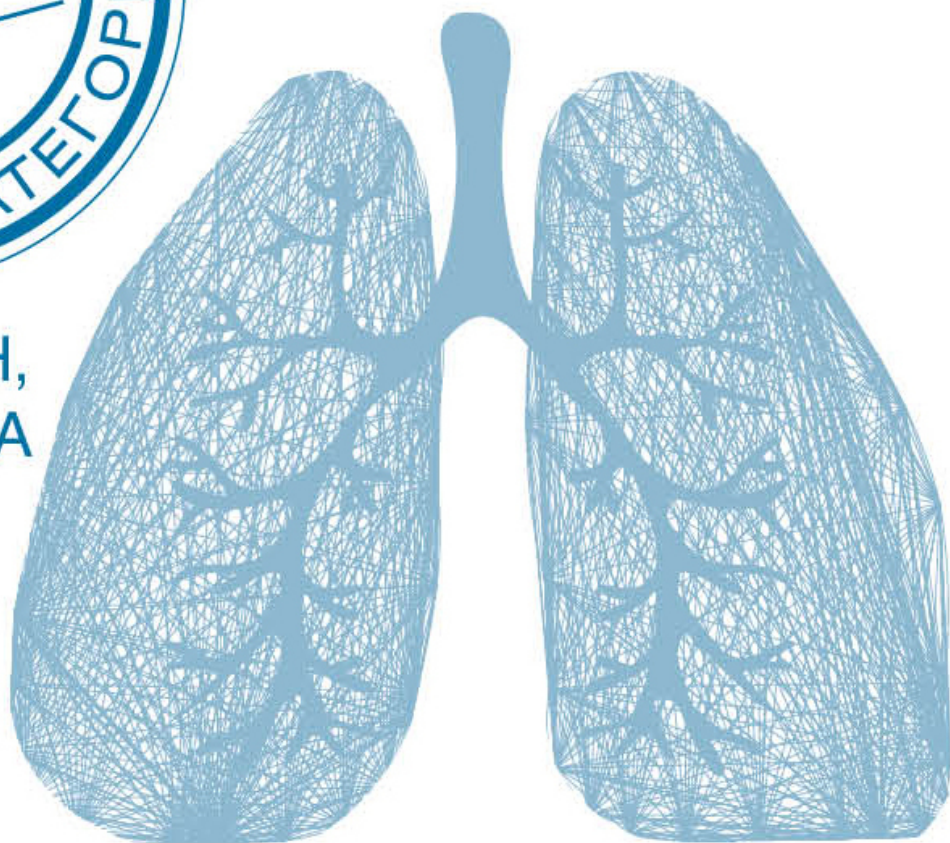




А.Л. ВЁРТКИН,
Л.А. ШПАГИНА



ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ

РУКОВОДСТВО ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ВРАЧЕЙ

Врач высшей категории

Аркадий Верткин

**ХОБЛ. Руководство для
практических врачей**

«ЭКСМО»

2018

УДК 616.24
ББК 54.12

Верткин А. Л.

ХОБЛ. Руководство для практических врачей / А. Л. Верткин —
«Эксмо», 2018 — (Врач высшей категории)

ISBN 978-5-04-092728-9

В настоящее время ХОБЛ занимает «почетное» четвертое место в реестре причин смерти людей по всему миру. Ежегодно обструктивная болезнь легких уносит жизни около 2,75 млн человек, что составляет 4,8 % (ВОЗ, 2016). Комплексный подход в терапии ХОБЛ имеет огромное значение, поскольку замедляет развитие болезни и повышает качество жизни пациента.

УДК 616.24
ББК 54.12

ISBN 978-5-04-092728-9

© Верткин А. Л., 2018
© Эксмо, 2018

Содержание

Введение	6
Рецензия	8
Ключевые слова и список сокращений	9
Вместо предисловия: клинико-морфологическая демонстрация	10
ХОБЛ: что мы знаем сегодня	18
ХОБЛ: кодирование по МКБ-10 и классификация	23
Кодирование по МКБ-10	23
Классификация	24
Конец ознакомительного фрагмента.	26

А. Л. Вёрткин, Л. А. Шпагина

ХОБЛ. Руководство для практических врачей

© Вёрткин А., текст, 2018

© Шпагина Л., текст, 2018

© ООО «Издательство «Э», 2018

* * *

Введение

...Когда тело пролетарского писателя после его смерти вскрыли, то, как свидетельствуют очевидцы, у Максима Горького «состояние легких оказалось ужасное. Оба легких почти целиком “закостенели”, так же ужасно выглядели бронхи. Было неясно, как он вообще дышал». Версия, что Горького отравили конфетами, не подтвердилась. Причина смерти – застарелая болезнь, и название ее – ХОБЛ.

В настоящее время ХОБЛ занимает «почетное» четвертое место в структуре смертности людей во всем мире, ежегодно унося жизни около 2,75 млн человек, что составляет 4,8 % всех причин смерти (ВОЗ, 2016).

