

Қарағанды Мемлекеттік Медицина Университеті

№1 балалар аурулар кафедрасы

СӨЖ

**Созылмалы бронх өкпе ауруы. Өкпе туберкулезінен ажырату.
Муковисцидоз, емі.**

Орындаған: Исабаева А.М

Тексерген: Ахаева А.С

Қарағанды 2015ж

Жоспары:

- Анықтамасы
- Жіктемесі
- Қауіп-қатерлі факторлар

- Диагностикалық критерийлер
- Зерттеу жоспары
- Емі
- Муковицидоз , емі

Анықтамасы

Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы (ӨСОА) – тыныс жолдарының дистальді бөлігінің, өкпе паренхимасының зақымдалуымен және эмфизема қалыптасуымен жүретін біріншілік созылмалы қабынбалық ауру; ол қайтымды немесе жартылай қайтымды бронхылық обструкцияның дамуымен байланысты ауа ағымының шектелуімен мінезделеді. Тыныс жолдары өтімділігінің төмендеуі үдемелі мінезде және өкпенің шаң немесе түтінге, темекіге, атмосфералық ауаның ластануына қабынбалық жауабымен байланысты.

Жіктемесі:

- Стадия 0. ӨСОА қауп стадиясы – созылмалы жөтел және қақырықтың түсуі; өкпе функциялары қалыпта.
- Стадия I. Жеңіл ӨСОА – айқын емес (жеңіл) бронхообструкция (ОФВ1/ЖЕЛ < 70%, но ОФВ1 80 % қалыпты мәннен) және бірақ барлық жағдайда созылмалы жөтел, қақырықтың түсуі болмауы мүмкін.
- Стадия II. ӨСОА ауыр дәрежесі – бронхообструкцияның үдеуі (50% ОФВ1<80 % қалыпты мәннен) және симптомдардың үдеуі, физикалық жүктемеде ендікпе дамиды.
- Стадия III. Ауыр ӨСОА – бронхообструкцияны әрі қарай үдеуі (30% ОФВ1<50 % қалыпты мәннен), өмір сапасына әсер ететін, ендікпенің үдеуі және жиі асқынулар.
- Стадия IV. Аса ауыр ӨСОА – ауыр бронхообструкция (ОФВ1<30 % қалыпты мәннен) немесе созылмалы тыныс алу жеткіліксіздігі.

Қауіп-қатерлі факторлар

- Темекі тарту ӨСОА аса маңызды қауіп қатерлі факторлары болып табылады. Әрі қарай жұмыс орнындағы тозаңдар мен химикаттар (тітіркендіргіш заттар, булар, буланулар), органикалық отындардың жануынан бөлмелердегі ауаның ластануы, қоршаған ауаның ластануы, пассивті темекі тарту, ерте бала жастағы тыныс алу жолдарының инфекциялары, генетикалық бейімділік (темекі тартпайтын 40 жастан кішілерде ауруды альфа1-антитрипсин тапшылығымен байланыстырады).

Диагностика критерийлері

- **Шағымдар мен анамнез:**
- - созылмалы жөтел (күн сайын, жиірек күні бойы жалғасады; сирек жағдайда түнде);
- - созылмалы қақырық түсу (кез келген созылмалы қақырық түсу ОСОА көрсету мүмкін);
- - жіті бронхиттер (көп рет қайталамалы);
- - ентікпе (Үдемелі. Тұрақты түрде физикалық жүктеме, тыныс алу жолдарының инфекциясы кезінде);
- - қауіп қатерлі факторларға көрсететін анамнез.

Физикалық тексеру:

- - форсирленген патологиялық ұзарған тыныс алу соңында аускультация кезінде тыныс жолдарының обструкциясымен шартталған құрғақ сырылдарды тыңдауға болады;
- - өкпе эмфиземасы бар науқастарда көкірек клеткасы бөшке тәрізді формада болады, аускультация кезінде әлсіздеген тыныс, ал перкуссия кезінде қораптық дыбыс анықталады;
- - гипоксемия кезінде цианоз пайда болады.

Негізгі және қосымша диагностикалық шаралар тізімі

- **Негізгі диагностикалық шаралар тізімі:**
- 1. Терапевт консультациясы.
- 2. Қанның жалпы анализі.
- 3. Зәрдің жалпы анализі.
- 4. Микрореакция.
- 5. Қақырықтың жалпы анализі.
- 6. Флюорография.
- 7. Сыртқы тыныс алу функцияларын зерттеу.

Қосымша диагностикалық шаралар тізімі:

- 1. Қақырық цитологиясы.
- 2. БК ға қақырықты зерттеу.
- 3. Микробтардың антибиотиктерге сезімталдығын талдау.
- 4. Кеуде клеткалары ағзаларының рентгенографиясы.
- 5. Фибробронхоскопия.
- 6. Пульмонолог консультациясы.
- 7. Отоларинголог консультациясы.
- 8. Қанның газдық құрамы.

