

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра внутренних болезней и иммунологии с курсом ПО

Рецензия профессора, к.м.н., доцента кафедры Внутренних болезней и
иммунологии с курсом ПО, Собко Елены Альбертовны на реферат
ординатора первого года обучения по специальности «Терапия», Барановой
Юлии Олеговны по теме: «Бронхиальная астма в пожилом и старческом
возрасте».

Основные оценочные критерии:

Оценочный критерий	Положительный/отрицательный
1. Структурированность	+
2. Наличие орфографических ошибок	отр
3. Соответствие текста реферата его теме	да
4. Владение терминологией	да
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	да
6. Логичность доказательной базы	да
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	да
8. Круг использования известных научных источников	да
9. Умение сделать общий вывод	да

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарий рецензента:

замечаний нет.

Дата: 30.09.2019

Подпись рецензента: Собко

Подпись ординатора: Баранова

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра внутренних болезней и иммунологии с курсом ПО

Зав.кафедрой: дмн, профессор Демко И.В

Руководитель ординатуры: кмн, доцент Мосина В.А

Реферат

Тема: «Бронхиальная астма в пожилом и старческом возрасте»

Выполнила: ординатор 1-го
года обучения Баранова Ю.О.

Проверила: дмн, профессор
Кафедры внутренних болезней и
иммунологии с курсом ПО,
Собко Е.А

Красноярск, 2019

Содержание

1. Введение
2. Этиология бронхиальной астмы
3. Патогенез бронхиальной астмы
4. Кодирование по МКБ 10
5. Возрастные группы людей, классификация ВОЗ
6. Клиническая картина бронхиальной астмы
7. Особенности течения БА у пожилых
8. Методы исследования БА
 - 8.1. Дополнительные методы обследования
9. Особенности диагностики БА у пожилых
10. Причины гиподиагностики БА
11. Дифференциальная диагностика бронхиальной астмы в пожилом и старческом возрасте
12. Лечение бронхиальной астмы у людей пожилого и старческого возраста
 - 12.1. ИГКС и β_2 -агонисты
 - 12.2. Антилейкотриеновые препараты
 - 12.3. Холинолитики
 - 12.4. Рекомбинантные гуманизированные моноклональные антитела
13. Контроль за больным на приеме у врача
14. Профилактика бронхиальной астмы
15. Выводы
16. Список литературы

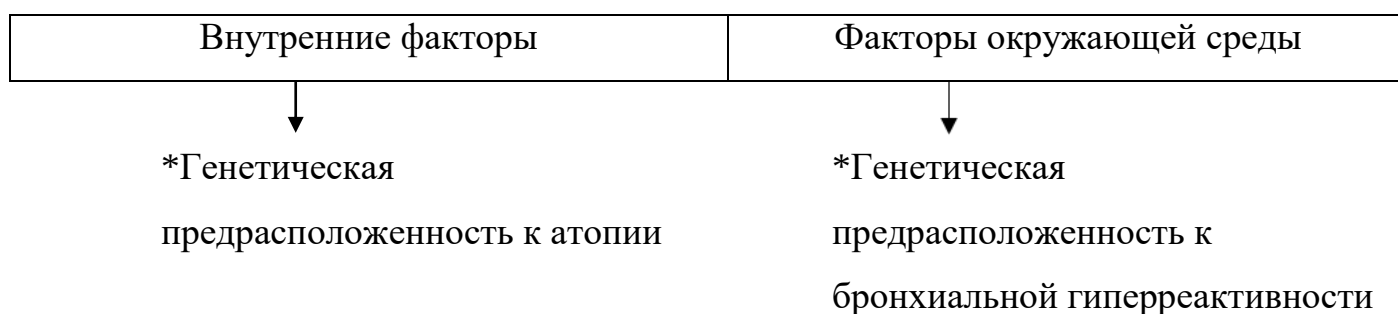
Введение

Бронхиальная астма (БА) - является гетерогенным заболеванием, характеризующимся хроническим воспалением дыхательных путей, наличием респираторных симптомов, таких как свистящие хрипы, одышка, заложенность в груди и кашель, которые варьируют по времени и интенсивности, и проявляются вместе с вариабельной обструкцией дыхательных путей.

В различных странах мира около 300 млн людей страдают бронхиальной астмой (БА). Ее распространенность в пожилом (65–74 года) и старческом (75 лет и старше) возрасте составляет от 1,8 до 14,5% в популяции. Частота БА в последнее десятилетие продолжает расти, хотя уже более медленными темпами. У данной категории пациентов отмечается большая частота госпитализаций, чем у молодых пациентов. Причем, в то время как смертность от БА постепенно снижается, то состоянию на 2013 г. почти 90% пациентов, умерших от БА, были людьми пожилого возраста. Как правило, большая часть смертей обусловлена неадекватным длительным лечением астмы и ошибками оказания неотложной помощи при развитии обострений.

Тема бронхиальной астмы в пожилом и старческом возрасте, является актуальной, так как зачастую данная группа больных недостаточно или неверно обследована, плохо оценена по БА в этой возрастной группе. Это обуславливает значительную нагрузку на общественное здравоохранение, по крайней мере, это более актуально, чем у молодых пациентов.

Этиология бронхиальной астмы



*Пол (в детском возрасте БА чаще развивается у мальчиков; в подростковом и взрослом – у женщин)
*Ожирение
*Аллергены
*Инфекционные агенты (преимущественно вирусные)

*Профессиональные факторы
*Аэрополлютанты
*Диета: повышенное потребление продуктов высокой степени обработки, увеличенное поступление омега-6

Патогенез бронхиальной астмы

В основе патогенеза бронхиальной астмы лежит хроническое воспаление. Для бронхиальной астмы характерна особая форма воспаления бронхов, приводящая к формированию их гиперреактивности (повышенной чувствительности к различным неспецифическим раздражителям по сравнению с нормой); ведущая роль в воспалении принадлежит эозинофилам, тучным клеткам и лимфоцитам.

Воспалённые гиперреактивные бронхи реагируют на воздействие триггеров спазмом гладких мышц дыхательных путей, гиперсекрецией слизи, отёком и воспалительной клеточной инфильтрацией слизистой оболочки дыхательных путей, приводящими к развитию обструктивного синдрома, клинически проявляющегося в виде приступа одышки или удушья.

Кодирование по МКБ 10

Бронхиальная астма (J45)

J45.0 – Бронхиальная астма с преобладанием аллергического компонента

J45.1 – Неаллергическая бронхиальная астма

J45.8 – Смешанная бронхиальная астма

J45.9 – Бронхиальная астма неуточненная

Возрастные группы людей, классификация ВОЗ 2018г

Всемирная организация здравоохранения делит взрослых людей на такие возрастные группы:



Старение населения - наиболее характерное демографическое явление современной эпохи и обусловленное сложным комплексом факторов, включающих особенности воспроизводства населения, интенсивность и направленность миграции населения, санитарно демографические последствия войн.

Размеры и темпы прироста населения не одинаковы в различных странах. Основной особенностью изменений структуры населения многих стран является заметное уменьшение относительной численности детского населения (0-14) лет и выраженный рост доли населения старших возрастов. Для оценки старения населения чаще всего определяется относительное число (доля, удельный вес) лиц пожилого возраста в общей численности населения.

Одной из наиболее характерных черт глобального старения населения планеты является выраженный рост людей 75 лет и старше в популяции пожилых людей. Эксперты Комитета ВОЗ отмечают, что «проблема состоит не только в том, что увеличивается численность населения, но и в том, что отмечается его дальнейшее "постарение", поскольку растет число людей, живущих дольше. Группа "престарелых" создает дополнительные трудности для служб здравоохранения и социального обеспечения.

Клиническая картина бронхиальной астмы

Диагноз БА является сугубо клиническим и устанавливается на основании:

- * жалоб;
- * анамнестических данных пациента;
- * клинико-функционального обследования с оценкой обратимости бронхиальной обструкции;
- * специфического аллергологического обследования (кожные тесты с аллергенами и/или специфический IgE в сыворотке крови);
- * исключения других заболеваний.

Характерные симптомы:

- свистящие хрипы;
- эпизоды одышки;
- затрудненное дыхание;
- заложенность в груди;
- кашель, варьируются по времени появления, частоте и интенсивности.

Особенности течения БА у пожилых

Течение большинства болезней в пожилом возрасте характеризуется быстрым ухудшением состояния, частым развитием осложнений, вызванных как болезнью, так нередко и проводимым лечением. Выбор препаратов для лечения БА и сопутствующих заболеваний у таких больных требует особого подхода.

Процессы старения человека сопровождаются ограничением функциональных резервов всех органов и систем, в том числе аппарата внешнего дыхания. Изменения касаются костно-мышечного скелета грудной клетки, воздухоносных путей, легочной паренхимы. Инволютивные процессы в эластических волокнах, атрофия реснитчатого эпителия, дистрофия клеток железистого эпителия со сгущением слизи и снижением секреции, ослабление перистальтики бронхов вследствие атрофии

мышечного слоя, снижение кашлевого рефлекса приводят к нарушению физиологического дренажа и самоочищения бронхов. Все это в сочетании с изменениями микроциркуляции создает предпосылки для хронического течения воспалительных заболеваний бронхо-легочной системы. Снижение вентиляционных способностей легких и газообмена, а также дискоординация вентиляционно-перфузионных отношений с возрастанием объема вентилируемых, но неперфузируемых альвеол способствуют прогрессированию дыхательной недостаточности.

Методы исследования БА

Для постановки правильного диагноза необходимо тщательно собрать анамнез и провести обследования :

- *возраст начала заболевания
- *причина первых симптомов
- *характер течения
- *отягощенная наследственность
- *проф. вредности
- *аллергологический анамнез
- *стаж курения
- *прием лекарственных препаратов
- *спирография с тестом на обратимость обструкции

К обязательным методам исследования относится спирография с тестом на обратимость обструкции. Признаками нарушения бронхиальной проходимости служит снижение объема форсированного выдоха за 1-ю секунду ($ОФВ_1 < 80\%$ от должного) и соотношения $ОФВ_1$ /форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ) (менее 70%). Обструкция обратима, если через 15–45 мин после ингаляции бронхолитика наблюдается прирост $ОФВ_1$ на 12% и 200 мл и более по сравнению с исходным.

Показано, что пожилые больные по сравнению с пациентами молодого возраста нередко имеют более выраженную бронхиальную

обструкцию, меньшую ее обратимость после ингаляции бронхолитика и нарушения на уровне дистальных бронхов.

Дополнительные методы обследования

Для подтверждения диагноза БА в ряде случаев используют цитологический анализ мокроты и концентрацию неинвазивных маркеров воспаления в выдыхаемом воздухе (оксида азота и др.). Пикфлоуметрию и аллергологические обследования (кожные пробы, определение Ig E в крови, провокационные тесты).

Особенности диагностики БА у пожилых

Впервые возникшую БА у пожилых людей относят к наиболее трудной для диагностики, это связано с относительной редкостью начала заболевания в этом возрасте, стертой и неспецифичностью проявлений, снижением остроты ощущений симптомов болезни и заниженными требованиями к качеству жизни у таких больных. Наличие сопутствующих заболеваний (прежде всего, сердечно-сосудистой системы), которые нередко сопровождаются схожей клинической картиной (одышка, кашель, снижение толерантности к физической нагрузке), также усложняет диагностику БА. Сложно и объективное подтверждение преходящей бронхообструкции у пожилых в связи с трудностью выполнения ими диагностических тестов при спирометрии и пикфлоуметрии.

Для установления диагноза БА у пожилых пациентов наибольшее значение имеют жалобы (кашель, как правило, пароксизмальный, приступы удушья и/или свистящее дыхание). Врач должен активно расспросить больного, добиваясь максимально полного описания характера этих проявлений и вероятных причин их возникновения. Часто астма у пожилых дебютирует после перенесенной острой респираторной инфекции, пневмонии.

Атопия не является определяющей в возникновении БА у пожилых, тем не менее, врачу следует собрать сведения обо всех сопутствующих

заболеваниях аллергического и неаллергического генеза, таких как атопический дерматит, отек Квинке, рецидивирующая крапивница, экзема, риносинусопатия, полипозы различной локализации, наличие БА у родственников.

Для исключения медикаментозно индуцированной бронхообструкции необходимо определить, какие лекарственные препараты принимал больной в последнее время.

Исключительно важное значение имеют физические признаки бронхообструкции и эффективность бронхоспазмолитиков, что можно оценить при назначении β_2 -агониста (фенотерол, сальбутамол) или его комбинации с антихолинергическим препаратом (беродуал) в виде ингаляции через небулайзер. В дальнейшем наличие бронхиальной обструкции и степень ее вариабельности уточняют при исследовании функции внешнего дыхания (с помощью спирометрии или мониторингирования пиковой скорости выдоха с помощью пикфлоуметрии). Диагностически значимым принято считать прирост объема форсированного выдоха за первую секунду на 12% и пиковой скорости выдоха – на 15% от исходных показателей. Однако пожилые пациенты далеко не всегда могут корректно выполнить подобные исследования с первого раза, а некоторые из них вообще не в состоянии осуществить рекомендуемые дыхательные мероприятия. В этих случаях целесообразно оценить эффективность краткосрочной симптоматической (бронхоспазмолитики) и продленной патогенетической (глюкокортикостероиды) терапии.

Результаты кожного тестирования не имеют большой диагностической значимости, так как возникновение БА у пожилых не связано со специфической аллергической сенсibilизацией. Вследствие высокого риска осложнений у пожилых больных следует избегать проведения провокационных медикаментозных проб (с обзиданом, метахолином). Нужно также помнить, что бронхообструктивный синдром (нарушение бронхиальной проходимости) может быть обусловлен разнообразными

причинами: механическим препятствием внутри бронха, сдавлением бронха извне, нарушением легочной гемодинамики вследствие левожелудочковой недостаточности, тромбоэмболии в системе легочной артерии.

Причины гиподиагностики БА

Причины со стороны больного	Причины со стороны врача
✓ Депрессия ✓ Социальная изоляция ✓ Нарушение памяти и интеллекта ✓ Восприятие симптомов астмы как признака старения ✓ Сопутствующие заболевания ✓ Снижение восприятия одышки и бронхоконстрикции	✓ Неправильное представление о том, что астма не возникает в пожилом и старческом возрасте ✓ Восприятие симптомов астмы как признака старения ✓ Недооценка одышки из-за ограничения физической активности пациента ✓ Сопутствующие заболевания ✓ Трудности исследования и интерпретации функции легких

Восприятие симптомов БА у пациентов пожилого и старческого возраста часто снижено. Вероятно, это связано со снижением у них чувствительности инспираторных(главным образом, диафрагмальных) приприорецепторов к изменениям объема легких, хеморецепторов к гипоксии, а также нарушением ощущения увеличенной респираторной нагрузки.

БА и сопутствующие заболевания в пожилом и старческом возрасте

Показано, что почти 75% больных БА пожилого возраста имеют хотя бы одно сопутствующее хроническое заболевание . Наиболее часто встречаются ишемическая болезнь сердца (ИБС), артериальная гипертензия, катаракта, остеопороз, респираторные инфекции. Сопутствующие болезни часто видоизменяют клиническую картину астмы.

Большое значение для постановки правильного диагноза имеет тщательно собранный анамнез болезни и жизни пациента. Следует обращать внимание на возраст начала заболевания, причину появления его первых симптомов, характер течения, отягощенную наследственность, профессиональный и аллергологический анамнез, наличие курения, прием лекарственных препаратов по поводу сопутствующих болезней.

Дифференциальная диагностика с заболеваниями, которые являются наиболее частыми причинами респираторных симптомов у пожилых пациентов

Заболевания системы органов	Нозологические формы
Заболевания дыхательной системы	ХОБЛ ТЭЛА Вторичные бронхоэктазы Карцинома бронха Плевральный выпот
Заболевания сердечно-сосудистой системы	ИБС Левожелудочковая СН Нарушения сердечного ритма Пороки сердца Кардиомиопатии Заболевания перикарда
Заболевания крови	Анемии
Заболевания пищеварительной системы	ГЭРБ
Заболевания верхних дыхательных путей	Ринит Синусит
Заболевания нервной системы	Болезни сосуда головного мозга

Лечение бронхиальной астмы у людей пожилого и старческого возраста

Целью лечения астмы в пожилом возрасте является:

- 1) достижение и поддержание контроля симптомов
- 2) поддержание нормального уровня активности (включая физическую нагрузку)
- 3) достижение оптимальных показателей функции легких

- 4)предупреждение обострений
- 5)предупреждение побочных эффектов лекарственных препаратов
- 6)снижение летальности

Фармакотерапия предусматривает использование лекарственных средств для длительного контроля астмы и быстрого купирования ее симптомов. Ступенчатое лечение БА в пожилом и старческом возрасте не отличается от такового у молодых . Особенностью пожилых являются сопутствующие заболевания, необходимость одновременного приема нескольких препаратов и снижение когнитивной функции, уменьшающее приверженность лечению и увеличивающее число ошибок при использовании ингаляторов.

При лечении пожилых пациентов с БА ведущее место отводится ингаляционным глюкокортикостероидам (ИГКС), чувствительность к которым с возрастом не снижается.

ИГКС уменьшают выраженность симптомов БА, повышают качество жизни больных, улучшают бронхиальную проходимость и гиперреактивность бронхов, предупреждают развитие обострений, снижают частоту госпитализаций и летальность . Наиболее частыми побочными эффектами у больных пожилого возраста являются осиплость голоса, кандидоз полости рта, реже – пищевода. Высокие дозы ИГКС могут способствовать прогрессированию имеющегося в пожилом возрасте остеопороза. Для профилактики больной должен полоскать рот водой и принимать пищу после каждой ингаляции.

ИГКС и β 2-агонисты

Уменьшить дозу ИГКС позволяет их комбинация с β 2-агонистами длительного действия (ДДБА): формотеролом, сальметеролом и вилантеролом. Совместное применение этих средств у пожилых больных БА обеспечивает эффективный контроль астмы, снижает частоту госпитализаций и летальных исходов. В последние годы созданы

фиксированные комбинации : они более удобны, улучшают приверженность больных лечению, гарантируют прием ИГКС вместе с бронхолитиками .

Необходима осторожность при использовании β 2-агонистов больными пожилого и старческого возраста, имеющими сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы. Эти препараты необходимо назначать под контролем уровня артериального давления, частоты пульса, ЭКГ (интервал Q-T) и концентрации калия в сыворотке крови, которая может снижаться .

Антилейкотриеновые препараты

Антилейкотриеновые препараты (зафирлукаст и монтелукаст) обладают противовоспалительной активностью. По влиянию на симптомы астмы, частоту обострений и функцию легких они уступают ИГКС. В некоторых исследованиях показано, что терапевтическая эффективность зафирлукаста с возрастом снижается.

Антагонисты лейкотриеновых рецепторов, хотя и в меньшей степени, чем ДДБА, усиливают действие ИГКС . Показано, что монтелукаст, назначаемый вместе с ИГКС, улучшает результаты лечения пожилых с БА . Отличительной особенностью антилейкотриеновых препаратов является хороший профиль безопасности и высокая приверженность лечению

Комбинация ИГКС/антагонисты антилейкотриеновых рецепторов может быть альтернативой ИГКС/ДДБА у пожилых пациентов, имеющих сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы и высокий риск развития побочных эффектов при назначении ДДБА (нарушения сердечного ритма, гипокалиемия, удлинение интервала Q–T на ЭКГ и др.).

Холинолитики

Единственным длительно действующим холинолитиком для лечения тяжелой БА, зарегистрированным в настоящее время в РФ, является тиотропия бромид. Показано, что его назначение в дополнение к ИГКС/ДДБА увеличивает время до первого обострения и оказывает умеренное бронхолитическое действие. Показано, что тиотропия бромид

улучшает показатели функции легких и сокращает потребность в сальбутамоле у пациентов с ХОБЛ в сочетании с БА, получающих ИГКС.

