

**ҚАЗАҚСТАН
РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ
ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖӘНЕ
ӘЛЕУМЕТТІК МИНИСТРЛІГІ**



**Оңтүстік Қазақстан
Мемлекеттік Фармацевтика
Академиясы**

ПРЕЗЕНТАЦИЯ

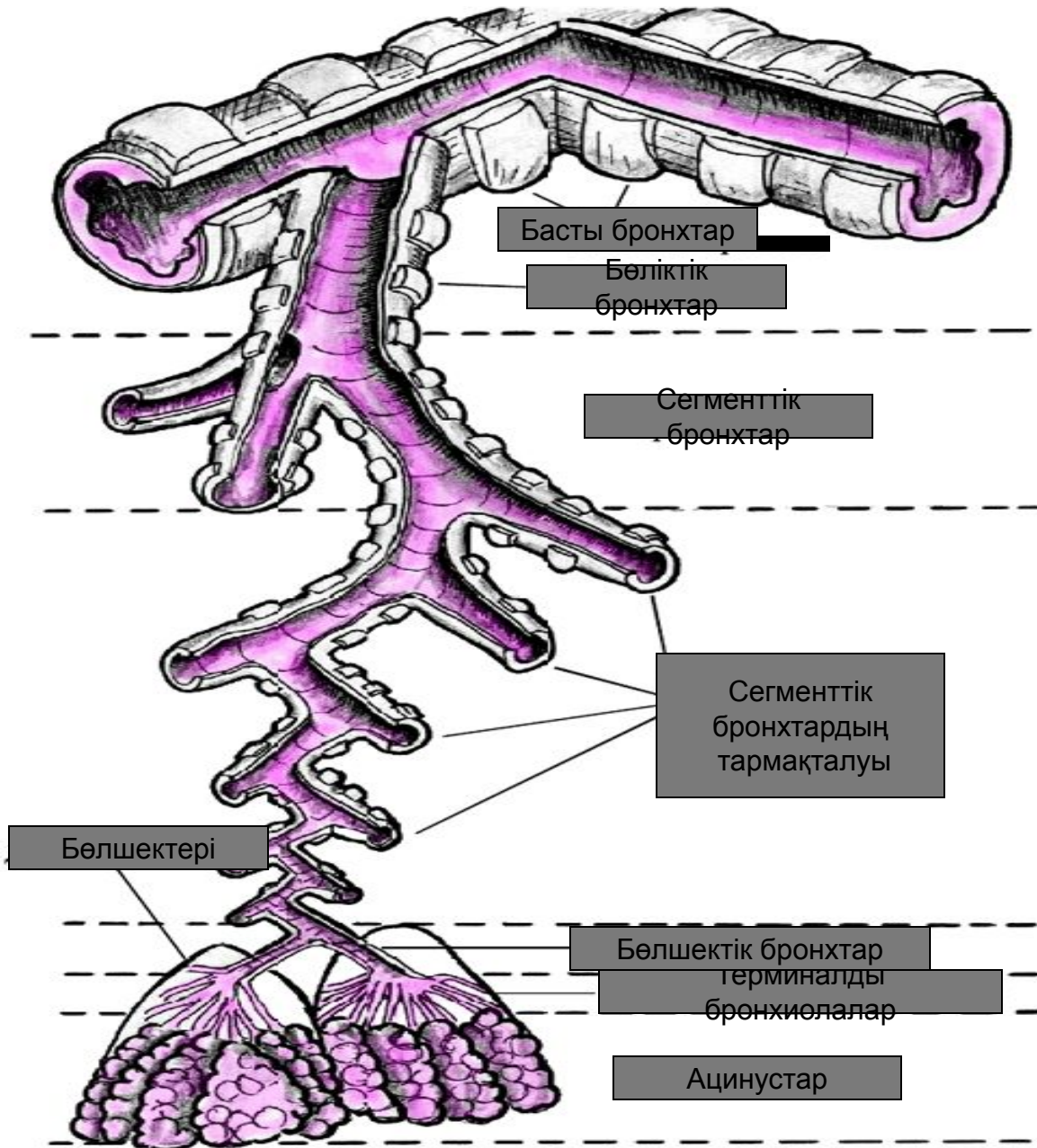
**ЖЕДЕЛ ЖӘНЕ СОЗЫЛМАЛЫ БРОНХИТ.
ФАРИНГИТ**

ВЫПОЛНИЛ: САРСЕНОВ Н.А

ПРОВЕРЯЛА: КУДАЙБЕРГЕНОВА Г.А

Шымкент-2017 жыл

БРОНХТАРДЫҢ ҚҰРЫЛЫСЫ



ЖЕДЕЛ БРОНХИТ ЖӘНЕ БРОНХИОЛИТ

Жедел бронхит — бронхтар кілегей қабығының диффузды бейспецификалық жедел (жедел эндобронхит), сирегірек -қабырғасының барлық қабаттарының бір мезгілде қабынуы (панбронхит).

