

Жоспар:

1. Кіріспе
2. Негізгі бөлім
 - Анықтамасы
 - Этиологиясы
 - Патогенезі
 - Клиникалық көріністері
 - Аспаптық зерттеулері
 - Емі
3. Қорытынды
4. Қолданылған әдебиеттер тізімі

Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы (ӨСОА) – тыныс жолдарының дистальді бөлігінің, өкпе паренхимасының зақымдалуымен және эмфизема қалыптасуымен жүретін біріншілік созылмалы қабынулық ауру; ол қайтымды немесе жартылай қайтымды бронхылық обструкцияның дамуымен байланысты ауа ағымының шектелуімен мінезделеді. Тыныс жолдары өтімділігінің төмендеуі үдемелі мінезде және өкпенің шаң немесе түтінге, темекіге, атмосфералық ауаның ластануына қабынбалық жауабымен байланысты.

Эмфизематозный тип
больного ХОБЛ



«Розовые пытельщики»

Бронхитический тип
больного ХОБЛ



«Синие отечники»

Жіктемесі:

- 0 саты. ӨСОА қауп стадиясы – созылмалы жөтел және қақырықтың түсуі; өкпе функциялары қалыпта.
- I саты. Жеңіл ӨСОА – айқын емес (жеңіл) бронхообструкция (ОФВ1/ЖЕЛ < 70%, но ОФВ1 80 % қалыпты мәннен) және бірақ барлық жағдайда созылмалы жөтел, қақырықтың түсуі болмауы мүмкін.
- II саты. ӨСОА ауыр дәрежесі – бронхообструкцияның үдеуі (50% ОФВ1<80 % қалыпты мәннен) және симптомдардың үдеуі, физикалық жүктемеде ендікпе дамиды.
- III саты. Ауыр ӨСОА – бронхообструкцияны әрі қарай үдеуі (30% ОФВ1<50 % қалыпты мәннен), өмір сапасына әсер ететін, ендікпенің үдеуі және жиі асқынулар.
- IV саты. Аса ауыр ӨСОА – ауыр бронхообструкция (ОФВ1<30 % қалыпты мәннен) немесе созылмалы тыныс алу жеткіліксіздігі.

