

**ХРОНИЧЕСКАЯ
ОБСТРУКТИВНАЯ
БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ**

Хроническая обструктивная болезнь легких - это прогрессирующее заболевание, характеризующееся воспалительным компонентом, нарушением бронхиальной проходимости на уровне дистальных бронхов и структурными изменениями в легочной ткани и сосудах.



ПРИЧИНЫ



95% отводится табакокурению

5% выделяют производственные вредности
(вдыхание вредных газов и частиц),

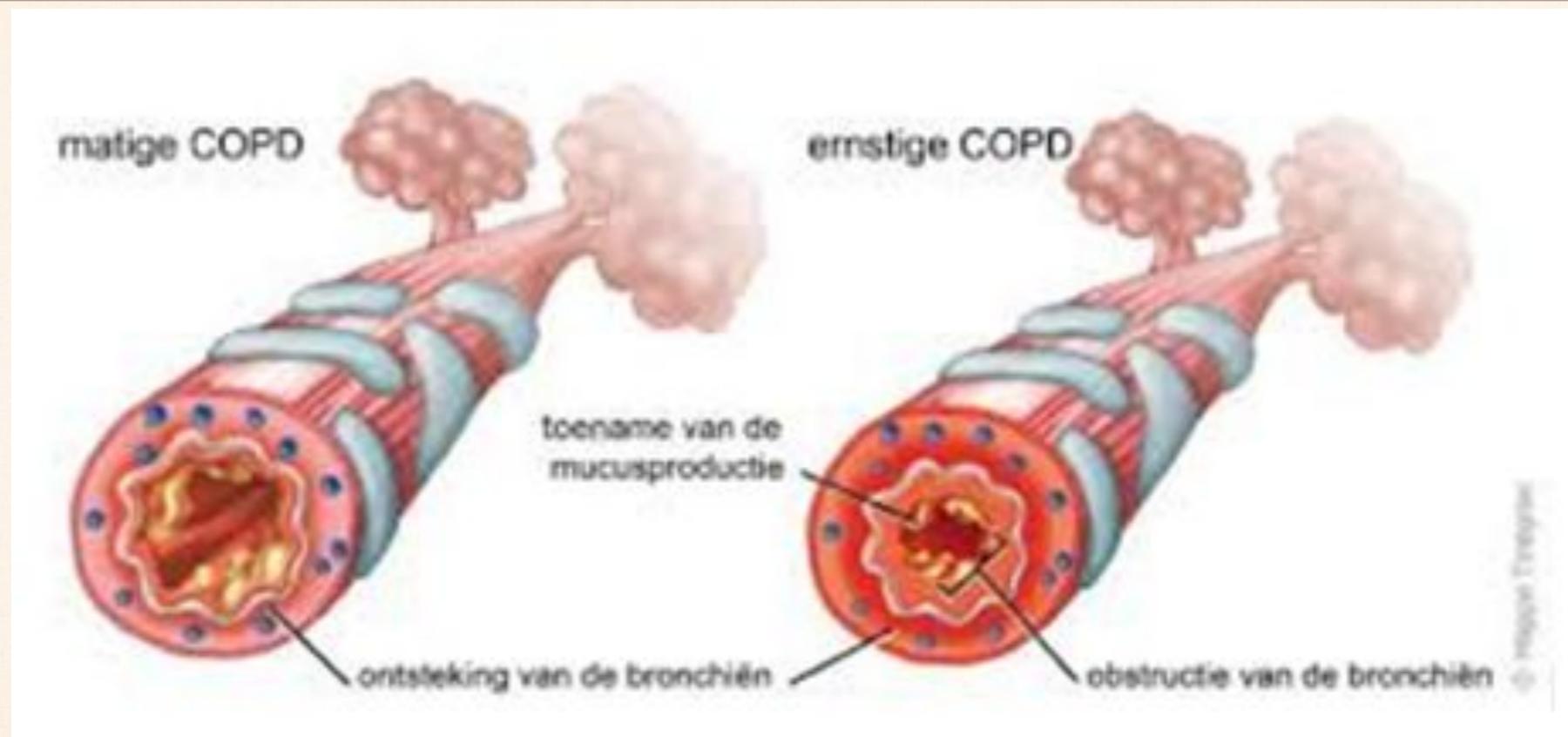
респираторные инфекции

детского возраста, бронхолегочную
патологию, состояние экологии.

