

**Қазақстан Республикасының Денсаулық Сақтау Министрлігі  
«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ  
«Педиатрия-1» кафедрасы**



# **Презентация**

**Тақырыбы:** Балалардағы интерстициальді пневмония

**Орындаған: Амангелді М.**

**Тобы: В-ЖМҚБ-06-16**

**Қабылдаған: Мустафина К.А.**

**Шымкент 2019**

# Жоспары:

- \* I. Кіріспе:
- \* «Пневмония ауруының анықтамасы мен таралуы»
- \* II. Негізгі бөлімі:
- \* «Балалардағы пневмонияның жіктелуі»
- \* «Жас балалардағы пневмонияның этиологиясы мен патогенезі»
- \* «Пневмонияның белгілері»
- \* «Диагностикасы мен емі»
- \* III. Қорытынды.
- \* Пайдаланылған әдебиеттер.

# I. Кіріспе:

- \* **Пнемония** – себебі негізінен бактериялық инфекция болатын, өкпенің респираторлық бөлшектерін зақымдап, альвеола ішінде экссудация, қабыну клеткаларының инфильтрациясы пайда болатын, паренхимаға экссудат сіңіп, бұрын болмаған, басқа аурулармен байланысты емес жергілікті қабынудың клиникалық-рентгенологиялық белгілері бой көрсететін жедел инфекциялық ауру.

# «Жас балалардағы пневмонияның этиологиясы мен патогенезі»

## Бактериялар

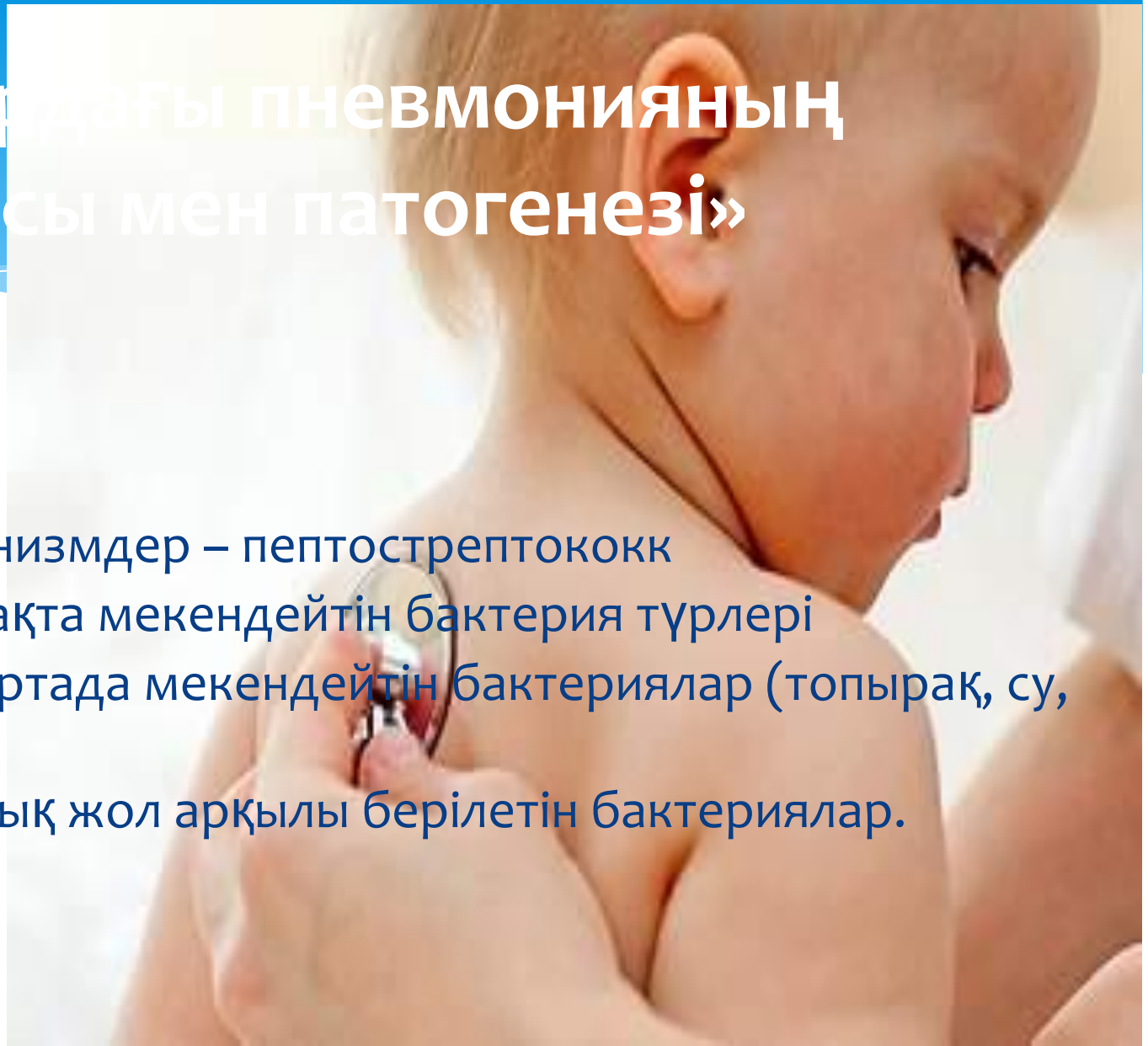
- \* В топты стрептококк
- \* Анаэробты микроорганизмдер – пептострептококк
- \* Бактероидтар – топырақта мекендейтін бактерия түрлері
- \* Листерия – қоршаған ортада мекендейтін бактериялар (топырақ, су, өсімдік)
- \* Уреалитикум – жыныстық жол арқылы берілетін бактериялар.

