



«Астана медицина университеті» АҚ  
Ішкі аурулар кафедрасы



# ПРЕЗЕНТАЦИЯ

Тақырыбы: Демікпелік жағдай

Орындаған: Әзім Д. 406 ЖМ

Қабылдаған: Ахметжанова Ш.К.



Астана 2017 жыл

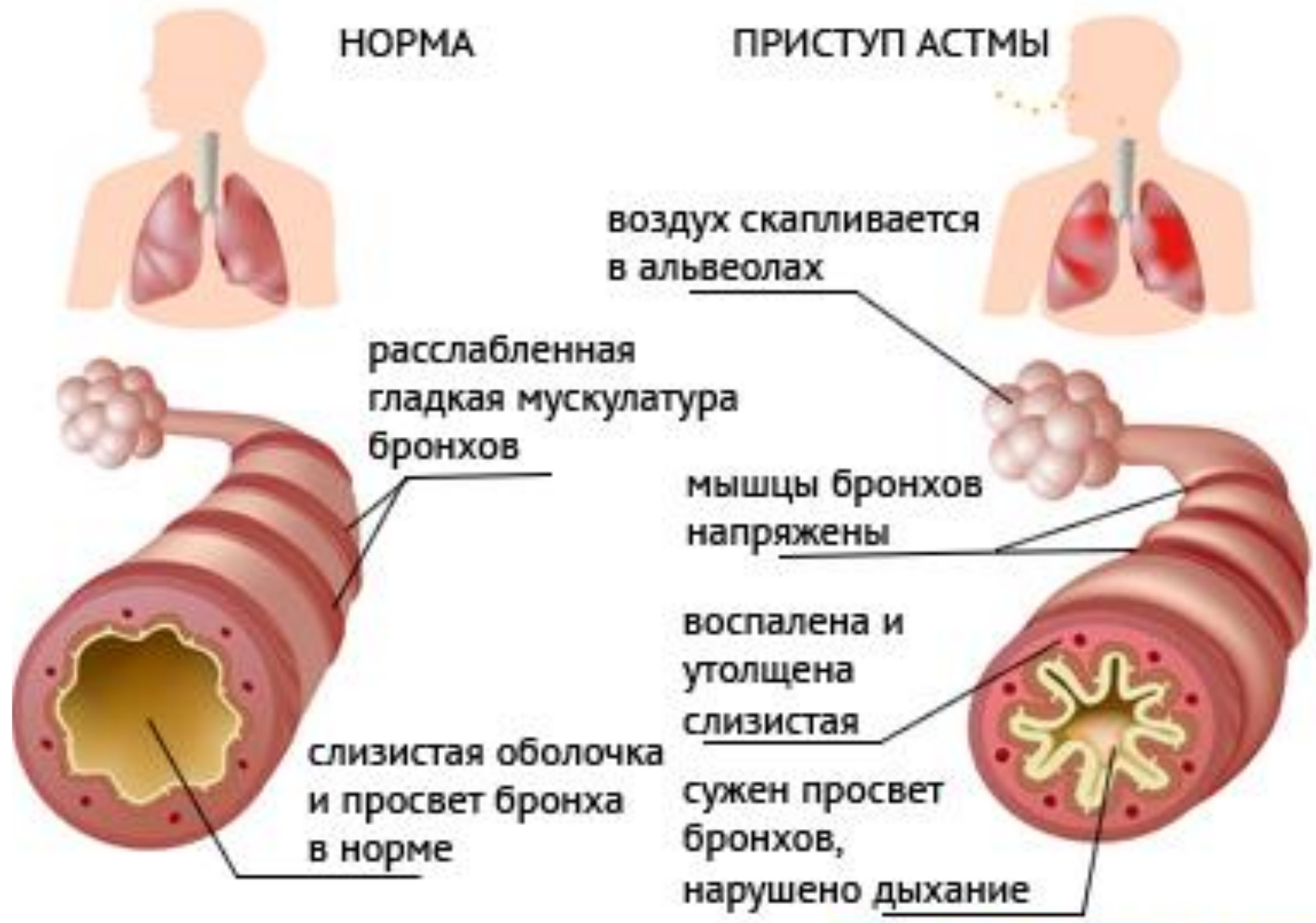
# Жоспары:

