

ՄԱՐԶԱՅԻՆ ԲԺԻՇԿՆԵՐԻ  
ՎԵՐԱՊԱՏՐԱՍՏՄԱՆ ԾՐԱԳԻՐ  
02.06.08թ.-27.06.08թ.

# Ռ Ե Ֆ Ե Ր Ա Տ

*Թեմա՝ «ՄՈՒՐ ՕԲՍՏՐՈՒԿՏԻՎ ԲՐՈՆԽԻՏՆԵՐԸ  
ԵՐԵԽԱՆԵՐԻ ՄՈՏ»*

Զեկուցող՝ Կիրակոսյան Իդա

Դասախոս՝ Նարությունյան Ալլա

Երեխաների մոտ շնչառական համակարգի հիվանդությունների շարքում զգալի տեղ են գրավում բրոնխիտները: Վիրուսային և բակտերիալ ծագման հարուցիչների շարունակվող էվոլյուցիոն զարգացումը, իմունոդեֆիցիտ վիճակների աճը (պայմանավորված էկոլոգիական պրոբլեմներով և մի շարք այլ անբարենպաստ գործոններով) պատճառ են հանդիսանում ռեցիդիվով և օբստրուկտիվ բրոնխիտների աճի համար: Եվ այսպիսի բրոնխիտները դժվարությամբ են ենթարկվում տրադիցիոն բուժման մեթոդներին:

Դասակարգումը.

- սուր բրոնխիտ (հասարակ)
- սուր օբստրուկտիվ բրոնխիտ, բրոնխոլիտ
- սուր օբլիտերացնող (լսցանող) բրոնխիտ
- ռեցիդիվող բրոնխիտ
- ռեցիդիվող օբստրուկտիվ բրոնխիտ
- քրոնիկ բրոնխիտ
- քրոնիկ բրոնխոլիտ (լսցանող)

Սուր բրոնխիտների դիագնոստիկ չափանիշներ են համարվում՝

1. հազը
2. խոշոր և միջին բշտիկային տարածուն թաց խզզոցները
3. ռենտգենաբանորեն՝ «օջախային փոփոխությունների» բացակայությունը թոքային նկարի թույլ ստվերային փոփոխությունների առկայությամբ

Սուր օբստրուկտիվ բրոնխիտները այս բոլորի հետ մեկտեղ ունեն նաև կլինիկորեն դրսևորվող օբստրուկտիվ սինդրոմի և տարբեր աստիճանի շնչական անբավարարության նշաններ:

Ռեցիդիվող բրանխների ախտորոշող չափանիշ է համարվում մեկ տարվա ընթացքում 2-3 և ավելի հազով ուղեկցվող շնչական հիվանդությունների առկայությունը, որոնք ուղեկցվում են ձգձգվող հազով և բրոնխիտին բնորոշ աուսկուլտատիվ փոփոխություններով, և այս ամենը տեղի է ունենում սուր ռեսպիրատոր վիրաուսային վարակի ֆոնին:

Ռեցիդիվող օբստրուկտիվ բրոնխիտի դեպքում վերը թվարկած պայմանների առկայության հետ, առկա է նաև օբստրուկտիվ սինդրոմը և տարբեր աստիճանի արտահայտված շնչառական անբավարարությունը, բայց այս դեպքում հնարավոր է առանց սուր ռեսպիրատոր վիրուսային վարակի առկայության:

**Էթիոլոգիան**- առավել հաճախ սուր բրոնխիտի հարուցիչը վիրուսային վարակներն են՝ տարբեր տիպի բակտերիալ բարդություններով ուղեկցված: Օբստրուկտիվ բրոնխիտի էթիոլոգիայում գերակշռող տեղ են զբաղեցնում ռենսպիրատոր-սինցիտիալ վիրուսը և III տիպի պարազրիպի վիրուսը: Երեխաներ մոտ բրոնխիտների բակտերիալ հարուցիչներից գերակշռում են՝

