

Хроническая обструктивная болезнь легких: вопросы терминологии и диагностики

 Е.И. Шмелев

ЦНИИ туберкулеза РАМН

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) — понятие, относительно недавно (в начале 1990-х годов) вошедшее в практику российской медицины. Для преодоления разночтений в определении и подходов к диагностике и лечению ХОБЛ были созданы национальные и международные стандарты по этой проблеме (Канада, 1992 г.; США, 1995 г.; Европейское респираторное общество, 1995 г.; Россия, 1995 г.; Великобритания, 1997 г.). В сентябре 2000 г. на очередном конгрессе Европейского респираторного общества был одобрен проект документа под названием **GOLD (Global initiative for chronic obstructive lung disease)**, ставший результатом работы экспертов ВОЗ по проблеме ХОБЛ. Положения GOLD систематически обновляются, что находит свое отражение в Интернете (www.goldcopd.com).

Понятие ХОБЛ

Одной из наиболее важных проблем является формулировка понятия ХОБЛ. Чтобы врачи разных регионов и разных школ понимали друг друга, необходимо использовать определение ХОБЛ, которое включало бы все основополагающие признаки болезни, позволяющие отличать ХОБЛ от других патологических состояний. Кроме того, необходимо четко определить, что такое ХОБЛ — собирательное понятие или самостоятельная нозологическая форма. При многолетнем обсуждении этих вопросов постепенно сформировалась современная концепция ХОБЛ, включающая ряд обязательных положений:

- хроническое воспаление, обусловленное факторами экологической агрессии (раздражающие частицы и газы);
- поражение воздухоносных путей (бронхов) и паренхимы легких (болезнь легких);
- прогрессирующая бронхиальная обструкция.

С учетом современных представлений можно предложить такое рабочее определение: *хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) — хроническое экологически опосредованное воспалительное заболевание респираторной системы с преимущественным поражением дистальных отделов дыхательных путей и легочной паренхимы с развитием эмфиземы, которое проявляется частично обратимой бронхиальной обструкцией, характеризуется прогрессированием и нарастающими явлениями хронической дыхательной недостаточности.*

Эта формулировка включает воспалительную природу болезни, поражение наряду с воздухоносными путями и паренхимы легких, а также прогрессирование частично обратимой обструкции.

Важно уточнить следующее: ХОБЛ — это болезнь или группа болезней? По этому поводу высказывались различные мнения: от собирательного понятия (“болезни”) до двойственности понятия (на ранних этапах — “болезни”, а в стадии сотового легкого — “болезнь”). Однако все формулировки должны служить одной цели: унификации взглядов на ХОБЛ, что позволит получать истинные эпидемиологические данные и будет способствовать

оптимизации лечения. Этим задачам наиболее соответствует отношение к ХОБЛ как к одной самостоятельной нозологической форме.

Коварство ХОБЛ заключается в медленном, но неуклонном прогрессировании: выраженная клиническая симптоматика появляется лишь в развернутой стадии болезни. На ранних же стадиях ХОБЛ протекает исподволь, без постоянной клинической симптоматики. Называть эту болезнь на начальных этапах ее развития хроническим (астмоидным, обструктивным и др.) бронхитом некорректно, поскольку такой подход подразумевает две фазы болезни: на первых этапах — бронхит, а позже — собственно ХОБЛ. Это не соответствует истинному положению вещей: ХОБЛ как самостоятельная нозологическая форма начинается с включения всех патогенетических механизмов, поэтому выделение стадии “бронхита” искусственно и неправомерно.

Этиология

Главный фактор риска ХОБЛ (в 80–90% случаев) — **курение**. Курильщики имеют максимальные показатели смертности, у них быстрее развиваются необратимые обструктивные нарушения и все известные признаки ХОБЛ. Считается, что демография ХОБЛ отражает распространенность курения.

