


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



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

Балалардағы бронхиальды демікпе.

Орындаған: Раманкүл Зейнеп
Курс: VII
группа: 701-1




Бронхиалды демікпе (БД) – басты патогенетикалық механизмі қабынумен негізделген бронхтардың гипербелсенділігі, ал клиникалық көрінісі - бронхтық

спазм, гипербөлініс және бронхтың сілемейлі қабығының ісінуінен болған, тұншығу ұстамасы (экспираторлы сипаттағы) болатын бронх қабырғаларының созылмалы аллергиялық қабынуы.

Балалардағы БД - үнемі немесе жүйелі түрде пайда болатын жөтел мен көбінесі түнгі және таңертеңгілік уақыттағы ысқырық демді қиындаған тыныс алумен сипатталады.

Демікпе - тыныс алу жолдарының созылмалы қабынулық жағдайы. Тыныс алу жолдары гиперсезімталды және аллергиялардың кең спектріне жауап беру констрикциясына оңай беріледі. Бұл жөтелу, ысқырық демге, кеуденің қысылуына, тыныс алудың қысқаруына әкеледі.



Хаттама коды: P-P-001 "Балалар демікпесі"

Педиатрия саладағы поликлиникалар үшін.

АХЖ-10 бойынша коды (кодтары):

J45.0 Аллергиялық компоненті басым демікпе.

J45.8 Аралас демікпе.

J45.9 Айқындалмаған демікпе.

J45 Демікпе.

J46 Демікпелік статус.



Жіктемесі:

- 1. Ауырлығы бойынша: интермитирлейтін, жеңіл персистирлейтін, орта ауырлықты персистирлейтін, ауыр персистирлейтін;
- 2. Ағым фазасы бойынша: өршу, бәсеңдеген өршу, оңалу.



Қауіп-қатерлі факторлар:

1. Атопияға тұқым қуалайтын бейімділік.
2. Пассивті шылым тарту бала жастағы демікпенің ауырлығын күшейтеді.
3. Жасөспірім шақта шылым тарту персистирлейтін демікпе қаупін ұлғайтады.
4. Үй шаңының кенелері.
5. Жануарлар жүні.
6. Тозаң мен зеңді саңырауқұлақтар.
7. Дәрі-дәрмектер.



Воспалительные факторы



респираторные инфекции



Раздражители



Другие



табак

ДИАГНОСТИКАСЫ

- **Шағымдар мен анамнез:**
 - жоғарғы тыныс алу жолдарының инфекциялық аурулары фонында: «үй кенесі» секілді аллергендермен немесе жануар тектес аллергендермен қатынаста, таңертеңгі немесе түнгі уақытта физикалық жүктемелерден кейін (әсіресе суық мезгілде);
 - эпизодтық экспираторлық ендікпе;
 - ысқырықтық сырылдар;
 - көкіректегі қысылулар;
 - құрғақ жөтел болуы мүмкін, бірақ жиірек сілемейлі қақырық болады;
 - қиындаған ысқырмалы тыныс ұстамалары;
 - тұншығу ұстамалары, әсіресе түнде, ендікпемен қоса құрғақ сырылдар.
 - аллергиялық ауруларға тұқымқуалаушылық бейімділік;
 - тұқымқуалаушылықты анықтау;
- - науқас нәрестеде аллергиялық генездегі қосарланған аурулар анықталады (атопиялық дерматит, есекжем, Квинке ісінуі және т.б).

Физикалық тексеру:

1. Демікпенің белгілері немесе демікпемен үйлсетін белгілер:

- қайталанатын (ең азы 3 рет) экспираторлық еңтігу;
- экспираторлы ысқырықты дем немесе ұзақ мерзімді (> 6 недель) рекуррентті жөтелі. Диспноэсіз жөтелу ажыратпалы нақтама қою үшін мұқият нақтамалануы керек;
- PEF көрсеткіштерінде күндізгі флюктуацияның едәуір (ең азы 20%-ке) төмендеуі (дем шығарудың ең жоғары көлемдік жылдамдығы);
- Брoхoдилятациялық тестіде FEV1 немесе PEF едәуір жақсаруы (немесе mid-expiratory flow at 50% of forced vital capacity, MEF50) ;
- FEV1 едәуір төмендеуі (терең дем шығару көлемі) немесе жүктеме арқылы PEF тестісі;
- гистамин немесе метахолинге бронхиалды гиперсезімталдыққа провакациялық тесті;
- кішкентай балаларда тыныс алу жолдарының қабыну кезінде, аллергендер немесе жүктеме кезінде экспираторлы ысқырық дем;
- E иммуноглобулинін анықтау.

