

Тақырыбы: Бронх демікпесі



Тексерген: Серикбаева А
Орындаған: Кайыпбаева А
Факультет: ЖМ
курс: 4
топ: 031-2

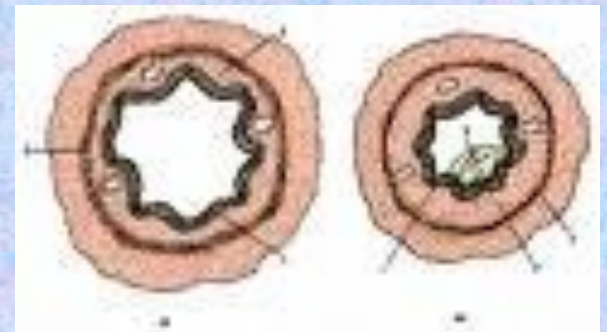
Жоспары:

- *Анықтамасы*
- *Этиологиясы*
- *Патогенезі*
- *Жіктелуі (МКБ-10)*
- *GINA3 бойынша жіктелуі*
- *Клиникасы*
- *Бронх демікпесінің ауырлық дәрежелері*
- *Асқынулары*
- *Диагностикасы*
- *Емі*

Бронх демікпесі — жасушалардың (мәс, эозинофилдер, Т-лимфоциттер), аллергия мен қабыну медиаторларының қатысуымен жүретін, гиперреактивтілігі мен бронхтардың вариабелді обструкциясына бейім адамдарда кездесетін, тұншығу , жөтелдің немесе әсіресе түнде немесе таңертен ерте тыныстың қиындауымен көрінетін тыныс алу жолдарының созылмалы қабыну ауруы.

GINA1 бойынша бронх демікпесінің анықтамасы:

Бронх демікпесі - тыныс жолдарының персистеуші қабынуы ауруы, бронхоспазм, тұншығу ұстамасымен, гиперреактивтілігімен көрінетін ауру.



Этиологиясы:

1. Экзогенді факторлар:

- Инфекциялық аллергендер – бактерия, вирус, саңырауқұлақтар, т.б.
- Инфекциялық емес аллергендер-өсімдік -тозаңдары, шаң, микроскопиялық кенелер, өндірістік аллергендер, тағамдар, дәрмектер, т.б.
- Механикалық және химиялық тітіркендіргіштер, металл, мақта, ағаш, силикаттың шаңдары; қышқыл, сілтінің булары; өндіріс түтіні; марганец, хром, формальдегид қосындылары, т.б.
- Стрестік, психикалық ықпалдар, физикалық күш түсу;

2. Эндогенді факторлар – иммундық, эндокриндік, вегетативтік нерв жүйесінің, бронхтар реактивтілігінің және сезімталдығының, мукоциллиарлық аппараттың, өкпе тамырларының, жедел әсер етуші жүйенің (мес жасушаларының, т.б.) туа кемістіктері; арахидон қышқылы метаболизмінің бұзылыстары.

*Үй шаңының құрамында
кездесетін микроскопиялық
кенелер:*



Патогенезі:

Бронхтардың аллергиялық иммундық механизммен қабынуы

Аллергеннің енуі

Реагиндердің (IgE) шамадан артық түзілуі

Мастоцит бетінде антиген мен IgE-нің байланысып, мастоциттердің дегрануляциясы

Біріншілік медиаторлардың (серотонин, гистамин) көп бөлінуі

Екіншілік медиаторлардың лейкотриендер, простагландиндер, тромбаксандар, интерлейкиндер, т.б. бөлінуі

Бронхоспазм, бронх қабырғасының жасушалық инфильтрациясы, қабынуы

Бронхтардың иммундық емес механизммен қабынуы

1. Мастоциттердің иммундық емес, яғни аллерген қатысуынсыз дегрануляциясы (дәрмек, химиялық заттар, фермент әсерінен)

2. Бронхтарда аса қуатты нейрорепептиттерді – А, В нейрокиндерді, Р субстанцияны, вазоактивті интестинальды пептидті т.б. бөлетін нерв талшықтарының активтелуі

3. Гормондық бұзылыстар: ГКС тапшылық әсерінен мастоциттер гиперреактивтілігі қалыптасады, катехоламиндер синтезі азаяды, F2a простагландиндер активтелуі болады.

