

Оңтүстік Қазақстан Мемлекеттік Фармацевтика Академиясы

Тақырыбы: Амбулатория жағдайында жөтел кезіндегі рационалды дифференциалды диагностика алгоритмі, науқастарды жүргізу және динамикалық бақылау (тыныс алу ағзаларының ісіктері, гастроэзофагорефлюкстік ауру, бронхоэктаздық ауру, синуситтер, жүрек қызметінің жетіспеушілігі, жіті респираторлы вирустық инфекциялар, жіті бронхит)

Орындаған: Абдувалиева Г.Б.
Топ: 611 ЖТД

Шымкент 2016

Жоспары

- I. Кіріспе*
- II. Жөтел анықтамасы*
- II. Негізгі бөлім*
 - ✓ *Себептері*
 - ✓ *Эпидемиологиясы*
 - ✓ *Жіктелуі*
 - ✓ *Диагностикалық алгоритм схемасы*
 - ✓ *Ажырату диагностикасы*
 - ✓ *Емі*
 - ✓ *Диспансерлік бақылау*
 - ✓ *Профилактикалық шаралар*
- III. Қорытынды*
- IV. Қолданылған әдебиеттер*

- Жөтел (tussis)-бұл кеңірдекте шырыш жиналып қалуға,оған бөгде заттар түсуіне немесе ірі бронхтарда қабыну болғанда қорғаныш реакциясы түрінде сирек кездесетін күрделі реффлекторлық акт. Ерекше сезімтал жөтел аймақтары ірі бронхтардың тармақталу жерлерінде, кеңірдек бифуркациясы аймағында,таңдай мен мұрынның шырышты қабықшаларында, сондай-ақ плеврада орналасқан.

Жөтел

- Жөтел бронхтардың шырыштарында қабынулық өзгерістер және рецепторлар сезімталдығы жоғарлауы нәтижесінде пайда болады. Мұнда кәдімгі тітіркенгіштер-ылғал, суық ауа немесе ауа ағынының жылдамдығының өзгеруіде жөтел шақырады.



- Жөтел сипатына қарай
- -өнімді(ылғалды)
- - өнімсіз(құрғақ)
- Жөтелдің ұзақтығына байланысты
- - жедел Заптаға дейін
- -жеделдеу 3-8 апта
- -созылмалы 8аптадан жоғары
- Жөтелдің ағымы бойынша
- -өткір
- -созылмалы

Жөтел жіктелуі

- Мамандардың айтуынша, жөтел сипатына қарай өнімді (ылғалды) және өнімсіз (құрғақ) болып екіге бөлінеді. Яғни, мұндай түрлер жөтелу кезінде қақырықтың бөліну-бөлінбеуіне тікелей байланысты екен. Негізгі құрғақ жөтел өте ауыр болады, дейді мамандар. Ал ылғалды жөтел кезінде қақырық бөлінеді. Қақырықтың түріне, сипатына баса көңіл бөлудің маңызы зор. Себебі, оның түріне қарап, жөтелдің түп-төркінін анықтауға болады. Мәселен, қақырықтың түсі әйнек тәрізді, мөлдір болса, онда мұндай жөтел демікпе дертінен сыр береді екен. Егер тотық түсті болса, онда жүрек сырқатының белгісі болуы мүмкін. Ал егер қақырық қан аралас болса, онда туберкулез немесе өкпенің рагі болуы әбден мүмкін. Қақырық сары, сары-жасыл түсті болса, онда сырқатқа бактериалды инфекция себеп болды дегенді білдіреді. Қақырық іріңді әрі иісі сасық болуы, жөтелу кезінде көп көлемде бөліну жағдайы науқастың өкпесінің немесе бронхэктазияның іріңді ісігінен ақпарат береді.



- Тұрақты немесе ұстама тәрізді.
- Тұрақты жөтел көмей, кеңірдек, бронхтардың жедел және созылмалы ауруларында байқалады.
- Кезеңдік жөтел шылым шегушілерде, маскүнемдерде, пневмониямен, БД ауыратындардың және т.б тыныс алу мүшелері ауруларында пайда болады. Кезеңдік жөтел таңғы, түнгі, дене қалпын өзгерткенде пайда болуы мүмкін. Түнгі жөтел көбіне туберкулез және қатерлі жаңа өспелер кезінде орын алады.

