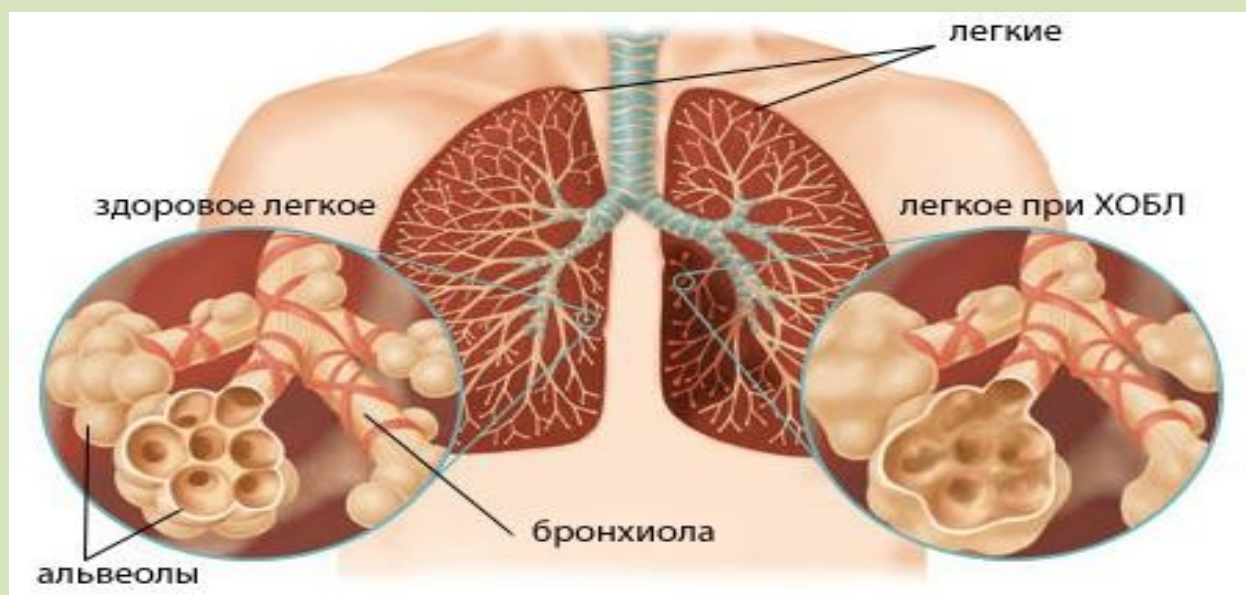




Хроническая обструктивная болезнь легких



Проверила:

Подготовил: Ежаззулла Жахид

Курс: 5 ОМ

Группа:61-2

Оглавление

1. Определение
2. Этиология
3. Патогенез
4. Клиническая картина
5. Классификация
6. Диагностика
7. Лечение и профилактика
8. Реабилитационные мероприятия
9. Прогноз
10. Список использованной литературы

1. Определение

Хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) — это заболевание, которое характеризуется частичным необратимым ограничением воздушного потока в дыхательные пути. Ограничение воздушного потока имеет постоянный прогрессирующий характер, а также вызванной аномальной воспалительной реакцией тканей лёгких на раздражение разными болезнетворными частицами и газами.

2. Этиология

Вероятность значения факторов	Внешние факторы	Внутренние факторы
Установленная	Курение	Дефицит б1-антитрипсина
Высокая	Профессиональные вредности (кадмий, кремний)	Недоношенность
	Загрязнение окружающего воздуха (SO ₂ , NO ₂ , O ₃)	
	Профессиональные вредности	
Возможная	Низкое социально-экономическое положение	Высокий уровень IgE
	Пассивное курение в детском возрасте	Бронхиальная гиперреактивность
	Аденовирусная инфекция	Семейный характер заболевания
	Дефицит витамина С	Генетическая предрасположенность (группа крови A(II), отсутствие IgA)

Европейское респираторное общество приводит следующую классификацию факторов риска в зависимости от их значимости:

Курение.

