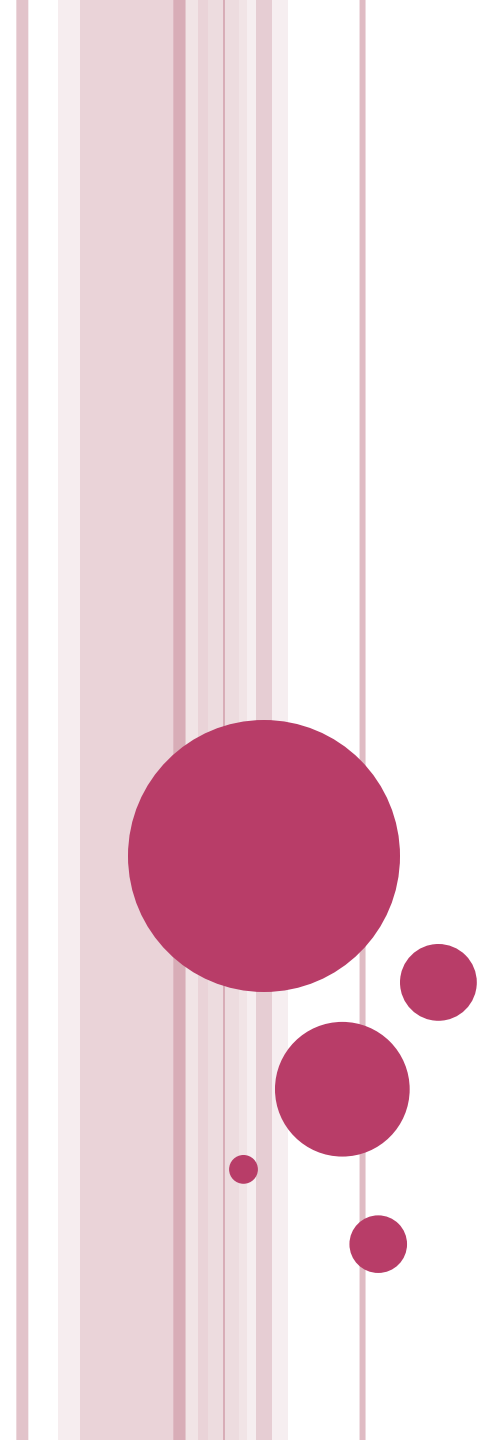


СОӨА/ХОБЛ

Базарова М.Т.

628 топ.



СОЗЫЛМАЛЫ ОБСТРУКТИВТІ ӨКПЕ АУРУЫ (ХОБЛ) – БІРІНШІЛІК СОЗЫЛМАЛЫ ҚАБЫНБАЛЫ АУРУ ЖӘНЕ ТЫНЫС ЖОЛДАРЫНЫҢ ДИСТАЛЬДЫ БӨЛІКТЕРІН, ӨКПЕ ПАРЕНХИМАСЫН ЗАҚЫМДАЙТЫН ЖӘНЕ ЭМФИЗЕМА ТУЫНДАУЫМЕН ЖҮРЕТІН АУРУ; ОЛ АУА АҒЫСЫНЫҢ ШЕКТЕЛУІ МЕН ҚАЙТЫМДЫ ЖӘНЕ ҚАЙТЫМСЫЗ БРОНХИАЛЬДЫ ОБСТРУКЦИЯМЕН ЖҮРЕТІН ПРОЦЕСС. ТЫНЫС ЖОЛДАРЫНЫҢ ӨТІМДІГІНІҢ ТӨМЕНДЕУІ ПРОГРЕССИЯЛЫҚ ТҮРДЕ ДАМЫП ЖӘНЕ ӨКПЕНІҢ ШАҒДЫ ҚОҚЫСТАР МЕН ТҮТІН, АТМОСФЕРАЛЫҚ АУАНЫҢ ЛАСТАНУЫНА ЖАУАП РЕТІНДЕ ҚАБЫНБАЛЫ ЖАУАП АРҚЫЛЫ КӨРІНІС БЕРЕДІ.

СОӨА: қауіп факторы

Ішкі факторлар	Сыртқы факторлар
<ul style="list-style-type: none">■ Генетикалық бейімділік (мысалы, α_1-антитрипсин дефициті)■ Өкпе тіні өсуінің бұзылысы■ Жыныс	<ul style="list-style-type: none">■ <u>Шылым шегу</u>■ Өндірістік шаң және Химикалық заттар■ Қоршаған ортаның ластануы■ Инфекциялар■ Социальді-экономикалық статус■ Тамақтану сипаты

