

ГОУ ВПО «Сургутский Государственный университет»
Медицинский институт
Лечебный факультет
Кафедра общей врачебной практики

Заведующая кафедрой
доцент, к.м.н.
Корнеева Елена Викторовна

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)



Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)

*Это - первичное хроническое
воспалительное заболевание легких с
преимущественным поражением
дистальных отделов дыхательных путей и
паренхимы, формированием эмфиземы,
нарушением бронхиальной проходимости с
развитием не полностью обратимой или
необратимой бронхиальной обструкции,
вызванной патологической воспалительной
реакцией.*

**болеет в России
11 млн человек**

ХОБЛ

**По официальной
статистике
1 млн человек**

**4-е место по
смертности**



Факторы риска ХОБЛ

Курение
80-90%

**Возрастает
смертность
в 3-4 раза**

*Индекс курильщика (ИК) =
(количество выкуриваемых
сигарет в день *
стаж курения в годах) / 20
ИК > 10 достоверный
фактор*

Факторы риска ХОБЛ

Пыль,
содержащая кадмий
и кремний

рабочие горнодобывающей
промышленности,
шахтеры, рабочие металлургической
промышленности
(горячая обработка металла),
строители, контактирующие с цементом,
железнодорожники, переработчики зерна и
хлопка,
работники бумажной промышленности.

Факторы риска ХОБЛ

Генетическая предрасположенность в возникновении ХОБЛ имеет большое значение. Это подтверждает тот факт, что не все длительно курящие люди становятся больными ХОБЛ.

Одной из генетических патологий, ведущей к ХОБЛ, является дефицит **α1-антитрипсина**, вследствие чего развиваются эмфизема, хронический бронхит, бронхоэктазы.

Патогенез

Изменение мерцательного эпителия бронхов:
замедление движения ресничек, снижение количества клеток,

увеличение количества бокаловидных клеток

повышение вязкости бронхиального секрета.

Мукостаз в мелких бронхах.



повторяющиеся циклы **1 этап** заживления и восстановления
структурное ремоделирование бронхиальной стенки,

повышение содержания коллагена и

образование рубцовой ткани

2 этап

Патогенез

развитие дисбаланса протеолитических ферментов
и антипротеиназ и оксидативного стресса,
деструкции легочной ткани с развитием эмфиземы

3 этап

Усугублению вентиляционно-перфузионного
несоответствия

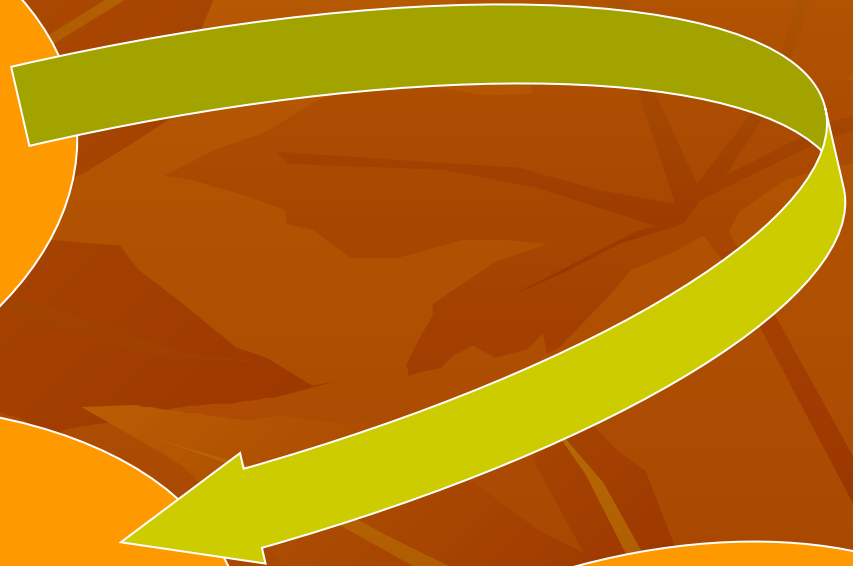
способствует развитие
компенсаторного эритроцитоза

4 этап

**обструкция
периферических
дыхательных путей,
деструкция
паренхимы и
сосудистые
нарушения**

**снижение газообмена в
легких
и развитие гипоксемии,
гиперкапния**

**легочная
гипертензия
и легочное
сердце.**



Классификация

**«Глобальная инициатива по хронической
обструктивной болезни легких»
(Global Initiative for Chronic Obstructive Lung
Disease, GOLD)**