Главный фактор риска (80-90 % случаев) -- курение. Показатели смертности от ХОБЛ среди курильщиков максимальны, у них быстрее развивается обструкция дыхательных путей и одышка. Однако случаи возникновения и прогрессирования ХОБЛ отмечаются и у некурящих лиц. Одышка появляется приблизительно к 40 годам у курильщиков, и на 13-15 лет позже у некурящих. Согласно мировой статистике (ВОЗ), Российская Федерация находится на 4-м месте в мире по количеству выкуриваемых сигарет (после Китая, США и Японии). Распространенность табакокурения среди жителей России достаточно высока, а в последние 15 лет стал отмечаться рост этого показателя.

Индекс курящего человека (ИКЧ) - основной показатель, используемый для расчета частоты табакокурения. Вычисляется он следующим образом: количество выкуренных в день сигарет x число месяцев в году, которые человек курил (как правило, 12). Имеются данные, в том числе отечественной медицины, позволяющие использовать данный показатель для оценки вероятности развития ХОБЛ.

* ИКЧ > 120 - курение приводит к хроническому обструктивному бронхиту.

* ИКЧ > 160 - курение представляет риск в отношении ХОБЛ.

* ИКЧ > 240 - курение неизбежно ведет к развитию ХОБЛ.

ИКЧ также опосредованно зависит от стажа курения, при этом зоной, наносящей гарантированный вред организму, считается ИКЧ в диапазоне от 60 до 720.

3. Патогенез

В патогенезе ХОБЛ наибольшую роль играют следующие процессы:

1. воспалительный процесс,
2. дисбаланс протеиназ и антипротеиназ в легких,
3. окислительный стресс.

Хроническое воспаление затрагивает все отделы дыхательных путей, паренхиму и сосуды легких. Со временем воспалительный процесс разрушает лёгкие и ведет к необратимым патологическим изменениям. Дисбаланс ферментов и окислительный стресс могут быть следствием воспаления, действия окружающей среды или генетических факторов.

В патогенезе ХОБЛ важное значение имеет нарушение функционирования местной защитной системы легких. Эта система представлена неспецифическими и специфическими механизмами. Действие неспецифических механизмов защиты, в частности фагоцитоза, направлено против любого чужеродного агента, в то время как специфические механизмы реализуются через факторы местного иммунного ответа. Выделяют несколько звеньев местной защитной системы легких:

Патофизиологические изменения при ХОБЛ включают следующие патологические изменения:

- ✦ гиперсекреция слизи,
- ✦ дисфункция ресничек,
- ✦ бронхиальная обструкция,
- ✦ гиперинфляция легких,
- ✦ деструкция паренхимы и эмфизема легких,
- ✦ расстройства газообмена,
- ✦ легочная гипертензия,
- ✦ легочное сердце.

4. Клиническая картина

- ✦ - **Кашель** -- наиболее ранний симптом болезни. Он часто недооценивается пациентами, будучи ожидаемым при курении и воздействии поллютантов. На первых стадиях заболевания он появляется эпизодически, но позже возникает ежедневно, изредка -- появляется только по ночам. Вне обострения кашель, как правило, не сопровождается

отделением мокроты. Иногда кашель отсутствует при наличии спирометрических подтверждений бронхиальной обструкции.

- + - **Мокрота** -- относительно ранний симптом заболевания. В начальных стадиях она выделяется в небольшом количестве, как правило, по утрам, и имеет слизистый характер. Гнойная, обильная мокрота -- признак обострения заболевания.
- + - **Одышка** возникает примерно на 10 лет позже кашля и отмечается вначале только при значительной и интенсивной физической нагрузке, усиливаясь при респираторных инфекциях. Одышка чаще смешанного типа, реже встречается экспираторная. На более поздних стадиях одышка варьирует от ощущения нехватки воздуха при обычных физических нагрузках до тяжелой дыхательной недостаточности, и со временем становится более выраженной. Она является частой причиной обращения к врачу.

