

ҚР ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ
МИНИСТРЛІГІ

С.Д.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ

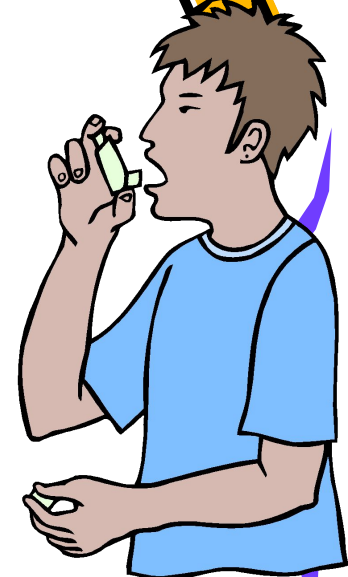


МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РК
КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА



Тақырыбы: **Бронх демікпесі**

Бронхиалдық демікпесі бар
науқастар мектебін ұйымдастыру
принциптері



Орындаған: **Нуров Атабек**

Факультет: **ЖМ**

Курс: **5**

Топ: **006-01**

Қабылдаған:

Алматы 2017

Жоспар:

I. Кіріспе

II. Негізгі бөлім

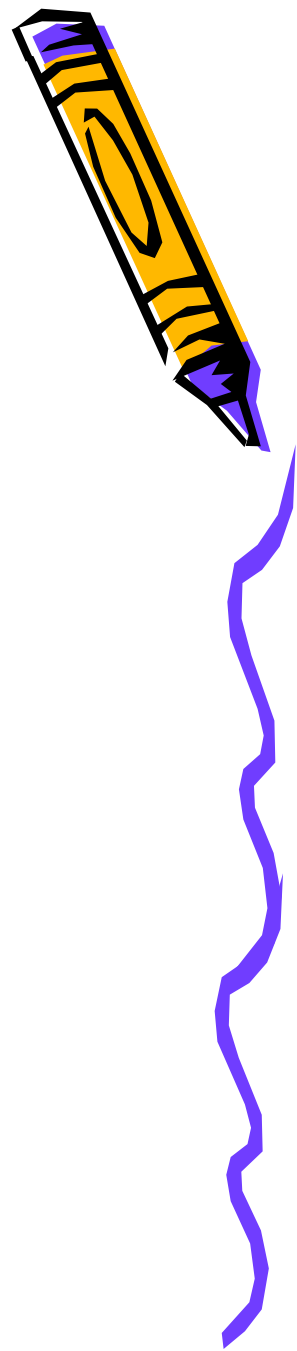
- Бронх демікпесі туралы тусінік
- Этиологиясы
- Жіктелуі
- Клиникалық көрінісі
- Диагностикасы
- Емдеу тактикасы
- Профилактикасы

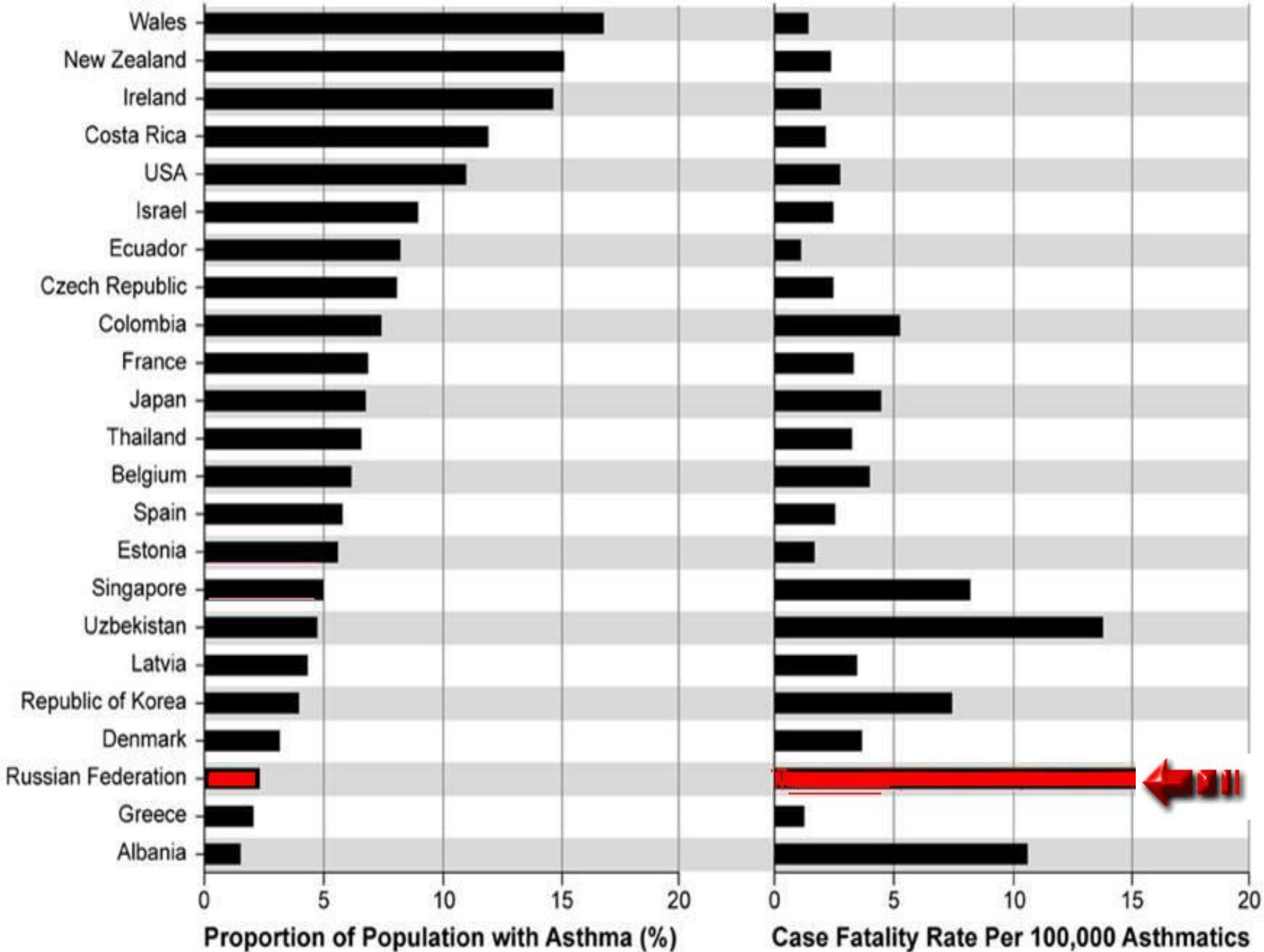
III. Қорытынды

IV. Пайдаланылған әдебиеттер



Global
INitiative for
Asthma





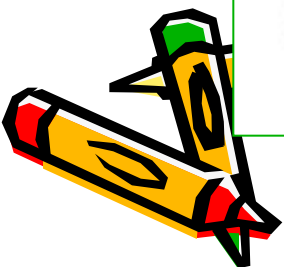
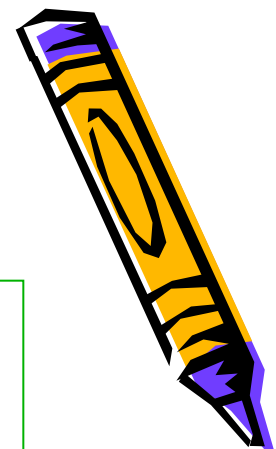
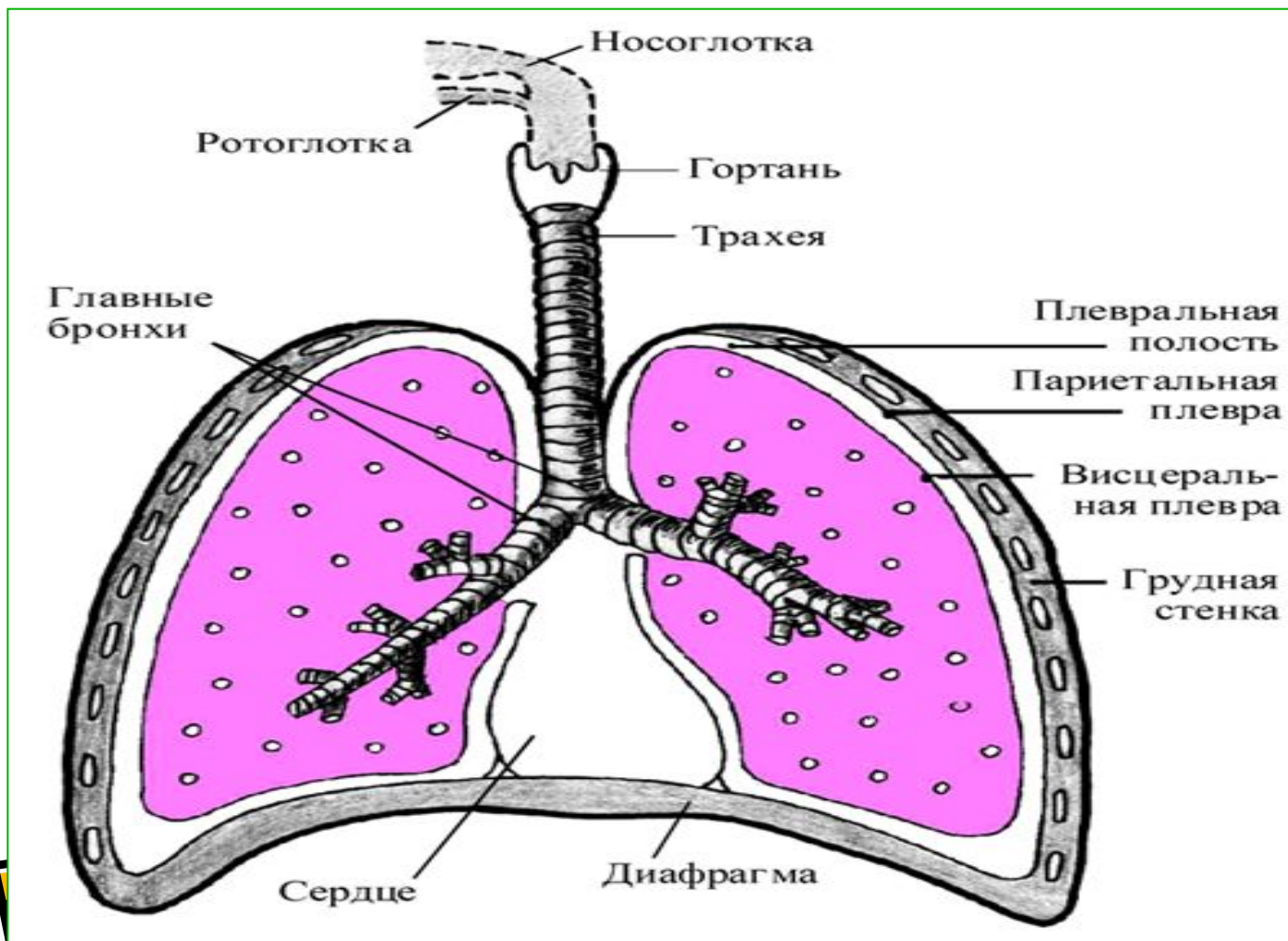
Бронх демікпесі