Дефицит α_1 -антитрипсина — единственная хорошо изученная к настоящему времени генетическая патология, ведущая к ХОБЛ. Но вклад этой причины в формирование всей когорты больных ХОБЛ значительно меньший, чем курения. Так, в США среди больных ХОБЛ врожденный дефицит α_1 -антитрипсина выявляется менее чем в 1% случаев. Дефицит α_1 -антитрипсина приводит к эмфиземе легких, ХОБЛ и формированию бронхоэктазов. Начало болезни ускоряется при курении.

Среди **факторов риска профессиональной природы** наиболее вредоносными являются

кадмий и кремний. Профессии с повышенным риском развития ХОБЛ: шахтеры (в горнодобывающей промышленности риск ХОБЛ самый высокий); строительные рабочие, связанные с цементом; рабочие металлургической промышленности (горячая обработка металлов); железнодорожники; рабочие, занятые переработкой зерна, хлопка и производством бумаги. Следует подчеркнуть, что курение усиливает действие профессиональных факторов риска.

Загрязнение окружающего воздуха — важный этиологический фактор ХОБЛ. Практически всегда при формировании ХОБЛ происходит интеграция внешних (экологическая агрессия) и внутренних (генетическая предрасположенность) факторов риска. Разнообразие вариантов течения ХОБЛ, вероятно, и определяется различиями вклада внешних и внутренних факторов в формирование болезни у конкретного индивидуума.

Патогенез

При сочетании факторов риска окружающей среды и генетической предрасположенности развивается хронический воспалительный процесс, в который вовлекаются все морфологические структуры бронхов разного калибра, интерстициальная (перибронхиальная) ткань и альвеолы. Локализация воспаления и особенности пусковых факторов определяют специфику патологического процесса.

Совершенствование наших представлений о патогенезе ХОБЛ является важнейшим инструментом, влияющим на основные положения классификации ХОБЛ, способы мониторинга болезни, проблемы лечения и профилактики.

Условно **основные механизмы патогенеза ХОБЛ** можно разделить на 5 составных частей, взаимно дополняющих друг друга.

1. Мукоцилиарная дисфункция:

- гиперсекреция бронхиальной слизи;
- ухудшение мукоцилиарного транспорта;
- повреждение слизистой.

Рекомендации по ведению больных

2. Структурные изменения:

- гиперплазия/метаплазия бокаловидных клеток;
- гипертрофия слизистых желез;
- гипертрофия гладкой мускулатуры;
- фиброз воздухоносных путей;
- разрушение альвеол.

3. Воспаление:

- увеличение числа клеток воспаления и их активация ($CD8^+$ -лимфоциты, моноциты/макрофаги, нейтрофилы);
- увеличение продукции медиаторов воспаления (интерлейкин-8, $TNF-\alpha$, лейкотриен B_4 , оксиданты);
- нарушения баланса протеазы/антипротеазы;
- колонизация микроорганизмов.

4. Обструкция воздухоносных путей:

- нарушение прикрепления альвеол к бронхиолам;
- потеря эластической тяги;
- спазм гладкой мускулатуры.

5. Системные (внелегочные) механизмы:

- гипотрофия;
- снижение индекса массы тела;
- повреждение скелетных мышц: слабость, гипотрофия.

Перечисленные механизмы не исчерпывают всего сложного патогенеза ХОБЛ, а скорее представляют собой объекты проводимых фундаментальных и клинических исследований и потенциальные точки приложения диагностических и лечебных методов.

Следует подчеркнуть, что по мере прогрессирования болезни и нарастания эмфиземы ХОБЛ приобретает качественно новый характер, проявляющийся снижением эффективности фармакотерапии и нарастанием дыхательной недостаточности.

Классификация

ХОБЛ классифицируют по степени тяжести на основании объема форсированного выдоха за 1-ю секунду ($ОФВ_1$), который принят за стандарт, характеризующий

бронхиальную обструкцию. Клинические проявления ХОБЛ расцениваются как вторичные от $ОФВ_1$ и не являются факторами, определяющими стадию болезни.

