

М.ОСПАНОВ АТЫНДАҒЫ БАТЫС ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК
МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ

СТУДЕНТТІҢ ӨЗІНДІК ЖҰМЫСЫ

Кафедра: Жалпы дәрігерлік тәжірибе

Дисциплина: Жалпы дәрігерлік тәжірибе

Факультет: Жалпы медицина

Тақырыбы: Қоғамдық маңызы бар ауруларға мектептер ұйымдастыру принциптері.

Курс: 5

Топ: 515 Б

Орындаған: Аронрашидова Айкерім

Тексерген: Есенғалиева І.Е

Ақтөбе қаласы 2016-17 жыл

Өкпенің созылмалы обструкциялық ауруы – бастапқыда шырышты қабат, кейіннен үдеріс үдеген сайын **бронх**тардың тереңірек қабаттары мен перибронхиалды дәнекер тінін зақымдайтын, өкпе жолдардың созылмалы қабынуы. Онымен көбіне кәрі жастағы ер кісілер ауырады. Созылмалы бронхитпен аурушаңдық адам өмірінің алтыншы және жетінші онжылдығында артады, ал бұл аурудан өлімге алып келуі сегізінші онжылдықта байқалады.



В норме

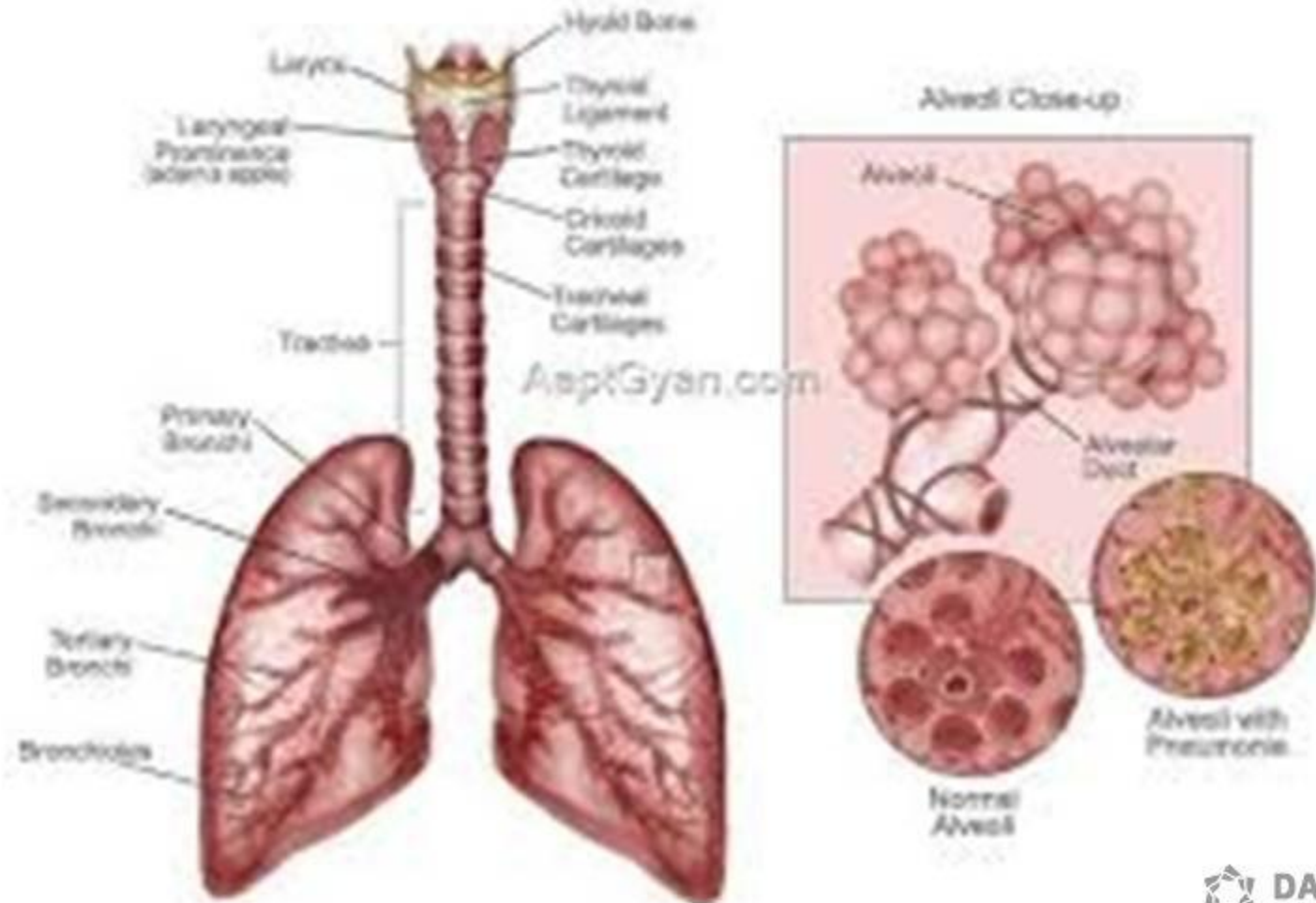


При ХОБЛ

Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы (ӨСОА) – тыныс жолдарының дистальді бөлігінің, өкпе паренхимасының зақымдалуымен және эмфизема қалыптасуымен жүретін біріншілік созылмалы қабынбалық 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 бұзылуына қабынбалық жауабымен байланысты.



Throat-Lung Anatomy and Bacterial Pneumonia



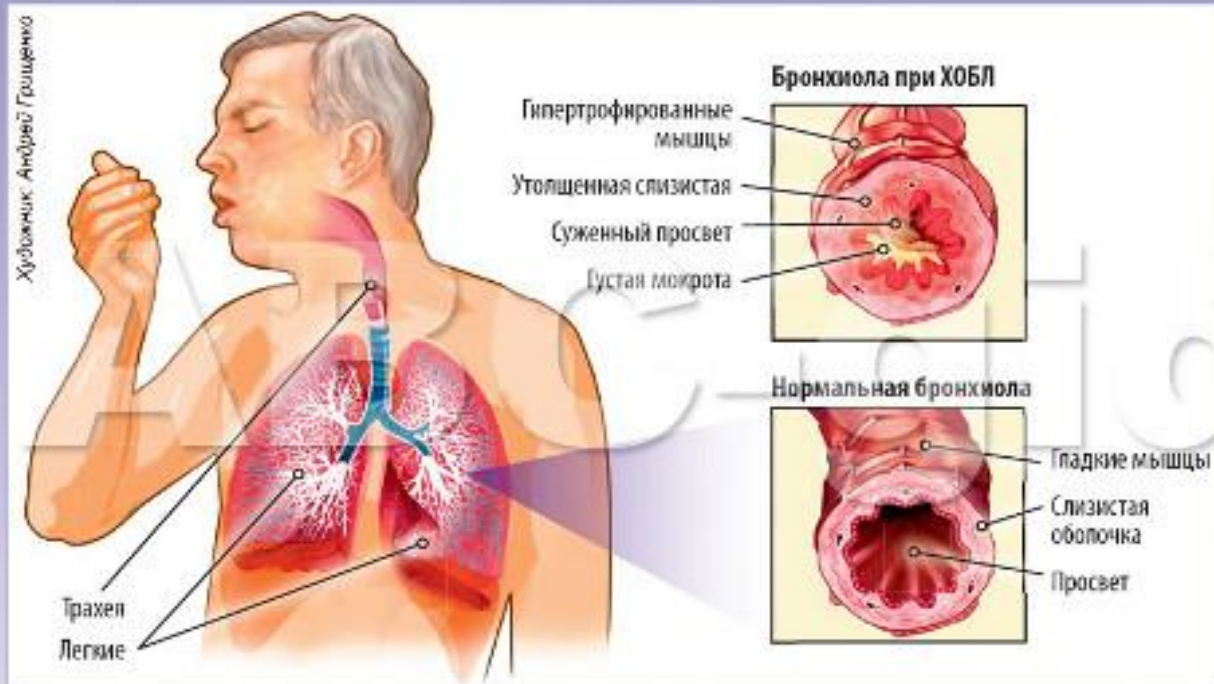
□ Қауіп-қатерлі факторлар

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).



