

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
20 вересня 2024 року № 1610

**УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ
ПЕРВИННОЇ, СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ТА ЕКСТРЕНОЇ
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

**ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ
ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ**

2024

ВСТУП

Уніфікований клінічний протокол первинної, спеціалізованої та екстреної медичної допомоги (далі - УКПМД) «Хронічне обструктивне захворювання легень» за своєю формою, структурою та методичним підходом щодо використання вимог доказової медицини створено згідно Методики, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України № 751 від 28 вересня 2012 року «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.

УКПМД розроблений на основі Клінічної настанови, заснованої на доказах «Хронічне обструктивне захворювання легень», яка ґрунтується на принципах доказової медицини з урахуванням сучасних міжнародних рекомендацій. Ознайомитися з текстом клінічної настанови «Хронічне обструктивне захворювання легень» можна за посиланням: https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/.

В УКПМД зосереджено увагу на основних етапах надання медичної допомоги пацієнтам з хронічним обструктивним захворюванням легень (далі - ХОЗЛ). Основними завданнями при розробці протоколу було забезпечення якості, ефективності та рівних можливостей доступу до медичної допомоги пацієнтів з ХОЗЛ, створення єдиних принципів щодо здійснення профілактики, діагностики, лікування та спостереження за пацієнтами, а також обґрунтування кадрового забезпечення та ресурсного оснащення закладу охорони здоров'я (далі – ЗОЗ).

Перелік скорочень

АКДП	протикашлюкова вакцина
БАКД	b2-агоніст короткої дії
БАТД	b2-агоніст тривалої дії
ГКС	глюкокортикостероїд
ДАІ	дозований аерозольний інгалятор
ДН	дихальна недостатність
ДКТ	довготривала терапія киснем
ЕКГ	електрокардіографія
ЖЄЛ	життєва ємність легень
ЗОЗ	заклад охорони здоров'я
ІКС	інгаляційний кортикостероїд
ІМТ	індекс маси тіла
ІХС	ішемічна хвороба серця
КМП	клінічний маршрут пацієнта
КТ	комп'ютерна томографія
ЛЗ	лікарський засіб
МХТД	антагоніст мускаринових рецепторів тривалої дії
МДК	Міжнародний дослідницький консиліум
мМДР	Модифікована Шкала задишки Міжнародної дослідницької ради
НІВЛ	неінвазивна вентиляція легень
ОФВ ₁	об'єм форсованого видиху за 1 секунду
ПОШ	пікова об'ємна швидкість
СПІ	сухопорошковий інгалятор
СРБ	С-реактивний білок
ТОХ	тест з оцінки хронічного обструктивного захворювання легень
УКПМД	уніфікований клінічний протокол медичної допомоги
ФЖЄЛ	форсована життєва ємність легень
ХОЗЛ	хронічне обструктивне захворювання легень
ЧСС	частота серцевих скорочень
ШВЛ	штучна вентиляція легень
Cor pulmonale	легеневе серце
GOLD	Глобальна ініціатива з хронічного обструктивного захворювання легень
PCV15	15-ти валентна кон'югована пневмококова вакцина
PCV20	20-ти валентна кон'югована пневмококова вакцина
PPSV23	23-валентна пневмококова полісахаридна вакцина
SaO ₂	насичення артеріальної крові киснем.
VAS	візуальна аналогова шкала (задишки)
Форма № 025/о	форма первинної облікової документації № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого №_» та інструкція з її заповнення,

- затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за №669/20982
- Форма № 003/о форма первинної облікової документації № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого № _» та інструкція з її заповнення, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України 21 січня 2016 № 29), зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 662/20975
- Форма №110/о форма первинної медичної облікової документації № 110/о «Карта виїзду швидкої медичної допомоги» та інструкція з її заповнення, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 17 листопада 2010 року № 999, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 03 лютого 2011 року за №149/18887
- Форма № 027/о форма первинної облікової документації № 027/о «Виписка із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого» та інструкція з її заповнення, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за №682/20995

I. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

1. Діагноз: Хронічне обструктивне захворювання легень

2. Коди стану або захворювання. НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»:

J44 Інша хронічна обструктивна хвороба легень

3. Протокол призначений для: керівників ЗОЗ, лікарів загальної практики – сімейних лікарів, лікарів: терапевтів, пульмонологів, профпатологів, рентгенологів, хірургів, інших медичних працівників, які беруть участь у наданні первинної та спеціалізованої медичної допомоги пацієнтам з ХОЗЛ.

4. Мета протоколу: визначення та розробка комплексу заходів з профілактики, раннього та своєчасного виявлення, діагностики та лікування пацієнтів з ХОЗЛ.

5. Дата складання протоколу: 2024 рік

6. Дата перегляду протоколу: 2029 рік

7. Список та контактна інформація осіб, які брали участь у розробці протоколу:

Дубров Сергій Олександрович перший заступник Міністра охорони здоров'я України, голова робочої групи;

Фещенко Юрій Іванович директор державної установи «Національний науковий центр фтизіатрії, пульмонології та алергології імені Ф.Г. Яновського Національної академії медичних наук України», заступник голови робочої групи з клінічних питань (за згодою);

Дзюблик Олександр Ярославович завідувач відділення неспецифічних захворювань легень у хворих на туберкульоз державної установи «Національний науковий центр фтизіатрії, пульмонології та алергології імені Ф.Г. Яновського Національної академії медичних наук України» (за згодою);

Полянська Марина Олександрівна завідувач відділення діагностики, терапії та клінічної фармакології захворювань легень державної установи «Національний науковий центр фтизіатрії, пульмонології та алергології імені Ф.Г. Яновського Національної академії медичних наук України» (за згодою);

Островський Микола Миколайович завідувач кафедри фтизіатрії і пульмонології з курсом професійних хвороб Івано-Франківського національного медичного університету;

Конопкіна завідувачка кафедри внутрішньої медицини 1 Дніпровського

Людмила Іванівна Побережець Віталій Леонідович	державного медичного університету; асистент кафедри пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова;
Величко Валентина Іванівна	завідувач кафедри сімейної медицини та поліклінічної терапії Одеського національного медичного університету;

Методичний супровід та інформаційне забезпечення

Гуленко Оксана Іванівна.	начальник відділу стандартизації медичної допомоги Управління стандартів у сфері охорони здоров'я Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», заступник голови робочої групи з методологічного супроводу.
-----------------------------	---

Рецензенти:

Басанець Анжела Володимирівна	Член-кореспондент Національної академії медичних наук України, професор, д.мед.н., заступник директора з науки Державного підприємства «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя МОЗ України»;
Петренко Василь Іванович	завідувач кафедри фтизіатрії та пульмонології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, Заслужений лікар України, д.мед.н., професор.

8. Коротка епідеміологічна інформація

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) залишається значною проблемою для системи охорони здоров'я та призводить до значних економічних втрат. Внаслідок тривалого впливу факторів ризику й старіння населення у світі зберігається прискорене зростання розповсюженості ХОЗЛ. Ця хвороба є однією з основних причин хронічної захворюваності та смертності в усьому світі. Багато людей хворіє роками й передчасно помирає через ХОЗЛ або його ускладнення. Хвороба швидше, ніж прогнозували стала однією з трьох основних причин смертності, причому 90% цих смертей – у країнах із низьким та середнім рівнем життя.

І тягар, зумовлений ХОЗЛ, за прогнозами, упродовж наступних десятиліть лише збільшуватиметься. Часто поширеність ХОЗЛ безпосередньо пов'язана з поширенням куріння тютюну, хоча в багатьох країнах зовнішнє, професійне забруднення та забруднення повітря всередині приміщень (унаслідок спалювання деревини та біоорганічного палива) є основними факторами ризику розвитку ХОЗЛ.

За результатами дослідження BOLD (The Burden of Obstructive Lung Disease – Тягар обструктивного захворювання легень) та інших масштабних епідеміологічних досліджень визначено, що світова поширеність ХОЗЛ становить 10,3%, збільшується з віком, а розвиток супутніх захворювань у пацієнтів спостерігається у більш ранньому віці. На захворюваність при ХОЗЛ можуть впливати супутні хронічні стани (наприклад, серцево-судинні захворювання, порушення з боку скелетно-м'язової системи, цукровий діабет), фактором ризику яких є куріння та вік.

Загострення ХОЗЛ становлять найбільший загальний тягар, спричинений хворобою, на систему охорони здоров'я. Виявлений прямий зв'язок між тяжкістю проявів ХОЗЛ та витратами на лікування хворих, а у разі прогресування захворювання відбувається перерозподіл витрат: збільшення тяжкості супроводжується багаторазовим зростанням витрат, пов'язаних із госпіталізаціями та оксигенотерапією в амбулаторних умовах із використанням портативних кисневих концентраторів. Оцінка величини прямих медичних витрат на допомогу вдома призведе до зниження справжньої вартості лікування для суспільства, оскільки до цієї оцінки не буде включено економічну вартість догляду за хворим на ХОЗЛ із боку членів його сім'ї.

II. Загальна частина

Хронічне обструктивне захворювання легень може бути запідозрене на основі характерних респіраторних симптомів та даних анамнезу життя пацієнта. Ключове завдання лікарів, які надають первинну медичну допомогу, забезпечити якнайшвидше направлення пацієнтів з підозрою на ХОЗЛ до спеціалізованого ЗОЗ для підтвердження або виключення діагнозу та надання спеціалізованої медичної

допомоги. Діагноз ХОЗЛ має бути підтвердженим результатами форсованої спірометрії зі зменшенням співвідношення об'єму форсованого видиху за 1 секунду до форсованої життєвої ємності легень (ОФВ1/ ФЖЄЛ) $< 0,7$ (70%) після прийому бронхолітика, що свідчить про наявність бронхообструкції.

ХОЗЛ часто співіснує з іншими захворюваннями легень та серцево-судинної системи, які поширені за будь-якого ступеня тяжкості ХОЗЛ, і диференціальна діагностика часто може бути ускладнена. У разі складних випадків диференціальна діагностика ХОЗЛ проводиться за допомогою рентгенографії органів грудної клітки. Оцінка розповсюдженості захворювання відбувається за допомогою комп'ютерної томографії (далі - КТ), магнітно-резонансної томографії (далі - МРТ), що дозволяє встановити стадію захворювання та призначити відповідне лікування.

Лікарі загальної практики – сімейні лікарі відіграють важливу роль у профілактиці, організації раннього виявлення ХОЗЛ, інформуванні населення щодо ризиків його виникнення та заохоченні до припинення куріння тютюну, сприянні виконанню усіх рекомендацій спеціалістів під час та після призначеного лікування.

Для забезпечення послідовності надання медичної допомоги пацієнтам у кожному ЗОЗ мають бути розроблений клінічний маршрут пацієнта (далі – КМП) з ХОЗЛ та обсяг лікувально-діагностичних заходів відповідно до матеріально-технічного та кадрового забезпечення.

III. Основна частина

1. Первинна медична допомога

1) Профілактика

Положення протоколу

Проведення заходів щодо профілактики ХОЗЛ відіграє ключову роль у попередженні та ранньому виявленні захворювання. Профілактика ХОЗЛ включає попередження та усунення факторів, що провокують захворювання (професійного забруднення повітря на підприємствах, зовнішнього забруднення та забруднення повітря всередині приміщень, куріння тютюну та тривалого пасивного куріння).

Обґрунтування

Докази свідчать про те, що своєчасне виявлення ХОЗЛ впливає на зниження темпів його прогресування та зменшує ймовірність розвитку ускладнень.

Наявні наразі дані щодо поширеності ХОЗЛ сильно різняться через відмінності у методах обстеження, діагностичних та аналітичних підходах. У переважній більшості епідеміологічних досліджень, ХОЗЛ визначалося лише за допомогою спірометрії, а не за комбінацією симптомів та результатів спірометрії.

Дані систематичних оглядів показали, що поширеність ХОЗЛ серед курців та колишніх курців значно більша, ніж у некурців; серед осіб старше 40 років значно більша, ніж у осіб віком до 40 років; у чоловіків значно більша, ніж у жінок.

Очікується, що зі зростанням поширеності куріння в країнах з низьким та середнім рівнем життя та старінням населення в країнах з високим рівнем доходу поширеність ХОЗЛ зростатиме. Ефективність та безпечність електронних сигарет, як допоміжного засобу в разі відмови від куріння є нині невизначеними.

Тобто куріння цигарок є ключовим екологічним фактором ризику розвитку ХОЗЛ. Курці сигарет мають більш високу поширеність респіраторних симптомів та порушень функції легень, більш високу річну швидкість зниження ОФВ1 та більш високий рівень смертності від ХОЗЛ, ніж некурці. Тим не менш, менше ніж у 50% затятих курців розвивається ХОЗЛ і, за оцінками, половина усіх випадків ХОЗЛ в усьому світі пов'язана з факторами ризику, відмінними від тютюну, тому необхідно враховувати інші патогенні фактори, крім куріння.

Тому усвідомлення того, що інші чинники навколишнього середовища, окрім куріння, можуть сприяти розвитку ХОЗЛ, що захворювання може початися в ранньому віці та вражати молодих людей, а також що існують попередні стани (ХОЗЛ в анамнезі, PRISm). Термін «PRISm» (спірометрія зі збереженим співвідношенням) був запропонований для ідентифікації тих осіб, у яких зберігається нормальне співвідношення (ОФВ1/ФЖЄЛ), але є відхилення при спірометрії. Особи з ХОЗЛ в анамнезі або PRISm мають ризик розвитку обструкції дихальних шляхів з плином часу і це відкриває нові можливості для його профілактики, ранньої діагностики та швидкого і адекватного терапевтичного втручання.

Необхідні дії

Обов'язкові:

Виділення групи спостереження осіб, які мають загрозу розвитку ХОЗЛ (особи, які тривало курять); окрему групу складають особи, які піддаються шкідливому впливу чинників виробничого середовища у своїй професійній діяльності (пил, пари хімічних сполук, аерозолі, фарби тощо).

Направлення особи, яка працює в шкідливих умовах до лікаря-профпатолога, особливо у випадку підозри на виявлення ознак захворювання, що наведені у додатку 4 до цього УКПМД.

Проведення санітарно-просвітницької роботи серед пацієнтів, які працюють на шкідливому виробництві або курять, щодо роз'яснення необхідності модифікації способу життя та уникнення факторі ризику розвитку ХОЗЛ. В першу чергу - відмова від куріння.

Своєчасне направлення пацієнта з ХОЗЛ на консультацію до лікаря пульмонолога за підозри на розвиток ускладнень хвороби (легеневого серця, дихальної недостатності), або до фахівців суміжних спеціальностей у разі

виявлення супутніх захворювань (захворювань серцево-судинної системи, порушень метаболізму, тривожних станів, депресії, остеопорозу, анемії, тощо).

Проведення вторинної профілактики – вакцинації. Вакцинація пацієнтів з ХОЗЛ проводиться відповідно до Календаря профілактичних щеплень в Україні (далі – Календар щеплень).

