

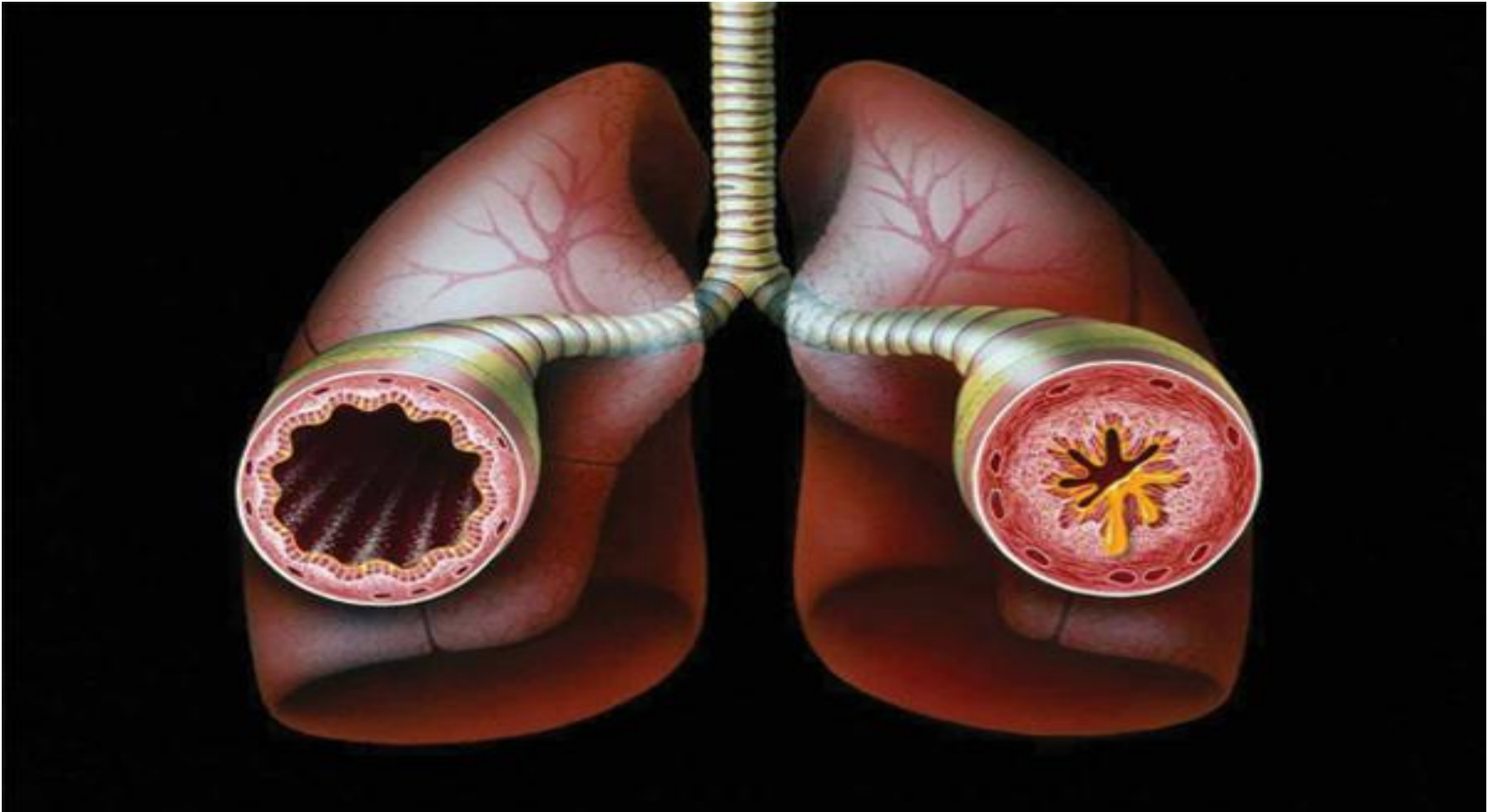
Лекция - Дәріс  
Тақырыбы: «Бронхиттік астма»  
Пән: «Ішкі аурулар»  
Курс - III  
Мамандығы: Емдеу ісі, Аяжан ісі,  
Акушерлік ісі.  
Дайындаған мұғалім Каримова Г.А

## Дәріс жоспары:

- Бронхттық астманын анықтамасы
- Бронхттық астманын этиологиясы
- Бронхттық астманын патогенезі
- Бронхттық астманын клиникалық көрінісі
- Бронхттық астманын диагностикасы
- Астмалық статус –анықтама, клиникалық сатылары, жедел көмек
- Бронхттық астманын емі
- Бронхттық астманын диспансерлік бақылау

Алпықтама.

