

**С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТИ**



**КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА**

СРС

**ТАҚЫРЫБЫ: Созылмалы обструктивті өкпе
ауруы**

**ОРЫНДАҒАН : Қолдасбек С.С
ҚАБЫЛДАҒАН: Қайырғали Ш.М
ТОП: ЖМ 12-18-02**

Науқас А., 58 ж.

- Шағымдары: жөтел, қақырық – 20-30 мл, іріңді, физикалық жүктеме түскенде ентігу.
- Ауру тарихы: 5 жылдан бері ауырады.



Anamnesis vitae

- Туберкулёз, туберкулезбен контакт жоқ.
- Аурулар: жиі суық тиеді, 2006 ж. экссудативті плеврит.
- Аллергологиялық анамнез – қалыпты.
- Тұқымқуалаушылық жоқ.
- Эксперттік анамнез – күзетші (22 жыл шахтер болған)
- Зиянды әдеттер: 45 жыл күніне 2-3 қораптан темекі шегеді (ШИ 112,5)



Status praesens

- Орташа ауырлық дәрежеде, жүдеген.
- Терісі мен шырышты қабаттары көкшілдеу, ісік жоқ.
- Сүйек-бұлшық ет өзгеріссіз.



Тыныс алу жүйесі

- Кеуде қуысы «бөшке» тәрізді (эмфизематозды тип).
- Қабырғааралықтар кеңейген.
- Тыныс алуға қосымша бұлшық ет қатысады.
- Перкуссия - қорап тәрізді, өкпе дыбысының тұйықталу ошақтарымен.
- Аускультация везикулярлы тыныс, төмменгі бөліктерде әлсіреген, ысқырықты сырылдар.
- ТАЖ минутына 24.



Жүрек-тамыр жүйесі

- Визуалды жүрек аймағы өзгермеген.
- Жүрек ұшы түрткісі V қ/а.
- Салыстармалы тұйықтық шекаралары: жоғарғы 3 қ/а, сол – ОБС 1,5 см сыртқа; оң – төстен 2 см сыртқа.
- **Аускультация:** тондар әлсіз, өкпе сабауының үстінде II тонның екпіндеуі, ырғақ дұрыс.
- **Гемодинамика:** АҚ 130/90 мм с.б., ЖСЖ 76 мин.



Сұрақтар:

1. Негізгі синдромдар қандай?.
2. Жетекші синдром қандай?
3. Жетекші синдром ерекшеліктері қандай?
4. Ажыратпалы диагнозға алынатын аурулар тізімі.
5. Зерттеу бағдарламасы қандай?
6. Диагнозды тұжырымдаңыз.
7. Емдік бағдарламаны жасаңыз.

1. Негізгі синдромдар	<ol style="list-style-type: none">1. Бронхообструктивті (құрғақ сырылдар)2. Тыныс жеткіліксіздігі (ентігу, көгеру, ТАЖ 24 мин)3. Бронхылық қабыну (жөтел, қақырық)
2. Жетекші синдром	Бронхообструктивті
3. Жетекші синдром ерекшеліктері	Біртіндеп басталуы, жылдан жылға үдеуі, тыныс алу мүшелерімен байланысы
4. Ажыратпалы диагнозға алынатын аурулар	<ol style="list-style-type: none">1) Бронхылық демікпе2) Жүрек жеткіліксіздігі3) Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы (ӨСОА)

Ажыратпалы диагноз:

- 1) Бронхылық демікпе
- 2) Жүрек жеткіліксіздігі
- 3) Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы
(ӨСОА)

Ажыратпалы диагноз:

Ауру	Ұқсайтын белгілері	Ажыратпалы ерекшеліктері
Бронхылық демікпе	Бронхылық қабыну, бронхылық обструкция синдромы	Науқастың жасы, ер кісі, аллергия жоқ, бірақ толық шегеруге болмайды , әрі зерттеу керек
Жүрек жеткіліксіздігі	Жөтел, қақырық, тыныс жеткіліксіздігі , науқас жасы	Жүрек ақаулары , анамнезінде ЖИА жоқ
ӨКПЕНІҢ СОЗЫЛМАЛЫ ОБСТРУКТИВТІ АУРУЫ (ӨСОА) !!!	Бронхылық қабыну, бронхылық обструкция синдромы	Науқас жасының 58 болуы, темекі шегуі, шахтер, ауру біртіндеп басталған, біртіндеп үдеген.

**ӨКПЕНІҢ СОЗЫЛМАЛЫ
ОБСТРУКТИВТІ АУРУЫНЫҢ
ДИАГНОСТИКАСЫ, ЕМІ ЖӘНЕ
ПРОФИЛАКТИКАСЫ**

Өкпенің созылмалы обструкциялы ауруы (ӨСОА) - өкпе паренхимасының, тыныс жолдарының дисталды бөлімінің зақымдалуымен және эмфиземаның дамуымен жүретін созылмалы қабыну ауруы, бейспецификалық персистирлеуші қабыну реакциясымен туатын жартылай немесе толық қайтымсыз бронх обструкциясының дамуымен ауа ағымының шектелуімен сипатталады.

ӨСОА эпидемиологиясы

- Ресейдегі науқастар саны 1 млн адам
- ӨСОА – өлім себептерінің 4 орнын алады, жүрек ауруларынан, өкпе обырынан, церебралды тамырлық аурулардан кейінгі.
- ӨСОА – таралуы өсуде.
- ӨСОА – негізгі себебі темекі шегу.

Қауіп факторлары

Экзогенді факторлар

Темекі шегу

Кәсіптік зияндылықтар

Ауаның ластану (SO_2 , NO_2)

Үйдегі ауаның ластануы (от, пеш)

Респираторлы инфекциялар

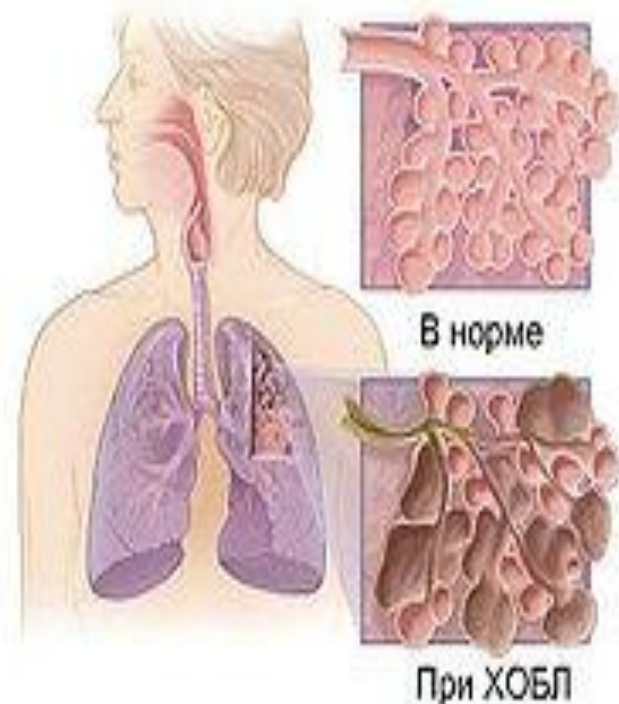


Эндогенді факторлар

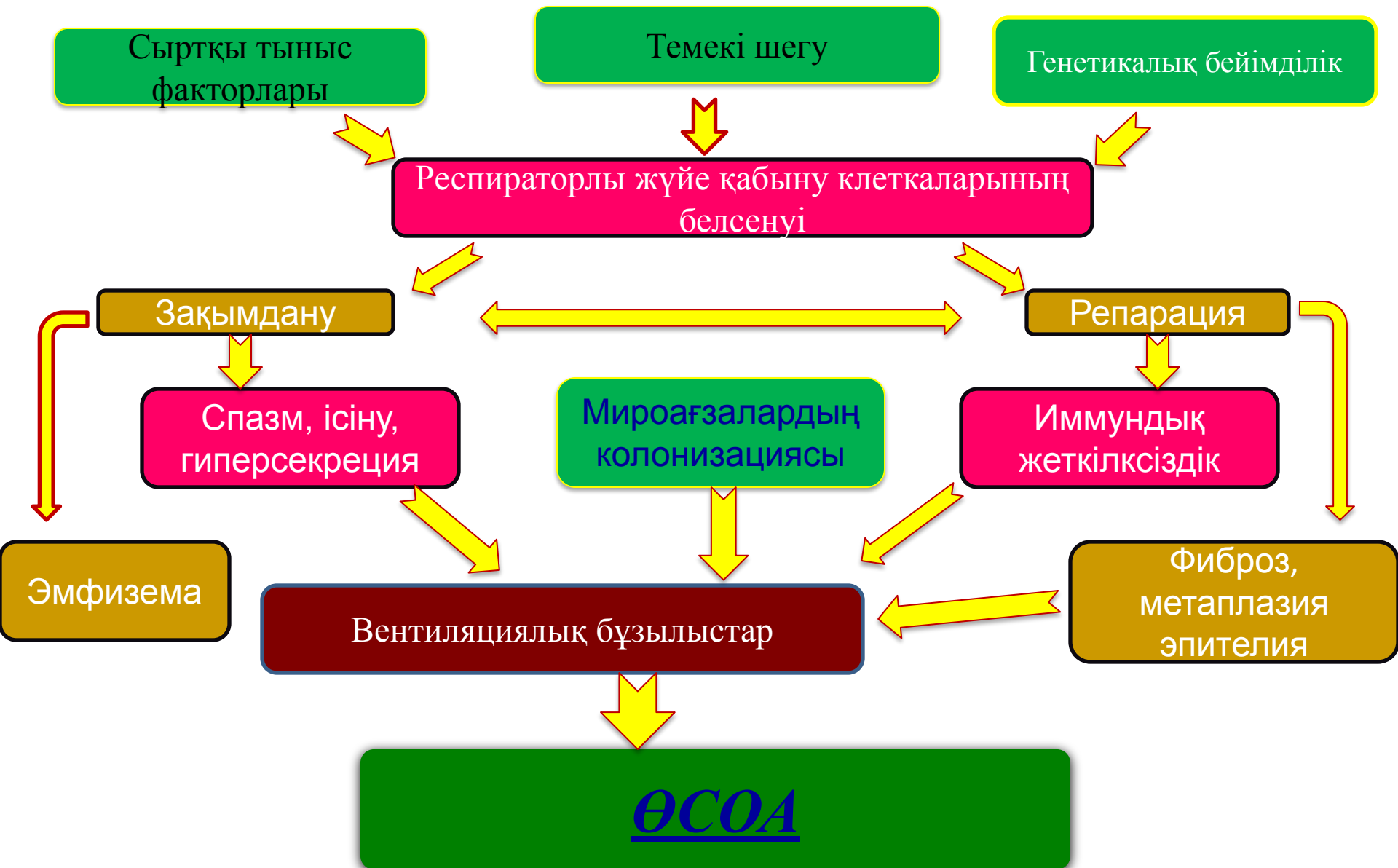
Генетикалық бейімділік

α 1-антитрипсин
тапшылығы

Бронхылық гиперреактивтілік
IgE жоғары деңгейі



ӨСОА патогенезі

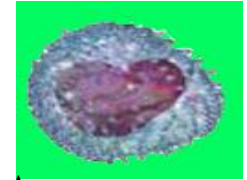


Қабыну механизмі

Темекі және басқа
поллютанттар



Нейтрофил



Альвеолярлы
макрофаг

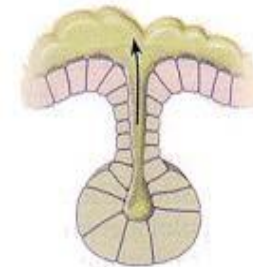
Қабыну



CD8+ Т-лимфоциттер



Альвеолярлы қабырғаның
деструкциясы
(эмфизема)



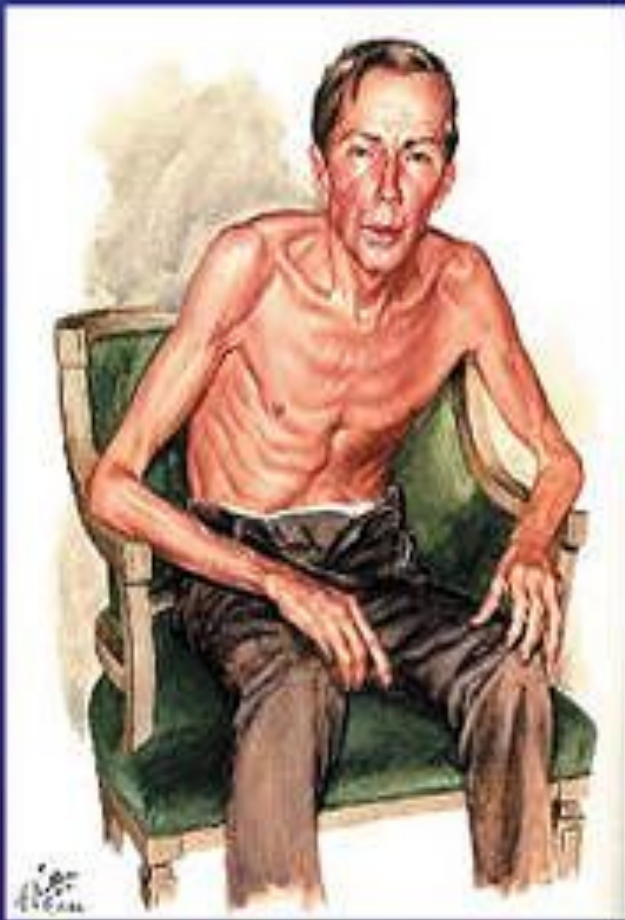
Спазм, ісіну,
гиперсекреция

ӨСОА жіктеуі

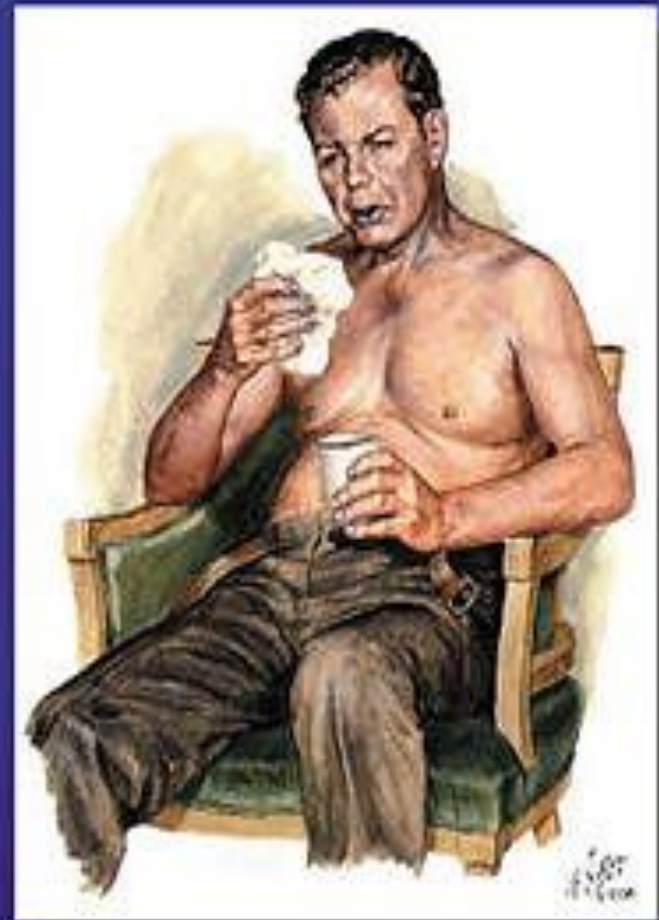
Кезеңдер	Белгілер
I, жеңіл	ЖДШК ₁ /ЖӨТС <70 %, ЖДШК ₁ қалыптыдан > 80 %; жөтел, қақырық аздап, ентігу жоқ
II, орташа	ЖДШК ₁ /ЖӨТС < 70 %, ЖДШК ₁ қалыптыдан 80-50 %; ентігу физикалық жүктеме, өршу кезінде
III, пауыр	ЖДШК ₁ /ЖӨТС < 70 %, ЖДШК ₁ қалыптыдан 50-30%; ентігудің ұлғаюы, қайталамалы өршулер, өмір сапасының төмендеуі
IV, өте ауыр	ЖДШК ₁ /ЖӨТС < 70 %, ЖДШК ₁ қалыптыдан < 30 %; созылмалы өкпелік жеткіліксіздік, қан айналым жеткіліксіздігі, оттегіге тәуелділік, өмір сапасының қанағаттанарлықсыздығы, өршулер өмір ұзақтығын азайтуы мүмкін

ӨСОА клиникасы

- Анамнезінде – темекі шегу, 25 қорап/жыл стажбен (стаж бір күндегі шылым саны/20, темекі шегу уақыты, жыл).
- Жөтел, қақырық көп жылдар бойы.
- Бастапқыда таңертеңгілік жөтел, кейіннен күні бойы.
- Қақырық әдетте шырышты, өршу кезінде – іріңді, мөлшері 50-100 мл/тәу.
- Жөтел, қақырық қысқы мезгілде, инфекция кезінде үдейді.
- Ентігу біртіндеп п.б., физикалық күш түскенде, сырылдармен, кеуде тұсыны басып ауруымен бірге жүреді, ентігу үнемі үдеп отырады.
- Кейбір науқаста созылмалы тыныс жеткіліксіздігі, өкпелік жүрек дамиды (бронхиттік тип - «көк ісушілер»).
- Басқаларында айқын ентігу, құрғақ жөтел, жүдеу (эмфизематозды тип - «қызыл пысылдақтар»).
- Көбіне аралас типті ӨСОА байқалады, яғни эмфизема мен созылмалы бронхит клиникасының болуы.



эмфизематозды тип - «қызыл пысылдақтар»



бронхиттік тип - «көк ісушілер»

Созылмалы обструкциялы аурудың эмфизематозды және бронхтық түрлерінің салыстырмалы сипаты

Белгілері	Эмфизематозды тип	Бронхтық тип
Басталуы	Үдемелі ендігу 50-70жаста	Продуктивті жөтелмен 45-55жастан кейін
Дене бітімі	Астеникалық	Нормо- немесе гиперстеникалы
Дене салмағы	Төмендеген	Жиі жоғары
Ендігу	Айқын, тұрақты	Жиі жоғары Күш түскенде, Бронхиттің өршуі кезінде
Жөтел	Ендігуден кейін	Айқын
Қақырық	Шырышты, онша көп емес	Шырышты-іріңді, кейде іріңді көп мөлшерде
Тыныс жеткіліксіздігі	Жедел тыныс жеткіліксіздігі инфекция салдарынан терминалды жағдаймен аяқталады	Толқынды ағымды

Созылмалы обструкциялы аурудың эмфизематозды және бронхтық түрлерінің салыстырмалы сипаты

Белгілері	Эмфизематозды тип	Бронхтық тип
Өкпе гипертензиясы	Айқын емес	Айқын емес
Өкпелі жүректің клиникалық көрінісі	Аурудың соңғы сатысында	Жиі айқын көрінеді
Кеуде қуысы көлемінің ұлғаюы	айқын	Айқын емес
Ісіну	Жоқ	Айқын
Аускультация	Әлсіз везикулярлы тыныс	Құрғақ ысқырықты сырылдар, қатаң везикулярлы тыныс
Өкпе рентгенографиясы	Әлсіз қантамыр суоеті, үрленген өкпе, буллалар	Өкпе суретінің күшеюі, жергілікті фиброз
ӨТС	Айқын төмендеген	Қалыпты, шамалы төмендеген

ӨСОА –ның диагностикасы

1. Қақырық анализі: цитологиясы, микробиологиялық зерттеуі.
2. ЖҚА: өршуде – нейтрофилді лейкоцитоз, ЭТЖ ↑.
Гипоксемияда – эритроцитоз, гематокрит ↑.
3. Рентген - көкет мұнарасының төмендеуі және қозғалысының шектелуі; өкпенің гиперауалылығы, буллалар және ретростерналды кеңістіктің ұлғаюы; жүрек көлеңкесінің тарылуы; бронх қабырғаларының жоғары тығыздығы, оның бойындағы инфильтрацияның, яғни бронх тармағындағы қабыну үрдістің және эмфиземаның болуы.
4. СТҚ – ЖДШК1 < 80%, ЖДШК1/ЖӨТС < 70%. **Обструкцияның қатымсыздығын** анықтау – сальбутамолмен сынамада **15%** кем болуы.
5. КТ – көрсеткіш бойынша.
6. Бронхоскопия – көрсеткіш бойынша. Шырышты қабатты, БАШ, биопсия.
7. ЭКГ – жүректің оң бөлімдерінің гипертрофиясы.
8. Қанның газдық құрамы

ӨСОА қанның газдық құрамы

қанның газдық құрамы:	
НОРМА	ӨСОА-да
$P_{aO_2} = 80-100$ мм.с.б.	Гипоксемия $P_{aO_2} < 80$ мм.с.б.
$P_{aCO_2} = 36-45$ мм.с.б.	Гиперкапния $P_{aCO_2} < 45$ мм.с.б.
$pH = 7,36-7,44$ мм.с.б.	

Науқас А. зерттеу бағдарламасы

5. Зерттеу бағдарламасы

ЖҚА; ЖЗА, ҚА, б/х: АЛТ, АСТ, билирубин, белок фракциялармен, фибриноген, креатинин, мочевина, ЭКГ, рентген, спирография, пикфлоуметрия, ЭхоКС, ФБС, КТ

● ЖҚА

- Нв - 168 г/л
- L - $10 * 10^9$ /л
- Нt - 48.9%
- Ер - $5,23 * 10^{12}$ /л
- ЭТЖ - 15 мм/с
- Таяқшайдролы - 0
- Сегментядролы - 60%
- эозинофилдер - 6%
- базофилдер - 0
- лимфоциттер - 32%
- моноциттер - 2%
- Тромбоциттер - $260 * 10^9$ /л

● Қақырықтың жалпы анализі

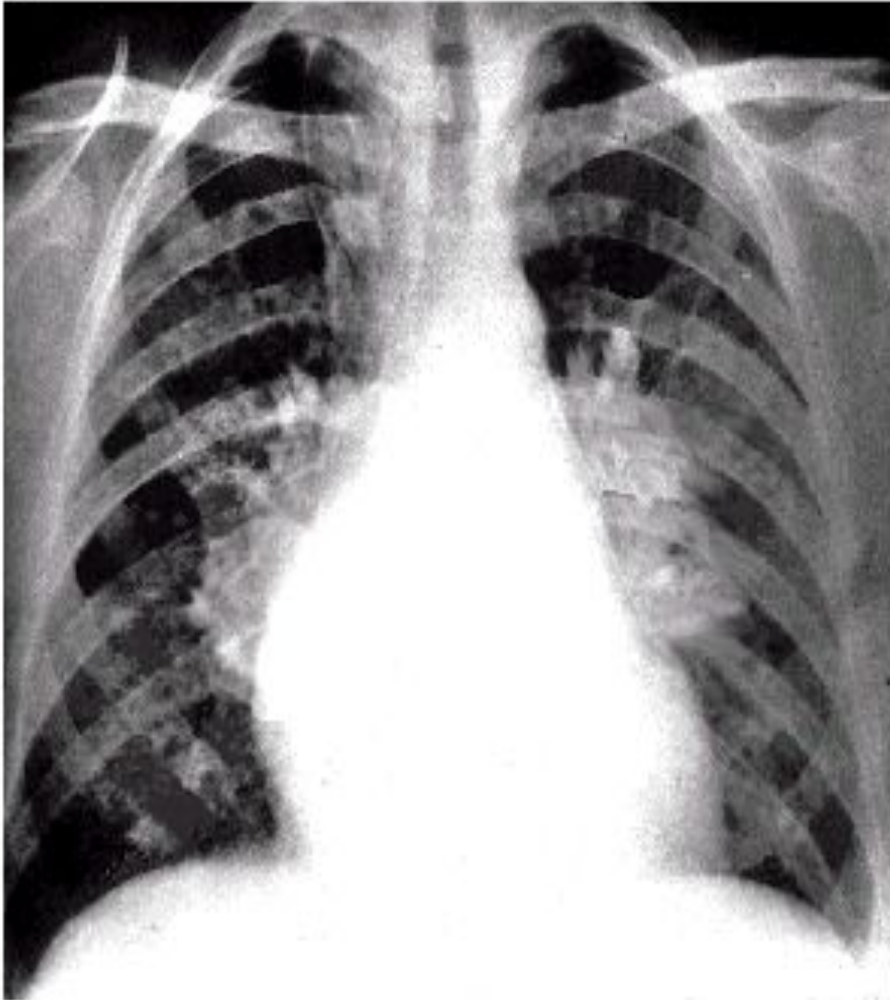
- Түсі – жасыл
- Сипаты – іріңді
- Лейкоциттер – көп
(100%-сегмент. нейтрофилдер)
- Макрофагтар - 0

Фибриноген - 8.2 г/л

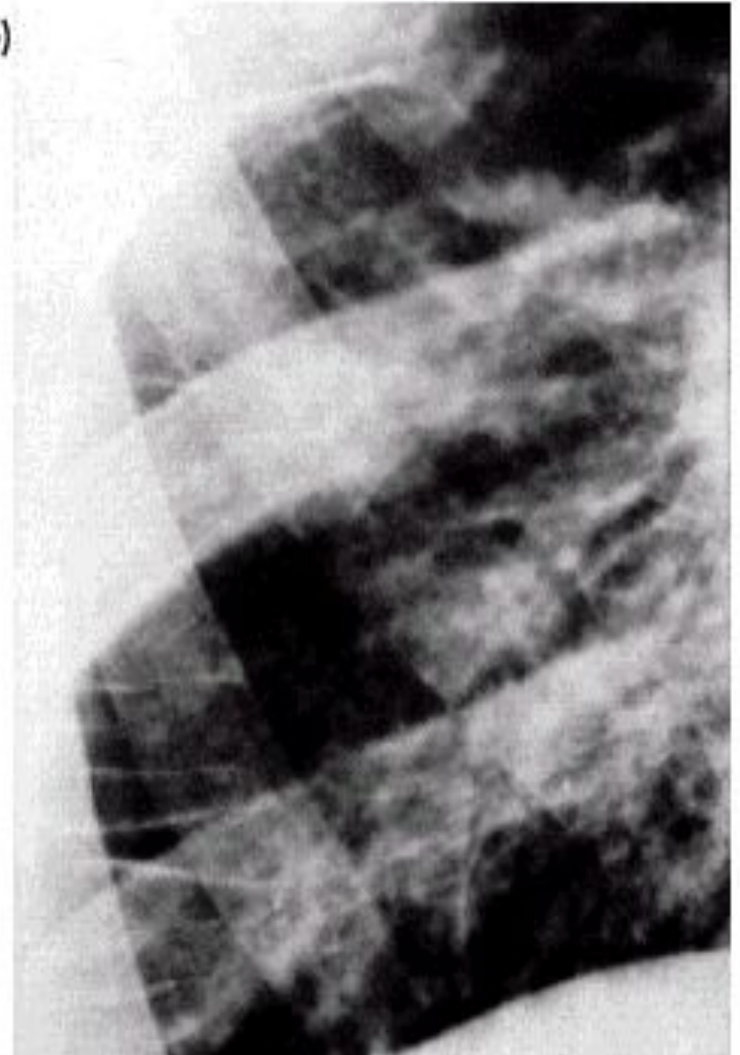
● Зәрдің жалпы анализі – қалыпты

Науқас А. рентгендік суреті

а)



б)

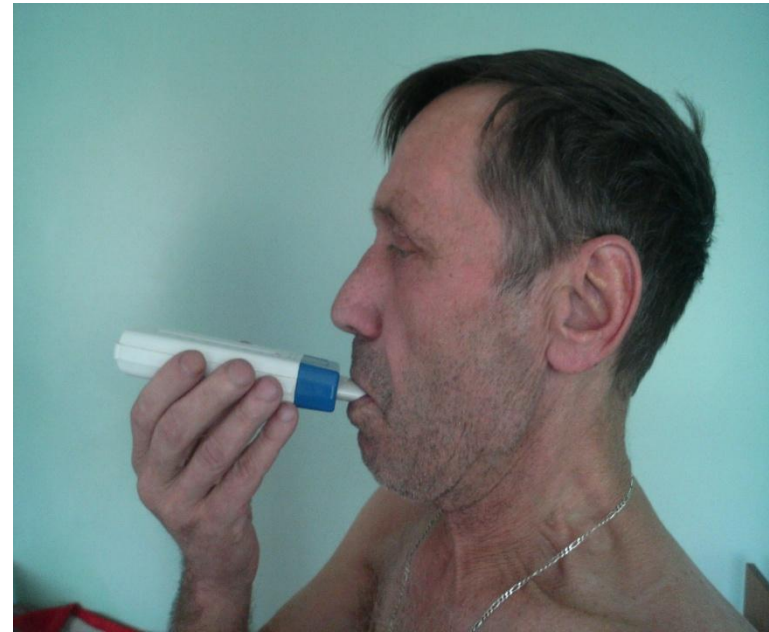


Спирография

көрсеткіштер		
Науқас А.	Рестриктивті синдромда	Обструктивті синдромда
ӨТС - 59%↓	< 75%	≥ 75%
ЖДШК1- 32%↓	≥ 80%	< 80%
ТИ - 39%↓	≥ 80%	< 80%
МОС50 - 14%↓	< 65%	< 65%
МОС75 - 17%↓	< 55%	< 55%

Науқас А. пикфлоуметриясы

- Науқастың көрсеткіштері
- ДШШЖ (ПСВ) - 24%
- Өзгергіштік - 6 %
- Қайтымдылыққа сынама – 5%



Науқас А. ЭКГ



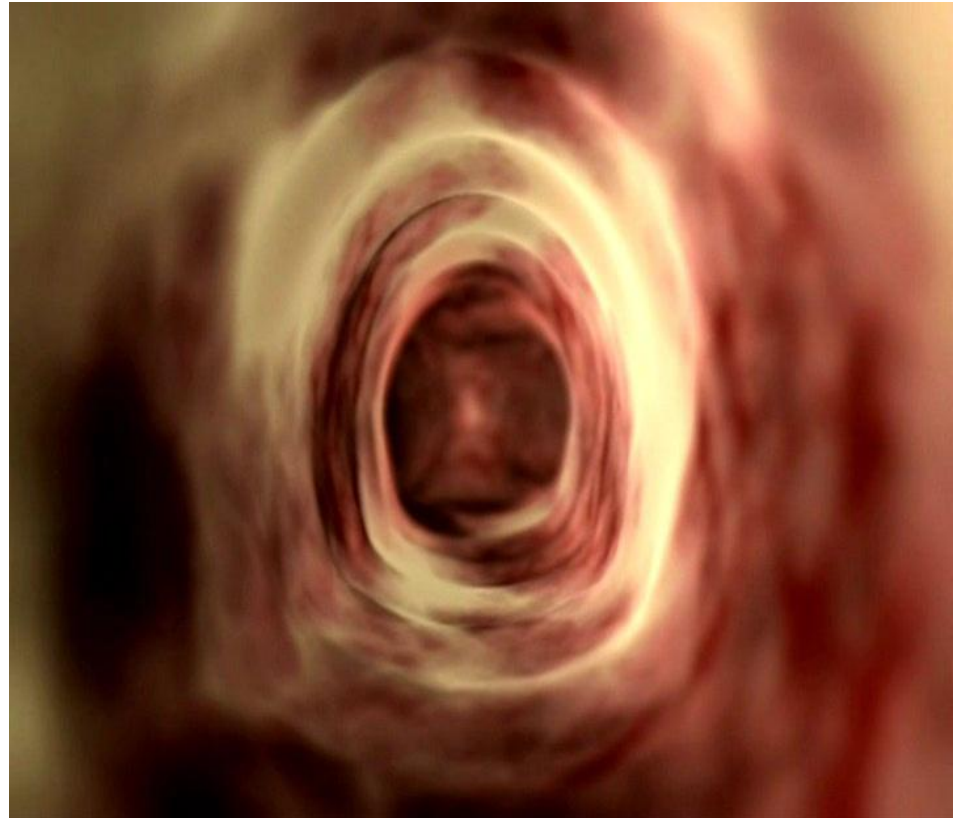
ӨСОА-дағы ЭКГ

- ЭКГ жүрек оң бөлімдеріне күш түсу белгілері Р- «pulmonale» (өкпелік жүрек)

Науқас А. фибробронхоскопиясы

- Кеңірдек өтімді, шырышты қабаты – гиперемияланған, негізгі бронх өтімді, оң және сол жақты ірің, әсіресе төменгі бөліктерінде, атрофия элементтерімен.

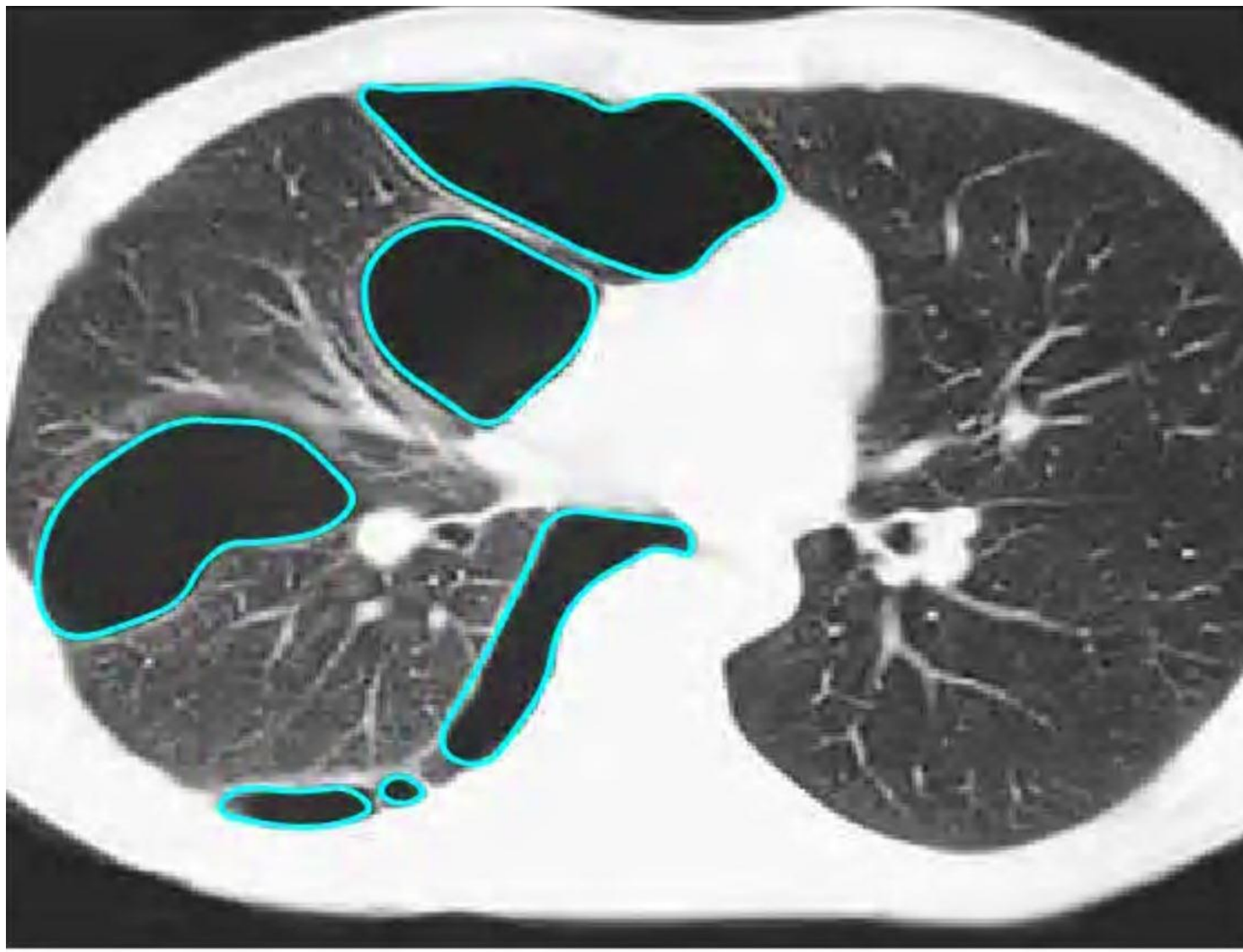
Қорытынды: диффузды екіжақты іріңді эндобронхит. Сегментарлы бронхтардың деформациясы.



Науқас А. ЭхоКС

- Аортосклероз. Қуыстар кеңеймеген. Базалды бөліктері мен қарыншаарлық перде гипертрофиясы. Сол қарыншаның диастолалық дисфункциясы. Митралды қақпақша пролапсы 1 дәреже, регургитация 1 дәреже.
- **Қорытынды: Оң қарынша гипертрофиясы. Өкпелік гипертензия (ӨАОҚ = 34 мм с.б.).**

Науқас А. КТ: Центрлобулярлы эмфизема 2 жақта. Қолқа, тәж артериялары кальцинирленген. Омыртқаның кеуде бөлігінің дегенеративті-дистрофиялық өзгерістері.



Науқас А.

Клиникалық диагноз:

Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы, аралас типті, өте ауыр ағым, өршу фазасы.

ТЖ II. Екіншілік өкпелік гипертензия (ӨАОҚ=34 мм с.б.). СӨЖ, компенсация.

ҚАЖ I

ӨСОА ажыратпалы диагностикасы

Белгілері	Бронхылық демікпе	ӨСОА
АҒЫМЫ	Өзгергіш	Үдемелі
Аурудың басталуы	Әр жаста	40-60 жаста, (α_1 -антитрипсин тапшылығында жас кезде)
Темекінің ролі	Байланыс жоқ	Негізгі себебі
Симптомдар	Интермиттирлеуші (ентігу, ысқырықты тыныс, жөтел)	Созылмалы (ентігу, жөтел, қақырық)
Бронхылық демікпе	Эпизодты, әдетте қайтымды	Созылмалы, персистирлеуші
ЖДШК1 тәуліктік өзгеруі	Тиістіден 15% кем	Тиістіден 10% кем
Бронхылық обструкция	Қайтымды	Қайтымсыз
Қан және қақырықта эозинфилия	Тән	Тән емес
Гипоксемия	Эпизодты, әдетте жоқ	Созылмалы, ауру үдегенде

ӨСОА ажыратпалы диагностикасы

Белгілер	ӨСОА	Жүрек жеткіліксіздігі	Бронхоэктаздық ауру
Темекі шегу	Әдетте	Міндетті емес	Міндетті емес
Жөтел	Таңертеңгілік	Түнгі	Тәулік бойы
Қақырық	Кейде іріңді, аз	Тән емес	Әдетте іріңді, көп
Қан түкіру	Сирек	Өте сирек	Жиі
Ентігу	Физикалық жүктемеде	Жатқанда	Болмауы мүмкін
Крепитация	Жиі	Төменгі бөлікте	Жергілікті
Ысқырықты сырылдар	Жиі	Сирек	Тән емес
Шеткері ісіктер	Кейде	Жиі	Тән емес
Сыртқы тыныс қызметінің бұзылуы	Обструктивті	Рестриктивті	Обструктивті

Госпитализацияға көрсеткіштер

1. ӨСОА ауыр өршуі.
2. Науқас жасының 65 астам болуы немесе қосалқы ауру (қантты диабет, ЖИА, АГ және б.)
3. Тыныс жеткіліксіздігінің жылдам үдеуі.
4. Гипоксиялық, гиперкапниялық комалар немесе гипоксемия мен гиперкапнияның тез үдеуі.
5. ӨСОА ауыр асқынуларының болуы, ең алдымен декомпенсирленген өкпелік жүректің.
6. Емханада емнің тиімсіздігі.

ӨСОА емі



Медикаменттік

Медикаменттік емес



Oxygen Concentrator



ӨСОА медикаментсіз емі

- Қауіп факторларын жою
 - **Темекіден бас тарту**
 - Өндірістікқауіп факторларды болдырмау
 - Респираторлы инфекциялардың алдын алу (гриптан вакцинация)
- Науқастарды оқыту және өкпелік реабилитация бағдарламалары
- Оттегімен емдеу



ӨСОА медициналық емі



Тұрақты ӨСОА емі

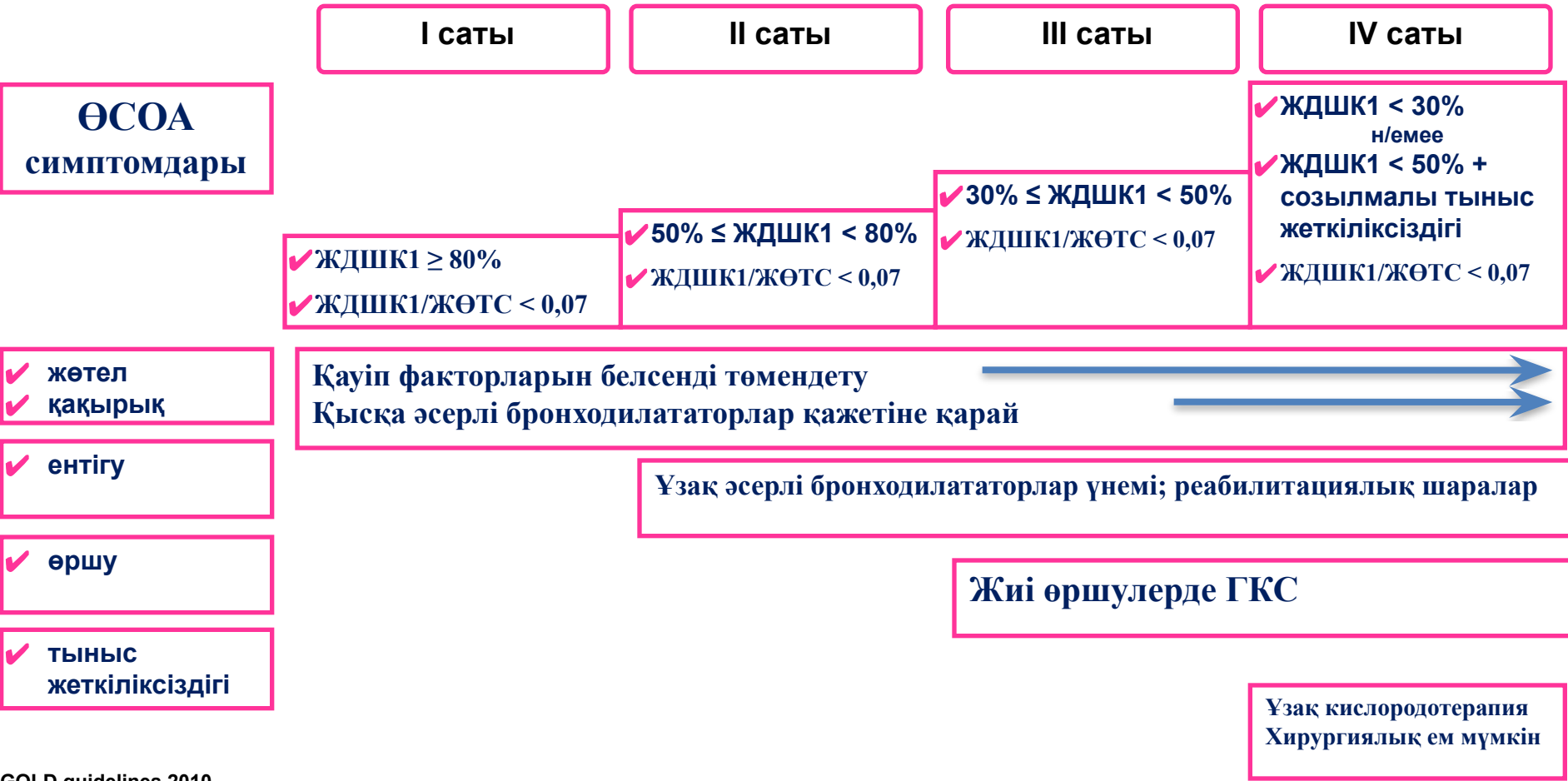
ӨСОА өршуіндегі ем





Өкпенің созылмалы обструктивті ауруының тұрақты сатыдағы емі GOLD 2010

- ✓ Қысқа әсерлі бронходилататорлар – қажетіне қарай және **ӨСОА I сатысында**
- ✓ Ұзақ әсерлі бронходилататорлар – **ӨСОА II сатысынан бастап базистік емі**



Қысқа әсерлі БД

(қажетіне қарай және ӨСОА І сатысында)

Қысқа әсерлі β-2-агонистер	
Фенотерол	Беротек
Сальбутамол	Вентолин Сальбутамол Саламол
Қысқа әсерлі М-холинолитик	
Ипратропиум бромид	Атровент
Комбинирленген	
Фенотерол + Ипратропиум бромид	Беродуал
Ксантиндер (теофиллиндер)	Эуфиллин

Ұзақ әсерлі ДБ

(ӨСОА ІІ сатысынан бастап базистік емі)

Ұзақ әсерлі β -2 агонистер (ҰӘБД)	
Сальметерол	Серевент
Формотерол	Форадил Оксис
Ксантиндер (теофиллиндер)	Теопек Теотард
М-холинолитиктер	
Тиотропиум	Спирива



