

«Тыныс жүйесінің өмірге қауіпті зақымдануларын анықтау мен жедел көмек көрсетудің алгоритмі»

ішкі аурулар кафедрасы

м.ғ.к. Селгазина М.Б.

Тыныс жүйесінің жіті аурулары кезіндегі жалпы белгілер.

1. Кеудедегі ауырсыну:

- Себебі: париеталды және висцералды плевра жапырақшаларының тітіркенуі;
- Өкпе инфарктінде, экссудациялық плевритте, спонтанды пневмоторакста, жаңа түзілісте, жарақаттарда;

2. Жөтел:

- себебі: жұтқыншақ, көмей, бронх, кеңірдек шырышты қабаттарының тітіркенуі;
- Көкірек аралық ісіктерде, қолқа аневризмасында, сол жақ қарынша жетіспеушілігі, бронх демікпесінде.

(жалғасы)

3. Қақырықтың сипаты: мөлшері, консистенциясы, түсі, исі.

4. Қан қақыру:

- Өкпе инфарктында, өкпе ісінуінде, крупозды пневмонияда, ісіктерде, ірі бронхтар жаншылғанда, өкпе абсцесінде, бронхтарда бөгде зат болғанда, туберкулезде.
- Өкпеден тыс қан кетулердің бар-жоғын анықтау (асқазан, өңеш, ауыз қуысы).

(жалғасы)

5. Ентікпе:

- Спонтанды пневмоторакста, тыныс жолдарының бітелуі, өкпе артериясының эмболиясында, өкпе инфаркті және ісіктері кезінде, өкпелік қан кетулерде, бронхоспазмда.

Тыныс жүйесінің жіті аурулары кезіндегі физикалды белгілер.

1. **Науқасты қарау:** тыныс алудың сипаты және ентікпе, тыныс алу қозғалысының симметриялылығы, цианоздың болуы, кеуде клеткасы қозғалысының шектелуі, ісінулердің болуы;
2. **Пальпация:** егер экссудат және ауа болса - дауыс дірілі өткізілмейді; кеуде қуысын сипағанда қабырғалардың не төстің сыну белгілері анықталады;

3. Перкуссия: перкуссиялық дыбыстың түйықталуы - экссудат кезінде, ателектазда, өкпедегі массивті инфильтрациялық процестерде, ал бос қораптық дыбыс – пневмоторакс кезінде;

4. Аускультация: бағаналық не бөліктік бронхтардың өткізгіштігі бұзылғандағы ысқырықты сырылдар; плевраның үйкеліс шуы; бронх не өкпе қабынуы кезіндегі әртүрлі калибрлі ылғалды сырылдар; эмфизема, пневмоторакс, ателектаз кезіндегі әлсіз везикулярлы тыныс;

Жіті тыныстық жетіспеушілік

– бірнеше минут пен бірнеше күн арасында дамуы салдарынан гипоксемия және гиперкапния тудыра алатын қоршаған ауа мен қанайналымындағы газ алмасуының бұзылуы.

Жіті тыныстық жетіспеушіліктің асқынулары:

- Жіті дамыған **гипоксемия** маңызды ағзаларда бұзылыстардың тез дамуына әкеледі (алдымен ОЖЖ және жүректе)
- Жіті дамыған **гиперкапния** артериялық гипотензияны, жүректің электрлік тұрақсыздығын, ақыл-естің бұзылуынан **команы дамытады.**

Қоңырау шалған адамға берілетін кеңес

- ❖ Киім жағасын босатыңыз, жеңіл дем алуға көмектесіңіз.
- ❖ Өзіне ыңғайлы қалпында отыруға немесе тік отыруына мүрсат беріңіз.
- ❖ Медициналық персоналға науқас адамның қабылдап жүрген дәрілерін көрсетіңіз.
- ❖ Науқас адамды қараусыз қалтырмаңыз.

Дәрігерді шақыру кезіндегі шаралар

Диагностика

(міндетті түрде қойылатын сұрақтар)

- ❖ Ентігу қашан басталды? Динамикада қалай өзгереді?
- ❖ Стридорозды немесе ысқырықты сырылдар бар ма?
- ❖ Тыныш кезде ентігу бар ма?
- ❖ Кеудесінде ауырсыну бар ма?
- ❖ Жөтел бар ма немесе қақырық түсе ме? Қан түсе ме?
- ❖ Симптомдар пайда болғанға дейін науқас не істеді?
- ❖ Қазіргі уақытта қандай дәрілер қолданады?
- ❖ Инфекция белгілері бар ма?
- ❖ Темекі шеге ме?
- ❖ Науқас адамның психикалық жағдайы қандай?

Физикалды зерттеу және қарап тексеру

- **Жалпы жағдайы мен өмірлік маңызды функцияларын бағалау: есі, тынысы, қан айналымы.**
- **Визуалды бағалау: ортопноэ, цианоз, жарақаттар, көмейде стеноз бар ма (стридорозды тыныс, таңдай және тіл ісінулері); тыныс алу актінде көмекші бұлшықеттер қатыса ма, т.б.**
- **АҚ, ТАЖ, пульс, мойын веналарының толуын, температурасын бағалау.**
- **Жүрек пен өкпе аускультациясы: жіті тыныс жетіспеушілігі синдромын тудыратын патологиялық процесті анықтау үшін.**

Жіті тыныстық жетіспеушіліктің емі

- 1. Жіті тыныс жетіспеушілігі себептерін жою.**
- 2. Жалпы шаралар (науқастың күйі, тыныс жолдарының санациясы, вена тамырына еркін түсуді қамтама-сыз ету).**
- 3. Симптомды терапия (гипоксияны реттеу үшін O_2 ингаляциясы, ӨкпЖасЖелд).**
- 4. Қажеттілігіне сәйкес арнайы емдік бөлімге жатқызу.**

**Қан қақыру_– қанның қақырықпен
бөлінуі.**

Қан қақырудың жіктелуі

Қан жоғалту дәрежесі бойынша:

- **жеңіл** (болжамы жағымды):
қақырықта қан ұйындыларының
немесе қан қоюлануының болуы;
- **ауыр** (өмірге қауіпті):
көп мөлшерде қан жоғалту (қақырық-
та қан көп мөлшерде болуы, 24 сағатта
1000 мл).

Қоңырау шалған адамға кеңес

- Науқас адамға еркін тыныс алуға көмектесу (киімін шешу, тіс протездерін алып тастау).
- Науқас адамды шалқасынан жатқызу, басын жоғары көтеру.
- Көп мөлшерде қан жоғалтқанда немесе есінен танғанда – қырынан жатқызу.
- Науқас адамға тұрғызбау.
- Науқас адамды тыныштандыру.
- Науқас адамға тамақ не сұйықтық ішкізбеу.
- ЖМК дәрігеріне науқас адамның қабылдап жүрген дәрілерін көрсету.
- Науқас адамды жалғыз қараусыз қалтырмау.

Диагностика

(міндетті түрде қойылатын сұрақтар):

- Қан қақыру қашан басталды? Неше рет болды?
- Қақырықты сипаттау (қанның көлемі, ұйыған не өзгермеген алқызыл қан).
- Қандай жағдайларда қанқақыру пайда болды (тыныш кезде, физикалық жүктемеде, жөтел ұстамасында, кеуде қуысының жарақатынан кейін және басқа жағдайларда).
- Қақ қақыруы жөтелгенде ғана бола ма?
- Кеуде қуысында ауырсынуы бар ма? Бар болса сипаты қандай (төс артындағы ауырсынумен сипатталатын стенокардия түрінде немесе плевриттегідей - тыныс алғанда не жөтелгенде күшейе ме).

(жалғасы)

- Аурудың қандай жалпы белгілері бар (әлсіздік, тахикардия, ентігк, қызба және т.б.)?
- Өмірінде бірінші рет пе әлде қайталанған ба?
- Алдындағы эпизодтар немен шақырылды, неден басылды?
- Науқас адамда қандай аурулары бар (жүрек, өкпе, ісіктер, туберкулез және т.б.)?
- Кеуде ағзаларында жақын арада операциялар, биопсия, т.б. болған жоқ па?
- Науқас адам шылым шеге ме? Егер шексе, күніне неше темекі және қанша уақыт бойы?

Қарау және физикалды зерттеу

- Жалпы жағдайын және өмірлік маңызды функцияларын бағалау: есі, тыныс алуы және қанайналымы.
- Қан кету дәрежесін бағалау.
- Тері жабындылары мен көзге көрінетін шырышты қабаттарын, ауыз қуысы мен мұрын жұтқыншақты қарау.
- Қақырықтың сипатын бағалау.
- Пульсты зерттеу, ЖСЖ мен АҚҚ өлшеу.
- Жүрек пен өкпе аускультациясы.
- Физикалды тексеруде қан түкірудің мүмкін себептерін анықтайды, бірақ қалыптыдан кейбір ауытқулар анықталмауы да мүмкін.

Қан қакыруды емдеу

- Есінен танғанда, қанайналым мен/немесе тынысы тоқтағанда **жүрек-өкпелік реанимация** жүргізіледі.
- **Массивті қан кетуде (ауыр дәрежесі):**
 - ✓ Науқас адамның басын төмен түсіріп жатқызу;
 - ✓ Тыныс жолдарын тазалау;
 - ✓ Оттегінің жоғары жылдамдықпен берілуін қамтамасыз ету (6-10 л/мин);
 - ✓ Вена тамырына еркін түсуді қамтамасыз ету (мүмкіндігінше бірнешеу) және сұйықтықтар құю (1000-3000 мл клиникалық көріністеріне байланысты): натрий хлоридінің 0,9% ерітіндісі, декстрозаның 5% ерітіндісі;
 - ✓ Аминокапрон қышқылын венаға тамшылатып ету 5%-100 мл (5г), бірақ оның тиімділігі профузды қан кетуде әлсіз;

(жалғасы)

- ✓ Науқас адамды шұғыл түрде торақалды хирургия бөлімі бар стационарға жатқызылуын қамтамасыз ету.
- **Қан кетудің жеңіл дәрежесінде** симптомды терапия жүргізіледі.
- Гемодинамика мен қандағы оттегінің сатурация көрсеткіштерін бақылау, өмірлік функцияларды қалыпта ұстау (жалпы реанимациялық қағидаларға сәйкес).

Госпитализацияға қажеттілік көрсеткіштері

Массивті қан кету – науқас адамды шұғыл түрде торакалды хирургия бөлімі бар стационарға жатқызу және адамның аяғын жоғары көтерілген жағдайда жатқызып тасымалдау.

Қан кету кезінде себебін анықтау және/немесе ем тағайындау үшін барлық адамдар жатқызылады.

Ал, диагнозы анықталған (мысалы, бронх рагы, бронхэкстаз ауруы), қан кетуі тоқтаған және жағдайы тұрақты адамдар жатқызылмайды.

Жиі кездесетін қателіктер

Қан кетудің жеңіл дәрежесінде қан тоқтататын препараттарды қолданады.

Бронх демікпесі – негізіне бронхтардың сүлелі қабынуы және гиперреактивтілігі жататын, клиникасында бронхтардың обструкциясы (бітелуі) белгілерімен байқалатын, уақыт өте келе көрінісі өзгере алатын тыныс алу жолдарының ауруы.

Демікпелік статус – ағымы
ауыр және өмірге қауіпті
жағдай - демікпеге қарсы
әдеттегі дәрілік заттармен
(бронхолитиктер - эуфиллин)
басылмайтын, бірнеше сағатқа
созылған тұншығу ұстамасы.

Жіктелуі

Демікпелік жіті ұстама –

**жөтел мен ентігудің үдемелі күшею
көрінісі**

және

**осы симптомдардың ТШПЖ
(ПСВ) күрт төмендеуі кезіндегі
әртүрлі сипаттағы үйлесімділігі.**

(жалғасы)

**Бронхтық созылған обструкция –
клиникалық көрінісі бронх
обструкция синдромымен айқын
көрінетін ұзақ мерзімдегі
(күндер, апталар бойы)
тыныс алудың қиындауы,
осы кездері
демікпенің (тұншығу) әртүрлі
ауырлық дәрежесіндегі жіті
ұстамалары қайталануы мүмкін.**

(жалғасы)

Бронх демікпесінің асқыну дәрежесі бойынша:

- **жеңіл дәрежесі;**
- **орташа ауырлықта;**
- **ауыр дәрежесі;**
- **өмірге қауіпті (демікпелік статус).**

(жалғасы)

Бронх демікпесінің асқынулары:

Өкпелік:

- Пневмония;
- Ателектаз;
- Пневмоторакс;
- Пневмо-медиастинум.

Өкпеден тыс:

- Жіті өкпетекті жүрек;
- Жіті жүректік жетіспеушілігі;
- Жүрек аритмиясы.

Қоңырау шалған адамға берілетін кеңес

Жедел медициналық жәрдем бригадасы келгенге дейін келесі шараларды қолдану:

- Науқас адамның еркін тыныс алуына көмектесу, қысып тұрған жағасын шешу.
- Қалпы – басын жоғары көтеріп, мүмкіндігінше қолымен тіреліп отыру (тыныс алудың қосымша бұлшықеттерін қосу үшін).
- Науқасты тыныштандыруға тырысу.
- Суық тиюінің алдын алу.
- Егер ол жиі қолданбаса және ЖСЖ минутына 130 рет болса, ингаляциялық бронходилататорды науқас адамнан алып алу.
- Келген медициналық персоналға науқас адамның қабылдайтын дәрілерін көрсету.
- Тамақ ішкізбеу және сұйықтық бермеу.
- Науқас адамды жалғыз қараусыз қалдырмау.

Бронх демікпесін анықтау

Қажетті сұрақтар:

- Тұншығу ұстамасы қанша уақыт болып жатыр?
- Не себепті басталды?
- Науқас адамға демді ішке алған әлде демді шығарған қиын ба?
- Ұстама тәрізді жөтел, ысқырықты тыныс анықтала ма?
- Науқас қандай да болсын дәрілік заттар қолданды ма (егер бронходиллятатор қолданса, онда еңгізу формасын, мөлшерін, жиілігін және соңғы қабылдаған уақытын анықтау)?
- Олардың тиімділігі?

- Бұрын осындай ұстамалар болды ма?
- Осының алдындағы ұстама қашан болды? Немен қайтарылды?
- Анамнезінде бронх демікпесі анықталды ма?
- Науқас адам глюкокортикостероидтар қабылдай ма (ингаляциялық, жүйелі), қандай мөлшерде?

Физикалды зерттеу және қарап тексеру

- **Жалпы жағдайы** мен өмірге маңызды ағзалар функцияларын бағалау: есі, тыныс, қан айналымы.
- Науқас адамның **қалпын** бағалау: ортопноэ тән.
- **Көзбен қарау**: босқорапты кеуде; тыныс алу актісіне қосымша бұлшықеттердің қосылуы; дем шығару фазасының ұзаруы; цианоз; мойын көк тамырларының білеуленуі; гипергидроз (суық тер).
- **Тыныс жиілігін анықтау** (тахипноэ тән).
- **Пульсты зерттеу** (парадоксалды болуы мүмкін).
- **ЖСЖ санау** (тахикардия, ауыр жағдайларда брадикардия болуы да мүмкін).

(жалғасы)

- **АҚ өлшеу** (негізі артериялық гипертензия, ауыр жағдайда гипотензия болуы да мүмкін).
- **Өкпе перкуссиясы:** босқораптық дыбыс болады.
- **Өкпе аускультациясы:** қатқыл тыныс, әртүрлі тондағы құрғақ ысқырықты сырылдар, көбінесе дем шығарғанда; әртүрлі калибрлі ылғалды сырылдар естілуі мүмкін. Демікпелік статус кезінде - көбінесе өкпенің төменгі бөліктерінде тыныстың айқын әлсірегенін анықтайды, ал ауыр жағдайларда - бронх өткізгіштігінің және сырылдардың толығымен жоғалуы («мылқау өкпе»).

Бронх демікпесін емдеу

Емдеу тактикасы бронх демікпесі өршуінің айқындылығына сәйкес жүргізіледі. Сондықтан, диагнозда ауру ағымының ауырлық дәрежесі көрсетілуі тиіс.

Жедел емдеудің мақсаты – демікпе ұстамасын тоқтату.

- Мүмкіндігінше аллергендер мен триггерлермен қатынасты болдырмауға тырысады.
- Небулайзердің көмегімен ингаляциялық емді және дәрілердің инфузиялық түрлерін қолдану тиімді.
- Бронходилататорларды қолдану - егер ЖСЖ минутына <130 реттен аз болса ғана селективті қысқа әсер ететін β_2 -агонисттер қолданылады.

(жалғасы)

Демікпелік статус пен БД ауыр ұстамасы кезінде жүйелі глюкокортикоидтерді тез арада енгізу:

- Преднизолон венаға 90—150 мг (300 мг дейін). Өмірге қажеттілігі бойынша қарсы көрсеткіштері жоқ.**
- Будесонид 1000-2000 мкг 5-10 мин ішінде небулайзер арқылы. Глюкокортикоидтерді жүйелі қолдануға қосымша ретінде.**

(жалғасы)

Жағдайы нашарласа немесе тынысының тоқтау қауіпі болса:

- **Эпинефрин** 0,1%-0,3-0,5 мл б/етке немесе теріаасты, керегінше 3 ретке дейін 20 минут сайын қайталау.
- Демікпелік статус кезінде **оксигенотерапия** қажет (цианоз болса абайлап) 2-4 л/мин жылдамдықпен.
- **ЖСЖ, ТАЖ, АҚҚ** бақылау, демікпелік статус не ауыр ұстама кезінде жүрек жағынан асқынулар болуы мүмкіндігінен **ЭКГ. Реанимациялық шаралар мен Өкпені жасанды тыныстандыруға** дайын болу.

Ем тиімділігінің шарттары

- Ұстаманы тоқтатқаннан кейін **ТШПЖ (ПСВ) анықтау.**
- **Өткізілген емге жақсы жауап:**
 - ✓ Жағдайы тұрақты түрде қалыпты болады;
 - ✓ Ентігуі мен құрғақ сырылдары азаяды;
 - ✓ ПСВ 60 л/мин дейін жоғарылайды (балаларда бастапқыдан 12-15% жоғары).
- **Өткізілген емге толық емес жауап:**
 - ✓ Жағдайы тұрақсыз;
 - ✓ Симптомдары алғашқы дәрежедегідей айқын;

(жалғасы)

- ✓ Тыныстың нашар өткізгіштігі бар аймақтар сақталады;
- ✓ ТШПЖ (ПСВ) өсімі жоқ;
- **Өткізілген терапияға нашар жауап:**
- Симптомдар алғашқы дәрежедегідей немесе күшейген;
- ✓ ТШПЖ (ПСВ) одан сайын төмендеген.

**Жедел жәрдем көрсетілгеннен соң
міндетті түрде жатқызылуға
мынадай науқас адамдар алынады:**

- Ауыр ұстама немесе демікпелік статус болса;
- Асқынуларға күдік туғанда;
- Бронходилатациялық емге жақсы жауап болмағанда;
- Басталған ем нәтижесінде науқас адам жағдайы нашарласа;
- Жүйелі глюкокортикостероидтарды ұзақ қолдану немесе жуық арада тоқтатқан болса.

Оларға қоса стационарға келесі науқас адамдарды да жолдау керек:

- Соңғы 1 жыл ішінде қарқынды терапия бөліміне бірнеше рет жатқызылған адамдар;**
-
- Бронх демікпесінің емдік жоспарын қадағаламайтын адамдар;**
- Психикалық аурулары бар адамдар.**

Бронх демікпесінің жеңіл немесе орташа дәрежедегі ұстамасын басқан соң жағдайлары тұрақты науқас адамдар үйде қалдырылуы мүмкін.

Үйде қалдырылған науқастарға ұсыныстар:

- Себепші аллергендермен қатынасты үзу;
- Бейспецификалық тітіркендіргіштерді тоқтату немесе өте шектеу: темекі шегу, кәсіби зияндықтарды, поллютанттарды, өткір иістерді, т.б. керегінше психикалық және физикалық жүктемелерді азайту.
- β -адреноблокаторларды мүлдем қолданбау.
- Келесі тактиканы анықтау үшін (тексеру, бронх демікпесінің өршу кезіндегі емі, базисті терапия таңдау) амбулаторлы емдеуші дәрігер кеңесі (пульмонолог, аллерголог-иммунолог).
- Астма мектебінде оқу.

ЖМК сатысындағы бронх демікпесі мен демікпелік статус кезіндегі жедел жәрдем алгоритмі

Барлық жағдайда – 20 минуттан кейін бронходилататорларды қолдану нәтижесін бағалау. Емдік нәтиже қанағатсыз болса, бронхолитиктермен ингаляцияны қайталау.

- **Жеңіл дәрежедегі ұстама** - ересектер: **сальбутамол 2,5 мг (1 небул)** небулайзер арқылы **5-15 мин бойы**; **немесе фенотерол + ипратропия бромид 1 мл (20 тамшы)** небулайзер арқылы **10-15 мин бойы**.
- **Нәтижесі:** ұстамаларды тоқтату.

- Орташа ауырлықтағы ұстама** - ересектер: **сальбутамол** 2,5-5,0 мг (1-2 небул) небулайзер арқылы 5-15 мин бойы; **немесе фенотерол+ипратропия бромид** 1-3 мл (20-60 тамшы) небулайзер арқылы 10-15 мин + **преднизолон** 60-90 мг венаға **немесе будесонид** небулайзер арқылы 1000-2000 мкг 5-10 минут бойы.
- **Нәтижесі:** ұстамаларды тоқтату.

- Ауыр дәрежедегі ұстама** - ересектер: **фенотерол + ипратропия бромиді** сондай дозада (сальбутамол қолданылғанда ипратропия бромидін қолданылу) + **преднизолон** 90-150 мг венаға **немесе будесонид** 1000-2000 мкг небулайзер арқылы 5-10 минут бойы.
- **Нәтижесі:** стационарға госпитализация.

Пневмония

Пневмония дегеніміз өкпенің респираторлы бөлігінің ошақты зақымдануымен және альвеола ішілік экссудацияның міндетті түрде болуымен ерекшеленетін

этиологиясы, патогенезі және морфологиялық сипаттамасы әртүрлі болатын жіті ағымды инфекциялық (әсіресе бактериялық) аурулар тобы.

Пневмонияның жіктелуі

Дамыған шарттарына байланысты:

- Ауруханадан тыс (амбулаторлы);
- Нозокомиялық (госпиталды);
- Аспирациялық;
- Иммунитетінде ауыр дефектілері бар адамдарда (туа біткен иммунодефицит, ВИЧ-инфекциясы, ятрогенді иммуносупрессия).

ЖМК бригадасы келгенге дейін қоңырау соққан адамға нұсқау

- Науқас адамды ауыратын жағына немесе арқасына жатқызу;
- Науқас адамның қажетті көлемде су қабылдауын бақылау;
- Дене қызуы көтерілсе науқас адамға ыстығын түсіретін дәрілерді беруге болады (парацетамол);
- Науқас қабылдайтын дәрілерді ЖМК дәрігерлеріне көрсетіңіз;
- Науқасты жалғыз қараусыз қалдырмаңыз

Пневмонияны анықтау (қажетті сұрақтар)

- Ауру қашан басталды, қанша уақытқа созылды?
- Қашаннан бастап және қандай сандарға дейін дене қызуы көтерілді, қалтырау, қатты тершендік бар ма?
- Жөтел қашан пайда болды/күшейді ме, қақырық бар ма, сипаты қандай?
- Қақырықта қан болды ма, қанқақыру?
- Кеудесінде ауырсыну бар ма, ол тыныс алуға немесе жөтелге байланысты ма?
- Ентігу , тұншығу ұстамалары, кеудесінде «ысқыру» бар ма?
- Тыныс жүйесінен тыс симптомдары бар ма (диарея, жүрек айну, тәбеттің төмендеуі және т. б.)?

- Науқас адам антибактериялық емді қолданды ма, қанша мөлшерде, қанша уақыт бойы?
- Қосымша созылмалы аурулары бар ма (ӨСОА, бронх демікпесі, қант диабеті, деменция, иммуннодефицитті жағдай және т.б.)?
- Науқас адам ауруханада қаншалықты жиі емделді, қашан және қандай себеппен?
- Қандай дәрілерді науқас адам үнемі қабылдайды және осы аурудың симптомдарын төмендету үшін дәрілерді қолданды ма?
- Аллергияның бар-жоғын анықтаңыз (соның ішінде, дәрілік).

- **Эпидемиологиялық анамнезін жинау: науқас адам қаладан тыс жерлерге барды ма (ауылдар және т.б.), қайда? Басқа мемлекеттен келген адамдармен, респираторлы аурулардың симптомдары бар адамдармен қатынаста болды ма?**

Айналасында адамдардың арасында ұқсас аурулармен ауратындар ма?

Жануарлармен қатынасы бар ма, сонымен қоса кеміргіштермен, құстармен?

- **Науқас адамның жағымсыз әдеттері бар ма (темекі шегу, есірткілерді, алкогольді қолдану)?**

Қарау және физикалық зерттеу

- Жалпы жағдайы мен өмірге маңызды ағзалар функцияларын бағалау: есі, тынысы (тахипноэ), қанайналымы.
- Қарау арқылы мыналарды анықтауға болады:
 - ✓ тері жабындыларының бозғылттығын;
 - ✓ акроцианоз;
 - ✓ герпестік бөртпелерді;
 - ✓ зақымдалған кеуде қуысының тыныс алуға біркелкі емес қатысуын.
- пульсті санау, жүрек аускультациясы, ЖСЖ санау (тахикардия).
- АҚ өлшеу (артериялық гипотензия болуы мүмкін).

Пневмонияның емі

ЖМК мақсаты пневмонияның жедел симптом-дары мен асқынулары кезінде шұғыл көмек пен госпитализацияға көрсеткіштерді анықтау болып табылады.

- **Гипоксия кезінде мұрын катетері арқылы минутына 4-6 литр жылдамдықпен ылғалдандырылған оттегі ингаляциясын жасау керек.**
- **Дене қызуын төмендететін дәрілер дене қызуы 39°C және науқаста асқынулар мен қосалқы аурулар болмаған жағдайда берілуі қажет; егер қосалқы аурулары бар болса, онда дене қызуы 38°C болған жағдайда ғана қолдануға болады.**
- **Парацетамол (аздаған ауырсыну кезінде анальгетикалық белсенділік танытады).**

- **Плевралық ауырсыну кезінде наркотикалық анальгетиктер қолданылады:**

□ **Кеторолак бұлшық етке (1 мл); бұл дәрі дене қызуын төмендетуі де мүмкін. нефротоксикалық әсеріне байланысты кеторолак пен парацетамолды біріктіріп қолдануға болмайды.**

□ **Лорноксикам 8 мг-нан бір кесе сумен қосып ішіледі. Бұл дәрі де дене қызуын төмендете алады.**

- **Бронх обструкциясы болса (ысқырықты тыныс) бронходилататорлар қажет:**
- ✓ Сальбутамол ингаляция түрінде 1-2 доза (100-200 мкг) аэрозоль немесе небулайзер арқылы (2,5-5 мг). Айқын бронхообструкция кезінде глюкокортико-стероидтарды жүйелеп енгізу керек.
- Ауыр ағымды пневмония және артериялық гипотензия (АД<90/60 мм с/б) кезінде жоғалтқан сұйықтықты толтыру керек (дене қызуы 1°C жоғарылағанда ағзадағы сұйықтық тәулігіне 500 мл дейін азаяды).
- ✓ 0.9% натрий хлорид ерітіндісі – 400 мл венаға, жылдамдатып жіберу.
- ✓ 5% декстроза ерітіндісі – 400 мл в/і, жылдамдатып жіберу.

- **АҚ көлемін толтырғаннан кейін де артериялық гипотензия сақталса, онда систолалық АҚ 90 мм.с.б. жеткенше вазопрессорлы аминдер қолданылады:**
- ✓ **Допамин венаға 4-10 мкг жылдамдықпен тамшылатып /(кг-мин), бірақ 15-20 мкг/кг-мин жоғары емес (200 мг допаминді 400 мл 0,9% натрий хлорид ертіндісіне араластыру немесе 5% декстроза ертіндісіне және минутына 2-11 тамшыдан енгізу).**
- **Тыныс алу және жүрек қантамыр жүйесінің қызметін тұрақты бақылау (ЖСЖ және АҚ).**
- **Өкпенің жасанды вентиляциясын және реанимациялық шаралар жүргізуге дайын болу.**

Госпитализацияға қажеттілік көрсеткіштері

- Ауыр ағымды пневмония немесе асқынулардың дамуы интенсивті терапия бөліміне шұғыл жатқызуға қажеттілік көрсеткіші болып табылады, науқас адамды ауырған қырына жатқызып зеңбілде тасымалдау (ортостатикалық коллапс дамуының алдын алу).
- 60 жастан асқан және/немесе қауіп қатер факторы бар орташа ауырлықтағы пневмониямен ауыратын науқас адамдарды – пульмонология немесе терапиялық бөлімдерге жатқызады.
- Әлеуметтік көрсеткіштер: үй жағдайында адекватты күтім мен дәрігерлік нұсқауларды орындауға мүмкіндік болмағанда.

