

# «Астана медицина университеті» АҚ Балалар аурулары кафедрасы

Жедел бронхит.

Жедел обструктивті бронхит.

Орындаған: Аралбай Р. 435-ЖМ

Қабылдаған: Капарова Р.К

---

Астана 2017

# Жоспар:

- I. Кіріспе
- II. Негізгі
- ✓ Жедел бронхит
- ✓ Жедел обструктивті бронхит
- III. Қорытынды
- Пайдаланылған әдебиеттер



● Обструктивті синдром немесе бронхобструкция негізіне аллергиялық қабыну және бронхтар гиперреактивтілігі жататын, тыныс қиындығы ұстамаларымен білінетін, диффузды обструкция, беткейлі бронх еттерінің спазмы, шырыш гиперсекрециясы, бронх қабаты ісінуімен белгілі ауру.

● Бронхобструктивті синдром – көбінесе балалар ауруы болып табылады, әсіресе 3 жасқа дейінгі балалар. Төменгі тыныс жолдарының ауруымен ауыратын балалар 40 % , респираторлы вирусты инфекциямен ауыратын балалар 50 % , аллергиясы бар балалар 30 % кездеседі.

# *Жедел бронхит*

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



Normal



Bronchitis



Tertiary bronchi

# ЭТИОЛОГИЯСЫ

- Көбінесе жедел респираторлы вирусты инфекцияның (ЖРВИ) салдарынан бронхтардың шырышты қабаттарында өзгерістер болады, дегенмен бронхиттің клиникасы әрдайым көрініс бере бермейді. Рино-, респираторлы синцитиалды және паратүмаудың (парагрипп) 3 типтегі инфекциялары бір жасқа дейінгі балаларда бронхитті жиі туындатады, ал ересек балаларда тек қана жоғарғы тыныс жолдарының катаральды өзгерістері ғана болады.
- Балаларда бактериалды (пневмококтар, стрептококтар мен стафилококтар, гемофилді таяқша) қоздырғыштар әсерінен болатын бронхиттер сирек кездеседі. Олар негізінде мукоцилиарлы клиренстің қатаң бұзылыстары болған кезде ғана дамиды (бөгде зат, көмекей стенозы, интубация, трахеостома, бронхтардың дамуындағы ақаулар, муковисцидоз, цилиарлы дискинезия).
- Бір жасқа дейінгі балаларда бронхитті респираторлы вирустармен қатар «атипті» микроорганизмдер, яғни микоплазма және хламидиялар да туындатады. Олардың жиіленуі мектеп жасындағы балаларда, әсіресе күз айларында байқалады



# Патогенезі

- Вирустар тыныс жолдарының эпителий қабатында көбейіп, оларды зақымдайды, әрі бронхтардың қабырғаларының кедергілік қасиетін тежейді және бактериалды қабынуға қолайлы жағдай туғызады. Сонымен қатар вирустар жүйкелік ганглилердің зақымдануына алып келеді, яғни бронхтардың сағасының жүйкелік реттелуін және оның қоректенуін бұзады

# Клиникалық көрінісі.

- Жедел жай бронхитте (ЖЖБ), әдетте, науқаста дене қызуының жоғарылауы, бастың ауруы, ринит, фарингит, ларингиттің белгілері байқалады, әлсіздік пайда болады. Жөтел – ЖЖБ-ның негізгі белгісі. Жөтел бастапқыда құрғақ, сонан соң (аурудың 4-8 күнінде) біршама жұмсақ, ылғалды болады. Кейде балалар жөтелі күшейгенде кеуде қуысының төменгі жағында ауыру сезімі болатынына шағымданады. Жөтелу кезіндегі ауру сезімі трахеобронхитке тән. Жөтел екі аптаға дейін созылады.
- РС-вирусты инфекция кезінде сәбилердің, микоплазмалық және аденовирусты инфекция кезінде ересек балалардың жөтелуі ұзақ уақытқа созылады.
- Аускультация кезінде құрғақ, ірі және орташа көпіршікті сырылдар естіледі және олар саны мен сипаты бойынша өзгеріп отырады. Дегенмен, сырылдар жөтелгенде де жоғалмайды, себебі балалар қақырықты түкіре алмайды, көбінесе жұтады.
- Перкуссия кезінде анық өкпелік, жиіленген, қорап тәрізді дыбыс естіледі .
- Аурудың 6-8-күніне қарай жөтел азаяды, науқастың дене қызуы қалпына келеді, өкпесіндегі сырылдар жоғалады. Кейде бронхит бірден дамымай, ЖРВИ-мен бірге жүреді, ал кеш жағдайларда екіншілік инфекцияның қосылуы нәтижесінде асқынған түрде болады. Мұндай кездерде науқастың жалпы жағдайы нашарлайды, дене қызуы жоғарлайды, жөтелі күшейеді, өкпесінен ірі және орташа көпіршікті, ылғалды сырылдар естіледі. Нәрестелер мен сәбилердегі бронхиттің салдары пневмониялық асқынуға алып келуі мүмкін.



