

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 физических 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).