## Вирустар

- \* цитомегаловирус
- \* герпес вирустары

## Саңырауқұлақтар

## Кандида тұқымдастығы



# Классификациясы

\* Нәрестелердегі пневмония 2-ге бөлінеді:

## 1. ТУА ПАЙДА БОЛҒАН:

\* транспланцентарлы – қоздырғыш жүктілік кезінде плацента арқылы нәрестеге өтті

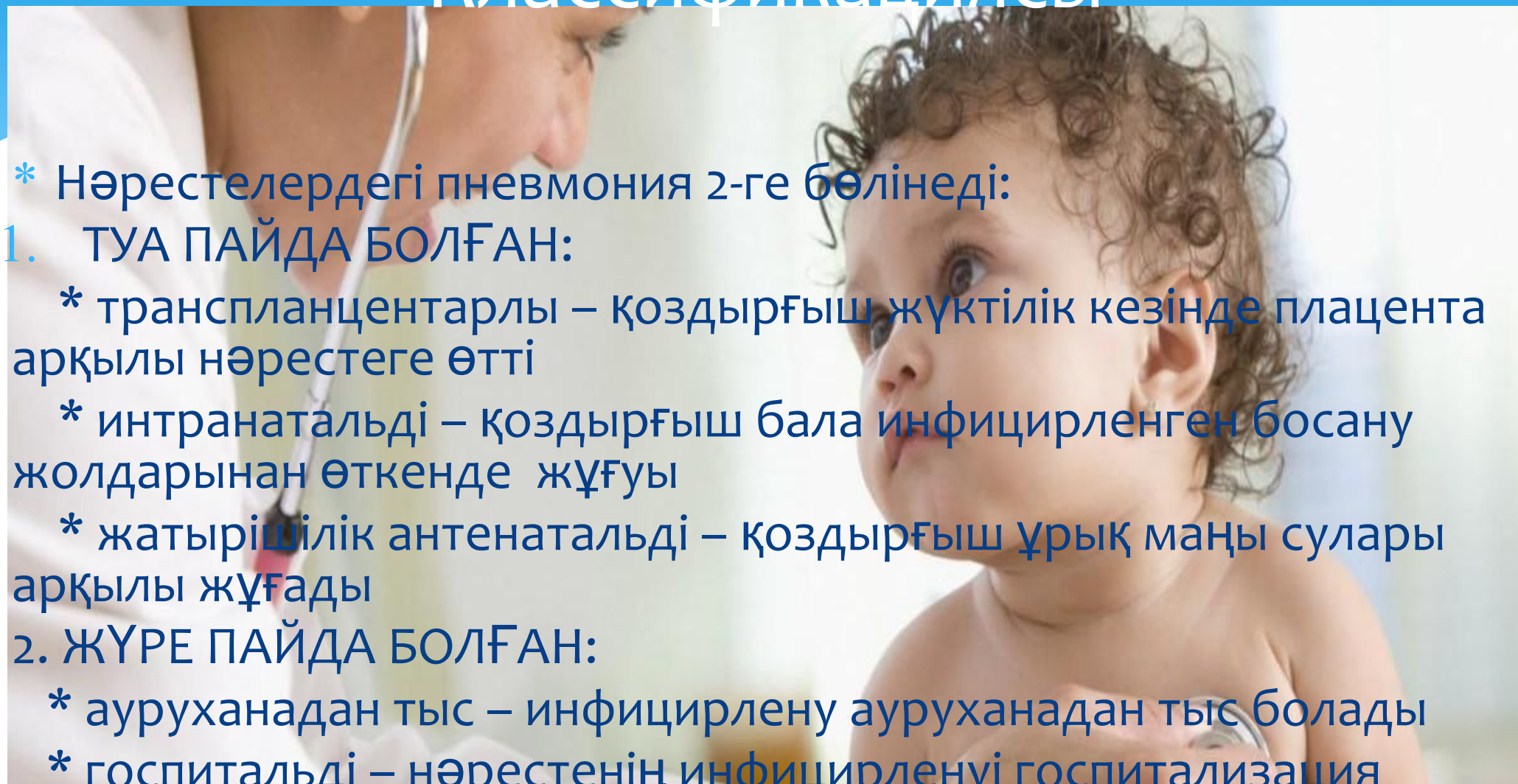
\* интранатальді – қоздырғыш бала инфицирленген босану жолдарынан өткенде жұғуы

