

*Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан  
Мемлекеттік Медицина Университеті*

*Кафедра: Балалар аурулары*

*Мамандығы: Жалпы тәжірибелік дәрігер*

## **ИНТЕРННІҢ ӨЗІНДІК ЖҰМЫСЫ**

**Тақырыбы:** Балалардағы пневмония. Әр жастағы балаларда клиникалық ағым ерекшелігі. Ажырату диагностикасы. Тиімді фармакотерапия.

**Орындаған:** Абатова Г.А.

**Тексерген:** Молдажарова Н.Е.

**Тобы:** 733

# Жоспары:

- - Пневмония туралы жалпы түсінік
- -АХЖ-10 бойынша кодтары
- -Клиникалық классификациясы
- -Госпитализацияға көрсеткіш
- -Диагностикалық тексеру шаралары
- -Дифференциалды диагностика
- -Емдеу тактикасы
- -Профилактикасы

***Пневмония-*** айқындылығы әртүрлі сатыдағы тыныс алудың клиникалық тұрғыдан, қызба, уыттану, тән физикальды өзгерістер мен өкпеде “жаңадан пайда болған” ошақтық- инфильтративтік рентгенологиялық дәлелдемелермен көрінетін өкпе паенхимасының жіті жұқпалы- қабынулық ауруы.



## Верхнедолевая пневмония



**Хаттама коды: P-P-012 “Балалар пневмониясы”**

*Пендиатрия саласындағы поликлиникалар үшін.*

**АХЖ-10 бойынша коды:**

**J18** Қоздырғышы анықталмаған пневмония.

**J15.6** Басқа граммтеріс аэробты бактериямен шақырылған пневмония.

**J15** Басқа айдарларда жіктелмеген бактериалды пневмония.

**J12** Басқа айдарларда жіктелмеген вирусты пневмония.

**J14** *Haemophilus influenzae* (Афанасьева-Пфейффер таяқшасы) шақырылған пневмонияю

**J15.9** Бактериалды анықталмаған пневмония.

**J13** *Streptococcus pneumoniae* мен шақырылған пневмония.

**J15.0** *Klebsiella pneumoniae* мен шақырылған пневмония.

# Қауіп- қатерлі факторлар:

- 1. Жиі кездесетін *Streptococcus pneumoniae*
- 2. Шала туылу
- 3. Тамақтанудың айқын бұзылысы
- 4. Иммундық тапшылық жағдай
- 5. Дамудың туа біткен ақаулары
- 6. Жоғарғы тыныс алу жолдарының жуық арадағы инфекциясы
- 7. Муковисцидоз
- 8. Бөгде дене
- 9. Төмен әлеуметтік- экономикалық статус
- 10. Шылым түтіні
- 11. Жасөспірімдікке дейінгі жас

# *Пневмонияның клиникалық классификациясы:*

## ● **I. Пайда болуы бойынша:**

- - ауруханадан тыс
- - аурухана ішілік
- - құрсақішілік, иммундық тапшылығы бар балаларда
- - энцефалопатиясы бар балаларда аспирациялық.

## ● **II. Түрі бойынша:**

- - ошақтық
- - ошақты-жиналатын
- - сегменттік
- - бөліктік
- - интерстициалды.

## ● **III. Ағымы бойынша:**

- - жіті
- - созылмалы ( 6-8 аптадан жоғары)

## ● **IV. Ауырлығы бойынша:**

- - жеңіл
- - орташа ауырлықта
- - ауыр

## ● **V. Асқынулар:**

- - тыныс алу жеткіліксіздігі ( I-III сатыдығы)
- - өкпелік ( плеврит, абцесс, пневмоторакс, пиопневмоторакс)
- - өкпеден тыс ( токсикоз, нейпртоксикоз, ОССН, ДВС,ОПН)
- - өкпе ісігі және ателектаз.

# Госпитализацияға көрсеткіш:

- **I. Жоспарлы госпитализация:**

- - 5 жасқа дейінгі балаларда БШАИЖ бойынша жалпы қауіп белгілері болса;
- -амбулаторлы емнің нәтижесі болмаса;
- -асқынулар болса;
- - пневмонияның ауыр және созылмалы түрінде ( 10-12 аптадан асса).

