

ҚР ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖӘНЕ
ӘЛЕУМЕТТІК ДАМУ МИНИСТРЛІГІ

С. Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РК

КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
С.Д. АСФЕНДИЯРОВА

Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы

Орынданған: НУРОВ АТАБЕК.

Тексерген

Курс: 5

Тобы: 006-01

Жалпы медицина факультеті

Алматы, 2017 жыл

Жоспары:

Кіріспе

1 ӨСОА. Эпидемиологиясы

Негізгі бөлім

1 Классификациясы

1 Клиникасы

1 Диагностикасы

1 Дифференциалды
диагностика

1 Емдеу тактикасы

Қорытынды



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.



ЭТИОЛОГИЯСЫ

4. Тұқым қуалаушылық
(жиірек альфа антитрипсин
жетіспеушілігінен)

3. Атмосфералық және
үйдегі ауаның
ластануы

2. Кәсіптік
зияндылықтары

1.
Темекі
шегу.


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.

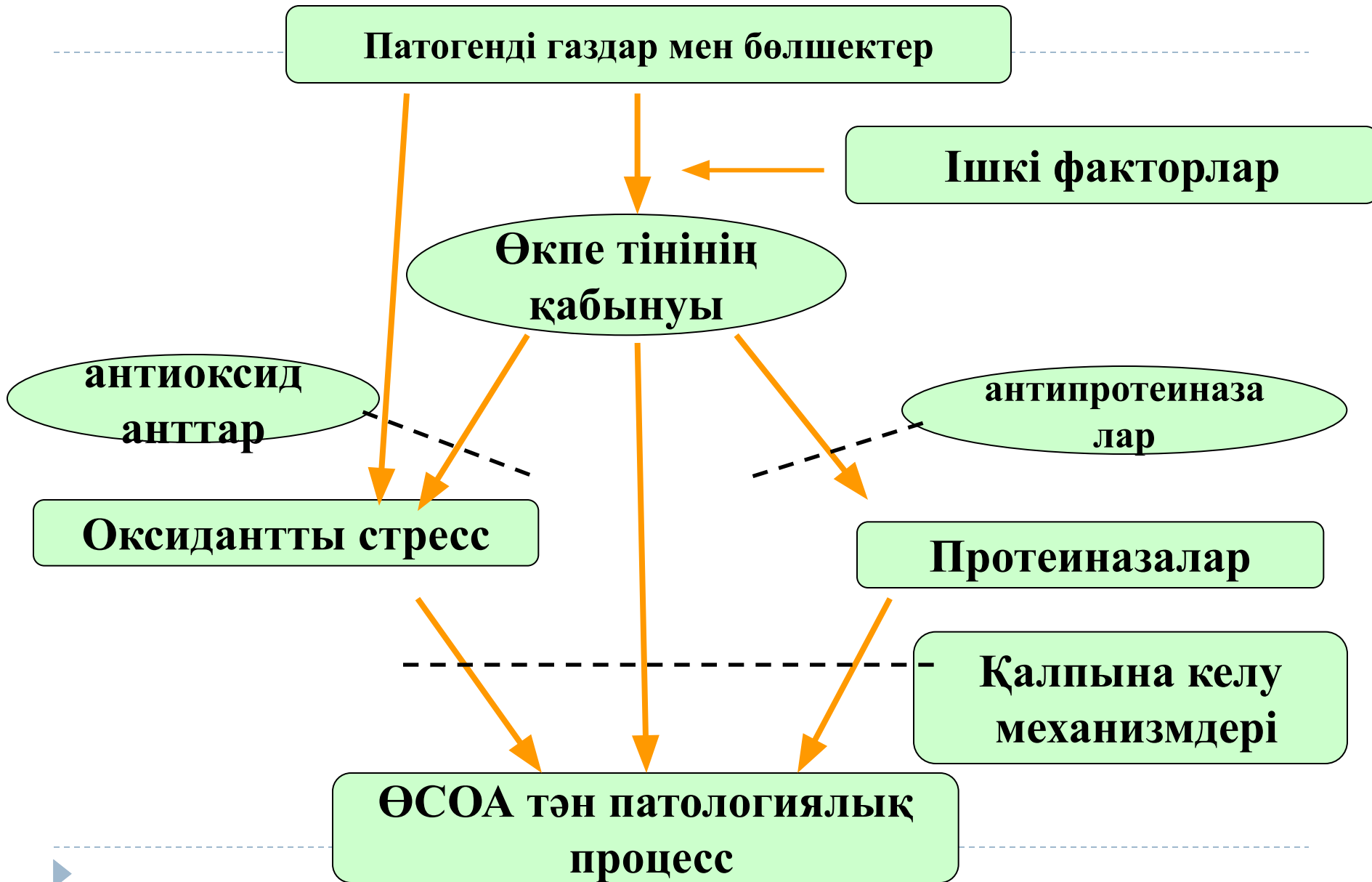




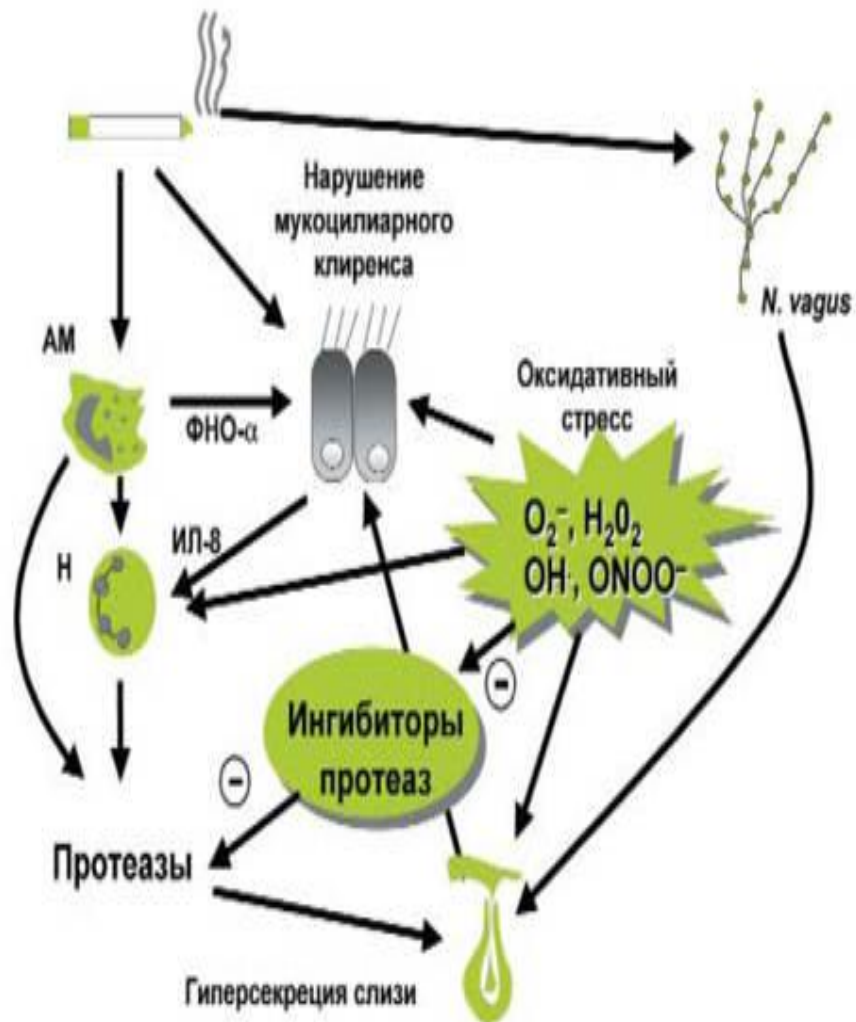
ӨСОА негізгі симптомдары

- **Созылмалы жөтел**
 - **Үнемі қақырық бөлу**
 - **Жедел бронхиттің қайталама эпизодтары**
 - **Ентігу: үдемелі, персистеуші**
 - **Анамнезінде қауіп факторларының болуы.**
-
- 

