

О.О. ПОГРЕБНЯК, к. мед. н.

/Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ
ВГО «Асоціація превентивної та антиейджинг медицини», Київ/

Огляд сучасних рекомендацій з ведення хронічних обструктивних захворювань легень: імплементація серед українських лікарів м. Вінниця

Освітні проекти Всеукраїнської громадської організації «Асоціація превентивної та антиейджинг медицини» крокують містами України. І наступне місто, в якому нещодавно побувала Асоціація, – Вінниця.



Д. мед. н., професор О.К. Дуда
Національна медична академія післядипломної освіти
імені П.Л. Шупика (Київ)

Четвертого червня 2015 року в стінах Вінницької обласної філармонії вкотре успішно пройшла тренінг-програма для лікарів «МИСТЕЦТВО ЛІКУВАННЯ: контроль, профілактика, якість життя» за підтримки Міністерства здоров'я України, Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, Департаменту охорони здоров'я та курортів Вінницької обласної державної адміністрації та Департаменту охорони здоров'я Вінницької міської ради. Офіційним партнером наукової програми стало видавництво медичної періодики «Медікс груп» (журнали «Ліки України», «Мистецтво лікування», «Медікс. Антиейджинг», «Health. Medix» та «Архів психіатрії»).

Ініціатором проекту ВГО «Асоціація превентивної та антиейджинг медицини» робота тренінг-програми побудована на імплементації сучасних протоколів діагностики та лікування захворювань внутрішніх органів серед сучасних лікарів.

За останні роки спостерігається зростання захворювань органів дихання, особливо стрімке зростання припадає на частку хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ). Відповідно зростають показники смертності та інвалідності від захворювань легень, насамперед у осіб працездатного віку. Тому пріоритетним завданням щодо зменшення рівня поширеності, захворюваності та смертності є удосконалення ранньої діагностики, профілактики та лікування ХОЗЛ.

В рамках тренінг-програми «МИСТЕЦТВО ЛІКУВАННЯ: контроль, профілактика, якість життя» реалізується соціальний проект «Подих життя», ініціатором якого стала, зокрема, соціально активна корпорація «Юрія-фарм». Метою проекту є масштабне поінформування сучасного лікарського товариства про основи своєчасного виявлення захворювань на початкових етапах, про точну сучасну діагностику та доступне для пацієнтів, які мають фінансові труднощі, лікування бронхіальної астми відповідно до стандартів та протоколів МОЗ України.

В кабінеті вимірювань основних факторів ризику (кабінет профілактики) кожен лікар, який вирішив взяти участь у конференції, може пройти майстер-клас зі спірометрії. Згадати основні ключові показники функцій зовнішнього дихання, необхідні для постановки діагнозу ХОЗЛ, ознайомитися з новим сучасним обладнанням для проведення спірометрії та на власному досвіді пройти дане вимірювання та поставити тематичні запитання спеціалісту. Після спірометрії лікарі можуть ознайомитися із сучасним обладнанням для проведення небулайзерної терапії



Вручення призів Юлайзер

зі допомогою «Юлайзерів». Кожен бажаючий може пройти майстер-клас із юлайзеротерапії, дізнатися, які лікарські засоби є ефективними для проведення даної терапії, поєднання яких лікарських засобів є більш доцільним. Після проходження майстер-класу лікар отримує сертифікат «Лікаря-експерта Тренінгу для лікарів "Мистецтво лікування: контроль, профілактика, якість життя».

У кожному з міст України, де проходить тренінг-програма для лікарів, досвідчені вчені та провідні фахівці з означеної проблеми перед широкою аудиторією лікарів доповідають про результати зарубіжних досліджень, власні дані та новинки сучасної медицини.

