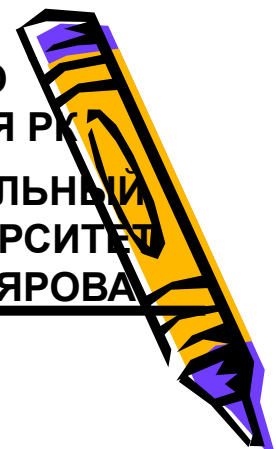


ҚР ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ
МИНИСТРЛІГІ
С.Д.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РК
КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА



СӨЖ

Тақырыбы: **Бронх демікпесі**



Орындаған: Мауленова А.С.

Факультет: ЖМ-терапия

Курс: 7

Топ: 701-2

Қабылдаған:

Алматы 2016

Жоспар:

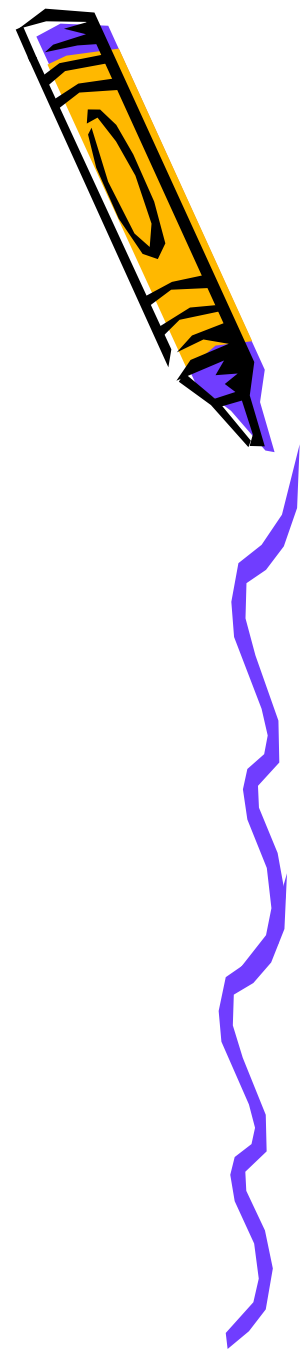
I. Кіріспе

II. Негізгі бөлім

- Бронх демікпесі туралы тусінік
- Этиологиясы
- Жіктелуі
- Клиникалық көрінісі
- Диагностикасы
- Емдеу тактикасы
- Профилактикасы

III. Қорытынды

IV. Пайдаланылған әдебиеттер



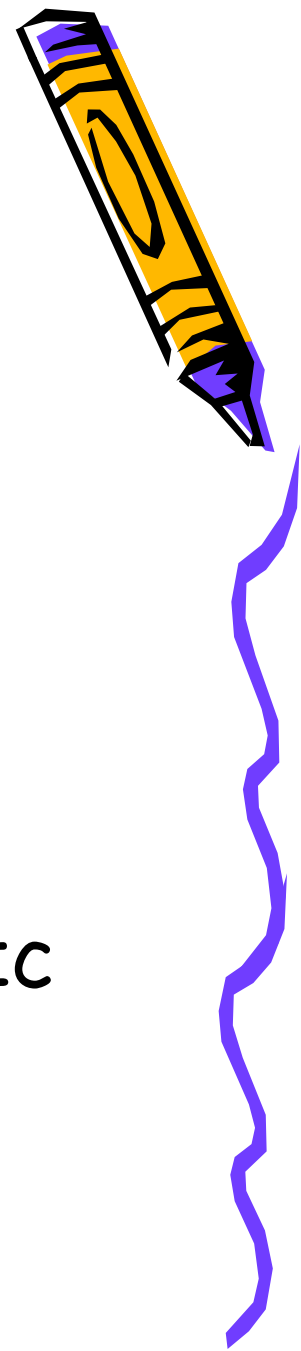
Бронх демікпесі

- Бронх демікпесі ауқымды әлемдік мәселе болып табылады, ол кеңінен таралуы әрі медициналық - әлеуметтік мәнімен ерекшеленді. Жасы мен әлеуметтік деңгейі әртүрлі адамдар, барлық ұлт өкілдері тыныс жолдарының осы созылмалы сырқатына душар болу-да, бұл ауру тиімсіз емделген кезде не-месе емделмесе күнделікті өмір сүруді біршама шектейді, кейбір жағдайларда тіпті өлімге ұшыратады. Бүгінгі күні ты-ныс жолдары ауруына шалдыққандар қатары жылдан-жылға артып келеді. Соның бірі бронх демікпесі.



