

№2 жедел және кідіріссіз медициналық көмек көрсету  
кафедрасы

# СӨЖ

**Тақырыбы:** Бронх демікпесі. Жедел көмек.

Орындаған: Әріпбай Ш.С.

5-035 топ ЖМФ

Тексерген: Касимов Н.И.

Қарағанды 2015 ж

# Жоспар:

Кіріспе

Негізгі бөлім

- Бронх демікпесі
- Этиологиясы
- Жіктелуі
- Клиникасы
- Демікпелік статус
- Астмалық жағдай
- Жедел көмек



Қолданылған әдебиеттер:

## КІРІСПЕ

Соңғы жылдары бронх демікпесімен ауыру өте жиілеп кетті. Мұны негізгі 3 факторлармен байланыстыруға болады. Біріншіден, аллергиялық реактивтіліктің жоғарылауы. Екіншіден, химиялық өнеркәсіптердің дамуымен, қоршаған ортаның ластануымен және тағы басқа жағдайлармен қатынастың жоғарылауынан аллергиямен байланыс артты. Үшіншіден, бронх демікпесінің дамуына ықпал етуші тыныс алу жолдарының созылмалы аурулардың жиілеуі. Сонымен бірге аурудың жастық құрылымы да өзгереді. Қазіргі таңда бронх демікпесімен ауыратын барлық науқастардың 44% -ын қарт және егде жастағы адамдар құрайды. Қарт және егде жаста аурудың инфекциялық аллергиялық түрі кездеседі. Ол көбіне тыныс алу мүшелерінің қабыну ауруларының (созылмалы пневмония, созылмалы бронхит және т.б.) нәтижесінде туындайды. Осы инфекциялық ошақтан ағза өз тіндерінің ыдырау өнімдерімен, бактериялармен және токсиндермен сенсбилизацияланады. Бронх демікпесі өкпедегі қабыну үдерістерімен, жиі бронхит, бронхиолит, пневмониямен бірге басталуы мүмкін.

**Бронхты демікпе**— тыныс алу жолының созылмалы ауруы, патогенетикалық механизмі бронхтардың гиперреактивтілігіне, қабынуға негізделген, негізгі клиникалық белгілері – бронхоспазм нәтижесінде тұншығу ұстамасы (экспираторлы сипатты), бронхтың шырышты қабықшасының гиперсекрециясы мен ісінуі.

Даму себептері. Аурудың негізінде көбінесе аллергиялық факторлар-тағамдық және дәрілік аллергендер, өсімдік тозаңдары, жануарлар жүні, вирустар, саңырауқұлақтар т.б.

## Этиологиясына қарай БД жіктелуі

- -Экзогенді (атопиялық)БД
- -Эндогенді (атопиялық емес) БД
- -Аспиринді БД
- -Гормонтәуелді БД

## Бақылау деңгейіне қарай жіктелуі

- -бақыланатын
- -бақыланбайтын
- -жартылай бақыланатын

## Ағымдық фаза бойынша:

- -өршу,
- -тұрақсыз ремиссия, ремиссия,
- -тұрақты ремиссия (2 жылдан жоғары).



## ***Аурудың ауырлығына байланысты:***

*Эпизодты демікпе*, қысқа уақытты және сирек түнгі ұстамалар когда кратковрем-ые обострения астмы с ежесуточными эпизодами и редкими ночными приступами удушья (қалыптыда тек 2-4 апта және жылына 1 рет болады, мыс.өсімдік шаңымен негізделген демікпе )

*Жеңіл дәрежелі үздіксіз-қайталамалы демікпе* , симптомды аптасына 1 немесе одан көп және күнделікті емес, түнгі симптомдар айына 2 реттен көп, ОФВ1 немесе ПСВ қалыптыдан 80% жоғары, ПСВ көрсеткіштері 20-н 30%-ке дейін, демікпенің асқынуы физикалық белсенділік және ұйқыны бұзуы мүмкін.

