

Огляд сучасних рекомендацій з ведення хворих із хронічним обструктивним захворюванням легень

Підсумки Всеукраїнської тренінг-програми «Мистецтво лікування: контроль, профілактика, якість життя» в м. Івано-Франківськ

7 жовтня 2015 року лікарі м. Івано-Франківськ мали унікальну можливість відвідати Всеукраїнську тренінг-програму «Мистецтво лікування: контроль, профілактика, якість життя», яка крокує містами України. Місцем проведення була обрана Івано-Франківська обласна філармонія. Захід відбувся за підтримки Міністерства охорони здоров'я України, Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (Київ), Національної медичної академії післядипломної освіти (НМАПО) імені П.Л. Шупика (Київ), Івано-Франківського національного медичного університету та Департаменту охорони здоров'я Івано-Франківської обласної державної адміністрації.



Доктор медичних наук, професор О.К. Дуда, Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика (Київ)

Метою даного соціального проекту є підвищення освіти лікарів щодо сучасних діагностичних та лікувальних методик. Одним із таких освітніх напрямів є актуалізація ранньої діагностики та лікування хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) та інфекцій дихальних шляхів. Саме ці питання були темою наукової доповіді завідувача кафедри інфекцій-

них хвороб НМАПО імені О.О. Шупика, доктора медичних наук, професора Олександра Костянтиновича Дуда. Ще зовсім недавно тепловий інгалятор у фізіотерапевтичному відділенні був «золотим стандартом» в інгаляційній терапії захворювань бронхолегеневого апарату, незважаючи на обмеження в її застосуванні. Проте водночас – проводити медикаментозне лікування з такою технікою неможливо, оскільки при нагріванні більшість лікарських засобів руйнується. Той факт, що теплові інгаляції протипоказані на першій стадії запалення, різко обмежувало їх застосування в лікуванні гострих інфекційних захворювань.

Небулайзерна терапія – найбільш фізіологічний спосіб введення лікарських засобів в організм при захворюваннях органів дихання. Небулайзер – це інгаляційний пристрій для розпилення лікарських препаратів, що дозволяє отримати дрібнодисперсний аерозоль з оптимальним розміром часточок від 1 до 5 мкм, які вільно проникають в дрібні бронхи, а також в бронхіоли і альвеоли. Тобто дія лікарського аерозолю спрямована на слизові оболонки, миготливий епітелій, слизові залози, рецептори нюхового нерва. Застосування компресійного небулайзера дозволяє скоротити кратність введення і добову дозу багатьох лікарських засобів.

В кабінеті профілактики на тренінг-програмі проводився майстер-клас з юлайзеротерапії, де кожен лікар на власному досвіді мав можливість освоїти цю унікальну терапевтичну методику.

Популяризації сучасної методики вчасного виявлення порушень функцій зовнішнього дихання був присвячений майстер-клас зі спірометрії, також представлений на заході.

Лікарі – учасники тренінг-програми, що проявили найбільшу активність протягом роботи заходу та які були присутні на всіх наукових доповідях до кінця, взяли участь у розіграші цінних подарунків, у тому числі трьох Юлайзерів Хоум.

Хронічне обструктивне захворювання легень

Вибрані положення з уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації.

Хронічне обструктивне захворювання легень (наказ МОЗ України від 27 червня 2013 р. №555)
<http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr.html>



Майстер-клас із юлайзеротерапії



Майстер-клас зі спірометрії



Вручення цінних подарунків Юлайзер Хоум переможцям розіграшу призів

Частина 4*

Немедикаментозне лікування

1. Припинення паління

Доведено, що припинення паління уповільнює темпи зменшення ОФВ₁.

Необхідні дії лікаря

- Збір анамнезу паління шляхом підрахунку пачко-років за формулою:
кількість викурених сигарет в день x кількість років паління x 20.
- Заохочування пацієнта з ХОЗЛ, який продовжує палити, незалежно від віку, до припинення паління і надання йому необхідної допомоги в цьому за будь-якої нагоди.

