

**Оңтүстік Қазақстан медициналық академиясы  
Фармакология, фармакотерапия, клиникалық фармакология  
кафедрасы**

# **Презентация**

**Тақырыбы: Жедел бронхиттің тиімді фармакотерапиясы**

**Орындаған: Толибекова Л.  
М.**

**Тобы: 502 ФК «Б»**

**Қабылдаған: Асанова А.А.**

**Шымкент 2018жыл**

# Жоспар:

Кіріспе

Негізгі бөлім

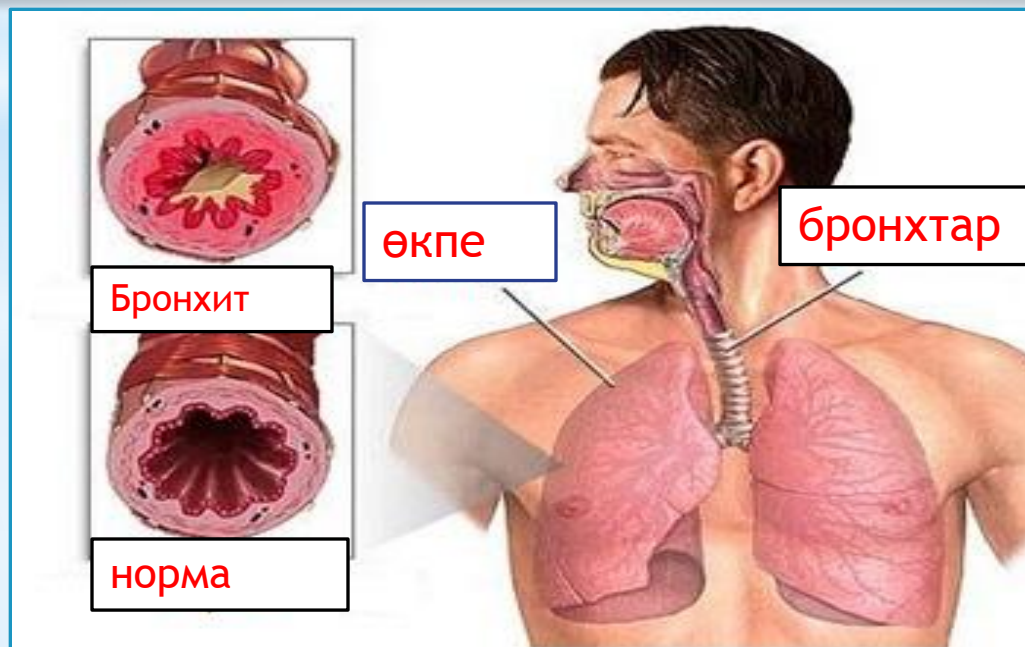
1. Жедел бронхит
2. Жедел бронхит этиологиясы
3. Клиникалық көрінісі
4. Медикаментоздық емі

Қорытынды

Пайдаланған әдебиеттер

# \* Кіріспе

*Жедел бронхит* — бронхтар кілегей қабығының диффузды бейспецификалық жедел (жедел эндобронхит), сирегірек - қабырғасының барлық қабаттарының бір мезгілде қабынуы (панбронхит).



# Жіктемесі

*Этиологиясы бойынша:*

**1. Инфекциялық:**

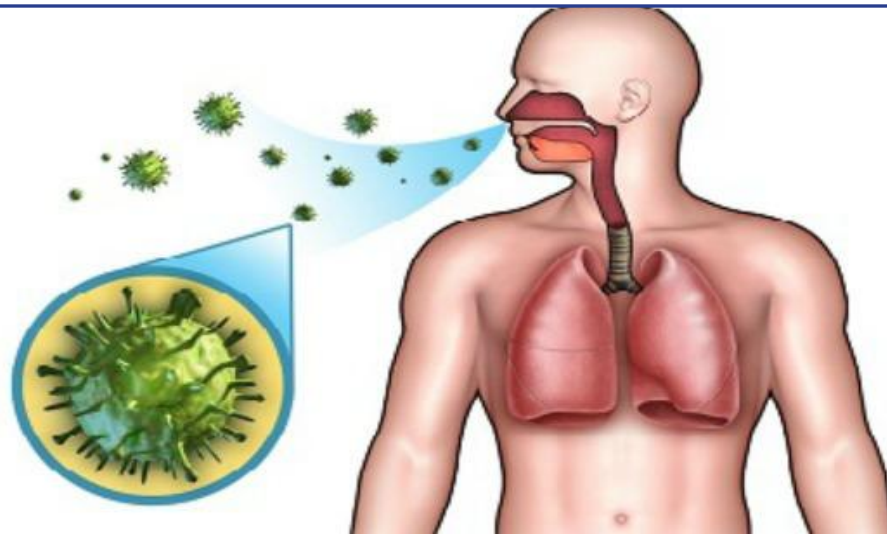
а) вирустық;

ә) микоплазмалық;

б) бактериялық.

