

# СӨЖ

*Тақырыбы:* **БронхОбструктивті синдром**

*Орындаған: Алтыбай Г.*  
*Тобы: 620*

- **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.

# Бронхобструктивті синдром қауіп факторы

- Респираторлы-синтициальды вирусты инфекция, парагрипп вирусы, пневмония микоплазмасы, хламидия, аденовирус;
- Өмірінің алғашқы жылында бронх қабырғасының құрылысының ерекшеліктері
- Өмірінің алғашқы айында арқасымен болуы, жиі жылау, ұзаққа созылған ұйқы
- иммунологиялық механизм болмауы: иммуноглобин А, жоғарғы тыныс жолдарының интерферон қызметінің төмендеуі, Т-жүйесінің функциональды белсенділігінің төмендеуі.
- Преморбидті фон(бронхтардың жоғары белсенділігі, перинатальды патология, рахит, дистрофия, тимус гиперплазиясы, ерте жасанды тамақтандыру)
- Отбасылық пассивті шылым шегу. мукоцилияолы клиренс бұзылады, шырыш қозғалысы өзгереді, бронх эпителиінің деструкциясы бұзылады, фагоцитарлы белсенділік төмендейді.
- Ата-анасының алкоголь қолдануы. Бұл жағдайда бронх атониясы, қорғаныш реакциясының дамуы бұзылады.
- Қоршаған орта ластануы

**Параг-риптің ІІ-  
түрі;  
Гемофилді таяқша;**

**Аллергиялық,  
анафилактикалық  
әсерлер;**

**Бронхобструктивті  
синдром  
этиологиясы**

**Күл корина  
бактериясы  
(Леффлер  
таяқшасы) т.б**

**Кішкентай бөгде  
заттар;  
Гипокальциемия**

# Бронхобструктивті синдром қысқаша патогенезі

- **Қайтымды** => Қабыну => Ісіну => Бронхоспазм  
=> мукоцилиарлы клиренс бұзылысы
- **Қайтымсыз** => Туа пайда болған стеноз => Бронх  
облитерациясы

# Бронх обструкциясының генезі:

1. Дистония
2. бұлшық ет тінінің гипертрофиясы
3. Гиперкриния
4. Дискриния
5. мукоцилиарлы клиренстің бұзылуы
6. инфильтрациялық қабыну
7. бронхтардың деформациясы,обтурациясы
8. жүйелік және тұрақты имунитеттің өзгерісі

# Классификация

1. Тыныс алу жүйесінің аурулары:

инфекциялық-қабыну ауруы

аллергиялық ауру

бронхөкпелік дисплазия

бронхөкпелік жүйенің даму ақауы

2. Өңеш, бронх, трахеидағы бөгде зат

3. Генезді аспирациялық ауруы-гастроэзофагальды рефлюкс, асқазан-ішек жолының даму ақауы

4. Тума және жүре пайда болған жүрек тамыр жүйесінің аурулары

5. Орталық және шеткі жүйке-жүйеінің аурулары

қаңқа-жұлындық жарақат

балалардың церебральды салдануы

эпилепсия, истерия

нейроинфекция

6. Зат алмасуының тума ақауы:

муковицидоз

рахиттік ауру

7. Тума және жүре пайда болған иммуножетіспеушілік+

# Бронхобструктивті синдром клиникалық көрінісі

- Ұзаққа созылатын жөтел, қақырықтың көбеюі, ентігу, аурудың үдеуіне қарай күшейетін, ақырғы кезеңінде- ауыр тыныс жеткіліксіздігі және декомпенсацияланған өкпелік жүрек. Өлімнің негізгі себебі аурудың ауыр өршуі немесе жедел тыныс жеткіліксіздігі. СОА өршуі симптомдардың айқындылығының күшеюімен сипатталады (ентігу, жөтел), құрғақ ысқырықты сырылдардың көбеюімен, қақырықтың бөлінуінің көбеюімен және онда іріңнің пайда болуымен, шеткергі ісінудердің пайда болуымен. Өршудің ауырлығы науқастарда әр түрлі болуы мүмкін. Әдетте ауыр өршулер науқастың ауыр ағымында дамиды. +



# Созылмалы бронхтық обструкция мына белгілермен сипатталады:

- тыныш қалыптағы немесе физикалық күш түсу кезіндегі ентікпе;
- тітіркендіргіш ықпалдардан ентікпенің күшеюі;
- тыныс шығарудың ұзаруы, әсіресе демді күштеп шығарған кезде;
- тыныс шығарудағы ысқырықты сырылдар;
- өкпенің обструкциялық эмфиземасының белгілері.

