



Международный казахско-турецкий университет имени Ходжи Ахмеда Ясави
Институт послевузовского высшего медицинского образования
Факультет послевузовского высшего медицинского образования
Кафедра Терапии

**СРС на тему:
Диагностика и лечение больных в пульмонологии.**

Выполнила: Алиева А.Ш

Группа: ЖМО-506

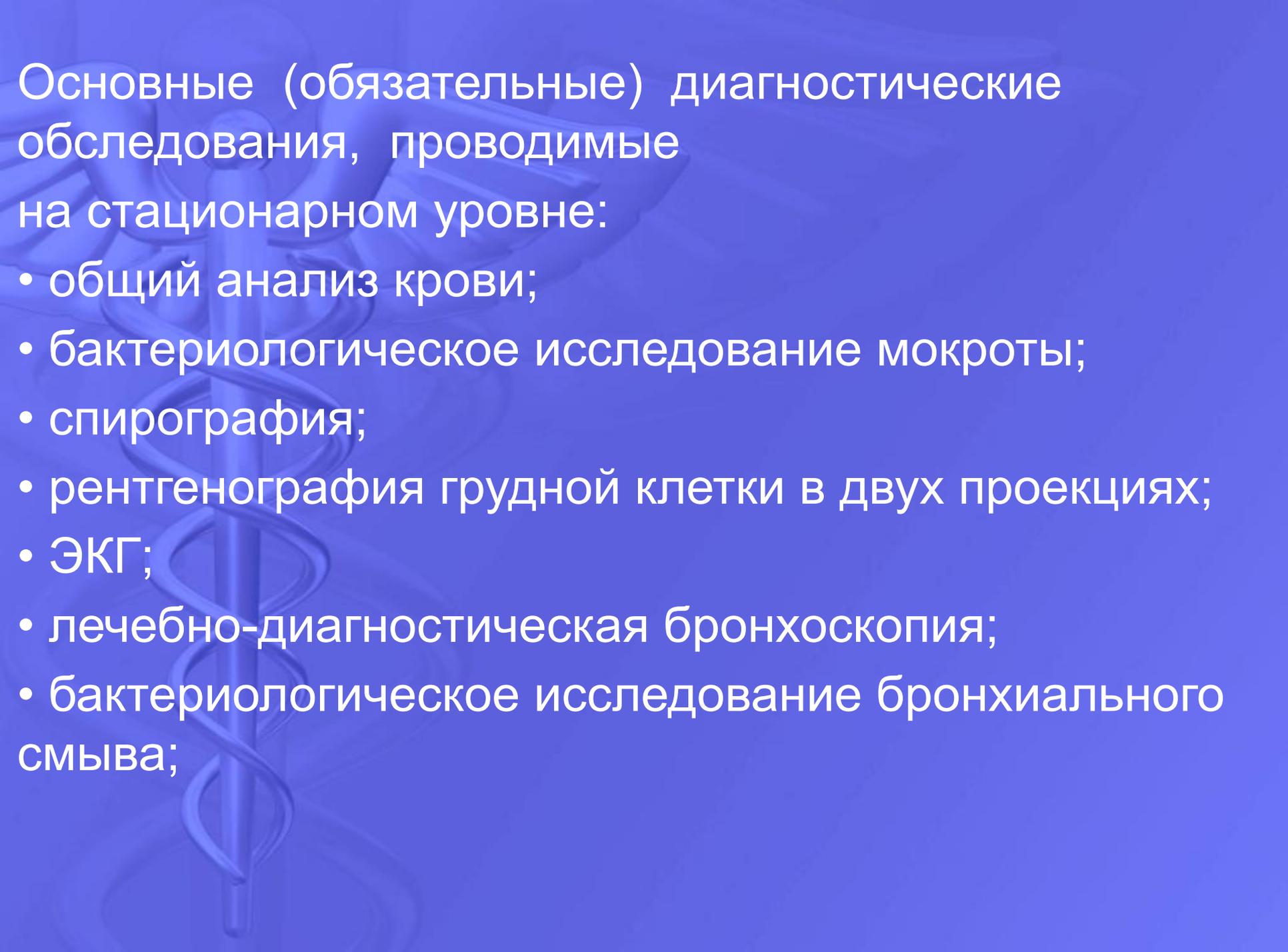
Преподаватель: Кульбаева Л.А

ШЫМКЕНТ, 2019

Бронхоэктатическая болезнь – заболевание, характеризующееся необратимыми изменениями (расширением, деформацией) бронхов, сопровождающимися функциональной неполноценностью и развитием хронического гнойно-воспалительного процесса в бронхиальном дереве. Видоизмененные бронхи носят название бронхоэктазов (или бронхоэктазии)

9. Клиническая классификация

- цилиндрические;
- варикозные (или веретенообразные);
- мешотчатые.



Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне:

- общий анализ крови;
- бактериологическое исследование мокроты;
- спирография;
- рентгенография грудной клетки в двух проекциях;
- ЭКГ;
- лечебно-диагностическая бронхоскопия;
- бактериологическое исследование бронхиального смыва;

- Лабораторные исследования:
- • ОАК: лейкоцитоз, нейтрофилез, ускорение СОЭ при присоединении
- бактериальной инфекции, снижение гемоглобина;
- • Исследование мокроты: при бактериологическом исследовании выявляют
- возбудителя заболевания (*H.influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, анаэробы, грибы).

- Немедикаментозное лечение:
- Диета высококалорийная, без ограничения жиров, богатая витаминами;
- Режим соблюдение санитарно гигиенического режима (проветривание помещений, исключение контакта с инфекционными больными, чистое нательное и постельное белье и др.);
- 14.2. Медикаментозное лечение:
- Антибактериальная терапия:
 - • Цефазолин, порошок для инъекции, 1г + 3 раза в день в течение 10 дней
 - • Цефтазидим, порошок д/и 1 г флакон 2 раза в день в течение 10 дней
 - • Цефепим, порошок д/и 1г 2 раза в день в течение 10 дней
 - • Цефуроксим, порошок д/и 750 мг 2 раза в день в течение 7 дней

Гентамицин 80 мг, раствор для инъекции 2 мл 2 раза в день в течение 5 дней

- Меропенем порошок д/и 1гр 2 раза в день в течение 10 дней
- Сульфаметоксазол + триметоприм, таблетки, 480 мг № 20 2 раза в день в течение 7 дней

Муколитические средства:

- Амброксол, р-р для ингаляции и 15мг/5мл 100 мл 2-3 раза в день 10 -14 дней;
- Амброксол, таблетки 30мг 2-3 раза в день 10 -14 дней;
- Ацетилцистеина раствор для ингаляций 20%, ампула 5мл 2 раза в день 10 дней;

Ингаляционные бронходилататоры:

- Ипратропия бромид флакон по 20 мл 2 раза в сутки течение 10-14 дней;
- Сальбутамол, аэрозоль 12 мл 5 дней;
- Аминофиллин, ампула 5 мл 2 раза в сутки 5 дней;

Глюкокортикоиды:

- Преднизолон, таблетки 1мг/кг 5 дней;

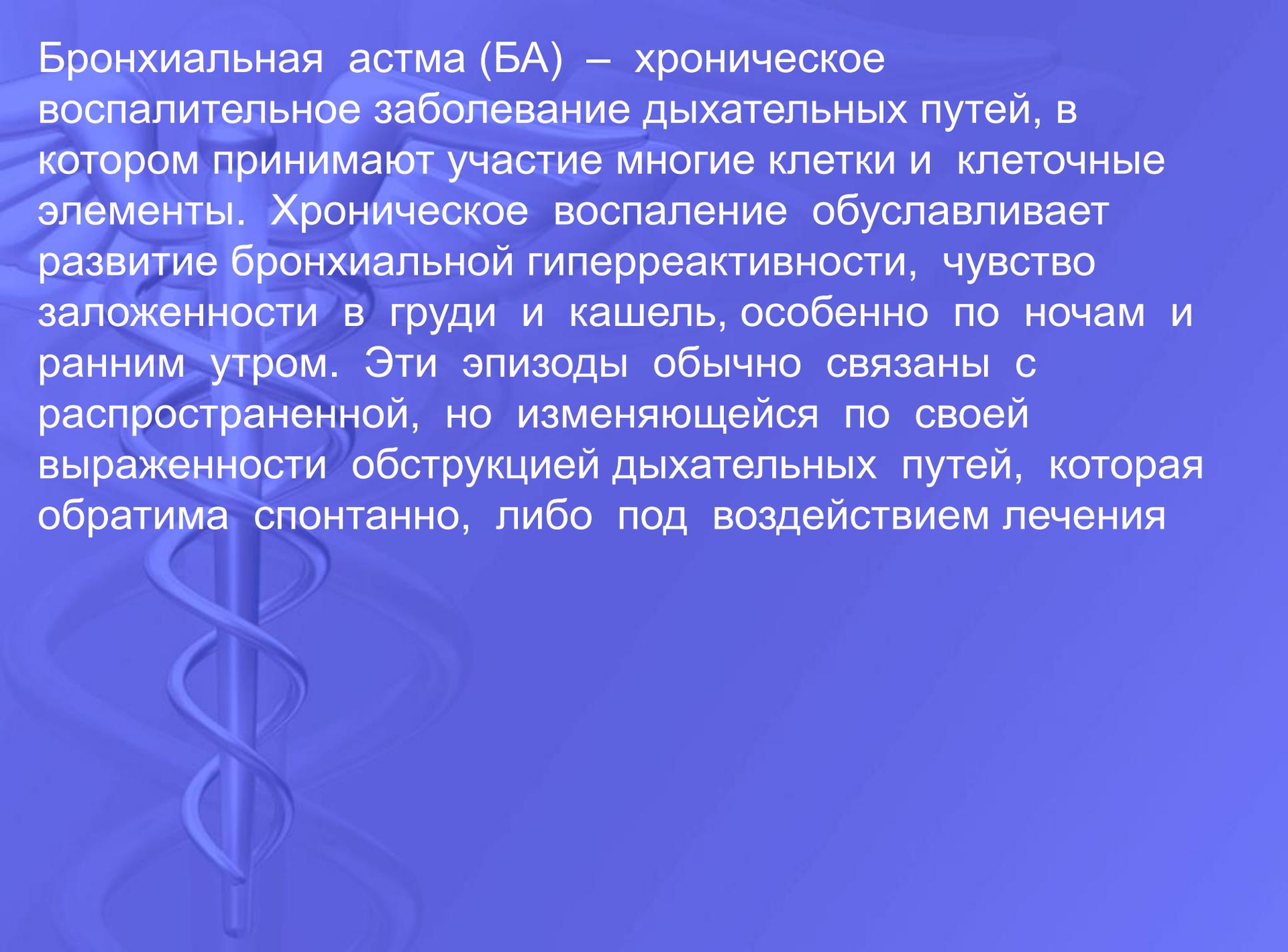
Противогрибковые препараты:

- Флуконазол, капсулы 50мг 2 раза в день 10 дней;

Симптоматическая терапия:

- Увлажненный кислород 1-2 л\мин до стабилизации сатурации кислорода

- Медикаментозное лечение, оказываемое на амбулаторном уровне:
- Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения):
 - Ацетилцистеина раствор для ингаляций 20% , ампула 5мл 2 раза в день 10 дней;
 - Сульфаметоксазол + триметоприм, таблетки, 480мг №20 2 раза в день в течение 7 дней.
- Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения):
 - Ипратропия бромид раствор для ингаляции 20 мл;
 - Цефазолин, порошок для инъекции, 1 г + 3 раза в день в течение 10 дней.
- 14.2.2. Медикаментозное лечение, оказываемое на стационарном уровне:
- Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100%



Бронхиальная астма (БА) – хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, в котором принимают участие многие клетки и клеточные элементы. Хроническое воспаление обуславливает развитие бронхиальной гиперреактивности, чувство заложенности в груди и кашель, особенно по ночам и ранним утром. Эти эпизоды обычно связаны с распространенной, но изменяющейся по своей выраженности обструкцией дыхательных путей, которая обратима спонтанно, либо под воздействием лечения

По степени тяжести БА различают:

интермиттирующая (ступень I): короткие обострения, ночные симптомы <2 раз в месяц; дневные симптомы реже 1 раза в неделю. ОФВ1 или ПСВ $\geq 80\%$

нормы, разброс показателей ПСВ менее 20%

персистирующая легкая (ступень II): симптомы <1 р/нед, но >1 р/мес; Обострения нарушают физическую активность и сон; ночные симптомы >2 р/месяц. ОФВ1 или ПСВ $\geq 80\%$ нормы, разброс показателей ПСВ 20%-30%.

персистирующая средней тяжести (ступень III): ежедневные симптомы; обострения нарушают физическую активность и сон; ночные симптомы >1 раза

в неделю; прием β -агонистов ежедневно, ОФВ1 или ПСВ – 60-80% от нормы, разброс показателей ПСВ >30%.

тяжелая персистирующая (ступень IV): симптомы постоянные, ограничена физическая активность; ночные симптомы частые; ОФВ1 или ПСВ <60% нормы, разброс показателей ПСВ > 30%.

Основные:

- общий анализ крови;
- измерение пиковой скорости выдоха (ПСВ) с проведением пробы с бронхолитиком или/и исследование функции внешнего дыхания (спирография) с бронхолитиком. Дополнительные:

- уровень общего иммуноглобулина E;
- общий анализ мокроты;
- цитологическое исследование мокроты;
- пульсоксиметрия;
- флюорография/рентгенография органов грудной клетки;
- специфическая аллергодиагностика in vivo и/или in vitro;
- эозинофильный катионный протеин;
- определение специфических антител к антигенам гельминтов и паразитов;
- компьютерная томография органов грудной клетки по показаниям;
- ЭКГ; • ЭХО-кардиография по показаниям; фибробронхоскопия по показаниям; консультация аллерголога;
- консультация пульмонолога;
- консультация отоларинголога.

Жалобы и анамнез

Эпизоды одышки, свистящие хрипы, кашель и/или заложенность в грудной клетке, особенно после контакта с аллергеном или неспецифическими ирритантами (дым, газ, изменение температуры и влажности воздуха, резкие запахи, физическая нагрузка и др.). Следует обратить внимание на наличие затяжных «простудных заболеваний» с сохранением кашля более 3 недель.

Наличие отягощенного семейного аллергоанамнеза.

Наличие у пациента проявлений атопии: аллергический ринит, атопический дерматит, крапивница и др.

. Физикальное обследование:

- Информативно приступообразное появление клинических симптомов:
- свистящие хрипы на выдохе, экспираторная одышка, участие вспомогательных
- мышц в акте дыхания, тахикардия. Отсутствие симптомов не исключает
- диагноз.

Подбор базисной терапии

Выбор медикаментозного лечения зависит от текущего контроля БА и тяжести астмы до назначения терапии. На каждой ступени терапии пациенты должны использовать препараты неотложной помощи (бронхолитики короткого и длительного действия).

Ступень 1 (интермиттирующая): короткодействующие ингаляционные β_2 -адреномиметики (сальбутамол, фенотерол) по потребности. Альтернативными препаратами могут быть короткодействующие антихолинергические препараты (ипратропия бромид), пероральные β_2 -агонисты. В случае эпизодов ухудшения или учащения симптомов назначается регулярная терапия, как для ступени 2.

Ступень 2 соответствует легкой персистирующей астме. Необходим регулярный прием одного из поддерживающих препаратов, обычно ИГКС в низких дозах (беклометазон 100-250 мкг/сут, будесонид 200-400 мкг/сут, флутиказон 100-250 мкг/сут, циклезонид 80-160 мкг/сут) а также ингаляции короткодействующего β_2 -адреномиметика при необходимости.

Альтернативными являются антилейкотриеновые препараты (монтелукаст) при побочных эффектах ИГКС (охриплость голоса) при сочетании БА с аллергическим ринитом.

Степень 3 (среднетяжелая персистирующая БА). Препарат неотложной помощи плюс один или два контролирующих: 1) комбинация низких доз ИГКС с ингаляционными β_2 -агонистами длительного действия в виде фиксированных препаратов (флутиказон/салметерола ксинафоат, Флутиказона пропионат или будесонид/формотерол); или 2) ИГКС в средних дозах (беклометазон 250-500 мкг/сут, будесонид 400-800 мкг/сут, флутиказон 250-500 мкг/сут, циклезонид 160-320 мкг/сут); или 3) ИГКС в низких дозах плюс антилейкотриеновый препарат; или 4) ИГКС в низких дозах плюс теофиллин замедленного высвобождения.

Аддитивный эффект ИГКС и пролонгированного β_2 -агониста обычно позволяет достичь контроля БА без наращивания доз ИГКС до средних и высоких. Увеличение дозы ИГКС требуется если контроль БА не был достигнут через 3-4 месяца данной терапии.

Монотерапия ингаляционными β_2 -агонистами длительного действия (салметерола ксинафоат, индакатерол) не допустима, они используются только в комбинации с ИГКС.

Ступень 4 (тяжелая персистирующая астма). Препарат неотложной помощи плюс два или более контролирующих. Выбор на этой ступени зависит от предшествующих назначений на ступени 2 или 3. Предпочтительна комбинация средних или высоких доз ИГКС (беклометазон 500-1000 мкг/сут, будесонид 800-1600 мкг/сут, флутиказон 500-1000 мкг/сут, циклезонид 320-1280 мкг/сут) с ингаляционными β 2-агонистами длительного действия

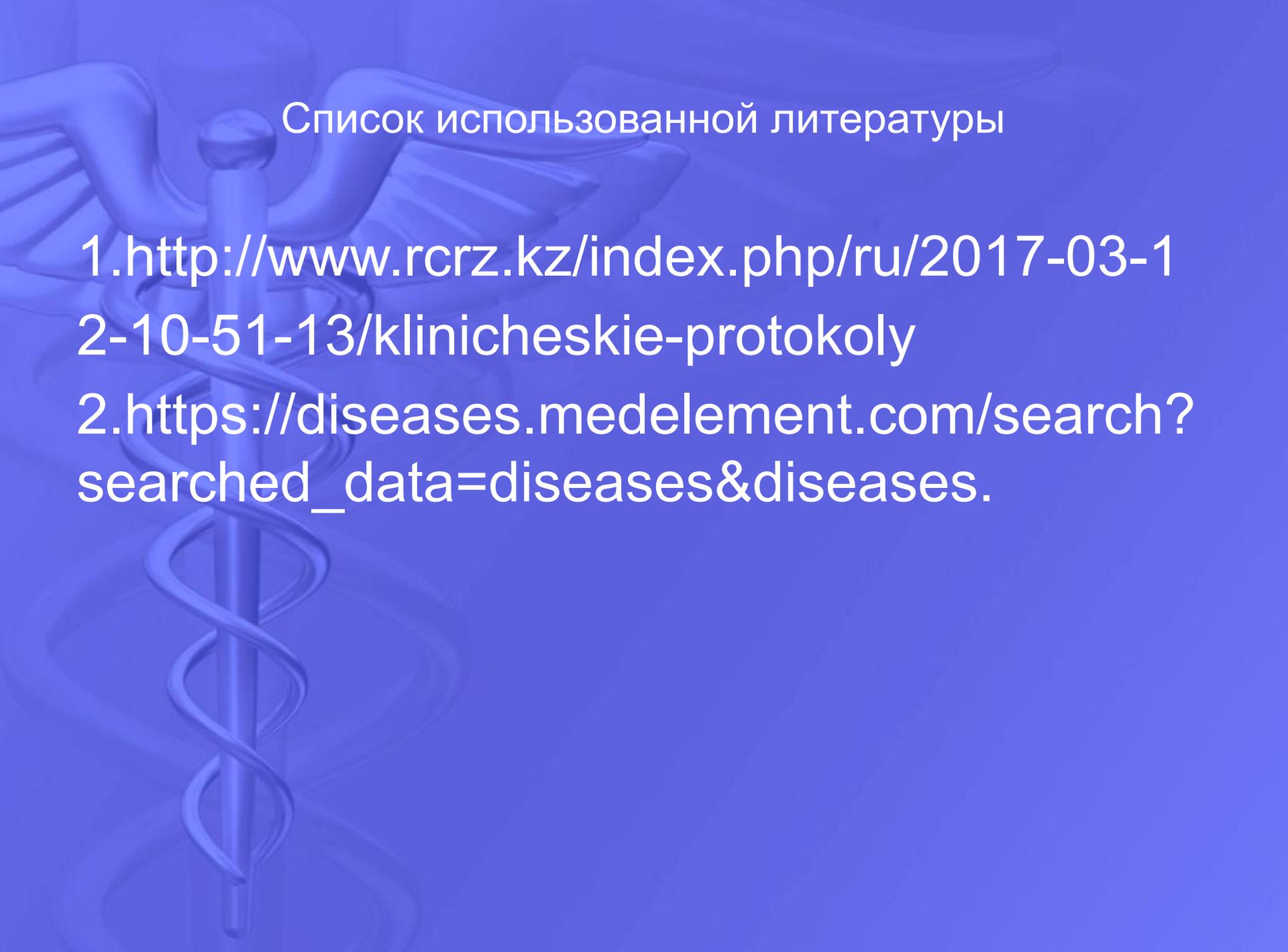
(флутиказон/салметерола ксинафоат или будесонид/формотерол). Возможна комбинация с третьим препаратом (антилейкотриеновый или теофиллин замедленного высвобождения). Добавление к комбинированной терапии (ИГКС+продолжительные β 2-агонисты) антилейкотриеновых препаратов увеличивает эффективность лечения.

Ступень 5 (тяжелая неконтролируемая БА на фоне терапии ступени 4, но с сохраняющимися ежедневными симптомами и частыми обострениями).

Требуется добавление пероральных ГКС к другим препаратам, что увеличивает эффективность лечения, но сопровождается значимыми побочными реакциями.

Пациент должен быть информирован о риске развития нежелательных эффектов.

При тяжелой аллергической астме, неконтролируемой комбинацией других препаратов (включая высокие дозы ИГКС или пероральные ГКС), целесообразно применение антител к иммуноглобулину E (anti-IgE -омализумаб). Данная группа препаратов должна назначаться только специалистом (пульмонолог, аллерголог).



Список использованной литературы

1. <http://www.rcrz.kz/index.php/ru/2017-03-12-10-51-13/klinicheskie-protokoly>
2. [https://diseases.medelement.com/search?searched_data=diseases&diseases.](https://diseases.medelement.com/search?searched_data=diseases&diseases)