Бронхттық астма- бронхтардын әртүрлі тітіркендіргіштерге сезімталдығынын күшеюімен жүретін, көрінісі бронхтардың жалпылама ұстамалары обструкциясымен білінетін, тыныс жолдарының созылмалы қабыну ауруы.



# Этиологиясы

## Сыртқы экзогендік факторлар

- Инфекция – бактерия, вирус, саңырауқұлақшалар
  - Аллергендер - өсімдік тозаңдары, шаң, дәрмектер, өндірістік аллергиялар, микроскопиялық кенелер, жәндіктер мен жануарлардың аллергиялары
  - Механикалық, химиялық тітіркендігіштер – марганец, хром, формальдегид қосындылары, азоттың қос тотығы, озон бар түтіндер, өндіріс түтіні
  - Метеорологиялық факторлар – ауаның температурасы, ылғалдылығы, магниттік өрістің тербелістері.
  - Стрестік, психикалық ықпалдар. Физикалық күш түсуі
- Ішкі эндогендік факторлары

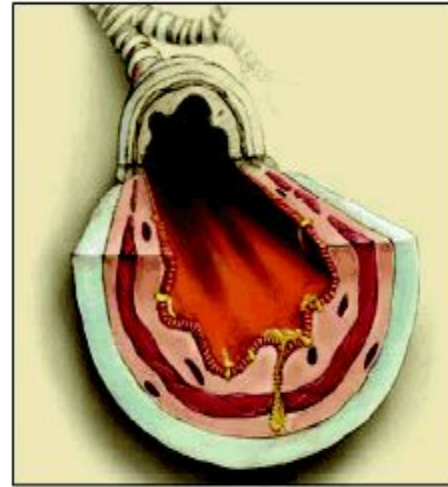
Иммундық, эндокриндік, вегетативтік нерв жүйесінің, бронх реактивтілігінің және сезімталдығының туа келетіндіктері

# Бронхтық астманын патогенезі

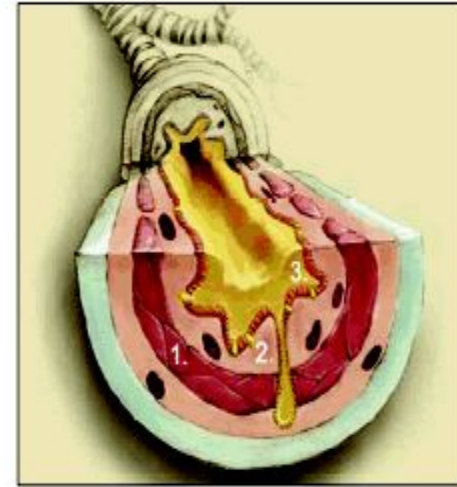
Негізгі патологиялық өзгерісі -  
бронхтардың ұстамалы тарылуы.

- Бронхтық спазм
- Бронхтардың кілегей қабығының ісінуі
- Бронхтар қабырғасының эозинофильдермен инфильтрациясы
- Кілегейдің гиперсекрециясы
- Эпителийдің десквамациясы

## Изменения бронхов при бронхиальной астме



Нормальный бронх



Бронх при БА:

- 1 – спазм
- 2 – отек слизистой
- 3 – гиперсекреция

# Клиникалық көрінісі

## Тән синдромдар

- 1) Бронхообструкция – экспирациялық ентікпе мен ұстамалар, тыныс шығарудың ұзаруы, құрғақ ысқырық сырылдар.
  - 2) Қабыну – қызудың көтерулуі, қақырық бөлінуі, ЭТЖ-ның жоғарлауы, интоксикациялық белгілері
  - 3) Аллергиялық – есек жем, қышыну, белгілі бір тағамның немесе дәрінің жақпауы, эозинофилия, аллергиялық риносинусопатия (түшкіру)
- Негізгі клиникалық белгілері – бронхтардың жалпылама қайтімді обструкциясынан дамидын экспирациялық ентікпемен ұстама

# Клиникалық көрінісі

## Астма ұстаманың 3 кезеңі

1. **Хабаршы белгілер кезені. Мұрын көмекейдің, терінің қышуы, мұрынның бітелуі, кеуденің қысылу сезімі, ұйқының келуі, есінеу.**
2. **Тұншығу ұстамасы. Алдымен киналдыра құрғақ жөтел пайда болып, сожан кейін науқас ентіге бастайды. Ұстама кезінде тыныс шығару 3-4 есе ұзарады, алыстан естілетін құрғақ сырылдар болады. Ал а қатаң ұстамада, бронхо спазм күшее кел сырылдар бәсеңсиді, тіпті жойылады. Ді мәжбүр қалыпта – науқас қолдарын тізес немесе отырғыштын арқалығына тіреп, иық белдемесін бекітіп отырады. Тыныс қызметіне иық белдімесінің, кеуденің, құрсақтың қосымша бұлшық еттері белсенді қатысады. Аускультация - әлсіз везикулалық тыныс және құрғақ ысқыры сырылдар естіледі. Жүрек тондары шаққ естіледі. Ұстама бірнеше сағатқа созылу мүмкін. Ол өз-өзінен немесе емнен басыла**
3. **Ұстаманың басылу кезеңі. Ұстама басыл алдында науқас қайтадан үсті-үстіне жөтеліп әйнек тәрізді мөлдір кілегейлі, түйіршікті қақырық тастайды. Қақырық түскен соң тыныс шығару жеңілденіп, қысқарады. Құрғақ сырылдар азаяды. Бір құрғақ сырылдар, тыныс шығарудың ұзарғандығы біршама уақыт сақталады.**



## Диагностикасы

- ❖ Қанда эозинофилия
- ❖ Қақырықта астма “үштігі”- Куршман шиыршықтары, Шарко-Лейден кристалдары және көп мөлшердегі эозинофильдер
- ❖ Өкпенің тыныстық қызметі өзгереді:
  - ӨТТС- өкпенің тездетілген тіршілік сымдылығының төмендеуі
  - Тез шығарылған тыныстық алғашқы 1 секундтық көлемінің азаюы (ТШТК – бронхтық обструкцияның деңгейін ең нақты анықтайтын көрсеткіш)
  - Тиффно индексінің төмендеуі (ТШТК/ӨТС)
  - Өкпенің қалық көлемі аса жоғарылауы
- ❖ Пикфлоуметрия – тынысты барынша алғаннан кейін тынысты тез шығару кезіндегі ауа ағымының максималды көлемдік жылдамдығынын анықтау әдісі, пикфлоуметрмен күніне 3 рет анықтайды.

Peak flow meter





## Астмалық статус

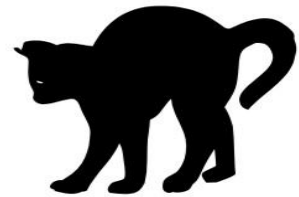
**Бронхтық астманың ең жиі қауіпті асқынуы, 5% өлімге әкеледі**  
**АС – бронх қабырғаларының жалпылама ісінуіне, өзектерінің қою кілегейімен бітелуінен дамиды, симпатомиметиктерге резистентті аса ауыр бронхтық обструкция**

**□ Клиникалық сатылары:**

- I. - компенсацияланған: ұзаққа созылған тұншығу ұстамасы 12 сағат одан да ұзақ уақыт емге берілмейді**
- II. - декомпенсация “үнсіз өкпе”: бронхтар өтімділігі одан сайын нашарлайды, өзектері қою кілегеймен бітіледі, “ үнсіз өкпе” пайда болады (аускультация)**
- III. - гипоксемиялық, гиперкоманиялық кезеңнің сатысы: “ үнсіз өкпе” көрінісі күшеюі мүмкін, терінің бозғылт, көкшіл түсі қызғылт көкшілге аусады. Қанның газдық құрамының ауыр өзгерістері, церебральдік неврологиялық бұзылыстар пайда болады, науқас есінен айырылады**

# Емі

- **Себепші аллергенді немесе аллерген тобын анықтап, науқастың олармен жанасуын тоқтату**



## Емі

- **Астмамен ауратын науқастар 2 түрлі дәрі қажет етеді:**
- **Демікпе ұстаманы тоқтату үшін тез әсер ететін бронхолитиктер**
- **Демікпе ұстаманы алдын алатын өкпені қорғайтын профилактикалық дәрілер**



# Емі

- **БА сатылы емі:**
- **1-сат. Қысқа әсерлі инголяциялық бронходилататорлар:**  
**Сальбутамол, фенотерол, серевент - 1-2 инголяция 6 сағат сайын**
- **2 -сат. Профилактикалық дәрмектер: интал, задитен; түнгілік ұстамалар болса – ұзақ әсерлі бронхолитиктер, теофиллин, теотарт, теопек.**
- **3-сат. Инголяциялық стероидтар: серетид 800 мг -2000мг**
- **Глюкокортикоидтар**
- **-Бекламетазон дипропионат 1инг доза 50мкг**
- **-Будесонид 1инг доза 250мкг**
- **-Флюнисолид 1инг доза 250мкг**
- **-Флютиказон пропионат 1 инг доза 250 мкг**
- **Аталған дәрілер қабынуды басады. Жанама әсерлері: ауыс қуысының кандидозы, әр инголяциядан кейін ауызды жақсылап шәу қажет. Кандидоз біліне бастаса саңырауқұлақшаларға қарсы дәрмекі дер кезінде қолданамыз**

## Астмалык статустын емі

- *Преднизолон вена ішіне 60-90мг әр екі-үш сағат сайын*
- *Эуфиллин 2,4 % 15мл өте жай, 10-15 минут көлемінде вена ішіне*
- *Гидротация мақсатымен диуретиктер салынады*
- *Қақырықты түсүін жеңілдету үшін амброксол вена ішіне 1мл 3 рет күніне, массаж жасалады*
- *Қан қысымы жоғарласа дроперидол, коренфар қолданылады*
- *Тромбоэмболиялық аскынулардың алдын- алу үшін гепаринотерапия*
- *Обстукциямен күресу үшін сальбутамол вена ішіне 2,5мкг/кг немесе ипратропиум бромид инголяция*

## **Диспансерлік бақылау**

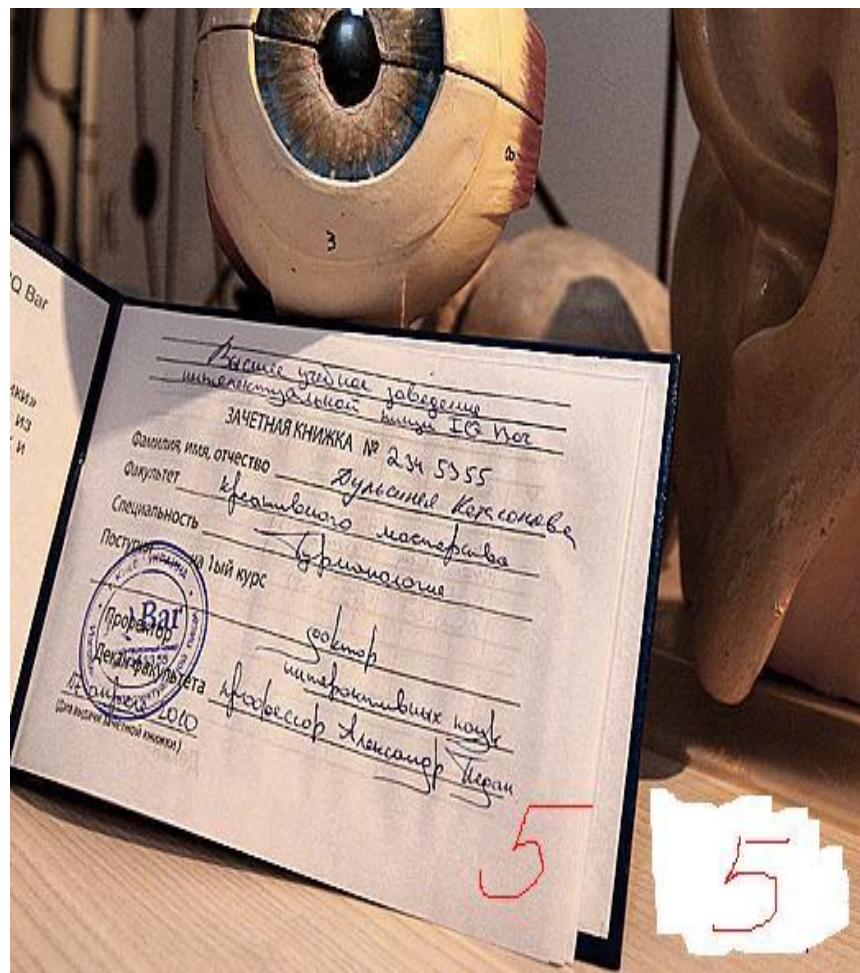
**Астмамен ауратын науқастар белсеңді, қалыпты өмір сүре алады – егер астманы бақылауға (контроль) алса. Олардың спортпен шұғылдануға, жұмыс істеуге, мектепке баруға, ойнауға, түнде тыныш ұйықтауға мүмкіншіліктері бар**

- **Диспансерлік бақылаудың жоспары:**
  - **Жылына 2-3 рет участкілік дәрігердің, фельдшердің қарауы**
  - **Жылына 2-3 рет жалпы қан анализі, лейкоформула, жалпы несеп анализі, қақырықты микобактерия туберкулезаға, спирография, флюорография тексеру**
  - **Аллерголог, пульмонолог консультациясы 1 рет**
  - **Алдын алу дәрілерді күнделікті қолдану – серетид, приступ кезінде сальбутамол 1-2 инг.**



## Бақылау сұрақтары

- A. **Бронхтық астма дегеніміз не?**
- B. **Астманың этиологиясын ата?**
- C. **Астманың негізгі патологиялық өзгерісі?**
- D. **Обструкциясынын себептерін ата?**
- E. **Бронхтық астмаға тән синдромдар?**
- F. **Астманың хабаршы белгілер туралы айт?**
- G. **Тұншығу ұстаманың клиникалық көрінісі?**
- H. **Астмалық статус дегеніміз не?**
- I. **Қақырықта астма үштүгінің белгілері?**
- J. **Пикфлоуметрия дегеніміз не?**
- K. **Астманың диагностикасы?**
- L. **Астмалық статусын сатылары?**
- M. **Астмалық статусын емі?**
- N. **Бронх астмадағы диспансерлік бақылау**



## Ситуациялық есеп

- **49-жастағы науқас мына шағымдарымен келіп отыр: өте күшті ентігу, қиын бөлінетін шырышты қою қақырық, жөтел, жалпы әлсіздік. 4 жыл бойы тұншығу ұстамалары мазалайды. Осы ұстамалар үшін стационарда глюкокортикоидті препараттарымен емделген тұншығу ұстамалары бұрында беротек инголяциясымен басылатын. Бірнеше күн бұрын жедел респираторлы аурумен аурып қалып халық емін қолданған. Емделіп жүрсе де тұншығу ұстамалары тәулігіне 5-6 рет қайталаанады. Соңғы тәулікте ентігу басылмады. Беротек инголяциясы тұншығу ұстамасын қысқа мерзімге басты. Науқас ентігуден жата алмайды, терісі бозғылт, азаған цианоз. Дем шығару ұзарған, ысқырық сырылдар алыстан естіледі. Тыныс алу жиілігі 32, пульс 120 мин, ырғақты, ҚҚ -160/90мм.сн.бб, жүрек тондары тынық**
- Ауру туралы ойыңыз, іс-әрекетіні?**



## Ситуациялық есеп

- **Пациент 32 жаста, ертеңгі мезгілде және суық кезде тұншығуға шағымданады. Жөтел, қиын бөлінетін қақырықпен, ол бөлінгеннен кейін жағдайы жеңілдейді, алыстан ысқырған тынысы естіледі. Объективті қарауда: пациенттің төсектегі жағдайы мәжбүр, мойының созып демалды. Қолын төсек шетіне тіреп отыр. Мойын кеуде бұлшық еттері тыныс алуға қатысады. Демалуы шулы, дем шығаруы ұзарған, өкпе аускультациясында тыныс әлсіз, көп мөлшерде құрғақ сырылдар естіледі**
- **Ауру туралы ойыңыз, іс-әрекетіні?**

## Қолданған әдебиеттер:

- Стандарты диагностики и лечения для врачей по ПМСП 2007г, Алматы
- Ішкі аурулар Б.Калимурзина 1том Асем Систем