

**Балалардағы бронх
обструктивті синдромы бар
ауру балаларды жүргізу
ерекшелігі. Жедел бронхит.
Жедел обструктивті бронхит.
Жедел бронхиолит.
Пневмония**

- I. Кіріспе
- II. Негізгі
- ✓ Жедел бронхит
- ✓ Жедел бронхиолит
- ✓ Жедел обструктивті бронхит
- ✓ Пневмония
- III. Қорытынды
- Пайдаланылған әдебиеттер

Жоспар:

- Обструктивті синдром немесе бронхобструкция негізіне аллергиялық қабыну және бронхтар гиперреактивтілігі жататын, тыныс қиындығы ұстамаларымен білінетін, диффузды обструкция, беткейлі бронх еттерінің спазмы, шырыш гиперсекрециясы, бронх қабаты ісінуімен белгілі ауру.
 - Бронхобструктивті синдром – көбінесе балалар ауруы болып табылады, әсіресе 3 жасқа дейінгі балалар. Төменгі тыныс жолдарының ауруымен ауыратын балалар 40 % , респираторлы вирусты инфекциямен ауыратын балалар 50 % , аллергиясы бар балалар 30 % кездес
-

- — бронхтар кілегей қабығының диффузды бейспецификалық жедел (жедел эндобронхит), сирегірек -қабырғасының барлық қабаттарының бір мезгілде қабынуы (панбронхит).

Жедел бронхит

Normal



Bronchitis



Tertiary bronchi

- Көбінесе жедел респираторлы вирусты инфекцияның (ЖРВИ) салдарынан бронхтардың шырышты қабаттарында өзгерістер болады, дегенмен бронхиттің клиникасы әрдайым көрініс бере бермейді. Рино-, респираторлы синцитиалды және паратүмаудың (парагрипп) 3 типтегі инфекциялары бір жасқа дейінгі балаларда бронхитті жиі туындатады, ал ересек балаларда тек қана жоғарғы тыныс жолдарының катаральды өзгерістері ғана болады.
- Балаларда бактериалды (пневмококктар, стрептококктар мен стафилококктар, гемофилді таяқша) қоздырғыштар әсерінен болатын бронхиттер сирек кездеседі. Олар негізінде мукоцилиарлы клиренстің қатаң бұзылыстары болған кезде ғана дамиды (бөгде зат, көмекей стенозы, интубация, трахеостома, бронхтардың дамуындағы ақаулар, муковисцидоз, цилиарлы дискинезия).
- Бір жасқа дейінгі балаларда бронхитті респираторлы вирустармен қатар «атипті» микроорганизмдер, яғни микоплазма және хламидиялар да туындатады. Олардың жиіленуі мектеп жасындағы балаларда, әсіресе күз айларында байқалады.

Этиологиясы

- Вирустар тыныс жолдарының эпителий қабатында көбейіп, оларды зақымдайды, әрі бронхтардың қабырғаларының кедергілік қасиетін тежейді және бактериалды қабынуға қолайлы жағдай туғызады. Сонымен қатар вирустар жүйкелік ганглилердің зақымдануына алып келеді, яғни бронхтардың сағасының жүйкелік реттелуін және оның қоректенуін бұзады

Патогенезі

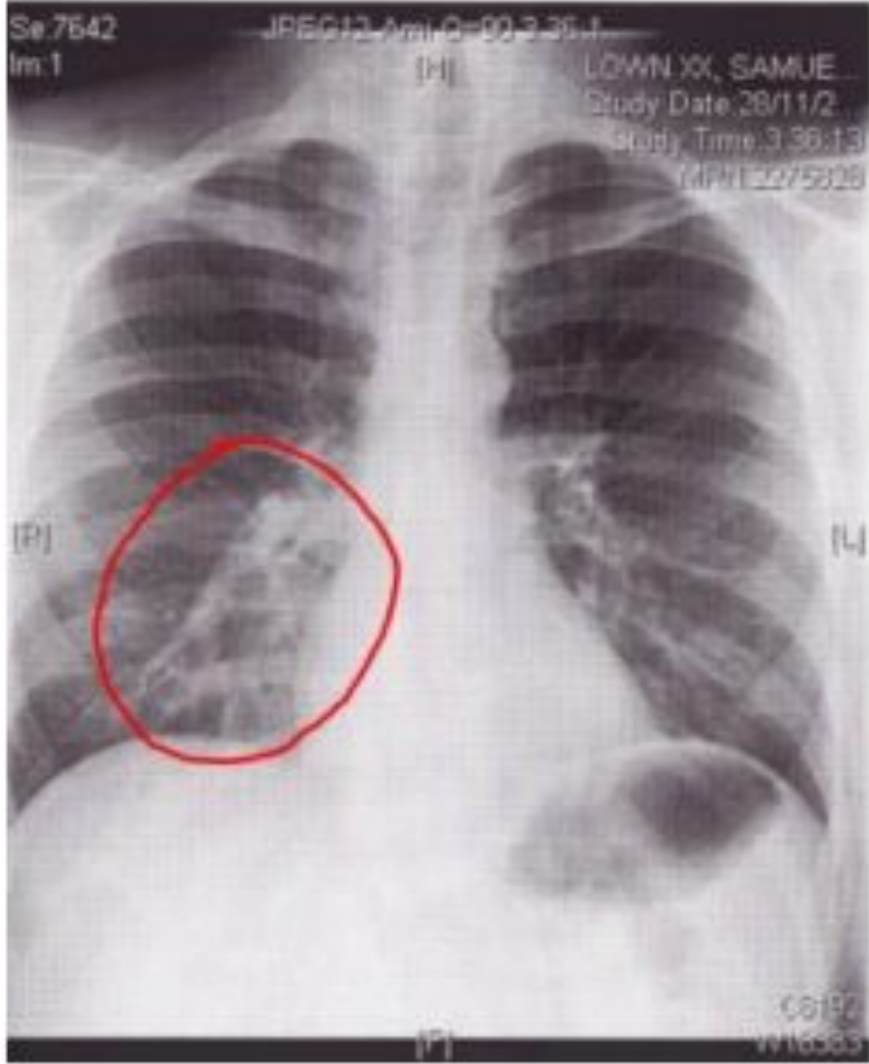
- Жедел жай бронхитте (ЖЖБ), әдетте, науқаста дене қызуының жоғарылауы, бастың ауруы, ринит, фарингит, ларингиттің белгілері байқалады, әлсіздік пайда болады. Жөтел – ЖЖБ-ның негізгі белгісі. Жөтел бастапқыда құрғақ, сонан соң (аурудың 4-8 күнінде) біршама жұмсақ, ылғалды болады. Кейде балалар жөтелі күшейгенде кеуде қуысының төменгі жағында ауыру сезімі болатынына шағымданады. Жөтелу кезіндегі ауру сезімі трахеобронхитке тән. Жөтел екі аптаға дейін созылады.
- РС-вирусты инфекция кезінде сәбилердің, микоплазмалық және аденовирусты инфекция кезінде ересек балалардың жөтелуі ұзақ уақытқа созылады.
- Аускультация кезінде құрғақ, ірі және орташа көпіршікті сырылдар естіледі және олар саны мен сипаты бойынша өзгеріп отырады. Дегенмен, сырылдар жөтелгенде де жоғалмайды, себебі балалар қақырықты түкіре алмайды, көбінесе жұтады.
- Перкуссия кезінде анық өкпелік, жиіленген, қорап тәрізді дыбыс естіледі .
- Аурудың 6-8-күніне қарай жөтел азаяды, науқастың дене қызуы қалпына келеді, өкпесіндегі сырылдар жоғалады. Кейде бронхит бірден дамымай, ЖРВИ-мен бірге жүреді, ал кеш жағдайларда екіншілік инфекцияның қосылуы нәтижесінде асқынған түрде болады. Мұндай кездерде науқастың жалпы жағдайы нашарлайды, дене қызуы жоғарлайды, жөтелі күшейеді, өкпесінен ірі және орташа көпіршікті, ылғалды сырылдар естіледі. Нәрестелер мен сәбилердегі бронхиттің салдары пневмониялық асқинуға алып келуі мүмкін.