2) Діагностика

Положення протоколу

Діагностичні заходи спрямовуються на раннє виявлення симптомів та ознак ХОЗЛ та направлення пацієнта до ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу, з метою встановлення діагнозу та призначення спеціального лікування.

Обґрунтування

Запідозрити ХОЗЛ може лікар будь-якої спеціалізації в усіх пацієнтів з задишкою, обмеженням активності через швидку втому, хронічним кашлем з або без виділення мокротиння, свистячим диханням. Проте, на ранніх стадіях ХОЗЛ може мати лише мінімально виражені симптоми або не мати їх взагалі, тому необхідно звертати увагу на характерні для цієї хвороби фактори ризику в анамнезі пацієнта.

У разі виявлення підозрілих симптомів, лікар повинен скерувати пацієнта до ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу.

Форсована спірометрія є обов'язковою для підтвердження діагнозу ХОЗЛ - зменшення співвідношення $\text{ОФВ}_1/\text{ФЖЄЛ} < 0,7$ (70%) після прийому бронхолітика свідчить про наявність бронхообструкції, характерної для ХОЗЛ, відповідно до алгоритму, наведеного у пункті 1 Розділу IV цього УКПМД.

Необхідні дії

Обов'язкові:

Проведення детального збору анамнезу пацієнта, який має фактори ризику та/або симптоми ХОЗЛ: анамнезу куріння тютюну (в тому числі популярних місцевих форм споживання), його аналіз, аналіз професійного маршруту пацієнта (зі з'ясуванням впливу небезпечних факторів виробництва), генетичні вроджені аномалії, детальна інформація щодо діагностики наведена у пункті 1 Розділу IV цього УКПМД.

Для пацієнтів з встановленим діагнозом ХОЗЛ - збір анамнезу загострень (протягом останніх 12 місяців) – 2 та більше загострень без госпіталізації або 1 та більше із госпіталізацією свідчать про високий ризик загострень в майбутньому.

Детальний збір скарг:

задишка — яка прогресує впродовж тривалого часу, посилюється під час фізичного навантаження, постійна;

рецидивуючі хрипи;

хронічний кашель — може бути інтермітуючим або непродуктивним;

рецидивні інфекції нижніх дихальних шляхів.

У випадку прогресування хвороби – втрата ваги, ознаки недостатності кровообігу, легенева недостатність.

Фізикальне обстеження:

загальний огляд пацієнта, (визначення індексу маси тіла (далі - ІМТ), вимірювання артеріального тиску (далі - АТ), проведення пульсоксиметрії, електрокардіографії (далі - ЕКГ));

у випадку легкого перебігу ХОЗЛ загальні симптоми можуть бути не виражені, при аускультатії - жорстке дихання, сухі хрипи. Алгоритм проведення початкової діагностики ХОЗЛ наведено у додатку 4 до цього УКПМД;

у разі тяжкого перебігу: центральний ціаноз, деформація грудної клітки, яка пов'язана з розвитком емфіземи, участь у диханні допоміжної мускулатури, зменшення серцевої тупості, збільшення частоти дихання (>20/хв.), подовжений видих, пацієнт видихає крізь зімкнуті губи, послаблення дихальних шумів, свистячі хрипи.

У випадку виявлення загострень ХОЗЛ пацієнт терміново направляється до ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу.

У складних випадках проведення диференціального діагнозу: з хронічним бронхітом, бронхіальною астмою, бронхоектатичною хворобою, відповідно до критеріїв наведених у пункті 1, розділу IV цього УКПМД.

Проведення диференційної діагностики, за потреби – рентген дослідження (перевагу має КТ) органів грудної клітки.

Діагностика коморбідності (супутніх захворювань).

Бажані:

Направлення на консультацію до лікарів: алерголога, кардіолога, ендокринолога, психіатра для визначення тактики лікування супутньої патології, за наявності показань.

3) Лікування

Положення протоколу

Лікування пацієнтів з ХОЗЛ здійснюється з урахуванням особливостей стану пацієнта. Лікування включає немедикаментозні та медикаментозні методи, які повинні призначатися комплексно.

Обґрунтування

Доведено, що своєчасно розпочата профілактика (усунення шкідливих факторів, зміна місця роботи, припинення куріння, тощо) та призначення адекватного лікування сповільнює прогресування хвороби, мінімізує ускладнення та сприяє покращенню якості життя пацієнта.

Доведено, що відмова від куріння тютюну має найбільшу здатність впливати на природний перебіг ХОЗЛ. Дієта з достатньою кількістю вітамінів та мікроелементів покращує скоротливу здатність та зменшує втомлюваність дихальної та скелетної мускулатури. Різні варіанти дихальної гімнастики та фізичних вправ спрямовані на підвищення функціональних можливостей

дихального апарату шляхом забезпечення належної координації роботи відповідних м'язів під час усіх фаз дихання.

Медикаментозна терапія ХОЗЛ використовується для зменшення вираженості симптомів, зниження частоти та тяжкості загострень, поліпшення загального стану та переносимості фізичного навантаження. Вибір класу препаратів для лікування ХОЗЛ залежить від доступності та вартості ліків та від клінічної відповіді, збалансованої з побічними ефектами. Будь-який режим лікування необхідно індивідуалізувати, оскільки є взаємозв'язок між тяжкістю симптомів, обструкцією дихальних шляхів та частотою загострень ХОЗЛ.

Перевагу має інгаляційний шлях введення препаратів, оскільки лікарський засіб доставляється безпосередньо до органу – мішені (дихальні шляхи), мінімізується системна дія препарату, виключаються медикаментозні взаємодії.

Інгаляційним шляхом вводяться бронхолітики (короткої та тривалої дії), інгаляційні кортикостероїди, подвійні комбінації бронхолітиків тривалої дії з різних груп, потрійні комбінації інгаляційних кортикостероїдів з бронхолітиками тривалої дії різних груп). Комбінацію можна призначати у вигляді одного або кількох інгаляторів.

Існує багато типів інгаляційних систем, види яких наведені у додатку 5 до цього УКПМД – кишенькові дозовані аерозольні інгалятори (далі - ДАІ), що використовуються з клапанною камерою виведення/спейсером або без них, ДАІ що активуються вдихом, інгалятори «м'якого туману» (далі - ІМТ), сухопорошкові інгалятори (далі - СПІ) (у багатодозових СПІ порошок міститься в резервуарі або в окремих блістерах), небулайзери.

Небулайзери застосовуються стаціонарно, зазвичай, за необхідності введення великих доз препаратів (бронхолітиків, інгаляційних кортикостероїдів (далі - ІКС)) при загостреннях. Застосування будь-яких, навіть кишенькових інгаляторів (наприклад, ДАІ) потребує певних навичок щодо координації введення в дію інгалятора під час вдиху, що може викликати труднощі у пацієнтів старшого віку, при нервових розладах (проблеми з координацією дій), при вадах дрібних суглобів рук.

Прихильність до лікування ХОЗЛ інгаляційними препаратами, як правило, низька, навіть при дуже тяжкому перебігу захворювання. Такі фактори, як наявність супутніх захворювань (зокрема, депресія), статус куріння, рівень освіченості пацієнта щодо його захворювання, тяжкість захворювання, а також фактори, пов'язані із режимом прийому ліків (багаторазове дозування, одночасне призначення кількох лікарських засобів та побічні реакції), є основними факторами, пов'язаними з низькою прихильністю до лікування. Стратегії, які можуть допомогти покращити прихильність до лікування, часто включають вибір пристроїв з аналогічною технікою інгаляції (у разі кількох інгаляторів) та комбіновану терапію.

У випадку загострень ХОЗЛ застосовуються системні глюкокортикостероїди (далі - ГКС), що скорочують термін одужання, покращують функцію легень (далі - ОФВ1). Призначення ГКС покращує оксигенацію, знижує ризик раннього рецидиву, невдачі лікування та тривалість госпіталізації. Терапія пероральним преднізолоном така ж ефективна, як і терапія в/в преднізолоном. Преднізолон рекомендується застосовувати впродовж 5 днів у дозі 40 мг на добу. Небулізований будесонід може бути альтернативою у лікуванні загострення ХОЗЛ у окремих пацієнтів, покращує стан при ХОЗЛ, як і у випадку застосування в/в метилпреднізолону.

Необхідні дії

Обов'язкові:

Немедикаментозне лікування:

Надання пацієнтам рекомендацій щодо припинення куріння.

Надання рекомендацій пацієнтам щодо дієти, режиму харчування: обчислення ІМТ (в нормі 18,5-25). Якщо ІМТ низький – корекція харчування, рекомендація щодо збільшення споживання калорій; у пацієнтів похилого віку необхідно звернути увагу на зміну ваги, особливо якщо коливання більше ніж 3 кг.

Надання рекомендацій пацієнтам щодо режиму праці та відпочинку, виконання фізичних вправ на основі інформації, що наведена у додатку 6 до цього УКПМД.

Направлення пацієнта на консультацію до лікаря-фізіотерапевта щодо підбору дихальної гімнастики та фізичних вправ.

Направлення пацієнта, який працює в умовах впливу шкідливих виробничих чинників на консультацію до лікаря-профпатолога, щодо раціонального працевлаштування.

Медикаментозне лікування:

Під час обстеження та лікування лікар загальної практики-сімейний лікар має сприяти виконанню пацієнтом усіх рекомендацій лікаря-пульмонолога та лікаря-профпатолога, інших фахівців, у тому числі щодо моніторингу побічних дій лікування.

Призначення антибактеріальних лікарських засобів для лікування загострення ХОЗЛ відбувається відповідно до алгоритму, наведеного у пункті 2 Розділу IV цього УКПМД.

Призначення початкової інгаляційної терапії пацієнту з ХОЗЛ проводиться відповідно до алгоритму, наведеного у пункті 2 Розділу IV цього УКПМД.

Перегляд терапії проводиться відповідно до алгоритму, наведеного у пункті 2 Розділу IV цього УКПМД.

Подальша корекція терапії проводиться відповідно до алгоритму, наведеного у пункті 2 Розділу IV цього УКПМД.

Вибір оптимального пристрою для ведення ліків для кожного окремого пацієнта (має значення для отримання максимальної користі від інгаляційної терапії) повинен бути зроблений спільно з пацієнтом з урахуванням характеристик пристрою, а також здатності, цілей та вподобань пацієнта.

Навчання пацієнта використанню інгалятора перед призначенням препарату в інгаляційній формі та періодична (при кожному візиті до лікаря) перевірка правильності техніки інгаляції проводити відповідно до інформації, наведеної у додатку 5 до цього УКПМД.

Лікування загострень ХОЗЛ

В амбулаторних умовах проводиться лікування легких та помірної тяжкості загострень ХОЗЛ відповідно до пункту 3 розділу IV цього УКПМД.

Госпіталізація пацієнта із тяжким загостренням ХОЗЛ проводиться до ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу або до відділення інтенсивної терапії за наявності показань відповідно до алгоритмів, наведених у пункті 2 Розділу IV цього УКПМД.

Вторинна профілактика:

Вакцинація пацієнтів з ХОЗЛ здійснюється відповідно до Національного календаря профілактичних щеплень.

Бажані:

Профілактичне лікування остеопорозу до призначення довгострокової терапії ГКС пацієнту у віці старше 65 років. Лікування стероїд-індукованого остеопорозу проводиться відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

Контроль рівня глюкози крові у пацієнта, якому призначено великі дози ГКС, для уникнення розвитку ГКС-індукованої гіперглікемії.

Надання паліативної допомоги для контролю симптомів та іншої симптоматичної терапії, у разі прогресуючого ХОЗЛ, відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

4) Подальше спостереження

Положення протоколу

Пацієнти з легким або помірним протіканням ХОЗЛ (ОФВ1>50%), після лікування перебувають на обліку у лікаря загальної практики – сімейного лікаря, який веде усю необхідну медичну документацію та сприяє виконанню пацієнтом рекомендацій спеціалістів, у тому числі, виконання плану спостереження.

Пацієнти, які страждають на ХОЗЛ професійної етіології потребують консультації лікаря-профпатолога. Встановлення професійної етіології захворювання проводити відповідно до додатку 7 до цього УКПМД.

Обґрунтування

Доведено, що своєчасне виявлення загострення або прогресування хвороби та призначення лікування є найбільш ефективною терапевтичною стратегією для зменшення проявів задишки, покращення загального стану здоров'я та переносимості фізичного навантаження, зменшує частоту госпіталізації серед

пацієнтів, у яких нещодавно відмічалось загострення (≤ 4 тижнів від попередньої госпіталізації).

Навчання пацієнтів самоконтролю для: зрозуміння свого захворювання, переваг правильного використання ліків, контролю своїх симптомів, покращує загальний стан здоров'я пацієнтів, зменшує частоту госпіталізації та відвідувань відділень невідкладної допомоги.

Необхідні дії

Обов'язкові:

Надавати інформацію пацієнту, особі яка доглядає за пацієнтом щодо проведення періодичних обстежень та дотримання усіх рекомендацій лікарів у зв'язку з небезпекою виникнення ускладнень та прогресування захворювання.

Огляд пацієнта з легким або помірним перебігом ХОЗЛ проводиться, принаймні, один раз на рік або частіше, за необхідності.

Огляд вперше виявленого пацієнта з тяжким перебігом ХОЗЛ необхідно проводити щонайменше двічі на рік, за відсутності скарг.

Контроль за правильним застосування пацієнтом лікарських засобів та пристроїв для їх введення (інгаляторів, небулайзерів) під час кожного візиту, в процесі лікування.

Бажані:

Опитування пацієнта під час регулярних клінічних обстежень (оцінки симптомів) щодо можливості здійснювати повсякденну діяльність та інтенсивність задишки при цьому.

Заохочення пацієнта до раннього застосування бронходилататорів у відповідь на появу перших симптомів загострення для зменшення обструкції та попередження пацієнта, який отримав схему лікування про те, що у разі відсутності ефекту від застосування препаратів, необхідно звертатися до лікаря.

Контроль за станом пацієнта та врахування його потреб на різних етапах захворювання та застосування у освітній роботі з пацієнтом здійснюється відповідно до додатка 6 до цього УКПМД.

2. Спеціалізована медична допомога

1) Діагностика

Положення протоколу

Запідозрити ХОЗЛ може лікар будь-якої спеціалізації. Діагноз встановлюється у ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу. Пацієнти проходять обстеження за направленням лікаря загальної практики – сімейного лікаря або при самозверненні. На ранніх стадіях ХОЗЛ може характеризуватися мінімально вираженими симптомами або їх відсутністю.

Обґрунтування

Клінічний діагноз ХОЗЛ повинен бути обов'язково підтверджений даними спірометрії: зменшення співвідношення $\text{ОФВ}_1/\text{ФЖЄЛ} < 0,7$ (70%) після прийому бронхолітика (400 мкг сальбутамолу) свідчить про наявність персистоючої бронхіальної обструкції, характерної для ХОЗЛ.

