

Алгоритм ведения больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в амбулаторных условиях

Подготовлено профессором А. А. ВИЗЕЛЕМ на основании GOLD пересмотра 2007 года, соглашения по ХОБЛ ATS/ERS 2004 года и протокола ведения больных ХОБЛ по Республике Татарстан 2004 года

УДК 616.24-002.2

Диагностика ХОБЛ

Диагноз ХОБЛ следует предполагать у каждого больного, имеющего одышку, хронический кашель или выделение мокроты и/или наличие в анамнезе воздействия факторов риска для этого заболевания, особенно курения сигарет.

Ключевые признаки для диагностики ХОБЛ

Предположите наличие ХОБЛ и проведите спирометрию, если присутствует любой из этих признаков у лиц старше 40 лет. Эти показатели не имеют диагностического значения сами по себе, но наличие нескольких признаков одновременно но увеличивает вероятность диагноза ХОБЛ.

- Одышка:
 - прогрессирующая (усиливается со временем);
 - обычно усиливается при физической нагрузке;
 - постоянная (присутствует каждый день);
 - пациенты описывают, как «дыхание требует усилия», «тяжесть», «воздушный голод» или «удушье».
- Хронический кашель:
 - может быть интермиттирующим и не продуктивным.
- Хроническая выработка мокроты:
 - любое хроническое выделение мокроты может указывать на ХОБЛ.
- Воздействие факторов риска в анамнезе:
 - курение табака (включая локальные особенности его применения);
 - профессиональные пыли и химикаты;
 - дым от приготовления пищи дома и от обогрева жилища топливом.

Диагноз должен быть подтвержден спирометрией

Низкое значение пиковой скорости выдоха (пикфлоуметрии) согласуется с диагнозом ХОБЛ, но имеет низкую специфичность, поскольку может быть вызвано другими заболеваниями или низким качеством проведения теста. В интересах повышения точности диагностики ХОБЛ предпринять все возможное для проведения стандартной спирометрии.

Оценка и мониторинг ХОБЛ

Детальный сбор анамнеза у вновь выявленного пациента или пациента с подозрением на ХОБЛ должен оценивать:

- Воздействие факторов риска, включая длительность и интенсивность.

- Предшествующий анамнез, включая астму, аллергию, синуситы или полипы носа, инфекции дыхательных путей или другие респираторные заболевания.

- Семейный анамнез относительно ХОБЛ и других хронических заболеваний органов дыхания.

- Характерные особенности развития симптомов.

- Данные анамнеза о предшествующих обострениях и госпитализациях в связи с патологией органов дыхания.

- Наличие таких сопутствующих заболеваний, как болезни сердца, злокачественные новообразования, остеопороз, патология опорно-двигательного аппарата, которые могут также способствовать ограничению активности пациента.

- Соответствие лекарственной терапии состоянию пациента.

- Влияние болезни на жизнь, включая ограничение активности; пропуск работы и экономические последствия для больного; влияние на семейную жизнь; ощущение депрессии или тревоги.

- Доступность для пациента социальной поддержки и поддержки со стороны членов семьи.

- Возможность ограничения факторов риска, особенно прекращения курения.

Физикальное обследование

Несмотря на то, что физикальное обследование является важной составляющей в ведении пациента, оно редко диагностично при ХОБЛ. Физикальные признаки ограничения воздушного потока обычно отсутствуют до тех пор, пока не возникнут значительные нарушения функции легких, а выявление этих признаков имеет относительно низкую чувствительность и специфичность. Многие физикальные признаки могут иметь место при ХОБЛ, но их отсутствие не исключает этого диагноза.

Стадии ХОБЛ

Стадия I: Легкая ХОБЛ — легкое ограничение воздушного потока ($ОФВ1/ФЖЕЛ < 70\%$; $ОФВ1 \geq 80\%$ от должных значений) и иногда, но не всегда, хронический кашель и выделение мокроты.

- На этой стадии человек может не знать, что у него нарушена функция легких.

Стадия II: Средне-тяжелая ХОБЛ — ухудшение ограничений воздушного потока ($ОФВ1/ФЖЕЛ < 70\%$; $50\% \leq ОФВ1 < 80\%$ от должных значений) в сочетании с одышкой, характерной для физической нагрузки.