2. Басқа себептердің (синусит, бронхит, бронхиолит, көкжөтел, трахеялар, бронхтар, көмейдің констрикциясы немесе маляциясы, эзофагеалды рефлюкс, бөгде дене, бронхоэкстаздары, несеп қуығының фиброзы, психогендік этиология) балалар жөтелінің немесе респираторлық аурулардың болмауы.

Егер аталған критерийлер кездессе, демікпе диагнозы қойыла алады.

Инструменталдық зерттеулер:


- Аурудың ұзақ ағымы кезінде тыныс алу жүйесі \ тарапынан пневмосклероз, эмфизема және басқа секілді асқынулар болуы мүмкін, бұл асқынуларды анықтау мақсатында көкірек клеткасының рентгенографиясы көрсетілген (рентгенологиялық сурет - өкпелік суртеттің күшеюі; сирек жағдайда оң өкпенің орта бөлігіндегі ателектаздар немесе кейде пневмониямен шатастыратын кішірек сегментарлық ателектаздар). Өршу кезеңінде өкпелік тіннің эмфиземалық ісіну белгілері, көкеттің қалыңдауы, қабырғалардың горизонтольді орналасуы және өзге бронх обструкциясының белгілері тән. Ішкі тыныс алу функциясын зерттеу – спирометрия бронх демікпесі кезіндегі аса маңызды обструкция дәрежесін және обструкция қайтымдылығын анықтайды. Пикфлоуметрия – тыныс шығарудың шындық жылдамдығының мониторингі, бронх демікпесінің жағдайы және ауырлық ағымының тұрақтылық көрсеткіші.
- Мамандар консультациясы үшін көрсетімдер: ЛОР, стоматолог – инфекция ошағын санациялау үшін.

Негізгі диагностикалық шаралар тізімі:

- 1. Педиатрдың қабылдауы.
- 2. Жалпы қан анализі (6 параметр).
- 3. Пикфлоуметрия.
- 4. Сыртқы дем алу қызметін өлшеу.
- 5. Аллерголог консультациясы.
- 6. Спецификалық иммундық емдеумен (аллергендермен) спецификалық нақтамалау.



Қосымша диагностикалық шаралар тізімі:

- 1. Кеуде клеткасының рентгенографиясы.**
 - 2. Бронхоскопия.**
 - 3. Бронхография.**
 - 4. Кеуде клеткасы ағзаларының компьютерлік томографиясы.**
- 
- 

Лабораторлық зерттеулер:

- аздаған эозинофилия, қанда тромбоцитопения;
- лейкопения болуы мүмкін;
- қақырық цитологиясы – аллергиялық қабынба: эозинофил, лейкоциттер, сілемей, флора деңгейінің артуы;

Бронх демікпесі туындауында бактериалды сенсбилизация мүмкіндігін ескеріп, бірқатар науқастарда антибиотиктерге сезімталдықты ескеріп, себептік маңызды агенттерді анықтау қажет – қақырықтың бак. себіндісі – бактериалды флора; қан сарысуындағы жалпы Ig E деңгейінің жоғарылауы.

Дифференциалды диагностика

- Бронхтың және өкпенің обструктивті синдромы бар өзге ауруларымен жүргізеді: пневмония, обструктивті бронхит, муковисцидоз, біріншілік иммунодефицит, біріншілік цилиарлы дискинезия, трахео-бронхомаляция, тыныс жолдарының ішкі жапшылуын туындататын қантамырлар дамуының ақауы, стеноз және гемангиома, гранулема және киста, туберкулез, эмфизема болуына байланысты тыныс жолдарының тарылуы.
- Анамнез деректері бойынша атопияға бейімділіктің болмауы және аллергоанамнездің болмауы. Аллергендердің байланысы жоқ. Бронхолитиктерді қолданудан тиімділік болмау, тамақтанумен және құсумен байланысты ысқырмалы сырылдар, дене салмағын нашар қосу, оксигенотерапияға ұзақ қалыптасқан қажеттілік.
- Физикалық тексеру деректері бойынша: қол саусақтарының «барабан таяқшалары» түрінде өзгеруі, жүректегі шулар, стридор, аускультация кезінде сықырлар, кенеттік цианоз.