У м. Вінниця професор, доктор медичних наук, завідувач кафедри інфекційних хвороб Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика Дуда Олександр Костянтинович доповів лікарям про «Нові перспективи сучасної небулайзерної терапії». Інгаляційний спосіб введення лікарських засобів на сьогодні є не тільки найбільш ефективним, але і найбезпечнішим. Цей шлях введення медикаментів є актуальним не тільки при ХОЗЛ, але й при гострих бронхітах, коли етіологічним фактором розвитку захворювання може бути не тільки бактеріальна інфекція, а і вірусна, грибкова інфекція та внутрішньоклітинні мікроорганізми. В усіх цих випадках найефективнішим шляхом введення лікарських засобів є введення за допомогою сучасних апаратів «Юлайзер», про що йшла мова у доповіді Олександра Костянтиновича.

Вже традиційним та досить приємним моментом наприкінці наукової програми конференції став розіграш цінних подарунків серед лікарів-учасників. В якості подарунків соціально активна компанія «Юрія-фарм» із задоволенням надала три апарати «Юлайзер Хоум» з метою популяризації фізіологічних та ефективних шляхів введення лікарських засобів серед лікарів та членів їх сімей.

Хронічне обструктивне захворювання легень

Вибрані положення з уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації, затвердженого наказом МОЗ України від 27 червня 2013 р.

№555 <http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr.html>

Частина 1*

Визначення хронічного обструктивного захворювання легень

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) – поширене захворювання, що характеризується стійким обмеженням дихальних шляхів, яке зазвичай прогресує та асоціюється з підвищеною хронічною запальною відповіддю дихальних шляхів та легень на шкідливі частки та гази, яке можна попередити

*Продовження – в наступному номері.

та лікувати. Загострення та супутні захворювання впливають на загальну тяжкість у окремих пацієнтів.

Епідеміологія ХОЗЛ

ХОЗЛ залишається однією з найбільших проблем охорони здоров'я на сьогоднішній день. В медико-соціальному та економічному плані воно є однією з основних причин захворюваності та смертності в усьому світі; люди страждають від цього захворювання роками і передчасно вмирають від нього або від його ускладнень. Внаслідок тривалого впливу факторів ризику і старіння населення в усьому світі спостерігається прискорене зростання ХОЗЛ.

Частка ХОЗЛ як однієї з провідних причин смерті постійно збільшується. Так, у 1990 році ХОЗЛ була на 6-му місці серед причин смерті, до 2020 року – переміститься на 3-тє місце, до 2030 року (за даними останніх прогнозів) – буде четвертою провідною причиною смерті у світі.

Від ХОЗЛ страждає від 8 до 22% дорослих у віці 40 років і більше.

За результатами великих скринінгових досліджень поширеність ХОЗЛ вище у людей, які палять, порівняно з некурцями; у людей старше 40 років порівняно з більш молодими; у чоловіків порівняно із жінками.

Загальна частина

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної медичної допомоги та медичної реабілітації «Хронічне обструктивне захворювання легень» розроблений відповідно до Методики розробки та впровадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини, затвердженої наказом МОЗ України від 28.09.2012 р. №751 та на основі адаптованої клінічної настанови, заснованої на доказах, «Хронічне обструктивне захворювання легень», в якій наведена найкраща практика надання медичної допомоги пацієнтам із цієї патологією.

Положення уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги спрямовані на мультидисциплінарне надання медичної допомоги пацієнтам із ХОЗЛ і охоплюють всі етапи надання медичної допомоги. У протоколі наведено методи раннього (своєчасного) виявлення захворювання та профілактики, що дозволять суттєво поліпшити стан пацієнта та зменшити витрати на медичну допомогу.

Лікарі загальної практики – сімейні лікарі відіграють ключову роль у підвищенні обізнаності пацієнта, своєчасному виявленні та профілактиці ХОЗЛ.

Діагностика

На ранніх стадіях ХОЗЛ може призводити до появи мінімально виражених симптомів або не мати їх взагалі.