- Streptococcus pneumonie 20-40%
- Mycoplasma pneumonie 12-25%
- Haemophilus influenzae 6-12%
- Moraxella catarrhalis 4-10%
- Chlamydia pneumoniae 5-15%

Մեծ նշանակություն ունեն նաև երեխայի ալլերգիկ ժառանգական նախատրամադրվածությունը, արտաքին միջավայրի էկոլոգիական անբարենպաստ գործոնները: Կան նաև տվյալներ, որոնք խոսում են կոնստիտուցիոնալ գենետիկ ֆակտորի դերի մասին. առավել հաճախ ռեցիդիվող օբստրուկտիվ բրոնխիտով հիվանդանում են A(II) արյան խմբով տղա երեխաները:

Բրոնխիտը դա բրոնխների բորբոքումն է, որը հանդիպում է որպես սուր ռենսպիրատոր վիրուսային ինֆեկցիայի դրսևորում և ուղեկցվում է շնչուղիների էպիթելի վնասումով ու բրոնխների պատի բարիերային ֆունկցիայի խանգարումով: Օբստրուկտիվ բրոնխիտի դեպքում առկա է նաև օբստրուկտիվ սինդրոմը, տարբեր աստիճանի շնչական անբավարարության հետ միասին: ՀԱԿ-ի էքսպերտների կոմիտեի տվյալներով օբստրուկցիան դա շնչուղիների նեղացումը կամ օկլուզիան է, որի պատճառներն են բրոնխի լուսանցքում սեկրետի կուտակումը, բրոնխիալ մկանների սպազմը և բրոնխի լորձաթաղանթի բորբոքական այտուցը: Կլինիկորեն օբստրուկտիվ սինդրոմը բնորոշվում է աղմկոտ շնչառությամբ՝ «սուլող» արտաշնչումով: Մի շարք գիտնականների կարծիքով օբստրուկտիվ սինդրոմն ունի պաշտպանողական դեր. սրա շնորհիվ կանխվում է ինֆեկցիայի ներթափանցումը թոքային պարենխիմա: Ռենսպիրատոր-սինցիտիալ ինֆեկցիայի ժամանակ տեղի են ունենում լորձաթաղանթի էպիթելի նեկրոզ և ենթալորձային շերտի լեյկոցիտար ինֆիլտրացիա, որը բերում է բրոնխիական ակտիվ նյութերի անջատման, լորձի հիպերսեկրեցիայի և այտուցի: Պարազրիպային վարակի դեպքում սովորաբար խորը փոփոխություններ տեղի չեն ունենում, իսկ կլինիկորեն դա արտահայտվում է թարթիչավոր էպիթելի ալստահարումով: Ակնհայտ է, որ արյան շիճուկում IgG դասի հակամարմինների առկայությունը՝ PC–վիրուսի և III տիպի

պարագրիպի վիրուսի նկատմամբ, չի պաշտպանում օրգանիզմը հիվանդանալուց և ռեինֆեկցիայից: Մինչդեռ, արյան շիճուկում սպեցիֆիկ Ig A հակամարմինների և թքի մեջ sIgA հակամարմինների բարձր մակարդակը վկայում է հարաբերական անընկալունակության մասին:

Կան տվյալներ, որ երեխաների մոտ 6-9% դեպքերում օբստրուկտիվ բրոնխիտի առաջնային դրսևորման շրջանում գրանցվում է արյան մեջ IgE-ի բարձր քանակություն: Այս դեպքում ալլերգիկ պրոցեսը բերում է բրոնխիտի ալլերգիկ ձևի զարգացմանը, որպես բրոնխյալ ասթմայի սկզբնական էտապ:

Օբստրուկտիվ բրոնխիտի զարգացման համար առանձնացվում են պաթոգենեզի չորս տարատեսակներ.