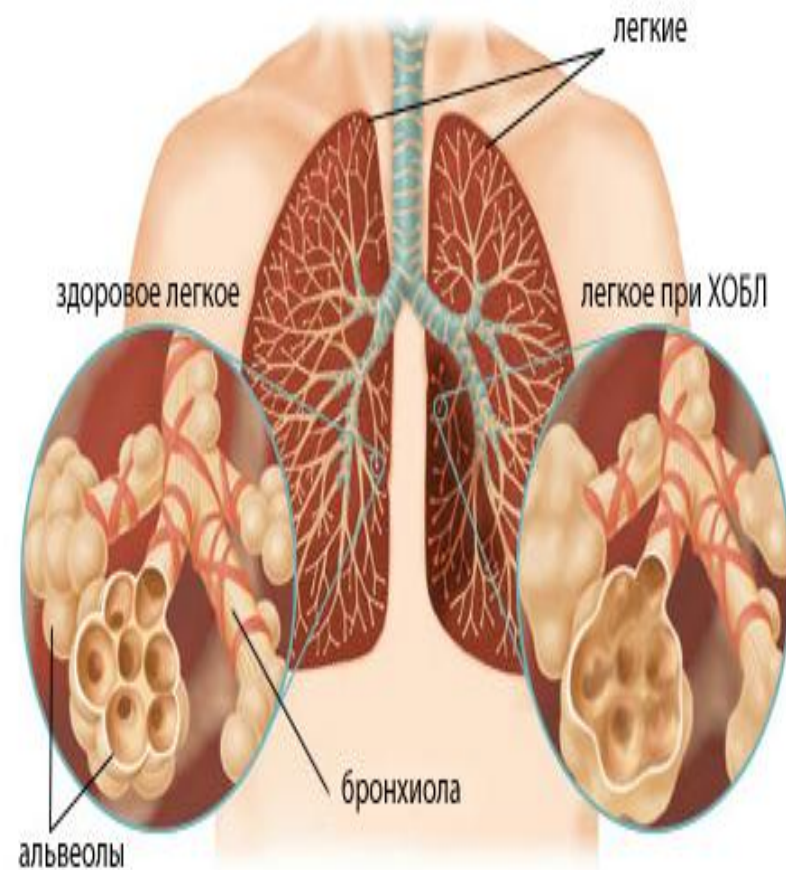
ӨСОА патогенезі

