

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель министра

_____ Р.А. Часнойть
30 января 2009 г.
Регистрационный № 128-1108

**АЛГОРИТМЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ
БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ: ГУ «Научно-исследовательский институт пульмонологии и фтизиатрии», ГУ «Республиканский клинический медицинский центр Управления делами Президента Республики Беларусь»

АВТОРЫ: канд. мед. наук, доц. И.М. Лаптева, канд. мед. наук, доц. Е.А. Лаптева, науч. сотр. Л.В. Лицкевич

Минск 2009

В настоящей инструкции изложены современные дифференцированные подходы к лечению хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) с учетом особенностей ее течения на разных стадиях развития.

Инструкция предназначена для врачей, занимающихся лечением ХОБЛ: терапевтов, пульмонологов, профпатологов, реабилитологов. Целью инструкции является информирование специалистов и изменение широко распространенного нигилистического подхода к лечению ХОБЛ. Хотя на момент развития клинических проявлений заболевания морфологические изменения в большинстве случаев уже необратимы, в настоящей инструкции предлагается алгоритм лечения, который может повысить качество, продолжительность жизни и функциональную активность больных.

ХОБЛ является ведущей причиной заболеваемости и смертности. В Республике Беларусь ХОБЛ как причина смерти составляет более 70% в структуре общей смертности от болезней органов дыхания, что соответствует в среднем 3500 летальных исходов в год. Уровень смертности и распространенность ХОБЛ продолжают расти во всем мире.

Главные факторы риска развития болезни и ее обострений — курение и вредные производственные и атмосферные условия. Главный симптом ХОБЛ — хроническая бронхиальная обструкция, которая с годами медленно прогрессирует и чаще всего является необратимой, — обусловлен сочетанием хронического бронхита и эмфиземы легких. Эмфизема определяется анатомически как деструктивное увеличение альвеолярных пространств дистальнее терминальных бронхиол без признаков явного фиброза, хронический бронхит — как наличие хронических эпизодов увеличения бронхиальной секреции и кашля.

Заболевание часто диагностируется в позднем периоде, поскольку у пациентов могут отсутствовать клинические симптомы даже при низком объеме форсированного выдоха за 1 с (ОФВ₁). Спирометрия, как правило, позволяет раньше обнаружить ХОБЛ. Постоянное курение — основной фактор, связанный с быстрым снижением ОФВ₁ и плохим прогнозом. Прекращение курения замедляет темпы снижения ОФВ₁. Следовательно, активная помощь пациентам в прекращении курения является первоочередным средством адекватного лечения ХОБЛ.

Следует выделять 2 фазы в течении ХОБЛ, требующие разных подходов в выборе тактики лечения: фаза контролируемого и неконтролируемого течения.

Фаза контролируемого или стабильного течения ХОБЛ характеризуется длительным периодом ремиссии с отсутствием клинических признаков прогрессирования болезни и стабилизацией показателей функции внешнего дыхания, обычно достигается устранением или снижением интенсивности воздействия факторов риска, использованием современных лекарственных средств, подобранных с учетом степени тяжести болезни.

Фаза неконтролируемого течения ХОБЛ характеризуется частыми обострениями (более 3–4 раз в год), прогрессированием клинических симптомов и обструктивных нарушений функции внешнего дыхания в

результате длительного воздействия факторов риска и/или несоблюдения принципов базисной терапии; периоды обострения ХОБЛ проявляются резким нарастанием симптомов и снижением показателей функции внешнего дыхания в результате неадекватного базисного лечения и требуют назначения современных лекарственных средств в условиях поликлиники, пульмонологического стационара или реанимационного отделения в зависимости от тяжести обострения.

Лечение больных стабильной ХОБЛ проводится амбулаторно. Госпитализация показана в случаях тяжелого течения и тяжелого обострения, когда не удается в амбулаторных условиях достичь контроля заболевания (быстрое начало обострения, одышка в покое, цианоз, появление или усиление признаков правожелудочковой недостаточности, резко выраженная интоксикация при инфекционном характере обострения, нарушения сердечного ритма, серьезные сопутствующие заболевания, пожилой возраст).