Созылмалы бронхтық обструкция тыныс жетіспеушілігіне алып келеді. Тыныс жетіспеушілігі ентікпемен, сыртқы тыныс көрсеткіштерінің төмендеуімен және қанның газдық құрамының бұзылыстарымен білінеді.+

□ **Науқастағы негізгі шағымдар:** жөтел, қақырық тастау және ентікпе. Созылмалы бронхтың ең ерте белгісі- таңертеңгілік жөтел. Ұйқыдан тұрып, қимылдай бастағанда жөтелу. Бұл мукоциллиарлық транспорттың түнгі мезгілдегі шамасыздығының белгісі. Бронхиттің жаңа басталған шағында жөтел салқын, ылғалды маусымдарда күшейіп, жазғы уақыттарда тыйылады. Кейіннен жөтел тәулік уақытымен санаспай жиіленеді. Егерде ұсақ бронхтар басым зақымданса (рефлексогендік зондылары жоқ), жөтел болмайды, тек қана ентікпе мазалайды.

Аурудың өршу фазасында, жөтелдің рефлексогендік аймақтарының сезімталдығының артуынан жөтел күшейеді және әртүрлі тітіркендіргіш ықпалдардан жөтел ұстамалары пайда болады. Мысалы ауа температурасының күрт өзгерістері- жылыдан салқынға шығу немесе салқыннан жылы жерге кіру, ауаның тітіркендіргіш заттары. Үздіксіз және булықтырып қиналдыратын қақырықсыз жөтел ұсақ хоэктаздардың тез дамуына соқтырады. Мұндай жөтелдің қорғаныс қасиеті жоқ, сол себептен оны тыю керек. Булықтырып, қиналдыратын қақырықсыз жөтел обструкциялық синдромның болуын және жөтелдің рефлексогендік аймақтарының қатты тітіркенуін көрсетеді.

# Бронхобструктивті синдром диагностикасы

□ Зертханалық көрсеткіштер:

ЖҚА өзгеріссіз.

Созылмалы іріңді бронхиттің айқындалған өршуінде көп емес нейтрофильді лейкоцитоз және СОЭ жоғарлауы байқалады.

Серологиялық тест — IgM и IgG, IgA;

