



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

**НАКАЗ**

№ 433

03.07.2006

м.Київ

**Про затвердження протоколів надання  
медичної допомоги за спеціальністю  
„Пульмонологія”**

На виконання доручення Прем'єр-міністра України від 12.03.2003 №14494 "До доручення Президента України від 6 лютого 2003 року №1-1/252" щодо прискорення розроблення і запровадження протоколів лікування

**НАКАЗУЮ:**

1. Затвердити протоколи надання медичної допомоги хворим на:
  - 1.1 негоспитальну пневмонію (додається);
  - 1.2 хронічне обструктивне захворювання легенів I стадії (додається);
  - 1.3 хронічне обструктивне захворювання легенів II стадії (додається);
  - 1.4 хронічне обструктивне захворювання легенів III стадії (додається);
  - 1.5 хронічне обструктивне захворювання легенів IV стадії (додається).
2. Міністру охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, начальникам головних управлінь охорони здоров'я Дніпропетровської та Львівської, Головного управління охорони здоров'я та медицини катастроф Черкаської, управління охорони здоров'я та курортів Вінницької, управління охорони здоров'я та медицини катастроф Одеської, управлінь охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, Головного управління охорони здоров'я та медичного забезпечення Київської та управління охорони здоров'я Севастопольської міських державних адміністрацій забезпечити запровадження протоколів надання медичної допомоги, затверджених пунктом 1 цього наказу, в підпорядкованих лікувально-профілактичних закладах.
3. Контроль за виконанням наказу покласти на Першого заступника Міністра Весельського В. Л.

**Міністр**

Затверджено  
наказ МОЗ України  
від 03.07.2006 № 433

# ПРОТОКОЛ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА НЕГОСПИТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ

Код МКХ Х: J18

## Умови надання медичної допомоги

В амбулаторіях та поліклініках (I–II рівень) медична допомога надається хворим на негоспітальну пневмонію I групи (з нетяжким перебігом, які не потребують госпіталізації, без супутньої патології та «модифікуючих» факторів ризику появи окремих збудників) або II групи (з нетяжким перебігом, які не потребують госпіталізації, з наявністю супутньої патології та/або інших «модифікуючих» факторів).

В стаціонарі (II–III рівень) — хворим на негоспітальну пневмонію III групи (хворі на НП з нетяжким перебігом, які потребують госпіталізації у терапевтичне або пульмонологічне відділення за медичними (наявність несприятливих прогностичних факторів) або соціальними показаннями) та IV групи (з тяжким перебігом, які потребують госпіталізації у відділення реанімації та інтенсивної терапії (ВРІТ)).

## Ознаки та критерії діагнозу захворювання

Діагноз пневмонії встановлюється за наявності у хворого рентгенологічно підтвердженої вогнищевої інфільтрації легеневої тканини та не менше 2 клінічних ознак із нижченаведених:

- гострий початок захворювання з температурою тіла вище 38 °С;
- кашель з виділенням мокротиння;
- фізикальні ознаки (притуплений або тупий перкуторний звук, ослаблене або жорстке бронхіальне дихання, фокус дзвінких дрібнопухирцевих хрипів та/або крепітації);
- лейкоцитоз (більше  $10 \cdot 10^9/\text{л}$ ) та/або паличкоядерний зсув (більше 10%).

## Перелік та обсяг медичної допомоги на амбулаторно-поліклінічному етапі:

— Діагностичні дослідження та консультації:

1. Клінічне обстеження (обов'язкове - О) — кожні 3 дні.
2. Рентгенографія органів грудної клітки у 2-х проекціях (О) - двократно (перед початком та після закінчення лікування).
3. Лабораторне обстеження (загальний аналіз крові (О) — двократно (перед початком та після закінчення лікування); бактеріологічне дослідження мокроти (факультативне- Ф) однократно (перед початком лікування)
4. Консультація пульмонолога (Ф) та лікаря по профілю супутньої патології (Ф) — за необхідністю.

— Лікувальні заходи:

1. Антибактеріальна терапія (пероральний прийом препаратів протягом 7–10 днів)

– для хворих I групи препарати вибору: амоксицилін або кларитроміцин; альтернативні препарати: доксициклін .

– для хворих II групи препарати вибору: амоксицилін/клавуланова або цефуроксиму аксетил; альтернативні препарати: кларитроміцин або моксифлоксацин.

2. Симптоматична терапія — за необхідністю.

#### **Перелік та обсяг медичної допомоги на стаціонарному етапі:**

— Діагностичні дослідження і консультації:

1. Клінічне обстеження (О) — щоденно.

2. Рентгенографія органів грудної клітки у 2-х проекціях (О) або томографія (Ф) — перед початком та після закінчення лікування, а також по необхідності.

3. Лабораторне обстеження: загальний аналіз крові (О) — перед початком та після закінчення лікування, а також по необхідності; загальний аналіз сечі (О) та біохімічні дослідження крові (О) — однократно перед початком лікування (при відхиленнях від норми – повторно); бактеріологічне дослідження мокроти та крові (О)- двократно перед початком лікування та по необхідності

4. Консультація пульмонолога (О) та лікаря по профілю супутньої патології(О) – 2 рази на тиждень та по необхідності. Для хворих IV групи нагляд реаніматолога (О) та пульмонолога (О) щоденно

#### **-Лікувальні заходи:**

1. Антибактеріальна терапія (парентеральне застосування препаратів протягом 10–14 днів)

– для хворих III групи препарати вибору: амоксицилін/клавуланова кислота або цефтриаксон в поєднанні чи ні (+) з еритроміцином; альтернативні препарати: левофлоксацин.

– для хворих IV групи препарати вибору: цефтриаксон або амоксицилін/клавуланова кислота в поєднанні з еритроміцином; альтернативні препарати: левофлоксацин в поєднанні з цефтриаксоном.

– При підозрі на *P. aeruginosa* препарати вибору: ципрофлоксацин в поєднанні з цефтазидимом або амікацином; альтернативні препарати: цефтазидим в поєднанні з амікацином або меропенем .

2. Патогенетична та симптоматична терапія — в залежності від клініко-рентгенологічних або лабораторних проявів захворювання

#### **Критерії ефективності лікування**

Оцінку ефективності антибактеріальної терапії препаратами вибору необхідно проводити через 48–72 год від початку лікування. Основний критерій ефективності — зменшення вираженості інтоксикації та зниження температури тіла хворого, відсутність ознак дихальної недостатності. Якщо на початку лікування у пацієнта були відсутні ці прояви захворювання, слід орієнтуватися на його загальний стан та показники загального клінічного аналізу крові (кількість лейкоцитів, ШОЕ). За наявності позитивної динаміки наведених показників продовжують призначену антибактеріальну терапію. Якщо у пацієнта зберігаються висока лихоманка та інтоксикація або симптоматика прогресує, то лікування слід вважати неефективним, антибактеріальний засіб замінити на інший (альтернативні антибіотики).

**Середня тривалість лікування** в залежності від тяжкості перебігу та етіології захворювання складає від 7–10 до 14–21 дня.

**Очікувані результати** — одужання (відсутність будь-яких проявів захворювання) або покращання (суттєве зменшення вираженості клініко-рентгенологічних або лабораторних ознак захворювання — для хворих III–IV групи) .

**Медична реабілітація** здійснюється паралельно з лікуванням. При легкому і неускладненому перебігу пневмонії реабілітація може проводитися вдома з забезпеченням лікарського спостереження і кваліфікованого лікування. Госпітальний етап обов'язковий для хворих пневмонією тяжкого перебігу, з ускладненнями, для ослаблених хворих, осіб літнього і старечого віку.

Доцільно виділяти наступні реабілітаційні групи: пацієнти в стані повного клінічного видужування; хворі з залишковими проявами пневмонії у вигляді неповністю розсмоктаного інфільтрату або з вогнищевим пневмофіброзом; хворі з залишковими астеноневротичними порушеннями; хворі на хронічний бронхіт, ХОЗЛ та БА, які перенесли пневмонію.

В залежності від показань цим хворим слід призначати різні фізіотерапевтичні методи (високочастотну терапію, аплікації парафіну, озокеріту, пелоїдотерапію), клімато-, водо- або бальнеотерапію, лікувальну фізкультуру, масаж грудної клітки та інше.

**Диспансерне спостереження** за реконвалесцентами повинно тривати не менш 12 місяців. Хворі на хронічний бронхіт, ХОЗЛ та БА, які перенесли пневмонію, підлягають безтерміновому диспансерному спостереженню.

**Директор Департаменту організації  
та розвитку медичної допомоги  
населенню**

**Р.О.Моїсеєнко**

Затверджено  
наказ МОЗ України  
від 03.07.2006 № 433

## Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на хронічне обструктивне захворювання легенів (ХОЗЛ) I стадії

Код МКХ 10: J44

### *Ознаки та критерії діагностики захворювання*

Скарги на хронічний кашель, який спочатку виникає інколи, з часом – турбує щоденно, частіше вранці, вдень, може бути непродуктивним. Виділення мокротиння зазвичай в невеликій кількості. Задишка – спочатку при значному фізичному навантаженні, під час респіраторної інфекції, характеризується як необхідність додаткового зусилля при диханні, дихальний дискомфорт, часте дихання.

Фізикальні ознаки неспецифічні, під час загострення можливі сухі хрипи.

Рентгенологічні ознаки як правило відсутні, інколи посилення та деформація судинного малюнка в прикореневій зоні та наддіафрагмальних відділах, тенденція до вертикального розташування серця..

Дослідження функції зовнішнього дихання: для I стадії характерним є  $ОФВ_1 \geq 80\%$  від належних величин,  $ОФВ_1/ФЖЄЛ < 70\%$ , тест на зворотність бронхіальної обструкції негативний. Характерним є щорічне зниження  $ОФВ_1$  на 30-60 мл і більше.

Під час загострення можуть мати місце незначні зміни лабораторних показників (лейкоцитоз, збільшення ШОЕ).

### *Умови надання медичної допомоги*

Хворі із ХОЗЛ I стадії під час загострення лікуються в амбулаторних умовах під наглядом дільничного терапевта.

### *Діагностична програма*

1. Візуальний огляд і фізикальне дослідження.
2. Дослідження функції зовнішнього дихання (спірометрія із аналізом кривої “потік-об’єм” форсованого видиху ( $ОФВ_1$ ,  $ФЖЄЛ$ , зворотність обструкції у пробах із бронхолітиком).
3. Рентгенографія органів грудної клітки.
4. При загостренні – загальний аналіз крові із визначення кількості еритроцитів, аналіз мокротиння.
5. Електрокардіографія.

### *Лікувальна програма*

Перелік і обсяг медичних послуг обов’язкового асортименту.

Припинення паління

Антихолінергічні засоби або  $\beta_2$ -агоністи – при потребі.

Мукорегуляторні засоби – на період загострення.

Нестероїдні протизапальні засоби – фенспірид на час до 2 тижнів

Антибактеріальні засоби на період загострення (7-14 днів). Показанням до призначення антибактеріальної терапії хворим із загостренням хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) є посилення задишки, збільшення об'єму мокротиння та гнійний його характер.

*Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту*

- при наявності супутніх захворювань - пульсоксиметрія;
- в пробах із бронхолітиками ( $\beta_2$ -агоніст, холінолітик) визначається зворотність бронхообструкції

*Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування*

Покращання стану: поліпшується загальне самопочуття, покращується переносимість фізичних навантажень.

Прогресування: наростання задишки, зниження переносимості фізичних навантажень, посилення кашлю.

Відсутність ефекту: збереження на попередньому рівні ступеню проявів задишки, виділення мокротиння.

*Тривалість лікування*

Базисна терапія проводиться постійно.

*Критерії якості лікування*

Зменшення кількості загострень захворювання, щорічне зниження ОФВ<sub>1</sub> <30 мл.

*Можливі побічні дії та ускладнення*

Розвиток ятрогенних ускладнень, алергічні реакції, побічні ефекти бронхолітичних засобів.

*Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги*

Хворий на ХОЗЛ I стадії у період загострення захворювання, без ускладнень є працездатним.

*Вимоги до дієтичних призначень і обмежень*

Дієта № 10 за Певзнером. Підтримання нормальної маси тіла.

*Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації*

Спеціальних рекомендацій до режиму відпочинку немає.

Профілактичне лікування полягає в посиленні боротьби з тютюнопалінням.

Більшість діагностичних процедур повинні проводитися натще в один і той же час. Лікування повинне проводитися амбулаторно. Реабілітаційні

заходи проводяться на протязі усього періоду загострення і характеризуються меншою інтенсивністю вправ, що тренують дихальну мускулатуру.

**Директор Департаменту організації  
та розвитку медичної допомоги  
населенню**

**Р.О.Моїсеєнко**

Затверджено  
наказ МОЗ України  
від 03.07.2006 № 433

**Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на хронічне  
обструктивне захворювання легенів (ХОЗЛ) II стадії**  
Код МКХ 10: J44

*Ознаки та критерії діагностики захворювання*

Скарги на постійний кашель, який турбує щоденно, частіше вдень. Виділення мокротиння зазвичай в невеликій кількості. Задишка – майже постійна, з'являється при помірному фізичному навантаженні, під час респіраторної інфекції.

Фізикальні ознаки неспецифічні, може мати місце акроціаноз, тенденція до зменшення маси тіла. Початкові ознаки збільшення передньо-заднього розміру грудної клітки, подовжений видих, ослаблення дихальних шумів, дифузні сухі хрипи, головним чином під час видиху.

Рентгенологічні ознаки – збільшення об'єму легень, посилення та деформація судинного малюнка в прикореневій зоні та наддіафрагмальних відділах, тенденція до збільшення ретростернального простору та вертикального розташування серця..

Дослідження функції зовнішнього дихання:  $ОФВ_1/ФЖЄЛ < 70 \%$ ,  $50\% \leq ОФВ_1 < 80 \%$  від належних величин. Для II стадії характерною є гіпоксемія при фізичному навантаженні -  $РаО_2$  знаходиться у інтервалі від 65 до 80 мм рт. ст.

Під час загострення можуть мати місце незначні зміни лабораторних показників (лейкоцитоз, збільшення ШОЕ).

*Умови надання медичної допомоги*

Амбулаторно-поліклінічні під наглядом дільничого терапевта, при наявності тяжких супутніх захворювань – стаціонарні в умовах терапевтичного або пульмонологічного відділень.

### *Діагностична програма*

6. Візуальний огляд і фізикальне дослідження.
2. Реєстрація електрокардіограми.
3. Рентгенографія легень.
4. Дослідження рівня еритроцитів у крові, гемоглобіну.
5. Гематокрит.
6. Дослідження рівня лейкоцитів у крові (підррахунок формули крові).
7. Мікроскопія мазків мокротиння.
8. Дослідження бронхіального опору, дихальних об'ємів (бодіплетизмографія) і швидкісних показників видиху.

### *Лікувальна програма*

Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту

Припинення паління

Збільшені дози  $\beta_2$ -агоністів короткої або тривалої дії, антихолінергічні засоби або комбіновані препарати – постійно.

Муколітичні, мукорегуляторні препарати – постійно.

Нестероїдні протизапальні засоби (фенспірид) - при нетяжких загостреннях та в складі базисної терапії на протязі 2-5 місяців після загострення.

При наявності супутніх захворювань і тривалому загостренні і частими загостреннями в анамнезі (> 4 разів) – глюкокортикостероїди. Перевага надається системним глюкокортикостероїдам (30 мг в перерахунку на преднізолон на протязі 10 діб).

Антибактеріальні засоби на період загострення (7-14 днів). Показанням до призначення антибактеріальної терапії хворим із загостренням хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) є посилення задишки, збільшення об'єму мокротиння та гнійний його характер. Перевага надається захищеним амінопеніцилінам, фторхінолонам, макролідам, тетрациклінам.

### *Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту*

- при наявності тяжких супутніх захворювань - пульсоксиметрія;
- при супутній патології серцево-судинної системи – ехокардіографія.

### *Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування*

Покращання стану: поліпшується загальне самопочуття, покращується переносимість фізичних навантажень.

Прогресування: наростання задишки, погіршується переносимість фізичних навантажень, посилення кашлю.

Відсутність ефекту: збереження на попередньому рівні ступеню проявів задишки, виділення мокротиння.



*Тривалість лікування*

Базисна терапія проводиться постійно.

*Критерії якості лікування*

Зменшення кількості загострень захворювання, щорічне зниження ОФВ<sub>1</sub> <30 мл.

*Можливі побічні дії та ускладнення*

Розвиток ятрогенних ускладнень, алергічні реакції, побічні ефекти бронхолітичних засобів.

*Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги*

Хворий на ХОЗЛ II стадії у період загострення захворювання, без ускладнень є працездатним.

Вакцинація грипозними вакцинами - 1 раз на рік.

*Вимоги до дієтичних призначень і обмежень*

Дієта № 10 за Певзнером. Підтримання нормальної маси тіла.

*Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації*

Спеціальних рекомендацій до режиму відпочинку немає.

Профілактичне лікування полягає в посиленні боротьби з тютюнопалінням.

Більшість діагностичних процедур повинні проводитися натще в один і той же час. Лікування повинне проводитися амбулаторно.

Реабілітаційні заходи: навчання хворих та мотивація до відмови від куріння, психологічна підтримка, корекція режимів легеневої вентиляції, покращання стану скелетних м'язів.

Реабілітаційні заходи проводяться на протязі усього періоду загострення і характеризуються меншою інтенсивністю вправ, що тренують дихальну мускулатуру.

**Директор Департаменту організації  
та розвитку медичної допомоги  
населенню**

**Р.О.Моїсеєнко**

Затверджено  
наказ МОЗ України  
від 03.07.2006 № 433

**Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на хронічне обструктивне (ХОЗЛ) захворювання легенів III стадії**  
Код МКХ 10: J44

*Ознаки та критерії діагностики захворювання*

Скарги на постійний кашель, який турбує щоденно на протязі доби. Виділення мокротиння зазвичай у збільшеній кількості. Задишка – постійна, значно посилюється при незначному фізичному навантаженні (вмивання, одягання та ін.), пастозність гомілок, що підсилюється у вечірні години. Серцебиття при фізичному навантаженні. Можливе відчуття перебоїв у роботі серця. Тяжкість у правому підребер'ї.

Фізикальні ознаки неспецифічні, має місце сірий ціаноз, що підсилюється при фізичному навантаженні, нахилах тулуба, зменшення маси тіла. Ознаки збільшення передньо-заднього розміру грудної клітки, подовжений видих, ослаблення дихальних шумів, дифузні сухі хрипи, дискантні хрипи, головним чином під час видошу, участь у диханні допоміжної мускулатури, іноді парадоксальні рухи грудної клітки.

Рентгенологічні ознаки – збільшення об'єму легень, посилення та деформація судинного малюнка в прикореневій зоні та наддіафрагмальних відділах, збільшення ретростернального простору, вертикальне розташування серця, низьке стояння діафрагми, іноді – емфізематозні булі.

На ЕКГ - ознаки перевантаження правих відділів серця. Гіпертрофія правого шлуночка, можлива блокада правої ніжки пучка Гіса

Дослідження функції зовнішнього дихання:  $ОФВ_1/ФЖЄЛ < 70\%$ ,  $30\% \leq ОФВ_1 < 50\%$  від належних величин. Для III стадії характерною є гіпоксемія при незначному фізичному навантаженні, або навіть у стані спокою, -  $65 < PaO_2 < 80$  мм рт. ст.

Збільшення гематокриту, компенсаторний еритроцитоз.

*Умови надання медичної допомоги*

Допомога під час загострення надається в умовах пульмонологічного стаціонару.

*Діагностична програма*

1. Візуальний огляд і фізикальне дослідження.
2. Реєстрація електрокардіограми.
3. Рентгенографія легень.
4. Комп'ютерна томографія.
5. Дослідження рівня еритроцитів у крові, гемоглобіну, гематокриту.
6. Дослідження рівня лейкоцитів у крові (підрахунок формули крові)
7. Мікроскопія мазків мокротиння.
8. Дослідження бронхіального опору, дихальних об'ємів (бодіплетизмографія) і швидкісних показників видиху.

9. Пульсоксиметрія.
10. Вивчення газового складу крові – дослідження рівня кисню в крові.
11. Полісомнографія – для виявлення обструктивного сонного апное.
12. Ехокардіографія.

#### *Лікувальна програма*

Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту  
Припинення паління.

Інгаляційний кортикостероїд або комбінований із  $\beta_2$ -агоністом тривалої дії.

$\beta_2$ -агоністи тривалої дії, антихолінергічні препарати – постійно.

При неможливості використання інгаляційних форм лікарських засобів, а також при недостатньо ефективному або безуспішному застосуванні більш ефективних бронхолітиків та глюкокортикоїдів, призначення теофілінів є цілком обґрунтованим.

Муколітичні, мукорегуляторні препарати – постійно.

Нестероїдні протизапальні засоби (фенспірид) - при нетяжких загостреннях та в складі базисної терапії на протязі 2-5 місяців після загострення.

При наявності супутніх захворювань і тривалому загостренні і частими загостреннями в анамнезі (> 4 разів) – системні глюкокортикостероїди. Перевага надається системним глюкокортикостероїдам (30 мг в перерахунку на преднізолон на протязі 10 діб).

Антибактеріальні засоби на період загострення (7-14 днів). Показанням до призначення антибактеріальної терапії хворим із загостренням хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) є посилення задишки, збільшення об'єму мокротиння та гнійний його характер. Перевага надається захищеним амінопеніцилінам, фторхінолонам, макролідам, тетрациклінам.

Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту

При загостреннях – системні кортикостероїди у дозі 30 мг на протязі 10 днів

#### *Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування*

Покращання стану: поліпшується загальне самопочуття, покращується переносимість фізичних навантажень.

Прогресування: наростання задишки, погіршення переносимості фізичних навантажень, посилення кашлю.

Відсутність ефекту: збереження на попередньому рівні ступеню проявів задишки, виділення мокротиння.

Тривалість лікування

Базисна терапія проводиться постійно.

*Критерії якості лікування*

Зменшення кількості загострень захворювання, щорічне зниження ОФВ<sub>1</sub> ≤30 мл.

*Можливі побічні дії та ускладнення*

Розвиток ятрогенних ускладнень, алергічні реакції, побічні ефекти бронхолітичних засобів, виразкова хвороба внаслідок вживання системних ГКС, тромбоемболічні ускладнення.

*Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги*

Засоби для лікування серцевої недостатності: сечогінні, інгібітори АКФ, нітрати, інгібітори кальцієвих каналів, дезагреганти – постійно.

Протигрипозна вакцинація, імуномодулятори – 2 рази на рік.

Під час загострення – оксигенотерапія (тривалість не менше 14 год/добу)

*Вимоги до дієтичних призначень і обмежень*

Частий прийом невеликих порцій їжі, тому що при обмеженому вентиляційному резерві звичний обсяг їжі може приводити до помітного посилення диспное. Оптимальним способом корекції дефіциту харчування є сполучення додаткового харчування із фізичними тренуваннями, що здійснюють неспецифічний анаболічний ефект. Дієта № 10 за Певзнером.

*Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації*

Хворий на ХОЗЛ у період загострення в III стадії захворювання, із декомпенсованим хронічним легеневим серцем, непрацездатний. Значне обмеження фізичних навантажень.

Спеціальних рекомендацій до режиму відпочинку немає.

Профілактичне лікування полягає в посиленні боротьби з тютюнопалінням. Лікування повинне проводитися в умовах стаціонару до компенсації недостатності кровообігу. Реабілітаційні заходи проводяться на протязі всього періоду загострення і характеризуються меншою інтенсивністю вправ, що тренують дихальну мускулатуру.

**Директор Департаменту організації  
та розвитку медичної допомоги  
населенню**

**Р.О.Моїсеєнко**

Затверджено  
наказ МОЗ України  
від 03.07.2006 № 433

**Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на хронічне  
обструктивне захворювання легенів (ХОЗЛ) IV стадії**  
Код МКХ 10: J44

*Ознаки та критерії діагностики захворювання*

Задишка – постійна, в т.ч. у стані спокою, пастозність гомілок, набряки, що не зникають на протязі доби. Серцебиття у спокої, відчуття перебоїв у роботі серця. Постійний кашель із виділенням мокротиння.

Фізикальні ознаки неспецифічні, має місце значний сірий ціаноз, зменшення маси тіла. Ознаки збільшення передньо-заднього розміру грудної клітки, значно подовжений видих, значне ослаблення дихальних шумів, дифузні сухі хрипи, дискантні хрипи, участь у диханні допоміжної мускулатури, іноді парадоксальні рухи грудної клітки.

Рентгенологічні ознаки – збільшення об'єму легень, посилення та деформація судинного малюнка на всьому протязі легень, збільшення ретростернального простору, вертикальне розташування серця, низьке стояння діафрагми, емфізематозні були.

На ЕКГ - ознаки перевантаження правих відділів серця. Гіпертрофія правого шлуночка, блокада правої ніжки пучка Гіса, P-pulmonale.

Дослідження газового складу крові: для IV стадії характерною є гіпоксемія у стані спокою, -  $PaO_2 < 60$  мм рт. ст.,  $Sa O_2 < 88$  % з або без гіперкапнії.

Дослідження ФЗД:  $O_{FV_1} < 30$  % від належних величин,  $O_{FV_1}/F_{ЖЄЛ} < 70\%$  (співвідношення втрачає діагностичну цінність).