У деяких пацієнтів дуже важко чітко відрізнити симптоми ХОЗЛ від таких же симптомів у разі бронхіальної астми (далі - БА) навіть за допомогою сучасних методів візуалізації та низки функціональних тестів, оскільки обидва захворювання мають спільні риси та клінічні прояви. Більшість інших потенційних симптомів і діагнозів, з якими необхідно проводити диференційну діагностику ХОЗЛ наведені у пункті 1 розділу IV цього УКПМД.

Мікробіологічне дослідження мокротиння доцільно проводити лише у випадку важкого загострення патологічного процесу з виділенням гнійного мокротиння, коли немає відповіді на антибактеріальну терапію. Існують докази, що дослідження мокротиння на флору та чутливість до антибактеріальних препаратів потрібно проводити, коли є підозра на персистенцію синьогнійної палички або підозра на наявність деструкції при тривалому прийомі ГКС для перорального застосування, а також у ослаблених пацієнтів.

Необхідні дії

Обов'язкові:

Збір даних анамнезу (у тому числі анамнезу куріння, сімейний, медичний анамнез та їх аналіз), скарг пацієнта, що має фактори ризику розвитку ХОЗЛ та/або симптоми хвороби (слабкість, задишка, хрипи, кашель з/без виділення мокротиння).

Збір анамнезу щодо загострень протягом останніх 12 місяців. Наявність 2 і більше загострень протягом останнього року свідчить про високий ризик загострень у майбутньому.

Фізикальний огляд пацієнта:

При ХОЗЛ може виявлятися ряд фізикальних ознак (наприклад, гіперінфляція легень, ціаноз), проте їх відсутність не виключає діагноз ХОЗЛ.

Для оцінки тяжкості задишки використовується модифікована шкала задишки Медичної дослідницької ради (мМДР), що наведена у додатку 1 до цього УКПМД, або Тест з оцінки ХОЗЛ (ТОХ), наведений у додатку 2 до цього УКПМД. Оцінка задишки за шкалою МДР ≥ 2 та загальний рахунок ТОХ ≥ 10 свідчать про більш тяжкий перебіг хвороби з наявністю великої кількості симптомів.

Проведення форсованої спірометрії (для визначення співвідношення $\text{ОФВ}_1/\text{ФЖЄЛ}$). $\text{ОФВ}_1/\text{ФЖЄЛ} < 0,7$ через 15-30 хвилин після інгаляції 400 мкг сальбутамолу підтверджує діагноз ХОЗЛ. Визначення ступеню та оцінка тяжкості бронхообструкції відповідно до додатку 3 до цього УКПМД.

Виявлення ускладнень ХОЗЛ, супутньої патології, побічних дій лікарських засобів та корекція лікування.

Лабораторні обстеження:

загальний аналіз крові;
 визначення рівня гематокриту (для виявлення анемії або поліцитемії, що слід враховувати при призначенні терапії);
 при гнійному характері мокротиння – його мікробіологічне дослідження;
 контроль рівня глюкози крові у пацієнта, якому призначені великі дози ГКС.
 Детальний перелік лабораторної діагностики наведено у пункті 1 Розділу IV цього УКПМД.

Додаткові інструментальні дослідження проводяться у випадку важкого перебігу ХОЗЛ та наявності супутніх захворювань:

ЕКГ;
 ехокардіографія (далі - ЕхоКГ);
 пульсоксиметрія;
 вимірювання АТ;
 вимірювання газів артеріальної крові (при лікуванні у відділенні інтенсивної терапії).

Обстеження пацієнта, який знаходиться на довготривалій кисневій терапії (далі - ДКТ), включає вимірювання парціального тиску газів артеріальної крові принаймні протягом 3 тижнів (при остаточному діагнозі ХОЗЛ і адекватному медикаментозному лікуванні). При цьому перебіг ХОЗЛ повинен бути стабільним.

Бажані:

Проведення диференціальної діагностики, за необхідності – рентгенологічне дослідження, КТ органів грудної порожнини.

За наявності супутньої патології – направлення на консультацію до фахівців суміжних спеціальностей для визначення тактики терапії.

2) Лікування

Положення протоколу

Лікування загострень ХОЗЛ передбачає застосування медикаментозних, немедикаментозних та хірургічних методів лікування, здійснюється у ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу. Медична допомога надається відповідно до тяжкості загострення, стадії захворювання, віку, наявності супутньої патології та загального стану пацієнта. Метою лікування загострень ХОЗЛ є мінімізація негативного впливу поточного загострення та запобігання подальшим таким подіям.

Обґрунтування

Фармакотерапія полегшує симптоми ХОЗЛ, зменшує частоту й вираженість загострень, поліпшує загальний стан здоров'я пацієнта та переносимість фізичних навантажень. Дані свідчать щодо позитивного впливу лікування на швидкість зниження функції легень та смертність. Кожна фармакологічна схема лікування має бути індивідуалізована та враховувати вираженість симптомів, ризик загострень, побічні ефекти, супутні захворювання, а також відповідь пацієнта на

лікування, його вподобання та здатність застосовувати різні пристрої для введення ЛЗ.

ГКС для перорального застосування слід призначати лише у випадку загострення ХОЗЛ, що супроводжуються значним посиленням задишки. Незважаючи на те що пероральні ГКС відіграють важливу роль при наданні невідкладної медичної допомоги під час загострень, вони не можуть бути рекомендовані у повсякденному та довготривалому лікуванні ХОЗЛ з огляду на високий рівень системних ускладнень. Існують докази, що пероральні ГКС при загостреннях ХОЗЛ слід використовувати коротким курсом (протягом 7–10 днів по 30 мг преднізолону чи його аналогів).

Ксантини додаються до попередньо призначених бронхолітиків першого вибору. Повинні використовуватися лише після пробного лікування бронхолітичними засобами (короткої чи тривалої дії) або пацієнтами, що не здатні застосовувати препарати в інгаляторах. Слід контролювати рівень теофіліну в плазмі крові та можливу взаємодію теофіліну з іншими лікарськими засобами.

Призначення теофіліну пацієнтам похилого віку потребує виняткової уваги, оскільки можливі зміни фармакокінетики препарату. Крім того, існує висока ймовірність наявності у пацієнта супутніх захворювань, що вимагає одночасного застосування інших медикаментів.

Протизапальні засоби нестероїдної дії призначають при нетяжких загостреннях та в складі базисної терапії протягом 2–5 місяців після загострення ХОЗЛ, пацієнтам із легким або середньо-тяжким перебігом хвороби ($\text{ОФВ}_1 > 50\%$ належної величини).

Ацетилцистеїн та ердостеїн зменшують частоту загострень. Рекомендується призначати їх пацієнтам із частими загостреннями в анамнезі та у випадку тривалого тютюнокуріння.

Муколітичні засоби призначають при хронічному кашлі й виділенні мокротиння, якщо їх застосування приводить до зменшення кількості мокротиння. Не рекомендовано використовувати муколітичні препарати для запобігання загостренню у пацієнтів із стабільним перебігом ХОЗЛ.

Протикашльова терапія не повинна застосовуватися при лікуванні пацієнтів з ХОЗЛ зі стабільним перебігом хвороби.

Антибактеріальні лікарські засоби призначають пацієнтам при загостренні ХОЗЛ, у яких є три головні симптоми: посилення задишки, збільшення об'єму та посилення гнійного характеру мокротиння або є необхідність у допоміжній вентиляції (інвазивній або неінвазивній). Рекомендована тривалість антибіотикотерапії - 5-7 днів, для лікування загострень ХОЗЛ в амбулаторних умовах - < 5 днів. Недостатньо доказів, щоб рекомендувати профілактичне застосування антибактеріальних препаратів пацієнтами зі стабільним перебігом ХОЗЛ.

Існує декілька типів інгаляційних систем: кишенькові (ДАІт; ДАІ), що активуються вдихом; СПІ, небулайзери. Небулайзери застосовують стаціонарно, зазвичай, за необхідності введення великих доз препаратів (бронхолітиків, ІКС), при загостреннях патологічного процесу. Застосування деяких кишенькових інгаляторів (наприклад, ДАІт) потребує навичок щодо координації рухів та вдиху, що може викликати труднощі у пацієнтів старшого віку, при нервових розладах (проблеми з координацією рухів), при вадах дрібних суглобів верхніх кінцівок.

Застосування ДКТ у тяжких пацієнтів з ХОЗЛ та хронічною легеневою недостатністю попереджає розвиток легеневої гіпертензії, посилює фізичну витривалість, покращує психоемоційний стан, підвищує виживаність. Для досягнення цілей ДКТ пацієнти повинні додатково вдихати кисень, принаймні протягом 15 годин на добу. Аби переконатися, що всі пацієнти можуть переносити ДКТ, її проводять у лікувальній установі під контролем пульсоксиметрії. Неадекватна киснева терапія пацієнтів з ХОЗЛ може викликати пригнічення дихання.

Неінвазивну вентиляцію легень (далі - НІВЛ) усе частіше застосовують у пацієнтів зі стабільним, але дуже тяжким перебігом ХОЗЛ. Комбінація НІВЛ з ДКТ може принести певну користь окремим пацієнтам, особливо тим, у кого є виражена гіперкапіія в денний час.

У пацієнтів з поєднаною патологією ХОЗЛ та синдромом обструктивного апное-гіпопное сну застосування позитивного тривалого тиску в повітряних шляхах позитивно впливає, як на виживаність, так і на ризик госпіталізацій.

У пацієнтів з ХОЗЛ та обструкцією дихальних шляхів легкого ступеня можуть спостерігатися аномалії малого кола кровообігу, які включають гіперплазію інтими та гіпертрофію/гіперплазію гладкої мускулатури. Більше того, у цих осіб можна спостерігати запальну відповідь у судинах.

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

Хірургічне лікування має на меті зменшити задишку, видаливши локальні погано функціонуючі ділянки легень, таким чином зменшивши внутрішньогрудний об'єм.

Хірургічне лікування й трансплантацію легень розглядають у випадку прогресування хвороби, яка не піддається медикаментозному лікуванню, та у пацієнтів, для яких ці види лікування є життєво необхідними.

Необхідні дії

Обов'язкові:

Немедикаментозне лікування

Надання пацієнтам з ХОЗЛ рекомендацій щодо припинення куріння.

Надання рекомендацій щодо харчування: обчислення ІМТ (в нормі 18,5-25). Якщо ІМТ низький – корекція харчування, рекомендації щодо збільшення споживання калорій з достатньою кількістю вітамінів та мікроелементів. У пацієнтів похилого віку необхідно звернути увагу на зміну ваги, особливо якщо коливання більше ніж 3 кг. За наявності можливості - виконання фізичних вправ.

Направлення пацієнта на консультацію до лікаря-фізіотерапевта щодо підбору дихальної гімнастики та фізичних вправ з періодичною інтенсивністю.

У разі тяжкої хронічної гіпоксемії у стані спокою ($\text{PaO}_2 < 55$ мм.рт.ст або < 60 мм.рт.ст., легеневого серця або вторинної поліцитемії) призначається ДКТ, у пацієнтів зі стабільним ХОЗЛ та помірною десатурацією у спокої чи після фізичного навантаження, ДКТ не рекомендується призначати рутинно.

У пацієнтів із тяжкою хронічною гіперкапнією та госпіталізацією з приводу гострої дихальної недостатності в анамнезі, призначається довгострокова НІВЛ.

Направлення пацієнта з хронічною гіперкапнічною дихальною недостатністю, якому проводиться адекватна допоміжна вентиляція (інвазивна або неінвазивна) упродовж загострення, або пацієнта з гіперкапнією чи ацидозом при лікуванні ДКТ до спеціалізованого центру для призначення довгострокової НІВЛ.

Медикаментозне лікування

Як початкова фармакотерапія усім пацієнтам призначаються бронходилататори короткої дії для швидкого усунення симптомів.

Усім пацієнтам групи А пропонується бронхолітична терапія, з огляду на її вплив на задишку (бронходилататори короткої або тривалої дії).

Для пацієнтів групи В в якості початкової терапії призначається комбінація БАТД+МХТД.

Пацієнтам групи Е призначають комбінацію БАТД+МХТД+ІКС у випадку, якщо еозинофілів ≥ 300 клітин/мкл.

У разі недостатньої ефективності попередньо призначеної інгаляційної терапії призначають ксантини та муколітики – для симптоматичного лікування за наявності показань.

У випадку недостатньої ефективності терапії призначаються системні ГКС для поліпшення функції легень (ОФВ1), оксигенації. Тривалість терапії не повинна перевищувати 5 днів.

У випадку довготривалої терапії кортикостероїдами у пацієнтів віком понад 65 років рекомендується профілактика остеопорозу, а за наявності стероїд-індукованого остеопорозу лікування проводиться згідно із галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

Для лікування бактеріальних загострень ХОЗЛ призначаються антибактеріальні лікарські засоби.

У випадку наявності периферичних набряків та виключення інших причин їх виникнення направити пацієнта на ЕКГ, Ехо КГ, призначити сечогінні лікарські засоби та обмежити вживання солі з їжею.

Не призначати пацієнтам з легеневим серцем інгібіторів АПФ.

Хірургічне лікування

Направлення пацієнта із задишкою, який має єдину велику булу, виявлену під час КТ, і ОФВ₁ менше 50%, до лікаря-торакального хірурга для вирішення питання щодо булектомії.

Направлення пацієнта з тяжким перебігом ХОЗЛ, у якого зберігається задишка та є істотне обмеження повсякденної активності при адекватній медикаментозній терапії, до спеціалізованого центру для вирішення питання щодо резекції частки легені після проведення спірометрії, визначення дифузійної здатності легень та парціального тиску вуглекислого газу в артеріальній крові (PaCO₂).

У пацієнтів з вираженою емфіземою застосовуються бронхоскопічні втручання для зменшення об'єму легень на видиху, покращення толерантності до фізичних навантажень.

Бажані:

Хірургічне зменшення об'єму легень може рекомендуватись окремим пацієнтам з емфіземою верхніх часток.

3) Подальше спостереження

Положення протоколу

Пацієнти з тяжким протіканням ХОЗЛ (ОФВ₁>50%), після лікування перебувають під спостереженням у лікаря пульмонолога. Пацієнти, які страждають на ХОЗЛ професійної етіології потребують консультації лікаря-профпатолога. Встановлення професійної етіології ХОЗЛ проводити відповідно до додатку 7 до цього УКПМД.

Усі пацієнти з прогресуючим ХОЗЛ мають бути під спостереженням пожиттєво та забезпечуватись паліативною допомогою для оптимізації контролю симптомів.

Обґрунтування

Регулярне спостереження за пацієнтами з ХОЗЛ є обов'язковим. Функція легень може погіршуватися з часом, навіть за найкращого лікування. Необхідно контролювати симптоми, загострення та проводити об'єктивне дослідження обструкції дихальних шляхів для визначення необхідності корекції лікування, а також виявлення будь-яких ускладнень та/або супутніх захворювань, які можуть розвинути.