Жөтел кезеңділігі (жөтелдің пайда болу уақыты)

- **Жедел жөтел** <3аптаға дейін
- Жоғарғы тыныс жолдарының инфекциясы
- -вирусты
- -бактериальды
- Пневмония
- Тыныс жолдарындағы бөгде дененің аспирациясы
- Лор аурулары
- Бронхиальды астманың асқынуы
- Обструктивті созылмалы өкпе ауруларының асқынуы

Ересектердегі жөтелдің ең басты себептері

- Алдыңғы инфекциядан кейінгі жөтел
- ЛОР ағзаларының аурулары
- Созылмалы өкпе және өкпеден тыс ауруларының біріншілік көрінісі

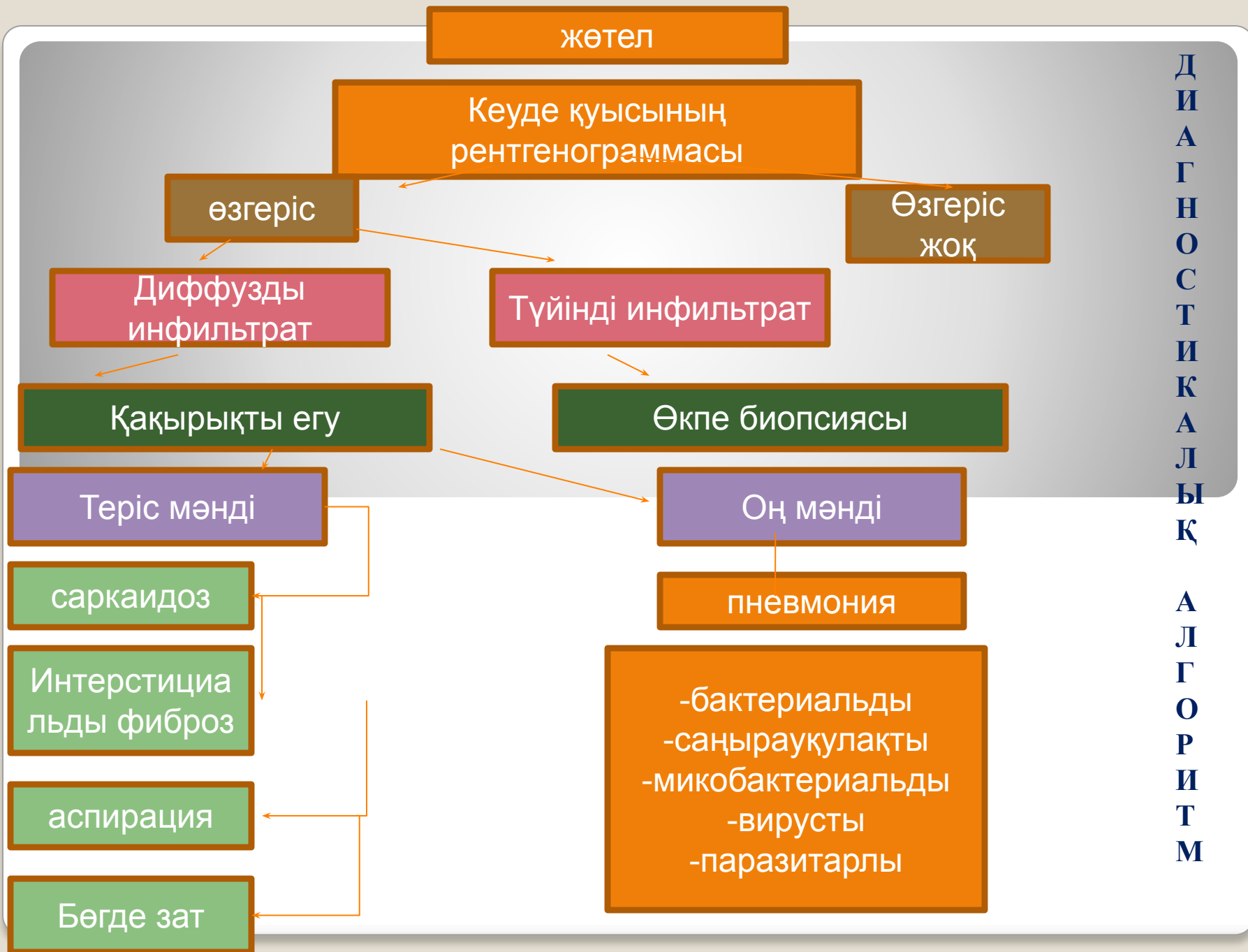
Жеделдеу сатысы 3-8 апта

- Бронхиальды астма
- Созылмалы риносинусит
- Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы
- Плеврит
- Өкпенің интерстициальды ауруы
- Өкпе туберкулезі
- ЛОР ағзаларының аурулары
- Жүрек-қан тамырларының аурулары
- Асқазан ішек жолдарының аурулары