<p><i>Стадия 0</i> <i>Легкое течение</i></p>	<p>Хронический кашель и продукция мокроты,</p>	<p>Нормальные Показатели спирометрии ОФВ1/ФЖЕЛ 70%</p>
<p><i>Стадия 1</i> <i>Среднетяжелое течение</i></p>	<p>Усиление кашля, одышки при физической нагрузке, выделение мокроты</p>	<p>ОФВ1/ФЖЕЛ < 70% $50\% \leq \text{ОФВ1} < 80\%$ от должного</p>

<i>Стадия 3</i> <i>Тяжелое</i> <i>течение</i>	Кашель, выделение мокроты, одышка	$\text{ОФВ}/\text{ФЖЕЛ} < 70\%$ $30\% < \text{ОФВ1} <$ 50% от должного
<i>Стадия 4</i> <i>Крайне</i> <i>тяжелое</i> <i>течение</i>	дыхательная правожелудочковая недостаточность	$\text{ОФВ1}/\text{ФЖЕЛ} <$ 70% $\text{ОФВ1} < 30\%$ от должного или $\text{ОФВ1} < 50\%$ от должного



Клиника

- Кашель и одышка, которые могут сопровождаться свистящим дыханием
- К 40-50 годам.
- В холодное время года возникают респираторные инфекции, которые вначале не связывают с ХОБЛ.
- Одышка появляется примерно на 10 лет позже кашля.
- Мокрота имеет слизистый характер и выделяется утром в небольшом количестве.

Обострение ХОБЛ может спровоцировать не только бронхолегочная инфекция, но и экзогенные факторы окружающей среды, и сильная физическая нагрузка.

При этом признаки инфекционного поражения респираторной системы могут быть незначительными.

Клиника

При перкуссии определяется коробочный звук.

Абсолютная тупость сердца в случаях выраженной эмфиземы может не определяться.

Нижний край печени при нормальных размерах из-за эмфиземы может выступать из-под края реберной дуги, при пальпации он будет мягким, безболезненным.

Клиника

- Свистящий выдох и удлиненное время выдоха (более 5 с) говорят о бронхиальной обструкции.
- В дальнейшем к кашлю присоединяется свистящее дыхание.
- Переднезадний размер грудной клетки увеличивается, и она приобретает бочкообразную форму.
- Шея кажется короткой и утолщенной, надключичные ямки выпячены за счет расширенных верхушек легких.

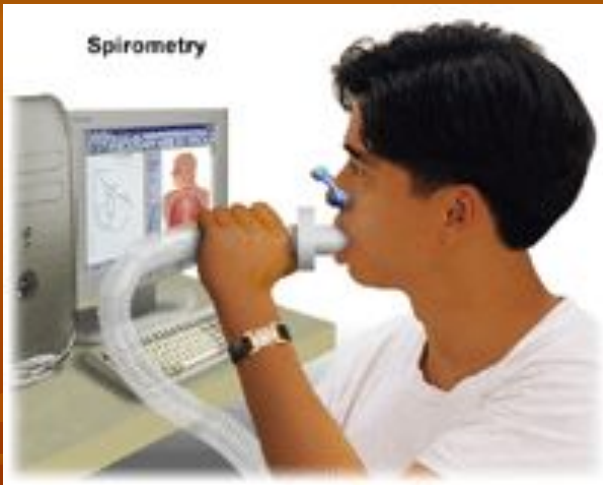
Эмфизематозный тип ХОБЛ

- Характерно развитие дыхательной недостаточности.
- Превалирует одышка в покое.
- Их беспокоит сухой кашель с небольшим количеством густой, вязкой мокроты.
- Чаще всего такие пациенты худые.
- У них обычно розовый цвет лица из-за достаточной оксигенации крови.
- Больные плохо переносят физическую нагрузку, так как предел вентиляции достигается в покое.
- Легочное сердце длительное время компенсировано, легочная гипертензия выражена умеренно.

Бронхитическая форма ХОБЛ

- Типичный синий оттенок диффузного цианоза.
- Больные этой формой тучные.
- Их беспокоит кашель с обильным выделением мокроты.
- Быстро развивается легочное сердце,
- Наступает стойкая легочная гипертензия, развиваются значительная гипоксемия и эритроцитоз.
- Выраженный воспалительный процесс в бронхах приводит к постоянной интоксикации.

Диагностика



- **Обязательные**, используемые у всех больных: ОАК, цитологическое исследование мокроты, ФВД, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, ЭКГ.
- **Дополнительные**, применяемые по специальным показаниям.