Рекомбинантные гуманизированные моноклональные антитела

Омализумаб – гуманизированное моноклональное антитело против иммуноглобулина Е, зарегистрированное для лечения тяжелой атопической БА. Назначаемый в дополнение к ИГКС/ДДБА и другой терапии, этот препарат снижает частоту обострений, госпитализаций и обращений за неотложной помощью, уменьшает потребность в ИГКС и пероральных глюкокортикоидах. Эффективность и безопасность омализумаба у людей моложе и старше 50 лет была одинаковой, что свидетельствует о возможности его применения у пациентов пожилого возраста.

Зарегистрированные недавно моноклональные антитела против интерлейкина (ИЛ) 5 (меполизумаб и реслизумаб) показаны при лечении тяжелой эозинофильной БА. Эффективность и безопасность этих средств у больных старше и моложе 65 лет была сходной. Полученные данные свидетельствуют о потенциальной возможности их применения у пациентов пожилого и старческого возраста без дополнительной коррекции дозы.

Контроль за больным на приеме у врача

При встрече с больным необходимо оценивать выраженность симптомов его болезни, контроль астмы, используемые лекарственные препараты, выполнение рекомендаций по элиминации триггеров обострений. Должна проводиться оценка ингаляционной техники и, при необходимости, ее коррекция должны проводиться во время каждого визита пожилых пациентов к врачу.

Профилактика БА

Для профилактики респираторных инфекций и снижения летальности от них рекомендуется ежегодная вакцинация против гриппа .

В связи с увеличением количества пневмоний на территории РФ, показана вакцинация от пневмококка.

Выводы

БА часто встречается у больных пожилого возраста и имеет важные особенности течения, связанные с инволютивными изменениями органов дыхания и морфологическими особенностями самого заболевания.

Трудности выявления БА обусловлены коморбидностью и снижением восприятия больными симптомов болезни. В связи с этим важное значение имеет исследование функции легких с тестом на обратимость обструкции. Гиподиагностика БА является одной из причин неадекватного лечения. При ведении больных большую роль играют их обучение, учет сопутствующих заболеваний, лекарственных взаимодействий и побочных эффектов препаратов.

Список литературы

1. Федеральные клинические рекомендации «Бронхиальная астма», 2019г.- 97 стр.
2. Филатова С.А., Безденежная Л.П., Андреева Л.С., Геронтология, Ростовна-Дону «Феникс», 2015г.
3. Понятие о геронтологии. Классификация возрастных групп. Методическое пособие / С.В.Усманова. – Иркутск: ИрГУПС МК ЖТ, 2017. – 30с.
4. Бронхиальная астма: принципы диагностики и лечения : учеб. пособие для клинич. интернов, ординаторов, обучающихся по специальности «Терапия» / Н. В. Гордеева, А. Ю. Крапошина, Е. А. Собко, И. А. Соловьева, И. В. Демко под ред. И. В. Демко. – Красноярск : тип. КрасГМУ, 2015. – 104 с.
5. Внутренние болезни в 2-х томах: учебник том 1, третье издание / Под ред. Н.А. Мухина, В.С. Моисеева, А.И. Мартынова – 2018г. - 960 с.
6. «РМЖ» №16. Емельянов А.В. ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» МЗ РФ, Санкт-Петербург. «Особенности течения бронхиальной астмы в пожилом и старческом возрасте». -2016г- 1102-1107с.
7. Трудный пациент № 3, ТОМ 8. Л.А. Горячкина, О.С. Дробик
Российская медицинская академия последипломного образования
Кафедра клинической аллергологии, Москва ; 2010г.-40-44с.
8. Сравнительная эффективность ингаляционной глюкокортикостероидной терапии у больных бронхиальной астмой пожилого возраста. А.В.Никитин., Е.П.Карпухина., О.А.Лепухова.-Вестник новых медицинских технологий 2013г.-№1.-4с.