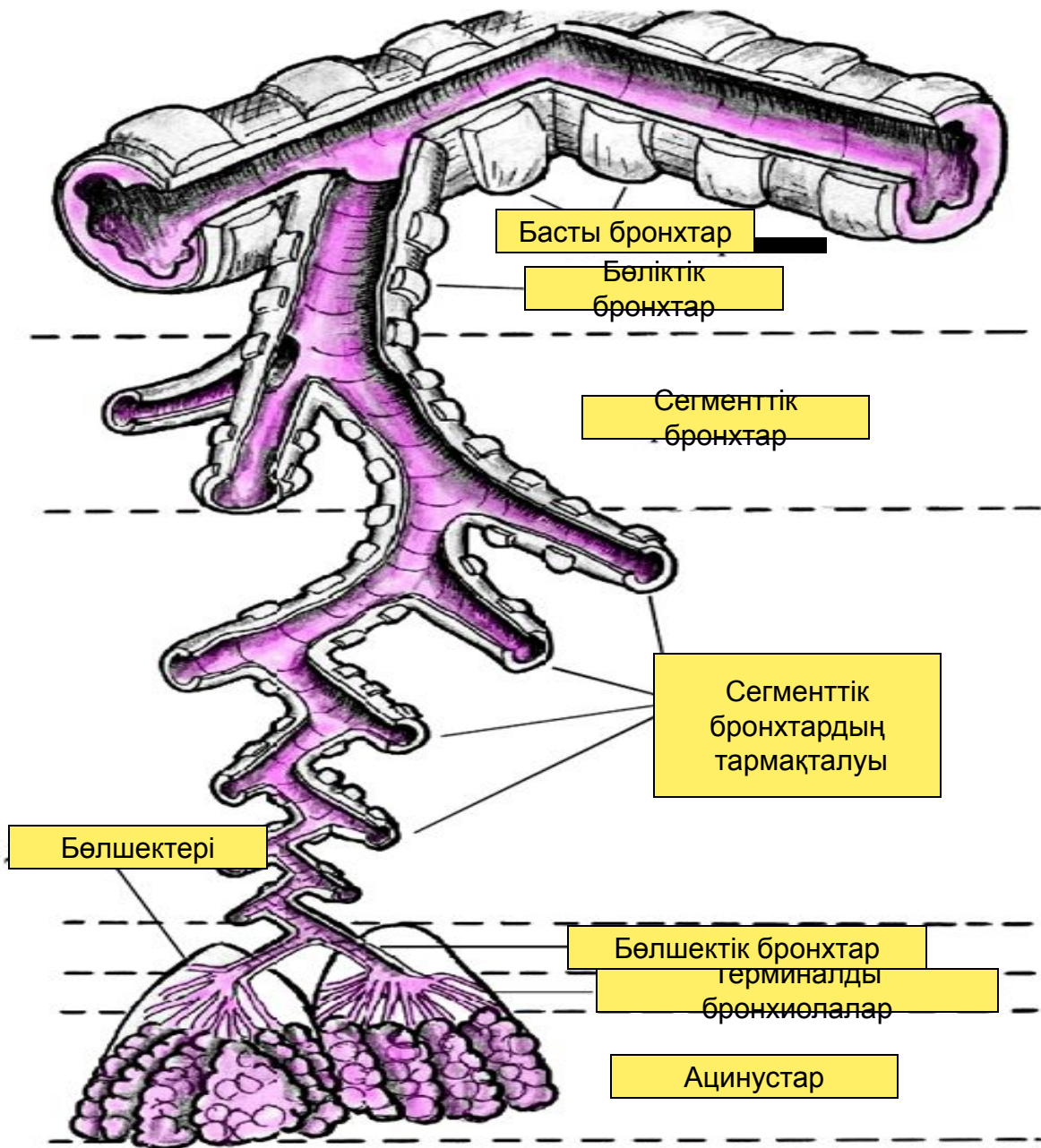
- Бронх демікпесі ауқымды әлемдік мәселе болып табылады, ол кеңінен таралуы әрі медициналық - әлеуметтік мәнімен ерекшеленді. Жасы мен әлеуметтік деңгейі әртүрлі адамдар, барлық ұлт өкілдері тыныс жолдарының осы созылмалы сырқатына душар болу-да, бұл ауру тиімсіз емделген кезде не-месе емделмесе күнделікті өмір сүруді біршама шектейді, кейбір жағдайларда тіпті өлімге ұшыратады. Бүгінгі күні ты-ныс жолдары ауруына шалдыққандар қатары жылдан-жылға артып келеді. Соның бірі бронх демікпесі.



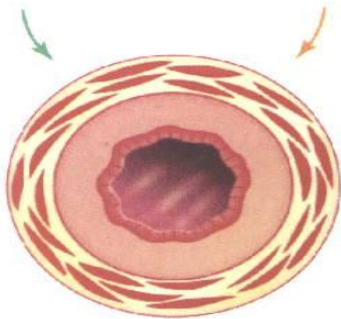
Бронхтық демікпе



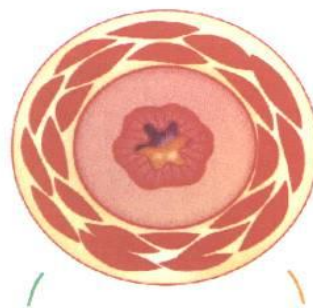
Бронхтардың құрылысы



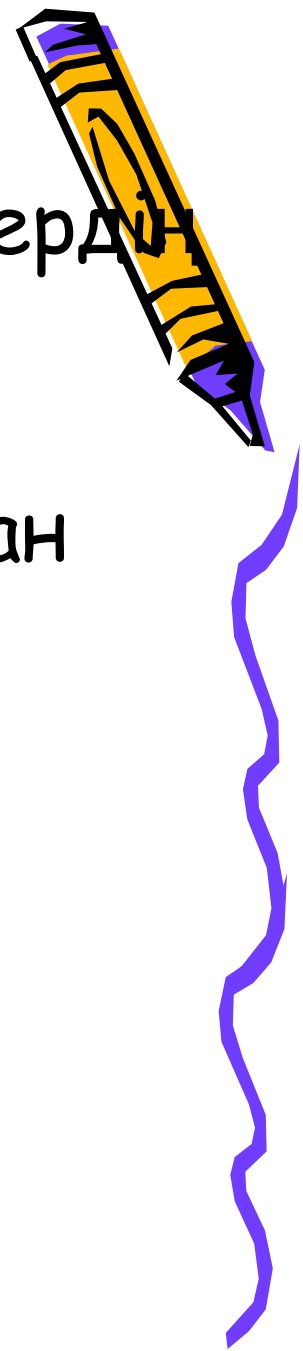
- **Бронхтық демікпе-** бронх қабырғасындағы тегіс бұлшық еттердің спазмасы салдарынан, бронх ағашының шырышты қабығының ісінуінен болады. Соның салдарынан дем шығару қиындайды (Экспираторлық ентігу)



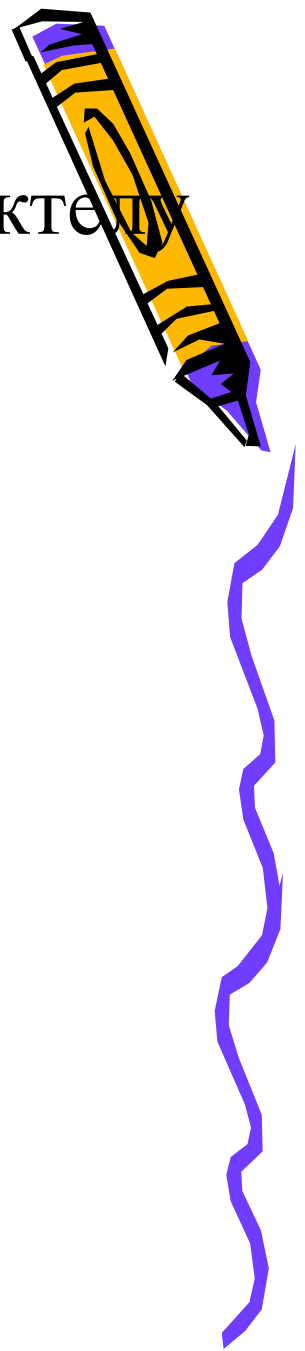
ҚАЛЫПТЫ



АСТМА

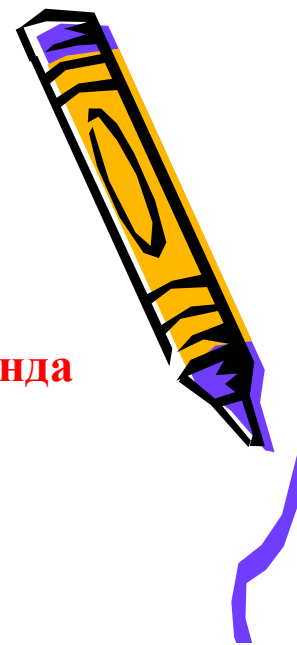


Обструкция кезінде ауа ағымының шектелу механизмі





- :Статистикалық мәліметтер



Бронхиалды астмамен ауыратын тұрғандар санын 100000-ға шаққанда

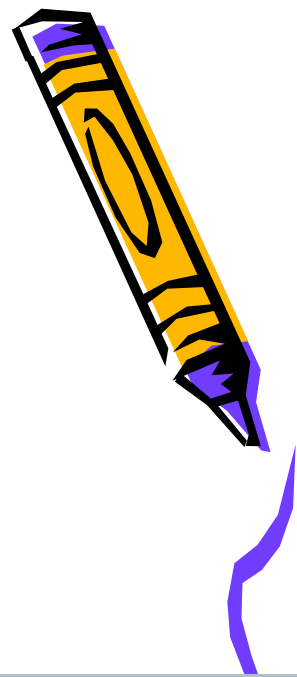
Жылдар	Барлық тұрғындар	0-14 жастағы балалар
2013	37,0	44,4
2014	40,1	46,8
2015	38,0	57,2
2016	43,9	64,8

Қолданылатын бұйрықтар тізімі

1. Кейбір созылмалы аурулардың ауыр нысандарының тізімі Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2011 жылғы 8 қарашадағы № 1309 қаулысы.
2. Пульмонологиялық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымдарының қызметі туралы ережені бекіту туралы- Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2011 жылғы 14 сәуірдегі N 196 Бұйрығы.
3. Қазақстан Республикасының балаларына аллергологиялық көмек көрсетуді жетілдіру жөніндегі шаралар туралы Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 шілдедегі № 532 бұйрығы.
4. Қазақстан Республикасында пульмонологиялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандартын бекіту туралы Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 23 желтоқсандағы № 993 бұйрығы.