Онбрез® Бризхалер® Индакатерол

24 сағат әсер ететін бірінші β_2 -агонист, тәулігіне 1 рет



- Тез әсер етеді- **5 минут ішінде**
- Ұзақ әсер етеді - **24 сағат**
- Қауіпсіз және науқастар жақсы қабылдайды

**Мөлшерлері: 150 мкг, 300 мкг
қорапта 30 капсула**

Тұрақты ӨСОА емі:

Ингаляциялық глюкокортикостероидтар (ИГКС)

Тұрақты ИГКС қолдануға көрсеткіштер:

- ӨСОА симптомдарының болуы,
- ЖДШК1 <60% тиістіден (*III және IV сатылары: ауыр және өте ауыр ӨСОА*)
- жиі қайта өршулері (мысалы, алдыңғы 3 жылда 3 өршу)

Ингаляциялық глюкокортикостероидтар	
Беклометазона дипропионат (БДП)	Бекотид Беклазон Беклоджет Альдецин
Будесонид	Пульмикорт Бенакорт Будесонид
Флутиказона пропионат	Фликсотид

Комбинирленген препараттар (ИГКС+ ҰӘБД)

Комбинирленген препараттар (ИГКС+ҰӘБА)	
Флутиказон пропионат + сальметерол	Серетид
Будесонид + формотерол	Симбикорт

Халықаралық ұсыныстарға сәйкес ИГКС + ҰӘБА комбинациясы ӨСОА ауыр сатысынан бастап қолданылады

ӨСОА **серетидтің** (флутиказон+сальметерол) мөлшері:

Серетид ДАИ 25/250 мкг
2 ингаляция х 2 рет/тәу



Серетид Мультидиск 50/500 мкг
1 ингаляция х 2 рет

Тұрақты ӨСОА емі:

- **Муколитиктер:**
- **N-ацетилцистеин** (флуимуцил, муколвин, АЦЦ). Препарат көбіне 600 – 1200 мг/тәул мөлшерінде, таблетка немесе ұнтақ ретінде тағайындалады немесе 300 – 400 мг мөлшерінде күніне 2 рет небулайзердің көмегімен енгізіледі.
- **Амброксол** (ласальван) - тыныс жолдарының шырыштының секрециясына, қабынуға қарсы және антиоксидантты әсер береді, сурфактанттардың пайда болуын жоғарылатады. 30 мг-нан тәуілігіне 3 рет.
- **Бактерияға қарсы препараттар:** Ең жиі кездесетін үш патогенді микроорганизм: *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis* қарсы Сонымен қоса сирек кездесетін басқа пиогенді бактериялар: стрептококктар, стафилококктар, граммтеріс микроорганизмдер. Амоксициллин-клавуланаты, екінші қатарлы цефалоспориндерді және фторхинолондар жиі қолданылады.
- ӨСОА асқынуындағы жедел тыныс жеткіліксіздігі кезінде, аз мөлшерде **гепарин** әрбір 8-12 сағат сайын 5000 бірлік мөлшерінде, тері астына.

ӨСОА өршу критерилері (N.R.Anthonisen)

- **ентігудің пайда болуы және күшеюі**
- **қақырық мөлшерінің өсуі**
- **қақырықтың іріңдеуі**

Барлық 3 белгінің болуы - өршудің **I типі**,
екі белгінің болуы - өршудің **II типі**,
1 белгінің болуы - **өршудің III типі**.

ӨСОА өршулеріндегі негізгі препараттар:

- бронхолитикалық
- муколитикалық
- глюкокортикоидтар
- антибактериалды заттар

ӨСОА өршуіндегі емдік бағдарлама:

- ; PaO₂ 60 мм с.б. жеткенше.; SaO₂ 90-95%.
- сальбутамол Оксигенотерапия - 15—18 сағ. Ылғал 30—40% қсопа, 4—5 л/мин жылдамдықпен + ипратропий аэрозолі (беродуал), 2 доза әрбір 20 мин, 10 дозаға дейін, кейіннен 2 доза x 4 рет;
- егер сальбутамолға қарсы көрсеткіш болса - ипратропий аэрозолі I —2 доза x 3рет;
- топикалық ИГКС: флутиказон, будесонид немесе беклометазон 2 доза x 4 рет.;
- теofilлин 200 мг, 10 мл - 2% раствор; кейін 100 мг, 5 мл, 2% , каждый час, 2 раза;
- преднизолон (метилпреднизолон) к/і 60 мг x 3 рет - 3-5 күн; немесе ауыз арқылы преднизолон 40 мг – 14 күн.
- гепарин т/а 2500 Б x 4 рет, қан ұюды бақылау; эноксапарин т/а 20—40 мг 1 р/тәу; далтепарин т/в 2500-5000 ХБ x 1 рет;
- пентоксифиллин к/і 1 амп., 100 мг, 2 рет;
- амброксол к/і, б/е 1 амп., 15 мг x 3 рет;
- ацетилцистеин ішке 600 мг/тәу;
- фуросемид к/і 20 мг, 2 мл; немесе торасемид к/і 20 мг.

ӨСОА инфекциялық өршуі

- **А**моксициллин 500 мг x рет; амоксициллин/клавуланат 625 мг x рет – 7-10 күн;
- **М**акролид: кларитромицин 250мг x 2 рет;
азитромицин (азимед) к/і н/се ішке 500 мг x 1 рет - 3 күн;
мидекамицин 400 мг x 3 рет;
- **Ф**торхинолон: ципрофлоксацин 250—500 мг x 2рет;
левофлоксацин (Флоксиум) 500 мг x 1 рет; мо-
ксифлоксацин.

Науқас А. емі

1. Тәртіп II.
2. Диета 15.
3. Преднизолон 90 мг к/і - 3-5 күн; кейіннен ауыз арқылы - 30 мг, біртіндеп түсіреміз.
4. Сальбутамол + ипратропий аэрозолі (беродуал) 20/50 мкг 2 доза x 4 рет.
5. Серетид (сальметерол + флутиказон) 50/250 1 доза x 2 рет;
6. Оксигенотерапия - 15—18 сағ. Ылғал 30—40% қоспа, 4—5 л/мин жылдамдықпен;
7. Гепарин т/а 2500 Б x 4 рет, қан ұюды бақылау; немесе эноксапарин т/а 20—40 мг 1 р/тәу;
8. Амброксол к/і, б/е 1 амп., 15 мг x 3 рет;
9. Левоксин 750 мг x 2 рет.

Өкпелік реабилитация:

- фармакотерапия, тыныс алу моделінің өзгерту, физикалық жаттығу, психо-әлеуметтік қолдау, рационалды тамақтану, білім беру бағдарламасы, тыныстық тренинг.