ХОБЛ является ярким примером мультидисциплинарной патологии, так как встречается практически у всех категорий пациентов, обращающихся за медицинской помощью. Тем не менее зачастую специалисты первичного звена недооценивают такие симптомы, как кашель с выделением мокроты и/или одышка, наиболее выраженные по утрам, сниженная двигательная активность, быстрая утомляемость, а также «когда в холодные сезоны возникают “частые простуды”» и др. Такая клиническая картина дебюта заболевания нередко расценивается врачами как проявление бронхита курильщика, и диагноз ХОБЛ на этой стадии практически не ставится. В случаях же системной манифестации заболевания, проявляющейся кахексией, слабостью мышц, остеопорозом, анемией, депрессией, легочной гипертензией с формированием легочного сердца, лечение и профилактика ХОБЛ становятся крайне затруднительными.

Особое место в течении ХОБЛ занимают обострения заболевания, которые, наряду с прочим, негативно воздействуют на качество жизни пациента, одновременно оказывая воздействие на клинические проявления и легочную функцию, способствуют повышению смертности, особенно в случаях, требующих госпитализации, и сопровождаются значительными социально-экономическими затратами. Так, в России экономическое бремя ХОБЛ с учетом непрямых затрат, в том числе невыхода на работу и менее эффективной производительностью труда в связи с плохим самочувствием, составляет около 25 млрд рублей.

Потенциальными причинами обострения ХОБЛ являются инфекции, загрязняющие окружающую среду агенты (аэрополлютанты), слабая приверженность лекарственной терапии, сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания, подавление дыхательной функции вследствие неправильного применения седативных препаратов и др.

Одно из Глобальных исследований позволило оценить распространенность ХОБЛ с помощью стандартизованных вопросников и легочных функциональных тестов в популяциях взрослых людей старше 40 лет. Однако подавляющее большинство российских пациентов не используют эти рекомендации для определения выраженности клинических проявлений ХОБЛ, хотя это имеет решающее значение для выбора медикаментозной терапии и методов профилактики.

Согласно рекомендациям 2016 года, всем без исключения пациентам с ХОБЛ необходимо отказаться от курения, овладеть правильной техникой ингаляции и основам самоконтроля. При отсутствии противопоказаний всем рекомендуется вакцинироваться от гриппа и пневмококковых инфекций. Необходимо также определить уровень и интенсивность возможной для больного физической активности, убедив его в ее необходимости.

Такой комплексный подход (немедикаментозные и медикаментозные методы) в терапии ХОБЛ имеет огромное значение для замедления прогрессирования болезни и повышения качества жизни пациента.

Таким образом, мы постарались в краткой форме отразить многообразие проблем ХОБЛ, большинство которых должны эффективно решаться на амбулаторном приеме именно у терапевта.

Авторы приносят благодарность зав. патологоанатомическим отделением О. И. Астаховой и всем врачам терапевтических отделений ГKB им. С. И. Спасокукоцкого Департамента здравоохранения Москвы за неоценимую помощь в подготовке этой книги.

Рецензия

Хроническая обструктивная болезнь легких – всемирно распространенное заболевание, в значительной степени снижающее качество жизни пациентов, являющееся одной из частых причин нетрудоспособности, инвалидности и занимающее четвертое место среди причин смерти в экономически развитых странах, в том числе и в России, после сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета 2-го типа и всевозможных травм.

Согласно большинству современных консенсусов, ХОБЛ рассматривается как системное заболевание, проявления которого выходят далеко за пределы дыхательной системы. Возникающая на фоне заболевания системная гипоксемическая гипоксия способна приводить к морфофункциональным нарушениям во всех органах и системах, прежде всего в наиболее чувствительных к кислородной недостаточности: головной мозг, нервная и костная ткани, сердечная мышца.

ХОБЛ является одним из наиболее коморбидных заболеваний человека, в структуре которых преобладают болезни сердца и сосудов, сахарный диабет, остеопороз, дефицит и саркопения, кахексия, депрессии и целый ряд других хронических недугов, инициация и прогрессирование которых происходит в связи с нарастанием системной гипоксии на фоне ХОБЛ.

Хорошо известно, что первой инстанцией при обращении больных за медицинской помощью является поликлиника. Примечательно, что у большинства амбулаторных пациентов высоко распространены коморбидные состояния. Поэтому и рецензируемая книга в серии «Амбулаторный прием» представляет собой важное пособие в первую очередь для поликлинических врачей, привлекая интерес читателя к проблеме ХОБЛ, как коморбидной патологии.

Книга является результатом совместного труда сотрудников кафедр терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А. И. Евдокимова и госпитальной терапии и медицинской реабилитации Новосибирского ГМУ. Как и в других книгах этой серии, посвященных социально значимым патологиям, в настоящем руководстве представлены алгоритмы и пошаговые рекомендации по проведению диагностических процедур в установке диагноза и назначении обоснованной терапии.