Этиологиясы



- Аллергендер, вирусты инфекциялар, дәрілік заттар, үй жағдайында экологияның бұзылысы, Тағам құрамында ксенобиотиктері бар консервирленген өнімдердің көбеюі, перинаталды патология, жасанды тамақтану, активті және пассивті шылым шегу, климаттың қолайсыз әсері. Жылы және ылғалды ауа-райы бронх домікпе ауруын жиілетеді. Антибиотиктерді көп қалдану және вакциналарды рационалсыз қалдану;



Патогенезі.

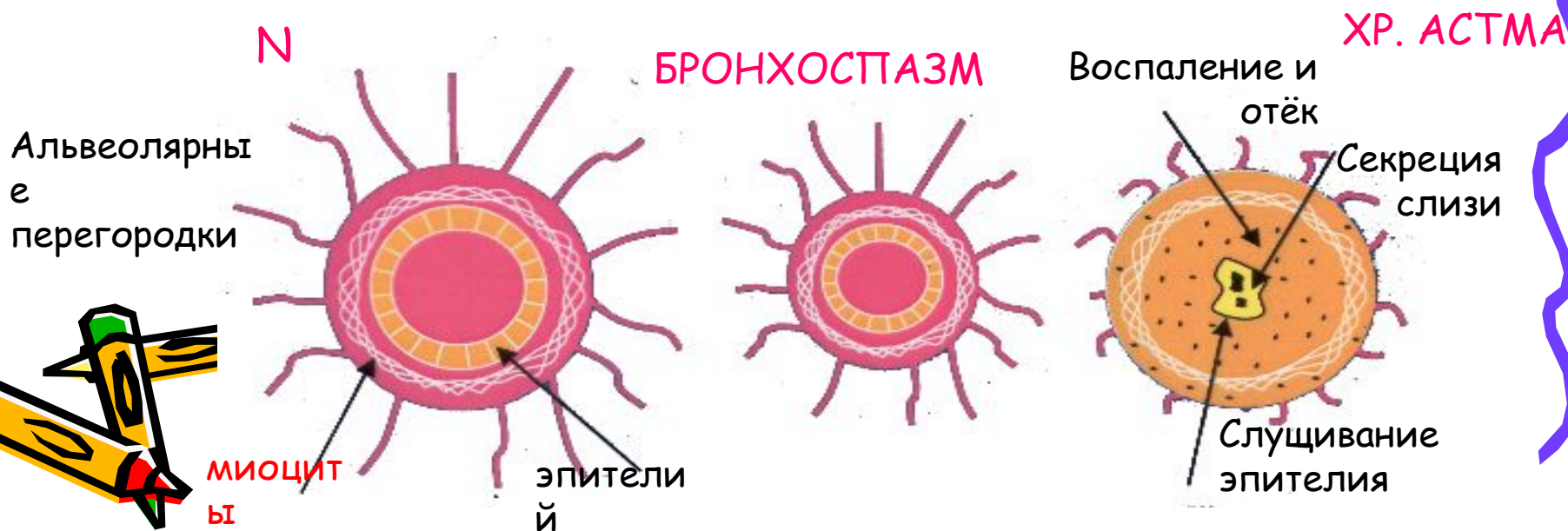


- . Патогенезінде маңызды роль атқаратын механизмдер:
- Бронхтық астманың дамуына бейімдейтін иммундық, эндокриндік, нерв жүйелерінің туа кемістіктері. (HLA жүйесінің A2, B7, B12, B13, B27, B35, DK5 антигендері бар адамдарда байқалады).
- Бронхтардың аллергиялық иммундық механизммен қабынуы. (Науқастардың көбінде бронхтық астма I, III және IV типті аллергиялық реакциялармен дамиды).



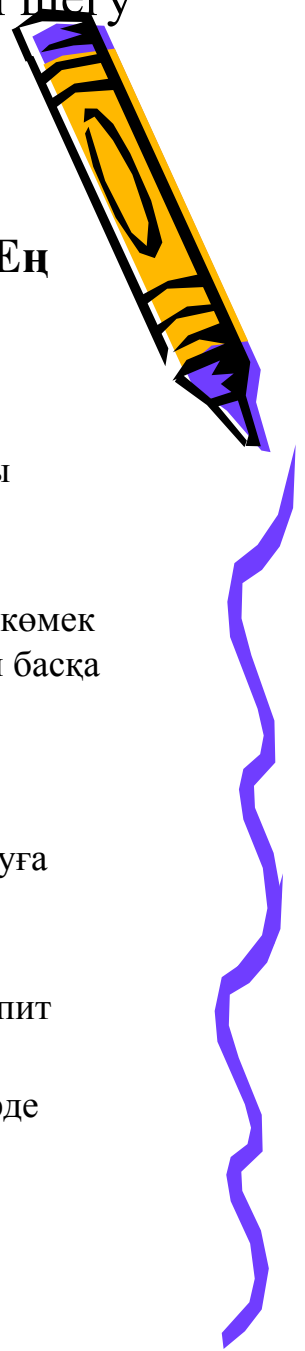
МЕХАНИЗМЫ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ

- ОСТРАЯ БРОНХОКОНСТРИКЦИЯ
- ОТЁК БРОНХИАЛЬНОЙ СТЕНКИ
- ФОРМИРОВАНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКЦИИ ВЯЗКИМ СЕКРЕТОМ
- ПЕРЕСТРОЙКА БРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА



болғандықтан оны тастаудың жолдарын сізге ұсынамыз.

- **Егер темекені тастағыңыз келсе, оның оп-оңай екенін естен шығармаңыз. Бастау жеңіл болса, тастау да қиынға соқпайды. Ең бастысы шешім қабылдауыңыз керек.**
- 1. Темекіден бас тартқан күніңізді күнтізбеге белгілеп қойып, 2 апта сайын белгі салып тұрыңыз. Сөйтіп-сөйтіп темекіні ұмытып кетуге болады.
- 2. Өзіңізді соған сендіріңіз. Өйткені темекі ақшаңызды, уақытыңызды ал ең маңыздысы денсаулығыңызды құртады.
- 3. Жаңа өмір бастауға дайын болыңыз және өз-өзіңізді алдамаңыз.
- 4. Темекіні тастағаныңыз туралы достарыңызға, барлық жақын адамдарыңызға айтып, көмек сұраңыз. Себебі бастапқы кездері әрдайым темекіні ойлап жүруіңіз мүмкін. Сондықтан басқа заттармен алаңдауыңыз керек.
- 5. Күн сайын темекі санын азайтып тұрыңыз. Соңғы қорабын шегіп, мәңгілікке қош айтысыңыз.
- 6. Көбірек су ішіп, дұрыс тамақтаныңыз. Мұның бәрі сіздің ағзаңызға темекіден құтылуға көмек береді.
- 7. Өзіңізді өзге де қызық заттармен алдаңыз. Темекіні мүлдем ойға алмаңыз.
- 8. Ашуланған кезде темекі шегіп үйреніп қалдыңыз ба? Оның орнына алма немесе кәмпит жеуге болады. Әйтеуір темекіге қайтып жоламаңыз.
- 9. Содан кейін өзіңіздің жетістігіңіз жайлы шағын ой-толғау жазып, әлеуметтік желілерде жариялаңыз. Басқа да адамдардың қолдауын көре аласыз.



Бронхтық астмада дамуына қатысатын медиаторлар



	Патологиялық өзгерістер	Медиаторлар
1	Бронхоспазм	Гистаминдік H_1 рецепторлар, лейкотриендер - C_4 , D_4 , анафилаксияның баяу әсерлі заттары, простагландиндер, тромбоксан A_2 , брадикинин, тромбоциттердің активациялаушы факторы (ТАФ).
2	Бронхтар кілегей қабығының ісінуі	Гистаминдік H_1 рецепторлар, лейкотриендер - C_4 , D_4 , E_4 , простагландин E , брадикинин, ТАФ.
3	Жасушалық инфильтрация	Анафилаксияның эозинофильдер хемотаксисінің факторы (А-ЭХФ), анафилаксияның ней-трофилдер хемотаксисінің факторы (А-НХФ), анафилаксияның қабыну факторы (А-ҚФ), моногидразйкозтетраен қышқылы (ГЭТЭ), лейкотриен B_4 .
4	Кілегейдің гиперсекрециясы	Гистаминдік H_2 -рецепторлар, простагландиндер, ГЭТЭ, лейкотриендер — C_4 , D_4 , E_4 , макрофагтардың кілегей секрециясының стимуляторы; простагландин F_2 , анафилотоксиндер (C_b , C_a).
5	Эпителийдің десквамациясы	O_2 , H_2O_2 , OH , протеолиздік ферменттер.
6	Базальдік мембрананың қабынып қалындауы	O_2 , протеолиздік ферменттер.

Сыртқы (экзогендік) факторлар:



- 1. Инфекциялық аллергендер — бактерия, вирус, саңырауқұлақшалар, т.б.**
- 2. Инфекциялық емес аллергендер - өсімдік тозандары, шаң, өндірістік аллергендер, дөрмектер, тағамдар, микроскопиялық кенелер, жәндіктер мен жануарлардың аллергендері.**
- 3. Механикалық және химиялық тітіркендіргіштер — металдардың, мақтаның, ағаштың, силикаттың шандары; қышқыл, сілтінің булары; өндіріс түтіні.**

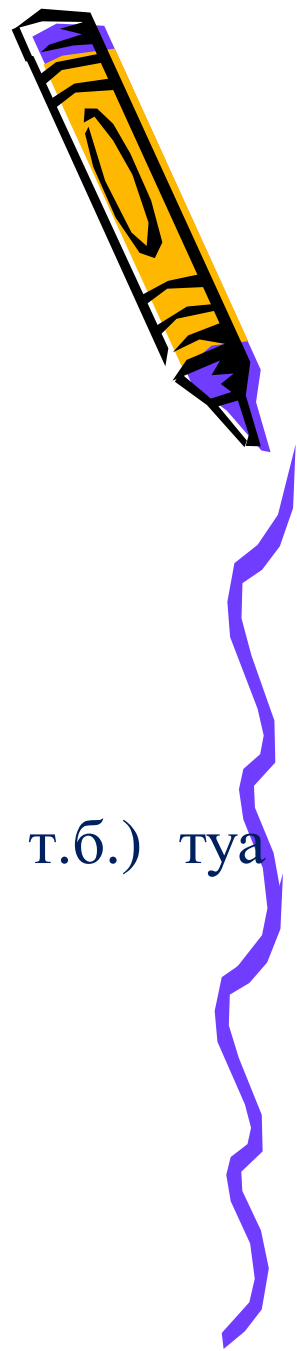


Сыртқы (экзогендік) факторлар:

- 1. Метереологиялық факторлар — ауаның температурасы, ылғалдылығы; барометрлік қысымның немесе магниттік өрістің тербелістері, т.б.**
- 2. Стрестік, психикалық ықдалдар, физикалық күш түсу.**
- 3. Экзогендік факторлар бронхтық астманы иммундық немесе иммундық емес жолмен дамытуы мүмкін.**



Ішкі (эндогенді) факторларға жататындар:



1. иммундық
2. эндокриндік
3. вегетативтік нерв жүйесінің бұзылысы
4. бронхтар реактивтілігінің және сезімталдығының,
5. мукоциллиарлық аппараттың бұзылысы
6. өкпе тамырларының бұзылысы
7. жедел әсер етуші жүйенің (мес жасушаларының, т.б.) туа
кемістіктері;
8. арахидон қышқылы метаболизмінің бұзылыстары.



