

Хроническая обструктивная болезнь легких



Версия: Клинические протоколы МЗ РК - 2019 (Казахстан)

Одобен

Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг

Министерства здравоохранения Республики Казахстан

от 16 сентября 2022 года

Протокол №169

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – это заболевание, которое можно предотвратить и лечить, характеризуется постоянными респираторными симптомами и ограничением воздушного потока и связано с аномалиями и хроническим воспалительным ответом дыхательных путей, малых бронхов, альвеол, которые обычно возникают вследствие значительного воздействия токсических частиц и газов. Отягощающим фактором является наличие бронхолегочных аномалий и генетическая предрасположенность. Сопутствующие заболевания могут оказывать влияние на заболеваемость и смертность.

<i>Тяжесть</i>	<i>Уровень оказания медицинской помощи</i>
Легкая	Возможно самостоятельное (пациентом) изменение объема терапии, предпочтительны ингаляционные короткодействующие бронхолитики (КДБ), не требуется госпитализация и консультация врача
Средняя	Увеличение объема терапии, необходима консультация врача. Рекомендованы короткодействующие бронхолитики и антибиотики и/или глюкокортикостероиды. При необходимости возможна госпитализация.
Тяжелая	Выраженное ухудшение состояния, может быть ассоциировано с острой дыхательной недостаточностью. Требуется госпитализация, при необходимости в ОРИТ.

Осложнения ХОБЛ: Дыхательная недостаточность (ДН)

Степень	Одышка (по А.Г.Дембо,1957)	PaO ₂ , мм рт. ст.	SpO ₂ , %	PaCO ₂
Норма	-	> 80	> 95	36-44
I	При значительной нагрузке	70—79	90—94	< 50
II	При повседневной нагрузке	50—69	75—89	50-70

III	В покое	< 50	< 75	> 70
-----	---------	------	------	------

Диагностика

Диагностические критерии:

Жалобы: Хронический кашель (более 3 месяцев);
Хроническое выделение мокроты;
Одышка;

Анамнез:

- Обязательное наличие воздействия факторов риска:
 - Курение, в том числе вторичное (пассивное) курение;
 - Производственная деятельность, связанная с ингаляционной экспозицией раздражителей: пыли, газов, паров, химических аэрозолей;
 - Загрязнение воздуха жилых помещений продуктами сгорания органического топлива - при приготовлении пищи и отоплении в плохо проветриваемых помещениях;
 - Загрязнение окружающего воздуха жилых массивов (неблагоприятная экологическая обстановка);
- Наличие бронхолегочных аномалий;
- Генетическая предрасположенность (дефицит альфа -1 антитрипсина);
- Семейный анамнез по ХОБЛ
- Особенности развития симптомов ХОБЛ: развиваются во взрослом возрасте, чаще старше 40 лет, характеризуются постепенно нарастающей одышкой, учащением и более затяжным течением «простуд», госпитализации по поводу респираторных заболеваний .

Физикальное обследование:

- признаки бронхиальной обструкции (удлинение выдоха при аускультации, сухие свистящие хрипы и др.);
- признаки эмфиземы (бочкообразная грудная клетка, коробочный оттенок перкуторного тона);
 - признаки гиперинфляции;
 - цианоз (при наличии гипоксемии);
 - признаки ДН;
 - могут выявляться признаки легочного сердца.

Отсутствие физикальных изменений не исключает диагноз ХОБЛ.

Дифференциальный диагноз

Таблица 6. Дифференциальная диагностика ХОБЛ [1,5].

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения
---------	----------------------------------------------	--------------	---------------------

<p>Бронхиальная астма</p>	<p>Начинается в молодом возрасте/детстве</p> <p>Симптомы варьируют по времени и интенсивности, усиливаются ночью или рано утром</p> <p>Часто аллергия</p> <p>Семейный анамнез БА</p>	<p>Спирометрия</p> <p>Пикфлоуметри</p> <p>Аллерготестирование (Ig E, ЭСР)</p>	<p>Необратимость бронхиальной обструкции</p> <p>Вариабельность ПСВ<15%</p>
<p>Застойная сердечная недостаточность</p>	<p>Коронарный анамнез</p>	<p>ЭХОКГ (ФВ ниже нормы)</p> <p>Рентгенография ОГК</p> <p>Спирометрия</p>	<p>ЭХОКГ (ФВ в норме)</p> <p>Рентгенологически: нет признаков отека легких</p> <p>При спирометрии выявляется рестрикция, нет обструктивных изменений</p>
<p>Бронхоэктазии</p>	<p>Начало в детском/молодом возрасте</p> <p>Обильное выделение гнойной мокроты.</p> <p>Сочетается с бактериальной инфекцией</p> <p>КТ картина: расширение и утолщение бронхов</p>	<p>Компьютерная томография</p>	<p>Отсутствие КТ признаков бронхоэктазий</p>
<p>Облитерирующий бронхиолит</p>	<p>Начало в молодом возрасте, у некурящих.</p> <p>В анамнезе возможен ревматоидный артрит или острое воздействие вредных газов</p>	<p>КТВР</p> <p>Спирометрия</p>	<p>Отсутствие КТВР признаков облитерирующего бронхиолита</p>

	<p>Часто после трансплантации легких или костного мозга.</p> <p>КТВР: на выдохе участки пониженной плотности.</p> <p>Спирометрия: обструкция и рестрикция</p>		
Диффузный панбронхиолит	<p>Чаще у людей азиатского происхождения</p> <p>Преимущественно мужчины, не курящие</p> <p>Почти у всех наличие хронического синусита</p>	<p>Рентгенография и КТВР – диффузные мелкие нодулярны е уплотнения, центролобулярная эмфизема и гиперинфляция</p>	<p>Отсутствие характерных КТ признаков</p>

Лечение

Для лечения обострения используются бронхолитики, глюкокортикостероиды

Госпитализация

Экстренная госпитализация рассматривается при следующих состояниях:

- прогрессирование одышки, увеличение ЧДД, снижение сатурации кислорода ($SpO_2 < 90\%$ или на 4% и более от исходной),
- внезапное появление одышки в покое со снижением SpO_2 ;
- появление новых симптомов: цианоз, периферические отеки; спутанное сознание, сонливость;
- обострение не купируется проводимой терапией амбулаторно;
- отсутствие эффекта от проводимых мероприятий по купированию острых симптомов/обострения на этапе скорой помощи (сохранение бронхиальной обструкции, ДН на фоне проводимой медикаментозной и кислородотерапии);
- обострение ХОБЛ на фоне серьезных сопутствующих заболеваний: сердечная недостаточность, вновь возникшие аритмии;
- наличие таких осложнений как пневмония, спонтанный пневмоторакс, декомпенсированное легочное сердце;
- невозможность лечения обострения на дому (отсутствие возможности проведения респираторной поддержки, кислородотерапии).