*Продовження – в наступному номері.

3. Забезпечення програмою підтримки та пропонування пацієнту НЗТ, бупропіон або варениклін, якщо для цього немає протипоказань.

2. Дієта з достатньою кількістю вітамінів та мікроелементів

Впливає на скорочувальну здатність і зменшує втомлюваність дихальних і скелетних м'язів.

Необхідні дії лікаря

- Проведення консультацій щодо харчування.
- Обчислення ІМТ (в нормі 20–25). Якщо ІМТ низький – корекція харчування, рекомендації щодо збільшення споживання калорій, за наявності можливості – виконання фізичних вправ. У пацієнта похилого віку необхідно звернути увагу на зміну маси тіла, особливо якщо коливання більше 3 кг.

3. Дихальна гімнастика

Спрямована на підвищення функціональних можливостей дихального апарату шляхом відновлення вільного і економічного дихання. Різні варіанти дихальної гімнастики забезпечують належну координацію роботи відповідних м'язів під час усіх фаз дихання.

Необхідні дії лікаря

Направлення пацієнта на консультацію до фізіотерапевта щодо підбору дихальної гімнастики.

4. Оксигенотерапія

Застосування довготривалої кисневої терапії (ДКТ) у тяжких пацієнтів із ХОЗЛ з хронічною легеневою недостатністю попереджує розвиток легеневої гіпертензії, підвищує фізичну витривалість, покращує психоемоційний стан, підвищує виживаність.

Показання для проведення ДКТ: значення PaO_2 стабільно менше 7,3 кПа (55 мм рт.ст.) або більше 7,3 кПа, але менше 8 кПа (60 мм рт.ст.) при супутніх патологічних станах: вторинна поліцитемія ($Ht > 55\%$), периферичні набряки, легенева гіпертензія або нічна гіпоксемія (кисневе насичення артеріальної крові (SaO_2) менше 90%, більше 30% нічного сну). Для досягнення цілей ДКТ пацієнти повинні вдихати додатковий кисень принаймні 15 годин на добу. Щоб переконатися в тому, що всі пацієнти можуть переносити ДКТ, її проводять в лікувальній установі під контролем пульсоксиметрії.

Неадекватна киснева терапія пацієнтів із ХОЗЛ може викликати пригнічення дихання.

Необхідні дії лікаря

- Проведення ДКТ пацієнту з ХОЗЛ за наявності показань.
- Обстеження пацієнта, який знаходиться на ДКТ, що включає вимірювання парціального тиску газів артеріальної крові принаймні протягом 3 тижнів у пацієнтів з остаточним діагнозом ХОЗЛ і адекватним медикаментозним лікуванням. При цьому перебіг ХОЗЛ повинен бути стабільним.
- Обстеження пацієнта, якому проводиться ДКТ з включенням пульсоксиметрії має проводитися принаймні один раз на рік лікарем, добре знайомим з ДКТ.
- Використання концентрованого кисню для забезпечення стабільної довготривалої амбулаторної кисневої терапії.
- Попередження пацієнта про необхідність припинення паління. Проведення кисневої терапії пацієнтам, яким вона рекомендована.

5. Неінвазивна вентиляція легень

Неінвазивна вентиляція легень (НІВЛ) все частіше застосовується у пацієнтів зі стабільним дуже тяжким ХОЗЛ.

Комбінація НІВЛ з довготривалою кисневою терапією може принести певну користь окремим пацієнтам, особливо тим, у кого є виражена гіперкапнія в денний час.

НІВЛ може покращити виживаність, але не покращує якість життя.

У пацієнтів з поєднаною патологією ХОЗЛ та синдромом обструктивного апное-гіпноное сну спостерігається визначений корисний вплив застосування позитивного тривалого тиску в повітропровідних шляхах як на виживаність, так і на ризик госпіталізації.