1% лежит генетическая
предрасположенность,



ПАТОГЕНЕЗ



Факторы окружающей среды и генетическая предрасположенность вызывают хроническое воспалительное поражение внутренней оболочки бронхов, ведущее к нарушению местного бронхиального иммунитета. При этом увеличивается выработка бронхиальной слизи, повышается ее вязкость, создавая тем самым благоприятные условия для размножения бактерий, нарушения проходимости бронхов, изменения легочной ткани и альвеол.

Факторы окружающей среды и генетическая предрасположенность вызывают хроническое воспалительное поражение внутренней оболочки бронхов, ведущее к нарушению местного бронхиального иммунитета. При этом увеличивается выработка бронхиальной слизи, повышается ее вязкость, создавая тем самым благоприятные условия для размножения бактерий, нарушения проходимости бронхов, изменения легочной ткани и альвеол. Прогрессирование ХОБЛ ведет к утрате обратимого компонента (отека слизистой бронхов, спазма гладкой мускулатуры, секреции слизи) и увеличению необратимых изменений, приводящих к развитию перибронхиального фиброза и эмфиземы. К прогрессирующей дыхательной недостаточности при ХОБЛ могут присоединяться бактериальные осложнения, приводящие к рецидивам легочных инфекций.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Стадия 0 (предболезнь). Характеризуется повышенным риском развития ХОБЛ, но не всегда в нее трансформируется. Проявляется постоянным кашлем и секрецией мокроты при неизменной функции легких.

Стадия I (легкого течения ХОБЛ). Выявляются незначительные обструктивные нарушения (объем форсированного выдоха за 1 сек. - ОФВ1 > 80% от нормы), хронический кашель и продукция мокроты.

Стадия II (среднетяжелого течения ХОБЛ). Прогрессируют обструктивные нарушения (50 %

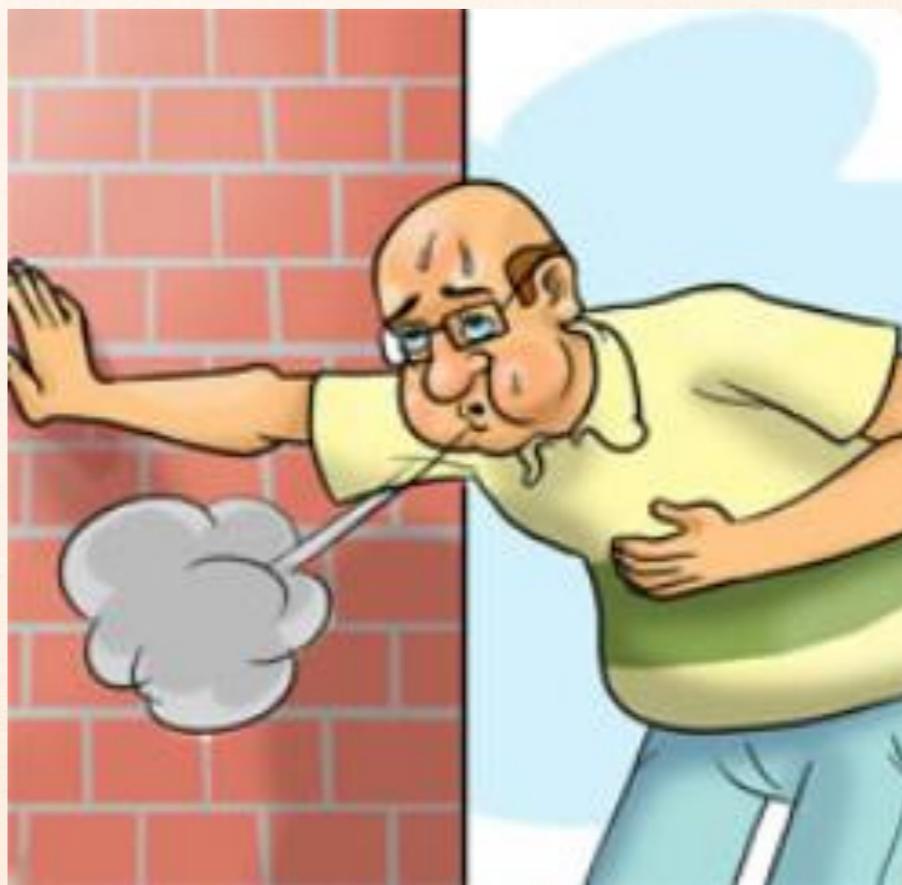
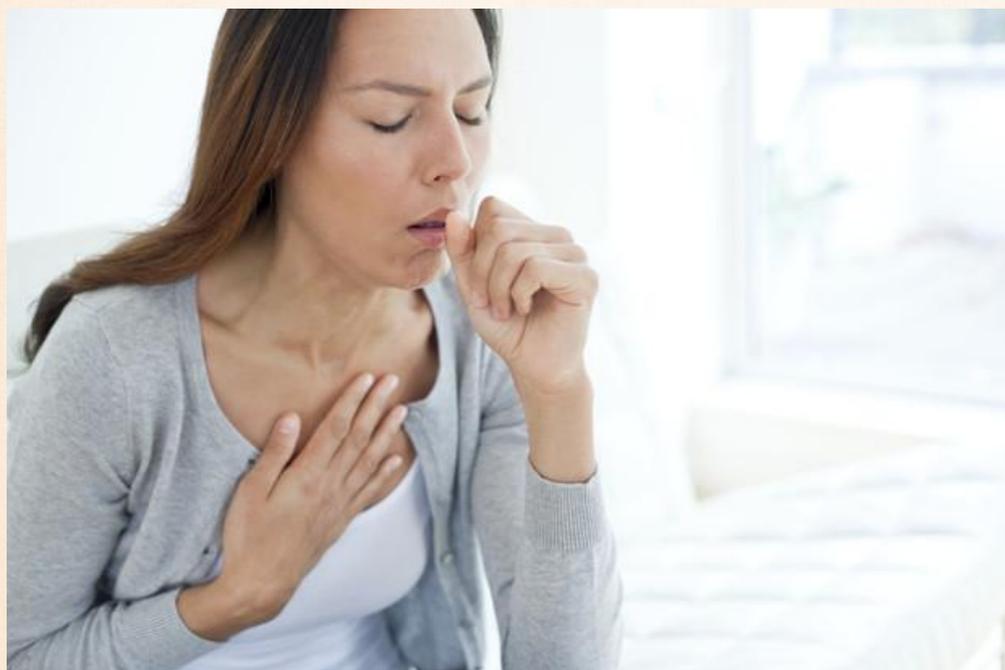
Стадия III (тяжелого течения ХОБЛ). Нарастает ограничение воздушного потока при выдохе (30 %