ЭТИОЛОГИЯСЫ

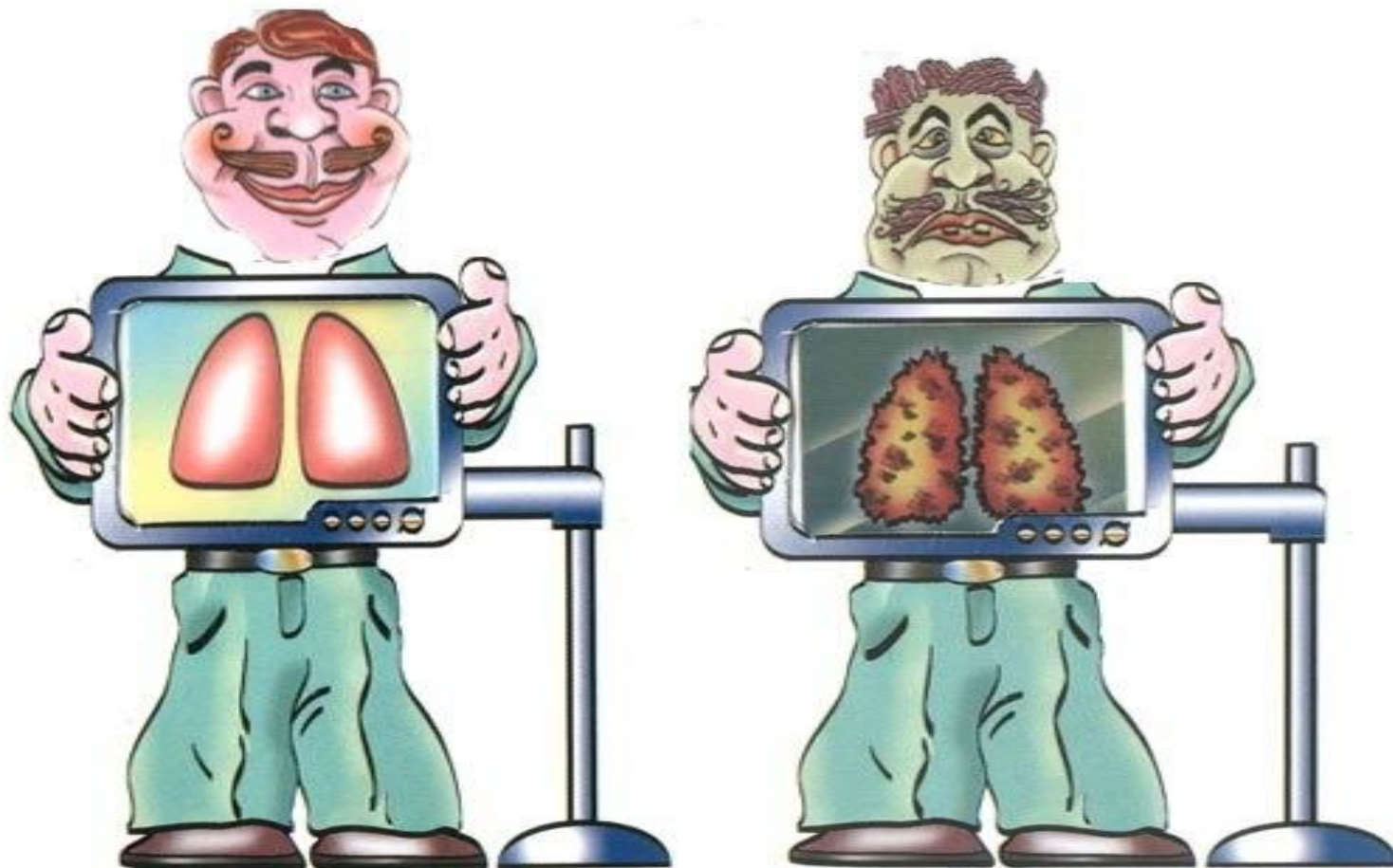
Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы (ДДҰ) бойынша, ең басты себебі

- қоршаған ортаның ластануының басты концентрациясы: SO₂ -2860 мкг/м³, NO₂ -1880 мкг/м³, O₃ -2000 мкг/м³.
- (90%) созылмалы обструкциялы бронхит (СОБ),
- оның 1% өкпе эмфиземасы құрайды (ААТ жетіспеушілігінен),
- қалғандары, бронх демікпесіне (БД),
- бронхоэктазды ауру (БЭ),
- обструкциялы бронхит (ОБ) құрайды

Науқастардың көбісі темекі шегетіндер, анамнезінде – жиі респираторлы аурулар, ӨСОА диагнозын қою үшін физикалық зерттеу жеткіліксіз, ол тек қана, әрі қарай диагностикалық зерттеулерге, зертханалық инструментальды зерттеуге бағыт береді. ӨСОА-ң ең басты қауіпті факторының бір **80- 90%-темекі шегетін адамдар**. Темекі шегетін адамдар өлімге көп шалдығады, бұндай науқастарда өкпенің қайтымсыз обструкциялы өзгерісіне алып келеді. ӨСОА-ы темекі шегушілердің санына байланысты болады. **ӨСОА (өкпенің созылмалы обструктивті ауруы) және өкпенің созылмалы бронхитіне (ӨСБ) әкелетін зерттелген генетикалық патология болып α 1 – антитрипсиннің (ААТ) жетіспеушілігі.** АҚШ - да ӨСОА (өкпенің созылмалы обструкциялы ауруында)- да тауабіткен α 1 антитрипсин (ААТ) жетіспеушілігі бар науқастар 1% құрайды. ААТ (α 1 антитрипсин) жетіспеушілігі эмфизема, созылмалы обструкциялы бронхитке және бронхэктаз ауруына әкеліп соқтырады. Бұл аурудың басталуын темекі шегу тездетеді. Ең басты қауіп факторы болып табылатын кәсіптік қауіп ол кадмий-мен кремнийдің тыныс жолында шөгуі