Триггеры БА

Воспалительные факторы

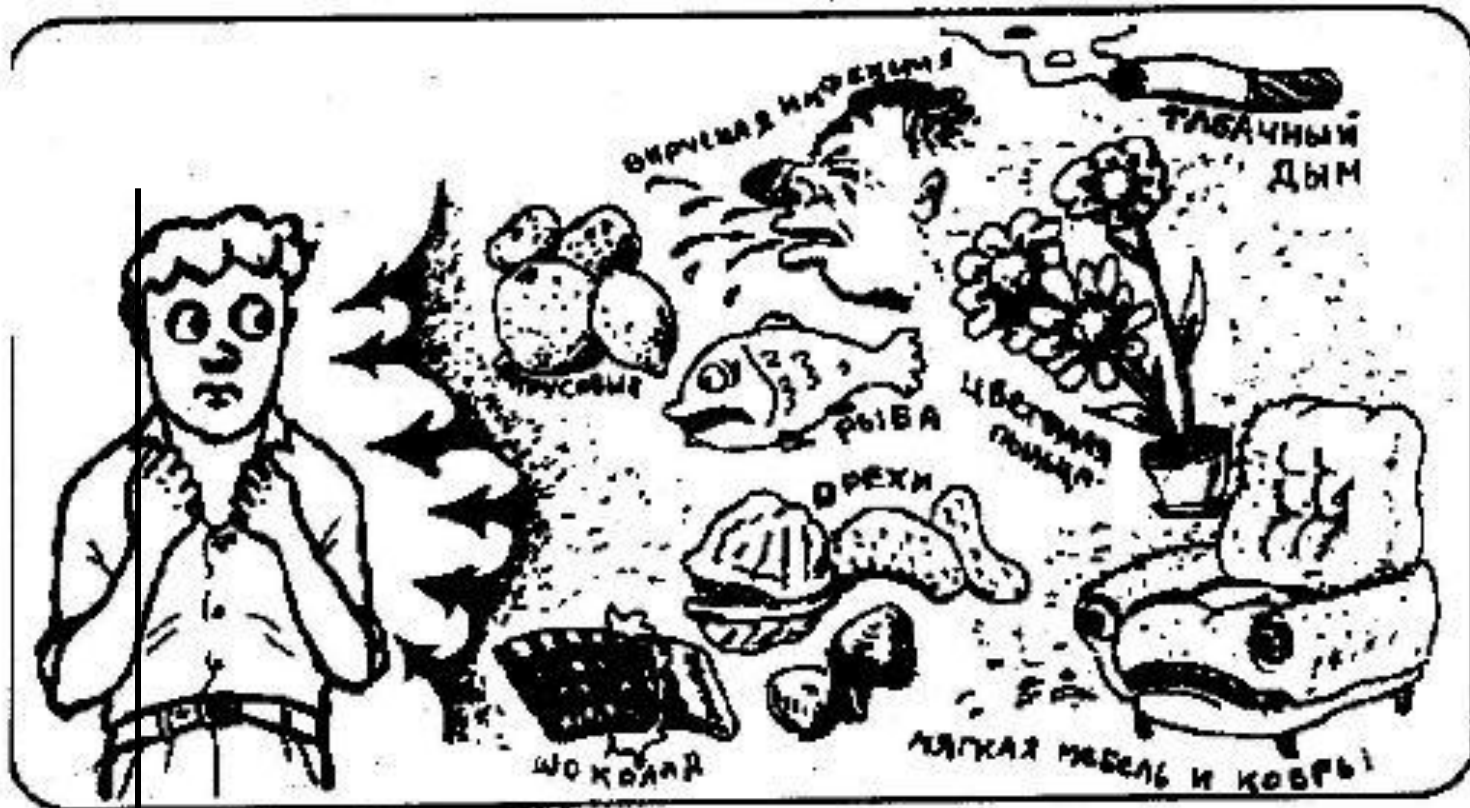


Раздражители



Другие





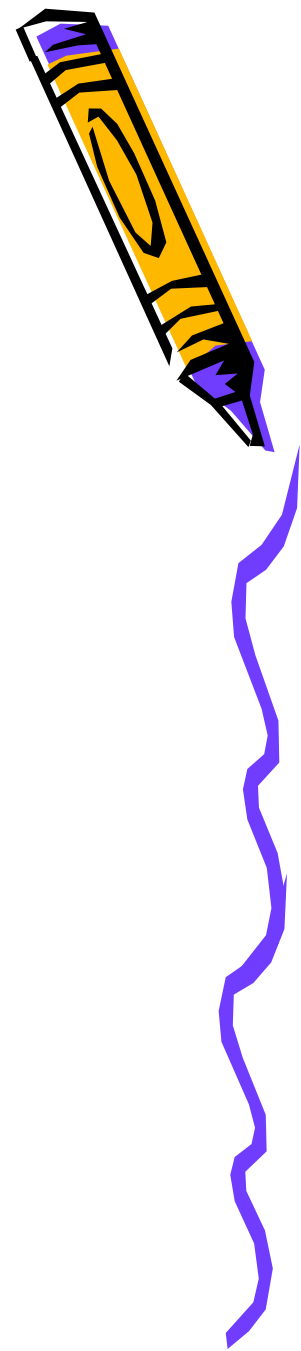
Триггеры астмы

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ + СПОСОБСТВУЮЩИЕ
ФАКТОРЫ



Бронхтық; астманың АХЖ бойынша жіктемесі (ДДҮ, Женева, 1992):

- *Басым аллергиялық астма*
- *Аллергиялық бронхит*
- *Астма мен бірге аллергиялық ринит*
- *Атопиялық астма*
- *Экзогендік аллергиялық астма*
- *Астма мен бірге пішендік қызба*
- *Аллергиялық, емес астма*
- *Идиосинкрозиялық астма*
- *Эндогендік аллергиялық емес астма*
- *Аралас астма*
- *Анықталмаған (себебі белгісіз) астма*
- *Астмалық бронхит*
- *Кеш басталған астма*



*Бронхтық астманың Г.Б. Федосеев бойынша
жіктелмесі (1982):*

- **1.1 Сау адамдардың биологиялық кемістіктері.**
- **1.2 Астмаалды күйі.**
- **1.3 Клиникасы айқын бронхтық астма**



Симптомдары

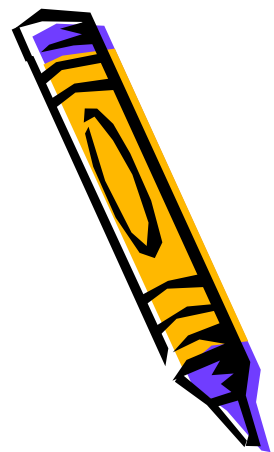
Құрғақ жөтел

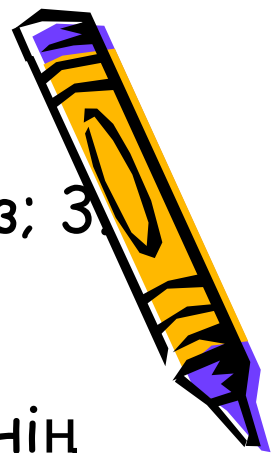
Шулы тыныс алу

Тыныс алуды жеңілдету үшін кеуде қуысының, іштің қосымша бұлшықеттерінің іске қосылғанын байқауға болады.

Қақырықтың болуы (алдымен қою сосын сұйық)

Ентігу





- **Бейімдеуші факторлар:** 1.Генетикалық бейімділік; 2.Асқынған аллергиялық анамнез; 3.Атопия; 4.Бронхтардың гиперреактивтілігі;
- Инфекциялық факторлар - бронх домікпесінің триггері Респираторлы -синцитиальды вирус Риновирус Тұмау вирусы.
- Типті аллергиялар-саңырауқұлақты аллергиялар, жануарлар аллергиясы, медициналық препараттарға аллергиясы, үй шаңы, тағамдық аллергиялар



Бронх демікпесінің жіктелуі



- Демікпе жіктемесі клиникалық көріністер мен өкпе функцияларының көрсеткіштерін бірлесіп бағалауға негізделеді: 1. Этиологиясы бойынша:
 - — атопиялық (экзогендік);
 - — атопиялық емес (эндогендік);
 - — аралас.



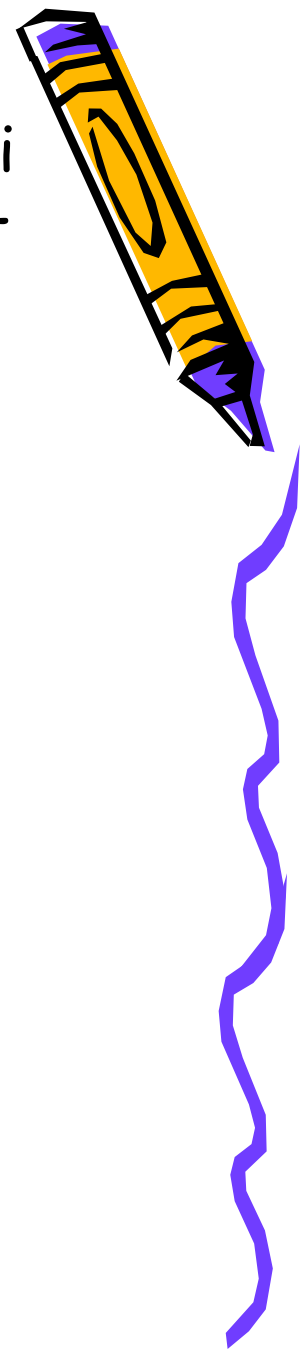
Аурудың ауырлығы бойынша бөледі



- I (жеңіл интермиттирлеуші): — күндіз симптомдардың саны аптасына 2 рет; — асқынулар арасындағы тыныс шығарудың шындық жылдамдығының (ТШШЖ) болмауы және қалыпты көрсеткіші, түнде симптомдардың саны айына 2 рет; — ОФВ1 немесе ПСВ — 80% норма, ПСВ көрсеткіштері 20% аз.
- II (жеңіл персистирлеуші): — күндіз симптомдардың саны > аптасына 1 рет, бірақ <күніне 1 рет; — ұстамалар белсенділікті бұзады; түнгі симптомдар > айына 2 рет; — ОФВ1 немесе ПСВ. 80% норма, ПСВ көрсеткіштері 20%-30%.