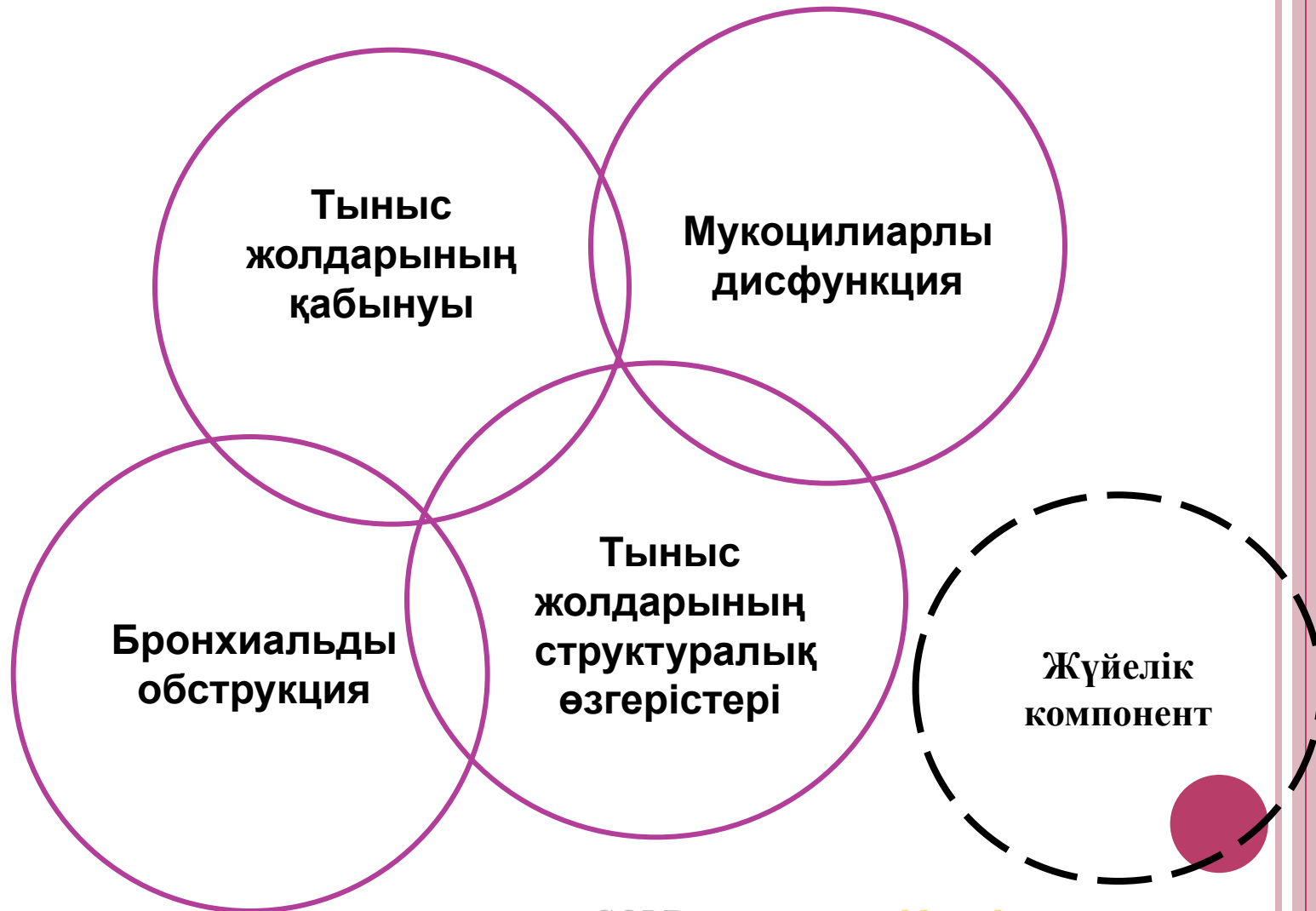


СОӨА АУЫРАТЫН НАУҚАСТАР ЛЕТАЛЬДЫЛЫҒЫНЫҢ ПРЕДИКТОРЛАРЫ

- **Бронхиальді обструкцияның ауырлығы**
- Тамақтану статусы (ИМТ)
- Ентікпенің айқындылығы
- **Өршудің жиілігі және ауырлығы**
- Өкпелік гипертензия
- СОӨА науқастар өлімінің негізгі себептері- тыныс жетіспеушілігі (ДН), өкпе обыры, жүрек-тамырлық аурулар және басқа локализациялық обырлар.



СОӨА: КӨПКОМПОНЕНТТІ АУРУ



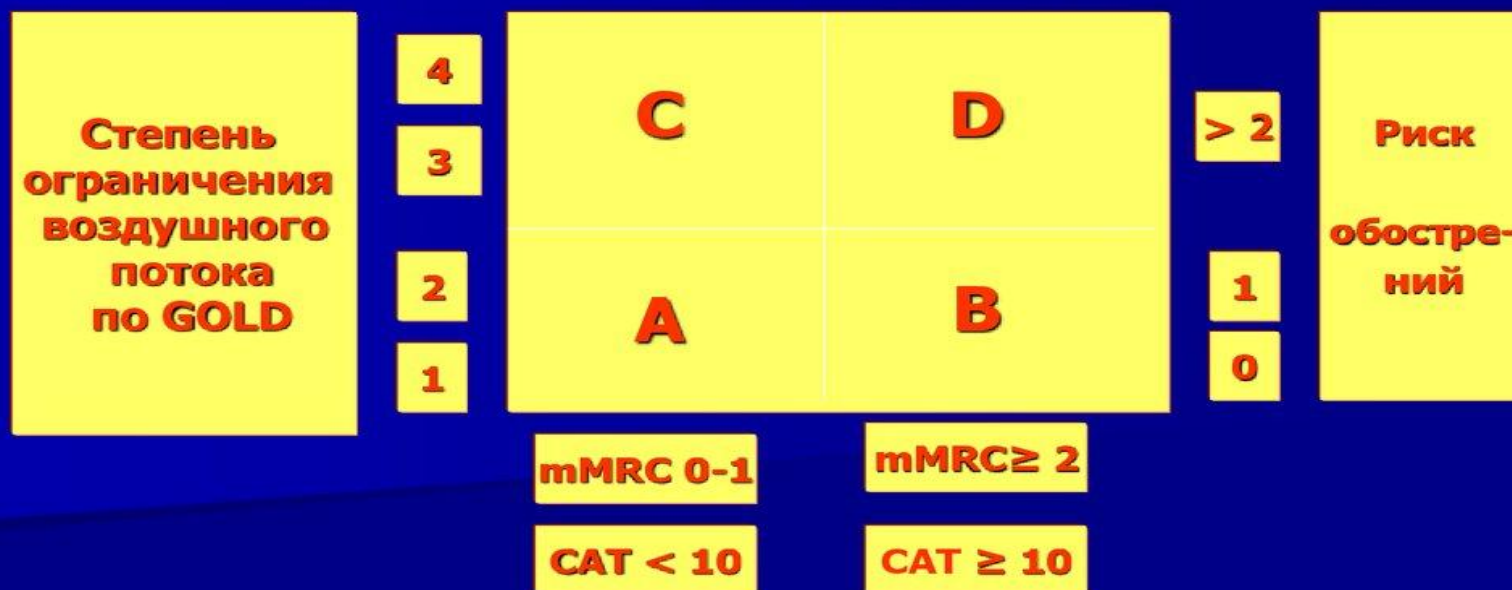
КЛАССИФИКАЦИЯ

- Негізгі клиникалық классификация ретінде СОӨА жүйелі (АВСD) категориясы бойынша бағалау болып табылады. Сонымен қоса, классификацияда ару ағымын және ауру фазасын белгілеу керек (тұрақты ағым немесе өршу).



1) СОӨА КОМПЛЕКСТІ БАҒАЛАУЫ КЛИНИКАЛЫҚ СИПІМТОМДАРДЫ САТ САУАЛНАМАСЫ БОЙЫНША БАҒАЛАУ НЕМЕСЕ БРОНХ ОБСТРУКЦИЯСЫНЫҢ ЖӘНЕ ӨРШУ mMRC ДӘРЕЖЕСІ БОЙЫНША БАҒАЛАУ.

