

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ХРОНИЧНА ОПСТРУКТИВНА
БЕЛОДРОБНА БОЛЕСТ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при хронична опструктивна белодробна болест.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при хронична опструктивна белодробна болест е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при хронична опструктивна белодробна болест по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-3119/1
09 март 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

Хронична опструктивна белодробна болест

**Третман на хронична опструктивна белодробна болест (ХОББ) кај
возрасни во примарна и секундарна здравствена заштита
(делумна обнова на податоци)**

Објавено: јуни 2010 год.

NICE клинички упатства 101
guidance.nice.org.uk/cg101

Содржина

Вовед	1
Работна дефиниција на ХОББ	1
Нега насочена кон пациентот.....	2
Главни приоритети за имплементација.....	3
1. Упатства	5
1.1 Дијагностицирање на ХОББ.....	5
1.2 Третман на стабилна ХОББ.....	11
1.3 Третман на егзацербации на ХОББ.....	25
2. Преглед и начин на кој се создадени овие упатства	33
3. Имплементација	34
4. Препораки за истражување	35
4.1 Белодробна рехабилитација за време на болнички престој.....	35
4.2 Мултидимензионална проценка на исходот.....	35
4.3 Тројна терапија	35
4.4 Муколитичка терапија.....	36
5. Други верзии на овие упатства	37
5.1 Целосни упатства.....	37
5.2 Информации за јавноста.....	37
6. Поврзани NICE упатства	38
7. Ажурирање на упатствата	39
Апендикс А: Група за развој на Упатства 2010, членови на група за обновени упатства	40
Апендикс Б: Група за развој на упатства	41
Апендикс Ц: Алгоритми	42
За овие упатства	43

Вовед

Овие упатства се парцијални ажурирања од NICE клиничките упатства 12 (објавени во февруари 2004 год.) и ги заменуваат.

Процененето е дека во ОК (Обединето Кралство на Велика Британија) 3 милиони луѓе имаат хронична опструктивна белодробна болест (ХОББ). Околу 900.000 имаат дијагностицирано ХОББ и проценето е дека 2 милиони лица имаат ХОББ кои се сè уште недијагностицирани¹. Повеќето пациенти не се дијагностицирани сè до нивните педесет години.

Упатствата претпоставуваат дека претплатниците ќе користат упатства за лекови за карактеристиките на лекот за да донесат информирани одлуки кај индивидуалните пациенти.

Нови препораки се додадени за спирометрија, проценка на прогностичките фактори и во делот за инхалирачка терапија (која сега ги инкорпорира претходните одделни делови за инхалирачки бронходилататори, инхалирани кортикостероиди и инхалирачка комбинирана терапија).

Препораките се обележени како **[2004]**, **[2007]**, **[2010]** или **[нови 2010]**.

[2004] индицира дека доказите не се обновени и се ревидирани еднаш од последните упатства.

[2004, измени 2010] се однесува на една специфична препорака каде доказите не биле ревидирани од оригиналните упатства, но биле обновени поради GDG (Група за развој на упатства) консензусот кој е истечен или повеќе не ја отсликува клиничката пракса.

[2007] се однесува на две специфични препораки кои биле развиени како дел од технолошкиот прирачник во 2007 год.

[2010] индицира дека доказите биле ревидирани, но не се направени промени на препораките.

[нови 2010] индицира дека доказите биле ревидирани и дека препораките биле обновени или додадени.

Работна дефиниција на ХОББ

ХОББ се карактеризира со опструкција на респираторните патишта која не е потполно реверзибилна. Респираторната опструкција не се менува значајно во текот на следните

¹ Здравствена комисија (2006) - Расчистување на воздухот: национална студија на хронична опструктивна белодробна болест. Лондон: Здравствена комисија.

месеци и обично е долгорочно прогресивна. ХОББ преобладава предизвикана од пушење. Други фактори, како професионална изложеност, може да придонесат за развој на ХОББ. Егзацербации често се случуваат, во случаи на брзо и пролонгирано влошување на симптомите над нормалните денски варијации.

Следното треба да се користи како дефиниција за ХОББ:

Опструкцијата на воздушните патишта е дефинирана како редуциран однос на FEV_1/FVC (каде FEV_1 е форсирано еспириран волумен во 1 секунда и FVC е форсиран витален капацитет), така што FEV_1/FVC е помал од 0.7.

Ако FEV_1 е $\geq 80\%$ претпоставена нормала, дијагноза за ХОББ треба само да се даде при присуство на респираторни симптоми, на пример, тешко дишење или кашлица.

Опструкцијата на воздушните патишта е присутна поради комбинација на оштетувања на паренхимот и воздушните патишта. Оштетувањето е резултат на хронично воспаление кое се разликува од тоа што се гледа при астма и обично е резултат од пушење тутун. Значајна опструкција на воздушните патишта може да е присутна и пред да е свесен човекот.

ХОББ продуцира симптоми, попреченост и влошен квалитет на живот кои може да реагираат на фармаколошка и други терапии кои имаат ограничено или никакво влијание на опструкцијата на воздушните патишта.

ХОББ е сега преферирачки термин за состојбите кај пациентите со опструкција на воздушните патишта кои претходно биле дијагностицирани како хроничен бронхитис или емфизем.

Нема еден самостоен дијагностички тест за ХОББ. Поставувањето на дијагнозата е заосновано на клиничката проценка, базирана на комбинација од историјата на пациентот, физикалниот преглед и потврдата за присуство на опструкција на воздушните патишта со помош на спирометрија.

Нега насочена кон пациентот

Овие упатства ги нудат најдобрите совети за нега на лицата со ХОББ.

Третманот и негата треба да ги земат во предвид потребите и преференците на пациентите. Пациентите со ХОББ треба да имаат можност да донесат информирани одлуки за нивната нега и третман, во партнерство со нивните здравствени професионалци. Ако пациентите немаат капацитет да носат одлуки, здравствените професионалци треба да ги следат советите на Министерството за здравство за добивање согласност и кодот на пракса кој го придружува актот за ментална способност и дополнителниот код на пракса за заштитни мерки против лишување од слобода. Во Велс, здравствените работници треба да ги следат советите за давање согласност од Владата на Велс.

Кај пациенти под 16 години, здравствените професионалци треба да ги следат препораките од Министерството за здравство - 'Земање на согласност: работа со деца'.

Добрата комуникација помеѓу здравствените работници и пациентите е најважна. Треба да биде поддржана од писмени информации, базирани на докази, скроени за потребите на пациентите.

Третманот и негата и информациите кои се дадени на пациентите треба да се културно соодветни. Исто така, треба да се достапни за луѓе со дополнителни потреби, како физички, сензорни или попречености во учењето и за луѓе кои не зборуваат или пишуваат англиски.

Ако пациентот се согласи, фамилиите и лицата кои пружаат нега треба да имаат можност да бидат инволвирани во одлуките за третман и нега.

Исто така, на фамилиите и лицата кои пружаат нега треба да им биде дадена потребната поддршка и информации.

Главни приоритети за имплементација

Следниве препораки беа идентификувани како приоритетни за имплементација.

Дијагностицирајте ХОББ

Дијагнозата на ХОББ треба да биде разгледана кај пациенти над 35 години кои имаат ризик фактори (се мисли генерално на пушењето) и кои презентираат со тешко дишење при физички напор, хронична кашлица, регуларна продукција на спутум, чест зимски 'бронхитис' или спазам. [2004]

Присуството на опструкција на воздушните патишта треба да биде потврдено со изведување на пост-бронходилататор* спирометрија. Сите здравствени професионалци кои се вклучени во негата на лицата со ХОББ треба да имаат пристап до спирометрија и да бидат способни да ги интерпретираат резултатите. [2004] [*додадени 2010]

Прекин со пушење

Охрабрувањето на пациентите со ХОББ да престанат со пушење е еден од најважните компоненти на нивниот третман. Сите пациенти со ХОББ, кои продолжуваат да пушат, без разлика на возраста, треба да бидат охрабрени да престанат и треба да им се помогне во тоа при секоја дадена можност. [2004]

Промовирајте ефективна инхалирачка терапија

Кај лица со стабилна ХОББ кои и понатаму остануваат со тешко дишење или имаат егзацербации и покрај користењето на краткоделувачки бронходилататори, како што е потребно, понудете ја следнава терапија за одржување:

- Ако се претпостави дека $FEV1 \geq 50\%$: или долгоделувачки бета 2 агонист (LABA) или долгоделувачки мускарински антагонист (LAMA).
- Ако се претпостави дека $FEV1 < 50\%$: или LABA со инхалиран кортикостероид (ИКС) во комбиниран инхалатор, или LAMA. [нови 2010]

- Понудете LAMA во дополнување на LABA+ICS кај лица со ХОББ кај кои перзистира тешко дишење или имаат егзацербации и покрај земањето на LABA+ICS, без разлика на нивните FEV1. **[нови 2010]**

Овозможете белодробна рехабилитација на сите кои имаат потреба од неа

Белодробната рехабилитација треба да биде достапна кај сите лица со ХОББ, вклучувајќи ги и тие што биле неодамна хоспитализирани со акутна егзацербација. **[нови 2010]**

Користете неинвазивна вентилација

Неинвазивна вентилација (NIV) треба да биде третман на избор кај перзистентна хиперкапнична вентилаторна слабост за време на егзацербации кои не одговараат на медицинска терапија. Треба да биде спроведена преку персонал трениран за нејзина апликација, искусен во нејзината употреба и свесен за нејзините ограничувања.

Кога пациентите почнуваат со NIV, треба да се има јасен план што да се прави при влошување и треба да се договорот праговите на терапијата. **[2004]**

Третман на егзацербации

Фреквенцијата на егзацербациите треба да биде намалена со правилна употреба на инхалирани кортикостероиди и бронходилататори и со вакцинации. **[2004]**

Влијанието на егзацербациите треба да биде намалено со:

- Давање на совети за самотретирање, со цел за брзо реагирање на симптомите на егзацербација.
- Почнување со соодветен третман со орални стероиди и/или антибиотици, користење на неинвазивна вентилација кога е индицирано користење на домашната болница или асистирани шеми на испуштање на пациентите. **[2004]**

Осигурајте се на мултидисциплинарно работење

Негата за ХОББ треба да биде овозможена од мултидисциплинарен тим. **[2004]**

1. Упатства

Следниве упатства се основани на најдобрите достапни докази. Целосните упатства даваат детали за методите и доказите кои се користени при развивањето на овие упатства.

1.1 Дијагностицирање на ХОББ

Дијагнозата на ХОББ зависи од размислувањето за неа како причина за тешко дишење или кашлица. Сомневање за дијагнозата се поставува на база на симптомите и знаците поддржани од спирометрија.