Созылмалы обструкциялы бронхиттің (СОБ) кәсіпке байланысты қауіптілігі шахтерлер, құрылысшылар, цементпен жұмыс істейтін адамдар, металлургиялық кешенде жұмыс істейтіндер (металды ыстық күйінде өндірушілер), теміржолшылар, егінді алқаптарда жұмыс істейтіндер, мақта мен қағаз өңдеуде жұмыс істеушілер. Оларды ішінде ең бірінші орында – кеншілер тұрады. Ресейде Б.Т.Величковскийдің (1997ж) қадағалауы бойынша көмір өңдеуші өндірісте шаң тозаңның себебінен өкпенің ауруы және созылмалы бронхит дамиды. 1988 ж салыстырғанда 1996 ж. ауру көрсеткіштері 6,4 рет жоғарылады. Қауіпті фактордың негізгі себебі темекі шегу екенін ұмытпаған жөн.

"Здоровый и курящий человек"



Әр түрлі сыртқы және ішкі этиологиялық факторлардың әсерінен ӨСОА-ң жалпы жіктелуі мына кестеде берілген

Факторлардың болу әсері	Сыртқы факторлар	Ішкі факторлар
Қалыпты	Шылым шегу. Кәсіптік аурулар (кальций, кремний)	α1- антитрипсиннің жетіспеушілігі
Жоғары	Ауаның ластануы (әсіресе SO ₂), төмен әлеуметтік жағдай, кедейшілік, бала кезінен пассивті темекі шегу және т.б кәсіптік шаң қоқыстар	Шала туу. Сананың жоғару болуы, УдЕ деңгейінің жоғару болуы, ауру жөнінде отпасының жағдайын анықтау
Болжаулы	Аденовирусты инфекция, С витаминінің жетіспеушілігі	Генетикалық сай келу (қан тобы А, УдА болмауы)

Қауіп-қатерлі факторлар

Темекі тарту ӨСОА аса маңызды қауіп қатерлі факторлары болып табылады. Әрі қарай жұмыс орнындағы тозаңдар мен химикаттар (тітіркендіргіш заттар, булар, буланулар), органикалық отындардың жануынан бөлмелердегі ауаның ластануы, қоршаған ауаның ластануы, пассивті темекі тарту, ерте бала жастағы тыныс алу жолдарының инфекциялары, генетикалық бейімділік (темекі тартпайтын 40 жастан кішілерде ауруды альфа1-антитрипсин тапшылығымен байланыстырады).