На амбулаторно-поликлиническом этапе фармакологическое лечение проводится в зависимости от степени тяжести ХОБЛ.

При стадии I (легкая ХОБЛ) достаточно назначения короткодействующего ингаляционного бронхолитика по потребности для контроля одышки. Если ингаляционные бронхолитики недоступны, можно использовать теофиллин медленного высвобождения.

При стадии II–IV (среднетяжелая, тяжелая и крайне тяжелая ХОБЛ) одышка при повседневной нагрузке не купируется с помощью применяемых по потребности короткодействующих бронхолитиков, в связи с чем рекомендуется добавление плановой терапии длительнодействующими бронхолитиками. У больных с постбронходилатационным $ОФВ_1 < 50\%$ от должного (**стадия III–IV** — тяжелая и крайне тяжелая ХОБЛ) и повторяющимися обострениями (например, 3 эпизода за последние 3 года) лечение ингаляционными глюкокортикостероидами уменьшает количество обострений и улучшает состояние здоровья. В этих случаях плановое лечение ингаляционными глюкокортикостероидами должно быть добавлено к длительнодействующим бронхолитикам. Следует избегать длительного лечения таблетированными глюкокортикостероидами.

Алгоритмы лечения ХОБЛ стабильного течения при легкой, среднетяжелой и тяжелой форме болезни представлены на рис. 1 и 2.

