

Клинические аспекты ХОБЛ и бронхиальной астмы в свете международных стандартов диагностики и лечения

**Н.М.Нуркина,
АГИУВ**

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)

- ХОБЛ является прогрессирующим заболеванием, незаметно разрушающим легкие.
- По данным ВОЗ, из-за ХОБЛ ежегодно умирает более 2,75 млн человек.
- В настоящее время в мире это 4 причина смерти вместе с ВИЧ/СПИДом.
- Последние эпидемиологические исследования свидетельствуют о том, что хроническое заболевание легких в три раза более распространено, чем считалось ранее.

Глобальная стратегия по ХОБЛ (GOLD, 2004)

- Поздняя диагностика и неадекватное лечение ХОБЛ являются основными причинами смертности от этого заболевания

GOLD

- GOLD – совместный документ Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и Национального Института здоровья США.
- **GOLD** – **G**lobal Initiative for **chronic O**bstructive **L**ung **D**isease
- Первый консенсус по ХОБЛ – 2003 г.
- Последний – 2004 г. – можно найти на сайте в Интернете:

www.goldcopd.com



Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) (GOLD, 2004)

- Характеризуется **частично обратимым** снижением проходимости дыхательных путей, который носит **прогрессирующий** характер и связан с воспалительным ответом легких на пылевые частицы или дым.
- К ХОБЛ относятся хронический обструктивный бронхит и эмфизема легких

Ключевые показатели для диагноза ХОБЛ (GOLD, 2004)

- хронический кашель
- хроническое выделение мокроты
- острые бронхиты: многократно повторяются
- одышка: прогрессирующая (ухудшается со временем); постоянная (проявляется ежедневно), ухудшение при физической нагрузке, усиливается во время инфекций дыхательных путей
- анамнез, указывающий на факторы риска: табакокурение (включая популярные местные табачные изделия), запыленность и химикаты на рабочем месте, дым от приготовления пищи и отопления жилых помещений

Диагностика ХОБЛ (GOLD, 2004)

СИМПТОМЫ

Кашель
Мокрота
Одышка

ПОДВЕРЖЕННОСТЬ ФАКТОРАМ РИСКА

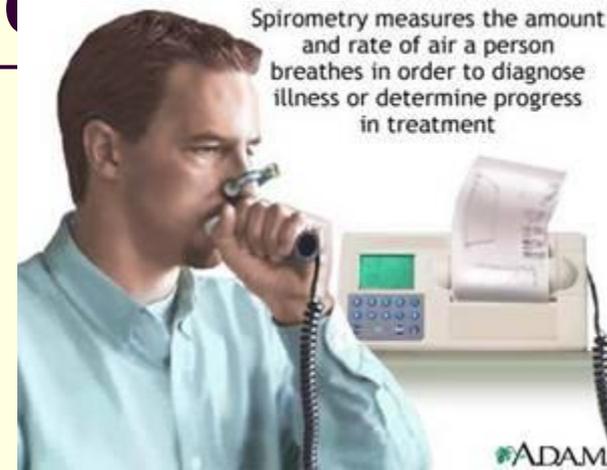
Курение
Профессия
Загрязнение среды

The diagram consists of two boxes at the top: a yellow box on the left containing symptoms (Cough, Sputum, Shortness of breath) and a light blue box on the right containing risk factors (Smoking, Profession, Environmental pollution). A large black curly bracket spans across both boxes, pointing downwards to a pink rectangular box at the bottom labeled 'SPIROMETRY'.

СПИРОМЕТРИЯ

Диагноз ХОБЛ должен быть подтвержден спирометрией

- При проведении спирометрии выделяют следующие показатели:
- Жизненная Емкость Легких (ЖЕЛ) - (FVC)
- Объем Форсированного Выдоха за одну секунду (ОФВ1) - (FEV1)
- Подсчитывается отношение ОФВ1/ЖЕЛ (FEV1/FVC). Результаты спирометрии выражаются в процентах от должных значений, рассчитываемых по специальным таблицам в зависимости от пола, возраста, роста



Классификация ХОБЛ по тяжести (GOLD, 2004):