- III (персистирлеуші, орташа ауырлықтағы): — симптомдар күнделікті, ұстамалар белсенділікті бұзады; — түнгі симптомдар > аптасына 1 рет; — ОФВ1 немесе ПСВ - 60- 80% норма, ПСВ көрсеткіштері > 30%. IV баспалдақ (ауыр персистирлеуші): — симптомдар үнемі, физикалық белсенділік шектелген; — түнгі симптомдар жиі; ОФВ1 немесе ПСВ < 60% норма, ПСВ көрсеткіштері > 30%



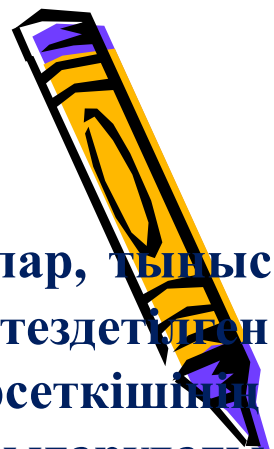
Клиникалық көрінісі



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



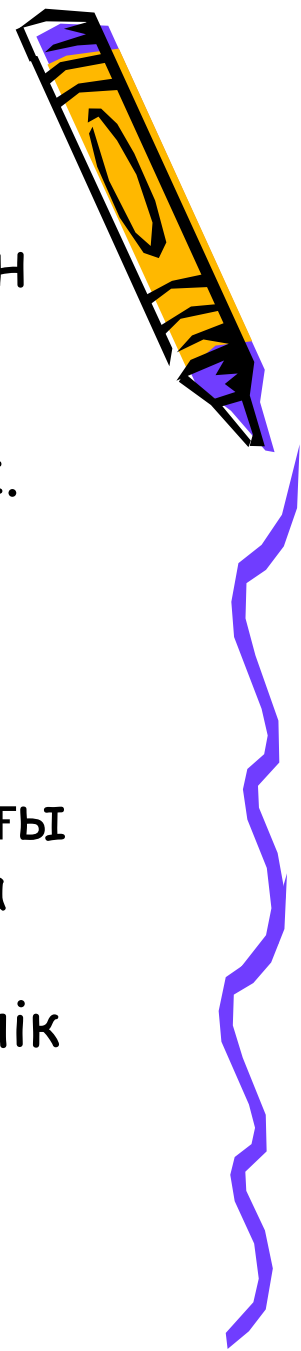
Клиникалық көрінісі.



- 1) **бронхтық-обструкция** (экспирациялық ентікпе мен ұстамалар, тыныс шығарудың ұзаруы, құрғақ ысқырық сырылдар, ӨТС-ның, тездетілген өкпенің тіршілік сымдылығының (ТӨТС), Тиффно көрсеткішінің төмендеуі, пневмотахометриялық мәліметтерден — тыныс шығарудағы бронхтық кедергінің күшеюі);
- 2) **қабыну** (қызудың көтерілуі, қақырық бөлінуі, ЭТЖ-ның жоғарылауы, формуланың солға ығысуымен лейкоцитоз, интоксикациялық белгілер);
- 3) **аллергиялық** (аллергенмен жұғысқанда болатын ұстама; есекжем, қышыну, белгілі бір тағамның немесе дәрінің жақпауы; терілік және ингаляциялық оң сынамалар; эозинофилия; қақырықта бронхтық астманың "үштігі", лимфоциттердің дегрануляциясы; дисиммуноглобулинемия; қан мен несепте биологиялық белсенді заттардың — гистаминнің, серотониннің, брадикининнің көбеюі).



- 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.



- Жүрек тондары тұйық, тахикардия байқалады. Ұстама кезінде тәжді тамырлардың рефлкторлы тарылуы, өкпе артериясы жүйесіндегі жоғары қысым, миокардтың жиырылғыштық қасиетінің төмендеуі, сонымен бірге жүрек - тамыр жүйесіндегі қосымша аурулар (гипертониялық ауру, атеросклероздық кардиосклероз) нәтижесінде жіті жүрек жеткіліксіздігі дамуы мүмкін.



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.



Тексеру жоспары



Лабораториялық
Жалпы қан анализі
Жалпы қақырық
анализі
Қақырықты
туберкулез
таяқшасына зерттеу
Қақырықты
антибиотик
сезімталдығына
зерттеу
Қақырықты атиптік
жасушаларға зерттеу

Инструменталдық

Рентгенология
лық

Рентгеноскопи
я
Рентгенографи
я
Бронхография
Флюорографи

Томография

Эндоскопиялы
қ

Торакоскопия
Трахеобронхос
копия

Функциональ
ық

Спирометрия
Спирография
Пневмотахоме
трия
Пневмотахогр
афия

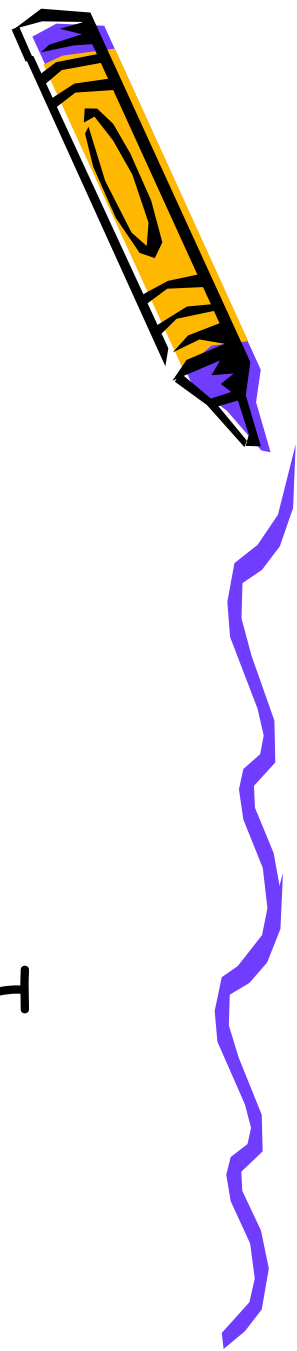
Маман кеңесі:

пульмон
олог

фтизиатр



Негізгі диагностикалық шаралар тізімі:



- Қанның жалпы анализі.
- Зәрдің жалпы анализі.
- Микрореакция.
- Қақырықтың жалпы анализі.
- Флюорография.
- Сыртқы тыныс алу функцияларын зерттеу.

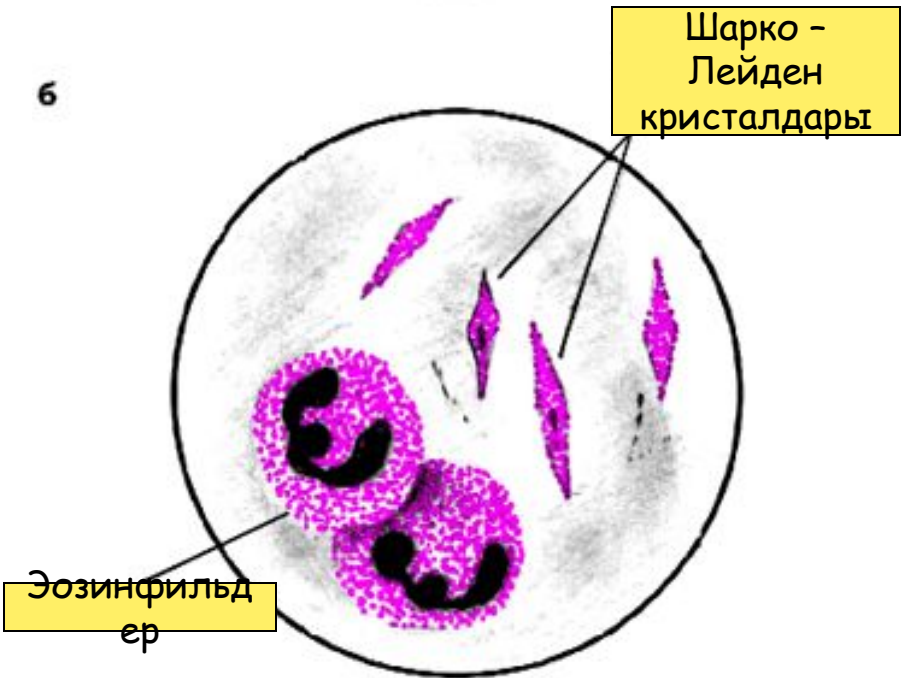
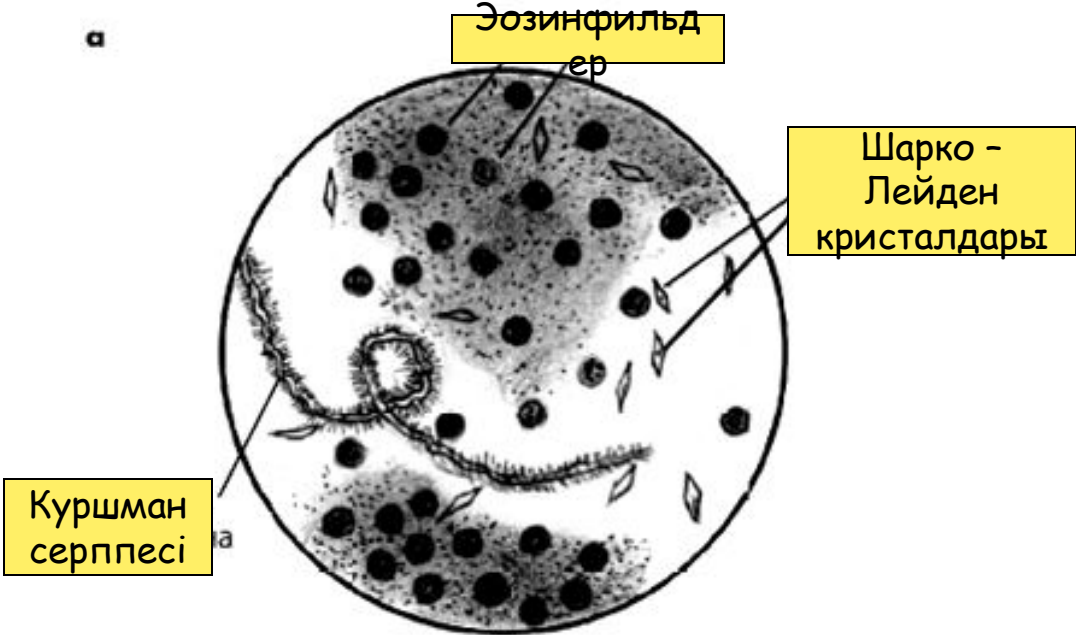


Диагностикасы

- Астманың өршу кезінде қанда эозинофилияның болуы, атопиялық түрінде IgE деңгейінің жоғарылауы анықталады.
- Қақырықта астма "үштігі" — Куршман шиыршықтары (ұсақ бронхтардың кілегейлік таңбалары), Шарко-Лейден кристалдары (эозинофильдердің ыдырауы нәтижесінен пайда болатын заттар) және көп мөлшердегі эозинофильдер табылуы мүмкін.



**Бронхтық
астмасы бар
науқас
қақырығының
микроскопиясы**



Кеуде сарайының рентгенограммасында

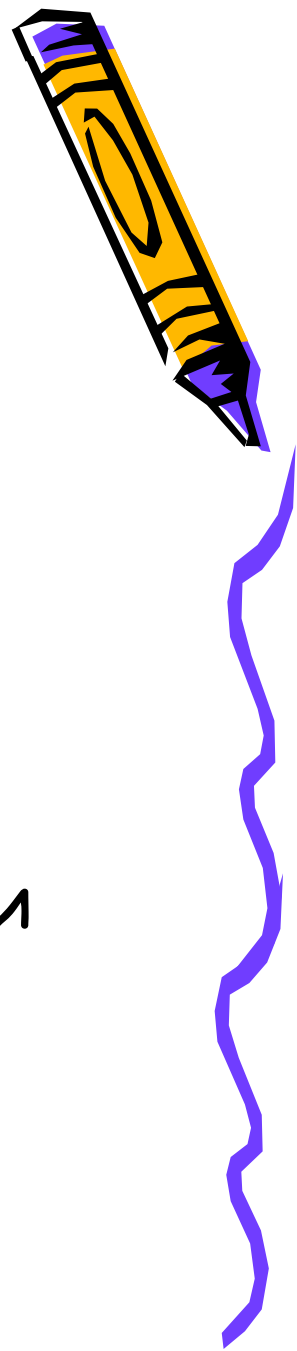
эмфиземаға байланысты өкпе кеңістіктерінің мөлдірленуі, ал астманың ауыр барысында бронхтардың кілегеймен бітелуінен ателектаздың белгілері байқалады.



Обструктивті
өкпе эмфиземасы



Бронх демікпесі кезіндегі емдеу тактикасы



- Ем мақсаты: тұншығу ұстамасын, аурудың асқынуларын басу.
- Дәрі-дәрмексіз ем: себепті аллергендермен жанасуды, спецификалық емес тітіркендіргіштер әсерін болдырмау (темекі тарту, кәсіби зияндықтар, өткір иістер және басқа).



Алгоритм исследования пациента с подозрением на БА



Селективные β_2 -агонисты

название	противопоказания	побочные действия
Сальбутамол (вентолин, сальбен)	<ul style="list-style-type: none"> •Эффект через 4-5 мин •Макс эффект к 40-60 мин •Продолжительность действия 4-5 ч 	<ul style="list-style-type: none"> •Тиреотоксикоз •пороки сердца •тахикардии •выраженная тахикардия •острая коронарная патология •декомпенсированный сахарный диабет •Повышенная чувствительность
Фенотерол (беротек Н)	<ul style="list-style-type: none"> •Эффект через 3-4 мин •Макс эффект к 45 мин •Продолжительность действия 4-5 ч 	<ul style="list-style-type: none"> •Тремор рук •Возбуждение •Головная боль •Компенсаторное увеличение ЧСС •Нарушения ритма сердца •Артериальная гипертензия
Сальметерол	<ul style="list-style-type: none"> •Эффект через 30-40 мин •Продолжается 12 ч 	
Формотерол (форадил, оксис)	<ul style="list-style-type: none"> •Эффект через 1-3 мин •Продолжается 12 ч 	



Холинолитические средства

препараты	противопоказания	побочные эффекты
Ипратропия бромид (атровент)	<ul style="list-style-type: none">•Закрьютоугольная глаукома•Нарушение мочеискускания	Сухость во рту
Тиотропия бромид (спирива)		

•Капсула с порошком для ингаляций по 18 мкг через ХандиХалер

•Начало действия через 30 мин после применения

•Продолжительность действия не менее 24 ч





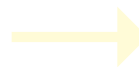
Комбинированные препараты

название		противопоказания	побочные эффекты
Беродуал фенотерол + ипратропия бромид	<ul style="list-style-type: none"> •Эффект наступает быстро •Длится 6 ч 	Первый триместр беременности	<ul style="list-style-type: none"> •Тремор •Учащенное сердцебиение •Сухость во рту
Серетид® мультидиск сальметерол + флутиказон	<ul style="list-style-type: none"> •1 доза порошка для ингаляций содержит 50мкг сальметерола и 50-100-250-500 мкг флутиказона •Назначается 2 раза в сутки 		



ПЛЮСЫ:

- Есть счетчик доз
- Активируется вдохом



Ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС)

препараты

противопоказания

побочные эффекты

**Флутиказон
фликсотид**

- Единственный ИГКС, прошедший клинические испытания у беременных
- (25-50-125-250 мкг в 1 дозе)

- Повышение чувствительности к препарату
- Активная форма туберкулеза легких
- Грибковые, вирусные, бактериальные инфекции органов дыхания
- Беременность

- Раздражение слизистых оболочек глотки, полости рта, носа
- Бронхоспазм
- Кандидоз

**Будесонид
пульмикорт**

- Период полувыведения 8 часов
- Назначается 2 раза/сутки
- Единственный зарегистрированный ИГКС для небулайзерной терапии
- (250-500 мкг в небуле)



Метилксантины

препараты		противопоказания	побочные действия
Эуфиллин	<ul style="list-style-type: none">• Действие начинается сразу• Длится 6-7 ч	<ul style="list-style-type: none">• Сердечная недостаточность• Выраженные нарушения функции печени и почек• Эпилепсия	<ul style="list-style-type: none">• Снижение АД• Сердцебиение• Нарушения ритма сердца• Кардиалгия• Тошнота• Рвота• Диарея• Головная боль• Головокружение• Тремор• Судороги



Кромоны

препараты

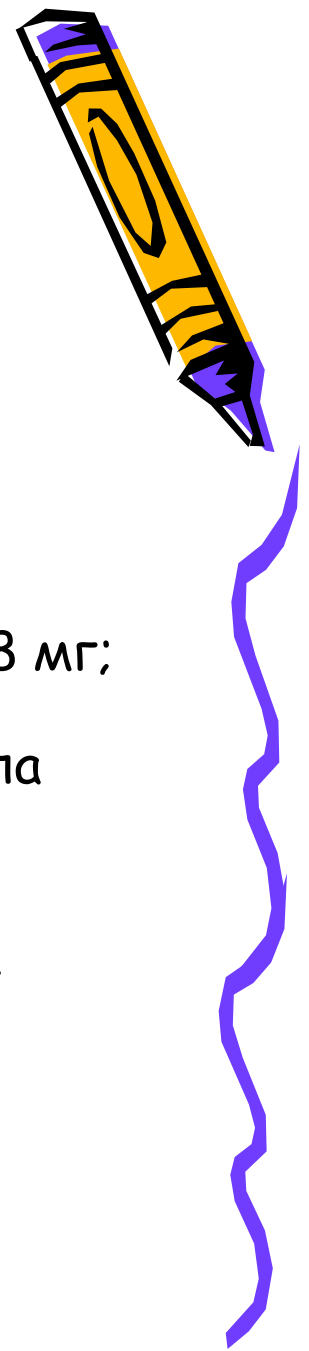
побочные действия

Кромогликат натрия
Недокромил натрия

Редко вызывают кашель



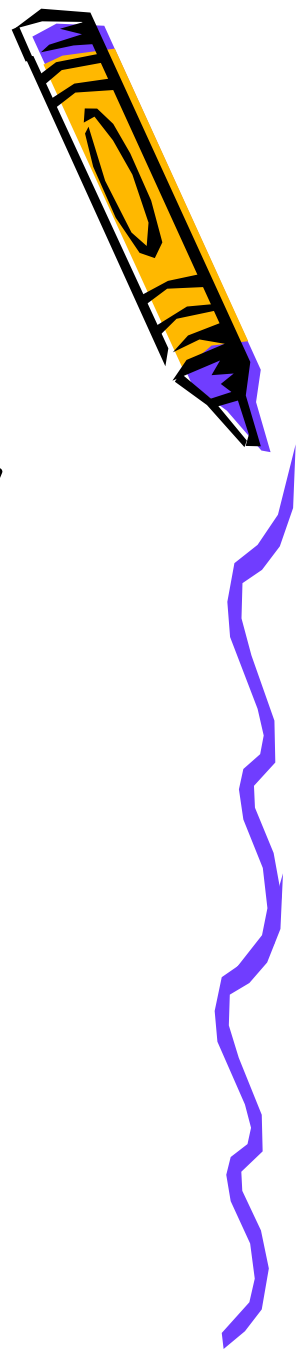
Негізгі дәрі дәрмектер тізімі:



- *Бекламетазон аэрозоль 200 доза.
- *Ипратропий бромиді аэрозоль 100 доза.
- * Кромоглиций қышқылы дозаланған аэрозоль 5 мг; капсула 20 мг.
- *Сальбутамол аэрозоль 100 мкг/доза; капсула 2 мг, 8 мг; небулайзер үшін ерітінді 20 мл.
- *Теофиллин таблетка 100 мг, 200 мг, 300 мг; капсула 100 мг; 200 мг; 300 мг; капсула ретард 350 мг.
- *Фенотерол аэрозоль 200 доза.
- *Амброксол таблетка 30 мг; сироп 30 мг/5 мл.
- *Преднизолон, таблетка 5 мг; инъекция үшін ерітінді 30мг/1 мл.



Госпитализациялауға көрсетімдер:



- Бронхолиттік терапия тиімсіздігі, 6-8 сағат бойы басылмайтын тұншығу ұстамалары, тыныс алу жеткіліксіздігінің үдеуі, «мылқау өкпе».



Астма мектебі



Астма мектебінің мақсаты:

Бронхиалды демікпенің даму механизмдері мен себептері және емдеу әдістері туралы емделушілерге ұсыну.

Оқыту бағдарламасы:

Демікпе ұстамасының алдын алу, аллергияны азайту әрекетін жою;

Бронхиалды астма ұстамасы кезінде өздігінен көмек көрсете білуге машықтану;

Бронхиалды астманы емдеудегі заманауи ұстанымдар туралы ұсынымдар;



Бронхиалды астманы емдеуде астмамен ауыратын науқастың өзін бақылауға арналған күнделігі

Бронхиалды астманы емдеуде науқастардың өзін-өзі бақылауы және қажет жағдайда өзіне күтім жасауы өте маңызды.

Астма белгілерін бағалау:

Астма белгілері әр түрлі болады: ол жөтел, тыныс алудың қиындауы, ұйқының бұзылуы, әлсіздік.

Қандай белгілерге ерекше мән беруі керек?

Ең бірінші мына белгілерді сараптау өте маңызды: жөтел, еңтігу, тұншығу күніне неше рет болғаны, түнде дем жептеу салдарынан неше рет ұйқыңыздан тұрғаныңыз.

Симптомдарды 3 баллдық көрсеткішпен бағалау:

0-симптомдардың болмауы, 1-симптомдардың әлсіз болуы, 2-анық болған симптомдар.

Алынған міндетті күнделікке белгілеу қажет.

Егер балл **0 мен 1-2** аралығында болса – онда жағдай жақсы, ал **3-4 және 7-8** болса жағдай көңіл аударарлық, **8** балдан жоғары болса тез арада көмек керек.

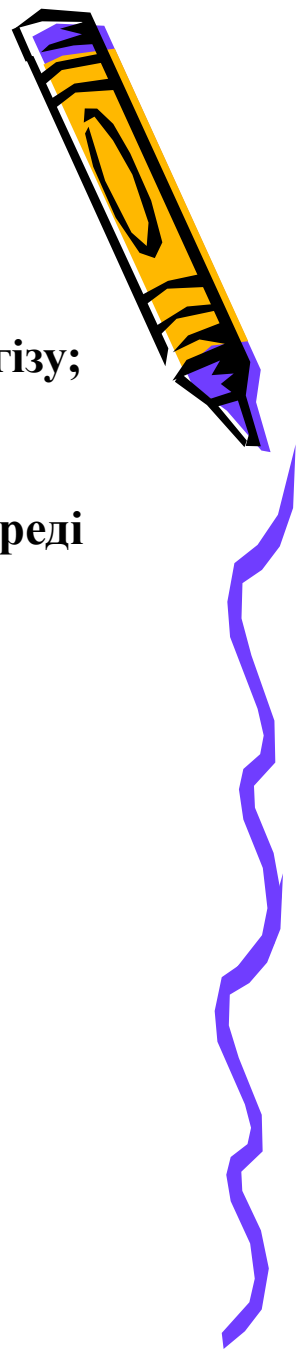


БА бақылау жүргізу

БА бақылау жүргізудің ең дұрыс әрі тиімді жолы-**пикфлоуметрия**.

Мүмкіндіктері:

- Астмамен ауыратын науқастарды анықтау мақсатында скрининг жүргізу;
- Бронхиалды астма және басқа да өкпенің созылмалы ауруларына дифференциалды диагностика жүргізу;
- Үй және жұмыс жағдайында тыныс жұмысын анықтауға мүмкіндік береді

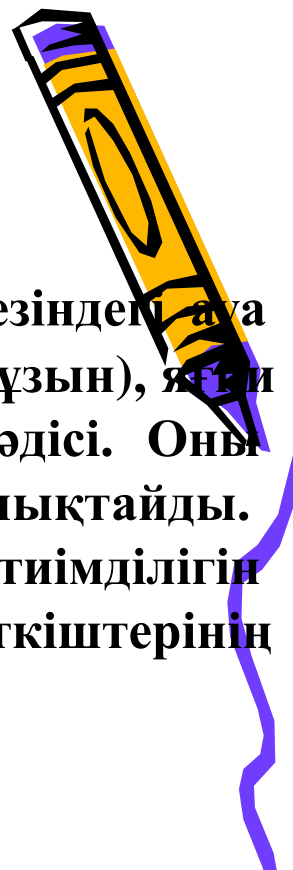


Пикфлоуметр қолданатын науқаstraßeға нені үйрету маңызды?

- ❖ Пикфлоуметрді қашан және қалай қолданатындығын;
- ❖ Нәтижелерді күнделікке қалай белгілеу керектігін;
- ❖ Нәтижелер өзгерісін қалай білуге болатындығын;
- ❖ Қандай өзгерістерді дәрігерге хабарлау керектігін.



Пикфлоуметрия



- тынысты барынша алғаннан кейін тынысты тез шығару кезіндегі ауа ағымының максималды көлемдік жылдамдығының (пикін-күзын), яғни тыныс шығарудың максималды жылдамдығын анықтау әдісі. Оны арнайы аспап — пикфлоуметрмен күніне 3 рет анықтайды. Пикфлоуметрия дәрмектердің бронхтарды кеңіту әсерінің тиімділігін зерттеуге қолайлы. Оның ертеңгілік және кешкіліктегі көрсеткіштерінің айырмашылығы (тербелісі) 20% аспағаны тиімді саналады.



Пикфлоуметрия-бронх
демiкпесi кезiндегi
бақылау мен
диагностикасы әдiстерiнiң
бiрi. Бұл әдiс кез келген
өкпе ауруларында
қолданылады, бiрақ
негiзiнен бронх демiкпесi
кезiнде өте маңызды.

Пикфлоуметр-бронх
демiкпесi кезiнде өзiн-өзi
бақылауға арналған
индивидуальды аспап.

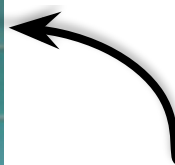
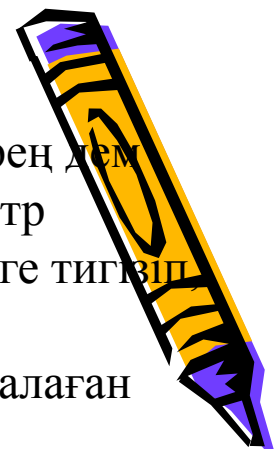




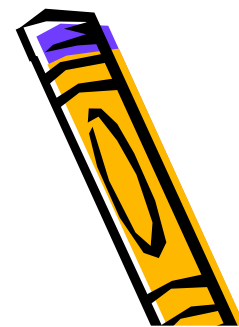
Пикфлоуметрді қолдану ережесі

Науқас отырған қалыпта бірнеше рет терең дем алып, дем шығарғаннан кейін, пикфлоуметр мундштугын горизонтальді бағытта ерінге тигізіп, тезірек демді шығару керек.

Нәтижелерін жазып алу керек. 3 рет қайталаған абзал.



Пикфлоуметрдің нәтижелерін бақылағанда **3 түсті зона** маңызды



Жасыл түсті зона	Жасыл түс барлығы дұрыс екенін көрсетеді. Астманың бақылауда екендігін көрсетеді. Бұл зонада науқастың ұйқысының бұзылуы болмайды, симптомдар минимальды түрде болады.
Сары түсті зона	Сары түс сақ болу керектігін көрсетеді. Егер түнгі уақытта симптомдар күшейсе, жөтел, сырылдар, кеуде клеткасында ауырсыну болса ингаляциялық симптомды күшейту керек.
Қызыл түсті зона	Қызыл түс қауіп-қатер белгісі болып табылады. Осы кезде науқасты тез арада бақылауда ұстап емді күшейту маңызды.

Ингаляция деген не?

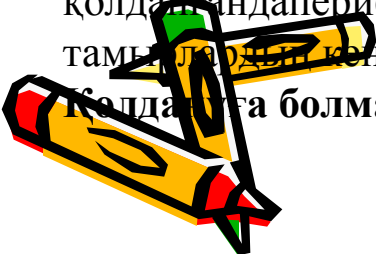
Аэрозольді ингалятор-құрамында ақ немесе ақ түсті дерлік суспензия бар, мөлшерлегіш клапанмен жабдықталған, түбі ішіне қарай жаншылған металдан жасалған ингалятор. Ингалятордың ішкі бетінде бүлінулер болмауы керек. Бронхиалды демікпені емдеуге арналған препараттар. Ингаляциялық жолмен пайдаланатын симпатомиметиктер. Түрлері: беклазон, беротек, беродуал, сальбутамол т.б.

Сальбутамол

Қолданылуы: Бронх кеңейткіш ретінде 12 жастан асқан балалар және ересектер қолданады. Күніне 1-2 мг –нан 3 ретке дейін қолдануға болады. Дозаны дәрігер науқас қажеттілігіне байланысты белгілейді.

Жағымсыз әсері: Артық дозада қолданғанда перифериялық қан тамырлардың кеңеюі, тахикардия болады.

Қолдануға болмайтын жағдай жоқ.



Қолдану жөніндегі нұсқаулық



1. Ингалятор мундштігінен қорғаныш қалпақшасын алады. Мундштіктің таза және құрғақ екенін тексеру қажет. Ингаляторды қатты сілкі керек.
2. Ингаляторды суретте көрсетілгендей ұстап тұрып, байсалды түрде терең тыныс алады.
3. Мундштікті ерінге қойып, оны ерінмен толық қысу қажет.
4. Ішке қарай қатты дем алу сәтінде тозаңдануды жүзеге асыру үшін ингалятордың басын басу керек.
5. Тынысты мүмкін болғанша шығармай ұзақ ұстаған жөн. Ингаляторды еріннен шығарып алады. Еркін және терең тыныстау керек.
6. Егер дәрінің қайталанатын ингаляциясы қажет болса, онда 2-5 тармақтарда сипатталған әрекеттерді қайталаудың алдында жарты минут күту керек.
7. Ингаляциядан кейін мундштіктің қорғаныс қалпақшасын кигізу қажет. Шаң мен ластанудан сақтаған жөн.



