



Кафедра:

СӨЖ

Тақырыбы: *Астмалық статус*

Орындаған:

Топ:

Факультет:

Тексерген:

Жоспар

I. Кіріспе бөлім

II. Негізгі бөлім

1.БД туралы жалпы түсінік

2.БД этиологиясы,классификациясы,клиникасы,емі

3.БД кезінде көрсетілетін жедел жәрдем шаралары

4.Демікпе статусы туралы жалпы түсінік

5. Демікпелік статусты емдеудің негізгі принциптері

III қорытынды

IV пайдаланылған әдебиеттер

Бронх демікпесі (БД)- тыныс жолдарының созылмалы қабыну ауруы, оған көптеген клеткалар мен клетка элементтері қатысады. Әлемде 300 млн науқас бронх демікпесінен зардап шегеді.

Этиологиясы

□ Экзоаллергендер:

1) Инфекциялық емес:

- а) тұрмыстық (үй шаңына)
- б) эпидермалды (шерсть, шаш, қайызғақ)
- в) дәрілік (антибиотик, сульфаниламид, мышьяк, йод, барбитурат)
- г) химиялық заттарға (бензин, бензол, хлорамин.)
- д) шаңдарғае (ағаш, шөп , гүл)

2) инфекциялық:

- а) бактерия
- б) сағырауқұлаққа
- в) вирусқа

3) тағамдық:

- жануар (ет, балық)
- өсімдік (жеміс, көкөніс)

□ Эндоаллергендер:

1) нағыз аутоаллергендер:

- Тін белоктары, жж, қарашық, қалқанша без коллоиды, көздің тор қабығы

2) приобретенные аутоаллергендер:

- а) инфекциялық емес: денатурациясы белок (күйгенде, сәуле ауруында, дистрофии, наркозда)
- б) инфекциялық: (микроб + эритроцит) бактерия, саңырауқұлақтық, вирустық.

Классификациясы

Этиологиясына қарай:

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

Бақылау деңгейіне қарай:

- Бақыланатын*
- Бақыланбайтын*
- Жартылай бақыланатын*

БД азымының кезеңдері:

- *Өршу кезеңі*- өршу жедел ұстама немесе созылмалы бронхобструкциясы жағдайында жүреді.
- *Ремиссия кезеңі*- ұстама аралық кезең. Ремиссия толық немесе жартылай толық болуы мүмкін, ол клинико -функционалды көрсеткіштерінің сипатымен анықталады.

БД ауырлық дәрежесіне қарай:

- ✓ *Жеңіл демікпе белгілері: сирек қысқа түрде өтетін тұншығу ұстамалары (айына 1 реттен аз). Олар кенеттен немесе бір рет қабылданған бронхолитиктердің әсерінен қайтады және физикалық күштемені жақсы көтереді. Ремиссия кезінде жалпы жағдайы өзгермейді, сыртқы тыныс көрсеткіштері қалыпты күймен тең.*
- ✓ *Орта ауырлақтағы ұстама тұншығулар айына 3-4 рет қайталанып, тыныс қызметімен қан айналымының бұзылыстары байқалады: тахипноэ, тахикардия, жүрек тондарының тұйықталуы.*
- ✓ *Ауыр түрінде- тұншығу ұстамалары жиікүнде не апта сайын болады. Олар өкпенің кернелуі, ентігу және тахикардиямен сипатталады. Қарап тексергенде: тері қабаттары бозғылт-сұр түсті. Еріндерінің, ауыз айналасы, құлақтары және саусақтарының көгеруі байқалады. Қақырық шығаруы қиын жөтел, дем шығаруы шулы жіне ұзаққа созылады. Дем шығарғанда кеуде клеткасы тартылып, қосымша бұлшық еттер қатысады.*

Клиникасы

- ❖ Жөтел, әсіресе түнде
- ❖ Қайталамалы сырылдар
- ❖ Қайталамалы тыныстың қиындауы
- ❖ Кеуде клеткасының қайталамалы жаншылу сезімі
- ❖ Ұйқысы нашарлайды

Демікпе ұстамасы - жедел эспираторлы тұншығу кезеңі, тынысы қиындаған немесе ысқырықты, ұстамалық жөтел байқалады.