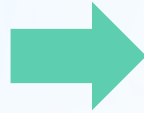
**2. Инфекциялық емес** (түрлі физикалық және химиялық әсерлерден).

**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.
- \* Іріңді-некроздық.

## *Барысы бойынша:*

- \* Жедел (ұзақтығы 2-3 апта).
- \* Созылыңқы (1 айға дейін, одан да ұзақ созылатын).

# Этиологиясы.

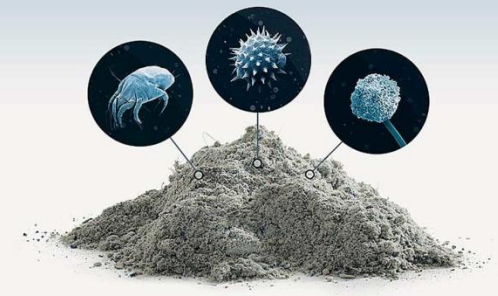
Жедел бронхитті шақыратын себептер:

□ 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





# \* Осы тікелей әсер ететін себептермен бірге бейімдеуші факторлар да бар:

- \* мұрын, көмекей инфекциясы
- \* шылым шегу, ішкілікке салыну
- \* ауаның аса ылғалдылығы,
- \* өкпе тамырларындағы қан іркілісі.
- \* Шаң-тозаң
- \* Аурудың дамуында тыныс жолдарының ауаны физикалық тазарту функциясының төмендеуі аса маңызды.
- \* Жедел бронхиолит, әдетте, балаларда кездеседі, оның қоздырушылары риносинцитиальдік, сирегірек парагриптік немесе аденовирустық инфекция.

## *\*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.

# Патогенез



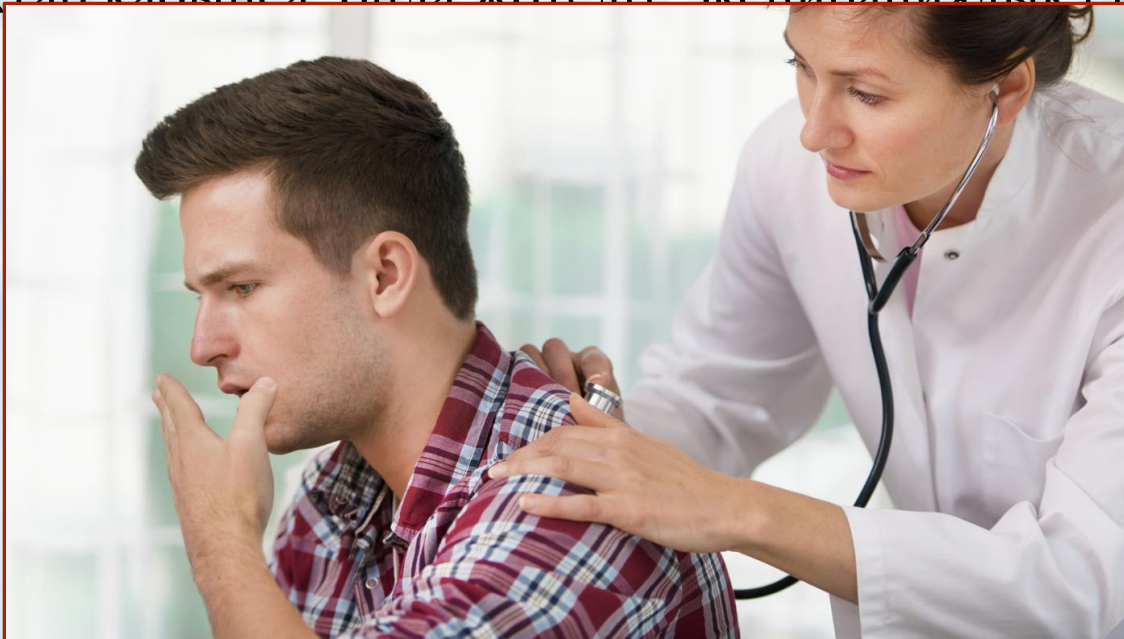
## \* *Клиникалық көрінісі*

- \* Жедел бронхит жедел респирациялық аурудан (ЖРА) кейін немесе онымен бірге басталады.
- \* Жоғарғы тыныс жолдарындағы қабыну процесі (ринит, фарингит) трахеяға түседі.
- \* Бұл кезде трахеиттің белгілері (құрғақ жөтел, төс артының ашып, қырнап 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-ірінді, 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.