Искренне надеюсь, что эта книга займет достойное место среди руководств для непрерывного медицинского образования врачей как первичного звена, так и стационаров, а также клинических ординаторов, аспирантов, студентов-старшекурсников и преподавателей медицинских вузов.

*Президент Российского научного
медицинского общества терапевтов,
академик РАН А. И. Мартынов*

Ключевые слова и список сокращений

АД – артериальное давление
ГКС – глюкокортикостероиды
ДДАХП – длительно действующие антихолинергические препараты
ДДБА – длительно действующие бета-агонисты
ДДБД – длительно действующие бронходилататоры
ДыхН – дыхательная недостаточность
ИГКС – ингаляционные глюкокортикостероиды
ИКЧ – индекс курящего человека
ЛГИ – легочная гиперинфляция
ОРИТ – отделение реанимации и интенсивной терапии
ОФВ1 – объем форсированного выдоха за первую секунду
СМП – скорая медицинская помощь
ТЭЛА – тромбоэмболия легочной артерии
ФЖЕЛ – форсированная жизненная емкость легких
ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких
ЧДД – частота дыхательных движений
ЧСС – частота сердечных сокращений

Вместо предисловия: клинико-морфологическая демонстрация

Пациент Ю., 78 лет, поступил в стационар с направительным диагнозом СМП: подозрение на пневмонию с жалобами на кашель с отделением слизисто-гнойной мокроты, одышку с затрудненным выдохом при ходьбе по комнате, повышение температуры тела до 38 градусов, слабость, головную боль. В анамнезе заболевания: ухудшение в течение 10 дней, когда усилился кашель, заметил мокроту зеленого цвета, выросла одышка, повысилась температура до 37,5 °С. Амбулаторно принимал бромгексин, амоксициллин, без эффекта. Последние три дня – стойкое повышение температуры до 38,5, нарастание одышки, в связи с чем вызвал бригаду СМП.

Наблюдается у терапевта в поликлинике с диагнозом ХОБЛ, непостоянно получает препарат беродуал –2 вдоха 2 раза в день.

Анамнез жизни: около 50 лет курит по одной пачке в день. В течение многих лет кашель с отделением слизистой мокроты в утренние часы. Неоднократно стационарное лечение по поводу обострения ХОБЛ. Перенес инфаркт миокарда, периодически – пароксизмы фибрилляции предсердий.

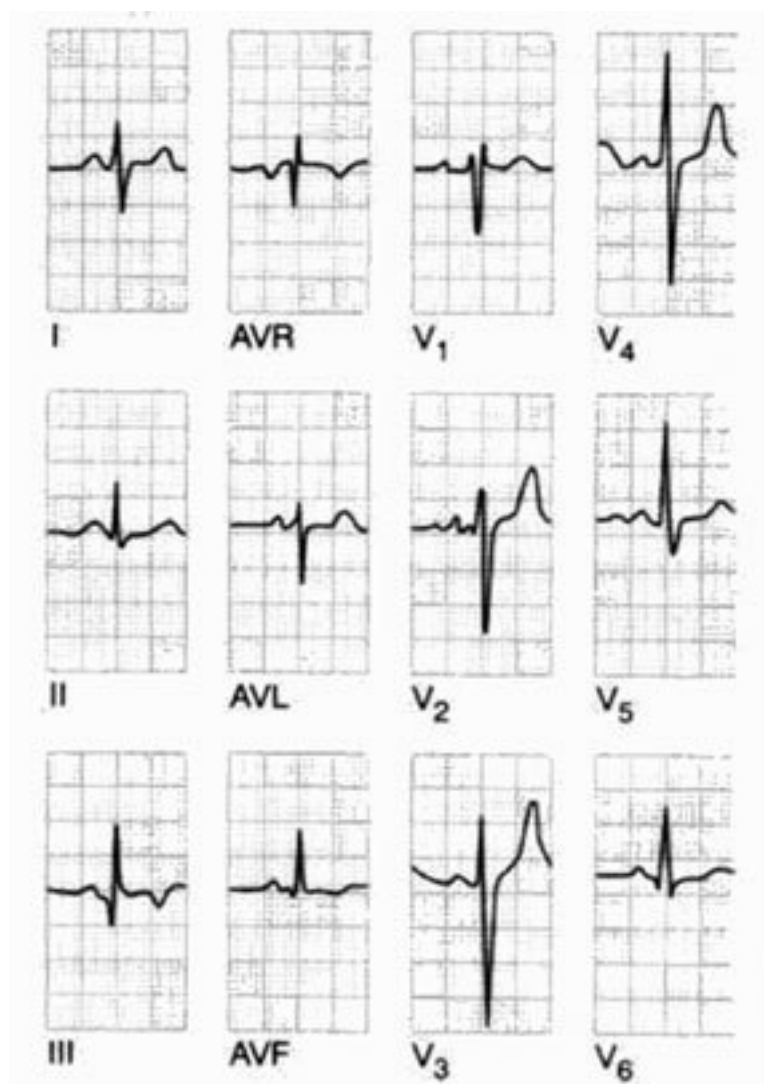
При осмотре: состояние средней тяжести за счет интоксикации, дыхательной недостаточности. В сознании. Цианоз губ. Пониженного питания. Кожные покровы бледные. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Бочкообразная грудная клетка. ЧДД 23 в мин. Дыхание в легких жесткое, справа ослабленное, множество сухих рассеянных хрипов. ЧСС 90 уд. в мин. АД 140/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под реберной дуги на 4 см. Стул, диурез в норме.