1. Օբստրուկտիվ բրոնխիտի նկատմամբ նախատրամադրվածություն ունեն ՄՌ-ՎԻ-ով հաճախ հիվանդացող այն երեխաները, որոնց մոտ վարակը դրսևորվում է նազոֆարինգիտի կամ լարինգոտրախեիտի ձևով: Կրկնվող վիրուսային վարակները բերում են բրոնխների լորձաթաղանթի բնական պաշտպանողական ֆունկցիայի ընկճման, և բրոնխի էպիթելում վիրուսը պարբերաբար պերսիստում է, սրա հոտևանքով տեղին են ունենում պրոլիֆերատիվ փոփոխություններ և բրոնխի լուսանցքը նեղանում է:
2. Որոշ դեպքերում օբստրուկտիվ բրոնխիտի պաթոգենեզում կարևորվում է ենթաստամոքսային գեղձի դիսֆունկցիան. այս կամ այն պատճառով ընկճվում է լորձը ջրիկացնող ֆերմենտների ակտիվությունը կամ նրանց սինթեզը: Մածուցիկ և խիտ խորխը տեղակայվում է բրոնխիալ ծառի լուսանցքում, խանգարվում է լորձաթաղանթի սնուցումը, ենթալորձային շերտի միկրոցիրկուլացիան, ուժեղանում է հիպօքսիկ այտուցային պրոցեսը, և այս ամենի արդյունքում զարգանում է բորբոքում:
3. Սուր օբստրուկտիվ բրոնխիտի նկատմամբ նախատրամադրված են այն երեխաները, որոնց մոտ առկա է ռեսպիրատոր տրակտի լորձաթաղանթի իսկական կամ պսևդո- ալլերգիկ ռեակցիա: Այս պրոցեսի ռեցիդիվների դեպքում զարգանում է սենսիբիլիզացիա, հիվանդի մոտ կարող են հայտնաբերվել  $\beta_2$ -ադրեներգիկ ռեցեպտորների նկատմամբ հակամարմիններ և սա արդեն խոսում է բրոնխիալ ասթմայի մասին:
4. Յանկացած տարիքում երեխաների մոտ սուր օբստրուկտիվ բրոնխիտը կարող է լինել իմունոդեֆիցիտ վիճակի առաջնային դրսևորում:

Սուր օբստրուկտիվ բրոնխիտների պաթոգենետիկ առանձնահատկությունների

որոշումը, հնարավորություն է տալիս ճշգրիտ ընտրելու ոչ միայն աղեկվատ պաթոզենոտիկ բուժում, այլև կազմելու անհատաական վերականգնողական բուժման պլան, և կանխելու քրոնիկ ալլերգիկ վիճակների առաջացումը:

**Կլինիկան և դիագնոստիկան.** ՍՕԲ-ի հիմնական դիագնոստիկ կլինիկական չափանիշներն են համարվում մեծ քանակությամբ սուլոդ խզոցներով ուղեկցվող օբստրուկտիվ սինդրոմը և սուր բրոնխիտի կլինիկական սիմպտոմները: Այն ձևավորվում է տարբեր աստիճանի բրոնխոսպասմի, բրոնխի լորձաթաղանթի այտուցի և լորձի հիպերսեկրեցիայի հետևանքով: Էպիդեմիոլոգիական անամնեզը բնորոշում է սեզոնականությամբ (գարնանը և աշնանը նկատվում է հիվանդացության աճ): Վաղ մանկական հասակի երեխաները ստացիոնար են ընդունվում հիվանդության սկսբից 2-3 օր անց, իսկ նախադարոցական և դարոցական տարիքի երեխաները՝ 3-6-րդ օրը:

Կրծքի հասակի, նորածնային շրջանի երեխաների մոտ հաճախ առկա է նաև I-II°-ի ռախիտը, դեֆիցիտային անեմիան կամ նախկինում կրած աղիքային ինֆեկցիաները, դիսբակտերիոզը: Հոսպիտալացման հիմնական պատճառ է հանդիսանում կայուն, բուժմանը չենթարկվող բրոնխոօբստրուկտիվ սինդրոմը:

Հիվանդության սկսբում առկա է հազը, որն սկզբում ունի չոր նոպայական բնույթ՝ առանց խորխազատման: Հետո արտահայտվում է դժվարացած արտաշնչումով, կարող է լինել սուբֆերիլ տենդ, իսկ որոշ երեխաների մոտ մինչև 39 °C և ավելի: Այս բոլորի հետ միասին առկա են շնչառական անբավարարության նշաններ, թուլություն, փոփոխություններ այլ օրգանների և օրգան-համակարգերի կողմից, որոնք ուղեկցվում են ընդհանուր ինտոքսիկացիայի ախտանիշներով, և երեխայի վիճակը կարող է գնահատվել որպես ծանր՝ հատկապես վաղ և նախադարոցական տարիքի երեխաների մոտ:

Մաշկային ծածկույթների գնման ժամանակ առկա է պերիօրալ ցիանոզ, գունատություն, գերքոտնություն: 20-30% դեպքերում մեծացած են ենթածնոտային ավշահանգույցները, բկանցքը հիպերեմիկ է, քմային նշիկները հիպերտրոֆիկ են, այտուցված:

Կրծքավանդակի գնման ժամանակ նկատելի է հաճախացած շնչառությունը՝ օժանդակ շնչական մկանների մասնակցությամբ: Երբեմն շնչառությունը հաճախացած է 20-30%-ով մարմնի նորմալ ջերմաստիճանի պայմանում: Չոր հազը չի թեթևացնում երեխայի վիճակը: Միայն հիվանդության երկրորդ շաբաթում հազը դառնում է թեթև, պրոդուկտիվ, լորձային կամ լորձաթարախային բնույթի խորխազատումով: Այս շրջանում պակասում են չոր, սուլոդ խզոցները, ի հայտ են գալիս խոշոր բշտիկային թաց խզոցներ: Հիվանդության սկզբում պերկուսիայով հայտնաբերվում է պարզ թորքային հնչյուն՝

տիմպանիկ երանգով. աուսկուլտացիայի ժամանակ առկա է երկարացած արտաշնչում, 60-70%-ի մոտ գերակշռում են չոր, սուլող խզոցները, 30-40%-ի մոտ լսվում են միջին և մանր բշտիկային թաց խզոցներ, առավելապես ստորին բլթերի պրոնկցիայով:

Սրտանոթային համակարգն օբստրուկտիվ բրոնխիտի ժամանակ ավելի է տուժում, քան սուր հասարակ բրոնխիտի դեպքում: Սրտի տոները խլացած են, հաճախացած, 40%-ի մոտ կա զարկերակային հիպերտենզիայի հակում, ԷՍԳ քննությամբ կարող են լինել սինուսային տախիկարդիա, տախիառիթմիա, ռեպոլիարիզացիայի խանգարումներ, սրտամկանի աջ բաժինների չափավոր ծանրաբեռնվածության նշաններ:

60-80% դեպքերում կարող է հայտնաբերվել լյարդի մեծացում, ավելի հազվադեպ՝ փայծաղի մեծացում: Եզակի դեպքերում կարող է լինել տոքսիկ նեֆրո- և տուբուլոպաթիայի նշաններ: Ռենտգենոլոգիական հետազոտությունը սովորաբար կատարվում է հոսպիտալացման առաջին օրերին, կարող է լինել տարբեր աստիճանի թոքերի փրվածություն, արմատների անհամասեռություն, անոթային և թոքային պարկերի ուժեղացում:

Ենթաստամոքսային գեղձի, փայծաղի և լյարդի ուլտրաձայնային հետազոտումով, նրբեմն հայտնաբերվում են լեդոլոիդների դիսկինեզիայի նշաններ, լեդապարկի դեֆորմացիա, լյարդի չափերի մեծացում, փայծաղի և ենթաստամոքսային գեղձի էլյուզենության փոփոխություններ:

Պերիֆերիկ արյան քննությունով հայտնաբերվում է չափավոր լեյկոցիտոզ, 50-60% դեպքերում 5-6 օր անց նկատվում է լեյկոցիտոզի աճ մինչև 12-14 հազար 1մլ-ում, իսկ լեյկոֆորմալայով՝ նեյտրոֆիլոզ, ԷՆԱ-ի արագացումով: Նսարավոր է անեմիա՝ 100-104գ/լ: Արյան շիճուկի բիոքիմիական քննությունով՝ ընդհանուր սպիտակուցի և նրա ֆրակցիաների փոփոխությունները խիստ բազմազան են. 20-24% դեպքերում էական փոփոխություններ չեն հայտնաբերվում, 10-15%-ի մոտ  $\beta$ -ֆրակցիան իջած է մինչև 6%, 18-22%-ի մոտ  $\alpha$ -ֆրակցիան բարձրացած է մինչև 12%, մոտավորապես 12%-ի մոտ  $\gamma$ -ֆրակցիան իջած է մինչև 8%, 18-20%-ի մոտ  $\gamma$ -ֆրակցիան բարձրացած է մինչև 18%:

**Դիֆերենցիալ դիագնոստիկան** .կատարվում է թոքաբորբերի, բրոնխիալ ասթմայի, մուկովիսցիդոզի, տուբերկուլոզային բրոնխադենիտի հետ:

Թոքաբորբերի դեպքում առկա է առավել կայուն տոքսիկոզը և տենդը, ինչպես նաև լոկալիզացված օջախային սիմպտոմատիկան, ինչպես օբյեկտիվ գնման, այնպես էլ ռենտգենաբանական քննության տվյալներով: Բրոնխիալ ասթմայի հետ դիֆերենցելու համար կատարվում են համապատասխան սպեցիֆիկ ալլերգոլոգիական հետազոտություններ:

Մուկովիսցիդոզը ժխտելու համար կատարվում է քրտինքի պրոբա:

Մուկովիացիդոզին բնորոշ է նաև 3 հիմնական պաթոլոգիկ օղակների առկայությունը.

1. էկզոկրին գեղձերի ախտահարում
2. էլեկտրոլիտային բալանսի խանգարումներ
3. շարակցական հյուսվածքի ախտահարում

Սուր օբստրուկտիվ բրոնխիտի ժամանակ 54-58% դեպքերում նկատվում է դիսիմունոգլոբուլինեմիա, 18-20% դեպքերում հայտնաբերվում է IgG-ի հիպերպրոդուկցիա, 12-18% դեպքերում Ig A-ի և sIg A-ի դեֆիցիտ, 21-25% դեպքում Ig M-ի դեֆիցիտ, 1/3 դեպքում բնորոշ է Ig E-ի բարձրացման տենդենց:

### Բ ՈՒ Ճ ՈՒ Մ Ը

Սուր օբստրուկտիվ բրոնխիտի բուժումը նրելսանների մոտ ունի որոշ առանձնահատկություններ, կապված բրոնխոօբստրուկտիվ սինդրոմի վերացման հետ, իր մեջ ներառում է սիմպատոմիմետիկ միջոցների նշանակումը.  $\beta_2$ -ագոնիստներից նշանակվում է սալբուտամոլ (վենտոլին) 3-8մգ/օրը, կամ նրա դոզավորված անբոզոլը՝ 1-2 դոզա օրը 3-4 անգամ: Ֆենոտերոլ (բերոտեկ), տերբուտալին (բրիկանիլ) 1 դոզայից, օրը 2-3 անգամ: Մեթիլքսանտինների շարքից նշանակվում է էուֆիլին 1.5-5մգ/կգ 12 ժամը մեկ անգամ ն/ե կաթիլային մինչև բրոնխոսպազմի վերանալը, խմելու ձևով նշանակվում է նրկարատև ազդեցության թեոֆիլին և պարենտերալ (ամինոֆիլին-ռևտարդ, բրոնխո-ռևտարդ, թևոտարդ, թեոգեկ և այլն):

Օբստրուկտիվ բրոնխիտի բուժումն ուղղված է նաև ինֆեկցիոն պրոցեսների դեմ, ինչպես նաև ուղղված է բրոնխների դրենաժային ֆունկցիայի բարելավմանը: Բրոնխների դրենաժային ֆունկցիայի լավացումն իրագործվում է խորխը ջրիկացնող միջոցների կիրառումով: Դրա համար կիրառվում են ինհալյացիաներ՝ ֆերմենտներով և մուկոլիտիկ միջոցներով (5 % N -ացետիլցիստեինի և մուկոսավանի լուծույթով):

ՍՈՎԻ-ային էթոլոգիայի դեպքում նշանակվում է անաֆերոն կամ լեյկոցիտար ինտերֆերոն, 1-2 կաթիլ յուրաքանչյուր 1.5-2 ժամը մեկ անգամ: Հիվանդության առաջին երկու օրը ավելի էֆեկտիվ է ինտերֆերոնը աէրոզոլի ձևով (6-8 ժամը մեկ անգամ): Նակացուցված է կուլագենոզների, բրոնխիալ ասթմայի, ատոպիկ դիաթեզի ժամանակ:

Նակավիրուսային միջոցներից նշանակվում է խմելու ձևով ռեմանտադին (4.4 մգ/կգ օրը, 1 տարեկանից բարձր), արբիդոլ (12 տարեկանից բարձր):

Կիրառվող հակահազային միջոցները բաժանվում են 2 մեծ խմբի

1. հազ ընկճող միջոցներ (կողմին, դինին, լիբեքսին, բուտամիրատ, ցիտրատ)
2. մուկոլորրեկտորներ, որոնք էլ իրենց հերթին բաժանվում են երկու խմբի՝ մուկոպրոտեկտորներ (լորձաթաղանթի ռեզեներացիան լավացնող) և մուկոլիտիկներ (խորխոր ջրիկացնող միջոցներ): Սրանցից են ացետիլ ցիստեինը-միչև 2 տարեկան 50-100 մգ օրը 2 անգամ, 2-5 տարեկան 100-200 մգ օրը 2-3 անգամ, 5-ից բարձր 200 մգ-ից օրը 2 անգամ, 12 տարեկանից բարձր 200 մգ-ից օրը 3 անգամ, բրոմհեքսին, ֆլուուդիտեկ և այլն:

Կիրառվում է նաև վիտամինոթերապիա՝ C, B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub>, ֆիզոթերապիա՝ կրծքավանդակի վիբրացիոն մասսաժ:

Հակահիստամինային բուժում կազմակերպվում է ալլերգիկ ցուցումների դեպքում, քանի որ սրանք կարող են առաջացնել լրացուցիչ լորձաթաղանթների չորություն:

Անտիբիոտիկոթերապիան կազմակերպվում է բակտերիալ ինֆեկցիայի առկայության դեպքում: Կիրառվում են անտիբիոտիկներ՝ խմելու կամ ներարկման ձևով՝ հաշվի առնելով հարուցիչ զգայունությունը:

Օբստրուկտիվ սինդրոմի համառ, ծանր ընթացքի դեպքում կիրառվում են ստերոիդներ: Ծանր ընթացող PC-վիրուսային ծագման բրոնխիտի դեպքում կիրառվում է հակավիրուսային պրեպարատ ռիբավիրին՝ 20 մգ/կգ օրը (անբողոյի ձևով, ներուլայգերի միջոցով 18-24 ժամ տևողությամբ, 3-5 օր) սակայն կողմնակի ազդեցությունները լիովին ուսումնասիրված չեն:

Սուր վիճակները կարգավորվելուց հետո հատկապես կրծքի և վաղ մանկական հասակի երեխաները կարիք ունեն դեռևս որոշ ժամանակ վերականգնողական բուժման, որն իր մեջ ներառում է նաև ճիշտ սննդակարգի, խնամքի, ռեժիմի խնդիրները: Երեխայի սնունդը պետք է լինի հիպոալլերգիկ, հարուստ վիտամիններով և սպիտակուցներով,։ Պետք է խուսափել թարմ վիրուսային ինֆեկցիայով հիվանդի հետ կոնտակտից: Եթե տվյալ էտապում երեխան պետք է ստանա իր հերթական պրոֆիլակտիկ պատվաստումը, հարկ է, որ այն որոշակի ժամանակով հետաձգվի՝ բժշկական ցուցումներով:

Այսպիսով, ինչպես տեսնում ենք սուր օբստրուկտիվ բրոնխիտները պոլիէթիոլոգիկ հիվանդություն է, որը կարող է հիմք հանդիսանալ ինչպես հետագայում բրոնխիալ ասթմայի զարգացման, այնպես էլ շնչառական համակարգի այլ հիվանդությունների և նրանց բարդությունների զարգացման պատճառ դառնալ, ինչպես նաև սրա հետևանքով կարող է խանգարվել օրգանիզմի այլ օրգանների և օրգան-համակարգերի ֆունկցիան:

Դրա համար անհրաժեշտ է հիվանդության ոչ միայն վաղ ախտորոշումը, այլև, ելնելով պաթոգենետիկ տարբերակների ճիշտ մեկնաբանումից, կազմակերպել ճիշտ էթիոլոգիկ և պաթոգենետիկ բուժում, ինչպես նաև խուսափել հիվանդության բարդությունների զարգանալուց:

### **Գրականության ցանկ**

- Շաբալով «Մանկական հիվանդություններ», 6-րդ հրատ., 2008 թ.
- Արսենտև «Մանկաբուժություն», 2007թ.
- Պրախով, Ելիսենա, Մապլեննիկով «Մանկական հիվանդություններ» НГМА հրատ. 2007 թ.
- Նովիկով, Նովիկովա «Իմուն ստատուսի գնահատումը», Վիտեբսկ, Մեդիցինա, 1996 թ.
- Պոկրովսկի, Գորդինենկո, Լիտվինովա «Ինֆեկցիոն պրոցեսի իմունոլոգիան», Մեդիցինա, 1994 թ.

## Կլինիկական դեպքի վերլուծություն

Հիվանդ մեկ տարի 5 ամսեկան (ծնված 20.01.07թ.-ին).

Գանգատներն ընդունվելիս՝ հազ, դիստանցիոն խզոցներ, ընդհանուր թուլություն, անհանգստություն:

Anamnesis vite-ընտանիքի նրբորդ նրելսան է, մոր նրբորդ նորմալ հղիությունից և ծննդաբերությունից: Ծնվել է հասուն, բնական բիոմելյանիզմով. կշիռ՝ 4000գ, հասակ՝ 55սմ: Մինչև 4 ամսեկան սնուցումը բնական, այնուհետև՝ արհեստական: Աճն ու զարգացումը բավարար, ժառանգական նախատրամադրվածություն որևէ հիվանդության նկատմամբ չի նշվում: Պրոֆիլակտիկ պատվաստումները ստացել է ժամանակին:

Anamnesis morbe -ներելսան հազի, դժվարաշնչության գանգատներ ունի գրեթե 2ամիս: Հետազոտվել և ստացել է բուժում տեղամասային մանկաբուժի կողմից (ցեֆազոլին, սալբուտամոլ, սուպրաստին), սակայն հազը պահպանվել է վերջին 1-2 օրերին ունեցել է նաև փսխումներ, ջերմության բարձրացում մինչև 30 °C: Ընդունվելիս՝ վիճակը միջին ծանրության t- 36.7 °C, D-56, P<sub>s</sub>-132, կշ-9000գ: Օբյեկտիվ-մաշկը, տեսանելի լորձաթաղանթները մաքուր, գունատ, բկանցքը՝ հիպերեմիկ, թոքերում՝ նրկու կողմից չոր և թաց խզոցներ, սրտի տոները՝ ռիթմիկ, լսացած, հաճախացած, որովայնը՝ փափուկ, անցավ, լյարդը և փայծաղը՝ մեծացած չեն: Կղանքը՝ օրը մեկ անգամ, նորմալ ձևավորված: Միզումը՝ ազատ, անցավ, նյարդային համակարգը՝ առանց ախտաբանական նրկայթների:

### Կատարվել են

1. արյան ընդհանուր քննություն՝ 02.06.08թ. Hb -113գ/լ, Յթ -3.76 x 10<sup>12</sup>/լ, Fi-0.9, Ht- 37%, Tթ -314 x 10<sup>9</sup>/լ, Ո-12 x 10<sup>9</sup>/ (ցուպ-3%, սեզմ.-45%, էոզ- 2%, լիմֆ.-46%, մոնոց.-4%), ԷՆԱ-15մմ/լ: 09.06.08թ. -նորմայից շեղումներ չկա:
2. Մեզի ընդհանուր քննություն՝ 03.06.08թ.- գույնը՝ հարդագույն, թափանցիկ, ՏԿ-1004, սպիտ՝ չկա, շաքար՝ չկա, լեյկոցիտ՝ 0-1տ/դ, էպիթել՝ 0-1 տ/դ
3. Կղանքի կոարոլոգիական քննություն-ձևը՝ կիսաձևավորված, գույնը՝ շագանակագույն, լեյկոցիտ՝ չկա, էրիթրոցիտ՝ չկա, լորձ՝ չկա, պարզագույն մակաբույծներ՝ չեն հայտնաբերվել:
4. ըրովայնի օրգանների ուլտրաձայնային քննություն- ախտաբանական փոփոխություններ չկան
5. կրծքավանդակի օրգանների ռենտգենաբանական քննություն-Թոքի պատկերը խիստ ուժեղացած, խառը տիպի, թոքարմատները լայնացած, խտացած, միջնորմի օրգանները՝ նորմալ:

6. Խորխի բակտերիոլոգիական քննություն- Enterobacter-10<sup>3</sup> КОЕ (զգայուն՝ գեֆուրոքսին, գեֆտրիաքսոն, գենտամիցին, ցիպրոֆլոքսացին)
7. Կղանքի բակտերիոլոգիական քննություն- միկրոբների ախտաբանական աճ չկա:
8. Արյան բիոքիմիական քննություն ընդհանուր սպիտակուց 69.9գ/լ Na<sup>+</sup>-134մմոլ/լ, K<sup>+</sup>-3.7մմոլ/լ, Ca<sup>++</sup> - 1.2մմոլ/լ, ֆոսֆոր- 1.68մմոլ/լ, շաքար- 6.62մմոլ/լ, հիմնային ֆոսֆատազա-3IU, C ռեակտիվ սպիտակուց (++) 48
9. Արյան խումբը և ռեզուս գործոնը, O (αβ) I Rh (+)

**Ախտորոշում**՝ Սուր օբստրուկտիվ բրոնխիտ

**Բուժումը**՝ Մակրոպեն՝ 7օր, Սալբուտամոլ՝ 2օր, Սուպրաստին՝ 7 օր, Ամբրոքսոլ՝ 8 օր, Ֆլյուդիտենլ՝ 5օր, Լինեքս՝ 12 օր, Կնտոտիֆեն՝ 5օր- խմելու ձևով:

**Ինֆուզիոն թերապիա**

ЖП=8000

ЖВО-9x40=360

ЖТПП-9x40=360

1520մլ, որից 1/3-ը ներարկման

I սնանս-Σ Sol Na chlor-0,9%- 150 մլ+Sol Euph. 2,4% -0,9/ն/ն, կաթիլային, օրը 2 անգամ

II սնանս-ΣSol Na chlor 0,9%-100 մլ+Sol Ca glucc 10%-2,0/ ն/ն, կաթիլային օրը 2 անգամ

ն/ն շիթային- վիտ. B<sub>1</sub>, B<sub>6</sub>- 0,5, Sol Dimedroli 1%-0,5, Dexazon-0,5(2մգ)

**Ֆիզիոթերապիա**-կրծքավանդակի վիբրացիոն մասսաժ՝ պասսիվ շնչառական վարժություններով:

Դուրս է գրվում առողջացումով:Անց է կացրել 12մահճակալ/օր: