

ҚР ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ
С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РК
КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

Тақырыбы: Бронх демікпесі



Орындаған: Өтемұрат А.Ж.
Топ: 625-1К
Факультет: ЖТД
Тексерген: Капарова К.М.

Алматы 2016

Кіріспе

Соңғы жылдары бронх деміпесі біздің елімізде, сонымен қатар шет елдерде кеңінен тараған аурулардың бірі болып есептеледі. Оның негізгі себебі: өкпенің созылмалы ауруларымен науқастардың санының көбеюі, қоршаған ортаның ластануының күшеюі, урбанизацияның әсері, тұрмыста және ауыл шаруашылықта әртүрлі химиялық заттарды қолдану, антибиотиктер, вакцина, иммуноглобулиндер, ферменттер және т.б. дәрі-дәрмектердің көбеюі, организмнің иммундық жүйесінің әлсіреуі.



Бронх демікпесі: кеше, бүгін, ертең...

- Кеше: БД-ның таралуы 60-шы жылдары 2-4% аспады, бірақ 60-шы жылдардың ортасына қарай таралуы күрт өсті;
- Бүгін: БД – ең жиі таралған аурулардың бірі (әлемде 300 млн адам БД ауырады), жыл сайын астмадан 2 млн адам қайтыс болады;
- Ертең: 2030ж. – планетамызда 50%-ке жуық адам аллергиялық болады деп болжануда.

Бронх демікпесі – аллергия ықтимал адамдарда болатын семіз жасушалардың, эозинофильдердің, Т-лимфоциттердің, аллергия мен қабыну медиаторларының нәтижесінде дамидын бронхтың обструкциясымен сипатталатын тыныс жүйесінің созылмалы қабыну процесі. Бронх обструкциясы демікпемен, жөтелмен. Әсіресе түнде айқындалады.

Бронх тармақтарындағы созылмалы қабыну процесі бронх обструкциясының 4 компонентінен құрады:

жедел обструкция – бұлшықеттердің жиырылуынан;

жеделдеу обструкция – шырышты қабаттың ісігінен;

созылмалы обструкция – бронхтың шеткі бөліктерінің қою секретпен бітелуінен;

қайтымсыз (склеротикалық) – ұзақ және ауыр ағымның нәтижесінде бронх қабырғасында склеротикалық өзгерістердің дамуынан.

Этиологиясы

Тұқым қуалаушылық. П.К.Булатов пен Г.Б.Федосеев бойынша бронх демікпесіне бейімділік 46,3 % адамдарда кездеседі. С.Г.Чучалин бойынша егер ата-ананың біреуінде ғана бронх демікпесі болса, 20-30%-де байқалуы, ал егер екеуінде де болса, 75 %-де кездесуі мүмкін.

Бронх демікпесіне бейімдеуші генетикалық маркер –HLA-антиген.

Адамдарда бронх демікпесіне бейімдеуші негізгі ген В және 11 хромасоманың құрамында болады. Бронх демікпесінің генетикалық негізгі генетикалық атопиялық дамуы мен бронхтың реактивтілігінің артуына генетикалық бейімділікте жатыр.

Атопия. Атопия – айналымдағы аллергендерге өрасы организмнің көп мөлшерде IgE-ні синтездеуі. Атопия бронх демікпесімен науқастарда және олардың туысқандарына жиі кездеседі. Құрамында IgE көп науқастарда оң терілік сынамалары байқалады және анамнезінде аллергиялық белгілер анықталады.

Бронхтың реактивтілігінің артуы. Бронхтың реактивтілігінің артуы – бронхтың тітіркендіруші факторларға қарсы әсерге жауап. Осы жауаптың әсерінен бронхспазм болуы да болмауы да мүмкін. Реактивтілік тұқым қуалайды.

Бронх демікпесіне әкелетін факторлар (ықпалдар).

Триггерлер – бронх демікпесін тудыратын ықпалдар. Оларға жатады: аллергиялар, респираторлы инфекциялар, ауаның ластануы, аллергиялық тағамдарды қолдану, физикалық күштеме, метеорологиялық факторлар (ауаның атмосфералық қысымының өзгеруі, төмен температура, ылғалдылықтың күшеюі, желді ауа-райы, жердің магниттік полюсінің өзгеруі, дауыл), дәрі-дәрмектер.

