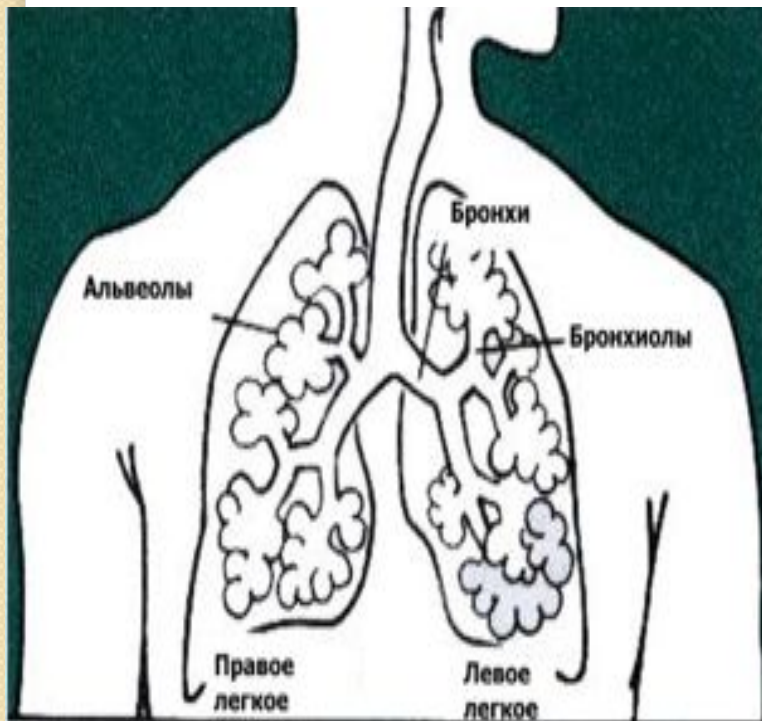
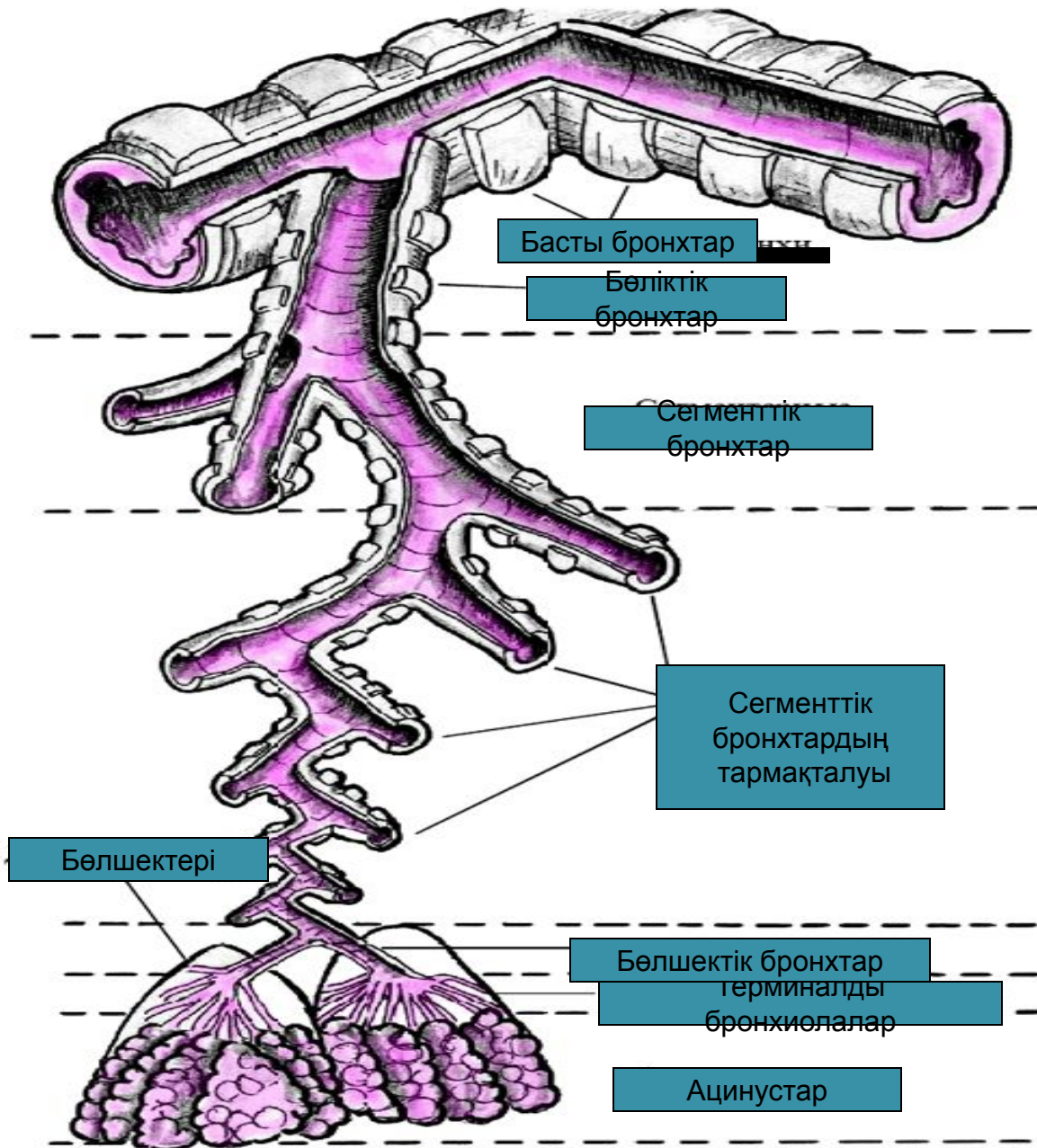