Лабораторлық зерттеулер:

- эритроциттер санының және гемоглобин деңгейінің артуына бейімділік, әсіресе тыныс алу жеткіліксіздігі кезінде.
-
- **ӨСОА диагнозы спирометриямен расталуы қажет:**
 - - ОФВ1 үдемелі төмендеуі;
 - - өкпенің форсирленген өмірлік көлемі (ФЖЕЛ) - (FVC);
 - - 1 секундта дем алудың форсирленген көлемі (ОФВ1) - (FEV1);
 - Қатынастар есептеледі ОФВ1/ФЖЕЛ (FEV1/FVC).

ДИФФЕРЕНЦИАЛДЫ ДИАГНОЗ

Белгілер	СОА	БД
Аллергия	Тән емес	Тән
Жөтел	Тұрақты, түрлі тиімдікте	Ұстама тәрізді
Ентікпе	Тұрақты, бірденайқындықсыз	Экспираторлық ентікпе ұстамалары
ОФВ тәуліктік өзгеруі	Қалыптағыдан 10% аз	Қалыптағыдан 15% көп
Қан эозинофилиясы және қақырық	Тән емес	Тән
Бронхиалды обструкция	Қайтымдылық тән емес, өкпе функциясының үдемелі нашарлауы	Қайтымдылық тән, өкпе функциясының үдемелі нашарлауы

Ем мақсаты: бронхиалды обструкцияға және тыныс алу жеткіліксіздігіне алып келетін аурудың үдеу қарқынын төмендету.

- **Дәрі-дәрмексіз ем:**
- Бірінші және аса әрекетті әдіс болып темекі тартуды тастау табылады. Темекі зияны туралы кез келген консультациялар, тиімді және әр қабылдауда айтылуы қажет. СБ емдеуде бронхтық теректің дренаждық функциясын жақсартуға және тыныс алу мускулатурасына бағытталған емдік тыныстық гимнастика маңызды орын алады. Мұнымен қоса физиотерапиялық әдістер мен тыныс алу мускулатурасының массажи белгілі мәнге ие.

- **Дәрі-дәрмектік ем:**
- Басым жағдайда ингаляция түріндегі бронхилиттік заттар, ӨСОА негізгі симптоматикалық емі болып табылады:
- - «қажет жағдайда», уақытша және нашарлаған симптомдарды жою үшін, және тұрақты түрде – персистирлеуші симптомдарды азайту және профилактикасы үшін тағайындалады;
- - түрлі топтағы бронхолитиктер арасындағы таңдау және олардың комбинациясы қолда бар дәрілік заттарға байланысты;
- - қысқа әсердегі бронх кеңейткіш препараттармен емдеу, ұзақ әсерлі бронходилататорлармен емнен гөрі тиімді, бірақ қымбат;
- - түрлі маханизмдегі және ұзақтықтағы дәрілер комбинациясы бронхтың кеңею дәрежесін арттырады;
- - теофиллин ӨСОА кезінде тиімді; бірақ оның потенциалды уытты әсерімен байланысты, қолда бар болса ингаляциялық бронходилататорлар қолданылады. Ингаляциялық кортикостероидтар келесі емделушілер үшін қолданылады - қалыпты мәннен ОФВ1<50% және қайталамалы асқынуларда (мысалы, соңғы 3 жылда 3 рет).

- Антибактериалды терапияны антибиотикограмманы ескеріп іріңді қақырық болған кезде тағайындайды. Жаңа генерациядағы макролид препараттарына көңіл бөлінеді (спирамицин), амоксициллин+клавулан қышқылы (амоксиклав), муколитиктермен қоса клиндамицин (спирамицин 3 000 000 БІР x 2 рет, 5-7 күн, амоксиклав 625 мг x 2 рет, 7 күн, кларитромицин 250 мг x 2 рет, 5-7 күн, цефтриаксон 1,0 x 1-2 рет, 5 күн, метронидазол 100 мл в/і тамшылап).

- **Негізгі дәрі дәрмектер тізімі:**
- 1. *Бекламетазон аэрозоль 200 доза.
- 2. *Ипратропия бромид аэрозоль 100 доза.
- 3. *Сальбутамол аэрозоль 100 мкг/доза; таблетка 2 мг, 4 мг; небулайзер үшін ерітінді 20 мл.
- 4. *Теофиллин таблетка 200 мг, 300 мг таблетка ретард 350 мг.
- 5. *Фенотерол аэрозоль 200 доза.
- 6. *Ипратропий бромиді 21 мкг+фенотерол гидробромиді 50 мкг.
- 7. *Амброксол таблетка 30 мг; сироп 30 мг/5 мл.
- 8. *Амоксициллин+клавулан қышқылы 625 мг.
- 9. *Азитромицин 500 мг.
- 10. *Метронидазол 100 мл, флакон.

- **Қосымша дәрі-дәрмектер тізімі:**
- 1. *Аминофиллин инъекция үшін ерітінді 2,4% 5 мл ампулада, 10 мл.
- 2. *Салметерол ингаляция үшін аэрозоль 25 мкг/доза.
- 3. *Флютиказон аэрозоль 120 доз.
- 4. *Кларитромицин 500 мг, табл.
- 5. *Спирамицин 3 млн. ЕД, табл.