1.1.1 Симптоми

1.1.1.1 Дијагноза на ХОББ треба да биде разгледана кај пациенти над 35 години кои имаат ризик фактор (се мисли генерално на пушењето) и кои се јавуваат со еден или повеќе од следниве симптоми:

- Тешко дишење при физички напор.
- Хронична кашлица.
- Нормална продукција на спутум.
- Чест зимски 'бронхитис'.
- Спазам. [2004]

1.1.1.2 Пациенти кај кои се размислува за дијагноза на ХОББ исто така треба да бидат прашани за присуството и на следниве фактори:

- Губиток на тежина.
- Нетолеранција на физички напор.
- Ноќно станување.
- Отекување на зглобовите.
- Замор.
- Професионални изложености.
- Болка во градите.
- Хемоптизии.
- НВ последните 2 симптоми не се чести при ХОББ и ја зголемуваат можноста за алтернативни дијагнози. [2004]

1.1.1.3 Еден од примарните симптоми на ХОББ е тешкото дишење. Скалата за тешко дишење на Медицинскиот совет за истражување (МСИ) (видете ја табела 1) треба да се користи за оценување на тешкото дишење според нивото на физички напор кој го предизвикува. [2004]

Табела 1 MRC скала на диспнеа

Стадиум	Степен на тешко дишење во однос на активности
1	Без тешкотии со дишење, освен при силен физички напор
2	Недостаток на воздух при брзање или одење по угорница
3	Побавно оди од своите современици на рамно поради немање здив или треба да застане да земе воздух кога оди
4	Застанува да земе воздух по пешачење околу 100 метри или по неколку минути на рамно
5	Тешко дишење со неможност да се напушти домот или при облекување и соблекување
Адаптирано од Fletcher CM, Elmes PC, Fairbairn MB et al. (1959). Значајност на респираторните симптоми и дијагноза на хроничен бронхитис кај работната популација. British Medical Journal 2: 257–66.	

1.1.2 Spirometrija

- 1.1.2.1 Spirometrija треба да се изведува: за време на дијагностицирањето за да се преиспита дијагнозата, ако пациентите покажуваат особено добар одговор кон третманот. **[2004]**
- 1.1.2.2 Мерете пост-бронходилататорна spirometrija за да ја потврдите дијагнозата на ХОББ. **[нови 2010]**
- 1.1.2.3 Размислете за алтернативни дијагнози или испитувања кај:
- Постари лица без типични знаци за ХОББ каде односот на FEV1/FVC е < 0.7.
 - Помлади лица со симптоми на ХОББ каде односот FEV1/FVC е ≥ 0.7 . **[нови 2010]**
- 1.1.2.4 Сите здравствени професионалци, вклучени во негата на лицата со ХОББ, треба да имаат пристап кон spirometrija и треба да бидат компетентни при интерпретацијата на резултатите. **[2004]**
- 1.1.2.5 Spirometrijata треба да биде изведена од здравствен работник кој имал соодветен тренинг и кој постојано ги усовршува своите вештини. **[2004]**
- 1.1.2.6 Услугите на spirometrija треба да бидат поддржани од процесите за контрола на квалитетот. **[2004]**
- 1.1.2.7 Се препорачува да се користат референтните вредности на ERS 1993 [2], но се прифаќа дека овие вредности можат да придонесат во недијагностицирањето кај постарите лица и не можат да се користат кај црната и азиската популација[3]. **[2004]**

1.1.3 Понатамошни истражувања

1.1.3.1 За време на нивната првобитна дијагностичка евалуација во дополнување на спирометријата сите пациенти треба да имаат:

- Рендгенска снимка на белите дробови за да се исклучат другите патологии.
- Комплетна крвна слика за да се идентификува анемија или полицитемија.
- Калкулиран Индекс на телесна маса (BMI) . [2004]

1.1.3.2 Дополнителни истражувања треба да се изведат, со цел да помогнат во третманот во одредени случаи (видете ја табела 2). [2004]

Табела 2. Дополнителни иследувања

Иследувања	Улога
Сериски домашни мерења на највисокиот проток	За да се исклучи астма ако сè уште остануваат сомнежи во дијагнозата
Алфа-1 антитрипсин	Ако е со ран почеток, минимална историја на пушење или фамилијарна историја
Трансфер фактор за јаглерод моноксид (T _L CO)	Да се истражат симптомите кои изгледаат дека се диспропорционални со спирометриското оштетување
СТ скен на торакс	Да се истражат симптомите кои изгледаат дека не се во сооднос со спирометриското оштетување Да се истражат абнормалности, видени на рендген скен на белите дробови Да се процени соодветноста за операција
ЕКГ	Да се процени дали срцевиот статус има одлики на cor pulmonale
Ехокардиограм	Да се процени дали срцевиот статус има одлики на cor pulmonale
Pulse oximetry	Да се процени потребата од терапија со кислород Ако се присутни цијаноза или cor pulmonale, или ако FEV ₁ < 50%
Култура на спутум	За да се идентификуваат организми, акоспутумот е постојано присутен и пурулентен

1.1.3.3 На пациентите кај кои има идентификувано алфа-1 антитрипсин дефициенција треба да им се понуди можноста да бидат препратени кај специјалист за да се разговара за клиничкиот третман на таквата состојба. [2004]

1.1.4 Тестирање на реверзибилност

1.1.4.1 Кај повеќето пациенти тестирањето на спирометриска реверзибилност како дел од дијагностичкиот процес или при планирање на иницијалната терапија со бронходилататори или кортикостероиди, не е потребна. Може да не биде од никаква помош или да нè води во погрешна насока, бидејќи:

- Повторувачки мерења на FEV1 може да покажат мали спонтани флукуации.
- Резултатите од тестот на реверзибилност, изведен во различни ситуации, може да биде неконзистентен и неповторувачки.
- Преголемо потпирање на еден тест на реверзибилност може да нè води во погрешна насока, освен ако промената во FEV1 е поголема од 400 ml.
- Дефиницијата за големината на значајната промена е произволна.
- Одговорот кон долготрајната терапија не може да се процени при акутно реверзибилно тестирање. [2004]

1.1.4.2 ХОББ и астмата често се разликуваат на база на историја на болест (и преглед) кај нетретираните пациенти кои се јавуваат на преглед за прв пат. Одлики од историјата и прегледот (како тие наведени во табела 3) треба да се користат за диференцирање на ХОББ од АСТМА, кога и да е потребно. [2004]

Табела 3. Клинички одлики кои ги разликуваат ХОББ и АСТМА

	ХОББ	Астма
Пушач или поранешен пушач	Скоро сите	Можно
Симптоми под 35-годишна возраст	Ретко	Често
Хронична продуктивна кашлица	Често	Ретко
Тешко дишење	Перзистентно и прогресивно	Варијабилно
Станување ноќе со тешко дишење и/или спазам	Ретко	Често
Значајни дневни или ден за ден варијабилности во симптомите	Ретко	Често

1.1.4.3 Треба да се користи лонгитудинална опсервација на пациенти (или при користење спирометрија, највисок проток или симптоми) за да помогне во диференцијација на ХОББ од Астма. [2004]

1.1.4.4 За да помогне при разрешување на случаи каде има дијагностички сомнежи, или каде и ХОББ и астма се присутни, треба да се искористат следниве испитувања за да се помогне при идентификувањето на астма:

- Голем (> 400 ml) одговор кон бронходилататори.
- Голем (> 400 ml) одговор на 30 mg орален преднизолон дневно за 2 недели.
- Сериски мерења на највисокиот проток кои покажуваат 20% или повеќе дневни или ден за ден варијабилности.
- Клинички значајна ХОББ не е присутна ако односот на FEV1 и FEV1/FVC се врати на нормала по терапија со лекови. [2004]

1.1.4.5 Ако останува сомнеж во дијагнозата, треба да се размисли за препраќање на подетални испитувања, вклучувајќи имаџинг и мерење на TLCO. [2004]

1.1.4.6 Ако пациентите пријават значајно подобрување на симптомите на инхалираната терапија, дијагнозата на ХОББ треба да биде повторно разгледана. [2004]

1.1.5 Проценка на тежината на болеста и прогностичките фактори

ХОББ е хетерогена, така што ниедна мерка самостојно не може да даде адекватна проценка на вистинската тежина на болеста кај еден индивидуален пациент.

Проценката на тежината сепак е многу важна, бидејќи дава импликации за терапијата и се однесува на прогнозата.

1.1.5.1 Бидете свесни дека неспособноста за работа при ХОББ многу тешко се одразува на FEV₁. Појасна проценка на тежината на болеста вклучува и степен на опструкција на воздушни патишта и неспособноста за работа, честотата на егзацербациите и следниве познати прогностички фактори:

- FEV₁.
- TLCO.
- Тешко дишење (MRC скала).
- Здравствен статус.
- Капацитет за вежбање (на пример 6-минутниот тест на одење).
- BMI.
- Парцијален притисок на кислород во артериска крв (PaO₂).
- Cor pulmonale.

Пресметајте го BODE индексот (BMI, опструкција на воздушните патишта, диспнеа и капацитет за вежбање) за да се процени прогнозата каде нејзините компонентни информации не се моментално достапни. **[нови 2010]**

1.1.6 Проценка и класификација на тежината на опструкција на воздушните патишта

1.1.6.1 Тежината на опструкцијата на воздушните патишта треба да биде проценета според редукцијата на FEV₁, како што е покажано на табела 4. **[нови 2010]**

Табела 4. Градација на тежината на опструкција на воздушните патишта

		NICE клинички упатства 12 (2004)	ATS/ ERS ^[a] 2004	GOLD 2008 ^[b]	NICE клинички упатства 101 (2010)
Пост-бронхо-дилататор FEV ₁ /FVC	FEV ₁ % предвидена	Тежина на опструкција на воздушните патишта			
			Пост-бронхо-дилататор	Пост-бронхо-дилататор	Пост-бронхо-дилататор
< 0.7	≥ 80%		Лесно	Фаза 1– Лесно	Фаза 1– Лесно *
< 0.7	50–79%	Лесно	Средно	Фаза 2– Средно	Фаза 2– Средно
< 0.7	30–49%	Средно	Тешко	Фаза 3– Тешко	Фаза 3– Тешко
< 0.7	< 30%	Тешко	Многу тешко	Фаза 4– Многу тешко **	Фаза 4– Многу тешко **

a. Celli BR, MacNee W (2004) – Стандарди за дијагноза и третман на пациенти со ХОББ: сиже на трудот ATS/ERS. Европски респираторен дневник 23(6): 932–46.

b. Глобална иницијатива за хронична опструктивна белодробна болест (GOLD). (2008) Глобална стратегија за дијагноза, третман и превенција на хронична опструктивна белодробна болест.

