БРОНХ ДЕМІКПЕСІНІҢ ӨРШУІНДЕГІ КӨРСЕТІЛЕТІН АМБУЛАТОРЛЫҚ ЖАҒДАЙДАҒЫ ЖЕДЕЛ ЖӘРДЕМ

ЖОСПАР

- Бронх демікпесі
- Қауіп-қатер факторлары
- Жіктелуі
- Диагностикасы
- Жедел көмек

БРОНХ ДЕМІКПЕСІ

- **Бронх демікпесі** – көптеген жасушалар мен жасушалық элементтер қатысатын тыныс жолдарының созылмалы қабыну ауруы. Созылмалы қабыну бронхтың гиперреактивтілігінің дамуына алып келеді, түнде және таң ата жөтел және кеуде бітеліп қалғандай сезім тудырады. Бұл көріністер әдеттегідей кең таралған, бірақ айқындылығы өзгермелі, аяқ астынан, немесе емнің көмегімен қайтатын тыныс жолдарының бітелуімен байланысты.
- **Бронх демікпесінің дамуын** соңғы жылдары бронх қабынуының ерекше түрімен байланыстырады, олардың сезімталдығы қоздыратын факторлар әсерінен бірден артады. Қоздыратын («асқындыратын») фактордың әсерінен бронхтардың бұлшық еттері тартылады (бронхтардың жиырылады), шырышты бронхтар ісінеді, қою сөл (қақырық) пайда болады, бұл үдерістер демікпе ұстамаларының (тұншығу ұстамаларының) дамуын анықтайды.

БРОНХ ДЕМІКПЕСІНІҢ ҚАУІП-ҚАТЕР ФАКТОРЛАР

- Қауіп-қатерлі факторлар: кене аллергендері, үйдегі тозаңдар (өте ұсақ болғандықтан, жай көзге көрінбейді), темекі тарту (науқас өзі темекі тартады немесе басқалар тартқанда, түтінмен дем алады), түбітпен қапталған жануарлар аллергендері, тарақан аллергендері, бөлмеден тыстағы тозаңдар мен зеңдік саңырауқұлақтар, бөлме ішіндегі зеңдік саңырауқұлақтар, физикалық белсенділік, дәрілер.

ЖІКТЕЛУІ

- Ауырлық ағымына байланысты: жеңіл, орташа, ауыр болып бөлінеді.
- Жеңіл асқыну: Физикалық белсенділігі сақталған, жүрген кездегі ентігу, науқас қозулы болуы мүмкін. Тыныс алу жиілігі жоғарылаған, дем алуға қосымша бұлшық еттер қатыспайды. Аускультация кезінде ысқырықты сырылдар аздап естіледі, көбіне дем шығару соңында. Жүрек соғу жиілігі 100 кем, пародоксальді пульс жоқ. Бронхолитик қабылдағаннан соң дем шығару пиктік жылдамдығы 80 пайыз.

- Орташа ауырлық: физикалық белсенділігі төмендеген, сөйлеген кезде ентігу, науқас қозулы. Тыныс жиілігі жоғарылаған, тыныс алу кезінде қосымша бұлшық еттер қатысады. Аускультация кезінде тыныс шығару кезіндегі айқын естілетін ысқырықты сырылдар, жүрек соғу жиілігі 100-120 рет минутына, пародоксальді пульс 10-25 мм.с.б.. Тыныс шығарудың пиктік жылдамдығы бронхолитиктерді қабылдағанда 60-80 пайыз.
- Ауыр дәрежесінде: физикалық белсенділігі төмендеген немесе мүлдем жоқ, тыныштық жағдайында ентігу, науқас қозулы. Тыныс жиілігі минутына 30 рет, тыныс алу кезінде қосымша бұлшық еттер қатысады. Аускультация кезінде тыныс алу және шығару кезінде айқын ысқырықты сырылдар, жүрек соғу жиілігі минутына 120 реттен көп, пародоксальді пульс 25мм.с.б.. Тыныс шығарудың пиктік жылдамдығы бронхолитиктерді қабылдағанда 60 пайыздан аз.

