

Бронх обструктивті синдромы бар ауру
балаларды жүргізу ерекшелігі.
Жедел бронхит.
Жедел обструктивті бронхит.
Жедел бронхиолит.

Орындаған: . ЖМҚ-504

Қабылдаған:

- I. Кіріспе
- II. Негізгі
- ✓ Жедел бронхит
- ✓ Жедел бронхиолит
- ✓ Жедел обструктивті бронхит
- III. Қорытынды
- Пайдаланылған әдебиеттер

Жоспар:

- Обструктивті синдром немесе бронхобструкция негізіне аллергиялық қабыну және бронхтар гиперреактивтілігі жататын, тыныс қиындығы ұстамаларымен білінетін, диффузды обструкция, беткейлі бронх еттерінің спазмы, шырыш гиперсекрециясы, бронх қабаты ісінуімен белгілі ауру.
 - Бронхобструктивті синдром – көбінесе балалар ауруы болып табылады, әсіресе 3 жасқа дейінгі балалар. Төменгі тыныс жолдарының ауруымен ауыратын балалар 40 % , респираторлы вирусты инфекциямен ауыратын балалар 50 % , аллергиясы бар балалар 30 % кездес
-

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

Жедел бронхит

Normal



Bronchitis



Tertiary bronchi

- Көбінесе жедел респираторлы вирусты инфекцияның (ЖРВИ) салдарынан бронхтардың шырышты қабаттарында өзгерістер болады, дегенмен бронхиттің клиникасы әрдайым көрініс бере бермейді. Рино-, респираторлы синцитиалды және паратүмаудың (парагрипп) 3 типтегі инфекциялары бір жасқа дейінгі балаларда бронхитті жиі туындатады, ал ересек балаларда тек қана жоғарғы тыныс жолдарының катаральды өзгерістері ғана болады.
- Балаларда бактериалды (пневмококктар, стрептококктар мен стафилококктар, гемофилді таяқша) қоздырғыштар әсерінен болатын бронхиттер сирек кездеседі. Олар негізінде мукоцилиарлы клиренстің қатаң бұзылыстары болған кезде ғана дамиды (бөгде зат, көмекей стенозы, интубация, трахеостома, бронхтардың дамуындағы ақаулар, муковисцидоз, цилиарлы дискинезия).
- Бір жасқа дейінгі балаларда бронхитті респираторлы вирустармен қатар «атипті» микроорганизмдер, яғни микоплазма және хламидиялар да туындатады. Олардың жиіленуі мектеп жасындағы балаларда, әсіресе күз айларында байқалады

Этиологиясы

- Вирустар тыныс жолдарының эпителий қабатында көбейіп, оларды зақымдайды, әрі бронхтардың қабырғаларының кедергілік қасиетін тежейді және бактериалды қабынуға қолайлы жағдай туғызады. Сонымен қатар вирустар жүйкелік ганглилердің зақымдануына алып келеді, яғни бронхтардың сағасының жүйкелік реттелуін және оның қоректенуін бұзады

Патогенезі

- Жедел жай бронхитте (ЖЖБ), әдетте, науқаста дене қызуының жоғарылауы, бастың ауруы, ринит, фарингит, ларингиттің белгілері байқалады, әлсіздік пайда болады. Жөтел – ЖЖБ-ның негізгі белгісі. Жөтел бастапқыда құрғақ, сонан соң (аурудың 4-8 күнінде) біршама жұмсақ, ылғалды болады. Кейде балалар жөтелі күшейгенде кеуде қуысының төменгі жағында ауыру сезімі болатынына шағымданады. Жөтелу кезіндегі ауру сезімі трахеобронхитке тән. Жөтел екі аптаға дейін созылады.
- РС-вирусты инфекция кезінде сәбилердің, микоплазмалық және аденовирусты инфекция кезінде ересек балалардың жөтелуі ұзақ уақытқа созылады.
- Аускультация кезінде құрғақ, ірі және орташа көпіршікті сырылдар естіледі және олар саны мен сипаты бойынша өзгеріп отырады. Дегенмен, сырылдар жөтелгенде де жоғалмайды, себебі балалар қақырықты түкіре алмайды, көбінесе жұтады.
- Перкуссия кезінде анық өкпелік, жиіленген, қорап тәрізді дыбыс естіледі .
- Аурудың 6-8-күніне қарай жөтел азаяды, науқастың дене қызуы қалпына келеді, өкпесіндегі сырылдар жоғалады. Кейде бронхит бірден дамымай, ЖРВИ-мен бірге жүреді, ал кеш жағдайларда екіншілік инфекцияның қосылуы нәтижесінде асқынған түрде болады. Мұндай кездерде науқастың жалпы жағдайы нашарлайды, дене қызуы жоғарлайды, жөтелі күшейеді, өкпесінен ірі және орташа көпіршікті, ылғалды сырылдар естіледі. Нәтижелерімен сәйкесіндегі бронхиттің оқшау пневмониялық асқынуға алып келуі мүмкін.