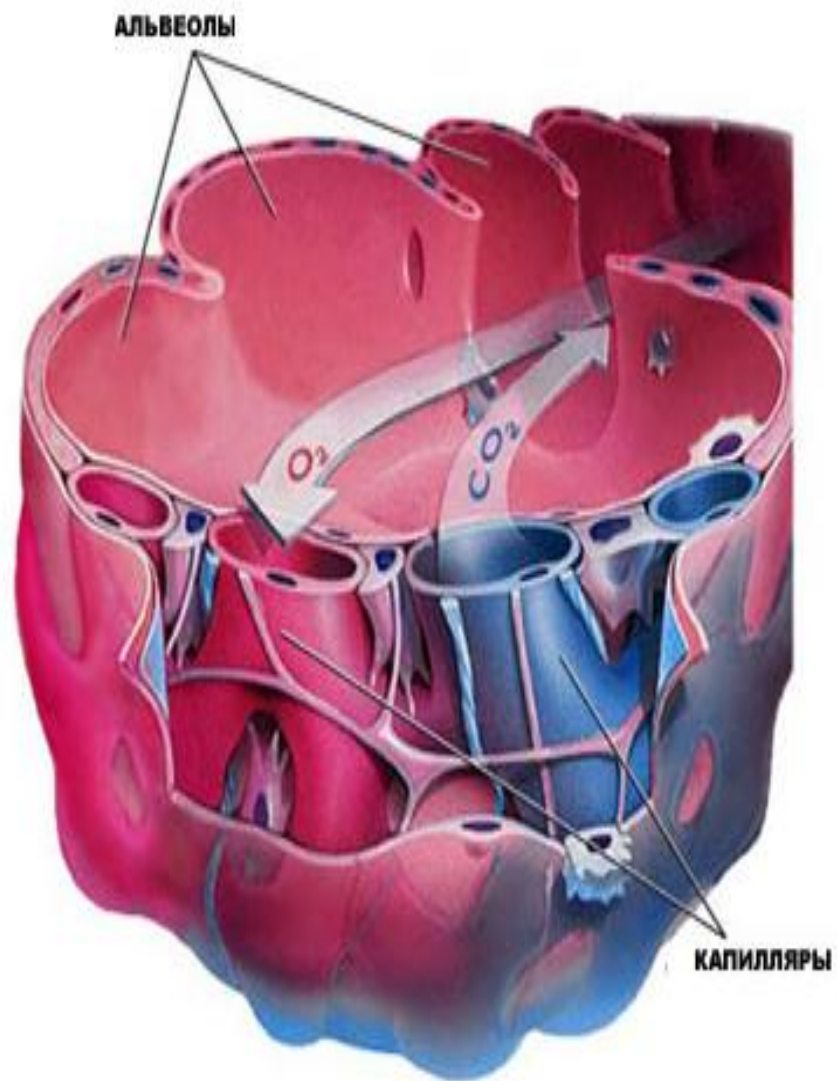
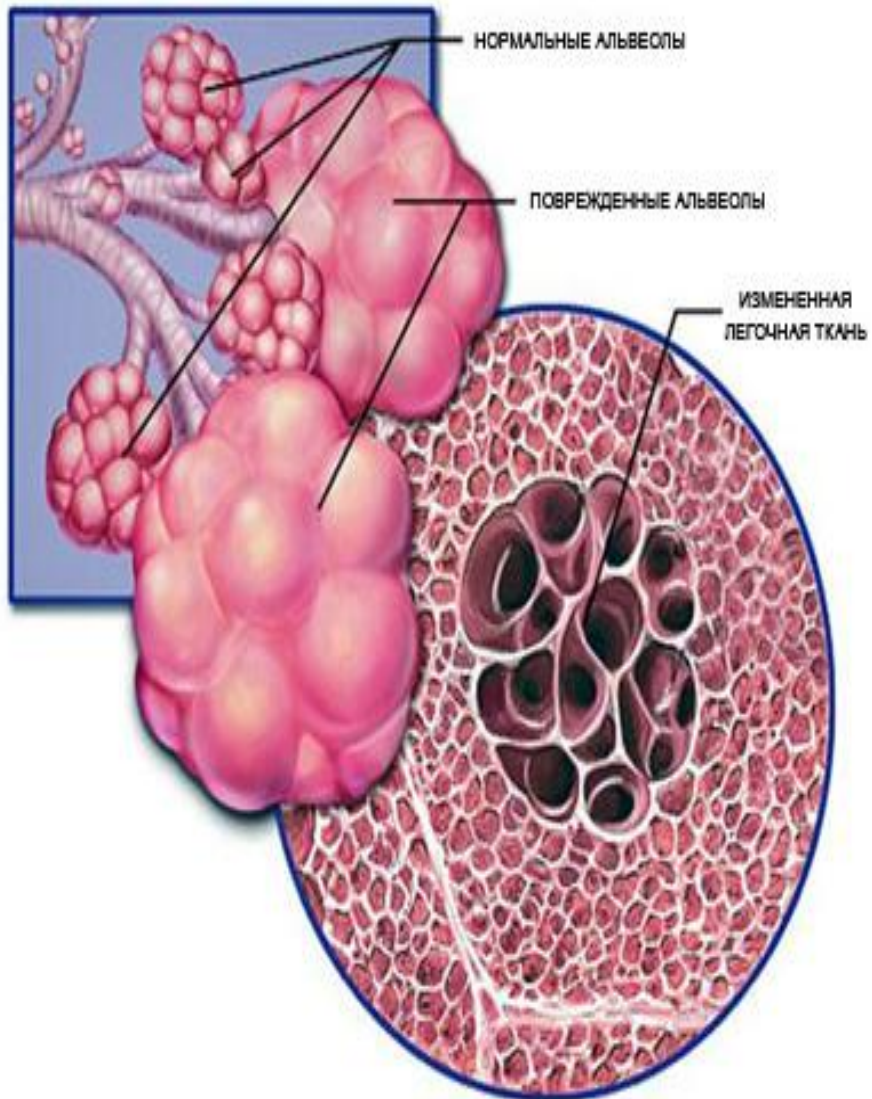


Патогенезі



Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)



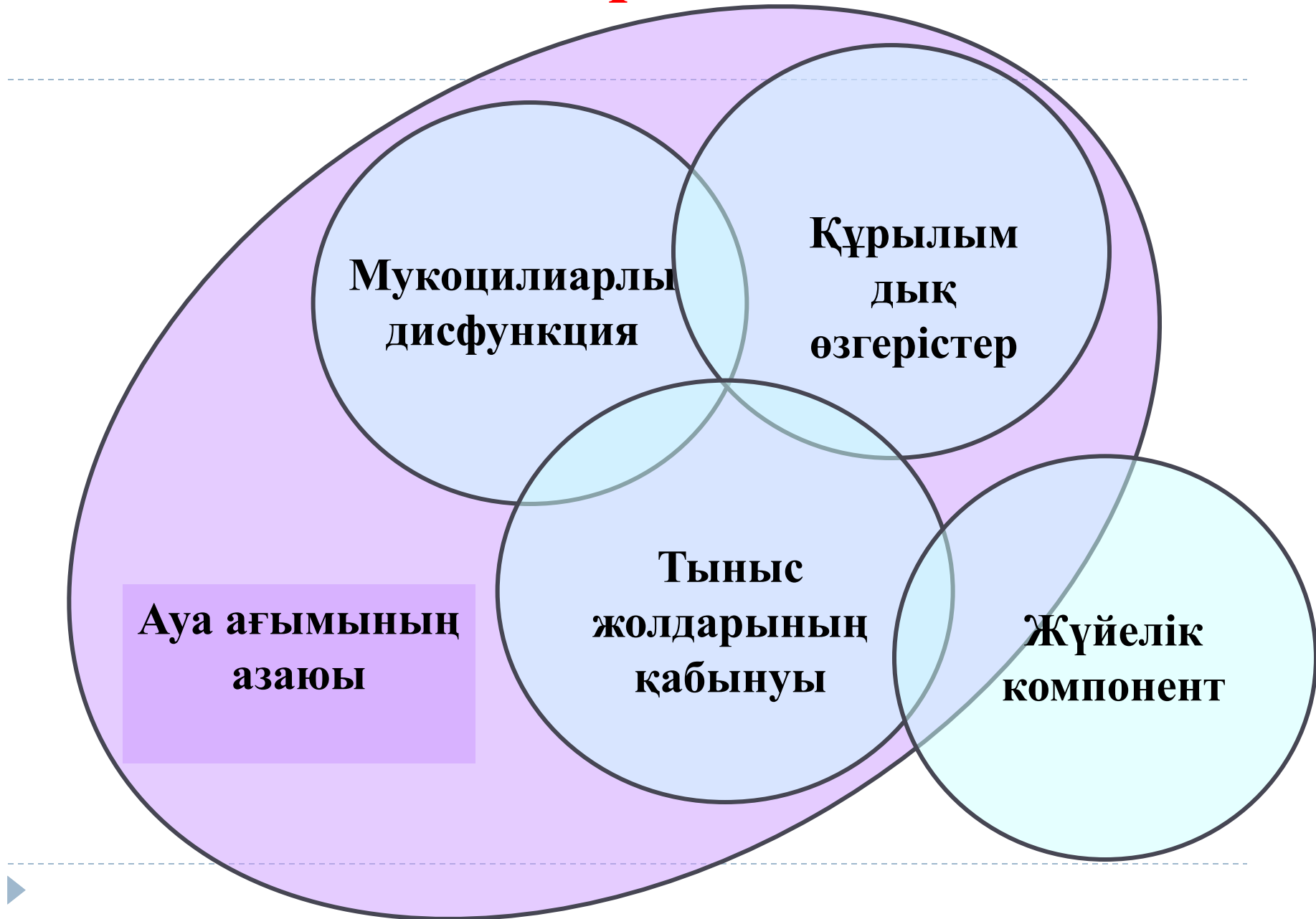


Легочная периферия при ХОБЛ



Нейтрофильная инфильтрация и фиброз

ӨСОА патофизиологиясы



**Мукоцилиарлы
дисфункция**

**Құрылым
дық
өзгерістер**

**Ауа ағымының
азаюы**

**Тыныс
жолдарының
қабынуы**

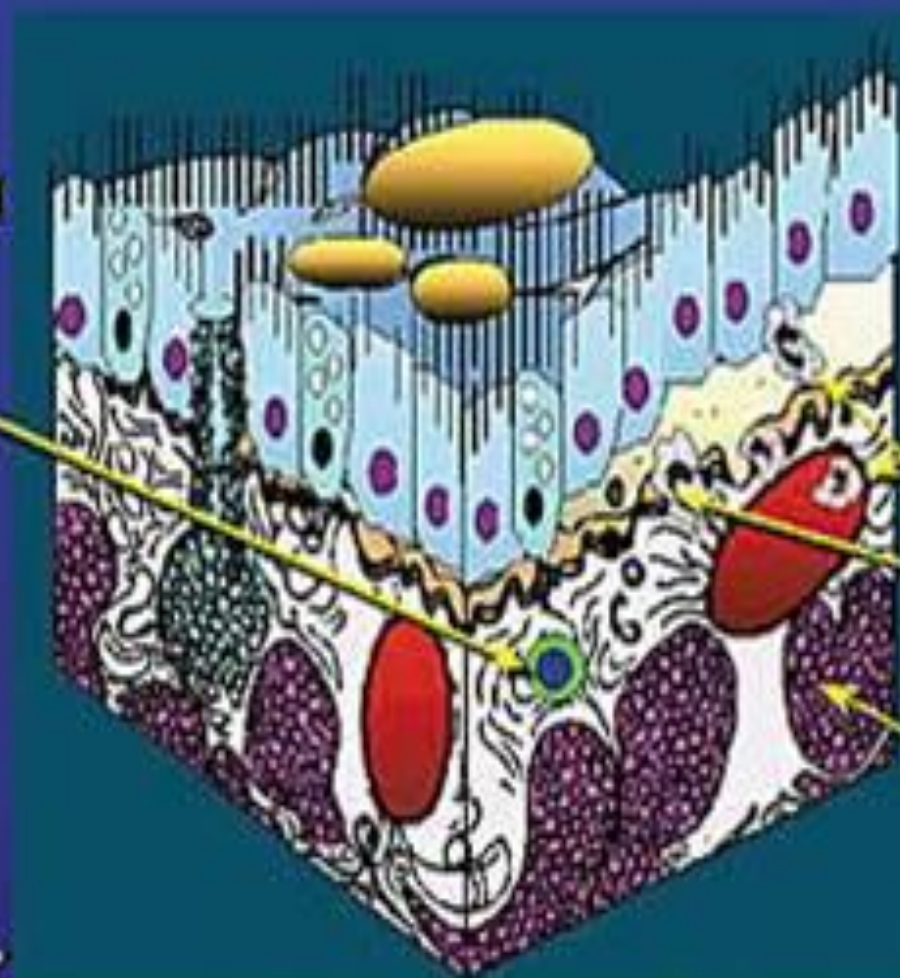
**Жүйелік
компонент**

ХОБЛ: базовая модель воспаления

Клетки
воспаления

CD8+

Нейтрофилы
Эозинофилы
Макрофаги



Реакции
воспаления

Дегрануляция

Адгезия

Активация

Хемотаксис

Бронхо-
констрикция

Дисбаланс:

протеолиз-антипротеолиз,
оксиданты-антиоксиданты

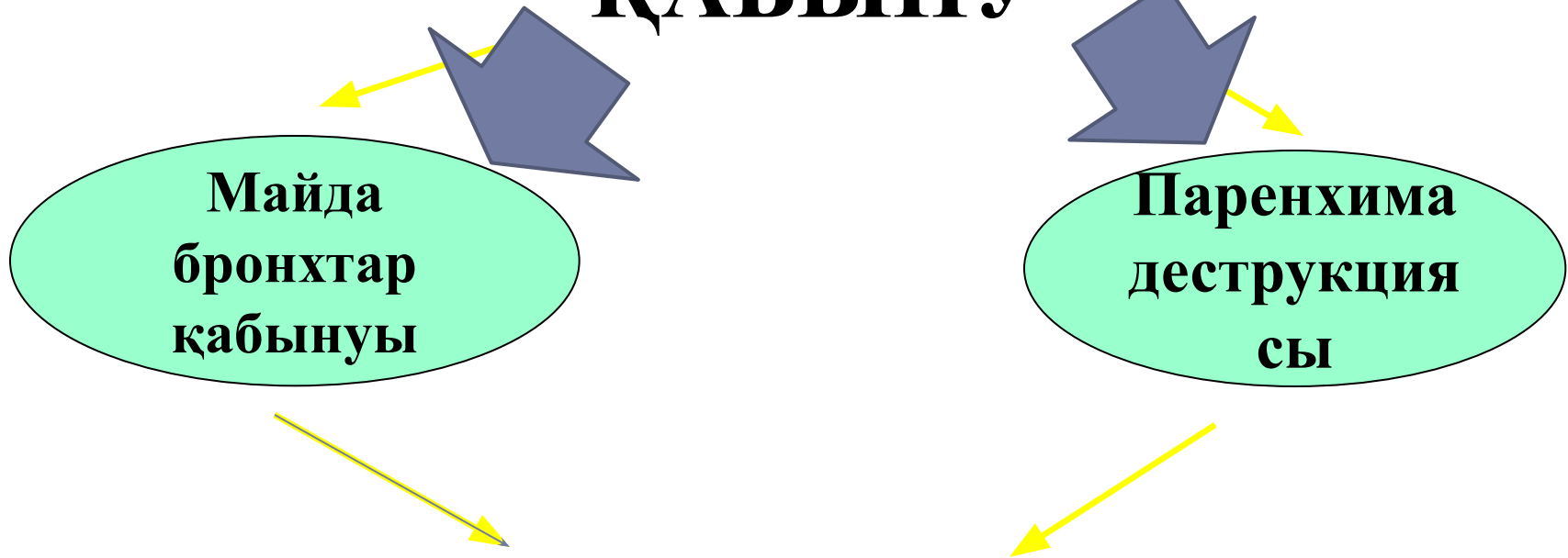
Миелопероксидаза

Интерлейкин-8



ӨСОА-ндағы бронхтар обструкциясы негізіндегі механизмдер

ҚАБЫНУ



Ауа ағымы жылдамдығының шектелуі



ӨСОА кезіндегі ауа ағымының шектелу себептері

ҚАЙТЫМСЫЗ

- **Бронхтардың фиброзы және тарылуы**
 - **Альвеолалық деструкция салдарынан өкпенің тыныс алу бетінің шектелуі**
 - **Кіші тыныс алу жолдарының альвеола қызметінің бұзылысы**
-





ӨСОА кезіндегі ауа ағымының шектелу себептері

ҚАЙТЫМДЫ

- **Қабыну клеткалары, кілегей, экссудаттың бронх қуысына жиналуы.**
- **Орталық және шеткі бронхтар мускулатурасының жиырылуы.**
- **Физикалық күш түскен кездегі динамикалық гипервентиляция.**

Бронхтық астма

ӨСОА

Сенсибилизациялаушы
агент

БА тән тыныс
жолдарының
қабынуы
CD4 Т-лимфоциттер
Эозинофилдер

Патогенді агент

ӨСОА тән тыныс
жолдарының
қабынуы
CD8 Т-лимфоциттер
Макрофагтар,
нейтрофилдер

Толығымен
қайтымды

Ауа ағымының
шектелуі

Толығымен
қайтымсыз

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

Жіктелуі :

- **0 стадия- ӨСОА қауіп-қатер стадиясы - созылмалы жөтел және қақырықтың бөлінуі: өкпенің қызметі қалыпта.**
 - **I стадия – Жеңіл ӨСаО – айқын емес (жеңіл) бронхообструкция (ОФВІ/ЖЕЛ < 70%, бірақ керекті мәннен ОФВІ > 80 %) және, әдетте, міндетті емессозылмалы жөтел және қақырықтың бөлінуі.**
 - **II стадия – Орта дәрежелі ӨСаО - өрістеуші бронхообструкция (керекті мәннен 50 % < ОФВІ < 80 %) және симптомдардың дамуы, физикалық жүктемеден кейінгі ендікпе.**
 - **III стадия- Ауыр ӨСаО – бронхообструкцияның әрі қарай дамуы (керекті мәннен 30 % < ОФВІ < 50 %), ендікпенің өрістеуі және жиі асқынулар, олар өмірдің сапасына әсер етеді.**
 - **IV стадия- Өте ауыр ӨСОА – ауыр бронхообструкция (керекті мәннен ОФВІ 30 %) немесе созылмалы тыныс жеткіліксіздігінің болуы.**
-
- 

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.
-



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.



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.**



ӨСОА қауіп ф**ак**торлары

Ішкі факторлар:

- Генетикалық бейімділік
 - Тыныс алу жолдарының гиперреакциялығы
 - Өкпенің дамуы
-
- 



ӨСОА қауіп факторлары

Сыртқы факторлар :

- Темекі тарту (соның ішінде пассивті)
 - Кәсіби шаң тозаң және химикаттар
 - Үй ішіндегі және ауа поллютанттары
 - Инфекциялар
 - Әлеуметтік-экономикалық статус
-



ӨСОА қауіп-қатер факторлары:

□ Сыртқы орта қауіп-қатер факторлары:

- Шылым шегу
- Кәсіби зияндылықтармен байланысты ауадағы газ деңгейінің жоғарлауы
- Сыртқы ортаның қолайсыз жағдайы, төмен әлеуметтік-экономикалық жағдай
- Алкоголь қолдану
- Пассивті шылым тарту
- С витаминнің жетіспеушілігі

• Ішкі факторлар:

- альфа I - антитрипсиннің жетіспеушілігі
- аурудың жанұялық мінездемесі, туғандағы төмен салмақ
- генетикалық бейімдеушілік
- Ерте балалық шақтағы тыныс алу жолдарының инфекциялары

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.



Арудудың 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.

ӨСОА диагностикасы:

- Науқасты қарау
- Өкпені тексеру
- Жүрек-тамыр жүйесін тексеру
- Асқазан жолдары жүйесін тексеру
- Spiroграфия (ФЖЕЛ және ОФВ1, Тиффно индексі төмендеу, 25-75% интервалында МОС төмендеу, МВЛ айтарлықтай төмендеу)
- Пневмотахометрия
- Пикфлоуметрия
- Электрокардиография (электр осінің оңға ығысуы, 2,3, aVF, V1-2 тіркемелерде P-pulmonale пайда болуы)
- Қанның газ құрамын анықтау
- Өкпені рентгенологиялық зерттеу (өкпе суретінің торлы деформациясы немесе күшеюі, өкпе эмфиземасының белгілері, диафрагма куполасының төмен тұруы, өкпе алаңының мөлдірлігінің жоғарлауы)
- Бронхография (bronхтар қуысының кішіреюі, толу деффекттері, ішкі контурлардың біркелкі еместігі, шекі тармақтары санының азаюы, бронхтардың үзілуі)
- Лабораторлы зеттеулер (жалпы және биохимиялық қан анализі, жалпы және бактереологиялық қақырық анализі, ИАК)

Лабораторлы зерттеу әдістері

Жалпы қан анализі: асқыну кезінде-лейкоцитоз, сигментядролы нейтрофилез, СОЭ жылдамдауы. Тыныш жеткіліксіздігі кезінде-эритроцитоз, СОЭ төмендеуі.

Қақырық анализі: қарапайым бронхитте-қақырық шырышты, құрамында фибрин талшықтарымен, көп көлемді лейкоцитпен, метапрозирлі цилиндрлы эпители.

Іріңді бронхитте- қақырықта іріңді немесе шырышты көп көлемді нейтрофилдер анықталады.

Қақырықтың бактериологиялық зерттеуі: Асқынуы кезінде-грамм теріс және грамм оң бактериялардың болуы.

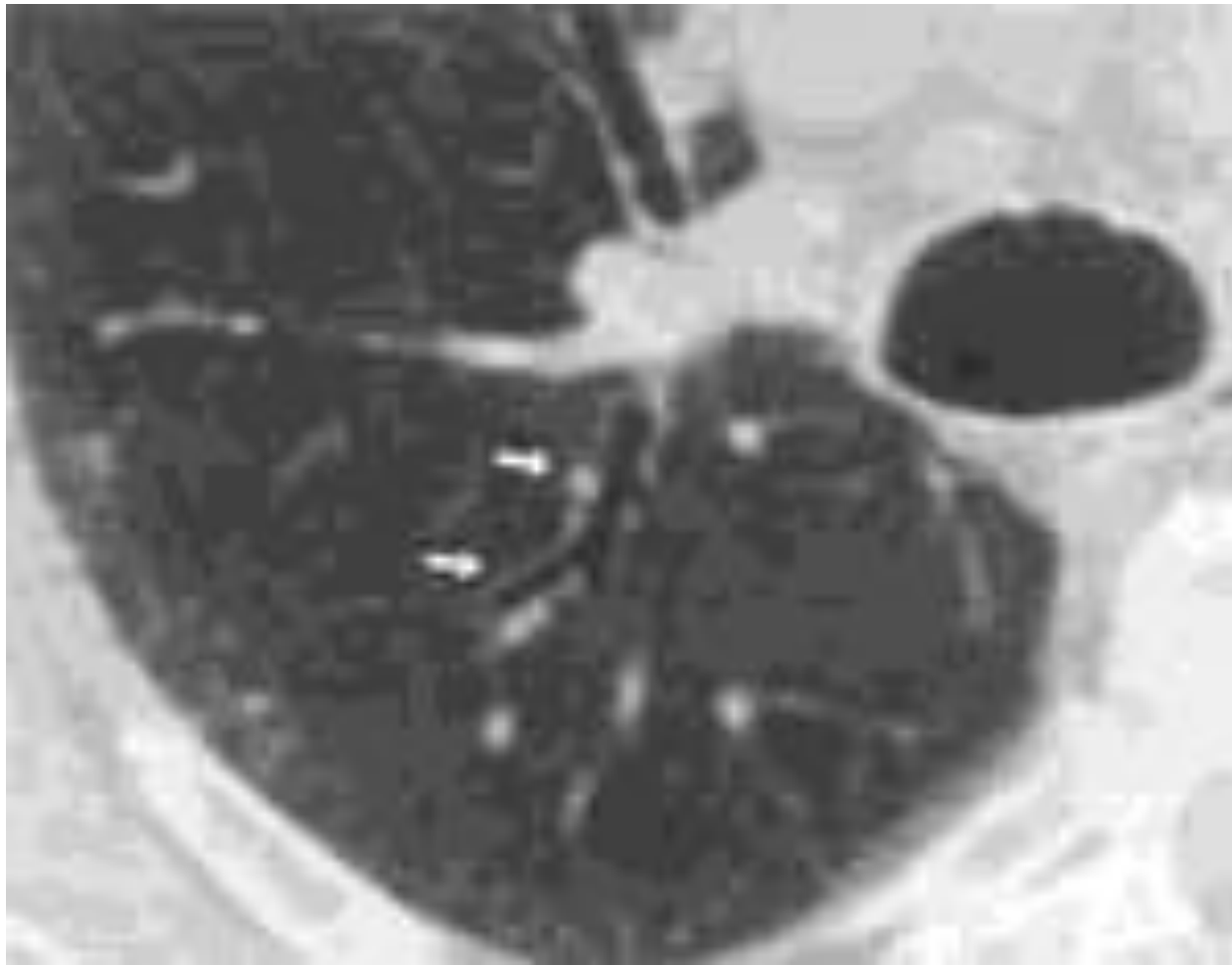


Биохимиялық қан анализінде: С-реактивті ақуыз, сиялды қышқылдың жоғарылауы, гаптоглобин, серомукоид, фибрин, альфа-2 және гамма-глобулиндер санының жоғарылауы.

Қанның газды көрсеткіші- гипоксимия, гиперкапния ($PAO_2 < 65$ см. ба. бо) ауыр сатысы. Орташа сатысында- гипоксимия, физикалық жүктемеде ($65 < PAO_2 < 80$ см. ба. бо).



ХОБЛ (эмфизема)



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.*





**Можно нести эту
тяжкую ношу...**



Можно ее облегчить...



**Можно ею управлять
и контролировать**





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>

