Хроническая обструктивная болезнь легких

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: J44, Z57.2, Z57.3, Z57.4, Z57.5 · Ассоциация врачей и специалистов медицины труда, Общероссийская общественная организация "Российское научное медицинское общество терапевтов", Российское респираторное общество

ХОБЛ — гетерогенное заболевание с хроническими респираторными симптомами и стойким, часто прогрессирующим ограничением воздушного потока; обострения и сопутствующие болезни существенно определяют его течение. Рекомендация описывает подтверждение диагноза, оценку риска обострений, базисную и неотложную терапию, респираторную поддержку, реабилитацию и диспансерное наблюдение.

Главное

- Подозревать ХОБЛ следует при постоянной или прогрессирующей одышке, хроническом кашле и мокроте, рецидивирующих инфекциях нижних дыхательных путей, особенно при курении, профессиональном воздействии пылей и химикатов или использовании дымного топлива.
- Диагноз подтверждает постбронходилатационный ОФВ1/ФЖЕЛ < 0,7. Степень обструкции: GOLD I — ОФВ1 ≥80%, II — 50–<80%, III — 30–<50%, IV — <30% или <50% в сочетании с хронической дыхательной недостаточностью.
- Выраженные симптомы определяются как CAT ≥10 или mMRC ≥2. Высокий риск обострений устанавливают при двух и более обострениях за год либо при одном обострении, потребовавшем госпитализации.
- Обострение — усиление одышки и/или кашля с мокротой в течение ≤14 дней; возможны тахипноэ и тахикардия. Перед лечением нужно исключить пневмонию, ТЭЛА, сердечную недостаточность, аритмию, пневмоторакс и плевральный выпот.
- Отказ от курения — наиболее эффективное вмешательство для замедления прогрессирования ХОБЛ. При отсутствии противопоказаний для поддержки отказа назначают фармакотерапию табачной зависимости; к препаратам первой линии в тексте отнесены варениклин и никотин.
- При ХОБЛ обязательно оценивают сопутствующие заболевания, особенно сердечно-сосудистые болезни, дисфункцию скелетных мышц, остеопороз, рак легкого и депрессию; у пожилых и старческих пациентов проактивно выявляют синдром старческой астении (УУР А, УДД 1).
- Для прогноза важны ОФВ1, выраженность одышки, дистанция в 6-минутном тесте и индекс массы тела.

Диагностика

1. Соберите жалобы и факторы риска: характер одышки, кашля, мокроты, статус курения и индекс курящего человека, профессиональный анамнез и профмаршрут, частоту предыдущих обострений. Выраженность симптомов оцените по mMRC и CAT (УУР С, УДД 4).
2. Проведите физикальное обследование для поиска признаков бронхиальной обструкции, эмфиземы, дыхательной недостаточности, оценки работы дыхательных мышц и исключения сопутствующих заболеваний (УУР С, УДД 5).
3. Выполните спирометрию для выявления и градации обструкции (УУР С, УДД 4). Постбронходилатационный ОФВ1/ФЖЕЛ < 0,7 подтверждает экспираторное ограничение воздушного потока (УУР С, УДД 5).
4. При исходном ОФВ1/ФЖЕЛ < 0,7 проведите бронходилатационный тест, чтобы получить постбронходилатационный показатель и оценить обратимость обструкции (УУР В, УДД 3). Одной бронходилатационной пробой нельзя надежно отличить БА от ХОБЛ (УУР В, УДД 3).
5. Сделайте рентгенографию легких в прямой проекции для исключения других заболеваний органов дыхания (УУР С, УДД 5). КТ высокого разрешения не используют рутинно; ее применяют при необходимости дифференциальной диагностики и при выраженной эмфиземе для решения вопроса о хирургическом уменьшении объема легких (УУР С, УДД 5).
6. При снижении ФЖЕЛ определите ОЕЛ методом бодиплетизмографии для исключения смешанных обструктивно-рестриктивных нарушений; ОЕЛ и диффузионную способность легких используют для оценки выраженности эмфиземы (УУР С, УДД 5).
7. Проводите дифференциальную диагностику с БА, бронхоэктазами, туберкулезом, инфекциями нижних дыхательных путей, раком легкого, интерстициальными и сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Активность альфа-1-антитрипсина определяют при ХОБЛ в возрасте до 45 лет, быстром прогрессировании или преимущественно базальной эмфиземе (УУР С, УДД 5).

Лечение

- При стабильной ХОБЛ назначьте короткодействующий бронходилататор по потребности (УУР А, УДД 1), обучите технике ингаляции, дайте рекомендации по отказу от курения и вакцинации против гриппа и пневмококковой инфекции.
- При невыраженных симптомах стартовой терапией может быть монотерапия ДДБА. При выраженных симптомах на старте используют комбинацию бронходилататоров с разными механизмами действия (УУР А, УДД 1); рекомендованы фиксированные комбинации ДДАХ/ДДБА, включая вилантерол+умеклидиния бромид, гликопиррония бромид+индакатерол, олодатерол+тиотропия бромид и аклидиния бромид+формотерол (УУР В, УДД 2).
- Тройную фиксированную терапию ИГКС/ДДАХ/ДДБА назначают при сохраняющемся высоком риске обострений на ДДАХ/ДДБА или ИГКС/ДДБА (УУР А, УДД 1). При высоком риске обострений и эозинофилах крови >300 клеток/мкл такая терапия является единственной фармакотерапией, для которой в клинических исследованиях показано снижение смертности (УУР А, УДД 1).
- Рофлумиласт назначают при ОФВ1 <50% от должного, хроническом бронхите и частых обострениях несмотря на ДДБД, чтобы снизить частоту среднетяжелых и тяжелых обострений (УУР А, УДД 1); для уменьшения симптомов его не используют (УУР А, УДД 1). Длительного лечения пероральными ГКС следует избегать (УУР В, УДД 2).
- При обострении применяют ингаляционные КДБА, КДАХ или их фиксированную комбинацию (УУР В, УДД 3). При госпитализированном неинфекционном обострении назначают системные или ингаляционные ГКС (УУР А, УДД 2); обычная схема — преднизолон 30–40 мг/сут 5–7 дней.
- Антибиотики при обострении показаны при усилении одышки, увеличении объема и гнойности мокроты либо при наличии двух из трех этих признаков, если один из них — гнойная мокрота (УУР А, УДД 2). Также их назначают при тяжелом обострении с инвазивной или неинвазивной вентиляцией (УУР А, УДД 2); при соответствующих критериях и СРБ ≥40 мг/л — также по УУР С, УДД 4. Оптимальная длительность курса — 5–7 суток.
- ДКТ назначают при стабильной хронической дыхательной недостаточности: абсолютный порог — PaO2 <55 мм рт. ст. или SpO2 ≤88%; относительный — PaO2 55–59 мм рт. ст. или SpO2 89% при легочном сердце, отеках или гематокрите >55% (УУР С, УДД 5). Обычно кислород применяют не менее 15 часов в сутки, с перерывами не более 2 часов подряд, потоком 1–2 л/мин.
- При обострении с острой дыхательной недостаточностью кислород титруют до PaO2 55–65 мм рт. ст. и SpO2 88–92% (УУР А, УДД 2). НИВЛ показана при выраженной одышке в покое, ЧДД >24/мин, участии вспомогательных мышц и признаках нарушения газообмена: PaCO2 >45 мм рт. ст. и pH <7,35 или PaO2/FiO2 <200 мм рт. ст. (УУР С, УДД 5).

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализируйте при обострении при одышке по шкале Борга ≥5, ЧДД ≥24/мин, ЧСС ≥95/мин, SpO2 <92% или снижении более чем на 3% от исходной, PaO2 ≤60 мм рт. ст. и/или PaCO2 >45 мм рт. ст., а также если начальная терапия не купирует обострение (УУР С, УДД 5).
- Направьте к пульмонологу для уточнения диагноза, дифференциальной диагностики, выбора фармакологической и немедикаментозной тактики либо смены терапии при ее неэффективности, включая проблемы с соблюдением лечения или техникой доставки препаратов.
- В дневной стационар направляют при нарастании симптомов более 3 суток, легком или среднетяжелом обострении, неэффективности амбулаторной терапии за 3 суток, обострении сопутствующих заболеваний без нарушения жизненно важных функций или для патогенетической терапии.
- Экстренная госпитализация нужна при внезапной тяжелой одышке, новых цианозе или периферических отеках, неэффективности начальной терапии за 3 суток, тяжелом или крайне тяжелом течении, остром либо декомпенсированном сопутствующем заболевании и при обострении у пациента старческого возраста.
- При верхнедолевой эмфиземе и низкой переносимости нагрузки направляют на оценку операции по уменьшению объема легких (УУР А, УДД 2). К трансплантации легких рассматривают пациентов с очень тяжелым течением ХОБЛ при наличии показаний: BODE ≥7, ОФВ1 <15%, ≥3 обострения за год, одно

обострение с острой гиперкапнической дыхательной недостаточностью, среднетяжелая или тяжелая легочная гипертензия и возраст до 60 лет (УУР С, УДД 5).

Частые вопросы

Как подтвердить диагноз ХОБЛ?

Нужны типичные симптомы и факторы риска, затем спирометрия с бронходилатационным тестом. Постбронходилатационный ОФВ1/ФЖЕЛ < 0,7 подтверждает стойкое экспираторное ограничение воздушного потока.

Как определить выраженность симптомов и риск обострений?

Используйте mMRC и CAT: выраженные симптомы соответствуют mMRC ≥2 или CAT ≥10. Высокий риск — это ≥2 обострения за предыдущий год либо хотя бы одно обострение с госпитализацией.

Когда добавлять ингаляционные глюкокортикостероиды?

Тройную терапию ИГКС/ДДАХ/ДДБА назначают при сохраняющемся высоком риске обострений на предшествующей терапии; при высоком риске и эозинофилах >300 клеток/мкл она показана с уровнем УУР А, УДД 1. У пациентов с инфекционными обострениями и/или эозинофилами <100 клеток/мкл возвращаются к ДДАХ/ДДБА и рассматривают другие варианты профилактики.

Когда при обострении нужны антибиотики?

При усилении одышки, увеличении объема и гнойности мокроты либо при любых двух из этих трех признаков, если один из них — гнойная мокрота. Дополнительным критерием служит СРБ ≥40 мг/л при соответствующей клинической картине; курс обычно длится 5–7 суток.

Когда при обострении назначать кислород и НИВЛ?

При обострении с острой дыхательной недостаточностью кислородотерапию проводят с целью достижения PaO2 55–65 мм рт. ст. и SpO2 88–92%. НИВЛ применяют при выраженной одышке в покое, ЧДД >24/мин, участии вспомогательных мышц и нарушении газообмена: PaCO2 >45 мм рт. ст. и pH <7,35 или PaO2/FiO2 <200 мм рт. ст.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/603-hronicheskaya-obstruktivnaya-bolezn-legkih. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/603_3