1. **Жіктемесі**
2. **Қауіп-қатерлі факторлар**
3. **Диагностика критерилері:**
4. **Негізгі және қосымша диагностикалық шаралар тізімі:**
5. **Диагностика алгоритмі**
6. **Медициналық көмек көрсету тактикасы**
  - ▶ Жедел жәрдем
  - ▶ Коматозды жағдайда
  - ▶ Кеңірдек интубациясы мен ӨЖВ жасау үшін көрсетімдер
  - ▶ Негізгі дәрі-дәрмектер

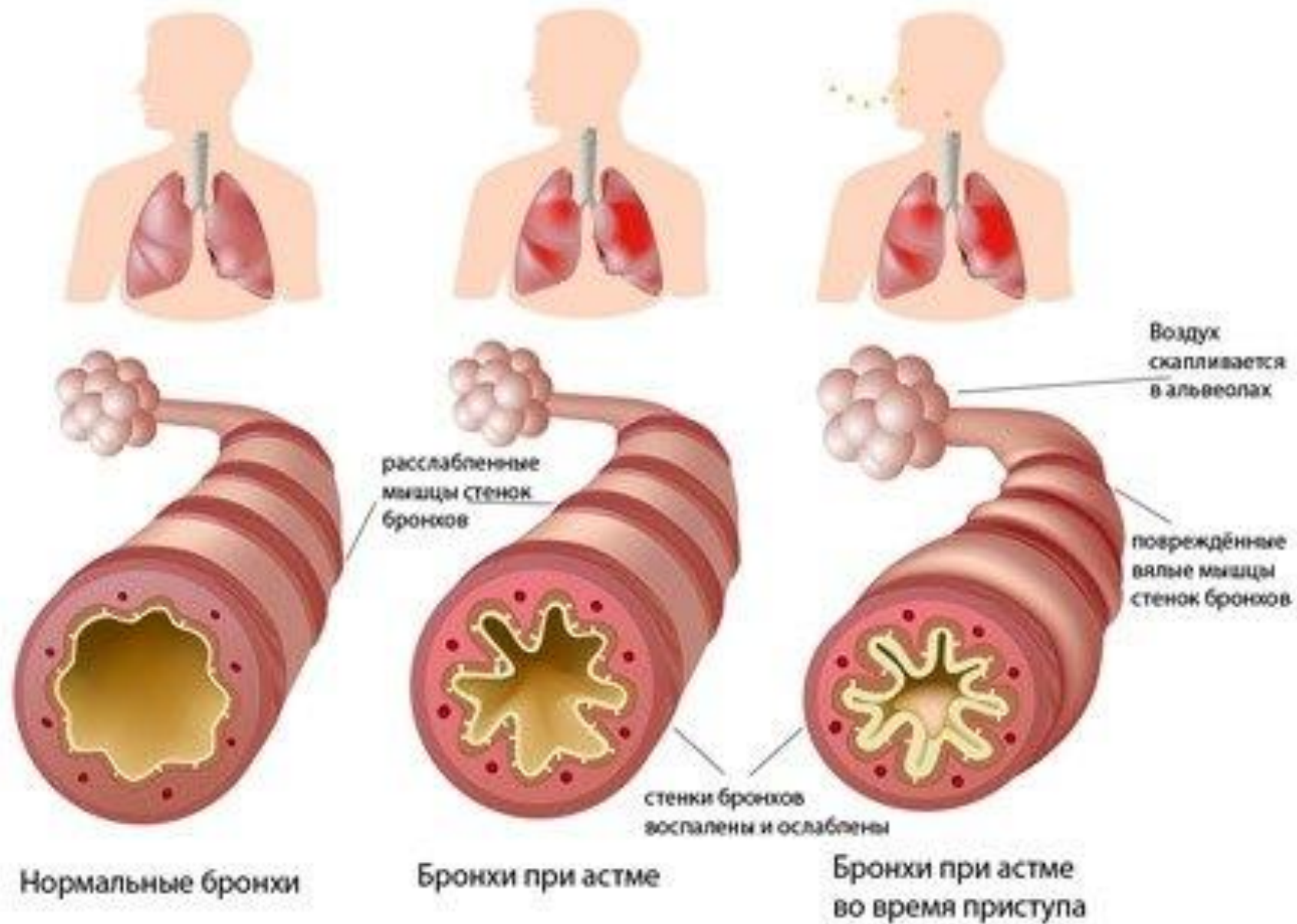
**Демікпелік жағдай** – бронхының демікпе ұстамасының 6 сағатқа дейін басылмайтын және симпатомиметикалық дәрілерге көнбейтін жағдай дамуымен, бронхылардың дренаждық функциясының бұзылуымен, сонымен қатар гипоксемия, гиперкапния пайда болуымен сипатталады.