Клиникалық көрінісі.



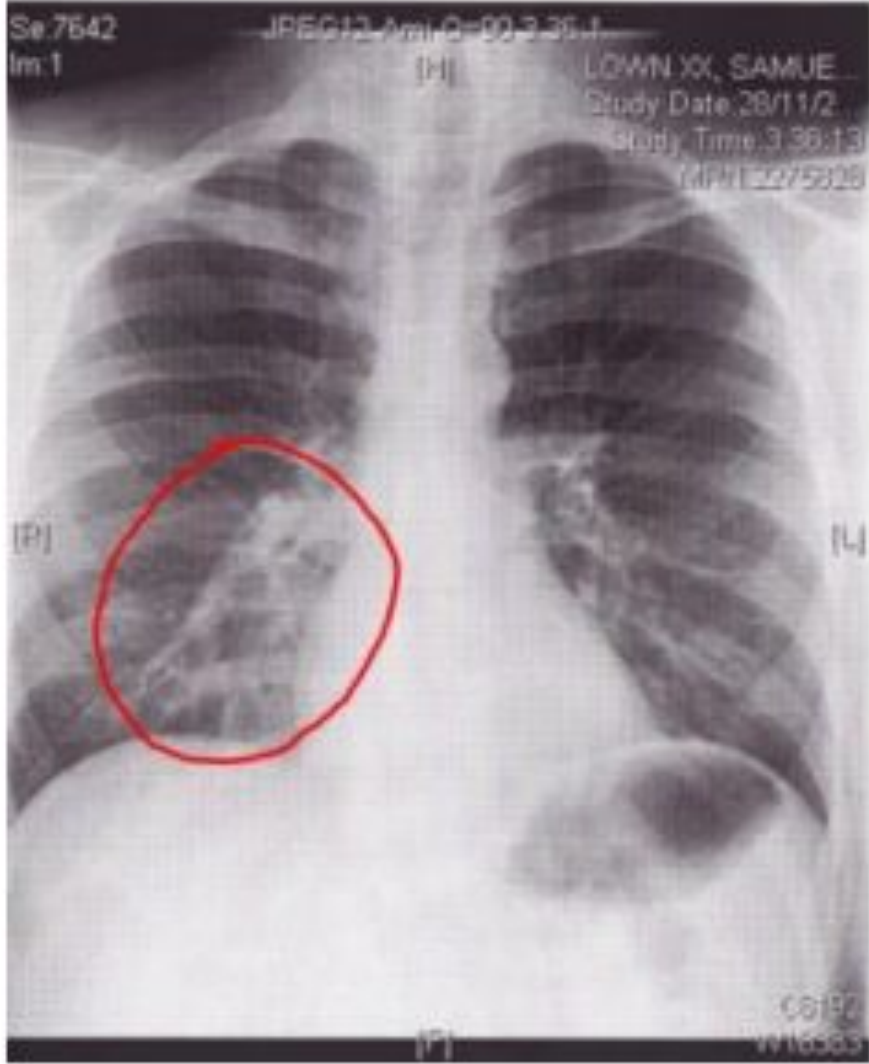
- 1. Уланудың, риниттің, назофарингиттің белгілері.
- 2. Жөтелдің сипатына қарай: аурудың басталуы кезінде жөтелдің құрғақ болуы, ал бірнеше күннен (4-5) кейін ылғалдыға айналуы.
- 3. Қақырық көбінесе шырышты сипатта болады.
- 4. Тыныс жетіспеушілігінің белгілері болмайды: ентікпе жоқ, қосымша бұлшық ет тыныс алуға қатыспайды, көгеру белгілері болмайды.
- 5. Аускультация кезінде қатаң тыныс естіледі.