Діагноз ХОЗЛ має бути підтверджений за допомогою спірометрії: зменшення співвідношення ОФВ₁/ФЖЄЛ <0,7 (70%) після прийому бронхолітика свідчить про наявність бронхообструкції, характерної для ХОЗЛ.

Мікробіологічне дослідження мокроти доцільне лише у випадках, коли при гнійному загостренні відсутня відповідь на терапію антибіотиками. Існують докази, що дослідження харкотиння на

флору і чутливість до антибіотиків потрібно проводити, коли є підозра на псевдомонас як збудника, підозра на наявність деструкції при тривалому прийомі кортикостероїдів для перорального застосування і у ослаблених хворих.

Обов'язкові діагностичні методики

- Збір детального анамнезу, в тому числі анамнезу тютюнокуріння, та його аналіз у пацієнта, який має фактори ризику та/або симптоми ХОЗЛ.

Таблиця 1. Модифікована шкала для оцінки тяжкості задишки 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 |

Таблиця 2. Тест з оцінки ХОЗЛ – TOX (COPD Assessment Test – CAT)

| Я взагалі не кашляю | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Я кашляю постійно |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| У мене в грудях зовсім немає мокротиння (слизу) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Мої груди повністю заповнені мокротинням (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 | 3 | 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 |

Примітка: загальний результат тесту з оцінки ХОЗЛ визначається як сума балів відповідей на кожне з восьми запитань.

Таблиця 3. Класифікація (GOLD) тяжкості обмеження дихальних шляхів при ХОЗЛ (заснована на ОФВ₁ після прийому бронхолітика)

| Ступінь | ОФВ ₁ після прийому бронхолітика (% від належних) | |
|-------------------|--|----------------------------|
| GOLD ₁ | Легкий | ОФВ ₁ ≥80 |
| GOLD ₂ | Помірний | 50 ≤ ОФВ ₁ < 80 |
| GOLD ₃ | Тяжкий | 30 ≤ ОФВ ₁ < 50 |
| GOLD ₄ | Дуже тяжкий | ОФВ ₁ <30 |

Таблиця 4. Комплексна оцінка ХОЗЛ з урахуванням симптомів, показника ОФВ₁, кількості загострень

| GOLD класифікація | 4 | C | D | ≥2 | Анамнез загострень за попередній рік |
|----------------------|---|----------|---------|----|--|
| | 3 | | | | |
| | 2 | A | B | 1 | |
| | 1 | | | 0 | |
| | | мМКД <2 | мМКД ≥2 | | |
| | | ТОХ <10 | ТОХ ≥10 | | |
| | | Симптоми | | | |

Примітки.

Пацієнти групи А – низький ризик, мало симптомів
Як правило, GOLD 1 або GOLD 2 та/або ≤1 загострень за рік та мМКД <2 або ТОХ <10.
Пацієнти групи В – низький ризик, багато симптомів
Як правило, GOLD 1 або GOLD 2 та/або ≤1 загострень за рік та мМКД ≥2 або ТОХ ≥10.
Пацієнти групи С – високий ризик, мало симптомів
Як правило, GOLD 3 або GOLD 4 та/або ≥2 загострень за рік та мМКД <2 або ТОХ <10.
Пацієнти групи D – високий ризик, багато симптомів
Як правило, GOLD 3 або GOLD 4 та/або ≥2 загострень за рік та мМКД ≥2 або ТОХ ≥10.
При оцінці ризику загострень у майбутньому при розходженні ризиків згідно зі спірометричною класифікацією та анамнезом загострень – рекомендується вибирати НАЙБІЛЬШИЙ ризик.

