

высокая, контур четкий, часто зазубренный, неровный. Увеличиваются кальцинаты и в лимфоузлах корня. Кальцинаты в одних случаях представляются сплошным плотным образованием, в других – они имеют менее интенсивные тени включений, которые свидетельствуют о неполной кальцинации очага и сохранении в них участков казеоза.

При благоприятном исходе первичного туберкулезного комплекса со временем в центре бывшего казеоза нарастает обызвествление.

Если развитие первичного туберкулеза ограничивается формированием небольшого очага гранулематозного воспаления, который только можно заметить на рентгенограмме грудной клетки, если он начинает обызвествляться, то это образование называют очаг Гона.

В тех случаях, когда первичный комплекс выявляется своевременно и больной получает полноценное лечение, часто наступает полное рассасывание патологических изменений в легочной ткани и корне, с полным восстановлением их первоначального рисунка.

Основа лечения туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов, первичного туберкулезного комплекса – длительная химиотерапия в условиях стационара, затем санатория.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Переслегин И.А. Детская рентгенология. М. Медицина, 1976. – С. 72-74; 2. Розенштраух Л.С., Рыбакова Н.И., Виннер М.Т. Рентгенодиагностика заболеваний органов дыхания. Москва. Медицина, 1987. – С. 268-274, 118-146; 3. Holger Pettersson Общее руководство по радиологии, 2 тома, 1995. – С. 748.

ТҰЖЫРЫМ

БАЛАЛАРДАҒЫ БАСТАПҚЫ ТУБЕРКУЛЕЗДІК КЕШЕННІҢ ЖӘНЕ КЕУДЕ ІШІНДЕГІ ЛИМФА ТҮЙІНДЕРІ ТУБЕРКУЛЕЗІНІҢ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКАСЫ

Л.А. Сауырбаева

Қалалық туберкулезге қарсы диспансер, Алматы қ.

1. Осылай бастапқы туберкулездік кешеннің және кеуде ішіндегі лимфа түйіндері туберкулезінің рентгенодиагностикасы айыр безінің ұлғаюымен пневмония, саркоидоз, лимфогранулематоз секілді аурулардың дифференциалдық диагностикасын өткізуді талап етеді.

2. Рентгенологиялық кескінді сипаттау кезінде сапалы түрде жиналған аурудың эпидемиологиялық анамнезі, науқастың күйі қажет болады.

3. Туберкулез проблемаларындағы басты міндеттердің бірі ерте анықтау және диагностика болып табылады.

SUMMARY

RADIOLOGIC DIAGNOSTICS OF TUBERCULOSIS OF THORACIC LYMPH NODES AND PRIMARY TUBERCULAR COMPLEX IN CHILDREN

L.A. Sauyrbayeva

City TB dispensary, Almaty c.

1. Therefore the radiologic diagnostics of tuberculosis of thoracic lymph nodes and the primary tubercular complex requires executing the differential diagnostics with such diseases as pneumonia, sarcoidosis, lymphogranulomatosis and increased thymus gland.

2. An epidemiological anamnesis of high quality and the condition of a patient are necessary in description of X-ray pattern.

3. Early detection and diagnostics are among of the main objectives in the problems related to the tuberculosis.

ТЕРАПИЯ

ЖӨТЕЛ: НЕГІЗГІ ЕМДЕУ ЖОЛДАРЫ ЖӘНЕ ДИАГНОСТИКАСЫ

А.Н. НУРЛАНОВА

№17 Қалалық емхана, Алматы қ.

Меншікті бақылауларды негізге және осы әдебиеттерге жөтел диагностика және тиімді терапияның негізгі қағидалары көрсетілген.

Жөтел – кең таралған респираторлы симптом, өмір құндылығын және аурулардың активтілігін бұзады. Еуропа елдерінде жөтелмен 20-48 жас аралығында халықтың 30%-ы зардап шегуде, бұған қарамастан жөтелдің таралуы әр жерде әртүрлі, жыл сайын ауыратындар саны өсуде және олардың 60-70%-ы әйел адамдар. Олардың қатарында ең ауыр жөтелді сонкопальды күй (беталепсия) деп атауға болады және жөтелден болатын тырысуларда кіші дәретті ұстай алмай қалу. Бұған қоса, жөтелдің жағымсыз әсерлері: ауру адамды стресске алып келеді, мысалға, концертте, жиналыста т.б. жерлерде қоршаған ортаға жөтелген адамның жағымсыз әсері туындауы мүмкін. Осыған байланысты адамдарда, ұзақ уақытқа созылған жөтел депрессияның өршуіне себеп болады. Мұндай аурумен ауыратын адамдардың өмір сүру сапасын бағалауда, ұзақ созылған жөтелді ауыр созылмалы обструктивті өкпенің ауруымен (СОӨА) салыстырады.