Для оценки степени выраженности одышки предложена шкала одышки Medical Research Council

степень	Тяжесть	Описание
0	Нет	Одышка только при очень интенсивной нагрузке
1	Легкая	Одышка при быстрой ходьбе, небольшом подъеме
2	Средняя	Одышка заставляет идти медленнее, чем люди того же возраста
3	Тяжелая	Одышка заставляет останавливаться при ходьбе примерно через каждые 100 метров
4	Очень тяжелая	Одышка не позволяет выйти за пределы дома или появляется при переодевании

Клинические формы. При обследовании ХОБЛ на далеко зашедшей стадии заболевания выявляются 2 типа клинической картины: **эмфизематозный** и **бронхитический**. Основные различия представлены в таблице:

Клинические варианты ХОБЛ

Признак	Бронхитический тип	Эмфизематозный тип
Соотношение кашля и одышки	превалирует кашель	превалирует одышка
Обструкция бронхов	выражена	Менее выражена
Гипервентиляция легких	выражена слабо	выражена сильно
Цианоз	диффузный синий	розово-серый
Легочное сердце	в раннем возрасте	В пожилом возрасте
Полицитемия	часто	очень редко
Кахексия	не характерна	часто
Летальный исход	в молодые годы	В пожилом возрасте

Фаза заболевания.

Обострение ХОБЛ -- ухудшение самочувствия в течение не менее двух дней подряд, возникающее остро. Для обострения характерно усиление кашля, увеличение количества и состава отделяемой мокроты, усиление одышки. Во время обострения модифицируется терапия и добавляются другие лекарства. Ниже приведены критерии некоторых рабочих групп:

Критерии обострения ХОБЛ

Критерии Anthonisen et al., 1987 год	Критерии BTS (Британское Торакальное Сообщество), 1997 год	Критерии рабочей группы, 2000 год
Большие критерии	Увеличение количества мокроты	Респираторные признаки
Усиление одышки	Усиление «гнойности» мокроты	Усиление одышки
Увеличение количества мокроты	Усиление одышки	Увеличение количества и «гнойности» мокроты
Усиление «гнойности» мокроты	Свистящее дыхание	Усиление кашля
Малые критерии	Заложенность в грудной клетке	Частое поверхностное дыхание
Инфекция верхних дыхательных путей		Системные признаки
Лихорадка		Повышение температуры тела
Свистящее дыхание		Учащение ЧСС
Усиление кашля		Нарушение сознания
Учащение ЧСС или ЧДД на 20 % и более		

Обострение диагностируется на основе совокупности критериев. Anthonisen et al. выделяют также 3 типа обострения ХОБЛ:

- ✚ обострение I типа -- сочетание всех трёх больших критериев;
- ✚ обострение II типа -- наличие двух из трёх больших критериев;
- ✚ обострение III типа -- сочетание одного большого критерия с одним или несколькими малыми критериями.

Осложнения ХОБЛ:

- ✚ острая или хроническая дыхательная недостаточность;
- ✚ вторичная полицитемия;
- ✚ хроническое легочное сердце;
- ✚ застойная сердечная недостаточность;
- ✚ пневмония;
- ✚ спонтанный пневмоторакс;
- ✚ пневмомедиастинум.

Формулировка диагноза

Согласно международной программе GOLD (2003), у больных ХОБЛ нужно указывать фазу болезни и степень тяжести заболевания, вариант течения, состояние больного (обострение или ремиссия), а затем перечислять осложнения, возникшие в ходе развития заболевания.

Пример формулировки диагноза:

ХОБЛ, преимущественно бронхитический тип, стадия IV, крайне тяжелое течение, обострение, хронический гнойный бронхит, обострение. Хроническое декомпенсированное легочное сердце, Н III, ДН III.