\* жатыршілік антенатальді – қоздырғыш ұрық маңы сулары арқылы жұғады

## 2. ЖҮРЕ ПАЙДА БОЛҒАН:

\* ауруханадан тыс – инфицирлену ауруханадан тыс болады

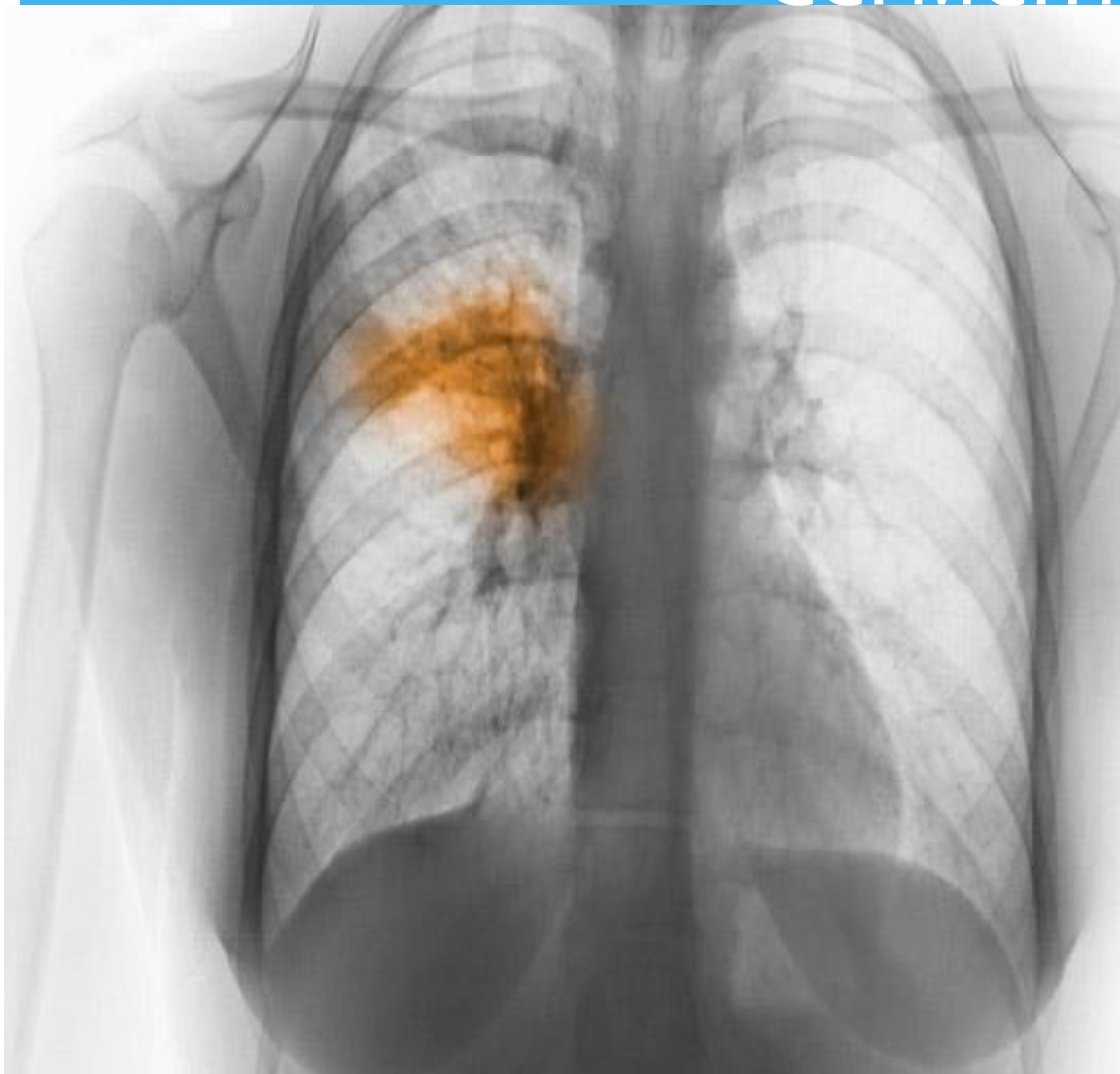
\* госпитальді – нәрестенің инфицирленуі госпитализация кезінде болады



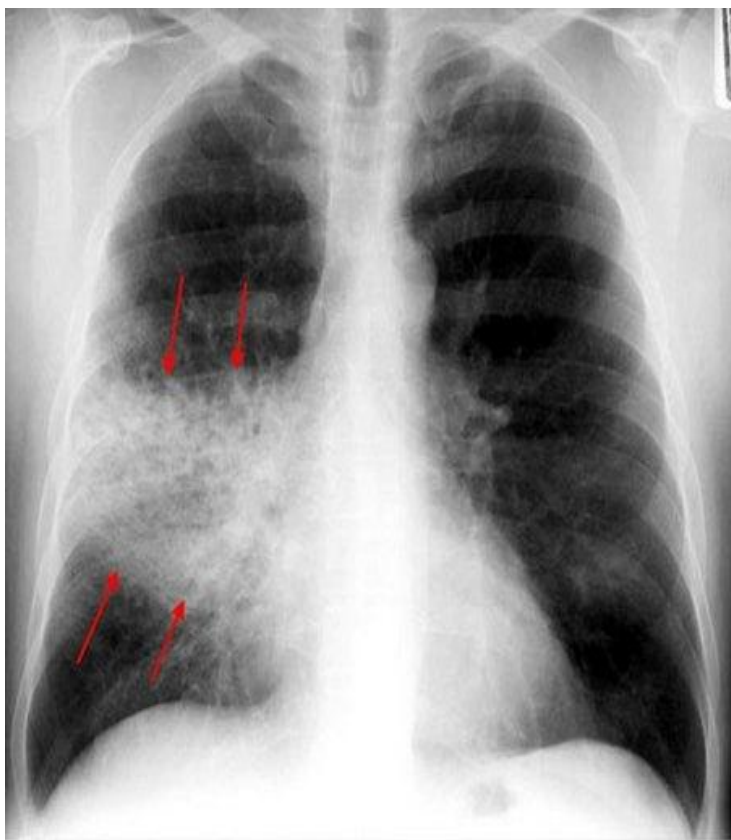
Морфологиялық формасы	Жұқтыру жайы	Ағымы	Асқынулар	
			Өкпелік	Өкпеден тыс
Ошақтық	Ауруханадан тыс	Жедел	Сипневмониялық плеврит	Инфекциялық токсикалық шок
Сегментарлық	Аурухана ішілік	Созылыңқы	Метапневмониялық плеврит	ЖҚҰ синдромы
Ошақты-өзарақосылған	Перинаталдық жұқтыру бойында		Өкпе деструкциясы	Жүрек-қан тамырлық жетіспеушілік
Крупоздық	Иммундыт апшылықты аурулар да		Өкпе абцесі	Респираторлық Дистресс синдромның Үлкендердегі типі