Жедел бронхиолит — ұсақ, диаметрі 2 мм-ге дейінгі, бронхтардың және бронхиолалардың, яғни диаметрі 1 мм жіңішке тыныс жолдарының шеміршексіз бөліктерінің жедел қабынуы.

ЭТИОЛОГИЯСЫ.

Жедел бронхит пен бронхиолитті шақыратын себептер:

көбіне жедел респирациялық вирустық аурулардың асқынуынан дамиды, сондықтан инфекциялық аурулардың қатарына жатады.

Жедел бронхиттің 90%-да анықталатын қоздырғышы — вирус немесе микоплазма.

Кейде жедел бронхит қызылшаның, көкжөтелдің асқынуынан да болады.

Әр түрлі физикалық-химиялық ықпалдар (аса салқын немесе ыстық ауа, түрлі шаңдар, сілті, қышқылдардың булары, азот тотығы, күкірттің қос тотығы) әкеледі.

мұрын, көмекей инфекциясы

шылым шегу, ішкілікке салыну

ауаның аса ылғалдылығы,

өкпе тамырларындағы қан іркілісі.

Аурудың дамуында тыныс жолдарының ауаны физикалық тазарту функциясының төмендеуі аса маңызды.

Жедел бронхиолит, әдетте, балаларда кездеседі, оның қоздырушылары риносинцитиальдік, сирегірек парагриптік немесе аденовирустық инфекция.

ПАТОГЕНЕЗІ

Бронхтық эпителийге вирустардың енуінен, ондағы зат алмасуы бұзылып, эпителийлік жасушалар түлеп жойылады.

Бронхтық эпителий зақымдануының ауырлығы қоздырғыштардың патогендік қуатына тәуелді.

Вирустар бастаған қабыну процесіне бактериялар қосылады.

Әдетте, вирустық бронхиттің басталуынан 2-3 тәуліктен соң, бронхтардың қабырғасына тереңдеу ене алатын, қабыну процесіне бактериялық флора қосылады (көбіне пневмококк).

Инфекциямен зақымданып түлеген эпителий, сауыққаннан кейін өз қалпына қайта келеді.

Асқынбаған жағдайда жедел бронхит 7-14 күнге созылады. Бірақ, кей жағдайларда ұзаққа созылып, созылыңқы түріне айналуы ықтимал.

ЖІКТЕМЕСІ

Этиологиясы бойынша:

1. Инфекциялық:

а) вирустық;

ә) микоплазмалық;

б) бактериялық.

2. Инфекциялық емес (түрлі физикалық және химиялық әсерлерден).

3. Аралас (вирустық-бактериялық).

Патогенезі бойынша:

Біріншілік.

Екіншілік (жедел респирациялық аурулардың асқынуынан, жоғарғы тыныс жолдарында инфекция ошақтарының болуынан: тонзиллит, фарингит, ларингит, синуситтің, бронхоэктаз ауруының).

Орналасуы бойынша:

Проксимальді (ірі бронхтардың қабынуы).

Дистальді немесе обструкциялық (қабыну процесінің бронхтардың түйілуіне, кілегей қабықтың ісінуіне, гиперсекрециясына алып келуінен).

Жедел бронхиолит (ұсақ бронхтар тармақтарының ауыр, обструкциялық түрде қабынуы).

Қабынудың түрі бойынша:

Катаральді.

Ісінулік.

Ірінді.

Ірінді-некроздық.

Барысы бойынша:

Жедел (ұзақтығы 2-3 апта).

Созылыңқы (1 айға дейін, одан да ұзақ созылатын).

КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІСІ

Жедел бронхит жедел респирациялық аурудан (ЖРА) кейін немесе онымен бірге басталады.

Жоғарғы тыныс жолдарындағы қабыну процесі (ринит, фарингит) трахеяға түседі.

Бұл кезде трахеиттің белгілері (құрғақ жөтел, төс артының ашып, қырнап ауыруы) байқалады. Көп ұзамай қабыну процесі алдымен ірі, кейін ұсақ бронхтарға өтеді.

Көрінісі қинайтын жөтелден басталады. Алғашқы 2-3 тәулікте жөтелі құрғақ, кейін болар-болмас қақырық түсе бастайды.

Қақырық әдетте кілегейлі, кейде кілегейлі-ірінді, оның тәуліктік мөлшері шамалы, 50 мл-ден аспайды. Қиналып қатты жөтелуден кеуденің диафрагмаға бекіген аймақтары, төстің арты ашып ауыруы мүмкін.

