

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

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 № 7-14, 17-19, 21, 22.

Дієта при лікуванні пацієнтів з ХОЗЛ

У багатьох пацієнтів з ХОЗЛ знижується маса тіла внаслідок зменшення споживання їжі через задишку, порушення всмоктування як результату гіпоксії та збільшення витрат енергії в стані спокою внаслідок підвищення функції дихання. Механізм цього залишається нез'ясованим, можливо, це пов'язано з системним впливом цитокінів, зокрема фактору некрозу пухлин альфа.

Наслідки зниження маси тіла викликали певний інтерес, зокрема, чи є це зниження незалежним предиктором результату та чи ефективні втручання щодо збільшення впливу маси тіла на результат захворювання.

Рекомендації

№ з/п	Рекомендація	Ступінь рекомендацій
R107	Необхідно обчислити індекс маси тіла (ІМТ) у пацієнтів з ХОЗЛ: • нормальний діапазон для ІМТ >20, але <25; • якщо ІМТ не відповідає показникам норми (високий або низький) або змінюється, пацієнт повинен бути направлений на консультацію до дієтолога; • якщо ІМТ має низький рівень, пацієнтам необхідно провести корекцію харчування, рекомендувати збільшення споживання калорій і за можливості здійснювати фізичні вправи	D
R108	У пацієнтів похилого віку необхідно звернути увагу на зміну маси тіла, особливо якщо коливання >3 кг	D

Паліативне лікування

Паліативне лікування – активна всебічна турбота про пацієнтів та їх родини мультидисциплінарної команди у випадку, коли хвороба пацієнта більше не реагує на призначене лікування. Така тактика подібна, хоча і відрізняється від термінального лікування. Хоча традиційна паліативна терапія застосовується для лікування раку, зараз все більше і більше визначається її важливість для пацієнтів, які страждають від інших хвороб, включаючи ХОЗЛ.

Ведення тяжкого ХОЗЛ має великий паліативний елемент і зосереджується на оптимізації контролю та якості життя.

Принципи паліативного лікування сприяють відкритому спілкуванню між лікарем і пацієнтом, яке включає доступ до інформації про діагноз і відповідний прогноз.

Інтерес пацієнтів до попередніх розпоряджень 89% пацієнтів відзначили, що більше цікавитимуться вивченням попередніх розпоряджень, 69% мали бажання більше дізнатися про особливості інтубації та механічної вентиляції	III
Дискусії доктора і пацієнта про проблеми кінця життя 99% пацієнтів повідомили, що вважають прийнятним обговорення з лікарем попередніх розпоряджень, схвалення проведення інтубації і механічної вентиляції, тільки 19% уже мали обговорення попередніх розпоряджень з лікарями і лише 15% мали дискусію про втручання для підтримки життя	
Думка пацієнтів була розділена 50:50 щодо того, кому повинна належати ініціатива почати дискусію про попередні розпорядження (лікарі повинні почати обговорення чи чекати, доки це питання буде підняте пацієнтами). Проте дані показали, що очікування лікарем початку обговорення було неефективною стратегією; з 20 пацієнтів, які уже вели дискусії про попередні розпорядження, 19 почали ці обговорення самостійно	III
Інтерес пацієнтів до прийняття рішень Більшість пацієнтів хотіли взяти активну участь в ухваленні рішення про підтримку життя. У разі госпіталізації з приводу тяжких захворювань 72% пацієнтів зазначили, що хочуть самостійно вирішувати питання про підтримку життя	III

Рекомендації

№ з/п	Рекомендація	Ступінь рекомендацій
R109	У пацієнтів з термінальною стадією ХОЗЛ можуть бути використані опіоїди для полегшення страждань, якщо вони не реагують на іншу терапію	D
R110	У пацієнтів з термінальною стадією ХОЗЛ, які не реагують на іншу терапію, також можуть застосовуватися у разі необхідності бензодіазепіни та трициклічні антидепресанти, транквілізатори і кисень	D
R111	Пацієнти з термінальною стадією ХОЗЛ, члени їх родин і особи, які здійснюють догляд, повинні мати доступ до цілого ряду послуг, що надаються мультидисциплінарними паліативними командами підтримки, включаючи приміщення в хоспісах	D

Оцінка щодо працетерапії

Працетерапія при ХОЗЛ може використовуватися:

- у нещодавно діагностованих пацієнтів;
- під час загострень;
- під час легеневої реабілітації;
- як частина паліативного лікування.