- Это стадия, при которой обычно обращаются за медицинской помощью в связи с хроническими респираторными симптомами или обострением заболевания.

ВИЗЕЛЬ АЛЕКСАНДР АНДРЕЕВИЧ —
д.м.н., профессор, заведующий кафедрой пульмонологии и фтизиатрии Казанского государственного медицинского университета, главный внештатный специалист-эксперт пульмонолог МЗ РТ



Лечение каждой стадии хобл

Лечение каждой стадии ХОБЛ*			
I: Лёгкая	II: Средняя	III: Тяжёлая	IV: Крайне тяжёлая
- ОФВ₁/ФЖЕЛ < 0,70 - ОФВ₁ ≥ 80% от должных значений	- ОФВ₁/ФЖЕЛ < 0,70 50% ≤ ОФВ₁ < 80% от должных значений	- ОФВ₁/ФЖЕЛ < 0,70 30% ≤ ОФВ₁ < 50% от должных значений	- ОФВ₁/ФЖЕЛ < 0,70 - ОФВ₁ < 30% от должных значений или ОФВ₁ < 50% от должных значений в сочетании с хронической дыхательной недостаточностью.
Активное уменьшение фактора (ов) риска; вакцинация против гриппа а			
Добавить бронхолитики короткого действия (по потребности) а			
	Добавить регулярное лечение одним или более бронхолитиком длительного действия (если необходимо); добавить реабилитацию.		
		Добавить ингаляционные глюкокортикостероиды, если обострения повторяются.	
			Добавить длительную оксигенотерапию при хронической дыхательной недостаточностью. Иметь ввиду возможность хирургического лечения.

*Для диагностики и оценки тяжести течения ХОБЛ рекомендованы значения ОФВ₁ после применения бронхолитика.

Стадия III: Тяжелая ХОБЛ — дальнейшее усиление ограничения воздушного потока (ОФВ₁/ФЖЕЛ < 70%; 30% ≤ ОФВ₁ < 50% от должных значений), более выраженная одышка, ограничение в выполнении физической нагрузки и повторные обострения, которые нарушают качество жизни пациента.

Стадия IV: Крайне тяжелая ХОБЛ — тяжелое ограничение воздушного потока (ОФВ₁/ФЖЕЛ < 70%; ОФВ₁ < 30% от должных значений или ОФВ₁ < 50% от должных значений в сочетании с хронической дыхательной недостаточностью). Пациент может иметь стадию IV: (крайне тяжелую ХОБЛ), даже если ОФВ₁ > 30% от должных значений, во всех случаях, когда присутствует это осложнение.

• На этой стадии качество жизни нарушено очень существенно и обострения могут угрожать жизни.

* — значения ОФВ₁/ФЖЕЛ и ОФВ₁ после применения бронхолитика.

Цели лечения ХОБЛ

- Облегчение симптомов.
- Предупреждение прогрессирования.
- Улучшение переносимости физической нагрузки.
- Улучшение состояния здоровья.
- Предупреждение и лечение осложнений.
- Предупреждение и лечение обострений.
- Снижение смертности.
- Предупреждение или сведение к минимуму побочных реакций на лечение.

Прекращение курения следует включить как цель в течение всей программы ведения больного.

Эти цели могут быть достигнуты посредством осуществления четырех компонентов программы ведения ХОБЛ:

1. Оценка и мониторинг болезни.
2. Снижение факторов риска.
3. Лечение стабильной ХОБЛ.
4. Лечение обострений.

Бронхолитики: Это лечение составляет основу симптоматической терапии ХОБЛ.

- Предпочтение отдается ингаляционной терапии (ипратропий, ипратропий/фенотерол, фенотерол, сальбутамол).

- Назначьте их «по потребности» для облегчения интермиттирующих или нарастающих симптомов и на регулярной основе для предупреждения или уменьшения постоянных симптомов.

- Выбор между β₂-агонистами, холиноблокаторами, метилксантинами или их комбинацией производится в зависимости от доступности медикаментов, индивидуальной реакции больного как в отношении облегчения симптомов, так и развития побочных эффектов.

- Регулярное лечение бронхолитиками длительного действия (тиотропий, формотерол) более эффективно и удобно, чем бронходилататорами короткого действия.

- Сочетание бронхолитиков может улучшить эффективность и снизить риск побочных эффектов в сравнении с увеличением дозы одного бронхолитика.

Глюкокортикостероиды

Регулярное лечение ингаляционными глюкокортикостероидами применимо только для больных, имеющих симптомы, с ОФВ₁ < 50% от должных значений и повторяющимися обострениями (например, 3 обострения за последние 3 года). Регулярное лечение ингаляционными глюкокортикостероидами направлено на снижение обострений и тем самым улучшение состояния здоровья, но не обуславливает снижения ОФВ₁ в течение длительного времени. Зависимость ответа от дозы и безопасность длительного применения ингаляционных глюкокортикостероидов при ХОБЛ неизвестны.

При тяжелой ХОБЛ применяется ингаляция суспензии будесонида через небулайзер.

Не рекомендуется применять в течение длительного времени оральные глюкокортикостероиды.

Другие противовоспалительные препараты

- Нестероидные противовоспалительные препараты не входят в протоколы лечения ХОБЛ, многие из них способны негативно влиять на течение заболевания, особенно у курящих.

- Фенспирид является препаратом, способным избирательно оказывать противовоспалительное действие на дыхательные пути. Монотерапия возможна только при легком течении ХОБЛ, при средне-тяжелой ХОБЛ — в сочетании с бронхолитиками.

Обычно применяемые лекарственные формы при ХОБЛ

Препарат	Ингалятор (мкг)	Раствор для небулайзера (мг/мл)	Форма для приема внутрь (per os)	Ампулы для инъекций (мг)	Длительность действия (часы)
β2-агонисты короткого действия					
Фенотерол (Беротек)	100-200 (ДАИ)	1	0,05% (сироп)		4-6
Левабутерол				0,63, 1,25	4-6
Сальбутамол (Альбутерол)	100, 200 (ДАИ и ПИ)	5	5 мг (таблетки) Сироп 0,024%	0,1, 0,5	4-6
Тербуталин	400, 500 (ПИ)	-	2,5, 5 (таблетки)	0,2, 0,25	4-6
Длительного действия					
Формотерол (Форадил, Оксис, Атимос)	4,5-12 (ДАИ и ПИ)				12+
Сальметерол (Серевент)	25-50 (ДАИ и ПИ)				12+
Антихолинергические (холиноблокаторы) короткого действия					
Ипратропия бромид (Атровент-Н)	20, 40 (ДАИ)	0,25-0,5			6-8
Окситропия бромид	100 (ДАИ)	1,5			7-9
Длительного действия					
Тиотропий (Спирива)	18 (ПИ)				24+
Комбинация β2-агонистов и холиноблокаторов короткого действия в одном ингаляторе					
Фенотерол/ипратропий (Беродуал)	200/80 (ДАИ)	1,25/0,5			6-8
Сальбутамол/ипратропий (Комбивент)	75/15 (ДАИ)	0,75/4,5			6-8
Метилксантины					
Аминофиллин			200-600 мг (таблетки)	240 мг	Варьирует, до 24
Теофиллин (медленного высвобождения)			100-600 мг (таблетки)		Варьирует, до 24
Ингаляционные глюкокортикостероиды					
Беклометазон (Беклазон-ЭКО, Кленил, Кленил-Джет)	50-400 (ДАИ и ПИ)	0,2-0,4			
Будесонид (Пульмикорт)	100, 200, 400 (ПИ)	0,20, 0,25, 0,5			
Флутиказон (Фликсотид)	50-500 (ДАИ и ПИ)				
Триамцинолон	100 (ДАИ)	40			
Комбинация β2-агонистов длительного действия и ингаляционных глюкокортикостероидов в одном ингаляторе					
Формотерол/будесонид (Симбикорт)	4,5/160, 9/320 (ПИ)				
Сальметерол/флутиказон (Серетид)	50/100, 250, 500 (ПИ), 25/50, 125, 250 (ДАИ)				
Системные глюкокортикостероиды					
Преднизон			5-60 мг (таблетки)		
Метилпреднизолон			4, 8, 16 мг (таблетки)		
Другие препараты					
Фенспирид	-	-	80 мг (таблетки, сироп)		6-8

ДАИ — дозированный аэрозольный ингалятор; ПИ — порошковый ингалятор.