Ұсақ бронхтар қабынса, онда жөтелге экспирациялық ентікпе қосылады.

Интоксикацияның салдарынан әлсіздік, селқостық, қол-аяқтардың, белдің ауырсынуы тән.

Көбіне дене қызуы қалыпты немесе 2-3 күн ғана субфебрильді деңгейге дейін жоғарылайды. Бірақ грипп болғанда дене қызуы 38-39 °С көтерілуі мүмкін, сонымен қатар мұрынның, ауыздың айналасына ұшық шығуы және көмекейдің гиперемиясы байқалады.

Науқастың қалтырауы бактериялық инфекцияның немесе пневмонияның қосылуына тән.

Мәселен стафилококтық немесе стрептококтық бронхитте, кеселдің көрінісі ауырлап, біршама пневмонияға ұқсайды: қызба ұзаққа созылады және қақырық іріңге айналып, онда қанды талшықтар пайда болады.

Перкуссиялық дыбыс әдетте өзгермейді, тек қана бронхиттің дистальді түрінде (эмфиземаның болуынан) дабыл ренді дыбыс естілуі мүмкін.

Ауырғандардың баршасында күшейген қатаң везикулалық тыныс және кұрғақ, сиректеу ылғал сырылдар естіледі.

Бронхиттің дистальді түрінде ентікпе қосылады және тыныс шығару ұзарады.

Қанның анализі онша өзгермейді, қабыну белгілері: нейтрофильдік лейкоцитоз, ЭТЖ-ның сәл жоғарылауы байқалады, СРБ анықталады.

Гриптік жедел бронхитте лейкоциттердің саны қалыпты немесе лейкопения болады, лейкоформула сәл солға ығысады.

Рентгендік тексеруде көбіне өзгерістер болмайды. Кейде өкпе түбірінің шамалы кеңеюі және бронхтардың ісінуінен өкпе өрнегінің айқындалуы көрінеді.

ДИАГНОСТИКАСЫ

Тыңдағанда сырылдың түріне мөн берген жөн. Сырылдардың түрі бронхтардың зақымдану деңгейіне тәуелді.

Ірі бронхтардың қабынуында жуан дыбысты құрғақ немесе ірі көпіршікті ылғал сырылдар, ал ұсақ бронхтардың зақымдануында жіңішке дыбысты құрғақ (ысқырықты) немесе ұсақ көпіршікті ылғал сырылдар естіледі.

Крепитацияның болуы бронхитке тән емес, ол пневмонияның қосылуын көрсетеді.

Жөтелден кейін сырылдар азаюы мүмкін. Кейде жай тыныста естілмеген сырылдар, тынысты күштеп шығарған соң пайда болады.

Басқа мүшелердің айтарлықтай өзгерісі байқалмайды.

Қызу көтерілген кезде шамалы тахикардия болуы мүмкін.

Жедел бронхиолитте ұсақ бронхтар мен бронхиолалардың тарылуынан ауыр ендікпенің болуы тән. Ендікпе — бронхиолиттің басты белгісі.

Тыныс жетіспеушілігінен бет, кілегей жамылғылар, мұрын, құлақ, қол-аяқтың ұштары көгереді. Тыныс қимылы жиі және беткей, қосымша бұлшықеттердің қатысуымен жүреді.

Жөтелгенде болмашы кілегейлі қақырық қиналдырып әрен түседі.

Әдетте, жедел бронхиттің барысы жеңіл, 7-14 тәуліктің көлемінде аяқталады.

Қызудың қайтадан көтеріліп, ірінді қақырықтың бөлінуі аурудың созылыңқы барысына (6 аптаға дейін) айналуына тән.

Бұл жағдай бактериялық немесе вирустық суперинфекцияның қосылуынан болады.

АСҚЫНУЛАРЫ:

Пневмония.

**Бронхтардың обструктивтік
синдром.**

ЕМІ.

Обструкция болғанда — теофедрин немесе эфедрин 0,025 г, немесе эуфиллин 0,15 г күніне 3 рет беріледі;

басылмайтын бронхоспазмдық синдром болса — преднизолонды 20-25 мг 7-10 күн ішкізеді.

Қабынуға қарсы аспирин 1таб (0,5 г) 3 рет, метиндол 0,025 г 3 рет,

Бұдан басқа, аскорбин қышқылын 0,5 г.,

А витаминін 1-2 др. 3 реттен,

этовитті 400 мг. 1 реттен қолданады.

Осылармен қатар дезинтоксикациялық ем жүргізілуі тиіс. Ол үшін сұйықтықты (лимон, бал, қайнатпа қосылған шайды, жылытылған минеральді суды) молырақ ішкізеді.

