

**Қазақстан Республикасының Денсаулық Сақтау
Министрлігі
Семей Мемлекеттік Медицина Университеті**

СӨЖ

Тақырып : Балалар пульмонологиясындағы жедел жағдайлар: жедел тыныс жетіспеушілігі,ларингоспазм, бронхоспазм, өкпелік қан кету ,астматикалық статус. Клиника,диагностика алгоритмі.Жедел көмек көрсету принциптері.

Орындаған : Рустемов Т
Қасенқызы А
Туражанова С

526 -топ

Тексерген : Аукенова М.К.

Жоспар :

□ Кіріспе бөлім

□ Негізгі бөлім

- Жедел тыныс жетіспеушілігі

- Ларингоспазм

- Бронхоспазм

- Өкпеден қан кету

- Бронх демікпесі

- Астматикалық статус

□ Қорытынды

□ Қолданылған әдебиеттер

**Жіті тыныс
жетіспеушілігі-қанның
қажетті газдық құрамы
қамтамасыз етілмейтін
немесе сыртқы
тыныстың
компенсаторлық
мүмкіндігі нәтижесінде
ұсталып тұратын
патологиялық жағдай**



Этиологиясы

1. Тыныс жолдарының обструкциясы. Жоғарғы тыныс жолдары арқылы ауа өтуінің бұзылысы –мұрын жұтқыншақта секреттің жиналуы, аденоидтің өсуі және оның ісінуі, тілдің және тыныс жолдарының ісінуі. Төменгі тыныс жолдарының обструкциясы- стенозирлеуші ларингит, трахеобронхит, бронхит, бронхиолит, пневмония-шырышты қабаттың ісінуі, шырыш гиперсекрециясы және бронхоспазм нәтижесінде пайда болады. Тыныс жолдары мұрын-жұтқыншақ секретімен, тағаммен, бөгде затпен аспирация, тыныс жолдарының ісікпен басылуы.

2. Өкпе вентиляциясының бұзылысы-ОЖЖ нің тыныс орталығымен зақымдалуына байланысты тыныс амплитудасы мен жиілігі бұзылысы нәтижесінде пайда болатын тыныс жетіспеушілігі. Ол полиомиелит, жұлын травмасында, энцефалит, менингит, босану травмасы, жаңа туған нәретелерде асфиксия сонымен тыныс бұлшықеттерінің функциясының бұзылысы кезінде болады.

3. Вентиляционды-диффузионды бұзылыс. Бұл тыныс жетіспеушілігінің формасы өкпелік вентиляция мен газдар диффузиясы арасындағы қатынас бұзылғанда пайда болады және өкпе тінінің таралған қабыну ауруларында пайда болады.

Патогенетикалық тұрғыда ЖТЖ дамуы альвеолярлы вентиляцияның, альвеолалық мембрана арқылы газ диффузиясы мен тіндерде оттегі утилизациясының бұзылыстарына байланысты. Нәтижесінде тынысты реттеу мен тыныс жолдарынан ауа өтуінің бұзылуына байланысты, өкпенің желденуі төмендеп, ағзада көмір қышқыл газы жиналып қалады. Кіші қанайналым шеңберіндегі бұзылыстар альвеола- капиллярлы мембрана арқылы диффузияны және өкпеішілік қанның айналуын төмендетеді, ол бірінші кезекте оттегі жетіспеушілігімен ілеседі, өйткені оттегінің диффузиялық қабілеті көміртегіне қарағанда жиырма есе кем

Жіктелуі

Пайда болу механизміне

Гипоксемиялық
Гиперкапниялық

Даму жылдамдығына

Жедел
Созылмалы

Дәрежесіне
байланысты

I дәреже
II дәреже
III дәреже

Классификация дыхательной недостаточности по степени тяжести:

Степень	P_{aO_2} , мм.рт.ст.	SaO_2 , %
норма	> 80	> 95
1	60-79	90-94
2	40-59	75-89
3	< 40	< 75

Клиникалық көріністері	Рестриктивті ТЖ	Обструктивті ТЖ
ентігу	Инспираторлы	Экспираторлы, жиі жөтел ұстамаларынан кейін өзгереді
цианоз	Орталық	Орталық , аз өнімді жөтел ұстамаларында күшеюі мүмкін
жөтел	Болмауы мүмкін	Азөнімді немесе қақырықпен
аускультация	Өзгерістер типтік емес	Құрғақ сырылдар, форсирленген жөтел кезінде пайда болады немесе күшейеді
Спирография мәліметтері	ӨТС және ӨМВ төмендеген, басында ФӨТС1с аз өзгерген	ӨМВ және ФӨТС1с айқын төмендеген

Шағымдары :

Ентігу
Бас ауыруы
ұйқысыздық
Ес бұзылыстары
Жүрек айну

Объективті :

Дененің мәжбүрлі қалпы
Тынысқа қосымша
бұлшықеттердің қатысуы
Орталық (диффузды) цианоз
Тахипноэ
Тахикардия
Негізгі аурулардың көріністері

Степень	Симптомы дыхательной недостаточности
I	Одышка, тахикардия при физической нагрузке
II	<p>Одышка, тахикардия в покое, резко усиливающиеся при физической нагрузке.</p> <p>Небольшой цианоз губ вокруг рта, акроцианоз. Раздувание крыльев носа. втяжение межреберий.</p> <p>Ребенок вялый, капризный, но может заинтересоваться игрушкой, улыбнуться</p>
III	<p>Выражена одышка (до 80—100 дыханий в 1 минуту) в покое. Может появиться дыхание Чейна—Стокса, Биота, Куссмауля.</p> <p>Общий цианоз кожи, слизистых оболочек. В дыхании участвует вспомогательная мускулатура.</p> <p>Ребенок вял, адинамичен или, наоборот, очень беспокоен. Может развиваться гипоксическая энцефалопатия (нарушение сознания, судороги)</p>

Лабораторлы мәліметтер:

қанның парциальды қысымының төмендеуі
(P_{aO_2}) 60 мм с.б. кем

P_{aCO_2} жоғарылауы 50 мм с.б. артық

Спирография мәліметтері: \dot{V}_T мен \dot{V}_M
төмендеген

ЕМ негіздері :

- 1) ТЖ-ң себептерін жою;
- 2) тыныс жолдарының өткізгіштігін қалпында ұстау;
- 3) оттегін жеткізуді қалпына келтіру;
- 4) тыныс аппаратына түсетін күшті азайту.

РАСПИСАНИЕ БОЛЕЗНЕЙ (ОГЛАВЛЕНИЕ)

Таблица 2

ПОКАЗАТЕЛИ СТЕПЕНЕЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ (ЛЕГОЧНОЙ) НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Показатели	Норма	Степени дыхательной недостаточности		
		I степень (незначительная)	II степень (умеренная)	III степень (выраженная)
1. Клинические:				
а) одышка;	нет	при доступных ранее усилиях	при обычных нагрузках	постоянная в покое
б) цианоз;	нет	нет или незначительный, усиливающийся после нагрузки	отчетливый, иногда значительный	резко выраженный диффузный
г) пульс в покое (в минуту)	до 80	не учащен	наклонность к учащению	значительно учащен
2. Инструментальные:				
а) парциальное давление кислорода (мм.рт.ст.);	более 80	80	79 - 65	менее 65
б) объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1) - в процентах;	более 80	80 - 70	69 - 50	менее 50
(в ред. Постановления Правительства РФ от 31.12.2004 № 886)				
в) отношение объема форсированного выдоха за 1 секунду к жизненной емкости легких (ОФВ1/ЖЕЛ - индекс Тиффно) - в процентах	более 70	менее 70	менее 70	менее 70

Лариноспазм – дауыс саңылауының түйілуі (спазмы). Ол бала жылағанда, шыңғырғанда, қорыққанда жиі пайда болады. Дауысты немесе қарлыққан дем алумен және бірнеше секундке тыныс алудың тоқтауымен білінеді. Бұл сәтте бала алдымен бозарады, одан соң көгеру (цианоз) пайда болады және есінен танады. Ұстама терең дыбысты демді ішке тартумен аяқталады (“әтештік шыңғыру”), одан кейін бала әрқашан жылайды, бірақ бірнеше минуттен соң ол қалыпты жағдайға келіп, көбіне ұйықтап қалады.

Барынша ауыр оқиғаларда жүректің тұтқиылдан тоқтауының нәтижесінде өлімнің туындауы мүмкін. Ларингоспазм медицина қызметкерінің шұғыл көмегін талап ететін жағдай.

Жедел көмек алгоритмі

1. Баланы қатты, тегіс жерге жатқызу.
2. Қысып тұрған тар киімнен босату.
3. Таза ауаның болуын қамтамасыз ету.
4. Тыныштық жағдай жасау.
5. Балаға суық су шашу, жамбасын шапалақтау, шпателмен тілдің түбін басу, мақтамен төменгі мұрын жолдарын тітіркендіру, мұрнына үрілеу.
6. Бұлшық етке реланиум (0,1 мл/жасына) енгізу.
7. Міндетті түрде көк тамырға 10% кальций глюконат енгізу (1,0 мл/жасына).
8. Шара тиімсіз болса – трахеяның интубациясы.
9. Жүрек тоқтаған жағдайда – жүрекке тікелей емес массаж.
10. Тыныс алуы қалпына келгенде - оттегі беру.



Нормальное состояние

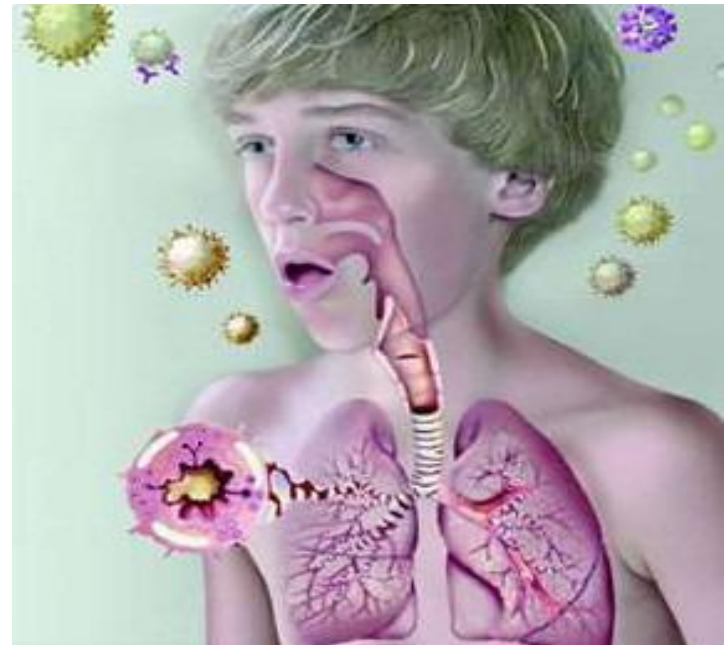


Ларингоспазм

Бронхоспазм

Ұсақ бронхтар мен бронхиолалардың қабырғаларындағы бұлшық еттерінің спастикалық жиырылуы.

Бронхоспазмның ең жиі себебі болып бронх демікпесі жатады. Аллергия мен өкпе ауруларыда ұстамалардың себебі болуы мүмкін.



Алғашқы көмек

Оттегі қамтамасыз ету

Эндотрахеалды интубация

Қанға тапсыру газ құрамын анықтауға

Кортикостероидтар небулайзер арқылы

Бронхолитиктер муколитиктер

Бронхтың тегіс салалы бұлшық еттерінің спазмын жою

үшін небулайзер арқылы береміз

Адреналин анафилаксия шақырса

Өкпеден қан кету — өкпелік немесе бронхиалдық тамырлардың жарылуына байланысты тыныс алу жолына қанның бөлінуі. Қан зақымдалған бронхылардың және өкпе тінінің шырышты қабығындағы тамыр қабырғасының зақымдалуынан, өкпеге жақын жатқан ірі тамырлардың аневризмасының жарылуынан, сонымен қатар өкпедегі қанның іркілуіне байланысты диапедез жолымен (зақымдалмаған капиллярлар және ұсақ веналар арқылы қанның формалық элементтерінің шығуы), қанның құрамы өзгерген жағдайда кетеді.

Қан кету мөлшеріне байланысты

Аз-100 мл

Шамалы -100-500 мл

Профузды-500 мл көп

Өкпеден қан кету аяқ астынан басталады. Клиникалық көрінісі қан қақыру, ауырсыну сезімі

Аз-жөтелмен, ауыз арқылы таза қанның шығуымен

Шамалы-Синхронды түрде жөтелмен ауыз бен мұрын

арқылы шығады

Профузды-қатерлі ісік болғанда

Жедел жәрдем

Баланы жартылай отырғызу аяқтарын босатып.

Массивті қан кеткенде хирургиялық ем.

Кальций хлориді

Викасол

Өкпеден қан кету-жгут аяқтарына қолдарын
байлаймыз

Хирургиялық бөлімге дереу жеткізу керек

Бронх демікпесі (БД) (бронхиалды астма) – оның негізгі патогенетикалық механизмдері қабынулармен шартталған бронхтардың гипербелсенділігі, ал негізгі клиникалық көріністері бронхтарылу салдарынан тұншығу ұстамасы (көбінесе эспираторлық мінездегі), бронх сілемейлі қабатының гиперсекрециясы мен ісінулері болып табылатын, тыныс жолдарының созылмалы ауруы. Тұншығу ұстамалары, сонымен қатар бронх демікпесіне тән жөтел, кеудедегі «бітелу» сезімі, ысқырмалы шалғайлық сырылдар, көп жағдайда түнгі немесе таңертеңгі уақыттарда пайда болады және жартылай немесе толық қайтымды (аяқ астынан немесе ем салдарынан) бронхиалдық обструкциямен бірге жүреді.

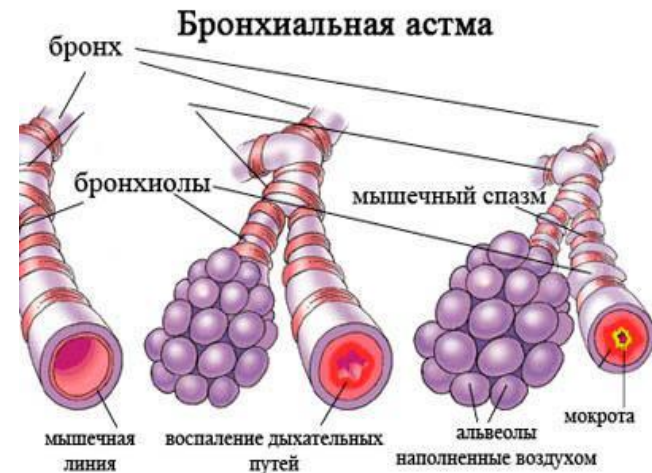
Ентiкпенiң клиникалық классификациясы:

Демiкпе жiктемесi клиникалық көрiнiстер мен өкпе функцияларының көрсеткiштерiн бiрлесiп бағалауға негiзделедi:

1. Этиологиясы бойынша: — атопиялық (экзогендiк);
2. — атопиялық емес (эндогендiк);
3. — аралас.

2. Аурудың ауырлығы бойынша бөледi: I баспалдақ (жеңiл интермиттирлеушi): — күндiз симптомдардың саны аптасына 2 рет; — асқынулар арасындағы тыныс шығарудың шыңдық жылдамдығының (ТШШЖ) болмауы және қалыпты көрсеткiшi, түнде симптомдардың саны айына 2 рет; — ОФВ1 немесе ПСВ — 80% норма, ПСВ көрсеткiштерi 20% аз.

II баспалдақ (жеңіл персистирлеуші): — күндіз симптомдардың саны > аптасына 1 рет, бірақ <күніне 1 рет; — ұстамалар белсенділікті бұзады; түнгі симптомдар > айына 2 рет; — ОФВ1 немесе ПСВ. 80% норма, ПСВ көрсеткіштері 20%-30%. III баспалдақ (персистирлеуші, орташа ауырлықтағы): — симптомдар күнделікті, ұстамалар белсенділікті бұзады; — түнгі симптомдар > аптасына 1 рет; — ОФВ1 немесе ПСВ – 60- 80% норма, ПСВ көрсеткіштері > 30%. IV баспалдақ (ауыр персистирлеуші): — симптомдар үнемі, физикалық белсенділік шектелген; — түнгі симптомдар жиі; ОФВ1 немесе ПСВ < 60% норма, ПСВ көрсеткіштері > 30%.



Клиникалық көрінісі:

Бронх ендікпесінің негізгі симптомы болып тыныс жолдарының ендігіп демалуы мен тұншығу ұстамасы болып табылады. Сонымен қатар, түшкіру мен жөтел де кездеседі.

Тұншығу ұстамасында қысқа дем алу мен ұзақ дем шығару, тыныс алуындағы кедергі (үстелге сүйкеліп немесе отыруы тиіс). Жеңіл жөтел кезінде аз мөлшерде қақырық болады. Ауыр кезде цианоз, кеуде маңында шаншу мен депрессия. Симптомдар көбінесе түнде, таңға жуық мазалайды. Тұншығу ұстамасы қақырықты шығарумен аяқталады. Ұстама аралығында науқаста

Ем мақсаты: тұншығу ұстамасын, аурудың асқынуларын басу. Дәрі-дәрмексіз ем: себепті аллергиямен жанасуды, спецификалық емес тітіркендіргіштер әсерін болдырмау (темекі тарту, кәсіби зияндықтар, поллютанттар, өткір иістер және басқа).

Ұстамаларды басу:

ингаляциялық тез әсердегі 2-агонистер (сальбутамол, фенотерол); әсері тез басталатын ұзақ әсердегі 2-агонистер (сальметерол, формотерол);

ингаляциялық холинолитиктер (ипратропий бромиді); құрамында холинолитиктер мен 2-агонистер қосылған комбинациялы дәрі дәрмектер;

қысқа әсердегі метилксантиндер (аминофиллин); жүйелі ГКС (преднизолон). демікпені ұзақ жүргізу үшін, ауырлық дәрежесіне байланысты баспалдақты әдіс ұсынылады.



Қолданылған әдебиет:

1. Интернет желісі:

<http://medbiol.ru/medbiol/>

1. Руководство по скорой медицинской помощи . Под общей редакцией профессора А.В.Тараканова «Феникс » 2004г