



**Демікпелік жағдай: бронх демікпесінің
ұстамасы.**

**Ауруханаға дейінгі сатыда диагноз қою
және жедел жәрдем.**

**Ауруханаға дейінгі сатыда диагноз қоюдың
және жедел жәрдемнің алгоритмі**

М.ғ.к., ЖМЖБ кафедрасының
ассистенті

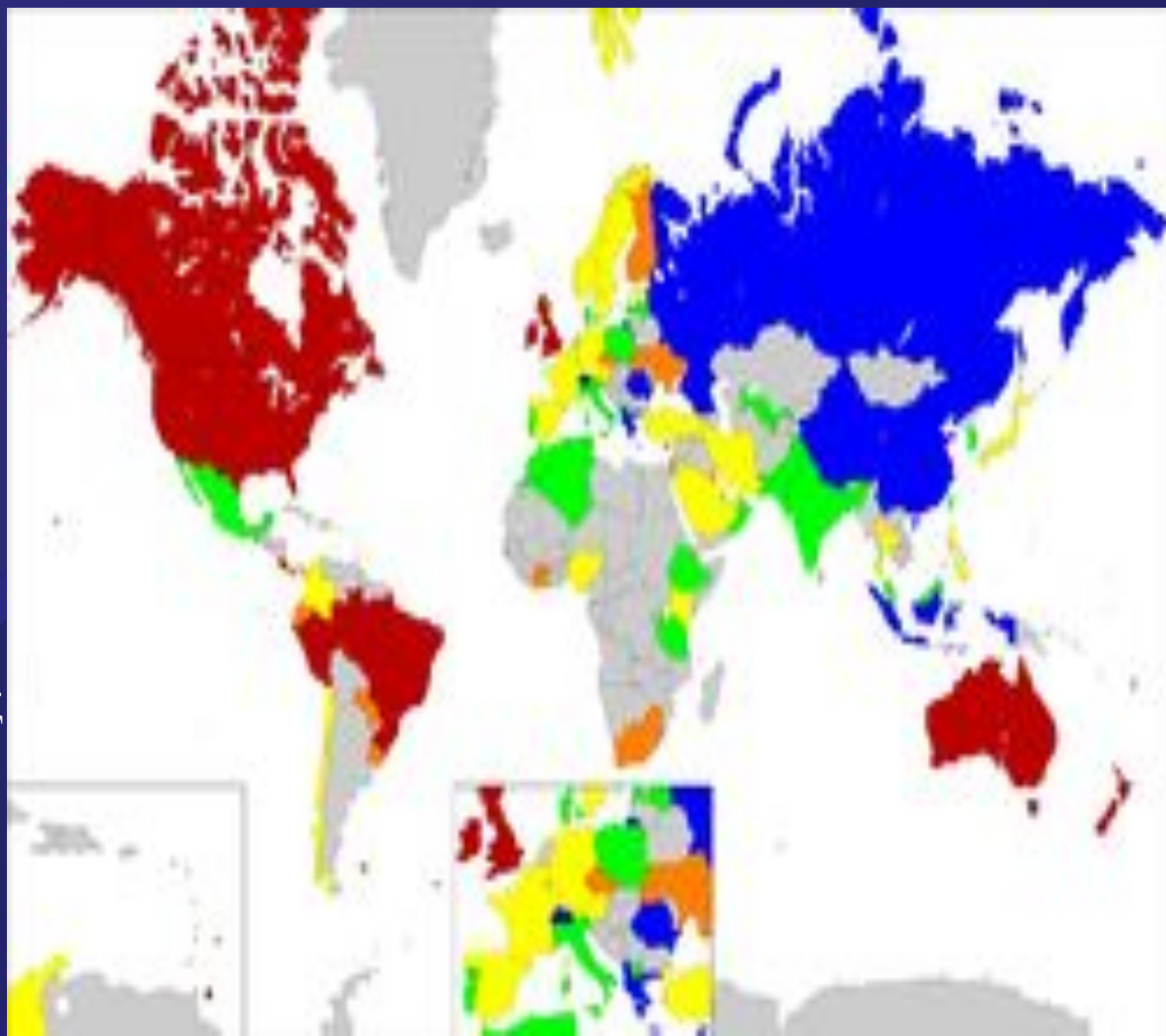
Зарубекова Назима Зарубековна

Маңыздылығы Актуальность

- Бронх демікпесімен ауырушылық дүние жүзі бойынша 4 –тен 10 % -ға дейінгі халықта таралған
- Қазақстанда бронх демікпесінің таралуы әр –түрлі мәліметтер бойынша 0,2-ден 8,1 %- ға дейін
- Балалар арасында бұл көрсеткіш шамамен 10 % құрайды