- Використання Модифікованої шкали задишки Медичної дослідницької ради (МДР) для оцінки тяжкості задишки (табл. 1), або Тесту з оцінки ХОЗЛ (ТОХ) (табл. 2). Оцінка задишки за шкалою МДР ≥2 і результат ТОХ ≥10 свідчать про вираженість симптомів.
- Збір анамнезу загострень (протягом останніх 12 місяців): два та більше загострення протягом останнього року свідчать про високий ризик загострень у майбутньому.
- Проведення спірометричного дослідження з визначенням співвідношення ОФВ₁/ФЖЄЛ після прийому бронхолітика (через 15–30 хвилин після інгаляції 400 мкг сальбутамолу) та ОФВ₁. Наявність і тяжкість бронхіальної обструкції неможливо визначити клінічними методами обстеження. Переконайтеся рекомендується використовувати спірометрію як єдиний об'єктивний метод визначення обструкції та її ступеня. Згідно зі спірометричною класифікацією ступеня тяжкості обмеженні прохідності дихальних шляхів виділяють 4 ступені. Як критерій наявності бронхообструкції при ХОЗЛ рекомендується застосовувати зменшення співвідношення ОФВ₁/ФЖЄЛ після прийому бронхолітика <70%, а тяжкість бронхообструкції оцінювати, виходячи зі зменшення ОФВ₁. У пацієнта літнього віку ОФВ₁/ФЖЄЛ <0,65–0,7 без клінічних симптомів може бути нормою.
- Виявлення ускладнень ХОЗЛ, супутньої патології, ускладнень від терапії, що проводиться, та їх корекція за участі мультидисциплінарної команди фахівців суміжних спеціальностей (пульмонологів, алергологів, профпатологів, кардіологів, ендокринологів, психіатрів тощо).
- Проведення загального аналізу крові, визначення гематокри-ту (для виявлення поліцитемії, яку потрібно враховувати при призначенні терапії, а також анемії).

- Проведення додаткових досліджень при тяжкому перебігу за умови наявності супутніх захворювань:
 - електрокардіографія;
 - ехокардіографія,
 - пульсоксиметрія;
 - при тяжкому перебігу ХОЗЛ - вимірювання газів артеріальної крові;
 - вимірювання артеріального тиску.

Бажані діагностичні методики

- Проведення диференційної діагностики, за потреби – рентген-дослідження органів грудної клітки, комп'ютерна томографія.
- Направлення на консультацію до фахівців суміжних спеціальностей для визначення тактики терапії при виявленні супутньої патології.
- Проведення мікробіологічного дослідження харкотиння, якщо воно має гнійний характер.

Класифікація ХОЗЛ

Для оцінки шкідливого впливу ХОЗЛ на окремого пацієнта, що проявляється у розвитку загострень у майбутньому, госпіталізації, смерті внаслідок ХОЗЛ, проводиться комплексна оцінка з урахуванням симптомів, класифікації зі спірометрії та/або з урахуванням ризику загострень. Для оцінки симптомів пропонуються шкала задишки МДР або оцінка симптомів за результатом ТОХ, рівень задишки за шкалою МДР 2 або результат ТОХ 10 вказують на високий рівень симптомів (перевага надається ТОХ, тому що він більш повно відображає вплив симптомів захворювання, шкала задишки оцінює лише один симптом – задишку; можна застосовувати один із тестів, не обов'язково обидва).

Загострення ХОЗЛ сприяють стрімкому прогресуванню захворювання, значно погіршують прогноз, погіршують якість життя пацієнтів, спричиняють смерть. Пропонується два методи оцінки ризику загострень в майбутньому. Один підхід заснований на спірометричній класифікації, ступеню тяжкості бронхообструкції: 3-й та 4-й (тяжкий та дуже тяжкий) ступені бронхообструкції (ОФВ₁ <50 % від належних) вказують на високий ризик. Інший – на анамнезі загострень протягом останнього року: два та більше загострень вказують на високий ризик.

У таблиці 4 представлена схема зв'язків між симптомами, спірометричною класифікацією та ризиками загострень в майбутньому. При оцінці ризиків рекомендується обирати найбільший ризик, виходячи зі ступеня бронхообструкції або анамнезу загострень.

Додаткова інформація. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.