Симптомы

Ухудшение
состояния

Активность

Участие
в повседневной
жизни

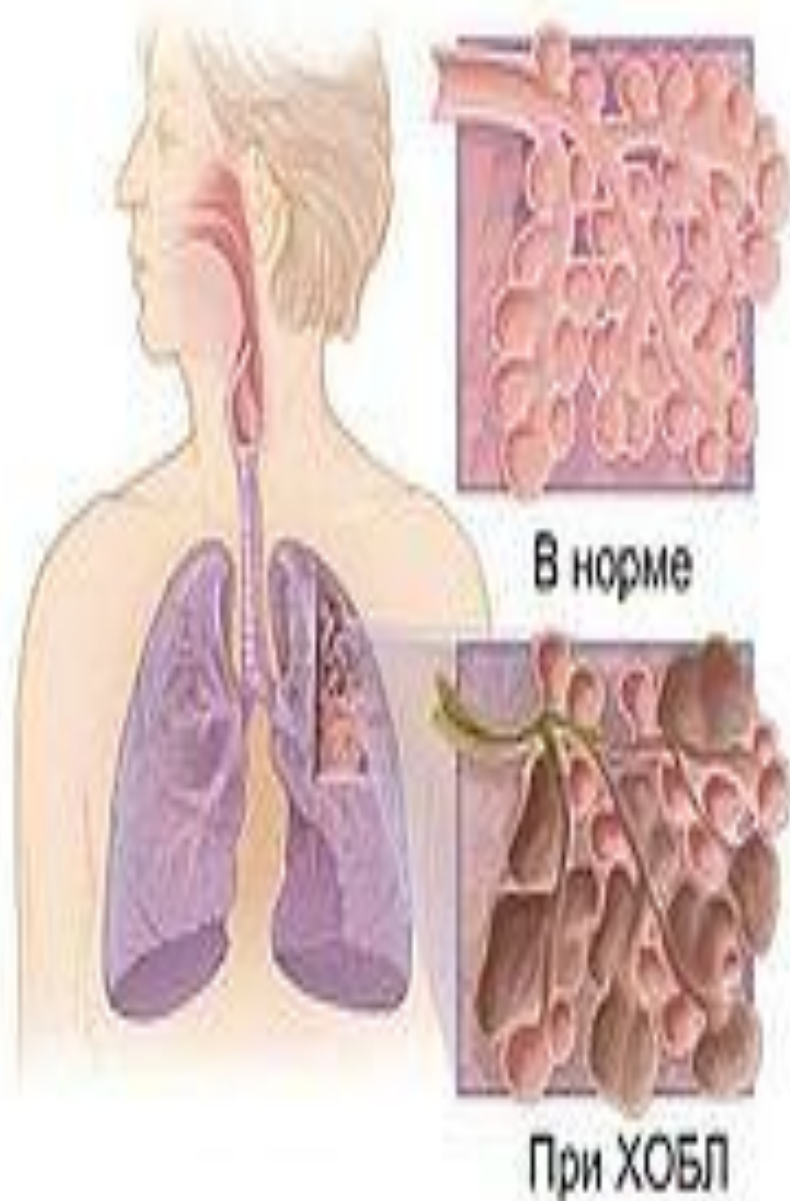


Восприятие
лечения

Утрата
продуктивности

Качество
жизни,
зависимое
от здоровья

Рис. 1. Внешний вид больного с эмфизематозным типом ХОБЛ



ӨСОА-дың бірнеше фазасы бар:

- ✓ 1-ші фаза жалпақ эпителидің функциясының бұзылысы
- ✓ 2-ші фазада-созылмалы қабынудың қалыптасуы және микроорганизм-дердің колонизациясы.
- ✓ 3-ші фаза- қайтымды обструкцияның пайда болуы
- ✓ 4-ші фазада- қайтымсыз обструкция
- ✓ 5-ші фаза – асқынудың қалыптасуы (өкпелік жүрек СӨОА-ң клиникалық белгілері т.б.) аурудың дәрежесіне, аурудың үдемелігіне және бронхты зақымдану дәрежесіне байланысты. Егер де науқаста 20 жыл бойы күніне 20 дана темекі шексе СОА-і 1-ші белгілері көрінеді.



ДИАГНОСТИКАСЫ

Диагностикалық зерттеулерді негізінен 2 топқа ажыратамыз.

Міндетті түрде жасалатындар

- қақырықты зерттеу,
- R-графиялық зерттеу, сыртқы тыныс алу зерттеу,
- ЭКГ.

Қосымша зерттеу әдісті арнайы көрсеткіш бойынша жасалынады.

Рарицирленген көлемі (ДШФК) өлшеу арқылы СОА-ң ауырлық дәрежесін анықтауға мүмкіндік туады. Жеңіл ДШФК <70% орташа 50-69% ауыр <50%. Бұл Еуропаның респираторлық қоғамы ұсынған.