Рекомендації

№ з/п	Рекомендація	Ступінь рекомендацій
R112	Пацієнтів слід регулярно опитувати про можливість здійснювати повсякденну діяльність та інтенсивність задишки, яку вони мають під час цієї діяльності	D
R113	Клініцисти, що працюють з пацієнтами, які страждають на ХОЗЛ, повинні оцінити їх можливості щодо виконання трудової діяльності, використовуючи валідні інструменти	D

Соціальні послуги

Пацієнти, у яких відзначається тяжка форма ХОЗЛ, мають право на отримання пільг для непрацездатних осіб і пільг на додаткові витрати з інвалідності. Так само пацієнти можуть бути наділені правами як люди з обмеженими можливостями.

Рекомендації

№ з/п	Рекомендація	Ступінь рекомендацій
R114	Пацієнти, які втратили працездатність унаслідок ХОЗЛ, повинні перебувати на обліку в службах соціальної допомоги	D

Рекомендації щодо подорожей

Рекомендації для пацієнтів, які планують подорож літаком

Сучасні літаки з герметичними кабінами піднімаються на висоту до 2438 м (8000 футів), при якій знижується парціальний тиск кисню. Напряга кисню в артеріальній крові відносно знижується і у здорових пасажирів, а підняття на висоту посилює гіпоксемію у пацієнтів з ХОЗЛ, особливо у тих, хто мав гіпоксемію на рівні моря. Фізіологічна компенсація гострої гіпоксемії у спокої проявляється легкою або помірною гіпервентиляцією (зниження $PaCO_2$ зменшує гіпервентиляцію) і помірною тахікардією, але клінічний прояв гіпоксемії, яка викликана підняттям на висоту, у пацієнтів з ХОЗЛ до кінця не з'ясований. У дослідженнях, які моделюють підняття на висоту, було встановлено, що зниження $ОФВ_1$ <50% від прогнозованого є чинником ризику для виникнення десатурації.

Висновки досліджень	Рівень доказів
Важливі моменти для пацієнтів з ХОЗЛ, які розглядають можливість подорожі: • поїздки слід планувати заздалегідь; • бути реалістичними; • слід підбирати відповідний варіант за вартістю і доступністю підтримки (особливо киснем) та ознайомитися з інструкціями доступних засобів пересування: авіалінії, поїзд, автобус і поромі; • поставити питання, які вас цікавлять; • під час подорожі мати при собі необхідні ліки; • бути впевненими, що необхідне лікування буде доступне під час поїздки у разі потреби	IV
Придатність до польоту повинна бути оцінена початковим вимірюванням артеріальної кисневої насиченості з використанням пульсоксиметра в комбінації з вивченням історії хвороби, експертизою (особлива увага повинна бути приділена рекомендаціям щодо кардіореспіраторної хвороби, диспноє та інформації про попередній досвід перельотів) та результатами спірометрії	IV
Залежно від результатів початкової оцінки гіпоксії може бути необхідним тестування (табл. 11)	IV

Таблиця 11. Результати початкової оцінки гіпоксії

Дані обстеження	Рекомендації
На рівні моря SpO_2 >95%	Кисень не потрібний (B)
На рівні моря SpO_2 >92-95% і немає додаткових чинників ризику*	Кисень не потрібний (C)
На рівні моря SpO_2 >92-95% і є додаткові чинники ризику*	Необхідне вимірювання рівня гіпоксії в артеріальних капілярах (B)
На рівні моря SpO_2 <92%	Під час польоту потрібний кисень (B)
Отримання додаткового кисню на рівні моря	Збільшення потоку під час перебування на крейсерській висоті (B)

*Додаткові чинники ризику:

- гіперкапнія;
- $ОФВ_1$ <50% від розрахункового;
- рак легень;
- рестриктивне захворювання легень із залученням паренхіми (фіброз), стінки грудної клітки (кіфосколіоз) або дихальної мускулатури;
- вентиляційна підтримка;
- цереброваскулярне або серцево-судинне захворювання;
- загострення хронічного легеневого або серцевого захворювання протягом останніх 6 тиж.