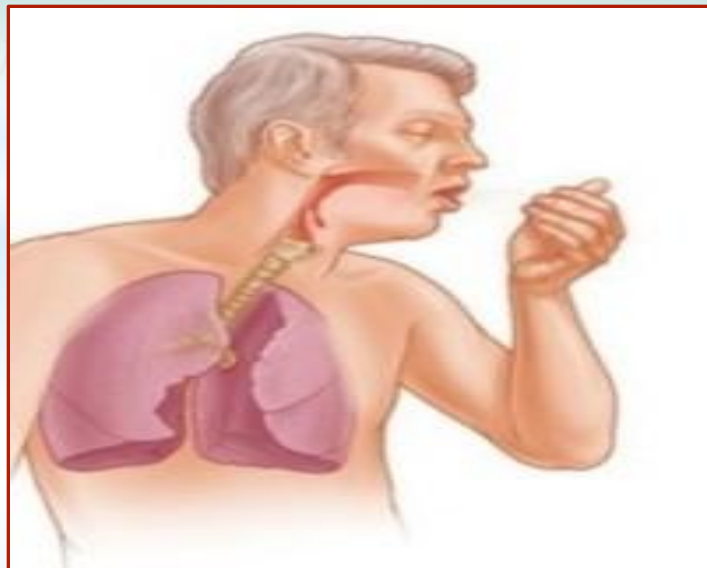
# \* Клиникалық көрінісі.

- \* 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 мән берген жөн. Сырылдардың түрі бронхтардың зақымдану деңгейіне тәуелді.
- \* 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 сырыддар 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.

МҮМКІН

\* ҚЫЗУ КӨТЕРІЛГЕН КЕЗДЕ ПИЕМИЯ ДАХИКАРДИЯ БОЛУЫ

# \* ДИАГНОСТИКАСЫ

- \* Аускультация
- \* 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.
- \* Spiroграфия, пикфлоуметрия
- \* Қақырық талдауы

- \* Жедел бронхиолитте ұсақ бронхтар мен бронхиолалардың тарылуынан ауыр ентiкпенiң болуы тән. Ентiкпе — бронхиолиттiң басты белгiсi.
- \* Тыныс жетiспеушiлiгiнен бет, кiлегей жамылғылар, мұрын, кұлақ, қол-аяқтың ұштары көгередi. Тыныс қимылы жиi және беткей, қосымша бұлшықеттердiң қатысуымен жүредi.
- \* Жөтелгенде болмашы кiлегейлi қақырық қиналдырып әрең түседi.



- \* 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.



# Асқынұлары:

Пневмония.

Бронхтардың обструктивтік синдром.

# \*емі

- Қақырық түсіретін дәрілер - алтей тұнбасы, мукалтин, мия түбірі, бромгексин, пертуссин (амброксол, карбоцистеин, ацетилцистеин)
- Жөтелді азайту үшін көп беруге болмайды, себебі жөтел қорғаныс реакциясы, қақырық шықпай обструкция болуы мүмкін.  
(декстрометорфан, кодеин, тусупрекс)
- бронходилататорлар (сальбутамол - бронхиалды гиперреактивтілік белгілері кезінде)
- В тобының витаминдері
- Физиемі - УКС (ультракүлгін сәулелендіру), калий иодидімен, эуфиллинмен кеуде клеткасына электрофорез жасау.
- Оттегімен дем алдыру, ингаляциялар.
- Егер емдеу тиімсіз болып, асқынулар болса антибиотикотерапия тағайындалады:
  - Пенициллин
  - Макролидтер
  - Цефалоспорин

## \* Емі

Жедел бронхитте симптоматикалық ем қолданылады. Яғни, ыстық түсіретін, ауысынуды басатын дәрілер:

- Анальгин
- Асцетилсалицил қышқылы
- Парацетамол 0,5г күніне 3рет





## Балаларға қолдану ерекшелігі:

Ацетилцистеин – бұлшықетке бір жасқа дейін 10-15 мг/кг 2 рет; 1 жастан кейін – 10% ерітінді 0,5-1 мл.

Бромгексин - 3-4 жасқа дейін 2 мг.

5-14 жасқа дейін 4 мг.

Амброксол сиропы - 2 жасқа дейін 2 мг.

5 жасқа дейін 5 мг 3 рет.

