

Бронх демікпесі



Бронх демікпесі

Соңғы жылдары бронх демікпесімен ауыру өте жиілеп кетті. Мұны негізгі 3 факторлармен байланыстыруға болады. Біріншіден, аллергиялық реактивтіліктің жоғарылауы. Екіншіден, химиялық өнеркәсіптердің дамуымен, қоршаған ортаның ластануымен және тағы басқа жағдайлармен қатынастың жоғарылауынан аллергиямен байланыс артты. Үшіншіден, бронх демікпесінің дамуына ықпал етуші тыныс алу жолдарының созылмалы аурулардың жиілеуі. Сонымен бірге аурудың жастық құрылымы да өзгереді. Қазіргі таңда бронх демікпесімен ауыратын барлық науқастардың 44% -ын қарт және егде жастағы адамдар құрайды. Қарт және егде жаста аурудың инфекциялық аллергиялық түрі кездеседі. Ол көбіне тыныс алу мүшелерінің қабыну ауруларының (созылмалы

Клиникалық көрінісі

Науқастардың көбінде бронх демікпесі созылмалы ағымда кездеседі және физикалық күш түскенде үдейтін, тұрақты қиналдыратын ысқырықты тыныс және ентігумен сипатталады. Кезеңді түрде өршу тұншығу ұстамасының туындауымен байқалады. Аз мөлшерде ашық түсті, қою, кілегейлі қақырықты жөтел пайда болады. Көбіне ауырудың өршуі мен тұншығу ұстамасының туындауындағы маңызды рольді тыныс алу мүшелеріндегі инфекциялық – қабыну (жіті респираторлы-вирусты инфекциялар, созылмалы бронхиттің өрлеуі) үдерістері алады.