Антибиотиктер тек ірінді қақырық болған немесе пневмония қосылған жағдайларда ғана қолданылады:

эритромицин 0,5 г 4 рет;

макропен 400 мг 3 рет;

ампициллин 0,5 г 4 рет ішуге беріледі.

Сонымен қатар, физиотерапия жүргізілуі тиіс: төс аймағына, жауырын аралығына қыша қағазын жапсыру; парафиннен, балшықтан аппликациялар жасау, банкаларды қою.

СОЗЫЛМАЛЫ БРОНХИТ (СБ)

АНЫҚТАМАСЫ

Созылмалы бронхит (СБ) – 2 жыл және одан да көп жылдар ішінде, жылына 3 айдан кем емес уақытта жөтелмен және қақырық тастаумен сипатталатын бронхтардың созылмалы қабынулық ауруы.

ЭТИОЛОГИЯСЫ

Экзогендік себептер (темекі тарту, ауаның ластануы, кәсіби зиянды заттар, инфекциялар, және аралас себептер).

Эндогендік себептер (мұрын-жүткініншақ қайталама қабынулары, созылмалы инфекция көзі болу, зат алмасудың бұзылуы, тұқым қуалайтын бейімділік - ферменттер жетіспеушілігі, аллергияға бейімділік).

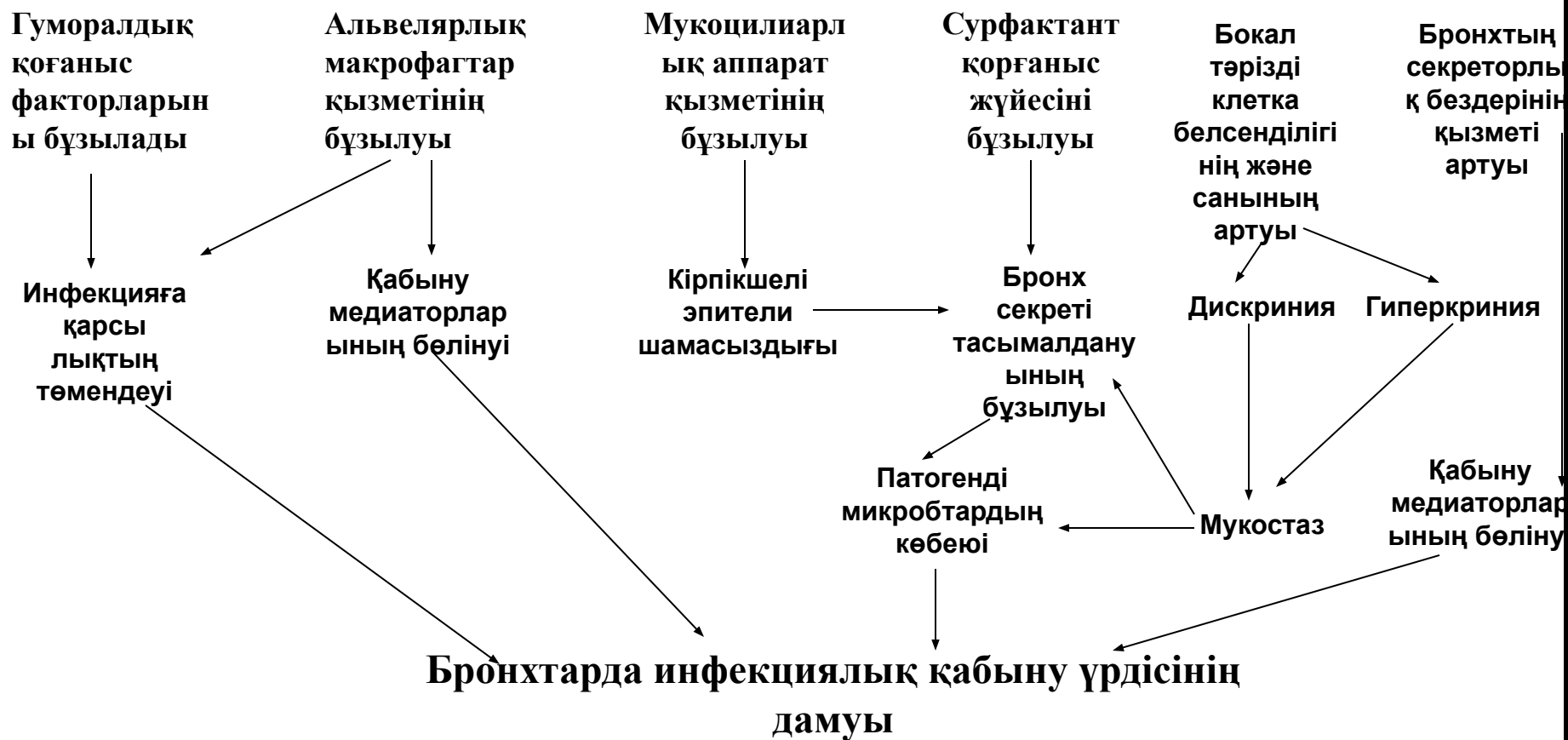
ПАТОГЕНЕЗИ

Полиэтиологиялық факторлар тобының әсерінен.