БРОНХ ДЕМІКПЕСІНІҢ ДИАГНОСТИКАСЫ

- Диагностика критерийлері
- Шағымдар мен анамнез: жөтел, әсіресе түнде; қайталанбалы сырылдар; қайталанбалы қиындаған тыныс алу; қайталамалы кеуде клеткасының басылу сезімі; симптомдар түнде пайда болады немесе нашарлайды; симптомдар триггерлермен жанасу кезінде ауырлайды; Аяқ астынан немесе бронходилататорлар мен қабынуға қарсы препараттарды қабылдағаннан кейін симптомдардың жоғалуы, бронх демікпесінің маңызды маркерлері болып табылады. Науқаста немесе оның туыстарында атопиялық аурулардың болуы.

- **Негізгілері:**
  Жалпы қан талдау;
  Дем шығарудың ең жоғары жылдамдылығы (ДШЕЖЖ) бронхолитикалық сынама арқылы және \немесе сыртқы тыныс функциясын (спирография) бронхолитикпен зерттеу;

  Қосымша:
  Е иммуноглобулинің жалпы деңгейі
  - қақырықты жалпы талдау
  - қақырықты цитологиялық зерттеу
  - пульсоксиметрия
  - кеуденің флюрография\рентгенографиясы
  - in vivo және\немесе in vitro арнайы аллергияға диагностикалау
  - эозинофильді катионды протеин
  - құрттар мен паразиттер антигеніне арнайы антиденелерді анықтау
  - көрсетім бойынша кеуденің компьютерлік томографиясы
  - ЭКГ
  - көрсетім бойынша Эхо-КГ
  - көрсетім бойынша фибробронхоскопия
  - аллергологтың кеңесі
  - пульмонологтың кеңесі
  - отоларингологтың кеңесі

ИНСТРУМЕНТАЛДЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕР

- **Спирометрия** – тыныс жолдарының бітелу дәрежесін бағалауға арналған (ФДШК1 және ФӨӨС өлшеу) басқаларынан артығырақ біріншілікті тестілеу болып табылады. БД көпшілік мақұлдаған критерийлері бойынша ҮДШК1 ≥ 12% немесе ≥ 200мл, 200-400 мкг сальбутамол ингаляциясынан соң. ҮДШК1 80% артық өсу болмауы мүмкін. Бұл жағдайда ДШЕЖЖ-ң мониторингі көрсетілген.

Пикфлоуметрия – ДШЕЖЖ анықтау әдісі. Бронхолитикті 60л\мин ингаляциядан соң ДШЕЖЖ-ң өсуі немесе 1 тәулік ішінде ДШЕЖЖ 20% өзгеруі БД бар екенін көрсетеді.

- **Аллергиялық мәртебені (статустың) бағалау** – БД себепті-маңызды және тәуекел факторларын анықтайды. Негізгі диагностикалық әдіс аллергендермен тері сынамасы. Қан сарысуында арнайы IgE анықтау әдісі қолданылуы да мүмкін. Тесттердің оң көрсеткіші БД симптомдарымен және анамнез мәліметтерімен міндетті салыстырылуы тиіс.

Өршіту аллергенімен қоздыратын ингаляциялық сынамалар кәсіптік БД, спортшыларда, күрделі диагностикалық жағдайларда диагностикалау үшін қолданылады. ҮДШК1≥80% бастапқы көрсеткіші кезінде жүргізіледі. Өмірге қауіпті бронхоспазм қауіпінің алдын алу үшін кеңінен қолдану ұсынылмайды.

- **Бронх демікпесінің** әдетте өзін тұншығу ұстамалары – кенет ауаның жетпеуі, жөтелу ұстамалары, тыныс алу кезінде ысқырықты сырылды ара-тұра жиі естілуімен кеуденің «тарылуы» арқылы білінеді. Тыныс алуын жеңілдету үшін науқас амалсыз ыңғайлы қалыпты ұстайды: қолмен тіреп отырады. Ұстама тиісті «асқындыру» факторларының әсерімен байланысты. Ұстамалар созылмалы өкпе бронхы, жіті респираторлық ауруларының асқынуынан, ұсынылған емді қадағаламалау кезінде өршиді. Ұстамадан тыс науқастар тыныс алудың ауырлығын немесе басқа да жағымсыз жағдайларды басынан өткізуі мүмкін. Бұл ұстама ауру түріндегі бронх демікпесі үшін тән белгімен байланысты.