4. Бронхтағы аденилатциклаза жүйесінен гуанилатциклаза жүйесінің басым болуы

Бронхоспазм, бронх кілегей қабығының ісінуі, кілегей гиперсекрециясы

Жіктелуі (МКБ-10):

J45 Астма

J45.0 Басым аллергиялық астма

- **Аллергиялық бронхит**
- **Астмамен бірге аллергиялық ринит**
- **Атопиялық астма**
- **Экзогендік аллергиялық астма**
- **Астмамен бірге пішендік қызба**

J45.1 Аллергиялық емес астма

- **Идиосинкразиялық астма**
- **Эндогендік аллергиялық емес астма**

J45.8 Аралас астма

J45.9 Анықталмаған (себебі белгісіз) астма

- **Астмалық бронхит**
- **Кеш басталған астма**

J46 Астматикалық статус

- **Жедел ауыр астма**

GINAZ бойынша жіктелу:

- 1.Бақыланатын астма;***
- 2.Аз бақыланатын астма;***
- 3.Бақыланбайтын астма.***

Клиникасы

Атопиялық астманың ұстамасы 3 кезеңмен дамиды:

1.Продромдық кез ең – мұрын-көмекейдің,терінің қышуы, мұрынның бітелуі,кеуденің қысылу сезімі,ұйқының келуі,есінеу.

2.Тұншығу ұстамасы – алдымен қиналдыратын құрғақ жөтел, кейін ентігу басталады.Ұстама кезінде тыныс шығару 3-4есе ұзарады.Тыныс фазасының 2-де де алыстан естілетін құрғақ сырылдар болады,ал аса қатаң ұстамада,бронхоспазм күшее келе сырылдар бәсеңсиді,тіпті жойылады.Мәжбүрлік қалып.Эмфизема көріністері.Ұстама бірнеше сағатқа созылуы мүмкін.Ол өз-өзінен немесе емнен басылады.

3.Ұстаманың басылу кезеңі – ұстама басылар алдында науқас қайтадан үсті-үстіне жөтеліп әйнек тәрізді мөлдір кілегейлі, түйіршікті қақырық тастаиды,құрғақ сырылдар азаяды.Ұстамадан кейін тыныс шығару ұзарады.

Бронх демікпесінің ауырлық дәрежелері

1. Жеңіл эпизодтық ағым (интермиттеуші)-

- Қысқа мерзімді ұстамалар аптасына 1 рет;*
- Аурудың қысқа өршулері (бірнеше сағаттан бірнеше күнге дейін);*
- Түнгі ұстамалар айына 2 рет және одан сирек;*
- Өршу аралықтарында симптомдар болмайды және сыртқы тыныстық көрсеткіштері қалыпты деңгейде;*
- ТШПЖ немесе ФТШК1*
 - >80% қалыптыдан;*
 - тәуліктік тербелістер <20%*

2. Жеңіл персистеуші

- Ұстамалар аптасына 1 рет немесе жиі, бірақ күнде емес;*
- Аурудың өршуі физикалық активтілік пен ұйқыны бұзуы мүмкін;*
- Түнгі ұстамалар айына 2 реттен жиі;*
- ТШПЖ немесе ФТШК1*
 - >80% қалыптыдан;*
 - тәуліктік тербелістер 20-30%*

3. Орташа ауырлықты персистеуші

- *Күнделікті ұстамалар;*
- *Аурудың өршуі физикалық активтілік пен ұйқыны бұзады;*
- *Түнгі ұстамалар аптасына 1 реттен жиі;*
- *ТШПЖ немесе ФТШК1*
 - *60%-80%*
 - *тәуліктік тербелістер >30%*

4. Ауыр персистеуші

- *Демікпеннің белгілері үнемі сақталады;*
- *Өршуі жиі;*
- *Бронх демікпесі көріністерімен физикалық активтіліктің шектелуі;*
- *ТШПЖ немесе ФТШК1*
 - *<60%*
 - *тәуліктік тербелістер >30%*

Асқынулары:

- 1. Астмалық статус;*
- 2. Жедел, жеделдеу өкпелік жүрек;*
- 3. Өкпе эмфиземасы;*
- 4. Ұстаманың шыңында дамуы мүмкін спонтанды пневмоторакс;*
- 5. Ателектаз;*
- 6. Миокард дистрофиясы.*

Диагностикасы:

1.Лабораториялық мәліметтер:

1).Жалпы қан анализі-эозинофилия,өрішу кезінде шамалы ЭТЖ жоғарылауы;

2).Қақырық жалпы анализі:астма “үштігі”:Куришман спиральдары, Шарко-Лейден кристалдары,көп мөлшердегі эозинофилдер.