- 1. Бронхопульмоналды қорғаныс жүйесінің гомеостазы, иммундық механизмдер бұзылысын шақырады.**
- 2. Сонымен қатар, бронхтың кілегей қабатының құрылымдық өзгерістері дамиды**

Бронхопультмоналды қорғанис жүйесінің гомеостазы, иммундық механизмдердің бұзылысынан.

Бронх кілегей қабатының құрылымдық өзгерістері



ЖІКТЕЛУІ

Созылмалы жай (обструкциясыз) бронхит.

Созылмалы іріңді (обструкциясыз) бронхит. Вентиляциялық өзгерістер жоқ.

Созылмалы обструктивті бронхит. Кілегей қақырық тастау тән және вентиляцияның тұрақты обструктивті өзгерістері болады.

Созылмалы іріңді - обструктивті бронхит. Іріңді қақырық тастау мен вентиляцияның обструктивті өзгерістері болады.

Ерекше түрлері:

Геморрагиялық және фибриноздық созылмалы бронхит.

Орнына қарай:

Проксимальды (жоғарғы бронхит) - ірі бронхтар басым зақымданған, обструкциясыз бронхит.

Дистальды (төменгі бронхит) - ұсақ бронхтар басым зақымданған, обструктивті бронхит.

Даму барысына қарай:

Латентті (бүркемелі) СБ

үздіксіз - қайталама СБ

Фазасы: қайталау немесе саябыр фазасы.

Патогенезіне қарай:

Бірінші реттік СБ (жеке, билек ауру. Көбіне жайылма бронхит түрінде).

Екінші реттік СБ (созылмалы пневмонияға, бронхоэктазия ауруына, созылмалы абсцеске, туберкулезге, кіші қан шеңберінде қан айналысы бұзылуына, созылмалы бүйрек шамасыздығына қоса дамитын бронхит).

КЛИНИКАСЫ

Бронхообструктивтік синдром: тұрақты не өткінші демікпенің пайда болуы, ұзаққа созылған жөтелден кейін тұншықпаның көрініс беруі, тұншықпалы жөтел, жоғарғы тембрлі кұрғақ сырылдың тынысты сыртқа шығару фазасында басым естілуі, бронхолитиктер әсерінің жеткіліксіздігі, сыртқы тыныс функциясының обструктивті бұзылуы.

Тыныс жетіспеушілік синдромы:

әр дәрежелі экспираторлы демікпе, орталық типті цианоз, компенсаторлық тахикардия, спирография көрсеткіштерінің, қан газдарының, қышқыл-негіз күйінің өзгерістері.

өкпе артериясындағы гипертензия синдромы: төстің сол жағындағы II қабырға аралығында солқыл болу, өкпе артериясының үстіндегі II тон акценті, рентгенологиялық тексергенде өкпе артериясы шошағының (конусының) кеңуі және күшейген солқыл беруі.

Өкпе текті жүрек синдромы: тыныс жетіспеушілігінің обструктивті немесе рестриктивті түрі, жүректің оң жақ бөліктерінің гипертрофиясы, гемодинамика көрсеткіштерінде көп өзгеріс болмайды.

Жалпы қабыну синдромы: кұрғақ не қақырықты жөтел, қызу көтерілу, кұрғақ сырылдардың пайда болуы және күшеюі, лейкоцитоз, ЭТЖ өсуі, синал қышқылдарының көбеюі, СРБ пайда болуы, өкпе суретінің күшеюі.

АСҚЫНУЛАРЫ

Өкпе эмфиземасы, пневмосклероз.

Бронхоэктазия ауруы.

Тыныс жетіспеушілігі (жедел, созылмалы).

I дәрежелі – артериялық гипоксемия жоқ, обструктивті өзгерістер.

II дәрежелі – орташа дәрежелі артериялық гипоксемия бар.

III дәрежелі – көзге түсерлік артериялық гипоксемия немесе гиперкапния бар.

Екінші ретті өкпе артериясының гипертензиясы.

СОЗЫЛМАЛЫ БРОНХИТТИ ЕМДЕУ ЖОБАСЫ

Дері-дәрмектер ауру белгілерінің болуына және олардың ауырлығына қарай белгіленеді.

Этиологиялық ем (бронхтағы қабыну процесін жою):

цефалоспориндер немесе сульфаниламидтер (±зақ есер ететінін берген жін);

антибиотиктер (флора сезімталдығына қарай);

фитонцидтер.