Збільшення гематокриту, компенсаторний еритроцитоз.

*Умови надання медичної допомоги*

Допомога лише в умовах пульмонологічного стаціонару.

*Діагностична програма*

1. Візуальний огляд і фізикальне дослідження.
2. Реєстрація електрокардіограми
3. Рентгенографія легень
4. Комп'ютерна томографія
5. Дослідження рівня еритроцитів у крові, гемоглобіну, гематокриту.
6. Дослідження рівня лейкоцитів у крові (підрахунок формули крові)
7. Мікроскопія мазків мокротиння

8. Дослідження бронхіального опору, дихальних об'ємів (бодіплетизмографія) і швидкісних показників видиху.
9. Пульсоксиметрія.
10. Вивчення газового складу крові – дослідження рівня кисню в крові.
11. Ехокардіографія.

#### *Лікувальна програма*

Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту

Оксигенотерапія:

при фізичному навантаженні;

для зняття гострої задишки у випадку тяжкого загострення;

малопоточна довготривала (> 15 год/добу) оксигенотерапія.

Абсолютним показом для призначення є:  $PaO_2 < 55$  мм рт. ст. або  $SaO_2 < 88$  % з/без гіперкапнії, або  $PaO_2$  55-60 мм рт. ст., або  $SaO_2 < 89$  % у разі наявності легеневої гіпертензії, периферичних набряків внаслідок серцево-судинної недостатності, або поліцитемії ( $Ht > 55\%$ ).

Інгаляційний кортикостероїд комбінований із  $\beta_2$ -агоністом тривалої дії, можливе додаткове призначення системних стероїдів - постійно.

Антихолінергічні препарати – постійно.

Теофіліни - постійно.

Муколітичні, мукорегуляторні препарати – постійно.

#### *Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту*

При загостреннях – антибактеріальні препарати. Перевага надається захищеним амінопеніцилінам, фторхінолонам, макролідам, тетрациклінам.

При значній втраті ваги – анаболічні препарати.

#### *Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування*

Покращання стану: поліпшується загальне самопочуття. наростає переносимість фізичних навантажень, зникнення ознак недостатності кровообігу.

Прогресування: наростання задишки, зниження переносимості фізичних навантажень, посилення кашлю, посилення ознак недостатності кровообігу.

Відсутність ефекту: збереження на попередньому рівні ступеню проявів задишки і ознак недостатності кровообігу.

#### *Тривалість лікування*

Базисна терапія проводиться постійно.

### *Критерії якості лікування*

Підвищення базального рівня  $PaO_2$  до 60 мм рт. ст. в стані спокою та/або  $SaO_2$  до 90 %. Зменшення кількості загострень захворювання, щорічне зниження  $OФВ_1 \leq 30$  мл.

### *Можливі побічні дії та ускладнення*

Розвиток ятрогенних ускладнень, алергічні реакції, побічні ефекти бронхолітичних засобів, виразкова хвороба внаслідок вживання системних глюкокортикостероїдів, тромботичні ускладнення.

### *Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги*

Засоби для лікування серцевої недостатності: сечогінні, інгібітори АКФ, нітрати, інгібітори кальцієвих каналів, дезагреганти – постійно.

Протигрипозна вакцинація, імуномодулятори – 2 рази на рік.

### *Вимоги до дієтичних призначень і обмежень*

Частий прийом невеликих порцій їжі, тому що при обмеженому вентиляційному резерві звичний обсяг їжі може приводити до помітного посилення диспное. Оптимальним способом корекції дефіциту харчування є сполучення додаткового харчування із фізичними тренуваннями, що здійснюють неспецифічний анаболічний ефект. Дієта № 10 за Певзнером.

### *Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації*

Хворий на хронічне обструктивне захворювання легень IV стадії із декомпенсованим хронічним легеневим серцем непрацездатний. Значне обмеження фізичних навантажень.

Спеціальних рекомендацій до режиму відпочинку немає.

Профілактичне лікування полягає в посиленні боротьби з тютюнопалінням, постійному прийомі препаратів базисної терапії. Лікування повинне проводитися в умовах стаціонару до компенсації недостатності кровообігу. Реабілітаційні заходи проводяться на протязі всього періоду загострення і характеризуються меншою інтенсивністю вправ, що тренують дихальну мускулатуру.

**Директор Департаменту організації  
та розвитку медичної допомоги  
населенню**

**Р.О.Моїсеєнко**