ХОБЛ

хроническая обструктивная болезнь легких



Индекс курильщика

Количество сигарет в день **X** Стаж курения (годы)

20

ИК > 10
достоверный
фактор риска
развития
ХОБЛ

Факторы риска

- Курение (80–90% случаев)
- Профвредности (кадмий и кремний)
- Загрязнения воздуха
- Высокий уровень IgE
- Повышенная реактивность бронхов

Основные симптомы болезни

- Постепенно нарастающая одышка, со временем она появляется даже при ходьбе
- Хронический кашель с мокротой, также называемый «кашлем курильщика»
- Хрипы и ощущение тяжести в грудной клетке

- По данным ВОЗ 210 млн жителей планеты страдают ХОБЛ
- В 2005 году от ХОБЛ умерли более 3 млн человек, то есть 5% всех случаев смерти в мире в этом году

К 2030 году ХОБЛ займет 5-ю строчку как в перечне основных заболеваний, так и причин смерти

Даму себептері мен механизмдері

Өкпенің созылмалы обструктивтік ауруына даму себептерінің арасында, 90-95% -ы темекі бөлінді . Басқа да факторлар (шамамен 5%) арасында өнеркәсіптік қауіптілік (зиянды газдар мен бөлшектердің ингаляциялық), балалық респираторлық жұқпалы, ілеспелі тыныс алу патологиясы, қоршаған ортаны жағдайы оқшауланған . Бар науқастарда обструктивтік кемінде 1% деңгейінде ақуыз альфа-1 -антитрипсин, бауыр өндірілген қысқа жабдықтау көрінеді генетикалық бейімділігін, негізделген және фермент эластазе зақымданудан өкпе қорғайды . Кадмий және кремний бар Өкпенің байланыста жетекші себептерінің арасында кәсіби қауіп арасында, металл, өнімнің зиянды рөлі жанғанда түзілетін . Өкпенің өңдеу мақта және астық айналысатын кеншілер, теміржолшылар, құрылысшылар, байланыс цемент, целлюлоза-қағаз жұмысшылар мен болат өнеркәсібі, ауыл шаруашылығы қызметкерлерінің кәсіби ауру .

Экологиялық факторлар және генетикалық бейімділік жергілікті бронх иммунитеттің бұзылуына жетекші, бронхит ішкі астары созылмалы қабынуы туғызады. Бұл осылайша бактериялық өсу үшін қолайлы жағдайлар, бронхит құнсызданған өткізгіштігін, өкпе ұлпасының және альвеол өзгерістер жасау, оның тұтқырлығы арттыру, бронх шырыш өндірісін арттырады. Өкпенің прогрессияның қайтымды компоненті (бронх шырышты ісінуі, тегіс бұлшық спазм, шырыш секрециясын) және перибронхиальный фиброз және эмфизема дамуына жетекші қайтымсыз өзгерістер ұлғайту жоғалуына әкеледі. Өкпенің прогрессивті тыныс алу жеткіліксіздігі өкпе инфекциялардың қайталануына алып келуі бактериялық асқынулардың қоса тіркелуі мүмкін.

Газ алмасу бұзылуы тереңдей Өкпенің, өкпе жүрек қалыптастыруға жетекші өкпе артериялары мен тамырға артериялық қан қысымы арттыру O_2 төмендеуі және CO_2 ұстап көрінеді. Созылмалы өкпелік жүрек бар науқастарда обструктивтік 30% қанайналымының жеткіліксіздігі және өлімге әкелуі.

□ Жіктемесі:

- **Стадия 0.** ӨСОА қауп стадиясы – созылмалы жөтел және қақырықтың түсуі; өкпе функциялары қалыпта.

Стадия I. Жеңіл ӨСОА – айқын емес (жеңіл) бронхообструкция (ОФВ1/ЖЕЛ < 70%, но ОФВ1 80 % қалыпты мәннен) және бірақ барлық жағдайда созылмалы жөтел, қақырықтың түсуі болмауы мүмкін.