Созылмалы жөтел >8апта

- Ауру көзі-ауру адам
- Таралу жолы –ауа-сілекей жолы
- Сезімталдық - жас аралығы
- Маусымдылық –күз,қыс кезі
- Иммунитет тұрақты

Эпидемиология





Шағымдарын анамнезін жинау және
фиброзды тексеру

Науқастар АПФ
қабылдай ма?

ия

АПФ
ингибиторын
алып тастау
Зайдан кейін
қайта тексеру

жоқ

Қан мен қақырықты зерттеу
-кеуде қуысының рентгенографиясы
-сыртқы тынысты бронходилатациялық тестпен зерттеу
-үй жағдайында тыныс шығарудың ПИК-тік жылдамдығын өлшеу
-тыныс алу ағзаларының ауруларының диагностикасы

Тыныс алу ағзаларының ауруларының
диагностикасы

ия

Тағайындауға
байланысты
медикаментті ем

жоқ

Науқас қазіргі жағдайда жөтелге
қарсы терапия қабылдайтынын
анықтау

ия

жоқ

Жөтел әліде
мазалайды

Жөтелдің
тоқтауы

Терапияны тоқтату

Жөтел
тереңдеуі

Динамикада
өзгеріссіз

Терапияны жаңарту
қосымша ауруларды
диагностикалау

Өкпеден тыс патологияны
анықтау

Мұрын қойнау
R,КТ ФГДЭС 24
сағ рН метрия
ЭКГ ЭхоКГ

Өзгеріс
жоқ

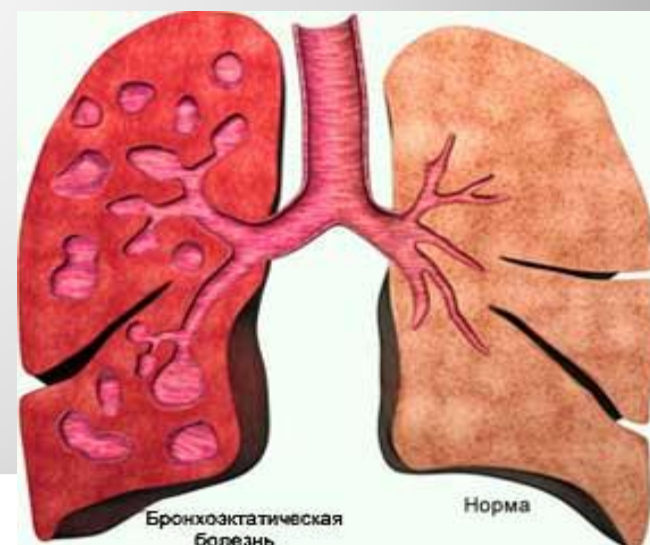
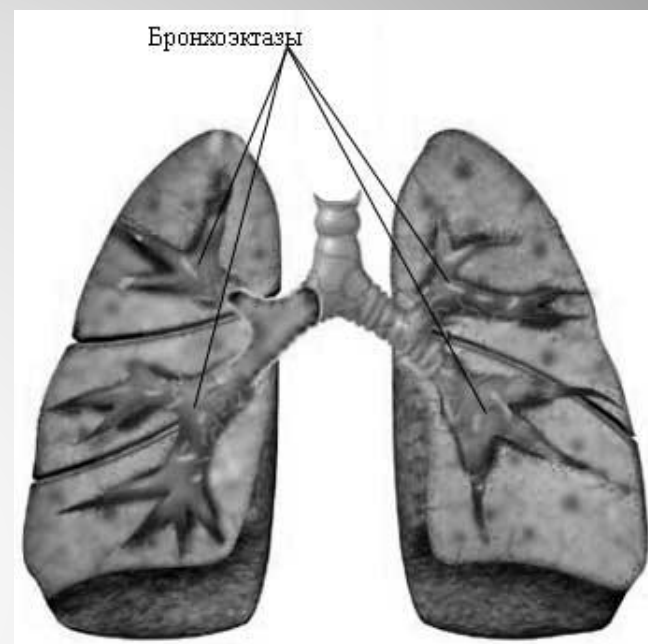
Өзгеріс бар

Өкпеден тыс
патологияны
емдеу

Қосымша зерттеу
жүргізу
-кеуде қуысы
ағзаларының КТ
-биопсияның
көрсеткішіне
байланысты
трахеобронхоскопи
я

- *Бронхоэктаздық ауруында бронхтардың ауыр деструктивті қабыну сипатта бронхтың барлық қабырғасына айналасындағы клетчаткаға қан, лимфа тамырларына таралатын негізінен бронх қуысының кеңеюіне алып келетін және оның дренаждық қызметімен жүретін өкпенің ауруы.*

Бронхоэктаз



- **Клиникалық көрінісі және диагностикасы.**
- Аурудың негізгі белгісі сәби кезінде білінеді.бірақ ол бала кезінде анықталмайды.
- Науқастардың жиі шағымдары көп мөлшерде **қақырықпен жөтел**, және науқаттың жалпы жағдайының нашарлауы, инфекциялық үрдістердің жиі өршуі болып табылады. Бронхоэктаз тұрақты өршімлі жөтел тән, өте сирек құрғақ жөтел болады. Көбіне жөтел шырышты және іріңді 50 ден 200 мл –ге дейінгі қақырықпен жүреді. Бұндай көлемдегі қақырықты науқас тәуліктің барлық уақытысында бөле алады, жиі таңертең. Күндіз науқасты **жөтел** мазаламауы мүмкін.
- Алдыңғы және ортаңғы бөліктерді зақымдаған кезде түнде жатқан қалыпта жөтел күшейеді.
- Науқастарды арнайы сұрастырусыз-ақ, қақырықтың бөлуіне мәжбүр қалыптың қажет екенініне назар аударады. Мысалы: төсектен басын салбыратып, орындық арқасына еңкеуіп, ваннаның қырына еңкейіп. Бұндай қалып бронхоэктаздың төменгі бөліктерінің зақымдалуы тән. Науқастар қақырықтың оңай түсуінің қалпын біледі және ол бронхоэктаздың орнын анықтауда маңызды. Қан түкіру бронхоэктаздың жиі белгісі емес. Аз мөлшерде қан түкіру (1,2 тамшы) науқастың үштен бірінде кездеседі. 10% науқастарда өкпеден қан кетуі мүмкін, бірақ аз көлемде. Өмірге қаупі аз. Бірақ қан түкіру науқастардың дәрігерге келуінің жиі себебі болады. Қан түкірудің немесе қан кетудің негізгі себебі тамырлардың варикозды кеңуі, грануляцияның болуы, грануляцияланған және нәзік шырышты қабаттардың зақымдану салдарынан болады. Кейбір жағдайларда қан түкіру аурудың жалғыз белгісі болуы мүмкін.

- **Синусит** — бұл бет қуысының немесе мұрынға тірелетін сүйектің асқынған немесе созылмалы ауруы. Ол көбінесе құлаққа, тамаққа инфекция түсуден, қатты салқын тиюден болады.
- **Белгілері**
- Тіс сырқырап ауырады.
- Көздің асты мен үстіңгі бөлігінің ауыруы (бет сүйегін, соққанда немесе еңкейгенде ауыру күшейе түседі).
- Мұрыннан қою сілекей және ірің ағады, жағымсыз иіс шығуы мүмкін.
- Мұрын жиі бітеді.
- Кейде ыстық көтеріледі.

Синусит

- **Емдеу жолдары**
- Суды көбірек ішіңіз.
- Мұрын арқылы аздап тұзды су сорыңыз немесе бумен дем алыңыз.
- Бетке ыстық компресс қойыңыз.
- Мұрынға фенолефрин түріндегі деконгестанттар тамызыңыз.
- Антибиотиктер қабылдаңыз: тетрациклин , ампициллин немесе пенициллин.
- Егер жағдай жақсармаса, дәрігерге барыңыз.
- **Алдын алу**
- Салқын тиген және мұрын біткен кезде мұрынды тазартыңыз

- **ЖҮРЕК ҚЫЗМЕТІНІҢ ЖЕТКІЛІКСІЗДІГІ**

- Жүрек қызметінің жеткіліксіздігі жүректің өзінің аурулары кезінде дамиды. Жүрек бір соққанында 60—75 мл қан шығарса, бір минөтте 4,5—5 л, бір тәулікте 7200 л, бір жылда — 263 тонна қан айдайды. Бұл көрсетілгендер қалыпты жағдайда болса, ал ауыр қол жұмысын жасағанда немесе спортпен шұғылданғанда бұлардың барлығы 3—4 еседен астам көбейеді.
- Жүрек қызметінің жеткіліксіздігі мына патогенездік жолдармен дамуы мүмкін:
 - 1. Шамадан тыс артық қызмет атқарудан, жүректің зорығуынан;
 - 2. Миокардтың бірінші бүліністерінен;
 - 3. Перикард қызметінің бұзылыстарынан;
 - 4. Жүрек ырғағының ауыр бұзылыстарынан;
 - 5. Осы көрсетілгендердің біріккен бұзхылыстарынан.
- Минуттық қан көлемін қалыпты жағдайда ұстап тұратын компенсациялық механизмдерге тахикардия жатады.
- Миокардта арнайы зат алмасу және құрылымдық өзгерістер пайда болып жүректің массасы мен жұмыс атқару қабілеті көтеріледі. Миокардтың гипертрофиясы дамиды.
- Жүректің икемделістік (компенсациялық) қызметі көтерілуі кезінде миокардтағы зат алмасу, құрылымдық және функциялық өзгерістер үш сатыда өтеді (Ф.З.Меерсон):



- **1. Апаттық саты** жүрек қызметінің жоғарылауынан кейін тікелей дамиды. Бұл сатыда ет массаларының мөлшеріне атқаратын жұмыс көлемінің ұлғаюына байланысты РНК мен нәруыздың түзілуі артады. Бұл мына тізбек бойынша жүреді. Жүрек қызметінің қарқыны артуы – АДФ/АТФ арақатынасы көтерілуі – митохонрияларда АТФ молкуласы түзілуінің артуы – кардиомиоциттердің гендік құрылымдарының әсерленуі – РНК мен нәруыздар түзілуінің көбеюі.
- Сонымен кардиомиоциттерде РНК мен нәруыздар түзілуінің артуы жүректің гипертрофиясына әкеледі.
- **2. Қалыптасқан гипертрофия және салыстырмалы тұрақты гиперфункция сатысы дамиды.** Бұл сатыда миокардтың массасы 1-2 есе үлкейеді, оның метаболизмінде, құрылымында және гемодинамикасында пайда болған өзгерістер, оттегін пайдалану, энергия түзу қалыпты деңгейге жақындайды және жаңа жұмыс жағдайына бейімделіп, ұзақ мерзімде әдеттегі жағдайда ұсталып тұрады. Спортшыларда бұндай өзгерген жүрек бірнеше есе үлкен жұмыс атқара алады.
-
- **3. Біртіндеп әлсіреу және үдемелі кардиосклероз сатысы.** Бұл сатыда зат алмасудың және миокард құрылымының терең өзгерістері пайда болады. Ет талшықтарының біршамасы тіршілігін жоғалтады, олардың орнына дәнекер тін өседі. Жүректің реттелу құралы бұзылады. Компенсациялық мүмкіншіліктері үдемелі әлсірейді, созылмалы жүрек қызметінің жеткіліксіздігіне әкеледі, ары қарай жалпы қанайналымының жеткіліксіздігі дамиды. Созылмалы жүрек қызметінің жеткіліксіздігі кезінде қанның минуттық көлемі азаю мүмкін. Кейде бұл көрсеткіш жүректің жиі жиырылуымен теңгеріліп тұруы ықтимал. Созылмалы жүрек қызметінің жеткіліксіздігі артериялдық қан қысымының төмендеуіне әкелуі мүмкін.

- ЖРВИ – бұл түрлі вирустармен қоздырылатын, жоғарғы тыныс алу жолдарының сілемей қабығының кабынуымен және ағзаның уыттануымен сипатталатын жіті респираторлық вирустық аурулар тобы.
-
- Бүгінгі таңда ЖРВИ-дің 200-ден астам вирус-қоздырғышы белгілі (паратұмау, тұмау вирустары, риновирустар, энтеровирустар, т.б.).
- ЖРВИ көзі – науқас адам. Қоғамдағы өмір – бұл ЖРВИ жұқтырудың тұрақты және нақты тәуекел. ЖРВИ-мен түйісуден құтылу мүмкін емес, бірақ осы сырқатпен ауыру ықтималын азайтуға болады.

Жедел респираторлы вирусты инфекция

● Белгілері

ЖРВИ-дің міндетті түрде болатын белгісі- суық тию. Ол кезде адамның дене қызуы (38,5ж%С дейін) көтерілуі мүмкін, әлсіздік пайда болады. Сонымен қатар шырышты қабықтардың ісінуі байқалады- катаралды көрініс: мұрынның бітелуі және мұрынан су ағу, тамақтың ауруы, көздің шаншуы, жас ағу, жөтел, кейде ұстама тәрізді құрғақ жөтел, қақырық түсуі мүмкін. Айта кету керек, ЖРВИ-дің тұмаудан айырмашылығы, талураған көрініс дене қызуының көтерілуімен бірге немесе одан да бұрын пайда болады. Әдетте тұмау жедел басталады: қалтырау, дене қызуы 38-40 градусқа дейін көтеріледі, тершендік, бұлшық еттердің ауруы, бастың қатты ауруы, көзден жас ағу, қатты жөтел, тамақтың жыбырлауы, мұрынның бітелуі және т.б белгілер пайда болады.



● **Диагноз**

Диагнозды аурудың отбасында немесе барып жүрген балалар ұжымында тұмаумен ауырған адаммен қатысқанына және лабораториялық зерттеулерге сүйеніп қояды. Арнайы вирусологиялық лабораторияларда тұмауды және басқа да ЖРВИ-ді анықтау үшін төмендегі әдістерді қолданады:

1. Аурудың алғашқы күндері алынған мұрын- жұтқыншақ шаймасынан вирусты анықтау;
2. Риноцитоскопия – тін ішіндегі вирустың қосындыларын табу үшін танаудың шырышты қабығының таңба- жағындысын зерттеу;
3. Иммунофлюоресценция- диагностиканың тездетілген әдісі, арнайы вирустық антиген аурудың куәгері болып табылады;
4. Серодиагностика- аурудан бірінші күндері және жазыла бастаған кезеңдегі алынған қанның жұптық сарысуынан арнайы антиденені анықтау.

● **Емдеу**

ЖРВИ –мен ауырған адамдар көбіне үйде емделеді. Дәрігер келгенше ауруды төсекке жатқызып, оңашалау және жақсы күтімді қамтамасыз ету керек. Ауруханаға көбінесе аурудың ауыр және асқынған түрлерімен ауырған балаларды жатқызады. Аурулардың жеке гигиенаны сақтауларына және бөлмені таза ұстауға аса көңіл аудару қажет. Тамақты организмнің ерекшелігіне және жасына қарай тағайындайды. Тамақ жеңіл сіңімді және витаминдерге бай болу керек. ЖРВИ-дің асқынбаған жеңіл түрлерінде арнайы емді және дәрі-дәрмектерді қолданбай-ақ қоюға болады. Тұ-маудың және ЖРВИ-дың басқа да түрлеріне қолданылатын арнайы дәрі-дәрмектерді үш топқа бөлуге болады:

1. Вирусқа қарсы қолданылатын дәрілер;
2. Ауру белгілерінің ауырлығын төмендететін және организмнің ауруды жеңіп шығуына көмектесетін дәрілер;
3. Аурудың асқынуына жол бермейтін дәрілер.

- **Жіті бронхит** – бір айға созылатын, басым жағдайда инфекциядан туындаған бронхтардың қабынуы.
- **Жіктемесі**
Этиология бойынша:
 - жиі жағдайда вирусты;
 - бактериалды;
 - уытты және күйіктік – сирек жағдайда.
- **Шағымдар мен анамнез:** жөтел, алғашында құрғақ, сонан соң қақырықпен; жалпы әлсіздік, терлегіштік.
- **Физикалық зерттеулер:** негізгі клиникалық көріністер: уыттану симптомдары (шаршау, қалтырау, субфебрилитет, арқа мен бұлшықеттердегі ауыру); жөтел, алғашында құрғақ, сонан соң сілемейлі іріңді қақырықпен продуктивті; еңтікпе жиі жағдайда өкпе мен жүректің фондық патологиясымен шартталған; фарингит және конъюнктивит симптомдары; аускультация кезінде – шашыранды құрғақ немесе өкпедегі сулы сықырлар.

ОСТРЫЙ БРОНХИТ



- **ДИАГНОСТИКА**



- **Диагностика критерийлері:**

- «Жіті бронхит» диагнозы 3 аптадан көпке созылған, жіті туындаған жөтел болған кезде, пневмония немесе өкпенің созылмалы ауруларының белгілері болмаған кезде қақырықтың болуымен қойылады.



- **Негізгі диагностикалық шаралар тізімі:**

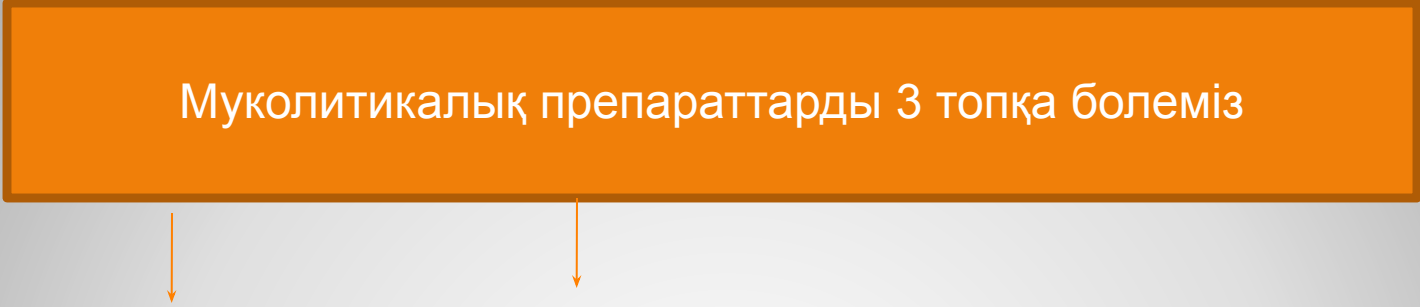
- 1. Қанның жалпы анализі.
 - 2. Зәрдің жалпы анализі.
 - 3. Микрореакция.
 - 4. Флюорография.



- **Лабораторлық зерттеулер**

- Жалпы қан анализінде лейкоцитоз, эритроциттердің тұну жылдамдығының артуы анықталу мүмкін. Жалпы зәр анализінде аздаған протеинурия анықталуы мүмкін немесе өзгерістер жоқ. Қақырық болған кезде, өкпе туберкулезін алып тастау үшін, БК ға үш реттік зерттеу жүргізу.

Муколитикалық препараттарды 3 топқа болеміз



- 1.Протеолитикалық фермент(трипсин, химотрипсин, рибонуклеаза, дезоксирибонуклеаза)
- 2. Аминокислоты с SH–группой(ацетилцистеин, карбоцистеин.)
- 3.Мукорегуляторы(бромгексин и амброксол)

- Ең эффективті терапия этиотропты
- Патогенетикалық терапия



- 1. Науқастар және вирустасымалдағыштармен қатынасты шектеу, әсіресе жоғары респираторлық аурушаңдық мезгілінде.
- 2. Бетперде таңу және ЖРВИ ауруы бар жанұя мүшелерінің қол жууы.
- 3. Бөлмедегі оптималды ауа режимін ұстап тұру.
- 4. Белсенді және пассивті темекі тартуды жою, үйде гипоаллергендік жағдай жасау.
- 5. Шынығу шараларын жүргізу
- 6. Адекватты тамақтану.
- 7. Тұмауға қарсы вакцинация.

Профилактика



ПАЙДАЛАНҒАН ӘДЕБИЕТТІҢ ТІЗБЕСІ

- 1.Дворецкий Л.И. Кашель: дифференциальный диагноз // Consilium Medicum –2006 т.8. – №3. – с. 5–8.**
- 2. Зайцева О.В. Синдром кашля у детей с острыми респираторными заболеваниями: алгоритм терапии // РМЖ.– 2007. –т.15. – № 21. – с.1549 –1552.**
- 3.Вернер, Дэвид. Халыққа медициналық жәрдем көрсету жөніндегі (Анықтамалық). Қазақ тіліне аударғандар: Айымбетов М, Бермаханов А.—Алматы: "Демалыс", "Қазақстан", 1994— 506 бет.**
- 4.Аурулардың диагностикасы және емдеу хаттамалары (Приказы №764 - 2007, №165 - 2012)**
- 5.Bronchitis. National Guideline Clearinghouse. [www. guideline.gov](http://www.guideline.gov). 2005**
- 6. Клинические рекомендации. Фармакологический справочник. Изд-во «ГЕОТАР-МЕД», 2004.**