По данным обследования обращает внимание лейкоцитоз 18,1, при рентгеноскопии органов грудной клетки (рис. 1) деформация легочного рисунка, пневмония в нижней доле правого легкого, сердце расширено в обе стороны.



Рис. 1. Рентгенограмма больного Ю. 78 лет

На ЭКГ (рис. 2): перегрузка правых отделов сердца, отклонение ЭОС вправо, синдром S_1Q_3 .



По тяжести состояния пациент был госпитализирован в ОРИТ, где наблюдался в течение суток и при нарастающих явлениях ДыхН и интоксикации наступила смерть больного.

На секции диагноз был сформулирован следующим образом:

Основное заболевание. Крупноочаговый (постинфарктный) кардиосклероз межжелудочковой перегородки.

Фоновое заболевание. Гипертоническая болезнь III стадии, нефросклероз.

Сочетанное заболевание. ХОБЛ: хронический обструктивный гнойный бронхит в стадии обострения; эмфизема легких, пневмосклероз.

Осложнения. Хроническое легочное сердце. Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий. ТЭЛА. Очаговая сливная пневмония в VIII–X сегментах правого легкого. Острые эрозии и язвы 12-перстной кишки. Отек головного мозга.

Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия. ИВЛ.

Сопутствующие заболевания: Хроническая ишемия головного мозга. Хронический индуративный панкреатит, стадия ремиссии.

На секции диагноз был подтвержден (рис. 3–6).



А



Б

Рис. 3. Хронический гнойный бронхит (А) и очаговая пневмония в нижней доли левого легкого (Б)



А

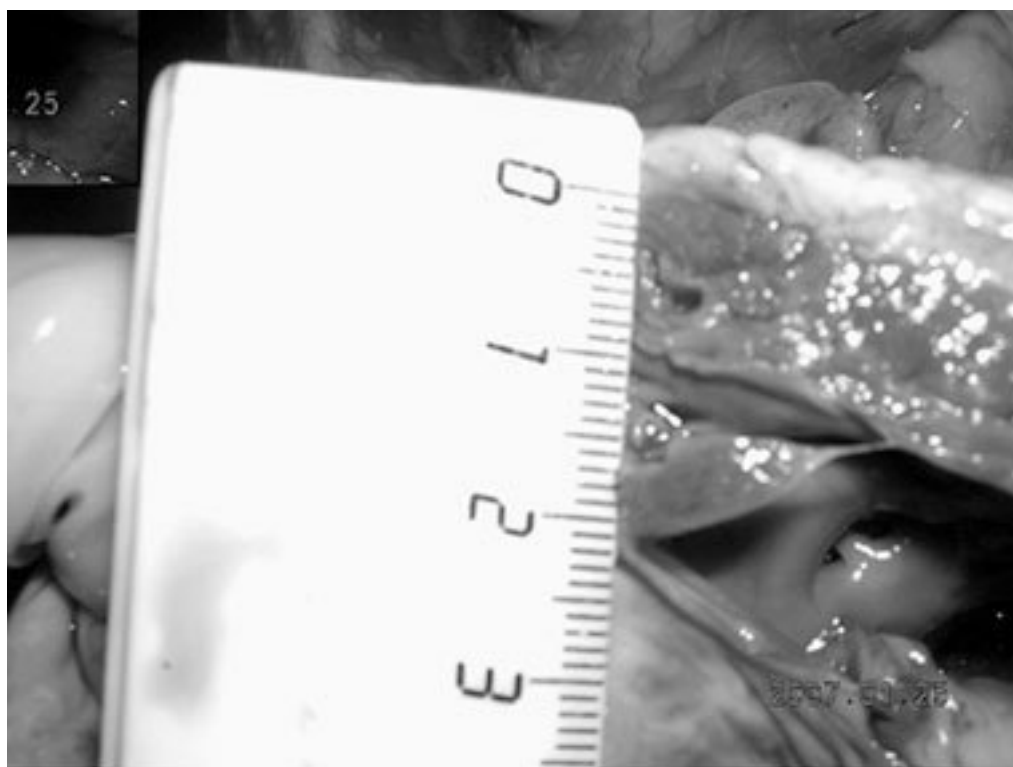


Б

Рис. 4. Массивная ТЭЛА, атеросклероз легочных артерий (А) и постинфарктный кардиосклероз межжелудочковой перегородки, атеросклероз аорты (Б)