*Орташа дәрежелі үздіксіз-қайталамалы демікпе*, симптомдар күнделікті, түнгі симптомдар аптасына 1 реттен көп , эпизодтан тыс ОФВ1 немесе ПСВ 60-н 80% -ға дейін, ПСВ көрсеткіштері 30%-н жоғары, демікпенің асқынуы физикалық белсенділік және ұйқыны бұзады;

*Ауыр үзіліссіз* – симптомдар үнемі және тәулік бойы, жиі өршитін, ОФВ1 немесе ПСВ қалыптыдан 60% төмен, науқастың физикалық активтігі шектелген рецидивті астма.

Ауыр үзіліссіз - рецидивті гормонтәуелді астма

***Астматикалық статус*** - бронхиальді обструкция және науқаста жасалған терапияға резистенттілік нәтижесінен жедел прогрессирленген тыныс жеткіліксіздігінен болатын тұншығудың ауыр ұстамасы.

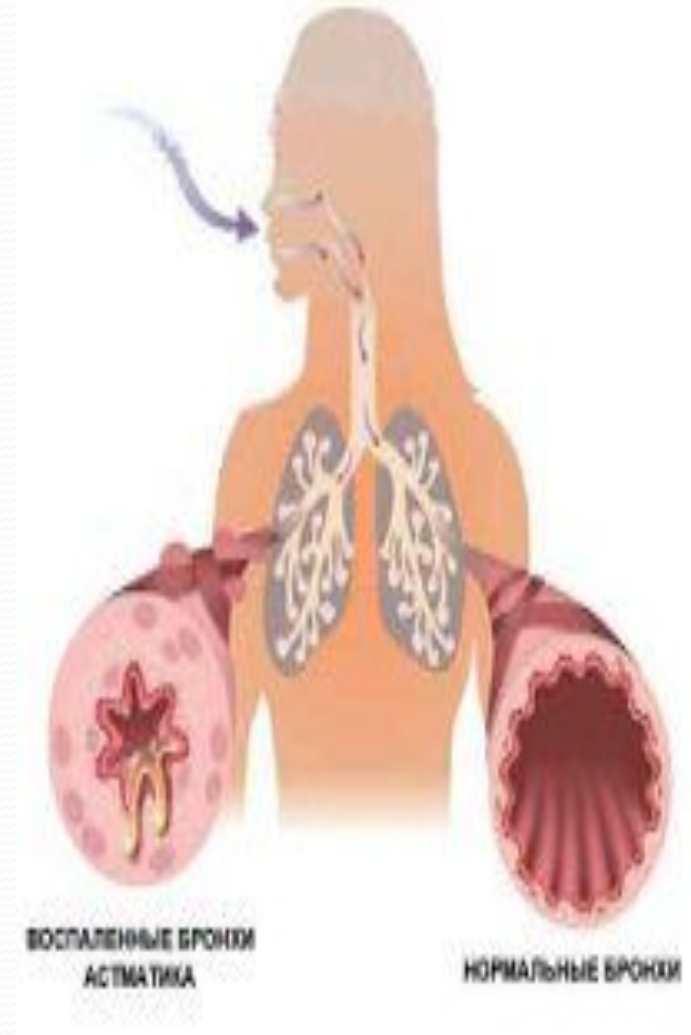
## **Аурудың ауырлығына байланысты (2) бөледі:**