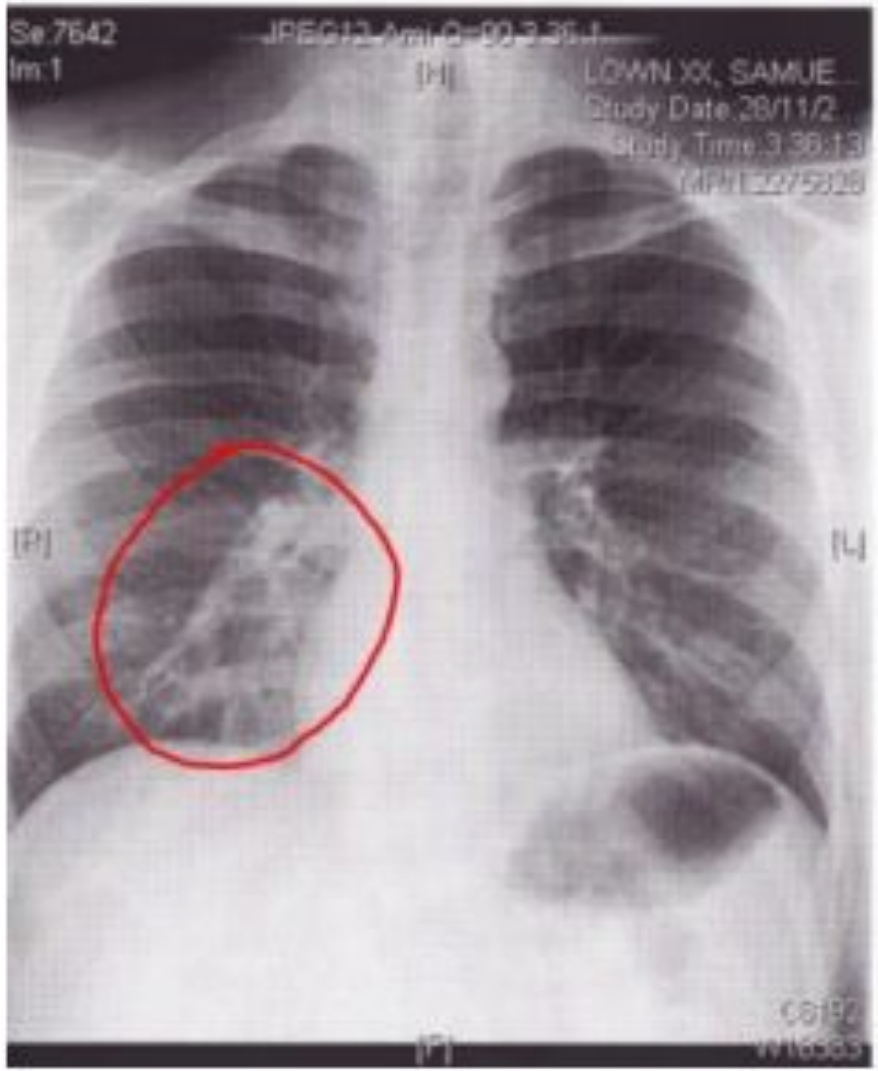


# Жедел бронхиттің

## диагностикалық белгілері:

- 1. Уланудың, риниттің, назофарингиттің белгілері.
- 2. Жөтелдің сипатына қарай: аурудың басталуы кезінде жөтелдің құрғақ болуы, ал бірнеше күннен (4-5) кейін ылғалдыға айналуы.
- 3. Қақырық көбінесе шырышты сипатта болады.
- 4. Тыныс жетіспеушілігінің белгілері болмайды: ентікпе жоқ, қосымша бұлшық ет тыныс алуға қатыспайды, көгеру белгілері болмайды.
- 5. Аускультация кезінде қатаң тыныс естіледі. Сырылдары симметриялы болғанымен, жөтелген кезде өзгереді. Аурудың бастапқы кезінде құрғақ сырылдар болса, кейін ылғалды орташа және ірі көпіршікті сырылдар пайда болады.
- 6. Перкуссия кезінде өкпеде өзгерістер болмайды.
- 7. Гемограммадағы өзгерістер тұрақты емес, эритроциттердің тұну жылдамдылығы (ЭТЖ) жоғарылайды, лейкопения немесе аздап лейкоцитоз болады.
- 8. Кеуде клеткасының рентгенограммасында өкпелік суреттің күшеюі байқалады, өкпе түбірінің көлеңкесі кеңейген, айқын емес болады





# Салыстырмалы диагностика

- Салыстырмалы диагностика бірінші кезекте пневмониямен салыстырыла жүргізіледі (пневмония кезінде тыныс шуылдарының әлсіз болуы, перкуторлы дыбыстың қысқаруы, тұрақты ұсақ көпіршікті және сықырлы сырылдардың болуы). Барлық күмәнді жағдайлар кезінде міндетті түрде өкпенің рентгенографисы жасалуы қажет.



# Жедел жай бронхиттің емі.

- 1. Ауруханаға жатқызу міндетті емес.
- 2. 100 мл/кг көлемінде жылы сұйықтықты көп ішу (шай, морс, компот, газсыз минералды сулар).
- 3. Ем-дәм негізінде сүтті-өсімдіктес тағамдар тағайындалады, аллергияны туындататын өнімдер шектеледі
- 4. Жөтелге қарсы орталыққа әсер ететін дәрілер – тек мектеп жасындағы балаларға құрғақ күшті жөтел кезінде (амброксол, бронхосан, ацетилцистеин)
- 5. Муколитиктер. Ацетилцистеин (Флуимуцил) немесе амброксол гидрохлорид
- 6. Ысқыма (массаж), кеуде қуысының білтесі (дренажы), жөтелу рефлексін ынталандыру, тыныс алуға арналған гимнастика.
- 7. Азитромицин 5 мг/кг тәулігіне (1-күні 10 мг/кг) 5 күн бойы.
- 8. емдік денешынықтыру жатқан қалыпта орындалады, кеуде қуысының ысқымасы жүргізіледі, егерде қақырық болса вибрационды және перкуссиялық ысқыма қолданылады. Қосымша түрде тағайындалуы мүмкін дәрі-дәрмектер: жөтел ылғалды болғанда және қақырықтың шығуы қиындағанда, қақырыққа қарсы заттар қолданылады. Сондай-ақ жас мөлшеріне байланысты ингаляция түрінде флуимуцил, Амроксол гидрохлорид тағайындалады. Сонымен бірге қақырықты шығаруға әсер ететін өсімдіктес дәрі-дәрмектер (ипекакуан, алтей және т.б.) тәжірибеде кең түрде қолданылады.

# *Жедел обструктивті бронхит*

- клиникалық түрі айқын обструкциялық бронхиттің көрінісімен өтетін бронхиттің бір түрі. Жедел обструктивті бронхит ересектерге қарағанда балаларда кездесу жиілігі 20-25% құрайды.



# Этиологиясы

Жедел обструктивті бронхит әртүрлі генездегі респираторлы вирустар, микоплазмалар, хламидиялар әсерінен болады, алайда ерте жастағы балаларда бұл ауру көбінесе респираторлы-синцитиалды (РС) вирустардың, цитомегаловирустардың, 3-типтегі паратұмаудың вирустарының және аденовирустардың әсерінен болуы мүмкін.

Жедел обструктивті бронхитке әкеп соғатын факторлар:  
жүктілік кезінде анасының темекі тартуы (балада тыныс жолдарының өте тар болуына әкеледі), баланың «ластанған ауамен тыныс алуы», феталды алкогольдық синдром, сәбидің құрсақішілік дамуының кідіруі, конституциялық ауытқулар, яғни экссудативті-катаральды және лимфатико-гипопластикалық диатездер.

# Патогенезі

- Обструкция келесі механизмдерге, яғни бронхтардың бұлшық еттік қабырғасының тарылуына, шырышты қабаттың ісінуіне және шырыштың гиперсекрециясына байланысты.



# Клиникалық көрінісі.

- Науқастың дене қызуы жоғарылайды
- Жоғарғы тыныс жолдарында катаральды өзгерістер пайда болады.
- Науқастың тыныс алуы жиілеп, тыныс шығаруы ұзарады.
- Тыныс алуы шулы және ысқырықты болады, яғни бронх кеңістігінде секреттердің бөлінуі мен жиналуы және ендікпе мен қызбаның салдарынан секреттің жабысқақтық қасиеті өзгереді. Нәтижесінде ол «кеуіп» ызындаған және ысқырықты құрғақ сырылдардың пайда болуына алып келеді.
- Бронхтардың зақымдануы жайылған сипатта болады, яғни құрғақ ысқырықты сырылдар кеуде қуысының барлық жерінен бірдей естіледі. Сырылдарды алыстан естуге болады. Баланың жасы кіші болған сайын құрғақ және ылғалды орташа көпіршікті сырылдар естіледі .
- Науқастың ендікпесі күшейген сайын тыныс алуға қосымша бұлшық еттердің қатысуы айқын көрінеді, яғни қабырғааралық, эпигастри мен бұғанаүсті ойықтың төмен түсіп кетуі және мұрын қанаттарының кернелуі байқалады. Тері қабаттарының бозаруы, мұрын-ауыз үшбұрышында көгерудің болуы, мазасыздануы, қалыпты жағдайда қолын тіреп отыруы да спастикалық компонентті айқындайды.
- Баланың жасы кіші болған сайын тыныс алу жетіспеушілігі анық көрінеді . Физикалық тексеру кезінде қатаң тыныс пен құрғақ сырылдардан басқа өкпенің кернелуі (вздутие), сондай-ақ жүрек тұйықтығының салыстырмалы шекараларының тарылуы байқалады.
- Перкуторлы қораптық дыбыс естіледі. Тыныс алу кезінде бронхтардың ұсақ тармақтарының тарылуы нәтижесінде өкпенің кернеледі және ол қалдық көлемнің ұлғаюы мен вентиляциялық тыныс жетіспеушілігіне алып келеді.





# Жедел обструктивті бронхиттің диагностикалық белгілері:

- 1. Тыныс шығаруы ұзақ, ысқырықты әрі алыстан естіледі.
- 2. Кеуде қуысының кернелуі, (қабырғалардың көлденең орналасуы), тыныс алуға қосымша бұлшық еттік мускулатураның қатысуы, қабырғааралық ойықтың ішке енуі.
- 3. Тыныс жетіспеушілік белгілерінің айқын болмауы.
- 4. Құрғақ, ұстамалы түрдегі, ұзаққа созылатын жөтелдің болуы. Бірінші аптаның аяғында жөтел ылғалды болады.
- 5. Перкуторлы өкпеде қораптық дыбыс естіледі.
- 6. Аускультация кезінде тыныс шығарудың ұзаруы, ысқырықты құрғақ сырылдар көбірек естіледі.
- 7. Кеуде қуысының рентгенограммасында өкпелік суреттің күшеюі және өкпе түбірінің кеңеюі байқалады.
- 8. Қан анализінде лимфоцитоз бар екені көрінеді.

# Салыстырмалы диагностикасы

- Жедел обструктивті бронхит жұқпалы және аллергиялық генезбен салыстырмалы диагностика қойғанда біршама қиындықтар туады. Бөгде зат түскенде дені сау балада жөтел мен өкпедегі өзгерістер кенеттен пайда болады, бірақ вирустық инфекциялардың белгілері болмайды.
- Пневмония ма деп күдіктенген кезде тұрақты дене қызуының 3 күндей болуы, токсикоздың айқын белгілері, перкуторлы дыбыстың қысқаруы, өкпедегі сырылдар, өкпені тексеру кезіндегі рентгенологиялық мәліметтер басты назарда болады.



# Жедел обструктивті бронхиттің емі

- Тәртіп.
- Қызба кезінде 2-3 күн төсектік тәртіпті сақтау. Сүт тағамдары мен өсімдік тектес тағамдар тағайындалады. Аллергия туғызатын тағамдарды шектеу. Науқасқа дәрумендерге бай, жеңіл сіңірілетін тағамдар беру. Қызба кезінде мүжидектен (клюквадан) жасалған морс, бал қосылған сүт, минералды су сияқты сұйықтықтарды көп ішкізу.
- Жедел обструктивті бронхиттің орташа және ауыр түрінде науқасты ауруханаға жатқызу.
- Науқасты оттегімен тыныс алдыру. Балалардағы обструктивті бұзылыстар кезінде симпатомиметиктер (селективті адреномиметиктер), холинолитиктер (атровент) және комбинирленген препарат беродуал кең түрде қолданылады.
- Ауыр емес обструкция кезінде сальбутамол ішкізуге болады (1 мг 2-4 айлық жаста, 2 мг 2-4 жаста күніне 2-3 рет). Симпатомиметиктерді ингаляция түрінде қолдану дәрілік заттың қажеттілігін азайтады әрі жүйелі әсерін төмендетеді. Тиімді нәтижесі 10-15 минуттан соң байқалады.
- Эуфиллин ішке және көк тамырға кеңінен қолданылады. 2,4%-дық эуфиллинді көктамырға 0,2 мл/кг көлемінде әрбір 6 сағат сайын қолданады.
- Жөтелді басатын дәрілер қолдануға болмайды (кодеин, либексин, тусупрекс).
- Жедел обструктивті бронхиттің асқынбаған түрінде антибактериалдық ем қажет емес.
- Емдік денешынықтыру ретінде кеуде қуысына ысқымақ (массаж) жасалады (әсіресе дірілді). Фитотерапия. Шөп қайнатпалары беріледі





# Қорытынды

- Балалардағы тыныс алу жолдарының аурулары барлық аурулардың ішінде бірінші орынды алады. Балалар мен жасөспірімдер арасында тыныс алу жолдарының ауруларының кең таралуының үздіксіз өсуі байқалуда. Қазіргі уақытта жай бронхит пен обструктивті бронхиттер бір жасқа дейінгі сәбилер арасында жиі кездесуде. Ол балалардың анатомиялық- физиологиялық ерекшеліктеріне және жергілікті иммунитетіне байланысты болады. Жасының өсуіне қарай қабынулы аурулардың жиіленуіне әкелуі мүмкін.

# Пайдаланылған әдебиеттер

- 1. Б.Х.Хабижанов, С.Х.Хамзин. «Педиатрия»  
Алматы 2005 121-125 беттер.
- 2.