


КЛАССИФИКАЦИЯ ХОБЛ. ЛЕЧЕНИЕ. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ.

Подготовила студентка
23 группы 5 курса
лечебного факультета
Белозорова А. С.

- 
- **ХОБЛ** – заболевание, характеризующееся диффузным, неаллергическим воспалением бронхов, приводящим к прогрессирующему нарушению вентиляции и газообмена по обструктивному типу и проявляющееся кашлем, одышкой и выделением мокроты, не связанными с поражением других органов и систем.

Классификация ХОБЛ

Стадия I. Лёгкая

- $ОФВ_1/ФЖЕЛ$ менее 70 % от должного
- $ОФВ_1$ более 80 % от должного
- Наличие или отсутствие хронических симптомов (кашель, мокрота)

$ОФВ_1$ остаётся в пределах среднестатистической нормы, а отношение $ОФВ_1$ к $ФЖЕЛ$ становится ниже 70 % от должной величины. Этот показатель отражает раннее проявление бронхиальной обструкции, выявляемое методом спирометрии. Он характеризует изменение структуры выдоха, то есть за 1-ю секунду форсированного выдоха пациент выдыхает показатель среднестатистической нормы, однако по отношению к $ФЖЕЛ$ этот процент снижается до 70 от нормы, что выявляет индивидуальное нарушение функции внешнего дыхания.

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)

Стадия IV. Крайне-тяжёлая

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

ХОБЛ возникает, протекает и прогрессирует задолго до появления значимых функциональных нарушений, определяемых инструментально. За это время воспаление в бронхах приводит к грубым необратимым морфологическим изменениям, поэтому данная стратификация не решает вопрос о ранней диагностике и сроках начала лечения.

Фазы течения ХОБЛ:

- - ***фаза контролируемого или стабильного течения ХОБЛ*** характеризуется длительным периодом ремиссии с отсутствием клинических признаков прогрессирования болезни и стабилизации показателей функции внешнего дыхания
- - ***фаза неконтролируемого течения ХОБЛ*** характеризуется частыми обострениями (более 3-4 раза в год), прогрессированием клинических симптомов и обструктивных нарушений функции внешнего дыхания в результате длительного воздействия факторов риска и/или не соблюдения принципов базисной терапии.

Клинические формы

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

ЛЕЧЕНИЕ

Цели лечения ХОБЛ следующие:

- предупреждение усугубления течения болезни,
- облегчение симптомов,
- улучшение переносимости физической нагрузки,
- предупреждение и терапия осложнений,
- предупреждение и терапия обострений,
- снижение смертности

ФАРМАКОТЕРАПИЯ:

Бронхолитики

- М-холиноблокаторы, ипратропия бромид (Атровент) и тиотропия бромид (Спирива),
- β₂-агонисты длительного действия: Сальметерол и Формотерол.
- Метилксантины(теофиллин)

Муколитики

Ацетилцистеин, Бромгексина гидрохлорид,
Амброксола гидрохлорид

Глюкокортикостероидные препараты

их применение оправдано лишь в случае длительной и тяжелой бронхообструкции ХОБЛ, когда другие препараты не оказывают должного эффекта. Основной принцип глюкокортикостероидной терапии состоит в получении оптимального эффекта на фоне минимальных доз. Использование ингаляционных глюкокортикостероидных средств – **бекламетазона пропионата (бекотид, клинил), ингакорта (флунизолит), – будесонида, флютиказона пропионата (фликсотид)** сводит до минимума или полностью исключает нежелательные побочные эффекты. Возможно назначение комбинированных препаратов: **серетид (флутиказон+сальметерол), беклосал (сальбутамол 100мг+бекламетон 50мкг)**. Пероральное назначение ГКС может быть показано при величине $ОФВ_1$ менее 30% от должной. Предварительно проводится тест¹ на обратимость. Если прирост $ОФВ_1$ у больного составляет 20% и более, возможно лечение ингаляционными ГКС. Если обратимость обструкции невысока (10-15%), то кортикостероиды назначают перорально в дозах 0,5-1 мг/кг массы тела не менее чем на 2-3 недели. Если при этом наблюдается восстановление легочной функции, то пациента можно перевести на ингаляционные ГКС. Если функция легких не восстанавливается, то рекомендуется длительная терапия ГКС (перорально) до достижения положительных сдвигов в показателях $ОФВ_1$, после чего дозу препарата можно снизить путем назначения ингаляционных форм.

Антибиотики

Применяются в период обострения ХОБЛ при наличии гнойной мокроты или усилении её гнойности, увеличении её количества.

- амоксицилин/клавулановая кислота или его незащищенная форма – амоксициллин
- макролиды (klarитромицин, азитромицин) в дозе 500 мг однократно в сутки в течение 7 дней.
- респираторные фторхинолоны (спарфлоксацин, моксифлоксацин, левофлоксацин)

Алгоритм ступенчатой терапии ХОБЛ следующий:

- - первым шагом в лечении является назначение ингаляционных антихолинергических препаратов,
- - бета2-агонисты необходимо подключить к базисной терапии только при недостаточном эффекте антихолинергетиков,
- - если совместное действие антихолинергетиков и бета2-агонистов оказывается недостаточным, то показано дополнительное назначение пролонгированного теофиллина,
- - при отсутствии улучшения показателей дыхательной функции и нарастании дыхательной недостаточности необходимы системные ГКС.
- После улучшения функции внешнего дыхания показан переход на ингаляционные формы ГКС с последующей их отменой и возвращением к базисной терапии;

▪ Диспансеризация

Диспансеризация пациентов ХОБЛ проводится с учетом степени тяжести: I-II - врачом-участковым терапевтом, III-IV - врачом-пульмонологом. Частота наблюдения составляет 4 раза в год.

Осмотры врачами-специалистами: врачом-профпатологом, врачом-кардиологом – по медицинским показаниям. Частота лабораторных исследований: (общий анализ крови, мокроты – 2 раза в год), спирография – 2 раза в год; диагностические исследования: ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки (ОГК), бронхоскопическое исследование – по медицинским показаниям, мониторинг функции внешнего дыхания при прогрессировании дыхательной недостаточности.

Основные лечебно-профилактические мероприятия включают базисное лечение согласно клиническим протоколам, симптоматическая терапия – по показаниям, обучение в ХОБЛ-школе, при обострении – госпитализация. Пациенты ХОБЛ наблюдаются пожизненно.

Критериями эффективности диспансеризации пациентов ХОБЛ являются:

- - уменьшение частоты и длительности обострений;
- - улучшение клинических показателей.



Спасибо за
внимание!