Рекомендації

№ з/п	Рекомендація	Ступінь рекомендацій
R115	Усі пацієнти, які знаходяться на довготривалій кисневій терапії та планують авіапереліт, повинні бути оглянуті лікарем відповідно до рекомендацій BTS	D
R116	Усі пацієнти з $ОФВ_1$ <50% від розрахункового, які планують авіаподорож, повинні бути проконсультовані лікарем відповідно до рекомендацій BTS	D
R117	Усі пацієнти, які мають бульозну хворобу, повинні бути попереджені, що під час авіаперельоту є підвищений ризик розвитку пневмотораксу	D
R118	Підводне плавання взагалі не рекомендується пацієнтам з ХОЗЛ, їм потрібна консультація фахівця	D

Освіта

Розглядаючи докази в цій сфері медицини, було очевидно, що освіта зазвичай пропонується як частина всебічної програми легеневої реабілітації.

Рекомендації

№ з/п	Рекомендація	Ступінь рекомендації
R119	Є значні відмінності у сприйнятті освітніх програм у пацієнтів з ХОЗЛ і бронхіальною астмою. Програми, розроблені для бронхіальної астми, не слід використовувати у пацієнтів з ХОЗЛ	A
R120	Повинні бути розроблені спеціальні освітні комплекси для пацієнтів з ХОЗЛ: • запропоновані теми для освоєння зазначені в Додатку 2; • пакети програм повинні враховувати потреби пацієнтів на різних етапах захворювання	D
R121	Пацієнти з помірним і тяжким перебігом ХОЗЛ мають бути ознайомлені з технікою проведення НІВ. Переваги і недоліки цього методу повинні бути пояснені для того, щоб за потреби в майбутньому пацієнти могли бути компетентні в цих питаннях	D

Самолікування

Самолікування при ХОЗЛ розроблене для своєчасного реагування пацієнтами на перші симптоми загострення. При правильному використанні рекомендацій щодо самолікування пацієнти раніше починають застосування антибіотиків або ІКС, які були їм призначені, тим самим зменшується кількість госпіталізацій.

План самолікування повинен бути структурований і враховувати вік і психічний стан пацієнта з ХОЗЛ.

Рекомендації

№ з/п	Рекомендація	Ступінь рекомендації
R122	Пацієнти з високим ризиком загострення ХОЗЛ повинні бути проінструктовані з питань проведення самолікування, яке б швидко та адекватно реагувало на симптоми загострення	A
R123	Пацієнти повинні заохочуватися до проведення раннього самолікування у відповідь на появу перших симптомів загострення шляхом: • початку прийому кортикостероїдів для перорального застосування, якщо пацієнт виявляє зниження повсякденної активності через порушення дихання (якщо немає протипоказань); • початку застосування антибіотиків, якщо мокротиння набуває гнійного характеру; • застосування бронходилататорів для зменшення обструкції	D
R124	Пацієнтам з високим ризиком загострення ХОЗЛ необхідно приймати курс антибіотиків і таблетованих кортикостероїдів, щоб уникнути госпіталізації і залишатися в домашніх умовах, що є частиною стратегії самолікування	D
R125	Необхідно контролювати правильне використання лікарських засобів пацієнтом у процесі самолікування	D
R126	Пацієнти, які отримали схеми самолікування, повинні бути попереджені, що у разі відсутності ефекту від їх застосування, необхідно звертатися до фахівців	D

1.2.13. Показання до хірургічного лікування

При аналізі ключових статей було з'ясовано, що у пацієнтів з ХОЗЛ підвищений ризик післяопераційних легеневих ускладнень (3,0 для загальної хірургії і 4,7 для торакальної та абдомінальної хірургії). Ризик може збільшитися відповідно до тяжкості ХОЗЛ, а також залежить від тривалості анестезії і характеру втручання.

