

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан  
мемлекеттік медицина университеті

Тақырыбы: **Пневмония.**

# Жоспары:

I.Кіріспе.

II.Негізгі бөлім.

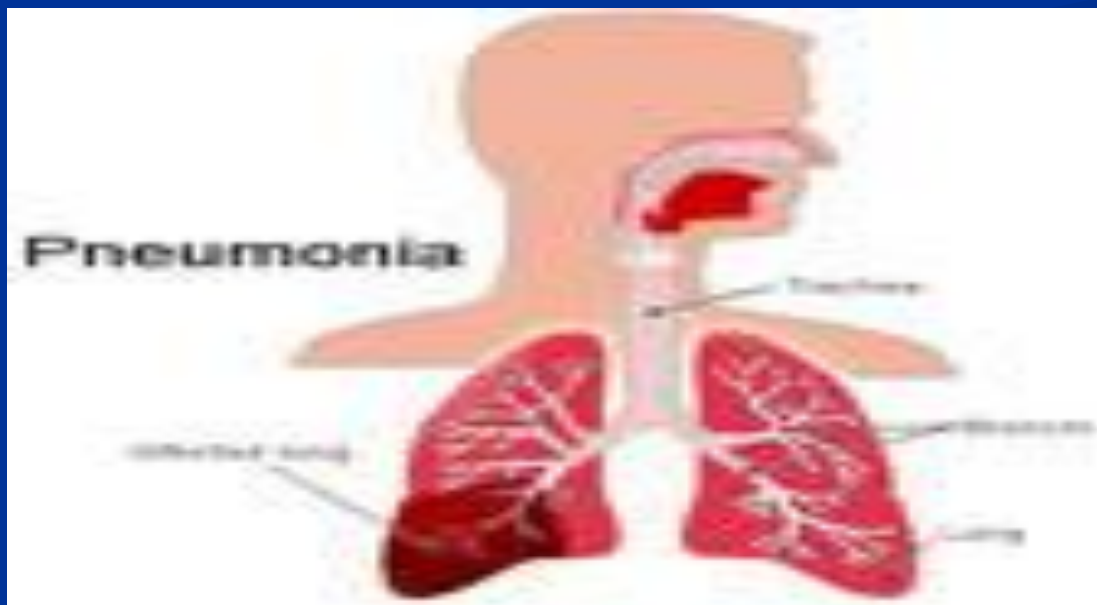
- Этиологиясы
- Патогенезі
- Жіктелуі
- Клиникасы,диагностикасы,емі.

III.Қорытынды.

IV.Пайдаланылған әдебиеттер.

# Кіріспе:

- **Пневмония** - жиі кездесетін, өлімге әкелетін себептердің ішінде алтыншы орындағы, ал аурухана ішілік инфекциядан болатын өлім себебі ретінде бірінші орындағы ауру. Соңғы 30 жылда оның жиілігі 5 есе көбейіп, қазіргі кезде 1000 адамға шаққанда даму саны 10-13,8 шамасында. Пневмониядан ауруханадағы өлім саны 8,0-8,7%.



# *Пневмония.*

**Пневмония** - бұл респираторлы бөлімдерді қамтитын және интраальвеолдық қабынулық экссудациямен жүретін өкпенің жедел ошақты инфекциялық-қабынулық (негізінен бактериялық) зақымдануы.

## ▶ Эпидемиологиясы

- ▶ Пневмонияға өкпе ауруларының **54%** келеді.
- ▶ Пульмонологиялық өлім-жітімнің **2-ші** орнын алады.
- ▶ Ауруханалық өлім себептерінің **1-ші** орнын алады.
- ▶ Пневмониядан өлім еңбекке жарамды жастағыларда **61%** дейін жетеді.

# ЭТИОЛОГИЯСЫ:

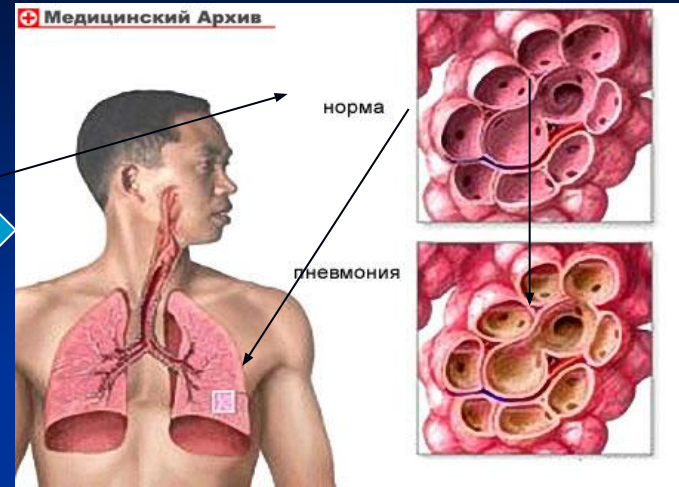
## Пневмонияның дамуына әкелетін себептер:

- көптеген қоздырғыштар:  
бактериялар,
  - микоплазма,
  - хламидия,
  - легионелла,
  - саңырауқұлақтар,
  - қарапайымдар т.б әкеледі.
  - Вирустар.
- Бейімдеуші ықпалдар:
    - Суықтау, кеуде сарайының жарақаттары,
    - іш қуысының операциялары,
    - дене қимылын шектейтін ауыр жағдайлар,
    - аспирацияға алып келетін себептер,
    - балалық және кәрілік жас,
    - Тыныс жолдарының фондық аурулары,
    - Шылым шегу,
    - Қоршаған ортаның зиянды әселері
    - Жүрек шамасыздығы
    - Иммундық депрессия,
    - Иммундық тапшылық жағдайлары
    - Цитостатиктік, стероидтық ем,
    - Лейкопения, қант диабет, ЖИТС.

# Патогенезі.

Инфекция  
қоздырғышы

мұрын, көмекей,  
Жұтқыншақ  
Микроорганизмдері-  
қан лимфа, бронх арқылы



- *Өкпенің респирациялық бөліктеріне түсіп пневмония дамытады.*
- *Қан арқылы түсу-екіншілік пневмонияға тән.*

# Пневмония патогенезі

(В.И.Маколкин,С.И.Овчаренко,1999ж)

## Этиологиялық факторлар

(инфекциялы қоздырғыштар)

Бронхылық-өкпелік жүйенің эпителиальді клеткаларына қоздырғыштың жабысуы

Бронхылық-өкпелік жүйенің эпителиальді клеткаларында инфекция қоздырғыштарының колонизациясы

