

Самарканд Давлат Тиббиёт Институти
Педиатрия факултети Ички касалликлар
кафедраси

Реферат

Мавзу: Бронхиал астма

Бажарди: 605-гуруҳ талабаси
Зоиров Ойбек.

Бронхиал астма

Бронхиал астма (БА) – бу сурункали, клиникасида бўғилиш хуружи билан характерланадиган касаллик бўлиб, асосан бронхлар реактивлигининг ўзгариши ва астматик статус ривожланиши билан жиддий оқибатли патология ҳисобланади. Касалликнинг асосида силлиқ бронхиал мускулларнинг спазми ва бунинг оқибатида майда бронхларнинг кучли торайиши келиб чиқиши ётади. Бронхлар реактивлигининг ўзгаришига специфик ва носпецифик таъсирлар сабабчи бўлиб, булар асосан, организмга ташқаридан такрор кирган ёт оқсиллардир.

Бронхиал астма этиологиясида куйидагилар аҳамиятга эга:

1.Ноинфекцион аллергенлар (чанг, дори-дармонлар, ҳашоратлар ва ҳайвонлар аллергенлари).

2.Инфекцион аллергенлар (вируслар, бактериялар, замбуруглар, ва б.) 3.Механик ва кимёвий ирритантлар (металл, ёғоч, ғўза чанглари, мум, кислота, ишқорлар буғлари).

4.Физик ва метерологик омиллар (ҳароратнинг, намликнинг ўзгариши, атмосфера босимининг, ернинг магнит майдонининг тебранишлари ва бошқалар.)

5.Асабий-рухий кўзгалишлар, стресс таъсирлар.

Бу омилларнинг барчаси адашган нервни китиклаб, унда спазматик таъсир пайдо килиб, астма хуружини келтириб чикаради.

Бронхиал астма (БА) патогенези:

Бронхлар ўтказувчанлигининг бузилиши бронхлар реактивлигининг ўзгариши олиб келади.

Булар куйидагилар таъсирида йизага келади, яъни: бирламчи- тугма, орттирилган, кимёвий, физик, механик ва инфекцион омиллар таъсири.

Иккиламчи - асаб эндокрин тизимининг узгариши, ауто ва инфекцион антигенлар таъсири. Бронхлар реактивлигининг иккиламчи узгариши иммун, эндокрин, асаб тизимларининг узгариши натижасида йизага келади.

Иммунологик механизмлар

Бронхиал астмали беморларнинг асосий қисмида бронхлар реактивлигининг узгаришига иммун тизимдаги узгаришлар, яъни гуморал ва хужайравий иммунитетларнинг Гелл ва Кумбс таснифи буйича И, ИИИ ва ИВ типли сезувчанликнинг йикори булиши сабаб булади. Иммун реакциялар нафас йулларининг шиллик каватида хосил булади.

Ноиммунологик механизмлар

Бронхлар реактивлигининг узгаришига тугма ва орттирилган биологик нуксонлар сабаб булади. Ноиммунологик механизмлар эффектор хужайралар бирламчи ёки иккиламчи таъсир курсатиши натижасида бронхлар силлиқ мушаклари, қон томирлари, бронхиал безлар рецепторлари таъсирланиши туфайли ривожланади.

Таснифи:

Бронхиал астма таснифида иккита йуналиш бор, яъни биттаси этиологик, иккинчиси эса касалликнинг оғирлик даражаси ва бронхиал обструкциянинг қай даражадалигига асосланган.

Шунга кура, касалликнинг атопик, инфекцияга қарам, дисгормонал, аутоиммун, нерв-психик, холенэргик, адренэргик дисбалансли, бронхлар сезувчанлиги ва реактивлигининг бирламчи узгарувчанлиги қабил турлари тафовут қилинади, аммо бу тасниф самарадор даволашни ёрита олмайди. [Г. Б. Федосеев 1988 й.].

Шунинг учун 1992-1995 йилларда урганилиб, қабул қилинган тасниф ушбу муаммони еча олади, яъни, бунга кура беморнинг ҳолати погоналарга булиниб урганилади, бу эса беморга даволашни оптимал олиб боришни ҳал этади. Бунга кура куйидаги погоналар тафовут қилинади, яъни:

- Биринчи поғона-даврий кечувчи
- Иккинчи поғона-енгил кечувчи

- Учинчи погона-уртача огирликдаги
- Туртинчи погона-огир кечувчи

Бронхиал астма таснифи (Г. Б. Федосеев 1988 йил.)

И.Бронхиал астма ривожланиши этаплари.

Амалий соғлом кишиларда туғма ёки орттирилган биологик нуқсонлар ва узгаришларнинг мавжудлиги, яъни:

- а) махаллий ва умумий иммунитетнинг узгариши.
- б) «тез жавоб кайтариш» реакцияси (семиз хужайралар, макрофаглар, эозинофиллар, тромбоцитлар) мавжудлиги.
- в) мукоцилиар клиренс узгариши.
- г) эндокрин тизим узгариши
- д) упка томирлари эндотелийсининг метаболик дисфункцияси.
- ж) арахидон кислота метаболизмининг бузилиши.
- з) шахснинг нерв-психик ҳолати хусусияти.
- и) бронхлар ва ЛОР органлари реактивлигининг узгариши.

Биологик нуқсонлар клиник жихатдан БА ривожланишига туртки бўлиши мумкин.

2.Астма олди (предастма) ҳолати. Бу нозологик касаллик бўлмай, балки, БА нинг клиник пайдо бўлиш ҳавфи ҳисобланади. Клиник диагнозда бу ҳолат куйилади, яъни курсатилади. Предастма ҳолати нафас йулларининг вазомотор бузилишларини, бронхоспазм белгилари билан, аллергиянинг бошқа куринишлари («эшак еми», «Квинке шиши», қонда эозинофилия, балгамда ҳам, мигрень, нейродермит) ҳисобланади.

3.Клиник шаклланган БА – бу биринчи бор астма ва астматик статус хуружларидан кейинги ҳолат.

ИИ. БА нинг шакллари: (клиник диагнозда курсатилмайди).

- 1.Иммунологик шакли.
- 2.Ноиммунологик шакли.

ИИИ. БА нинг клиник – патогенетик шакллари:

- 1.Атопик – аллергияни курсатиш керак.
- 2.Инфекцияга қарам – инфекция агент ва инфекция жараённинг боришини курсатиш керак.
- 3.Аутоиммун.
- 4.Гормонал – эндокрин, узгарган органни ва дисгормонал узгаришларни курсатиш лозим.
- 5.Нерв-психик шакли.
- 6.Ифодаланган адренэргик дисбаланс.
- 7.Бронхлар реактивлигининг бирламчи узгарганлиги, иммун, асаб-эндокрин тизимлар иштирокисиз шаклланиб, туғма бўлиши мумкин, кимёвий, физик, механик ва инфекция агентлар таъсирида ривожланади.

ИВ.Огирлигига кура:

- 1.Енгил даражали – йилига хуружлар сони 2-3 марта такрорланиб, дориларни қабул қилиш туфайли утиб кетади, ремиссия даврида бронхоспазм йук.
- 2.Уртача огирликда – хуружлар сони йилига 3-4 марта бўлиб, огиррок кечади, хуруж дориларни инъекциялар орқали қабул қилганда утади, хуружлараро даврларда астматик ҳолат бирмунча ифодаланган бўлади.
- 3.Огир даражали – хуружлар сони йилига 5 ва ундан қўп бўлиб, огир кечади, бартараф қилиш қийинрок бўлиб, астматик статус билан асоратланади.

В.Кечишига кура:

- 1.Кузғалиш даври.
- 2.Кузғалишнинг пасайиши.
- 3.Ремиссия.

ВИ.Асоратланишига кура:

1. Упкага таллукли: упка эмфиземаси, нафас етишмовчилиги, ателектаз пневмоторакс ва бошкалар.

2. Упкадан ташкари – миокард дистрофияси, упка – йираги, йирак етишмовчилиги ва бошкалар.

Касалликнинг огирлик даражасига кура бронхиал астманинг кечиши бир-биридан куйидагича фаркланади :

Енгил даражали БА – хуруж йилига 2-3 марта такрорланиб, у перорал ёки ингаляцион бронходилататорларни куллаш билан бартараф этилади. Ремиссия даврида беморларда бронхоспазмнинг клиник белгилари булмайд.

Уртача огирликдаги БА – хуруж йилига 3-4 марта такрорланиб, хуруж огиррок ва узокрок давом этиши, вена ичига препаратларни қабул қилиш орқали бартараф булиши билан характерланади. Ремиссия даврида жисмоний зуриқишдан сунг ёки бажариш мобайнида бронхлар спазмининг енгил клиник белгилари кузатилиши мумкин.

Огир даражали БА – хуруж йилига 5 мартадан купрок такрорланиб, купрок астматик статус билан асоратланади. Хуружлараро даврда эса бронхларнинг спазми ифодаланган булади.

АСТМАТИК СТАТУС

Бу бронхиал астманинг асосий ва огир, хавфли асоратларидан бири. Астматик статус (АС) – бу ўрта ва майда калибрли бронхларнинг диффуз шиши, экспиратор коллапси туфайли бронхлардан қийинлик билан ажралувчи балгамнинг тўпланиши туфайли узок давом этувчи бронхообструктив синдромдир.

Бу синдром ўткир нафас етишмовчилиги бўлиб, БА ли беморларда нафас йўлларининг обструкцияси туфайли йизага келиб, эуфиллин, селектив бета-2 симпатомиметиклар терапиясига резистентлиги билан характерландиган ҳолатдир.

Этиологияси:

Куйидагилар АС нинг келиб чиқишида рол ўйнайди.

1. Бронхлар ва ўпка тизимида бактериял, вирусли яллиғланишли жараёнлар.
2. Муваффақиятсиз бошланган гипосенсибилизация.
3. Ҳаддан ташкари седатив ва уйқу келтирувчи дориларни қабул қилиш.
4. Глюкокортикостероидларни узок вақт қабул қилгач, олиб ташлаш («олиб ташлаш синдроми»).
5. Бронхларнинг аллергик ва кейинчалик обструкциясига сабаб бўлувчи дориларни (салицилатлар, анальгин, антибиотиклар, вакцина ва зардоблар) қабул қилиш.
6. Симпатомиметикларни суъистемол қилиш.

Астматик статус таснифи: (Г. Б. Федосеев, 1984 й., 1988 й., А. Г. Чучалин, 1985 й., Т. А. Сорокина, 1987 й.)

И. Патогенетик вариантлари:

1. Секин ривожланувчи статус.
2. Анафилактик астматик статус.
3. Анафилактоидли астматик статус.

ИИ. Боскичлари фаркланади.

Патогенези:

Патогенетик хусусиятига кура астматик статуснинг 3 та варианты ривожланишида куйидагилар рол ўйнайди бу вариантлар бир-биридан узига хос клиник белгилари билан фарк қилади :

Аста-секин ривожланувчи АС асосида куйидагилар рол ўйнайди, яъни:

1. Бетта -2 адренорецепторларнинг камали.
2. Бронхларнинг спазмини чакирувчи альфа-адренорецепторларнинг устунлиги.

3. Гликокортикостероидларнинг ифодаланган етишмовчилиги, бу эса уз навбатида бетта-2 адренорецепторларнинг камалини чуқурлаштиради.
4. Бронхларнинг яллигланишли ва аллергик обструкцияси.
5. Йутал рефлексининг бартараф этилиши.
6. Бронхларда холинэргик таъсирларнинг устунлиги.

Анафилактик статус (тезкор типли). Асосида гиперергик анафилактик реакция хосил булиб, яллигланишнинг аллергик медиаторлари ажралиб, бу эса уз навбатида аллерген билан тукнашилганда, ёт оксилга нисбатан сезувчанликнинг ошиши (анафилаксия) йизага келиб, бронхларнинг тотал спазмига сабаб булади.

Анафилактоидли астматик статус. Асосида нафас йулларининг механик, физик, кимёвий (совук хаво, уткир хидлар ва б.) таъсирлари туфайли рецепторларнинг таъсирланишига бронхлар рефлектор спазм билан жавоб беради.

Астматик статуснинг ривожланишида куйидаги 3 та боскич мавжуд:

1. Вентиляция бузилишларсиз ёки компенсация боскичи.

Клиникаси чузилган БА хуружига ухшайди. Бир кунда бир неча бор бартараф этиб булмайдиган бугилиш хуружлари булиб, беморларнинг эс-хуши жойида, йутал курук хуружсимон булиб, балгам жуда кийинлик билан ажралади. Кузга акроцианоз, тери катламларининг намлиги, тахипноэ 1 мин. 40 тагача, масофадан эшитилувчи курук, хуштаксимон хириллашлар, ортопноэ ҳолати ташланади. Перкуссияда упкада кутисимон товуш (эмфизема туфайли), аускультацияда везикуляр нафас упканинг пастки булакларида ута сустиги, курук хуштаксимон хириллашлар эшитилади.

ЙУрак кон томирлар тизимида – тахикардия, аритмия, А/Б нинг нормадалиги ёки ошганлиги. Ҳазм килиш органлари тизимида – жигарнинг катталашганлиги, асаб рухий сфера тизимида кузгалувчанлик, баъзан алахлаш галлийцинациялар аникланади.

Лаборатор тахлиллар натижаси: УКТ – полицитемия, биохимик текширишда – альфа 2, гамма глобулинлар, фибриноген, серомукоид, сиал кислоталарининг ошганлиги, коннинг газли таркибида кам ифодаланган артериал гипоксия, нормакапниялар, ЭКГ да – унги булмача, унги коринчанинги зурикиши аникланади.

2. Усиб борувчи вентиляция бузилишлар ёки декомпенсация («соков упка») боскичи.

Беморлар ахволи ута огир булиб, хансираш, упкада нафас олиш йизаки, ортопноэ ҳолати, буйин веналари буртган, тери катламлари кулранг, нам, баъзида кузгалишларнинг бефарклик билан алмашиши. Аускультацияда нафас шовкини эшитилмаслиги («соков упка») факат баъзи жойларида кам миқдорда хириллашларнинг эшитилиши, А/Б- нинг пастлиги, йурак тонларининг бугиклиги, «от дупури» нинг пайдо булиши аникланади.

Лаборатор тахлилларда – ифодаланган гипоксемия, гиперкапния, ЭКГ да унги булмача ва унги коринчанинги зурикиши.

3. Боскич гипоксемик, гиперкапник кома.

Беморлар хушсиз, хушдан кетиш олдида калтироклар тутиб, диффуз тер копланган, нафас олиш йизаки, аускультацияда везикуляр нафас ута сусайган, пульс ипсимон, А/Б пасайган, йурак тонлари бугик, «от дупури», баъзида коринчалар фибрилляцияси аникланади.

Лаборатор тахлиллар натижаси – ифодаланган гипоксемия, гиперкапния, ЭКГ да – унги булмача ва унги коринча зурикиши.

П. Н. Йеренев ва б. лар буйича АС нинг учта боскичи куйидагилар билан характерланади:

Бу боскичларга кура беморларнинг ҳолати, тери ранги, артериал босим курсаткичлари, физикал узгаришлар натижаси, упка экскурсиясининг ҳаракатлари, йурак

кискаришлари сони, беморнинг рухиятидаги узгаришлар кай даражада узгариши хисобга олиниб, буни куйидаги жадвалда ифодалаш мумкин, яъни :

| Белгилар | I - боскич | II - боскич | III- боскич |
|--|--|---|---|
| Холати Тери ранги | Огир акроцианоз | Ута огир кулранг | Ута огир Таркок, диффуз цианоз |
| Тахипноэ Курук хириллашлар Упка экскурсияси Артериал босим ЙУрак кискариши | Ифодаланган Бор Аникланади Ошиши мумкин Тахикардия | Ифодаланган Ута камайган Базур Гипотензия Тахикардия ёки ипсимон | Олигопноэ билан Йуколган Аникланмайди Гипотензия, коллпакс |
| Рухий сфера | Астения | Ифодаланган ёки ноаник, эс-хуш | Ипсимон пульс Эс-хуш йуколган |

Диагностикаси:

Астматик статус диагнозини тугри куйишда куйидагилар мухим рол уйнайди:

1. Анамнестик маълумотлар ва беморни орган-тизимлар буйича текшириш.
2. Умумий кон тахлилида – полицитемия, коннинг биохимик текширувида альфа 2, гамма глобулинларнинг, фибриноген, серомукоид, сиал кислотасининг ошиши.
3. ЭКГ да унг булмача ва унг коринчанинг зурикиш белгилари.

Қиёсий таққослаш:

Куйидагилар билан ўтказилади.

1. Ўткир бронхит билан
2. Сурункали бронхит билан
3. Ўткир пневмония билан
4. Сурункали пневмония билан
5. Трахея, бронхлар, хикилдокнинг стенози
6. Гемодинамик бронхоспастик синдром
7. Трахея, бронх деворига ёт жисмларнинг тушиши
8. БТДҚда ўпканинг зарарланиши
9. Гематологик касалликларда трахеообтурацион синдромнинг ривожланиши
10. Эндокрин, невроген генезли бронхоспастик синдромнинг ривожланиши
11. ЙУрак астмаси билан ўтказилади.

Бронхиал астмани даволаш этиологик омилларни хисобга олган холда куйидагиларни:

- 1) БА хуружи даврида даволаш; астматик статус холатида жадал даволашни.
- 2) Кузгалиш даврида даволашни.
- 3) Ремиссия даврида даволашни уз ичига олади.

Даволаш:

Астматик статусда беморларни зудлик билан пульмонологик, реанимацион бўлимларига етказиш керак. Даволашнинг самарадорлиги даволашни қанчалик тез ва тўғри бошлашда намоён бўлади. Даволашнинг бошидаёқ адrenomиметикларни олиб ташлаш керак.

Терапияда куйидагиларни қўллаш лозим:

1. Оксигенотерапия

- 2.Инфузион терапия
- 3.Глюкокортикостероидтерапия
- 4.Балгамни суйлтирувчилар
- 5.Психотроп воситалар
- 6.Дегидратацион терапия
- 7.Кислота - ишкор мувозанатини тикловчилар
- 8.Тромбоэмболик асоратларнинг олдини олиш
- 9.Антибиотикотерапия курсатмага кура (пенициллин мумкин эмас)

Аста – секин ривожланувчи астматик статусни даволаш:

- 1.Симпатомиметикларни олиб ташлаш.
- 2.Глюкокортикостероидтерапия вена ичига томчи шаклда, хар 3 соатда, преднизолоннинг суткалик дозаси 300-400 мг. гача, гидрокортизоннинг эса 1500 мг. гача, шунингдек уларни рег ос хам тавсия этилади.
- 3.Бронхолитик сифатида эуфиллинни вена ичига томчи шаклда, суткалик дозаси 1,5-2,0 гр.
- 4.Инфузион терапия натрий хлорнинг изотоник, глюкозанинг 5% ли, Рингер эритмаси суткасига 2,0-2,5 л гача.
- 5.Кислота – ишкор мувозанатини тиклаш максатида 4% ли натрий гидрокарбонат эритмаси 200 мл. гача ва ундан куп.
- 6.Балгамни суйлтириш максатида 3% ли калий йодид эритмаси 30-60 мл. суткасига ичишга.
- 7.Оксигенотерапия.
- 8.Юрак гликозидлари (катгий курсатмага кура).
- 9.Марказий веноз босими ошганда вена ичига лазикс 20-40 мг.
- 10.Кон чикариш 200-300 мл.
- 11.Симпатомиметикларнинг токсик таъсирини бартараф этиш ва А/Б ни тушириш максатида вена ичига 0,25% ли 1,0 мл. дроперидол.
- 12.Бронхларни кенгайтириш максатида фторотанли наркоз.
- 13.Коннинг реологик хусусиятини яхшилаш ва тромбоэмболик асоратларнинг олдини олиш максатида реополйиглюкин суткасига 400-800 мл.
- 14.Антибиотикотерапия, курсатмага кура
- 15.Даволаш бронхоскопияси, йикоридагилар натижасиз булганда.

Астматик статуснинг иккинчи боскичини даволаш:

- 1.Бронхларни ювиш йули билан даволаш бронхоскопиясини куллаш. Хозирги вақтда АС нинг бу боскичида («соков упка» ва ифодаланган нафас етишмовчилиг) бронхлар утказувчанлигининг тикланишига бу даволаш тугри чора хисобланади.
- 2.Глюкокортикоидларнинг юкори дозасини куллаш: Преднизолоннинг 60-90 мг. гача дозасини хар 1,0-1,5 соатда йибориш. Агар 2-3 соат ичида беморнинг ахволи яхшиланмаса, преднизолоннинг дозасини 120-150 мг. гача, бундан ташкари хар 4-6 соатда 125 мг. гидрокортизон йиборилади. Беморнинг ахволи даволашнинг бошидаёк яхшиланса, у холда преднизолоннинг дозаси 60 мг. ва кейинчалик эса хар 3 соат оралатиб 30 мг. дан йиборилади.

Астматик статуснинг учинчи боскичини даволаш:

- 1.Ўпканинг сунъий вентилацияси.
- 2.Интенсив медикаментоз инфузион терапия.

Астматик статуснинг анафилактоид ва анафилактоидсимон вариантларини даволаш: (тезкор терапия).

1.Зудлик билан вена ичига адреномиметик воситалардан 0,1% ли адреналин эритмаси 0,3-0,5 мл. Бу тадбир бронхоспазмни бронхларнинг шишини, вазодилатациясини баратараф этиб А/Б ни оширади.

2.Бронхларни кенгайтириш максадида м/о га 1% ли 1-2 мл. пирроксан.

3.Антигистамин препаратлардан 2-3 мл., тавегил 1,0 мл., супрастин м/о га.

4.Интенсив гlikококортикостероидтерапия.

5.Холинолитикларни тавсия этиш вена ичига ёки м/о га 0,1% ли 0,5-1,0 мл. атропин эритмаси.

6.Вена ичига 2,4% ли 10,0 мл. эуфиллин йибориш.

7.Ингаляцион фторотанли наркоз.

8.Упкани сунъий вентиляция килиш.

9.Упкани бевосита массаж килиш.

Астматик статус холатидан даволанган беморларга тугри реабилитация чораларини утказиш катта ахамиятга эга. Шу максадда БА ли беморларни диспансер назоратига олиш, уларни хуружлараро даврида санаторийларда даволаш, курсатмага кура медикаментоз даволаш, ДФК ва укалаш, тугри касбга йуналтириш ва бошка тадбирлар мувофикдир.

Рецептлар ёзиш: ГКС, диуретиклар, ганглиоблокаторлар, бронходилататорлар, бронхолитиклар, антигистамин, антикоагулянтлар, иммуномодуляторлар, уларни таъсири, ножуя таъсирлари урганилади.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. В.С Рачинский, В.К Таточенко. Болезни органов дыхания у детей , 1987г.
2. В.В Юрьева. Пропедевтика дедских болезней практикум. (224-264 ст)
3. А.А Баранова Детские болезни 2002 . (363- 393)
4. Н.П.Шаболов Детские болезни Москва 2008г 312-346 ст.
5. Солодовникова И.И., Полюхович Г.С., Карман Е.К. Висцеральные системы «Электронная книга БГУ» 2003 www.elbook.bsu.by elbook@bsu.by
6. www.medikal.ru
7. www.google.com