5. Классификация

Стратификация тяжести (стадия)

В основе стратификации два критерия: клинический, включающий кашель, образование мокроты и одышку, и функциональный, учитывающий степень необратимости обструкции дыхательных путей. Также ранее различали риск развития ХОБЛ как стадию 0 заболевания, но в последних текстах GOLD отказались от такой категории, так как недостаточно доказательств, что пациенты, имеющие «риск развития болезни» (хронический кашель, образование мокроты при нормальных показателях функции внешнего дыхания), обязательно развивается стадия I ХОБЛ. Приводимые значения ОФВ1 являются постбронходилатационными, то есть степень тяжести оценивается по показателям бронхиальной проходимости после ингаляции бронходилататора:

Стадия I. Лёгкая

- ✚ ОФВ1/ФЖЕЛ менее 70 % от должного
- ✚ ОФВ1 более 80 % от должного
- ✚ Наличие или отсутствие хронических симптомов (кашель, мокрота)

Стадия II. Средняя

- ✚ ОФВ1/ФЖЕЛ менее 70 % от должного
- ✚ ОФВ1 менее 80 % от должного
- ✚ Наличие или отсутствие хронических симптомов (кашель, мокрота, одышка)

Стадия III. Тяжёлая

- ✚ ОФВ1/ФЖЕЛ менее 70 % от должного
- ✚ ОФВ1 менее 50 % от должного
- ✚ Наличие или отсутствие хронических симптомов (кашель, мокрота, одышка)

Характеризуется дальнейшим увеличением ограничения воздушного потока (ОФВ1 составляет 30-50% от должных величин), нарастанием одышки, частыми обострениями.

Стадия IV. Крайне-тяжёлая

- ✚ ОФВ1/ФЖЕЛ менее 70 % от должного
- ✚ ОФВ1 менее 30 % от должного или менее 50 % в сочетании с хронической дыхательной недостаточностью

На этой стадии качество жизни заметно ухудшается, а обострения могут быть угрожающими для жизни. Болезнь приобретает инвалидизирующее течение. Характеризуется крайне тяжелой бронхиальной обструкцией (ОФВ1 < 30% от должных величин или < 50% при наличии дыхательной недостаточности).

6. Лечение и профилактика

Профилактические мероприятия.

1. Отказ от курения

2. Борьба с профессиональными факторами

- обеспечения индивидуальной защиты органов дыхания;

- снижения концентрации вредных веществ в воздухе рабочей зоны за счет различных технологических мероприятий.

Принципы бронхолитической терапии ХОБЛ

1. Предпочтительным путем введения бронхолитиков является ингаляционный.

2. Выбор между β_2 -адреномиметиками, холинолитиками, теофиллином зависит от их доступности, индивидуальной чувствительности больных к их действию и отсутствия побочных эффектов. При II-IV стадии ХОБЛ и у пожилых больных, имеющих сопутствующие заболевания ССС (ИБС, нарушения сердечного ритма, АГ и др.), в качестве препаратов первого ряда предпочтительны *холинолитики*. *Не рекомендуются бета2-агонисты короткого действия в качестве монотерапии для регулярного применения.*

3. Метилксантины эффективны при ХОБЛ, но в связи с возможностью развития побочных эффектов они относятся к препаратам «второго» ряда. Положительным влиянием на течение ХОБЛ обладают только теофиллины длительного действия.

4. Регулярное лечение бронхорасширяющими средствами длительного действия (*тиотпропий бромидом=спирива, сальметеролом=серевент, формотеролом=оксис, форадил*) показано при ХОБЛ средней тяжести, тяжелого и крайне тяжелого течения

5. Комбинация нескольких бронхорасширяющих средств (например, холинолитиков и β_2 -адреномиметиков короткого или длительного действия, холинолитиков и теофиллинов, β_2 -адреномиметиков и теофиллинов) может повысить эффективность и снизить вероятность развития побочных эффектов по сравнению с монотерапией одним препаратом.

6. Небулайзерная терапия бронхолитическими средствами проводится при ХОБЛ III и IV стадии.

Оксигенотерапия

ДН – основная причина смерти больных ХОБЛ. Оксигенотерапия – патогенетически обоснованный метод лечения. Единственный метод лечения, позволяющий снизить летальность.

Показания для длительной оксигенотерапии у больных ХОБЛ крайне тяжелого течения (при ОФВ1 менее 30% от должного или менее 1,5 л)

1. PaO_2 менее 55% от должного, SaO_2 ниже 88% при наличии или отсутствии гиперкапнии

2. PaO_2 55-60% от должного, SaO_2 89% при наличии легочной гипертензии, периферических отеков, связанных с декомпенсацией легочного сердца или полицитемии (гематокрит более 55%)

7. Реабилитационные мероприятия

Реабилитация – мультидисциплинарная программа индивидуальной помощи больным ХОБЛ, которая предназначена для улучшения их физической, социальной адаптации и автономии.

Компоненты реабилитации:

1. Физические тренировки (ходьба, увеличивать выносливость и силу, велоэргометр, подъем гантелей 0,2-1,4 кг) – 6мин шаговый тест. 8 недель, 10-45 мин, 1-5 раз в неделю.
2. Обучение больных (энергосберегающие технологии – как правильно дышать, кашлять, мыться).
3. Психотерапия.
4. Рациональное питание (снижение массы тела более 10% в течение 6 мес или более 5% в течение последнего мес и особенно потеря мышечной массы у больных ХОБЛ ассоциированы с высокой летальностью): высококалорийная диета с повышенным содержанием белка и дозированные физические нагрузки, обладающие анаболическим действием.

Группы больных 6-8 чел с участием специалистов разного профиля в течение 6-8 недель, 3 р/неделю

Хирургическое лечение

1. Буллэктомия (буллезная эмфизема легких с буллами большого размера, вызывающими развитие одышки, кровохарканья, легочных инфекций и боли в грудной клетке) – уменьшение одышки и улучшение функции легких.
2. Операции по уменьшению легочного объема – экспериментальная паллиативная, не рекомендуется для широкого применения
3. Трансплантация легких (ОФВ1 менее 25% от должного, PaCO₂ более 55% и прогрессирующая легочная гипертензия).

Проблемы: подбор донорского легкого, послеоперационные осложнения (летальность в США – 10-15%), высокая стоимость (110-200 тыс долларов).

8. Прогноз

Прогноз в отношении выздоровления неблагоприятен. Болезнь характеризуется неуклонно прогрессирующим течением, приводящим к развитию ранней инвалидизации и снижению продолжительности предстоящей жизни. Осложнениями ХОБЛ являются острая или хроническая дыхательная недостаточность, вторичная полицитемия, хроническое легочное сердце, застойная сердечная недостаточность, пневмония, спонтанный пневмоторакс, пневмомедиастинум. Для оценки прогноза определяющую роль играют следующие параметры: возможность устранения провоцирующих факторов, приверженность больного к лечению, социально-экономические условия. Неблагоприятными прогностическими признаками являются тяжелые сопутствующие заболевания при ХОБЛ, развитие сердечной и дыхательной недостаточности, пожилой возраст больных.

9.Список использованной литературы

1. Хроническая обструктивная болезнь легких. Федеральная программа/ Под ред. акад. РАМН, профессора А. Г. Чучалина. -- 2-е изд., перераб. и доп. -- М., 2004.
2. Медицинский научно-практический журнал «Лечащий Врач» 2010 №4 - Современная терапия ХОБЛ. А.В.Емельянов.
3. Медицинский научно-практический журнал «Consilium medicum» 2009 №6 - Диагностика и лечение ХОБЛ. С.Н.Авдеев, НИИ пульмонологии Минздрава РФ, Москва.
4. Медицинский научно-практический журнал «Consilium medicum» 2009 №7 - Легочная гипертензия при ХОБЛ. С.Н.Авдеев, НИИ пульмонологии Минздрава РФ, Москва.
5. Чучалин А. Г., Сахарова Г. М., Новиков Ю. К. Практическое руководство по лечению табачной зависимости. -- М., 2001. -- 14 с.

Размещено на Allbest.ru