

Хроническая обструктивная болезнь легких

1. Хроническая обструктивная болезнь легких

2. Код протокола: Р-Т-017

3. Код (коды) по МКБ-10:

J44 Другая хроническая обструктивная легочная болезнь

J42 Хронический бронхит неуточненный

4. **Определение:** Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – первично хроническое воспалительное заболевание с преимущественным поражением дистальных

отделов дыхательных путей, паренхимы легких и формированием эмфиземы; оно характеризуется ограничением воздушного потока с развитием необратимой или частично

обратимой бронхиальной обструкцией. Снижение проходимости дыхательных путей носит прогрессирующий характер и связано с воспалительным ответом легких на пылевые частицы или дым, табакокурение, загрязнение атмосферного воздуха.

5. Классификация:

- стадия 0. Стадия риска ХОБЛ - хронический кашель и выделение мокроты; функции легких в норме.

- стадия I. Легкая ХОБЛ - невыраженная (легкая) бронхообструкция (ОФВ1/ЖЕЛ < 70%, но ОФВ1 . 80 % от должных значений) и, как правило, но не всегда, имеется хронический кашель и выделение мокроты.

- стадия II. ХОБЛ средней тяжести - прогрессирование бронхообструкции (50 % . ОФВ1<80 % от должных значений) и обычно прогрессирование симптомов, одышка развивается при физической нагрузке.

- стадия III. Тяжелая ХОБЛ - дальнейшее прогрессирование бронхообструкции (30 % . ОФВ1<50 % от должных значений), прогрессирование одышки и частые обострения, которые влияют на качество жизни.

- стадия IV. Очень тяжелая ХОБЛ - тяжелая бронхообструкция ОФВ1<30 % от должных значений) или наличие хронической дыхательной недостаточности. У больного может быть (IV стадия) даже, когда ОФВ > 30 % от должных значений, но при наличии этих осложнений.

6. **Факторы риска:** Наиболее важным фактором риска ХОБЛ является курение. Далее следуют запыленность и химикаты (раздражающие вещества, пары, испарения) на рабочем месте, загрязнения воздуха жилых помещений продуктами сгорания органического топлива, загрязнение окружающего воздуха, пассивное курение, инфекции дыхательных путей в раннем детском возрасте, генетическая предрасположенность (у некурящих лиц моложе 40 лет заболевание связывают с дефицитом альфа1-антитрипсина)

7. **Первичная профилактика** отказ от курения

8. Диагностические критерии:

8.1. жалобы и анамнез

- Хронический кашель (ежедневный, часто продолжается целый день; изредка только ночью),

- Хроническое выделение мокроты (любой случай хронического выделения мокроты может указывать на ХОБЛ),

- Острые бронхиты (многократно повторяются),

- Одышка (прогрессирующая. Постоянная, усиливается при физической нагрузке, инфекциях дыхательных путей),

- Анамнез, указывающий на факторы риска.

8.2. физикальное обследование:

- в конце форсированного патологически удлиненного выдоха аускультативно можно выслушать сухие хрипы, обусловленные обструкцией дыхательных путей;

- у больного эмфиземой легких грудная клетка приобретает бочкообразную форму, аускультативно можно выслушать ослабление дыхания, а при перкуссии выявляют коробочный звук.

- при гипоксемии возникает цианоз.

8.3. лабораторные исследования наклонность к повышению количества эритроцитов и уровня гемоглобина, особенно при развитии дыхательной недостаточности.

