



№ 1 Бала аурулары кафедрасы

Жедел бронхит, жедел бронхиолит

Ғ.Н

Орындаған: Алшабаев

Топ: 09-2

Факультет: ЖМ

- **Жедел бронхит-кез- келген калибрлі** бронхтардың әртүрлі этиологияға (инфекциялық, аллергиялық, токсикалық, паразитарлық) байланысты қабынуы. В.К. Таточенконың сипаттауынша Жедел бронхитпен балалардың арасында аурушандық жылына 1000 –нан 100 жағдайға пара-пар

Жедел бронхиттің кездесу жиілігі

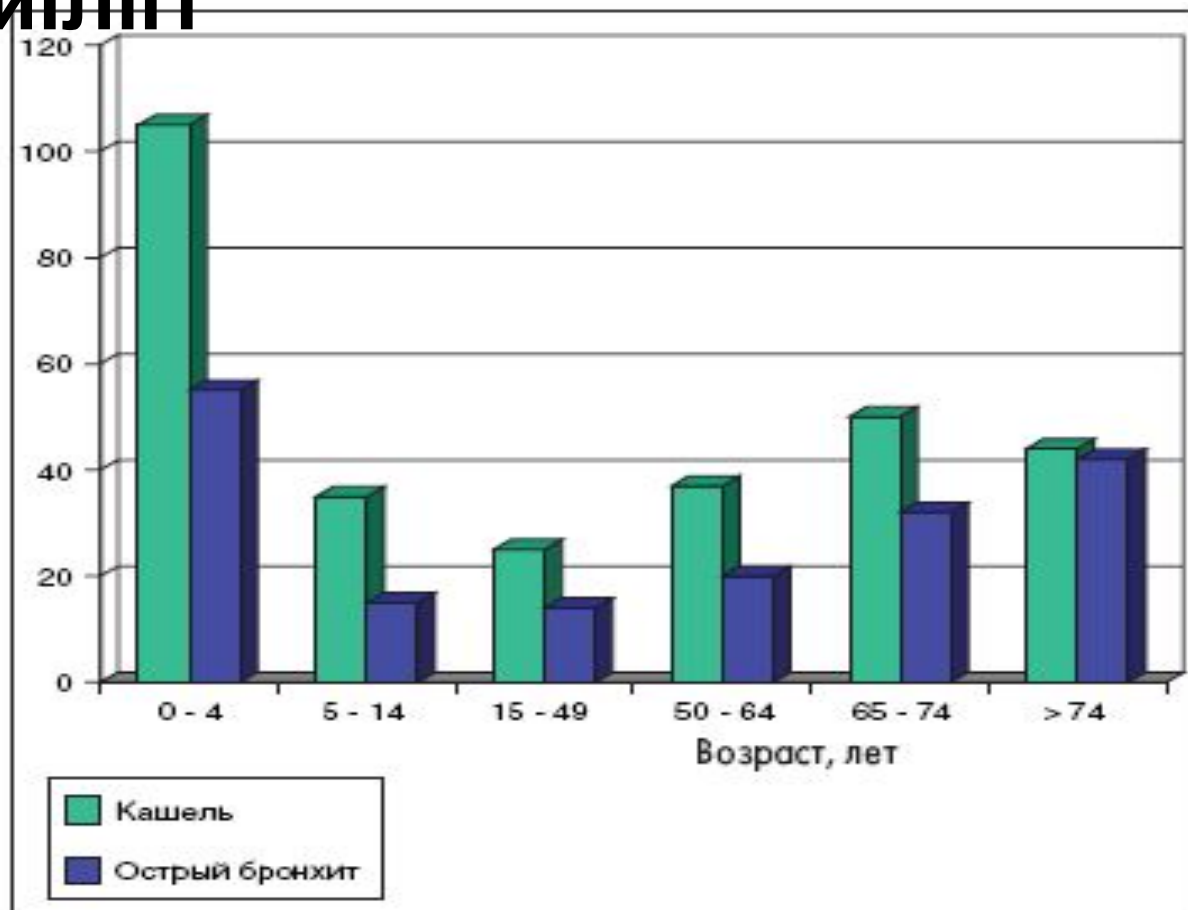


Рис 1. Частота встречаемости (первые эпизоды) кашля и острого бронхита (на 1000 человек/год)

- **Этиологиясы**

Жедел ағымды респираторлық ауруларды шақыратын вирус пен түрлі бактерия бар, бірақ олардың бәрінің бірдей бронхтың шырышты қабатына тропизмі жоқ. Сәбилерде ЖРВИ ның жедел ағымды бронхит әкелетіндері көбінесе РС- вирус, парагрипптің I, III-түрі, цитомегаловирус, риновирустар, грипп, энтеровирустар; ал мектепке дейінгі балаларда, оқушыларда-грипп, аденовирустар, қызылша, микоплазма. Балаларда бронхит қоздырғышы бактерия да болуы мүмкін.