Экзотоксин,эндотоксин және цитотоксиндердің түзілуі

Липидтердің сутектік тотығуының активизациясы

Антидене мен иммундық кешеннің қалыптасуы

## Бейімдеуші факторлар

Жергілікті бронхылық- өкпелік қорғаныс жүйесінің бұзылысы

Бейспецификалық қорғаныс және ағзаның жалпы реактивтілігінің төмендеуі

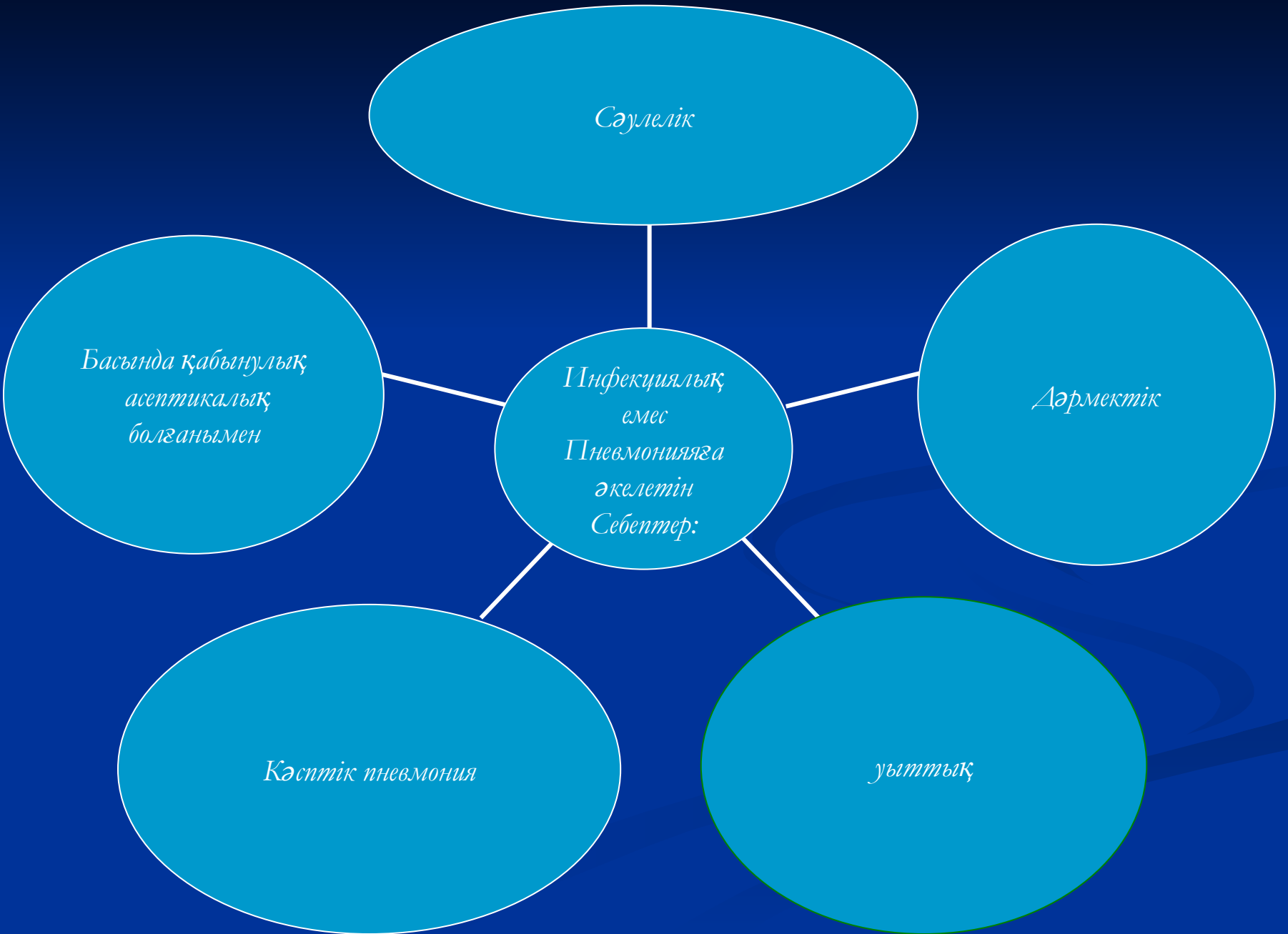
Өкпедегі микроциркуляция жүйесінің бұзылысы

Альвеола мен бронхиолдардың қабынуы

Пневмонияның клиникалық көріністерінің пайда болуы







# Пневмониялардың жіктеуі

Жіктеуде

1. Аурудың даму жағдайы (қандай пневмония),
2. Ауырлық дәрежесі
3. Дерттің орналасуы
4. Асқынулары ескеріледі.

**Жіктелуі.**  
**Пульмонологтардың 5-ші Ұлттық конгресі**  
**Мәскеу-1995 ж**

**Пневмонияның**  
**этиологиялық**  
**түрлері**

Бір жақты: сол,  
оң, тоталды  
Бөліктік, сегменттік

Бөлшектік, орталық

**Пневмонияның**  
**орналасуы және**  
**көлемі**

**Пневмонияның**  
**ауырлық дәрежесі**

**Эпидемиологиялық**  
**жағдайына**  
**байланысты**

Ауруханадан тыс  
“біріншілік,  
амбулаториялық,  
үй жағдайындағы”

Ауруханалық  
“аурухана ішілік,  
Нозокомиальды”

Атипті пневмониялар

Іммундық  
жетіспеушілік  
үстінде дамыған  
пневмониялар

Нейтропения  
үстінде дамыған  
пневмониялар

Қос жақты

**Асқынулары**

Өкпелік, өкпеден тыс

Ауыр, орташа,  
Ауырлықты,  
жеңіл

**Пневмониялардың**  
**Фазалары.**

Қызу, шешілу,  
Реконвалесценция  
Созылыңқы барыс.

Сонымен, жіктеудің *1-ші кезеңінде* аурудың даму шартына қарай бөледі:

- 1. **Аурухадан тыс пневмонияны** (синонимдері: үйішілік, коммуналды, емханалық).
- 2. **Ауруханалық** (ауру науқастың стационарға түскеннен кейін 48 сағаттан соң немесе ауруханадан шыққаннан кейін 4 апта ішінде дамығанда) (синонимдері: нозокомиалды, госпиталды).
- 3. **Аспирациялық** пневмонияны.
- 4. **Иммундытапшылық** пневмонияны (туа біткен иммунодефицит, ЖИТС-инфекция, ятрогенді иммуносупрессия).

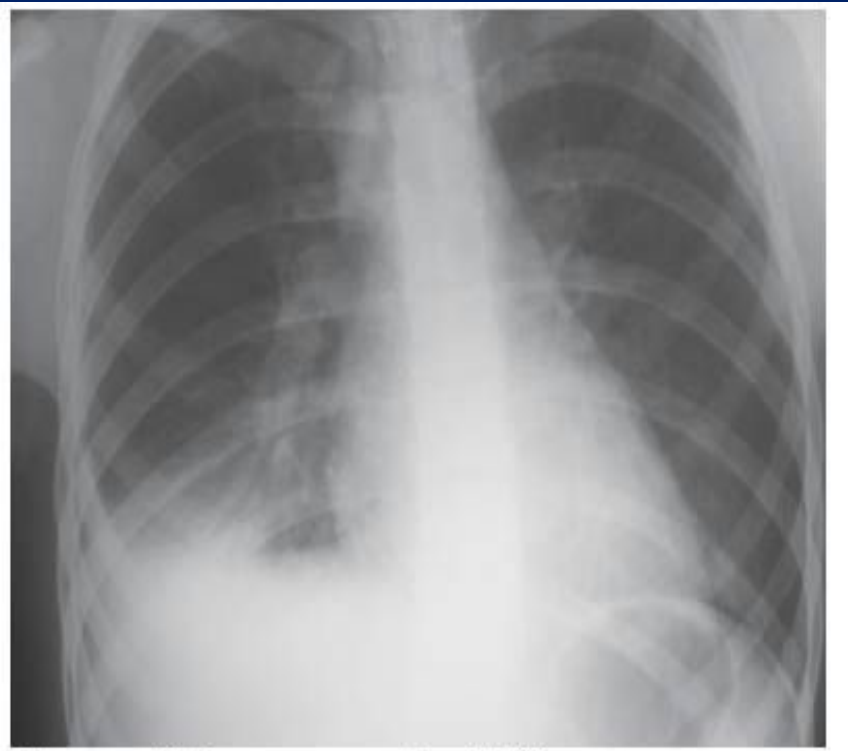
## 2-кезең: Пневмонияның ауырлық дәрежесін бағалау

- Жіктеудің екінші бөлімі – **ауырлық дәрежесі**. Ауырлық дәрежесін дұрыс бағалау науқасты емдеу орнын, емдеу тактикасын таңдауда маңызды. Пневмонияның ауырлық дәрежесі бағаланады:
  - 1. **Интоксикациялық синдром айқындылығы бойынша**. Дене қызуының 1 градусқа жоғарылауы ЖСЖ 8-10 соққыға, ТАЖ 2-3 тынысқа өсіреді. Сана бұзылысы интоксикациялық синдром ауырлығының куәсі. Интоксикациялық синдромның зертханалық көрсеткіштері: лейкоцитоз, ЭТЖ үдеуі, қабыну көрсеткіштерінің өсуі, ШТҚҰ маркерлері.
  - 2. **Тыныс жеткіліксіздігінің айқындылығы бойынша**. Клиникалық (тахипноэ, цианоз) және параклиникалық (оттегі сатурациясының төмендеуі, көмірқышқыл газ сатурациясының және кернеуінің жоғарылауы).
  - 3. **Асқынулардың** дамуы бойынша: пневмонияның ауырлығын көрсетеді.
  - 4. **Зақымданудың ауқымдылығы бойынша**: R деректерге сүйеніп.

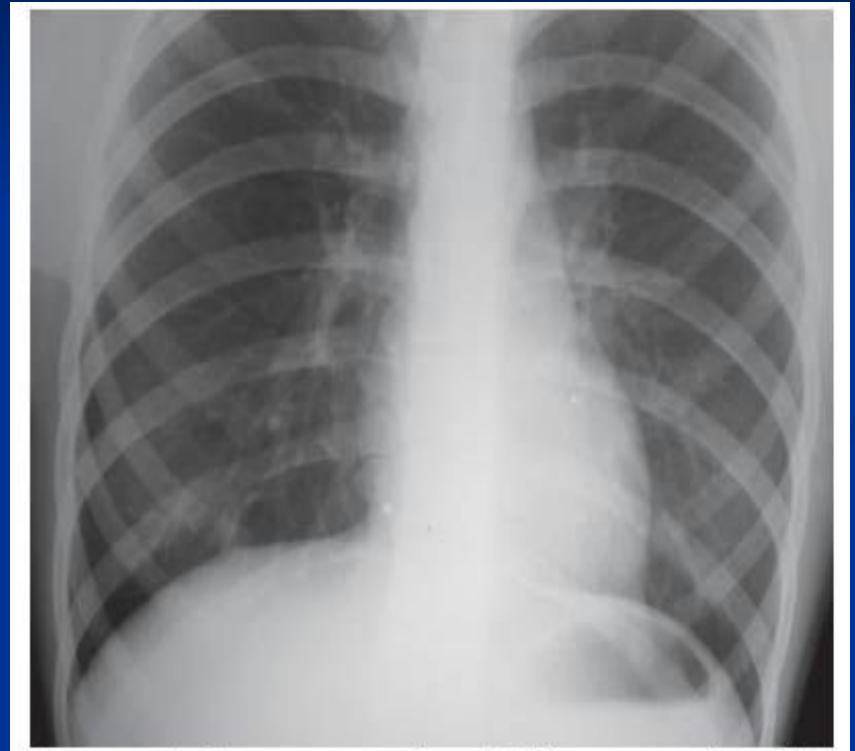
## Пневмонияның ауырлық дәрежесі (Никулин К.Г., Дворецкий Л.И.)

Дәрежесі	Жеңіл	Орташа	Ауыр	Өте ауыр
Температура, °С	38 дейін	38-39	39-40	40 астам
Сана бұзылысы	Анық	Анық, жеңіл эйфория б.м.	Инфекциялық делирий, сопор	Сопор, кома
Интоксикацияның басқа белгілерінің айқындылығы	Әлсіз	Орташа	Анық	Өте анық
ТАЖ	25 дейін	25-30	30-40	40 астам
ЖСЖ	90	100 дейін	100 астам	100 астам
Цианоз	Жоқ	Орташа	Айқын	Айқын
ЖҚА	Әлсіз лейкоцитоз, ЭТЖ үдеуі	Абсолютті нейтрофильді лейкоцитоз, формуланың гиперрегенераторлы солға ығысуымен	Айқын лейкоцитоз, нейтрофилдердің уытты дәнділігі, солға ығысу, лимфопения, лейкопения б.м., ЭТЖ айқын үдеуі	Ауырдағыдай

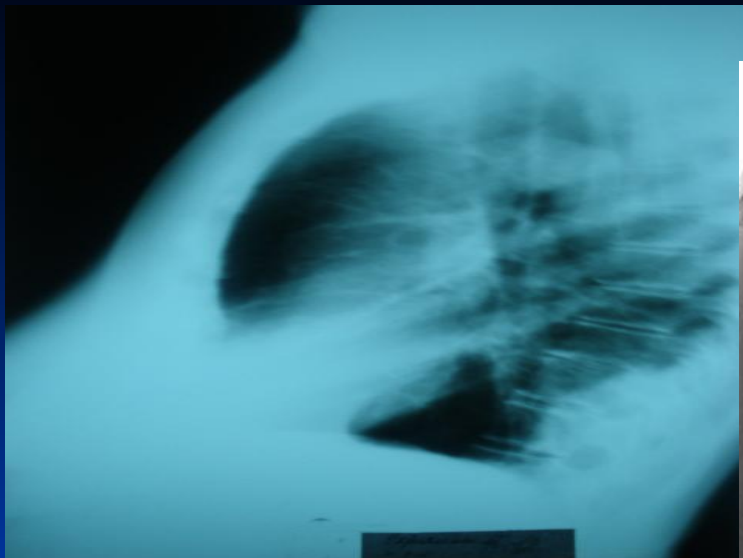
**Жіктеудің 3-ші кезеңі: Пневмонияның  
орналасуы және ауқымдылығы физикалды  
және рентгендік мәліметтерге сәйкес  
анықтау**



**Оң жақтық төменгі бөліктік  
пневмония**



**Оң жақтық төменгі бөліктік  
пневмонияның 14-ші күні**



Рентгенде пневмонияның орналасуын өкпелік аяндар бойынша анықтайды. Бұғанадан жоғары бөлімдер өкпе ұшы, жүрек ұшынан 2-ші қабырғаға дейін – жоғарғы бөлік, 2-4 қабырғааралықта – ортаңғы бөлік, 4-ші қабырғадан диафрагмаға дейін – төменгі бөлік. Фронталды кескін бойынша өкпе бөліктерін анықтау қиын, себебі өкпе бөліктері біріне-бірі қабаттасады. Өкпе бөліктерін латерограммада анықтаған жеңіл.





# Жіктеудің 4 кезені: Пневмония асқынулары. 2 топқа бөлінеді:

## ■ 1. Өкпелік асқынулар:

- - парапневмониялық плеврит
- - плевра эмпиемасы
- - өкпе абсцесі және гангрена
- - өкпе деструкциясы
- - дистресс-синдром
- - өкпе сусінділенуі

## ▶ 2. Өкпеден тыс асқынулар:

- ▶ - инфекциялық-уытты шок
- ▶ - жедел өкпелік жүрек
- ▶ - миокардит, эндокардит, перикардит
- ▶ - менингит, менингоэнцефалит
- ▶ - перитонит
- ▶ - сепсис
- ▶ - ШТҚҰ-синдром
- ▶ - психоздар

Keудедегі  
ауырсыну

Ентігу

Пневмони  
яның  
өкпелік  
белгілер

Өкпе тінінің  
жергілікті қабыну

**Пневмонияны  
ң  
өкпеден тыс  
клиникалық  
белгілері.**

**интоксика  
ция**

**Қызба**

**Қалтырау**



<b>Негізгі белгілері</b>	<b>Жеңіл</b>	<b>Орташа</b>	<b>Ауыр</b>
Температура	38 дейін	38-39	39 жоғары
Тыныс жиілігі	25 дейін	25-30	30 жиі
Цианоз	жоқ	орташа	айқын
Интоксикация	жоқ	орташа	айқын
Сана бұзылысы	сана дұрыс	сана дұрыс немесе жеңіл эйфория	Сана көмескі, сандырақ, елестер
R-зертеудегі өкпенің зақымдануы	1-2 сегмент	Бөліктің тұтасқа жақынын, тұтас бөлікті екі өкпенің бірнеше сегменттері	Екі бөлік немесе екі жақты полисегментті

<p>1. Негізгі синдромдар</p>	<p>1) инфекциялық-қабыну (қызба, қалтырау)  2) бронхтардың тітіркену (жөтел. қақырық)  3) өкпе-плевралық синдром (ауырсыну, бронхо-везикулярлы тыныс, крепитация)  4) өкпе тінінің тұйықталу синдромы (тынысқа қатыспайды, тыныс тұйықталған, бронховезикулярлы тыныс, крепитация )</p>
<p><b>2. Жетекші синдром</b></p>	<p><b>Өкпе тінінің тұйықталу синдромы</b></p>
<p>3. Жетекші синдром ерекшеліктері</p>	<p>Жедел басталуы, айқын инфекциялық-қабыну синдромымен жүруі</p>
<p>4. Ажыратпалы диагнозға алынатын аурулар</p>	<p>1) Оң жақ бөліктік пневмония  2) Өкпе абсцесі  3) Өкпе инфарктысы</p>

## Дифференциалды диагноз:

Ауру	Ұқсайтын белгілері	Ажыратпалы ерекшеліктері
<b>Өкпе инфарктысы</b>	өкпенің тығыздалу синдромы, жөтел	ең мүмкін емес ауру, себебі науқас жасы тек 18-де, веноздық аурулары жоқ, аурудың алғашқы сақаттарынан бастап айқын инфекциялық-қабыну синдромы бар.
<b>Өкпе абсцесі</b>	өкпенің тығыздалу синдромы, жөтел	«ірің шығу» (прорыв) жоқ, әлсірететін қосалқы аурулар (мыс. қантты диабет) жоқ, бірақ алаңсыз шегеруге болмайды.
<b><u>ПНЕВМОНИЯ!</u></b>	өкпенің тығыздалу синдромы, жөтел	<i>өкпе тінінің тығыздалу синдромы</i> аурудың алғашқы сағатынан бастап айқын инфекциялық-қабыну синдромымен қосарланған, өкпе-плевралық зақымдалу синдромы бар.

# Диагностика

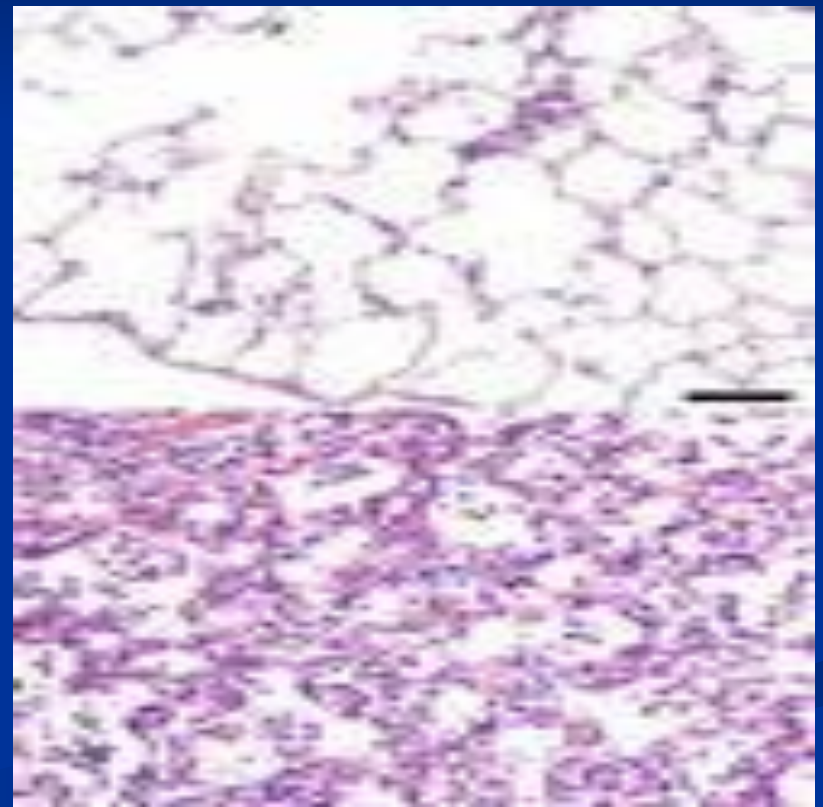
## ДИАГНОСТИКА

**.Рентгендік зерттеуде 1-ші күні әрең**

байқалатын вуаль тәрізді нәзік көлеңкелену болады. Оның интенсивтілігі біртеңдеп күшейіп, нағыз шыңына 5-тәулікте жетеді. Инфильтрация ошағы 1-2 сегментті, бір бөлікті немесе одан ірі аймақты қамтиды. Инфильтрациялық көлеңкелену өкпенің плевраға жақын кортикальды аймақтарында, интенсивтілігі көбіне гомогенді емес.



# Гистологиялық көрінісі





## *Қан анализінде*

*лейкоцитоз  $15-30 \times 10^9/\text{л}$   
дейін көбейеді, нейтрофильдердің ішінде улық  
түйіршіктер болады. Лейкоциттік  
формулада  
нейтрофилдердің жетілмеген жас  
түрлері көбейеді, пневмонияның  
ауыр түрінде лейкопения  
болады, ЭТЖ жоғарлайды*

*.Қанның биохимиялық анализінде:  
а2 және g глобулиндердің,  
фибриногеннің жоғарлауы,  
С реактивті белоктың  
пайда болады.Қанның газдық құрамында  
гипоксемия,гиперкапния және  
респираторлық алкалоз анықталады*

*.Қақырықта:белоктың,фибриннің,эритроциттің,  
лейкоциттердің мөлшері көп.  
Қақырық жағындысын Грамм бойынша бояп  
зерттегенде көбіне пневмококктар анықталады.*

## *ЕМІ:*

- Дезинтоксикация және иммунокоррекция
- Экзо- және эндотоксиндерге қарсы көрсеткіштер. Ол негізгі иммунокоррекцирлеуші терапия болып табылады. Оған реополиглюкин инфузиясы, гемодез, неогемодез, полидес 2-4 мл/кг/тәулігіне, көктамыр ішіне тамшылатып 3-4 күн үзбей қолданады.

- Тағаммен емдеу
- *Этиотропты ем.*
- *Ингаляциялық ем және аэрозольдік ем.*
  - Патогенетикалық терапия және симптоматикалық терапия
  - Физиотерапевтік әсерлер, емдік дене шынықтыру.

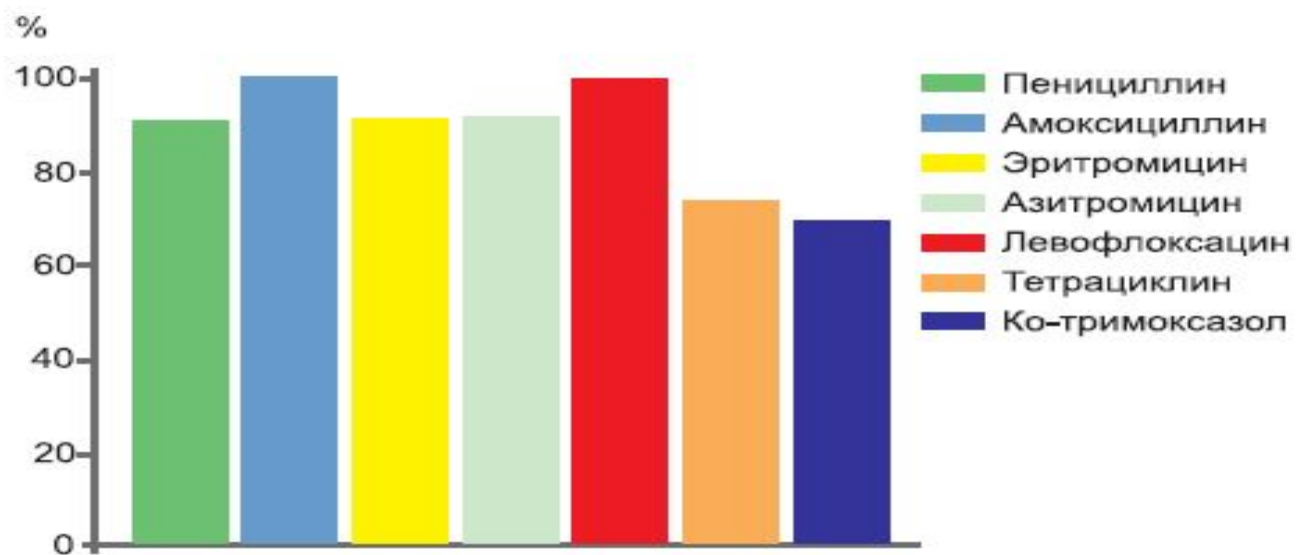


Рис. 1. Чувствительность *S. pneumoniae* к антибиотикам в России

Динамика клинической симптоматики на фоне лечения амоксициллином и азитромицином приведена на рис. 4-9.

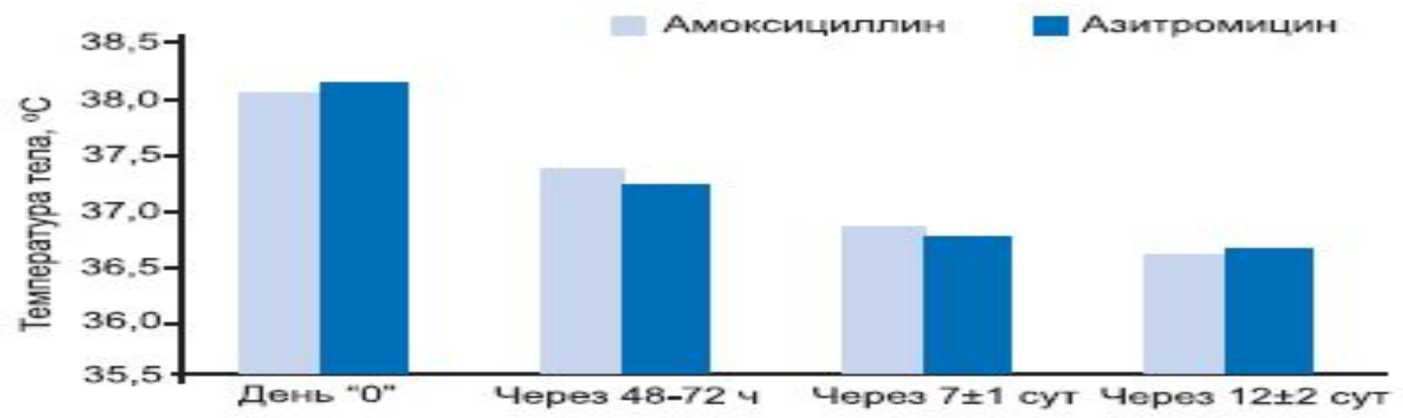


Рис. 4. Динамика снижения температуры тела у больных в процессе лечения

# Қолданылған әдебиеттер:

1. Ішкі аурулар. Б. Қалимурзина. I том. Алматы 2007 жыл.
2. «Диагностика болезни внутренних органов», Том 1. Окорочков А.Н. Москва-2003 год.
3. «Диагностический справочник терапевта» Караната А.П Киев 1996 год
4. «Внутренние болезни» Ф.И. Коморов Москва 1981 год
5. «Интерпретация лабораторных анализов» А.Н. Инькова Ростов-на-Дону 2000 год.
6. «Пульмонология» . Чучалин А.Г 1998 год.
7. [google.kz](http://google.kz)
8. [yandex.kz](http://yandex.kz)

# Назарларыңызға рахмет!!!