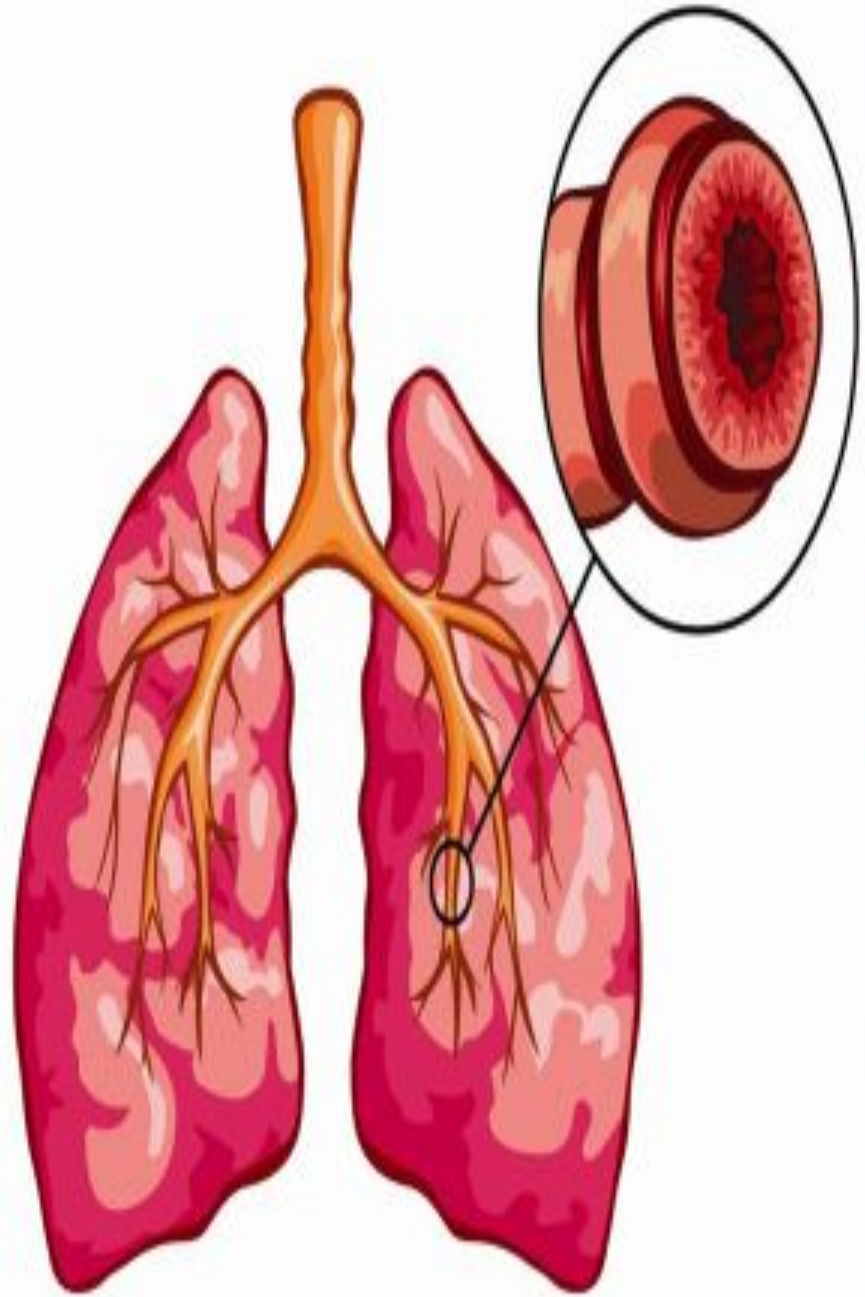
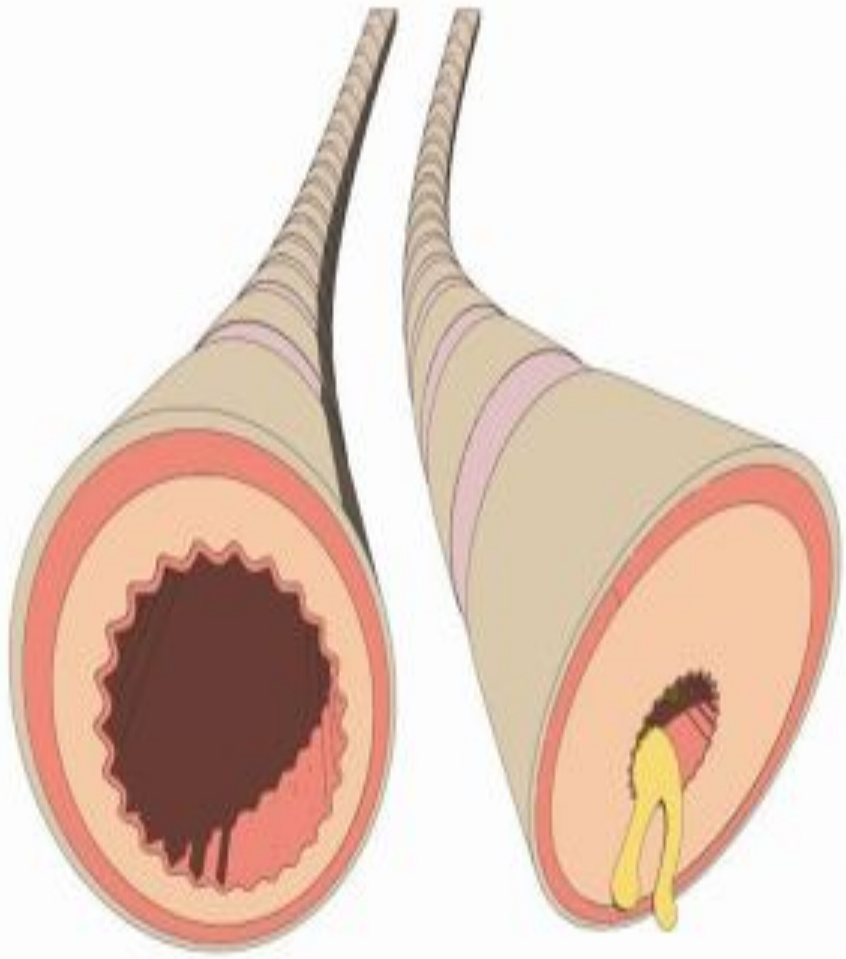
Триггеры астмы



ПАТОГЕНЕЗ БА

Воздействие внешних и внутренних факторов
(измененный генотип, загрязнения окружающей среды,
аллергены, вирусная инфекция)





Бронх демікпесінің жіктелуі.