- ▶ **Хаттама коды:** E-002 "Бронхылық демікпелік статус"
- ▶ Жедел медициналық көмек
  
- ▶ **Кезеңдік ем мақсаты:**
  - ▶ 1. Өкпеде газ алмасу бұзылысын (гипоксемия және гиперкапния) қалпына келтіру.
  - ▶ 2. Тыныс жолдары өткізгіштігін қалпына келтіру.
  - ▶ 3. Бронхылардың  $\beta 2$  – адренорецепторларының сезімталдығын қалпына келтіру.
  - ▶ 4. Ішкі ағзалық ортаның жұмысын реттеу.
- ▶ **АХЖ-10 бойынша коды (кодтары):**
  - ▶ J46 – Демікпелік статус. (status asthmaticus)

# Развитие приступа астмы



# Астматическое расстройство



# Демікпелік жағдайдың (ДЖ) жіктелуі

- ▶ **1. Анафилаксиялық түрі:** (ДЖ дереу, дамитын түрі) Иммунологиялық емес немесе псевдоаллергиялық реакциялармен аллергиялық реакция медиаторларының көп мөлшерде бөлінуімен сипатталады. Бұл түрінде гипоксия үдемелі түрде дамиды, сондықтан барлық клиникалық көріністері қарқынды және тасқынды түрде бір-бірін тез алмастырып отырады. Жедел және ауыр тұншығу ұстамасы комалық жағдайға туындатады.
- ▶ **2. Метаболизмдік түрі:** (ДЖ баяу дамитын түрі) –  $\beta$ -адренергиялық рецепторларының функциональды блокадасы маңызды орын алады. Демікпелік жағдайдың бұл түрі аяқ астынан, кейде бірнеше тәуліктен немесе аптадан соң пайда болады. Науқастар белгілі бір көлемде жүріп-тұра алады (бөлмеде қимылдау, әжетханаға бару), бірақ өте қиналады, еңтігумен қатар жалпы жағдайы нашарлайды.

# ДЖ ағымының ауырлығына байланысты бөлінуі:

## ▶ **I кезеңі – салыстырмалы компенсация кезеңі.**

Симпатомиметиктерге және басқа да бронходилататорлық емге көнбейтін, бронхылық демікпенің ұзақ уақыт басылмайтын ұстамасы.

Келесі клиникалық симптомдар мен синдромдар байқалады:

- ▶ - тыныс алу мен тыныс шығарудың айқын қиындауымен, қашықтан естілетін сырылдар мен минутына 30 және одан көп тыныс жиілігімен жүретін тахипноэ;
- ▶ - науқастың екі иық тұсы көтеріңкі фиксацияланған, демін алу үшін көкіректің қосымша бұлшықеттерін іске қосуға мәжбүрлі қалыпта болады;
- ▶ - тері және сілемейлі қабаттарда жайылған цианоз;
- ▶ - перкуссия жасағанда қораб дыбысы естіледі;
- ▶ - аускультация жасағанда өкпенің төменгі бөлігінде әлсіз везикулярлық тыныс, жоғарғы бөлігінде қатқыл, жайылған құрғақ сырылдар естіледі;
- ▶ - әлсіз тахикардия;
- ▶ - артериялық қысым қалыпты немесе жоғары;
- ▶ - ЭКГ-де оң жақ қарынша мен жүрекшеге жүктеме түсу белгілері;
- ▶ - ұзаққа созылған гипервентиляция қақырықтың тұтқырлығын артырады, ол бронхылардың саңылауын толығымен бітеп гиперкапния мен гипоксемияны көбейтеді.

▶ **II кезең – декомпенсация немесе «үнсіз» өкпе кезеңі:**

- ▶ - қашықтан естілетін сырылдардың өкпе аускультациясында естілмеуі («үнсіз өкпе»);
- ▶ - жалпы жағдайы тез нашарлайды, сөйлеуі қиындайды, өте ауыр жағдай дамиды;
- ▶ - науқас керует жиегін қолымен тіреп отырады;
- ▶ - есі ауыспайды, бірақ кейде апатиялы қозу болады;
- ▶ - аса терлегіштік нәтижесінде тері жабындылары ылғалды, диффузиялы цианоз;
- ▶ - көкірегі эмфизематозды керілген, экскурсиясы анықталмайды, өкпеде қорап дыбысы естіледі;
- ▶ - тынысы әлсіз, сырылдар өкпенің тек жоғарғы бөлігінде естіледі, бронхылардың толық бітелуінен кей жерінде тыныс шуылдары мүлдем естілмейді («үнсіз өкпе»);
- ▶ - парадоксальды пульс – тыныс алу кезінде пульс толуының азаюы (pulsus paradoxus), жүрек жиырылуының минутына 120- дан артуы байқалады;
- ▶ - ЭКГ-де жүректің оң жақ бөлігінің жүктемелену белгілері, аритмия болуы мүмкін;
- ▶ - артериялық қысым жоғары;
- ▶ - бауырдың фиброзды капсуласының кеңеюінен оң жақ қабырға тұсында ауырсыну сезімі күшейеді;
- ▶ - артериялық қанның газдық құрамы өзгереді - айқын гипоксия ( $P_{O_2}$  50-60 мм.рт.ст.) және гиперкапния ( $P_{CO_2}$  50-70 мм.рт.ст.) респираторлы немесе аралас типті ацидоз дамиды.



▶ **III кезең – гипоксиялық гиперкапниялық кома кезеңі.**



Егер «үнсiз өкпе» синдромы шешiлуi болмаса, онда гипоксиялық қозу, венаiшiлiк енгiзулерге белсендi түрде қозу пайда болады:

- ▶ - науқастың жағдайы өте ауыр, нервтік-психикалық бұзылыстар, есiнен тану ұстамамен алмасады;
- ▶ - сирек, үстiртiн, аритмиялы тыныс;
- ▶ - диффузиялы сұрғылт цианоз, тершеңдiк, сiлекейдiң көп ағуы;
- ▶ - жiпше тәрiздi пульс, гипотония, коллапс;
- ▶ - артериялық қанда – гипоксемия ( $PO_2$  40-50 мм.рт.ст.), жоғары гиперкапния ( $PCO_2$  80-90 мм.рт.ст.). Айқын вентиляциялық бұзылыс. Қышқылдық-сiлтiлiк тепе-теңдiк жағдай метаболизмдiк алкалозға, ал демiкпе жағдайы ауырлығының күшеюiнен метаболизмдiк ацидоз дамиды;
- ▶ - жауша сыртылық сұйықтықтың және қан көлемiнiң азаюы (дегидратация белгiлерi). Дегидратация, сонымен қатар созылмалы гипоксемияға, гематокриттiң жоғарылауына және қанның қоюлауына алып келедi.
- ▶ Кей науқастарда антидиуретик гормондардың секрециясы жоғарылап гиперволемия, гипернатриемия дамиды. Өкпеде сұйықтықтың көбеюi газ алмасудың нашарлауына және ұсақ бронхыларда обструкция дамуына алып келедi. Мұндай өзгерiстерге бүйрекүстiбездiң функциясының төмендеуi әсер етедi.

# 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.

# Диагностика критерилері:

- ▶ - қақырық түсуінің қиындауынан көп сағатқа кейде бірнеше тәулікке созылатын тұншығу;
- ▶ - айқын әлсіздік;
- ▶ - өлімнен қорқу;
- ▶ - көп ретті симпатомиметикалық ингаляция қолдану және пуринді қатардағы препараттарды (тәулігіне 15-20 рет) қолданудың әсерінен бронх кеңейтуші әсерінің болмауы немесе бронхоспазмның күшеюі («рикошет синдромы»).

# 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).

# Диагностика алгоритмі

Симптомдары/көрсеткіштері	I кезеңі	II кезеңі	III кезеңі
Ұстамасы	жиі, ұстамасы тиылмайды	ұстама тиылмайды, ендікпе анық	
Жөтел	өнімсіз, қақырық қиын бөлінеді	дәл сондай	
Мәжбүрлі қалып	ортопноэ (жатқанда, ендікпе, отырған және тұрған науқасқа ыңғайлы)	ортопноэ	
Тыныс алуы	минутына 40, қосымша тыныс бұлшықеттері қосылған	минутына 60 рет	сирек, беткейлік, ритмсіз
Тері жамылғылары	анық цианоз	сұр, ылғалды, мойын веналары ісінген	суық тер, диффузды шашыраған цианоз
Перкуссия	қораптық дыбыс	қораптық дыбыс	қораптық дыбыс
ОЖЖ бұзылыстары	науқас қажыған, қорқыныш сезімі болуы мүмкін	қозу апатиямен ауысады	есінен тану, сіңір тартылуы
Аускультация	өкпенің барлық бөлімдері қатысады	екі өкпеде де тыныс алуға қатыспайтын үлкен бөліктер бар	тыныс шулары өте әлсіз немесе мүлде жоқ

<b>Пульс</b>	минутына 120 рет	минутына 140 рет	жіп тәрізді
<b>ЭКГ</b>	жүректің оң бөліктерінің жүктемесі, эл.осінің оңға жылжуы	жүректің оң бөліктерінің жүктемесі, түрлі текті аритмиялар, т тісшесінің амлитудасының төмендеуі	қарыншалар фибрилляциясы болуы мүмкін
<b>Қан жалпы талдамасы</b>	полицитемия (эритроцит санының жоғарылауы), гемоглобин жоғарылауы, эозинофилия. лимфопения	полицитемия (эритроцит санының жоғарылауы), гемоглобин жоғарылауы, эозинофилия. лимфопения	полицитемия (эритроцит санының жоғарылауы), гемоглобин жоғарылауы, эозинофилия. лимфопения, гематокрит жоғарылауы
<b>Қан құрамындағы газдар</b>	артериялық гипоксемия $рао_2$ 60-70 мм рт. ст. нормокапния $расо_2$ 35-45 мм рт. ст.	артериялық гипоксемия $рао_2$ 50-60 мм рт. ст. гиперкапния $расо_2$ 50-70 и более мм рт. ст.	ауыр артериялық гипоксемия $рао_2$ 40-55 мм рт.ст. анық гиперкапния $расо_2$ 80-90 мм рт.ст.
<b>Қанның биохимиялық талдамасы</b>	$\alpha$ 1- және $\gamma$ -глобулин, фибрин, серомукоид, сиал қышқылдарының деңгейінің жоғарылауы	$\alpha$ 1- және $\gamma$ -глобулин, фибрин, серомукоид, сиал қышқылдарының деңгейінің жоғарылауы	$\alpha$ 1- және $\gamma$ -глобулин, фибрин, серомукоид, сиал қышқылдарының деңгейінің жоғарылауы

# 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.

\* – Негізгі (өмірге маңызды) дәрілік заттар тізіміне кіретін препараттар

- ▶ **Госпитализациялау үшін көрсетімдер:** демікпе жағдайымен ауыратын барлық науқастар міндетті түрде реанимация бөлімшесіне жатқызылады.
- ▶ **Шұғыл госпитализациялау үшін көрсетімдер:** өткізілетін терапия негізінде стационарға жеткізу.