# Ошақтық пневмония

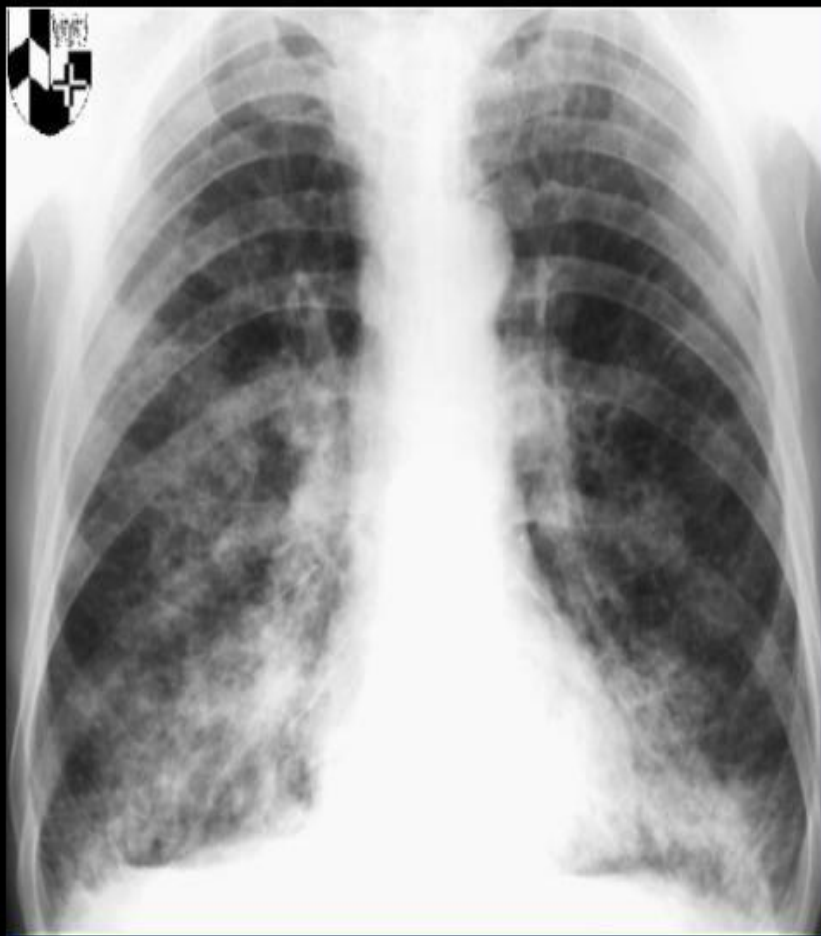
## Сегментарлы



# Крупозды



# Интерстициальная пневмония



- Множественные пневмонические участки в легочных полях с двух сторон



# Классификация

## РЕНТГЕНОЛОГИЯЛЫҚ КӨРІНІСІ БОЙЫНША:

1. ОШАҚТЫ – рентген суретінде ауқымды өкпенің зақымдануын көреміз. Ауру ақырын басталады, симптомдары 1 апта ішінде пайда бола бастайды. Антибиотикке тәуелді болады, толықтай жазылу 3-4 аптадан кейін болады.
2. СЕГМЕНТАРЛЫ – клиникалық көрінісі көп жағдайда көрінбейді. Тек қана рентгенде өкпеде тығыздалуды көреміз. Сегментарлы зақымдалу вирусты инфекция кезінде болады. Зақымдалу аймақтары 2-3 аптада түзіледі.
3. КРУПОЗДЫ – жоғарғы тыныс алу жолдарындағы бактериальді инфекцияға нәрестелердің аллергиялық реакциясы маңызды орын алады. Нәресте бұрын-соңды қоздырғышпен кездеспегендіктен организм инфекцияға сезімтал емес болып келеді. Рентген суретінде өкпенің бірнеше сегменті немесе бір бөлігі зақымдалғанын көреміз.
4. ИНТЕРСТИЦИАЛЬДІ – рентгенде өкпе суретінде жолақ тәрізді тығыздалулар көрінеді (сегментарлы бронхтардың тығыздалуы). Интерстициальді пневмония аллергиялық дерматитпен қатар жүреді.

# Нәрестелер пневмониясы

- \* Нәрестелер пневмония – балалардың өмірінің алғашқы айында өкпе паренхимасының жіті жұқпалы-қабынулық ауруы, клиникалық түрғыдан әртүрлі көріністегі, дәрежедегі тыныс алу бұзылыстарымен, қызба, уыттану, сипатты физикалды өзгерістер мен өкпедегі ошақты-инфильтративтік «жаңа пайда болған» өзгерістердің рентгенологиялық дәлелдермен көрінетін ауру.



# Нәресетелерде пневмонияға әкелетін факторлар

- \* Жатырішілік гипоксия
- \* Асфиксия
- \* Босану кезіндегі травмалар
- \* Тыныс алу бұлшық еттерінің гипотрофиясы
- \* Туа пайда болған жүрек, өкпе ақаулары
- \* Иммунитеттің тұқым қуалайтын ақаулары
- \* Гипо-,авитаминоз



# Неонаталдық пневмония.

- \* Әдетте аурухана ішілік пневмония В Streptococcus пен қоздырылады, сирек жағдайларда — басқа қоздырғыштар (*Escherichia Coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus epidermidis* және *Staphylococcus*), парентальды жұғу кезіне — G және D стрептококк топтары, *Listeria monocytogene*
- \* *s*, *Treponema pallidum*. Ерте пневмонияға этиологиялық құрылымы ұқсас. Кейінірек деп жиі пневмония туындаған кезде MӨВР *aeruginosa*, *Acinetobacter*, *Serratia*, эпидермиялық және алтын стафилококк, оның ішінде метициллин-төзімді, жиі түрлі *Candida* саңырауқұлақтар бірлесіп, микоплазма, *Chlamidia trachomatis* қоздырғыштары болуы мүмкін.

- \* **Өмірінің алғашқы 6 ай ішінде балалардың ауруханадан тыс пневмониясын екі топқа бөлуге болады**, клиникалық көріністерімен және этиологиясымен сипатталады: типтік пневмония — фокальды (ошақты, тармағы), фебрильды дене қызуы болған кезде пайда болады және атипті — өкпенің басым диффузды өзгерістермен, сәл жоғары немесе қалыпты дене температурасында.
- \* Типтік пневмония жиі үйреншікті тамақпен аспирация кезінде балаларда орын алады (рефлюкспен, дисфагиямен), сондай-ақ муковисцидоздың алғашқы көрінісі ретінде, иммундық бұзылыстарда. Негізгі қоздырғышы — *E. coli* және басқа да грам теріс ішек флорасы, стафилококктар, сирек *Moraxella catarrhalis*. Аз жағдайда ортақ патогенді пневмососси болып табылады, және *H. influenzae*, әдетте ЖРВИ мен ауыратындармен байланыста болған балалар (отбасында әдетте басқа бала).
- \* **Атипты** пневмонияның жиі қоздырғышы *Chlamidia trachomatis*, босану кезінде нәрестеге жұқтыру, әлдеқайда аз — *Pneumocystis carini* (шала туылған және АҚТҚ-жұқтырған); этиологиясы бойынша *M. hominis* *U. urealyticum*.

- \* 6 ай–5 жас арасындағы балаларда ауруханадан тыс пневмония жиі (70–88%) *S. Pneumoniae* қоздырады, өкпенің суынан жиі пневмококк табылады сонымен қатар капсуласы жоқ *H. Influenzae* табылады.
- \* В типті *H. influenzae* сирек кездеседі (10% дейін), ол пневмококкпен қосыла отырып деструкция және плевритпен күрделенген пневмонияға жиі жағдайларда әкеледі. Стафилококктар сирек кездеседі. «Атипті» пневмонияда, *Mycoplasma pneumoniae* мен қоздырылғанда, 15% байқалады, *Chlamidia pneumoniae*— 3–7% болады. Бұл жаста жиі респираторлы-синцитиальды вирусты анықтайды, грипп вирусы және парагрипп, рино- және аденовирус (тип 1, 2, 3, 4, 5, 7, 14, 21, 35) жиі бактериялық қоздырғыштар бар. Вирустық және бактериялық инфекциялар аралас кезде, вирус, шамасы төменгі тыныс жолдарының бактериялық флора жұқтыруына ықпал ететін фактор ретінде табылады.

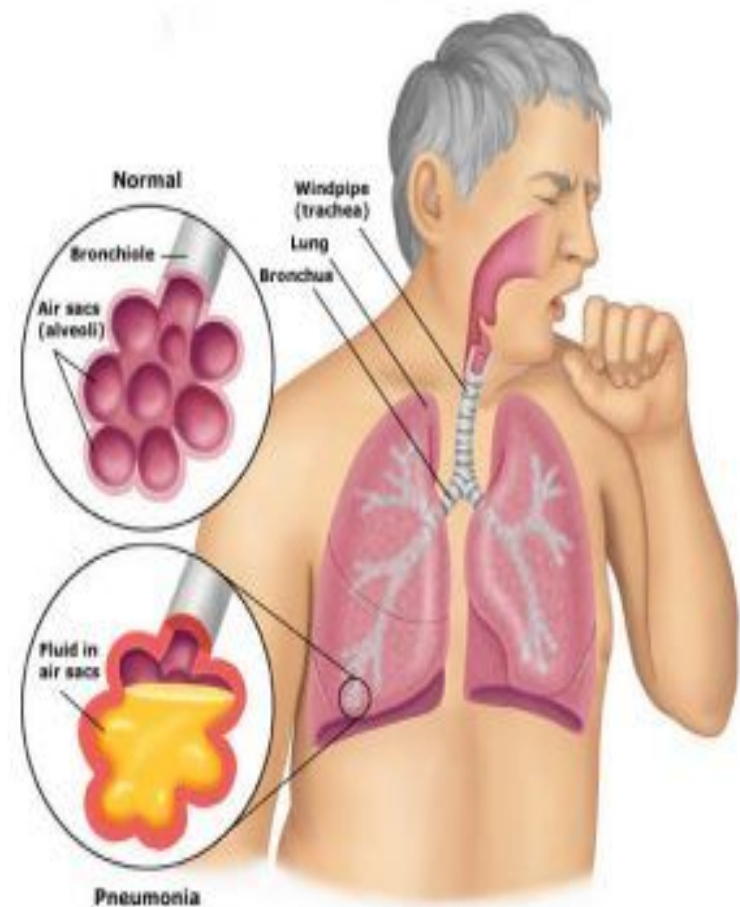
## *Интерстициалды пневмониялар.*

1946 жылы Р. Ленк жедел ағымды пневмониялар арасынан төмендегі рентгендік сипаттарымен ерекшелінетін пневмонияларды бөліп шығарды:

- 1.Өкпе суретінің өзгерісі кеңейген түбірден ұршық тәріздес тарайтын, тұрпайы не нәзік жолақтардан тұрады. Бұлардан негізінде бронх-төңіректік инфильтрация және, мүмкін, бронхтардың экссудатпен толуы жатады.
- 2.Пневмония бар өкпе суреті ұялы әр түрлі көлемді тор тәрізді болады. Осы екі түрлі өзгерістердің үстіне кішілеу ателектаз ошақтары пайда, ұсақ дақтар көрінеді.
- 3.Жайылмалы, тартылған жіп тәріздес айқын көрінетін көлеңкелер бронхтар қысылуының белгілерімен бейнеленеді. Осы пневмонияларды ол *интерстициалдық* деп атады. Балаларда сирек, жедел ағымды пневмониямен ауыратын балалардың 1%-да ғана кездеседі.

Интерстициалдық пневмониялардың этиологиясы әрқилы. Олар вирустар, пневмоцисталар, хламидия, микоплазма, дертті саңырауқұлақтар, стрептококктар; алайда аурудан табылған инфекцияның өзін де дерттің себепшісі екенін айыру қиын.

Рентгендік көріністерінде интерстициалдық пневмонияларға сай аурудың клиникалық ерекшеліктерін ескеріп, олардың





## **Манифестік, жедел ағымды тип.**

Сәбилер мен мектепте дейінгі, аллергиялық диатезі бар балаларда кездеседі. Кесел ауыр түрде басталады: нейротоксикоз, ТТ белгілері, қызудың көтерілуіне кейіннен жиі, маха кетіретін жөтел қосылды. Өкпеде катаралдық өзгерістер анық емес: бірен-саран, тұрақсыз, құрғақ сырылдар, сирек крепитация, ал бактериалдық инфекция қосылғанда ылғалды сырылдар естіледі. Перкуссияда тимпанит, өкпе түбірі кеңейеді (көбіне бір жақты).

Аурудың ең ауыр ағымы гриппоздық геморрагиялық пневмонияда кездеседі: гипертермия, ауыр нейротоксикоз бен ТТ. Қан аралас, кейде көбікті қақырақ, коолапс. Тексергенде көбіне құрғақ және ылғалды сырыл, крепитация естіледі. Геморрагиялық синдромды қанның қантамырлар ішінде ұюына байланысты деп жорамалдайды. Ауруға оң жүректің жедел ағымды және созылыңқы жетіспеушілігі тән, бауыр аздап үлкейіп, микрогематурия байқалады.

Қанның газдық құрамында анық гипоксемия мен гиперкапния болады, олар альвеолярлық мембраналар бітелуінің (пневмоноз), өкпе гипертензиясы мен өкпе артерио-веноздық шунттарының белгісі.

## **Аз симптомды, жеделдеу ағымды тип.**

Көбінесе мектеп жасындағы балаларда байқалады. ЖРВИ-мен ауырып тұрған балада енжарлық, шаршау, тәбетінің төмендігі, субфебрилді қызу, бас ауыруы, жөтел сақталады. Мұндай ауруларда физикалық өзгерістер шамалы: аздаған интоксикация белгілері, қимыл жасағанда білінетін ентигу, кейде өкпе түбірінің кеңеюі, бірен-саран құрғақ сырылдар болады. Дегенмен реңі генге түсіргенде интерстициалды пневмонияның анық көріністері табылады. Иммунитеті әлсіреген балаларда кездесетін интерстициалдық пневмонияға тетрада тән: ентигу, гипоксемия, жалпылама интерстициалды инфильтрация, жөтел; әдетте, бұл пневмониялардың этиологиясы – пневмоцисталар.

*Болжамы.* Интерстициалдық пневмонияның жедел ағымды өте ауыр. Кейде токсикоздан, вирусты энцефалит пен ішкі ағзалардың вирусты бұзылысынан бала өліп те кетеді. Аурудың сәтті ағымының өзінде өкпенің рентгендік өзгерістері ұзақ сақталады (6-8 аптадай не бұдан да көп). Интерстициалдық пневмониялар пневмосклероз бен бронхоэктаздар дамуына соқтыруы мүмкін.

# Пневмонияның клиникалық симптомдары

- \* қызба, ентігу, жөтел, өкпедегі сырылдар арнайы белгі емес, себебі ЖРВИ кезінде байқалады.
- \* Қызба пневмонияның нақты көрсеткіші емес, оның жоқтығы (6 айдан асқан бала) жоққа шығарады. «Классикалық» физикалық белгілері – перкуторлы дыбыстың қысқаруы, әлсіреген немесе бронхальды тыныс, өкпе үстінде крепитация және ұсақ көпіршікті сырылдар соңғы дем шығару кезінде — пневмониясы бар балаларда тек 50-70% кездеседі, олардың болмауы пневмонияны жоққа шығармайды.

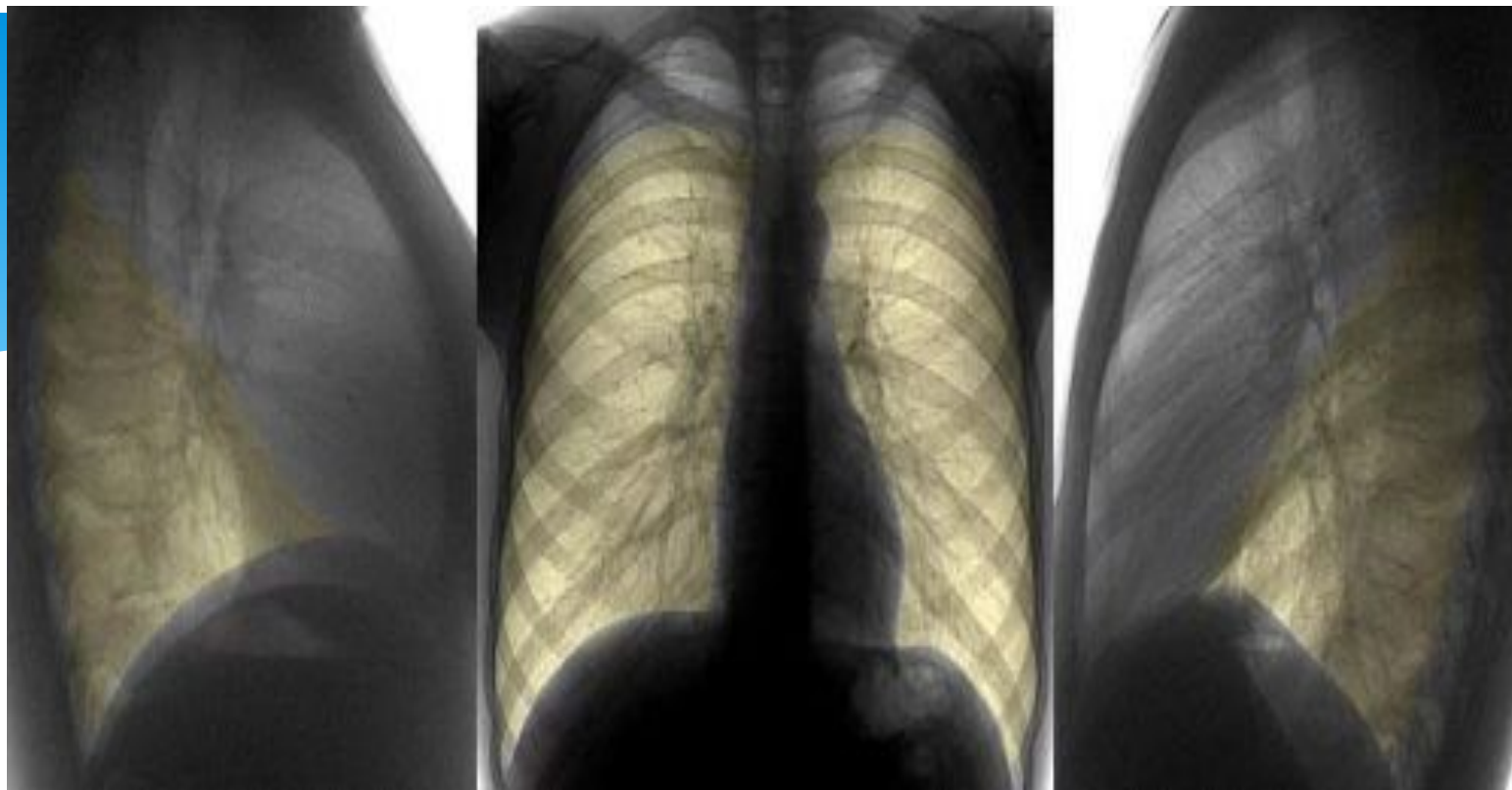


# Лабораторлық зерттеулер

- \* Нейтрофильды лейкоцитоз  $12-15 \times 10^9/\text{л}$  кокктық пневмонияларға тән, оның дәрежесі деструкциямен (іріңдеу) сәйкестендірілген. Жоғары лейкоцитоз ( $30-40 \times 10^9/\text{л}$  одан да жоғары) өмірінің алғашқы айы ішінде балалардың хламидия пневмониясымен ауырғанда байқалады. Алайда, гематологиялық өзгерістер болмауы пневмонияны жоққа шығаруы мүмкін емес, ол пневмония бар науқастардың жартысында байқалады (вирустар, микоплазмалар туындаған, *H. influenzae*).
- \* Алайда ЭТЖ СРБ концентрациясы және басқа да өткір фаза белоктар пневмония кезінде (әсіресе пневмококкты) жоғарылайды, Осы зерттеулерді міндетті түрде өту маңызды емес.

# Аспаптық зерттеу

- \* Кеудеге рентгенографиясы клиникалық диагнозды растауға және пневмония нысанын көрсетуге мүмкіндік береді. Әдетте тікелей проекциядағы рентгенограмма жеткілікті. 70% пневмонияға ЖРВИ да байқалатын өкпе суретінің күшеюі, өкпе ұлғаюы, өкпенің тамырының нығайуы сирек. Өкпе көлеңкесі оның этиологиясы туралы айтуға қиын болса да, ол эмпирикалық терапия таңдауда көмектеседі.
- \* Біртекті шекаралары анық көлеңкелер (полисегментарлы, бөліктік, ошақты) типтік бактериялық пневмонияға тән, оның ішінде пневмококкпен қоздырылған, біртектісіз, нақты шекаралары жоқ, жиі қарқынды емес – Мусорластамен қоздырылған
- \* Сәбилердегі диссеминирленген өзгерістер хламидиозбен байланысты болуы мүмкін (ұсақ ошақты көлеңкелер) және пневмоцистоз (жұмсақ бұлт тәрізді көлеңкелер).
- \* Ошақты-қосылғандар, тығыз, пневмония үшін ұлғайып тұрған көлеңке, деструкциямен.
- \* Көлемі кішірейген гомогенды сегментарлы көлеңкелер ателектаз бар екенінің белгісі.
- \* Шағын гомогенды емес тамыр қасындағы қараюлар ЖРВИ кезінде болады

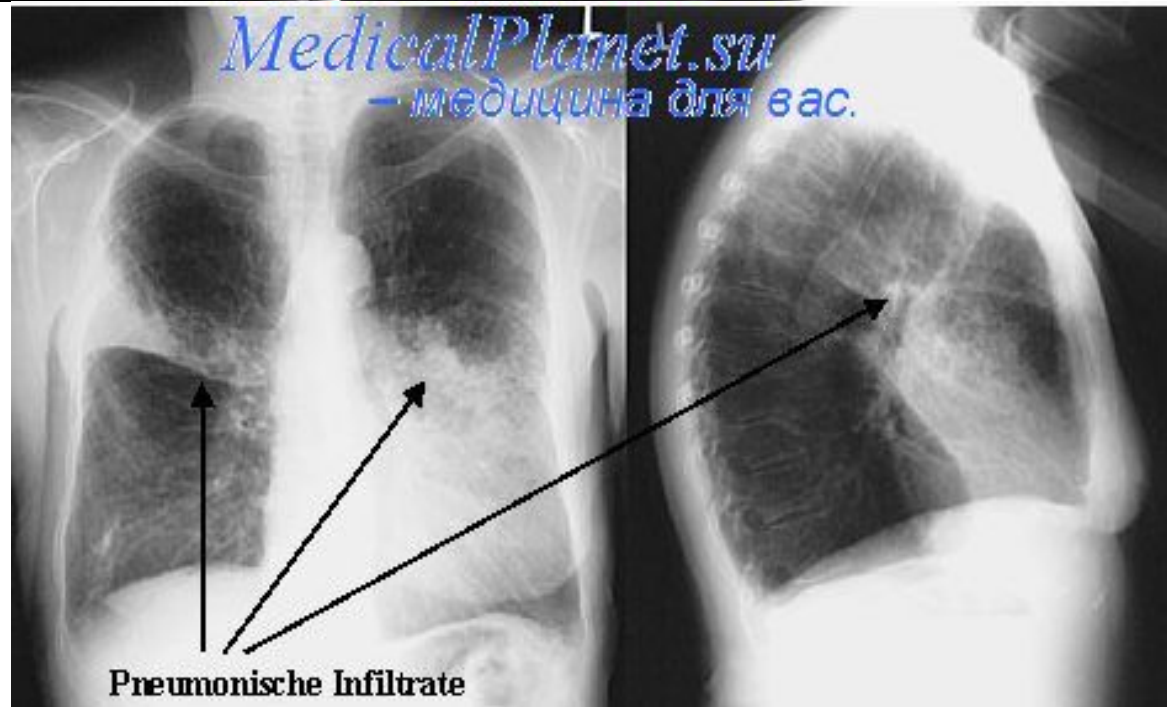


## Среднедолевая пневмония



PPT4WEB.TU

*MedicalPlanet.su*  
— медицина для вас.



Pneumonische Infiltrate

# Жоспарлы госпитализация үшін көрсетімдер:

- \* Жоспарлы: пневмонияның ауыр және ұзақ уақытқа созылған түрі (10-12 айдан артық); ТТТұғыл:
- \* бөгде дененің болуына күмән тууы;
- \* кеуде клеткасының төменгі жағымен ауаны ішіне тарту кезінде тыныс алу жеткіліксіздігінің көбеюі және тыныс алудың жиілеуі;
- \* ауыр респираторлы дистресс (дем алу кезінде анық жайсыздықты сезіну немесе емізген кезде ауыр дем алу, тамақ және сұйықтықты қабылдау кезінде ауырлық немесе сөйлеу қиындығы);
- \* айқын токсикоз (тамақ пен су ішуден, емшек емуден бас тарту, сананың бұзылуы, 5 күннен артық қызбаның болуы);
- \* тырыспалар;
- \* орталықты цианоз (көгеру);
- \* тыныштық күйдегі стридор (ысқырықты дем) (II-IV тарылу);
- \* 2 айдан төмен жастағы барлық нәрестелер.



# Ем мақсаты

- \* Өкпедегі қабыну процесін тоқтату.
- \* ТЖ белгілерін, жалпы уыттану, қызбаны жою, өкпе экскурсиясын қалпына келтіру, өкпедегі ошақты физикалды көрсеткіштерінің, жөтелдің жоғалуы.



# Дәрі-дәрмексіз ем

- \* Сәйкес гидратация (жылы сұйықтықты көп мөлшерде ішу) және тамақтану
- \* Тыныс алу жеткіліксіздігінің кез келген көрінісі бар науқастарға сәйкес оксигендік ем  
(мысалы, кеуде клеткасымен ауаны тарту, тыныс алудың жиілеуі > минутына 70 рет)  
тағайындалады.
- \* Ана сүтін беру

# Медикаментозды терапия

- \* Қызбаны тоқтату ( $> 38,5$ ): парацетамол 10-15мг/кг күніне 4 ретке дейін. Жөтеле қарсы дәрі-дәрмекті қолдану ұсынылмайды (жөтелді басатын дәрі-дәрмектер). Демікпелік тыныс алуда - бронхолитикалық ем (мысалы, жас бойынша дозада сальбутамол күніне 3-4 рет 5 күн). Ингаляциялық түрмен емдеу ұсынылады.



# Антибактериалды препараттар:

- \* бактериалды флорадан туындаған пневмонияда антибактериалды ем бөлінетін микробтың сезімталдығы ескеріле отырып тағайындалады.
- \* Альтернативті дәрі-дәрмекке ауыстыру бактериологиялық көрсеткіштер немесе бірінші таңдалған дәрі-дәрмектің 48 сағат ішінде нәтижесіз болғанында эмпириялық негізде жүргізіледі. Ауыр түрінде- дәрі-дәрмекті венаға немесе бұлшықетке енгізу.
- \* Б. Хламидиядан туындаған пневмонияда макролидтер класының антибиотиктерінен дәрі- дәрмектер таңдалады (азитромицин, эритромицин, ровамицин).
- \* Цитомегаловирустан туындаған пневмонияда спецификалық цитомегаловирусқа қарсы иммуноглобулин дәрі- дәрмегі таңдалады.
- \* Г. Жай герпестен туындаған пневмонияларда- ацикловир дәрі- дәрмегі таңдалады.
- \* Д. Пневмоцистті пневмонияда жоғары дозада котримаксазол тағайындалады (8 мг/кг триметоприм және 40 мг/кг сульфаметоксазол венаға әр 8 сағат сайын немесе күніне 3 рет ішу) 3 апта бойы.
- \* Е. Саңырауқұлақты этиология пневмония кезінде: итраконазол 5 мг\кг\күн 14 күн бойы немесе амфотерицин Б (0.5 мг/кг/доза күніне 1 рет венаға 10-14 күн бойы)

# Өлім және жітім

- \* Өлім көрсеткіштері патогенездің белгілеу критерийлерімен байланысты. Барлық балаларда аутопсия кезінде анықталған пневмония 9-23% өлімнің негізгі себебі ретінде анықталды, 23–33% ол басқа да ауыр патологиясы бар балалардың өлім себебіне бәсекелес болды; 50–60% пневмония патогенезде болмаған — ілеспе ауру. Дер кезінде емделген стационардан тыс пневмония іс жүзінде өлімге әкеп соқпайды. Стационар ішілік пневмониядан өлімдік 5–10% құрайды.

# III. Қорытынды:

- \* Жаңа туған баланың пневмониясы ауыр ағыммен, өзіндік клиникалық көріністерімен сипатталады. Жатыршілік өкпе қабынуы жүтіліктің аяғында немесе әйел босану кезінде ұрық өзінің жанындағы жұқтырылған суларды жұтып қоюына байланысты пайда болады. Морфологиялық белгілері бойынша өкпе қабынуы ошақты, интерстициалды болады, өте жиі ауасыз солумен, құрылысының бұзұлуымен ере жүреді.
- \* Клиникалық көріністерінде жалпы уытталу және орталық жүйке жүйесінің зақымдану (адинамия, бұлшық еттерінің және рефлекстерінің тонусы төмендеуі) белгілері кездеседі. Сәби ерте көгереді, ауыз – мұрынынан көпіршікті шырыш пайда болады. дене қызуы әлсіз айқындалған. Жөтелі – сирек, ылғал, кейде тіпті пайда болмайды. Аурудың ағымы созылыңқы болуы мүмкін.

# Қолданылған әдебиет:

Клинический протокол пневмония у детей (Утвержден протоколом заседания Экспертной комиссии по вопросам развития здравоохранения МЗ РК №23 от 12 декабря 2013 года)

Б.Х. Хабижанов, С.Х. Хамзин – Педиатрия кітабі, Алматы 2005ж.