Күнделікті тәжирибеде бронходилататорлық (Бета2 агонисті және холинолитикте) тест қолданылады. Бұл челендж тест әрі бронхтардың қайтымды компоненттің құрылымын көреміз. 1-ші орында рентгенологиялық әдіс алуда. Рентгенографияда көкет куполының төмен түсуі оның қозғалысының шектелуі, өкпенің ретростенальды желденуі яғни эмфизема белгілері тән.

□ ЭСАО-ның түрлеріне тән клинико-лабораторлы белгілері

Белгілері	Эмфизематозды түрі басым («қызғылт бырқылдақ»)	Бронхылық түрі басым («көк ісінулік»)
Диагностика жасау кезіндегі жасы, жылы	60 шамасында	50 шамасында
Сыртқы келбеті	<ul style="list-style-type: none"> □ тамақтануы төмен □ қызғылт түсті бет □ аяқ-қолдары суық 	<ul style="list-style-type: none"> □ тамақтануы жоғары □ диффузды цианоз □ аяқ-қолдары жылы
Алғашқы симптомды	Ентігу	Жөтел
Қақырығы	Аз көлемде, шырышты	Көп көлемді, іріңді
Бронхылық инфекция	Жиі емес	Жиі
Өкпелік жүрек	Терминальді кезеңде	Жиі
Өкпе рентгенографиясы	Гиперинфляция, буллезді өзгерістер, «тамшылы» жүрек	Өкпе суретінің күшеюі (көбінесе төменгі бөліктерінде), жүрек өлшемдерінің ұлғаюы
Гематокрит, %	35-45	50-55
РаО ₂ мм сын. бағ.	65-75	45-60
РаО ₂ мм сын. бағ.	35-40	50-60
Эластикалық серпімділігі	Көп мөлшерде	Қалыпты
Диффуздылық қабілеті	Қалыпта	Қалыпта немесе шамалы

Өршу кезеңінде R-логиялық тексерісте пневмонияны, спонданды пневмотораксті және т.б. асқынуларды жоққа шығару керек. Компьютерлік томография, өкпенің, морфологиялық өзгерісін және 1-ші орында эмфиземаны нақты түрде көрсетеді. Қабыну процесінің сипатын анықтау үшін қақырықты цитологиялық зерттеу әдісі ұсынылады. Инфекциялық өршу кезінде нейтрофильдер саны жоғарылайды.



- Повышение прозрачности легочных полей
- Обеднение легочного рисунка
- Расширение межреберных промежутков
- Низкое стояние куполов диафрагмы

Рис. 3. Рентгенологические изменения при ХОБЛ

Микробиологиялық зерттеу орнына антибиотиктерапияны рациональды түрде үшін қолданамыз. Егерде иммунды тапшылық белгілері болса ғана иммунологиялық зерттеулерді жасаймыз. Жалпы клиникалық тесттен басқа ДшФК өкпенің өмірлік сиымдылығын (ӨӨС) бронходилаторлармен челендж тесті қолдануда. Кеуде торының R-сы, ал қалғандары арнайы көрсеткіштер бойынша жасалынады. ӨСОА-ң бастапқы этапта ӨСОА -мен және бронхты демікпе мен дифференциальды диагностиканы жүргізу керек. Бронхты демікпеде ұстама тәрізді симптомдар және ол аллергиямен (ринит, конъюнктивит) байланысты. ӨСОА -нда симптомарының әр түрлігі 12 тән және ДшФК жыл сайын төмендеуі. Бронхты демікпеде бұл кездеспейді. СӨОА-нда ерте біріннен терапияны барлық этапта жүргізу керек

Диагностика критерилері

Шағымдар мен анамнез:

- созылмалы жөтел (күн сайын, жиірек күні бойы жалғасады; сирек жағдайда түнде);
- созылмалы қақырық түсу (кез келген созылмалы қақырық түсу ОСОА көрсету мүмкін);
- жіті бронхиттер (көп рет қайталамалы);
- ентікпе (Үдемелі. Тұрақты түрде физикалық жүктеме, тыныс алу жолдарының инфекциясы кезінде);
- қауіп қатерлі факторларға көрсететін анамнез.