Желудочковый индекс = 0,7 ЛЖ = 140 г, ПЖ = 100 г



Легочное сердце ЛЖ = 20 мм, ПЖ = 10 мм

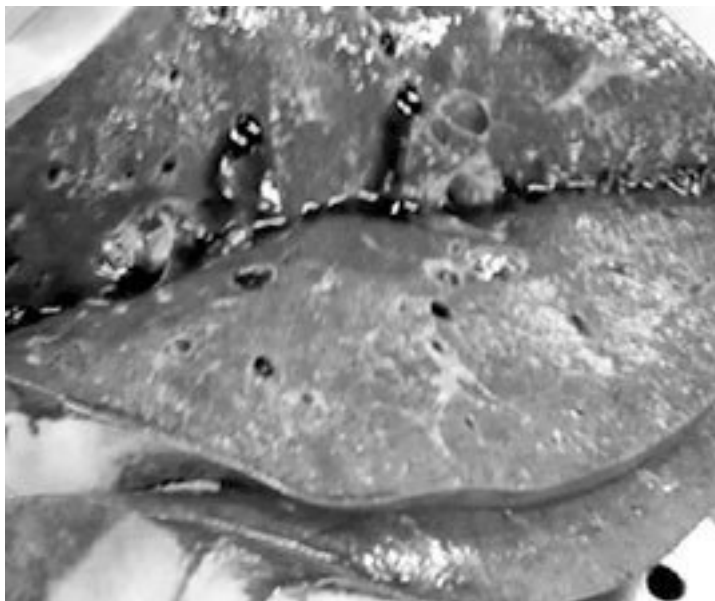
Рис. 5. Легочное сердце



А



Б



В

Рис. 6. Острые эрозии и язвы 12-перстной кишки (А), атероартриосклеротический нефросклероз, цианотическая индукция почек (Б) и мускатный фиброз печени (В)

Типичен ли данный клинический пример? К сожалению, ответ утвердительный. На этапе поликлиники терапевтом не было оценки степени тяжести нарушения бронхиальной проходимости, выраженности клинических симптомов по анкетам CAT и mMRC, частоты обострений, фенотипа ХОБЛ и осложнений. Естественно, это не могло не отразиться и на выборе терапии, которая по современным представлениям основана именно на клинических и спирометрических параметрах, позволяющих объективно оценить степень дыхательной недостаточности.

ХОБЛ: что мы знаем сегодня

В 1997 г. Международной группой экспертов принято соглашение о необходимости создания Глобальной инициативы по ХОБЛ (GOLD). Первый доклад рабочей группы GOLD, ставший основой для создания в ряде стран национальных программ диагностики и лечения ХОБЛ, опубликован в 2001 г. С учетом данных, накопленных за прошедшее десятилетие, в 2011–2013 гг. проведен пересмотр глобальной стратегии, в которой при оценке прогноза и выборе терапии ХОБЛ предусмотрен персонализированный подход. В конце 2016 г. опубликован очередной крупный пересмотр доклада GOLD. Приведена классификация обострений ХОБЛ по степени тяжести, отмечено влияние сопутствующих заболеваний на течение обострения. Расширен раздел, относящийся к пульмонологической реабилитации. Подчеркнуто влияние правильной техники ингаляции на контроль над симптомами ХОБЛ и важность ее регулярной оценки. Добавлены новые данные по использованию комбинаций длительно действующих β_2 -агонистов и длительно действующих антихолинергических препаратов, а также тройной терапии.

В 2017 г. GOLD предложила определение ХОБЛ, которое в отличие от предыдущей формулировки предполагает индивидуальный подход к каждому пациенту, в ней исключен воспалительный механизм заболевания, что предопределило пересмотр широкого использования ингаляционных ГКС.

Еще представляет интерес позиция, мало изучаемая, но имеющая очевидное практическое значение. Так, известно, что частота в структуре обращаемости за амбулаторной медицинской помощью составляет 5,3 % для мужчин и только 1,4 % для женщин (García-Olmos L., 2013). Это позволяет характеризовать ХОБЛ как гендерспецифическое заболевание, связанное с ключевыми механизмами, обеспечивающими половые различия, а именно – с видом и уровнем половых гормонов (Creutzberg E. C., Casaburi R., 2003; Debigaré R. et al., 2003).