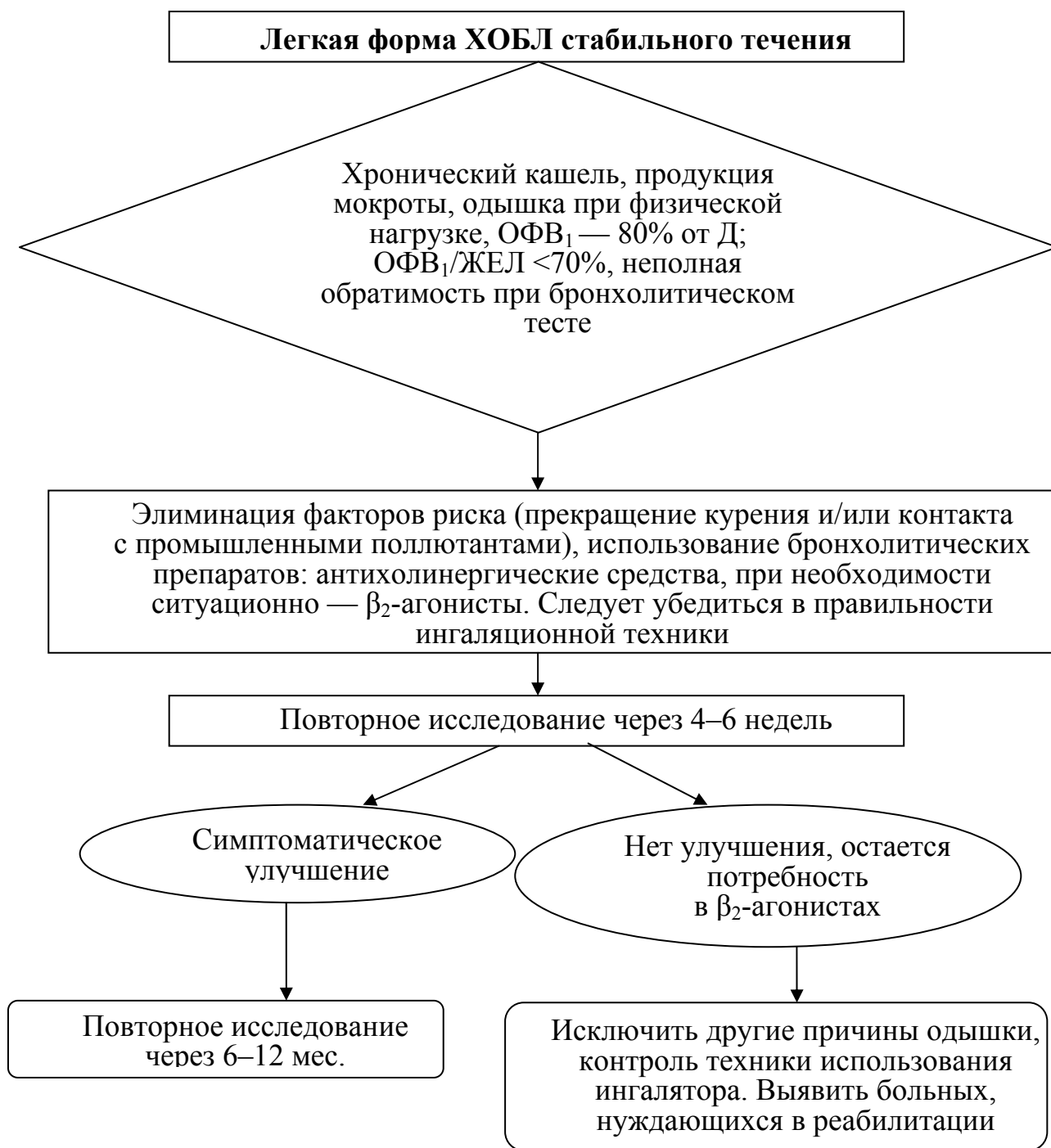


Рис. 1. Алгоритм лечения ХОБЛ стабильного течения легкой степени тяжести

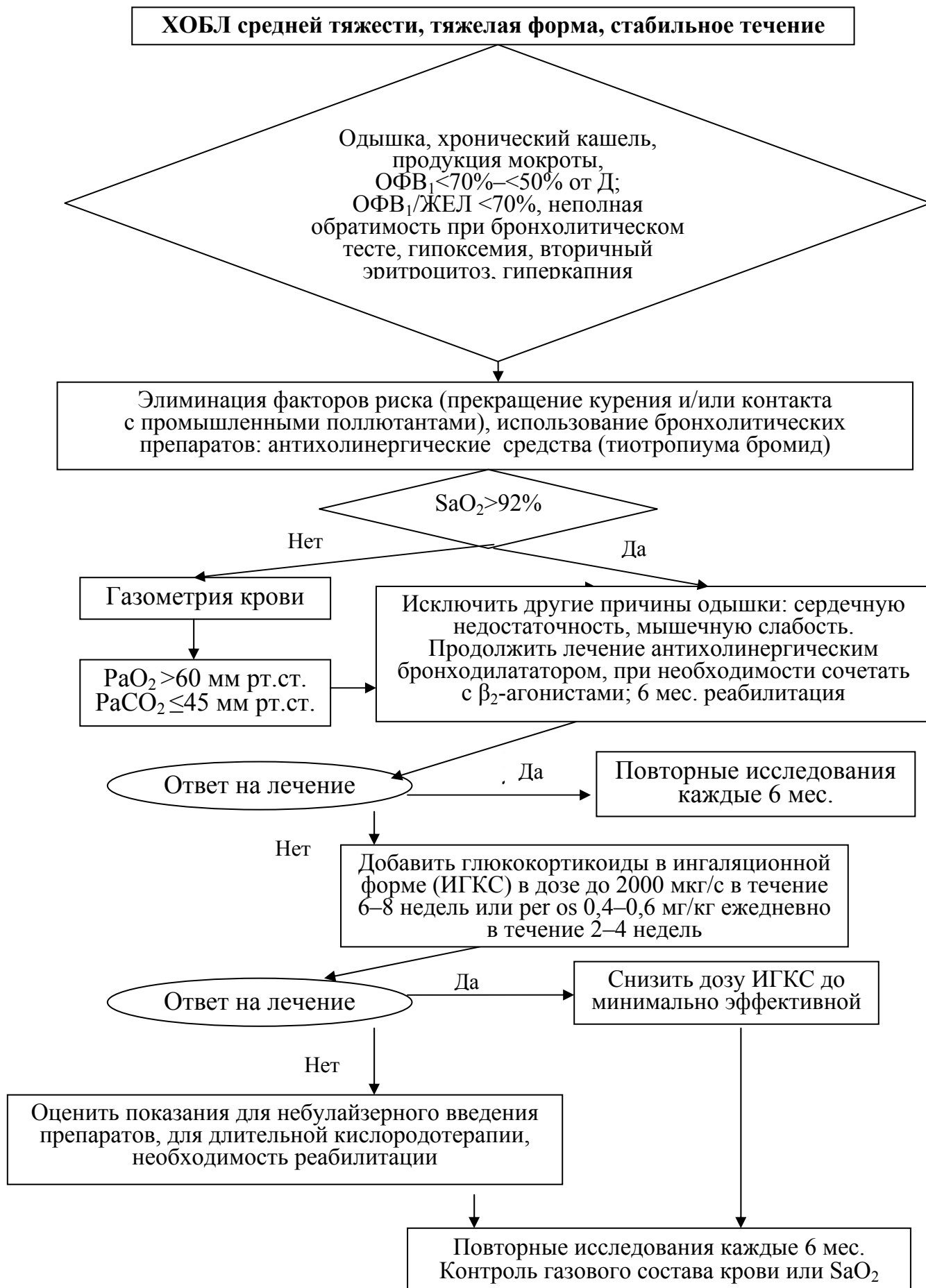


Рис. 2. Алгоритм лечения ХОБЛ среднетяжелой, тяжелой формы стабильного течения

Обострение ХОБЛ — событие естественного течения заболевания, характеризующееся изменениями одышки, кашля и продукции мокроты, выходящими за пределы нормальной суточной вариабельности, а также острым началом, которое требует изменения схемы обычной терапии у больного ХОБЛ, и ассоциированное с усилением воспаления в дыхательных путях и системного воспаления (GOLD, 2007). Различных лечебных подходов требуют неосложненные и осложненные обострения.

Критерии неосложненного обострения ХОБЛ:

- возраст — меньше 65 лет;
- частота обострений — менее 4 раз в год;
- отсутствие сопутствующих заболеваний;
- ОФВ₁ больше 50% должной.

Этиология: *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Streptococcus pneumoniae*. Используется антибактериальное, муколитическое и антиоксидантное воздействие. При инфекционном характере обострения применяются макролиды — эффективны при ХОБЛ кларитромицин, азитромицин (монотерапия или в сочетании с цефалоспоридами).

Критерии осложненного обострения ХОБЛ:

- возраст — старше 65 лет;
- частота обострений чаще 4 раз в год (возрастает частота резистентных штаммов);
- серьезные сопутствующие заболевания;
- частые повторные курсы АБТ;
- ОФВ₁ менее 50% должной;

Этиология та же + *Enterobacteriaceae* (кишечная палочка чаще) и *Ps. aeruginosae*. Используется антибактериальное, муколитическое и антиоксидантное воздействие. Применяются антибиотики: в связи с резистентностью — защищенные пенициллины (амоксициллин/хинкоцил, амоксиклав), фторхинолоны респираторные (левофлоксацин); в случае инфицирования *Pseudomonas aeruginosae* состояние больного можно классифицировать как хронический бронхиальный сепсис: используется длительная кислородтерапия, антибиотики с антисинегнойной активностью (ципро-, левофлоксацин).