- **I дәреже** (жеңіл интермиттирленген): күндізгі симптомдар саны. Аптасына 2 рет; өршу кезінде ПСВ (тыныс шығарудың шындық жылдамдығы), симптомдардың түнде айқындылығы; аптасына 2 рет: ОФВ1 немесе ПСВ 80% нормадан, ПСВ көрсеткішінің 20% төмен
- **II дәреже** (жеңіл персистирленген); күндізгі симптомдар саны > аптасына 1 рет, бірақ < күніне 1 рет; ұстама активтілікті бұзады; түнгі симптомдар > айына 2 рет; ОФВ1 немесе ПСВ . 80% нормада, ПСВ көрсеткішінің шашыранқы орналасуы 20%-30%.
- **III дәреже** (персистирленген, ортаңғы ауырлықта); симптомдар күнделікті болады, ұстама активтілікті бұзады; түнгі симптомдар > аптасына 1 рет; ОФВ1 немесе ПСВ – нормадан 60- 80% , ПСВ > 30% көрсеткішінің шашыранқы орналасуы .
- **IV дәреже** (ауыр персистирленген): симптомды үнемі, физическалық активтілігі шектелген; түнгі симптомдары жиі; ОФВ1 немесе ПСВ < 60% нормадан, ПСВ > 30% көрсеткішінің шашыранқы орналасуы .



## Демікпенің диагностикалық критерилері:

- -өкпеде ысқырықты сырылдар
- -ентігу, әсіресе түнде немесе таңертенгі
- -ұстамалы, азбөліністі жөтел
- -бронх обструкциясының қайтымдылығы (ТШ/ЖШ > 60л/мин немесе ФШТК1 > 15% бронхиолиттер ингаляциясынан кейін және немесе)
- -күнделікті мониторинг жүргізгенде ТШЖШ ауытқуы



## *Клиникалық көрінісі.*

- Науқастардың көбінде бронх демікпесі созылмалы ағымда кездеседі және физикалық күш түскенде үдейтін, тұрақты қиналдыратын ысқырықты тыныс және ентігумен 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.

**Астмалық жағдай** – симпатомиметикалық препараттарға резистентті 6 сағат және одан жоғары ұзақтықта басылатын БА ұстамасы және бронхтың дренажды функциясының бұзылысы мен гипксемия және гиперкапния.

### *Астмалық жағдайдың классификациясы* (АЖ)

*Астмалық жағдайдың түрлері:*

1. Анафилаксиялық түрі ( АЖ-ның тез дамидын түрі) аллергиялық реакцияның кең көлемді медиаторларының бөлінуімен жүретін псевдоаллергиялық реакция немесе иммунологиялық емес реакция басымдылығымен сипатталады. Бұл кезде гипоксия прогресті түрде жоғарылайды, сондықтан барлық клиникалық көріністер интенсивті және айқын, бір біріне ауысып отырады. Жедел және ауыр тұншығу ұстамасы коматозды жағдайға алып келеді.
2. Метаболиттік түрі ( АЖ-ның жай дамидын түрі ) – негізгі орынды  $\beta$ -адренергиялық рецепторлар блокадасы алады. Науқастың қозғалыс активтігі шамалы мөлшерде сақталады (бөлмеде, әжетханада), бірақ ол шектелген, әрдайым жедел ендігу және жалпы жағдайының төмендігімен көрінеді.

## **Ауырлық дәрежесіне қарай АЖ бөлінеді:**

I дәреже – салыстырмалы компенсация дәрежесі – ұзақ, симпатомиметик және бронходилататорлармен басылмайтын резистентті, бронхиальді астма ұстамасы..

### **Келесі клиникалық симптомдар мен синдромдар:**

ЖТ-мен тахипноэ - 30 мин және жоғары. Жедел тыныс алу мен тыныс шығарудың қиындауы, дистанционды ұстама;

Жоғарғы иық буынында фиксинленген науқастың мәжбүрлі отыру ұалпы.

Жайылмалы тері және шырышты қабат цианозы;

перкуторлы – коробкалы дыбыс;

Аускультацияда төменгі бөлігінен жедел әлсіреген везикулярлы тыныс естіледі, ал жоғарғы жағынан – қатқыл дыбыспен, жайылмалы құрғақ сырыл.

Айқын тахикардия;

АҚ қалыпты немесе жоғарылаған.

ЭКГ – да оң жүрекше мен оң қарыншаның күш түсу белгілері;

Жалғастырылған гипервентиляция қақырық тұтқырлығын жоғарлатады, ол бронхтың барлық жолдарын обтурациялап, гиперкапния мен гипоксемия дамытады.

**II дәрежесі.** – декомпенсация стадиясы мен «мылқау» өкпе:

Дистанционды сырылдың айқындылығы мен жоқтығының арасындағы сәйкессіздік.

өкпе аускультациясында - «мылқау өкпе»;

Бұл сөйлеуі қыйындық тудырып, әрбір қимыл-қозғалыс жалпы жағдайының кенет нашарлауы болатын ауыр науқастар;

Науқастар әдетте төсектің жиегіне қолымен тіреп отырады.

Есі анық, дистанционды сырылдың айқындылығы мен жоқтығының арасындағы сәйкессіздік, өкпе аускультациясында - «мылқау өкпе»;

Есі анық, бірақ кейде апатияға ауысатын қозу болады.

Тердің көп бөлінуінен тері жамылғысы ылғал, диффузды цианоз;

Кеуде қуысы эмфозематозды ісінген, экскурсиясы онша байқалмайды, өкпе дыбысы – қорапты.

Тыныс әлсіреген, сырылдар тек жоғарғы бөліктерінде естіледі, кей бір жерлерде тыныс шулары мүлдем естілмейді, бронхтардың толық обтурациясынан кей бір жерлерде тыныс шулары мүлдем естілмейді, «мылқау өкпе»

парадоксальді пульс – тыныс алуда пульс толуының төмендеуі (pulsus paradoxus), жүректің жиырылу жылдамдығы минутына 120-дан жоғары.

ЭКГ-да жүректің оң жақ бөліктеріне күш түсу, аритмиялар болуы мүмкін.

Артериялық қысым жоғарылаған;

Бауырдың фиброзды қабығының созылуынан оң жақ қабырға астында ауырсынудың күшеюі;

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.) , ацидоздың респираторлы немесе аралас түрі пайда болады.

III дәр. – гипоксиялық гиперкапниялық команың үшінші дәрежесі.

Егер «мылқау өкпенің» кері қайтуы болмаса, онда тамыр ішілік енгізулерден еш әсер болмайтын гипоксиялық қозу :

Науқастар жағдайы өте ауыр, жүйке психикалық бұзылыстар мен естен тану және тырысу болуы мүмкін.

Тынысы ырғақсыз, сирек, беткей.

сұр диффузды цианоз, тершендік, сілекей ағу.

жіп тәрізді пульс, гипотония, коллапс;

Артериялық қанда - гипоксемия ( $PO_2$  40-50 мм.рт.ст.), жоғары гиперкапния ( $PCO_2$  80-90 мм.рт.ст.). Желдетілу бұзылыстары айқын. Қышқыл-негіздік қалыптың метаболикалық алколоз жағына ығысуы болады, ал асматикалық жағдайдың өршуінен метаболикалық ацидоз дамиды.

Қан циркуляциясы мен жасуша аралық сұйықтық көлемінің төмендеуі.

Бронхкеңіткіш эффекттің төмендеуі немесе бронхоспазмның күшеюі («синдром рикошета») ингаляцияны жиі қолдану әсерінен (тәулігіне 15-20 рет).



Госпитализацияға көрсеткіш: АС бар барлық науқастар реанимация бөлімшесіне госпитализацияланады.

Қосымша және негізгі шаралар диагностикасының тізімі:

1. Жалпы жағдай мен өмірге қажетті функцияларды бағалау: есі, тынысы, қан айналысы.
2. Науқастың қалпын бағалау: ортопноэ қалып тән.
3. Визуальді бар-жоғын бағалау:
  - Бөшке тәрізді кеуде қуысы – қосымша бұлшықеттердің тыныс алу актісіне қатысуы;
  - Тыныс шығарудың ұзаруы;
  - Цианоз;
  - Мойын веналарының ісінуі;
  - гипергидроз.
4. Тыныс алу қимылы жиілігін анықтау (тахипноэ).

5. Пульсті зерттеу ( парадоксальді болуы мүмкін), жүректің жиырылу жиілігін анықтау (тахикардия, ауыр жағдайларда брадикардия).

6.Артериялық қысымды зерттеу (артериялық гипертензия, ауыр жағдайларда артериялық гипотензия).

7. Өкпе перкуссиясы : қорапты дыбыс.

8. Өкпе аускультациясы : қатқыл тыныс, түрлі тонды, құрғақ, ысқырықты сырылдар, тыныс шығаруда басым; әр түрлі калибрлі ылғалды сырылдар естілуі мүмкін.

АС-та өкпенің төменгі бөліктерінде тыныс алудың айқын төмендеуі, ал ауыр жағдайларда- бронх өктізгіштігі және сырылдардың мүлдем болмауы анықталады.

Жедел жәрдем:

Науқастың гемодинамикалық жағдайын бақылау  
анафилаксиялық түрінде 0,3-0,5мл 0,18 % эпинефрин ерітіндісін 0,9 %  
натрий хлорид ерітіндісімен т\і.

маска арқылы ылғалдандырылған оттегі;

Глюкокортикоидты гормондарды т\і ағынмен енгізу: преднизолон т\і  
ағынмен 90-150 мг (до 300 мг), алмастырыла метилпреднизолон 120-180 мг ;  
 $\beta_2$ -адреномиметікті ингаляциямен енгізу – сальбутамол 100 мкг/доза  
небулайзер арқылы 5-10 минут ралығында. Қанағаттандыратын әсер болмаса  
ингаляцияны 20 минуттан кейін қайталау керек; немесе сальметерол +  
флутиказон аэрозоль 25/50 мкг, 25/125 мкг, 25/250 мкг немесе будесонид  
1000-2000мкг небулайзер арқылы 5-10 минут аралығында.

аминофиллин бастапқы дозасы 5,6 мг/кг дене массасына (10-15 мл 2,4%  
етітіндісін т\і баяу 5-7 минут аралығында енгізу), ұстап тұратын доза - 2-3,5  
мл ерітіндісін фракционды немесе тамшылы, науқастың клиникалық  
жағдайы жақсарғанша.

гепарин 5000-10000ЕД т\і;

Инфузионды терапия, сұйықтық жеткіліксіздігін толтыру мақсатында, гемоконцентрацияны жою, бронхиальді сұйықтықты сұйылту- ті 4% гидрокарбонат Na, 0,9% NaCl, 5% декстроза ерітінділерін енгізеді.

Өкпе вентиляциясының үдемелі бұзылысында ИВЛ көрсетілген.

Комалық жағдайда:

Спонтанды тыныс алуда жедел трахея интубациясы.

Өкпенің жасанды вентиляциясы

Қажет болғанда – жүрек-өкпе реанимациясы;

медикаментозды терапия

Кеңірдек интубациясы және ЖӨЖ көрсеткіштері:

Гипоксиялық және гиперкапниялық кома;

Жүрек-тамыр коллапсы;

Тыныс алу қозғалыс жиілігі минутына 50-ден жоғары.

Шұғыл госпитализацияға көрсеткіш: жүргізілген ем фондында стационарға жеткізу.

# Қолданылған әдебиеттер:

Google.kz

1. Доказательная медицина. Ежегодный справочник. Вып.2. 4.1. 2. Медиа Сфера.2003 г. 2 .Неотложная терапия в пульмонологии. И.Г. Фомина, В.Ф. Маринин, М.:


Медицина, 2003.-248 с.

3. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов дыхания. Под ред. А.Г. Чучалина. Москва, 2004

4. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система) под редакцией А.Г.Чучалина, Ю.Б. Белоусова, В.В.Яснецова. Выпуск VI. Москва 2005

5. Приказ Министра Здравоохранения Республики Казахстан от 22 декабря 2004 года

№883 «Об утверждении Списка основных (жизненно важных) лекарственных средств».



Назар аударғандарыңызға  
рахмет!