3).Қанның биохимиялық анализі: α 2- γ -глобулиндер,сиал қышқылы, серомукоид,фибрин,гаптоглобулин көбеюі мүмкін(әсіресе, инфекция тәуелді түрінде);

4).Иммунологиялық зерттеу:иммуноглобулиндердің қанда көбеюі,Т-супрессорлардың активтілігінің және санының төмендеуі.

2. Аспаптық зерттеулер:

1). Сыртқы тыныс қызметін зерттеу:

- Спирография;

- Пикфлоуметрия.

2). Пневмотахометрия;

3). Пневмотахография;

4). Кеуде торының рентгенографиясы;

5). Электрокардиография;

6). Бронхоскопия;

7). Артериялық қанның газдық құрамын зерттеу;

8). Аллергиялық сынамалар.



GINA1 бойынша бронх демікпесі емінің құрылымы:

- 1. Науқастарды оқытып үйрету;*
- 2. Бір деңгейде ұстап тұру. Пикфлоуметрия;*
- 3. Аллергеннен сақтандыру;*
- 4. Өршу кезіндегі емді науқаспен бірге ұйымдастырып емдеу жоспарын құрастыру;*
- 5. Емнің нәтижесін бақылау, катанамнез.*



Емі:

1.Базисті терапия:

1).Қабынуға қарсы ингаляциялық препараттар:

А.Стероидты қабынуға қарсы препараттар:

-Беклометазон 800-1000мг

-Бекотид -орташа доза-200-400мг,жоғары доза-400-800мг;

-Бекломед

-Беклазон

-Ингакор-1-2 тыныс алу 2 рет;

-Альдецин-1-2 тыныс алу 3-4 рет;

-Флексотид-1-2 тыныс алу 2 рет;

-Комбинирленген препарат-Серетид(Флютиказон+Сальметерол)-1-2 тыныс алу 2 рет ;

-Будесонид-1-2 тыныс алу 2рет;

-Пульмикорд- 1-2тыныс алу 2рет.

В. Стероидты емес қабынуға қарсы препараттар:

- 1). Интал (Кромалин натрия) - 20 мг капсула 4 рет күніне турбоингалятормен;***
- 2). Тайлед (Недокромил натрия) - 1-2 тыныс алу 3 рет; 2 мг 2 рет***
- 3). Хайкром - көзге тамшы түрінде***
- 4). Кромаглин - тамшы түрінде***
- 5). Кетотифен (Задитен) - 1 мг күніне 2 рет;***

2. Симптомдық терапия:

1). Бронхолитиктер:

1. Қысқа әсерлі β -агонистер (4-6 сағат) 3-4 рет:

- Селективті:

+ Сальбутамол - 8-16 мг | тәу ішеді, 500 мкг б/е 4 сағ сайын

+ Беротек (Фенотерол, Аротерол) - 100-200 мкг 3-4 рет | күн

- Селективті емес:

+ Адреналин

+ Изадрин

+ Эфедрин

2. Ұзақ әсер ететін β -агонистер (12сағат)

+Серевент(Сальметерол)-50 мкг

+Формотерол-12-24мкг 2 рет|тәу(инг),20,40,80мкг таб;

+Тербуталин-2.5-5мг 3-4 рет|тәу,1-2 ингаляция бсағ сайын

2). Метилксантиндер:

-Эуфиллин

-Тэофиллиндер

+Тэопек -1-2рет

+Тэодур

+Тэокард

3). Холинолитиктер:

1.Атровент(Ипотропиум бромиді)-1инг. доза-20мкг 3-4рет 2 дозадан

2.Спирива(бромиді)

3.Беродуал(Беротек + Ипотропиум бромиді)-1-2 тыныс алу 4 рет/тәу

Қолданылған әдебиеттер

1. Ішкі аурулар 1 том Б.
Қалимұрзина (105.106.109.112.114Б)
- 2 .Ішкі аурулар С.Л.Қасенова (39.40 Б
)