Физикалық тексеру:

- форсирленген патологиялық ұзарған тыныс алу соңында аускультация кезінде тыныс жолдарының обструкциясымен шартталған құрғақ сырылдарды тыңдауға болады;
- өкпе эмфиземасы бар науқастарда көкірек клеткасы бөшке тәрізді формада болады, аускультация кезінде әлсіздеген тыныс, ал перкуссия кезінде қораптық дыбыс анықталады;
- гипоксемия кезінде цианоз пайда болады.

Негізгі және қосымша диагностикалық шаралар тізімі

Негізгі диагностикалық шаралар тізімі:

1. Терапевт консультациясы.
2. Қанның жалпы анализі.
3. Зәрдің жалпы анализі.
4. Микрореакция.
5. Қақырықтың жалпы анализі.
6. Флюорография.
7. Сыртқы тыныс алу функцияларын зерттеу.

Қосымша диагностикалық шаралар тізімі:

1. Қақырық цитологиясы.
2. БК ға қақырықты зерттеу.
3. Микробтардың антибиотиктерге сезімталдығын талдау.
4. Кеуде клеткалары ағзаларының рентгенографиясы.
5. Фибробронхоскопия.
6. Пульмонолог консультациясы.
7. Отоларинголог консультациясы.
8. Қанның газдық құрамы.

ЛАБОРАТОРЛЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕР

Лабораторлық зерттеулер: эритроциттер санының және гемоглобин деңгейінің артуына бейімділік, әсіресе тыныс алу жеткіліксіздігі кезінде.

ӨСОА диагнозы спирометриямен расталуы қажет:

- ОФВ1 үдемелі төмендеуі;
- өкпенің форсирленген өмірлік көлемі (ФЖЕЛ) - (FVC);
- 1 секундта дем алудың форсирленген көлемі (ОФВ1) - (FEV1);

Қатынастар есептеледі ОФВ1/ФЖЕЛ (FEV1/FVC).

СОА және БД негізгі дифференциалдық-диагностикалық критерилері

Белгілер	СОА	БД
Аллергия	Тән емес	Тән
Жөтел	Тұрақты, түрлі тиімдікте	Ұстаматәрізді
Ентікпе	Тұрақты, бірден айқындықсыз	Эспитраторлық ентікпе ұстамалары
ОФВ тәуліктік өзгеруі	Қалыптағыдан 10% аз	Қалыптағыдан 15% көп
Бронхиалды обструкция	Қайтымдылық тән емес, өкпе функциясының үдемелі нашарлауы	Қайтымдылық тән, өкпе функциясының үдемелі нашарлауы
Қан эозинофилиясы және қақырық	Тән емес	Тән

ӨСОА ЕМІ



Медикаментозды
ы

Медикаментозды
емес



Oxygen Concentrator

Емдеу іс шараларды ұйымдастыру жолдары:

- 1. сыртқы ортаның факторын жойып темекі шегуді шектеу
- 2. науқастарды үйрету
- 3. бронходилатирлеуші терапия
- 4. мукореттеулі терапия
- 5. инфекцияға қарсы ем13
- 6. тыныс жетіспеушілігінің коррекциялық
- 7. реабилитациялық терапия



Медикаментозная терапия ХОБЛ

(GOLD, 2011)

Категория	I кезектегі Препараттар	II кезектегі Препараттар	Альтернатив
B	Антихолинергиялық ұзақ әсерлі (тиотропия бромид) β -2 агонист ұзақ әсерлі	Антихолинергик + β -2-агонист	Теофиллин β -2-агонист + антихолинергик