3 аптаға созылған жөтелді қатты жөтел, ал 8 аптадан асса созылмалы жөтел деп айтады. Бұл жіктелу, жөтелдің

созылу уақытына негізделіп: 3-8 аптаға созылған жөтел бұл дәрежелердің ешқайсысына жатпайды, жоғарғы тыныс алу мүшелерінің қатты жұқпасына (ЖМЖ) жөтел 3 аптадан артық болуы мүмкін емес, ал созылмалы жөтел қатты жөтелден басталады.

Қатты жөтел қатты жұқпасына (ЖМЖ) жөтел нәтижесінде болады, бронхо-өкпе және жүрек-қантамырларының ауруы туындауы (пневмония, бронхиалды астманың асқынуы, тромбозмболия, өкпе артериясы, созылмалы жүрек ауруларында және т.б.)

Созылмалы тыныс алу мүшелерінің әр жерлерінде созылмалы жөтел дамиды, ЛОР – мүшелерде, жүрек – қантамырлары жүйесі, жүйке жүйесі, асқазан-ішек жолдарында және т.б.

Дәрі-дәрмектерді, оның ішінде әсіресе ангиотензинге айналдырушы ферменттермен байланысты ингибиторлар (ААФБИ-ИАПФ).

Жөтелдің пайда болу себептерінің диагностикасы

Созылмалы жөтелмен ауыратын адамдардың көпшілігі темекі шекпейді және бірінші тексерілуде (өкпенің рентгенограммасы, тыныс алу функциясы және т.б.) патологиялық өзгерістерге ұшырамайды. Созылмалы

жөтелді диагностикалық анықтау өте қиын және аурудың клиникалық белгісі болмаса анықтау қиындық туғызады.

Негізгі себептер бірнеше сатыларға бөлінеді:

- 1) жөтелді туғызатын дәрі-дәрмектен бас тарту;
- 2) созылмалы жөтелдің жиі кездесетін себебі: созылмалы ринит, гастро-эзофагеалды рефлюкс (ГЭР), бронхиалды астма;
- 3) зертханалы-қондырғыларсыз ауруларды сынамалы емдеу;
- 4) жөтелдің неврогенді мінездемесінің ерекшеліктері.

Ауруды мұқият тексеруден өткізгеннен кейінде (түсініксіз немесе идиопатикалық жөтел) 20% жөтелдің себебі анықталмай қалады.

Бұл жөтелмен көбіне орта жастағы әйел адамдар зардап шегеді (менопаузаның алдында немесе өткен соң) жоғарғы тыныс алу жолдарының вирусты инфекцияларынан дамиды. Идиопатикалық жөтелді емдеудің тиімділігі аз.

Созылмалы жөтелмен ауыратын адамдардың көпшілігінде жөтел рецепторларының жоғары сезімталдылығы (астмамен ауыратындардың гиперактивті бронхаға ұқсас болуы), сол үшін созылмалы жөтелдің себебін анықтау, жөтел тырысуларының болу себебін анықтаудан бастайды.

Жөтел рецепторларының жоғары сезімталдылығы қатты жөтелде респираторлық вирустан бақылауға алынады. Температураның өзгеруінен (жылы бөлмеден суыққа шыққанда немесе керісінше) жөтелдің рефлексі жоғарылайды. Жөтел рефлексінің жоғарылауы көп жағдайда ААФБИ қабылдауда туындайды. Кей жағдайда бұл d2p3-d2pмектер жөтел рецепторының сезімталдылығын жоғарылатып қана қоймай, субклиникалық ауруларға алып келуі мүмкін. ААФБИ -ны қабылдауды тоқтатқан соң жөтел өздігінен тоқтауы мүмкін, әрине бұған бірнеше ай керек болады.