Ингалациядан кейін ауыз қуысның күтімі

Ауыз қуысын күнделікті қайнатылған сумен бірнеше мәрте шайып тұрыңыз. Қайнатылған суға йод, ас содасы Ауыз қуысын күнделікті қайнатылған сумен бірнеше мәрте шайып тұрыңыз. Қайнатылған суға йод, ас содасы, түз қосуға болады. Тісті күніне 2 рет ысу қажет;

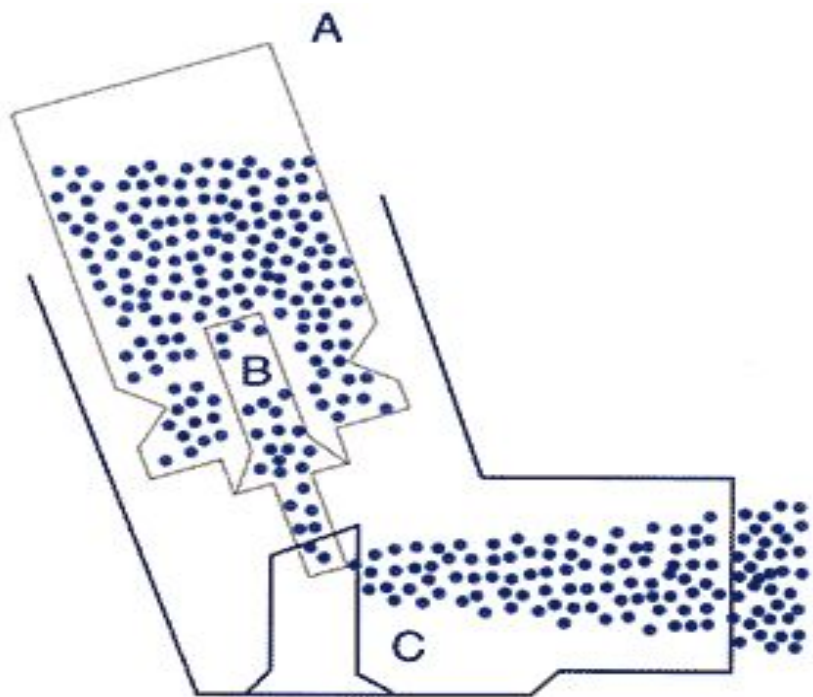
Ауыз қуысын шаюға арналған құралдарды қолдану қажет;

Әр 2-3 ай сайын тіс щеткасын ауыстыру қажет;

Тіс аралығын тазалау үшін флосс (тіс жіптерін) міндетті түрде қолдану қажет;



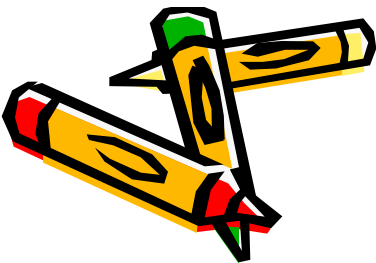
- **Ингалятор** - ингаляция жасауға арналған құрылғы.



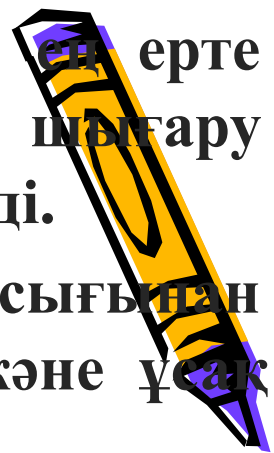
А-канистир

В- клапан

С- мундштук



- ***Пневмотахометрия*** — бронхтық обструкцияның ең ерте белгісін — тыныс алу қуаттылығының тыныс шығару қуаттылығынан артуын анықтауға мүмкіндік береді.
- ***Пневмотахография*** — ауаның "ағым-көлем" қисығынан обструкцияның орналасу деңгейін (ірі, орташа және ұсақ бронхтарда) анықтауға қолданады.
 - ***Аллергологиялық тестілеу.*** Аллергеннің түрін анықтау мақсатымен скарификациялық, аппликациялық немесе тері ішілік сынамаларды қолданады.
- ***ЭКГ*** — жүректің оң жақ бөліктерінің гипертрофиясы болуы мүмкін, өкпетекті жүректі дер кезінде айқындауға мүмкіндік береді.



Бронхиалдық астмамен ауыратын адамның тамақтануы



Қолдануға болмайды

Цитрусты жемістер (апельсин, мандарин, лимон, грейпфрут т. б.), жаңғақтар (фундук, миндаль, арахис т.б.), балық және балық өнімдері, құс өнімдері, шоколад және оның өнімдері, кофе, томат, баклажан, саңырауқұлақтар, жұмыртқа, сүт, таңқурай, қауын, ананас, бал. Мүлдем қолдануға болмайды: алкогольдік өнімдер



Қолдануға болады



Пісірілген майсыз сиыр еті, сорпа, зәйтүн, күнбағыс майы, асылған кортоп, қарақұмық, күріш ботқалары, сүт өнімдері – 1 күндік (сүзбе, қатық), уксус, қыша, майонез, қарбыз, алма, шай, қант, жеміс-жидек компоты, ақ нан

4.БА ауыратын науқастың тамақтануы

Қолдануға болмайды

- Цитрусты жемістер (апельсин, мандарин, лимон, грейпфрут т.б.)
- Жаңғақтар (фундук, миндаль, арахис т.б.)
- Балық және балық өнімдері
- Құс өнімдері
- Шоколад және оның өнімдері
- Кофе
- Томат, баклажан
- Саңырауқұлақтар
- Жұмыртқа
- Сүт
- Таңқурай, қауын, ананас
- Бал
- Мүлдем қолдануға болмайды: алкогольдік өнімдер

Қолдануға болады

Пісірілген майсыз сиыр еті
Сорпа
Зәйтүн, күнбағыс майы
Асылған кортоп
Қарақұмық, күріш ботқалары
Сүт өнімдері -1 күндік (сүзбе, қатық)
Уксус, қыша, майонез
Қарбыз, алма
Шай
Қант
Жеміс-жидек компоты
Ақ нан

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.



БА тыныс жаттығулары



Біркелкі дем алу

Техника: Мұрын арқылы дем алып, ішіңізден 4-ке дейін санаңыз. Дем шығарып, қайта 4-ке дейін санаңыз. Осы темпты ұстанып, біраз уақыт жаттығу жасаңыз.

Құрсақпен дем алу

Техника: Бір қолды кеудеңізге, екінші қолыңызды ішіңізге қойыңыз. Мұрын арқылы терең дем алып, кеудеңізді түзулетіңіз. Минутына 6-10 терең дем алыңыз, жаттығуды 10 минут жалғастырыңыз.



Мұрынмен кезек дем алу

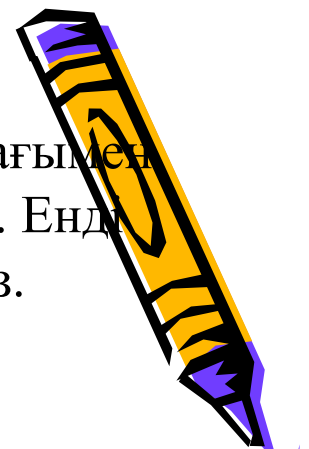
Техника: Өзіңізге ыңғайлы қылып отырыңыз. Оң қолдың бас бармағымен мұрынның оң танауын жауып, сол жағы арқылы терең дем алыңыз. Енді сұқ саусақпен сол жақ мұрынды жауып, оң жақпен дем шығарыңыз. Осылайша кезек-кезек жаттығуды жалғастырыңыз.

Әркелкі дем алу

Техника: Терең асықпай дем алыңыз, артынан іштің көмегімен тез, бір сәтте демді шығарыңыз. 10 рет қайталаңыз.

Релаксация

Техника: Көзіңізді жұмып, бірінен кейін бірі бұлшық еттерді қатайтып, 2-3 секундтан кейін босансытыңыз. Аяқ саусақтарынан бастап, тізе, сан, кеуде, қол, мойын, тіпті көз бұлшық еттерін жаттықтырыңыз. Жаттығу бойы терең, асықпай дем алыңыз.



5.БА тыныс жаттығулары

Біркелкі дем алу

Техника: Мұрын арқылы дем алып, ішіңізден 4-ке дейін санаңыз. Дем шығарып, қайта 4-ке дейін санаңыз. Осы темпты ұстанып, біраз уақыт жаттығу жасаңыз.

Құрсақпен дем алу

Техника: Бір қолды кеудеңізге, екінші қолыңызды ішіңізге қойыңыз. Мұрын арқылы терең дем алып, кеудеңізді түзулетіңіз. Минутына 6-10 терең дем алыңыз, жаттығуды 10 минут жалғастырыңыз.

Мұрынмен кезек дем алу

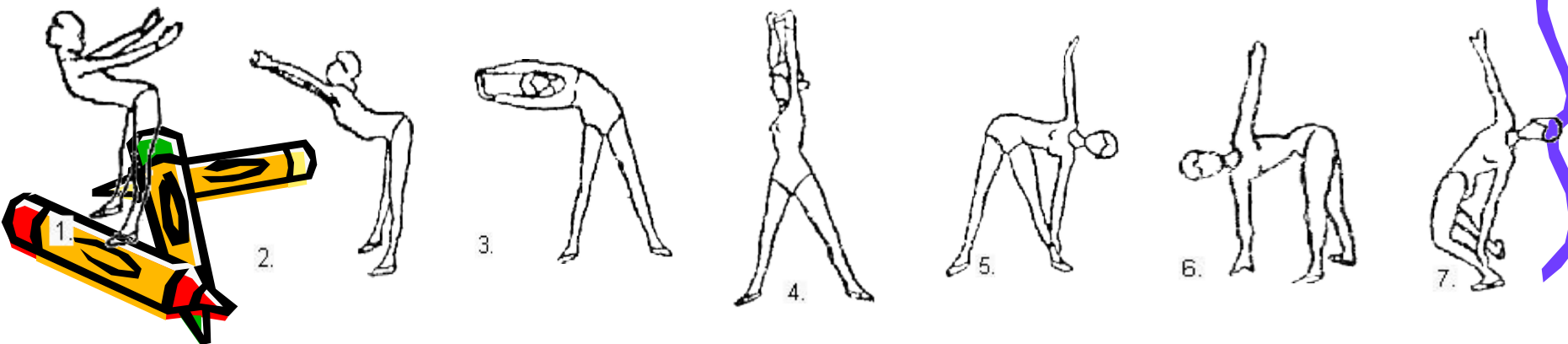
Техника: Өзіңізге ыңғайлы қылып отырыңыз. Оң қолдың бас бармағымен мұрынның оң танауын жауып, сол жағы арқылы терең дем алыңыз. Енді сұқ саусақпен сол жақ мұрынды жауып, оң жақпен дем шығарыңыз. Осылайша кезек-кезек жаттығуды жалғастырыңыз.

Әркелкі дем алу

Техника: Терең асықпай дем алыңыз, артынан іштің көмегімен тез, бір сәтте демді шығарыңыз. 10 рет қайталаңыз.

Релаксация

Техника: Көзіңізді жұмып, бірінен кейін бірі бұлшық еттерді қатайтып, 2-3 секундтан кейін босансытыңыз. Аяқ саусақтарынан бастап, тізе, сан, кеуде, қол, мойын, тіпті көз бұлшық еттерін жаттықтырыңыз. Жаттығу бойы терең, асықпай дем алыңыз.



Назарларыңызға рахмет