Патогенетикалық ем:

ал жөтел рефлексін басу (кілегейлі бронхитте);

бронх тазаруын жетілдіру (қақырық жүргізетін дәрілер, муколитиктер, протеолитиктер, төсекте қалып беру арқылы бронхты тазарту, емдік бронхоскопия, бронхты жуу);

бронхоспазмды басу (бронхолитиктер, М-холиноблокаторлар, адреномиметиктер, глюкокортикоидтар).

иммунитетті күшейтетін дәрілер

тактивин 100 мг күнге 1 рет 3 күн бойы тері астына егіледі;

левамизол немесе декарис 2-3 күн бойы күнге 100-150 мг 3 рет бөліп қабылдайды қатарынан, 4-5 күн үзілістен кейін тағы қайталайды, барлығы 8-12 цикл;

диуцифон 100 мг-нан 1-2 апта бойына етке егеді;

пентоксил 200 мг-нан күнге 3 рет, 2-3 апта бойына ішке қабылдайды.

организмнің қорғаныс қабілетін күшейту:

биогендік стимуляторлар (алоэ экстракты, ФИБС, ейнек терізді дене).

адаптогендер (пантокрин, лимонник тұнбасы, женьшень түбірі).

организмнің қорғаныс қабілетін күшейту:

биогендік стимуляторлар (алоэ экстракты, ФИБС, айнек тәрізді дене).

адаптогендер (пантокрин, лимонник тұнбасы, женьшень түбірі).

өкпе артериясының гипертензиясымен және оң қарыншалық жүрек әлсіздігімен күрес:

оттегімен емдеу;

шеттік вазодилататорлар (нитросорбид, кальций антагонистері, празозин);

жүрек гликозидтері. Қосымша сол қарыншалық әлсіздік болғанда олардың дозасын азайту керек.

несеп жүргізетін дәрілер (верошпирон кәонге 150-200 мг, фуросемид);

қан жіберу.

емдік дене тәрбиесі;

табиғи емдер;

кеуденің массажы

ФАРИНГИТ



АНЫҚТАМАСЫ

ФАРИНГИТ (ГРЕК. PHARYNX — ЖҰТҚЫНШАҚ) ЖОҒАРЫ ТЫНЫС ЖОЛДАРЫНЫҢ ЖЕДЕЛ ҚАБЫНУЫМЕН СИПАТТАЛАДЫ. ЖҰТҚЫНШАҚТЫҢ КІЛЕГЕЙ ҚАБЫҒЫНЫҢ ҚАБЫНУЫ. ФАРИНГИТ ЖЕДЕЛ РЕСПИРАТОРЛЫ АУРУЛАРДАН, ТҰМАУДАН, ТАҒЫ БАСҚА ЖҰҚПАЛЫ ИНФЕКЦИЯЛЫ АУРУЛАРДЫҢ ӘСЕРІНЕН БОЛАДЫ. ЖИІ ӨЗДІГІНЕН ПАЙДА БОЛАДЫ (АУЫЗБЕН ТЫНЫС АЛУ, ТЕМЕКІ ШЕГУ, КӘСІБИ ЗИЯНДЫЛАР Т.Б.).

АНАТОМИЯСЫ

ЖҰТҚЫНШАҚ-АСҚОРЫТУ ТҮТІГІ МЕН ТЫНЫСАЛУ ЖОЛДАРЫНА ҚАТЫСАДЫ. ОЛ БАССҮЙЕК НЕГІЗІНЕН **VI-VII** МОЙЫН ОМЫРТҚАЛАРЫНА ДЕЙІН СОЗЫЛҒАН. ЖҰТҚЫНШАҚ ҚАБЫРҒАЛАРЫ **4** ҚАБАТТАН ТҰРАДЫ:

❖ ШЫРЫШТЫ

❖ ФИБРОЗДЫ

❖ БҰЛШЫҚЕТ

❖ СЫРҚЫ ҚАБАТЫ АДВЕНТИЦИАЛДЫ

ЖҰТҚЫНШАҚ **3** БӨЛІМГЕ БӨЛІНЕДІ:

ЖОҒАРЫСЫ – ЖҰТҚЫНШАҚТЫҢ МҰРЫН БӨЛІМІ

ОРТАҢҒЫСЫ – ЖҰТҚЫНШАҚТЫҢ АУЫЗ БӨЛІМІ

ТӨМЕНГІ – ЖҰТҚЫНШАҚТЫҢ КӨМЕЙ БӨЛІМІ

ЭТИОЛОГИЯСЫ

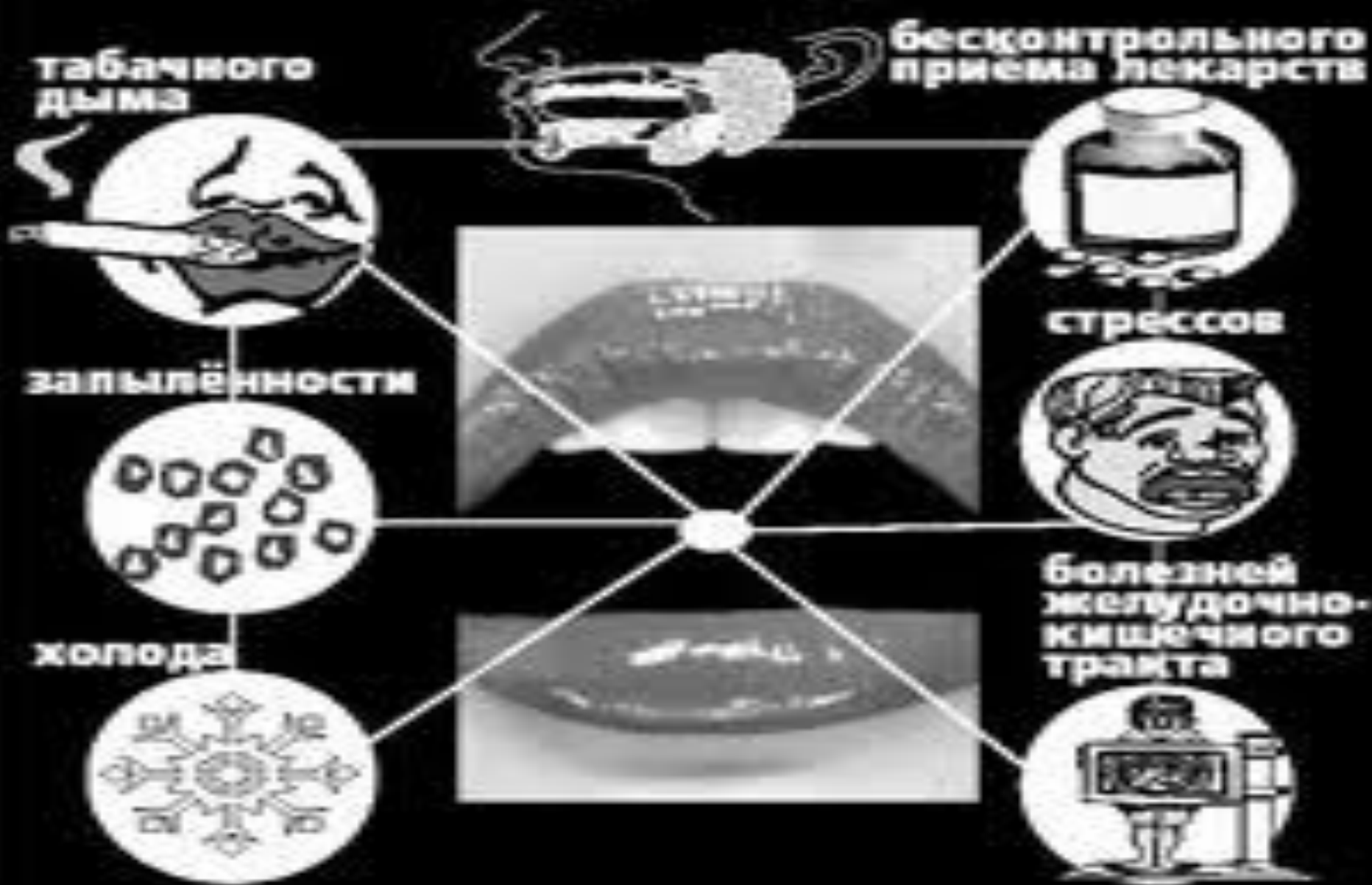
КЕЙДЕ ЖҰТҚЫНШАҚҚА ӘР ТҮРЛІ ФАКТОРЛАРДЫҢ ӘСЕР ЕТУІНЕН (МЫСАЛЫ, АУЫЗ АРҚЫЛЫ СУЫҚ АУАМЕН ДЕМАЛҒАНДА НЕМЕСЕ ҚАТТЫ СУЫҚТА СӨЙЛЕСКЕНДЕ, СОНДАЙ-АҚ ӨТЕ ЫСТЫҚ НЕ ӨТЕ СУЫҚ ТАҒАМ ЖЕГЕНДЕ) ДАМИДЫ. СОНДАЙ-АҚ ФАРИНГИТТИҢ ДАМУЫНА АУАНЫҢ ӨТЕ ҚҰРҒАҚ БОЛУЫ, ТЕМП-РАНЫҢ КҮРТ ӨЗГЕРУІ, АУАДАҒЫ ШАҢ-ТОЗАҢ ЖӘНЕ ЗИЯНДЫ ЗАТТАРДЫҢ ҚАЛЫПТЫ МӨЛШЕРДЕН КӨП БОЛУЫ ДА ҮЛКЕН ӘСЕР ЕТЕДІ. ИНФЕКЦИЯЛЫҚ ФАРИНГИТ (СТРЕПТОКОКК, СТАФИЛОКОКК, ПНЕВМОКОКК ЖӘНЕ ВИРУСТАР).

