

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

«УТВЕРЖДАЮ»

Первый заместитель министра

_____ В.А. Ходжаев

29 декабря 2010 г.

Регистрационный № 130-1110

МЕТОД ИНТЕНСИФИКАЦИИ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ
С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ.

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ:

ГУ «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и
фтизиатрии»

ГУ «Республиканский клинический медицинский центр Управления делами
Президента Республики Беларусь»

АВТОРЫ:

Канд.мед.наук Лаптева И.М., Лицкевич Л.В., Харевич О.Н., Порахонько Н.А.,
канд.мед.наук. Лаптева Е.А., Томашевский А.В., канд.мед.наук
Каминская Т.В.

Минск 2010

В настоящей инструкции изложены современные подходы к оптимизации базисной терапии у пациентов с ХОБЛ. Прогрессирование заболевания с частыми эпизодами обострений, в т. ч. инфекционного характера, с нарастанием дыхательной недостаточности требует своевременной коррекции изменений гомеостаза у пациентов с ХОБЛ и разработки методов интенсификации проводимых лечебных мероприятий. Авторами показана необходимость использования ингаляционной глюкокортикостероидной терапии в сочетании с оксигенотерапией на фоне базисных антихолинергических препаратов на этапах прогрессирования болезни.

Инструкция предназначена для врачей, занимающихся лечением ХОБЛ: терапевтов, пульмонологов, профпатологов.

По прогнозам ВОЗ к 2020 г. ХОБЛ займет третье место среди всех причин смерти в мире. В связи с дальнейшим увеличением числа лиц старшего и пожилого возраста, большой распространенностью факторов риска ХОБЛ прогнозируется повышение уровня заболеваемости. ХОБЛ – первично хроническое воспалительное заболевание с преимущественным поражением дистальных бронхов, паренхимы легких; характеризуется необратимой (или неполностью обратимой) бронхиальной обструкцией, вызванной персистирующим воспалительным процессом.

Влияние ХОБЛ на конкретного пациента зависит не только от степени бронхообструкции, но и от выраженности симптомов (одышки, сниженных физических возможностей). Взаимосвязь между степенью ограничения скорости воздушного потока и наличием симптомов является лишь приблизительной. В связи с этим возрастает роль дополнительных методов исследования (определение газового состава крови, диффузионной способности легких) не только для диагностики ХОБЛ, но и для выявления эффективности лечения.

Основной целью лечения является не только купирование симптомов и обострений, но и улучшение качества жизни, уменьшение смертности, связанной с ХОБЛ.

Длительная базисная терапия (антихолинергические бронхолитические препараты), элиминация факторов риска способствуют замедлению прогрессирования ХОБЛ и ежегодного снижения ОФВ₁. Тем не менее, нарастающая необратимость бронхиальной обструкции требует интенсификации лечебных схем у пациентов с ХОБЛ.

Эффективность лечебных мер по прекращению прогрессирования ХОБЛ в полной мере зависит от возможностей купирования хронического воспаления как главного звена патогенеза ХОБЛ.

Перечень традиционных лечебно-профилактических методов у пациентов с ХОБЛ: ограничение действия факторов риска, ингибция колонизации микроорганизмов, торможение миграции в респираторную систему клеток-эффекторов воспаления, подавление продукции медиаторов воспаления и рецепторов к ним.

Хроническое воспаление дыхательных путей при ХОБЛ характеризуется двумя отличительными признаками: инфильтрация бронхов макрофагами; эмфизема легких.

Все вышеперечисленное указывает на возможную пользу применения глюкокортикостероидов, способных оказывать противовоспалительное, иммуномодулирующее и антиаллергическое действие. Анализ данных литературы показывает неоднозначность суждений и выводов о целесообразности использования глюкокортикостероидов при лечении ХОБЛ. Недостаточно разработаны и обоснованы показания к применению и режимы дозирования, особенно ингаляционных глюкокортикостероидов.

Приведенные данные обуславливают необходимость интенсификации базисной терапии ХОБЛ с использованием противовоспалительных средств в сочетании с нормализацией газообменных процессов наряду с бронхолитическими препаратами антихолинергического воздействия.

Метод интенсификации базисной терапии ХОБЛ заключается в одновременном использовании противовоспалительных препаратов (глюкокортикостероидов) в комплексе с антихолинергическими бронхолитиками и оксигенотерапией на этапах прогрессирования заболевания. Глюкокортикостероиды назначаются перорально (системные) или ингаляционно с учетом степени тяжести состояния пациентов и наличия или отсутствия обострения ХОБЛ.

Показания для применения глюкокортикостероидов при ХОБЛ.

При стабильном течении ХОБЛ (ингаляционные глюкокортикостероиды):

- частые обострения, требующие назначения антибиотиков;
- при $ОФВ_1 < 50\%$ от должных величин.

При тяжелых обострениях ХОБЛ (системные глюкокортикостероиды):

- при снижении $ОФВ_1 < 50\%$ от должных величин;
- при нарушениях газообмена ($SaO_2 < 90\%$).

Противопоказания: выраженный остеопороз.

Местное применение ингаляционных глюкокортикостероидов преследует цель блокирования локальных воспалительных процессов и местного повреждения тканей в результате высвобождения медиаторов воспаления, цитокинов, токсичных метаболитов, поступающих преимущественно из агрегированных и адгезированных нейтрофилов в дыхательных путях. Кроме того, глюкокортикостероиды купируют гиперреактивность дыхательных путей, что способствует замедлению снижения $ОФВ_1$. Использование системных глюкокортикостероидов периодическими короткими курсами (2 недели) в схемах базисной терапии в сочетании с кислородотерапией при тяжелой ХОБЛ замедляет прогрессирование болезни (таблица 1).

Интенсификация базисной терапии ХОБЛ

Стадия I: легкое течение ХОБЛ	Стадия II: среднетяжелое течение ХОБЛ	Стадия III: тяжелое течение ХОБЛ	Стадия IV: крайне тяжелое течение ХОБЛ
<ul style="list-style-type: none"> • $ОФВ_1/ФЖЕЛ < 0,70$ • $ОФВ_1 \geq 80\%$ от должного • хронический кашель и продукция мокроты 	<ul style="list-style-type: none"> • $ОФВ_1/ФЖЕЛ < 0,70$ • $50\% \leq ОФВ_1 < 80\%$ от должных значений • усиление симптомов, появление одышки при физической нагрузке 	<ul style="list-style-type: none"> • $ОФВ_1/ФЖЕЛ < 0,70$ • $30\% \leq ОФВ_1 < 50\%$ от должных значений • нарастание одышки, снижение переносимости физической нагрузки, утомляемость, увеличение частоты обострений, ухудшение качества жизни 	<ul style="list-style-type: none"> • $ОФВ_1/ФЖЕЛ < 0,70$ • $ОФВ_1 < 30\%$ от должного или • $30\% \leq ОФВ_1 < 50\%$ от должного в сочетании с хронической дыхательной недостаточностью и/или правожелудочковой недостаточностью
Исключение неблагоприятного воздействия факторов риска; вакцинопрофилактика (гриппозная вакцина); добавление бронхолитиков короткого действия по потребности			
	Добавление регулярного приема одного или более бронхолитиков длительного действия; реабилитационные мероприятия		
		Добавить ингаляционные глюкокортикостероиды при повторяющихся обострениях в сочетании с длительной кислородотерапией	

Главным физиологическим эффектом длительной кислородотерапии является улучшение транспорта кислорода, который зависит от сердечного выброса и содержания кислорода в артериальной крови. Перед назначением кислородотерапии в сочетании с глюкокортикостероидами необходимо убедиться, что возможности предыдущих схем медикаментозного лечения не приводят к приросту $ОФВ_1$ и повышению концентрации кислорода в крови выше пограничных значений. Назначение сочетанной терапии базируется на показателях газового состава крови, клинического и биохимического анализа крови и функции внешнего дыхания, которые должны оцениваться только в стабильном состоянии. Задачей кислородотерапии является коррекция гипоксемии и достижение $PaO_2 > 60$ мм рт.ст. и $SaO_2 > 90\%$. Оптимальным

считается поддержание PaO_2 в пределах 60–65 мм рт. ст. Повышение PaO_2 более 60 мм рт. ст. приводит лишь к незначительному увеличению SaO_2 и содержанию кислорода в артериальной крови, однако может вызвать ретенцию углекислоты.

Приборы и оборудование: концентратор кислорода.

Показания к длительной кислородотерапии представлены в таблице 2.

Таблица 2

Показания к длительной кислородотерапии.

Показания	PaO_2 мм рт.ст.	$SaO_2\%$	Особые условия
Абсолютные	≤ 55	≤ 88	Нет
Относительные (при наличии особых условий)	55-59	89	Легочное сердце, отеки, полицитемия ($Ht > 55\%$)
Нет показаний (за исключением особых условий)	≥ 60	≥ 90	Десатурация при нагрузке, во время сна, тяжелое диспноэ, уменьшающееся на фоне кислородотерапии

Противопоказания к длительной кислородотерапии.

Длительная кислородотерапия не показана пациентам с ХОБЛ, продолжающим курить, не получающим адекватную медикаментозную терапию, не имеющим достаточной мотивации для данного вида лечения.

Большинству пациентов с ХОБЛ достаточно потока кислорода 1–2 л/мин, хотя у тяжелых пациентов его можно увеличить до 4–5 л/мин. Оптимальная продолжительность — 15 ч/сут. Максимальные перерывы между сеансами не должны превышать 2 ч (отсутствие ингаляций кислорода более 2–3 ч приводит у таких пациентов к повышению давления в легочной артерии).

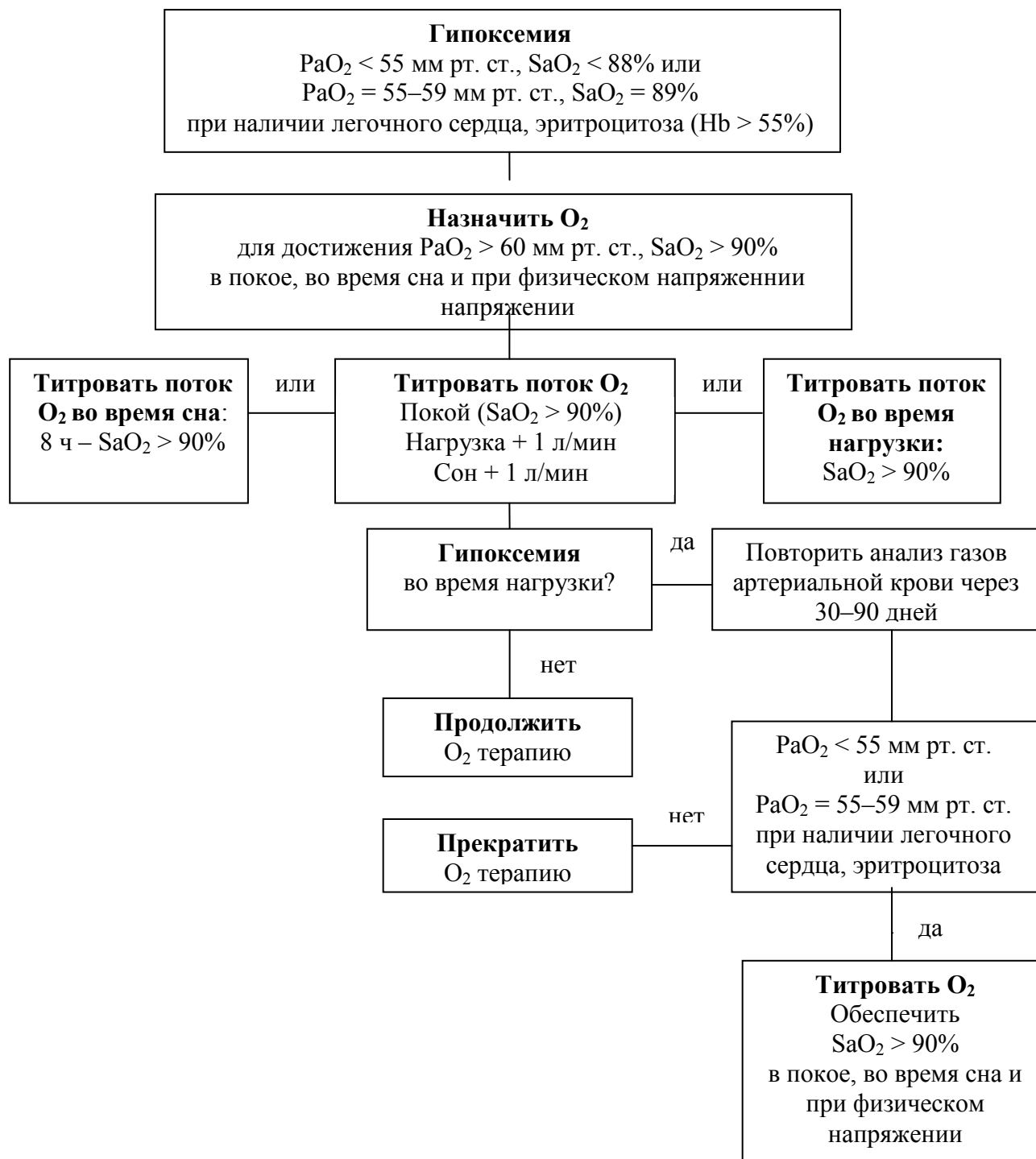


Рис.1 Алгоритм длительной кислородотерапии

После 2–3 месяцев интенсифицированной базисной терапии с использованием ингаляционных глюкокортикостероидов, рационального алгоритма кислородотерапии на фоне антихолинергических

бронходилататоров значительно улучшается газовый состав крови, уменьшается степень дыхательного дискомфорта, увеличивается физическая активность пациента, что позволяет осуществить «ступень вниз» в проведении лечебных мероприятий.

Таким образом, при интенсификации базисной терапии ХОБЛ с одновременным использованием на этапах прогрессирования болезни глюкокортикостероидной и кислородотерапии имеет место «восстановительный эффект базисного лечения».