Клиникалық көрінісі.



Жедел бронхиттің диагностикалық белгілері:

- 1. Уланудың, риниттің, назофарингиттің белгілері.
 - 2. Жөтелдің сипатына қарай: аурудың басталуы кезінде жөтелдің құрғақ болуы, ал бірнеше күннен (4-5) кейін ылғалдыға айналуы.
 - 3. Қақырық көбінесе шырышты сипатта болады.
 - 4. Тыныс жетіспеушілігінің белгілері болмайды: ендікпе жоқ, қосымша бұлшық ет тыныс алуға қатыспайды, көгеру белгілері болмайды.
 - 5. Аускультация кезінде қатаң тыныс естіледі. Сырылдары симметриялы болғанымен, жөтелген кезде өзгереді. Аурудың бастапқы кезінде құрғақ сырылдар болса, кейін ылғалды орташа және ірі көпіршікті сырылдар пайда болады.
 - 6. Перкуссия кезінде өкпеде өзгерістер болмайды.
 - 7. Гемограммадағы өзгерістер тұрақты емес, эритроциттердің тұну жылдамдылығы (ЭТЖ) жоғарылайды, лейкопения немесе аздап лейкоцитоз болады.
 - 8. Кеуде клеткасының рентгенограммасында өкпелік суреттің күшеюі байқалады, өкпе түбірінің көлеңкесі кеңейген, айқын емес болады
-



- Салыстырмалы диагностика бірінші кезекте пневмониямен салыстырыла жүргізіледі (пневмония кезінде тыныс шуылдарының әлсіз болуы, перкуторлы дыбыстың қысқаруы, тұрақты ұсақ көпіршікті және сықырлы сырылдардың болуы). Барлық күмәнді жағдайлар кезінде міндетті түрде өкпенің рентгенографисы жасалуы қажет.

Салыстырмалы диагностика

Жедел жай бронхиттің емі.

- 1. Ауруханаға жатқызу міндетті емес.
 - 2. 100 мл/кг көлемінде жылы сұйықтықты көп ішу (шай, морс, компот, газсыз минералды сулар).
 - 3. Ем-дәм негізінде сүтті-өсімдіктес тағамдар тағайындалады, аллергияны туындататын өнімдер шектеледі
 - 4. Жөтелге қарсы орталыққа әсер ететін дәрілер – тек мектеп жасындағы балаларға құрғақ күшті жөтел кезінде (амброксол, бронхосан, ацетилцистеин)
 - 5. Муколитиктер. Ацетилцистеин (Флуимуцил) немесе амброксол гидрохлорид
 - 6. Ысқыма (массаж), кеуде қуысының білтесі (дренажы), жөтелу рефлексін ынталандыру, тыныс алуға арналған гимнастика.
 - 7. Азитромицин 5 мг/кг тәулігіне (1-күні 10 мг/кг) 5 күн бойы.
 - 8. емдік денешынықтыру жатқан қалыпта орындалады, кеуде қуысының ысқымасы жүргізіледі, егерде қақырық болса вибрационды және перкуссиялық ысқыма қолданылады. Қосымша түрде тағайындалуы мүмкін дәрі-дәрмектер: жөтел ылғалды болғанда және қақырықтың шығуы қиындағанда, қақырыққа қарсы заттар қолданылады. Сондай-ақ жас мөлшеріне байланысты ингаляция түрінде флуимуцил, Амроксол гидрохлорид тағайындалады. Сонымен бірге қақырықты шығаруға әсер ететін өсімдіктес дәрі-дәрмектер (ипекакуан, алтей және т.б.) тәжірибеде кең түрде қолданылады.
-

- — ұсақ, диаметрі 2 мм-ге дейінгі, бронхтардың және бронхиолалардың, яғни диаметрі 1 мм жіңішке тыныс жолдарының шеміршексіз бөліктерінің жедел қабынуы.

Жедел бронхиолит

- Жедел бронхиолит 2 жасқа дейінгі балаларда жиі кездеседі (көбінесе 5-6 айдағы балаларда), яғни ол бронхиолдармен ұсақ бронхтардың обструктиві зақымдануы нәтижесінде болатын ауру. Американдық педиатрлардың айтуы бойынша жылына 100 балаға шаққанда 3-4 жағдайда ЖБ кездеседі
-

- 60-85 % жағдайда респираторлы-синцитиалды вирус әсерінен, сирек жағдайда паратүмау, аденовирус, микоплазма және хламидиялар әсерінен болатын ауру. Бұған алып келетін факторлары: аллергиялық диатездер, паротрофия, жасанды тамақтандыру.

Этиологиясы

- Сәбилердегі жедел бронхиолит бронхиолдардың екі жақты зақымдануымен сипатталады. Бронхиолиттің зақымдануының ерте белгілері – бронхтар мен бронхиолдардағы эпителидің сылынуы, яғни өсетін қабаттың тіндермен алмасуы жүзеге асады. Эпителидің кірпікшелері болмайды. Перибронхиалық кеңістігі лимфоциттермен көбейіп, шырышты қабаттың ісінуіне әкеледі. Сылынған эпителийлер, талшықтар, фибриндер, шырыштар бронхтар мен бронхиолдардың ішін тығыздап, тығындап тастайды. Обструкция дәрежелері коллатеральды ауа алмасуының болуы немесе жоқтығы коллапстың немесе өкпенің бөліктерінің гиперинфляциясының дамуын және тыныс жетіспеушілігінің айқын көрінісін анықтайды. Ұсақ тыныс жолдарының диаметрі тыныс алуда үлкен болса, тыныс шығаруда кішірек болады да, нәтижесінде науқастың тыныс шығаруы қиындайды. Көп жағдайда науқастарда екі жақты және диффузды бронхиолдардың зақымдануы дамиды да, әдетте тыныс жетіспеушілігі пайда болады. Гиперкапния барлық кезде дамымайды. Тахипноэ кезінде минутына 70 рет болады

Патогенезі

- Бронхиолит кейбір балаларда біртіндеп басталса, кейбіреулерінде кенеттен басталуы мүмкін.
- Ауырудың 2-4 күнінде баланың жалпы жағдайы нашарлайды, бала тітіркенгіш болады, тәбеті төмендейді.
- Науқаста құрғақ жөтел пайда болып, ол жылдам түрде ылғалды жөтелге айналады, ендікпесі күшейеді (60-80 минутына), тыныс алуы қиындайды, мұрын қанаттары үрленгені, кеуде-бұғана бұлшық еттерінің кернелуі байқалады.
- Тыныс жетіспеушілігінің басқа да белгілері, яғни бозару, ауыз үшбұрышында көгеру, тахикардия айқын көрінеді.
- Кеуде қуысының алдыңғы-артқы көлемдері бойынша кеңейгені байқалады, перкуторлы қораптық дыбыс естіледі. Жүрек үндері біршама тұншығыңқы естіледі, жүректің салыстырмалы тұйықтығының шекаралары тарылады.
- **Аускультация** кезінде тыныс алу мен тыныс шығарудың басында ұсақ көпіршікті және сықырлы сырылдар естілсе, тыныс шығарған кезде ысқырықты сырылдар естіледі.
- Дене қызуы көбінесе жоғары, кейде субфебрилді немесе қалыпты болады.
- **Қан анализі** лейкоциттер саны қалыпты немесе аздап төмендегенін, эритроциттердің тұну жылдамдығы жоғары екенін көрсетеді.
- **Рентгенологиялық тексеруде** өкпе аумағының мөлдірлігінің жоғарылығы, әсіресе шеткі аймақтағы көкеттің төмен тұрғаны, субсегментарлы ателектаздар бар екені, альвеолдардың түскені айқындалғанмен, біріккен инфильтративті көлеңкелер болмайды.

Клиникалық көрінісі.

- 1.Жалпы жағдайының нашарлауы, риниттің, назофарингиттің белгілері және катаральды белгілер.
- 2.Субфебрилді немесе қалыпты дене қызуы.
- 3.Айқын тыныс жетіспеушілігі, яғни ендікпенің экспираторлы сипатта болуы, тыныс алуға қосымша бұлшық еттің қатысуы, мұрын қанаттарының үрленуі, көгерулер байқалады.
- 4.қабырғалардың көлденең жатуы, диафрагманың түсуі сияқты жедел эмфиземаның белгілері.
- 5.Перкуторлы қораптық дыбыс.
- 6.Қатаң тыныс, тыныс шығарудың ұзағырақ болуы, тыныс шығару кезінде құрғақ, ысқырықты, ылғалды, ұсақ көпіршікті сырылдардың естілуі.
- 7.Айқын тахикардия.
- 8.Кеуде қуысының рентгенограммасында тамырлық суретінің күшеюі, обструкциялық эмфиземаның белгілері, бронхтамырлық суретінің күшеюі, ұсақ ателактаздар.
- 9.Мұрын-жұтқыншақ жағындысынан респираторлы-синцитиалды вирустарды анықтау.

Жедел бронхиолиттің диагностикалық белгілері

- Әдетте пневмониямен салыстырыла жүргізіледі. Перкуторлық, аускультативтік мәліметтер, қандағы лейкоцитоз бен нейтрофиллездер, біріккен ошақты инфильтративті көлеңкелер сияқты белгілердің барлығы пневмонияға тән.
- Сонымен қатар салыстырмалы диагнозды бронхиалдық демікпемен салыстыра жүргізеді. Баладағы аллергиялық диатез бен аллергиялық тұқым қуалаушылық анамнездің, сондай-ақ адреналин немесе селективті адреномиметиктерді енгізгенде тиімді әсердің болуы – осының барлығы бронхиалдық демікпеге тән болып келеді..

Салыстырмалы диагностикасы

Балдар	Тыныс жиілігі	Ысқырықты сырылдар	Цианоз	Тыныс алуға қосымша бұлшық еттің қатысуы
0	30	жоқ	жоқ	жоқ
1	31-40	Тыныс шығарудың соңында естіледі	Айқайлаған кезінде ауыз үшбұрышында	+
2	41-60	Тыныс шығаруда	Тыныштық кезінде ауыз үшбұрышында	++
3	60	Алыстан естіледі	Тыныштық кезінде жайылмалы	+++++

Балалардағы Жедел обструктивті бронхитте және бронхиолиттегі обструктивті синдромның ауырлық дәрежесін бағалау.

- Тыныс жетіспеушілігінің ІІ-ІІІ дәрежелерінде науқасты ауруханаға жатқызу керек. Сонымен қатар 2% натрий гидрокарбонаты, 5-10% ацетилцистеин, гидрокортизон аэрозолдары қолданылады.
- Ендікпе кезінде әрдайым сусыздану үрдісі жүретіндіктен, науқасқа жылы сұйықтықтар қолдану қажет. Қатты сусыздану мен электролиттердің бұзылысы кезінде инфузионды ем қолданылады. Осы уақыттағы «ылғалды өкпе», яғни сол жақ қарыншаның жетіспеушілік белгісі диуретиктер мен жүрек гликозидтерін тағайындауға негіз болады.
- Рибавирин (виразол)-РНҚ-вирустарын тежейтіндіктен, оны 3-7 күн бойы бір тәуліктегі 12-18 сағат аралығында аэрозоль ретінде қолданға болады.
- Науқастарға бронхиолиттің айқын гипоксемиясы кезінде, орташа және ауыр түрлерінде, туа пайда болған жүрек ақауында, муковисцидозда рибавирин тағайындалады.
- Бронхиолитпен ауырған, атопиялық диатезі бар балаларға селективті β_2 -агонистері тағайындалады. Олар әрбір 20 минут сайын 0,15 мг/кг мөлшеріндегі сальбутамол қабылдап тұруы тиіс.
- Глюкокортикостероидтар жергілікті және парентаралды түрде қолданылады (бірінші тәулікте преднизолон көктамырға 3-5 мг/кг мөлшерде енгізіледі).
- Егер балада созылмалы инфекция ошақтары анықталса, сонымен бірге ол жуық арада іріңді-септикалық аурулармен ауырған болса ғана оған антибиотиктер ғана тағайындалады. Бронхиолиттің ұзақтығы 5-7 күн.
- Кейбір науқастарға 2,4% эуфиллин 0,1-0,2 мл/кг мөлшерінде көктамырға енгізу тағайындалады. 0,1% эуфиллин сұйықтығы апноэсы бар барлық науқастарға, сондай-ақ өкпелік гипертензияның белгілерін азайту мақсатында қолданылады.

Жедел бронхиолиттің емі.

- клиникалық түрі айқын обструкциялық бронхиттің көрінісімен өтетін бронхиттің бір түрі. Жедел обструктивті бронхит ересектерге қарағанда балаларда кездесу жиілігі 20-25% құрайды.

Жедел обструктивті бронхит

□ Жедел обструктивті бронхит әртүрлі генездегі респираторлы вирустар, микоплазмалар, хламидиялар әсерінен болады, алайда ерте жастағы балаларда бұл ауру көбінесе респираторлы-синцитиалды (РС) вирустардың, цитомегаловирустардың, 3-типтегі паратүмаудың вирустарының және аденовирустардың әсерінен болуы мүмкін.

□ Жедел обструктивті бронхитке әкеп соғатын факторлар:

- жүктілік кезінде анасының темекі тартуы (балада тыныс жолдарының өте тар болуына әкеледі), баланың «ластанған ауамен тыныс алуы», феталды алкогольдық синдром, сәбидің құрсақішілік дамуының кідіруі, конституциялық ауытқулар, яғни экссудативті-катаральды және лимфатико-гипопластикалық диатездер.

ЭТИОЛОГИЯСЫ

- Обструкция келесі механизмдерге, яғни бронхтардың бұлшық еттік қабырғасының тарылуына, шырышты қабаттың ісінуіне және шырыштың гиперсекрециясына байланысты.

Патогенезі

Клиникалық көрінісі.

- Науқастың дене қызуы жоғарылайды
 - Жоғарғы тыныс жолдарында катаральды өзгерістер пайда болады.
 - Науқастың тыныс алуы жиілеп, тыныс шығаруы ұзарады.
 - Тыныс алуы шулы және ысқырықты болады, яғни бронх кеңістігінде секреттердің бөлінуі мен жиналуы және ендікпе мен қызбаның салдарынан секреттің жабысқақтық қасиеті өзгереді. Нәтижесінде ол «кеуіп» ызындаған және ысқырықты құрғақ сырылдардың пайда болуына алып келеді.
 - Бронхтардың зақымдануы жайылған сипатта болады, яғни құрғақ ысқырықты сырылдар кеуде қуысының барлық жерінен бірдей естіледі. Сырылдарды алыстан естуге болады. Баланың жасы кіші болған сайын құрғақ және ылғалды орташа көпіршікті сырылдар естіледі .
 - Науқастың ендікпесі күшейген сайын тыныс алуға қосымша бұлшық еттердің қатысуы айқын көрінеді, яғни қабырғааралық, эпигастри мен бұғанаүсті ойықтың төмен түсіп кетуі және мұрын қанаттарының кернелуі байқалады. Тері қабаттарының бозаруы, мұрын-ауыз үшбұрышында көгерудің болуы, мазасыздануы, қалыпты жағдайда қолын тіреп отыруы да спастикалық компонентті айқындайды.
 - Баланың жасы кіші болған сайын тыныс алу жетіспеушілігі анық көрінеді . Физикалық тексеру кезінде қатаң тыныс пен құрғақ сырылдардан басқа өкпенің кернелуі (вздутие), сондай-ақ жүрек тұйықтығының салыстырмалы шекараларының тарылуы байқалады.
 - Перкуторлы қораптық дыбыс естіледі. Тыныс алу кезінде бронхтардың ұсақ тармақтарының тарылуы нәтижесінде өкпенің кернеледі және ол қалдық көлемнің ұлғаюы мен вентиляциялық тыныс жетіспеушілігіне алып келеді.
-



- 1. Тыныс шығаруы ұзақ, ысқырықты әрі алыстан естіледі.
- 2. Кеуде қуысының кернелуі, (қабырғалардың көлденең орналасуы), тыныс алуға қосымша бұлшық еттік мускулатураның қатысуы, қабырғааралық ойықтың ішке енуі.
- 3. Тыныс жетіспеушілік белгілерінің айқын болмауы.
- 4. Құрғақ, ұстамалы түрдегі, ұзаққа созылатын жөтелдің болуы. Бірінші аптаның аяғында жөтел ылғалды болады.
- 5. Перкуторлы өкпеде қораптық дыбыс естіледі.
- 6. Аускультация кезінде тыныс шығарудың ұзаруы, ысқырықты құрғақ сырылдар көбірек естіледі.
- 7. Кеуде қуысының рентгенограммасында өкпелік суреттің күшеюі және өкпе түбірінің кеңеюі байқалады.
- 8. Қан анализінде лимфоцитоз бар екені көрінеді.

Жедел обструктивті бронхиттің диагностикалық белгілері:

- Жедел обструктивті бронхит жұқпалы және аллергиялық генезбен салыстырмалы диагностика қойғанда біршама қиындықтар туады. Бөгде зат түскенде дені сау балада жөтел мен өкпедегі өзгерістер кенеттен пайда болады, бірақ вирустық инфекциялардың белгілері болмайды.
- Пневмония ма деп күдіктенген кезде тұрақты дене қызуының 3 күндей болуы, токсикоздың айқын белгілері, перкуторлы дыбыстың қысқаруы, өкпедегі сырылдар, өкпені тексеру кезіндегі рентгенологиялық мәліметтер басты назарда болады.

Салыстырмалы диагностикасы

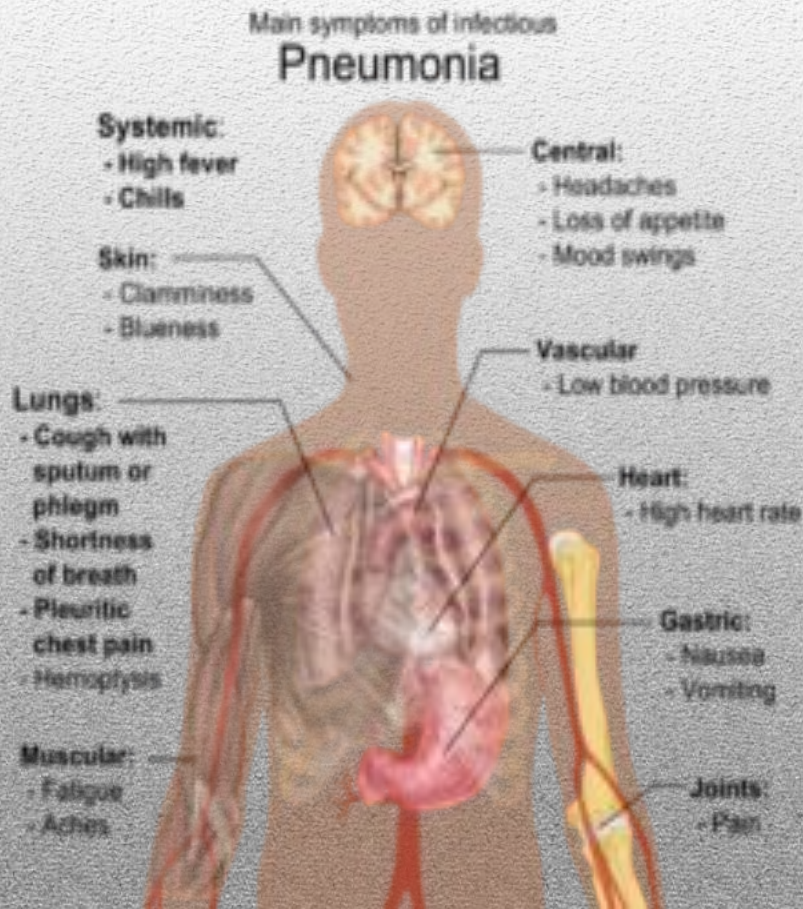
- Тәртіп.
- Қызба кезінде 2-3 күн төсектік тәртіпті сақтау. Сүт тағамдары мен өсімдік тектес тағамдар тағайындалады. Аллергия туғызатын тағамдарды шектеу. Науқасқа дәрумендерге бай, жеңіл сіңірілетін тағамдар беру. Қызба кезінде мүжидектен (клюквadan) жасалған морс, бал қосылған сүт, минералды су сияқты сұйықтықтарды көп ішкізу.
- Жедел обструктивті бронхиттің орташа және ауыр түрінде науқасты ауруханаға жатқызу.
- Науқасты оттегімен тыныс алдыру. Балалардағы обструктивті бұзылыстар кезінде симпатомиметиктер (селективті адrenomиметиктер), холинолитиктер (атровент) және комбинирленген препарат беродуал кең түрде қолданылады.
- Ауыр емес обструкция кезінде сальбутамол ішкізуге болады (1 мг 2-4 айлық жаста, 2 мг 2-4 жаста күніне 2-3 рет). Симпатомиметиктерді ингаляция түрінде қолдану дәрілік заттың қажеттілігін азайтады әрі жүйелі әсерін төмендетеді. Тиімді нәтижесі 10-15 минуттан соң байқалады.
- Эуфиллин ішке және көк тамырға кеңінен қолданылады. 2,4%-дық эуфиллинді көктамырға 0,2 мл/кг көлемінде әрбір 6 сағат сайын қолданады.
- Жөтелді басатын дәрілер қолдануға болмайды (кодеин, либексин, тусупрекс).
- Жедел обструктивті бронхиттің асқынбаған түрінде антибактериалдық ем қажет емес.
- Емдік денешынықтыру ретінде кеуде қуысына ысқымақ (массаж) жасалады (әсіресе дірілді). Фитотерапия. Шөп қайнатпалары беріледі

Жедел обструктивті бронхиттің емі



Балалардағы пневмония

Пневмония



қызылша — өкпе), өкпе қабынуы — өкпе тінінің қабынуынан немесе басқа аурулардың асқынуынан болатын өкпенің жұқпалы ауруы. Ол көбіне қызылша, **көкжөтел** — өкпе), өкпе қабынуы — өкпе тінінің қабынуынан немесе басқа аурулардың асқынуынан болатын өкпенің жұқпалы ауруы. Ол көбіне қызылша, көкжөтел, **тымау** — өкпе), өкпе қабынуы — өкпе тінінің қабынуынан немесе басқа аурулардың асқынуынан болатын өкпенің жұқпалы ауруы. Ол көбіне қызылша, көкжөтел, тымау, **бронхит** — өкпе), өкпе қабынуы — өкпе тінінің қабынуынан немесе басқа аурулардың асқынуынан болатын өкпенің жұқпалы ауруы. Ол көбіне қызылша, көкжөтел,

Жіктелуі

- Инфекция бойынша пневмонияны осындай түрлеріне бөледі: Ауруханадан тыс (үйдегі) және ауруханалық (госпитальды)
 - Жана туған балаларда — ауруханалық (туа біткен) және жғғып алынған (постнатальды); ақырғылар ауруханалық және ауруханадан тыс болуы мүмкін. ӨӨВ жатқан балалардағы пневмонияны ерте түріне бөледі (ӨӨВ бірінші 72 сағат) және кейінірек (4 тәулік және одан да көп ӨӨВ).
 - Сондай-ақ иммундық жүйесі ауыратын адамдардың пневмониясы бар. Ауруханадан тыс деп қалыпты өмір жағдайында пайда болған пневмонияны айтады, аурухана ішілік деп — бала ауруханада болу кезіндегі 72 сағат аралығында дамыған пневмония, немесе ауруханадан кейін 72 сағат ішінде дамыған. Жатыр ішілік пневмония деп баланың алғашқы 72 сағат өмірінде пайда болған пневмония.
-

ЖІКТӨМЕСІ:

- 1. Пайда болуы бойынша: ауруханадан тыс, аурухана ішінде, құрсақ ішілік (туа біткен), постнаталды, иммундық тапшылығы бар балаларда, энцефалопатиясы бар балаларда аспирациалық.
- 2. Түр бойынша: ошақты, ошақты-құйылмалы, сегментарлы, крупозды (қадақ), интерстициалды.
- 3. Ағымы бойынша: жіті, ұзақ.
- 4. Ауырлығы бойынша: ауыр емес, ауыр және өте ауыр.
- 5. Асқынулар: I-III дәрежедегі жеткіліксіздігі, өкпелік (плеврит, абсцесс, буллалар, пневмоторакс, пиопневмоторакс) және өкпеден тыс (токсикоз, нейротоксикоз, ОССН, ДВС, БЖЖ), өкпенің ісінуі және ателектаз.

ЭТИОЛОГИЯ

Пневмонияның этиологиялық спектрі, оның диагностикалық критерийлерімен байланысты. Пневмония этиологиясы вирустардың таралуынан деу үшін озық диагностикалық критерийлер керек. Өкпе инфильтрация немесе ошақ болмаған кезеңдегі бронхиолит этиологиясында вирустар жетекші рөл атқарады, ондай кезеңдерде антибиотиктерсіз олардың табысты емдеуін дәлелдейді. 77–83% өкпе зақымдануының арасында, ошақты немесе инфильтративтік өзгерістермен жүретіндер бактериялық қоздырғыштармен көрсетілген.

Бұрын ауруханада болған немесе (4-6 апта) антибиотиктермен емделген балалардың пневмониясының этиологиясы ерекшеленеді.



Неонаталдық пневмония

- Әдетте аурухана ішілік пневмония B Streptococcus пен қоздырылады, сирек жағдайларда — басқа қоздырғыштар (Escherichia Coli, Klebsiella pneumoniae, Staphylococcus epidermidis және Staphylococcus), парентальды жұғу кезіне — G және D стрептококк топтары, Listeria monocytogenes, 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 пневмония

- 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 *pneumococci* болып табылады, және *H. influenzae*, әдетте ЖРВИ мен ауыратындармен байланыста болған балалар (отбасында әдетте басқа бала)
 - Атипті 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

- 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.
-

7–15жас арасындағы балардың ауруханадан тыс пневмониясы

Типтік (пневмококкты) пневмониялар шамамен 35–40% барлық жағдайларды құрайды, атипті пневмониялар, *M. Pneumoniae* және *S. pneumoniae*, қоздырылғандар — 23–44% және 15–30%. b типты *H. Influenzae* дерлік анықтау жоқ, сирек жағдайларда пневмонияны іріңді стрептококк туғызады, ол бадамша безі ошағынан лимфогенды жолмен тарайды. Аурухана ішілік пневмония патогенді ауруханадан тыс пневмониядан қоздырғыштардың спектрімен және олардың антибиотикке төзімділігімен ерекшеленеді, бұл жиі асқынуларға әкеп соғады, сол жағдайдан өлімдік жиі болады. Олардың этиологиясында аурухана флорасы үлкен рөл атқарады (антибиотиктерге жиі төзімді), сонымен қатар науқастың аутофлорасы, оның қарсылығы алдын ала антибиотикпен емдеумен байланысты. Микрофлораның табиғаты аурухана мен эпидемиологиялық режимге байланысты. Педиатриялық ауруханаларда аурухананың патогенді қоздырғышы көбінесе *E. Coli* болып табылады және *Klebsiella pneumoniae*, *Proteusspp.*, цитробактер, *epidermidis* стафилококк немесе соның ішінде метициллин-төзімді стафилококк.

Патогенезі:

- Инфекция өкпеге бронхогенді, лимфогенді, гематогенді жолдармен түседі. Өкпенің қорғаныс қызметі төмендеп қабыну процесі дамиды. Өкпенің вентиляциясының және газ алмасуының бұзылыстары гипоксияға және гипоксемияға әкеледі. Зат алмасудың барлық түрлері бұзылады.
-

Диагностикалық критерийлері:

- **Шағымдар мен анамнез:** жөтел.
Физикалық тексеру: жиі және ауыр тыныс алу: 2 айға дейін > минутына 60 рет;
- айдан -12 айға дейін > минутына 50 рет;
- 12 айдан 5 жасқа дейін > минутына 40 рет; 5 жастан жоғары - минутына 28 рет;
- кеуде клеткасының төменгі бөлігімен ауаны тарту; қызба; пысылдап дем алу (нәрестелерде); аускультативтік белгілер (әлсіз немесе бронхиалды тыныс алу, сырылдар, плевраның үйкеліс шуылы, дауыстық резонанстың бұзылуы).

- **Лабораторлық зерттеулер:** қанның жалпы анализі (солға нейтрофильдік ығысумен лейкоцитоз, лейкопения, ЭТЖ жоғарылауы).



Инструменталдық зерттеулер

- Өкпелік асқынуларды анықтау үшін, көкірек клеткасын рентгенологиялық зерттеу (плевралық жалқық (экссудат), эмпиема, пневмоторакс, пневматоцеле, интерстициалды пневмонияны, перикардиалды жалқық)

Мамандар консультациясы үшін көрсетімдер:

- - пульмонолог - созылмалы ағым кезінде, демікпелік тыныс болғанда;
- - хирург - деструктивті асқынулардың дамуы кезінде.

Негізгі диагностикалық шаралар тізімі:

- 1. Жалпы қан анализі (6 параметр).
- 2. Жалпы зәр анализі.
- 3. Ішек құрты жұмыртқасына нәжісті тапсыру.
-

Қосымша диагностикалық шаралардың тізімі:

- 1. Рентгенологиялық зерттеу (көрсетілім бойынша).
- 2. Сыртқы тыныс алу қызметін зерттеу, пульсоксиметрия - тахипноэ немесе клиникалық гипоксиясы бар барлық балаларға (көрсетілім бойынша).
- 3. М. Pneumoniae верификациясы үшін суықтық агглютининдер (көрсетілім бойынша).
- 4. Хламидиозға зерттеу, кандида түрінің саңырауқұлақтарын зерттеу, морфологияны зерттеу (көрсетілім бойынша).
- 5. Бронхоскопия (көрсетілім бойынша).
- 6. Компьютерлік томография ЭКГ (көрсетілім бойынша).
- 7. Микробтардың антибиотиктерге сезімталдығы (көрсетілім бойынша).
- 8. 2 жастан жоғары жастағы балаларда Мусорplazma IgM зерттеу (көрсетілім бойынша).

Зақымданған аймағына байланысты:

- Ошақты
- Сегментарлы
- Крупозды
- Интерстициальды



АҒЫМЫНА БАЙЛАНЫСТЫ:

- Жедел /2 айға дейін/
 - Созылыңқы /2-8 ай/
 - Созылмалы /8 айдан жоғары/
-

Ауырлығына байланысты:

- Жеңіл.
 - Орташа.
 - Ауыр.
-

Асқынуына байланысты:

- 1. Асқынған.
 - 2. Асқынбаған.
-

Өкпе қабынуының жаңа туған және шала туылған балалардағы ерекшеліктері:

- Ауру әлсіз айқындалады, дене қызуы көп жағдайда көтерілмейді, бала жөтелмеуі мүмкін, бірақ жиі шашалған сияқты болады, тәбеті төмендеп, салмағы азаяды. Аллергияға бейім балаларда тыныс алу жетіспеушілігінің синдромдары жедел өседі, алыстан естілетін ысқырған сырыл пайда болады. Стафилококкпен шақырылған пневмониялардың ерекшелігі-өкпе тканінде ірің мен ауаға толы қуыстар-буллалар пайда болады да өте ауыр өтеді., кейде ірің плевраға өтіп іріңді плевритпен асқынады.
-

Клинико-рентгенологиялық көрсеткіштері бойынша:

- ошақты,
 - Ошақты — төгілген,
 - жеке (крупозды),
 - сегментарлы,
 - интерстициональды пневмония.
 - Ауыр емес және ауыр пневмония бар, ауырлығының себебі өкпе жүрек ауруы және токсикоз, және асқынулардың болуы. Негізгі асқынулар плеврит болып табылады (синпневмоникалық және метапневмоникалық), өкпе деструкциясы (абсцесс, буллар, пневмоторакс, пиопневмоторакс), инфекциянды-токсикалық шок. Дұрыс емдесе, ең асқынбаған пневмония 2-4 апта ішінде емделеді, асқынған — 1–2 ай
-

Клиникалық	Лабораторлы
<ul style="list-style-type: none"> • ЖТЖ: — тыныс жиілігі > 30 рет минутына — қанды оттегімен қанықтыру < 90% • 	<p>Лейкопения (< 4 · 10⁹/л) немесе лейкоцитоз (> 15 · 10⁹/л) •</p>
<p>Гипотензия: — систолалық АҚ < 90 мм рт.бс. — диастолалық АҚ < 60 мм рт.бс. •</p>	<p>Гипоксемия: — SatO₂ < 90%+ — PaO₂ < 60 мм.рт.б. • Гемоглобин < 100 г.л • Гематокрит < 30% •</p>
<p>Екі немесе бірнеше бөлігінің зақымдалуы • Сана сезімі бұзылған • өкпеден тыс қоздырғыш (менингит, перикардит ж.б.) •</p>	<p>Жедел бүйрек жеткіліксіздігі: — анурия — қандағы креатинин > 176,7 мкмоль.л — мочевинадағы азот – 7 ммоль/л</p>

ПНЕВМОНИЯ

- Жөтел және жиілеген тыныс:
 - жасы < 2 ай > 60/мин.
 - жасы 2-11 ай > 50/мин.
 - жас 1-5 жас > 40/мин.
- Көкірек клеткасы төменгі бөлігінің ішке тартылуы
- Қызба
- Аускультациялық белгілер – әлсіздеген тыныс, ылғалды сырылдар
- Мұрын қанатының кебуі
- Уһілеген тыныс (ерте жастағы нәрестелерде)

БРОНХИОЛИТ

- < 2 жастағы нәрестенің демікпелік тынысының бірінші жағдайы
- Бронхиолитпен аурушаңдықтың мезгілдік арту кезеңіндегі демікпелік тыныс
- Көкірек клеткасының кеңеюі
- Ұзарған тыныс алу
- Аускультацияда – әлсіздеген тыныс (егер айқын болса өте күшті – тыныс жолдарының түйілуін алып тастау)
- Әлсіз реакция немесе бронхолиттік заттарға реакцияның болмауы

Туберкулез	<ul style="list-style-type: none">- Созылмалы жөтел (> 30 күн)- Салмақтың нашар дамуы/қалып қоюы немесе салмақ жоғалту- Оң Манту реакциясы- Анамнезде туберкулез науқсымен жанасу- Рентгенологиялық белгілер: біріншілік кешен немесе миллиарлы туберкулез- Үлкен жастағы балаларда қақырықты зерттеу кезінде туберкулез микобактерияларының табылуы
Көкжөтел	<ul style="list-style-type: none">- Дірілді өзіне тән ысқырмалы тыныспен, құсумен, цианоз немесе апноэмен қатар жүретін пароксизмальді жөтел- Жөтел ұстамалары арасында өзін-өзі жақсы сезіну- Қызбаның болмауы- Анамнезінде АКДС вакцинасының болмауы
Бөгде дене	<ul style="list-style-type: none">- Тыныс жолдарының механикалық обструкциясының кенеттен дамуы (нәресте «түйілді») немесе стридор- Кейде демікпелік тыныс немесе кеуде клеткасының бір жағынан патологиялық кеңеюі- Перкуторлық дыбыстың күшеюімен және аралықтың ығысуымен ауаның тыныс жолдарында бөгеліп қалуы- Өкпе коллапсының белгілері: әлсіздеген тыныс және перкуторлық дыбыстың тұйықталуы- Бронхолиттік заттарға реакцияның болмауы

ЕМДӨУ ТАКТИКАСЫ

Ем мақсаты:

- 1. Өкпедегі қабыну процесін тоқтату.
- 2. 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.
-

Дәрі-дәрмектік өм

Емдеу тәсілі:

- Вирустық пневмония немесе бактериалдық пневмония кезінде бактериалды пневмонияның профилактикасы үшін антибиотиктерді қолдану ұсынылмайды. Қызбаны тоқтату ($>38,5$): парацетамол 10-15 мг/кг күніне 4 ретке дейін. Жөтелге 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:

- А. 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).
- В. Цитомегаловирустан туындаған пневмонияда - спецификалық цитомегаловирусқа қарсы иммуноглобулин дәрі-дәрмегі таңдалады.
- Г. Жай герпестен туындаған пневмонияларда - ацикловир дәрі-дәрмегі таңдалады.
- Д. Пневмоцистті пневмонияда жоғары дозада ко-тримаксозол 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).

Ауыр түрдегі пневмония:

- 1. Бактериологиялық зерттеу нәтижесін алғанға дейін бұлшықетке ампициллин тағайындалады (100-400/кг/тәу. әр 6-8 сағат сайын). Қоздырғыш анықталғанда (себінді) антибиотиктер қоздырғышқа сәйкес сезімталдығына қарай ауыстырылады.
 - 2. Баланың күй-жағдайының жақсаруынан кейін, ауыз арқылы берілетін амоксициллинге ауысу қажет (15 мг/кг әр 8 сағат сайын) немесе амоксициллин + клавулан қышқылы (20-40 мг/кг күніне 3 рет пероралды).
 - 3. Егер ем күтілетін нәтижені 48 сағат ішінде бермесе немесе баланың күй-жағдайы нашарласа, дәрі-дәрмекті II-II буынды цефалоспоринге немесе макролидтерге ауыстыру қажет. Мысалы, цефотаксим (50 мг/кг әр 6 сағат сайын, цефтриаксон (80 мг/кг/күн), цефалексин (12.5 мг/кг күніне 4 рет пероралды, цефуроксим (100 мг/кг/тәу. немесе ровамицин (150 000 МЕ/кг 2 рет қабылдауға бөлінген, пероралды).
-

4. Баланың күй-жағдайы 48 сағат ішінде жақсармаса немесе нашарласа, дәрі-дәрмек хлорамфениколға (25 мг/кг әр 8 сағат сайын бұлшықетке немесе венаға) жағдайдың жақсаруына дейін ауыстырылады. Содан соң ауыз арқылы ішкізілетін 10 күн бойы – толық емделу курсы.

5. Егер балаға стационарда жұқпа жұқса, немесе *Staphylococcus aureus* жұқпасы анықталса және/немесе ауыр стафилококк жұқпаның белгілері болса (мысалы, кеңейген тері жұқпасы, жұмсақ тіндердің абсцестер немесе инфильтрациясы) клоксациллин енгізіңіз (бұлшықетке немесе венаға 50 мг/кг әр 6-8 сайын) және гентамицин бұлшықетке (7,5 мг/кг тәулігіне бір рет). Баланың күй-жағдайы жақсарғаннан кейін ауыз арқылы клоксациллинді күніне 4 рет, 3 апта бойына қабылдауы қажет.



Профилактикалық шаралар:

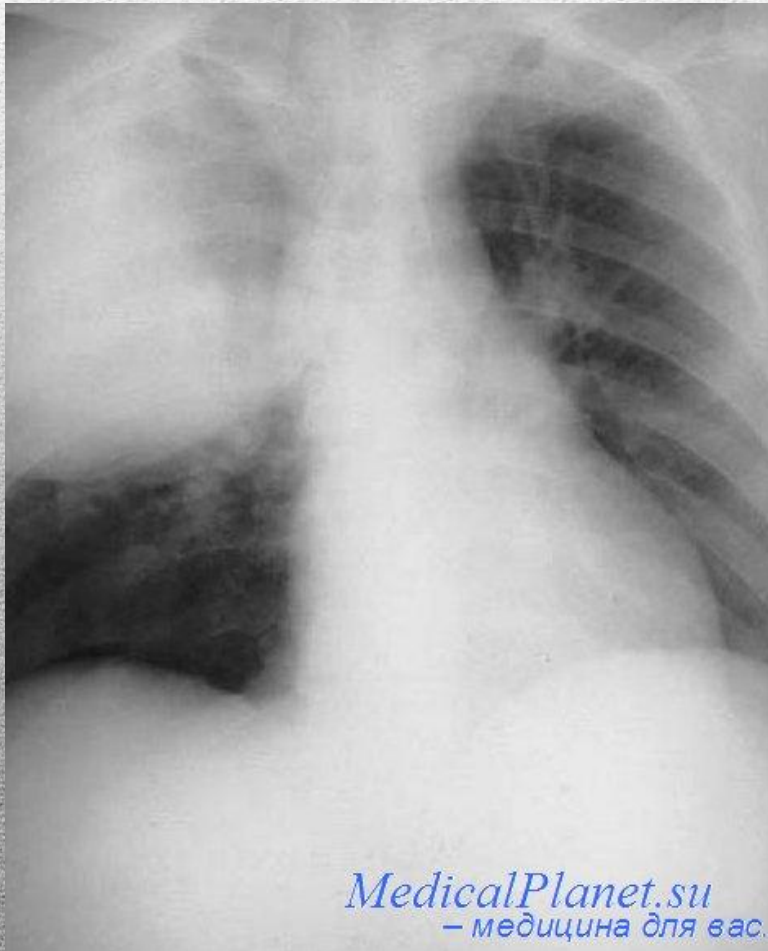
- 1. Науқастар және вирустасымалдаушылармен жанасуды шектеу, әсіресе жоғары респираторлық аурушандық мезгілінде.
- 2. Бетперде кию және ЖРВИ ауруларымен отбасы мүшелерінің қол жууы.
- 3. Бөлмедегі оптималды ауа режимін ұстап тұру.
- 4. Шынығулық шараларды жүргізу.

Әрі қарай жүргізу

- Ауыр және өте ауыр пневмониямен ауырған балалар 1 жыл бойы диспансерлік бақылауда болады (алғашқы тоқсанда тексеруді әр 2 апта сайын, екінші тоқсанда ай сайын және 12 айға дейін тоқсан сайын жүргізеді).



Ем тиімділігінің индикаторлары:



- 1. Көкірек клеткасы төменгі бөлігінің ішке кіруінің болмауы.
- 2. Тыныс алу жиілігінің қалыпқа келуі.
- 3. Қызбаның жоғалуы.
- 4. Оң перкуссиялық және аускультациялық динамика.
- 5. Уыттанудың жоғалуы.
- 6. Асқынулардың болмауы.

Негізгі дәрі-дәрмектер тізімі:

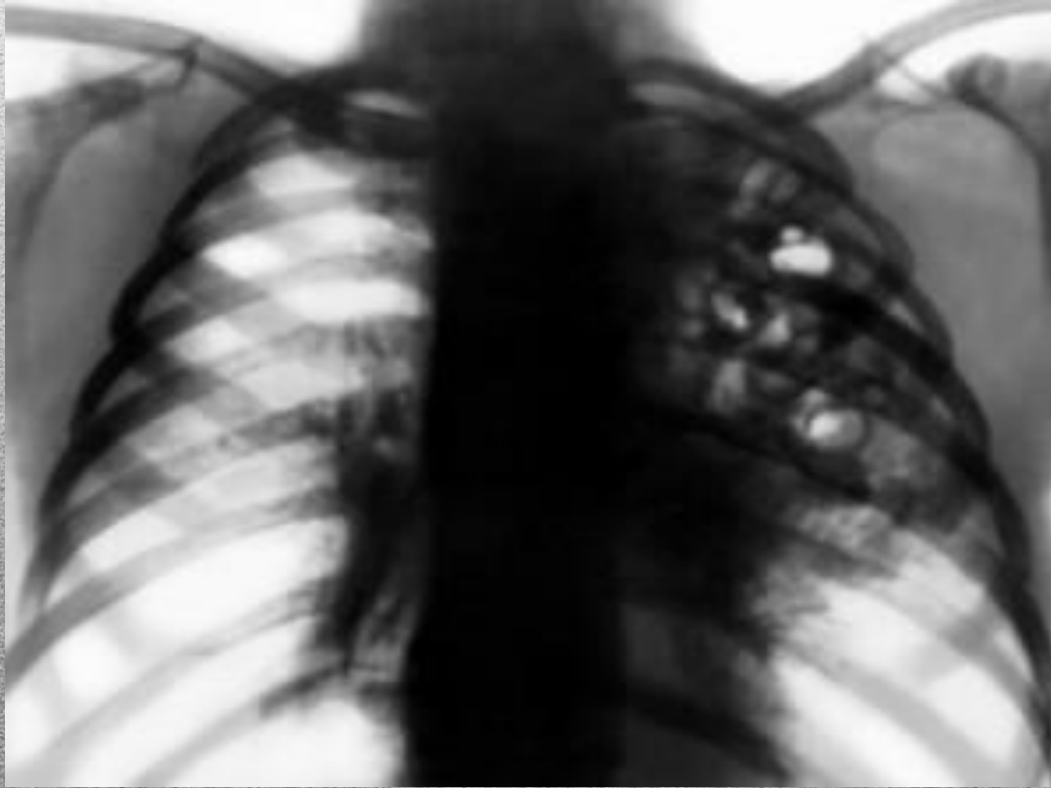
- 1. *Парацетамол 200 мг, 500 мг, табл.; сироп 2,4% флаконда; суппозитория 80 мг;
 - 2. *Азитромицин 125 мг, 500 мг, табл.; капсула 250 мг; инфузияларға арналған ертінді, флаконда 200 мг/100 мл
 - 3. *Эритромицин 250 мг, 500 мг, табл.; пероралды суспензия 250 мг/5 мл
 - 4. Ровамицин 150 000 МЕ/кг
 - 5. *Ампициллин 250 мг, табл.; 250-500 мг, капсула; инъекциялық ертіндіні дайындауға арналған ұнтақ 500 мг-1000 мг; суспензия 125/5 мл флаконда
 - 6. *Амоксициллин 500-1000 мг, табл.; 250-500 мг, капсула; 250 мг/5 мл, пероралды суспензия
 - 7. *Амоксициллин+клавулонды қышқыл, табл., оның қабықшасын жабу 500 мг/125 мг, 875 мг/125 мг; флаконда 500 мл/100 мг ұнтақ дайындайды, вена ішілік ендіруге
 - 8. *Сальбутамол 100 мкг/доза, аэрозоль; 2 мг, 4 мг табл.; небулайзерге арналған ертінді 20 мл
 - 9. *Цефтриаксон 250 мг, 500 мг, 1000 мг, инъекциялық ертіндіні дайындауға арналған ұнтақ, флаконда
 - 10. *Цефалексин 250-500 мг, табл., 125 мг, 250 мг/5 мл суспензия және сироп
 - 11. *Цефуросим 250 мг, 500 мг, табл.; 750 мг, инъекциялық ертіндіні дайындауға арналған ұнтақ, флаконда
 - 12. *Гентамицин 40 мг/мл, 80 мг/2 мл, амп.
-

Балалардағы ЦИТОМЕГАЛОВИРУСТЫ ПНЕВМОНИЯ



Аденовирусы

пневмония



хламидиалық пневмония



Стрептококкты

ПНЕВМОНИЯ



Балалардағы клебсиеллалық пневмония



- Балалардағы тыныс алу жолдарының аурулары барлық аурулардың ішінде бірінші орынды алады. Балалар мен жасөспірімдер арасында тыныс алу жолдарының ауруларының кең таралуының үздіксіз өсуі байқалуда. Қазіргі уақытта жай бронхит пен обструктивті бронхиттер бір жасқа дейінгі сәбилер арасында жиі кездесуде. Ол балалардың анатомиялық- физиологиялық ерекшеліктеріне және жергілікті иммунитетіне байланысты болады. Жасының өсуіне қарай қабынулы аурулардың жиіленуіне әкелуі мүмкін.

Қорытынды

- 1 Зайцева О.В. Бронхообструктивный синдром у детей. Вопросы патогенеза, диагностики и лечения. – М.: 2005. – 48 с.
- 2 Смирнова, М.О. Клинические и патогенетические особенности разных вариантов хронического бронхита у детей // Рос. вестник перинатологии и педиатрии. - 2007. - №3. - С. 22-27.
- 3 Сенаторова, А. С. О профилактике рецидивов обструктивного бронхита у детей раннего возраста // Здоровье Украины. - 2007. - № 5/1. – 21 с.
- 4 Мизерницкий Ю.Л. Макролиды при инфекциях дыхательных путей у детей: современные представления о механизмах действия. Consilium Medicum // Педиатрия. - 2006. -Т. 08. №2. – С.14-17.
- 5 Сафронова Н.Н., Геппе Н.А. Современные подходы к терапии бронхитов у детей // Медицинская помощь. 2006. - №6. - С. 1-12. 6 Белопольский Ю.А., Оленич В.Б. Педиатрия: новейший справочник. – М.: ЭКСМО, 2007. – С. 117-161

Пайдаланылган әдебиеттер