Висновки досліджень	Рівень доказів
Наявність лише легеневих чинників ризику не впливає на прогноз розвитку післяопераційних легеневих ускладнень	IV
ОФВ ₁ має низьку клінічну користь прогнозування післяопераційних легеневих ускладнень	III
Для оцінки ризику і планування лікування пацієнтів може використовуватися система комплексної інструментальної оцінки Американського товариства анестезіологів (ASA)	IV

Рекомендації

№ з/п	Рекомендація	Ступінь рекомендації
R127	Остаточне клінічне рішення про доцільність хірургічного лікування повинне ґрунтуватися на консультації анестезіолога та хірурга, наявності супутньої патології, оцінці функціонального стану пацієнта і необхідності проведення хірургічного лікування	D
R128	Рекомендується, щоб функція легень не була єдиним критерієм при оцінці стану пацієнтів з ХОЗЛ перед хірургічним лікуванням. Усебічні інструменти оцінки, такі як система оцінки ASA, є найкращими для визначення ступеня ризику	D
R129	Якщо дозволяє час, медикаментозне лікування пацієнта повинне коригуватися застосуванням курсу пульмональної реабілітації, що може допомогти уникнути хірургічного втручання	D

1.2.14. Подальше спостереження пацієнтів з ХОЗЛ

Лікування ХОЗЛ під час усього курсу буде розділено між фахівцями охорони здоров'я, які надають первинну і вторинну медичну допомогу.

Пацієнтам із симптомами легкого і помірного ступеня тяжкості, а також особам, у яких немає частих загострень, допомога надаватиметься переважно на первинному рівні медичної допомоги. Спостереження пацієнтів із тяжким перебігом захворювання також переважно здійснюватиметься фахівцями, які надають первинну медичну допомогу, але буде потреба і в доступі до вторинного рівня медичної допомоги, оскільки у пацієнтів можливі часті загострення, що призводять до госпіталізацій. У таких хворих часто розвиваються супутні захворювання, які зумовлюють загострення ХОЗЛ, і виникає потреба в контрольованій довготривалій кисневій терапії.

У лікарів, які надають первинну медичну допомогу, є навички для оцінки симптомів пацієнтів відповідно до контрольних показників. Моніторинг розвитку хвороби дозволяє вчасно виявити розвиток ускладнень і потребу у вторинній допомозі або консультації інших фахівців (див. розділ щодо направлення до фахівців). Немає даних для вирішення питання про частоту спостереження пацієнтів з ХОЗЛ, але відомо, що цей показник змінюватиметься під впливом окремих обставин і ступеня тяжкості

захворювання. Так як у деяких пацієнтів з ХОЗЛ погіршення захворювання виникає швидше, ніж в інших осіб, важливо виявляти таких хворих, оскільки вони потребують надання якісного лікування фахівцем.

Багато рекомендацій у цьому розділі базуються на думці експертів, а не на результатах досліджень через недостатню кількість доказів і труднощі у проведенні досліджень у цій галузі. Це не зменшує цінність або важливість цих рекомендацій, оскільки вони впливають на якість лікування і його результати важливі для пацієнтів з ХОЗЛ.

Висновки досліджень	Рівень доказів
Спостереження пацієнтів із легким або помірним перебігом ХОЗЛ (ОФВ ₁ >50%) здійснюється переважно на рівні первинної медичної допомоги	IV
Для пацієнтів із тяжким перебігом ХОЗЛ і лікуванням, розмежованим між стаціонаром і командою первинної медичної допомоги, повинен бути стандарт передачі даних між етапами допомоги для забезпечення кращого клінічного ефекту	IV
Пацієнти з тяжким перебігом ХОЗЛ, які потребують проведення НІВ, повинні регулярно оглядатися фахівцями	IV