8.4. инструментальные исследования

Диагноз ХОБЛ должен быть подтвержден спирометрией:

- Прогрессирующее снижение ОФВ1

- Форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ) - (FVC)

- Объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1) - (FEV1)

Подсчитывается отношение ОФВ1/ФЖЕЛ (FEV1/FVC)

8.5. показания для консультации специалистов: по показаниям

8.6. дифференциальный диагноз

Основные дифференциально-диагностические критерии ХОБ и БА		
Признаки	ХОБ	БА
Аллергия	Не характерна	Характерна
Кашель	Постоянный, различной эффективности	Приступообразный
Одышка	Постоянная, без резких колебаний выраженности	Приступы экспираторной одышки
Суточные изменения ОФВ	Менее 10% от должного	Более 15% от должного
Бронхиальная обструкция	Обратимость не характерна, прогрессивное ухудшение функций легких	Обратимость характерна. Прогрессивного ухудшения функций легких нет
Эозинофилия крови и мокроты	Не характерна	Характерна

9. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Консультация терапевта
2. Общий анализ крови
3. Общий анализ мочи
4. Микрореакция
5. Общий анализ мокроты
6. Флюорография
7. Исследование функций внешнего дыхания

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Цитология мокроты
2. Исследование мокроты на БК
3. Анализ чувствительности микробов к антибиотикам
4. Рентгенография органов грудной клетки
5. Фибробронхоскопия
6. Консультация пульмонолога
7. Консультация отоларинголога
8. Газовый состав крови

10. Тактика лечения главным является снижение темпов прогрессирования заболевания.

10.1. цели лечения снижение темпов прогрессирования заболевания, ведущего к нарастанию бронхиальной обструкции и дыхательной недостаточности.

10.2. немедикаментозное лечение

Первым и наиболее действенным методом для этого служит прекращение курения. Любые консультации, о вреде курения эффективны и должны использоваться при каждом приеме.

Важное место в лечении ХБ принадлежит методам лечебной дыхательной гимнастики, направленных на улучшение дренажной функции бронхиального дерева и тренировку дыхательной мускулатуры. Одновременно с этим, определенное значение имеют физиотерапевтические методы лечения и лечебный массаж дыхательной мускулатуры.

10.3. медикаментозное лечение

Основой симптоматического лечения ХОБЛ являются бронхолитические средства, предпочтительно в ингаляциях.

- Назначаются «по мере надобности», чтобы устранить временные или ухудшающиеся симптомы, и на регулярной основе – для профилактики и уменьшения персистирующих симптомов.

- Выбор между различными группами бронхолитиков и их комбинацией зависит от наличия в арсенале лекарственных средств и индивидуальной реакции с точки зрения устранения симптомов и возникновения побочных эффектов.

- Регулярное лечение длительно действующими бронходилататорами намного эффективнее и удобнее, чем лечение бронхорасширяющими препаратами короткого действия, но дороже.

- Комбинация лекарств с различными механизмами и длительностью действия повышает степень расширения бронхов для взаимного уравнивания или уменьшения побочных эффектов.

- Теофиллин эффективен при ХОБЛ, но из-за потенциальной его токсичности наиболее предпочтительны ингаляционные бронходилататоры, если они есть в наличии.

Ингаляционные кортикостероиды регулярно используются только для пациентов с:

- Клиническим улучшением и зафиксированным положительным спирометрическим ответом на пробный курс ингаляционных кортикостероидов или

- ОФВ1 < 50% от должных значений и повторных обострениях (например, 3 раза за последние 3 года).

Длительное лечение ингаляционными кортикостероидами может облегчить симптомы в тщательно отобранной группе пациентов, но не уменьшает прогрессивное снижение ОФВ1.

- При всех стадиях ХОБЛ необходимы: исключение факторов риска, ежегодная вакцинация противогриппозной вакциной и бронходилататоры короткого действия по потребности. При легкой (1 стадии ХОБЛ) и отсутствии клинических проявлений заболевания больной не нуждается в регулярной лекарственной терапии.

- Больным с интермиттирующими симптомами показан один из ингаляционных бета2-агонистов или М-холинолитики короткого действия (сальбутамол - 200-400 мкг, фенотерол - 200-400 мкг), ипротропия бромид 40 мкг, беродуал (фиксированная комбинация фенотерола и ипротропия бромиды).

- При стадиях 2-4 добавить регулярное лечение одним или более длительно действующими бронходилататорами (сальметерол-50 мкг или формотерол-12 мкг два раза в сутки).