Існують докази, що модифікація способу життя, співпраця з пацієнтом і його родиною, обізнаність щодо ранніх проявів захворювань може знизити рівень захворюваності при ХОЗЛ і позитивно вплинути на перебіг захворювання (зменшує кількість і виразність загострень ХОЗЛ).

Регулярний контроль проводиться з метою: аналізу досягнення цілей терапії; оцінки здатності пацієнта справлятися із хворобою, фізичними навантаженнями;

контролю побічних ефектів при застосуванні лікарських засобів; оцінки якості життя; комплаєнсу, виконання плану призначеної медикаментозної терапії.

Необхідні дії

Обов'язкові:

Проведення клінічної оцінки задишки, ступеня толерантності до фізичного навантаження, частоти загострень, ускладнень, формування легеневого серця, наявності депресії й підвищеної тривожності, моніторингу змін спірометричних показників у випадку кожного звернення.

При кожного візиті, у пацієнтів, які курили (курять) слід визначати поточний статус куріння та вплив диму з подальшим вжиттям відповідних заходів.

Відстежувати значення ОФВ1 за допомогою спірометрії, що проводиться через рівні проміжки часу (наприклад, щорічно) для виявлення пацієнтів зі швидким зниженням, хоча інші параметри функції легень, що відображають гіперінфляцію та газообмін, також можуть бути інформативними.

Проведення тесту із ходою за заданий час (тест з 6-хвилинною ходою або шатл-тест з ходою) може бути інформативним для додаткових даних щодо прогнозу захворювання.

У випадку явного погіршення симптомів пацієнт направляється на рентгенологічне обстеження. У разі загострень, що неодноразово характеризуються гнійним мокротинням, пацієнти повинні бути обстежені на наявність бронхоектатичної хвороби.

3. Екстрена медична допомога

1) Діагностика

Положення протоколу

Пацієнти з тяжкими загостреннями ХОЗЛ та проявами гострої дихальної недостатності госпіталізуються до відділень інтенсивної терапії (ВІТ) для надання екстреної медичної допомоги.

Результати обстеження пацієнта фіксуються у Карті виїзду швидкої медичної допомоги (форма № 110/о), до якої необхідно прикріпити ЕКГ.

Обґрунтування

Надання екстреної медичної допомоги пацієнтам з проявами гострої дихальної недостатності на догоспітальному етапі з моменту її виявлення або звернення родичів, законних представників, або свідків до моменту госпіталізації здійснюється бригадами екстреної медичної допомоги.

Пацієнтам проводиться киснева терапія та діагностується необхідність інвазивної/неінвазивної вентиляції легень відповідно до критеріїв наведених у пункті 3 Розділу IV цього УКПМД.

Необхідні дії

Обов'язкові:

Оцінити тяжкість симптомів за яких пацієнт повинен бути направлений до ВІТ:

тяжка задишка, що не відповідає на початкову невідкладну терапію;

зміна психічного стану (сплутаність свідомості, летаргія, кома);

персистуюча гіпоксемія або погіршення її перебігу ($\text{PaO}_2 < 5,3$ кПа або 40 мм.рт.ст.) та (або) тяжкий респіраторний ацидоз / погіршення його перебігу ($\text{pH} < 7,25$) незважаючи на додаткову кисневу терапію та проведення неінвазивної вентиляції легень;

потреба в інвазивній штучній вентиляції;

гемодинамічна нестабільності та потреби у вазопресорах.

Лабораторні обстеження: газовий склад крові.

Інструментальні обстеження: рентгенограма ОГК, ЕКГ.

2) Лікування

Положення протоколу

Госпіталізація пацієнтів з тяжким загостренням ХОЗЛ та тяжкою дихальною недостатністю до ВІТ передбачає проведення реанімаційних заходів та вентиляційну підтримку, яка може проводитись за допомогою неінвазивної (назальна маска або маска для обличчя) або інвазивної (оротрахеальна трубка або трахеостома) вентиляції. Респіраторні стимулятори не рекомендуються при гострій дихальній недостатності.

Обґрунтування

Під час лікування має бути передбачено: підтримання належного водного балансу пацієнта з наданням особливої уваги введенню діуретиків, застосування антикоагулянтів, лікування супутніх захворювань та парентеральне харчування. Серед пацієнтів з ХОЗЛ, госпіталізованих до ВІТ, у 5,9% пацієнтів виявляли емболію легеневої артерії. Враховуючи, що пацієнти, госпіталізовані з приводу загострення ХОЗЛ, схильні до підвищеного ризику тромбозу глибоких вен та емболії легеневої артерії, повинна бути приділена увага профілактиці тромбоутворення.

Необхідні дії

Обов'язкові:

Призначити додаткову кисневу терапію під контролем газового складу артеріальної і венозної крові та пульсоксиметрії.

Бронходилататори:

збільшення дози та (або) частоти застосування бронходилататорів короткої дії;

призначити комбінацію бета-2-агоністів короткої дії з антихолінергічними засобами;

розглянути можливість використання бронходилататорів довготривалої дії за умови стабілізації стану пацієнта;

використання спейсерів або пневматичних небулайзерів за необхідності;
 Розглянути можливість призначення пероральних кортикостероїдів;
 Розглянути необхідність антибактеріальної терапії (перорально) за наявності ознак бактеріальної інфекції
 Розглянути необхідність інвазивної штучної вентиляції (ІВЛ).

Необхідно:

монітувати баланс рідини;
 розглянути необхідність підшкірного введення гепарину або низькомолекулярних гепаринів для профілактики тромбоемболій;
 діагностувати та лікувати коморбідну патологію (наприклад, серцеву недостатність, аритмії, емболію легеневої артерії) відповідно до галузевих стандартів у сфері медичної допомоги. Основні принципи лікування тяжких загострень ХОЗЛ наведені у пункті 3 Розділу IV цього УКПМД.

3) Виписка та подальше спостереження

Положення протоколу

Пацієнт може бути виписаний після покращення його стану, оцінки сатурації артеріальної крові киснем, вимірювання газів крові та визначення потреби або відсутності в ДКТ при тривалому спостереженні відповідно до пункту 3 розділу IV цього УКПМД.

Обґрунтування

ДКТ показана пацієнтам, стан яких стабільний, при:

$PaO_2 \leq 55$ мм.рт.ст. (7,3 кПа) або $SaO_2 < 88\%$ з гіперкапнією або без неї, підтвердженою двічі протягом тритижневого періоду; або

PaO_2 від 55 мм.рт.ст. (7,3 кПа) до 60 мм.рт.ст. (8,0 кПа) або $SaO_2 88\%$, якщо є ознаки легеневої гіпертензії, периферичних набряків, що свідчать про застійну серцеву недостатність, або поліцитемію (гематокрит $> 55\%$).

Після переведення на ДКТ пацієнта повторно обстежують через 60–90 днів з повторними вимірюваннями газів артеріальної крові або насичення киснем при вдиханні кімнатного повітря, та рівня потоку кисню, щоб визначити, чи все ще показаний кисень, і якщо так, провести медикаментозне лікування.

Необхідні дії

Обов'язкові:

Після виписки з ВІТ, впродовж місяця проводиться спостереження за пацієнтом, що дозволяє оцінити симптоми, переглянути терапію при виписці та внести необхідні зміни.

Повторний огляд через 3 місяці (якщо пацієнт не звернувся раніше), щоб впевнитись в стабільності клінічного стану, перегляду та переоцінки симптомів, легеневої функції (спірометрія).

Проведення оцінки сатурації артеріальної крові киснем та вимірювання газів крові визначають потребу в ДКТ при тривалому спостереженні.

У випадку підозри на наявність бронхоектатичної хвороби та/або емфіземи, пацієнтам з повторними загостреннями та (або) госпіталізаціями слід провести КТ.

IV. ОПИС ЕТАПІВ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

1. Діагностика

Визначення ХОЗЛ

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) – це гетерогенний стан легень, що характеризується хронічними респіраторними симптомами (задишка, кашель, виділення мокротиння) та/або загострення, внаслідок патологічних змін дихальних шляхів (бронхіт, бронхіоліт) та/або альвеол (емфізема), які спричиняють персистуючу, часто прогресуючу обструкцію повітряного потоку.

Збір анамнезу

У пацієнта з ХОЗЛ основними скаргами є: задишка, свистяче дихання, стиснення в грудях, втома, обмеження активності та/або кашель з виділенням або без виділення мокротиння, можливі гострі явища (загострення), що характеризуються посиленням респіраторних симптомів, які потребують спеціальних профілактичних і терапевтичних заходів.

Хронічна задишка є найхарактернішим симптомом ХОЗЛ. Хронічний кашель часто є першим симптомом, спочатку може бути періодичним, але згодом починає турбувати щодня і часто впродовж дня; може бути як продуктивним, так і непродуктивним. У деяких випадках значна обструкція дихальних шляхів може розвиватися без кашлю. Ці симптоми можуть передувати розвитку обструкції дихальних шляхів за багато років.

Пацієнти з ХОЗЛ часто мають інші супутні захворювання, які впливають на їх клінічний стан та прогноз, а також потребують специфічного лікування. Ці захворювання можуть імітувати та/або посилювати загострення.

Під час аускультатії прослуховуються розсіяні хрипи на вдиху та/або видиху, турбує стиснення в грудях, яке розвивається внаслідок фізичного навантаження, не має чіткої локалізації, має м'язовий характер і може виникати внаслідок ізометричного скорочення міжреберних м'язів, та можуть змінюватися, як щоденно, так і протягом дня. Відсутність хрипів або стиснення в грудній клітці не виключає діагнозу ХОЗЛ, як і наявність цих симптомів не є підтвердженням бронхіальної астми.

Слабкість – є одним із найпоширеніших і тривожних симптомів, що впливає на повсякденну активність пацієнта та якість його життя.

Додаткові клінічні ознаки на тлі важкого перебігу ХОЗЛ: втрата ваги, втрата м'язової маси та анорексія – поширені ознаки у пацієнтів із тяжким і дуже тяжким перебігом ХОЗЛ. Зазначені симптоми мають прогностичне значення, а також можуть бути ознакою інших захворювань, таких як туберкульоз або рак легень, тому у таких пацієнтів необхідно завжди проводити диференційну діагностику.

Набряк щиколоток може вказувати на наявність у пацієнта легеневого серця. Симптоми депресії та/або тривожність потребують особливої уваги під час збору анамнезу хвороби, оскільки вони є доволі поширеними у пацієнтів із ХОЗЛ, і асоціюються з погіршенням стану здоров'я, підвищеним ризиком загострень, необхідністю екстреної госпіталізації та потребують лікування.

Необхідно з'ясувати наявність таких факторів ризику як: куріння (як активне, так і тривале пасивне), контакт із пилом та іншими агентами (пари хімічних сполук або аерозолі, біоорганічне паливо, професійні шкідливості, забруднення повітря, тощо); обтяжена спадковість щодо ХОЗЛ, гіперреактивність дихальних шляхів, хронічний бронхіт, інфекції, часті захворювання дихальних шляхів у дитячому віці, дефіцит альфа-1-антитрипсину, вади розвитку легень; соціально-економічний статус. Також необхідно з'ясувати, чи мали місце спроби зниження ваги, чи турбує поганий нічний сон із частими пробудженнями, підвищена дратівливість, втома, біль у грудній клітці, кровохаркання.

Фактори ризику розвитку ХОЗЛ та групи спостереження пацієнтів, які мають загрозу розвитку ХОЗЛ:

- вік старше 40 років, з наявністю або без наявності факторів ризику;
- активне чи пасивне куріння сигарет та інші види споживання тютюну (наприклад, трубка, сигара, кальян), а також марихуани;
- проживання у житлових приміщеннях із забрудненим повітрям (спалювання на відкритому вогні або в печі, що погано працює, деревини, гною, соломи і вугілля);
- професійний вплив (органічний та неорганічний пил, хімічні агенти та дим);
- забруднення повітря твердими частинками, важкими металами, озоном, оксидом азоту або сірки та іншими парниковими газами;
- спадковий дефіцит альфа -1-антитрипсину чи інші генетичні аномалії;
- наявність аномалії розвитку легень внаслідок постнатальні події, включно передчасні пологи, низька вага новонародженого, незавершений розвиток легень у новонароджених, вроджені вади легень;
- наявність БА, туберкульозу чи ВІЛ в анамнезі;
- порушення нормального розвитку в дитячому віці:
 - діти, які часто хворіють на хронічний рецидивуючий бронхіт та інші інфекційні захворювання;
 - діти, які народилися у матері, з ускладненою вагітністю, пологамі, хворі на синдром набутого імунодефіциту;
- низький соціально-економічний статус (обмеження харчування, перенаселеність, часте переохолодження);
- ознаки гіперреактивності бронхів (супутня БА);

Фізикальне обстеження

Хоча фізикальне обстеження є важливою частиною спостереження за пацієнтом, його результати рідко (якщо взагалі будь-коли) служать діагностичним

критерієм при ХОЗЛ. Фізикальні ознаки обструкції дихальних шляхів, зазвичай, відсутні до тих пір, поки не розвинеться значне порушення легеневої функції, визначення таких ознак має відносно низьку чутливість і специфічність. При ХОЗЛ може виявлятися ряд фізикальних ознак (наприклад, гіперінфляція легень, ціаноз), проте їх відсутність не виключає діагноз ХОЗЛ.

Наявність хрипів не є критерієм тяжкості захворювання, і часто вони відсутні при стабільному, проте тяжкому ХОЗЛ. У частини пацієнтів при тривалому перебігу захворювання мають місце емфізематозна деформація грудної клітки, обмеження її рухливості при диханні, участь в акті дихання допоміжних м'язів, послаблення дихальних звуків (послаблене дихання) і, подовження фази видиху, тимпаніт при перкусії. У випадку загострення можуть з'явитися такі симптоми, як: тахіпноє, тахікардія, участь в акті дихання допоміжних м'язів, ціаноз тощо. При розвитку ускладнень ХОЗЛ (легенева гіпертензія із формуванням легеневого серця з проявами правошлуночкової недостатності) можуть мати місце вибухання югулярних вен (венозний пульс) та периферичні набряки.

Розглядати діагноз ХОЗЛ та проводити спірометрію за наявності будь-якого з цих критеріїв:

Ці критерії не є діагностичними, проте наявність кількох ключових критеріїв підвищує ймовірність діагнозу ХОЗЛ. Для підтвердження діагнозу ХОЗЛ необхідним є проведення спірометрії:

задишка - прогресує впродовж тривалого часу, посилюється під час фізичного навантаження, постійна;

рецидивуючі хрипи;

хронічний кашель - може бути інтермітуючим або непродуктивним;

рецидивні інфекції нижніх дихальних шляхів;

фактори ризику в анамнезі - куріння тютюну (в тому числі популярні місцеві форми споживання), дим, що утворюється під час приготування їжі та опалення приміщень, промисловий пил, пари, дим, гази та інші хімічні речовини, індивідуальні фактори, генетичні, вроджені аномалії, низька вага при народженні, недоношеність, дитячі респіраторні інфекції тощо);

пацієнту, щодо якого є підозра на ХОЗЛ, необхідно поставити також запитання про наявність наступних факторів:

чи робилися спроби зниження ваги;

чи турбує поганий нічний сон з частими пробудженнями;

чи є підвищена дратівливість;

чи є набряки нижніх кінцівок;

чи є підвищена стомлюваність;

чи є професійні ризики (пил, загазованість повітря та ін.);

чи є болі в грудній клітці;

чи є кровохаркання.

Лабораторні дослідження та інструментальні методи обстеження:

Наявність і тяжкість бронхіальної обструкції неможливо визначити клінічними методами обстеження. Спірометрія є єдиним об'єктивним методом визначення обструкції та її ступеня. Пікова об'ємна швидкість (ПОШ) не є чутливим тестом визначення функції дихальних шляхів у пацієнта з ХОЗЛ, оскільки вона має широкий діапазон нормальних значень.

Форсована спірометрія є найбільш відтворюваним і об'єктивним методом визначення обструкції дихальних шляхів.

Пацієнтам без симптомів та значного впливу тютюну або інших факторів ризику, скринінгова спірометрія, не показана; у той час як у пацієнтів з симптомами або факторами ризику (наприклад, стаж куріння більше 20 пачко-років, рецидивуючі респіраторні інфекції, події у ранньому віці), спірометрію слід розглядати, як метод раннього виявлення обструктивних захворювань легень.

Пацієнту необхідно провести дослідження у закладі, який надає спеціалізовану медичну допомогу:

спірометрія виконується після прийому 400 мкг бронходилататора (сальбутамолу); зменшення співвідношення ОФВ1/ФЖЄЛ менше 0,7 (<70%) вказує на наявність стійкої бронхообструкції. Ступінь тяжкості бронхообструкції визначається за ОФВ1 також після прийому бронхолітика, у пацієнта літнього віку ОФВ1/ФЖЄЛ < 0,65 – 0,7 без клінічних симптомів може бути нормою;

рентгенографія органів грудної порожнини (перевагу має КТ) для виключення супутньої легеневої патології;

обчислення ІМТ (вимірювання зросту, ваги тіла із наступним обчисленням ІМТ);

ЕКГ, ехокардіоскопія серця;

пульсоксиметрія;

визначення фактору переносу монооксиду вуглецю;

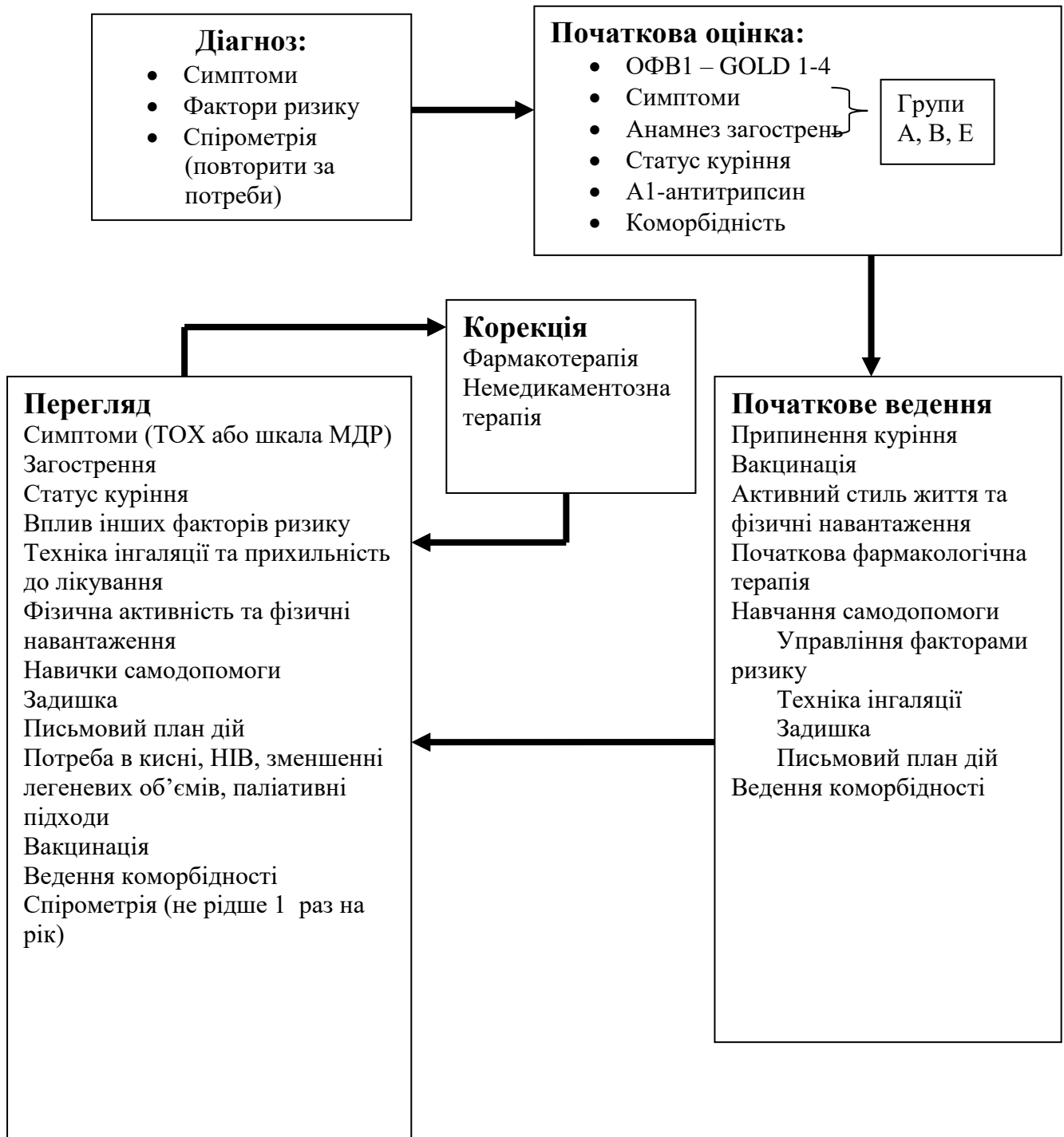
Пульсоксиметрію необхідно використовувати у ЗОЗ, що надають первинну медичну допомогу, як допоміжний контроль за станом пацієнта.

Лабораторні дослідження:

загальний аналіз крові з формулою;

визначення рівня альфа -1 – антитрипсину.

Алгоритм діагностики та ведення ХОЗЛ



Визначення та зменшення впливу факторів ризику

Дії по припиненню куріння мають проводитись з усіма пацієнтами з ХОЗЛ

Мають рекомендуватись ефективна вентиляція, екологічно чисті кухні та подібні заходи

Потрібно рекомендувати пацієнтам за можливості уникати потенціальних подразників

Диференційний діагноз ХОЗЛ

Діагноз	Клінічні ознаки
ХОЗЛ	Симптоми повільно прогресують Куріння тютюну або інші фактори ризику в анамнезі
Бронхіальна астма	Симптоми обструкції дихальних шляхів варіюють Симптоми значно варіюють з дня у день Симптоми погіршуються вночі/рано вранці Можуть спостерігатись алергія, риніт, та (або) екзема Часто в дитячому віці. Бронхіальна астма в сімейному анамнезі
Застійна серцева недостатність	Збільшення розмірів серця на рентгенограмі, набряк легень Дослідження легеневої функції виявляє зменшення легневих об'ємів, немає обмеження повітряного потоку
Бронхоектатична хвороба	Велика кількість гнійного мокротиння Зазвичай асоційовані з бактеріальними інфекціями Рентгенограма та КТ з високою роздільною здатністю демонструють розширення бронхів
Туберкульоз	Початок у будь-якому віці На рентгенограмі виявляють інфільтрати Мікробіологічне підтвердження Висока захворюваність на туберкульоз у регіоні
Облітеруючий бронхіоліт	Може зустрічатися в дитячому віці Спостерігають після пересадки легень або кісткового мозку КТ з високою роздільною здатністю демонструє ділянки пониженої щільності
Дифузний панбронхіоліт	Здебільшого у азійської раси Переважно в чоловіків, некурців Майже усі пацієнти мають хронічний синусит На рентгенограмі та КТ з високою роздільною здатністю виявляють центрилобулярні вузлові затемнення і гіперінфляцію

2. Лікування

1) Цілі лікування стабільного ХОЗЛ

Полегшення симптомів Покращення толерантності до фізичних навантажень Покращення стану здоров'я	ЗМЕНШЕННЯ СИМПТОМІВ
Попередження прогресування захворювання Проведення профілактики та лікування усіх можливих симптомів загострення Запобігання летальному результату	ЗНИЖЕННЯ РИЗИКУ

2) Початкове фармакологічне лікування ХОЗЛ

Характеристика пацієнтів (група)	Препарати
А Низький ризик загострень (0 – 1 помірне загострення, без госпіталізації), симптоми менше виражені (mМКД<2, ТОХ<10)	Бронхолітик
В Низький ризик загострень (0 – 1 помірне загострення, без госпіталізації), симптоми більше виражені (mМКД≥2, ТОХ≥10)	Бронхолітики пролонгованої дії*: b2-агоніст + холінолітик
Е Високий ризик загострень (≥ 2 помірних загострень, або ≥ 1 загострення з госпіталізацією)	Бронхолітики пролонгованої дії*: b2-агоніст + холінолітик Слід врахувати можливість застосування БАТД+МХТД+ІКС, якщо рівень еозинофілів в крові ≥ 300

* Терапія одним інгалятором може бути більш зручною та ефективнішою, ніж терапія кількома інгаляторами. Під терміном «Загострення» розуміють кількість загострень на рік.

Група А

Усім пацієнтам групи А призначають бронхолітичну терапію, з огляду на її вплив на задишку. Це можуть бути бронходилататори короткої або тривалої дії. Бронходилататори тривалої дії, є переважним вибором для пацієнтів, окрім пацієнтів з задишкою, яка виникає рідко.

Якщо задокументований терапевтичний ефект, то варто дотримуватися лікування.

Група В

Для початкової терапії рекомендована комбінація БАТД+МХТД.

Якщо комбінація БАТД+МХТД не дає ефекту, немає підстав рекомендувати один клас бронходилататорів тривалої дії замість іншого (БАТД або МХТД). Вибір препарату повинен здійснюватися відповідно до індивідуального відчуття полегшення симптомів у кожного окремого пацієнта.

Пацієнти групи В, як правило, мають супутні захворювання, які можуть посилювати симптоматику ХОЗЛ та впливати на загальний прогноз. Необхідно проводити лікування супутніх захворювань відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

Група Е

Комбінація БАТД+МХТД є найкращим вибором для початкової терапії у пацієнтів групи Е.

Застосування БАТД+ІКС при ХОЗЛ не рекомендується. Якщо є показання для ІКС, то призначається комбінація БАТД+МХТД+ІКС.

Слід розглянути комбінацію БАТД+МХТД+ІКС у групі Е, якщо еозинофіли ≥ 300 клітин/мкл.

Якщо у пацієнтів з ХОЗЛ є супутня БА, їх слід лікувати так само, як пацієнтів з БА. У такому випадку призначення ІКС є обов'язковим.

Фактори, які потрібно враховувати при додаванні ІКС до бронходилататорів тривалої дії: (Зверніть увагу, що сценарій відрізняється при розгляді питання про відміну ІКС)

Рекомендовано призначення	В анамнезі госпіталізації з приводу загострень ХОЗЛ*
	≥ 2 загострення ХОЗЛ середньої тяжкості на рік*
	Кількість еозинофілів у крові >300 клітин/мл.
	БА в анамнезі або супутнє захворювання
Розгляньте можливість призначення	1 загострення ХОЗЛ середньої тяжкості на рік*
	Кількість еозинофілів у крові 100- 300 клітин/мл
Проти призначення	Повторні епізоди пневмонії.
	Кількість еозинофілів у крові <100 клітин/мкл.
	Мікобактеріальна інфекція в анамнезі

Примітки: * незважаючи на відповідну підтримуючу терапію бронходилататорами тривалої дії; зверніть увагу, що рівень еозинофілів в крові слід розглядати як континуум; вказані значення є приблизними пороговими значеннями; рівень еозинофілів в крові може коливатися.

3) Цикл ведення пацієнта з ХОЗЛ:



4) Подальша фармакотерапія ХОЗЛ

Алгоритм наступного фармакологічного лікування може бути застосований у пацієнта, який уже отримує підтримуючу терапію, незалежно від групи GOLD, встановленої на початку лікування.

Якщо відповідь на початкову терапію прийнятна, то притримуватись її.

Якщо ні: необхідно оцінити пріоритетність лікування переважно задишки / обмеження фізичної здатності чи запобігання загостренням для кожного окремого пацієнта.

Якщо необхідно змінити лікування, то оберіть відповідний алгоритм лікування задишки або загострень. Визначте, який пункт відповідає поточному лікуванню пацієнта.

Задишка

Пацієнтам із постійною задишкою або обмеженням фізичної активності, що отримують бронхолітичну монотерапію тривалої дії рекомендовано призначення двох бронходилататорів тривалої дії.

Якщо додавання другого бронходилататора тривалої дії не полегшує симптоми, то необхідно змінити пристрій для введення або діючу речовину.

Задишка, зумовлена іншими причинами (не ХОЗЛ), має діагностуватись та лікуватись. Техніка інгаляції та прихильність до терапії мають перевірятись, як можливі причини неадекватної реакції на лікування.

Загострення

Пацієнтам із постійними загостреннями, які отримують монотерапію бронхолітиком тривалої дії, рекомендується збільшення обсягу терапії до комбінації БАТД+МХТД.

Визначення кількості еозинофілів у крові може виявити пацієнтів із більшою ймовірністю хорошої відповіді на лікування ІКС. Пацієнтам, у яких розвивається загострення на фоні монотерапії бронхолітиком тривалої дії та рівень еозинофілів в крові становить ≥ 300 клітин/мкл, рекомендується збільшення обсягу терапії до комбінації БАТД+МХТД+ІКС.

Пацієнтам, у яких розвивається додаткове загострення на фоні терапії БАТД+МХТД, слід запропонувати збільшення обсягу терапії до БАТД+МХТД+ІКС. Хороша відповідь на додавання ІКС може спостерігатися в разі кількості еозинофілів у крові ≥ 100 клітин/мкл, при цьому сильніша реакція імовірніша за вищих показників еозинофілів.