- **Стадия 0:** хронический кашель и выделение мокроты, показатели спирометрии в норме
- **Стадия I:** *Легкая ХОБЛ* – невыраженная бронхообструкция ($ОФВ1/ЖЕЛ < 70\%$, но $ОФВ1 > 80\%$ от должных значений), обычно есть кашель и мокрота. Больной может не отдавать себе отчет, что функции легких не соответствуют норме
- **Стадия II :** *ХОБЛ средней тяжести* – прогрессирование бронхообструкции ($50\% < ОФВ1 < 80\%$ от должных значений), обычно прогрессирование симптомов, одышка при физической нагрузке

Классификация ХОБЛ по тяжести (GOLD, 2004):

- **Стадия III: Тяжелая ХОБЛ** ($30\% < \text{ОФВ1} < 50\%$ от должных значений), прогрессирование одышки и частые обострения, ухудшающие качество жизни больного при физической нагрузке
- **Стадия IV : Очень тяжелая ХОБЛ** –тяжелая бронхообструкция ($\text{ОФВ1} < 30\%$ от должных значений) или наличие хронической дыхательной недостаточности. У больного может быть эта стадия даже при $\text{ОФВ1} > 30\%$, но при наличии этих осложнений. На этой стадии качество жизни резко ухудшено, а обострения могут быть угрожающими для жизни.

Цели лечения больных ХОБЛ (GOLD, 2004) :

- Предотвратить прогрессирование заболевания
- Облегчить симптомы заболевания
- Повысить устойчивость к физическим нагрузкам
- Улучшить общее состояние больного
- Предотвратить и лечить осложнения
- Предотвратить и лечить обострения
- Уменьшить смертность
- Предотвратить или минимизировать побочное действие лечения

Четыре компонента ведения ХОБЛ (GOLD, 2004)

1. Оценка и мониторинг заболевания
2. Уменьшение факторов риска
3. Лечение стабильной ХОБЛ (вне обострений)
 - *Обучение пациента*
 - *Медикаментозное лечение*
 - *Немедикаментозное лечение*
4. Ведение обострений ХОБЛ

Лечение ХОБЛ (GOLD, 2004)

Медикаментозное лечения:

- Нет ни одного вида лечения ХОБЛ, которое смогло бы изменить долгосрочное снижение функции легких (Док-ва А)
- Фармакотерапия ХОБЛ применяется для уменьшения признаков и/или осложнений
- Основные группы препаратов для лечения ХОБЛ
 - Бронходилататоры
 - Кортикостероиды

Бронходилататоры

- Назначаются «по мере надобности» или регулярно для профилактики и уменьшения персистирующих симптомов
- Основные бронходилататоры:
 -  β 2 – агонисты
 -  Холинолитики
 -  Метилксантины
 -  Их комбинации

Кортикостероиды при ХОБЛ

- Регулярное лечение ингаляционными КС используется только у пациентов с клиническим улучшением и зафиксированным положительным спирометрическим ответом на пробный курс ингаляционных КС *или*
- $\text{ОФВ1} < 50\%$ от должных значений и повторные обострения (например 3 раза за последние 3 года)
- Длительное лечение ингаляционными КС может облегчить симптомы, но не уменьшает прогрессирование заболевания
- Длительное лечение оральными КС не рекомендуется

Другие препараты при ХОБЛ:

- **Антибиотики:** только при лечении инфекционных осложнений и других бактериальных инфекций
- **Муколитики (мукокинетики, мукорегуляторы):** пациенты с вязкой мокротой могут использовать, но общий клинический эффект незначительный. Не рекомендуется для длительного использования
- **Противокашлевые:** регулярное использование противопоказано при стабильной ХОБЛ
- **Стимуляторы дыхания:** не рекомендуются для регулярного применения

Лечение в соответствии с тяжестью течения ХОБЛ (GOLD, 2004)

Стадии	0: Стадия риска	I: Легкая	II: Средней тяжести	III: Тяжелая	IV: Очень тяжелая
	Избегать факторов риска, вакцинация против гриппа				
	+ бронходилататоры короткого действия по мере надобности				
			+ регулярное лечение одним или более длительно действующими бронходилататорами. Подключить реабилитацию		
				Добавить ингаляционные КС при частых обострениях	
					+ длительную O ₂ при хронической дыхательной недостаточности. Рассмотреть возможное хирургическое

GINA

- GINA – совместный документ Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и Национального Института здоровья США.
- GINA – Global Initiative for Asthma.
- Первый консенсус по астме – 1992 г.
- Последний – 2003 г. – можно найти на сайте в Интернете:

www.ginasthma.com



Эпидемиология бронхиальной астмы

- **Заболеваемость астмой растет во всем мире.**
- **Почти у 10% населения земного шара отмечался хотя бы один приступ БА*.**
- **В Казахстане нет достоверных данных.**
- **По числу состоящих на диспансерном учете в г.Алматы только 0,01- 0,03% БА, т.е. в 1000-300 раз меньше астмы, чем во всем мире.**

*** «Доказательная медицина» Ежегодный справочник, Москва, 2002 год, стр. 33.**

Глобальная стратегия по астме (GINA, 2003)

- **Основные факторы, способствующие повышению уровня смертности: гиподиагностика и неправильное лечение астмы.**
- **Причина большинства обострений – недостаточная и неадекватная терапия болезни.**

Ключевые показатели тяжести БА (GINA, 2003)

- Кашель, особенно ночью
- Повторяющиеся хрипы
- Повторяющееся затрудненное дыхание
- Повторяющееся чувство сдавливания грудной клетки
- Симптомы возникают или ухудшаются ночью, нарушая сон
- Симптомы становятся тяжелее при контакте с провоцирующими факторами



Классификация степени тяжести астмы (GINA – международные стандарты).

Ступени	Симптомы	Ночные проявления	Функция дыхания
Ступень 1. Интермиттирующая	≤ 1 раза в неделю. Отсутствие симптомов и нормальная ПСВ между обострениями.	≤ 2 раз в месяц	ОФВ или ПСВ ≥ 80% нормы ПСВ варьирует не ≥ 20%
Ступень 2. Легкая персистирующая.	> 1раза в неделю, но < 1 раза в день. Приступы нарушают активность	> 2 раз в месяц	ОФВ или ПСВ ≥ 80% нормы PEF варьирует не более 20%-30%
Ступень 3. Персистирующая средней тяжести	Ежедневно. Приступы нарушают активность	> 1 раза в неделю	ОФВ или ПСВ >60% но < 80% нормы ПСВ варьирует более 30%
Ступень 4. Тяжелая персистирующая.	Постоянно. Ограничена физическая активность	Частые	ОФВ или ПСВ <60% ПСВ варьирует более 30%

Основные цели лечения БА

- **Улучшение качества жизни больного.**
- **Путем контроля симптомов болезни. Предупреждения обострений, обеспечения нормальной функции легких, сохранения физической активности, предупреждения побочного действия противоастматических средств.**