Гельминттерге — токсокароза, аскаридоза

Аллергиялық – Ig E

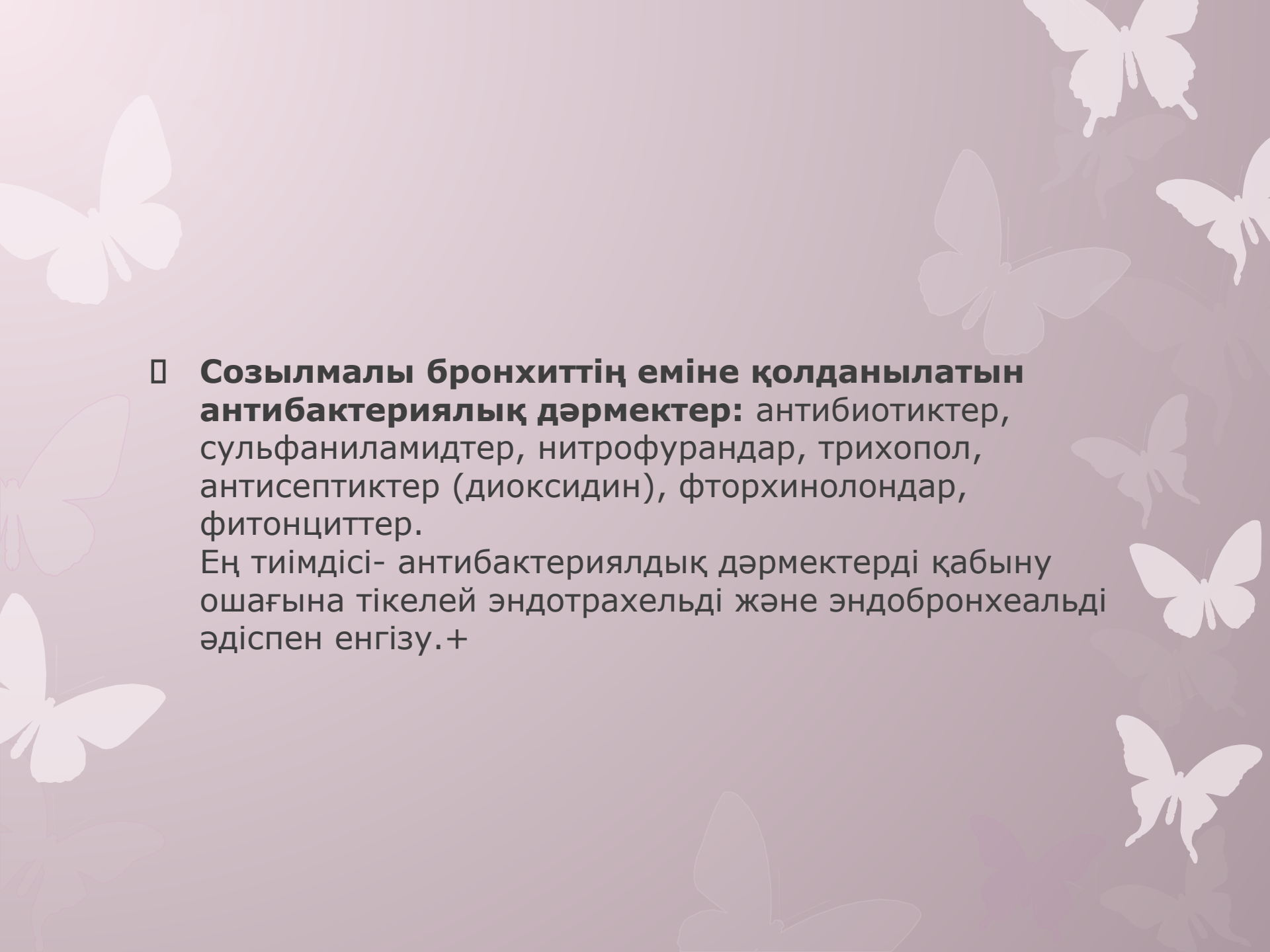
Бронхоскопия, сцинтиграфия, бронх – өкпенің компьютерлі томографиясы және т.б

Дифференциалды диагноз (ажырату диагностикасы) келесі аурулармен жүргізілу керек.

- Пневмония
- Туберкулез
- Көкжөтел
- Бронх астмасы

# Бронхобструктивті синдром емі

- Қауіп факторларының әсерін төмендету
- Ауырлық дәрежесін анықтау, өкпенің рентгеногрифиясы.
- Оттегімен емдеу.
- Газдың құрамын қайталап анықтау.
- Бронх кеңейіткештер (небулайзер арқылы), салбутамол немесе фенотерол, метилксантиндер.  
СКС – көк тамырға немесе ішке 0,5 мл/кг тәул.
- Антибактериалды терапия – бактериалды инфекциялардың белгілері болғанда (ішке немесе көк тамырға).
- Гепарин (т/а).
- Ілеспелі ауруларды емдеу.

- 
- **Созылмалы бронхиттің еміне қолданылатын антибактериялық дәрмектер:** антибиотиктер, сульфаниламидтер, нитрофурандар, трихопол, антисептиктер (диоксидин), фторхинолондар, фитонциттер.  
Ең тиімдісі- антибактериялдық дәрмектерді қабыну ошағына тікелей эндотрахельді және эндобронхеальді әдіспен енгізу.+

□ **Антибиотиктермен емдеу.** Антибиотиктерді қақырық флорасының сезімталдығына қарап таңдайды. Ол үшін қақырықты Мультдер әдісімен немесе бронхоскопия арқылы алынған қақырықты тексерген тиімді. Микробиологиялық зерттеудің нәтижесі дайын болғанға дейін, антибиотиктерді Гамм бойынша боялған қақырық анализіне қарап таңдайды. Әдетте, кеселдің өршуіне бір ғана микроб емес, бір неше микробтардың қосындылары алып келеді. Қоздырғыштардың ішінде грамтеріс флора, микоплазмалар да болуы мүмкін.

Сонымен, осы кездегі ұғымдар бойынша созылмалы бронхиттің емінде бірінші қатарда қолданатын дәрмектерге ампицилин, амоксицилин, соның ішінде оның  $\beta$ -лактомаза ингибиторларымен қосарланған түрлері (клавулан қышқылымен- аугментин, амоксиклав немесе сульбактаммен-уназин, сулациллин), II-III туындылық оральдік цефалоспорин-дер, фторхинолондар жатады. Микоплазма, хламидия, легионелладан күдіктенгенде макролидтік антибиотиктерді, әсіресе азитромицинді, рокситромицинді немесе тетрациклиндерді- доксициклин, вибрамицинді, т.б. қолданылған тиімді.+

# Бронхты кеңейтетін терапия.

Созылмалы обструктивті бронхит емдеуде бронходиллятаторлар қолданылады:

- ✓ антихолинергиялық заттар
- ✓ бета-2-агонистері, күніне 3-4 рет.
- ✓ Бета-2-агонистері әсері бірнеше минуттан кейін басталады, жоғарғы шыңына 15-30 минуттан кейін, әсер ету ұзақтығы 4-5 сағатта жетеді.
- ✓ Беротек 100 (1000 мкг фенотерол бір ингаляциялық дозада), сальбутамол (100 мкг сальбутамол комбинациясы жақсартылған бронходилляторлар нәтиже кезінде антихолинергиялық және адреналитикалық заттармен бірге тағайындағанда жақсы әсер береді).
- ✓ Препараттардың тұрақты комбинациясы беродуал аэрозольді мөлшерін құрамында 20 мкг ипратропий бромиді және 50 мкг фенотерол бір ингаляциялық дозада тұрақты нәтиже береді.



□ **Метилксантиндер:** теофиллиндерді пероральді, көктамырға, свеча түрінде, науқастарға ингалятор қолдану қиын болғанда тағайындайды. Теофиллиндерді күніне 1-2 рет тағайындайды. Жүрек ырғағы бұзылған науқастарға оларды абайлап тағайындау керек. Халықаралық консилиум ұсынысы бойынша қанда теофиллин деңгейін бақылау қажет.

**Мукорегуляторлық заттар** — қақырықтың бөлінуі бұзылған кезде қолданылады. Муколитиктерді және мукорегуляторларды ажыратамыз. Муколитик құрамында мукопротеиндерді, мукорегуляторларды бұзушы заттары бар сиалмуцин синтезінің бұзылу жолымен қақырық тұтқырлығын азайтады.

**Бұлшық еттердің тонусын жаттықтыру:** Емдік тыныс гимнастикасы СОБ науқастарға ұсынылады. Науқас өмірінің сапасын жақсартады.

**Реабилитациялық терапия:** Ауырлығына байланысты, ауру фазасына және тыныстау, жүрек тамыр жүйесі компенсация дәрежесіне байланысты, емдеуші дәрігер әр науқасқа жеке реабилитациялық бағдарлама анықтайды, бұған режим ЕДШ; физиотерапиялық процедуралар, санаторлы — курортты емдеу. СОБ барлық фазасына тағайындалады.

# Алдын — алу

- Обструктивті синдромның негізгі алдын — алу шарасы темекі түтінінен, химиялық зиянды заттардан аулақтау, зиянды өндірістерді профилактикалық бақылау. Аурудың ерте диагностикасы вирусты ауруларды ескерту, шынығу, созылмалы бронхитті дер кезінде емдеу, қайталануға қарсы ем жүргізу.+