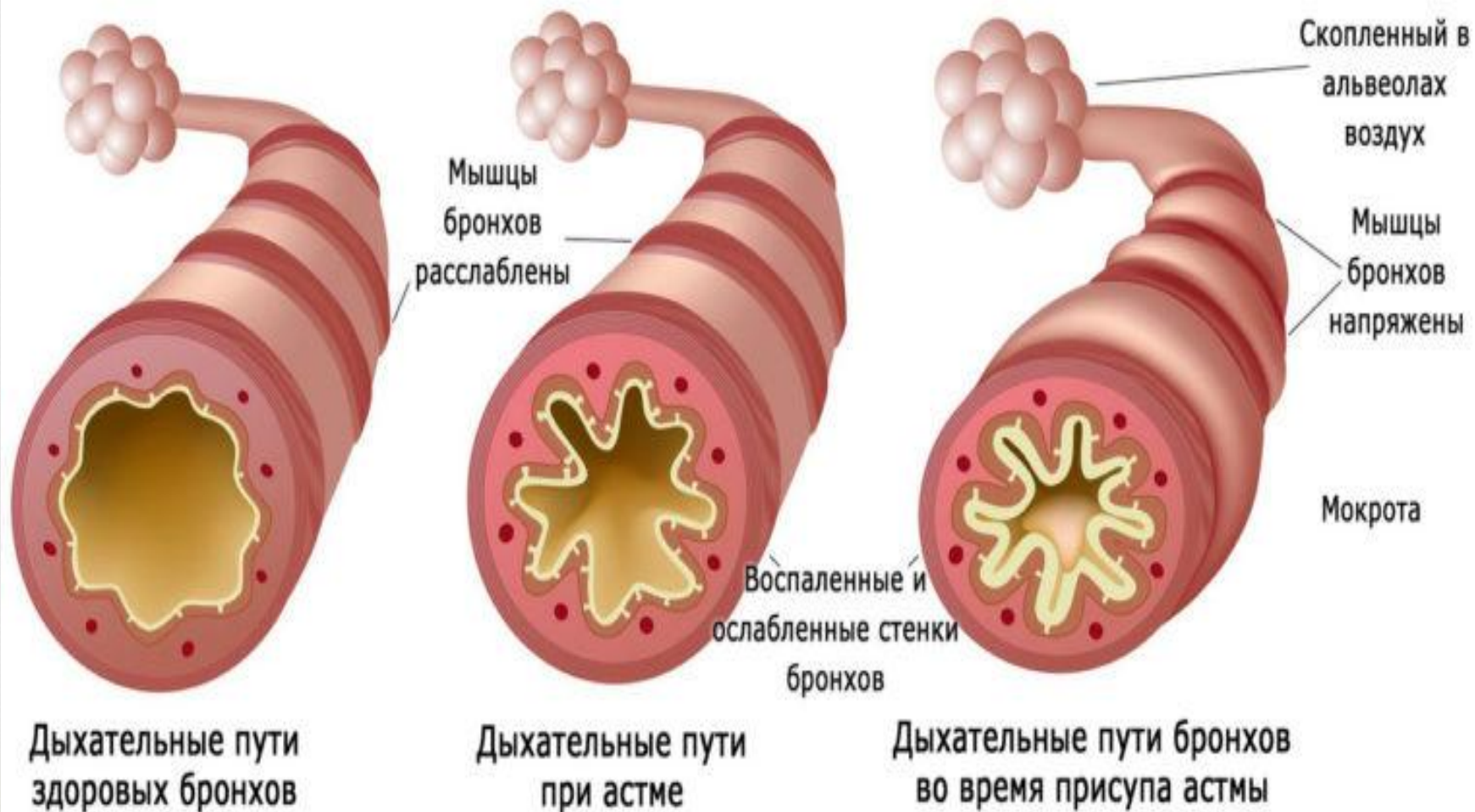
Бронх демікпесінің ұстамасы әдетте түнде немесе таңертеңнен басталады. Бұл, бірінші кезекте ұстаманың туындауына алып келетін рецепторларды, шырышты қабықты кезінде тітіркендіретін бронхтарда ұйқы кезінде жиналған секреттермен байланысты болады. Бұл кезде белгілі рольді кезбе жүйкесі тонусының жоғарылауы ойнайды. Барлық жастағы адамдардағыдай, демікпе кезіндегі функционалдық өзгеріс болып табылатын бронхоспазмнан басқа, қарт және егде жастағы адамдарда оның ағымы өкпе эмфиземасына асқынуы мүмкін. Нәтижесінде, өкпелік жетіспеушіліктен кейін жүректік жетіспеушілік тез қосылады.

Жас кезінде бір рет туындаған бронх демікпе қартайған уақытта да сақталуы мүмкін. Бұл кездегі бронх демікпесінің ұстамасы өткір ағымының төмендігімен ерекшеленеді. Аурудың ұзақ уақыт жүруіне орай, өкпеде (обструктивті эмфизема, созылмалы бронхит, пневмосклероз) және жүрек тамыр жүйесінде (өкпе текті

Жіті ұстама кезінде науқаста ысқырықты сырыл, еңтігу, жөтел және цианоз байқалады. Науқас алға қарай еңкейіп, екі қолына сүйеніп отырады. Тыныс алу актісіне қатысатын барлық бұлшықеттер қатайып, ширыққан болады.

Жас жастағы адамдарға қарағанда, айқын гипоксияның салдарынан ұстама кезіндегі тыныс алудың жиіленуі байқалады. Перкуссия кезінде қорап тәрізді дыбыс естіледі, аускультацияда көптеген ысқырықты, ызыңдаған сырылдар, сонымен қатар ылғалды сырылдар да естілуі мүмкін. Ұстама басында жөтел құрғақ, жиі қиналдыратын болады. Ұстама аяқталғанда жөтелмен бірге аз мөлшерде тұтқыр кілегейлі қақырық бөлінеді. Үлкен жастағы адамдар тобының ұстамасы кезіндегі бронходилататорларға (мысалы, теофиллин, изадрин) реакциясы кешіккен, толық емес болып келеді.