Сырылдары симметриялы болғанымен, жөтелген

Жедел бронхиттің кезде өзгереді. Аурудың бастапқы кезінде құрғақ сырылдар болса, кейін ылғалды орташа және ірі көпіршікті сырылдар пайда болады.

диагностикалық

- 6. Перкуссия кезінде өкпеде өзгерістер болмайды.
- 7. **белгілері:** гемограммада өзгерістер тұрақты емес, эритроциттердің түну жылдамдылығы (ЭТЖ)



- Салыстырмалы диагностика бірінші кезекте пневмониямен салыстырыла жүргізіледі (пневмония кезінде тыныс шуылдарының әлсіз болуы, перкуторлы дыбыстың қысқаруы, тұрақты ұсақ көпіршікті және сықырлы сырылдардың болуы). Барлық күмәнді жағдайлар кезінде міндетті түрде өкпенің рентгенографисы жасалуы қажет.

Салыстырмалы диагностика

- 1. Ауруханаға жатқызу міндетті емес.
- 2. 100 мл/кг көлемінде жылы сұйықтықты көп ішу (шай, морс, компот, газсыз минералды сулар).
- 3. Ем-дәм негізінде сүтті-өсімдіктес тағамдар тағайындалады, аллергияны туындататын өнімдер шектеледі
- 4. Жөтелге қарсы орталыққа әсер ететін дәрілер – тек мектеп жасындағы балаларға құрғақ күшті жөтел кезінде (амброксол, бронхосан, ацетилцистеин)
- 5. Муколитиктер. Ацетилцистеин (Флуимуцил) немесе

Жедел жай бронхиттің емі.

- 6. Бісқыма (массаж), кеуде қуысының білтесі (дренажы), жөтелу рефлексін ынталандыру, тыныс алуға арналған гимнастика.
- 7. Азитромицин 5 мг/кг тәулігіне (1-күні 10 мг/кг) 5 күн бойы.

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

Жедел бронхиолит

- Жедел бронхиолит 2 жасқа дейінгі балаларда жиі кездеседі (көбінесе 5-6 айдағы балаларда), яғни ол бронхиолдармен ұсақ бронхтардың обструктиві зақымдануы нәтижесінде болатын ауру. Американдық педиатрлардың айтуы бойынша жылына 100 балаға шаққанда 3-4 жағдайда ЖБ кездеседі
-

- 60-85 % жағдайда респираторлы-синцитиалды вирус әсерінен, сирек жағдайда паратүмау, аденовирус, микоплазма және хламидиялар әсерінен болатын ауру. Бұған алып келетін факторлары: аллергиялық диатездер, паротрофия, жасанды тамақтандыру.

Этиологиясы

- Сәбилердегі жедел бронхиолит бронхиолдардың екі жақты зақымдануымен сипатталады. Бронхиолиттің зақымдануының ерте белгілері – бронхтар мен бронхиолдардағы эпителидің сылынуы, яғни өсетін қабаттың тіндермен алмасуы жүзеге асады. Эпителидің кірпікшелері болмайды. Перибронхиалық кеңістігі лимфоциттермен көбейіп, шырышты қабаттың ісінуіне әкеледі. Сылынған эпителийлер, талшықтар, фибриндер, шырыштар бронхтар мен бронхиолдардың ішін тығыздап, тығындап тастайды. Обструкция дәрежелері коллатеральды ауа алмасуының болуы немесе жоқтығы көптеп кездесетін немесе өкпенің бөліктерінің гипертрофиясының дамуын және тыныс жетіспеушілігінің айқын көрінісін анықтайды. Ұсақ тыныс жолдарының диаметрі тыныс алуда үлкен болса, тыныс шығаруда кішірек болады да, нәтижесінде науқастың тыныс шығаруы қиындайды. Көп жағдайда науқастарда

- Бронхиолит кейбір балаларда біртіндеп басталса, кейбіреулерінде кенеттен басталуы мүмкін.
- Ауырудың 2-4 күнінде баланың жалпы жағдайы нашарлайды, бала тітіркенгіш болады, тәбеті төмендейді.
- Науқаста құрғақ жөтел пайда болып, ол жылдам түрде ылғалды жөтелге айналады, ендікпесі күшейеді (60-80 минутына), тыныс алуы қиындайды, мұрын қанаттары үрленгені, кеуде-бұғана бұлшық еттерінің кернелуі байқалады.
- Тыныс жетіспеушілігінің басқа да белгілері, яғни бозару, ауыз үшбұрышында көгеру, тахикардия айқын көрінеді.