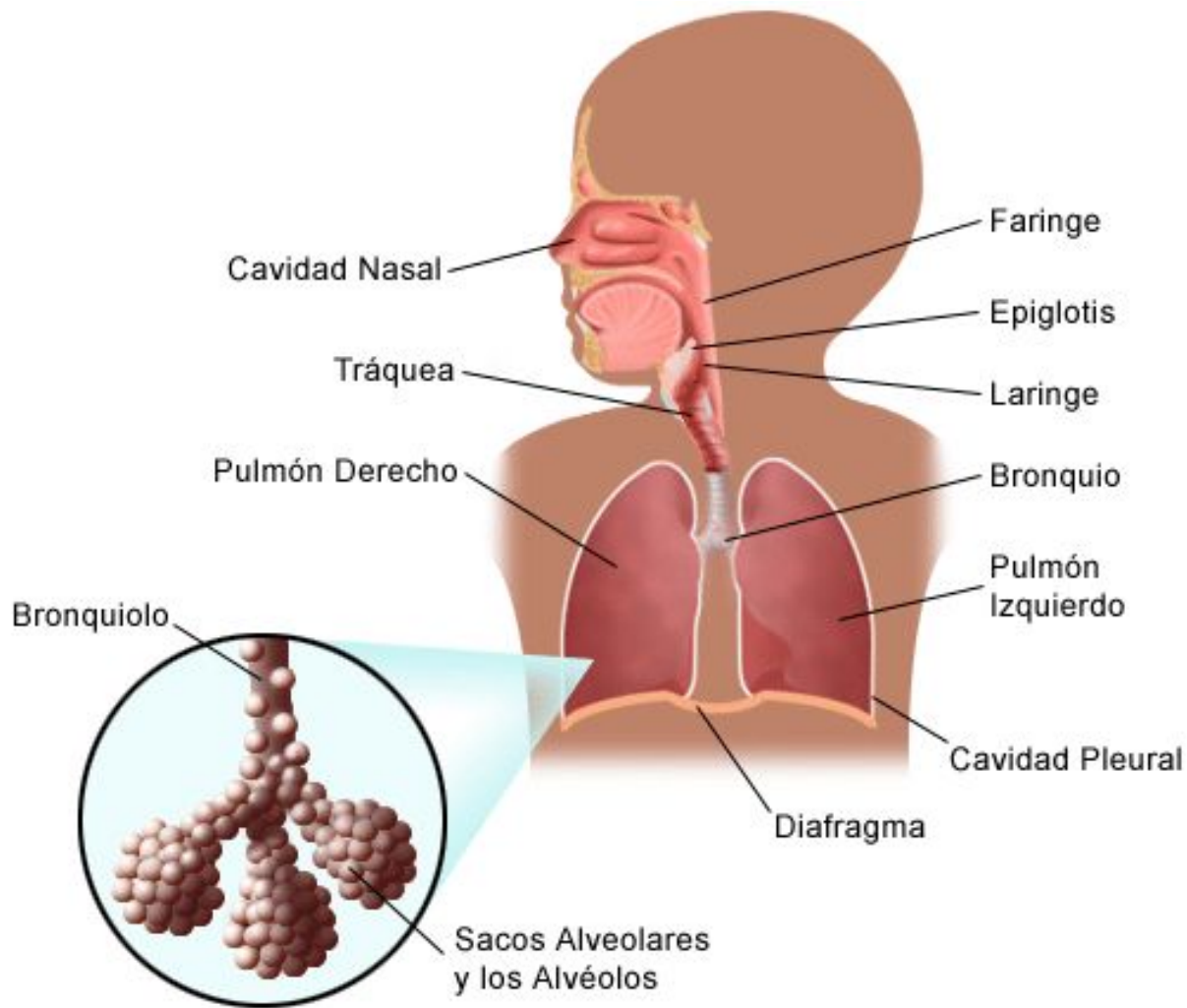
Икемдеуші факторларға:
салқындылық не ыссылық, лас ауа,
темекі түтіні жатады. Бұлардың бәрі
де қалалық жерде көбірек кездеседі
Жақында обструктивті бронхитке
кінәлі хламидий штаммдары
табылды.

Бронхиттің классификациясы

- **Ену механизміне байланысты**
 - Біріншілік
 - Екіншілік
- **Қабыну процесінің табиғатына;**
 - Катаральді
 - Іріңді
 - Катаральді-іріңді
 - Атрофиялық

- **Аурудың ағымы;**
Жедел
Созылмалы
Қайталамалы
- **Ағымының ауырлығы**
Жеңіл
Орташа-ауырлықта
Ауыр
- **Клиникалық формалары**
Жедел(кәдімгі бронхит)
Обструктивті бронхит
Бронхиолит
Қайталамалы бронхит

Сыртқы этиологиялық фактордың тыныс алу жолдары арқылы енуі



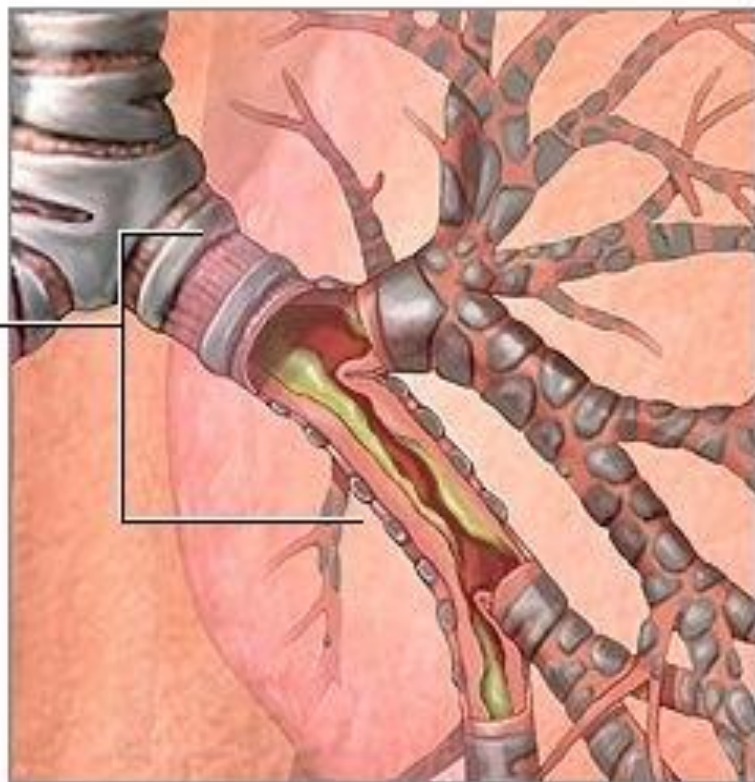
Патогенезі.

Вирустар тыныс жолдарына тропизм негізінде көбейіп, оларды зақымдайды, бронх қабатының кедергілік қасиетін төмендетеді, бактериалдық қабыну құбылысына жайлы жағдай жасайды, қабырғасының өткізгіштігін жоғарылатады, яғни ісіну процесін тудырып, мукоциларлы клиренсті бұзады. Бұдан басқа, респираторлық вирустар, тамшы инфекциялардың қоздырғыштары, нерв өткізгіштілігі мен ганглилер бұзылысы арқылы бронх тарамдарының нервтік реттелуі мен трофикасын өзгертеді.

- Обструктивті бронхитте және бронхиолитте патогенез процесін аңықтау қиын және шартты, бір жағынан респираторлы вирустар, сонымен қатар баланың анатомо физиологиялық ерекшеліктері, яғни аллергиялық реакцияға сезімталдылықтың жоғары болуы. Дүние жүзілік денсаулық сақтау ұйымы комитетінің сарапшылары тыныс жолдарының обструкциясын олардың тарылуы не бітелуі деп аңықтайды; бұл олардың ішінің бітелуі, қабатының қалындауы, бронх еттерінің қысылуы, өкпенің ретракция күшінің азаюы, тыныс жолдарының зақымдануы не олардың сығылуы.



Inflamed
primary and
secondary
bronchi



Acute bronchitis usually results from
an infection such as a cold or flu

- ***Клиникалық көрінісі.***
- *Көбінесе этиологиясына байланысты.*
- Температурасының жоғары болуы.
- Бас ауыруы, шаршау.
- Ринит, фарингит, жөтел, тамақ қырылы.
- Кейде ларингит, дауыс қырылы.
- Трахеит
- Конъюнктивит белгілері

- ***Аускультацияда*** - түрлі дыбыстар естіледі:

Басында құрғақ , кейін ылғалды, орташа көпіршікті сырыл дем алу және дем шығару фазасында естіледі. Дем шығару ұзарады, қатаң дем алу. Сырыл көбіне шашыранды, симметриялы.

Перкуссияда - таза өкпе дыбысы, көбіне қораптық сарында естіледі



- Апта соңына жөтел жұмсарып, ылғалды бола бастайды, дене қызуы түседі. Дене қызуының толқынды түрде қайталауы қосалқы бактериалдық не вирустық инфекция жұғуынан деп саналады. Жөтелдің ұзаққа созылуы микоплазмалық, аденовирустық және респираторлық-синцитиалдық инфекцияларда байқалады.

Диагнозы:

- Клиникалық анализінде аурудың қанында лейкопения немесе әлсіз лейкоцитоз, ЭТЖ жоғарылайды, нейтрофилез. Шеткері қанда өзгерістер болмауы мүмкін немесе лейкоцитарлы формуланың солға жылжуы аңықталады.
- Сыртқы тыныс, әдетте, аз өзгереді-15-20% өкпенің тіршілік сыйымдылығы, үстеме желденуі азаяды.
- Рентген суретінде өкпенің симметриялық, түбір төңірегi мен оның төмен, ішкері жағынан қоюланғаны байқалады.



- **Емі.**
- Жедел бронхиттің емі көп жағдайда симптоматикалық болады
- Төсек режимідене температурасының қалыптыға түскеніне дейін тағайындалады.
- Сүт, өсімдік және байытылған витаминді диета.
- Көп мөлшерде сұйықтық ішу (шай, итмұрын тұнбасы, минералды су, бал аралас сүт).

- Мұрындық тыныс алуды қалпына келтіру
- **Жөтелге қарсы препараттар**
[бутамират (синекод), глауцин,
пренокдіазин (либексин) және оларды
қолданылады.

MedUniver.com
ВСЕ ПО МЕДИЦИНЕ...



- **Қызуды төмен түсіретін препараттар:**
әдетте дене температурасы 38,5-39,0 °С тан жоғары болғанда қолданылады. Таңдау препараты ретінде - **парацетамол**.
Парацетамолдың алғашқы дозасы 10-15 мг/кг, 10-20 мг/кг *Қызуды төмен түсіретін* препараттардан амидопиринді, антипиринді, фенацетинді қолдануға тыйым салынады.
Сонымен қатар жанама әсерлері үшін ацетилсалицил қышқылын және метамизол натрийді .

- **Қақырық түсіретін препараттар:**

алтея термопсисі, эфир майы, натрий және калий йодидінің терпингидраті, , натрий гидрокарбонаты және муколитикалық: (цистеин, ацетилцистеин, химотрипсин, бромгексин, амброксол). Әдетте қақырық түсіретін препараттарды ішке немесе небулайзер не аэрозольді ингалятор көмегімен ингаляциялық түрде тағайындайды.

АНЫҚТАМА

ЖЕДЕЛ БРОНХИОЛИТ- ұсақ
бронхиолалардың қабынуы, жалпылама
обструктивті өзгерісі тән. Көбінесе 1-2
жас аралығында, әсіресе 5-6 айлық
балаларда кездеседі.

ЭТИОЛОГИЯСЫ.

1. Вирустық: респираторлы-синциталдық
2. Парагрипп
3. Цитомегаловирустар
4. Аденовирустар
5. Микоплазма
6. хламидиялар

Бейімдеуші факторлар:

1. Эксудативті катаралды диатез.
2. Лимфатикалық-гипопластикалық диатез.
3. Паратрофия
4. Жасанды тамақтандыру

