

ГОУ ВПО СамГМУ Росздрава

Кафедра госпитальной терапии с курсом трансфузиологии

**Дифференциальная
диагностика нарушений
бронхиальной проводимости**

Бронхообструктивный синдром –

**это собирательный термин,
включающий симптомокомплекс
специфически очерченных
клинических проявлений нарушений
бронхиальной проходимости, имеющей
в своей основе сужение или окклюзию
дыхательных путей.**

В возникновении бронхиальной обструкции лежат различные механизмы – такие как:

- А) бронхоспазм
- Б) воспалительная инфильтрация
- В) отек слизистой
- Г) гипер – и дискриния
- Д) экспираторный коллапс
- Е) гипертрофия гладко-мышечной ткани
- Ж) сдавление, обтурация и деформация бронхов

Выделяют следующие варианты бронхообструктивного синдрома:

- А) инфекционный, развивающийся в результате вирусного и (или) бактериального воспаления в бронхах и бронхиолах;
- Б) аллергический, развивающийся вследствие спазма и аллергического воспаления бронхиальных структур с преобладанием спастических явлений над воспалительными;
- В) гемодинамический, возникающий при сердечной недостаточности по левожелудочковому типу.

По течению

бронхообструктивный синдром может быть:

- острым,
- затяжным,
- рецидивирующим,
- непрерывно- рецидивирующим (в случае бронхолегочной дисплазии, облитерирующего бронхиолита и др.)

По выраженности обструкции

МОЖНО ВЫДЕЛИТЬ:

- легкую степень обструкции (I степень),
- среднетяжелую (2 степень),
- тяжелую (3 степень)

Заболевания, приводящие к БОС:

1. Болезни бронхо-легочного аппарата:

- Бронхиальная астма
- Хронический обструктивный бронхит
- Эмфизема легких
- Облитерирующий бронхиолит (болезнь мелких бронхов)
- Муковисцидоз
- Бронхоэктатическая болезнь
- Опухоль бронхов и трахеи
- Трахео-бронхиальная дискинезия
- Механическая обтурация бронхов
- Лекарственный бронхоспазм
- Паразитарные заболевания легких (аскаридоз, описторхоз)
- Бронхо-легочный аспергиллез

Заболевания, приводящие к БОС:

2. Болезни сердечно-сосудистой системы, сопровождающиеся ХСН по левожелудочковому типу.
3. Узелковый периартериит
4. Заболевания, сопровождающиеся сдавлением бронхов извне (бронхоаденит при ТБК, лимфогрануломатоз, метастазы опухолей, заболевания средостения и пищевода).

Дифференциальная диагностика при бронхообструктивном синдроме проводится со следующей патологией:

- Поражения гортани (стридор)
- Заболевания ЦНС (опухоль, энцефалиты)
- Истерики
- Ожирении
- Анемии
- Альвеолиты

- **ХОБЛ – собирательное понятие, объединяющие группу хронических болезней дыхательной системы .**

Признак по которому формируется группа ХОБЛ:

- Медленно прогрессирующая необратимая бронхиальная обструкция с нарастающими явлениями хронической дыхательной недостаточности.
- Симптомокомплекс с признаками терминальной ДН (ОФВ $<30\%$ от должной ОФВ) т.е. прогрессирование приводящее к утрате обратимого компонента бронхиальной обструкции и легочному сердцу.
- На этой стадии ХОБЛ нивелируется нозологическая принадлежность болезни.