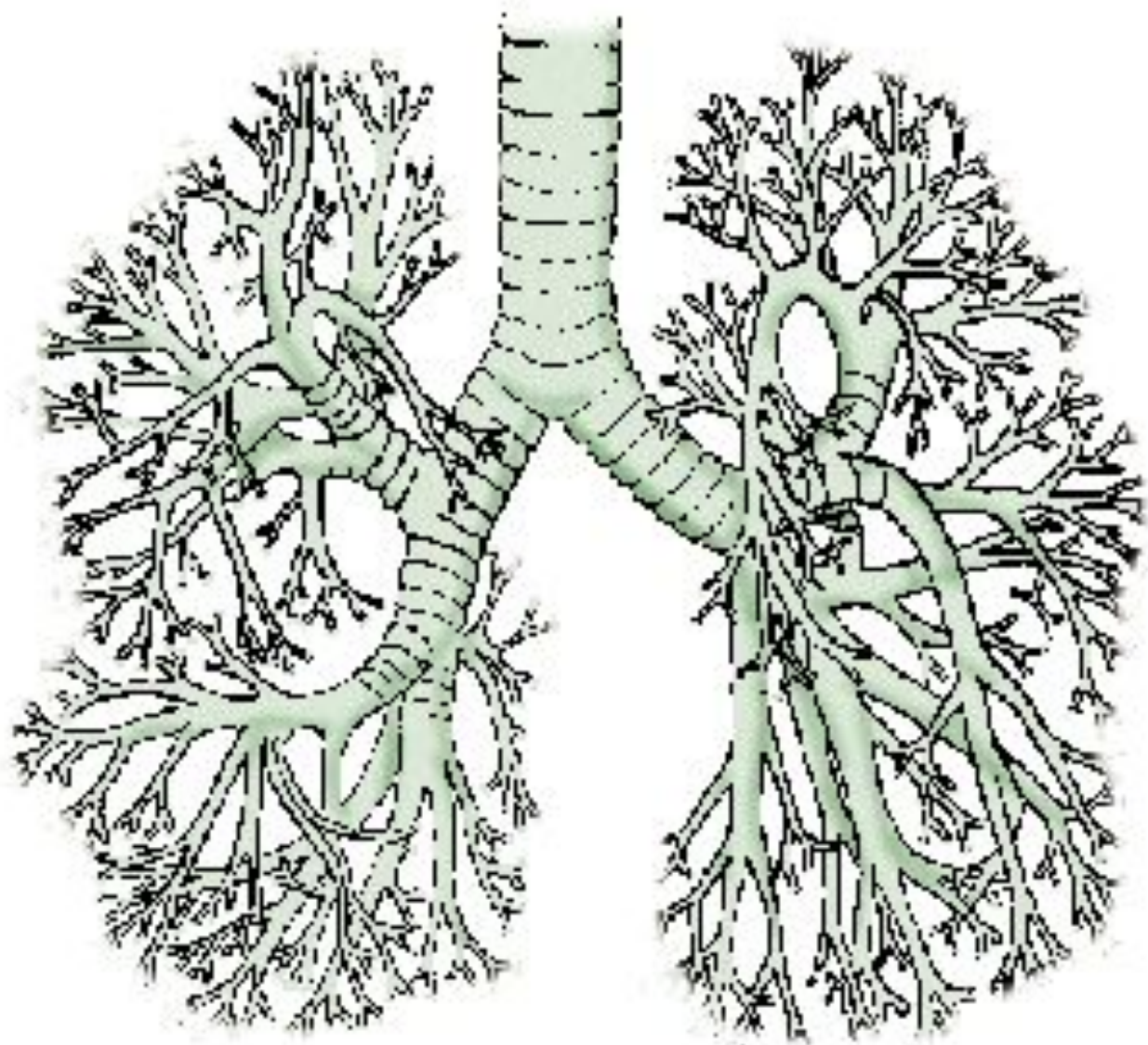
Жедел және созылмалы бронхит

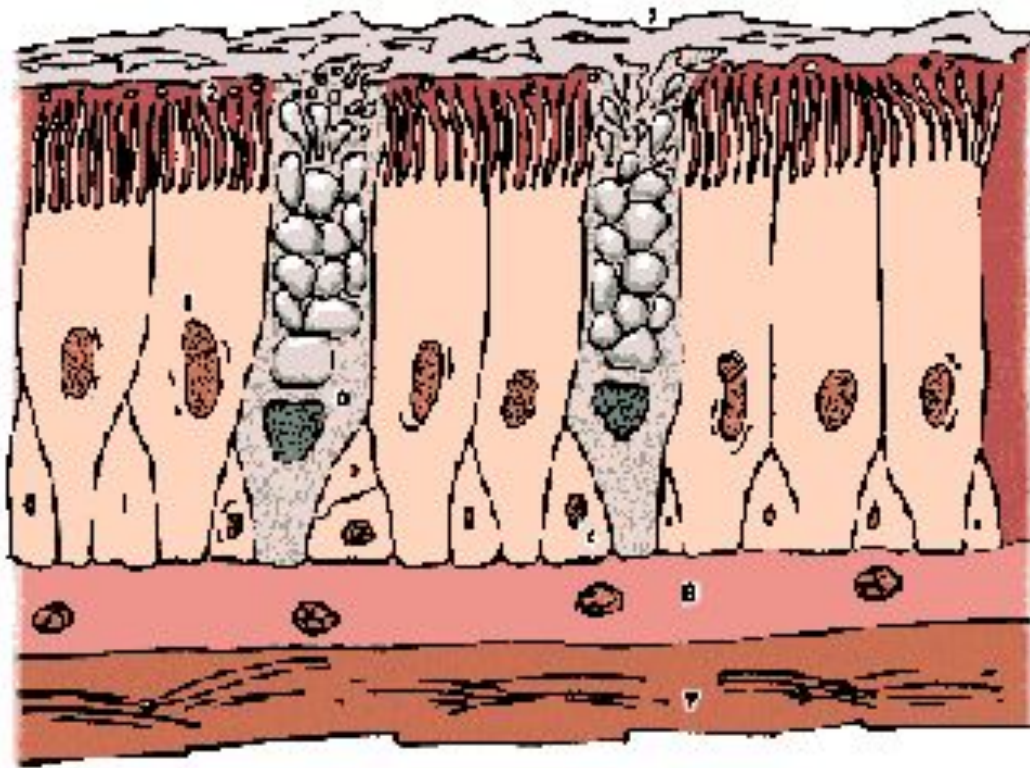


Тексерген: Ешмуратов Т.Ш
Орындаған: Азаматова А.А

Бронхтардың құрылысы







Электрондық
микроскоппен
түсірілген
бронхтың кілегей
қабаты



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.

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).

Патогенезі

- 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).

Жіктемесі

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).

Жіктемесі

Қабынудың түрі бойынша:

- Катаральді.
- Ісінулік.
- Іріңді.
- 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 (күрғақ жөтел, төс артының ашып, қыршап ауыруы) байқалады. Көп ұзамай қабыну процесі алдымен ірі, кейін ұсақ бронхтарға өтеді.

Клиникалық көрінісі

- Көрінісі қинайтын жөтелден басталады. Алғашқы 2-3 тәулікте жөтелі құрғақ, кейін болар-болмас қақырық түсе бастайды.
- Қақырық әдетте кілегейлі, кейде кілегейлі-іріңді, 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 еңтікпе қосылады.

Клиникалық көрінісі.

- 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.

Клиникалық көрінісі.

- 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 реңді дыбыс естілуі мүмкін.
- Ауырғандардың баршасында күшейген қатаң везикулалық тыныс және құрғақ, сиректеу ылғал сырылдар естіледі.
- Бронхиттің дистальді түрінде ентікпе қосылады және тыныс шығару ұзарады.