Қысқа әсерлі бронходилататорлар

■ Қысқа әсерлі β -2-агонисты	
Фенотерол	Беротек
Сальбутамол	Вентолин, Саламол Сальбутамол
■ Қысқа әсерлі М-холинолитик	
Ипратропиум бромид	Атровент
■ Комбинирленген препарат	
Фенотерол + Ипратропиум бромид	Беродуал
■ Ксантины (теофиллины)	Эуфиллин

Ұзақ әсерлі бронходилататорлар

■ Ұзақ әсерлі β -2 агонисты (ДДБА)

Сальметерол

Серевент

Формотерол

Форадил
Оксис

■ Ксантины (теофиллины)

Теопек
Теотард

■ Антихолинергики (М-холинолитики)

Тиотропиум

Спирива

СПИРИВА (тиотропия бромид): Ұзақ әсерлі антихолинергик



EMI

Альтернативты препараттар:

- Азитромицин по 500 мг ішке х 1 рет тәул. – 3 - 6 т;

Х О Б Л: лечение при неосложнённом обострении

Альтернативные препараты:

Немесе

- Левофлоксацин по 500 мг х 1 рет т – 7 – 14 т;

Немесе

- Моксифлоксацин по 400 мг х 1р – 7 – 14 тәул.;

**Аугментин (825 мг амоксициллина/125 мг
клавулановой кислоты) – по 1 таблетке x 2 раза в
сутки) - 7-14 суток**

✓ или Амоксиклав по 625 мг x 3 раза в сутки внутрь - 7 – 14
суток; (600 мг амоксициллина + 125 мг клавулановой
кислоты)

или:

- Левофлоксацин по 500 мг x 1 раз в сутки – 7 – 14 суток;

или:

- Моксифлоксацин по 400 мг x 1 раз в сутки – 7 – 14 суток;

- *Российский терапевтический справочник. Гл. редактор А.Г. Чучалин М., 2005.*

ИЛИ:

- Цефотаксим (клафоран) по 1 г внутривенно х 3 раза в сутки, в течение 3 - 4 суток;

ИЛИ:

- Цефтриаксон по 1– 2 г внутривенно х 1 раз в сутки, в течение 3 - 4 суток;

Х О Б Л: лечение при осложнённом обострении

- Цефуроксим (мегацеф) по 750 мг внутрь каждые 12 часов - в течение 4 – 10 суток;

или:

- Цефиксим по 400 мг внутрь x 1 раз в сутки, в течение 3 - 10 суток; (Супракс, Цефспам)

Х О Б Л: лечение при осложнённом обострении

или:

Ципрофлоксацин (Сифлокс) по 400 мг внутривенно
х 2 – 3 раза в сутки, в течение 3 – 4 суток,

а затем

- Ципрофлоксацин по 400 мг внутрь х 2 – 3 раза в сутки, в течение 4 – 10 суток;
- *Рациональная фармакотерапия заболеваний органов дыхания под ред. А.Г. Чучалина, М., 2004*
- *Российский терапевтический справочник. Гл. редактор А.Г. Чучалин М., 2005.*

ПРОФИЛАКТИКА

Біріншілік профилактика: темекіден бас тарту.

Профилактикалық шаралар: рецидивке қарсы ем.

Әрі қарай жүргізу, диспансерлеу принциптері: терапевтте диспансерлік бақылауда болу.

Қолданылған әдебиеттер тізімі:

- 1. Н.А.МУХИНА, В.С.МОИСЕЕВ, А.И.МАРТЫНОВА
“ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ” I ТОМ**
- 2. Б.ҚАЛИМҰРЗИНА “ІШКІ АУРУЛАР” I ТОМ**
- 3. ЧАЗОВ Е.И.“БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И СОСУДОВ” ,РУКОВОДСТВО
ДЛЯ ВРАЧЕЙ**
- 4.ИНТЕРНЕТ ЖЕЛІЛЕРІ**