- **II. Жедел госпитализация:**

- -бөгде денеге қауіп болғанда;
- -тыныс жетіспеушілігінің дамуы мен кеуде клеткасының төменгі бөлігінің кірігуі мен тыныс жиілеуі;
- -ауыр респираторлы дистресс;
- -айқын токсикоз ( тамақтан, судан бас тарту,есінің бұзылуы, қызба 5 күннен астам );
- -құрыспа;
- -орталық цианоз;
- -тыныш кезде стридор ( стеноз II-IV);
- - 2 айдан төмен барлық балалар.

## **Диагностикалық тексеру шаралары:**

### **Жоспарлы госпитализация кезінде диагностикалық зерттеулер:**

- асқынуларға күдіктенген жағдайда міндетті түрде рентгенологиялық зерттеулер жүргізеді.
- жалпы қан анализі ( 6 параметр бойынша);
- жалпы зәр анализі;
- құрт жұмыртқаларына тесеру.

### **Негізгі диагностикалық зерттеулер:**

- кеуде қуысының рентгенографиясы- өкпедегі қабынуды анықтау, полисегментарлы зақымдалуды, өкпе ателектазын анықтау үшін;
- ЭКГ- жүрек зақымдалуын жоққа шығару үшін;
- жалпы қақырықты зерттеу- қабыну деңгейін анықтау;
- қақырықты бактериологиялық зерттеу және антибиотикке сезімталдықты анықтау;
- сыртқы тыныс алуды зерттеу, пульсоксиметрия-тахипное немесе гипоксиясы бар барлық балаларға жүргізеді;
- хламидиоз, Кандида тобындағы санырауқұлаққа морфологиялық зерттеу;
- бронхоскопия ( бронхтағы бөгде дене, ателектаз);
- КТ ( көрсеткіш бойынша);
- ЖҚА ( Ег, Нв, L, лейкоформула, ЭТЖ, тромбоцит);
- УЗИ ішкі мүшелердің- паренхиматозды мүшелердің зақымдалуын жоққа шығару үшін;
- қан топтарын анықтау және резус-фактор- қан құйған немесе ауыстырған жағдайда 20% (көрсеткіш бойынша );
- ВИЧ ке қан тапсыру-ҚР денсаулық сақтау Министрінің 23 қарашада 2010жылы №907 бұйрығы бойынша;
- ЖЗА-бүйректің зақымдалуын жоққа шығару үшін;

### **Қосымша диагностикалық зерттеулер:**

- жалпы белокты анықтау;
- қандағы белок фракциясын анықтау,
- капиллярдағы қануы уақытын анықтау-ДВС синдромын диагностиалауда,
- АЛТ анықтау-ауыр дәрежелі пневмония кезінде бауыр жұмысын тексеру;
- копрограмма- ферментативті процеске баға беру үшін;
- билирубинді анықтау- ауыр дәрежелі пневмония кезінде бауыр жұмысын тексеру.

# Диагностикалық критерилері:

I. Шағымдары мен анамнез: жөтел, тамақ пен су ішуден бас тарту, еңтігу, әлсіздік.

Физикалық тексеру:

1. Жиілеген немесе қиындаған тыныс:

-2 айға дейін > минутына 60 рет;

-2 айдан – 12 айға дейін > минутына 50 рет;

-12 айдан 5 жылға дейін > минутына 40;

-5 жастан жоғары минутына 28-ден жоғары.

2. Кеуде клеткасының төменгі бөлігінің кірігуі;

3. Кызба;

4. Дем алуының қиындауы ( нәрестелерде)

5. Аускультативтік белгілер ( әлсіреген немесе бронхиалды тыныс алу, сырылдар, плевра үйкеліс шуы)

II. Лабораторлық зерттеулер:

Жалпы қан анализі ( лейкоцитоз нейтрофильдің солға ығысуымен, лейкопения, ЭТЖ жоғарылауы).

III. Инструменталдық зерттеулер: өкпенің әртүрлі асқынуына күманданған жағдайда кеуде қуысының жалпы шолу рентгенограммасы ( эмпиема, пневмоторакс, )

IV. Мамандар консультациясы: пульмонолог- созылмалы ағымда және астмоидты тыныс болған кезде;

Хирург кеңесі- деструктивті асқынулар дамығанда.