Қалыпты жағдайдағы бронхиола мен альвеола көрінісі

ГЛУБОКО В ЛЕГКОМ

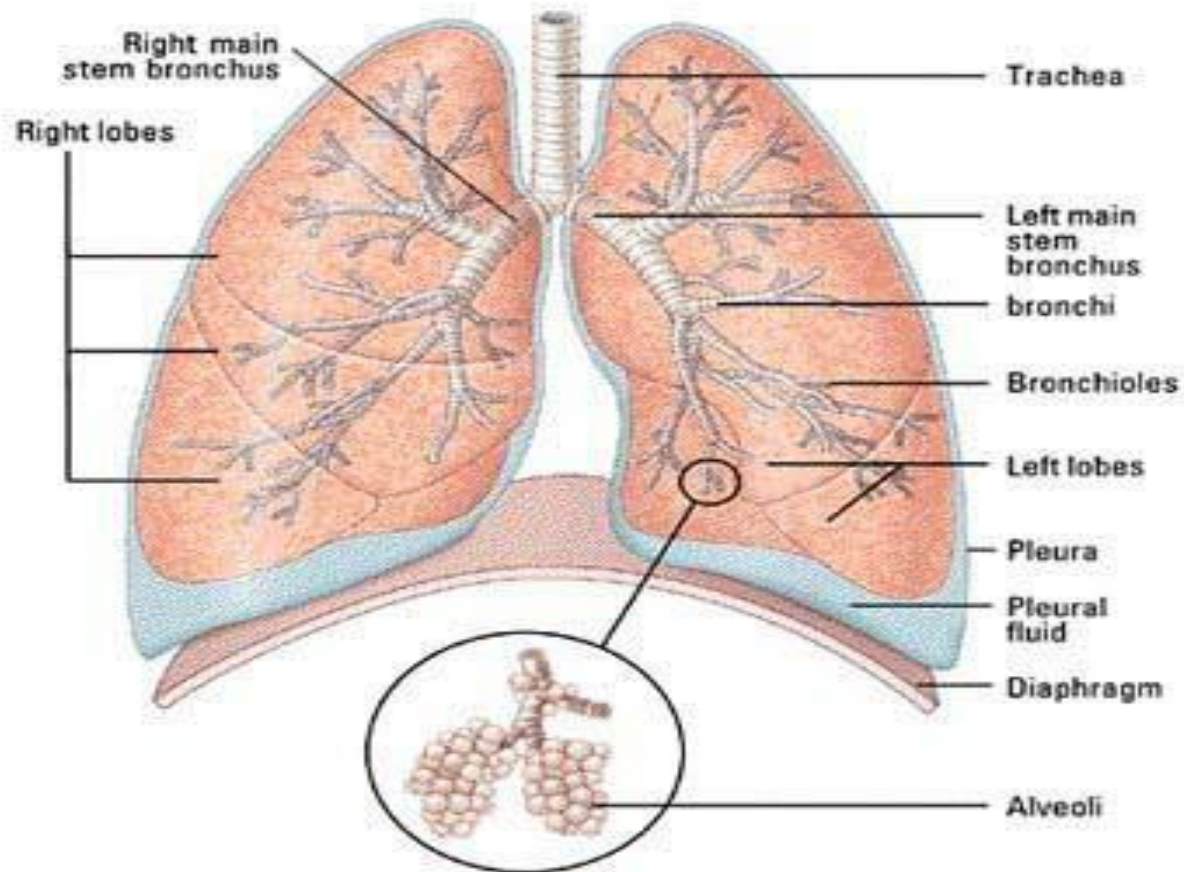


Патогенезі:

1. Обструктивті негізінде бронхиолдар қабырғасының ісінуі
2. Эпители бүршіктерінің өсуі мен саңылауында шырыш және өлі клеткалардың жиналуы (түлеген эпители, фибрин талшықтары, шырыш).
3. Дем шығару қиындайды, тыныс тапшылығы пайда болады.
4. Гипоксемия
5. Өкпе гипертензиясы, қан айналыс бұзылысы нәтижесінде бронхиолит дамиды.

Өкпе құрылысы.

Lungs



Клиникалық көрінісі.

1. Жалпы жағдайы нашарлаған
2. Енжарлық, әлсіздік
3. Тәбет төмендейді
4. Құрғақ жөтел
5. Тыныс тарылып, ендігу 60-80 мин пайда болады.
6. Тыныс шығарудың қиындауы.
7. Кеуде қуысы алға, артқа кеңейген
8. Көкет төмен ығысқан, бауыр, көкбауыр үлкейген
9. Температура кейде жоғары, кейде субфебрильді

ТЫНЫС ЖЕТІСПЕУШІЛІК БЕЛГІЛЕРІ:

1. Терінің бозаруы
2. Периоральды және жайылған цианоз
3. Мұрын, ерні көгерген
4. Мұрын қанаттарының желбіреуі
5. Кеуде керіледі

Обективті қарағанда

1. Өкпе перкуссиясында-қораптық дыбыс естіледі.
2. Өкпе аускультациясында –ылғалды,ұсақ көпіршікті және крепитациялы көп сырылдар естіледі.Бұл дем алу,дем шығару басында естіледі.Сонымен қатар ысқырық тектес сырыл естіледі. Қатты ентігу мен терең тыныс ала алмағанда сырылдар тіпті естілмеуі мүмкін.Бұл кезде бронхилитке тән алыстан естілетін шамалы қырыл естіледі.Кейде апноэ байқалады.Үнемі ентігу эксикозға әкеледі

Рентген қөрінісінде

Рентгенде-өкпе бетінің түссізденуі,көбіне шеткі жақтары,көкеттің төмен тұруы, аздаған жерде өкпе тінінің тығыздануы, инфильтраттық көлеңке,бұл әдетте көрінбейді.

Жедел бронхиолиттің рентген көрінісі.