№ з/п	Рекомендація	Ступінь рекомендації
R130	Спостереження всіх пацієнтів з ХОЗЛ має включати: • виділення діагнозу ХОЗЛ під час запису і використання спеціальних кодів при внесенні до комп'ютерної бази даних; • запис показників спірометрії в діагнозі (як абсолютні величини, так і відсоток від норми); • рекомендації про припинення тютюнопаління; • запис вимірювання спірометричних показників (зменшення на 500 мл або більше за 5 років свідчить про виявлення пацієнтів із швидким розвитком захворювання, яких необхідно додатково направити до фахівців і провести обстеження)	D

Рекомендації

№ з/п	Рекомендація	Ступінь рекомендації
R131	Пацієнти з легким або помірним перебігом ХОЗЛ повинні оглядатися принаймні 1 раз на рік або частіше, якщо це необхідно. При огляді необхідно з'ясувати питання, зазначені в таблиці 12	D
R132	Для більшості пацієнтів зі стабільним перебігом захворювання немає потреби в регулярному огляді в умовах лікарні, проте необхідно за наявності показань мати можливість для швидкої госпіталізації	D
R133	Уперше виявлені пацієнти з тяжким перебігом ХОЗЛ повинні оглядатися принаймні 2 рази на рік. Особливу увагу слід приділяти питанням, зазначеним у таблиці 12	D
R134	Пацієнти з тяжким перебігом ХОЗЛ, яке потребує втручання, наприклад проведення довготривалої НІВ, повинні регулярно оглядатися фахівцями	D

Таблиця 12. Курація пацієнтів з ХОЗЛ при первинному огляді

	Легкий/помірний/тяжкий перебіг захворювання	Дуже тяжкий перебіг захворювання
Частота	1 раз на рік	2 рази на рік
Клінічна оцінка	Тютюнопаління і бажання кинути курити • Тютюнопаління і бажання кинути курити • Контроль адекватності симптомів: – порушення дихання (задишка); – витривалість при фізичних навантаженнях; – частота загострень • Наявність ускладнень • Ефект від застосування кожного препарату • Техніка проведення інгаляцій • Потреба в терапевтичній допомозі і зверненні до фахівців • Потреба в пульмонологічній реабілітації	Тютюнопаління і бажання кинути курити • Контроль адекватності симптомів: – порушення дихання (задишка); – витривалість при фізичних навантаженнях; – частота загострень • Наявність <i>cop pulmonale</i> • Потреба в довготривалій кисневій терапії • Дієт-статус пацієнта • Наявність депресії • Ефект від застосування кожного препарату • Техніка проведення інгаляцій • Потреба в соціальній допомозі і працетерапії • Потреба в терапевтичній допомозі і зверненні до фахівців • Потреба в пульмонологічній реабілітації
Необхідні тести	• ОФВ ₁ і ФЖЕЛ • ІМТ • Показник задишки за шкалою МДК	• ОФВ ₁ і ФЖЕЛ • ІМТ • Показник задишки за шкалою МДК • SaO ₂

1.3. Лікування загострень ХОЗЛ**1.3.1. Визначення загострення**

Загострення – це стійке посилення інтенсивності симптомів порівняно із зазвичай стабільним станом, при якому мінливість симптоматики перевищує повсякденну і особливо гостра на початку захворювання. Найбільш частими симптомами є посилення задишки, кашель, збільшення кількості мокротиння та зміна його кольору і характеру, наявність хрипів. Зміна інтенсивності цих симптомів часто потребує корекції лікування.

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

Загострення ХОЗЛ – гостра подія, що проявляється погіршенням респіраторних симптомів хворого, яке виходить за межі повсякденної варіабельності та призводить до змін у лікуванні.

Загострення – важливі епізоди в перебігу ХОЗЛ, тому що:

- погіршують якість життя хворих;
- погіршують симптоми та функцію легень, на видужування потрібно декілька тижнів;
- збільшують швидкість погіршення функції легень;
- асоціюються із високою смертністю, зокрема в тих пацієнтів, які потребують госпіталізації;
- мають високу соціоекономічну вартість.

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

Як відомо, багато чинників викликають загострення ХОЗЛ: бактерії, віруси (особливо в зимовий період), забруднення повітря.

Далі буде.