Бронх демікпесі

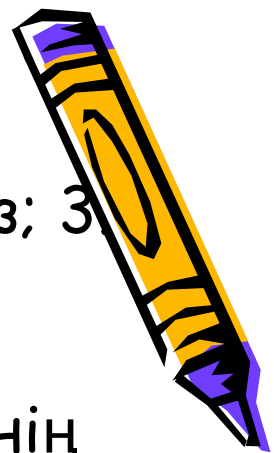
- Бронхтардың әртүрлі тітіркендіргіштерге сезімталдығының күшеюімен жүретін, көрінісі бронхтардың жалпылама ұстамалы обструкциясымен білінетін, тыныс жолдарының созылмалы қабыну ауруы.



Этиологиясы

- Аллергендер, вирусты инфекциялар, дәрілік заттар, үй жағдайында экологияның бұзылысы, Тағам құрамында ксенобиотиктері бар консервленген өнімдердің көбеюі, перинаталды патология, жасанды тамақтану, активті және пассивті шылым шегу, климаттың қолайсыз әсері. Жылы және ылғалды ауа-райы бронх домікпе ауруын жиілетеді. Антибиотиктерді көп қалдану және вакциналарды рационалсыз қалдану;





- **Бейімдеуші факторлар:** 1.Генетикалық бейімділік; 2.Асқынған аллергиялық анамнез; 3.Атопия; 4.Бронхтардың гиперреактивтілігі;
- Инфекциялық факторлар - бронх домікпесінің триггері Респираторлы -синцитиальды вирус Риновирус Тұмау вирусы.
- Типті аллергиялар-саңырауқұлақты аллергиялар, жануарлар аллергиясы, медициналық препараттар жәндікті аллергиясы, үй шаңы, тағамдық аллергиялар



Бронх демікпесінің жіктелуі



- Демікпе жіктемесі клиникалық көріністер мен өкпе функцияларының көрсеткіштерін бірлесіп бағалауға негізделеді: 1. Этиологиясы бойынша:
 - — атопиялық (экзогендік);
 - — атопиялық емес (эндогендік);
 - — аралас.



Аурудың ауырлығы бойынша бөледі



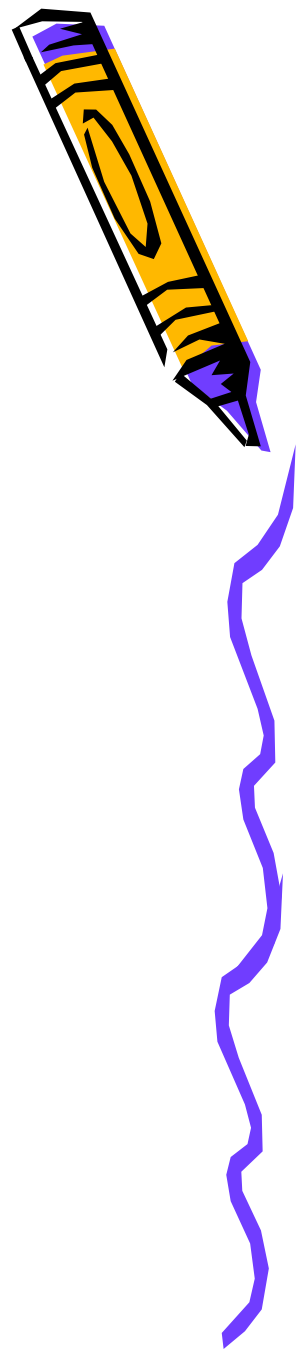
- I (жеңіл интермиттирлеуші): — күндіз симптомдардың саны аптасына 2 рет; — асқынулар арасындағы тыныс шығарудың шындық жылдамдығының (ТШШЖ) болмауы және қалыпты көрсеткіші, түнде симптомдардың саны айына 2 рет; — ОФВ1 немесе ПСВ — 80% норма, ПСВ көрсеткіштері 20% аз.
- II (жеңіл персистирлеуші): — күндіз симптомдардың саны > аптасына 1 рет, бірақ <күніне 1 рет; — ұстамалар белсенділікті бұзады; түнгі симптомдар > айына 2 рет; — ОФВ1 немесе ПСВ. 80% норма, ПСВ көрсеткіштері 20%-30%.





- III (персистирлеуші, орташа ауырлықтағы): — симптомдар күнделікті, ұстамалар белсенділікті бұзады; — түнгі симптомдар > аптасына 1 рет; — ОФВ1 немесе ПСВ - 60- 80% норма, ПСВ көрсеткіштері > 30%. IV баспалдақ (ауыр персистирлеуші): — симптомдар үнемі, физикалық белсенділік шектелген; — түнгі симптомдар жиі; ОФВ1 немесе ПСВ < 60% норма, ПСВ көрсеткіштері > 30%

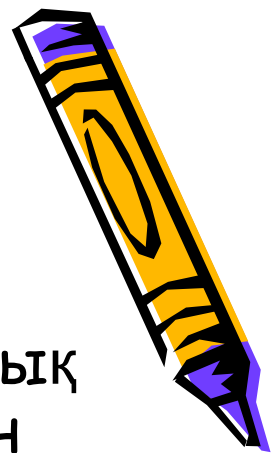




- Ағым фазалары бойынша:
- — асқыну;
- — тұрақсыз ремиссия;
- — ремиссия;
- — тұрақты ремиссия (2 жылдан астам).



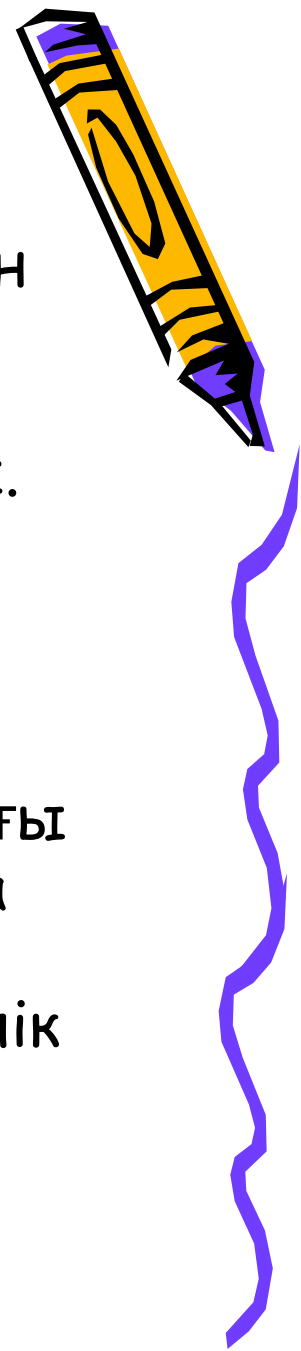
Клиникалық көрінісі

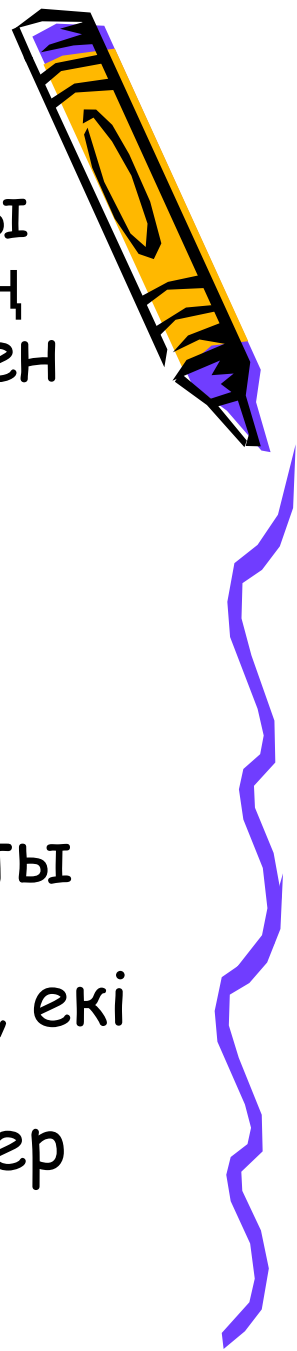


- Науқастардың көбінде бронх демікпесі созылмалы ағымда кездеседі және физикалық күш түскенде үдейтін, тұрақты қиналдыратын ысқырықты тыныс және еңтігумен сипатталады. Кезеңді түрде өршу тұншығу ұстамасының туындауымен байқалады. Аз мөлшерде ашық түсті, қою, кілегейлі қақырықты жөтел пайда болады. Көбіне ауырудың өршуі мен тұншығу ұстамасының туындауындағы маңызды рольді тыныс алу мүшелеріндегі инфекциялық - қабыну (жіті респираторлы-вирусты инфекциялар, созылмалы бронхиттің өрлеуі) үдерістері алады.



