

На сьогодні діагноз загострення базується виключно на клінічних проявах: пацієнт відмічає гострі зміни наявних симптомів (задишки, кашлю та/або виділення мокротиння), що виходить за межі повсякденної варіабельності.

Загострення можуть проявлятися різним поєднанням симптомів і мати різну тяжкість у різних пацієнтів. Не існує окремого симптому, який визначає загострення.

Висновки досліджень	Рівень доказів
Загострення ХОЗЛ може проявлятися такими симптомами, як: • посилення задишки; • поява гнійного мокротиння; • збільшення кількості мокротиння; • посилення кашлю; • ураження верхніх дихальних шляхів (наприклад, тонзиліт); • посилення хрипів; • відчуття стиснення в грудях; • зниження фізичної активності; • поява набряків; • підвищення втоми; • гострі порушення	IV
Біль у грудях і лихоманка не характерні для загострення ХОЗЛ і повинні спонукати до пошуку іншої причини захворювання.	IV

Диференційний діагноз загострення

У пацієнтів з ХОЗЛ, ознаками, подібними до загострення, можуть виявлятися й інші стани. Таким чином, при установленні діагнозу загострення ХОЗЛ необхідно виключити деякі захворювання.

Висновки досліджень	Рівень доказів
Інші причини симптомів, подібних до загострення, у пацієнтів з ХОЗЛ: • пневмонія; • пневмоторакс; • лівошлуночкова недостатність / набряк легень; • легенева емболія; • рак легені; • туберкульоз; • обструкція верхніх дихальних шляхів; • плевральний випіт; • аспірація	IV

Оцінка тяжкості загострення

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

Оцінка загострення ґрунтується на анамнезі хворого, клінічних ознаках тяжкості та деяких лабораторних аналізах (якщо вони доступні), наприклад, тяжкість базується на ступені обмеження повітроносних шляхів; тривалості погіршення або появі нових симптомів; кількості попередніх загострень (загальна кількість госпіталізацій); наявності супутньої патології; лікувальному режимі на сьогодні; анамнезі попередніх випадків застосування механічної вентиляції.

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

Деякі загострення є помірними і пацієнти часто лікують їх вдома самостійно. Інші загострення серйозніші, оскільки несуть ризик смерті і потребують госпіталізації. Багато чинників можуть використовуватися для оцінки тяжкості загострення, але потрібно враховувати, що всі ці чинники не обов'язково будуть наявні в одного пацієнта. Виникнення будь-якої з ознак тяжкого загострення повинне насторожувати клініциста.

Висновки досліджень	Рівень доказів
Ознаки тяжкого загострення: • виражена задишка; • тахіпное; • дихання з витягнутими губами; • участь допоміжної мускулатури в акті дихання; • парадоксальні рухи грудної стінки; • критичне збудження або порушення ментального статусу; • погіршення або поява центрального цианозу; • поява периферичних набряків; • зменшення повсякденної активності	IV

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

Тести, подані нижче, можуть допомогти в оцінці тяжкості загострення.

Пульсоксиметрія: корисна для визначення потреби та моніторингу кисневої терапії. Вимірювання газів артеріальної крові необхідне за наявності ознак гострої або підгострої дихальної недостатності (PaO_2 <8,0 кПа (60 мм рт. ст.) на тлі або без $PaCO_2$ >6,7 кПа (50 мм рт. ст.) при вдиханні повітря. Оцінка кислотно-лужного статусу необхідна перед початком механічної вентиляції.

Рентгенографія органів грудної клітки – для виключення альтернативних діагнозів.

ЕКГ – для виключення супутньої патології серцево-судинної системи.

Загальний аналіз крові – для виключення поліцитемії (гематокритне число >55%), анемії або лейкоцитозу.

Наявність гнійного мокротиння під час загострення є достатнім аргументом для призначення емпіричної антибактеріальної терапії. Hemophilus influenza, Streptococcus pneumonia, Moraxella catarrhalis – найбільш поширені бактеріальні чинники загострень ХОЗЛ, у хворих із $ОФВ_1$ <50% (згідно зі спірометричною класифікацією, ступінь 3, 4) може визначатися Pseudomonas aeruginosa.

1.3.2. Визначення необхідності в госпітальному лікуванні

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

Більшість пацієнтів із загостренням ХОЗЛ можуть лікуватися вдома. Але деякі хворі через тяжкість загострення або потребу в методах лікування, недоступних у домашніх умовах (кисень або небулізовані бронходилататори), чи необхідність спеціального втручання (НІВ) потребують госпіталізації.

Рішення про направлення в стаціонар потребує оцінки тяжкості симптомів (особливо ступеня задишки, наявності цианозу або периферичного набряку і рівня свідомості), наявності супутніх захворювань, рівня фізичної активності, а також необхідно визначити, чи отримує пацієнт ДКТ і чи має можливість лікуватися в домашніх умовах.

Рекомендації

№ з/п	Рекомендація	Ступінь рекомендацій
R135	Чинники, які необхідно розглядати при вирішенні питання щодо потреби в госпіталізації пацієнтів, зазначені в таблиці 13	D

Таблиця 13. Показання для лікування вдома та в умовах стаціонару

Чинник	Лікування вдома	Лікування в умовах стаціонару
Можливість лікуватися вдома	Так	Ні
Порушення дихання (задишка)	Помірні	Тяжкі
Загальний стан	Задовільний	Поганий (погіршується)
Рівень активності	Задовільний	Поганий (пацієнт прикутий до ліжка)
Цианоз	Ні	Так
Наростання периферичних набряків	Ні	Так
Рівень свідомості	Нормальний	Знижений
Чи отримує пацієнт ДКТ	Ні	Так
Соціальні умови	Хороші	Живе один / не справляється
Гостра сплутаність свідомості	Ні	Так
Часте повторення нападів	Ні	Так
Значні супутні захворювання (особливо хвороби серця і цукровий діабет 1 типу)	Ні	Так
SaO_2 <90%	Ні	Так
Зміни на рентгенограмі грудної клітки	Ні	Так
Рівень pH артеріальної крові	>7,35	<7,35
Артеріальний PaO_2	>7 кПа	<7 кПа

Далі буде.