Кейінгі кезеңнің көрінісі. Кеуде қуышында алдыңғы артқы көлемдері бойынша кеңейгені байқалады, перкуторлы қораптық дыбыс естіледі. Жүрек үндері біршама тұншығыңқы естіледі, жүректің салыстырмалы тұйықтығының шекаралары тарылады.

• Ауырудың төртінші кезінде тыныс алу мен тыныс шығарудың

- 1. Жалпы жағдайының нашарлауы, риниттің, назофарингиттің белгілері және катаральды белгілер.
- 2. Субфебрилді немесе қалыпты дене қызуы.
- 3. Айқын тыныс жетіспеушілігі, яғни ендікпенің экспираторлы сипатта болуы, тыныс алуға қосымша бұлшық еттің қатысуы, мұрын қанаттарының үрленуі, көгерулер байқалады.
- 4. қабырғалардың көлденең жатуы, диафрагманың түсуі сияқты жедел эмфиземаның белгілері.
- 5. Перкуторлы қораптық дыбыс.
- 6. Қатаң тыныс, тыныс шығарудың ұзағырақ болуы, тыныс шығару кезінде құрғақ, ұсқырлы дыбыс пайда болуы, ұсақ көпіршікті сырылдардың естілуі.

ДИАГНОСТИКАЛЫҚ

- 7. Айқын тақиялардың болуы.
- 8. Кеуде қуысының рентгенограммасында тамырлық суретінше кеуде ої оссификациялық эмфиземаның белгілері.

- Әдетте пневмониямен салыстырыла жүргізіледі. Перкуторлық, аускультативтік мәліметтер, қандағы лейкоцитоз бен нейтрофиллездер, біріккен ошақты инфильтративті көлеңкелер сияқты белгілердің барлығы пневмонияға тән.
- Сонымен қатар салыстырмалы диагнозды бронхиалдық демікпемен салыстыра жүргізеді. Баладағы аллергиялық диатез бен аллергиялық тұқым қуалаушылық анамнездің, сондай-ақ адреналин немесе селективті адреномиметиктерді енгізгенде тиімді әсердің болуы – осының барлығы бронхиалдық

Салыстырмалы диагностикасы

Балдар	Тыныс жиілігі	Ысқырықты сырылдар	Цианоз	Тыныс алуға қосымша бұлшық еттің қатысуы
0	30	жоқ	жоқ	жоқ
1	31-40	Тыныс шығарудың соңында естіледі	Айқайлаған кезінде ауыз үшбұрышында	+
2	41-60	Тыныс шығаруда	Тыныштық кезінде ауыз үшбұрышында	++
3	60	Алыстан естіледі	Тыныштық кезінде жайылмалы	+++++

Балалардағы Жедел обструктивті бронхитте және бронхиолиттегі обструктивті синдромның ауырлық дәрежесін бағалау.

- Тыныс жетіспеушілігінің II-III дәрежелерінде науқасты ауруханаға жатқызу керек. Сонымен қатар 2% натрий гидрокарбонаты, 5-10% ацетилцистеин, гидрокортизон аэрозолдары қолданылады.
- Ендікпе кезінде әрдайым сусыздану үрдісі жүретіндіктен, науқасқа жылы сұйықтықтар қолдану қажет. Қатты сусыздану мен электролиттердің бұзылысы кезінде инфузионды ем қолданылады. Осы уақыттағы «ылғалды өкпе», яғни сол жақ қарыншаның жетіспеушілік белгісі диуретиктер мен жүрек гликозидтерін тағайындауға негіз болады.
- Рибавирин (виразол)-РНК-вирустарын тежейтіндіктен, оны 3-7 күн бойы бір тәуліктегі 12-18 сағат аралығында аэрозоль ретінде қолданға болады.
- Науқастарға бронхиолиттің айқын гипоксемиясы кезінде, орташа және ауыр түрлерінде, туа пайда болған жүрек ақауында, муковисцидозда рибавирин тағайындалады.
- Бронхиолитпен ауырған, атопиялық диатезі бар балаларға селективті β_2 -агонистері тағайындалады. Олар әрбір 20 минут сайын 0,15 мг/кг мөлшеріндегі сальбутамол қабылдап тұруы тиіс.
- Глюкокортикостероидтар жергілікті және парентаралды түрде қолданылады (бірінші тәулікте преднизолон көктамырға 3-5 мг/кг мөлшерде енгізіледі).
- Егер балада созылмалы инфекция ошақтары анықталса, сонымен бірге ол жуық арада ірінді-септикалық аурулармен ауырған болса ғана оған антибиотиктер ғана тағайындалады. Бронхиолиттің ұзақтығы 5-7 күн.
- Кейбір науқастарға 2,4% эуфиллин 0,1-0,2 мл/кг мөлшерінде көктамырға енгізу тағайындалады. 0,1%