Астманың жөтел түрлері. Көп жағдайда жөтелдің созылмалы ауруларда бронхиалды астма диагнозы қойылмайды: «Басқа не болуы мүмкін?» деген принципте. Жөтелдің олардың көпшіліктерінде демігуге қарсы емдеуді фонда ешқандай бұлжылмайды, тіпті кейде аэрозоль компоненттері ықпал есебінен азады.

Шеттетілген созылмалы жөтел бұл атопикалық демікпені әсер етумен сирек кездеседі. Жиі клиникалық суретті, ұқсас жөтелуі демікпемен, құрамдағы азықтың жартылай жарықшақты белогі асқазан ішіндегі тыныс жолдар бір нәрсеге тиетінде аспирацияға қатысты қайта жөтел пайда болады. Демікпені жөтелу мұндай вариант көп симптомдарда егде жастарда тұңғыш рет пайда болған аурулар үшін жаңадан көрінген емделушілер тән. Мұндай жақсы эффекттің ауруларында ингаляция стероидтарын береді, дегенмен сонымен бірге қайта ағуға қарсы терапиясы бронхтарды реактивтікті кішірейтуге және жөтел демігуге қарсы препараттардың тағайындауысыз шеттете алады. Қолқалы реактивтік молармен қолқа қоздыру тестте расталып, қақырықта эозинофилдар қатысынан, классикалық жөтелу демікпе дилатация тестінде салбутамолға (немесе вариациясы бар болуға) қолқалы Ция обструктінің ептеген вариациясы бар болуы және оң реакцияның жоқтығымен бейнеленеді Жөтелу демікпенің диагностикалары растаумен демігуге қарсы терапияның фондындағы жөтелді азайтуда қызмет көрсете алады. Жақсы нәтижені ингаляция стероидтарының тиімсіздіктерінің жанында жөтелу рефлектің сезгіштігі жөтелу демікпесі бар ауруларда төмендететін рецепторлардың лейкотриенды антагонисттар бере алады. Тыныс демікпесінің жөтелу вариантына тән арандатушы тесттегі жоқ болғанда қолқалы реактивтіктің қақырығының эозинофилиясы үшін созылмалы эозинофилдік бронхитпен дифференциалды диагностикаға өткізу керек.

Кері пайда болу жөтелі. Кері – индукцияланған жөтел өңеш, оның моторлы дисфункциясы немесе аспирацияның

вагусомға қатысты рецепторларының түршігуінде асқазан ішінде пайда болады. ГЭР түршіккен жуан ішектердің синдромымен жиі қайталанатын. (ГЭР) гастроэзофагеалдық керінің классикалық клиникалық пайда болуларымен қыжыл және кекіріктер болып табылады, онда кекірік керінің некислотногосы симптом болып табылады, дегенмен қыжыл егер бір заттың жанында қышқыл ішінде пайда болады. Аурулардың тек қана жартысы қайта жөтелу қыжылдарға наразылық білдіреді және қуатты антацид терапиясынан оң эффекттер алады. Жөтелдің қайталану себебін анықтау сонымен бірге негізгі қайталануға қарсы терапиясы диагностикалық әдістер, сондай 24 сағаттық рН, эзофагоскопия бүгінше тағы басқалар бар барлық қышқылдың үлкен секрециясының анықталуына бағытталған. Қышқыл емес қайталану диагностикасындағы кейбір көмек бұл жөтелді себеп анамнездің толық жиыны көрсете алады. Осылай, жөтел, мерзімді қышқыл емес қайталану үшін, тән:

– постпрандиалды жөтел – бұл төменгі ас қорыту сфинктердің ашуы үшін қажетті максимал уақыты болғандықтан, – шамамен тағамнан кейін 10 минутта жөтел пайда болуы. Бұл процесстің физиологиялық мағынасы адам тағам уақытында жұтатын ауаның асқазанынан эвакуациясында тұрады. Ол қайталану қышқыл емес болған жағдайда бұл құбылыс қоса жіберіп және жөтелтеді;

– жөтел күлкі, ән салу немесе әңгімеде; диафрагманың кернеуін дауыс жүктемесінің жанында ішінде іш қысымды жоғарылатады және асқазан ішіндегі өңешке тастандысы жеңілдетеді;

– өте құрап қалған өткір, қышқыл және жұтқыншақ рефлексі төменгі ас қорыту сфинктердің ашуын (дәмдеуіш, цитрус, шоколад, нан және тағы басқалар құрап қалған еліткіш) шикылдай жұтқыншақты түршіктіреді;

– жөтел кешке жатар алдында өршиді, таңертең тұрғанда ауа эвакуацияланады. Қайталану жөтелі дегенмен түнді ара-арасында ұйқы бұза өте сирек пайда болады.