Бронх демікпесінің әлемде таралуы

- : >10,1
- : 7,6—10,0
- : 5,1—7,5
- : 2,5—5,0
- : 0—2,4
- : стандартты мәліметтер жоқ





Бронх демікпесі: маңызды ережелер

Бронх демікпесі – бұл тыныс жолдарының созылмалы қабынулық ауруы, оған көптеген жасушалар мен жасушалық элементтер қатысады..

Созылмалы қабыну бронх гиперреактивтілігінің дамуына алып келеді, ол қайталанбалы ысқырықты сырылдармен, ентігумен, кеуде клеткасында қысылу сезімімен, әсіресе түнде немесе таңертең болатын жөтелмен сипатталады. Бұл ұстама бронх обструкциясының айқындығына байланысты өзгеріп тұрады, жиі спонтанды немесе емдеу әсерінен қайтады. Негізгі патогенетикалық механизм бронхтар гиперреактивтілігінде, шырыштардың гиперсекрециясы және бронх шырышты қабатының ісінуімен жүреді.

Қабынулық ауру ретінде БД деген көзқарас диагноз қоюға, алдын-алуға және емдеуге әсер етеді.

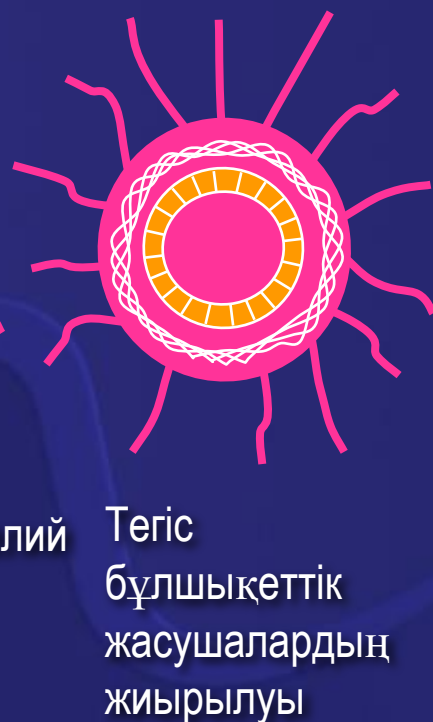
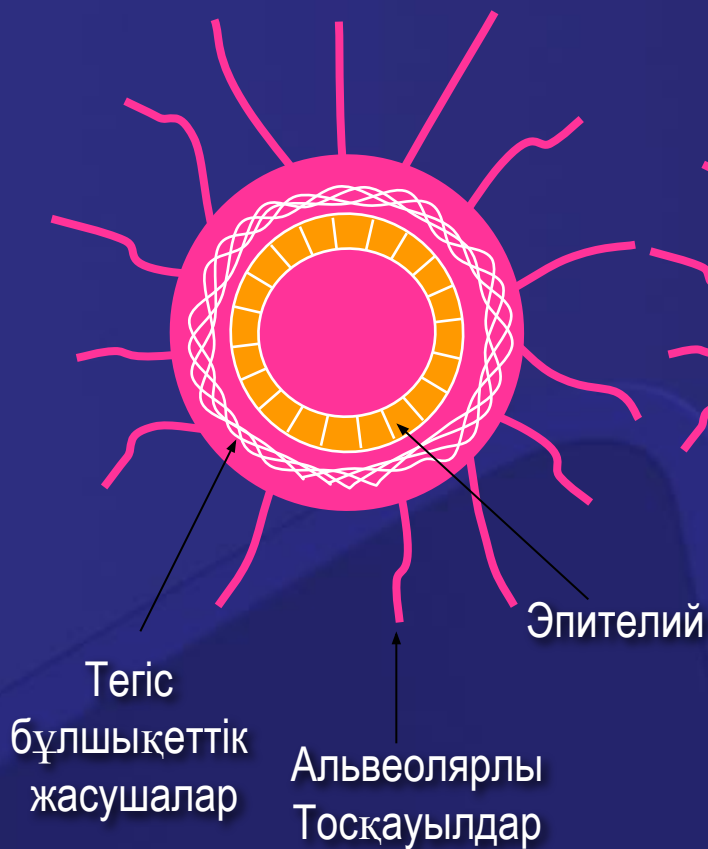
Бронх демікпесі

- Бронхтың шырышты қабатының ісінуі және шырыштың гиперсекрециясы, бронхтар спазмы салдарынан дамидын тұншығу немесе тыныс алудың қиындауы ұстамаларының кезеңділікпен дамуымен сипатталатын ауру
- Тұншығу ұстамасын негізге ала отырып дәрігер “бронх демікпесі” деген диагнозды анықтайды.

Бронхтың қалыпты саңылауы

Бронхоспазм

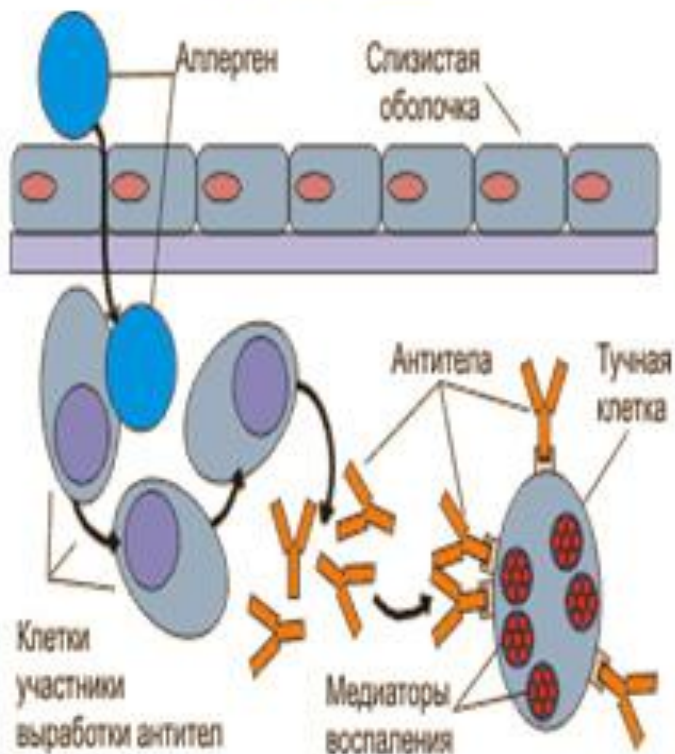
Бронх демікпесі



Біріншілік иммундық жауап

Механизмы аллергии (неиммунный генез)

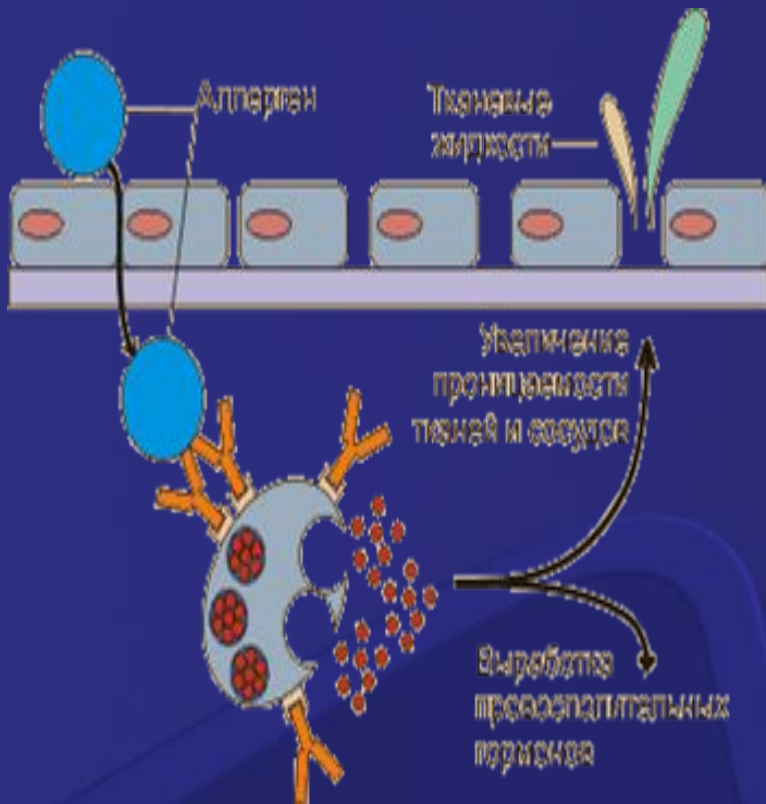
Острая фаза.



Иммунологиялық механизмге жылдам дамиды және жай дамиды түрдегі аса жоғары сезімталдықтың аллергиялық реакциясының дамуы жатады.

Аллергиялық қабынудың иммунологиялық негізі болып CD4+T-лимфоциттердің субпопуляция Th2-жасушалардың бөлігіне қарай поляризациясы

Екіншілік иммунологиялық жауап



- Th2-клеткалар аллергиялық стимулдардың әсерінен интерлейкиндер (IL) - IL3, IL4, IL5, IL6, IL10 өндіреді, олардың жалпы әсері IgE-антиденелердің көп өндірілуімен көрінеді.
- кейін осы цитокиндердің әсерінен IgE-антидене тыныс жолдарына, мез жасушаларына, базофилдерге және эозинофилдерге жабысып алады.

ІШКІ ФАКТОРЛАР

- Генетикалық бейімділік
- Атопия
- Тыныс жолдарының гиперреактивтілігі
- Жынысы
- Ұлттық/нәсілдік салты

СЫРТҚЫ ФАКТОРЛАР

- Үйдегі аллергиялар
 - Үйдегі шаң
 - Жануарлардың аллергиялары
 - Таракандардың аллергиясы
 - Саңырауқұлақтары
 - Сыртқы аллергиялар
 - Пыльца
 - Пассивті темекі шегу
 - Активті темекі шегу
 - Ауадағы поллютанттар
 - Сыртқы поллютанттар
 - Мекемелердің поллютанттары
- Респираторлы инфекциялар
 - Гигиеналық гипотеза
 - Паразитарлы инфекции
 - Әлеуметтік-экономикалық жағдайы
 - Жанұя құрамының саны
 - Емдәм және дәрілер
 - Семіздік

БД қозуын алып келетін және симптомдарының сақталуына себепші болатын факторлар

- **Үйдегі және сыртқы аллергиялар**
- **Мекмелердің поллютанттары және сыртқы ауадағы поллютанттар**
- **Респираторлы инфекциялар**
- **Физикалық жүктеме және гипервентиляция**
- **Ауа райының бұзылысы**
- **Күкірт тотығы**
- **Тағамдар, тағамдық қоспалар, дәрілік заттар**
- **Шектен тыс эмоциональді жүктемелер**
- **Темекі тарту (активті және пассивті)**
- **Ирританты (үйдегі аэрозолдер, бояулардың иісі)**

Шифр МКБ-10:

J45 - Демікпе.

J45.0 – Аллергиялық компоненті бар демікпе

J45.1 –Аллергиялық емес демікпе

J45.8 – Аралас демікпе

J45.9 – Нақты қойылмаған демікпе

J46 - Демікпелік статус

Жіктелуі

Түрі:

- атопиялық
- инфекциянды-аллергиялық
- аралас

Ауру ағымы:

- Интерметтирленген (эпизодты)
- Персистирленген (үнемі)

ЖІКТЕЛУІ

Ауырлық сатылары:

1 саты – интерметирленген БД

2 саты – жеңіл персистирленген БД

3 саты – орташа ауырлықты персистирленген БД

4 саты – ауыр персистирленген БД

Аура кезеңі:

- өршуі
- ремиссия

ЖІКТЕЛУІ

Бақылану деңгейіне байланысты:

- бақыланатын
- жартылай бақыланатын
- бақыланбайтын

Арудың асқынуы:

- өкпелік жүрек
- созылмалы өкпе эмфиземасы
- пневмосклероз;
- өкпенің сегментарлы немесе полисегментарлы ателектазы
- эмфизема
- спонтанды пневмоторакс
- демікпелік статус
- неврологиялық асқынулар

Бронх демікпесі бақылануының критерилері GINA 2006



Сипаттамасы	Бақыланатын БД (аталғанның барлығы)	Жартылай бақыланатын БД (<i>1 аптада кез келген бір көрінісінің болуы</i>)	Бақыланбайтын БД
Күндізгі симптомдары	Жоқ (аптасына ≤ 2 эпизод)	Аптасына > 2 эпизодтан аз	Кез келген аптада жартылай бақыланатын БД 3 немесе одан да көп көріністерінің болуы
Белсенеділіктің шектелуі	Жоқ	Бар - кез келген айқындықта	
Түнгі симптомдар/ БД салдарынан оянып кету	Жоқ	Бар	
«Жедел жәрдем» дәрілерін қажет ету	Жоқ (аптасына ≤ 2 эпизод)	аптасына > 2 эпизод	
Өкпе қызметі (ДШШЖ (ПСВ) немесе ФДШК (ОФВ ₁))*	Қалыпты	жақсы көрсеткіштен немесе болу керек $< 80\%$	
Өршу	Жоқ	Соңғы бір жылда ≥ 1 рет**	

немесе...

... ауру өршіген кез - келген апта ***

Тек қана *5 жастан кіші балаларда

**Әрбір өршуі емнің тиімділігін қайта қарастыруды қажет етеді

*** Анықтама бойынша өршу болған апта – бұл апта бақыланбайтын БД

Диагностикасы

1. Клиникалық диагностикасы (тұншығу ұстамасы)
2. Лабораторлы диагностика (ЖҚА және мұрын бөлінісінен эозинофилия, скарификациялық сынама, Ig E, арнайы IgE, иммунограмма)
3. Сыртқы тыныс қызметін бағалау (спирограмма – ФТШК(ОФВ1), ТШШЖ (ПСВ)
4. Пикфлоуметрия

Демікпе – диагностикалық критерилері

- Өкпедегі ысқырықты сырылдар және/немесе
- Ентігу, әсіресе түнде/таң атып қалғанда немесе
- Ұстама тәрізді қақырық аз бөлінетін жөтелмен және төмендегі кез-келген симптомдармен бірге:
 - ✓ Бронх обструкциясының қайтымдылығы (ДШШЖ ≥ 60 л/мин немесе бронхолитикпен (ОФВ₁) ФТШК $\geq 15\%$ немесе
 - ✓ ТШШЖ (ПСВ)
 - ✓ күнделікті мониторингте ($> 15\%$)
- Суық ауамен демалғанда, физикалық жүктемені орындағанда, шаң-тозаңдардың, аллергиялық әсерлер және т.б. мен респираторлы симптомдар арасындағы байланыс.

Демікпе диагностикасы. Спирометрия.



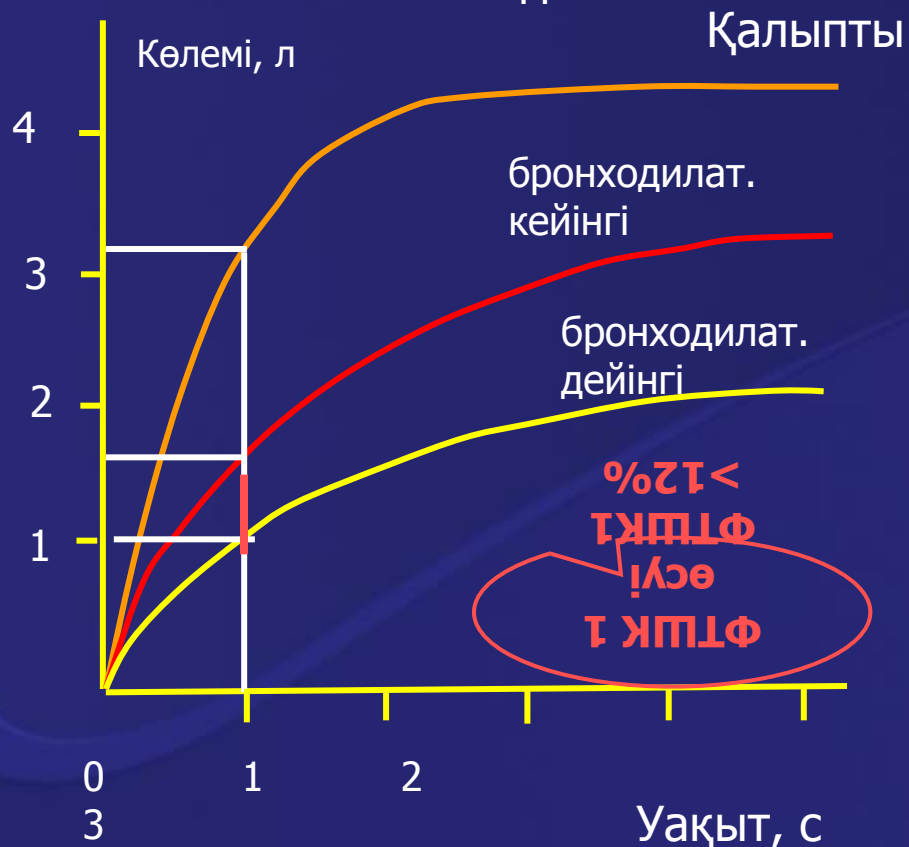
БД диагнозы болуы

мүмкін, егер:

ФТШК (ОФВ1) қалыпты көрсеткіштен* <80% сонымен қатар

- Қысқа уақыт әсер ететін бронходилататор (β_2 -агонист сальбутамол 400 мкг) ингаляция жасағаннан кейін ФТШК1 өсуі **12%** және бастапқы көрсеткіште жоғары өседі, мұндай ФТШК 1 көтерілуі **бронх обструкциясының қайтымдылығын көрсетеді.**

бронходилататормен ингаляция жасағаннан кейінгі және жасағанға дейінгі ФТШК 1



*должные значения ОФВ1 и других показателей функции легких зависят от пола, возраста и роста (см. специальные таблицы)

Демікпе диагностикасы. Пикфлуометрия

- Тыныс шығарудың шыңдық көлемі (Пиковая объемная скорость выдоха (PEF, ПСВ- л/мин)) 1 секундта форсирленген тыныс шығару көлемімен корреляцияланады (FEV1, л/сек)
- Қалыпты жағдайда PEF тәуліктік ауытқуы 20%



Бронх демікпесі ұстамасының ауырлығын бағалау критерииі

Белгілері Признаки	Жеңіл	Орташа ауырлықта	Ауыр	Status asthmaticus
Физикалық белсенділігі	Сақталған	Шектелген	Кенет төмендеген, мәжбүрлік жағдай	Кенет төмендеген немесе болмайды
Разговорная речь	Сохранена	Ограничена, произносит отдельные фразы	Речь затруднена	Отсутствует
Естің жағдайы	Өзгермеген, кейде қозғыштық	Қозғыштық	Қозғыштық, үрей, “тыныстық дүрбелең” (дыхательная паника)	Есінен адасқан, коматоздық жағдай
Тыныс жиілігі*	Қалыпты немесе қалыптыдан 30%-ға дейін жиілеген.	Айқын экспираторлы еңтігу қалыптыдан 30-50%-ға дейін жиілеген.	Кенет айқын экспираторлы еңтігу қалыптыдан 50%-ға дейін.	Тахипноэ немесе брадипноэ
Қосымша бұлшық еттердің қатысуы, мойындырық шұңқырының тартылуы	Айқындығы аздаған	Айқын	Кенет айқын	Парадоксальді торако-абдоминальді тыныс
Ысқырықты тыныс	Тыныс шығарудың аяғында байқалады	Айқын	Кенет айқын	“Мылқау өкпе” тыныс шуының болмауы
ТШШК (ПСВ%) қалыпты немесе науқастағы ең жақсы көрсеткіші **	70-90%	50-70%	50% аз	
Пульс жиілігі*	Жиілеген	Жиілеген	Тез жиілеген	Брадикардия
ФТШК ₁ , (ОФВ ₁ , ТШШК ПСВ*) қалыптыдан % немесе науқастағы ең жақсы	80% артық	60-80%	60% аз	

Салыстырмалы диагноз

Белгілері	БД	СОБ
Аллергия	Тән	Тән емес
Жөтел	Ұстама тәрізді	Үнемі, үдемелілігі әртүрлі
Ентігу	Экспираторлы ентігу ұстамасы	Үнемі, айқындылық Постоянная, без резких колебаний выраженности
ФТШК 1(ОФВ1) тәуліктік өзгерісі	қалыптыдан 15% артық	Қалыптыдан 10% аз
Бронх обструкциясы	Қайтымдылық тән, өкпе қызметінің үдемлеі түрде нашарлауы жоқ	Қайтымдылық тән емес, өкпе қызметінің үдемелі түрде нашарлауы тән
Қандағы, қақырықтағы эозинофилия	Тән	Тән емес

Бронх демікпесі (БД) және өкпенің созылмалы обструктивті ауруы (ӨСОА)

- Демікпе – тыныс жолдарының созылмалы қабыну ауруы, оған мезгіл кезінде эозинофилдер, Т лимфоциттер қатысады. Бұл қабыну қайталанбалы ысқырықты сырылдармен, елтігумен, кеуде клеткасында қысылу сезімімен, түнде немесе таңертең болатын жөтелмен сипатталады. Ол жайылмалы жартылай қайтамды обструкциямен жүреді.

- ӨСОА – қайтамсыз ауа ағымының шектелуімен сипатталатын ауру, толассыз үдемелі сипатта болады және өкпе тінінің әртүрлі патогенді бөлшектермен және газдардан тітіркенуіне байланысты патологиялық қабыну реакциясымен шақырылады.

БД мен ӨСОА арасындағы айырмашылықтар

Көріністері	Демікпе	ӨС ХОБЛ
Арудың басталуы жас кезде	Жиі	Ешқашанда
Пурудың кенеттен басталуы	Жиі	Сирек
Анамнезінде темекі шегуі	Сирек	Үнемі
Аллергия	Жиі	Сирек
Ұстама тәрізді жөтел	Жиі	Кейде
Продуктивті жөтел	Сирек	Үнемі
Бронх обструкциясының вариабелдігі	Үнемі	Сирек
Бронх обструкциясының қайтымдылығы	Үнемі	Сирек
Гиперреактивность	Үнемі	Сирек

Бронх демікпесін емдеуге арналған дәрілік заттар

Жедел медициналық жәрдем көрсетуге

- Қысқа уақыт әсер ететін бета2-агонистер
- Антихолинергиялық заттар
- Теофиллиндер

Жоспарлы түрде емдеуге (базистік ем)

- ИГКС – ингаляциялық кортикостероидтер, ГКС-пероральді глюкокортикостероидтар
- Ұзақ уақыт әсер ететін бета2-агонистер
- Мес клеткаларын тұрақтандырғыштар

Бронх демікпесі ұстамасын емдегенде дәрігер бірнеше жалпы принциптерді ұстанады:

- Науқасты қарап тексергенде ұстаманың ауырлық дәрежесін, ТШШК (пикфлоуметр болған жағдайда) бағалауы қажет
- Мүмкіндік болса себепші-маңызды аллергендер немесе триггерлермен байланысты шектеу керек.
- Анамнезы бойынша бұрын алған емін сұрау: По данным анамнеза уточнить ранее проводимое лечение: бронхоспазмолитикалық заттар, қабылдау жолдарын, мөлшерін және қабылдау ұзақтығын; соңғы қабылдаған уақытын; жүйелі глюкокортикостероидтарды қабылдайтынне қабылдамайтынын анықтау
- Асқынуларын анықтау (пневмонияны, ателектазды, пневмоторакс және т.б.)
- Ұстаманың ауырлық дәрежесіне байланысты жедел жәрдем көрстеу
- Емнің тиімділігін бағалау (ентігу, ЖЖЖ, АҚҚ, ТШШК > 15% өсуін)

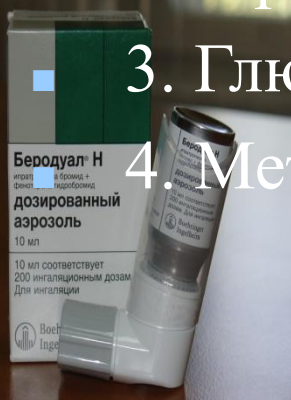
Дәріні таңдау, мөлшері және енгізу жолдары

БД өршуі кезінде жедел ем көрсетудің жаңаша көзқарасы бойынша тек келесі дәрілік топтарды қолдануға болады:

- 1. қысқаша уақыт әсері ететін селективті бета-2-агонистердің адренорецепторлары (сальбутамол, фенотерол)
- 2. Холинолитикалық заттар (ипратропиум бромид); олардың қосарланған дәрісі беродуал (фенотерол + ипратропиум бромид)

■ 3. Глюкокортикоидтар

■ 4. Метилксантиндер



*Небулайзер – бұл
сұйық заттарды
аэрозольге
айналдыруға
арналған құрылғы*



Бронх демікпесінің ұстамасы кезіндегі жедел жәрдем

БД жеңіл және орташа ауырлықтағы ұстамалар кезінде :

- Бета-2-агонистер (беротек, сальбутамол), М-холинолитиктер (атровент) немесе қосарланған дәрілер (беродуал) мөлшерлеп беретін аэрозольді ингалятор көмегімен немесе небулайзер арқылы.
- Мөлшерлеп беретін аэрозольді ингалятор немесе небулайзер болмаған жағдайда 2,4% эуфиллин ерітіндісін 10,0 (балаларға 1,0 мл\жасына сәйкес есебімен) натрия хлоридтің изотоникалық ерітіндісіне араластырып береміз, көктамырға баяу

Бронх демікпесінің ұстамасы кезіндегі жедел жәрдем

БД ауыр ұстамасы кезінде :

- БД жеңіл және орташа ауырлықтағы ұстамасын емдеген сияқты
- Преднизолон 60-90 мг (балаларға 2-3 мг\кг салмағына) к/т немесе б/е
- Оксигенотерапия маска арқылы немесе мұрындық катетер арқылы
- Глюкозо-тұздық ерітінділермен инфузионды ем
- Жедел ауруханаға жатқызу



АУРУХАНАҒА ЖАТҚЫЗУҒА КӨРСТЕКІШТЕР

- БД ауыр өршуі
- демікпелік статус
- жүйелі глюкокортикостероидтарды ұзақ уақыт қолдану немесе оны қабылдауды тоқтатқанына көп уақыт болмаған жағдайда
- Соңғы жылда бірнеше рет қарқынды емдеу бөлімшесінде жатқан науқастар
- БД емдеу жоспарын ұстамаған науқастар

Бронх демікпесін емдеуде **ҚОЛДАНУҒА БОЛМАЙТЫН ДӘРІЛІК** **ЗАТТАР** :

Психотропты дәрілер	Орталық миорелаксациялық әсері болғандықтан тыныс орталығын тежейді
Наркотикалық анальгетиктер	Тыныс орталығын тежейді
1 сатыдағы антигистаминдік заттар	Қақырықтың тұтқырлығын жоғарылату арқылы бронхобструкциясын күшейтеді, гистаминге қарағанда димедролдың H1-гистаминдік рецепторларға ұқсастығы өте төмен, рецепторлармен байланысқаннан кейін гистамин бөлініп шықпайды, оның тек қана алдын-алу әсері болады, гистамин бронх демікпесі ұстамасының патогенезінде үлкен роль атқармайды.
Көп мөлшерде гидратация	Тиімділігі дәлелденбеген, тек қана терлеу арқылы және эуфиллиннен кейін диурездің жоғарылауына байланысты жоғалған сұйықтықтың орнын толтыру мақсатында адекватты регидратация көрсетілген
Стероидты емес қабынуға	“аспириндік ” демікпе кезінде қарсы көрсеткіш

Назарларыңызға рахмет!