СИМПТОМДАРЫ

ШАҒЫМДАРЫ:

- ❖ ТАМАҒЫНЫҢ ҚҰРҒАҚТЫҒЫ
- ❖ ЖҰТҚЫНШАҚТАҒЫ АУЫРСЫНУ
- ❖ ЖӨТЕЛ
- ❖ ТАМАҚТЫ ЖЕГЕНЕН ГӨРІ СӨЛДІ ЖҰТУЫ ҚИЫНДАЙДЫ
- ❖ ТЕМПЕРАТУРАСЫ ҚАЛЫПТЫ НЕМЕСЕ ЖОҒАРЫ
- ❖ ЖҰТҚЫНШАҚТЫ ТЕКСЕРГЕНДЕ ШЫРЫШТЫ ҚАБАТЫНДА ГИПЕРЕМИЯ
- ❖ ЖҰТҚЫНШАҚТЫҢ АРТҚЫ ЖАҒЫНДА КЕЙДЕ БӨЛЕК ҚЫЗЫЛ ЗЕРЕН ТӘРІЗДЕС ФОЛЛИКУЛАЛАР БАЙҚАЛАДЫ
- ❖ ТІЛШІКТІҢ ЖЕҢІЛ ІСІНУЛЕРІ
- ❖ ЖАҒДАЙЫ ҚАЛЫПТЫ БОЛАДЫ

Защита слизистой глотки слабеет под воздействием:



Фарингиттің екі түрі бар. Жедел Фарингит көбінесе жұқпалы болады. Бұл кезде жұтқыншақтың кілегей қабығы қызарып ісінеді. Науқас адамның тамағы құрғап, жыбырлаған сияқты, бір нәрсе кілегей қабыққа жабысып тұрғандай сезінеді. Дене температурасы қалыпты болады. Егер Фарингиттің жедел түрін дәл уақытында емдемесе, ол созылмалы түріне ауысады. Бұл кезде жұтқыншаққа өте көп мөлшерде қақырық жиналады, соның салдарынан ауру адам үнемі жөтеліп, қақырық тастайды, әсіресе бұл таңертеңгілік мезгілде байқалады. Кейде көп жөтелгеннен науқастың жүрегі айнып, құсуы да мүмкін. Фарингиттің созылмалы түрінің дамуына созылмалы тұмау, тонзиллит, мұрын қуысының іріңді қабынуы, тіс кариесі, организмде зат алмасу процесінің бұзылуы, жүрек, бауыр және бүйрек

ЕМІ

ФАРИНГИТКЕ ШАЛДЫҚТЫРАТЫН ЖАҒДАЙЛАРДЫ БОЛДЫРМАУ;
ДЕНЕНІ ШЫНЫҚТЫРУ. ЕГЕР ДЕНЕ ТЕМПЕРАТУРАСЫ КӨТЕРІЛСЕ,
ОНЫ ТӨМЕНДЕТІН ДӘРІ-ДӘРМЕКТЕР ІШУ; АНТИСЕПТИКАЛЫҚ
ЕРІТІНДІЛЕРМЕН ТАМАҚТЫ ШАЮ; ИНГАЛЯЦИЯ ЖАСАУ.
ТАМАҚТЫ ТІТІРКЕНДІРМЕЙТІН ТАМАҚТАРДЫ ТАҒАЙЫНДАЙДЫ,
ЖЫЛЫ СІЛТІЛЕРМЕН СҮРТУ, МАЙЛЫ ЖӘНЕ СІЛТІЛІ ИНГАЛЯЦИЯ
ҚОЛДАНЫЛАДЫ. БАКТЕРИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙДА ЛЕРДІ БЕРІЛЕДІ.
ФИЗИОТЕРАПИЯЛЫҚ ТӘСІЛДЕР, БАРЛЫҚ ДӘРІЛЕРДІ ДӘРІГЕРДІҢ
БАҚЫЛАУЫМЕН ЖҮРГІЗІЛУІ ТИІС.

20 таблеток для рассасывания

ФАРИНГОСЕПТ® 10 мг

АМБАЗИП





**НАЗАР
САЛҒАНДАРЫҢЫЗҒА**

РАХМЕТ