По данным Mulligan T. et al. (2006), распространенность дефицита тестостерона у мужчин с ХОБЛ варьирует от 22 до 69 %. Принимая во внимание, что тестикулярная функция у мужчин является высокочувствительной к гипоксии любого генеза, вполне логично предположить, что одной из клинических «масок» ХОБЛ у мужчин можно считать нарушения синтеза и секреции тестостерона (Тюзиков И. А., Калинин С. Ю., 2012; Mulligan T. et al., 2006). Так, уровень тестостерона в плазме напрямую коррелирует с объемом форсированного выдоха в течение первой секунды и находится в обратной зависимости от длительности стажа курения, выраженности кашля и степени дыхательной недостаточности (Подзолков В. И., 2012; Svartberg J., 2006).

Более того, клиническая манифестация андрогенного дефицита, вероятно, может отражать течение ХОБЛ и представлять определенный патогенетический «порочный круг». В этой ситуации терапия системными или ингаляционными ГКС в дозе более 1 г/сутки усугубляет все без исключения проявления андрогенного дефицита у пациентов с ХОБЛ (Sakskura M., 1975; Reid I. R., 1996; Weinstein R. S., 2004; Yasuda S., 2003). По данным Kaminschke A. (1998), у 100 % пациентов, постоянно получающих системные ГКС, происходит значимое снижение уровня тестостерона, тогда как у пациентов с ХОБЛ без ГКС это происходит только в половине случаев.

Формирование медикаментозно-индуцированного гипогонадизма у мужчин способствует более стремительному и выраженному прогрессированию как ХОБЛ, так и практически всей сопутствующей коморбидной патологии (Аринина Е. Н., 2006; Верткин А. Л., 2007; Reid I. R., 1996; Gupta A., Gupta Y., 2013; Samaras N., 2012; Seisen T., 2012).

Связанные с андрогенным дефицитом важнейшие метаболические нарушения – остеопороз, саркопения, кахексия, анорексия и депрессия – оказывают негативное влияние на течение

ние и прогноз, поскольку усиливают и так характерные для тяжелой ХОБЛ органно-тканевого дыхания и процессов анаболизма. По данным Koehler F. и Doehner W. (2007), к потере мышечной массы и общей массы тела при ХОБЛ приводят как обусловленная андрогенным дефицитом анорексия, так и гипоксия с хроническим системным воспалением.

Итак, **ХОБЛ** – распространенное заболевание, которое можно предотвратить и лечить, характеризующееся персистирующими респираторными симптомами и ограничением скорости воздушного потока, которое связано с бронхиальными и/или альвеолярными нарушениями, обычно вызываемыми значительным воздействием повреждающих частиц или газов.

В развитии ХОБЛ играют роль как эндогенные факторы, так и факторы воздействия внешней среды (схема 1).

Факторы риска ХОБЛ

Экзогенные	Эндогенные
<i>Курение</i>	Генетические, эпигенетические
Профессиональные вредности	Бронхиальная гиперактивность, астма в анамнезе
Пассивное курение	Тяжелые респираторные инфекции в детском возрасте
Загрязнение воздуха (биологическая, минеральная пыль, газы, дым)	Врожденный дефицит альфа-1-антитрипсина

Курение остается основной причиной ХОБЛ и ключевым анамнестическим маркером, позволяющим заподозрить ХОБЛ. При оценке статуса курения необходимо рассчитывать ИКЧ. ИКЧ более 10 (пачка/лет) – достоверный фактор риска ХОБЛ, а более 25 (пачка/лет) – характеризует злостного курильщика.

Если больной курит или курил, можно рассчитать индекс курящего, выраженный в «пачка/лет», по следующей формуле:

$$\text{Индекс курящего (ИКЧ)} = \text{число выкуренных сигарет (сутки)} \times \text{стаж курения (годы)} / 20$$

Ингаляция табачного дыма ведет к повреждению легочной паренхимы, активации системной воспалительной реакции, усилению секреции слизи, нарушению проходимости, сужению и фиброзу легочных путей. В результате формируется прогрессирующая необратимая бронхиальная обструкция (рис. 7, 8).

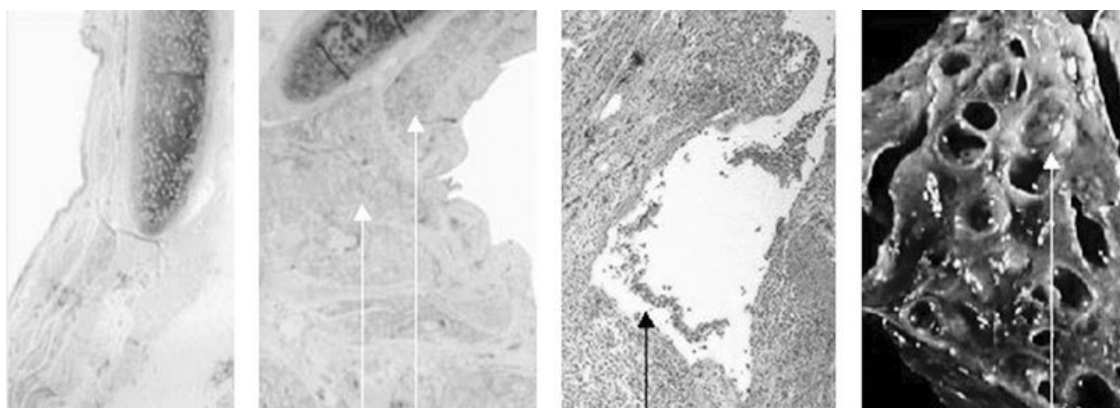
Кроме статуса активного курильщика, имеет большое значение и установление эпизодов пассивного курения. Это относится ко всем возрастным группам, включая воздействие табачного дыма на плод во внутриутробном периоде в результате курения самой беременной или окружающих ее людей.

МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ХОБЛ У КУРИЛЬЩИКОВ

Ингаляция веществ, оказывающих неблагоприятное воздействие
(например, сигаретного дыма, загрязняющих примесей)



Рис. 7. Механизм развития ХОБЛ



Нормальная стенка бронха/Гиперплазия желез, воспалительная инфильтрация, склероз слизистой бронха/Неравномерное расширение просвета, рубцевание стенки бронха/Мешотчатые бронхоэктазы с гноем

Рис. 8. Морфологические изменения бронхов при ХОБЛ

Профессиональные ингаляционные воздействия, наряду с курением, также рассматриваются в качестве обстоятельств, приводящих к возникновению ХОБЛ. Это касается различных форм воздушных загрязнений на рабочем месте, включая газы и аэрозоли, а также воздействие дыма от органического топлива.

Загрязнение воздуха на рабочем месте биологической, минеральной пылью, газами и дымом (на основании самостоятельной оценки пациентами) было ассоциировано с большей распространенностью ХОБЛ.

Эндогенные факторы риска включают генетические, эпигенетические и другие характеристики пациента, такие как бронхиальная гиперреактивность и астма в анамнезе, а также наличие тяжелых респираторных инфекций в детском возрасте. Развитие ХОБЛ также ассоциировано с полиморфизмом множества генов, но только немногие из этих ассоциаций были показаны в независимых популяционных выборках.

Следующим фактором, характеризующим ХОБЛ, является воспаление дыхательных путей. Так, при ХОБЛ повышается количество нейтрофилов, макрофагов и Т-лимфоцитов (особенно CD8+) в различных частях дыхательных путей и легких. При обострении у некоторых больных может наблюдаться также увеличение числа эозинофилов. Вследствие воспаления возникают оксидативный стресс, т. е. выделение в воздухоносных путях повышенного количества свободных радикалов, и дисбаланс системы «протеаз – антипротеаз», что оказывает мощное повреждающее действие на все структурные компоненты легких, приводя к необратимым изменениям легочной паренхимы, дыхательных путей, сосудов легких.

Следующим компонентом ХОБЛ является ограничение воздушного потока и легочная гиперинфляция. Экспираторное ограничение воздушного потока является основным патофизиологическим нарушением у больных ХОБЛ. В его основе лежат как обратимые, так и необратимые компоненты. К необратимым относятся: фиброз и сужение просвета дыхательных путей, потеря эластической тяги легких вследствие альвеолярной деструкции и альвеолярной поддержки просвета малых дыхательных путей. К обратимым причинам относятся: накопление воспалительных клеток, слизи и экссудата плазмы в бронхах, сокращение гладкой мускулатуры бронхов и динамическая гиперинфляция (т. е. повышенная воздушность легких) при физической нагрузке (рис. 9).

В основе ЛГИ лежит воздушная ловушка, которая развивается из-за неполного опорожнения альвеол во время выдоха вследствие потери эластической тяги легких (статическая ЛГИ) или недостаточного времени выдоха в условиях выраженного ограничения экспираторного воздушного потока (динамическая ЛГИ). Отражением ЛГИ является повышение легочных объемов (функциональной остаточной емкости, остаточного объема, общей емкости легких) и снижение емкости вдоха. Нарастание динамической ЛГИ происходит во время выполнения больным физической нагрузки, так как учащается частота дыхания, а значит, и укорачивается время выдоха, и еще большая часть легочного объема задерживается на уровне альвеол.



Легочная гиперинфляция (синонимы: гипервоздушность, гипервздутие легких) является результатом увеличения потери эластической тяги легких и возникает при повышении резистентности дыхательных путей, потере эластической отдачи легких и при укорочении экспираторного времени (одышка).

Рис. 9. Легочная гиперинфляция

Неблагоприятными функциональными последствиями ЛГИ являются: уплощение диафрагмы, что приводит к нарушению ее функции и функции других дыхательных мышц; ограничение возможности увеличения дыхательного объема во время физической нагрузки; нарастание гиперкапнии при физической нагрузке; создание внутреннего положительного давления в конце выдоха и повышение эластической нагрузки на респираторную систему.