эуфиллин сұйықтығы апноэсі бар барлық науқастарға, сондай-ақ өкпелік гипертензияның белгілерін азайту мақсатында қолданылады.

Жедел бронхиолиттің емі.

- клиникалық түрі айқын обструкциялық бронхиттің көрінісімен өтетін бронхиттің бір түрі. Жедел обструктивті бронхит ересектерге қарағанда балаларда кездесу жиілігі 20-25% құрайды.

Жедел обструктивті бронхит

□ Жедел обструктивті бронхит әртүрлі генездегі респираторлы вирустар, микоплазмалар, хламидиялар әсерінен болады, алайда ерте жастағы балаларда бұл ауру көбінесе респираторлы-синцитиалды (РС) вирустардың, цитомегаловирустардың, 3-типтегі паратүмаудың вирустарының және аденовирустардың әсерінен болуы мүмкін.

□ Жедел обструктивті бронхитке әкеп соғатын факторлар:

- жүктілік кезінде анасының темекі тартуы (балада тыныс жолдарының өте тар болуына әкеледі), баланың «ластанған ауамен тыныс алуы», феталды алкогольдық синдром, сәбидің құрсақ ішілік дамуының ішкі конституциялық ауытқулар, яғни экссудативті-катаральды және лимфатико-гипопластикалық диатездер.

ЭТИОЛОГИЯСЫ

- Обструкция келесі механизмдерге, яғни бронхтардың бұлшық еттік қабырғасының тарылуына, шырышты қабаттың ісінуіне және шырыштың гиперсекрециясына байланысты.

Патогенезі

- Науқастың дене қызуы жоғарылайды
- Жоғарғы тыныс жолдарында катаральды өзгерістер пайда болады.
- Науқастың тыныс алуы жиілеп, тыныс шығаруы ұзарады.
- Тыныс алуы шулы және ысқырықты болады, яғни бронх кеңістігінде секреттердің бөлінуі мен жиналуы және ентікпе мен қызбаның салдарынан секреттің жабысқақтық қасиеті өзгереді. Нәтижесінде ол «кеуіп» ызындаған және ысқырықты құрғақ сырылдардың пайда болуына алып келеді.
- Бронхтардың зақымдануы жайылған сипатта болады, яғни құрғақ ысқырықты сырылдар кеуде қуысының барлық жерінен бірдей естіледі. Сырылдарды ағыстан естіледі. Баланың жасы кіші болған сайын құрғақ және ылғалды орташа көпіршікті сырылдар естіледі.
- Науқастың ентікпесі күшейген сайын тыныс алуға қосымша бұлшық еттердің қатысуы айқын көрінеді, яғни



- 1. Тыныс шығаруы ұзақ, ысқырықты әрі алыстан естіледі.
- 2. Кеуде қуысының кернелуі, (қабырғалардың көлденең орналасуы), тыныс алуға қосымша бұлшық еттік мускулатураның қатысуы, қабырғааралық ойықтың ішке енуі.
- 3. Тыныс жетіспеушілік белгілерінің айқын болмауы.
- 4. Құрғақ, ұстамалы түрдегі, ұзаққа созылатын жөтелдің болуы. Бірінші аптаның аяғында жөтел ылғалды болады.
- 5. Перкуторлы өкпеде қораптық дыбыс естіледі.
- 6. Аускультация кезінде тыныс шығарудың ұзаруы, ысқырықты құрғақ сырылдар көбірек естіледі.