Диагностика бронхообструктивного синдрома

Жалобы:

- Экспираторная одышка постоянного или периодического характера, может быть связана с физической нагрузкой, приемом пищи, временем суток, выходом на улицу (низкая температура), положением тела. Удушье.
- Свист и хрипы на расстоянии, усиливающиеся в горизонтальном положении
- Мокрота скудная, вязкая, трудно отделяется

Диагностика бронхообструктивного синдрома

Анамнез

- Аллергологический анамнез
- Наследственность
- Сопутствующие заболевания

Диагностика бронхообструктивного синдрома

Объективно

- Физикальные признаки эмфиземы легких
- Аускультативно – сухие хрипы (рассеянные или локальные, одно- или двухсторонние)
- Удлиненный выдох
- Брадипноэ
- Изменение других органов и систем

Диагностика бронхообструктивного синдрома

Дополнительное обследование

- Исследование функции внешнего дыхания (спирометрия): уменьшение ОФВ1
- Пикфлоуметрия
- Провокационные пробы (метахолин)

Дифференциально-диагностические критерии ХОБ и БА

признаки	ХОБ	БА
аллергия	Не характерна	Характерна
кашель	Постоянный, разной интенсивности	приступообразный
одышка	Постоянная, без резких колебаний выраженности	Приступы экспираторной одышки
Суточное изменения ОФВ1	Менее 10% должного	Более 15% должного
Бронхиальная обструкция	Обратимость не характерна, прогрессивное ухудшение	Обратимость характерна, прогрессивного ухудшения нет
Эозинофилия крови и мокроты	Не характерна	характерна

- Понятие “астматический бронхит” не рекомендуется употреблять, так как оно препятствует четкому разграничению больных БА и ХОБ.

- При длительном течении ХОБ или БА и формировании необратимой обструкции бронхов дифференциальная диагностика между этими заболеваниями крайне затруднительна, так как в этой стадии болезнь приобретает облик ХОЗЛ.

- Возможно сочетание БА и ХОБ при длительном течении болезни.
- Точная диагностика ХОБ или БА означает проведение целенаправленной базисной лекарственной терапии (согласно алгоритмам).

Определение Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) -1

- хроническое *воспалительное* заболевание,
- возникающее под воздействием различных факторов экологической агрессии (факторов риска), главным из которых является *табакокурение*,
- протекающее с преимущественным поражением *дистальных отделов дыхательных путей и паренхимы легких*, формированием эмфиземы,
- характеризующееся *частично обратимым или необратимым* ограничением скорости воздушного потока,
- индуцированное воспалительной реакцией, *отличающейся от воспаления при бронхиальной астме* и существующее вне зависимости от степени тяжести заболевания.

ВОСПАЛЕНИЕ

```
graph TD; A[ВОСПАЛЕНИЕ] --> B[ПОРАЖЕНИЕ МЕЛКИХ БРОНХОВ]; A --> C[ДЕСТРУКЦИЯ ПАРЕНХИМЫ]; B --> D[ОГРАНИЧЕНИЕ ВОЗДУШНОГО ПОТОКА]; C --> D;
```

ПОРАЖЕНИЕ МЕЛКИХ БРОНХОВ

ДЕСТРУКЦИЯ ПАРЕНХИМЫ

**ОГРАНИЧЕНИЕ ВОЗДУШНОГО
ПОТОКА**

Определение

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)- 2

- Болезнь развивается у **предрасположенных** лиц и проявляется
- **кашлем**, продукцией мокроты и нарастающей **одышкой**,
- имеет неуклонно **прогрессирующий** характер
- с исходом в хроническую **дыхательную недостаточность** и **легочное сердце**
- болезнь **также оказывает влияние** на весь организм
- 2005г. - болезнь, которую **можно предотвратить** и лечить.

Клиническая картина

- Длительный кашель
- Продукция мокроты
- Одышка, усиливающаяся по мере нарастания тяжести заболевания
- В терминальной стадии – тяжелая дыхательная недостаточность и легочное сердце

Спирометрическая классификация ХОБЛ:

- **Постбронходилатационное** отношение ОФВ1/ФЖЕЛ $<0.7(70\%)$ подтверждает наличие ограничения воздушного потока, не полностью обратимого.