- ✓ Тұншығу аяқ асты басталады. Кейде алдын ала (тамағы жыбырлайды, тұмауратып, терісі қышиды) белгілер беріп, ол тез дамып кетеді.
- ✓ Науқас ортопноэ қалпында отырғанда немесе тұрғанда қолын таянады.
- ✓ Тыныс алуда мұрын қанаттары үлкейіп, қосалқы бұлшықеттер қатысады. Тынысы жиі, дем шығаруы қиын эспираторлы ентігу. Терісі бозарған, мұрын ұшбұрышы көгерген.
- ✓ Аускультация кезінде қатаң тыныс және құрғақ сырыл байқалады. Жалпы жағдайына және тыныс алуының қиындауына қарай ьронх демікпе ұстамасы үш ауырлық дәрежесіне бөлінеді.

Белгілері

Жеңіл

Орташа

Ауыр

Физикалық белсенділігі	сақталған	шектелген	Мәжбүр қалып
Сөйлеу қабілеті	сақталған	Шектелген,аздап сөйлейді	Сөйлеуі қиындаған
Ақыл есі	Кейде қозуы мүмкін	Қозғыш күйде	Қозғыш күйде,үрей
Тыныс жиілігі	жиілеген	Айқын экспираторлы ендікпе	Айқын экспираторлы ендікпе
Бұлшық еттерінің қатысуы,бұғана үсті шұңқырының тартылуы	Айқын емес	айқын	Өте айқын
Ысқырықты тыныс	Тыныстың соңында байқалады	Айқын	Өте айқын
Пульстің жиілігі	жиілінген	жиіленген	Өте жиіленген

Бронх демікпесі ұстамасының жедел жәрдемі

Жеңіл және орташа ұстамада:

- Бета2- агонистер(беротек,сальбутамол), М- холинолитиктер(атровент) немесе комбинацияланған дәрілер(беродуал) мөлшері аэрозольді ингалятор немесе небулайзер,спейсер арқылы.
- Ингаляторлар мен небулайзер блмаған жағдайда, 2,4%эуфиллин ерітіндісі 10 мл +0,9% натрий хлорид ерітіндісіне көктамырға баяулап салады.

Ауыр ұстамасы кезінде:

- Бета2- агонистер(беротек,сальбутамол), М- холинолитиктер(атровент) немесе комбинацияланған дәрілер(беродуал) немесе серетид(сальметерол +флютиказон) 25/50мкг,25/125 мкг мөлшерлі аэрозольді ингалятор немесе небулайзер,спейсер арқылы.
- Ингаляторлар мен небулайзер блмаған жағдайда, 2,4% эуфиллин ерітіндісі 10мл +0,9% натрий хлорид ерітіндісіне көктамырға баяулап салады.
- Преднизолон 30-60мг(2-3 мг/кг) көктамырға немесе б/е.
- Оксигенотерапия маска немесе мұрын катетері арқылы.
- Глюкозалы тұзды ерітінділер инфузиясы 30-50мг/кг 1:1,10-15тамшы мин.
- Жедел ауруханаға жеткізу.

<i>БД ауырлақ дәрежесі</i>	<i>Дәрі дәрмектік терапия</i>	<i>Нәтижесі</i>
Жеңіл ұстама	Беродуал 1-2мл (20-40тамшы) немесе вентолин 2,5мг (1небула) небулайзер арқылы 5-10минут	Емді 20 минуттан кейін бағалау. нәтижесіз болса,сол мөлшерде қайта беру
Орташа ауырлықтағы ұстама	Беродуал 1-3 мл (20-60тамшы) немесе вентолин 2,5-5,0мг(1-2 небула) небулайзер арқылы5-10 минут немесе пульмикорт 1000-2000мгк 5-10минут ішінде және преднизолон 20-30мг пероралды,60-90мг б/е,к/т. Метилпреднизолон 40-80мг к/т.	Емді 20 минуттан кейін бағалау. нәтижесіз болса,сол мөлшерде қайта беру
Ауыр ұстама	Беродуал 1-3мл(20-60 тамшы) немесе вентолин 2,5-5,0мг (1-2небула) небулайзер арқылы 5-10 минут немесе пульмикорт 1000-2000 мгк 5-10минут ішінде және преднизолон 90-150мг б/е, к/т.Метилпреднизолон 80-120мг к/т.	Ауруханаға жатқызу
Демікпе статусы	Беродуал немесе вентолин сол мөлшерде және преднизолон 90-150мг б/е к/т. метилпреднизолон 80-120мг к/т. пульмикорт 1000-2000мгк	Нәтижесі болмаса кеңірдек интубайиясы,ӨЖЖ,ауруханаға жатқызу