Суммарная таблица интегральной оценки ХОБЛ (GOLD, 2011)



- **Категория А:** mMRC сауалнамасы бойынша баллдар саны— 0-1. CAT сауалнамасы бойынша < 10 ; Бір жыл ішінде өршу саны— 0-1; Бронхобструкція дәрежесі спирография көрсеткіштеріне байланысты— 1- 2 степені.
- **Категория В:** mMRC сауалнамасы бойынша баллдар саны ≥ 2 / Баллдар саны CAT сауалнама бойынша ≥ 10 . Бір жылда өршүімтез— 0-1; спирография көрсеткіштеріне қарай-1-2 жәредже
- **Категория С:** C D A B бронхообструкція дәрежесі 1 2 3 4 өршү қауіпі (алдыңғы жыл үшін өршү) 0 1 2 және одан кқп
CAT < 10 CAT ≥ 10 mMRC 0-1 mMRC ≥ 2 5 по опроснику
mMRC – 0-1 сауалнамасына байланысты өршү саны /CAT сауалнамасына байланысты баллдар CAT < 10 ; □ бір жыл ішінде өршү саны >2 ; □ бронхообструкція дәрежесі спирография көрсеткіштері бойынша— 3 - 4 степені.
- **Категория D:** □ : mMRC сауалнамасы бойынша баллдар саны ≥ 2 / : mMRC сауалнамасы бойынша баллдар саны ≥ 2 CAT ≥ 10 ; □ бір жыл ішінде өршү саны >2 ; □ Бронхообструкція дәрежесі спирография көрсеткіштернен— 3 - 4 степені



- **Саты 0. Қауіп стадиясы** — созылмалы жөтел және қақырық бөліну; өкпе құрылымы қалыпты.
Саты I. Жеңіл ӨСОА – айқын емес (жеңіл) бронхообструкция және әрқашан жөтел және қақырық бөліну бола бермейді.
- Саты II. Орташа** ӨСОА — бронхообструкцияның үдеуі және симптомдардың үдеуі, физикалық күштемеде ентiгу дамиды.
- Саты III. Ауыр** ӨСОА — бронхообструкцияның одан әрі үдеуі, ентiкпенiң үдеуі және жиі ушығу.
- Саты IV. Өте ауыр** ӨСОА – ауыр бронхообструкция немесе созылмалы тыныс жеткіліксіздігінің болуы.



- СОӨА кезіндегі бронхообструкция дәрежесі спирография көрсеткіштеріне қарай бағаланады. Спирометрия бронхолитикпен (сальбутамол 400 мкг) ингаляция жасалған соң өткізіледі. Диагностикалық критерий ретінде $ОФВ1/ФЖЕЛ = 0,7 (70\%)$ и значение $ОФВ1$ қатынасын пайдаланады:
- **1 дәреже:** жеңіл $ОФВ1 \geq 80\%$
- **2 дәреже:** орташа ауырлық $ОФВ1 79-50\%$ ($50\% \leq ОФВ1 < 80\%$ от должного); □
- **3 дәреже:** ауыр $ОФВ1 49-30\%$ от д.в. $30\% \leq ОФВ1 < 50\%$ от должного; □
- **4 дәреже:** аса ауыр $ОФВ1 < 30\%$



СОӨА ағымының фазасын анықтау: СОӨА өршуі жалпы жағдайынның нашарлауына алып келетін басқа себептері болмаған кезде, респираторлы симптомдардың күшеюімен көрінетін жедел ағымды болып келеді. Бірнеше күннен бірнеше аптаға дейін созылады және терапияны күшейтуді талап етеді. Ауру өршуінің 3 дәрежесін айырады: жеңіл, орташа, ауыр.

- **Жеңіл** Науқасқа өз күшімен жүзеге асыра алатындай терапия көлемін күшейту керек
- **Орташа** Науқасқа дәрігердің консультациясын қажет етумен жүргізілетін терапия көлемін күшейту керек
- **Ауыр** Науқасты госпитализациялауды қажет ететін және науқас немесе дәрігер жағдайының анық және тез арада нашарлауын байқайды.
- **Тұрақты ағым**— СОӨА өршуімен байланыссыз және күнделікті симптоматиканың тұрақты айқындылығымен көрінеді



- СОӨА асқынуы: □ Тыныс жетіспеушілігі
- (клиникалық көрсеткіштермен, сатурациямен, артерияльды қанның газымен анықталады):
- I, II, III дәреже

Таблица 3. Классификация дыхательной недостаточности по степени тяжести [1, 2]

Степень	Однaкa (по А. Г. Дембо, 1957)	P_{aO_2} , мм рт. ст.	SaO_2 , %	P_{aCO_2}
Норма	-	> 80	> 95	36-44
I	При значительной нагрузке	70-79	90-94	< 50
II	При повседневной нагрузке	50-69	75-89	50-70
III	В покое	< 50	< 75	> 70

- **СОӨА диагнозын қоюда ескеріледі:** □
- Ауру аты— СОӨА □
- Дәрежесі (А, В, С, D) □
- Ауырлық дәрежесі □
- Өршу фазасы немесе тұрақты ағым □
- Асқынуы: Тыныс жетіспеушілігі (I, II, III дәреже), созылмалы өкпелік жүрек.



□ **Диагноз қоюда мысал**

- **СОӨА, С категориясы, ауыр ағымды, өршу кезеңі. ТЖ ІІ дәреже. СӨЖ декомпенсация кезеңінде.**
- **СОӨА, В категориясы, орташа ауырлық дәрежесі, тұрақты ағымды. ТЖ ІІ ст. СӨЖ компенсация кезеңінде.**



КЛИНИКА

ӨСОА ең жиі симптомдары — ол еңтігу (ауа жетпеу сезімі), созылмалы жөтел және патологиялық қақырық. Ауру үдеуіне байланысты күнделікті физикалық жүктеме де шектеле береді.

Жөтел — ӨСОА ең алғашқы симптомы. Жеңіл жөтел алғашында адамдар мән бермей жүре береді, оны темекінің әсері деп ойлайды. Ерте сатысында жөтел эпизодты сипатта болады. Ауру созылмалы түріне ауысқан кезде, жөтел үздіксіз болып, тіптен түнгі уақытта да сақталады.