Стадия тяжести ХОБЛ	Постбронходилатационное ОФВ1/ФЖЕЛ	ОФВ1 % от должного
Легкое течение (I)	$\leq 0.7 (70\%)$	$\geq 80\%$
Средней тяжести (II ст)	$\leq 0.7 (70\%)$	50–80%
Тяжелое течение (III ст)	$\leq 0.7 (70\%)$	30–50%
Очень тяжелое (IV ст)	$\leq 0.7 (70\%)$	$< 30\%$

Классификация ХОБЛ по степени тяжести

Стадия I : Легкое течение ХОБЛ

- Обычно, но не всегда, хронический кашель и продукция мокроты
- $ОФВ1/ФЖЕЛ < 70\%$
- $ОФВ1 \geq 80\%$ от должной величины

На этой стадии больной может не замечать, что функция легких у него нарушена

Классификация ХОБЛ

по степени тяжести

Стадия II: ХОБЛ среднетяжелое течение

- Усиление симптомов, одышка при физической нагрузке
- $ОФВ1/ФЖЕЛ < 70\%$

$50\% \leq ОФВ1 < 80\%$ от должной величины

На этой стадии пациенты обращаются за медицинской помощью в связи с одышкой и обострением заболевания

Классификация ХОБЛ

по степени тяжести

Стадия III: тяжелое течение ХОБЛ

- $\text{ОФВ1/ФЖЕЛ} < 70\%$,
- $30\% \leq \text{ОФВ1} < 50\%$ от должной величины
- Обострения, которые влияют на качество жизни пациента и дальнейший прогноз, особенно часты у пациентов с $\text{ОФВ1} < 50\%$ от должного

На этой стадии качество жизни заметно ухудшается, а обострения могут быть угрожающими для жизни

Классификация ХОБЛ

по степени тяжести

Стадия IV: крайне тяжелое течение ХОБЛ

- $\text{ОФВ1/ФЖЕЛ} < 70\%$,
 - $\text{ОФВ1} < 30\%$ от должной величины или
 - $\text{ОФВ1} < 50\%$ от должной величины в сочетании с
 - дыхательной недостаточностью:
 - $\text{PaO}_2 < 8,0 \text{ kPa (60 mm Hg)}$
 - в сочетании (или без) $\text{PaCO}_2 > 6,7 \text{ kPa (50 mm Hg)}$
 - или клиническими признаками
- правожелудочковой недостаточности**

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХОБЛ

- **МОНИТОРИРОВАНИЕ ФВД**
- **БОРЬБА С ФАКТОРАМИ РИСКА**
- **ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ**
- **МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ**
- **РЕАБИЛИТАЦИЯ**
- **ЛЕЧЕНИЕ ОБОСТРЕНИЙ**

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХОБЛ

Стадия 1 (ХОБЛ легкого течения)

- **избегать воздействия факторов риска**
- **вакцинация против гриппа**
- *бета2-агонисты короткого действия
при необходимости*

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХОБЛ

Стадия 2 (ХОБЛ средней степени тяжести)

- **избегать воздействия факторов риска**
- **вакцинация против гриппа**
- **бета2-агонисты короткого действия при необходимости**
- *регулярная терапия одним комбинированным (беродуал) или пролонгированным бронходилататором*
- *реабилитация*

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХОБЛ

Стадия 3 (ХОБЛ тяжелого течения)

- избегать воздействия факторов риска
- вакцинация против гриппа
- бета2-агонисты короткого действия при необходимости
- регулярная терапия одним или несколькими пролонгированными бронходилататорами
- реабилитация
- *при повторяющихся обострениях + ИГКС*

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХОБЛ

Стадия 4 (ХОБЛ крайне тяжелого течения)

- избегать воздействия факторов риска
- вакцинация против гриппа
- бета2-агонисты короткого действия при необходимости
- регулярная терапия комбинацией пролонгированными бета2-агонистом и ИГКС
- реабилитация
- возможно сочетание со Спиривой
- *при дыхательной недостаточности - длительная оксигенотерапия*
- *возможно хирургическое лечение*

Терапия ХОБЛ