Демікпе статусы ұзақ және тұрақты жағдайдағы бронх өткізгіштігінің бұзылуына байланысты тұншығу, ол ұзақ уақытқа созылады және симптомиметиктер көмектеспейді. Бронх демікпесімен ауыратын науқастардың 5-12% демікпе статусы дамиды. Өлім жітім 0,2-16% дейін.

Этиологиясы

- *Созылмалы инфекциялы процестің өршуі*
- *Өкпенің созылмалы обструктивті аурулары (бронхит, эмфизема)*
- *Дұрыс жасалмаған десенсибилизациялық ем*
- *Симптомиметикалық заттарды жүйесіз және бақылаусыз қолдану*

Демікпелік статус ауырлық дәрежесіне қарай сатыға бөлінеді:

1-Сатысы симпатомиметиктерге резистенттілік пайда болу сатысы немесе компенсация сатысы.

- Науқастың бұл кезде ақыл есі дұрыс, тәртібі адекватты.
- Аздаған экспираторлы ентікпе, акроцианоз, тершеңдік, тахикардия, аздап қан қысымы көтеріледі.
- Аускультацияда қатаң тыныс және жайылмалы құрғақ сырылдар естіледі.
- Артериялық қандағы оттегі қысымы 60-70мм.с.б. Көмірқышқыл газы 40-45мм.с.б аспайды.
- Адам өміріне аса қауіп төнбейді, бірақ симпатомиметикалық препараттарды көп пайдаланса өлімге ұшырауы мүмкін.

2-Сатысы декомпенсация сатысы сонымен қатар мылқау өкпе сатысы деп те атайды.

- Санасы дұрыс, бірақ гипоксия мен гиперкапния әсерінен аурулар ашушаң, қозғыш немесе апатия жағдайында болады.
- Терісі мен шыршыты қабаттары көгереді. Көктамырдың ісінуі және беттің ісінуі байқалады. Айқын тахикардия болады.
- Кеуде клеткасының қимылы шектелген. тыңдаған кезде сырыл азайып, демалыс шуы әлсіреген, кейбір бөліктерінде тынысалу мүлдем естілмейді. Сондықтан бұл бөліктер өкпенің мылқау бөлігі деп аталады.
- Атрериальды қанында оттегі қысымы 50-60мм.с.б төмендейді, көмірқышқыл газы 50-70мм.с.б өседі.
- Бұл саты науқас өміріне қауіп төндіреді.

3-Сатысы бұл гиперкапниялық және гипоксемиялық кома сатысы. Науқастың психикалық жағдайы дезориентация, сандырақтау, тежелу, ақыр соңында мүлде есін жоғалтуға дейін өзгереді. Тынысы беткей, өте әлсіз.

Кома 2 түрде дамиды:

- Үдемелі команың баяу дамуы (көп сағаттар ішінде) бронх обструкциясына байланысты (жси кездеседі).
- Команың тез дамуы- терең диффузды бронхспазмға байланысты (сирек кездеседі).

Демікпелік статусы бар науқастарға ем жүргізудің негізгі принциптері

- Небулайзерді көмегімен бета 2- агонистерін- фенотерол (беротек) 0,5-1,5мг немесе 2,5-5,0мг сальбутамол немесе құрамында фенотерол және антихолинергиялық препарат ипратропиум бромиді (атровент) бар беродуал препараты пайдаланылады. Беродуал мөлшері-1-4 мл ингаляция. Серетид (сальметерол+ флютиказон) 25/125мкг625/250 мкг небулайзер арқылы 5-10минут.

- Небулайзер болмаса эуфиллин 5,6 мг/кг дене салмагына (10-15 мл 2,4%көктамырға 5-7минут ішінде), үстемелеуші дозасы 2-3,5мл 2,4%бөлшектеп немесе тамшылатып клиникалық жағдайы жақсарғанша.
- Глюкокортикоидты гормонды метилпреднизолон 120-180мг көктамырға ағызып енгізу.
- Оксигенотерапия(оттегі мөлшері 40-50%) үзбей ингаляциялау (маска,мұрын катетері)
- Инфузиялық емдеу- гепарин 5000-10000Б көктамырға тамшылату.Ауруханаға дейінгі кезеңде гепаринді 5000 бірлікте мерген жөн,тәуліктік мөлшері 20000 бірліктен аспау керек.

