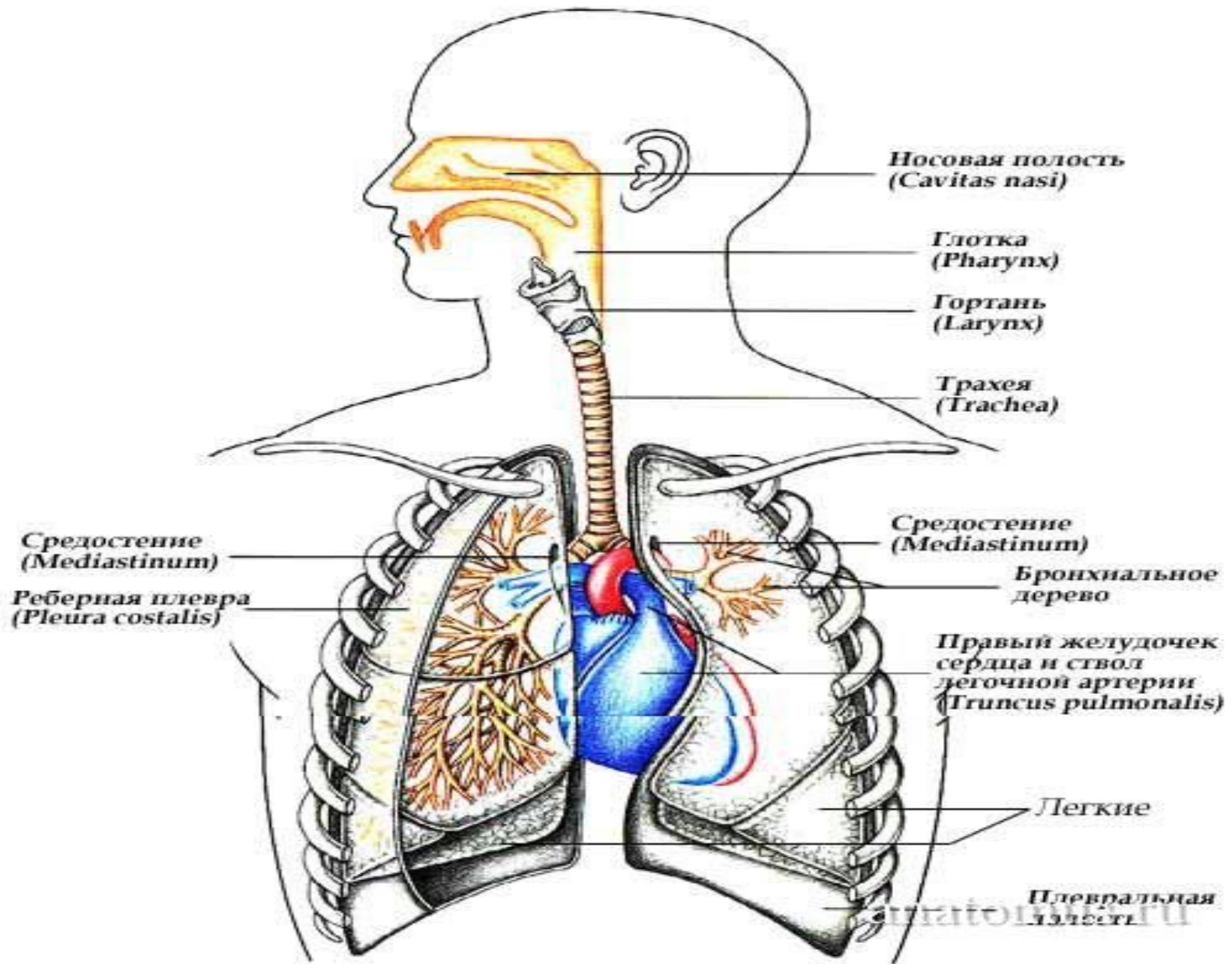


**Жоғарғы тыныс жолдарының
аурулары.**

Ринит. Трахеит. Ларингит.

Жоғарғы тыныс алу жолдарының ауруы статистика бойынша ең елеулі орын алады.

Бұл балалардың тыныс жолдарының АФЕ-сіне байланысты. Тыныс жолдарының морфологиялық және функциональдық дамуына байланысты.



- Тыныс алу жүйесіне жоғарғы тыныс алу жолдары, төменгі тыныс алу жолдары және газ алмасу аппараты жатады.
- **Жоғарғы тыныс алу** -мұрын, жұтқыншақ, кеңірдек.
- **Төменгі тыныс алу жолдары**-трахея, бронхтар.
- **Газ алмасу аппараты**-өкпе.
- Тыныс алу жүйесінің аурулары балаларда көп кездеседі, ол анатомиялық-физиологиялық ерекшеліктеріне байланысты:

- **Мұрын.** Мұрын кеңістігі балаларда жетілмеген және тар. Шырышты қабаты қабынған кезде ол ісініп, тыныс жолдары тарылып, демалысы нашарлайды, тыныс алуы нашарлап, ему қабілеті де нашарлайды.
- **Көз-мұрын каналы кең,** сондықтан мұрын инфекциясы конъюктива қапшығына жиі ауысып, конъюктивит дамиды.
- **Жұтқыншақ-жіңішке** және қысқа.
- **Евстахиев каналы-қысқа** және кең , нәрестелерде ересек балаларға қарағанда горизонтальды орналасқан және оның тесігі хоандарға жақын орналасқандықтан инфекция жиі барабан кеңістігіне ауысады

- **Көмекей** жоғары орналасқан сондықтан нәрестелер жатып сұйық тамақты жұта береді. Тар болғандықтан қабынған кезде стенозға (тарылуға) әкеледі.
- **Кеңірдек** үлкендермен салыстырғанда кеңірек келеді. Шеміршектері әлсіз, тыныс алу бұлшықеттерімен жалғасқан. Сондықтан да осы бұлшықеттердің қатты қозғалысының әсерінен сырыл пайда болады, тыныс алуы қиындайды. Көбінесе экспираторлы ентігу дамиды.
- **Бронхтар**-жіңішке және иілгіш. Ерте жастағы балаларда кеңірдектің бронхтарға бөлінетін жерінің бұрышы бірдей, сондықтан бөгде заттар екі жаққа бірдей түседі. Сонымен қатар ерте жастағы балаларда бронхиальды ағаштың тазартылу қызметі толық орындалмайды.

- **Өкпе**-нәрестелерде толығымен жетілмеген. Өкпенің ұлпасы борпылдақ және эластикалық талшықтарға кедей, тамырларға бай. Осыған байланысты ерте жастағы балаларда өкпесі қанға бай және ауалы. Сурфактант жетіспеушілігіне байланысты ателектазға бейім. Сурфактант альвеолалардың ішкі қабатын астарлап жатады және олардың жабыспауын қадағалайды.
- **Плевра**-қан және лимфа тамырларына бай, кең және оңай созылады. Диафрагмасы жоғары орналасқан, сондықтан демалысы беткей болады.

Тыныс алу жиілігі жасына байланысты:

• ЖТБ-да минутына 40-60 рет.

• 1 жасында 35 рет

• 5 жасында 25 рет

• 10 жасында 20 рет

• 15 жасында 16-18 рет

С.В.Рачинский мен Таточенко В.К. жіктеу бойынша келесі топқа бөлінеді:

1. Жоғарғы тыныс алу жолдарының аурулары:

- а) ринит
- б) фарингит
- в) ларингит
- г) трахеит

2. Бронхиттер:

- а) жедел бронхит
- б) обструкциалық бронхит
- в) бронхиолит

3. Пневмония:

- а) ошақты
- б) сегменті
- в) интерстициальді

4. Тыныс демікпесі.

- **Этиологиясы:**

- 90% жағдайда вирустар . Пневмонияның коздырғышы – көбінесе микробтар.

Тыныс демікпесі – алларгиялық ауруға жатады.

Ринит.

Жедел ринит-мұрынның шырышты қабатының қабынуы. Этиологиясы: вирустар, микроорганизмдер, аллергиялық, механикалық, химиялық, гипертермиялық тітіркендіргіштер. Осы этиологиялық факторлардың әсерінен мұрынның шырышты қабатының ісінуі және гиперсекрециясы дамиды.

Клиникалық көрінісінің 3 кезеңі бар:

1. Құрғақ ринит, ұзақтығы 1 тәулік.
2. Серозды бөліністер кезеңі- 2-3 тәулік.
3. Іріңді бөліністер кезеңі- 3-4 тәулік, кейде бірнеше аптаға созылады.

- Үлкен жастағы балаларда мұрнында және жұтқыншағында құрғақтық сезімі пайда болады. Тыныс алу қиындайды, жас ағу, бас ауыру байқалады, иіс сезуі төмендейді. Жалпы жағдайы нашарлайды. Тыныс алудың нашарлауы емудің нашарлауына әкеледі. Дұрыс тамақтанбауы ұйқынуының бұзылуына, мазасыздыққа әкеледі. Дене салмағы төмендейді. Дене қызуының көтерілуі бірнеше тәулікке созылады. Жұтқыншақтың артқы қабырғасымен шырыштың ағуы әсіресе түнде жөтелге әкеледі.
- **Аллергиялық ринитте** дене қызуының көтерілуі болмайды. Мұрын бөліндісі іріңді болмайды. Бала түшкіреді, көзінің және мұрнының қышуы болдады.

Емі:

1. Жергілікті ем-вирусқа қарсы майлар (оксалин майы, интерферон, бонафтон).
2. Қан тамырларын тарылтатын препараттар-нафтизин, галазолин.
3. Антисептиктер.
4. Иммуностимуляторлар-тимоген.
5. Күрделі тамшылар-пиносол.

Трахейт.

Кеңірдектің шырышты қабығының қабынуы. Жас балаларда кеңірдектің жеке қабынуы сирек кездеседі, көбінесе трахеобронхит кездеседі.

Жөтел басында құрғақ, кейін ылғалданады, жұмсақ жөтел пайда болады. Төстің артында ауру пайда болады, әсіресе жөтелген кезде.

Бронхит.

- Бронхтың шырышты қабатының қабынуы. Жеке сирек кездеседі, жиі трахеобронхит. Жөтел басында құрғақкейін ылғалданады. Қақырықты жас нәрестелер жұтып қояды. Дене қызуы көтеріледі, жалпы жағдайы өзгереді. Өкпенің перкуторлық дыбысы өзгермейді. Аускультация кезінде – құрғақ, ызындап, сырылдаған дыбыс естіледі. Интоксикация белгілері аздап белгілі болады. Бронхит 2жақтанда болады. 2-3 аптада науқас жазылады.

Обструктивті бронхит:

- Жиі жас балалар ауырады. Бұл кезде тыныс жолдарының обструкциясымен, бронхтардың тарылу, шырышты қабығының ісінуіне байланысты. Екіншіден обструктивті бронхит бронхилоспазмға байланысты.

Клиникасы:

- Клиникасында бірінші тыныс алу жетіспеушілігі көрінеді, айқын цианоз, ентігу пайда болады, қабырға аралық еттер тыныс алуда қатысады. Дем алғанда жанында сырыл естіледі. Аускультация кезінде құрғақ және ылғалды сырыл естіледі.

Бронхиолит – көбіне 1-2 жастағы балалар аурады, соның ішінде 5-6 айдағы балалар жиірек ауырады. Бұл жағдайда ұсақ бронхтармен бронхиолалар зақымданады, шырышты қабығы ісінеді. Көбінесе ЖРВИ – дың белгілерімен сипатталады. Бір кезде аяқ асты, бір кезде жайлап басталады. Жалпы жағдайы нашарлайды, тәбеті төмендейді, ылғал жөтел басталады, ентігу пайда болады. Терісі бозарады, периоральді цианоз пайда болады, қабырға бұлшық аралық еттері тартылыды. Апноэ болуы мүмкін. Дене қызуы көтеріліді, кей кезде субфибрильді болады. Кеуде қуысы кеніді, көлемі үлкейеді. Аускультация кезінде құрғақ және ылғал сырылдар естіледі. Рентгенде – бронх көрінісі күшейеді.

Ларингит.

- Көмейдің шырышты қабығының қабынуы. Баланың дауысы қарлығып, ауыз жаптырмайтын ұзақ құрғақ жөтел пайда болады, кейде дауысы шықпай қалуыда мүмкін. Дене қызуы көтеріледі, 5 күнге қарай баланың жағдайы жақсарып, айыға бастайды. Жеке жағдайда көмейдің шырышты қабығы мен шырыш асты негізі қабынып. Дауыс желбізегінен төменіректегі дауыс асты қуысына таралады. Құрөзек деп аталады – тұмау крупы. Ол жиі 2-8 аралығындағы балаларда кездеседі, вирустық респираторлық ауруларда байқалады.

Стеноздаушы ларингит (жалған круп)

Көмейдің шырышты қабатының қабынуы, көбінесе риниттен кейін дамиды.

Баланың жалпы жағдайы бұзылады, дауысы қарлығып шығады, құрғақ «ит үрген жөтел» пайда болады, дене қызуы көтеріледі. 4-5 күннен кейін бала жазылып кетеді. Аллергиялық диатез бен ауыратын балалардың дыбыс желбезектері астының клетчаткасы ісініп, тыныс саңлауы тарылып бітеді. Стеноз көбінесе түнде кенеттен дамиды. Баланың тыныс алуы қиындап, сырылды демалыс пайда болады, еріндері, мұрын-ауыз үшбұрышы көгілдір тартады (цианоз дамиды).

Стеноздың және тыныс алу жетіспеушілігінің айқындалуына байланысты 4 дәрежесі бар:

1-ші дәрежесінде— «ит үрген жөтел», дауыстың қарлығыуы, алыстан естілетін тыныс алу бала жылағанда немесе мазасызданғанда пайда болады.

2-ші дәрежесінде— бала мазасызданады, жөтелі жиілейді, еңтігу, терлегіштік және мұрын-ауыз үшбұрышының цианозы айқын.

3-ші дәрежесінде-бала тынымсыз, қорқақ, төсекте мазасыз, терісі бозғылт, ылғалды, ауыз-мұрын үшбұрышының цианозы, акроцианоз. Тыныс алуы шулы. Тыныс алуда қабырғааралық бұлшықеттері қатысады. Пульсының ритмі бұзылған, жүрек соғысы нашар естіледі.

4-ші дәрежесінде— бала әбден шаршаған, әлсіз, басын артқа тастап, аузымен ауа қармайды, мойнының бұлшық еттері тартылған. Цианоз кенет дамиды, тырысу пайда болуы мүмкін. Пульстің ритмі ретсіз, жүрек тоны нашар естіледі, тыныс алу тоқтап, жүрек соғысы тоқтайды.

Нағыз круп пен жалғанкруптың (стеноздыларингиттің) ажырату диагностикасы

Белгісі	Нағыз круп	Жалған круп
дауысы	Қарлығып, толық жоғалады	Қарлығыуы тұрақсыз
Жөтелі	Құрғақ, «ит ургенге ұқсас», дыбыссыз	Құрғақ, «ит ургенге ұқсас», дыбысы сақтаулы
Бадамша безінде	Сұрғылт, қиын алынатын, алғанда орны қанталайтын қабыршық	Беткей, оңай алынатын іріңді шырыш
Мойын лимфа түйіндері	Екі жақта үлкейген, ауырсынуы әлсіз, теріасты қабатының ісінуі	Үлкейген, қатты ауырсынады, ісіну жоқ, жеке лимфа түйіндері пальпацияланады.
Стеноздың дамуы	Баяу дамиды, тыныс алуышулы, еңтігуге ауысады, өзбетімен басылмайды	Кенет түнде дамиды, өзбетімен басылады.

«Жалған круптағы»/стенозды ларингиттегі/ көрсетілетін жедел жәрдем

1. Баланың басын жоғары салуыңыз
2. Қысатын киімдерден босатыңыз
3. Таза ауамен қамтамасыз етіңіз
4. Қыша қағазын балтырға жапсырыңыз, ыстық аяқ ваннасын жасаңыз/экссудаттың төмен кетуіне байланысты ісінуі қайтады/
5. Ингаляция жүргізіңіз/эуфиллин, асодасы, қақырық түсіретін дәрілер/ дауыс қуысының ісінуін төмендетеді.
6. Бұлшық етке немесе көктамырға лазикс 1-2мг/кг/1мл-10мг/ енгізіңіз
7. Эфедрин 0,1мл/жас тері астына немесе бұлшық етке енгізіңіз. Ауыр жағдайда преднизалон бұлшық етке немесе көктамырға енгізіңіз 3-5мг/кг /1мл -30мг/
8. Оттегі беріңіз

Емі: Төсек режимі дене қызуы түскеннен соң тағы 2-3 күнге тағайындалады.

1. Құрөзек – көмейдің тарылуынан пайда болатын ауыр жағдай.