* Симптоми треба да бидат присутни за да се дијагностицира ХОББ кај лица со лесна воздушна опструкција (видете ги препораките 1.1.1.1).

** Или FEV₁ < 50% со респираторна слабост.

1.1.7 Идентификување на рана болест

- 1.1.7.1 Спирометрија треба да се изведе кај пациенти кои се над 35 години, сегашни или поранешни пушачи и имаат хронична кашлица. [2004]
- 1.1.7.2 Спирометријата треба да се разгледа кај пациенти со хроничен бронхитис. Значаен процент од нив ќе развијат лимитации во воздушните патишта^[4]. [2004]

1.1.8 Препраќање на специјалист

- 1.1.8.1 Се препорачува препраќање кон специјалист кога е клинички индицирано. Препраќањето може да биде соодветно во сите фази на болеста, а не само кај најтешко болните пациенти (видете табела 5). [2004]

Табела 5. Причините за препраќање вклучуваат

Причина	Цел
Има несигурност во дијагнозата	Потврдете ја дијагнозата и оптимизирајте ја терапијата
Сомневање за тешка ХОББ	Потврдете ја дијагнозата и оптимизирајте ја терапијата
Пациентот бара второ мислење	Потврдете ја дијагнозата и оптимизирајте ја терапијата
Почеток на <i>cog pulmonale</i>	Потврдете ја дијагнозата и оптимизирајте ја терапијата
Проценка за терапија со кислород	Оптимизирајте ја терапијата и мерете гасни анализи
Проценка за долготрајна терапија со небулизер	Оптимизирајте ја терапијата и исклучете ги <u>непотребно препишаните лекови</u>
Проценка за орална кортикостероидна терапија	Оправдајте ја потребата за долготраен третман или надгледувајте го прекилот терапија
Булозна белодробна болест	Идентификувајте ги кандидатите за хирургија
Брзо намалување во FEV ₁	Охрабрете за рана интервенција
Проценка во белодробна рехабилитација	Идентификувајте ги кандидатите за белодробна рехабилитација
Проценка за операција за редукција на белодробен	Идентификувај ги кандидатите за хирургија
Проценка за белодробна трансплантација	Идентификувај ги кандидатите за хирургија
Нефункционално дишење	Потврдете дијагноза, оптимизирајте фармакотерапија и проценка за други терапии
Почеток на симптоми под 40 години или фамилијарна	Идентификувајте алфа-1 антитрипсин дефициенција, размислете за терапија <u>направете</u>
Нејасна дијагноза	Дадете дијагноза
Симптоми непропорционални со дефицитот на белодробна	Барајте други објаснувања, вклучувајќи и срцево страдање, белодробна хипертензија депресија и
Чести инфекции	Исклучете бронхиектазии
Хемоптизии	Исклучете карцином на бронхот

1.1.8.2 Пациентите кои се препратени не секогаш мораат да бидат видени од пулмолог. Во некои случаи тие може да бидат видени од членови на тимот за ХОББ кои имаат соодветен тренинг и експертизи. [2004]

1.2 Третман на стабилна ХОББ

1.2.1 Прекин со пушење

1.2.1.1 Кај сите болни со ХОББ треба да се документира историјата на пушење, вклучително и кутии испушени цигари годишно (број на цигари кои се пушат дневно, поделено со 20, помножено со бројот на години на пушење). [2004]

1.2.1.2 Сите пациенти со ХОББ кои сè уште пушат, без разлика на возраста, треба да се охрабрат да прекинат со пушење и да им се понуди помош, кога е можно. [2004]

1.2.1.3 Ако не е контраиндицирано, понудете НРТ, варенцилин или бупропион, како што е соодветно, на лицата кои планираат да прекинат со пушење, комбинирано со соодветна програма за поддршка, со цел да се оптимизираат стапките на прекин на пушење кај лица со ХОББ [5]. [2010]

Следниве две препораки се од 'Варенцилин за прекин на пушење' (NICE прирачник за технолошка проценка 123).

1.2.1.4 Варенцилин се препорачува во неговите дозволени индикации како опција за пушачи кои изразиле желба да престанат да пушат. [2007]

1.2.1.5 Варенцилин нормално треба да се препише само како дел од програмата за бихејвиорална поддршка. [2007]

1.2.2 Инхалирана терапија

Кратко делувачки бета 2 агонисти (SABA) и кратко делувачки мускарински антагонисти (SAMA).

1.2.2.1 Кратко делувачки бронходилататори треба да бидат почетен емпириски третман за ослободување од тешкото дишење и ограниченоста во физичкиот напор. [2004]

Инхалирани кортикостероиди

1.2.2.2 Оралните кортикостероидни тестови на реверзибилност не го предвидуваат одговорот на инхалираната кортикостероидна терапија и не треба да се користат за идентификување на пациенти кои треба да користат инхалирани кортикостероиди. [2004]

1.2.2.3 Бидете свесни за потенцијалниот ризик од можните споредни ефекти (вклучувајќи и нефатална пнеумонија) кај лица со ХОББ, третирани со

инхалирани кортикостероиди и бидете подготвени за нив да разговарате со пациентите. **[нови 2010]**

Инхалирана комбинирана терапија

Овој дел обезбедува препораки за редоследот на инхалирачките терапии кај лица со стабилна ХОББ. Овие препораки се дадени во дијаграмот во алгоритам 2а (видете С).

- 1.2.2.4 Ефективноста на бронходилататорната терапија не треба да се процени само според белодробната функција, туку треба да вклучува други разновидни мерки, како што се подобрување на симптомите, активности на дневно живеење, капацитет за физички напор и брзина на ослободување од симптоми. **[2004]**
- 1.2.2.5 Понудете долго делувачки мускарински антагонист (LAMA) еднаш дневно, пред 4 пати дневно кратко делувачки мускарински антагонист (SAMA) кај лица со стабилна ХОББ кои сè уште се со тешко дишење или имаат егзацербации и покрај користењето на кратко делувачки бронходилататори, како што е потребно и каде е донесена одлука да се започне со редовна бронходилататорна одржувачка терапија со мускарински антагонист^[6]. **[нови 2010]**
- 1.2.2.6 Кај лица со стабилна ХОББ кои и понатаму имаат тешко дишење или имаат егзацербации и покрај користењето на кратко делувачки бронходилататори, како што е потребно, понудете ја следнава терапија на одржување:
- Ако FEV₁ > 50% предвидено: или долго делувачки beta₂ агонист (LABA) или LAMA.
 - Ако FEV₁ < 50% предвидено: или LABA со инхалирани кортикостероиди (ICS) во комбинаторен инхалатор или LAMA. **[нови 2010]**
- 1.2.2.7 Кај лица со стабилна ХОББ и FEV₁ > 50% кои сè уште имаат тешко дишење или имаат егзацербации и покрај терапијата на одржување со LABA:
- Размислете за LABA+ICS како комбинација на инхалатор.
 - Размислете за LAMA со додаток на LABA, каде ICS не може да се толерира. **[нови 2010]**
- 1.2.2.8 Понудете LAMA во додаток на LABA+ICS кај лица со ХОББ кои сè уште имаат тешко дишење или имаат егзацербации и покрај примање на LABA+ICS, без разлика на нивните FEV₁. **[нови 2010]**
- 1.2.2.9 Размислете за LABA+ICS во комбинаторен инхалатор во додаток на LAMA кај лица со стабилна ХОББ кои сè уште имаат тешко дишење или имаат егзацербации и покрај терапијата на одржување со LAMA, без разлика на нивниот FEV₁. **[нови 2010]**
- 1.2.2.10 Изборот на лекот треба да го земе предвид симптоматскиот одговор и преференците на пациентот, потенцијалот на лекот да ги намали егзацербациите, неговите несакани ефекти и цена. **[2010]**

Системи за доставување кои се користат за третман на пациенти со стабилна ХОББ

Повеќето пациенти - без разлика на нивната возраст – се способни да си обезбедат и да одржат адекватна инхалаторна техника со помош на адекватно дадени инструкции.

Исклучок на ова се лица со значителен умствен недостаток (во упатствата, тие со Hodkinson скратен ментален тест скор од 4 или помалку) кои не се во состојба да користат никаква форма на инхалаторен уред. Кај повеќето пациенти, прагматичен пристап, воден од проценката на индивидуалниот пациент е потребна во изборот на уредот.

Инхалатори

- 1.2.2.11 Во повеќето случаи бронходилататорната терапија најдобро се администрира со помош на рачен инхалатор (вклучувајќи и спејсер уред, ако е потребно). **[2004]**
- 1.2.2.12 Ако пациентот не е во можност да користи одреден уред и ако уредот не е соодветен за него или неа, треба да се најде алтернатива. **[2004]**
- 1.2.2.13 Инхалаторите треба да се препишат само откако пациентите ќе добијат тренинг во употребата на уредот и ќе демонстрираат задоволителна техника во ракувањето. **[2004]**
- 1.2.2.14 Кај пациентите редовно треба да се проценува способноста за користење на инхалаторот од компетентен здравствен работник и, ако е потребно, треба повторно да се научат на точната техника. **[2004]**

Спејсер

- 1.2.2.15 Спејсерот треба да биде компатибилен со инхалаторната доза на пациентот. **[2004]**
- 1.2.2.16 Се препорачува спејсерите да се користат на следниов начин:
 - Лекот се администрира со повторувачки еднократни активирања на дозниот инхалатор во спејсерот, секој следен од инхалација.
 - Треба да има минимално заостанување помеѓу активирањата на инхалаторот и инхалирањето и може да се користи наизменично дишење, бидејќи е ефективно како и поединечните земања воздух. Спејсерите мора да бидат чистени не повеќе од еднаш месечно, бидејќи почестото чистење може да влијае на нивната работа (поради натрупување на статика). Треба да се чистат со вода и течност за чистење и да се дозволи да се исушат на воздух.
 - Делот за уста треба да се избрише од детергентот пред употребата. **[2004]**