Рефлектің тағы бір себебі – индукцияланған жөтел аспирацияға қатысты қайталану эзофагеальды экстра болып табылады. Орташа құлақтың қабынуымен және тіпті қолқалы реактивтіктің әсер етулері, (көмейлердің түршігуі) дауыстың тембрінің өзгеруімен, (орын) ринитпен бұл жөтелде қайталану алады. Жанында көмейлердің ісік және қабынуларын білінетін және көмейдің асқазандарының облитерациясы бұл себептен осындайлардағы қайталану жөтелінің диагнозын растасын жұтқыншақ постративасының ісігі, Лор ларингоскопия арқылы шын және жалған дауыстық қатпарларды аралық кеңістік мүмкін осы белгілерді айқындауға икемі болуы керек. Бронхоскопия, эзофагоскопия және 24 сағаттық рН патологиялық өзгерістер қайталану жөтелінде сирек ашады. Қайталанудың некислотногосы диагностиканың жаңа әдістері дәл қазір өндейді (көрсету дәрежесі жоғары, сілекейдің пепсинінің анықтауы импеданстың эзофагеальногосы, ас қорыту қысым өлшеу өлшем), дегенмен оларды клиникалық тәжірибеге ендірген.

Ринит. Риниттің тіркесі созылмалы жөтелде әр түрлі ауруларда танау синдромның орын, ГЭР және аллергиялық риниттен атопикалық демікпенің ауруларында және алғашқы кірпікшелі дискинезиямен бітіре байқалады. Мұрынның патологиясымен жөтел және танау маңындағы қойнау өзара байланыс әртүрлі тетіктерді иемдене алады. Бұл рет бойынша қарама-қайшы пікірлер неткенмен, созылмалы риносинусит созылмалы жөтел шақыратынын және аурулар таңбалағыш бола алады төменгі тыныс алуды бекітуін дәлелдеген. Мұндай ахуалдардағы дифференциалды – диагностикалық палитрасы жеткілікті алуан түрлі және аллергиялық ринит, мұрынның вирустық немесе бактериялық инфекциялары және танау маңындағы қойнау, танау полиптар қосады және тағы басқалар.

Жөтелдің басқа себептері. Көпшілігі вагус нервсінің түршігумен қалай болғанда да созылмалы жөтелдің біраз басқа себептері бар болады (акустикалық өтуді басқа да дене мүшелерін және тыныс жолдарын) созылмалы инфекциялармен тыныс алу жолдары, соның ішінде туберкулезбен, көксаумен, *Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae* жұқпасы, муковисцидозбен, кеңірдектің дамытуының жөтелуге психоген кемістіктері, бронхтар.

Жөтел терапиясы. Демек, ең алдымен жөтел терапиясы жөтел шақырған ауруды емдеу оның себебі жоюында тұрады. Тысқары бұл, тыныс жолдарындағы қақырықтың жақсы жөтелуі және қабынуды кішірейтуі үшін шамадан тыс шалдықтыратын жөтел немесе (МЦК-мукоцилирлық клиренс) кірпікшелі тазартудың стимуляциясының жанында жөтелге қарсы препараттары көмегімен жөтелу рефлексін басуында болатын жөтелге ерекше емдеу болады. Жөтел супрессанты жөтелді этиологиядан тәуелсіз нормалы деңгейге дейін жөтелу рефлекстерінің үлкен белсенділіктерін азайтады, бірақ жөтел патофизиологиялық себептерге ықпал етпейді. Олардың көпшіліктерінің жөтелі барлық супрессанттардың тиімділігі зерттелмеді (рандомизацияланған Плацеболар – тексерілетін) дәлел зерттеулер жеткілікті, сондықтан олардың тағайындауы бар болғаны бірнеше ахуалдармен шектеледі: анықталмаған этиологияның жөтелі, мерзім оның эффектінің шабуылы, жөтел, операцияға жарамсыз ерекше терапиясының тиімсіздігіне жөтелді ерекше этиопатогенездік емдеуі жеңіл бастады. Жөтел орталық супрессанттарға (тағы басқа апины бар заттар морфин, кодеин) есірткі және (глауцин, декстрометорфан) есірткі емес препараттары жатады. Кодеиннің опиоид қатарының препараты метаболизмның процессінде белсенді морфинға айналдырылатын дәрі туралы болып табылады. Морфинның тағайындауы бұл себептен клиникалық тиімділіктің позицияларымен сенімдірек болып есептеледі. Дәрігерлерде жөтелді басу үшін қисынды қауіптенулер морфинның қолдануында бар болады, дегенмен А.Н. Morice et al. (2007) рандомизацияланған екі есе шығын екені тексерілуде. 5 т/мг дозадағы ақырын босатумен морфин, бұған дейін ешқандай да емдеуге жөтел аурулардың үштен бірінде тиімді азайтты. Жөтел әлі емделушілердің үштен бірінде шеттетуге мүмкіндік берді, дозаның жоғарылатуы 10 т/мг дейін. Мұндай дозалардағы морфинды қабылдауы 3 ай ішінде іс жүзінде тиектер қосымша эффекттер қоспағанда шақырмады.

Бронхолитиктері бар түрлі комбинациялардағы жөтелі және шеткі жөтелге қарсы препараттармен есірткі емес супрессантылар рецептурасыз демалысының көп жөтелге қарсы дәрілері құрамына кіреді.

Шеткі супрессанттар шырышты қабықтың шеткі жөтелу рецепторларының белсенділіктері төмендетеді жұмсарту себебінен жоғарғы тыныс жолдары, сулау және қаптау болады. Рецептурасыз демалысының құрамына жөтелге қарсы препараттарының құрамында да, бөлек те оған өсімдік сығындылары және май, қолданылатын натридың ментолы, гидрокарбонаты жатады. Ұқсас ықпалмен тұзды және сілтілік ингаляцияларға ие болады. Шеткі жөтелге қарсы препараттарға преноксидиазин шеткі жөтелу рецепторлардың сезгіштігі азайта ие болады және жөтелу рефлекске орталық ықпалы жатады, бірақ тыныс орталыққа езетін әсерде есірткі құралдарға қарағанда болмайды. Жөтелге қарсы, преноксидиазиннан тысқары ол да жөтел ауырлыққа оң ықпал ете алатын әлсіз ауруға қарсы және спазмолитиялық әсермен ие болады. Преноксидиазин жөтелге қарсы дәрі жоғарғы тыныс жолдары, өткір және созылмалы бронхиттерде қолданады, бронхопневмония, тыныс демікпесі, эмфиземаға және т.б. Бронхоскопиямен және (атропинмен қатар) бронхографияның алдында қолданыла алады. Препаратты күніне (1 таб.) 0, 1 г 3-4 реті, ауыр жағдайларда бойынша ішінде ересектер – күніне 0, 2 г 3-4 реті бойынша, жасына қарай балаларға – күніне (1/4

1/2 таб.) 0, 025 0, 05 г 3-4 реті бойынша тағайындайды. Ауыздың шырышты қабығы жансыздандырудан аман болу үшін өбден шайнамай жұтады.

Жөтелді өсімдік және құрамалы рецептурасыз емдері басқа фармакологиялық құралдармен болуы мүмкін өзара әрекеттесуді ықтималдықтың олардың құрамына кіретін эфедриндер және гистаминге қарсы препараттарының кардиотоксикалық қасиеттерімен сабақтас қосымша эффекттері артынан сақтықпен белгіленуі керек, сонымен бірге тозақ аллергиясы бар емделушілерде. Жөтелді емдеу үшін өсімдік препараттардың клиникалық тиімділігі өткізілген клиникалық зерттеулердің аз саны және олардың жеткіліксіз дәлел дизайны артынан растамаған.

МЦК-ті өсіретін құралдар бірнеше жолдармен жұмыс істейді:

1) қолқалы былшырақтың фазасының Жидка секрецияларына жағдай жасайды немесе секретолитики жанама түрдегі Гастро арқылы, немесе қақырық түсіретін: бронхтарды шырышты қабыққа тікелей ықпалда немесе өсімдік препараттар, иодидтар, натридың хлориды, натридың бикарбонаты, натридың бензоаты;

2) муколитиктер муцин молекулаларының химия байланыстарына әсер етеді: дорназа – Теин альфа, N Цис ацетилі;

3) мукореттеуіштер қолқалы құпияның құрам және көлемдерін реттейді: бромидтың ипротропиумы;

4) дәрі-дәрмектер аралас қасиеттермен (карбостеин, амброксол, бромгексин).

Созылмалы бронхитте де, инфекциялар жоғарғы тыныс жолдарында мол жөтелдің басуын эффект жөтел көрсетілгендік азайтатын бромидтың ипротропиумы үшін үлкен дәрежеде дәлелденген.

Созылмалы жөтелдің емдеуі бойынша АССР*ның клиникалық ұсыныстарынан шыдамы төменде келтірілген.

Вирустан кейінгі жөтел (8 аптадан кем емес бірақ 3 аптадан астам өткір респиратор инфекциясынан кейін):

1) антибиотиктер тиімсіз жөтел бактери алық емес қоздырушылардан туындағандықтан (дәлелдердің күші анықталмаған);

2) бромидтың ипротропиумынан емдеуді бастау ұсынылады (шамалы күштің дәлелдері);

3) жөтел егер аурудың өмір және қызметін мағыналы бұзады және бромидты ипротропиумның емдеуі нектенмен созылады, ингаляция кортикостероидтарын тағайындауға ұсынылады (сарапшылардың пікіріне негізделген дәлелдер);

4) ауыр тырысу тәрізді жөтел жағдайларындағы 30-40 мг/тәул. тағайындауға болады, преднизолон жөтелдің басқа себептері шығарылады (әлсіз дәлелдері);

5) басқа шаралардың тиімсіздіктерінің жанында орталық әсердің жөтелге қарсы препараттарының тағайындауы ұсынылады – кодеин, декстрометорфан (сарапшылардың пікіріне негізделген дәлелдер).

ГЭР фонындағы жөтел:

1) жөтелетін емделушілерге және қайталануға қарсы терапиясы ГЭР биік ықтималдықпен тіпті қайталану жоқ болғанда клиникалық әсер етулері кеңес берген;

2) созылмалы жөтелдің себебін егер қайталануға қарсы терапиясының жақында курстері жөтелдерге ықпал тигізбесе ГЭР сол жағдайда толық қабыл алмамау керек сияқты;

3) қайталану жөтелін емдеуге протон помпасының ингибиторларын қосады (кез келген мөлшерлеуде тәулігіне 2 реттен) эффектті түніне ранитидинмен қатар 300 мг 2 ай ішінде бола алады. Бұл препараттар тиімсіздіктердің жанында ал 1 айға метоклопрамид және домперидонның прокинетикитерінің комбинацияларымен алмастырады және эффект осы жағдайда болмайды, баклофен орталық миорелаксанттарды тағайындайды.

Жөтел өткір бронхитте:

1) өткір бронхитте жөтел антибиотиктердің тағайындауына көрсету болып табылмайды(дәлелдердің күші анықталмаған)

2) жөтел ысқырық сырылдармен қайталауында қоспағанда жеке жағдайлардың жөтелді кішірейтуі үшін әдетте белгіленбеу өткір бронхитінде көрсетілген(әлсіз дәлелдер);

3) жөтелді азайту үшін ұзақ емес уақыт арасында жөтелге қарсы препараттар қолданыла алады.

Жөтел созылмалы бронхитте:

1) созылмалы бронхиті бар аурулардың тұрақты күйінде жөтел қақырықтың көлемі азайтқаны бромиды ипратропиумы арқылы кішірейтуге болады;

2) созылмалы жөтелдің кішірейтулері үшін қосымша эффекттерге мұқият бақылауда созылмалы бронхиттің тұрақты ағымында теofilлиндарды пайдалануға болады, дегенмен жөтелге олардың ықпалы созылмалы бронхиттің асқынуында зерттелмеді;

3) күрес үшін белсенді препараттардың тиімділігінің дәлелдері жөтелдің созылмалы бронхиттің асқынуында шектелген. N-ацетилцистеин үшін барлық муколитиктердің арасында тек қана ұзақ қолдануды орындылық ауру ХОБЛ-дарда растаған, дегенмен мұндай тағайындауды түпкі мақсат – асқынуларды жиіліктің төмендетуі.

Қорыта келгенде, кең көп таралған жөтел, маңызды мәселені емделушінің өзіне болады, сол сияқты оның емдеуші дәрігері үшін, және жөтел шамданған күйлерді көп жоспарлы дифференциалды диагностикасыменғана емес, жоқтықпен бұл симптомның ерекше терапиясы үшін тиімді препараттар жеткілікті. Бұл жоғары жөтелге қарсы тиімділігі бар жаңа фармакологиялық препараттардың бұдан әрі іздестірулері қажеттік және қосымша эффекттердің минимизациялауымен себепші болады. Әлемде дәл қазір осы мақсатта жөтелді емдеу үшін дәрілердің жаңа класстары тағы басқалар простагландин, (калийлі, хлорид және тағы басқалар) иондық каналдардың модуляторларының апины бар заттар, кинин және брадикинин рецепторлары, синтездің ингибиторларының антагонисттарының жаңа өкілдерінің зерттеулері жүреді.

* ACCP (American College of Chest Physicians) –Америкалық торакалды дәрігерлер колледжі медициналық критериялық жағдай және жүрек-өкпе мамандарының ең ірі бүкіл әлемдік қоғамы.

ӘДЕБИЕТТЕР:

1. Morice A.H. Chronic cough. *Breathe* 2006; 3 (2): 164;
2. Bolser D.C. Cough suppressants and pharmacologic protussive therapy (ACCP evidence-based clinical practice guidelines). *Chest* 2006; 129: 238S–249S;
3. Guo R., Pittler M.H., Ernst E. Herbal medicine for the treatment of COPD: a systematic review. *Eur. Respir. J.* 2006; 28: 330–338;
4. Irwin R.S. et al. Diagnosis and management of cough. ACCP evidence-based clinical practice guidelines. Executive summary. *Chest* 2006; 129: 1S–23S;
5. Belvisi M.G., Geppetti P.

Жөтелге қарсы құрамалы дәрі-дәрмектер

Дәрі-дәрмектердің атауы	Компоненттер
Бронхолитин Бронхитуссен	Глауцин Эфедрин
Бронхотон Бронхоцин	Глауцин Эфедрин Базиликовое масло
Зедекс	Декстрометорфан Бромгексин, аммония хлорид, ментол
Гликодин Алекс-плюс	Декстрометорфан Кодеин, терпингидрат
Терпинкод	Кодеин, натрия гидрокарбонат, корень солодки, трава термопсиса
Кодилак	Бромгексин, ментол, сальбутамол
Аскорил	Бромгексин, ментол, сальбутамол
Синекод	Бутамират
Глаувент	Глауцин
Линкас	Солодка, алтей
Туссин-плюс	Гвайфенизин, декстрометорфан
Стоптуссин	Гвайфенизин, бутамират

Cough: current and future drugs for the treatment of chronic cough. *Thorax* 2004; 59: 438–440; 6. Morice A.H. et al. Opiate therapy in chronic cough. *Am. J. Crit. Care Med.* 2007; 175: 312–315; 7. Rimsza M.E., Newberry S. Unexpected infant deaths associated with use of cough and cold medications. *Pediatrics* 2008; 122: e318–e322.

РЕЗЮМЕ

КАШЕЛЬ: ДИАГНОСТИКА И ОСНОВНЫЕ ПУТИ ЛЕЧЕНИЯ

А.Н. Нурланова

№17 городская поликлиника, г. Алматы

В статье указываются данные о причинах возникновения, диагностике и лечении кашля.

SUMMARY

COUGH: DIAGNOSTICS AND THE BASIC WAYS OF TREATMENT

A.N. Nyrlanova

17 city polyclinica, Almaty c.

In given article the data about the occurrence reasons, diagnostics and cough treatments is specified.