-
- **Стадия II.** ӨСОА ауыр дәрежесі – бронхообструкцияның үдеуі (50% ОФВ1 <80 % қалыпты мәннен) және симптомдардың үдеуі, физикалық жүктемеде ендікпе дамиды.
- **Стадия III.** Ауыр ӨСОА – бронхообструкцияны әрі қарай үдеуі (30% ОФВ1 <50 % қалыпты мәннен), өмір сапасына әсер ететін, ендікпенің үдеуі және жиі асқынулар.
- **Стадия IV.** Аса ауыр ӨСОА – ауыр бронхообструкция (ОФВ1 <30 % қалыпты мәннен) немесе созылмалы тыныс алу жеткіліксіздігі.

Клиникасы

Өкпенің созылмалы обструкциялық ауруының негізгі белгілерінің қатарына: жөтел, қақырық тастау, ентігу, ал аускультацияда – қатты тыныс пен сырылдардың естілуі жатады. Созылмалы бронхит біртіндеп дамиды және кеш анықталады, себебі ұзақ уақыт бойы науқасты аз мазалауы мүмкін. Клиникалық көрінісі бронхиалды ағаштардың (жолдардың) зақымдау деңгейімен байланысты көрінеді.

Қабыну үдерісі ірі және орта бронхтарды қамтитын проксималды бронхитте, аз мөлшерлі қақырықты жөтел байқалады, ендігу болмайды, қатаң тыныспен бірге төмен тембрлі құрғақ сырылдар естіледі. Бронхиалды өткізгіштік бұзылмаған. Бұл созылмалы обструктивті емес бронхит немесе «ентігусіз бронхит» болып табылады.

Эмфизематозный тип
больного ХОБЛ



«Розовые пытельщики»

Бронхитический тип
больного ХОБЛ



«Синие отечники»

Өкпенің созылмалы обструкциялық ауруында тек қана жөтел ғана емес (қақырықты немесе қақырықсыз), сонымен бірге, бірінші кезекте, ентігу («ентігулі бронхит») байқалады. Қабыну үдерісі ұсақ бронхтарда («дисталды бронхит») орналасады. Қатаң тыныс пен бірге ысқырықты сырылдар естіледі. Сыртқы тыныс қызметін тексергенде бронх өткізгіштігінің бұзылуы анықталады.

Бронхиттің өршуі көбіне қалыпты температурамен өтеді, дененің жоғарғы бөлігінің (бас, мойын) терлегіштігі байқалады, жөтел күшейеді, қақырық көлемі артады.

Аздап өршу кезінде қақырық шырышты – іріңді, дене температурасы қалыпты немесе субфебрильді, шеткері қан көрсеткіштері аз өзгерген. Айқын өршу кезінде қақырық шырышты – іріңді, құрамындағы лейкоциттер жоғары мөлшерде болады. Обструктивті өзгерістер үдеген кезде ентігу күшейеді созылмалы обструктивті бронхиттің үдеуі тыныс және жүрек жеткіліксіздігіне алып келеді.

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);
- ендікпе (Үдемелі. Тұрақты түрде физикалық жүктеме, тыныс алу жолдарының инфекциясы кезінде);
- қауіп қатерлі факторларға көрсететін анамнез.

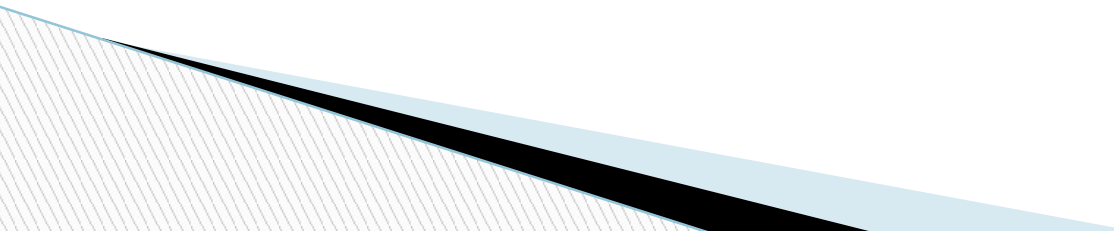
Физикалық тексеру:

- 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 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.
- 

Дифференциальды диагноз

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

Емдеу тактикасы: аурудың үдеу қарқынын төмендету басты болып табылады.

Ем мақсаты: бронхиалды обструкцияға және тыныс алу жеткіліксіздігіне алып келетін аурудың үдеу қарқынын төмендету.