Бронх демікпесінің клиникасы бойынша:

1. жеңіл ағымды
2. орташа ағымды
3. ауыр ағымды

Бронх демікпесінің фазасы бойынша:

1. қабыну
2. тұрақсыз ремиссия
3. ремиссия
4. тұрақты ремиссия (2 жылдан көп)

Асқыну бойынша:

1. Өкпелік: өкпе эмфиземасы, ателактаз, пневмоторокс, өкпелік жетіспеушілік және т.б.
2. Өкпелік емес: өкпелік жүрек, жүрек жетіспеушілігі.



Бронх демікпесінің жіктелуі

МКБ-10

Этиологиясы	Ауырлық дәрежесіне байланысты	Фазасы	Асқынулары
<ul style="list-style-type: none">1. Аллергиялық (белгілі аллергеннің атымен)2. Аллергиялық емес3. Аралас4. Белгісіз	<ul style="list-style-type: none">1. интерметтерлеуші демікпе (жеңіл эпизодты ағымды)2. Жеңіл персистерлеуші демікпе3. Орташа персистерлеуші демікпе4. Ауыр персистерлеуші	<ul style="list-style-type: none">1. Қабыну2. Тұрақсыз ремиссия3. Ремиссия4. Тұрақты ремиссия	<ul style="list-style-type: none">1. Өкпелік2. Өкпелік емес.

Бронх демікпесінің клиникасы бойынша

	Клиникалық көрінісі
Жеңіл эпизодты ағымды (интерметтеуші)	<p>Қысқаша белгілері аптасына 1 рет</p> <ul style="list-style-type: none"> – қысқаша өршу сатысы (бірнеше сағаттан бірнеше күнге дейін) – түнгі белгілері айына 2 рет – белгілері жоқ және өршу сатысы арасындағы қалыпты функциясы өкпенің ПСВ немесе ОФВ₁ > 80% қалыпты жағдайдан – тәуліктік өзгерістер < 20 %
Жеңіл ағымды персистирлеуші демікпе	<ul style="list-style-type: none"> – белгілері аптасына 1 рет немесе одан да жиі, бірақ күнде емес – өршу сатысы науқастың ұйқысы мен өзгеруі мүмкін – түнгі белгілері айына 2 рет қайталануы мүмкін. – ПСВ мен ОФВ₁ > 80% қалыпты жағдайдан – тәуліктік өзгерістер < 20-30 %
Орташа ағымды персистирлеуші демікпе	<ul style="list-style-type: none"> – күнделікті белгілері – өршу сатысы ұйқы мен физикалық белсенділігін өзгертуі мүмкін; – түнгі белгілері аптасына 1 рет болады; – ПСВ немесе ОФВ₁ 60-тан 80% дейін қалыпты жағдайдан – тәуліктік өзгерістер < 30 %
Ауыр ағымды персистирлеуші	<ul style="list-style-type: none"> – әрдайым белгілері – жиі қабынуы – физикалық белсенділік төмендеген – ПСВ немесе ОФВ₁ < 60% қалыпты жағдайдан – тәуліктік өзгерістер > 30 %

Клиникалық көріністері

Арудың қозуы маусымға байланысты. Бронх демікпесінің ұстамасы 3 кезеңнен тұрады: алғашқы кезең, демікпе ұстамасы кезеңі, қайтадан қалпына келу кезеңі.