Признаки	Средняя степень	Тяжелая степень	Крайне тяжелая степень
Эритроциты, гемоглобин	норма	норма	Более $5,0 \cdot 10^{12}/л$
ЭКГ	норма	После нагрузки признаки перегрузки правых отделов сердца	Постоянные признаки легочного сердца
ОФВ 1	80-70% от должных	69-50% от должных	Менее 50% от должных
Газы крови	норма	Гипоксемия при физ. нагрузке ($65 < PO_2 < 80$ мм рт. ст.)	Гипоксемия, гиперкапния в покое ($PO_2 < 65$ мм рт. ст.)
Рентгенография легких	Патология не выявляется	Усиление и деформация легочного рисунка, уплотнение стенок бронхов	Низкое стояние купола диафрагмы, ограничение ее подвижности, гипервоздушность легочной ткани, увеличение ретростернального пространства

Примеры формулировки диагноза

- Хронический обструктивный бронхит. Фаза ремиссии. Средняя степень тяжести. Эмфизема легких. ДН 1.
- Хронический обструктивный бронхит. Фаза обострения. Средняя степень тяжести. Эмфизема легких. ДН 2. Хроническое легочное сердце в стадии компенсации. НК 1.
- ХОБЛ: бронхиальная астма, хронический обструктивный бронхит, эмфизема легких, фаза обострения, тяжелое течение, ДН II, хроническое легочное сердце. НК 1.

Течение и прогноз

- ХОБЛ является неуклонно прогрессирующим заболеванием, что обуславливает неблагоприятный прогноз заболевания.
- Утяжеляют течение ХОБЛ сопутствующая патология, СН, пожилой возраст.
- Среди осложнений ХОБЛ выделяют дыхательную недостаточность, хроническое легочное сердце, недостаточность кровообращения.
- Смертельный исход наступает вследствие сердечной декомпенсации.

ЛЕЧЕНИЕ



Согласно Федеральной программе, целью лечения ХОБЛ является:

1. снижение темпов прогрессирования заболевания, ведущего к нарастанию бронхиальной обструкции и дыхательной недостаточности,
2. уменьшение частоты и продолжительности обострений,
3. повышение толерантности к физической нагрузке и улучшение качества жизни.

Первый этап

- Амбулаторно по индивидуальной программе.
- При обострениях ХОБЛ, сопровождающихся нарастанием гиперкапнии, декомпенсацией легочного сердца показана госпитализация.
- Обучение пациента: осведомление о болезни, обучение правильному пользованию лекарственными средствами (ингаляторы, небулайзеры), самоконтролю (пикфлоуметр), умению оценить тяжесть своего состояния и принять необходимые меры неотложной самопомощи.
- Обязательное условие - прекращение курения.

Базисная терапия

- Бронходилататоры (М-холинолитики)
- Муколитики, секретолитики (амброксол, ацетилцистеин, карбоцистеин)
- По показаниям – антибактериальная терапия, кортикостероиды, оксигенотерпия

Экспертиза трудоспособности

- Сроки ориентировочной временной нетрудоспособности при обострении 12-21 день.
- Больным показано рациональное трудоустройство (без переохлаждений, контакта с пылью и химикатами).
- Трудоспособность сохраняют больные I и II стадий ХОБЛ, больные III и особенно IV стадий нетрудоспособны и признаются инвалидами III и II групп.

Диспансеризация

- Частота наблюдений - 3 раза в год.
- Осмотр специалистов: отоларинголог, стоматолог - 1 раз в год, фтизиатр, онколог - по показаниям.
- Выполняются следующие исследования: ОАК, анализ мокроты (общий), спирография с медикаментозными пробами - 2 раза в год; ОАМ, рентгенография органов грудной клетки (флюорография), ЭКГ - 1 раз в год; посев мокроты с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам, кожные пробы с аллергенами - по показаниям.
- Назначаются бронхолитики, отхаркивающие, противокашлевые препараты, физиотерапевтическое лечение, дыхательная гимнастика.

Профилактика

- Основные принципы - ранняя диагностика заболевания и устранение факторов риска.
- *Отказ от курения*
- *Профессиональная ориентация* пациентов
- *Профилактическая вакцинация* показана ежегодно больным при легкой и средней степени тяжести ХОБЛ, при частоте инфекционных рецидивов более 2 раз в год. ((рибомунил, бронхомунал, бронховаксом) и местно (ИРС-19)).
- *Реабилитационную терапию* назначают при ХОБЛ любой степени тяжести. Программа включает ЛФК, физиотерапевтические процедуры, санаторно- курортное лечение.

The background of the slide is a solid, warm orange-brown color. Overlaid on this background are several faint, stylized silhouettes of autumn leaves, likely maple leaves, scattered across the frame. The leaves are rendered in a slightly darker shade of the background color, creating a subtle, textured effect.

Спасибо за внимание!