Функциональные параметры, отражающие ЛГИ, в частности изменение емкости вдоха, обладают очень высокой корреляционной связью с одышкой и толерантностью больных к физическим нагрузкам.

ХОБЛ тяжелого течения характеризуется развитием гипоксемии и гиперкапнии. Основным патогенетическим механизмом гипоксемии является нарушение вентиляционно-перфузионного (VA/Q) баланса. Участки легких с низкими VA/Q соотношениями вносят главный вклад в развитие гипоксемии. Наличие участков с повышенным отношением VA/Q ведет к увеличению физиологического мертвого пространства, и для поддержания нормального уровня $PaCO_2$ требуется повышение общей вентиляции легких.

На поздних стадиях ХОБЛ развивается легочная гипертензия, часто вследствие обусловленного гипоксией спазма мелких артерий легких, который, в конечном счете, приводит к структурным изменениям: гиперплазии интимы и позднее – к гипертрофии/гиперплазии гладкомышечного слоя. В сосудах отмечается воспалительная реакция, сходная с реакцией в дыхательных путях. Прогрессирующая легочная гипертензия может приводить к гипертрофии правого желудочка и в конечном итоге – к правожелудочковой недостаточности (легочному сердцу).

Характерная черта ХОБЛ – наличие системных эффектов. Среди них основными являются системное воспаление, кахексия, дисфункция скелетных мышц, остеопороз, сердечно-сосудистые события, анемия, депрессия и др. В их основе важное место занимают: гипоксемия, курение, малоподвижный образ жизни и системное воспаление и др.

ХОБЛ: кодирование по МКБ-10 и классификация

Кодирование по МКБ-10

Хроническая обструктивная болезнь легких (J44):

J44.0 – Хроническая обструктивная болезнь легких с острой респираторной инфекцией нижних дыхательных путей.

J44.1 – Хроническая обструктивная болезнь легких с обострением неуточненная.

J44.8 – Другая уточненная хроническая обструктивная болезнь легких. Хронический бронхит: астматический (обструктивный) БДУ, эмфизематозный БДУ, обструктивный БДУ.

J44.9 – Хроническая обструктивная болезнь легких неуточненная. Хроническая обструктивная болезнь легких БДУ.

Классификация

Классификация ХОБЛ с учетом рекомендаций программы GOLD выглядит следующим образом (табл. 1).

Таблица 1. Классификация ХОБЛ согласно GOLD (2011)

Группа больных	Характеристика	Спирометрическая классификация	Число обострений за 1 год	Шкала mMRC	CAT-тест
A	Низкий риск обострений, симптомы не выражены	GOLD 1-2	≤ 1	0–1	< 10
B	Низкий риск обострений, симптомы выражены	GOLD 1-2	≤ 1	≥ 2	≥ 10
C	Высокий риск обострений, симптомы не выражены	GOLD 3-4	≥ 2	0–1	< 10
D	Высокий риск обострений, симптомы выражены	GOLD 3-4	≥ 2	≥ 2	≥ 10

При оценке степени риска рекомендуется выбирать **наивысшую степень** в соответствии с ограничением скорости воздушного потока по классификации GOLD или с частотой обострений в анамнезе. Также добавлено положение о том, что при наличии у пациента в предыдущем году даже одного обострения, приведшего к госпитализации (то есть тяжелого обострения), больного необходимо относить к группе высокого риска.

В классификации за основу взяты следующие позиции:

1. Частота обострений.
2. Результаты спирометрии (табл. 2).
3. Шкала оценки выраженности одышки (mMRC) (табл. 3).
4. CAT-тест (схема 2).

Таблица 2. Спирометрическая классификация ХОБЛ

Стадия ХОБЛ	Степень тяжести	ОФВ1/ ФЖЕЛ	ОФВ1, % от должного
I	Легкая	$< 0,7$ (70%)	ОФВ1 $\geq 80\%$
II	Средне-тяжелая	$< 0,7$ (70%)	$50\% \leq \text{ОФВ1} < 80\%$
III	Тяжелая	$< 0,7$ (70%)	$30\% \leq \text{ОФВ1} < 80\%$
IV	Крайне тяжелая	$< 0,7$ (70%)	ОФВ1 $< 30\%$ или $< 50\%$ в сочетании с хронической дыхательной недостаточностью

Схема 2. CAT-тест

Ваша фамилия:

Сегодняшняя дата:



Как протекает ваше заболевание легких (хроническая обструктивная болезнь легких, или ХОБЛ)?

Пройдите оценочный тест по ХОБЛ (COPD Assessment Test™ (CAT))

Данная анкета поможет вам и медицинскому работнику оценить влияние, которое ХОБЛ (хроническая обструктивная болезнь легких) оказывает на ваше самочувствие и повседневную жизнь. Ваши ответы и оценка на основании теста могут быть использованы вами и медицинским работником для того, чтобы помочь улучшить терапию ХОБЛ и получить наибольшую пользу от лечения.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.