Бронхтардың қабынуын және ісінуін азайтуға арналған дәрілер

- Демікпелік статустың 1 дәрежесінде преднизолон мөлшері 30 мг кем болмауы керек, 2 дәрежеде-60 мг, 3 дәрежеде 60-90мг. Преднизолонның жалпы мөлшері 10мг-кг/тәулігіне.
- Контрикал тәуліктік дозасы 1000Б/кг, тәуліктік дозаны 4 бөлікке бөледі, әр бөлігін 250мл натрий хлоридінің изотониялық ерітіндісіне немесе 5%-глюкоза ерітіндісіне езіп көктамырға тамшылатып енгізеді.

Бронх спазмын кетіретін шаралар

- ❖ Адреналин –альфа1,бета1, бета2- аденорецепторларды қоздырады. Тері астына 0,3-0,5мл 0,1%ерітіндіні енгізгенде 2-3 минутта бронх спазмы азаяды.
- ❖ Изопреналин(изадрин) аз дисперсті аэрозоль түрінде,0,5%0,1 мл3-4 дозадан асырмай қолданылады. Таблетка түрінде(5 мг) ауыз арқылы да қолданылады немесе көктамырға тамшылатып 0,5-1мг енгізіледі.
- ❖ Орципреналин(алупент,асмопент) аэрозольды ингаляция(3-4 түрінде дем алу) түрінде,тері астына, бұлшық етке(1-2 мл 0,05%ерітіндіні) немесе көктамырға (1мл 0,05%)ерітіндіні изотониялық ерітіндімен араластырып енгізеді. Әсері 10-15минут ішінде басталып,4-5сағатқа созылады.

Қарсы көрсеткіштер

- ✓ Седативті және антигистаминді дәрілер (жөтел рефлексін төмендетеді, бронх өкпелік обструкцияны жоғарлатады)
- ✓ Холинолитиктер(шырышты қабатты құрғатады, қақырықты қойылтады)
- ✓ Қақырықты сұйылту үшін муколитиктер
- ✓ Антибиотиктер, сульфаниламидтер, новокаин(жоғары сенсibiliзирленген белсенділікке ие)
- ✓ Кальций препараттары (бастапқы гипогликемияны тереңдетеді)
- ✓ Диуретиктер(дегидратация мен гемоконцентрацияны жоғарлатады)

Коматозды жағдайда:

- Спонтанды тыныста жедел кеңірдек интубациясы
- ӨЖЖ
- Керек кезде жүрек -өкпе реанимациясы
- Медикаментозды ем

Кеңірдек интубациясына және ӨЖЖ көрсеткіштер:

- Гипоксиялық және гиперкапниялық кома
- Жүрек -қантамыр коллапсы
- Тыныс алу 1 минутта 50 рет болса

Емдеу шаралары нәтижесінің критерилері

- ❑ “Жақсы” деп саналады, егер де: науқастың көңіл күйі жақсы, ентігу мен өкпедегі құрғақ сырылдардың азаюы. ТШЖ 12-15% көтерілгенде.
- ❑ “Толық емес” жауап: жағдайы тұрақсыз, тыныс жетіспеу белгілері бар, дем алудың төмендеуі, ТШЖ жоғарламаған.
- ❑ “Жаман” жауап: симптомдар сақталған немесе ұлғайған, ТШЖ көрсеткіштері төмен.

Қолданылған әдебиеттер

- *рекомендации по фармакотерапии бронхиальной астмы 255 Цой А.Н., Архипов В. В.*
- *"Глобальная стратегия по диагностике и лечению бронхиальной астмы" (GINA) november 2006. А.Н.Цой, В.В.Архипов, Е.В.Гавришина*
- *Чучалин А.Г. Бронхиальная астма*
- *Қ.М.Турланов “Жедел медициналық жәрдем”, Алматы 2004ж*
- *www.google.com*

Назарларыңызға рахмет!



<http://www.ekeburg.ru>