- Бронх демікпесінің ұстамасы әдетте түнде немесе таңертеңнен басталады. Бұл, бірінші кезекте ұстаманың туындауына алып келетін рецепторларды, шырышты қабықты кезінде тітіркендіретін бронхтарда ұйқы кезінде жиналған секреттермен байланысты болады. Бұл кезде белгілі рольді кезбе жүйкесі тонусының жоғарылауы ойнайды. Барлық жастағы адамдардағыдай, демікпе кезіндегі функционалдық өзгеріс болып табылатын бронхоспазмнан басқа, қарт және егде жастағы адамдарда оның ағымы өкпе эмфиземасына асқынуы мүмкін. Нәтижесінде, өкпелік жетіспеушіліктен кейін жүректік жетіспеушілік тез қосылады.





- Жас кезінде бір рет туындаған бронх демікпе қартайған уақытта да сақталуы мүмкін. Бұл кездегі бронх демікпесінің ұстамасы өткір ағымының төмендігімен ерекшеленеді. Аурудың ұзақ уақыт жүруіне орай, өкпеде (обструктивті эмфизема, созылмалы бронхит, пневмосклероз) және жүрек тамыр жүйесінде (өкпе текті жүрек) айқын өзгерістер байқалады. Жіті ұстама кезінде науқаста ысқырықты сырыл, ентигу, жөтел және цианоз байқалады. Науқас алға қарай еңкейіп, екі қолына сүйеніп отырады. Тыныс алу актісіне қатысатын барлық бұлшықеттер қатайып, ширыққан болады.





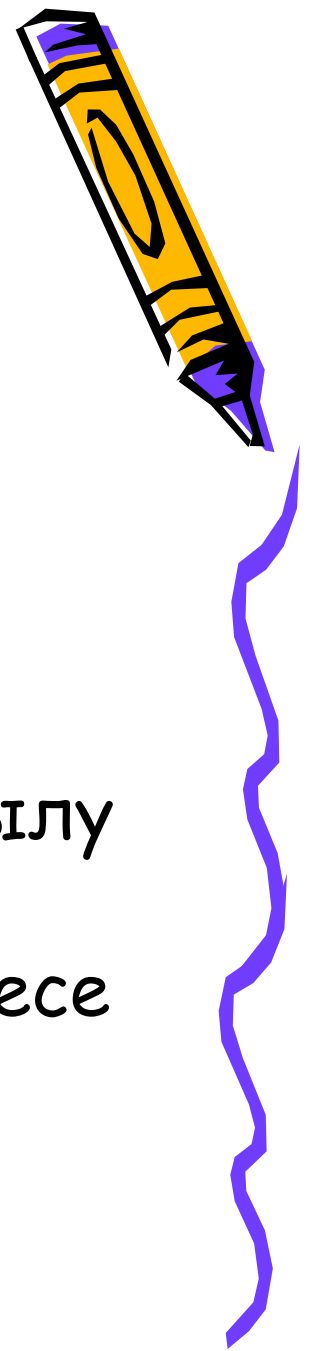
- Жас жастағы адамдарға қарағанда, айқын гипоксияның салдарынан ұстама кезіндегі тыныс алудың жиіленуі байқалады. Перкуссия кезінде қорап тәрізді дыбыс естіледі, аускультацияда көптеген ысқырықты, ызыңдаған сырылдар, сонымен қатар ылғалды сырылдар да естілуі мүмкін. Ұстама басында жөтел құрғақ, жиі қиналдыратын болады. Ұстама аяқталғанда жөтелмен бірге аз мөлшерде тұтқыр кілегейлі қақырық бөлінеді. Үлкен жастағы адамдар тобының ұстамасы кезіндегі бронходилататорларға (мысалы, теофиллин, изадрин) реакциясы кешіккен, толық емес болып келеді.



- Жүрек тондары тұйық, тахикардия байқалады. Ұстама кезінде тәжді тамырлардың рефлекторлы тарылуы, өкпе артериясы жүйесіндегі жоғары қысым, миокардтың жиырылғыштық қасиетінің төмендеуі, сонымен бірге жүрек - тамыр жүйесіндегі қосымша аурулар (гипертониялық ауру, атеросклероздық кардиосклероз) нәтижесінде жіті жүрек жеткіліксіздігі дамуы мүмкін.