Қақырық — ӨСОА ерте көріністерінің бірі. Аздаған мөлшерде қақырық бөліну арқылы жүреді. Аурудың жедел формасында үздіксіз, іріңді қақырық пайда болады.

Еңтігу — аурудың ең кеш сатысы, ол ауру пайда болған соң 10 жылдан кейін пайда болады. Еңтігу тек жедел респираторлы ауру кезінде немесе физикалық жүктеме кезінде пайда болады. Еңтігудің жиілеуі байқалады. Күнделікті жұмыс кезінде науқас ауа жеткіліксіздігін сезінеді, ал біршама физикалық күштемеден соң ауыр тыныс жеткіліксіздігі дамиды. Осы симптомдар ғана кейде дәрігерге баруға себеп болады.



СОӨА диагнозы бар екенінен күдіктену керек егер науқаста :

Симптомдар	Симптомдар сипаттамасы
■ Жөтел	■ Эпизодты немесе күнделікті, жиі бір күн аралығында, сирек түнгі уақытта
■ Қақырық бөлінуі	■ Кез-келген продуктивті жөтел
■ Ентігу	■ Уақыт өткен сайын біртіндеп күшейеді ■ Жиі, күнделікті байқалатын ■ Ауыр демалуға, ауырлыққа, ауа жетпеуге, тұншығуға шағымдар ■ Ентігудің физ жүктемеден кейін күшеюі ■ Респираторлы инфекция кезінде жағдайының нашарлауы
■ Анамнезінде СОӨА қауіп факторының болуы	■ Шылым шегу ■ Жұмыста химикалық заттар және шаң-тозанмен қатынаста болу ■ Қазан/ошақтардан болған түтінмен қатынаста болу

ШАҒЫМДАРЫ ЖӘНЕ АНАМНЕЗ

- Созылмалы жөтел (3 айдан артық)
- Созылмалы қақырық бөлінісі
- Ентікпе
- Шылым шегу
- Өндірістік қызмет (шаң, газ, түтін, химиялық аэрозольдар)
- Нашар желдетілетін немесе желдетілмейтін бөлмелердегі органикалық отын, тамақ пісіру кезіндегі ауадағы бөліністер
- Қолайсыз қоршаған орта экологиясы
- Мезгіл-мезгіл өршу



□ **Физикальдық тексеру:** □

- Бронх обструкциясының белгілері (аускультация кезіндегі дем шығарудың ұзаруы, құрғақ ысқырықты сырылдар); □
- Эмфизема белгілері (бөшкетәрізді кеуде торы, перкуторлы қорап тәрізді дыбыс);
- Цианоз (гипоксия кезінде) □
- ТЖ көріністері;
- Өкпелік жүрек көріністері болуы мүмкін

- Физикальдық өзгерістердің болмауы СОӨА жоқ екенің білдірмейді



ДИАГНОСТИКА

□ **Негізгі диагностикалық шаралар:**

- Терапевт консультациясы.
- Жалпы қан анализі.
- Жалпы зәр анализі.
- Микрореакция.
- Қақырықтың жалпы анализі.
- Флюорография.
- Ішкі тыныс функциясын өлшеу.
- Қанның газды құрамы.

□ **Қосымша диагностикалық шаралар:**

- Қақырық цитологиясы.
- Қақырықты КБ (Кох бацилласы) тексеру.
- Микробтардың антибиотикке сезімталдығын анықтау.
- Кеуде қуысы мүшелерінің рентгенографиясы.
- Фибробронхоскопия.
- Пульмонолог кеңесі.
- Отоларинголог кеңесі.



ЛАБОРАТОРЛЫ ТЕКСЕРУЛЕР:

- **ЖҚА-** Нейтрофильді лейкоцитоз таяқшайдролы шегінумен, СОЭ жоғарлауы— ауру өршуінің белгісі
- **Артериальды қан газы** (SpO_2 92% төмен)
- **Жалпы қақырық анализі**— тұтқырлықтың жоғарлауы, қақырық түсінің өзгеруі.
- **Қақырықтың цитологиялық тексеруі-** қабыну процессінің айқындылығы және характері жайлы ақпарат береді және атипиялық клеткаларды анықтауға мүмкіндік береді.
- **Қақырықты БК тексеру** (туберкулезге күдіктенгенде)
- **Қақырықты флораға және АБ-ге сезімталдығын анықтау** (көрсеткіштер бойынша)



ИНСТРУМЕНТАЛЬДЫ ТЕКСЕРУЛЕР:

- **Флюорография** (рентгенография) : СӨӨА жеңіл дәрежесі кезінде өзгерістер байқалмайды
- **Дем шығару жылдамдығы (ПСВ)** – көрсеткіштер ұзақ уақытқа қалыпты болуы мүмкін
- **Спирография** – келесі көрсеткіштер: алғашқы секундада форсирленген тыныс шығару (ОФВ1); форсирленген өкпенің өмірлік көлемі (ФЖЕЛ).
- **ЭКГ** – Оң жақ жүрек гипертрофиясы байқалады
- **Пульсоксиметрия - SatO2** өлшеу және мониторлеу үшін
- **Кеуде сегментінің компьютерлі томографиясы** – эмфизема диагностикасы
- **Жүрек УДЗ (ЭХО-кардиография)** – өкпелік гипертензия, жүрек дисфункциясын анықтауға мүмкіндік береді
- **Пульмонолог консультациясы** көрсеткіштер бөйынша (дифф диагностика үшін, базисті терапия эффективті болмаған жағдайда).



ДИАГНОСТИЧЕСКАЛЫҚ АЛГОРИТМ:

- Симптомдар: созылмалы продуктивті жөтел, ысқырықты тыныс, экспираторлы ендікпе, эмфизема белгілері, пневмосклероз белгілері, ТЖ, СӨЖ



*Қауіп фактор болуы: шылым шегу, поллютанттар, үй отынының түтіні



**Спирометрия * $ОФВ1/ФЖЕЛ < 70$
и/или $ОФВ1 < 80$**



□ ИӘ

СОӨА



СОӨА ағымы және өршу
бағасы

□ ЖОҚ

СОӨА диагнозы болуына
мүмкіндік аз.
Диагностикалық
изденісті жалғастыру

ЖҚА, ЖЗА





– Алгоритм действий при неотложных ситуациях: неотложные состояниями при ХОБЛ являются обострения.
Тактика лечения при обострении ХОБЛ.



Антибиотики:
Амоксициллин или
Амоксициллин /
клавуланат или
Макролид

Муколитики:
N-ацетилцистеин,
карбоцистеин,

Системные ГКС:
per os
(парентерально при
противопоказаниях к
таблетированному
приему)

11. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЭТАПЕ СКОРОЙ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ [1, 13, 14, 15]:

1) Диагностические мероприятия:

- измерение пиковой скорости выдоха (противопоказана при тяжело обострении);
- ЭКГ;
- пульсоксиметрия.

2) Медикаментозное лечение:



Перечень основных лекарственных средств:

Таблица 12.-Перечень основных бронхолитиков при обострении ХОБЛ

Формы и дозы				
	Раствор для небулайзера (mg/ml)	Внутрь (per os)	Парентеральные формы (мг)	Длительность действия (часы)
<i>B₂ - агонисты</i>				
<i>Короткого действия</i>				
Сальбутамол (УД – А)	5 мг/мл		0,1,0,5	4-6
<i>Антихолинергические препараты</i>				
<i>Короткого действия</i>				
Ипратропиума бромид (УД – А)	0,25 мг/мл			6-8
<i>Комбинированные короткого действия B₂ – агонисты и антихолинергические препараты</i>				
Фенотерол/ипротропиума бромид (УД – А)	0,5/0,25 мг/мл			6-8

Таблица 13- Перечень основных ГКС при обострении ХОБЛ

Формы и дозы				
	Раствор для небулайзера (mg /ml)	Внутрь (per os)	Парентер альные формы (мг)	Длительность действия (часы)
<i>Ингаляционные глюкокортикостероиды</i>				
Будесонид (УД – В)	0,25- 0,5			
<i>Системные кортикостероиды</i>				
Преднизолон (УД – В)		30-40 мг	60-90 мг	4-24

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬДЫ ДИАГНОСТИКА

Диагноз	Дифф диагностика үшін негіздеме	Тексерулер	Диагнозды жоққа шығару критеріі
Бронхиальды астма	Жиі жастық шақта. Симптомдар түнде және таңертен өршийді. Жиі аллергия болады. Отбасы анамнезінде БА	Спирография Пикфлоуметрия Аллерготестирование (Ig E, ЭСР)	Бронх обструкциясының қайтымсыздығы Вариабельность ПСВ < 15%
Тұтқырлы жүрек жетіспеушілігі	Кеуде кл R-графиясында. Жүрек кеңейген, өкпе ісінген.	ЭХОКГ	ЭХОКГ (ФВ в норме) Рентгенологическ и-нет признаков отека легких

Бронхо эктазия	Жиі бастамалы Іріңді қақырықты Аускультативті – төмен тембрлі жиі локадьды болатын әртүрлі калибрлі сырылдар	Амоксициллинкл авуланат в/в (УД – В) Макролид Цефалоспорины III в/м, в/в (цефтриаксон, цефтазидим, цефексим, цефоперазон) Респираторлы фторхинолондар в/в: левофлоксацин моксифлоксацин	Фторхинолондар Ципрофлоксацин Карбапенемы: Эртапенем в/м Оксазолидиноны Линезолид (внутриь, внутривенно)
-----------------------	---	--	---



Емі

- **Емдеу тактикасы:** ауру үдеуін төмендету.
- Ол үшін басты әрекет темекі шегуді тоқтату. Симптоматикалық емнің басты жолы бронхолитикалық заттар, әсіресе ингаляция түрінде. Қажетінше және үнемі қолдану ретінде тағайындалады. Әр түрлі топтағы бронхолитиктар арасындағы таңдау индивидуалды реакция және жанама әсерлерге байланысты болады. Ұзақ әсерлі бронходилататорлармен емдеу эффективті, қысқа әсерлі бронх кеңейткіш дәрілерге қарағанда.
- Теофиллин ӨСОА кезінде эффективті, бірақ оның токсикалық әсеріне байланысты ингаляциялық бронходилататорлар жақсырақ. Ингаляциялық кортикостероидтар қолданылады: ингаляциялық кортикостероидтардың тәжірибелік пробасында оң спирометриялық жауап және клиникалық жақсару болғанда; $ФТШК1 < 50\%$ қалыпты көрсеткіштен (мысалы, 3 рет ақырғы 3 жылда).
- ӨСОА барлық сатысында қажет: қауіп факторларын аластату, жыл сайынғы грипқа қарсы вакцинация және қажетінше қысқа әсерлі бронходилататорлар.



Емі

- **ӨСОА жеңіл сатысында** (бірінші) және аурудың клиникалық көріністерінің болмауы кезінде науқас күнделікті дәрілік терапияны қажет етпейді.
Интермиттирлеуші симптомдары бар науқастар ингаляциялық бета-2-агонисттердің бірі немесе қысқа әсерлі М-холинолитик (сальбутамол — 200-400 мкг, фенотерол -200-400 мкг), ипратропий бромид 40 мкг, беродуал (фенотеролдың фиксирленген комбинациясы мен ипратропий бромид).
- **2-4 сатыларда** – ұзақ әсерлі бронходилататорлардың бірін үнемі емге қосу (сальметерол-50 мкг немесе формотерол-12 мкг тәулігіне екі рет).
- **3-4 сатыларда** ингаляциялық глюкокортикостероидтармен үнемі ем көрсетілген (беклометазон дипропионат — 600-800 мкг тәулігіне, будесонид – 800-1600 мкг тәулігіне, немесе флутиказон пропионат– 250-1000 мкг тәулігіне).

□



Емі

- Жүйелі глюкокортикостероидтар стабільды ем кезінде көрсетілмеген.
- Муколитиктерді (амброксол) жабысқа қақырығы бар науқастарға тағайындалады.
- Антибактериальды терапияны іріңді қақырық болған кезде антибиотикограмманы ескере отырып тағайындайды. Жаңа генерациядағы макролидтер қолданылады (спирамицин), амоксициллин+клавулан қышқылы (амоксиклав), клиндамицин муколитиктармен бірге (спирамицин 3 000 000 ЕД — 2 рет, 5-7 күн, амоксиклав 625 мг — 2 рет, 7 күн, кларитромицин 250 мг — 2 рет, 5-7 күн, цефтриаксон 1,0 — 1-2 рет, 5 күн, метронидазол 100 мл т/і тамшылатып).
- Бактериологиялық зерттеу нәтижесі дайын болған соң клиникалық әсерге және анықталған микрофлораға байланысты емге өзгерістер енгізіледі. (цефалоспорин, фторхинолон және т.б).
- Емде маңызды рольді емдік гимнастика атқарады, ол бронх ағашының дренажды функциясын қалпына келтіріп, тыныс мускулатурасын жақсартады. Сонымен қоса, физиотерапевтикалық әдістер және тыныс мускулатурасына емдік массаж қолданылады.



- *- ҚӘАХ — қысқа әсерлі антихолинергик;
- ҚӘБА — қысқа әсерлі β_2 -агонист;
- ҰӘБА — ұзақ әсерлі β_2 -агонист
- ;ҰӘАХ — ұзақ әсерлі антихолинергик;
- ИГКС — ингаляциялық
глюкокортикостероидтар;
- ФДЭ-4 — фосфодиэстераза — 4
ингибиторы.



ӨСОА ФАРМАКОЛОИЯЛЫҚ ТЕРАПИЯСЫНЫҢ СХЕМАСЫ (GOLD 2013)

СОӨА бар науқастар тобы	Таңдау препараты	Альтернативті препараттар	Басқа препараттар
<p>ӨСОА, ауыр емес ағым, (постбронходилатациялық ФТШК1 \geq 50% қалыптыдан) өршу қаупі төмен және сирек симптомдарымен (А тобы)</p>	<p>1-ші схема: ҚӘАХ «сұраныс бойынша» 2-ші схема: ҚӘБА «сұраныс бойынша»</p>	<p>1-ші схема: ҰААХ 2-ші схема: ҰӘБА 3-ші схема: ҚӘБА+ ҚӘАХ бірге</p>	<p>1) Теофиллин</p>
<p>ӨСОА, ауыр емес ағым (постбронходилатациялық ФТШК1 \geq 50% қалыптыдан) өршу қаупі төмен және жиі симптомдарымен (В тобы)</p>	<p>1-ші схема: ҰӘАХ 2-ші схема: ҰӘБА</p>	<p>1-ші схема: ҰӘАХ + ҰӘБА</p>	<p>1) ҚӘАХ және/немесе ҚӘБА 2) Теофиллин</p>

ӨСОА ФАРМАКОЛОИЯЛЫҚ ТЕРАПИЯСЫНЫҢ СХЕМАСЫ (GOLD 2013)

СОӨА бар науқастар тобы	Таңдау препараты	Альтернативті препараттар	Басқа препараттар
<p>ӨСОА, ауыр ағым (постбронходилатациялық ФТШК1\geq 50% қалыптыдан) өршу қаупі жоғары және сирек симптомдарымен (С тобы)</p>	<p>1-ші схема: ҰӨБА/ИГКС 2-ші схема: ҰӨАХ</p>	<p>1-ші схема: ҰӨАХ + ҰӨБА 2-ші схема: ҰӨАХ + ФДЭ-4 ингибиторлары 3-ші схема: ҰӨБА + ФДЭ-4 ингибиторларымен</p>	<p>1)ҚӨАХ және/немесе ҚӨБА 2)Теофиллин</p>
<p>ӨСОА, ауыр ағым (постбронходилатациялық ФТШК1\geq 50% қалыптыдан) өршу қаупі жоғары және жиі симптомдарымен (D тобы)</p>	<p>1-ші схема: ҰӨБА/ИГКС 2-ші схема: 1-ші схема+ ҰӨАХ 3-ші схема: ҰӨАХ</p>	<p>1-ші схема: ҰӨБА/ИГКС+ ҰӨАХ 2-ші схема: ҰӨБА/ИГКС+ ФДЭ-4 ингибиторы 3-ші схема: ҰӨАХ +ҰӨБА 4-ші схема: ҰӨАХ + ФДЭ-4</p>	<p>1)Карбоцистеин 2)ҚӨАХ Және/немесе ҚӨБА 3)Теофиллин</p>

□ **Басты дәрі – дәрімектер жиыны:**

□

*Бекламетазон аэрозоль 200 доз

*Ипратропий бромид аэрозоль 100 доз

*Сальбутамол аэрозоль 100 мкг/доза; таблетка 2 мг, 4 мг;
небулайзерға ерітінді 20 мл

*Теofilлин таблетка 200 мг, 300 мг таблетка ретард 350
мг

*Фенотерол аэрозоль 200 доз

*Ипратропий бромид 21 мкг+фенотерол гидробромид 50
мкг

*Амброксол таблетка 30 мг; сироп 30 мг/5 мл

*Амоксициллин+клавулан қышқылы 625 мг

*Азитромицин 500 мг

*Метронидазол 100 мл , флакон

□



□ Қосымша дәрі – дәрімектер жиыны:

□

*Аминофиллин инъекцияға арналған ерітінді 2,4% ампулада 5 мл, 10 мл

*Салметерол ингаляция үшін аэрозоль 25 мкг/доза

*Флютиказон аэрозоль 120 доз

*Кларитромицин 500 мг, табл.

*Спирамицин 3 млн. ЕД, табл.

□

Келесі емдеу сатысына көшіру критерилері:

Үш күн бойы субфебрильды температура.

Ішкі тыныс алу функциясының көрсеткіштерінің төмендеуі 10 % дейін.

Тыныс жеткіліксіздігінің және жүрек жеткіліксіздігінің өршуі





ӨСОА өршуі бар науқастардағы бағалау DECAF шкаласы.

Ентiгу	Балл
Emrcd 5a*	1
Emrcd 5b**	2
Эозинопения ($<0.05 \times 10^9/\text{л}$)	1
Консолидация	1
Ацидоз ($\text{pH} < 7.3$)	1
Жыпылықты аритмия	1
Жалпы балл DECAF	

***emrcd 5a** -минимальды физикалық жүктеме кезіндегі ентiгу, бірақ науқастар өздері киініп, жуына алады

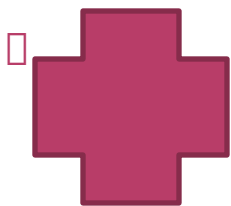
****emrc 5b** — минимальды физикалық жүктеме кезіндегі ентiгу, науқаст өздеріне қарай алмайды.

Бұл шкала ӨСОА бар науқастардағы өршу кезіндегі летальды жағдайды болжауға негізделген



- Басқа специалисттер консультациясына көрсеткіштер:
- пульмонолог – (стационарға госпитализациялағанда) – жүргізілген терапия нәтижесі болмаса, кислородотерапия, вентиляциянды көмек қажет болғанда;
- кардиолог – Аритмия және басқа ССС болғанда
- отоларинголог – тыныс жолдарының патологиясы бар немесе жоқ
- онколог – ісікке күдік
- фтизиатр – туберкулезге күдік
- эндокринолог – көмірсу алмасуы бұз, метаболитикалық синдром
- реабилитолог – физикалық активтілік жеке программасын құрастыру
- психотерапевт (психиатра) – депрессия, ментальды статус өзгерісі



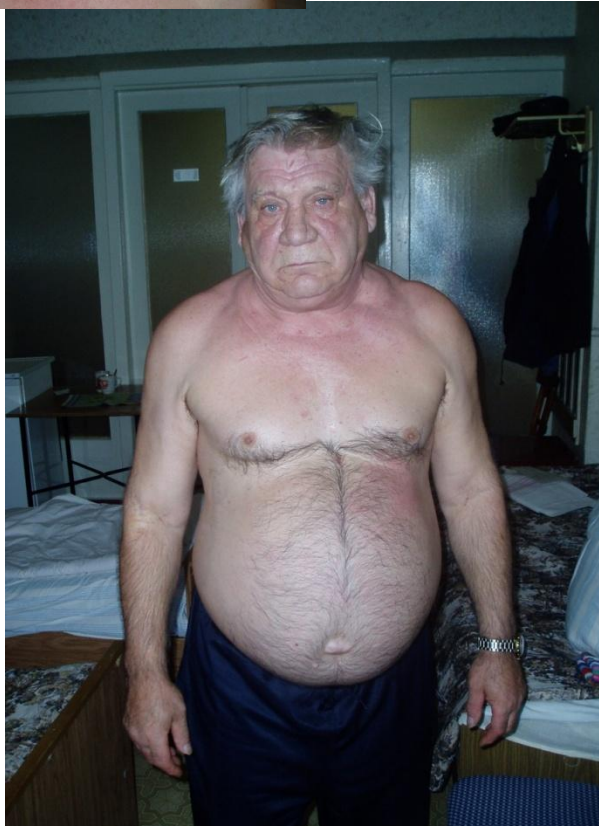


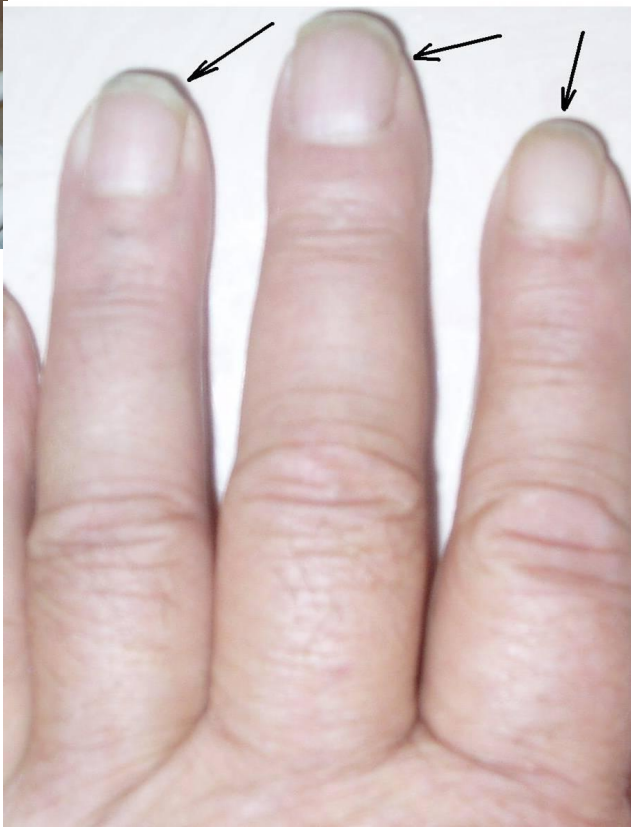
СОӨА кезінде науқасты қатты қадағалау керек.

Сипмтомдардың мониторингі, мүмкін болу асқынулар қадағаланады. ПМСП дәрігерлерімен жылына 4 рет диспансерлік бақылауда қаралады.

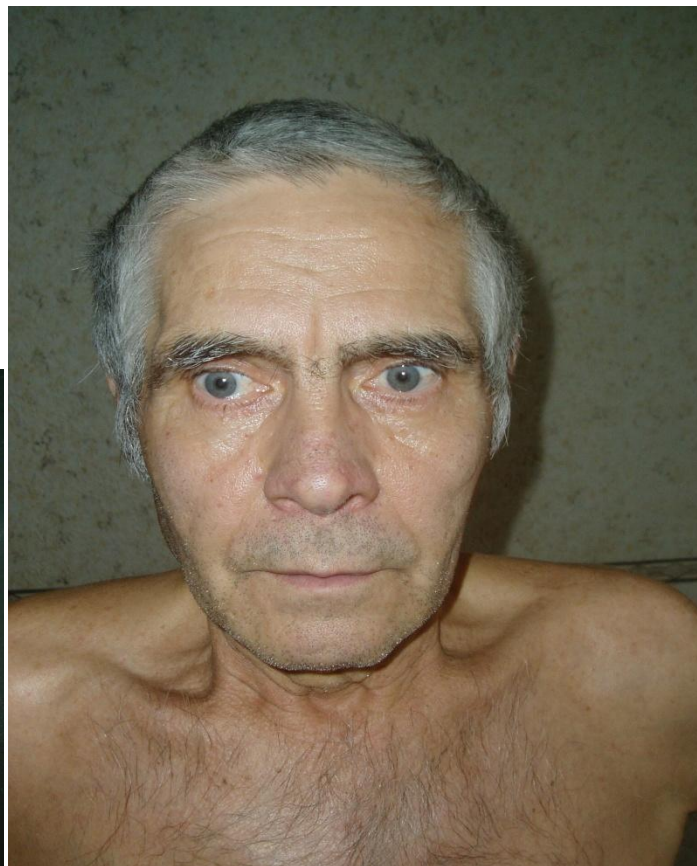


Портрет больного с бронхитическим вариантом ХОБЛ





Портрет больного с эмфизематозным вариантом ХОБЛ



ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ ▾

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ
СВЕДЕНИЯ ▾

ДИАГНОСТИКА ▾

ЛЕЧЕНИЕ ▾

ДАЛЬНЕЙШЕЕ
НАБЛЮДЕНИЕ ▾

ИСТОЧНИКИ ▾

Скрининг

Осложнения

[ПОСМОТРЕТЬ ВСЕ ▾](#)

ОСЛОЖНЕНИЕ	ВРЕМЕННЫЕ РАМКИ	ВЕРОЯТНОСТЬ
▾ легочное сердце	отдаленные	высокая
▾ рецидивирующая пневмония	вариабельные	высокая
▾ депрессия	вариабельные	высокая
▾ пневмоторакс	вариабельные	средняя
▾ дыхательная недостаточность	вариабельные	средняя
▾ анемия	вариабельные	средняя

Этиология

- На сегодняшний день табакокурение является главным фактором риска для ХОБЛ. Оно вызывает от 40 до 70% случаев ХОБЛ путем поддержания воспалительного ответа, дисфункции реснитчатого эпителия и оксидативного повреждения. Загрязнение воздуха и профессиональные влияния также являются частыми этиологическими факторами. Оксидативный стресс и дисбаланс протеиназ и антипротеиназ тоже являются важными факторами в патогенезе ХОБЛ, особенно у пациентов с недостаточностью альфа-1-антитрипсина, имеющих панлобулярную эмфизему, которая обычно проявляется уже на ранних стадиях. [\[1\]](#)



ПАТОФИЗИОЛОГИЯ

- Критерием ХОБЛ является хроническое воспаление, которое поражает центральные дыхательные пути, периферические дыхательные пути, паренхиму легких, альвеолы и сосудистую сетку легких. Основными компонентами этих изменений является сужение и ремоделирование дыхательных путей, увеличение количества бокаловидных клеток, увеличение желез, продуцирующих слизь в центральных дыхательных путях и, наконец, последующие изменения васкулярного русла, которые приводят к легочной гипертензии. Считается, что все это приводит к патологическим изменениям, которые определяют клиническую картину.
- Данные свидетельствуют, что ответ хозяина на ингаляционные стимулы приводит к развитию воспалительной реакции, которая влечет за собой изменения в дыхательных путях, альвеолах и легочных сосудах. Активированные макрофаги, нейтрофилы и лейкоциты являются ключевыми клетками в этом процессе. В отличие от астмы, при ХОБЛ эозинофилы роли не играют, кроме единичных случаев обострений. Однако метаанализ, проведенный на уровне пациентов, выявил, что у пациентов с ХОБЛ и с более низким уровнем эозинофилов в крови наблюдается большее количество эпизодов пневмонии, чем у лиц с более высоким уровнем. [\[10\]](#)



ПАТОФИЗИОЛОГИЯ

- При эмфиземе, которая является подтипом ХОБЛ, финальным результатом воспалительного ответа является повреждение эластина с последующей потерей альвеолярной целостности. [11] При хроническом бронхите, другом фенотипе ХОБЛ, эти воспалительные изменения приводят к дисфункции реснитчатого эпителия и увеличению количества и размера бокаловидных клеток, что приводит к избыточной секреции слизи. Эти изменения ответственны за обструкцию дыхательных путей, гиперсекрецию и хронический кашель. В обоих случаях изменения прогрессирующие и обычно необратимы.
- Растущая обструкция дыхательных путей - это физиологическое определение ХОБЛ. К росту устойчивой обструкции дыхательных путей приводят снижение эластичности, фиброзные изменения и обструкция просвета дыхательных путей секретом. Ограничение потока воздуха при выдохе влечет за собой чрезмерное расширение легких. Этот факт, вместе с деструкцией легочной паренхимы, делает пациентов ХОБЛ склонными к гипоксии, особенно во время активности. Прогрессирующая гипоксия влечет за собой истончение гладкой мускулатуры сосудистой стенки с последующей легочной гипертензией, которая является поздним осложнением и несет плохой прогноз. [12][13]



УРОВЕНЬ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ

- ▣ Доказательства А Снижение частоты обострений: существуют доказательства высокого качества, что комбинация антихолинергических средств с бета-2-агонистами короткого действия более эффективна, чем монотерапия бета-2-агонистами короткого действия, в снижении частоты обострений при ХОБЛ в течение 12 недель. Эта комбинация не представляется более эффективной в снижении обострений, чем монотерапия антихолинергическими средствами.
- ▣ Доказательства А Легочная функция: существуют доказательства высокого качества, что вмешательства относительно отказа от курения являются более эффективными, чем обычный уход, для улучшения ОФВ1 у лиц с ХОБЛ в течение 1-5 лет, а также в снижении смертности по всем причинам в течение 14,5 лет.
- ▣ Доказательства А Снижение частоты обострений: существуют доказательства высокого качества, что бета-2-агонисты являются более эффективными, чем плацебо, в снижении обострений в течение 12-52 недель.
- ▣ Доказательства А Легочная функция: существуют доказательства высокого качества, что теofilлин более эффективен, чем плацебо, в повышении ОФВ1. Однако, его эффективность ограничивается побочными действиями и требует частой проверки концентрации в крови.



УРОВЕНЬ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ

- Доказательства А Легочная функция: существуют доказательства высокого качества, что бета-2-агонисты являются более эффективными, чем плацебо, в росте ОФВ1 и улучшают оценку дневной одышки в течение 1 недели.
- Доказательства А Снижение частоты обострений: есть достоверная доказательная база, относительно эффективности профилактики азитромицином в уменьшении риска обострений у пациентов с ХОБЛ II, III, и IV стадий. Следует учитывать, что, при приеме препарата в течение 1 года, наиболее значимым побочным эффектом было снижение слуха. [\[146\]](#)
- Доказательства В Легочная функция: существуют доказательства среднего качества, что ипратропия бромид, антихолинергическое средство короткого действия, является более эффективным, чем плацебо, в улучшении ОФВ1 в течение 12 недель.
- Доказательства В Смертность: существуют доказательства среднего качества, что кислородная терапия в домашних условиях более эффективна, чем отсутствие кислородной поддержки в снижении смертности среди людей с тяжелой дневной гипоксемией, непрерывная кислородная терапия более эффективна, чем ночная оксигенотерапия в домашних условиях.

