

С.Ж.Асфендияров атындағы
Қазақ Ұлттық Медицина Университеті



Казахский Национальный Медицинский
Университет имени С.Ж.Асфендиярова

Кафедра: Эпидемиология кафедрасы

**Тақырыбы: «Өкпенің созылмалы
обструктивті ауруы»**

Орындаған: Мақсұт Нұрлы
Тобы: ҚДС 15-001-02
Курс: 3
Тексерген: Жакан Ж.Ж.

Алматы, 2018 ж

Жоспары:

Кіріспе

- ӨСОА. Эпидемиологиясы

Негізгі бөлім

- Классификациясы
- Клиникасы
- Диагностикасы
- Дифференциалды диагностика
- Емдеу тактикасы

Қорытынды

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.

Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы

- Созылмалы қабынулық ауру;
- Әр түрлі экологиялық агрессивиялық факторлар, соның ішінде жиі темекі шегудің нәтижесінде пайда болады;
- Тыныс жолдарының дистальді тармақтарын, өкпе паренхимасын зақымдайтын, эмфизема тудыратын ауру;
- Ауа ағымының жылдамдығын қайтымсыз үдемелі түрде тежейді;
- Клиникалық тұрғыдан брон демікпесінен ерекшеленеді және қайтымсыз органикалық зақымдалуларға әкеліп соқт ыруы мүмкін.

Эпидемиологиясы

- ДДСҰ мәліметі бойынша ерлер арасында – **9,34:1000**, ал әйелдерде – **7,33:1000** жиілікте кездеседі. Жиі 40 жастан кейінгі адамдар ауырады.
- 40 жастан жоғары адамдарда ӨСОА-мен сырқаттанушылық көрсеткіші жылдан жылға арту тенденциясы тіркелген: 1990-1999 жж аралығында бұл көрсеткіш ерлер арасында **25%-ға**, ал әйелдер арасында **69%-ға** артқан.
- Аурудың таралуына темекі шегу дәрежесі, жасы, мамандығы, қоршаған ортаның жағдайы және аз дәрежеде жыныстық/нәсілдік тәуелділік әсер етеді.
- Өлім көрсеткіші жағынан ӨСОА - **6-шы** орында, ал Еуропаның дамыған елдерінде – **5-ші**, АҚШ-та – **4-ші** орынды алады.

Классификациясы

- **GOLD** (*Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*) бойынша өкпенің созылмалы обструктивті ауруын ауырлық дәрежесі бойынша жіктейді.
- Жеңіл, орташа, ауыр және өте ауыр дәрежелерін қою үшін постбронхолитикалық ОФВ1 көрсеткішін қолданады.

Ауырлық дәрежесі бойынша стратификациялау (GOLD бойынша)

Жеңіл дәрежесі

- Өкпенің қызметі бұзылмаған;
- Обструктивті бұзылыстар — $\text{ОФВІ}/\text{ФЖЕЛ} < 70\%$, $\text{ОФВІ} \geq 80\%$;
- Созылмалы жөтел және қақырық болуы мүмкін.

Орташа дәрежесі

- Ентігу мен асқынулардың пайда болуына байланысты науқастар дәрігерге қаралады;
- Обструктивті бұзылыстар байқалады: $50\% \leq \text{ОФВІ} < 80\%$; $\text{ОФВІ}/\text{ФЖЕЛ} < 70\%$;
- Физикалық жүктемеден кейін ентігу күшейе түседі.

Ауыр дәрежесі

- Ентігу мен асқынулардың жиілеуімен көрініс береді;
- Обструкциялық бұзылыстар - $\text{ОФВІ}/\text{ФЖЕЛ} < 70\%$; $30\% \leq \text{ОФВІ} < 50\%$.

Өте ауыр дәрежесі

Өмір сүру сапасы төмендейді, асқынулар өмірге қауіп төндіреді. Ауру мүгедектікке әкелуі мүмкін.

Ауыр бронхообструкция болады: $\text{ОФВІ}/\text{ФЖЕЛ} < 70\%$, $\text{ОФВІ} < 30\%$ немесе $\text{ОФВІ} < 50\%$ және қосымша тынысты жетіспеушілігі

Аурудың фазасы бойынша жіктелуі:

- Клиникалық белгілері бойынша аурудың негізгі екі ағымын бөліп қарастырады: тұрақты (стабильді) және өршу фазалары.
- **Тұрақты фазасы** – науқаста ауру бар-жоғын ұзақ уақыт динамикалық бақылау нәтижесінде анықтауға болады, ал симптомдар бірнеше апта, айлар бойы өзгермей, бір қалыпта болады.
- **Өршу фазасы** – 5 күн уақыт шамасында симптомдар мен функционалдық бұзылыстардың артуымен жүретін, науқас жағдайының ауырлауы. Өршу кезінде науқастың жағдайы баяу немесе күрт нашарлауы мүмкін және жедел тыныс жетіспеушілігі мен оң қарынша жетіспеушілігі көрініс беруі мүмкін.

Қауіп факторларының анализі

- **Темекі шегу** (активті және пассивті).

$$\text{Темекі шегушінің индексі} = \frac{\text{Күніне шегетін темекі саны} \times \text{темекі шегу өтілі (жылмен)}}{20}$$

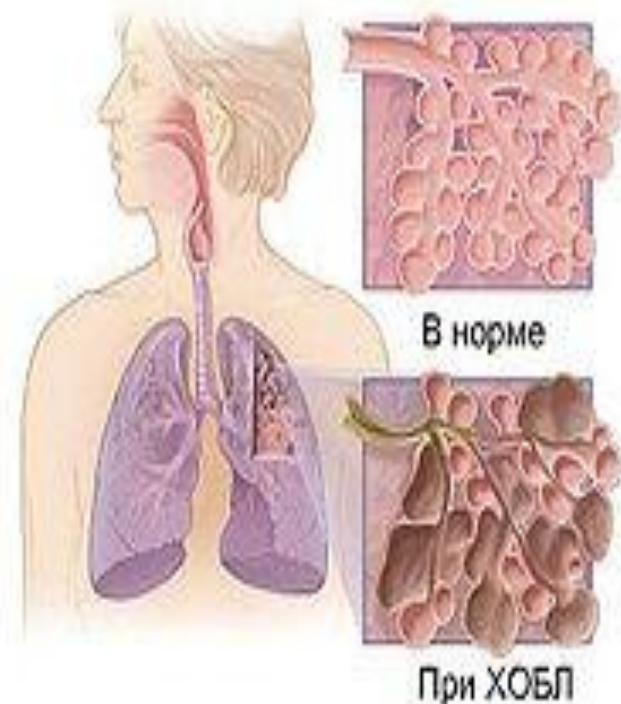
- Темекі шегу ұзақтығын біле отырып, темекі шегуші индексін (ТШИ) анықтау керек. Егер **ТШИ > 10** (қорап/жыл) болса, ӨСОА ауруының қауіп факторы болып саналады.
- **Өндірістік қалдықтардың әсері** – шаң, химиялық поллютанттар, қышқыл мен сілтілердің буы.
- **Атмосфералық және үйдегі ауаның ластануы.**
- **Тыныс алу жолдарының жұқпалы аурулары.**
- **Генетикалық бейімделулік.**

Эндогенді факторлар

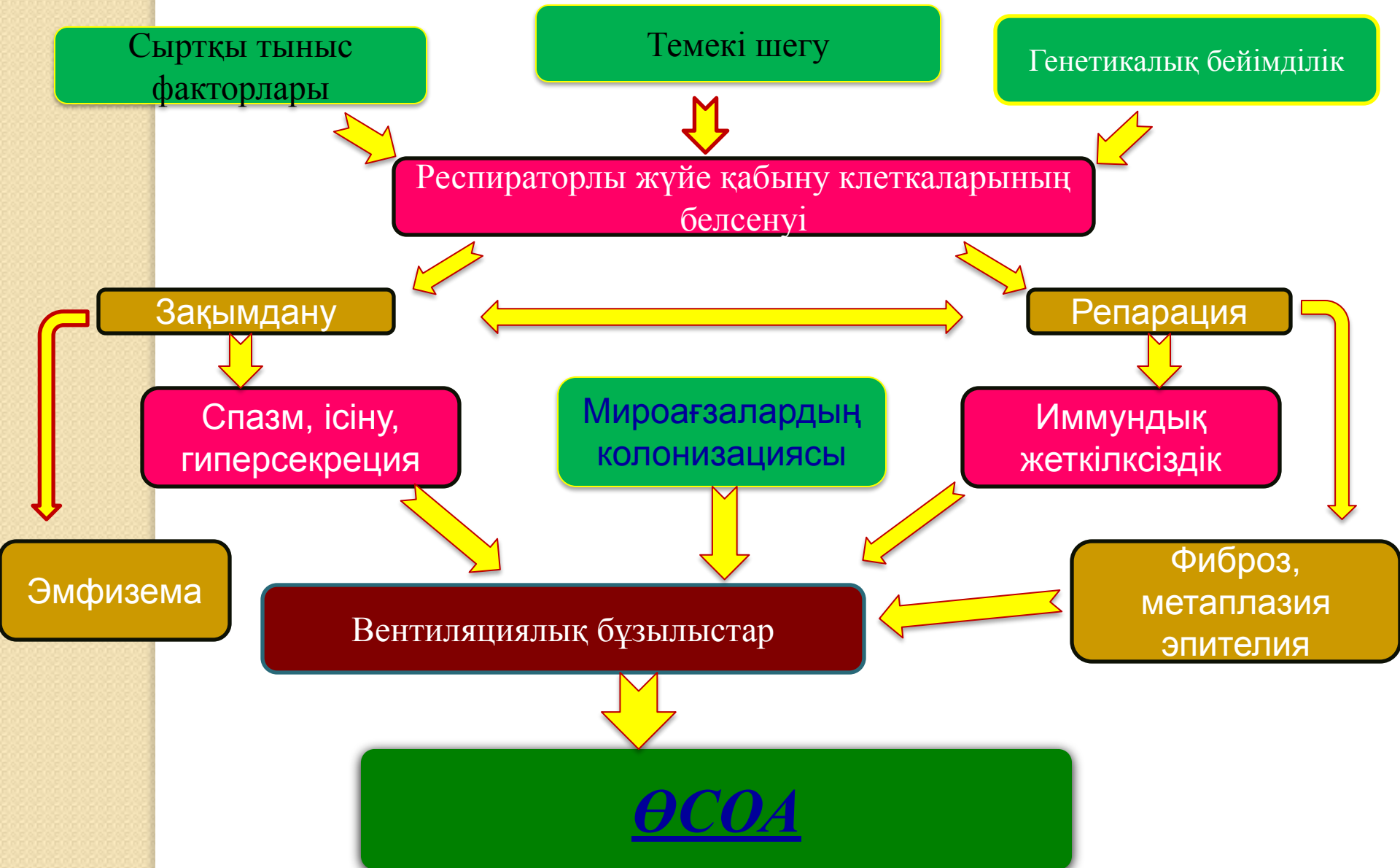
Генетикалық бейімділік

α 1-антитрипсин тапшылығы

Бронхылық гиперреактивтілік IgE жоғары деңгейі



ӨСОА патогенезі

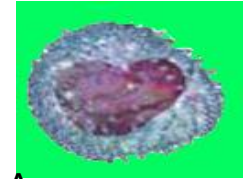


Қабыну механизмі

Темекі және басқа поллютанттар



Нейтрофил



Альвеолярлы макрофаг



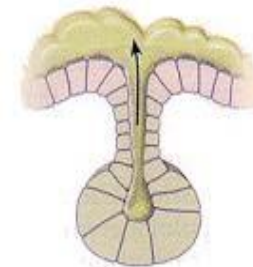
CD8+ Т-лимфоциттер



Қабыну



Альвеолярлы қабырғаның деструкциясы (эмфизема)



Спазм, ісіну, гиперсекреция

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.

Шағымдары

- **Жөтел** – ең ерте пайда болатын симптом (40-50 жас). Жиі күндізгі уақытта, сирек – түнде.
- **Қақырық** – аз мөлшерде (>50 мл) таңертеңгі уақытта, шырышты сипатта болады. Іріңді қақырықтың пайда болуы аурудың асқынғандығын көрсетеді.
- **Ентігу**. Жиілігі артқан сайын науқас өміріне кедергі келтіріп, жиі, дәрігерге қаралудың себебі болып табылады.
- Науқастарды бұдан басқа таңертеңгі бас ауру, күндізгі ұйқышылдық, түнгі ұйқысыздық, дене салмағының төмендеуі мазалауы мүмкін.

Анамнез

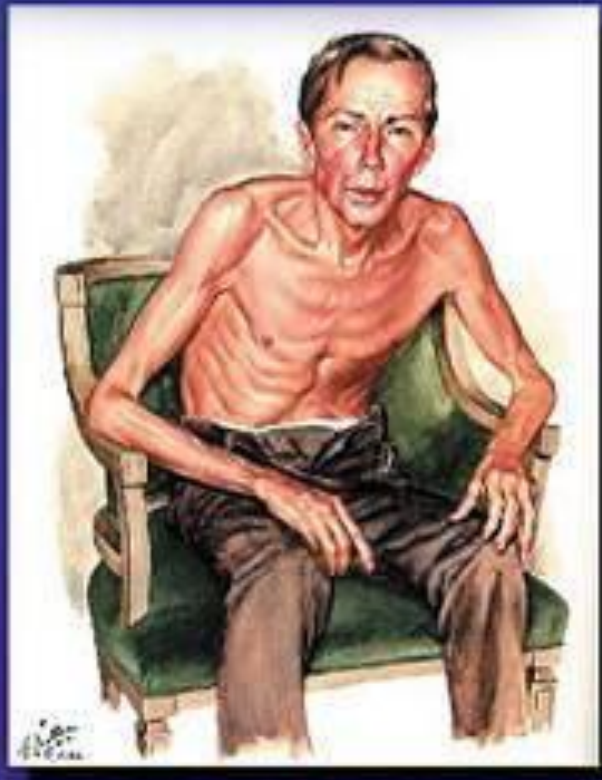
- ӨСОА науқастарда ұзақ уақыт бойы баяу прогрессирлеп дамитынын ескеру керек. Ең бастысы – науқастан аурудың пайда болуын немен байланыстыратын сұрау.
- Сұрап отырып, өршу фазаларының болу-болмауын, ұзақтығын, асқынуларын, маңызды симптомдардың жиілігін және көрсетілген емдік шараларды білуге болады.
- ӨСОА және өкпенің басқа да ауруларына тұқымқуалаушылық себептерді анықтау керек.

Физикалық зерттеу

- **Қарап тексеру:** терісінің түсін, кеудесінің формасын (деформациялар – “бөшкетәрізді”), тыныс алу актісіне қатысу дәрежесін және т.б. анықтау;
- **Кеуде клеткасының перкуссиясы** –қораптық перкуторлы дыбыс және өкпенің төменгі шекаралары төмендеген – эмфиземаның белгілері;
- **Аускультация:**
 - қатты немесе әлсіреген везикулярлы тыныс және диафрагманың төмен орналасуы – эмфиземаның белгілері;
 - Форсирленген дем шығару кезіндегі құрғақ ысқырықты сырылдар – обструкция синдромы.

Аурудың клиникалық түрлері

Өкпенің созылмалы обструктивті ауруының эмфизематозды түрі



“Алқызыл ырсылдаушылар”

Өкпенің созылмалы обструктивті ауруының бронхитикалық түрі



“Көгілдір ісінушілер”

ӨСОА түрлері

Симптомдар	Бронхитикалық түрі	Эмфизематозды түрі
Негізгі симптомдар	Жөтел>ентігу	Ентігу>жөтел
Гиперинфляция (R-грамма)	әлсіз	Күшті
Терісінің түсі	Диффузды көгерген	Алқызыл-қоңыр
Жөтел	Қақырықпен	Қақырық аз
R-граммада	Диффузды пневмосклероз	Эмфизема
Өкпелі жүрек	Орта және кәрі жаста, ерте декомпенсация	Кәрі жаста, кеш декомпенсация
Полицитемия, эритроцитоз	Қанның тұтқырлығы жоғары болады	кездеспейді
Кахексия	болмайды	Болады
Газалмасу бұзылысы	$pO_2 < 60$, $pCO_2 > 45$	$pO_2 < 60$, $pCO_2 < 45$
Өлім	Орта жаста	Кәрі жаста

Науқасты зерттеу жоспары

- Қанның және зәрдің жалпы анализі;
- Қанның биохимиялық анализі: жалпы белок және оның фракциялары, фибрин, гаптоглобин, серомукоид, сиал қышқылы, билирубин, аминотрансферазалар, глюкоза және креатинин.
- Қақырықтың жалпы және бактериологиялық анализі;
- Қанды иммундық зерттеу: Т- және В-лимфоциттердің саны мен функционалдық қабілетін анықтау, Т-лимфоциттердің субпопуляциясын анықтау, иммуноглобулиндер мен айналымдағы иммунды кешендерді анықтау;
- Өкпені рентгенологиялық зерттеу;
- Spiroграфия; пикфлоуметрия немесе пневмотахометрия;
- ЭКГ және эхокардиография.

Дұрыс диагноз қою мысалдары:

- *Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы, III дәрежелі. Созылмалы обструктивті бронхит, ремиссия сатысы. Өкпенің эмфиземасы. Тыныс жеткіліксіздігі III. Созылмалы өкпелі жүрек. Қанайналым жеткіліксіздігі 2Б. ФК III (NYHA).*
- *Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы, бронхитикалық түрі, II дәрежелі, өршу фазасы.*

Қорытынды

- Острый панкреатит является одной из сложных проблем в неотложной хирургии органов брюшной полости. Последние годы характеризуются неуклонным ростом заболеваемости острым панкреатитом, составляя около 8% контингента хирургических стационаров, а по частоте занимает третье место после острого аппендицита и острого холецистита.

Литература:

- «Хирургические болезни» - М.И. Кузин, О. С. Шкроб, М.А.Чистова, Москва: Медицина, 1986 г.
- «Общая патология человека. Руководство, т.1, 2.» -Под ред. А.И.Струкова, В.В. Серова, Д.С.Саркисова. М., «Медицина», 1990.
- Другие источники:
 - http://health.mail.ru/disease/ostraya_kishechnaya_neprohodimost/
 - <http://www.km.ru/zdorove/encyclopedia/ostraya-kishechnaya-neprokhodimost>



**НАЗАРЛАРЫҢЫЗҒА
РАХМЕТ!**