





# Бронх демікпесі



- Бронх демікпесі– оның негізгі патогенетикалық механизмдері қабынулармен шартталған бронхтардың гипербелсенділігі, ал негізгі клиникалық көріністері бронхтарылу салдарынан тұншығу ұстамасы (көбінесе эспираторлық мінездегі), бронх сілемейлі қабатының гиперсекрециясы мен ісінулері болып табылатын, тыныс жолдарының созылмалы ауруы. Тұншығу ұстамалары, сонымен қатар бронх демікпесіне тән жөтел, кеудедегі «бітелу» сезімі, ысқырмалы шалғайлық сырылдар, көп жағдайда түнгі немесе таңертеңгі уақыттарда пайда болады және жартылай немесе толық қайтымды (аяқ астынан немесе ем салдарынан) бронхиалдық обструкциямен бірге жүреді.

# Астмалық статус



- Астмалық статус-бронхтық астманың ең жиі және қауыпты асқынуы, 51% өлімге әкеледі.

АС-бронх қабырғаларының жалпылама ісінуінен, өзектердің қою клегеймен бітелуінен дамидын және симпатомиметиктерге резистентті аса ауыр бронхтық обструкция. Оның дамуы бронхтар қабырғасында Бетта адренорецепторлардың тереі блокталуынан болады.

- Патогенезіне байланысты астмалық статустың 2 түрін ажыратамыз:

1. анафилаксиялық

2. метаболизмдік



- **Анафилаксиялық түрі** дәрінің немесе аллергендердің әсерінен тез дамиды, тотальды обструкциямен жүретін анафилаксиялық шоктың бір түрі.
- **Метаболизмдік түрі** жиілеу кездеседі және анафилаксиялық түріне қарағанда баяу, бір неше күн немесе апталар бойы, астманың өршуінің үстінде бітіндеп дамиды. Астмалық статустың бұл түрінде Бетта анренорецепторлардың тереі тежелуіне алып келетін жағдайларда пайда болады.
  1. қабыну процесі
  2. симпатомиметиктерді бейберекет жиі қолдану. Бұл дірмектер тамырларды аса кеңітуінен, қанның сұйық заты бронхтардың қабырғасына сіңіп өзегіне өтеді және қою клегейдің секрециясын күшейтеді. Сондықтан ауыр обструкцияны бронхтардың құлыпталу аталады синдромын туғызуы мүмкін.
  3. кортикостеридтардың дозасын күрт төмендету немесе тоқтату.
  4. инфекцияның қосылуы



- Қауіп-қатерлі факторлар

Демікпелік жағдайға бронхы-өкпелік инфекцияның қосылуы немесе өршуі, ЖРВИ, себепкер аллергендер, глюкокортикоидты жетіспеушіліктің дамуы, емді уақытынан кеш бастау, симпатомиметик препараттарды көп мөлшерде және ұзақ уақыт қолдану, антибиотиктерді, протеолиздік ферменттерді қолдану, егулер, сарысу құю, ауыр стресс әсер етеді



- **АС диагностикалық критерийлері:**

1. симпатомиметиктерге резистенттіліктің күшейе түсуі,

2. қақырықсыз жөтел

3. комаға дейін алып баруы мүмкін жедел тыныс шамасыздығының таз дамуы

- Сонымен қатар сусыздану, полицитемия және қанның қышқыл-сілтілік жағдайының бұзылыстары пайда болады.

# АС клиникалық сатылары



- **1 сатысы. Біршама компенсацияланған. Көрінісі** ұзаққа созылған тұншығу ұстамасына ұқсайды, симпатомиметиктерге берілмейтін, қақырықтың түсуі тоқтайды. Ұстама 12 сағат, одан да ұзақ уақыт емге берілмейді. Бірақ жағдайының ауырлығына қарамастан, қанның газдық құрамы шамалы өзгереді гипоксемия  $P_{aO_2}$ -70-80 мм сын бағ. төмендейді. Бұл кезде гипервентиляция болып жатса  $P_{aCO_2}$  35 мм сын бағ. Төмен болса науқас гипокапнияның салдарынан тыныстық алколозға түсуі мүмкін.
- **2 сатасы. Декомпенсация сатысы.** “үнсіз өкпе”. Бронхтар өтімділігі одан сайын нашарлайды, өзектері қою клегеймен бітеді, үнсіз өкпе көрінісі пайда болады. Өкпенің кейбір аймақтарында бұрын естілген ысқырық сырылдар жойылады, тыныс әлсіреп шаққа естіледі. Науқастың жағдайы өте ауыр, есі кіресілі-шығасылы, цианоз күшейеді, тер шығады, тахикардия минутына 120-ға дейін барады.
- **3 сатысы. Гипоксемиялық және гиперкапниялық қоманың сатысы.** “Үнсіз өкпе” көрінісі күшейе түседі, терінің бозғылт-көкшіл түсі қызғылт-көкшілге ауысады. Қанның газдық құрамы ауыр өзгерістері мен респирациялық ацидозға байланысты церебралдық, неврологиялық бұзылыстар пайда болады, науқас есінен айрылады.  $P_{aCO_2}$  90 мм сын бағ. көтеріледі,  $P_{aO_2}$  40 мм сын бағ. Дейін төмендейді.





● **Астмалық статуска байланысты өлімнің белгілері:**

1. Ем көмегі болмағанда тыныс бұзылыстарының күшеюі
2. Гипоксияның және эуфиллиннің, симпатомиметиктердің кардиотоксиндік әсерінен жүректің тоқтауы
3. Пневмоторакс, пневмомедиастинум-спонталды немесе өкпенің жасанды вентиляциясының салдарынан.



## ● Негізгі және қосымша диагностикалық шаралар тізімі:

- 1. Жалпы жағдайын және тіршілік үшін маңызды: есі дұрыстығын, тыныс алуын, қан айналым жүйесі жұмысын бағалау.
- 2. Науқастың қалпын бағалау: ортопноэ тән.
- 3. Қарап тексеру:
  - - бөшке тәрізді кеуде;
  - - демін алу актісіне көкіректің қосымша бұлшықеттерінің қатысуы;
  - - тыныс шығарудың ұзаруы ;
  - - цианоз;
  - - мойын веналарының ісінуі;
  - - гипергидроз.
- 4. Тыныс қозғалыстарының жиілігін есептеу (тахипноэ).
- 5. Пульсті анықтау (парадоксальды болуы мүмкін), жүрек соғуының жиілігін есептеу (тахикардия, ауыр жағдайда брадикардия).
- 6. Артериялық қысымды өлшеу (артериялық гипертензия, ауыр жағдайда артериялық гипотензия).
- 7. Өкпе перкуссиясы: қораб дыбысы.
- 8. Өкпе аускультациясы: қатқыл үнді тыныс, дем шығарғанда әртүрлі құрғақ-ысқырықты сырыл; әртүрлі калибрлы ылғалды сырылдар естілуі мүмкін.

ДЖ кезінде өкпенің төменгі бөлігінде айқын әлсіз тыныс, ал ауыр жағдайда - бронх өткізгіштігінің және сырылдардың мүлдем болмауы «үнсіз өкпе».

# Медициналық көмек көрсету тактикасы



## Жедел жәрдем:

- - анафилаксиялық түрінде: 0,3-0,5мл 0,18 % эпинефрин ертіндісін 0,9 % натрий хлорид ертіндісіне қосып көк тамырға құю;
- - маска арқылы ылғалды оттегі;
- - көк тамырға кортикостероидтар жіберу: глюкокортикоидтық гормондар – преднизолон көк тамырға 90-150 мг (300 мг дейін), 120-180 мг метилпреднизолонға шағып есептегенде;
- -  $\beta$ 2-адреномиметиктерді ингаляция арқылы – сальбутамол 100 мкг/мөлшерін небулайзер арқылы 5-10 минут беру. Әсері болмаған жағдайда 20 минуттан кейін ингаляцияны қайталау; немесе сальметерол + флутиказон аэрозоль түрінде 25/50 мкг, 25/125 мкг, 25/250 мкг немесе будесонид 1000-2000 мкг небулайзер арқылы 5-10 минут беру;
- - аминофиллиннің бастапқы мөлшері дене салмағына 5,6 мг/кг (10-15 мл 2,4% ертіндісін 5-7 минут баяу енгізу), сүйемелдеуші мөлшері- 2-3,5 мл ертіндісін науқастың клиникалық жағдайын жақсарту үшін фракционды немесе тамшылатып енгізіледі;
- - гепарин 5000-10000 БІР көк тамырға;
- - инфузиялы терапия, сұйықтықтың орнын толықтыру мақсатымен гемоконцентрацияны реттеу, және бронхыдағы қақырықты, сілемейді сұйылту үшін - көк тамырға 4% гидрокарбонат натрий ертіндісі, 0,9% натрия хлорид ертіндісі, 5% декстроза ертіндісі;
- - өкпе вентиляциясының үдемелі бұзылысында жасанды вентиляция қолданылады (ИВЛ).



- Коматозды жағдай кезінде:
  - - кеңірдекті шұғыл интубациялау;
  - - өкпеге жасанды вентиляция жасау;
  - - қажет жағдайда – жүрек-өкпелік реанимация;
  - - дәрі-дәрмектік ем жүргізу.
- 
- Кеңірдек интубациясы мен ӨЖВ жасау үшін көрсетімдері:
  - - гипоксиялық және гиперкапниялық кома;
  - - жүрек-қантамырлық коллапс;
  - - 1 минут ішінде тыныс алу жиілігі 50- ден артық;



- **Негізгі дәрі-дәрмектер тізімі:**

- 1. \*Оттек, м<sup>3</sup>
- 2. \*Преднизолон 30 мг, амп.
- 3. \*Натрий хлориді 0,9% - 400,0 мл, фл.
- 4. \*Натрий хлориді 0,9% - 5,0 мл, амп.
- 5. \*Аминофиллин 2,4% - 5,0 мл, амп.
- 6. \*Эпинефрин 0,18% - 1,0 мл, амп.
- 7. \*Декстроза 5% - 400,0 мл, фл.
- 8. \*Гепарин 5000 БІР., фл.
- 9. Будесонид 1000-2000 мкг
- 10. \*Сальметерол + флутиказон аэрозоль 25/50 мкг, 25/125 мкг, 25/250 мкг
- 11. \*Сальбутамол аэрозоль 100 мкг/доза; небулайзерге ерітінді түрінде 20 мл

- **Қосымша дәрі-дәрмектер тізімі:** \* Натрий гидрокарбонаты 4% - 400,0 мл, фл.



**Ем тиімділігінің индикаторы:** науқас жағдайының бір қалыпқа келуі.