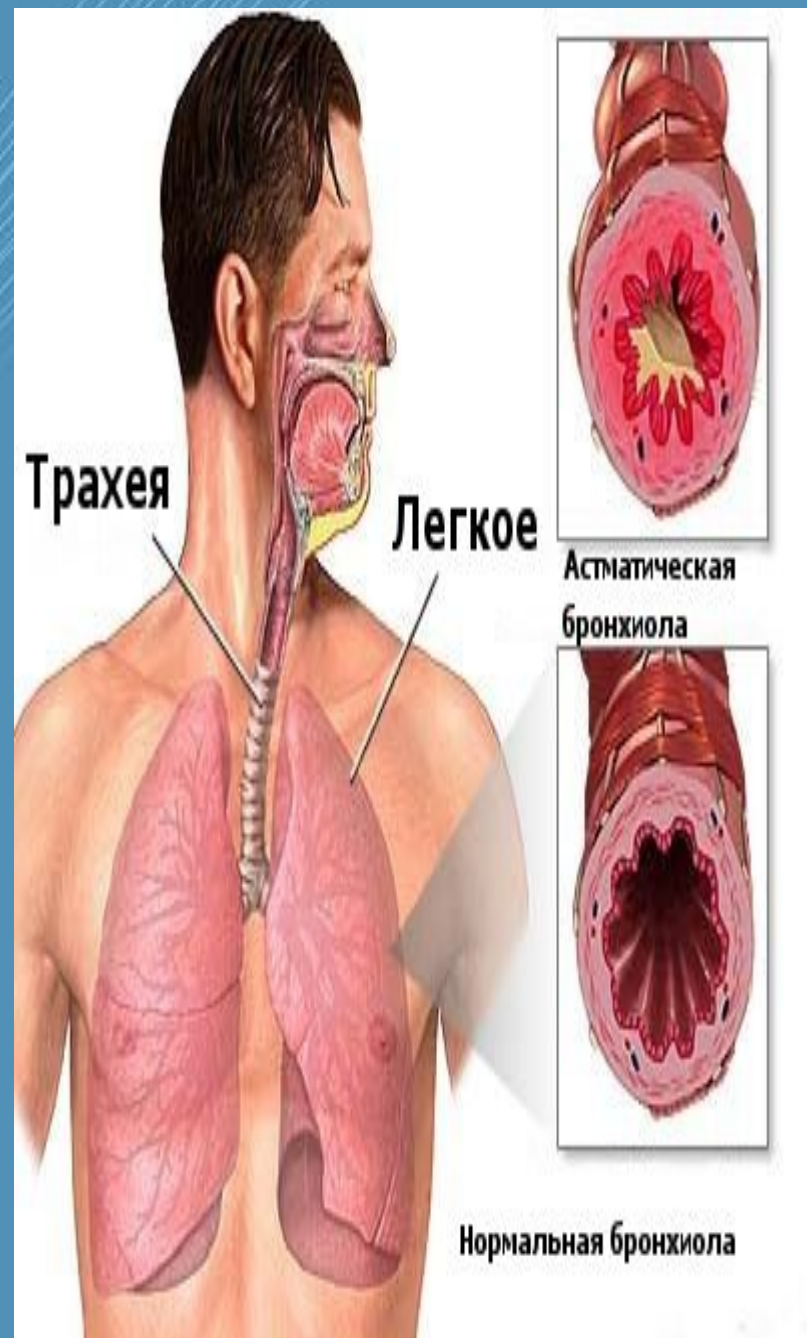
Алғашқы кезең ұстамаға дйеін бірнеше минут, сағат, анда-санда күндер бұрын басталып, келесі белгілермен сипатталады. Мұрынның шырышты қабатының вазомоторлық реакцияларымен (сулы секреттің көп мөлшерде бөлінуімен), түшкірумен, көз бен терінің қышуымен, ұстама тәрізді жөтелмен, ентігумен, бас ауруымен, тез шаршағыштықпен, диурездің көбеюімен, көңіл-күйдің өзгерісімен (тітіркенгіштік, депрессия, апатия).

Демікпе ұстамасы кезеңі келесі көрінстермен сипатталады: дем жетіспеушіліктің пайда болуы, кеуденің қысуы, дем шығару ентікпесі. Дем алу қысқарып, дем алу 2-4 есе ұзарады, сол кезде алыстан естілетін ысқырықты сырылдар пйада болады. Науқастың бет-әлпеті қорқыныш сезімін білдіреді, сөйлеу қаюілеті нашарлайды. Науқаста ортопноэ болады. Науқас төсектің шетінен немесе столдан екі қолымен ұстап, алға қарай ұмтылып, ауызымен ауны жұтады. Денесі бозғылт көгілдір, тер тамшыларымен жамылған. Мойын көктамырлары толықсаған. Дем алу процесінде қабырға аралық, арқа-іш және иық белдігі бұлшықеттері қосылады. Демікпе кезінде әлсін-әлсін қиын бөлінетін қақырықпен жөтел болып тұрады.



Қақырық бөлініп біткен соң, дем алу жеңілденеді. Прекуссия кезінде дыбыс темпаникалық. Өкпе шеттері кеңейген. өкпе серпімділігі шектелген. Аускультацияда везикулярлы тыныс әлсіреген, дем алу және дем шығару кезінде көптеген ысқырықты сырылдар естіледі. Пульс жиілеген, толымсыз. Жүрке тондары бәсеңдеген. Демікпе ұстамасы астматикалық статуска ұласып, комаға және науқасты өлім жағдайына әкелуі мүмкін.

Қалпына келу кезеңінің ұзақтығы әрқалай. Бір науқастарда ұстама тез бітіп асқынусыз, ал кейбір науқастарда бірнеше сағаттан бірнеше тәулікке дейін дем алу нашарлап, әлсіздік болып тұрады. Демікпеден кейін науқастар шаршап, дем алғысы келеді, ал кейбіреулерінде аштық, полидепсия пайда болады.



Лабораторлық және аспаптық әдістер.

Жалпы қан анализінде – эозинофилия, ЭТЖ-ның жоғарылауы қабыну кезеңінде.

Биохимиялық анализдерде – α_2 , γ -глобулиндер, фибрин, сиал қышқылы, серомукоидтың гаптоглобулиндердің көбеюі.

Иммунологиялық әдіспен– тексергенде иммуноглобулиндердің көбеюі, әсіресе, IgE.

Жалпы қақырық анализі – эозинофильдердің көп болуы, Шарко-Лейдин кристалдарының пайда болуы (эозинофильдер бұзылған кезде), Куршман спиралдары (мөлдір шырышының бронх бұлшықеттерінің жиырылған кезінде спираль түрінде бір-біріне жабысуы). Егер инфекцияға тәуелді бронх демікпесі болса, нейтрофильдерді лейкоциттер көбейеді.



Тері сынамаларының оң болуы
аллергенге байланысты.

Тыныс жүйесі ағзаларының
рентгенографиясы – демікпе
ұстамасы кезінде диафрагманың
төмен ығысуы, өкпе тінінің
мөлдірлігі жоғарылайды,
қабырғалардың горизантальды
түрде орналасуы.

ЭКГ-да: жүректің электрлік өсінің
оңға ығысуы, оң жақ жүрекшенің
оң жақ қарыншаның
гипертрофиясы.



- **Спирометрия** – тыныс жолдарының бітелу дәрежесін бағалауға арналған (ФДШК1 және ФӨӨС өлшеу) басқаларынан артығырақ біріншілікті тестілеу болып табылады. БД көпшілік мақұлдаған критерийлері бойынша $ОФВ1 \geq 12\%$ немесе $\geq 200\text{мл}$, 200-400 мкг сальбутамол ингаляциясынан соң. ҮДШК1 80% артық өсу болмауы мүмкін. Бұл жағдайда ДШЕЖЖ-ң мониторингі көрсетілген.
- Форсирленген дем шығару көлемінің азаюы, бұл нағыз бронх обструкциясын анықтайтын көрсеткіш;
- Индекс Тиффно төмендейді, ол 75%-ға төмен (форсирленген дем шығару көлемі мен ЖЕЛ-дің арақатынасы).
- **Пикфлоуметрия** – ДШЕЖЖ анықтау әдісі. Бронхолитикті 60л\мин ингаляциядан соң ДШЕЖЖ-ң өсуі немесе 1 тәулік ішінде ДШЕЖЖ 20% өзгеруі БД бар екенін көрсетеді.

Белгілері	БД	СОӨА
Ауру басталатын жас	Жастық шақта	Көбінесе орта жас, кәрілік шақ
Аурудың басталуы	Көбіне аяқ астынан	Біртіндеп
Анамнезінде темекі шегу	Сирек	Өте жиі (тұрақты десек де болады)
Аллергиялық көріністер	Жиі	Сирек
Ентігу	Ұстама тәрізді	Тұрақты, ілгерілеуші
Жөтел	Өршу кезінде ұстама тәрізді	Тұрақты, оқыс ауытқусыз
Қақырық	Сирек	тән
ДШЕЖЖ тәулік ішінде ауысып отыруы	тән	Тән емес
Бронх бітелуінің қайтымдылығы (ҮДШК1 немесе ДШЕЖЖ)	тән	Жартылай немесе қайтымсыз
Қанда және қақырықта эозинофилия	тән	Тән емес
Бронхиальді гиперреактивтілік	Айқын көрінген	Айқын емес немесе жоқ
Созылмалы өкпелік жүрек	Тән емес, немесе өте сирек жағдайда СОӨА қарағанда сирек және кешірек дамиды	Жиі қалыптасады
Аурудың өршуі	Оқта-текте көрініс түрінде	Тұрақты
ЭТЖ және лейкоцитоз	Тән емес	Асқыну кезіне тән
Өкпедегі аускультативті өзгерістер	Симптомдар пайда болған кездегі кұрғақ ысқырықты сырылдар	Өте жиі құрғақ және ылғалды сырылдар
Қақырық	Шырышты, эозинофилдер, Шарко- Лейден кристаллдары	Шырышты-іріңді нейтрофильдер, лимфоциттер

Критерии	Астма	
	Бронхиальная	Сердечная
Анамнез	Бронхит, ринит, пневмония	Ревматизм, стенокардия, гипертензивные кризы
Провоцирующие факторы	Холодный воздух, резкие запахи, специфические аллергены	Физическая нагрузка, психическая травма
Одышка	Экспираторная	Инспираторная
Ортопноэ	Не выражено	Выражено
Цианоз	Синий, теплый	Серый, холодный
Артериальное давление	Иногда повышено	Бывает высокое
Дыхание	Ослабленное с удлинненным выдохом или «немые легкие»	Жесткое
Хрипы	Сухие	Сухие, в базальных отделах влажные
Легочный рисунок	Бедный, гиперпневматоз	Грубый, тяжистый
Кардиомегалия	Отсутствует	Наблюдается
Мелодия сердца	Не изменена	Наблюдаются различные отклонения от нормы
ЭКГ	Признаки легочного сердца	Признаки поражения левых отделов сердца
Отек легких	Отсутствует	Наблюдается
Печень	Часто опущена	Иногда застойная

Таблица 43. Дифференциальная диагностика сердечной и бронхиальной астмы

<i>Признак</i>	<i>Сердечная астма</i>	<i>Бронхиальная астма</i>
<p>Анамнез</p> <p>С чем связаны приступы удушья</p> <p>Ортопноэ Характер одышки</p> <p>Участие дыхательных мышц</p> <p>Кашель</p> <p>Кожа</p> <p>Форма грудной клетки</p>	<p>Заболевания сердца (ИБС, артериальная гипертензия, пороки и др.)</p> <p>Горизонтальное положение тела ночью во время сна, физическая и эмоциональная нагрузки, повышение АД, пароксизмальные нарушения ритма, инфаркт миокарда, приступ стенокардии</p> <p>Обязательно</p> <p>Преимущественно инспираторная</p> <p>Не выражено</p> <p>Сухой, только в момент приступа</p> <p>Холодная, влажная, периферический (акро) цианоз</p> <p>Не изменена</p>	<p>Хронические воспалительные бронхолегочные заболевания с длительным кашлем. Часто отягощенный аллергологический анамнез, в том числе семейный</p> <p>Контакт с аллергенами, интеркуррентная инфекция, обострение хронического бронхолегочного заболевания, метеорологические факторы</p> <p>Не всегда</p> <p>Экспираторная, с дистанционными свистящими хрипами</p> <p>Выражено</p> <p>Различного характера, часто предшествует приступу. В начале приступа мучительный, сухой, а к концу может выделяться вязкая стекловидная мокрота</p> <p>Теплый разлитой цианоз</p> <p>Эмфизематозная</p>

Дифференциальная диагностика сердечной и бронхиальной астмы

Клинико-anamnestические данные	Приступ сердечной астмы	Приступ бронхиальной астмы
Предшествующие заболевания	Острый инфаркт миокарда, ишемическая болезнь сердца, ревматический порок сердца, гипертоническая болезнь, гломерулонефрит	Хронические бронхолегочные заболевания, вазомоторный ринит, другие аллергические заболевания
Причины приступа	Физическое и психическое напряжение, перемена положения туловища из вертикального в горизонтальное, ангинозный статус	Обострение воспалительного процесса в органах дыхания, контакт с аллергеном, психогенный фактор, изменение метеорологических условий
Характер приступа	Преимущественно затруднен вдох, чувство нехватки воздуха	Экспираторная одышка
Характер цианоза Аускультативные данные	Выраженный акроцианоз Шумное дыхание, хрипов нет	Центральный Обильные рассеянные сухие свистящие и жужжащие хрипы преимущественно на выдохе — «шум бури»
Лечебный эффект	От морфина, мочегонных	От бронхолитиков

Емдеу.

- Дәрі – дәрмексіз ем
- Емнің ажырамас бөлігі – науқасты және отбасын үйрету. Үйрету мақсаты: науқасқа қажетті ақпарат беру және үйрету, жағдайды қалай бақылау, ингаляциялық заттарды дұрыс қолдану, базисті препараттар мен шұғыл көмек препараттарының айырмашылығын білу, қай кезде медициналық көмекке жүгіну керек, өз жағдайын қалай мониторингілеу.
- Гипоаллергенді диета.
- Біріншілікті аллергиямен бейспецификалық қоздырғыштармен (кәсіби зияндылық, поллютанттар, жағымсыз иістер және т.б.) қатынасты болдырмау. Темекі шегуден бас тарту (белсенді, белсенді емес).
- Бронх тармағының санациясы және дренажды функциясының жақсаруы үшін массаж, тыныс гимнастикасы, ЕДШ.

- Базисті терапияны таңдау
- Дәрі–дәрмекпен емдеуді таңдау БД-ны ағымды бақылаудан және емдеу тағайындағанға дейінгі БД ауырлық дәрежесіне байланысты. Әр қадамда науқастар шұғыл көмек препараттарын қолдануы қажет (ұзақ және қысқа әсерлі бронхолитиктер).
- 1-саты (алма-кезекті): қысқа әсерлі -адреномиметиктер (сальбутамол, фенотерол) қажеттілікке қарай. Балама дәрілер қысқа әсерлі антихолинэргиялық препараттар болып табылады (ипратропий бромиді) пероральді -агонистер. Симптомдардың нашарлау немесе жиілеу көріністерінде 2-ші қадамдағыдай терапияны үнемі қабылдау.
- 2-саты – жеңіл персистерленуші демікпеге сәйкес. Қалыпта ұстап тұратын дәрілердің біреуін үнемі қабылдау қажет, көбінесе аз мөлшерде ИГКС (бекламетазон 100-250мкг\тәулігіне, будесонид 200-400 мкг\тәулігіне; флутиказон пропианат 100-250мкг\тәулігіне; циклесонид 80-160 мкг\тәулігіне), сондай-ақ қажеттілікке қарай -адреномиметиктердің қысқа әсерлі ингаляциялары. ИГКС жанама әсерлері кезінде (дауыс қарлығы және БД аллергиялық ринитпен қосарласқанда) балама болып антилейкотриенді (монтелукаст) препарат болып табылады

- 3-саты – (орташа ауырлықты персистерленуші БД). Шұғыл көмек препараттары және қосымша бір немесе екі бақылаушы: 1) төмен мөлшерде ИГКС, ингаляциялық ұзақ әсерлі -агонистері мен бекітуші дәрілер түрінде (флютиказон\сальметерол немесе будесонид\формотерол); немесе 2) орташа мөлшерде ИГКС (беклометазон 250-500 мкг\тәулігіне, будесонид 400-800 мкг/тәулігіне, флутиказон 250-500 мкг/тәулігіне, циклезонид 160-320 мкг/тәулігіне); немесе 3) ИГКС аз мөлшерде қосымша антилейкотриенді препараттар немесе 4) ИГКС төмен мөлшерде қосымша ұзақ босап шығатын теофиллин.
- ИГКС аддитивтілік әсері және әсері ұзартылған -агонистінің әдеттегідей БД ИГКС мөлшерін орташа және жоғарғы мөлшерлерге көтермей–ақ бақылауға болады. Егер 3-4 ай емдеу нәтижесінде БД бақылауға қол жетпесе, ИГКС мөлшерлерін көтеру талапты.
- Ұзақ әсерлі ингаляциялық -агонистерімен монотерапия жүргізуге болмайды (формотерол, сальметерол, индакотерол), олар тек ИГКС-пен бірге қолданылады.

- 4-саты (ауыр персистерленуші демікпе) шұғыл көмек препараттары қосымша қадағалаушы екі немесе одан да көп дәрілік заттар. Бұл қадамда таңдау алдыңғы 2-ші немесе 3-ші қадамдағы тағайындауларға байланысты таңдалады. Орташа және жоғарғы мөлшерде ИГКС (бекламетазон 500-1000мкг\тәулігіне, будесонид 800-1600 мкг\тәулігіне, флутиказон пропианаты 500-1000мкг\тәулігіне, циклосонид 320-1280 мкг\тәулігіне) ингаляциялық ұзақ әсерлі - агонистер – агонистерімен (флутиказон\сальметерол немесе будесонид\формотерол) құрамдастырып қолданған ұтымды. Тағы бір, үшінші, дәрілік затпен құрамдастыру мүмкін (антилейкотриенді немесе ұзақ босап шығатын теofilлин). Құрамдастырылған терапияға (ИГКС + ұзақ әсерлі агонисттері) антилейкотриенді дәрілік заттарды қосу емнің нәтижелігін артады.
- 5-саты (4 кезеңдегі терапия көрінісінде ауыр бақыланбайтын БД, күнделікті симптомдардың сақталуы және жиі асқынуы). Ауыз арқылы ГКС қоса басқа дәрілік заттар беру қажет, алайда бұл шара емнің әсерін жоғарылатып қана қоймай, басқа да жанама әсерлерге алып келеді. Науқас жанама әсерлер туралы мағлұмат алуы керек.
- Бақыланбайтын ауыр аллергиялық демікпе кезінде басқа дәрілерді құрамдастыруға (соның ішінде ИГКС немесе пероральді ГКС қоса), Е иммуноглобулиндерге антиденелер (anti IgE – омализумаб) қолданған орынды. Бұл дәрілік топтар тек маманның (пульмонолог, аллерголог). тағайындауымен қолданылуы керек.
- Ингаляциялық дәрілік заттарды тыныс жолдарына жеткізуде әдісі маңызды рөл атқарады. Барлық ингаляциялық дәрілік заттар (циклезонидтен басқасы) спейсерді пайдалану арқылы, қажет болған жағдайда маскамен қолдануы тиіс.

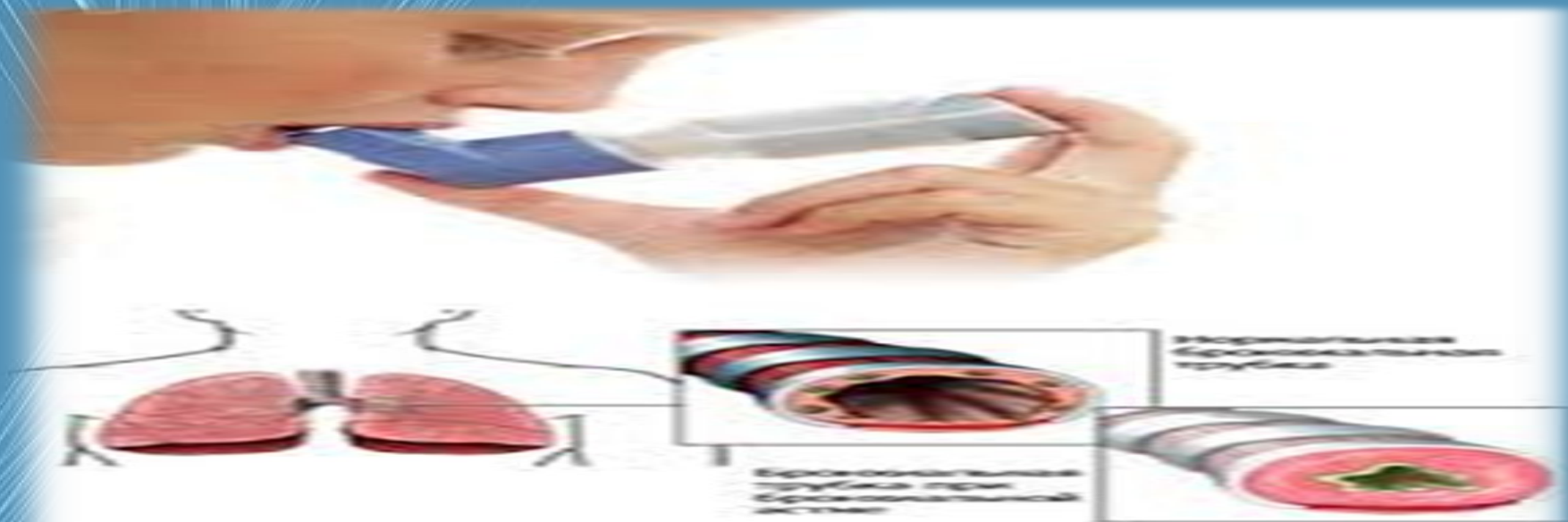
Емдеу принциптері

Атопиялық бронх демікпесі. Гипоаллергенді диета. Жоғарғы антигендік қасиеті бар тағамдарды қолданбау. Ол: цитрустар, жұмыртқа, балық, жаңғақ, бал және т.б.

Жеңіл ағымды бронх демікпесі кезінде ұстаманы астмопент, алупент, новодрин, салбутамол, бератек, беротуал, интал, дитэк ингаляциясымен басады немесе ұстаманың алдын алу түрінде физикалық жүктеме және аллергиямен контакт болар алдында.

Гистаминге қарсы препараттар – диазомил, тавегил, фенкарол, супрастин, кетатифен және т.б.

Бронхолитиктер – эуфиллин 2,4%-20,0 көктамырдан, 5%-0,5 мл эфедрин тері астына немесе таблетка түрінде эуфиллин, теофедрин, теопэк.



Қақырық түсіретін топтардан– лазолван, бизолван, амбросан, мукалтин және т.б.

Орташа және ауыр ағымды бронх демікпесі кезінде науқас ауруханада емделгені жоқ. Гистаминге қарсы препараттар – диазолин, кетатифен, тавегил, супрастин және т.б. (бұлшықетке және таблетка түрінде енгізіледі.

Ингаляция түрінде қабынуға қарсы (интал, ламудан, кромолин, тайлед) натрий хромогликаты немесе кортикостероидты препараттар қолданылады. Қысқа уақыт әсер ететін Вагонистер тәулігіне 3-4 рет (салбутамол, беротек, беродуал, астмопент, алупент және т.б.).

Ұзақ уақытты кортикостероидты препараттар фликсотид, ингакорт, будезонидті тәулігіне 2 рет қолдануға болады.

Бронхолитиктер – 2,4%-10,0 тамырдан эуфиллин, 5% эфедрин 0,5 тері астына, таблетка түрінде эуфиллин (0,15), теофедрин (0,5), теопэк және т.б. қосымша. Әсер етпесе преднизолон көктамырдан 60-25 мг тамшылатып.

5% глюкоза ретіндісі, физиологиялық ертінді, декстран, натрий бикорбанаты. Ылғалданған оттегімен дем алдыру. Қақырық түсіретін топтар: бизалван, лазолван, амбросан және т.б.



Инфекцияға тәуелді бронх демікпесі.

Этиологиясы анықталғаннан кейні инфекцияға қарсы препараттар. Бұл кезде пенициллин тобын, аспирин, беруге болмайды.

Гистаминге қарсы препараттар супрастин, тавегил, диозолин, пипольфен және т.б. бұлшықетке немесе таблетка түрінде.

Бронхолитиктерден 2,4% көктамырға эуфиллин, 5%-0,5 эфедрин тері астына, таблетка түрінде эуфиллин 0,15, теофедрин 0,5, теопэк.

Қақырық түсіруші препараттар: амбросан, солвин, бизолван, лазолван, бронхолитин, мукалтин және т.б.

Алдын алу

Аллергендердің түрін анықтап, науқасқа түсіндіру мүмкіншілік болғанша сол аллергиямен контакт азайту.

Аллерген анықталған жағдайда ремиссия кезінде гипоаллергендік ем алу. Инфекция ошақтарының алдын алу. Бронхолитиктерді қолдану. Аэрозольді кортикостероидтар. Рефлексотерапия,

Емдік гимнастика,

Физиотерапия (ингаляция, ультра дыбыс, СВЧ, УВЧ).

Санаторлы-курортты ем

- Әрі қарай жүргізу: жылына 2-3 рет терапевттің қарауы, пульмонолог, аллерголог – жылына 1 рет.
- Диспансерлік бақылау – БД кез келген формасы мен ауырлық дәрежесінде науқасты оқыту қажет. Емделуші БД мәнін, тұншығу ұстамаларын өзі басуды, қай жағдайда дәрігерді шақыру керектігін, демкпенің жеке триггерлерін, тұншығу белгілерін және ахуалының нашарлауын және бронхтық өтімділікті, демікпені бақылап отыру үшін күнделікті қабылданатын профилактикалық препараттардың жеке дозасын білуі қажет.