Пацієнтам, у яких розвиваються загострення на фоні терапії БАТД+МХТД+ІКС (або кількість еозинофілів у крові яких < 100 клітин/мкл), пропонуються наступні варіанти медикаментозної терапії:

додати макролід, найкращим варіантом є азитроміцин, особливо у тих пацієнтів, хто припинив курити, враховуючи можливий розвиток бактеріальної резистентності;

відміну ІКС можна розглядати у разі розвитку пневмонії або інших значущих побічних ефектів. Однак рівень еозинофілів в крові ≥ 300 клітин/мкл вказує на пацієнтів із найбільш ймовірним зростанням загострень після їх відміни. Необхідно підібрати дозу ІКС, так як у випадку більш високих доз частіше виникають побічні ефекти.

Якщо у пацієнтів з ХОЗЛ та без ознак БА, які отримую терапію БАТД+ІКС: виникають подальші загострення, слід:

збільшити обсяг терапії до БАТД+МХТД+ІКС;

розглянути можливість переходу на БАТД+МХТД якщо залишаються основні симптоми.

4) Схеми медикаментозного лікування

Лікарські форми та тривалість дії підтримуючих препаратів, що застосовуються для лікування ХОЗЛ

Міжнародна непатентована назва	Тип інгалятора	ВАРІАНТИ ВВЕДЕННЯ			Тривалість дії
		Небулайзер	Пероральна форма	Ін'єкції	
Бета2- агоністи					
Короткої дії (БАКД)					
Фенотерол	ДАІ	✓	таблетки, сироп		4-6 годин
Сальбутамол	ДАІ та СПІ	✓	таблетки, сироп, таблетки із уповільненим вивільненням	✓	4-6 годин 12 годин (уповільненим вивільненням)
Тривалої дії (БАТД)					
Формотерол	СПІ	✓			12 годин
Індакатерол	СПІ				24 годин
Сальметерол	ДАІ та СПІ				12 годин
Антихолінергічні ЛЗ					
Короткої дії (ХЛКД)					
Іпратропію бромід	ДАІ	✓			6-8 годин
Тривалої дії (МХТД)					

Аклідинію бромід	СПП,				ДАІ 12 годин
Глікопіронію бромід	СПП		розчин	✓	12-24 годин
Тіотропію бромід	СПП, ІМТ, ДАІ				24 годин
Фіксовані комбінації БАКД+Х.ЛКД в одному пристрої					
Фенотерол/іпратропію бромід	ІМТ	✓			6-8 годин
Сальбутамол/іпратропію бромід	ІМТ, ДАІ	✓			6-8 годин
Фіксовані комбінації БАТД+МХТД в одному пристрої для введення					
Формотерол/аклідінію бромід	СПП				12 годин
Індакатерол/глікопіронію бромід	СПП				12-24 годин
Вілантерол/умеклідінію бромід	СПП				24 годин
Олодатеорол/тіотропію бромід	ІМТ				24 годин
Метилксантини					
Теофілін (SR)			таблетки	✓	Варіює, до 24 годин
Фіксовані комбінації (БАТД+ІКС) в одному пристрої для введення					
Формотерол/беклометазон	ДАІ, СПП				12 годин
Формотерол/будесонід	ДАІ, СПП				12 годин
Сальметерол/флутиказону пропіонат	ДАІ, СПП				12 годин
Вілантерол/флутиказону фуроат	СПП				24 годин
Потрійна комбінація в одному пристрої (БАТД+ МХТД+ ІКС)					
Будесонід/формотерол/глікопіронію бромід	ДАІ				12 годин
Муколітичні засоби					
Ердостеїн			таблетки		12 годин
Карбоцистеїн†			таблетки		
Ацетилцистеїн†			таблетки		

3. Лікування загострення ХОЗЛ

Загострення ХОЗЛ визначається як подія, що характеризується задишкою і/або кашлем з виділенням мокротиння, що погіршуються протягом <14 днів. Загострення ХОЗЛ часто асоціюється з посиленням системного і локального запального процесу, який спричиняє інфекція дихальних шляхів, поллютанти або інші негативні впливи на легені.

1) Диференційний діагноз:

Пневмонія (рентген-дослідження органів грудної клітки);

Легенева емболія (клінічна оцінка ймовірності (кровохаркання, хірургічне втручання, перелом, рак в анамнезі, ТГВ), D-димер, КТ-ангіографія при легеневій емболії);

Серцева недостатність (рентген-дослідження органів грудної клітки, N-термінальна ділянка мозкового натрійуретичного пептиду та мозковий натрійуретичний пептид, ехокардіографія);

Пневмоторакс/накопичення рідини в плевральній порожнині (рентген-дослідження органів грудної клітки, УЗД органів грудної клітки);

Інфаркт міокарда та/або серцеві аритмії (фібриляція/тріпотіння передсердь) (електрокардіографія, тропонін).

2) Ступені тяжкості:

Легке загострення ХОЗЛ (лікується лише бронходилататорами короткої дії):

Задишка за шкалою VAS < 5;

Частота дихання < 24/хв ;

ЧСС < 95/хв;

SaO₂ у спокої ≥92% та зміна ≤3% від звичного показнику;

СРБ < 10 мг/л

Загострення ХОЗЛ середньої тяжкості (лікування полягає у використанні бронходилататорів короткої дії, оральних кортикостероїдів та антибіотиків) (наявність мінімум 3 критеріїв):

Задишка за шкалою VAS ≥ 5;

Частота дихання ≥ 24/хв ;

ЧСС ≥ 95/хв;

SaO₂ у спокої <92% та зміна >3% від звичного показнику;

СРБ ≥ < 10 мг/л

Тяжке загострення ХОЗЛ (пацієнт потребує госпіталізації у стаціонар чи ВРІТ):

Задишка, частота дихання, ЧСС, SaO₂ та СРБ як при загостренні середньої тяжкості + наявність гіперкапнії та ацидозу у аналізі газів артеріальної крові; (PaCO₂ 45 мм.рт.ст; рН <7,35)

3) Потенційні показання до госпіталізації:

тяжкі симптоми, такі як раптове посилення задишки в спокої, збільшення частоти дихання, зменшення сатурації крові киснем, сплутаність свідомості, млявість;

гостра дихальна недостатність;

поява нових фізикальних ознак (ціанозу, периферичних набряків);

відсутність відповіді на початкове медикаментозне лікування;

значні супутні захворювання (серцева недостатність, поява аритмії тощо);

неможливість лікування в домашніх умовах

4) Показання для направлення до відділення інтенсивної терапії:

тяжка задишка, що не відповідає на початкову невідкладну терапію;

зміни психічного стану (сплутаність свідомості, летаргія, кома);

персистуюча гіпоксемія або погіршення її перебігу (PaO₂ < 5,3 кПа або 40 мм рт.ст.) та (або) тяжкий респіраторний ацидоз / погіршення його перебігу (рН < 7,25) незважаючи на додаткову кисневу терапію та неінвазивну вентиляцію легень;

потреба в інвазивній штучній вентиляції;
гемодинамічна нестабільність — потреба у вазопресорах.

5) Основні принципи лікування загострення ХОЗЛ:

оцінити тяжкість симптомів, газовий склад крові, рентгенограму ОГК;
оксигенотерапія повинна призначатись пацієнтам для покращення гіпоксемії із сатурацією 88-92%;

бета-агоністи короткої дії із або без холінолітиків короткої дії рекомендовані як початкові бронходилататори для лікування тяжкого загострення ХОЗЛ;

системні кортикостероїди (СКС) можуть покращити функцію легень (ОФВ1), оксигенацію, скоротити час видужання та тривалість госпіталізації. Тривалість терапії СКС, зазвичай, не повинна перевищувати 5 днів у дозі еквівалентній 40 мг преднізолону на добу;

антибактеріальні лікарські засоби, якщо є показання, можуть скоротити час одужання, знизити ризик раннього рецидиву, невдачі лікування та тривалості госпіталізації. Тривалість терапії, зазвичай, складає 5 днів;

ксантини не рекомендуються через значні побічні ефекти;

НІВЛ повинна бути першим способом вентиляції, який використовується у пацієнтів із ХОЗЛ, ускладненим гострою дихальною недостатністю, які не мають абсолютних протипоказань, оскільки це покращує газообмін, знижує роботу дихання та потребу в інтубації, зменшує тривалість госпіталізації та покращує виживання.

Антибактеріальні лікарські засоби показані у випадку діагностованого інфекційного загострення ХОЗЛ, якщо мокротиння має гнійний характер за наявності трьох кардинальних симптомів:

збільшення задишки;

збільшення обсягу мокротиння;

мокротиння гнійного характеру.

Мають два кардинальних симптоми, якщо один з них – посилення гнійного мокротиння або пацієнти потребують механічної вентиляції.

Вибір антибактеріального лікарського засобу повинен базуватись на даних щодо чутливості до антибіотиків. Для початкового емпіричного лікування призначають бета-лактамі антибактеріальні засоби (пеніциліни), в тому числі захищені клавулановою кислотою, макроліди, тетрацикліни. Шлях введення антибактеріального препарату визначається здатністю пацієнта ковтати та фармакокінетикою лікарського засобу, але перевага надається пероральному шляху.

Показання до неінвазивної вентиляції легень (НІВЛ):

Наявність хоча б одного із наступного:

респіраторний ацидоз ($\text{PaCO}_2 > 6,0$ кПа або 45 мм рт.ст. та рН артеріальної крові $< 7,35$);

тяжка задишка з клінічними ознаками щодо недостатності дихальних м'язів, участь у диханні допоміжних дихальних м'язів, парадоксальні рухи черевом або западання міжреберних проміжків;

персистуюча гіпоксемія незважаючи на додаткову кисневу терапію.

Показання до інвазивної вентиляції легень:

непереносимість НШВЛ або її неефективність;

зупинка дихання або серця;

пригнічення свідомості, психомоторне збудження, які не контролюються седативними засобами;

масивна аспірація або персистуюче блювання;

персистуюча неспроможність відкашлювати мокротиння;

тяжка гемодинамічна нестабільність у разі відсутності відповіді на введення рідини та вазоактивних лікарських засобів;

тяжка вентрикулярна або суправентрикулярна аритмія;

загрозлива для життя гіпоксемія у пацієнтів, яким протипоказана НШВЛ.

б) Критерії виписки зі стаціонару та подальше спостереження

Критерії виписки пацієнта зі стаціонару:

повний перегляд клінічних та лабораторних даних;

перевірити підтримуючу терапію та визначити чи розуміє її пацієнт;

переоцінити техніку інгаляції;

впевнитись в розумінні наслідків припинення прийому пацієнтом лікарських засобів (СКС та/або антибактеріальних засобів);

оцінити потребу в продовженні кисневої терапії;

надати план ведення супутніх захворювань та періоду подальшого спостереження;

забезпечити наступні візити — раннє подальше спостереження через < 4 тижнів, подальше — через < 12 тижнів;

виявити усі клінічні патологічні зміни або зміни в результатах дослідження.

Рекомендований план заходів під час спостереження:

через 1–4 тижнів:

оцінити та задокументувати здатність щоденної та фізичної активності у звичайному для пацієнта середовищі;

перегляд режиму лікування та його розуміння пацієнтом;

переоцінити техніку інгаляції;

переоцінити потребу в продовженні кисневої терапії;

задокументувати симптоми: за шкалою CAT або mMRC;

визначити супутню патологію.

через 12–16 тижнів:

додається: спірометрія: оцінка ОФВ1.

V. Ресурсне забезпечення виконання протоколу

На момент затвердження цього УКПМД засоби матеріально-технічного забезпечення дозволені до застосування в Україні. При розробці та застосуванні внутрішніх документів ЗОЗ необхідно перевірити реєстрацію в Україні засобів матеріально-технічного забезпечення, які включаються до внутрішніх документів ЗОЗ, та відповідність призначення лікарських засобів Інструкції для медичного застосування лікарського засобу, затвердженій Міністерством охорони здоров'я України. Державний реєстр лікарських засобів України знаходиться за електронною адресою: <http://www.drlz.com.ua/>

1. Первинна медична допомога

Кадрові ресурси: лікарі загальної практики – сімейні лікарі, лікарі-терапевти дільничні; медичні сестри загальної практики.

Матеріально-технічне забезпечення: оснащення відповідно до Табеля оснащення.

Лікарські засоби (нумерація не впливає на порядок призначення):

1. Селективні агоністи β_2 -адренорецепторів: Індакатерол, Сальбутамол, Сальметерол Фенотерол, Формотерол.
2. Антихолінергічні засоби: Іпратропію бромід, Тіотропію бромід.
3. Ксантини: Теофілін.
4. Глюкокортикостероїди: інгаляційні - Беклометазон, Будесонід; системної дії - Метилпреднізолон, Преднізолон.
5. Комбіновані лікарські засоби: Фенотерол+Іпратропію бромід, Сальметерол+Флутиказону пропіонат, Формотерол+Будесонід.
6. Муколітики: Ацетилцистеїн, Карбоцистеїн, Амброксол, Ердостеїн
7. Антибактеріальні лікарські засоби.

2. Спеціалізована медична допомога

Кадрові ресурси: лікарі: пульмонологи; профпатологи, торакальні хірурги; алергологи, фізіотерапевти, лаборанти, середній медичний персонал; за потреби лікарі: кардіолог, ендокринолог, психіатр.

Матеріально-технічне забезпечення: оснащення відповідно до Табеля оснащення.

Лікарські засоби (нумерація не впливає на порядок призначення):

1. Селективні агоністи β_2 -адренорецепторів: Індакатерол, Сальбутамол, Сальметерол Фенотерол, Формотерол.
2. Антихолінергічні засоби: Іпратропію бромід, Тіотропію бромід.
3. Ксантини: Теофілін.
4. Глюкокортикостероїди: інгаляційні - Беклометазон, Будесонід; системної дії - Метилпреднізолон, Преднізолон.

5. Комбіновані лікарські засоби: Фенотерол+Іпратропію бромід, Сальметерол+Флутиказону пропіонат, Формотерол+Будесонід.
6. Муколітики: Ацетилцистеїн, Карбоцистеїн, Амброксол, Ердостеїн
7. Антибактеріальні лікарські засоби.
8. Кисень.

VI. ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

1. Перелік індикаторів якості медичної допомоги

- 1) Наявність у лікаря загальної практики – сімейного лікаря КМП з ХОЗЛ.
- 2) Відсоток пацієнтів, яким проведено спірометричне дослідження та виконано тест на зворотність бронхообструкції.
- 3) Відсоток пацієнтів, яким виконано рентгенологічне дослідження.
- 4) Відсоток пацієнтів, які отримали «Пам'ятку для пацієнта» з роз'ясненням суті захворювання, порадами щодо корекції факторів ризику та модифікації способу життя.
- 5) Відсоток пацієнтів, для яких отримано інформацію про медичний стан протягом звітного періоду.

2. Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

1) Наявність у лікаря загальної практики – сімейного лікаря КМП з ХОЗЛ.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, спеціалізованої та екстреної медичної допомоги «Хронічне обструктивне захворювання легень».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Бажаний рівень значення індикатора:

2024 рік – 90%

2025 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються лікарями загальної практики - сімейними лікарями ЗОЗ, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх лікарів загальної практики - сімейних лікарів, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики - сімейних лікарів, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію щодо кількості лікарів

загальної практики - сімейних лікарів, зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики - сімейних лікарів, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП з ХОЗЛ.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

2) Відсоток пацієнтів, яким проведено спірометричне дослідження та виконано реверсивний тест.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, спеціалізованої та екстреної медичної допомоги «Хронічне обструктивне захворювання легень».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Аналіз індикатора дозволить виявити проблеми, пов'язані з кваліфікованою діагностикою ХОЗЛ. При аналізі індикатора слід враховувати неприпустимість формального та необґрунтованого віднесення до чисельника індикатора тих пацієнтів, для яких лікарем не проводилося медичного огляду з проведенням спірометричного дослідження та виконання реверсивного тесту. У первинній медичній документації повинні бути задокументовані факти проведення цих досліджень. Пацієнти, для яких такі записи в медичній документації відсутні, не включаються до чисельника індикатора, навіть у випадку, якщо лікар має достовірну інформацію про те, що дослідження у пацієнта проводилися.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: лікарі загальної практики - сімейні лікарі, лікарі-пульмонологи, структурний підрозділ з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій

Дані надаються лікарями загальної практики - сімейними лікарями, лікарями пульмонологами, які зареєстровані на території обслуговування, до структурного підрозділу з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. За наявності автоматизованої технології у ЗОЗ, в якому обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги в обсязі, що відповідає формі № 025/о або формі № 003/о – автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється лікарем загальної практики - сімейним лікарем, лікарем пульмонологом шляхом ручного або автоматизованого аналізу інформації форми № 025/о або форми № 003/о.

Індикатор обчислюється структурним підрозділом з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження від усіх сімейних лікарів, лікарів пульмонологів, зареєстрованих на території обслуговування інформації щодо загальної кількості пацієнтів з діагнозом ХОЗЛ вперше зареєстрованих протягом звітного періоду, а також тих з них, яким було проведено спірометричне дослідження та виконано реверсивний тест.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, які перебувають під подальшим спостереженням у лікаря загальної практики - сімейного лікаря, лікаря пульмолога з діагнозом ХОЗЛ та вперше зареєстровані протягом звітного періоду. Джерелом інформації є: форма № 025/о, форма № 003/о, форма № 027/о.

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, які перебувають під подальшим спостереженням у лікаря загальної практики - сімейного лікаря, лікаря пульмолога з діагнозом ХОЗЛ та вперше зареєстровані протягом звітного періоду, яким було проведено спірометричне дослідження та виконано реверсивний тест. Джерелом інформації є: форма № 025/о, форма № 003/о, форма № 027/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

3) Відсоток пацієнтів, яким виконано рентгенологічне дослідження.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, спеціалізованої та екстреної медичної допомоги «Хронічне обструктивне захворювання легень».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Аналіз індикатора дозволить виявити проблеми, пов'язані з кваліфікованим проведенням диференційної діагностики та верифікацією діагнозу ХОЗЛ. Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Інструкція з обчислення індикатора.

ЗОЗ, який має обчислювати індикатор: лікар загальної практики - сімейний лікар, лікар пульмонолог, структурний підрозділ з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій

Дані надаються лікарями загальної практики - сімейними лікарями, лікарями пульмонологами, зареєстрованими на території обслуговування, до структурного підрозділу з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій. Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. За наявності автоматизованої технології у ЗОЗ, в якому обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги в обсязі, що відповідає формі № 025/о – автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється лікарем загальної практики - сімейним лікарем, лікарем-пульмонологом шляхом ручного або автоматизованого аналізу інформації форми № 025/о та форми № 003/о з ХОЗЛ, вперше зареєстрованого протягом звітного періоду.

Індикатор обчислюється структурним підрозділом з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження від усіх лікарів загальної практики - сімейних лікарів, лікарів пульмонологів, зареєстрованих на території обслуговування, інформації щодо загальної кількості пацієнтів з ХОЗЛ, які складають чисельник та знаменник індикатора.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, які перебувають під подальшим спостереженням у лікаря загальної практики - сімейного лікаря, лікаря-пульмонолога з діагнозом ХОЗЛ та вперше зареєстровані протягом звітного періоду.

Джерелом інформації є: форма № 025/о, форма № 003/о, форма № 027/о.

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, які перебувають під подальшим спостереженням у лікаря загальної практики - сімейного лікаря, лікаря-пульмонолога з діагнозом ХОЗЛ, вперше зареєстровані протягом звітного періоду та яким було виконано рентгенологічне дослідження.

Джерелом інформації є: форма № 025/о, форма № 003/о, форма № 027/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

4) Відсоток пацієнтів, які отримали «Пам'ятку для пацієнта» з роз'ясненням суті захворювання, порадами щодо корекції факторів ризику та модифікації способу життя.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, спеціалізованої та екстреної медичної допомоги «Хронічне обструктивне захворювання легень».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора. Аналіз індикатора дозволить виявити проблеми, пов'язані з недостатньою увагою лікарів до проблеми інформування пацієнтів, а також відсутністю роздрукованих примірників «Пам'ятки для пацієнта».

Інструкція з обчислення індикатора.

ЗОЗ, який має обчислювати індикатор: лікар загальної практики - сімейний лікар, лікар-пульмонолог, структурний підрозділ з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються лікарями загальної практики - сімейними лікарями, лікарями-пульмонологами, зареєстрованими на території обслуговування, до структурного підрозділу з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій. Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. За наявності автоматизованої технології ЗОЗ, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги в обсязі, що відповідає формі № 003/о – автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється лікарем загальної практики - сімейним лікарем, лікарем-пульмонологом шляхом ручного або автоматизованого аналізу інформації медичних карт хворого на ХОЗЛ, вперше зареєстрованих протягом звітнього періоду.

Індикатор обчислюється структурним підрозділом з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження від усіх сімейних лікарів, лікарів-пульмонологів, зареєстрованих на території обслуговування, інформації щодо загальної кількості пацієнтів з ХОЗЛ, які складають чисельник та знаменник індикатора.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з ХОЗЛ, які перебувають під подальшим спостереженням у лікаря загальної практики - сімейного лікаря, лікаря-пульмонолога та вперше зареєстровані протягом звітнього періоду.

Джерелом інформації є: форма № 025/о.

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, які перебувають під подальшим спостереженням у лікаря загальної практики - сімейного лікаря, лікаря-пульмонолога, з діагнозом ХОЗЛ, вперше зареєстровані протягом звітнього періоду, для яких в формі № 025/о містяться відомості про надання «Пам'ятки для пацієнта» та відповідних роз'яснень.

Джерелом інформації є: форма № 025/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

5) Відсоток пацієнтів, для яких отримано інформацію про медичний стан протягом звітнього періоду.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, спеціалізованої та екстреної медичної допомоги «Хронічне обструктивне захворювання легень».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

При аналізі індикатора слід враховувати неприпустимість формального та необґрунтованого віднесення до чисельника індикатора тих пацієнтів, для яких не проводилося медичного огляду лікарем загальної практики - сімейним лікарем, лікарем-пульмонологом впродовж звітнього періоду. В первинній медичній

документації мають бути задокументовані факти медичного огляду хворого, а також наявність або відсутність повторних загострень захворювання. Пацієнти, для яких такі записи в медичній документації відсутні, не включаються до чисельника індикатора, навіть у випадку, якщо лікар загальної практики - сімейний лікар, лікар-пульмонолог має достовірну інформацію про те, що пацієнт перебуває на території обслуговування (за відсутності даних медичного огляду).

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Інструкція з обчислення індикатора.

ЗОЗ, який має обчислювати індикатор: лікарі загальної практики - сімейні лікарі, лікарі-пульмонологи, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються сімейними лікарями, лікарями-пульмологами, розташованими на території обслуговування, до структурного підрозділу з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій. Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. За наявності автоматизованої технології ЗОЗ, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги в обсязі, що відповідає формі № 025/о або формі № 003/о – автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється лікарем загальної практики - сімейним лікарем, лікарем-пульмологом шляхом ручного або автоматизованого аналізу інформації форми № 025/о або форми № 003/о.

Індикатор обчислюється регіональним управлінням охорони здоров'я після надходження від усіх лікарів загальної практики - сімейних лікарів, лікарів-пульмонологів, зареєстрованих на території обслуговування, інформації щодо загальної кількості пацієнтів, які складають чисельник та знаменник індикатора.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, які перебувають під подальшим спостереженням у лікаря загальної практики - сімейного лікаря, лікаря-пульмолога з діагнозом ХОЗЛ.

Джерелом інформації є: форма № 025/о, форма № 003/о.

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів лікаря загальної практики - сімейного лікаря, лікаря-пульмолога з діагнозом ХОЗЛ, для яких наведена інформація про медичний стан хворого із зазначенням відсутності або наявності повторних загострень захворювання.

Джерелом інформації є: форма № 025/о, форма № 003/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

Перелік літературних джерел, використаних при розробці уніфікованого клінічного протоколу

1. Електронний документ Клінічна настанова, заснована на доказах «Хронічне обструктивне захворювання легень», 2024 рік, https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/.
2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27 грудня 1999 року № 302 «Про затвердження форм облікової статистичної документації, що використовується в поліклініках (амбулаторіях)».
3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 16 вересня 2011 року № 595 «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 10 жовтня 2011 року за № 1159/19897.
4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.
5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.
6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 12 березня 2024 року № 418 «Про затвердження шістнадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».
7. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05 вересня 2011 року № 561 «Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 14 листопада 2011 року за № 1295/20033.
8. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 21 травня 2007 року № 246 «Про затвердження Порядку проведення медичних оглядів працівників певних категорій», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 23 липня 2007 року за № 846/14113.

Директор Департаменту
медичних послуг



Тетяна ОРАБІНА

Додаток 1
до Уніфікованого клінічного
протоколу первинної,
спеціалізованої та екстреної
медичної допомоги «Хронічне
обструктивне захворювання
легень»
(підпункт 1 пункту 2 розділу III)

Модифікована шкала задишки Медичної дослідницької ради

Не існує єдиного діагностичного тесту для ХОЗЛ. Діагностування ХОЗЛ проводиться на основі клінічних висновків, що базуються на сукупності клінічних симптомів, фізикального обстеження, підтвердження наявності обструкції дихальних шляхів за даними спірометрії, анамнезом загострень.

Тяжкість клінічних симптомів оцінюють за результатами модифікованої шкали задишки Медичної дослідницької ради (мМДР):

Модифікована шкала для оцінки тяжкості задишки Медичної дослідницької ради (мМДР)

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.

Додаток 2
до Уніфікованого клінічного протоколу
первинної, спеціалізованої та екстреної
медичної допомоги «Хронічне
обструктивне захворювання легень»
(підпункт 1 пункту 2 розділу III)

Тест з оцінки ХОЗЛ

Як проходить Ваше хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ)? Пройдіть тест оцінки ХОЗЛ (ТОХ)

Ця анкета допоможе Вам та Вашому лікарю визначити вплив ХОЗЛ на Ваше благополуччя й щоденне життя. Ваші відповіді та загальна кількість балів можуть бути використані Вами або Вашим лікарем для того, щоби вдосконалити терапію ХОЗЛ та забезпечити найбільшу користь від лікування.

Приклад:

Я дуже щасливий(-а) 0 1 2 3 4 5 Мені дуже сумно

БАЛИ

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

Загальний результат тесту з оцінки ХОЗЛ визначається як сума балів відповідей на кожне з восьми запитань.

Оцінка задишки ≥ 2 та загальний результат тесту з оцінки ХОЗЛ ≥ 10 свідчать про вираженість симптомів ХОЗЛ.

Додаток 3
до Уніфікованого клінічного протоколу
первинної, спеціалізованої та екстреної
медичної допомоги «Хронічне
обструктивне захворювання легень»
(підпункт 1 пункту 2 розділу III)

Класифікація тяжкості обструкції дихальних шляхів при ХОЗЛ

Форсована спірометрія є найбільш відтворюваним і об'єктивним методом визначення обструкції дихальних шляхів, вона є обов'язковою для верифікації діагнозу ХОЗЛ та визначення ступеню тяжкості обмеження дихальних шляхів і разом з іншими дослідженнями може допомогти у визначенні прогнозу захворювання..

Спірометричним критерієм обструкції дихальних шляхів залишається постбронхолітичне відношення ОФВ₁/ФЖЄЛ < 0,7. Тяжкість бронхообструкції оцінюють виходячи із зменшення ОФВ₁: Класифікація тяжкості обмеження дихальних шляхів при ХОЗЛ (заснована на ОФВ₁ після прийому бронхолітика).

Ступінь тяжкості обструкції дихальних шляхів:

У пацієнтів з ХОЗЛ (ОФВ₁/ФЖЄЛ < 0,7):

		ОФВ ₁ після прийому бронхолітика (% від належних)
GOLD 1	Легка	≥ 80
GOLD 2	Помірна	50 ≤ ОФВ ₁ < 80
GOLD 3	Тяжка	30 ≤ ОФВ ₁ < 50
GOLD 4	Дуже тяжка	ОФВ ₁ < 30

Оцінка ступеня зворотності обструкції дихальних шляхів (вимірювання ОФВ₁ до та після застосування бронходилататорів або кортикостероїдів) для обґрунтування терапевтичних рішень більше не рекомендується

Оцінка тяжкості загострення за клінічними ознаками

Відсутня дихальна недостатність: Частота дихання: < 24 вдихів у хвилину; ЧСС < 95 уд./хв, не залучені додаткові дихальні м'язи; немає змін у психічному стані; гіпоксемія коригується додатковою оксигенотерапією через маску Вентурі - 24-35% вдихуваного кисню (FіO₂); без збільшення РаСО₂.

Гостра дихальна недостатність — без загрози життю хворого: Частота дихання: > 24 вдихів у хвилину; залучені додаткові дихальні м'язи; немає змін у психічному стані; гіпоксемія коригується додатковою оксигенотерапією через маску Вентурі > 35% FіO₂; гіперкарбія, тобто, рівень РаСО₂ підвищений порівняно з вихідним рівнем або рівень РаСО₂ сягає 50-60 мм.рт.ст.

Гостра дихальна недостатність — із загрозою життю хворого: Частота дихання: > 24 вдихів у хвилину; залучені додаткові дихальні м'язи; гострі зміни психічного стану; гіпоксемія не коригується додатковою оксигенотерапією через маску Вентурі або вимагає $FiO_2 > 40\%$; гіперкарбія, тобто, рівень $PaCO_2$ підвищений порівняно з вихідним рівнем або рівень $PaCO_2$ сягає > 60 мм.рт.ст. або є наявність ацидозу ($pH \leq 7,25$).