- При 3-4 стадиях показано регулярное лечение ингаляционными глюкокортикостероидами (беклометазон дипропионат - 600-800 мкг в сутки, будесонид – 800-1600 мкг в сутки, или флутиказон пропионат– 250-1000 мкг в сутки). Системные глюкокортикостероиды при стабильном лечении не рекомендуются.

- Муколитики (амброксол) назначают только больным с вязкой мокротой.

- Антибактериальную терапию назначать при наличии гнойной мокроты с учетом антибиотикограмм. Предпочтение отдается препаратам макролидов новых поколений (спирамицин), амоксициллин+клавулановая кислота, клиндамицин в сочетании с муколитиками (спирамицин 3 000 000 ЕД х 2 раза, 5-7 дней, амоксициллин+клавулановая кислота 500 мг х 2 раза, 7 дней, кларитромицин 250 мг х 2 раза, 5-7 дней, цефтриаксон 1,0 х 1-2 раза, 5 дней, метронидазол 100 мл в/в капельно). По получению результатов бактериологического исследования в зависимости от клинического эффекта и выделенной микрофлоры вносятся коррективы в лечение (цефалоспорины, фторхинолоны и др.).

10.4. показания к госпитализации

1. Субфебрильная температура более 3 дней;
2. Снижение показателей ФВД более 10 % от исходных (ОФВ1, ЖЕЛ, ФЖЕЛ, Тифно);
3. Нарастание дыхательной недостаточности и признаки сердечной недостаточности

10.5. профилактические мероприятия: противорецидивное лечение

10.6. дальнейшее ведение, принципы диспансеризации: диспансерное наблюдение у терапевта.

Перечень основных медикаментов:

1. *Бекламетазон аэрозоль 200 доз
2. *Ипратропия бромид аэрозоль 100 доз
3. *Сальбутамол аэрозоль 100 мкг/доза; таблетка 2 мг, 4 мг; раствор для небулайзера 20 мл
4. *Теофиллин таблетка 200 мг, 300 мг таблетка ретард 350 мг
5. *Фенотерол аэрозоль 200 доз
6. *Ипратропия бромид 21 мкг+фенотерола гидробромид 50 мкг
7. *Амброксол таблетка 30 мг; сироп 30 мг/5 мл
8. * Амоксициллин+клавулановая кислота таблетки, покрытые оболочкой 500 мг/125 мг, 875 мг/125 мг, порошок для приготовления раствора для внутривенного введения во флаконах 500мг/100мг, 1000мг/200мг
9. *Азитромицин 500 мг, капсулы
10. *Метронидазол 100 мл , флакон

Перечень дополнительных медикаментов:

1. *Аминофиллин раствор для инъекций 2,4% в ампуле 5 мл, 10 мл
2. *Салметерол аэрозоль для ингаляции 25 мкг/доза
3. *Флутиказон аэрозоль 120 доз
4. *Кларитромицин 500 мг, табл.
5. *Спирамицин 3 млн. ЕД, табл.

12. Индикаторы эффективности лечения: снижение темпов прогрессирования заболевания, ведущего к нарастанию бронхиальной обструкции и дыхательной недостаточности.

13. Список использованной литературы:

1. Краткое руководство для врачей и медсестер по хронической обструктивной болезни легких. Диагностика, лечение и профилактика. Национальный Институт здоровья США, ВОЗ, 2004.

2. Клинические рекомендации. Фармакологический справочник. Изд-во «ГЕОТАР-МЕД», 2004.
3. Доказательная медицина. Ежегодный краткий справочник. Вып. 3, изд-во Медиа Сфера, 2004
4. Доказательная медицина. Ежегодный справочник. Часть 1. М. Медиа Сфера, 2003, с 82-100
5. Доказательная медицина. Клинические рекомендации для практических врачей, основанные на доказательной медицине. 2 изд. ГЕОТАР, 2002.
6. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система) под редакцией А.Г.Чучалина, Ю.Б.Белоусова, В.В.Яснецова. Выпуск VI. Москва 2005

14. Список разработчиков: Семенова Р.И., кафедра пульмонологии КазНМУ

* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств