

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
Министерство здравоохранения Забайкальского края

Государственное учреждение здравоохранения
КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА

672038, г.Чита, ул. Куханского, д. 7

тел. (302-2) 72 02 71, 28 20 95

E-mail: priem@kkb.chita.ru

от 11 марта 2024 г. № 203-о

Утверждаю
Главный врач _____
В.В.Корнев

Информационное письмо

Новое в классификации, диагностике и лечении
хронической обструктивной болезни легких
(ХОБЛ)

Пашкевич Александр Владимирович, врач-пульмонолог

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – гетерогенное состояние легких, характеризующееся хроническими респираторными симптомами (одышка, кашель, отхождение мокроты) и обострениями из-за поражения дыхательных путей (бронхит, бронхиолит) и/или альвеол (эмфизема), которые вызывают персистирующее, часто прогрессирующее ограничение воздушного потока. Обострения и коморбидные состояния являются неотъемлемой частью болезни и вносят значительный вклад в клиническую картину.

Классификация заболевания

Ранее классификация ХОБЛ строилась на показателях функционального состояния легких, базирующихся на постбронходилатационных значениях объема форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ1), и в ней выделялось 4 стадии заболевания. В пересмотре документа GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) в 2023 году предложена новая оценка категорий ХОБЛ. Она учитывает не только степень тяжести бронхиальной обструкции (степень нарушения бронхиальной проходимости) по результатам исследования неспровоцированных дыхательных объемов и потоков (спирометрии), но и клинические данные о пациенте: количество и тяжести обострений ХОБЛ за год и выраженность клинических симптомов по шкале mMRC (modified Medical Research Council Dyspnea Scale) и тесту CAT (COPD Assessment Test).

Категории ХОБЛ с учетом рекомендаций программы GOLD 2023 выглядят следующим образом:

К группе А относятся пациенты с баллами модифицированного опросника Британского медицинского исследовательского совета для оценки тяжести одышки (Modified Medical Research Council — mMRC) 0–1, с баллами оценочного теста по ХОБЛ (COPD Assessment Test — CAT) <10 и без обострений или с одним среднетяжелым обострением, не приведшим к госпитализации, в предшествующем году.

К группе В относятся пациенты с баллами mMRC ≥ 2 , баллами CAT ≥ 10 и не имевшие ни одного или одно среднетяжелое обострение, не приведшее к госпитализации, в предшествующем году.

К группе Е относятся пациенты с ≥ 2 среднетяжелыми обострениями или ≥ 1 обострением, приведшим к госпитализации, за последний год, независимо от баллов mMRC или CAT.

Критерии отнесения пациентов к категориям А и В не изменились. Группы С и D было решено объединить в группу Е, чтобы подчеркнуть отсутствие значимости влияния выраженности симптомов вне обострения на стартовую терапию у пациентов, имеющих высокий риск развития обострений. Авторы GOLD 2023 признают, что это предложение должно быть подтверждено клиническими

исследованиями. Для оценки степени риска обострений ХОБЛ, рекомендуется учитывать анамнестические сведения о частоте обострений заболевания, в т.ч. потребовавшие госпитализации в течение последних 12 мес. При наличии у пациента в предыдущем году даже одного обострения, приведшего к госпитализации (то есть тяжелого обострения), его следует относить к группе высокого риска.

Фенотипы ХОБЛ

- Преимущественно бронхитический фенотип
- Преимущественно эмфизематозный фенотип

ХОБЛ, сочетающийся с бронхиальной астмой

Сочетание признаков БА и ХОБЛ:

- возраст более 35 лет, с длительным анамнезом одной из болезней,
- чаще ХОБЛ присоединяется к БА, чем наоборот,
- сочетание ХОБЛ к БА связано с длительным воздействием факторов риска ХОБЛ (курение, профессиональные или бытовые вредности),
- при длительном наблюдении за больными отмечается прогрессирование дыхательной недостаточности
- снижается эффективность ингаляционных кортикостероидов,
- снижается переносимость физической нагрузки

ХОБЛ с частыми обострениями — это пациенты с частыми обострениями (2 или более обострения за предыдущий год, или 1 и более обострений, приведших к госпитализации). Важность этого фенотипа определяется тем, что из обострения пациент выходит с уменьшенными функциональными показателями легких, а частота обострений напрямую влияет на продолжительность жизни больных и требует индивидуального подхода к лечению.

Диагностика заболевания

Диагноз ХОБЛ рекомендуется устанавливать на основании жалоб и анамнестических данных пациента, результатов функциональных методов обследования и исключения других заболеваний.

Основные симптомы ХОБЛ – одышка при физической нагрузке, снижение переносимости физических нагрузок и хронический кашель

Всем пациентам ХОБЛ рекомендуется проводить физикальное обследование для выявления признаков обструкции бронхов, эмфиземы, дыхательной недостаточности, оценки работы дыхательных мышц и исключения сопутствующих заболеваний.

Рекомендуется проведение развернутого общего (клинического) анализа крови всем пациентам с ХОБЛ для скрининга общих патологий. Всем пациентам с подозрением

на ХОБЛ рекомендуется проводить исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков (спирометрию) для выявления и оценки степени тяжести обструкции дыхательных путей.

У всех пациентов с ХОБЛ рекомендуется использование пульсоксиметрии для оценки насыщения гемоглобина кислородом

Для определения переносимости физической нагрузки пациентам с ХОБЛ рекомендуется проведение нагрузочного тестирования, например, теста с 6-минутной ходьбой.

Рекомендуется проведение рентгенографии органов грудной клетки в передней прямой проекции всем пациентам с подозрением на ХОБЛ для исключения других заболеваний органов дыхания.

Рекомендуется проведение исследования кислотно-основного состояния и газов крови пациентам с ХОБЛ при значении $SaO_2 \leq 92\%$ по данным пульсоксиметрии, для выявления десатурации.

Рекомендуется определение уровня α_1 -антитрипсина в крови пациентам с ХОБЛ моложе 45 лет, пациентам с быстрым прогрессированием ХОБЛ или при наличии эмфиземы преимущественно в базальных отделах легких

Ключевые изменения в лечении

Начальная терапия

- Рекомендовано, как и ранее, медикаментозную терапию пациентов группы А начинать с бронхолитиков.
- Для пациентов группы В рекомендована комбинированная терапия двумя бронхолитиками длительного действия (длительнодействующие β_2 -агонисты (ДДБА) + длительнодействующие антихолинергетики (ДДАХ)) как более эффективная, чем монотерапия.
- Рекомендовано начинать медикаментозную терапию у пациентов группы Е с двойной комбинированной терапией (ДДБА/ДДАХ) или с тройной комбинированной терапией (ДДБА/ДДАХ /ИГКС), если уровень эозинофилов в крови ≥ 300 клеток/мкл.
- Комбинированная терапия ДДБА/ИГКС больше не рекомендована у пациентов групп В и Е. Если есть показания для ИГКС, то рекомендована тройная комбинированная терапия ДДБА/ДДАХ /ИГКС, как более эффективная по сравнению с двойной комбинированной терапией ДДБА/ИГКС.
- Если у пациента ХОБЛ сочетается с астмой, то нужно лечить астму.

Последующая терапия направлена на уменьшение одышки и частоты обострений ХОБЛ

- Пациентам со стойкой одышкой или ограничением физической нагрузки, получающим монотерапию бронхолитиками, рекомендовано перейти на комбинированную терапию ДДБА/ДДАХ. Если данная терапия не помогает, то врач

должен рассмотреть возможность замены ингалятора или лекарственного препарата, а также определить и лечить другие причины одышки.

- Пациентам с постоянными обострениями ХОБЛ (с одышкой или без нее) на монотерапии бронхолитиками рекомендовано перейти на двойную комбинированную ДДБА/ДДАХ, за исключением пациентов с уровнем эозинофилов в крови ≥ 300 клеток/мкл, которым следует рассмотреть перевод на тройную комбинированную терапию ДДБА/ДДАХ /ИГКС.
- Пациентам с постоянными обострениями ХОБЛ на фоне двойной комбинированной терапии ДДБА/ДДАХ рекомендовано перейти на тройную комбинированную терапию ДДБА/ДДАХ /ИГКС, если у них уровень эозинофилов в крови ≥ 100 клеток/мкл.
- Пациентам с постоянным обострением на фоне тройной комбинированной терапии ДДБА/ДДАХ /ИГКС или пациентам с уровнем эозинофилов в крови < 100 клеток/мкл рекомендовано добавление рофлумапта (особенно пациентам с хроническим бронхитом и прогнозируемым ОФВ₁ $< 50\%$) либо макролида (особенно не курящим в настоящее время пациентам).
- Применение комбинированной терапии ДДБА/ИГКС возможно только в случае, если пациент, у которого нет астмы, лечился ею ранее и ХОБЛ хорошо контролировалась, что касается симптомов и обострений заболевания. В случае дальнейшего обострения ХОБЛ рекомендовано перейти на тройную комбинированную терапию ДДБА/ДДАХ/ИГКС. В случае сохранения симптомов рекомендовано перейти с терапии ДДБА/ИГКС на терапию ДДБА/ДДАХ.
- Комбинированная терапия ДДБА/ДДАХ/ИГКС эффективна в отношении снижения смертности от ХОБЛ.

Индивидуальный выбор ингалятора для каждого конкретного пациента является ключевым в терапии ХОБЛ. Ингалятор выбирается совместно врачом и пациентом, исходя из характеристик ингалятора, предпочтений и возможностей пациента соблюдать правильную технику ингаляции.

Немедикаментозная терапия включает повышение знания пациентов о ХОБЛ и ее терапии, отказ от курения, вакцинацию против гриппа, пневмококка, COVID-19, коклюша, опоясывающего герпеса, физическую активность, восстановление функции легких.

Список литературы

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2023 <https://goldcopd.org/>
2. Чучалин А.Г., Авдеев С.Н., Айсанов З.Р., Белевский А.С., Лещенко И.В., Овчаренко С.И., Шмелев Е.И. Хроническая обструктивная болезнь легких: Проект федеральных клинических рекомендаций 2023