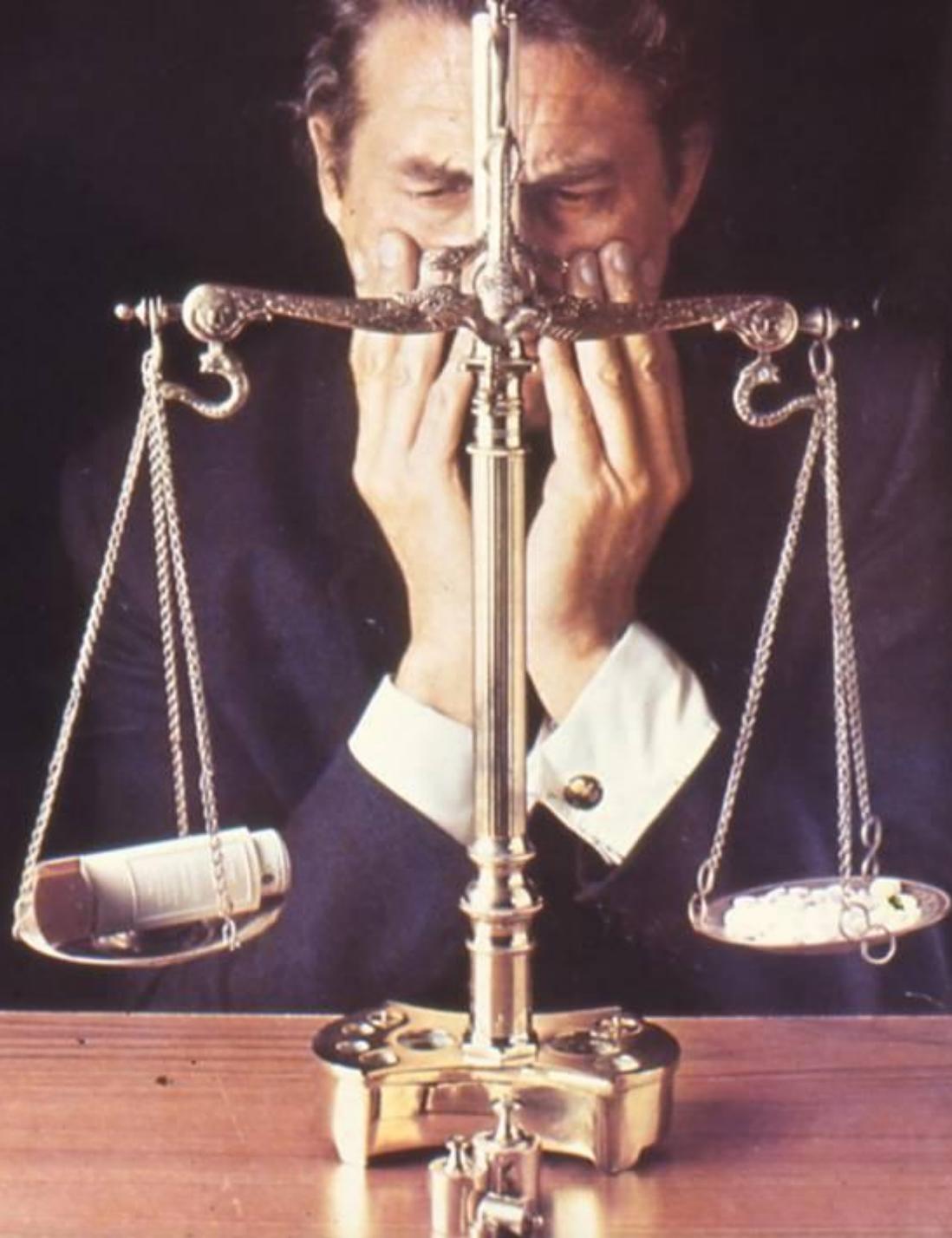
Менеджмент астмы

6 пунктов

- Обучение больных для выработки партнерских отношений с врачом.
- Оценка и мониторинг тяжести астмы с помощью объективного метода – определения ФВД.
- Элиминация или контроль провоцирующих факторов.
- Составление плана длительного лечения астмы.
- Составление плана лечения обострений.
- Обеспечение регулярного наблюдения врача за больным.

Лечение бронхиальной астмы

- Астма – это местное заболевание.
- Поэтому преимущество отдается местным противовоспалительным лекарственным формам.
- Наиболее эффективные путь введения – аэрозольный (ингаляционный).
- Ступенчатый подход к лечению
 - Пересматривать лечение каждые 3-6 мес для постоянного контроля над астмой



Лечение бронхиальной астмы

ОСНОВНЫЕ ГРУППЫ ПРЕПАРАТОВ:

I. ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ

II. БРОНХОЛИТИЧЕСКИЕ

Фармакотерапия БА в зависимости от степени тяжести

Степень тяжести	Ежедневные препараты контроля	Другие варианты лечения
Степень 1:	Не требуются	
Степень 2:	Низкие дозы ИКС	<ul style="list-style-type: none"> ■ Кромон <i>или</i> ■ Пролонгированный теofilлин ■ Лейкотриеновый модификатор
Степень 3	От низких до средних доз ИКС + ингаляционные β_2 агонисты длительного действия	<ul style="list-style-type: none"> ■ ИКС в средней дозе + пролонгированный теofilлин <i>или</i> ■ ИКС в средней дозе + ингаляционные β_2 агонисты длительного действия <i>внутри</i> <i>или</i> ■ ИКС в средней дозе + лейкотриеновый модификатор
Степень 4	ИГКС (средние дозы) + ингаляционные β_2 агонисты длительного действия + 1 или > из следующих препаратов при необходимости: <ul style="list-style-type: none"> ■ Пролонгированный теofilлин ■ Лейкотриеновый модификатор ■ β_2 агонисты длительного действия <i>внутри</i> 	Короткодействующие β_2 агонисты.

Спасибо за внимание !