Бронхиальная астма

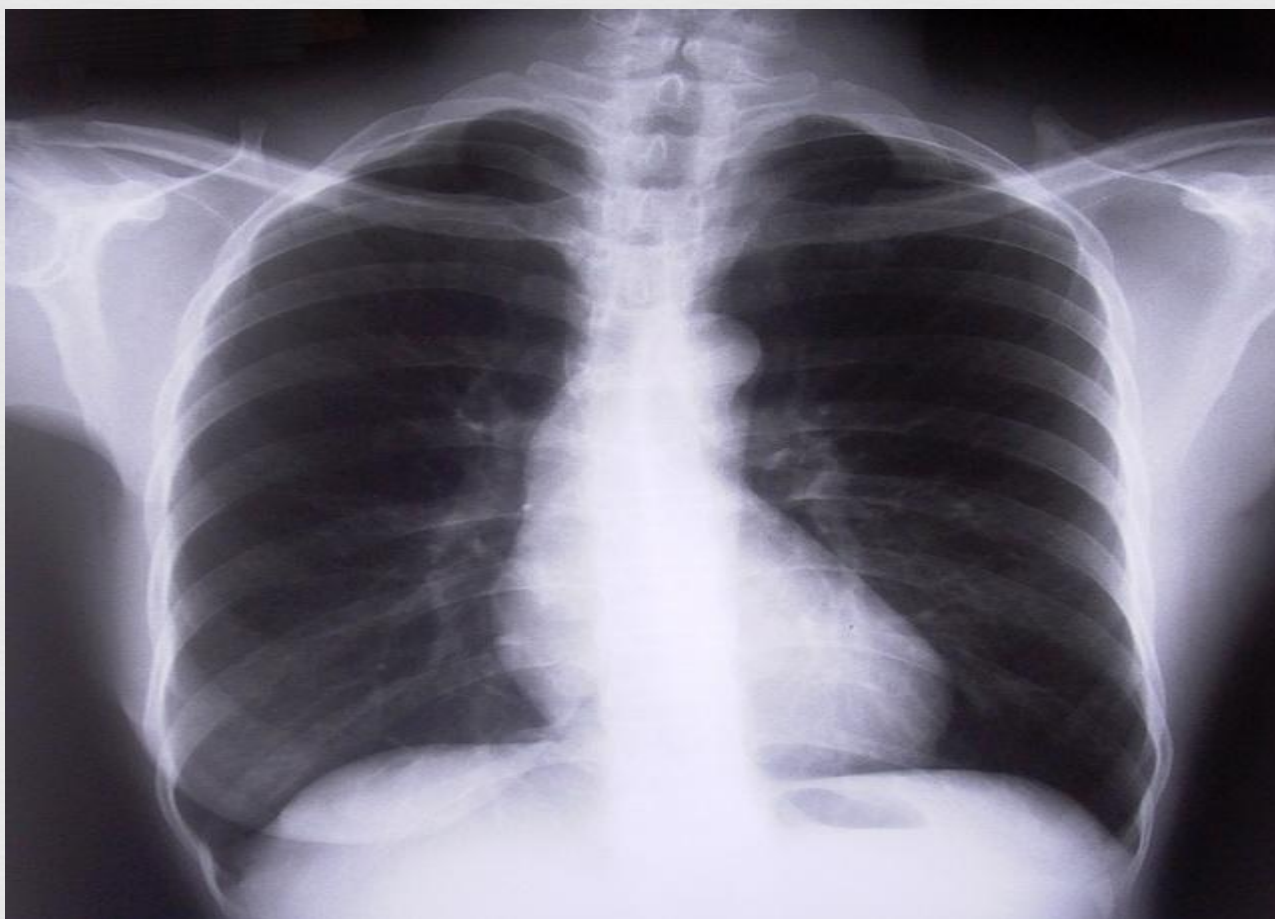


Астма кезіндегі наукастың экгсындағы өзгерістер. Яғни астма кезінде наукаста тахикардия көреміз.

Тахикардия



Рентген арқылы зерттегенде өкпенің ауылылығы
жоғарылағанын байқаймыз



Емі мен күтімі

Ұстама кезінде және ұстама арасындағы кезеңде бронхоспазмды жою үшін пуриндерге (эуфиллин, диафиллин, дипрофиллин және т.б.) көңіл бөледі, оларды парентеральды және аэрозольді түрде енгізуге болады. Адреналинге қарағанда бұл препараттарды тағайындаудың артықшылығы, оларды гипертониялық ауру, жүрек демікпесі, жүректің ишемиялық ауруы, бас миы тамырларының атеросклерозында енгізуде қарсы көрсеткіштері жоқ. Сонымен бірге эуфиллин және осы топтың басқа препараттары коронарлық, бүйректік қанайналымды жақсарттады. Осылардың барлығы олардың гериатриялық тәжірибеде кеңінен қолданылуына себеп болады.

Адреналин бронхоспазмды тез басып, ұстаманы тыюды қамтамасыз ететіндігіне қарамастан, оны қарт және егде жастағы адамдарға, олардың гормоналды препараттарға жоғары сезімталдығын ескере отырып, абайлап тағайындаған жөн.

Тері астына немесе бұлшықетке адреналинді енгізуді, тек бронх демікпесін ешқандай дәрілік заттармен тыю мүмкін болмаған жағдайда ғана қолданады. Препараттың дозасы 0,1% ерітіндінің 0,2–0,3 мл-нен аспауы тиіс. Адреналиннен тиімділік болмаған кезде, оны дәл сол дозада тек 4 сағат өткеннен кейін ғана енгізуге болады. Эфедринді тағайындағанда, ол жай, бірақ ұзақ әсер ету тиімділігін қамтамасыз етеді. Эфедрин қуықасты безінің аденомасында қарсы көрсеткіш екенін ескерген жөн. Бронхолитикалық әсерге изопропиленорадреналин дәрілері (изадрин, арципреналин сульфаты, новодрин және т.б.) ие болып келеді.

Трипсин және химотрипсин аэрозольдері және басқа қақырықты түсіретін заттарды қолданғанда, протеолиз өнімдерінің сіңірілуімен байланысты, аллергиялық реакциялар болуы мүмкін. Терапия барысында, оларды енгізер алдында гистаминге қарсы препаратты тағайындау керек. Бронх өткізгіштігін жақсарту үшін бронхолитикалық заттар қолданады.

Таңдау дәрісіне холиолитиктер жатады. Адреномиметиктерді (изадрин, эфедрин) көтере алмағанда, көп мөлшердегі қақырық және бронх демікпесі және ЖИА (брадикардиямен, атриовентрикулярлы өткізгіштіктің бұзылуымен жүретін) қосарлануы кезінде, холиолитиктер (атровент, тровентол, трувент, беродуал) тағайындалады.

Бронх демікпесінің кешенді еміне антигистаминді дәрілер (димедрол, супрастин, дипразин, диазолин, тавегил және т.б.) енеді. Кейбір науқастарда новокаин: 0,25 – 0,5% ерітіндісінің 5 – 10 мл к/т немесе 2% ерітіндісінің 5 мл б/е енгізу қолайлы әсер етеді. Ұстаманы тыю үшін А.В.Вишневский бойынша біржақты новокаинды вагосимпатикалық бөгемені оңтайлы қолдануға болады. Екі жақты бөгеме ұсынылмайды, себебі, ол жиі жанама әсерлер (ми қан айналымының, тыныстың және т.б. бұзылуы) тудырады.

Қарт жастағы науқастарға ганглиоблокаторлар гипотензивті реакция туындауына байланысты ұсынылмайды.

Бронх демікпесі стенокардиямен қосарланса енгізу жылдамдығы 8-12 л/мин болатын оттегі (25-30%) және азот тотығымен (70-75%) ингаляция көрсетілген.

Бронх демікпесінің ұстамасы негізінде бронхолитикалық заттармен бірге жүрек-тамыр дәрілерін қолдану керек, себебі бронх демікпесінің ұстамасы қарт адамның жүрек-тамыр жүйесінің салыстырмалы компенсациялық жағдайынан тез шығаруы мүмкін.

Гормондармен (кортизон, гидрокортизон) емдеу бронх демікпесінің ұстамасын тыю және оның алдын алуда жақсы нәтиже береді. Бірақ кәрі жастағы науқастарға глюкокортикостероидтарды жас адамдармен салыстырғанда 2-3есе аз мөлшерде енгізген жөн. Емдеу барысында минималды тиімді мөлшерін анықтаған дұрыс. Гормоналды емді жанама әсерлерінің мүмкіндігіне орай 3 аптадан ұзақ бермеген жөн.

**Глюкокортикостероидтармен бірге
бронхолитиктерді қолдану керек, кейбір
жағдайларда, ол гормоналды дәрілердің
мөлшерін төмендету мүмкіндігін береді. Екіншілік
инфекция кезінде, кортикостероидтармен қатар,
антибиотиктер де көрсетілген. Кәрі адамдарда
тіпті ең төмен мөлшердегі кортикостероидтардың
өзі жанама әсер беруі мүмкін. Сондықтан
глюкокортикостероидтарды тек келесі
жағдайларда:**

- басқа дәрілерге қоймайтын, бронх демікпесінің
ауыр ағымы;**
- астматикалық жағдай;**
- интеркурентті ауру кезіндегі науқас жағдайының
бірден нашарлауында қолданылады.
Жүрек жеткіліксіздігі дамығанда жүрек
гликозидтері, диуретиктер тағайындалады.**

- Науқас 26 жаста. Шағымдары: тұншығу ұстамаларына, ауа жетпеу сезіміне, физикалық жүктемеден кейінгі ентігуге, қиын бөлінетін қақырықпен жөтелге, жалпы әлсіздікке. Тыныс шығару қиын. Ұстама негізінен кешкі уақытта болады
- Анамнезінде: Шаңға түшкіріп және жөтелген, цитрустарға, ыстыққа, суыққа денесінде бөртпе болған. Құрылысшы болып жұмыс істейді. Бір апта ішінде 2 рет түнгі ұстамалар қайталанған – таң ата тұншығудан оянған. Бірінші ұстама өздігінен қайтқан. Бұл жолы ұстама 1 сағат бойы мазалап, қайтпай жатыр. Әкесі аллергиямен ауырған. Бала кезінен жиі суықтанған. Темекі тартпайды. Жусан, терек гүлденуіне аллергиясы бар.
- Объективті: бойы 182 см және салмағы 65 кг. Дене бітімі нормостеникалық. Тамақтануы төмен. Терісі боз, шамалы цианоз. Тыныс алу жиілігі – 27 рет мин. Өкпе аускультациясында везикулярлы тыныс, екі жақта құрғақ ысқырықты сырылдар естіледі көбінесе жоғарғы және ортаңғы бөліктерінде. Науқаста дем шығару қиындаған.

- **Жалпы қан анализі** Гемоглобин – 130 г/л Эритроциттер – $3,7 \times 10^{12}$ /л Түсті көрсеткіш – 0,85 Тромбоциттер – 280×10^9 /л Лейкоциттер – $6,0 \times 10^9$ /л Таяқша – нейтрофилдер – 10% Сегментядерлі нейтрофилдер – 50% Эозинофилдер – 8% Моноциттер – 5% Лимфоциттер – 10% ЭТЖ – 7 мм/сағ **Қақырық анализі** Түсі- ақ Сипаты- шырышты Консистенция – әйнек тәрізді Эпителий – 1-2 көру алаңында Лейкоциттер – жоқ Эритроциттер – жоқ Эозинофильдер - 10 көру алаңында, Куршман денешіктері анықталады

- **Спирометрия**

- Өлшенген көрсеткіштер

- ӨТС (ЖЕЛ) 104 %

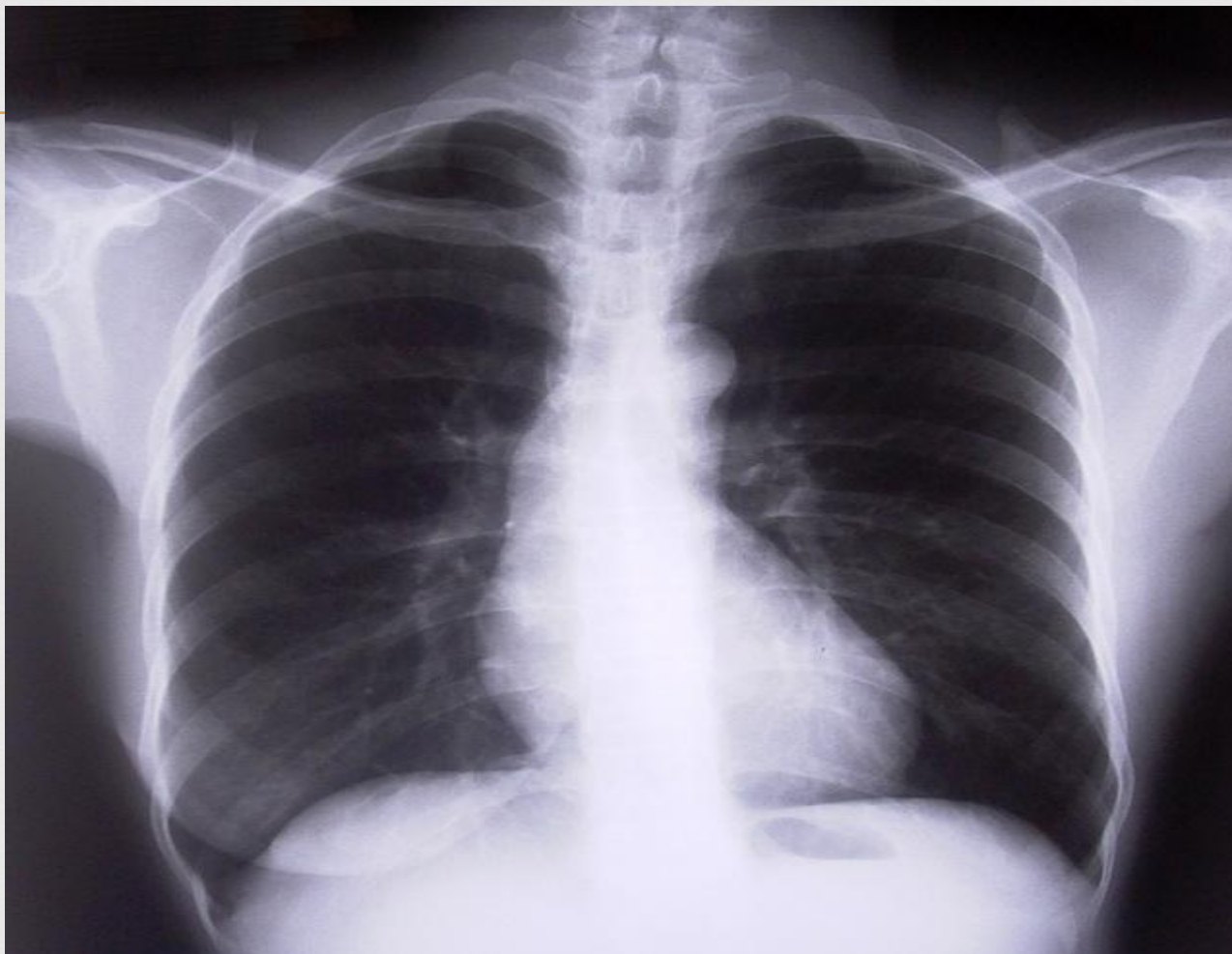
- ФТШК1(ОФВ1) 64 %

- Тиффно индексі (ОФВ1/ЖЕЛ) 72 %

- Тыныс жиілігі 29 минутына

- Сальбутамолмен сынамадан кейін – ФТШК1(ОФВ1) – 86% (+22%)

Кеуде қуысының рентгенограммасында-ауалылығы
жоғарылаған



ЭКГ көрінісі

Тахикардия



Нормальный ритм

Тахикардия

Сұрақтар.



- Науқтаста қандай ауру жайлы ойлау керек
- Диагностика алгоритмі
- Емдеу жоспары