**Бұлшықетке 2 жасқа дейін ½ ампула.**

- \*Тікелей әсер ететін қақырық түсіруші заттарға секреттерді сұйылтатын (муколитикалық заттар) жатады.
- \*Ацетилцистеин (бронхолизин, мукосольвин) белсенді муколитикалық зат. Әсері молекуласында протеоглиқандардың дисульфидті байланыстарын үзіп, қақырықтың деполяризациясын шақырытын және тұтқырлығын төмендететін бос сульфгидрильді топтың болуына байланысты. Қақырықтың сұйылуы және көлемінің көбеюі оның бөлінуін жеңілдетеді.

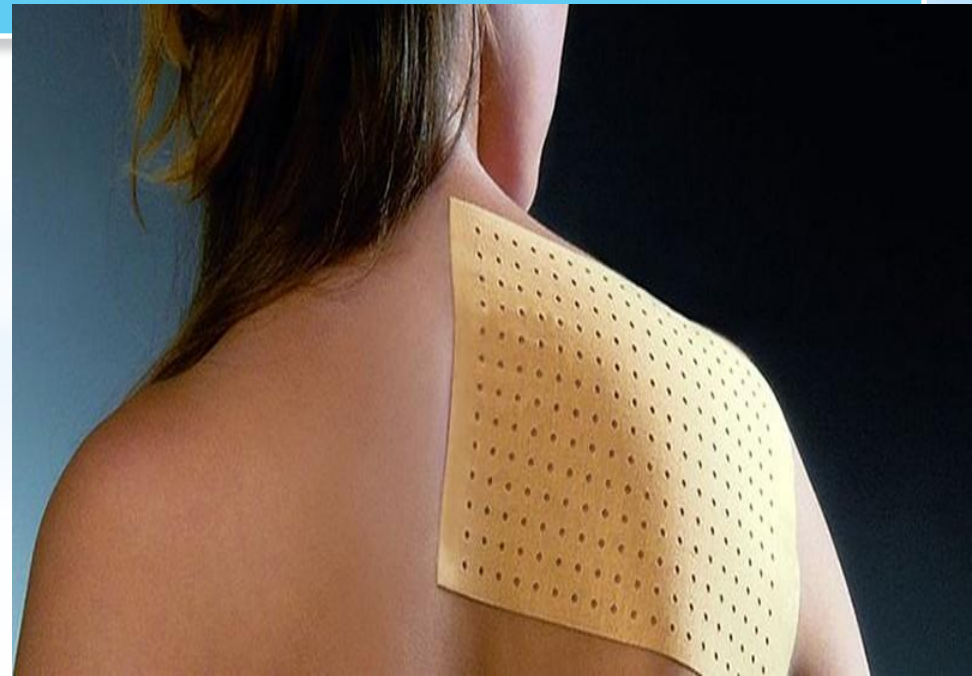


\* Ацетилцистеинді ингаляциялық жолмен, кейде парентеральді қолданады. Ішке енгізуге арналған әсері ұзартылған препараттар да алынған (АЦЦ-100, АЦЦ-200, АЦЦ-лонг). Ацетилцистеин ішектен толық сіңіріледі, бірақ оның биожеткіліктігі төмен (шамамен 10%), себебі, препараттың үлкен бөлігі бауырдан біріншілік өкпеде метаболизмге ұшырайды. Құрылысы және әсері бойынша ұқсас препараттар карбоцистеин (бранхокот, мукодин) болып табылады.



## \**Емі.*

**Сонымен қатар, физиотерапия жүргізілуі тиіс: төс аймағына, жауырын аралығына қыша қағазын жапсыру; парафиннен, балшықтан аппликациялар жасау, банкаларды қою.**



\* Жедел бронхит - тыныс алу жолдарының қабыну және ісіну үрдісімен жүретін ауру. Қабыну үрдісі әсерінен тыныс алу жолдарның саңылауы тарылып, тыныс алу қиындап, тағы басқа симптомдармен көрінеді, соның ішінде бірден - бірі жөтел, бұл ауруда симптомдар аз уақытқа сақталады.

\* **ҚОРЫТЫНДЫ**

- \* Фармакология оқулығы. Харкеевич Д.А. Алматы 2010жыл
- \* <https://med.vesti.ru/articles/zabolevaniya/kak-raspoznat-i-lechit-bronhit/>
- \* <https://www.zdrav.kz/node/10521>
- \* Пульмонология-Чучалин А.Г.-клинические рекомендации. 2007год
- \* Гиперреактивность дыхательных путей. Приходько А.Г., Перельман Ю.М. 2011г

**\* Қолданылған  
әдебиеттер**