Емі

- **Ем мақсаты:**
- 1. Бронхиалды обструкцияны тоқтату;
- 2. Сәйкес базистік емді таңдау;
- 3. Өмір сүру сапасын төмендетуге, мүгедектікке әкелетін аурудың ауыр түлерінің алдын алуы;
- 4. Тұншығу ұстамаларын тоқтату;
- 5. Тыныс алу қызметін қалпына келтіру.
-

Дәрі-дәрмексіз ем:

- антигендік режим;
- гипоаллергендік диета;
- дренаждық функцияны жақсарту және бронх терегін санациялау үшін массаж және ЕДШ қолданылады.

Дәрі-дәрмектік ем

- **Жасы 1-4 жас**
- **1- қадам.** Жұмсақ интермиттирлейтін демікпе.
- Қажеттілік туғанда ингаляциялық қысқа әсер ететін бета-2 - агонистері.
- **2- қадам.** Жүйелі түрдегі превентивті ем.
- Ингаляциялық стероидтарды енгізу 200-400 мкг/ күніне BDP немесе BUD немесе 100-200 мкг/ күніне FP – ауыр түрінде мейлінше жоғары дозаны қолдану керек немесе кромогликат* немесе недокромил немесе монтелукаст тамыш түрінде күніне 1 тамшыдан 2 рет, мүмкіндігінше кортикостероидтарды қолдану керек.
- **3- қадам.** Қосымша ем.
- 2 жастан төмен балаларда 4-қадамға ауысу қажет.
- 2- 4 жасар балаларда монтелукастты қолданып көру қажет.
- **4- қадам.** Нашар, ауруды үнемі бақылау керек.
- Педиатрға қаралыңыз.




5-15 жас аралығында

1-қадам. Жеңіл, интермитирлейтін демікпе.

Ингаляциялық қысқа мерзімді әсер ететін бета-2 агонисттер* қажеттілік туғанда.

2-қадам. Жүйелі түрдегі превентивті ем.

Ингаляциялық стероидтарды қосу* 200-400 мкг/күніне BDP немесе BUD немесе 100-200 мкг/күніне FP – ауыр түрінде мейлінше жоғары дозаларды қолдану қажет (немесе кромогликат* немесе недокромил немесе монтелукаст, мүмкіндігінше, кортикостероидтарды қолдану керек).



3-қадам. Қосымша ем.


- ұзақ әсер ететін ингаляциялық бета-2 агонисттер;
- ұзақ әсер ететін ингаляциялық бета-2 агонисттердің жауабын бақылау;
- емге жақсы жауап болса – емді жалғастыру керек;
- ұзақ әсер ететін ингаляциялық бета-2 агонисттерді жоғары дозада қолдану нәтиже бергенмен де, күй-жағдай бақылау сәйкес болмаса, ингаляциялық кортикостероидтардың дозасын 400 мкг/күніне жоғарылатып, BDP немесе BUD немесе 200 мкг/күніне FP (егер бұл доза қолданылмаса);
- ұзақ әсер ететін ингаляциялық бета-2 агонисттермен емделу жауабы болмаса - ем жүргізуді тоқтату керек. Монтелукаст немесе SR теофиллин** капс. 100 мг қолданып көру қажет.

4-қадам. Ауруды үнемі нашар бақылау.


- ингаляциялық кортикостероидтар дозасын ұлғайту 600-800 мкг/күніне дейін, BDP немесе BUD немесе 300-400 мкг/күніне FP;
- қосымша емді жалғастыру. Егер жағдай жақсармаса, педиатрға жүгініңіз.

5- қадам. Ауруды бақылаудың нашар бақылауы жалғасады.

- педиатрға жүгініңіз;
- ингаляциялық кортикостероидтардың жоғары дозаларын сақтаңыз;
- сәйкес бақылау үшін аз дозада таблетка түріндегі кортикостероидтарды* қарастырылуы керек.