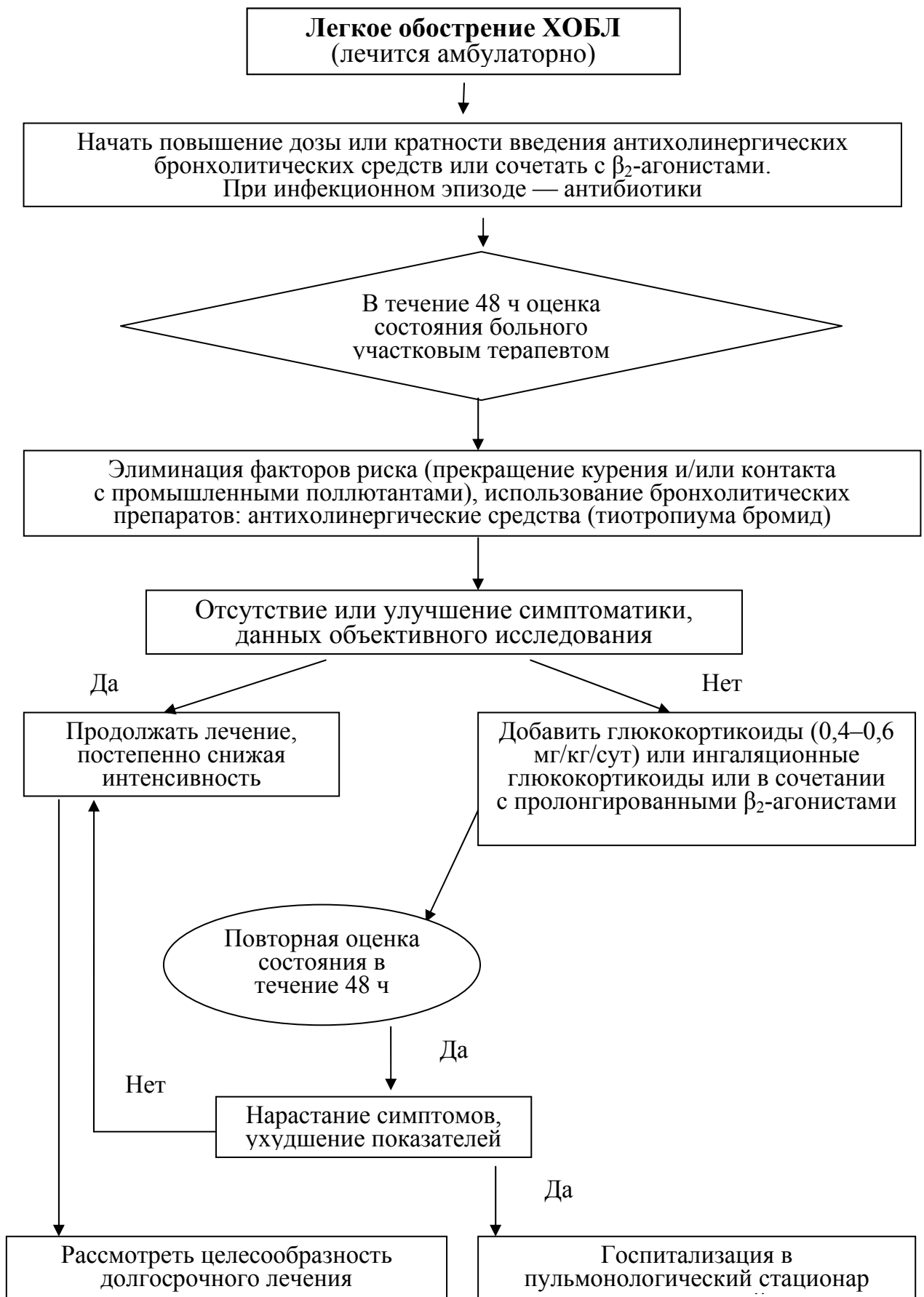


Рис. 3. Алгоритм лечения легкого обострения ХОБЛ

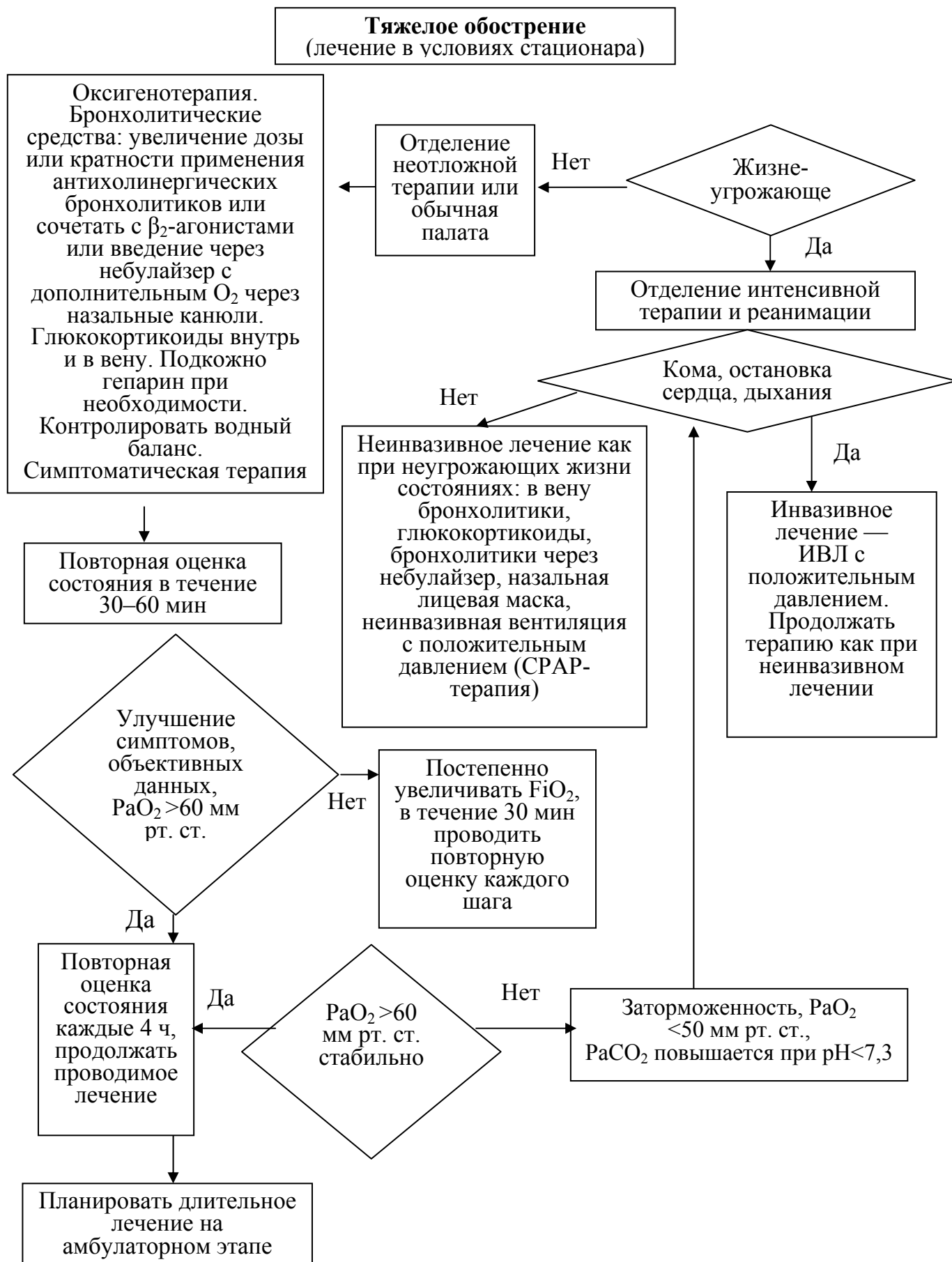


Рис. 4. Алгоритм лечения тяжелого обострения ХОБЛ

Правильное ведение больных ХОБЛ на амбулаторном и стационарном этапах с использованием фармакотерапии в сочетании с методами легочной реабилитации приводит к значительному и клинически выраженному улучшению многих параметров, включая одышку, физические возможности, состояние здоровья и рациональное использование ресурсов здравоохранения.