Необхідні дії лікаря

Проведення довгострокової неінвазивної вентиляції пацієнта з хронічною гіперкапнічною дихальною недостатністю, якому проводиться адекватна допоміжна вентиляція (інвазивна або неінвазивна) впродовж загострення, або пацієнта з гіперкапнією чи ацидозом при лікуванні ДКТ.

6. Хірургічне лікування

Хірургічне лікування має на меті зменшити задишку, видаляючи області погано функціонуючої ділянки легень, таким чином зменшуючи внутрішньогрудний об'єм.

Хірургічне лікування і трансплантацію розглядають при прогресуванні хвороби, яка не піддається медикаментозному лікуванню; для таких пацієнтів ці заходи життєво необхідні.

Необхідні дії лікаря

Бажані:

Направлення пацієнта із задишкою, який має єдину велику булу, виявлену при комп'ютерній томографії, і ОФВ₁ менше 50% від розрахункового, до торакального хірурга для вирішення питання про булектомію.

Направлення пацієнта з тяжким ХОЗЛ, у якого зберігається задишка і є істотне обмеження його повсякденної активності при адекватній медикаментозній терапії (включаючи реабілітацію), до спеціалізованого центру для вирішення питання резекції частини легень за наявності показань після досліджень спірометрії, дифузійної здатності легень, РаСО₂.

Діагностика та лікування ускладнень ХОЗЛ

1. Діагностика та лікування легеневої гіпертензії та cor pulmonale (легеневого серця)

Термін «легеневе серце» може бути прийнятий для визначення патологічного стану, що виявляється на підставі клінічних проявів.

Легеневим серцем називають вторинне збільшення правого шлуночка (його гіпертрофію та/або дилатацію), розвиток якого зумовлено легеневою артеріальною гіпертензією, яка розвивається внаслідок захворювань, що порушують функцію легень (тих, що призводять до розвитку дихальної недостатності).

Неконтрольовані дослідження використання інгібіторів АПФ показали неоднозначні результати і не можуть бути рекомендовані на підставі доказової медицини.

Діуретичні засоби широко використовуються для лікування cor pulmonale, але не проведені дослідження їх ефективності при ХОЗЛ. Є теоретична думка, що вони можуть зменшити фракцію серцевого викиду, зменшуючи шлуночковий тиск, але можуть також викликати метаболічний алкалоз, зменшуючи вентиляційну потужність.

Необхідні дії лікаря

1. Встановлення пацієнту діагнозу cor pulmonale за наявності клінічних симптомів при виключенні інших причин периферичних набряків.
2. Спрямування лікування cor pulmonale на зменшення гіпоксії та зниження затримки солі і води.
3. Дотримання заборони на рекомендації інгібіторів АПФ.
4. Призначення сечогінних засобів з обережністю відповідно до існуючих медико-технологічних документів.

2. Дихальна недостатність

Неінвазивна вентиляція легень в комбінації з довготривалою кисневою терапією може застосовуватись у пацієнтів з дуже тяжким ХОЗЛ, особливо за наявності гіперкапнії в денний час. Вона може покращити виживаність. Пацієнтам з ХОЗЛ за наявності синдрому обструктивного сонного апное рекомендується терапія із тривалим застосуванням позитивного тиску повітря (CPAP терапія), що покращує виживаність та зменшує ризик госпіталізації.

Необхідні дії лікаря

1. Оцінка показання для відповідного виду оксигенації: ДКТ або короткострокова.
2. Застосування CPAP терапії, дворівневої терапії із застосуванням позитивного тиску повітря (BiPAP терапії), НІВЛ.

3. Супутня патологія при ХОЗЛ

3.1. Серцево-судинні захворювання

Одна з основних супутніх патологій у пацієнтів з ХОЗЛ і, ймовірно, найчастіша та найважливіша. Треба зважати на ІХС, серцеву недостатність, фібриляцію передсердь та артеріальну гіпертензію.

Необхідні дії лікаря

1. Лікування ІХС у пацієнта з ХОЗЛ відповідно до клінічного протоколу.
2. Уникнення високих доз β-агоністів при лікуванні ХОЗЛ при ІХС.
3. Лікування серцевої недостатності відповідно до протоколу надання медичної допомоги (перевагу надають селективним блокаторам β-адренорецепторів).
4. Лікування фібриляції передсердь та артеріальної гіпертензії відповідно до нормативів надання медичної допомоги (призначення селективних блокаторів β-адренорецепторів).

3.2. Остеопороз

Також одна з основних супутніх патологій у пацієнтів з ХОЗЛ, асоціюється з поганим статусом здоров'я та прогнозом. Частіше спостерігається у пацієнтів з емфіземою, у пацієнтів зі зниженою масою тіла (зменшений ІМТ) та зниженою масою вільного жиру.

Необхідні дії лікаря

Лікування відповідно до клінічного протоколу, з униканням (по можливості) повторних курсів системних кортикостероїдів.

3.3. Тривожність та депресія

Тривожність та депресія у пацієнтів з ХОЗЛ асоціюються з поганим прогнозом, часто виникають в більш молодому віці, у жінок, курців, при знижених показниках ОФВ₁, кашлі, більш низькій якості життя (більш високий рахунок за опитувальником госпіталю Св. Георгія), що пов'язано із захворюванням, наявністю в анамнезі серцево-судинних захворювань.

Необхідні дії лікаря

1. Лікування згідно з клінічним протоколом.
2. Припущення у госпіталізованих до стаціонару пацієнтів з ХОЗЛ з гіпоксією та/або тяжким диспноє наявності тривоги і депресії.
3. Проведення психологічних та психосоціальних втручань за умови призначення антидепресантів. Призначення антидепресантів проводиться згідно з відповідними медико-технологічними документами.

3.4. Рак легені

Часто спостерігається у пацієнтів з ХОЗЛ, вважається найчастішою причиною смерті пацієнтів з легким ХОЗЛ.

Необхідні дії лікаря

Лікування згідно з клінічним протоколом.

3.5. Інфекції

Часто спостерігаються у пацієнтів з ХОЗЛ.

Необхідні дії лікаря

1. Призначення антибіотиків у разі гнійного загострення. Для початкового емпіричного лікування необхідно застосовувати амінопеніциліни, в тому числі захищені, макроліди (азитроміцин або кларитроміцин) або цефалоспорины 2-го покоління. При проведенні емпіричного лікування антибіотиками лікар повинен враховувати перелік можливих найбільш поширених збудників, кількість попередніх загострень (за рік), попередній прийом антибіотиків, показники ФЗД, супутні захворювання. Рекомендована тривалість антибактеріальної терапії – 5–10 днів.
2. Не призначати макроліди на фоні застосування теофіліну (макроліди підвищують концентрацію теофілінів).
3. Припинення прийому ІКС, якщо спостерігається розвиток пневмонії, що повторюється при прийомі ІКС, щоб з'ясувати, чи цей препарат спричиняє пневмонію.
4. Фторхінолони слід розглядати як препарати резерву лікування загострень ХОЗЛ.

3.6. Метаболічний синдром та цукровий діабет

Часто спостерігаються у пацієнтів з ХОЗЛ, можуть погіршувати прогноз.

Необхідні дії лікаря

Лікування відповідно до клінічного протоколу.

3.7. Синдром обструктивного апное-гіпноє сну

Пацієнтам із ХОЗЛ за наявності синдрому обструктивного сонного апное рекомендується терапія із тривалим застосуванням позитивного тиску повітря (CPAP терапія), що покращує виживаність та зменшує ризик госпіталізацій.

Необхідні дії лікаря

1. Призначення CPAP терапії, дворівневої терапії із застосуванням позитивного тиску повітря (BiPAP терапії), NIVL.

Вторинна профілактика

1. Роз'яснення і заохочення пацієнтів до відмови від паління

Усіх пацієнтів з ХОЗЛ, які продовжують палити, незалежно від віку, необхідно заохочувати до припинення паління і отримання необхідної допомоги для цього при будь-якій слушній нагоді.

Необхідні дії лікаря

Скласти план заходів з відмови від паління.

2. Своєчасна базисна медикаментозна терапія ХОЗЛ, призначена згідно з існуючим протоколом

Правильно підібрана і вчасно призначена базисна медикаментозна терапія ХОЗЛ може значно уповільнити прогресування бронхообструкції, зменшити тяжкість і частоту загострень, запобігти розвитку ускладнень і покращити якість життя пацієнтів.

Необхідні дії лікаря

Своєчасне призначення та контроль за проведенням базисної бронхолітичної та протизапальної терапії ХОЗЛ.

3. Профілактика загострень ХОЗЛ

Загострення ХОЗЛ суттєво погіршують якість життя пацієнтів на довготривалий період, підвищують ризик повторної госпіталізації на наступні 6 місяців. Смертність у наступний після загострення рік становить 40–50% залежно від тяжкості захворювання, віку пацієнта та наявності супутньої патології.

Необхідні дії лікаря

Проведення консультації з питань вакцинації проти грипу.

4. Модифікація способу життя

Існують докази, що модифікація способу життя, співпраця з пацієнтом і його родиною, обізнаність щодо ранніх проявів захворювань можуть сприяти зниженню рівня захворюваності на ХОЗЛ і позитивно впливають на перебіг захворювання (зменшується кількість та знижується активність перебігу загострень ХОЗЛ).

Необхідні дії лікаря

Проведення навчання пацієнта щодо природи захворювання, дотримання терапії, своєчасного розпізнавання ранніх ознак та симптомів загострення.

Подальше спостереження

Існують докази, що вказують на зниження рівнів захворюваності і смертності пацієнтів, які перебувають під наглядом лікаря.

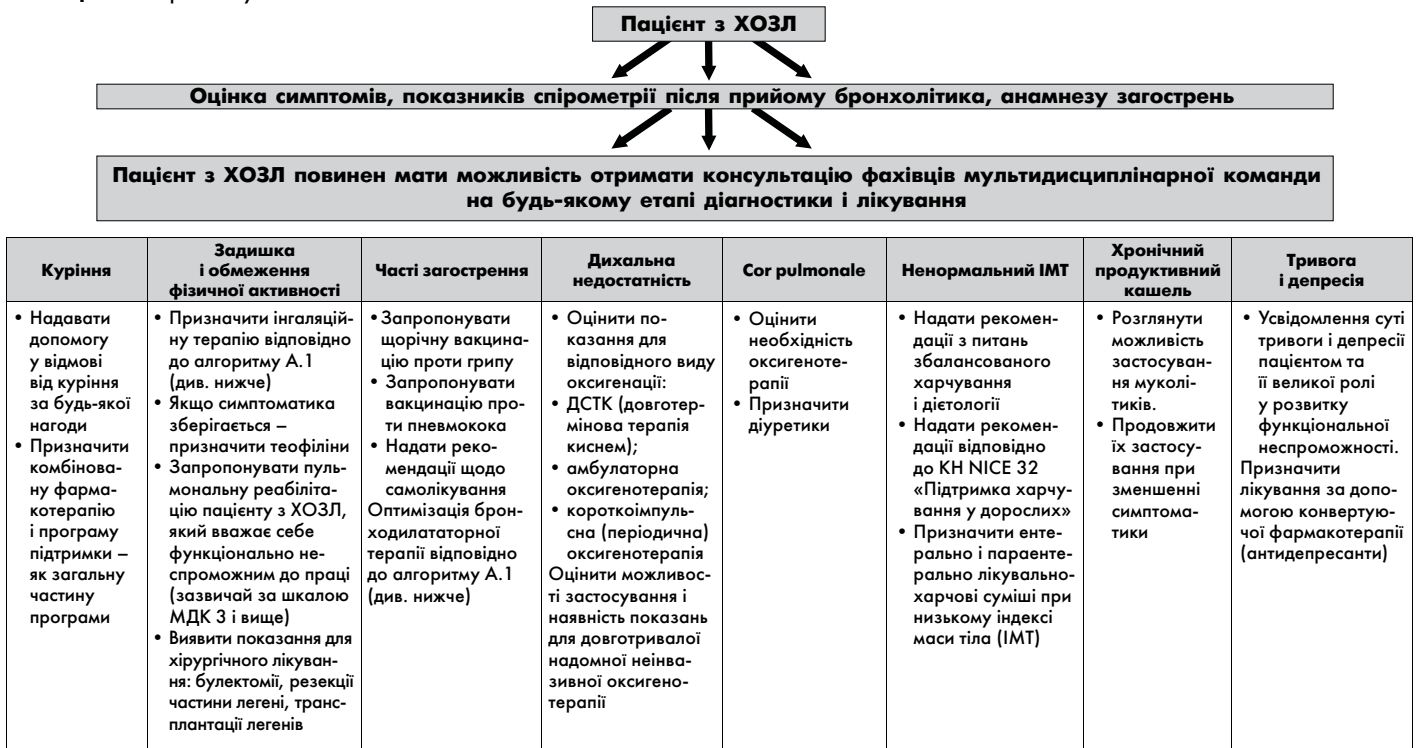
Регулярний контроль проводиться з метою:

- аналізу досягнення цілей терапії;
- оцінки здатності пацієнта справлятися з хворобою, якості життя, комплаєнсу, виконання плану призначеної терапії;
- контролю побічних ефектів;
- корекції лікування з появою нових можливостей терапії.

Необхідні дії лікаря

1. Складення письмового протоколу диспансеризації.
2. Проведення моніторингу стану здоров'я пацієнта з I–III стадією не менше ніж 1 раз на рік, з IV стадією – 2 рази на рік.
3. Проведення необхідної клінічної оцінки: задишки, толерантності до фізичного навантаження, частоти загострень, ускладнень, формування cor pulmonale, наявності депресії, моніторингу спірометрії.

Таблиця 1. Алгоритм лікування стабільного ХОЗЛ



Паліативне лікування

- Опіати мають бути призначені при дихальній недостатності пацієнту, якому медикаментозна терапія не приносить полегшення.
- Використовувати бензодіазепіни, трициклічні антидепресанти і сильнодіючі транквілізатори за наявності показань.
- Залучення мультидисциплінарної команди з паліативного лікування.

Таблиця 2. Застосування інгаляційної терапії

Задишка та обмеження фізичних навантажень	БАКД або МАКД за потреби*			
	ОФВ ₁ ≥50% від належного		ОФВ ₁ <50% від належного	
Загострення або персистуюча задишка	БАТД	МАТД Припинити МАКД	БАТД + ІКС в одному інгаляторі	МАТД Припинити КДМА
		Перевагу мають МАТД перед регулярним прийомом МАКД 4 рази на добу		Перевагу мають МАТД перед регулярним прийомом МАКД 4 рази на добу
Персистуючі загострення або задишка	БАТД + ІКС в одному інгаляторі	→	МАТД + БАТД + ІКС в одному інгаляторі	
	Якщо ІКС не переносяться, призначити БАТД + МАТД			

Має перевагу (висока доказовість)
 Можна розглянути (менша доказовість)

БАКД β₂-агоністи короткої дії; БАТД β₂-агоністи тривалої дії; МАКД антагоністи мускаринових рецепторів короткої дії; МАТД антагоністи мускаринових рецепторів тривалої дії; ІКС інгаляційні кортикостероїди; ОФВ₁ об'єм форсованого видиху за першу секунду

Підготувала О.О. ПОГРЕБНЯК, к. мед. н.
/Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
ВГО «Асоціація превентивної та антиейджинг медицини», Київ/