Дәрі-дәрмексіз ем:

Бірінші және аса әрекетті әдіс болып темекі тартуды тастау табылады. Темекі зияны туралы кез келген консультациялар, тиімді және әр қабылдауда айтылуы қажет. СБ емдеуде бронхтық теректің дренаждық функциясын жақсартуға және тыныс алу мускулатурасына бағытталған емдік тыныстық гимнастика маңызды орын алады. Мұнымен қоса физиотерапиялық әдістер мен тыныс алу мускулатурасының массажи белгілі мәнге ие.

Дәрі-дәрмектік ем:

Басым жағдайда ингаляция түріндегі бронхилиттік заттар, H_2SO_4 негізгі симптоматикалық емі болып табылады:

- «қажет жағдайда», уақытша және нашарлаған симптомдарды жою үшін, және тұрақты түрде – персистирлеуші симптомдарды азайту және профилактикасы үшін тағайындалады;
- түрлі топтағы бронхолитиктер арасындағы таңдау және олардың комбинациясы қолда бар дәрілік заттарға байланысты;
- қысқа әсердегі бронх кеңейткіш препараттармен емдеу, ұзақ әсерлі бронходилататорлармен емнен гөрі тиімді, бірақ қымбат;
- түрлі механизмдегі және ұзақтықтағы дәрілер комбинациясы бронхтың кеңею дәрежесін арттырады;
- теофиллин H_2SO_4 кезінде тиімді; бірақ оның потенциалды уытты әсерімен байланысты, қолда бар болса ингаляциялық бронходилататорлар қолданылады.

Ингаляциялық кортикостероидтар келесі емделушілер үшін қолданылады - қалыпты мәннен ОФВ1 <50% және қайталамалы асқынуларда (мысалы, соңғы 3 жылда 3 рет).

Ингаляциялық кортикостероидтармен ұзақ уақыт емдеу тиянақты таңдалған топтағы емделушілерде симптомдарды жеңілдетеді, ОФВ1 үдемелі төмендеуін азайтпайды. ӨСОА барлық кезеңдерінде қажет: қауіпті факторларды жою, тұмауға қарсы вакцинамен жыл сайынға егу және қажет болса қысқа әсердегі бронходилататорлар. Жеңіл кезеңінде (1 стадия) және аурудың клиникалық көріністері болмаған кезде науқас тұрақты дәрілік терапияға зәру.

Интермиттирлеуші симптомдармен науқастарға ингаляциялық бета 2 - агонисттер немесе қысқа әсердегі М-холинолитиктер бірі көрсетілген (сальбутамол - 200-400 мкг, фенотерол - 200-400 мкг), ипротропий бромиді 40 мкг, беродуал (фенотеролдың фиксирленген комбинациясы және ипротропий бромиді).

2-4 кезеңде бір немесе ұзақ әсердегі бронходилататорлармен тұрақты ем қосылады (сальметерол-50 мкг немесе формотерол-12 мкг тәулігіне екі рет).

3-4 кезеңде ингаляциялық глюкокортикостероидтармен тұрақты ем көрсетілген (беклометазон дипропионат – тәулігіне 600-800 мкг, будесонид – тәулігіне 800-1600 мкг, немесе флутиказон пропионат– тәулігіне 250-1000 мкг). Жүйелік глюкокортикостероидтар тұрақты ем кезінде ұсынылмайды.

Муколитиктер (амброксол) тек қана тұтқыр қақырықпен науқастарға тағайындалады.

Антибактериалды терапияны антибиотикограмманы ескеріп іріңді қақырық болған кезде тағайындайды. Жаңа генерациядағы макролид препараттарына көңіл бөлінеді (спирамицин), амоксициллин+клавулан қышқылы (амоксиклав), муколитиктермен қоса клиндамицин (спирамицин 3 000 000 БІР x 2 рет, 5-7 күн, амоксиклав 625 мг x 2 рет, 7 күн, кларитромицин 250 мг x 2 рет, 5-7 күн, цефтриаксон 1,0 x 1-2 рет, 5 күн, метронидазол 100 мл в/і тамшылап).

Бактериологиялық зерттеудің нәтижесі бойынша, клиникалық тиімділік және шығарылған микрофлораға байланысты емге түзетулер енгізіледі (цефалоспориндер, фторхинолондар және басқалар).

СБ емдеуде бронхтық теректің дренаждық функциясын жақсартуға және тыныс алу мускулатурасына бағытталған емдік тыныстық гимнастика маңызды орын алады. Мұнымен қоса физиотерапиялық әдістер мен тыныс алу мускулатурасының массажи белгілі мәнге ие.

Негізгі дәрі дәрмектер тізімі:

1. *Бекламетазон аэрозоль 200 доза.
2. *Ипратропия бромид аэрозоль 100 доза.
3. *Сальбутамол аэрозоль 100 мкг/доза; таблетка 2 мг, 4 мг; небулайзер үшін ерітінді 20 мл.
4. *Теофиллин таблетка 200 мг, 300 мг таблетка ретард 350 мг.
5. *Фенотерол аэрозоль 200 доза.
6. *Ипратропий бромиді 21 мкг+фенотерол гидробромиді 50 мкг.
7. *Амброксол таблетка 30 мг; сироп 30 мг/5 мл.
8. *Амоксициллин+клавулан қышқылы 625 мг.
9. *Азитромицин 500 мг.
10. *Метронидазол 100 мл, флакон.

Қосымша дәрі-дәрмектер тізімі:

1. *Аминофиллин инъекция үшін ерітінді 2,4% 5 мл ампулада, 10 мл.
2. *Салметерол ингаляция үшін аэрозоль 25 мкг/доза.
3. *Флютиказон аэрозоль 120 доз.
4. *Кларитромицин 500 мг, табл.
5. *Спирамицин 3 млн. ЕД, табл.

Госпитализациялауға көрсетімдер:

1. 3 күннен артық субфебрильді дене қызуы.
2. Бастапқы ОФВ1, ЖЕЛ, ФЖЕЛ, Тифнодан ФВД көрсеткіштерінің 10% төмендеуі.
3. Тыныс алу жеткіліксіздігінің үдеуі мен жүрек жеткіліксіздігінің белгілері.

Аурудың болжамы

Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы – ұзақ, созылмалы ауруы. Темекі шегуді тоқтатпаса, ауру нашарлайды.

Өкпенің созылмалы обструктивті ауруының ауыр түрі бар науқастар дене жаттығуларының көпшілігін орындауда ендігуден зардап шегеді және ауруханада жиі емделеді.

Мүмкін асқынулары

- Жүрек ырғағының бұзылуы
- Науқасты жасанды вентиляция аппаратына қосу қажеттігі, оттегімен емдеуді қолдану
- Жүректің оң жақтық жеткіліксіздігі (оң жүрекшеден және жүректің оң қарыншасынан қанның ағуының қиындауы) немесе өкпелік жүрек (жүректің ұлғаюы және өкпенің созылмалы ауруының салдарынан жүрек жеткіліксіздігі)
- Пневмония
- Пневмоторакс (өкпенің және кеуде қуысының арасындағы плевра қуысында газ жиналуы)
- Көп салмақ жоғалту және тағамды жеткілікті ішпеу
- Сүйектің жұқаруы (остеопороз)

ПРОФИЛАКТИКА

Біріншілік профилактика: Темекі шегу секілді зиянды әдеттен арылу көбінесе аурудың дамуына жол бермейді. Дәрігермен кеңесіп, сіз үшін темекі шегуді қоюдың қандай тәсілі жарамды екендігін білу қажет. Дәріханаларда темекі шегуді қоюға көмектесетін медициналық препараттар бар. Темекі шегуді қоюға нақты ұмтылу болса, дәрілердің тиімділігі басым болады.

Профилактикалық шаралар: рецидивке қарсы ем.



Дүниежүзілік созылмалы обструктивті өкпе ауруымен (СОӨА) күрес күні

Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемалары Ұлттық орталығының ұйымдастыру-әдістемелік жетекшілігімен республика өңірлерінде Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011 – 2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасын және ҚР ДСМ 12.02.2013 жылғы №73 «Салауатты өмір салтын қалыптастыру және 2013 жылға аурулардың алдын алу бойынша іс-шараларды жүргізу туралы» бұйрығын жүзеге асыру аясында 2013 жылдың 20 қарашасында басты себебі темекі тарту болып табылатын Дүниежүзілік созылмалы обструктивті өкпе ауруымен (СОӨА) күрес күніне орайластырылған іс-шаралар өткізілді.

Халықаралық медициналық қауымдастық пен Қазақстан жыл сайын Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының және Жаһандық (СОӨА) қарсы (GOLD) бастамасымен **қараша айының үшінші сәрсенбісінде** Дүниежүзілік созылмалы обструктивті өкпе ауруымен (СОӨА) күрес күнін атап өтеді.

Дүниежүзілік СОӨА-мен күрес күнінің мақсаты: созылмалы обструктивті өкпе ауруы мәселесіне және оны шешу мүмкіндіктеріне қоғамның назарын аудару; темекіге тәуелділіктің таралуын төмендетуге мүмкіндік туғызу; барлық халық топтарын темекі тартуға қарсы күресте біріктіру; СОӨА-мен ауыруы және ауырмауы өздеріне байланысты екенін дәрігерлер мен емделушілерге, бірінші кезекте шылымқорға ескерту.

Дүниежүзілік СОӨА-мен күрес күніне ұсынылатын іс-шаралар:

- ДДҰ-ның «Дені сау жұмыс орны» жобасына қатысушы кәсіпорындарды қоса алғанда, зиянды өндірістік кәсіпорындарда пульмонологтардың, терапевтердің, педиатрлардың, аллергологтардың, СӨС қызметі, БМСК ұйымдарының, білім беретін мектептердің, ЖОО-дары мен ООО-дарының дәрігерлерінің консультация беруі арқылы Ашық есік күндерін жүргізу.
- Спирометрия (өкпе қызметін зерттеу) жүргізу арқылы «Темекі тартасың ба? Өкпеңді тексер!» акциясын, «Смокилайзер» құралы арқылы темекіге тәуелділікке зерттеу жүргізу.

Жұртшылықтың назарын СОӨА мәселесіне аудару және көпшілік орындарда темекі тартуға тыйым салуды жүзеге асыру мен СОӨА-ны ерте анықтаумен қоса, профилактикалық бағдарламаларға көмек көрсету бойынша мәселелерді шешу мақсатында дөңгелек үстелдер, баспасөз мәслихаттарын өткізу.

- Дәрігерлер және орта медициналық қызметкерлер үшін созылмалы тыныс алу жолдары ауруларының дамуының алдын алу, оларды ерте анықтау және емдеу әдісі мәселелері бойынша оқытатын семинар жүргізу.

- Денсаулық мектептері және темекіге қарсы орталықтардың емделушілері үшін «Темекі тарту СОӨА-ның асқынуы мен күшеюінің негізгі себебі ретінде» тақырыбында сабақ жүргізу.

- Пульмонологтарды, терапевтерді, педиатрларды, аллергологтарды, СӨС қызметінің дәрігерлерін және басқа мамандарды тарту арқылы СОӨА-ның алдын алу, ерте анықтау және емдеу мәселелерін БАҚ-та хабарлау.

- Мінез-құлық қауіп-қатер факторлары мен аурулардың алдын алу бойынша ақпараттық-білім беру материалдарын тираждау және тарату.

- БМСК ұйымдарындағы салауатты өмір салты аспектілері және мінез-құлық қауіп-қатер факторлары мен аурулар туралы аудио және бейнероликтерді адамдар көп келетін орындарда, қоғамдық көліктерде және бекеттерде, әуежайларда, БАҚ-та және т.б. жерлерге жалға беру.



- ▣ **Қолданылған әдебиеттер:**
- ▣ 1.Справочник практического врача 1989 Москва Под ред: Воробьева В.И.
- ▣ 2.Мартынов, Мухин. Внутренние болезни. ГЭОТАР, 2004 ж
- ▣ 3.Қ. А Жаманқұлов . Ішкі арулар. 2005.
- ▣ 4.К.А.Святкина, Е.В.Белогарская, Н.П. Кудрявцева Внутренние болезни.
- ▣ 5.Клиникалық хаттамалар (J44).
- ▣