Рекомендуется выделять 4 стадии ХОБЛ:

I: легкая	$ОФВ_1 \geq 80\%$ от должных величин
II: средне-тяжелая	$50\% \leq ОФВ_1 < 80\%$ от должных величин
III: тяжелая	$30\% \leq ОФВ_1 < 50\%$ от должных величин
IV: крайне тяжелая	$ОФВ_1 < 30\%$ от должных величин или $ОФВ_1 < 50\%$ в сочетании с хронической дыхательной недостаточностью или правожелудочковой сердечной недостаточностью.

При этом на любой стадии отношение $ОФВ_1$ к форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) составляет менее 70%, и обычно (но не всегда) наблюдается хронический кашель с выделением мокроты.

Диагностика ХОБЛ

Установление диагноза ХОБЛ основано на выявлении главных клинических признаков: кашля, выделения мокроты, одышки. При этом обязательно следует учитывать наличие факторов риска и исключать заболевания легких со сходными симптомами.

Анамнез

В руководстве GOLD рекомендуется особое внимание обращать на следующие данные анамнеза, имеющие диагностическое значение:

- воздействие факторов риска;
- анамнестические указания на бронхиальную астму, любые аллергические заболевания, синуситы и полипоз носовых ходов, респираторные инфекции в детстве и другие респираторные заболевания;
- наследственная предрасположенность к ХОБЛ и другим легочным болезням;
- характер развития симптомов;

- данные об обострениях и госпитализациях в связи с респираторными болезнями;
- наличие сопутствующих заболеваний, которые могут снижать переносимость физических нагрузок (болезни сердца, ревматические болезни);
- адекватность проводимой терапии;
- влияние болезни на жизнь пациента: ограничение активности, нетрудоспособность и ее экономические последствия, взаимоотношения в семье, психоэмоциональные проблемы;
- общественная и семейная поддержка, доступная пациенту;
- возможности ограничить действие факторов риска (особенно — прекращение курения).

Клиническая картина

Оценивая клинические признаки ХОБЛ, следует выделять основные фазы ее течения: стабильную и обострение. Стабильным считается состояние, когда прогрессирование заболевания можно обнаружить лишь при длительном динамическом наблюдении за больным (6–12 мес), а выраженность симптомов существенно не меняется в течение недель и даже месяцев. Обострение — ухудшение состояния больного, проявляющееся нарастанием симптоматики и функциональных расстройств, возникающее внезапно и длящееся не менее 5 дней.

Стабильная ХОБЛ. Самым ранним симптомом является *кашель*, появляющийся к 40–50 годам жизни. *Мокрота* выделяется в небольшом количестве (редко более 60 мл в сутки) по утрам, имеет слизистый характер и становится гнойной лишь при обострении.

Одышка — основной и наиболее яркий клинический признак ХОБЛ, приносящий максимальные страдания больным. Одышка появляется обычно во II стадии болезни, носит постоянно прогрессирующий характер, усиливается при нагрузке и при обострениях.

Симптоматика стабильной ХОБЛ определяется тяжестью болезни. При **I стадии** ХОБЛ имеет субклиническое течение, а респираторные симптомы обычно появляются лишь при обострении болезни, что нередко принимают за банальную простуду. Кашель — единственный симптом, реально наблюдаемый у больных ХОБЛ I стадии. При этом кашель практически всегда сочетается с воздействием факторов риска, главным из которых является курение. Обычно это легкое покашливание по утрам с небольшим количеством слизистой мокроты. Психология курильщика, определяемая его возрастом и социальным положением, часто ведет к игнорированию “малых” признаков начала болезни, которые если и замечаются, то не становятся поводом для обращения к врачу. Других симптомов, характерных для ХОБЛ, в I стадии при стабильном состоянии не выявляется.

При **II стадии** ХОБЛ наблюдается развернутая клиническая картина со всем комплексом симптомов. Кашель становится постоянным, но не приступообразным, а в виде легкого покашливания в течение дня. Больные обычно привыкают к покашливанию, и особого дискомфорта этот симптом у них не вызывает. Мокрота обычно скудная, слизистая. Но к этим двум симптомам присоединяется одышка, носящая экспираторный характер. Вначале одышка ощущается только при физической нагрузке, ранее легко переносимой, а затем и в покое. С этим симптомокомплексом больные обычно впервые обращаются за медицинской помощью.

Результаты физикального обследования пациентов с ХОБЛ зависят от степени выраженности бронхиальной обструкции, тяжести легочной гиперинфляции (перерастяжения легких) и телосложения. По мере прогрессирования болезни к кашлю присоединяется свистящее дыхание, наиболее ощутимое при ускоренном выдохе. Нередко при аускультации выявляются сухие разнотональные хрипы. Одышка может варь-

Рекомендации по ведению больных

ровать в очень широких пределах: от ощущения нехватки воздуха при обычных физических нагрузках до удушья в покое. Чувствительность физических методов для определения степени тяжести ХОБЛ невелика. Среди классических признаков можно назвать свистящий выдох и удлиненное время выдоха (более 5 с), которые могут свидетельствовать о бронхиальной обструкции.

При **III–IV стадиях** к комплексу респираторных симптомов (кашель, одышка), присоединяются признаки хронического легочного сердца, гипоксии и гиперкапнии, реологических расстройств, недостаточности кровообращения, утомления дыхательной мускулатуры, а самое главное — рефрактерности к бронходилататорам. Рефрактерность к бронходилататорам — важный признак утраты обратимого компонента бронхиальной обструкции и прогрессирования эмфиземы легких.

Основной причиной смерти больных ХОБЛ является *дыхательная недостаточность* (ДН) — состояние, при котором парциальное напряжение кислорода в артериальной крови (PaO_2) составляет менее 60 мм рт. ст., а парциальное напряжение углекислого газа (PaCO_2) — более 45 мм рт. ст. В зависимости от скорости развития различается хроническая ДН (ХДН) и острая ДН (ОДН). ХДН развивается постепенно и вначале проявляется лишь при нагрузке, а затем и в покое. ОДН возникает за короткий промежуток времени (часы, минуты) и обычно является следствием острых патологических процессов (обострение ХОБЛ, пневмония, тромбоэмболия легочной артерии, острая сердечная недостаточность и др.). Нередко при ОДН наблюдается нарушение сознания (вплоть до комы), что отражает реакцию центральной нервной системы на изменения газового и электролитного состава крови. Нередко усугублению угнетения сознания может способствовать седативная терапия.

Таким образом, ХОБЛ развивается под действием факторов риска и характеризуется медленным постепенным началом. Наиболее ранним признаком ХОБЛ является кашель, остальные симптомы присоединяются позже, при этом прогрессирование болезни постепенно ускоряется.

Обострение ХОБЛ. В монотонную картину прогрессирования стабильной ХОБЛ на определенном этапе вклиниваются обострения, возникающие 2–5 раз в год и более. Основной симптом обострения ХОБЛ — усиление одышки, которое обычно сопровождается появлением или усилением дистанционных хрипов, чувством сдавления в груди, снижением толерантности к физической нагрузке, нарастанием интенсивности кашля и количества мокроты с изменением ее цвета и вязкости. При этом существенно ухудшаются функциональные показатели (ОФВ_1 и др.), могут возникнуть гипоксемия и даже гиперкапния. Обострения могут начинаться постепенно, исподволь или стремительно ухудшать состояние больного с развитием ОДН и острой правожелудочковой недостаточности.

В зависимости от интенсивности симптоматики и ответа на лечение выделяются **три степени тяжести обострения**. Легкое обострение — незначительное утяжеление симптоматики, купируемое при усилении бронхорасширяющей терапии. Среднетяжелое обострение требует врачебного вмешательства, но возможно купирование в амбулаторных условиях; обычно такое обострение наблюдается при II стадии болезни. Тяжелое обострение — безусловно требующее стационарного лечения и проявляющееся усилением симптоматики не только основного заболевания, но и его осложнений.

Функциональные методы исследования

Данных физикального обследования недостаточно для установления диагноза ХОБЛ, они лишь дают ориентиры для даль-

нейшего диагностического поиска с применением инструментальных и лабораторных методов.

Ведущее значение в диагностике ХОБЛ и объективной оценке степени тяжести заболевания имеет исследование функции внешнего дыхания (ФВД).

Спирометрия стала “золотым стандартом” в диагностике ХОБЛ, так как показатели спирометрии лучше всего стандартизируются, воспроизводятся и являются наиболее объективными. Обязательно определяются следующие объемные и скоростные показатели: жизненная емкость легких (ЖЕЛ), ФЖЕЛ, $ОФВ_1$, максимальная объемная скорость выдоха на уровне 75, 50 и 25% ЖЕЛ. Основным критерием, определяющим хроническое ограничение воздушного потока (хроническую обструкцию), является снижение $ОФВ_1$ до уровня менее 80% от должных величин.

Для исследования обратимости обструкции используются **пробы с ингаляционными бронходилататорами**. Оценивается их влияние на показатели кривой поток—объем (главным образом, на $ОФВ_1$). В качестве бронходилатационных препаратов при проведении тестов рекомендуется назначать: β_2 -агонисты короткого действия (начиная с минимальной дозы до максимально допустимой: фенотерол — от 100 до 800 мкг; сальбутамол — от 200 до 800 мкг, тербуталин — от 250 до 1000 мкг) с измерением бронходилатационного ответа через 15 мин или антихолинергические препараты (ипратропия бромид — от 40 до 80 мкг) с измерением бронходилатационного ответа через 30–45 мин.

Во избежание искажения результатов бронходилатационного теста необходимо отменить проводимую терапию в соответствии с фармакокинетическими свойствами принимаемого препарата (β_2 -агонисты короткого действия — за 6 ч до начала теста, длительно действующие β_2 -агонисты — за 12 ч, пролонгированные теофиллины — за 24 ч).

Прирост $ОФВ_1$ более чем на 15% от исходных показателей свидетельствует об обратимости обструкции. Следует подчеркнуть, что нормализации $ОФВ_1$ в тесте с бронходилататорами у больных ХОБЛ практически никогда не происходит.

Важным методом, позволяющим подтвердить диагноз ХОБЛ, является **мониторирование $ОФВ_1$** — многолетнее повторное измерение этого показателя. В зрелом возрасте в норме отмечается снижение $ОФВ_1$ в пределах 30 мл за год. Для больных ХОБЛ характерно ежегодное падение $ОФВ_1$ на 50 мл и более.

Функциональные расстройства при ХОБЛ проявляются не только нарушением бронхиальной проходимости, но также изменением структуры статических объемов, нарушением эластических свойств, диффузионной способности легких, снижением физической работоспособности, что выявляется при углубленном исследовании (бодиплетизмография, эргоспирометрия).

Пульсоксиметрия применяется для измерения и мониторинга насыщения артериальной крови кислородом (SaO_2), однако она дает возможность регистрировать лишь уровень оксигенации, не позволяя следить за изменениями $PaCO_2$. Если показатель SaO_2 составляет менее 94%, то показано исследование газов артериальной крови.

При прогрессировании ХОБЛ достаточно часто наблюдается повышение давления в легочной артерии. Выраженность легочной гипертензии имеет прогностическое значение. Среди неинвазивных методов оценки легочной гипертензии наилучшие результаты дает **доплерэхокардиография**. В обычной практике ведения больных ХОБЛ использование прямых методов измерения давления в легочной артерии не рекомендуется.

В ряде случаев у больных ХОБЛ требуется **функциональное исследование дыхательных мышц**. Особенно это важно при похудании больных, при подозрении на стеро-

Рекомендации по ведению больных

идную миопатию и при гиперкапнии, не соответствующей снижению ОФВ_1 .

В начальных стадиях заболевания нарушения диффузионной способности и газового состава крови в покое могут отсутствовать, проявляясь только при физической нагрузке. У более тяжелых больных решение о целесообразности назначения кислородотерапии может зависеть и от степени ограничения физической работоспособности. Для объективизации степени снижения толерантности к нагрузке существуют различные методы. **Пробы с физической нагрузкой** могут проводиться с использованием различных устройств дозирования нагрузки (велоэргометры, тредмилы) или же без них, когда в качестве критерия физической толерантности используется расстояние, пройденное пациентом за определенное время (шаговая проба).

При проведении **6-минутной шаговой пробы** больному ставится задача пройти как можно большую дистанцию за 6 мин, после чего пройденное расстояние регистрируется. По возможности при проведении теста следует определять насыщение крови кислородом методом пульсоксиметрии. Есть данные о корреляции пройденного расстояния с показателями легочной диффузии. Обычно больной ХОБЛ с показателем ОФВ_1 около 1 л (или 40% от должного) проходит за 6 мин около 400 м. Показатели 6-минутной пробы очень вариабельны и зависят в значительной степени от эмоционального состояния и мотивации. Этот метод является наиболее простым средством для индивидуального наблюдения и мониторингирования течения заболевания. Проба с физической нагрузкой используется и в случаях, когда выраженность одышки не соответствует снижению ОФВ_1 . Она используется для отбора больных на реабилитационные программы.

Лабораторные методы исследования

Лабораторные методы исследования детализируют особенности течения ХОБЛ.

Цитологическое исследование мокроты дает информацию о характере воспалительного процесса и его выраженности. **Культуральное микробиологическое исследование мокроты** целесообразно проводить при неконтролируемом прогрессировании инфекционного процесса и для подбора рациональной антибиотикотерапии. Оно является дополнительным методом исследования.

Клинический анализ крови. При стабильном течении ХОБЛ существенных изменений содержания лейкоцитов в периферической крови не происходит. При обострении наиболее часто наблюдается нейтрофильный лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом и увеличение СОЭ. Однако эти изменения наблюдаются не всегда.

С развитием гипоксемии у больных ХОБЛ формируется полицитемический синдром, для которого характерно повышение гематокрита (>47% у женщин и >52% у мужчин), числа эритроцитов, гемоглобина, а также низкая СОЭ и повышенная вязкость крови.

Иммунологическое исследование крови является дополнительным и проводится при неуклонном прогрессировании инфекционного воспалительного процесса для оценки иммунодефицита.

Рентгенологические методы исследования

Рентгенография органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях является обязательным методом обследования. При I стадии ХОБЛ существенные рентгенологические изменения могут не обнаруживаться. При II–IV стадиях ХОБЛ могут наблюдаться низкое стояние куполов диафрагмы, уплощение и ограничение ее подвижности, гипервоздушность легочных полей, буллы, увеличение ретростерального пространства, сужение и вытянутость тени сердца. На фоне обеднения сосудистыми тенями определяется высокая плотность стенок бронхов, инфильтрация по их ходу, т.е. выявляются признаки воспали-

тельного процесса в бронхиальном дереве и эмфиземы.

При первичном рентгенологическом обследовании важно отвергнуть другие заболевания легких (в частности, опухоли и туберкулез). При обострении ХОБЛ рентгенография легких позволяет исключить пневмонию, спонтанный пневмоторакс и другие осложнения.

Компьютерная томография легких является дополнительным методом обследования и проводится по специальным показаниям. Она позволяет количественно оценить морфологические изменения легких, в первую очередь — эмфизему, более четко выявить буллы, их локализацию и размеры.

Другие методы исследования

Электрокардиография (ЭКГ) позволяет у ряда больных выявить признаки гипертрофии правых отделов сердца, однако ее ЭКГ-критерии резко изменяются из-за эмфиземы. Данные ЭКГ помогают также исключить кардиальный генез респираторной симптоматики.

Бронхологическое исследование является дополнительным для больных ХОБЛ. Оно проводится для оценки состояния слизистой оболочки бронхов и дифференциального диагноза с другими заболеваниями легких. В ряде случаев могут быть выявлены заболевания, ставшие причиной хронической бронхиальной обструкции.

Важную информацию при ХОБЛ дает **оценка качества жизни**. Качество жизни — интегральный показатель, определяющий адаптацию больного к наличию болезни и возможность выполнения привычных для больного функций, связанных с его социально-экономическим положением (на работе и в быту). Для определения качества жизни применяются специальные анкеты, из которых при ХОБЛ наиболее распространена анкета Госпиталя Святого Георгия.

Итак, диагностика ХОБЛ осуществляется при суммировании следующих данных: наличия факторов риска, клинических

признаков (главные из которых — кашель и экспираторная одышка) и нарушения бронхиальной проходимости при исследовании ФВД (снижение $ОФВ_1$). Обязательное условие диагностики — исключение других заболеваний, которые могут привести к появлению аналогичных симптомов.

Таким образом, своевременная и точная диагностика ХОБЛ зависит в первую очередь от подготовленности врача и требует минимального оснащения.

Дифференциальная диагностика

Бронхиальная астма (БА) и ХОБЛ — два самостоятельных хронических заболевания респираторной системы, наиболее распространенные в популяции. Несмотря на вполне определенные различия между БА и ХОБЛ по механизмам развития, клиническим проявлениям и принципам профилактики и лечения, эти два заболевания имеют некоторые общие черты. Дифференциальная диагностика БА и ХОБЛ основана на интеграции клинических данных, результатов функциональных и лабораторных тестов. В настоящее время еще нет лабораторного маркера, надежно дифференцирующего эти две болезни. Основной акцент в дифференциальной диагностике делается на установлении главных признаков, определяющих сущность болезни: волнообразность и обратимость симптоматики при БА, а при ХОБЛ — неуклонное прогрессирование и отсутствие обратимости. Кроме того, возможно и сочетание этих двух болезней у одного человека.

Дифференциальная диагностика на разных стадиях ХОБЛ имеет свои особенности. При I стадии — это выявление отличий от других заболеваний, связанных с факторами экологической агрессии, протекающих субклинически или с малой симптоматикой (в первую очередь, различных вариантов хронических бронхитов). В подобных ситуациях помогает применение специальных фармакологических тестов на выявление бронхиальной гиперреактивно-

Рекомендации по ведению больных

сти и тестов с физической нагрузкой, а также наблюдение за динамикой ОФВ₁.

Особые сложности возникают при проведении дифференциального диагноза у больных с III–IV стадиями ХОБЛ. Сложность заключается не только в тяжести состояния и выраженности необратимых изменений, но и в большом числе сосуществующих заболеваний (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, болезни обмена), которые нередко возникают во второй половине жизни, особенно при длительном воздействии факторов экологической агрессии. В этих ситуациях необходимо выявлять ведущее заболевание, приносящее в данной ситуации максимальные неудобства больному.

Формулировка диагноза

При формулировке диагноза ХОБЛ следует указывать стадию (I, II, III, IV), фазу заболевания (стабильная или обострение) и осложнения. Следует подчеркнуть, что указание в диагнозе эмфиземы или хронического бронхита нецелесообразно, поскольку это обязательные компоненты ХОБЛ, и они не отражают весь объем патологических состояний легких.

Примеры формулировки диагноза ХОБЛ

Хроническая обструктивная болезнь легких. II стадия. Фаза ремиссии. ДН I.

Хроническая обструктивная болезнь легких. II стадия. Фаза обострения. ДН II.

Хроническое легочное сердце в стадии компенсации. НК I.

При сочетании ХОБЛ с бронхиальной астмой выставляются оба диагноза.

Рекомендуемая литература

Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких. Пересмотр 2003: Пер. с англ. М.: Атмосфера, 2003.

Клинические рекомендации. Хроническая обструктивная болезнь легких / Под ред. Чучалина А.Г. М.: Атмосфера, 2003.

Хронические обструктивные болезни легких. Федеральная программа. М., 2003.

Шмелев Е.И. Хроническая обструктивная болезнь легких. М., 2003.

BTS Guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease // Thorax. 1997. V. 52. Suppl. 5.

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. NHLBI/WHO workshop report. Bethesda, National Heart, Lung and Blood Institute, April 2001; Update of the Management Sections, GOLD website (www.goldcopd.com). Date update: 1 July 2003.

Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease / Ed. by Postma D.S., Siafakas N.M. The European Resp. Soc. Monograf. 1998. № 7.

Standards for the diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease // Amer. J. Resp. Crit. Care Med. 1995. V. 152. № 5. Suppl. S. 78–121.