- **Госпитализациядауға көрсетімдер:**
- 1. 3 күннен артық субфебрильді дене қызуы.
- 2. Бастапқы ОФВ1, ЖЕЛ, ФЖЕЛ, Тифнодан ФВД көрсеткіштерінің 10% төмендеуі.
- 3. Тыныс алу жеткіліксіздігінің үдеуі мен жүрек жеткіліксіздігінің белгілері.

- **Муковисцидоз** (*Mucoviscidosis* - шырышты жабысу) — Паренхиматозды көмірсу дистрофиясы: көптеген бездердің секреттерінің негізін құрайтын мукоидтардың - шырышты жабысу) — Паренхиматозды көмірсу дистрофиясы: көптеген бездердің секреттерінің негізін құрайтын мукоидтардың (глюкопротеидтердің) қасиеттерінің өзгеруі тән тұқым қуатын ауру. Без секреті қою, тұтқыр күйге көшеді, өзектерді бітеп тастайды.

- У ребенка с муковисцидозом при рождении легкие нормальные, но нарушения дыхания могут начать развиваться в любое время. Вязкий бронхиальный секрет в конечном счете блокирует мелкие дыхательные пути, которые затем воспаляются. По мере того как болезнь прогрессирует, бронхиальные стенки утолщаются, дыхательные пути заполняются инфицированной мокротой, некоторые зоны легких спадаются (это называется ателектазом), а лимфатические узлы увеличиваются. Все эти изменения снижают способность легких снабжать кровь кислородом. У 17% новорожденных с муковисцидозом возникает мекониальный илеус - форма непроходимости кишечника. Меконий (темное зеленое вещество, фекалии новорожденного) у таких детей очень вязкий и проходит по кишке медленнее, чем нормальный.

- Обычно первый симптом муковисцидоза у младенца без мекониальной непроходимости кишечника - недостаточное увеличение веса в период с 4-й до 6-й недели жизни. Недостаточное количество секрета поджелудочной железы, необходимого для нормального переваривания жиров и белков, ведет к нарушению пищеварения у 85-90% младенцев с муковисцидозом. У ребенка появляется частый, обильный, дурно пахнущий жирный кал и увеличивается живот. Рост замедляется несмотря на нормальный или повышенный аппетит. Ребенок худеет, у него слабеют мышцы. Нарушение всасывания жирорастворимых витаминов (А, D, Е и К) может вести к изменению ночного зрения, рахиту, анемии и кровотечениям. При отсутствии лечения у 20% младенцев слизистая оболочка толстой кишки «выпадает» через задний проход - это называется выпадением прямой кишки. Обычно первый симптом муковисцидоза у младенца без мекониальной непроходимости кишечника - недостаточное увеличение веса в период с 4-й до 6-й недели жизни. Недостаточное количество секрета поджелудочной железы, необходимого для нормального переваривания жиров и белков, ведет к нарушению пищеварения у 85-90% младенцев с муковисцидозом. У ребенка появляется частый, обильный, дурно пахнущий жирный кал и увеличивается живот. Рост замедляется несмотря на нормальный или повышенный аппетит. Ребенок худеет, у него слабеют мышцы. Нарушение всасывания жирорастворимых витаминов (А, D, Е и К) может вести к изменению ночного

- Терапия включает профилактику и лечение болезней легких, хорошее питание, физическую активность, психологическую и социальную поддержку. Большая доля ответственности в лечении ребенка с муковисцидозом ложится на родителей. Они должны понимать особенности болезни, состояние ребенка и механизм лечения. Пациенту необходима всесторонняя терапия под руководством опытного врача и с участием медсестер, врача-диетолога, работников патронажа и врача-физиотерапевта. Часто больным назначают лекарства для предотвращения сужения дыхательных путей (бронхолитические средства). Пациенты с тяжелыми заболеваниями легких и низким уровнем кислорода в крови могут нуждаться в дополнительной подаче кислорода.

- Весьма широко используют лекарства в аэрозолях, которые помогают разжижению слизи (муколитики), например рекомбинантную человеческую ДНК (дезоксирибонуклеиновую кислоту), поскольку эти средства облегчают откашливание мокроты, улучшают функцию легких, а также уменьшают частоту тяжелых инфекционных болезней легких. Кортикостероиды (гормональные препараты) облегчают состояние младенцев с тяжелым воспалением дыхательных путей и больных с сужением дыхательных путей, которое не снимается бронхолитическими средствами. Иногда, чтобы замедлить ухудшение функции легких, используют другие нестероидные (негормональные) противовоспалительные средства, например ибупрофен.

Қолданылған әдебиеттер:

- 1. Хабижанов Б.Х., Хамзин С.Х. Педиатрия 1 том, 2012.
- 2. Хабижанов Б.Х. – Педиатрия, Алматы: Казыгұрт, 2005
- 3. Тусупкалиев Б. Балалар аурулары. 2012ж.
- Шабалов Н.П. Детские болезни: Учебник для студентов педиатрических факультетов медицинских вузов.