Клиникасы

- Тыңдағанда сырылдың түріне мөн берген жөн. Сырылдардың түрі бронхтардың зақымдану деңгейіне төуелді.
- Ірі бронхтардың қабынуында жуан дыбысты құрғақ немесе ірі көпіршікті ылғал сырылдар, ал ұсақ бронхтардың зақымдануында жіңішке дыбысты құрғақ (ысқырықты) немесе ұсақ көпіршікті ылғал сырылдар есітіледі.

Клиникасы

- Крепитацияның болуы бронхитке тән емес, ол пневмонияның қосылуын көрсетеді.
- Жөтелден кейін сырыдар 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.

Клиникасы

- 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.

- 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 әрең түседі.

- Әдетте, жедел бронхиттің барысы жеңіл, 7-14 тәуліктің көлемінде аяқталады.
- Қызудың қайтадан көтеріліп, іріңді қақырықтың бөлінуі аурудың созылыңқы барысына (6 аптаға дейін) айналуына тән.
- Бұл жағдай бактериялық немесе вирустық суперинфекцияның қосылуынан болады.

Асқынулары:

- Пневмония.
- Бронхтардың обструктивтік синдромы.

Емі.

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

Емі.

- Бұдан басқа, аскорбин қышқылын 0,5 г.,
- А витаминін 1-2 др. 3 реттен,
- эовитті 400 мг. 1 реттен қолданады.
- Осылармен қатар дезинтоксикациялық ем жүргізілуі тиіс. Ол үшін сұйықтықты (лимон, бал, қайнатпа қосылған шайды, жылытылған минеральді суды) молырақ ішкізеді.

Емі.

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.**

Емі.

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-жұтқыншақ қайталама қабынулары, созылмалы инфекция көзі болу, зат алмасудың бұзылуы, тұқым қуалайтын бейімділік - ферменттер жетіспеушілігі, аллергияға бейімділік).

Патогенезі

Полиэтиологиялық факторлар тобының әсерінен.

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

Бронхопульмоналды қорғаныс жүйесінің гомеостазы, иммундық механизмдердің бұзылысынан.

Бронх кілегей қабатының құрылымдық өзгерістері

Гуморалдық қорғаныс факторларының бұзылады

Альвелярлық макрофагтар қызметінің бұзылуы

Мукоцилиарлық аппарат қызметінің бұзылуы

Сурфактант қорғаныс жүйесінің бұзылуы

Бокал тәрізді клетка белсенділігінің және санының артуы

Бронхтың секреторлық бездерінің қызметі артуы

Инфекцияға қарсылықтың төмендеуі

Қабыну медиаторларының бөлінуі

Кірпікшелі эпители шамасыздығы

Бронх секреті тасымалдануының бұзылуы

Дискриния

Гиперкриния

Патогенді микробтардың көбеюі

Мукостаз

Қабыну медиаторларының бөлінуі

Бронхтарда инфекциялық қабыну үрдісінің дамуы

Жіктелуі

1. Созылмалы жай (обструкциясыз) бронхит.
2. Созылмалы іріңді (обструкциясыз) бронхит. Вентиляциялық өзгерістер жоқ.
3. Созылмалы обструктивті бронхит. Кілегей қақырық тастау тән және вентиляцияның тұрақты обструктивті өзгерістері болады.
4. Созылмалы іріңді - обструктивті бронхит. Іріңді қақырық тастау мен вентиляцияның обструктивті өзгерістері болады.

Ерекше түрлері:

1. 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
- Ұздіксіз - қайталама СБ
- Фазасы: қайталау фазасы.

Патогенезіне қарай:

- Бірінші реттік СБ (жеке, бөлек 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

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

Клиникасы

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

Клиникасы

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

Клиникасы

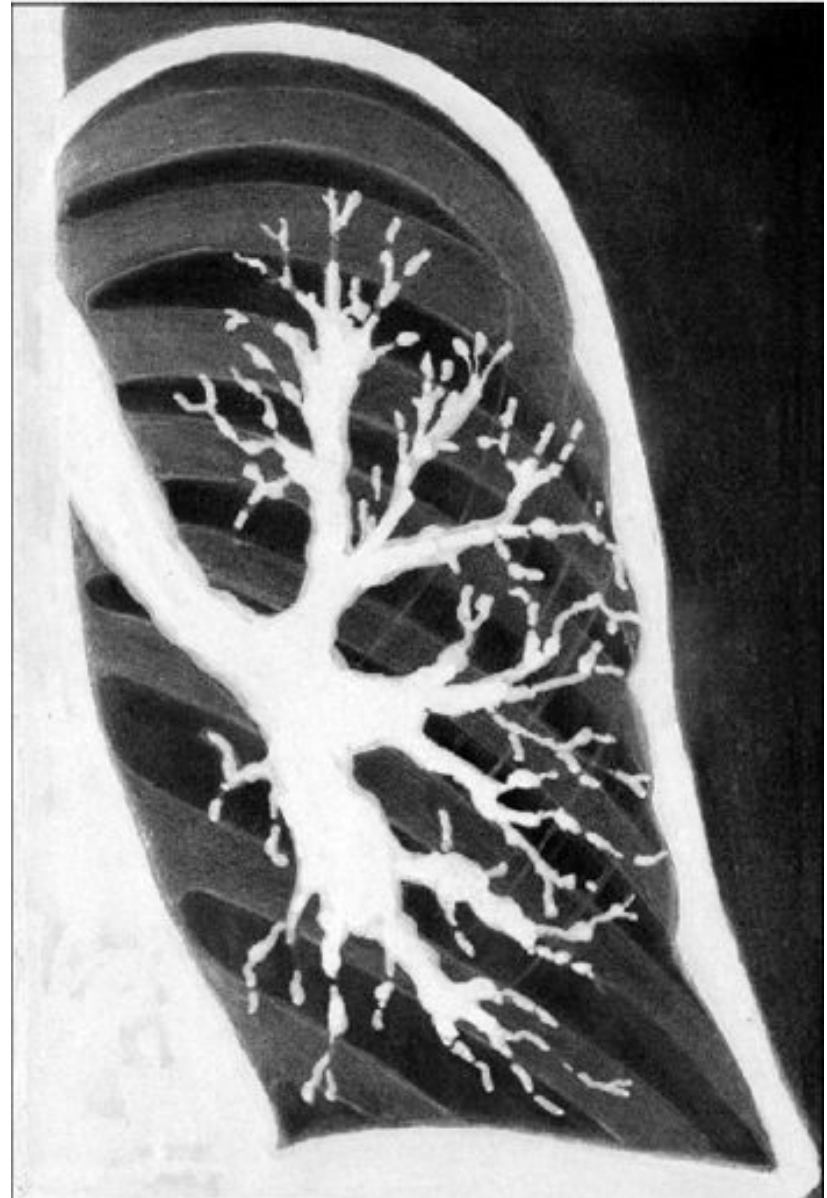
Өкпе артериясындағы гипертензия синдромы: төстің сол жағындағы II қабырға аралығында солқыл болу, өкпе артериясының үстіндегі II тон акценті, рентгенологиялық тексергенде өкпе артериясы ошағының (конусының) кеңуі.

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.



**Обструктивті
өкпе эмфиземасы**



Бронхоэктазия

Созылмалы бронхитті емдеу жобасы

- Дәрі-дәрмектер ауру белгілерінің болуына және олардың ауырлығына қарай белгіленеді.
- **Этиологиялық ем** (бронхтағы қабыну процесін жою):
 - цефалоспорииндер немесе сульфаниламидтер (ұзақ әсер ететінін берген жөн);
 - антибиотиктер (флора сезімталдығына қарай);
 - фитонцидтер.

Созылмалы бронхитті емдеу жобасы

● Патогенетикалық ем:

● а/ жөтел рефлексін басу (кілегейлі бронхитте);

● б/ 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).

в/ организмнің қорғаныс қабілетін күшейту:

- иммунитетті күшейтетін дәрілер
- тактивин 100 мг күніне 1 рет 3 күні бойы тері астына егіледі;
- левамизол немесе декарис 2-3 күні бойы 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 күніне 3 рет, 2-3 апта бойына ішке қабылдайды.

в/ организмнің қорғаныс қабілетін күшейту:

- биогендік стимуляторлар (алоэ экстракты, ФИБС, ейнек терізді дене).
- адаптогендер (пантокрин, лимонник тұнбасы, женьшень түбірі).

в/ организмнің қорғаныс қабілетін күшейту:

- биогендік стимуляторлар (алоэ экстракты, ФИБС, әйнек тәрізді дене).
- адаптогендер (пантокрин, лимонник тұнбасы, женьшень түбірі).

г/ өкпе артериясының гипертензиясымен және оң қарыншалық жүрек әлсіздігімен күрес:

- оттегімен емдеу;
- шеттік вазодилататорлар (нитросорбид, кальций антагонистері, празозин);
- жүрек гликозидтері. Қосымша солқарыншалық әлсіздік болғанда олардың дозасын азайту керек.
- несеп жүргізетін дәрілер (верошпирон күніне 150-200 мг, фуросемид);
- қан жіберу.

д/ өкпе вентиляциясын қалпына келтіру:

- емдік дене тәрбиесі;
- табиғи емдер;
- кеуденің массажы