«Астана медицина университеті» АҚ
Ішкі аурулар пропедевтикасы кафедрасы

Орындаған: Кимадиева А.Е.
Тексерген: Омирбаева Б.А.
Топ:314 ЖМ

Астана 2018

Жоспар

I. Кіріспе

II. Негізгі бөлім

- ***1.* Пневмония жалпы түсінік**
- **2. Клиникалық көріністері**
- **3.Емі,диагностикасы**

Ш.Қолданылған *әдебиеттер тізімі*

Балалардағы пневмония

Отандық педиатрияда пневмонияны тыныс алу бұзылысы синдромдарымен және физикальды мәліметтер бойынша, сонымен қатар рентгенограммадағы инфильтративті өзгерістермен диагностикаланатын өкпе паренхимасының жедел инфекциялық ауруы ретінде қарастырады. Рентгенологиялық белгілердің болуы — диагностиканың «алтын стандарты» болып табылады

Этиологоиясына қарай:

1. Бактериялық
2. Вмрустық
3. Микоплазмалық
4. Хладмидялық
5. Легионелезездік
6. Саңырауқұлақтық
7. Паразиттік
8. Аралас сабепті пнвмония
9. Қоздырғышы анықталмаған пневмония.

Клиникалық-морфологиялық белгілеріне қарап:

1. Плевронпевмония (крупозды)
2. Бронхопневмония (ошақты)

Ауырлық дәрежесіне қарай:

1. Жеңіл пневмония
2. Орташа ауыртпалықты пневмония
3. Ауыр пневмония

Пневмонияның асқынулары:

1. Инфекциялық – токсикалық шок
2. Экссудатты плеврит
3. Дистресс – синдром
4. Тамыріші себінді қан ұю синдромы
5. Инфекциялық деструкция
6. Инфекциялы-аллергиялық миокардит
7. Бронхоспазм синдромы

Этиология және патогенез

Пневмониямен ауыратын балалардың арасында ұл балалар басым болып келеді (1,25–2:1), көбінесе өмірінің алғашқы бірінші жылында. Шала туылған нәрестелер бронхиолитпен 4 есеге және пневмониямен 11 есеге жиі ауырады. Рахит пен гипотрофия қазіргі таңда пневмонияға әкеліп соғатын факторлар ретінде айқын рөл атқармайды, жүйке — бұлшық ет патологиясының, тағамның әдеттегі аспирациясы, иммунодефициттер, муковисцидоз, бронх-өкпелік дисплазия сияқты созылмалы жағдайлардың рөлі маңызды болып табылады. Әсіресе, жүректің туа пайда болған ақаулары кезінде пневмонияның қаупі жоғары болады, әсіресе кіші қан айналым жүйесіне тым көп күш түскенде.

Төмен дәрежедегі әлеуметтік-экономикалық жағдай, нашар тұрмыстық жағдай; отбасында жасы үлкенірек баланың болуы, әсіресе балабақшаға баратын баланың болуы пневмониямен аурушаңдылық дәрежесін жоғарылатады.

Өнеркәсіптік ауаның ластану әдетте пневмонияның өскен жиілігін байланыстырылады, бірақ ол факторлардың комплекспен әсерін болдырады.

KazMedic.kz

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.

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 пневмонияны айтады.

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 ауруханаңаның патогенді қоздырғышы көбінесе E. Coli болып табылады және Klebsiella pneumoniae, Proteusspp., цитробактер, epidermidis стафилококк немесе соның ішінде метициллин-төзімді стафилококк.

Кейбір жағдайларда жұғу әртүрлі өңдеу кезде жүреді (катетеризация, бронхоскопия, торакоцентез).

МӨВ бірнші 72 сағат кезінде болған пневмония, көбінесе аутофлорамен байланысты — пневмококк, H. influenzae, M. pneumoniae. МӨВ 4 ші тәуліктен бастап олардың P. aeruginosa, Acinetobacter, K. pneumoniae, Serratia, S. Aureusaycyы басталады. Егер механикалық өкпе вентиляциясы стационарда 3-5 күннен басталса бұл аурухана ішілік флора болуы неғұрлым ықтимал.

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 МӨВР 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 пневмониясы 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.

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

7–15жас арасындағы балардың ауруханадан тыс пневмониясы. Типтік (пневмококкты) пневмониялар шамамен 35–40% барлық жағдайларды құрайды, атипті пневмониялар, M. Pneumoniae және C. 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.

Антибиотиктерге сезімталдық.

95% жағдайларда пневмококк штаммы айналымы пенициллинге сезімтал, ал штамм *H. Influenzae* 100% амоксициллинге сезімтал, яғни ауруханадан тыс пневмония кезінде бастапқы ем ретінде лактамдарды пайдалануға мүмкіндік береді.

Пневмониянның клиникалық симптомдары — қызба, ентігу, жөтел, өкпедегі сырылдар арнайы белгі емес, себебі ЖРВИ кезінде байқалады.

Ересек адамдағы пневмония көрінісі.

Жедел пневмониялар. Пневмония аурулары көп жағдайда көбінесе қайтымды болады да, өкпе паренхимасының (альвеолалар мен жартылай ұсақ бронхтардың) инфекциялық қабынуымен сипатталады. Көбінесе пневмонияны бронхтық-өкпелік инфекциялар туғызады: бактериалдық (бәрінен бұрын пневмококктар, сонымен қатар стафилококктар, аралас аэробты, грамм терісті, т.б.), вирустық, микоплазмалық, саңырауқұлақтық, риккетсиоздық жедел пнвемонияның қоздырғышы ретінде белгілі. Пневмония ауруына қоздырғыштармен қатар, мына жағдайлар да әсер етеді: біріншіден, қатты суық тиіп қалудың әсерінен болады, екіншіден ауру иммунодепресанттарды ұзақ қабылдаған науқастарда байқалатын иммундық реакциялардың бұзылуының нәтижесінде өршиді, сонымен қатар бұл жағдай алкоголиктерде, жүрегі, буйрегі ауыратын қарт адамдарда жиі кездеседі. Қоздырғыштың ішке кіретін негізгі жолдар ауадан немесе мұрын, жұтқыншақ жолдары арқылы болатындықтан, оның жолдарына байланысты, өкпенің қорғаныс механизмдерінің бұзылуының да орны ерекше зор. Өкпеге инфекция гематогендік жолдармен де енеді.

Крупозды пневмония өкпенің бір мезгілде бүтіндей бір немесе бірнеше бөліктерінің зақымдануымен, сол сияқты қабыну үдерісіне өкпе қабының да қосылуымен сипатталатын ауру. Сондықтан крупозды пневмонияны бөлікті немесе плевропневмония деп те атайды.

Аурудың клиникалық көріністері дене қызуының жіті де қатты (39-40° С-ға дейін) көтерілуімен сипатталады. Қалтыраудың тұрақты түрі, күйзелісті қалтырау, бастың ауруы, ұйқысыздық, сандырақтау, интоксикация симптомдары тән. Науқаста алдымен құрғақ, соңынан қақырықты жөтел пайда болады. Қақырық шырышты-ірінді, құрамындағы қан және фибрин оған өзгеше «тотық түр» береді. Аурудың бірінші күндерінен бастап кеуде клеткасының зақымданған жағында құрғақ плевритке тән ауырсыну сезімі пайда болуы мүмкін.

Ошақты пневмония (бронхопневмония) бронхтарда және олардың айналасында жатқан өкпе паренхимасындағы инфекциялық қабыну үдерісінің дамуымен сипатталады. Әдетте, бұл сырқат түрінде өкпенің бір немесе бірнеше сегменттері зақымданады, сондықтан пневмонияның бұл түрін сегментарлы немесе полисегментарлы пневмония деп те атайды.

Бронхопневмоняның себебі әр түрлі инфекциялық агенттер болуы мүмкін, әсіресе Пфейффер таяқшасы, стафилококктар және пневмококктар бәрінен де жиі кездеседі. Әдетте, бұл ауру созылмалы бронхитпен немесе бронхоэктазбен ауырған науқастарда, сонымен қатар қант диабетімен, кіші қан айналым шеңберінде қан іркілуімен асқынған жүректің созылмалы ауруымен ауыратын науөастарда, жарақаттанған немес операция жасалған адамдарда пайда болады. Ошақты пневмониядан бұрын жоғарғы тыныс жолдарының қабынуы жиі кездеседі.

Клиникасы. Кейбір жағдайларда ошақты пневмония аяқ астынан пайда болуы мүмкін, көбінесе ол трахеобронхитпен немесе жіті респираторлық инфекциялармен қоса дамиды. Алғашқы белгілері дене қызуының көтерілуімен, жөтелдің күшеюімен, аз да болса іріңді-шырышты қақырықтың бөлінуімен байқалады. Егерде пневмония физикалық тексеру әдістерімен анықтауға болады. Бұл кезде дауыс дірілінің күшеюі, перкуторлы дыбыстың тұйықталуы, везикулярлық тыныстың қатаң түрі, ұсақ көпіршікті дауысты ылғалды сырылдар анықталады. Тереңдеу орналасқан ошақтың белгісі ретінде тек қана ылғалды, күшті дыбысты, ұсақ көпіршікті сырылдар естіледі. Сырылдардың жақсы естілуі бронх төңірегіндегі өкпе тінінің тығыздалуына тікелей байланысты болады.

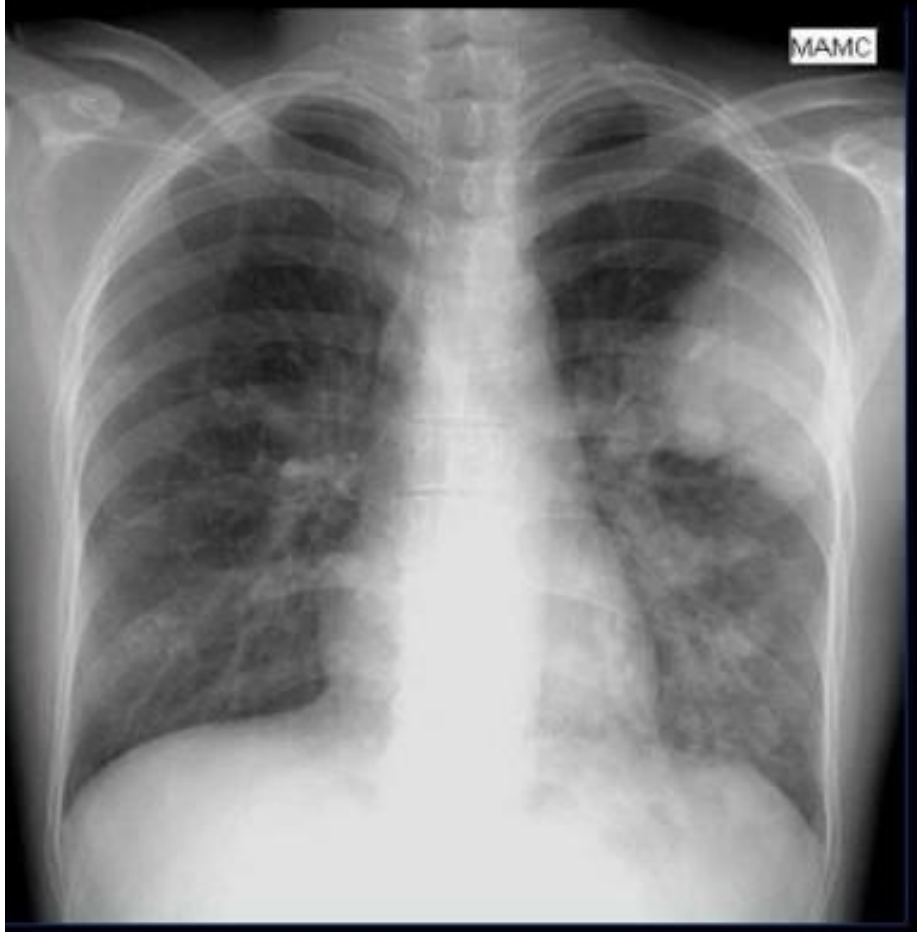
Қанда лейкоциттер формуласының сәл ғана сол жаққа ығысуы байқалады, лейкоцитоз аздап көбейеді.

Рентген сәулесімен тексергенде өкпенің сегментарлы немесе полисегментарлы гомогенді қараюы анықталады, әдетте, олар өкпенің төменгі бөліктерінде орналасады.

Бронхопневмония

Очаговая пневмония

Сегментарная пневмония



- Видны участки сливной инфильтрации в подмышечном сегменте слева и очаговой - в язычковых сегментах

Интерстициальная аденовирусная пневмония

Пайдаланған әдебиет

1. Таточенко В. К. (ред). Острые пневмонии у детей. Чебоксары, 1994, 323 с.
2. Таточенко В. К., Катосова Л. К., Федоров А. М. Этиологический спектр пневмоний у детей // Пульмонология. 1997
3. Страчунский Л. С., Белоусов Ю. Б., Козлов С. Н. Антибактериальная терапия. М., 2000.

Назарларыңызға рахмет!