Жедел обструктивті бронхиттің диагностикалық белгілері:

- 7. Кеуде қуысының кернелуі, қабырғалардың көлденең орналасуы, тыныс алуға қосымша бұлшық еттің күшеюі және өкпе түбірінің кеңеюі байқалады.
- 8. Қан анализінде лимфоцитоз бар екені көрінеді.

- Жедел обструктивті бронхит жұқпалы және аллергиялық генезбен салыстырмалы диагностика қойғанда біршама қиындықтар туады. Бөгде зат түскенде дені сау балада жөтел мен өкпедегі өзгерістер кенеттен пайда болады, бірақ вирустық инфекциялардың белгілері болмайды.
- Пневмония ма деп күдіктенген кезде тұрақты дене қызуының 3 күндей болуы, токсикоздың айқын белгілері, перкуторлы дыбыстың қысқаруы, өкпедегі сырылдар, өкпені тексеру кезіндегі рентгенологиялық мәліметтер басты назарда болады.

Салыстырмалы диагностикасы

- Тәртіп.
- Қызба кезінде 2-3 күн төсектік тәртіпті сақтау. Сүт тағамдары мен өсімдік тектес тағамдар тағайындалады. Аллергия туғызатын тағамдарды шектеу. Науқасқа дәрумендерге бай, жеңіл сіңірілетін тағамдар беру. Қызба кезінде мүкжидектен (клюквадан) жасалған морс, бал қосылған сүт, минералды су сияқты сұйықтықтарды көп ішкізу.
- Жедел обструктивті бронхиттің орташа және ауыр түрінде науқасты ауруханаға жатқызу.
- Науқасты оттегімен тыныс алдыру. Балалардағы обструктивті бұзылыстар кезінде симпатомиметиктер (селективті адреномиметиктер), холинолитиктер (атровент) және комбинирленген препарат беродуал кен түрде қолданылады.
- Ауыр емес обструкция кезінде сальбутамол ішкізуге болады (1 мг 2-4 айлық жаста, 2 мг 2-4 жаста күніне 2-3 рет). Симпатомиметиктерді ингаляция түрінде қолдану дәрілік заттың қажеттілігін азайтады әрі жүйелі әсерін төмендетеді. Тиімді нәтижесі 10-15 минуттан соң байқалады.
- Эуфиллин ішке және көк тамырға кеңінен қолданылады. 2,4%-дық эуфиллинді көктамырға 0,2 мл/кг көлемінде әрбір 6 сағат сайын қолданады.
- Жөтелді басатын дәрілер қолдануға болмайды (кодеин, либексин, тусупрекс).
- Жедел обструктивті бронхиттің асқынбаған түрінде антибактериалдық ем қажет емес.
- Емдік денешынықтыру ретінде кеуде қуысына ысқымақ (массаж) жасалады (әсіресе дірілді). Фитотерапия. Шөп қайнатпалары беріледі

Жедел обструктивті бронхиттің емі



- Балалардағы тыныс алу жолдарының аурулары барлық аурулардың ішінде бірінші орынды алады. Балалар мен жасөспірімдер арасында тыныс алу жолдарының ауруларының кең таралуының үздіксіз өсуі байқалуда. Қазіргі уақытта жай бронхит пен обструктивті бронхиттер бір жасқа дейінгі сәбилер арасында жиі кездесуде. Ол балалардың анатомиялық- физиологиялық ерекшеліктеріне және жергілікті иммунитетіне байланысты болады. Жасының өсуіне қарай қабынулы аурулардың жиіленуіне әкелуі мүмкін.

Қорытынды

- 1 Зайцева О.В. Бронхообструктивный синдром у детей. Вопросы патогенеза, диагностики и лечения. – М.: 2005. – 48 с.
- 2 Смирнова, М.О. Клинические и патогенетические особенности разных вариантов хронического бронхита у детей // Рос. вестник перинатологии и педиатрии. - 2007. - №3. - С. 22-27.
- 3 Сенаторова, А. С. О профилактике рецидивов обструктивного бронхита у детей раннего возраста // Здоровье Украины. - 2007. - № 5/1. – 21 с.

• 4 Мизерницкий Ю.Л. Макролиды при инфекциях дыхательных путей у детей: современные представления о механизмах действия. Consilium Medicum // Педиатрия. - 2006. - Т. 08. №2. – С.14-17.

-
- 5 Сафронова Н.Н., Геппе Н.А. Современные подходы к терапии бронхитов у детей // Медицинская помощь.