Стадия IV (крайне тяжелого течения ХОБЛ). Проявляется тяжелой формой бронхиальной обструкции, угрожающей для жизни (ОФВ, дыхательной недостаточностью, развитием легочного сердца

СИМПТОМЫ

На ранних стадиях ХОБЛ протекает скрытно. Симптомы проявляются начиная со среднетяжелой стадии ХОБЛ.

Течение ХОБЛ характеризуется вначале периодическим кашлем с выделением слизистой мокроты (до 60 мл в сутки) и одышка при интенсивных нагрузках



- по мере прогрессирования тяжести заболевания кашель становится постоянным, одышка ощущается в покое.

С присоединением инфекции течение ХОБЛ обостряется, характер мокроты становится гнойным, ее количество увеличивается.



Течение ХОБЛ может развиваться по двум типам клинических форм:

Бронхитическому типу.

Гнойные воспалительные процессы в бронхах, сопровождающиеся интоксикацией, кашлем, обильным отделением мокроты. Бронхиальная обструкция выражена значительно.. Эту группу пациентов условно именуют «синими отечниками» ввиду диффузно-синего цианоза кожных покровов. Развитие осложнений и терминальная стадия наступают в молодом возрасте.

Эмфизематозному типу.

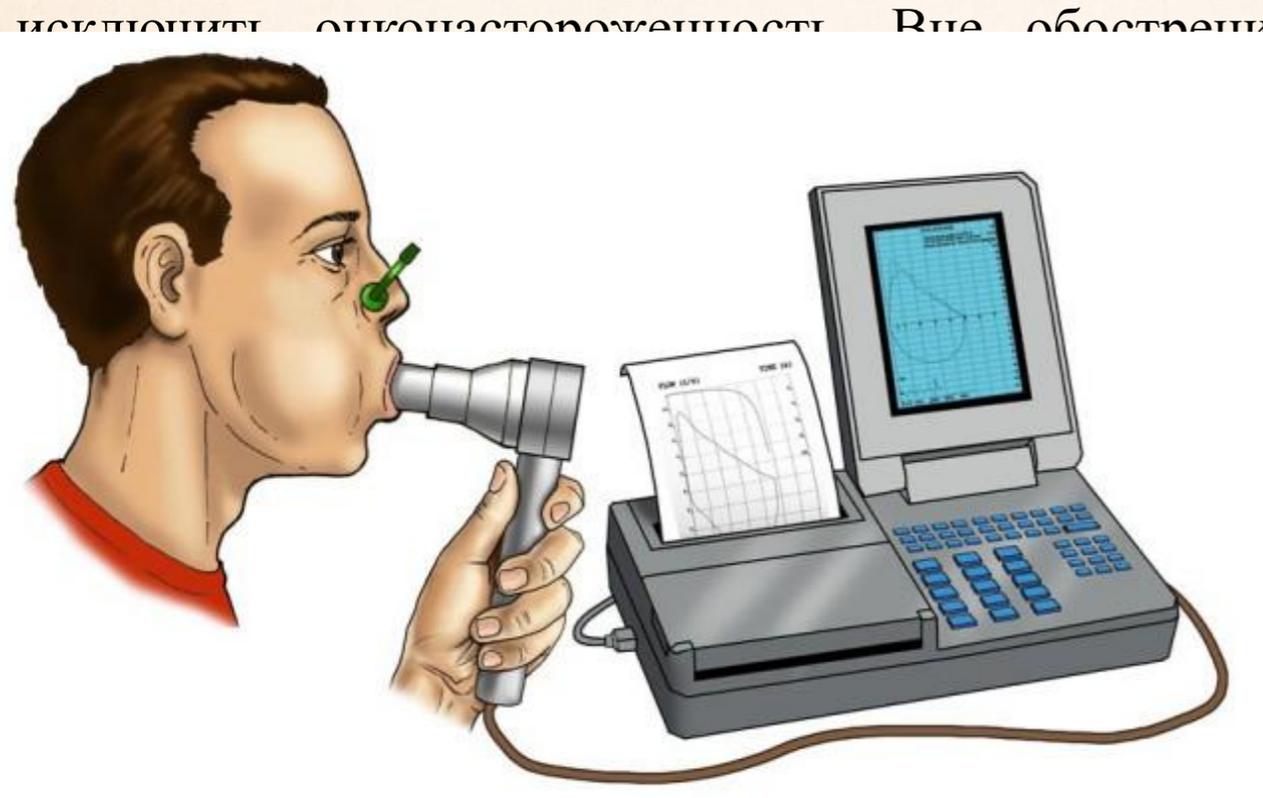
Экспираторная одышка (с затрудненным выдохом). По внешнему виду пациентов (розово-серый цвет кожных покровов, бочкообразная грудная клетка, кахексия) их называют «розовыми пыхтельщиками». Имеет более доброкачественное течение, пациенты, как правило, доживают до пожилого возраста.

ДИАГНОСТИКА

Спирометрия. Обязательным является измерение скоростных и объемных показателей: жизненной емкости легких (ЖЕЛ), форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ), объема форсированного выдоха за 1 сек. (ОФВ1) и др. в постбронходилатационной пробе. Суммирование и соотношение этих показателей позволяет диагностировать ХОБЛ.

Анализ мокроты. Цитологическое исследование

МОКРОТЫ у пациентов с ХОБЛ позволяет оценить характер и выраженность воспаления бронхов,



Анализ крови. Клиническое исследование крови при ХОБЛ

выявляет полицитемию (увеличение количества эритроцитов, гематокрита, гемоглобина, вязкости крови) как следствие развития гипоксемии при бронхитическом типе заболевания. У пациентов с выраженными явлениями дыхательной недостаточности исследуют газовый состав крови.

Рентгенография грудной клетки.

При рентгенографии легких исключаются другие заболевания со сходными клиническими проявлениями. У пациентов с ХОБЛ на рентгенограмме определяется уплотнение и деформация бронхиальных стенок эмфизематозные изменения легочной



ЛЕЧЕНИЕ

прекращение курения

Бронхолитики. К их числу относятся β_2 -адреномиметики, холинолитики, а также теofilлин

Глюкокортикоиды

Вакцины

Антибиотики.

Муколитики (мукокинетики, мукорегуляторы).

Антиоксиданты

Иммунорегуляторы (иммуностимуляторы, иммуномодуляторы)