Небулизатори

- 1.2.2.18 Пациентите кои и покрај максималната терапија со користење на инхалатори се со оневозможувачко тешко дишење треба да размислат за терапија со небулизатор. **[2004]**
- 1.2.2.19 Терапијата со небулизатор не треба да продолжи да биде препишувана без проценка и потврда дека едно или повеќе од следниве работи треба да се случи:
- Намалување на симптомите.
 - Зголемување на способноста за извршување нормални дневни активности.
 - Зголемување на капацитетот на вежбање.
 - Подобрување на белодробната функција. **[2004]**
- 1.2.2.20 Терапијата со небулизатор не треба да се препишува без проценка на пациентот и/или способноста на негувачот да ја користи. **[2004]**
- 1.2.2.21 Системот за небулизација, за кој се знае дека е ефикасен, треба да се користи. Штом се достапни податоците од Comité European de Normalisation (Европскиот комитет за стандардизација, CEN) треба да се користат да се процени ефикасноста. **[2004]**
- 1.2.2.22 На пациентите треба да им се понуди избор помеѓу носење маска или дел за уста за администрирање на небулизаторската терапија, освен ако на лекот специфично не му треба администрација преку дел за устата (на пример, антихолинергични лекови). **[2004]**
- 1.2.2.23 Ако се препише небулизаторска терапија, на пациентот треба да му биде овозможена опрема, одржување, совет и поддршка. **[2004]**

1.2.3 Орална терапија

Орални кортикостероиди

- 1.2.3.1 Терапија на одржување со орални кортикостероиди во ХОББ обично не се препорачува. Некои пациенти со напреден ХОББ може да имаат потреба од одржувачка терапија со орални кортикостероиди кога тие не можат да бидат потполно прекинати по егзацербација. Во тие случаи, дозата на орални кортикостероиди треба да биде што е можно пониска. **[2004]**
- 1.2.3.2 Пациентите, третирани со долготрајна орална кортикостероидна терапија, треба да биде мониторирана за развој на остеопороза и треба да биде дадена соодветна профилакса. Пациентите над 65 години треба да започнат со профилактичен третман, без мониторирање. **[2004]**

Орален теофилин

Во овој дел од упатствата, терминот теофилин се користи за бавно ослободувачки формулации на лекот.

- 1.2.3.3 Теофилинот треба само да се користи по студија со кратко делувачки бронходилататори и долго делувачки бронходилататори или кај пациенти кои не се способни да користат инхалаторна терапија, бидејќи има потреба да се мониторираат нивоата во плазмата и интеракциите. **[2004]**
- 1.2.3.4 Особена претпазливост треба да се има при употреба на теофилин кај постари лица поради разликите во фармакокинетиката, зголемената можност за коморбидитети и користењето на други лекови. **[2004]**
- 1.2.3.5 Ефективноста на третманот со теофилин треба да биде проценета со подобрувањето на симптомите, дневните активности, капацитетот за вежбање и функцијата на белите дробови. **[2004]**
- 1.2.3.6 Дозата на препишаниот теофилин треба да биде намалена за време на егзацербацијата ако се препишани макролидни или флуорокинолонски антибиотици (или други лекови за кои се знае дека влегуваат во интеракција). **[2004]**

Орална муколитичка терапија

- 1.2.3.7 Муколитичката терапија треба да се разгледа кај пациентите со хронична продуктивна кашлица. **[2004]**
- 1.2.3.8 Муколитичката терапија треба да биде продолжена ако има симптоматско подобрување (на пример редукција на фреквенцијата на кашлица и продукција на спутум). **[2004]**
- 1.2.3.9 Немојте рутински да користите муколитичка терапија за да спречите егзацербации кај лица со стабилна ХОББ. **[нови 2010]**

Орална антиоксидантна терапија

- 1.2.3.10 Третман со алфа-токоферол и бета-каротен додатоци, сами или во комбинација, не се препорачува. **[2004]**

Антитусична терапија

- 1.2.3.11 Антитусичната терапија не треба да биде користена во третман на стабилна ХОББ. **[2004]**

Орална профилактична антибиотска терапија

- 1.2.3.12 Нема доволно докази да се препорача профилактична антибиотска терапија при третман за стабилна ХОББ. **[2004]**

1.2.4 Комбинирана орална и инхалирана терапија

1.2.4.1 Ако пациентите се симптоматски на монотерапија, нивниот третман треба да се интензивира со комбинирачки терапии од различни класи на лекови. Ефективните комбинации вклучуваат:

- Бета 2 агонист и теофилин.
- Антихолинергици и теофилин. [2004]

1.2.5 Кислород

Долготрајна терапија со кислород (LTOT)

1.2.5.1 Клиничарите треба да се свесни дека несоодветната терапија со кислород кај лица со ХОББ може да предизвика респираторна депресија. [2004]

1.2.5.2 LTOT е индицирана кај пациенти со ХОББ кои имаат P_{aO_2} пониска од 7.3 kPa кога се стабилни или P_{aO_2} над 7.3 и помалку од 8 kPa кога се стабилни и со една од: секундарна полицитемија, ноќна хипоксемија (кислородна сатурација на артериска крв [S_{aO_2}] помалку од 90% над 30% од времето), периферен едем или белодробна хипертензија. [2004]

1.2.5.3 За да се добијат бенефитите од LTOT, пациентите треба да дишат дополнителен кислород најмалку 15 часа на ден. Подобри бенефити од терапијата се гледаат кај пациенти кои примаат кислород 20 часа на ден. [2004]

1.2.5.4 Потребата за терапија со кислород треба да биде проценета кај:

- Сите пациенти со многу тешка опструкција на воздушните патишта ($FEV_1 < 30\%$ претпоставено).
- Пациенти со цијаноза.
- Пациенти со полицитемија.
- Пациенти со периферен едем.
- Пациенти со покачен југуларен венски притисок. Пациенти со кислородна сатурација $\leq 92\%$ кои дишат воздух.
- За проценка треба да се размисли кај пациенти со тешка опструкција на воздушните патишта ($FEV_1 30\text{--}49\%$ предвидено). [2004]

1.2.5.5 За да се идентификуваат сите пациенти кои се подобни за LTOT, треба да биде достапна пулс оксиметрија во сите болнички установи. [2004]

1.2.5.6 Проценката на пациентите за LTOT треба да се состои од мерење на артериски гасни анализи во две прилики најмалку 3 недели оддалечени кај пациенти со сигурна дијагноза за ХОББ, кои примаат оптимален медицински третман и кај кои ХОББ е стабилна. [2004]

1.2.5.7 Пациентите кои примаат LTOT треба да бидат следени најмалку еднаш годишно од лекари кои се запознаени со LTOT и треба да биде вклучена во тие испитувања и пулс оксиметријата. [2004]

- 1.2.5.8 Концентратори на кислород треба да бидат користени да обезбедат фиксно снабдување со долготрајна кислородна терапија во домашни услови. **[2004]**
- 1.2.5.9 Пациентите треба да бидат предупредени за ризиците од пожар и експлозија ако продолжат да пушат кога им е препишана кислородна терапија. **[2004]**

Амбулаторна терапија со кислород

- 1.2.5.10 На лицата кои веќе се на LTOT и кои сакаат да продолжат со кислородна терапија надвор од домот, а кои се спремни за нејзина употреба, треба да им се препише амбулаторен кислород. **[2004]**
- 1.2.5.11 Амбулаторната кислородна терапија треба да се разгледа кај пациенти кои имаат десатурација при вежбање, а се покажува дека имаат подобрување во капацитетот за вежбање и/или диспнеата со користење кислород и имаат мотивација за негово користење. **[2004]**
- 1.2.5.12 Амбулаторната кислородна терапија не се препорачува кај ХОББ ако PaO_2 е поголема од 7,3 kPa и нема десатурација при вежбање. **[2004]**
- 1.2.5.13 Амбулаторната кислородна терапија треба да биде препишана само откако ќе се направи соодветна проценка од специјалист. Целта на проценката е да се процени степенот на десатурација и подобрувањето во капацитетот на вежбање со дополнителен кислород и стапката на проток на кислород, потребна да се корегира десатурацијата. **[2004]**
- 1.2.5.14 Мали цилиндри со ниска тежина, уреди за чување кислород и транспортабилни течни кислородни системи треба да бидат достапни за третман на лица со ХОББ. **[2004]**
- 1.2.5.15 Изборот околу опремата што е препишана треба да ги земе во предвид часовите на амбулаторен кислород, потребни кај пациентот и потребната стапка на проток на кислород. **[2004]**

Кислородна терапија во краток проток

- 1.2.5.16 Кислородна терапија во краток проток треба да се разгледа при епизоди на тешко дишење кај пациенти со ХОББ кои не се олеснети од други третмани. **[2004]**
- 1.2.5.17 Кислородна терапија во краток проток треба да продолжи да се препишува само ако има документирано подобрување во тешкото дишење по терапијата. **[2004]**
- 1.2.5.18 Кога е индицирана кислородна терапија во краток проток, треба да биде дадена од цилиндри. **[2004]**

1.2.6 Неинвазивна вентилација

1.2.6.1 Адекватно третирани пациенти со хронична хиперкапниска респираторна слабост кои имаат потреба од асистирана вентилација (инвазивна или неинвазивна) за време на егзацербација или кои се хиперкапнични и ацидотични на LTOT, треба да бидат препратени на специјалисти за разгледување за примена на долготрајна NIV. [2004]

1.2.7 Третман на белодробна хипертензија и *cor pulmonale*

Во контекстот на упатствата, терминот '*cor pulmonale*' е прифатен да дефинира клиничка состојба која е идентификувана и третирана на база на клинички карактеристики. Овој клинички синдром на *cor pulmonale* вклучува пациенти кои имаат десно срцева слабост, секундарна на белодробна болест и тие кај кои примарната патологија е ретенција на сол и вода, која води до развој на периферен едем.

Дијагноза на белодробна хипертензија и *cor pulmonale*

1.2.7.1 Дијагнозата на *cor pulmonale* треба да се размисли кај пациенти кои имаат:

- Периферен едем.
- Покачен венски притисок.
- Систолен парастернален шум.
- Гласен белодробен втор срцев тон. [2004]

1.2.7.2 Се препорачува дијагнозата на *cor pulmonale* да се направи клинички и да исклучат други причини за периферен едем. [2004]

Третман на *cor pulmonale*

1.2.7.3 Кај пациентите кои презентираат со *cor pulmonale* треба да се направи проценка за долготрајна кислородна терапија. [2004]

1.2.7.4 Едемот асоциран со *cor pulmonale* треба да биде контролиран симптоматски со диуретска терапија. [2004]

1.2.7.5 Следниве лекови не се препорачуваат за третман на *cor pulmonale*:

- Ангиотензин-конвертирачки ензимски инхибитори.
- Калциум канални блокери.
- Алфа блокери.
- Дигоксин (освен ако нема атријална фибрилација). [2004]

1.2.8 Белодробна рехабилитација

Белодробната рехабилитација е дефинирана како мултидисциплинарна програма за неа на пациенти со хронична респираторна слабост која е индивидуална и дизајнирана за да ги оптимизира социјалните и физичките перформанси на пациентот и автономијата.

