



СРС

Бронх демікпесі және балалардағы диспансерлік бақылау

Орындаған: Ашимов.А.

ОМ 502-02

Тексерген: .



Жоспар:

1.Кіріспе.

2.Негізгі бөлім.

- Анықтамасы және жіктелуі.
- Клиникалық белгілері.
- Диагностикалық шаралар.
- Емі.
- Диспансерлік бақылау.

3.Қорытынды.

Бронх демікпесі (БД) – басты патогенетикалық механизмі қабынумен негізделген бронхтардың гипербелсенділігі, ал клиникалық көрінісі - бронхтық спазм, гиперсекреция және бронхтың шырышты қабығының ісінуінен болған, тұншығу ұстамасы (экспираторлы сипаттағы) болатын бронх қабырғаларының созылмалы аллергиялық қабынуы.

Балалардағы БД - үнемі немесе жүйелі түрде пайда болатын жөтел мен көбінесі түнгі және таңертеңгілік уақыттағы ысқырық демді қиындаған тыныс алумен сипатталады.

Жіктемесі:

1. Ауырлығы бойынша: интермитирлейтін, жеңіл персистирлейтін, орта ауырлықты персистирлейтін, ауыр персистирлейтін;
2. Ағым фазасы бойынша: өршу, бәсеңдеген өршу, оңалу.

Хаттама коды: Р-Р-001 "Балалар демікпесі"

Педиатрия саладағы поликлиникалар үшін.

АХЖ-10 бойынша коды (кодтары):

J45.0 Аллергиялық компоненті басым демікпе.

J45.8 Аралас демікпе.

J45.9 Айқындалмаған демікпе.

J45 Демікпе.

J46 Демікпелік статус.

Қауіп-қатерлі факторлар:

1. Атопияға тұқым қуалайтын бейімділік.
2. Пассивті шылым тарту бала жастағы демікпенің ауырлығын күшейтеді.
3. Жасөспірім шақта шылым тарту персистирлейтін демікпе қаупін ұлғайтады.
4. Үй шаңының кенелері.
5. Жануарлар жүні.
6. Тозаң мен зеңді саңырауқұлақтар.
7. Дәрі-дәрмектер.

Шағымдар мен анамнез:

- жөтел, әсіресе түнде;
- қайталанбалы сырылдар;
- қайталанбалы қиындаған тыныс алу;
- қайталамалы кеуде клеткасының басылу сезімі;
- симптомдар түнде пайда болады немесе нашарлайды;
- симптомдар триггерлермен жанасу кезінде ауырлайды.

Аяқ астынан немесе бронходилататорлар мен қабынуға қарсы препараттарды қабылдағаннан кейін симптомдардың жоғалуы, бронх демікпесінің маңызды маркерлері болып табылады. Науқаста немесе оның туыстарында атопиялық аурулардың болуы.

Саты	Клиникалық белгілері
1 саты: Интермиттирлеуші БД	-симптомдары аптасына 1 реттен сирек пайда болады -өршуі қысқа -түнгі симптомдар айына 2 реттен жиі емес -ҮШҚ, немесе ТШШЖ $\geq 80\%$ белгіленген мөлшерінен -ҮШҚ, немесе ТШШЖ көрсеткіштерінің вариабелдігі $< 20\%$
2 саты: Жеңіл перситирлеуші БД	-симптомдар аптасына 1 рет пайда болады, бірақ сирек күніне 1 реттен -өршу физикалық белсенділікпен ұйқыға әсер етеді -түнгі симптомдар жиі айына 2 реттен -ҮШҚ, немесе ТШШЖ $\geq 80\%$ белгіленген мөлшерінен -ҮШҚ, немесе ТШШЖ көрсеткіштерінің вариабелдігі $> 20\%$, бірақ $< 30\%$
3 саты: Персистирлеуші БД орта дәрежелі ауырлықта	-симптомдар күнделікті пайда болады -өршу физикалық белсенділікпен ұйқыға әсер етеді -түнгі симптомдар аптасынан 1 реттен көп -қысқа уақытты ингаляциялық бета 2-адреностимуляторларды күнделікті қолдану -ҮШҚ, немесе ТШШЖ $> 60\%$, бірақ $< 80\%$ белгіленген мөлшерінен -ҮШҚ, немесе ТШШЖ көрсеткіштерінің вариабелдігі $> 30\%$
4 сатысы: ауыр персистирлеуші БД	-симптомдары күнделікті пайда болады -өршуі жиі -жиі түнгі симптомдар -физикалық белсенділіктің шектелуі -ҮШҚ, немесе ТШШЖ $< 60\%$, белгіленген мөлшерінен -ҮШҚ, немесе ТШШЖ көрсеткіштерінің вариабелдігі $> 30\%$

Негізгі диагностикалық шаралар тізімі:

1. Педиатрдың қабылдауы.
2. Жалпы қан анализі.
3. Пикфлоуметрия.
4. Сыртқы дем алу қызметін өлшеу.
5. Аллерголог консультациясы.

Қосымша диагностикалық шаралар тізімі:

1. Кеуде клеткасының рентгенографиясы.
2. Бронхоскопия.
3. Бронхография.
4. Кеуде клеткасы ағзаларының компьютерлік томографиясы.

Лабораторлық зерттеулер:

- аздаған эозинофилия, қанда тромбоцитопения;
- лейкопения болуы мүмкін;
- қақырық цитологиясы – аллергиялық қабынба: эозинофил, лейкоциттер, сілемей, флора деңгейінің артуы; Бронх демікпесі туындауында бактериалды сенсibiliзация мүмкіндігін ескеріп, бірқатар науқастарда антибиотиктерге сезімталдықты ескеріп, себептік маңызды агенттерді анықтау қажет – қақырықтың бак. себіндісі – бактериалды флора; қан сарысуындағы жалпы Ig E деңгейінің жоғарылауы.

Инструменталдық зерттеулер:

Ішкі тыныс алу функциясын зерттеу – спирометрия бронх демікпесі кезіндегі аса маңызды обструкция дәрежесін және обструкция қайтымдылығын анықтайды.

Пикфлоуметрия – тыныс шығарудың шыңдық жылдамдығының мониторингі, бронх демікпесінің жағдайы және ауырлық ағымының тұрақтылық көрсеткіші.





Емдеу тактикасы

Ем мақсаты:

1. Бронхиалды обструкцияны тоқтату;
2. Сәйкес базистік емді таңдау;
3. Өмір сүру сапасын төмендетуге, мүгедектікке әкелетін аурудың ауыр түлерінің алдын алуы;
4. Тұншығу ұстамаларын тоқтату;
5. Тыныс алу қызметін қалпына келтіру.

Дәрі-дәрмексіз ем:

- антигендік режим;
- гипоаллергендік диета;
- дренаждық функцияны жақсарту және бронх терегін санациялау үшін массаж және ЕДШ қолданылады.

Дәрі-дәрмектік ем

Жасы 1-4 жас

1- қадам. Жұмсақ интермиттирлейтін демікпе.

Қажеттілік туғанда ингаляциялық қысқа әсер ететін бета-2 - агонистері.

2- қадам. Жүйелі түрдегі превентивті ем.

Ингаляциялық стероидтарды енгізу 200-400 мкг/күніне BDP немесе BUD немесе 100-200 мкг/күніне FP – ауыр түрінде мейлінше жоғары дозаны қолдану керек немесе кромогликат* немесе недокромил немесе монтелукаст тамшы түрінде күніне 1 тамшыдан 2 рет, мүмкіндігінше кортикостероидтарды қолдану керек.

3- қадам. Қосымша ем.

2- 4 жасар балаларда монтелукастты қолданып көру қажет.

5-15 жас аралығында

1- қадам. Жеңіл, интермитирлейтін демікпе.

Ингаляциялық қысқа мерзімді әсер ететін бета-2 агонисттер* қажеттілік туғанда.

2-қадам. Жүйелі түрдегі превентивті ем.

Ингаляциялық стероидтарды қосу* 200-400 мкг/күніне BDP немесе BUD немесе 100-200 мкг/күніне FP – ауыр түрінде мейлінше жоғары дозаларды қолдану қажет (немесе кромогликат* немесе недокромил немесе монтелукаст, мүмкіндігінше, кортикостероидтарды қолдану керек).

3-қадам. Қосымша ем.

- ұзақ әсер ететін ингаляциялық бета-2 агонисттер;
- ұзақ әсер ететін ингаляциялық бета-2 агонисттердің жауабын бақылау;
- емге жақсы жауап болса – емді жалғастыру керек;
- ұзақ әсер ететін ингаляциялық бета-2 агонисттерді жоғары дозада қолдану нәтиже бергенмен де, күй-жағдай бақылау сәйкес болмаса, ингаляциялық кортикостероидтардың дозасын 400 мкг/күніне жоғарылатып, BDP немесе BUD немесе 200 мкг/күніне FP (егер бұл доза қолданылмаса);
- ұзақ әсер ететін ингаляциялық бета-2 агонисттермен емделу жауабы болмаса - ем жүргізуді тоқтату керек. Монтелукаст немесе SR теофиллин** капс. 100 мг қолданып көру қажет.

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. Буденосид 100 мг, аэрозоль.
- Ипратропия бромиді 21 мкг+фенотерол гидробромиді 50 мкг. - Сальметерол+флутиказон 25мкг/50 мкг120доза, 25/125 мкг/120 доза, 25/250 мкг/120 доза аэрозоль (ДАИ), 50мкг/100 мкг 60доза, 50/250 мкг 60 доза, 50/500 мкг 60 доза ұнтақтық ингалятор.

Қосымша дәрі-дәрмектер тізімі:

- Флютиказон аэрозоль 60 доза, 120 доза (немесе олардың комбинациясы: салметерол, флютиказона пропионат, 25/50 мкг; 25/250 мкг).
- Кларитромицин 500 мг, табл.
- Спирамицин 3 млн. ЕД, табл.
- Аминофиллин инъекция үшін ерітінді 2,4% в ампуле 5 мл, 10 мл.
- Салметерол ингаляций үшін аэрозоль 25 мкг/доза.
- Амоксициллин+клавулонды қышқыл табл, оның қабықшасын жабу 500 мг/125мг, 875 мг/125 мг.
- Азитромицин 500 мг, капсулы.

Ем тиімділігінің индикаторлары:

- бронх обструкциясы белгілерінің басылуы;
- тұншығу ұстамаларының болмауы;
- тыныс алу функцияларының қалпына келуі;
- клиникалық-лабораторлық ремиссияға қол жеткізу.

Профилактикалық шаралар:

Балаларда бронх демікпесі асқынуларының профилактикасы себептік маңызды аллергиямен қатынасты, аллергиялық емес триггерлерді жою негізінде құрылады, мүмкін болса толық элиминацияда:

- ☐ вирусты, бактериалды, саңырауқұлақты инфекциялар профилактикасы;
- ☐ мұздауды болдырмау;
- ☐ қосарланған ауруларды анықтау және санациялау;
- ☐ организмді шынықтыру;
- ☐ бақылау реттілігі ауру кезеңінің ауырлығына байланысты, ремиссия кезінде 6 айда бір рет, орташа ауырлықта 3 айда бір рет.

Бронх демікпесі - өршу және ремиссия кезеңдері кезектесетін созылмалы сырқат болғандықтан балалар үнемі медициналық бақылауды қажет етеді. Сонымен қатар медикаментозды терапия аурудың ауырлық дәрежесіне байланысты үнемі коррекциялануы керек.

□ Жеңіл және орта ауырлықты ағымында жалпы тәжірибелік дәрігер және пульмонолог бақылауында жылына 2-3 рет, ауыр ағымында – 1-2 айда 1 рет

□ аллерголог және психотерапевт консультациясы жылына 1 рет

□ созылмалы инфекция ошақтарын санациялау үшін жылына кем дегенде 1 рет отоларинголог және стоматолог бақылауы

□ бронхөкпе тінінде қабыну процессін анықтау үшін жылына 2 рет ЖҚА және қақырықты тапсыру

□ тыныс алу жүйесінің функциональды жағдайын бағалау үшін жылына 2 рет спирография жүргізілуі керек.



Қолданылған әдебиеттер:

1. Аурулардың диагностикасы және емдеу хаттамалары (Приказы №764 - 2007, №165 - 2012).

2. <http://kazmedic.kz/archives/3858>