

С.Д.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті

Ішкі аурулар пропедевтикасы кафедрасы

СӨЖ

*Тақырыбы: “Балалар мен ересек адамдарда
пневмония ауруының клиникалық көріністерінің
ерекшеліктері”*

Орындаған:

Факультеті: жалпы медицина

Тобы:

Қабылдаған:

● Жоспар:

● I. Кіріспе.

Пневмония ауруы туралы түсінік.

● Негізгі бөлім.

1. Ересектердегі пневмония ерекшеліктері.

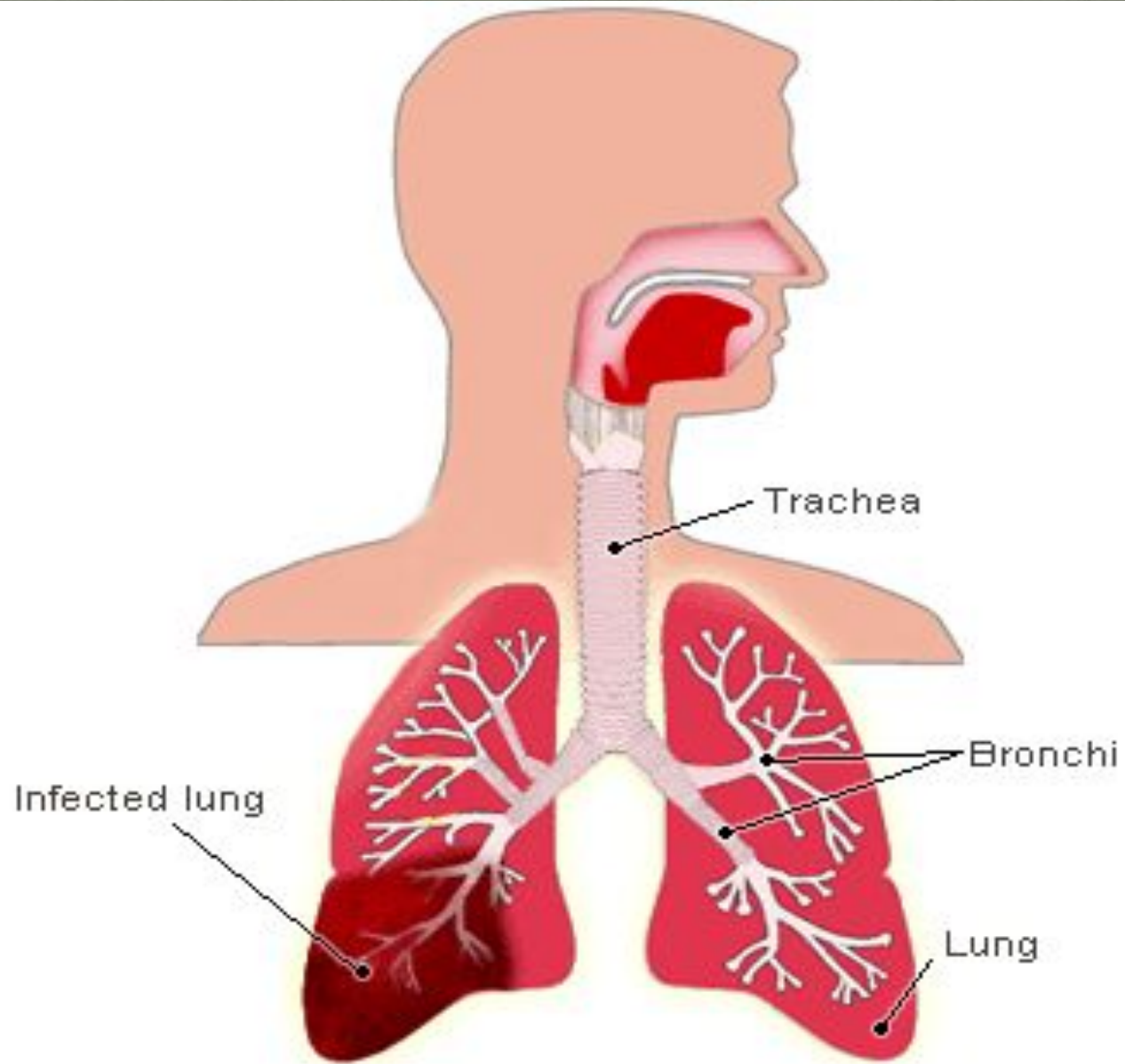
2. Нәрестелердегі пневмония ерекшеліктері.

● Қорытынды.

Пневмонияның маңызы.

Пневмония ауруы

- Пневмония – өкпенің респираторлық бөлшектерінің басым зақымдануымен, альвеолалардың экссудациясымен сипатталатын, бірақ зақымдалған анатомиялық құрылымдардың бұзылыстарына әкелмейтін өкпенің жедел инфекциялық қабыну процесі.



Пневмонияның жіктелуі:

- I. Пневмонияның этиологиялық түрлері.
- II. Пневмония дамуының эпидемиологиялық жағдайларына қарай түрлері:
 1. Ауруханадан тыс (біріншілік, амбулаторлық, үй жағдайында дамыған)
 2. Ауруханалық (ауруханаішілік, нозокомиальді)
 3. Атипті пневмониялар.
 4. Иммундық жетіспеушіліктің үстінде дамыған пневмониялар.
 5. Нейтропения үстінде дамыған пневмониялар.
- III. Пневмонияның орналасуы мен көлемі
 1. Бір жақты;
 2. Тотальді;
 3. Бөлікті ;
 4. Орталық;
 5. Қос жақты.

- IV. Пневмонияның ауырлық дәрежесі (ауыр, орташа ауырлықты, жеңіл)
- V. Асқынулары (өкпелік, өкпеден тыс)
- VI. Пневмонияның фазалары -қызу, шешілу, реконвалесценция (сауығу) , созылыңқы барыс.

Ересектердегі пневмония

- Үй тұрмысы жағдайында дамиды пневмониялардың көбі пневмококпен шақырылатын пневмониялар болып табылады. Себебі пневмокок сау адамдардың көмекейінде 5-25 % табылады. Пневмония көбіне аутоинфекция ретінде өтеді.
- Ауру ем жүргізбегенде, циклді дамып бірнеше сатымен жүреді:
 - I. Тасу (гиперэмия) сатысы алғашқы – I-3 тәулікке созылады. Бұл кезде қабыну процессі белең алады.
 - II. Бауырлану (тығыздалу) алғаш 4-5 тәулікте экссудатқа эритроциттер, нейтрофильдер, фибрин көп мөлшерде өтеді. Ал кейінгі 6-7 тәулікте тығыздалған өкпеде лейкоциттер саны басым болып, фагоцитоз процессі аяқталады.
 - III. Шешілу (сауығу) өкпенің құрылымы қалпына келеді. Бірақ қазіргі кезде емді ерте бастап, көптеген антибиотиктерді пайдалану, аурудың сатымен емес тез сауығуына әкеледі.

ЭТИОЛОГИЯСЫ

- Қоздырғыштар – бактериялар, микоплазмалар, хламидиялар, лигионеллалар, саңырауқұлақшалар, вирустар т.б.
- Бейімдеуші ықпалдар: суықтау, іш қуысына операциялар, дене қимылын шектейтін ауыр жағдайлар, аспирацияға алып келетін себептер (ингаляциялық наркоз, алкогольмен уыттану, кома, жүйке аурулары), балалық және кәрілік жас, тыныс жолдарының фондық аурулары (бронхтық астма, бронхит, даму ақаулары), шылым шегу, қоршаған ортаның зиянды әсерлері, жүрек жетіспеушілігі, иммундық супрессия, иммундық тапшылық жағдайлары (цитостатикалық ем, лейкопения, қантты диабет, ЖИТС) және т.б.

Патогенезі.



- Экзогенді инфекция немесе аутоинфекция өкпенің респираторлы бөліктеріне бронхтар, қан, лимфа арқылы түседі, бірақ негізгі түсу жолы – бронхтар.
- Ингаляция немесе аспирация арқылы түсетін мұрынның, көмейдің, жұтқыншақтың микроорганизмдері.
- Инфекцияның қан арқылы түсуі екіншілік пневмонияға тән(сепсисте, жалпы инфекциялық ауруларда, тромбоэмболияларда)
- Инфекция лимфамен сирек түседі (кеуденің жарақаты).

КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІСІ

- Пневмония жедел қалтыраудан, бастың ауруынан, дене қызуының $39-40^{\circ}\text{C}$ -ға дейін көтерілуінен басталады. Кейде оның кенет басталуы соншалықты, науқас қай сағатта ауырғанын айтып бере алмайды. Бірақ, ауырар алдында бірнеше күн немесе апта ішінде продром белгілері болады: жоғары тыныс жолдарының инфекциялық қабынуы, әлсіздік, тершеңдік, делсалдық, дененің ауырсынуы, қабырға аралық невралгия. Бірінші немесе екінші тәуліктен науқас жөтеле бастайды және де оған бүйірдің шаншуы қосылады. Жөтел басында құрғақ, ал кейіннен ақшыл түсті көпіршікті қақырық түсу бастайды. Құрамында лейкоциттер мен фибриннің көбеюінен қақырық біртіндеп бұлыңғырланады, көп кешікпей түсі темір татына ұқсайды. Фибриннің молдылығынан қақырық өте жабысқақ, оңайлықпен бөлінбейді.

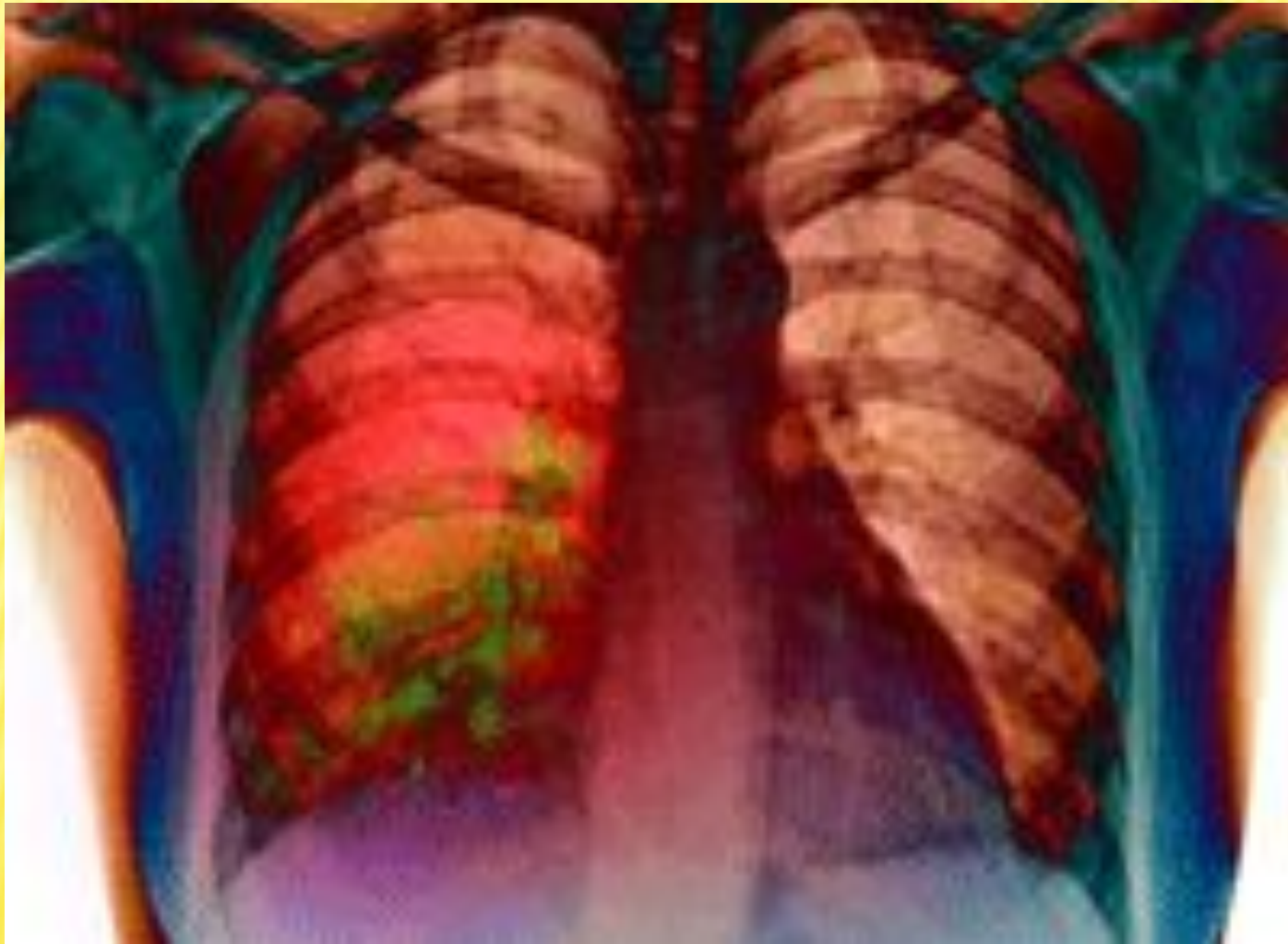




Диагностикасы.

- Рентгендік зерттеуде бірінші күні айқын көрінетін инфильтрациялық көлеңкелер болмайды, бұл кезде әрең байқалатын вуаль тәрізді нәзік көлеңкелену болуы мүмкін. Оның интенсивтілігі біртіндеп күшейіп, нағыз шыңына 5-ші тәулікте жетеді. Инфильтрация ошағы 1-2 сегментті, бір бөлікті немесе одан ірі аймақты қамтиды. инфильтрация фонында күшейген өкпе суретін, өкпе түбірлерінің ұлғаюын ажыратуға болады.
- Емнің нәтижесінде бұл өзгерістер жойылады, бірақ кейде рентгендік динамика клиникалық динамикадан бірнеше апта кешігеді.

ПНЕВМОНИЯНЫҢ ДИАГНОСТИКАСЫ

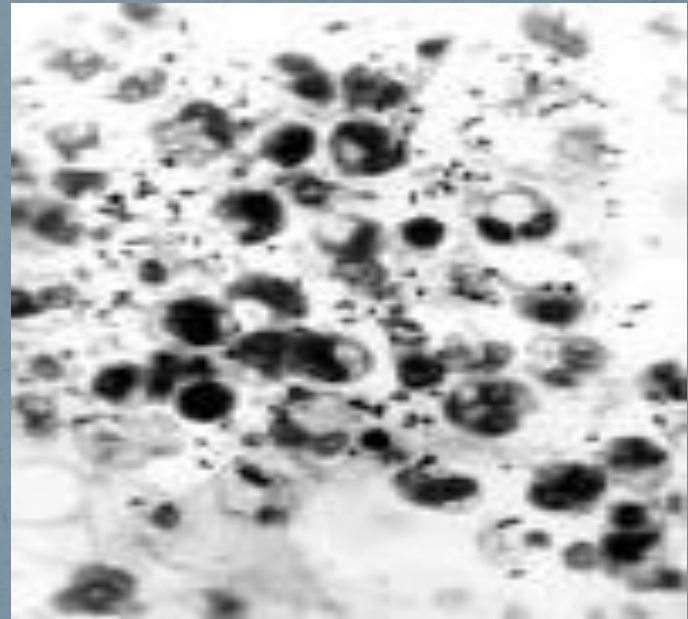


КРУПОЗДЫ ПНЕВМОНИЯ КЕЗІНДЕГІ ӨКПЕ СУРЕТІ



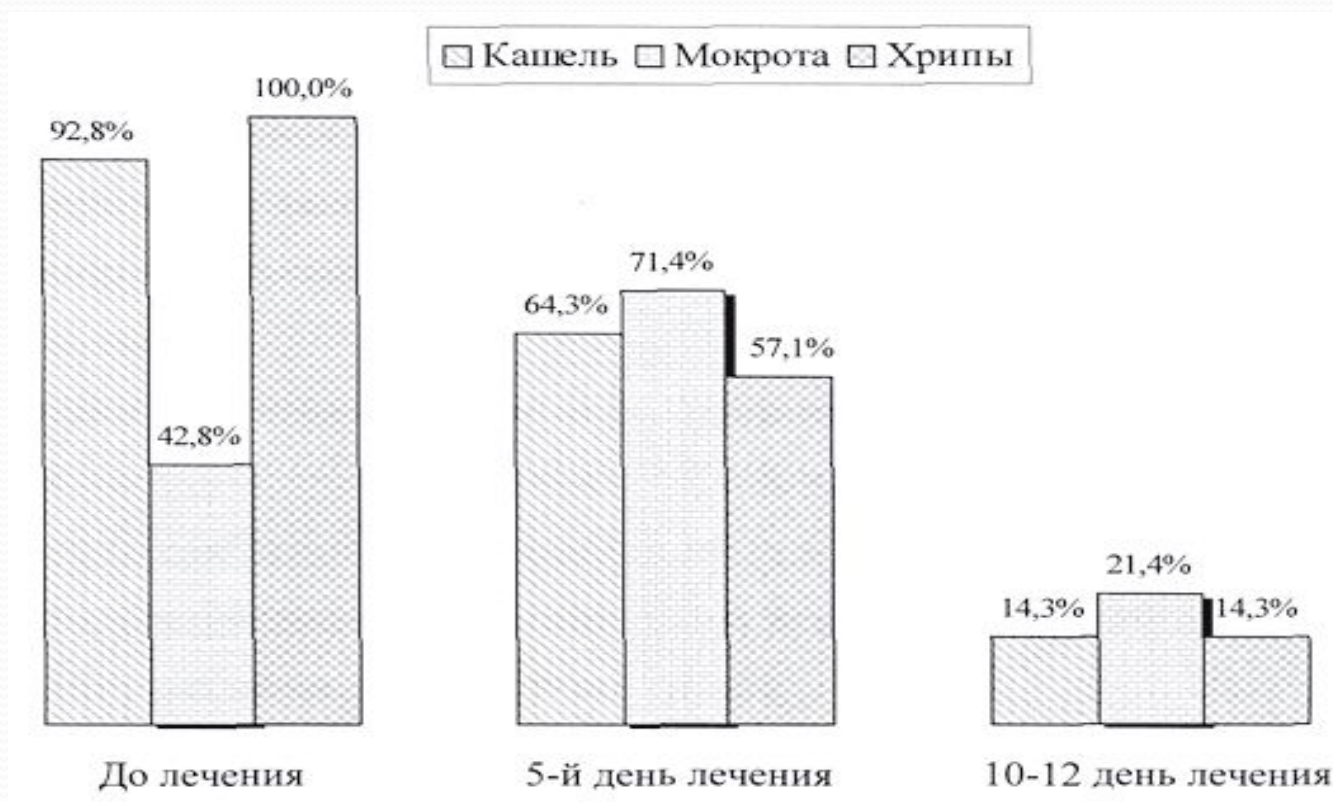
- Жалпы қан анализінде лейкоцитоз $15-30 \times 10^9/\text{л}$ дейін көбейді. Лейкоцитарлық формулада нейтрофильдердің жас жетілмеген түрлері көбейеді, ал пневмонияның аса ауыр түрінде лейкопения болуы мүмкін. ЭТЖ жоғарлайды.
- Биохимиялық қан анализінде α_2 - және γ -глобулиндердің, фибриногеннің жоғарылауы, С реактивті белоктың пайда болуы байқалады.

Пневмококк бактериялары



Қақырықты зерттеу.

- Қақырықта белоктың, эритроциттердің, лейкоциттердің мөлшері көп. Қақырық жағындысын Грамм бойынша бояп зерттегенде көбіне пневмококтар анықталады.



Пневмонияның асқынулары

- Асқынулардың өкпелік және өкпеден тыс түрлерін ажыратады.

- **РЕСПИРАТОРЛЫҚ АСҚЫНУЛАР:**

- I. Ателектаз;
- II. Өкпе іріңдеуі;
- III. Өкпенің уытты ісінуі;
- IV. Плевриттер;
- V. Тыныс шамасыздығы;
- VI. Бронхтық обструкция синдромы.

- **РЕСПИРАТОРЛЫҚ ЕМЕС (ӨКПЕДЕН ТЫС) АСҚЫНУЛАР:**

- I. Сепсистік процестер (инфекциялық эндокардит, перитонит, менингит, ми абцесі, тромбофлебит және т.б.);
 - II. Инфекциялық-уытты шок;
 - III. Уытты энцефалопатия.
- 

БАЛАЛАЛАРДАҒЫ ПНЕВМОНИЯ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

- Балаларда пневмония жедел басталып, өте ауыр түрде өтеді. Пневмония үш кезеңмен өтеді:
 - I. Басталу кезеңі жедел респираторлық ауру жағдайында өтіп, бел алады. Бала тұмауратып, түшкіреді, мұрынмен тыныс алу қиындап, жөтеледі. Баланың тәбеті төмендейді, мазасызданады, ұйқысы бұзылады және тынысы жиілейді.
 - II. Меңдеу кезеңі. Дене қызуы көтеріліп, 38-39°C-ға дейін жетеді. Баланың алқынуы өршіп, терісінің түсі құқырыл тартады, мұрын-ерін суағары маңынан цианоз байқалады. Өкпесінде аздап қырылдайтын ылғалды сырыл пайда болады.
 - III. Сауығу кезеңі 8-10 күннен кейін дамиды, дене қызуы баяу төмендейді, баланың жағдайы жақсарып, еңтігу, ауа жетпеу симптомдары жойылады.



Этиологиясы.

- Жаңа туған нәрестелер мен шала туған балалар пневмониясының себебі микроорганизмдер – стрептококк, ішек таяқшасы, өте сирек жағдайларда ғана пневмококк болып табылады. Вирустық немесе жаратылысы аралас пневмониялар болуы ықтимал.
- Алайда пневмонияның өршуіне шешуші маңызды фактор – баланың жалпы реактивтілігі, оның иммунитетінің жайы екенін естен шығармау керек.

Патогенезі.



- ❖ Жас нәрестелерде көптеген жағдайларда қоздырғыш алғаш келіп түсетін өкпе түбірлерінің лимфа түйіндері жеткілікті кедергі бола алмайды. Қабыну процессі одан әрі периваскулит және перибронхит саласына, көбінесе паравертебралдық салаға таралады. Кейінірек қоздырғыш лимфогендік жолмен, сирегірек болса да токсикалық форма жағдайында – гематогенді жолмен тарайды.

Клиникалық көрінісі

- Бала тұмауратып, түшкіреді, мұрынмен тыныс алу қиындап, жөтеледі. Баланың тәбеті төмендейді, мазасызданады, ұйқысы бұзылады және тынысы жиілейді. Дене қызуы көтеріліп, $38-39^{\circ}\text{C}$ -ға дейін жетеді. Баланың алқынуы өршіп, терісінің түсі құқырыл тартады, мұрын-ерін суағары маңынан цианоз байқалады. Өкпесінде аздап қырылдайтын ылғалды сырыл пайда болады.

Диагностикасы.

- Ауруды анықтауда анамнезде жедел респираторлық аурулардың жиі асқынып өтуінің көрсеткіштері көмектеседі.
- Кеуде қуысын екі жағынан (алдынан және бүйірінен) рентгенге түсіру шешуші болып табылады.

АСҚЫНУЛАРЫ



ҚОРЫТЫНДЫ.

- Пневмония – жиі кездесетін , өлімге әкелетін себептердің ішінде алтыншы орындағы, ал ауруханаішілік инфекциялардан болатын өлім себебі ретінде бірінші орындағы ауру, сондықтан оның белгілерін білу және ерте бастан алдын алу әр дәрігер маманның міндеті. Әсіресе балаларда пневмония дамуының алдын алу бірінші міндет.

Пайдаланылган әдебиеттер:

- I. “Ішкі аурулар” Б.С.Калимурзина Алматы. 2005ж.
- II. “Пневмония” И.В.Сильвестров Москва. 1987г.
- III. “Балалар аурулары” К.А.Святкина Е.В. Белогородская Алматы. 1993ж.
- IV. “Пневмонии у детей” под. ред. А.А.Каганова Москва. 1995г.
- V. “Пневмонии у детей раннего возраста” Ф.И. Китикарь Ленинград. 1974г.