- 1.2.8.1 Белодробната рехабилитација треба да биде достапна на сите лица со ХОББ (видете 1.2.8.2), вклучувајќи ги и тие кои имале скорешна хоспитализација за акутна егзацербација. **[нови 2010]**
- 1.2.8.2 Белодробната рехабилитација треба да биде понудена на пациенти кои се смета дека се функционално неспособни поради ХОББ-от (обично MRC 3 и над тоа). Белодробната рехабилитација не е соодветна за пациенти кои не се способни да одат, кои имаат нестабилна ангина или кои имаат скорашен миокарден инфаркт. **[2004]**
- 1.2.8.3 За да бидат програмите за белодробна рехабилитација ефективни и да се подобри согласноста, треба да се одржуваат во времиња кои им одговараат на пациентите и во згради кои се лесно достапни за пациентите и да имаат добар пристап за лица со недостатоци. Местата треба да се достапни на разумно оддалечено место. **[2004]**
- 1.2.8.4 Програмите за белодробна рехабилитација треба да вклучуваат мултикомпоненти, мултидисциплинарни интервенции, кои се прилагодени на индивидуалните потреби на пациентот. Рехабилитациониот процес треба да вклучува програма на физички тренинг, едукација за болеста, нутритивни, физиолошки и бихејвиорални интервенции. **[2004]**
- 1.2.8.5 На пациентите треба да им се објаснат бенефициите на белодробната рехабилитација и посветеноста која им треба за да се добијат тие бенефиции. **[2004]**

1.2.9 Вакцинации и антивирална терапија

- 1.2.9.1 Пнеумококната вакцинација и годишната вакцинација за инфлуенца треба да биде понудена на сите пациенти со ХОББ, како што е препорачано од Главниот медицински офицер^[7]. **[2004]**

1.2.10 Операција на белите дробови

- 1.2.10.1 Пациентите кои се со тешко дишење и имаат голема була на КТ скен и FEV₁ помало од околу 50% треба да бидат препратени за разгледување за булектомија. **[2004]**
- 1.2.10.2 Пациентите со тешка ХОББ кои и понатаму се со тешко дишење и значајни рестрикции во дневните активности и покрај максималната медицинска терапија (вклучувајќи и рехабилитација), треба да бидат препратени за разгледување на операција за намалување на белодробниот волумен ако ги исполнуваат следниве критериуми:
- FEV₁ над 20% предвидено.
 - PaCO₂ помалку од 7.3 kPa.
 - Предоминантен емфизем на горниот лобус.
 - TLCO над 20% предвидено. **[2004]**

- 1.2.10.3 Пациентите со тешка ХОББ кои и понатаму се со тешко дишење и значајни рестрикции во дневните активности и покрај максималната медицинска терапија, треба да бидат препратени за проценка за белодробна трансплантација, притоа земајќи ги во предвид коморбидитетите и локалните хируршки протоколи. Треба да се земат во предвид:
- Возраста.
 - FEV1.
 - PaCO₂.
 - Хомогено дистрибуиран емфизем на КТ скен.
 - Зголемени притисоци на белодробната артерија со прогресивно влошување. [2004]

1.2.11 Алфа - 1 антитрипсин заменска терапија

- 1.2.11.1 Алфа 1 антитрипсинската заместителна терапија не се препорачува кај пациенти со алфа 1 антитрипсин дефициенција (видете ги препораките 1.1.3.3). [2004]

1.2.12 Мултидисциплински третман

Повеќето од овие активности може да се изведат во клиниката или во праксата како дел од рутинската нега од страна на лекарот кој го посетува пациентот, но во одредени услови пациентот може да има потреба од препраќање на специјалист, на пример физиотерапевт. Мултидисциплинското работење значи разложување на историската демаркација на улогите, бидејќи повеќето активности во третманот на ХОББ може да бидат преземени од индивидуалци со различни професионални позадини. Надлежностите се поважни од професионалните граници.

- 1.2.12.1 Негата за ХОББ треба да биде изведена од мултидисциплинарен тим. [2004]

- 1.2.12.2 Следниве функции треба да бидат разгледани кога се дефинираат активностите на мултидисциплинарниот тим:

- Проценка на пациентите (вклучително и изведување спирометрија, проценка на потребата за кислород, потребата за помагала во дневните активности и соодветноста на системите за спроведување на инхалаторната терапија).
- Нега и третман на пациенти (вклучително и неинвазивна вентилација, белодробна рехабилитација, домашна болница/рани шеми за испуштање на пациенти, обезбедување палијативна нега, идентификување и третман на вознемиреност и депресија, советување на пациентите за техники за релаксација, диетарни прашања, вежбање, бенефити на социјална сигурност и патувања).
- Советување на пациентите за стратегии за самоменаџирање.
- Идентификување и мониторинг на пациенти со висок ризик за егзацербации и спроведување активности кои се насочени кон избегнување на итни приеми во болница.
- Советување на пациентите да вежбаат.
- Едукација на пациентите и другите здравствени професионалци. [2004]

Медицински сестри специјалисти за пулмологија

1.2.12.3 Се препорачува медицинските сестри, специјалисти за пулмологија, да се дел од мултидисциплинарниот ХОББ тим. [2004]

Физиотерапија

1.2.12.4 Ако пациентите имаат вишок на спутум, тие треба да се научат да:

- Употребат маски со позитивен експираторен притисок активен циклус на техники на дишење. [2004]

Идентификување и третман на вознемиреност и депресија

1.2.12.5 Здравствените професионалци треба да бидат свесни за присуството на депресија кај пациентите со ХОББ. Присуството на анксиозност и депресија треба да се разгледаат кај пациентите кои:

- Се хипоксични.
- Кои имаат тешка диспнеа.
- Кои биле пратени или примени во болница со егзацербација на ХОББ. [2004]
- Обратете се кон 'Депресија кај возрасни со хроничен физички здравствен проблем' (NICE клинички упатства 91), која ги обновува своите препораки за третман на депресија кај пациенти со ХОББ.

Нутриционални фактори

1.2.12.6 ИТМ треба да се калкулира кај пациенти со ХОББ:

- Нормалните вредности на ВМІ се од 20 до помалку од 25^[8].
- Ако ВМІ е абнормален (висок или низок) или се менува со текот на времето, пациентот треба да биде препратен за диететски советувања.
- Ако ВМІ е низок, на пациентите треба да им се дадат нутриционални суплементи за да им се зголеми внесот на калории и да се охрабрат да вежбаат за да ги зголемат ефектите на нутритивната суплементација.

1.2.12.7 Обратете се кон 'Нутритивна поддршка кај возрасни' (NICE клинички упатства 32). [2004]

Кај постарите пациенти внимание треба да се обрне и кон промените во тежината, особено ако промената е над 3kg. [2004]

Палијативна нега

1.2.12.8 Опиоиди треба да се користат само кога е неопходно, со цел да се олесни дишењето кај лица со терминална ХОББ кои не даваат одговор на друга медицинска терапија. [2004]

- 1.2.12.9 Бензодиазепини, трициклични антидепресиви, смирувачи и кислород треба да се користат при тешко дишење на пациентите со терминална ХОББ која нема одговор на друга медицинска терапија. **[2004]**
- 1.2.12.10 Пациентите со терминална ХОББ и нивната фамилија и лицата кои им пружаат нега треба да имаат пристап до целокупните услуги, нудени од мултидисциплинарните тимови за палијативна нега, вклучувајќи го и нивниот прием. **[2004]**

Проценка на професионалната терапија

- 1.2.12.11 Пациентите треба редовно да бидат прашувани за нивната способност да ги извршуваат дневните активности и дали имаат тешко дишење во тоа време. **[2004]**
- 1.2.12.12 Клиничарите, инволвирани во негата на лица со ХОББ, треба да ја проценат потребата за окупациона терапија со помош на валидизирани алатки. **[2004]**

Социјални служби

- 1.2.12.13 Треба да се размисли за препраќање на пациентите со ХОББ за проценка од службата за социјална помош. **[2004]**

Совети за патување

- 1.2.12.14 Сите пациенти на LTOT кои планираат патување со авион треба да бидат проценети со помош на BTS препораките⁹¹. **[2004]**
- 1.2.12.15 Сите пациенти со FEV₁ < 50% кои планираат патување со авион треба да бидат проценети со помош на BTS препораките. **[2004]**
- 1.2.12.16 Сите пациенти кои имаат булозна болест треба да бидат предупредени дека теоретски имаат зголемен ризик за пнеумоторакс за време на патувањето со авион. **[2004]**

Совети за нуркање

- 1.2.12.17 Нуркањето, генерално, не се препорачува кај пациенти со ХОББ. Посоветувајте ги лицата со прашања да се обратат на специјалист. **[2004]**

Едукација

- 1.2.12.18 Има значајни разлики во одговорот на пациентите со ХОББ и астма на едукативните програми. Програмите, дизајнирани за астма, не треба да се користат кај ХОББ. **[2004]**
- 1.2.12.19 Треба да се создадат специфични едукативни пакети кај пациенти со ХОББ.
- Предложените теми се наведени во апендикс Ц на целосните упатства. (видете го дел 5 од целосните упатства за детали).

- Пакетите треба да ги земат предвид различните потреби на пациентите во различните фази од нивната болест. [2004]

1.2.12.20 Пациентите со средно-тешка и тешка ХОББ треба да се свесни за техниката на NIV. Нејзините бенефиции и ограничувања треба да се објаснат, така што ако во иднина се потребни, лицата да бидат свесни за овие прашања. (видете го дел 1.3.7). [2004]

Самотретирање

1.2.12.21 На пациентите со ризик од егзацербација на ХОББ треба да им се даде совет за самотретирање кој ги охрабрува навреме да реагираат на симптомите на егзацербација. [2004]

1.2.12.22 Пациентите треба да се охрабрат навреме да реагираат на симптомите на егзацербација со:

- Започнување на орална кортикостероидна терапија ако нивното влошувачко тешко дишење им пречи на нивните дневни активности (освен ако не е контраиндицирано).
- Започнување на антибиотска терапија ако спутумот им е пурулентен.
- Приспособување на нивната бронходилататорна терапија да им ги контролира симптомите. [2004]

1.2.12.23 На пациентите со ризик од егзацербација на ХОББ треба да им биде даден антибиотик и кортикостероидни таблети да ги чуваат дома како дел од стратегијата за самотретирање (видете ги препораките 1.3.5.9). [2004]

1.2.12.24 Правилната употреба на овие таблети треба да се надгледува. [2004]

1.2.12.25 Пациентите на кои им се дадени планови за самотретирање треба да бидат советувани да контактираат здравствен работник во случај на влошување на симптомите. [2004]

1.2.13 Добра физичка состојба за општа хирургија

1.2.13.1 Крајната клиничка одлука за тоа дали да се продолжи или не со хирургија треба да се даде на консултант анестезиолог и консултант хирург кои ќе ги разгледаат присутните коморбидитети, функционалниот статус на пациентот и потребата од операција. [2004]

1.2.13.2 Се препорачува белодробната функција да не е единствениот критериум за проценка на лицата со ХОББ пред операција. Композитни алатки за проценка како АСА системот за бодување се најдобри предиктори на ризик. [2004]

1.2.13.3 Ако времето дозволува, медицинскиот третман на пациентите треба да се оптимизира пред операција и ова може да вклучува и учество на курс за белодробна рехабилитација. [2004]

1.2.14 Следење на пациенти со ХОББ

1.2.14.1 Следењето на пациентите со ХОББ треба да вклучува:

- Истакнување на дијагнозата на ХОББ во досието на пациентот и нејзино снимање со користење на читање на кодови од компјутерската база на податоци.
- Снимање на тестовите на спирометрија, изведени при дијагностицирањето (и апсолутниот и предвидениот процент).
- Нудење на совет за прекин на пушењето.
- Снимање на опортунистичкото мерење на спирометриските параметри (загуба на 500мл или повеќе во текот на 5 години ќе ги издвои пациентите со брзо прогресираща болест кои треба да се препратат на специјалист и кај кои треба дополнително иследување). [2004]

- 1.2.14.2 Пациентите со ХОББ треба да бидат прегледани најмалку еднаш годишно или повеќе, ако е индицирано и прегледот треба да ги опфати прашањата наведени во табела 6. [2004]
- 1.2.14.3 За повеќето пациенти со стабилна тешка болест регуларни болнички прегледи не се потребни, но треба да постојат локално договорени механизми кои дозволуваат брз пристап до болница кога е потребно.
- 1.2.14.4 Кога пациентите со многу тешка ХОББ се прегледуваат на ниво на примарна здравствена нега, тие треба да бидат прегледувани најмалку два пати годишно и специфично внимание треба да се посветува на прашањата наведени во табела 6. [2004]
- 1.2.14.5 Пациентите со тешка болест кои имаат потреба од интервенции, како долготрајна неинвазивна вентилација, треба да бидат редоно следени од специјалисти. [2004]

Табела 6. Преглед од следењето на пациентите со ХОББ во примарна здравствена нега

	Лесно / Средно-тешко / тешко (фаза 1 до 3)	Многу тешко (фаза 4)
Фреквенција	Најмалку годишно	Најмалку два пати годишно
Клиничка проценка	<ul style="list-style-type: none"> • Статус на пушење и желба за прекин • Адекватност на контрола на симптоми: <ul style="list-style-type: none"> - тешко дишење - толеранција за физички напор - проценка на фреквенција на егзацербации • Присуство на компликации • Ефекти на третманите со лекови 	<ul style="list-style-type: none"> • Статус на пушење и желба за прекин • Адекватност на контрола на симптоми: <ul style="list-style-type: none"> - тешко дишење - толеранција за физички напор - проценка на фреквенција на егзацербации • Присуство на cor pulmonale • Потребност од долготрајна кислородна терапија

	<ul style="list-style-type: none"> • Техника на инхалирање • Потреба од препраќање на специјалист и терапевтски служби • Потреба за белодробна рехабилитација 	<ul style="list-style-type: none"> • Нутритивна состојба на пациентот • Присуство на депресија • Ефекти на третманите со лекови • Инхалациона техника • Потреба од социјални служби и вовед во професионална терапија • Потреба за препраќање на специјалист и терапевтски служби • Потреба за белодробна рехабилитација
Потребни мерења	<ul style="list-style-type: none"> • FEV1 и FVC • Пресметајте BMI • MRC диспнеа скор 	<ul style="list-style-type: none"> • FEV1 и FVC • Пресметајте BMI • MRC диспнеа скор • SaO₂

1.3 Третман на егзацербации на ХОББ

Делот за егзацербации на овие упатства беа надвор од прегледот на ажурирањето од 2010 год. Но, GDG беа свесни дека некои од препораките во 'делот за кислородна терапија за време на егзацербации на ХОББ (дел 1.3.6) од упатствата не беа ажурирани и тие беа отстранети. Читателите треба да се обратат на локалните протоколи. Избришаните препораки можат да бидат најдени во апендикс К од целосните упатства.

1.3.1 Дефиниција на егзацербација

Егзацербација е одржувачко влошување на симптомите на пациентот од нивната вообичаена стабилна состојба, што е надвор од нормалните дневни варијации и е со акутен почеток. Најчесто објавувани симптоми се влошено дишење, кашлица, зголемена продукција на спутум и промена во бојата на спутумот. Промената во овие симптоми најчесто има потреба од промена на лековите.

1.3.2 Проценка на потребата за болнички третман

1.3.2.1 Факторите кои треба да се искористат за проценка на потребата за болнички третман на пациентите се набројани во табела 7. [2004]

Табела 7. Фактори кои треба да се разгледаат при одлучување каде да се третира пациентот

Фактор	Третирајте дома	Третирајте во болница
Способни за домашен третман	Да	Не
Тешко дишење	Слабо	Тешка
Општа состојба	Добро	Слаба/ се влошува
Ниво на активност	Добро	Слабо/ врсани за кревет
Цијаноза	Не	Да
Влошувачки периферен едем	Не	Да
Ниво на свесност	Нормално	Оштетено
Веќе што примаат LTOT	Не	Да
Социјални услови	Добро	Живеат сами/ не се справуваат
Акутна конфузија	Не	Да
Брз почеток	Не	Да
Значајни коморбидитети, особено срцеви заболувања и инсулин-зависен дијабетес мелитус	Не	Да
SaO ₂ < 90%	Не	Да
Промени на рендген скен на белите дробови	Не	Присутни
Артериско рН ниво	>_ 7.35	< 7.35
Артериски РаО ₂	>_ 7 kPa	< 7 kPa

1.3.3 Испитување на егзацербација

Дијагнозата за егзацербација се поставува клинички и не зависи од резултатите на испитувањата; но во одредени ситуации испитувањата може да помогнат во обезбедувањето на соодветниот третман. Различни стратегии на испитување се бараат кај пациентите во болница (кои најчесто имаат потешки егзацербации) и тие во заедницата.

Примарна нега

1.3.3.1 Кај пациенти кај кои егзацербациите се третираат во примарна нега:

- Праќање на култури на спутум не се препорачува во рутинска пракса.
- Пулс оксиметријата е од голема важност ако се присутни клинички одлики на тешка егзацербација. [2004]

Пациенти, препраќани во болница

1.3.3.2 Кај сите пациенти со егзацербација, препратени во болница:

- Треба да се направи рендген скен на белите дробови.
- Треба да се мерат притисоците на артериските гасни анализи и вдишената кислородна концентрација треба да се забележи.
- Треба да се направи ЕКГ (за да се исклучат коморбидитети).

- Треба да се направи комплетна крвна слика и треба да се измери уреата и елактролитните концентрации.
- Нивото на теофилин треба да се измери кај пациентите на теофилинска терапија при прием.
- Ако спутумот е пурулентен, треба да се прати примерок на микроскопија и да се земе култура на крв ако пациентите се пирексични. [2004]

1.3.4 Домашна болница и шеми за помошно испуштање од болница

- 1.3.4.1 Домашно лекување и помошни шеми за испуштање од болница се сигурни и ефективни и треба да се користат како алтернативен начин за негување на пациенти со егзацербации на ХОББ, кои инаку би требало да бидат примени за престој во болница. [2004]
- 1.3.4.2 Мултипрофесионалниот тим, потребен за управување на овие шеми, треба да вклучува здравствени професионалци со искуство при третирање на ХОББ и може да вклучи и медицински сестри, физиотерапевти, терапевти и генерички здравствени работници. [2004]
- 1.3.4.3 Моментално нема доволно податоци за да се дадат цврсти препораки за тоа каде е најдобро да се третираат пациентите со егзацербации, во домашна болница или со рано испуштање од болница. Селекцијата на пациентите треба да зависи од достапните ресурси и отсуството на фактори, асоцирани со лоша прогноза, на пример, ацидоза. [2004]
- 1.3.4.4 Треба да бидат разгледани преференците на пациентот за домашен или болнички третман. [2004]

1.3.5 Фармаколошки третман

Влошеното тешко дишење е честа одлика на егзацербациите на ХОББ. Обично се третира со земање на зголемени дози на кратко делувачки бронходилататори.

Системи за спроведување на инхалирачка терапија при егзацербации

- 1.3.5.1 И небулизаторите и рачно држените инхалатори може да се користат за администрирање на терапија за време на егзацербации на ХОББ. [2004]
- 1.3.5.2 Изборот на системот треба да ја рефлектира потребната доза на лекот, способноста на пациентот да го користи уредот и достапни ресурси за надгледување на администрацијата на терапијата. [2004]
- 1.3.5.3 Пациентите треба да се префрлат на рачно држени инхалатори штом се стабилизира нивната состојба, бидејќи тоа може да дозволи порано отпуштање од болница. [2004]
- 1.3.5.4 Ако пациентот е хиперкапничен или ацидотичен, небулизаторот треба да биде предводен од компресиран воздух, не кислород (за да се избегне хиперкапнија). Ако има потреба од кислородна терапија, таа треба да биде администрирана симултано со назални канули. [2004]
- 1.3.5.5 Водечкиот гас во небулизаторската терапија треба да биде специфициран на рецептот. [2004]

Системски кортикостероиди

- 1.3.5.6 Во отсуство на значајни контраиндикации, оралните кортикостероиди треба да се користат заедно со други терапии кај сите пациенти примени во болница со егзацербација на ХОББ. [2004]
- 1.3.5.7 Во отсуство на значајни контраиндикации, треба да се размисли за орални кортикостероиди кај пациенти во заедницата со егзацербација и значително отежнато дишење кое ги ограничува дневните активности. [2004]
- 1.3.5.8 Пациентите кои имаат потреба од кортикостероидна терапија треба да бидат охрабрани да се јават порано, со цел да имаат максимален бенефит од терапијата (видете ги препораките 1.2.12.21–25). [2004]
- 1.3.5.9 Преднизолон 30 mg орално треба да биде препишан од 7 до 14 дена. [2004]
- 1.3.5.10 Се препорачува дадената кортикостероидна терапија да не се дава подолго од 14 дена, бидејќи нема предност во пролонгирано давање терапија. [2004]
- 1.3.5.11 За упатства во прекинувањето на оралната кортикостероидна терапија се препорачува клиничарите да се обратат до Британскиот национален формулар, дел 6.3.2. [2004]
- 1.3.5.12 Треба да се размисли за профилакса за остеопороза кај пациенти со чести третмани со орални кортикостероиди. [2004]
- 1.3.5.13 Пациентите треба да се свесни за оптималното траење на третманот и за споредните ефекти на пролонгираната терапија. [2004]
- 1.3.5.14 На пациентите, особено тие што се отпуштени од болница, треба да им се дадат точни инструкции за тоа зошто, каде и како да го прекинат третманот со кортикостероиди. [2004]

Антибиотици

- 1.3.5.15 Антибиотиците треба да се користат при третирање на егзацербации на ХОББ, асоцирани со историја на попурулентен спутум. [2004]
- 1.3.5.16 На пациентите со егзацербации без пурулентен спутум не им треба антибиотска терапија, освен ако нема консолидација на рендген снимката од белите дробови или клинички знаци за пнеумонија. [2004]
- 1.3.5.17 Примарниот емпириски третман треба да биде аминопеницилин, макролид или тетрациклин. При започнување на емпириски антибиотски третман претплатниците треба да ги земат во предвид упатствата објавени од нивните локални микробиолози. [2004]

1.3.5.18 Кога се праќа спутум за култура, соодветноста на антибиотскиот третман треба да биде проверен со лабораториска култура и чувствителност, кога ќе биде достапна. **[2004]**

Теофилин и други метилксантини

1.3.5.19 Интравенски теофилин треба да се користи како додаток на третманот на егзацербации на ХОББ ако има неадекватен одговор на небулизаторните бронходилататори. **[2004]**

1.3.5.20 Треба да се внимава при користење на интравенски теофилин поради интеракции со други лекови и потенцијална токсичност ако пациентот примал орален теофилин. **[2004]**

1.3.5.21 Нивото на теофилин треба да се следи во текот на 24 часа од започнувањето на третманот и потоа како што е индицирано од клиничките услови. **[2004]**

Респираторни стимуланти

1.3.5.22 Се препорачува доксапрамот да се користи само кога неинвазивна вентилација не е достапна или се смета за несоодветна. **[2004]**

1.3.6 Кислородна терапија за време на егзацербации на ХОББ

Делот за егзацербации на овие упатства беше надвор од прегледот на ажурирањето од 2010 год. Но GDG беа свесни дека некои од препораките во овој дел од упатствата беа неажурирани и тие беа отстранети. Читателите треба да се обратат на локалните протоколи. Избришаните препораки можат да бидат најдени во апендикс К на целосните упатства.

1.3.6.1 Кислородната сатурација треба да се мери кај пациентите со егзацербација на ХОББ, ако нема установи каде ќе се мерат гасни анализи. **[2004]**

1.3.6.2 Ако е потребно, кислород треба да се дава за да се одржува SaO_2 во индивидуализираниот терапевски опсег^[10]. **[2004, преправени 2010]**

1.3.6.3 Пулс оксиметрите треба да се достапни на сите здравствени работници вклучени во негата на пациенти со егзацербации на ХОББ и тие треба да се тренираат за нивна употреба. Клиничарите треба да се свесни дека пулс оксиметријата не дава информации за PCO_2 или pH. **[2004]**

1.3.6.4 Кога пациентот ќе пристигне во болница, треба да се измерат артериските гасни анализи и да се забележи вдишената кислородна концентрација кај сите пациенти со егзацербација на ХОББ. Мерењата на артериските гасни анализи треба да се повторуваат регуларно, според одговорот на третманот. **[2004]**

1.3.7 Неинвазивна вентилација (NIV) и егзацербации на ХОББ

- 1.3.7.1 NIV треба да се користи како третман на избор за перзистентна хиперкапниска вентилаторна слабост за време на егзацербациите и покрај оптималната медицинска терапија. [2004]
- 1.3.7.2 Се препорачува NIV да биде пружана во посебни услови, со персонал кој е трениран за негова апликација и кој е искусен во неговата употреба и свесен за неговите ограничувања. [2004]
- 1.3.7.3 Кога пациентите се стартуваат на NIV, треба да се има јасен план за тоа што треба да се прави во услови на влошување и договор за досегот на терапијата. [2004]

1.3.8 Инвазивна вентилација и интензивна нега

- 1.3.8.1 Пациентите со егзацербации на ХОББ треба да примат третман во единиците за интензивна нега, вклучувајќи и инвазивна вентилација кога се смета дека е потребна. [2004]
- 1.3.8.2 За време на егзацербации на ХОББ, треба да се разгледаат функционалниот статус, BMI, побарувачката за кислород во стабилна состојба, коморбидитетите и претходните приеми во единиците за интензивна нега, во дополние на возраста и FEV₁, при проценка на соодветноста за интубација и вентилација. Ни возраста, ниту пак FEV₁ не треба да се користат самостојно при проценка на соодветноста. [2004]
- 1.3.8.3 NIV треба да се разгледа кај пациенти кои споро се одвикнуваат од инвазивната вентилација. [2004]

1.3.9 Респираторна физиотерапија и егзацербации

- 1.3.9.1 Физиотерапијата со користење на маски со позитивен експираторен притисок треба да биде разгледана кај селектирани пациенти со егзацербации на ХОББ, со цел да помогне во прочистување на спутумот. [2004]

1.3.10 Мониторирање на заздравувањето од егзацербации

- 1.3.10.1 Заздравувањето на пациентите треба да биде следено со редовни клинички проценки на нивните симптоми и опсервација на нивниот функционален капацитет. [2004]
- 1.3.10.2 Пулс оксиметријата треба да се користи за следење на заздравувањето на пациентите со нехиперкапнична, неацидотична респираторна слабост. [2004]

- 1.3.10.3 Интермитентните артериски мерења на гасните анализи треба да се користат за следење на заздравувањето на пациентите од респираторна слабост кои се хиперкапнични или ацидотични, сè додека не се стабилни. [2004]
- 1.3.10.4 Дневно следење на врвниот експираторен проток (PEF) или FEV₁ не треба да се изведува рутински за надгледување на заздравувањето од егзацербацијата, бидејќи големината на промените е мала, во споредба со варијабилноста на мерењата. [2004]
- 1.3.11 Планирање за отпуштање од болница**
- 1.3.11.1 Спирометријата треба да се мери кај сите пациенти пред испуштање од болница. [2004]
- 1.3.11.2 Пациентите треба повторно да се вратат на нивната оптимална одржувачка бронходилататорна терапија пред испуштање од болница. [2004]
- 1.3.11.3 Пациентите кои имале епизода на респираторна слабост треба да имаат задоволителна оксиметрија или резултати на гасните анализи пред испуштање од болница. [2004]
- 1.3.11.4 Сите аспекти на рутинската нега кои ги примаат пациентите (вклучувајќи ја и потребата и ризикот од несакани ефекти) треба да се проценат пред испуштањето на пациентите од болница. [2004]
- 1.3.11.5 На пациентите (или домашните негувачи) треба да им се дадат потребните информации кои ќе им овозможат целосно да ја разберат точната употреба на лековите, вклучувајќи го и кислородот, пред отпуштањето од болница. [2004]
- 1.3.11.6 Договори за следење и домашна нега на пациентите (како медицинка сестра на посета, доставување на кислород, препраќање за друга поддршка) треба да се направат пред отпуштањето на пациентите. [2004]
- 1.3.11.7 Пред да е отпуштен пациентот, самиот пациент, фамилијата и лекарот треба да бидат сигурни дека тој може сам да се справи. Кога има сомнеж, формални активности за проценка на дневното живеење ќе бидат доста корисни. [2004]

-
- [2] Quanjer PH, Tammeling GJ, Cotes JE et al. (1993) Белодробни волумени и форсирани вентилаторни протоци. Report Working Party Standardization of Lung Function Tests, European Community for Steel and Coal. Official Statement of the European Respiratory Society. European Respiratory Journal (Suppl) 16: 5–40.
- [3] Дефинитивните референтни вредности за спирометрија моментално не се достапни за сите етнички популации. GDG е свесна за истражувањата во таа област.
- [4] Jonsson JS, Gislason T, Gislason D et al. (1998) Акутен бронхитис и клинички исходи 3 години подоцна: проспективна кохортна студија. Британски медицински дневник 317(7170): 1433.
- [5] Видете исто 'Служби за прекин на пушењето во примарна нега, аптеки, локални авторитети и работни места, особено за мануелни работни групи, бремени жени и тешко достапни заедници' (NICE упатства на јавно здравје 10).

- [6] Британскиот национален формулар изјавува дека SAMA треба да се прекине кога се почнува со LAMA.
- [7] Видете исто 'Oseltamivir, amantadine (ревизија) и zanamivir за профилакса на инфлуенца' (NICE прирачник за технолошка проценка 158) и 'Amantadine, oseltamivir и zanamivir за третман на инфлуенца' (NICE прирачник за технолошка проценка 168).
- [8] Оваа препорака не беше ревидирана како дел од обновата на упатствата од 2010 год. 'Обезност' (NICE клинички упатства 43), објавени 2006 год., кажува дека здравствениот досег е од 18.5 до 24.9 kg/m², но овој досег може да не биде соодветен за лица со ХОББ.
- [9] Комитет на стандарди на нега на Британското торакално друштво (2002) - Третман на патници со респираторна болест кои планираат патување со авион: Препораки на Британското торакално друштво. Thorax 57(4): 289-304.
- [10] Читателите треба да се обратат кон локалните протоколи.

2. Преглед и начин на кој се создадени овие упатства

NICE упатствата се развиени во согласност со преглед кој дефинира што овие упатства ќе покријат или нема да покријат.

Овие упатства нудат најдобар практичен совет за негата на возрасни кои имаат клиничка работна дијагноза за ХОББ, вклучувајќи хроничен бронхитис, емфизем и хронична лимитација/опструкција на проток на воздух. Упатствата се важни за примарни и за секундарни здравствени професионалци кои имаат директен контакт со пациенти со ХОББ и кои донесуваат одлуки за нивната нега.

Упатствата опфаќаат дијагностички критериуми и идентификување на рана болест. Истовремено, упатствата даваат препораки за третман на лица со стабилна ХОББ, егзацербации и превенција на прогресија на болеста.

Упатствата не покриваат третман на лица со астма, бронхопулмонална дисплазија и бронхиектазии и не покриваат деца.

Како беа развиени овие упатства

NICE побара од Националниот центар за клинички препораки за акутни и хронични состојби да ги обнови овие упатства. Центарот создаде Група за развој на упатства (види апендикс А), која ги разгледуваше доказите и ги создаде упатствата. Независен панел за ревизија на упатствата го надгледуваше создавањето на овие упатства (видете Апендикс Б). Има повеќе информации за тоа како се развиваат NICE клиничките препораки на NICE вебсајтот. Проспект за, 'Како се развиени NICE клиничките препораки: преглед за заинтересираните страни, јавноста и НХС.

3. Имплементација

NICE развива алатки кои им помагаат на организациите да ги имплементираат овие упатства.

4. Препораки за истражување

Групата за развој на упатствата ги направи следниве препораки за истражување, базирани на ревизијата на доказите, со цел да ги подобри NICE упатствата и негата за пациентите во иднина.

4.1 Белодробна рехабилитација за време на болнички престој

Кај луѓе со ХОББ, дали белодробната рехабилитација при болничкиот прием поради егзацербација и/или во раниот период на заздравување (во рок од 1 месец од егзацербацијата) го подобрува квалитетот на живот и ги намалува хоспитализациите и егзацербациите, споредено со подоцнежната белодробна програма за рехабилитација (дефинирана како подоцнежна од 1 месец)?

Зошто е ова важно

Најголемата добивка и потенцијален бенефит од рехабилитацијата може да се случи во најраната постегзербациона фаза. Ако белодробната рехабилитација кај хоспитализираните пациенти демонстрира ефективност, ова може потенцијално да влијае на испораката на неџа (на пример, рани шеми за испуштање). Добриот однос на корист и трошоци на рана, наспроти подоцнежна белодробна програма за рехабилитација треба исто да биде евалуирана. Студиите треба да бидат кластер рандомизирани, да бидат од доволно долго времетраење и со доволна моќност.

4.2 Мултидимензионална проценка на исходот

Дали може едноставна мултидимензионална проценка да се искористи за подобро да даде индикација за ХОББ исходите отколку FEV₁ или други компоненти кои се мерат кај поголемиот број на пациенти со ХОББ и кои можат да се аплицираат во услови на примарна неџа?

Зошто е ова важно

BODE индексот за проценка одзема многу време и не е практичен во услови на примарна неџа. GDG смета дека лицата кои се вклучуваат во ХОББ студиите треба да бидат карактеризирани од BODE индексот, со цел да се процени дали имаат ефект врз исходите. Мултидимензионалната проценка треба да биде валидирана во општата популација со ХОББ и во услови на примарна неџа, со поширок опсег на исходи од морталитетот. Кој било индекс за мултидимензионална проценка треба да биде подложен на проценка на здравствената економија. Сите клинички студии со доволно долго времетраење треба рутински да вклучуваат проценка на здравствената економија.

4.3 Тројна терапија

Дали кај луѓе со ХОББ тројната терапија го подобрува исходот, споредено со единечна или двојна терапија?

Зошто е ова важно

Моментално достапните студии не се дизајнирани или моќни да проценат дали лицата со лесна ХОББ или ХОББ со единечна терапија со ЛАБА или ЛАМА или двојна терапија со ЛАБА+ИЦС може да имаат бенефит од тројната терапија. Сите клинички студии со доволно долго времетраење треба рутински да вклучуваат проценка на здравствената економија.

4.4 Муколитичка терапија

Дали муколитичката терапија кај лица со ХОББ превенира егзацербации, споредено со плацебо или други терапии?

Зошто е ова важно

Лица со ХОББ треба да имаат дефинитивна дијагноза за ХОББ. Базичната тежина и клиничкиот фенотип треба да се добро дефинирани. Конкомитантните терапии треба да бидат стратифицирани во дизајнот на студијата. Споредби треба да се прават со други ефективни терапии како плацебото.

5. Други верзии на овие упатства

5.1 Целосни упатства

Целосното упатство, 'Хронична опструктивна белодробна болест: третман на возрасни со хронична опструктивна белодробна болест во примарна и секундарна нега', содржи детали за методите и доказите користени во развојот на овие упатства. Објавени се од Националниот центар за клинички препораки за акутни и хронични состојби и се достапни на нашиот вебсајт.

5.2 Информации за јавноста

NICE направи информации за јавноста кои ги објаснуваат овие упатства.

Ги охрабруваме NHS (служби за јавно здравје) и волонтерските секторни организации да ги користат текстовите од овие информации во сопствените материјали за ХОББ.

6. Поврзани NICE упатства

Објавени

1. Растројство на генерализирана анксиозноост и панично растројство (со или без агорафобија) кај возрасни: третман во примарна, секундарна и нега во заедницата. NICE клинички упатства 113 (2011).
2. Amantadine, oseltamivir и zanamivir за третман на инфлуенца (ревизија на NICE прирачник за технолошка проценка 58). NICE прирачник за технолошка проценка 168 (2009).
3. Депресија кај адулти со хроничен физички здравствен проблем: третман и менаџирање. NICE клинички упатства 91 (2009).
4. Депресија: третман и менаџирање на депресија кај возрасни (ажурирано). NICE клинички упатства 90 (2009).
5. Oseltamivir, amantadine и zanamivir за профилакса од инфлуенца (вклучувајќи и ревизија на NICE прирачник за технолошка проценка 67). NICE прирачник за технолошка проценка 158 (2008).
6. Услуги за престанок на пушење во примарна нега, аптеки, локални власти и места на работење, особено за групи со мануелна работа, бремени жени и населби со тежок. NICE упатства за јавно здравје 10 (2008).
7. Varenicline за престанок на пушење. NICE прирачник за технолошка проценка 123 (2007).
8. Обезност: упатства за превенција, идентификација, проценка и третман на лица со прекумерна тежина и обезност кај возрасни и деца. NICE клинички упатства 43 (2006).
9. Поддршка за исхрана кај возрасни: орална поддршка за исхрана, ентерално хранење преку цевка и парентерална исхрана. NICE клинички упатства 32 (2006).

7. Ажурирање на упатствата

NICE клиничките упатства се обновени, така што препораките ги земаат во предвид сите нови важни информации. Новите докази се проверуваат секои 3 години по објавувањето и здравствените професионалци и пациентите се прашуваат за нивните мислења. Овие информации се користат за да се одлучи дали треба да се обнови упатството целосно или некој негов дел. Ако важни нови докази се објават во друго време, може да решиме да направиме побрзо ажурирање на некои препораки.

Апендикс А: Група за развој на Упатства 2010, членови на група за обновени упатства

Поканети експерти

21 члена, податоци за членовите може да се најдат на адресата на упатството.

Заменици

3 члена, податоци за членовите може да се најдат на адресата на упатството.

2004 клинички упатства, 12 членови за развој на упатствата

18 члена, податоци за членовите може да се најдат на адресата на упатството.

Група за заеднички референци

За да се поддржи развивањето на овие упатства, беше формирана Група за заеднички референци. Оваа група користеше формални техники за консензус во своите разгледувања на клинички важните области каде немаше доволно докази или имаше несогласување околу интерпретацијата на доказите.

6 члена, податоци за членовите може да се најдат на адресата на упатството.

Апендикс Б: Група за развој на упатства

Групата за развој на упатства е независна група која го надгледува развивањето на упатствата и презема одговорност за надгледување на придржувањето кон развојните процеси на NICE упатствата. Особено, панелот се осигурува дека коментарите на заинтересираните странки се адекватно разгледани и на нив е даден одговор. Панелот вклучува членови од следниве перспективи: примарна нега, секундарна нега, лица без стручно знаење, јавно здравје и индустрија.

2010 клинички упатства. Панел за ревизија на упатствата

5 члена, податоци за членовите може да се најдат на адресата на упатството.

2004 клинички упатства 12. Панел за ревизија на упатствата

7 члена, податоци за членовите може да се најдат на адресата на упатството.

Апендикс Ц: Алгоритми

Овие алгоритми беа обновени и ги заменуваат алгоритмите во NICE клиничките упатства 12 (објавени во февруари 2004 год.). Алгоритмите се во целосните упатства.

За овие упатства

NICE клиничките упатства се препораки за третманот и негата на луѓе со специфични болести и состојби во рамките на NHS во Англија и во Велс.

Овие препораки беа развиени од Националниот клинички центар за препораки за акутни и хронични состојби. Соработувачкиот центар работел со Групата на здравствени професионалци (вклучувајќи консултантите, општи лекари и медицински сестри), пациенти и негуватели и технички персонал, кој ги прегледа доказите и го подготви нацртот на препораките. Препораките беа финализирани по јавната консултација.

Методите и процесите за развој на NICE клиничките препораки се опишани во [Прирачникот за упатства](#).

Овие упатства се делумно обновени NICE клинички упатства¹² (објавени во февруари 2004 год.) и ги заменуваат.

Препораките од овие упатства се инкорпорирани во [NICE патоказот](#). Ние создадовме информации за јавноста со кои ги објаснуваме овие упатства. Достапни се и алатки кои помагаат овие упатства да се воведат во праксата и информации за доказите на кои се базирани.

Промени од публикацијата

Јануари: помали преправки.

Март 2013 год.: помали преправки.

Вашата одговорност

Овие упатства ги прикажуваат погледите на NICE, до кои е дојдено по внимателно разгледување на достапните докази. Здравствените професионалци треба целосно да ги земат предвид кога го користат своето клиничко расудување. Но, упатствата не го надминуваат сопственото чувство на одговорност за донесување на одлуки кои се правилни за условите во кои се наоѓа индивидуалниот пациент, во консултација со самиот пациент и/или старател или негувач и да е информиран за упатството со карактеристиките на секој лек.

Имплементацијата на овие препораки е одговорност на локалните даватели на услуги. Тие се потсетувани дека е нивна одговорност да ги имплементираат овие упатства во нивниот локален контекст, во поглед на нивната должност да елиминираат било каква нелегална дискриминација, да унапредуваат еднаквост на можностите и да негуваат добри односи. Ништо во овие упатства не треба да биде интерпретирано на начин кој не е конзистентен со усогласеноста со овие должности.

Авторски права

© Национален институт за здравствено и клиничко усовршување 2010. Сите права се задржани. NICE материјалите можат да бидат симнати за приватни

истражувања и студии и можат да бидат репродуцирани за едукативни и непрофитни причини. Не е дозволена никаква репродукција за или од комерцијални организации или за комерцијални причини, без пишана дозвола од NICE.

Контактирајте ги NICE

National Institute for Health and Clinical Excellence
Level 1A, City Tower, Piccadilly Plaza, Manchester M1 4BT

www.nice.org.uk

nice@nice.org.uk

0845 033 7780