БРОНХ ДЕМІКПЕСІ КЕЗІНДЕГІ ЕМДЕУ ТАКТИКАСЫ

- Ем мақсаты:
- Бронхиальді обструкцияны тоқтату;
- Сәйкес базисті емді таңдау;
- Өмір сүру сапасын төмендетуге, мүгедектікке әкелетін аурудың ауыр түрлерінің алдын алу;
- Тұншығу ұстамаларын тоқтату;
- Тыныс алу қызметін қалпына келтіру.
- Дәрі-дәрмексіз ем: себепті аллергендермен жанасуды, спецификалық емес тітіркендіргіштер әсерін болдырмау (темекі тарту, кәсіби зияндықтар, поллютанттар, өткір иістер және басқа), гипоаллергенді диета, массаж.

БАЗИСТІ ЕМ

- **1-саты** (алма-кезекті): қысқа әсерлі -адреномиметиктер (сальбутамол, фенотерол) қажеттілікке қарай. Балама дәрілер қысқа әсерлі антихолинергиялық препараттар болып табылады (ипратропий бромиді) перораль**ді** -агонистер. Симптомдардың нашарлау немесе жиілеу көріністерінде 2-ші қадамдағыдай терапияны үнемі қабылдау.

  2-саты – жеңіл персистерленуші демікпеге сәйкес. Қалыпта ұстап тұратын дәрілердің біреуін үнемі қабылдау қажет, көбінесе аз мөлшерде ИГКС (бекламетазон 100-250мкг\тәулігіне, будесонид 200-400 мкг\тәулігіне; флутиказон пропианат 100-250мкг\тәулігіне; циклесонид 80-160 мкг/тәулігіне), сондай-ақ қажеттілікке қарай -адреномиметиктердің қысқа әсерлі ингаляциялары. ИГКС жанама әсерлері кезінде (дауыс қарлығуы және БД аллергиялық ринитпен қосарласқанда) балама болып антилейкотриенді (монтелукаст) препарат болып табылады

- **3-саты** – (орташа ауырлықты персистерленуші БД). Шұғыл көмек препаттары және қосымша бір немесе екі бақылаушы: 1) төмен мөлшерде ИГКС, ингаляциялық ұзақ әсерлі -агонистері мен бекітуші дәрілер түрінде (флютиказон\сальметерол немесе будесонид\формотерол); немесе 2) орташа мөлшерде ИГКС (беклометазон 250-500 мкг\тәулігіне, будесонид 400-800 мкг/тәулігіне, флутиказон 250-500 мкг/тәулігіне, циклезонид 160-320 мкг/тәулігіне); немесе 3) ИГКС аз мөлшерде қосымша антилейкотриенді препараттар немесе 4) ИГКС төмен мөлшерде қосымша ұзақ босап шығатын теофиллин.
ИГКС аддитивтілік әсері және әсері ұзартылған -агонистінің әдеттегідей БД ИГКС мөлшерін орташа және жоғарғы мөлшерлерге көтермей–ақ бақылауға болады. Егер 3-4 ай емдеу нәтижесінде БД бақылауға қол жетпесе, ИГКС мөлшерлерін көтеру талапты.

- **4-саты** (ауыр персистерленуші демікпе) шұғыл көмек препараттары қосымша қадағалаушы екі немесе одан да көп дәрілік заттар. Бұл қадамда таңдау алдыңғы 2-ші немесе 3-ші қадамдағы тағайындауларға байланысты таңдалады. Орташа және жоғарғы мөлшерде ИГКС (бекламетазон 500-1000мкг\тәулігіне, будесонид 800-1600 мкг\тәулігіне, флутиказон пропианаты 500-1000мкг\тәулігіне, циклосонид 320-1280 мкг\тәулігіне) ингаляциялық ұзақ әсерлі - агонистер – агонистерімен (флютиказон\сальметерол немесе будесонид\формотерол) құрамдастырып қолданған ұтымды. Тағы бір, үшінші, дәрілік затпен құрамдастыру мүмкін (антилейкотриенді немесе ұзақ босап шығатын теофиллин). Құрамдастырылған терапияға (ИГКС + ұзақ әсерлі агонисттері) антилейкотриенді дәрілік заттарды қосу емнің нәтижелігін артады.

  5-саты (4 кезеңдегі терапия көрінісінде ауыр бақыланбайтын БД, күнделікті симптомдардың сақталуы және жиі асқынуы). Ауыз арқылы ГКС қоса басқа дәрілік заттар беру қажет, алайда бұл шара емнің әсерін жоғарылатып қана қоймай, басқа да жанама әсерлерге алып келеді. Науқас жанама әсерлер туралы мағлұмат алуы керек.
  Бақыланбайтын ауыр аллергиялық демікпе кезінде басқа дәрілерді құрамдастыруға (соның ішінде ИГКС немесе пероральді ГКС қоса), **Е иммуноглобулиндерге антиденелер (anti IgE – омализумаб)** қолданған орынды. Бұл дәрілік топтар тек маманның (пульмонолог, аллерголог). тағайындауымен қолданылуы керек.

АМБУЛАТОРЛЫҚ ЖАҒДАЙДАҒЫ ЖЕДЕЛ ЖӘРДЕМ

- Жеңіл ауырлық ұстама кезіндегі көмек:
- Емі көбінесе қысқа әсерлі β2–агонисттерді небулайзер арқылы тыныстанудан басталады (сальбутамол 2,5–5,0 мг не фенотерол 0,5–1,0 мг 10–15 мин арасында, қажет болса ингаляцияны әрбір 20 минут сайын 3 дозадан арттырмай қайталайды).

- Орташа ауырлықтағы ұстама кезіндегі көмек:

1. β2–агонисттерді небулайзер арқылы тыныстандыруды сағатына 3 рет беріп жалғастырамыз.
2. Преднизолон 60–90 мг NaCl 0,9% 10–20 мл венаға баяу егеміз.

- Науқас 3-7 күн бақылауда болуы қажет, себебі қайталанған асқыну пайда болуы мүмкін.

- Ауыр дәрежелі ұстамада және демікпе статусында: жүйелі кортикостероидтарды тез арада егу қажет: преднизолон 90–150 мг (300 мг дейін) венаға егу. Будесонид 1000–2000 мкг небулайзер арқылы 5 – 10 мин бойы; ипратропия бромид – ингаляциялар 0,4–2,0 мл небулайзер арқылы 10–15 мин бойы, жүйелі ГКС қосымша қолдану.
- Адам жағдайының нашарлауы не тыныс тоқтауына қауіп болған кезде: эпинефрин 0,1% 0,3-0,5 мл бұлшық етке егу, қажеті болғанда әрбір 20 минут сайын 3 дозадан аспауы керек; оксигенотерапия; ТЖ, ЖСЖ, АҚ және ЭКГ қадағалау. Реанимациялық шараларға дайын болу.

- **Профилактикалық шаралар:** Бөлмедегі шаңды тазарту, фильтрация жүйесін пайдалану. Үй кенелеріне аллергия болған кезде – оларды жою. Әрі қарай жүргізу: жылына 2-3 рет терапевттің қарауы, пульмонолог, аллерголог – жылына 1 рет. Диспансерлік бақылау – БД кез келген формасы мен ауырлық дәрежесінде науқасты оқыту қажет. Емделуші БД мәнін, тұншығу ұстамаларын өзі басуды, қай жағдайда дәрігерді шақыру керектігін, демкпенің жеке триггерлерін, тұншығу белгілерін және ахуалының нашарлауын және бронхтық өтімділікті, демікпені бақылап отыру үшін күнделікті қабылданатын профилактикалық препараттардың жеке дозасын білуі қажет.