Жүйелі түрдегі күнделікті дәрілік емдеудің бастылу критерийлері

- апта сайын ауру белгілері байқалатын балаларға жүйелі түрде дәрілік емдеу тағайындалуы керек;
 - балада дене жүктемесінен кейін ауру белгілері неғұрлым көп және балада атопияның түрі ауыр болса, отбасылық бейімділігі болса - соғұрлым ингаляциалық кортикостероидтармен* дәрілік емдеуге тағайындалу қажет.
 - мектеп жасындағы балалар жүйелі түрде дәрілік емге ауыстырылып, емдеуші дәрігеріне өз күй-жағдайы туралы хабарлап тұруі қажет.
- 

Негізгі дәрі-дәрмектер тізімі:

1. ** Сальбутамол/ фенотерол 5 мг табл.; 0,5 мг/10 мл инъекцияларға арналған ерітінді.
3. ** Беклометазон флакон 200 доза.
4. ** Флютиказон 50 мкг 1 доза флаконда 120.
- 5.. Сальметерол + флютиказон 25мкг/50 мкг 120доза, 25/125 мкг/ 120 доза, 25/250 мкг /120 доза аэрозоль, 50мкг /100 мкг 60 доза, 50/250 мкг 60 доза, 50/500 мкг 60 доза ұнтақты ингалятор.
6. ** Салметерол 25 мкг/доза, ингаляцияларға арналған аэрозоль.
7. ** Теофиллин 300 мг табл./ 100 мг, 200 мг, 300 мг капсулы; 350 мг капсула ретард.
8. * Кромоглиций қышқылы 1 мг, 5 мг көз тамшылары.
9. * Ипротропий бромиді 100 мл аэрозоль.
10. Назалды спрейлер (* Кромоглиций қышқылы 1 мг, 5 мг; * кортикостероидтар 50,0).

Қосымша дәрі-дәрмектер тізімі:


1. Будезонид 50 мкг 1 доза, 200 дозалы, флаконда.
2. * Тербуталин 2,5-5 мг табл.
3. Эбастин 10 мг табл.
4. Антигистамин 10 мг табл.

Ем тиімділігінің индикаторлары:


- бронх обструкциясы белгілерінің басылуы;
- тұншығу ұстамаларының болмауы;
- тыныс алу функцияларының қалпына келуі;
- клиникалық-лабораторлық ремиссияға қол жеткізу.

* - Негізгі (өмірге маңызды) дәрілік заттар тізіміне кіретін препараттар.

** - амбулаторлық ем кезіндегі рецепт бойынша дәрілік заттар тегін және жеңілдікпен берілетін ауру түрлерінің тізіміне кіреді.



Госпитализациялауға көрсетімдер: Асқынған ағыс (status asthmaticus, гормонға тәуелділік, жүргізілген терапия тиімсіздігі).



Профилактикалық шаралар:

Балаларда бронх демікпесі асқынуларының профилактикасы себептік маңызды аллергиямен қатынасты, аллергиялық емес триггерлерді жою негізінде құрылады, мүмкін болса толық элиминацияда:

- вирусты, бактериалды, саңырауқұлақты инфекциялар профилактикасы;
- мұздауды болдырмау;
- қосарланған ауруларды анықтау және санациялау;
- организмді шынықтыру;
- бақылау реттілігі ауру кезеңінің ауырлығына байланысты, ремиссия кезінде 6 айда бір рет, орташа ауырлықта 3 айда бір рет.

Әрі қарай жүргізу, диспансерлеу принциптері:

- антигендік режим;
- гипоаллергендік;
- диета, дренаждық функцияны жақсарту және бронх терегін санациялау үшін массаж және ЕДШ қолданылады;
- базистік препаратты ұзақ қабылдау;
- пикфлоуметриямен бақылау;
- тыныс алу функцияларын қалпына келтіру;
- иммуномодуляторлар.

ПАЙДАЛАНҒАН ӘДЕБИЕТТІҢ ТІЗБЕСІ

- Аурулардың диагностикасы және емдеу хаттамалары (Приказы №764 - 2007, №165 - 2012)
 - Хаттаманы дайындау барысында пайдаланылған әдебиеттер:
 1. PRODIGY Guidance – Asthma; Last revised in November 2004 www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?gt=Asthma
 2. EBM Guidelines, 12.1.2005
 3. Best practice evidence based guideline, management of asthma in children aged 1-15 years, 2005, paediatric society of New Zealand, www.paediatrics.org.nz
 4. SIGN and BTS, 2004
 5. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, NIH Publication No 02-3659 Issued January, 1995 (updated 2002) Management Segment (Chapter 7): Updated 2004 from the 2003 document. The GINA reports are available on www.ginasthma.org.
 6. Asthma and other wheezing disorders in children Search date October 2004, Clinical Evidence, BMJ
 7. Diagnosis and treatment of childhood asthma, EBM Guidelines, 12.1.2005