Додаток 4
до Уніфікованого клінічного протоколу
первинної, спеціалізованої та екстреної
медичної допомоги «Хронічне
обструктивне захворювання легень»
(підпункт 1 пункту 1 розділу III)

Початкова діагностика тяжкості ХОЗЛ

Для оцінки шкідливого впливу ХОЗЛ на окремого пацієнта, що проявляється у розвитку загострень в майбутньому, госпіталізації, смерті внаслідок ХОЗЛ проводиться комплексна оцінка із урахуванням симптомів та ризику загострень.

Для оцінки симптомів пропонуються шкала задишки МДР або оцінка симптомів за результатом Тесту контролю за ХОЗЛ, рівень задишки за шкалою МДР ≥ 2 або результат Тесту контролю за ХОЗЛ ≥ 10 вказують на високий рівень симптомів (перевага надається Тесту контролю за ХОЗЛ, тому що він більш повно відображає вплив симптомів захворювання, шкала задишки оцінює лише один симптом – задишку. Можна застосовувати один з тестів, не обов'язково обидва).

Загострення ХОЗЛ (ЗХОЗЛ) – це епізоди загострення гострих респіраторних симптомів, які часто пов'язані з посиленням місцевого та системного запалення ЗХОЗЛ є ключовими подіями у природному перебігу захворювання, оскільки вони значно впливають на стан здоров'я пацієнта (часто протягом тривалого періоду часу), збільшують швидкість зниження функції легень, погіршують прогноз пацієнта та пов'язані з більшою кількістю витрат на охорону здоров'я при ХОЗЛ. Найкращим показником частоти загострень (визначаються як два або більше загострень на рік) є наявність загострень в анамнезі.

Діагноз, підтверджений за допомогою спірометрії (ОФВ1/ФЖЕЛ після бронхолітика $< 0,7$)	→	Оцінка ступеню обмеження повітряного потоку (ОФВ1 після прийому бронхолітика, % від належного)		→	Оцінка тяжкості симптомів/ризиків загострень	
						
		GOLD 1	$\geq 80\%$		Історія загострень (за 12 міс)	Групи пацієнтів
		GOLD 2	50-79 %	≥ 2 помірних загострень, або ≥ 1 загострення із	Е	

				госпіталізацією		
		GOLD 3	30-49 %	0 – 1 помірне загострення (без госпіталізації)/ Симптоми	A M5 0-1 TOX < 10	B mMДP ≥ 2 TOX ≥ 10
		GOLD 4	< 30%			

Пацієнти групи А – низький ризик загострень (≤ 1 загострення за рік, без госпіталізації), мало симптомів (mMKД < 2 або TOX < 10).

Пацієнти групи В – низький ризик загострень (≤ 1 загострення за рік, без госпіталізації), багато симптомів (mMKД ≥ 2 або TOX ≥ 10)

Пацієнти групи Е – високий ризик загострень (≥ 2 помірних загострення, без госпіталізації, або ≥ 1 загострення з госпіталізацією за рік), незалежно від вираженості симптомів.

Додаток 5
до Уніфікованого клінічного протоколу
первинної, спеціалізованої та екстреної
медичної допомоги «Хронічне
обструктивне захворювання легень»
(підпункт 3 пункту 1 розділу III)

Інгаляційні пристрої

Вид системи	Опис
Дозований аерозольний інгалятор (ДАІ)	Інгалятори, що найбільш часто використовуються. Деякі пацієнти мають труднощі в процесі синхронізації вдихання з вивільненням лікарської речовини. У таких випадках рекомендується застосовувати дозований інгалятор, що забезпечений спейсером.
Спейсери	<p>Спейсер є резервуаром для аерозолю, що виділяється дозованим інгалятором. Пацієнт звільняється від необхідності проводити вдихання лікарської речовини безпосередньо після виділення дози. Використання спейсера для інгаляцій ГКС зводить нанівець можливість розвитку такого ускладнення як кандидоз. Дозований інгалятор із спейсером так само ефективний як і небулайзер при використанні еквівалентних доз.</p> <p>Спейсер повинен бути сумісним з дозованим інгалятором.</p> <p>Рекомендується, щоб спейсери використовувалися таким чином:</p> <ul style="list-style-type: none"> – ліки регулярно мають подаватися одною відміряною дозою інгалятором в спейсер з кожним вдихом; – між подачею дози і вдихом затримка повинна бути мінімальною; – переривчасте дихання може бути використане так само ефективно, як і поодинокі вдихи. <p>Спейсери повинні чиститися не частіше, ніж раз на місяць, оскільки більш часте очищення впливає на їх характеристики (через накопичення статичної електрики). Вони повинні бути очищені водою з миючим засобом і залишені для повного висихання. Неприпустимо, щоб мундштук містив залишки миючих засобів.</p>
Інгалятори «м'якого туману»	
Респімат	
Аутохалер	Дозований аерозольний інгалятор, що містить 200 доз лікарської речовини. Дозволяє здійснювати інгаляційну терапію у пацієнтів з незадовільною технікою застосування дозованих інгаляторів. Коли пацієнт починає повільно і глибоко дихати, клапан відкривається і автоматично виділяється доза.
Інгалятори сухого порошку	
Аккухалер	Багатодозовий інгалятор сухого порошку містить 60 окремо розфасованих доз. Забезпечений індикатором, який показує кількість доз лікарської речовини, що залишилися. Він дозується точно і видає кількість лікарської речовини, пропорційну вдихуваному потоку (30-120 л/хв.). Лактоза, додана до лікарської речовини, дозволяє пацієнту переконатися в тому, що він прийняв дозу ліків.
Аеролайзер	Інгалятор роздільно-дозовий заряджається стрічкою з капсулами, що містять лікарську речовину у вигляді порошку, які покриті захисною фольгою. При кожній інгаляції одна капсула поміщається в пристрій і там проколюється, після чого проводиться інгаляція. Аеролайзер видає дозу лікарської речовини

	пропорційну величині вдихуваного потоку.
Турбухалер	Багатодозові інгалятори, що містять 60 і 200 доз, не потребують заправки лікарських речовин. Доза виділяється наполовину, якщо пацієнт не створює потік вище 30 л/хв. При цьому виділяється дрібнодисперсний порошок і пацієнти, часто його не відчують. Індикатор показує, коли залишається 20 доз і коли пристрій повністю порожній. Інгалятор містить осушувач, який можна визначити його струшуванням. Ексикант, що пересипається всередині інгалятора, може бути помилково прийнятий пацієнтом за залишок ліків.
Хендіхалер	Діюча речовина інгалюється у вигляді сухого порошку. Капсула, що містить діючу речовину, розміщується в хендіхалері і проколюється натисненням кнопки на пристрої. Для ефективнішого використання ліків інгаляція здійснюється через мундштук. Пацієнти з тяжким ступенем захворювання за допомогою хендіхалера можуть створити необхідний для евакуації порошку з капсули потік (до 20л/хв).
Бризхалер	Діюча речовина знаходиться в капсулах у вигляді порошку, препарати слід застосовувати тільки у вигляді інгаляцій через рот за допомогою спеціального пристрою – бризхалеру. Перед використанням капсули треба вийняти із блістера, розміщується в пристрої, проколюється, вдихається.
Небулайзери	
Небулайзери	Аерозоль не повинен потрапляти в очі у разі застосування ГКС або бронхолітика, тому що це може призвести до розвитку глаукоми. Після аерозольної терапії, для повного видалення препарату з шкіри, пацієнти повинні витирати насухо обличчя. Не можна продовжувати застосування небулайзерів, якщо не виконуються наступні умови: <ul style="list-style-type: none"> – зменшення інтенсивності симптомів захворювання; – збільшення здатності здійснювати щоденну діяльність; – збільшення переносимості фізичних навантажень; – збільшення функціональної здатності легень.

Додаток 6
до Уніфікованого клінічного протоколу
первинної, спеціалізованої та екстреної
медичної допомоги «Хронічне
обструктивне захворювання легень»
(підпункт 3 пункту 1 розділу III)

Пам'ятка для пацієнта з ХОЗЛ

Відмовитися від паління:

- Пам'ятайте, що успіх залежить тільки від Вас, не майте надію на когось іншого;
- Розуміння важливості цього кроку і бажання кинути палити – основна запорука успіху;
- Розпитайте людей, які кинули палити, про їх досвід. Деякі поради можуть виявитися корисними і для Вас;
- Кидайте палити одразу, а не поступово;
- Уникайте ситуацій, коли виникає сильне бажання палити, та сховайте подалі цигарки і запальнички;
- Не дозволяйте близьким та друзям палити при Вас;
- Якщо дуже хочеться палити, займіть чим-небудь руки, з'їжте фрукти чи овочі, іноді допомагає жувальна гумка;
- Якщо ви знову запалили, в жодному випадку не зневіряйтеся і не відмовляйтесь від спроб позбавитися від цієї шкідливої звички.

Особливості харчування:

- Вживайте більше овочів та фруктів, а також продукти, які мають багато білків (м'ясо, риба, сир, яйця, соя, квасоля);
- Їжте часто та маленькими порціями;
- При зайвій масі тіла слід дотримуватись дієти (за рекомендацією лікаря!), оскільки зайва вага утруднює дихання;
- Відмовтесь від алкоголю чи максимально обмежте його вживання.

На прогулянці:

- Виходьте на прогулянку, коли відчуваєте себе добре;
- Зробіть інгаляцію перед виходом і візьміть ліки з собою;
- Періодично зупиняйтесь для відпочинку;
- Уникайте підйому по сходах.

Якщо ви плануєте поїздку/ подорож, то пам'ятайте:

- В потязі повинно бути нижнє місце, у літаку – біля проходу;
- Бажано, щоб Вас проводжали і зустрічали родичі чи друзі;
- Не переносьте тяжкий багаж, рекомендується валіза на колесах;
- Візьміть з собою ліки, ще один інгалятор покладіть у карман.

Під час подорожей:

- Всі пацієнти, які знаходяться на довгостроковій кисневій терапії та/або мають ОФВ₁ менше ніж 50% розрахункового, які планують повітряний переліт, повинні бути проконсультовані лікарем відповідно до рекомендацій;
- Всі пацієнти, які мають бульозну хворобу, повинні бути попереджені, що під час повітряного перельоту є підвищений ризик розвитку пневмотораксу;
- Підводне плавання взагалі не рекомендується для пацієнтів з ХОЗЛ.

Якщо у вас сильна задуха:

- Старайтеся виконувати всі справи повільно, по можливості сидячи;
- Уникайте сильного навантаження, підйому по сходах;
- Носіть просторий одяг; взуття і одяга повинні бути такими, щоб їх було легко одягати;
- Ліки повинні бути весь час в одному і тому ж легкодоступному місці.

Причини загострення:

- Продовження паління;
- Нерегулярне лікування;
- ОРВІ;
- Переохолодження.

Ознаки загострення:

- Посилення задухи;
- Підвищення температури;
- Збільшення кількості мокротиння;
- Поява/ посилення гнійного характеру мокротиння.

NB! У вас може бути один чи декілька із зазначених ознак.

Негайно зверніться до лікаря, якщо:

- Лікування, що проводиться самостійно не допомагає;
- Посилюється задуха;
- Важко ходити чи говорити;
- Синіють губи і/чи кінчики пальців;
- З'явилось серцебиття чи перебої в роботі серця.

Алгоритм освітньої роботи з хворим на ХОЗЛ

- Розкажіть пацієнту про те, чим є його хвороба і про причини її розвитку.
- Постарайтеся переконати пацієнта відмовитися від паління відповідно до Стандартів первинної медичної допомоги при припиненні вживання тютюнових виробів .
- Дайте пацієнту практичні поради, які полегшать процес.
- Не наполягайте, якщо пацієнт реагує негативно.
- Поясніть необхідність планового лікування і регулярного прийому ліків.
- Розкажіть про переваги інгаляційного способу прийому ліків.
- Розкажіть про техніку інгаляції.
- Зверніть увагу пацієнта на переваги сучасних високоефективних препаратів (препарат вибору для базисної терапії).
- Якщо у пацієнта негативне ставлення до гормональних препаратів, поясніть, що застосування інгаляційних кортикостероїдів практично безпечне.
- Розкажіть пацієнту (за можливості і родичам) про причини і ознаки загострення і, як з ним впоратися в домашніх умовах, а також про симптоми, за наявності яких необхідно негайно звернутися до лікаря.
- Обговоріть з пацієнтом основні правила, яких слід дотримуватися в повсякденному житті, особливо при вираженій задишці; сексуальній активності; режимі і раціоні харчування; поговоріть про планування поїздок та відпустки.
- Залежно від тяжкості захворювання і самопочуття пацієнта визначте оптимальне фізичне навантаження.
- Поясніть пацієнту наскільки важливо регулярно відвідувати лікаря.

Корисні поради

- Щоб переконати пацієнта відмовитися від паління, постарайтеся говорити не лише про його шкоду і роль в розвитку ХОЗЛ. Розкажіть про способи, які допомагають кинути палити: спеціальні антитютюнові програми, нікотинзамінні препарати (пігулки, пластирі і т. д.).
 - Щоб переконати пацієнта регулярно вживати ліки, зверніть його увагу на те, що планове лікування зменшить задишку - основний симптом, що порушує якість життя пацієнта з ХОЗЛ.
-

Додаток 7
до Уніфікованого клінічного протоколу
первинної, спеціалізованої та екстреної
медичної допомоги «Хронічне
обструктивне захворювання легень»
(підпункт 4 пункту 1 розділу III)

Встановлення професійної етіології ХОЗЛ

Підозра на ХОЗЛ професійної етіології ґрунтується на скаргах, даних анамнезу хвороби та професійного анамнезу пацієнта. При сполученні типових скарг, специфічних показників спірометричного дослідження, що з'явилися під час контакту пацієнта з пилом, подразнюючими та токсичними речовинами в умовах виробництва, має бути запідозрений діагноз ХОЗЛ професійної етіології. У такому випадку хворий має бути направлений до лікаря-профпатолога, який забезпечує збір та оформлення необхідних документів.

Для встановлення остаточного діагнозу та зв'язку захворювання з впливом шкідливих факторів виробничого середовища і трудового процесу лікар-профпатолог направляє пацієнта до ЗОЗ, що спеціалізується на профпатології з відповідними документами: копією трудової книжки — для визначення стажу роботи в умовах дії виробничих факторів; випискою з амбулаторної картки; санітарно-гігієнічною характеристикою умов праці чи інформаційною довідкою про умови праці працівника, що складається фахівцями установи, яка здійснює державний санітарно-епідеміологічний нагляд за підприємством, у разі підозри в нього професійного захворювання (отруєння); висновком фтизіатра, нарколога та інших документів (у разі потреби). Порядок проведення медичних оглядів працівників певних категорій визначений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 21 травня 2007 року № 246, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 23 липня 2007 року за № 846/14113.