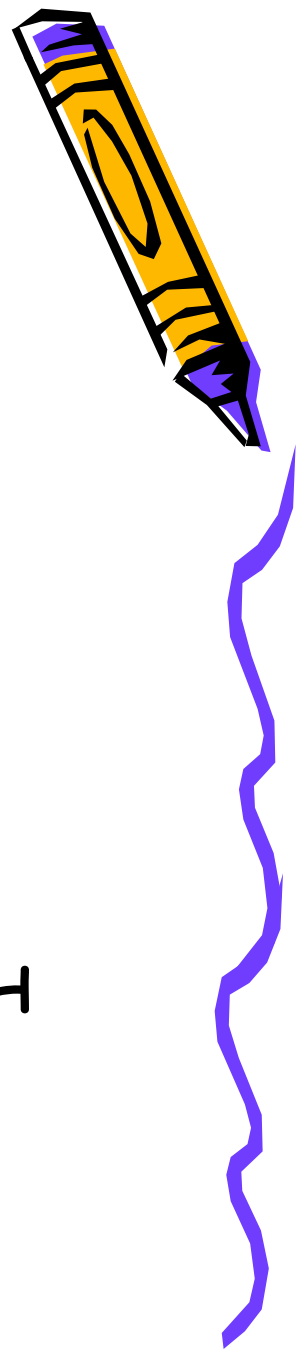
Диагностика критерийлері



- Шағымдар мен анамнез:
- жөтел, әсіресе түнде;
- қайталанбалы сырылдар;
- қайталанбалы қиындаған тыныс алу;
- қайталамалы кеуде клеткасының басылу сезімі;
- симптомдар түнде пайда болады немесе нашарлайды.



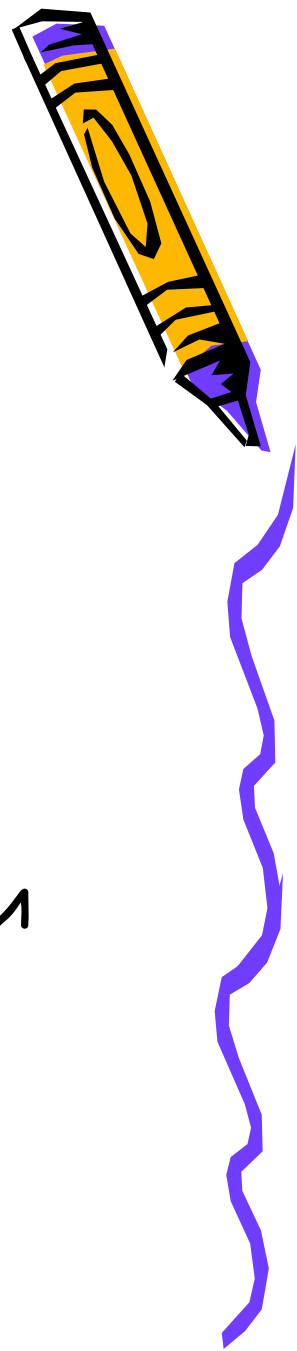
Негізгі диагностикалық шаралар тізімі:



- Қанның жалпы анализі.
- Зәрдің жалпы анализі.
- Микрореакция.
- Қақырықтың жалпы анализі.
- Флюорография.
- Сыртқы тыныс алу функцияларын зерттеу.



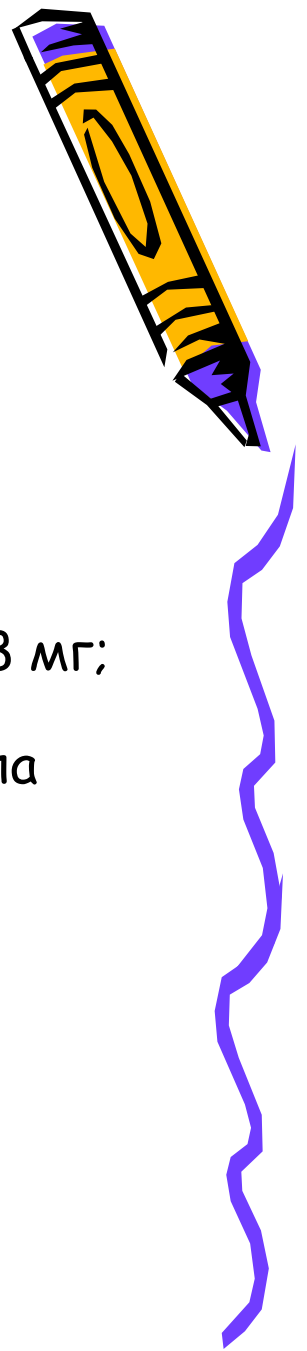
Бронх демікпесі кезіндегі емдеу ТАКТИКАСЫ



- Ем мақсаты: тұншығу ұстамасын, аурудың асқынуларын басу.
- Дәрі-дәрмексіз ем: себепті аллергендермен жанасуды, спецификалық емес тітіркендіргіштер әсерін болдырмау (темекі тарту, кәсіби зияндықтар, өткір иістер және басқа).



Негізгі дәрі дәрмектер тізімі:



- *Бекламетазон аэрозоль 200 доза.
- *Ипратропий бромиді аэрозоль 100 доза.
- * Кромоглиций қышқылы дозаланған аэрозоль 5 мг; капсула 20 мг.
- *Сальбутамол аэрозоль 100 мкг/доза; капсула 2 мг, 8 мг; небулайзер үшін ерітінді 20 мл.
- *Теофиллин таблетка 100 мг, 200 мг, 300 мг; капсула 100 мг; 200 мг; 300 мг; капсула ретард 350 мг.
- *Фенотерол аэрозоль 200 доза.
- *Амброксол таблетка 30 мг; сироп 30 мг/5 мл.
- *Преднизолон, таблетка 5 мг; инъекция үшін ерітінді 30мг/1 мл.

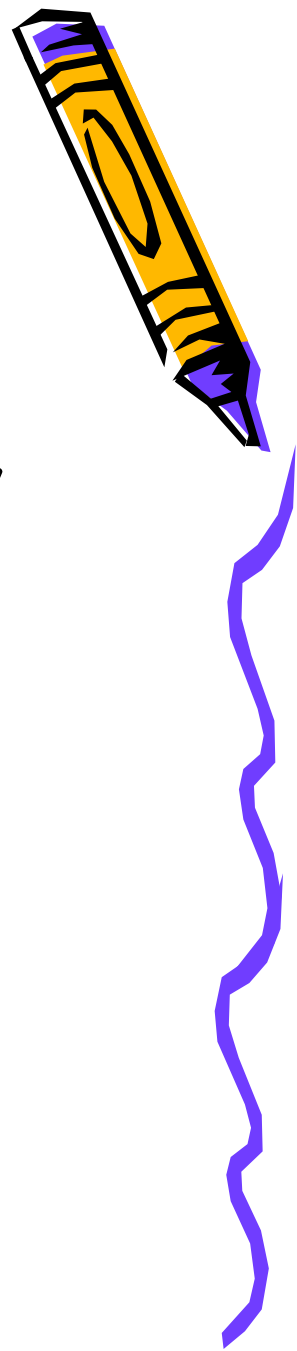




- *Буденосид 100 мг, аэрозоль.
- *Ипратропия бромиді 21
мкг+фенотерол гидробромиді 50
мкг. *Сальметерол+флутиказон
25мкг/50 мкг120доза, 25/125
мкг/120 доза, 25/250 мкг/120 доза
аэрозоль, 50мкг/100 мкг 60доза,
50/250 мкг 60 доза, 50/500 мкг 60
доза ұнтақтық ингалятор.



Госпитализациялауға көрсетімдер:



- Бронхолиттік терапия тиімсіздігі, 6-8 сағат бойы басылмайтын тұншығу ұстамалары, тыныс алу жеткіліксіздігінің үдеуі, «мылқау өкпе».



Профилактикалық шаралар:



- Бөлмедегі шаңды тазарту, фильтрация жүйесін пайдалану. Үй кенелеріне аллергия болған кезде - оларды жою.
- Әрі қарай жүргізу: жылына 2-3 рет терапевттің қарауы, пульмонолог, аллерголог - жылына 1 рет.



Пайдаланылған әдебиеттер

Ақпарат

көзі: <http://kazmedic.kz/archives/10>

22 Материал көшіргенде,
KazMedic.kz сайтына сілтеме
міндетті