# Дифференциалды диагностика

| Диагноз немесе ауру себебі | Диагноз пайдасына                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Пневмония                  | <ul style="list-style-type: none"><li>-Жөтел және жиілеген тыныс:<br/>Жасы &lt; 2 ай &gt; 60/ мин;<br/>Жасы 2-12 ай &gt;50/ мин;<br/>1жас-5жас &gt; 40/мин;</li><li>-Кеуде клеткасының төменгі бөлігінің кірігуі;</li><li>- Қызба;</li><li>- Аусультативті белгілер- әлсіреген тыныс, ылғалды сырыл;</li><li>-М ұрын қанатының ісінуі;</li><li>- уһілеген тыныс( ерте жастағы нәрестелерде)</li></ul> |
| Бронхиолит                 | <ul style="list-style-type: none"><li>-2 жастағы нәрестедегі бірінші астмоидты тыныс;</li><li>-Бронхиолитпен аурушандылықтың мезгілдік арту кезіндегі астмоидты тыныс;</li><li>-Кеуде клеткасының кеңеюі;</li><li>-Ұзарған дем шығару;</li><li>-Аусультативті белгілер- әлсіреген тыныс, ылғалды сырыл;</li><li>-Әлсіз реакция немесе бронхолиттік заттарға реакцияның болмауы.</li></ul>             |

## Туберкулез

- Созылмалы жөтел (>30 күн);
- Салмақтың нашар дамуы/ қалып қоюы немесе салмақ жоғалту;
- Оң Манту реакциясы;
- Анамнезінде туберкулезбен ауыратын науқаспен қатынаста болу;
- Рентгенологиялық белгілер- біріншілік кешен немесе милиарлы туберкулез;
- Үлкен жастағы балаларда қақырықты зерттеу кезінде туберкулез микобактериясының табылуы.

## Көкжөтел

- 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.

## Пневмоторакс

- Кенеттен басталу;
- Перкуссия кезінде кеуде клеткасының бір жағындағы тимпаникалық дыбыс;

## Бөгде дене

- 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 колапсының белгілері: әлсіреген тыныс және перкуторлық дыбыстың тұйықталуы;
- Бронхолиттік заттарға реакцияның болмауы.

## Плевраның шығуы/эмпиемасы

- Перкуторлық дыбыстың “ тас” тұйықтығы;
- Тыныстық шудың болмауы.

## Пневмоцистті пневмония

- Орталық цианоз;
- Кеуде клеткасының кеңеюі;
- Жиілеген тыныс;
- “ Барабан таяқшасы” тәрізді саусақтар; аускультациялық бұзылыстар болмаған кезде рентгенограммадағы өзгерістер;
- Бауыр, көкбауыр, лимфа түйіндердің ұлғаюы;
- Ана мен балада оң ВИЧ –тесті.

# Емдеу тактикасы

Ем мақсаты:

1. Өкпедегі қабыну процесін тоқтату.
2. ТЖ ( тыныс алу жеткіліксіздігі), жалпы уыттану белгілерін жою.
3. Өкпе экскурсиясын қалпына келтіру.
4. Жөтелдің, жиі тыныс алу, пневмонияның аускультативтік көрсеткіштерінің жоғалуы.
5. Жағдайы мен тәбетінің жақсаруы.

## Дәрі-дәрмексіз ем:

1. Температура көтерілген кезеңде- төсек режимі.
2. Адекватты гидратация ( жылы көп мөлшерде сұйықтық).
3. Барынша емшекпен емізу және жасына сай тамақтандыру.

## Дәрі- дәрмектік ем

### 1. Жалпы шаралар:

- Сәйкес гидратация ( сұйықтықты мол ішу) және тамақтану;
- Қызбаны тоқтату (  $>38,5$ ) – парацетамол 10-15мг/ кг күніне 4 ретке дейін;
- Жөтелге қарсы дәрі- дәрмекті қолдануға болмайды;
- Асмоидты тыныс алуда- бронхолитикалық ем ( мысалы, сальбутамол жас бойынша дозамен күніне 3-4 рет, 5 күн бойы). Ингаляциялық түрлер таңдалады.

### 2. Антибактериалды ем:

- Антибиотиктер эмпериялық пероралды түрде қабылданады. Антибактериалды дәрі-дәрмектер in vitro флорасының сезімталдығы бойынша эмпериялық тәсілдің нәтижелігінде жүргізіледі. Таңдалатын дәрі- дәрмектер жартылай синтетикалық пенициллиндер, макролидтер, альтернативтілер болып табылады.

- 6 ай мен 6 жас аралығында жеңіл дәрежелі пневмония болған кезде амбулаторлы жағдайда пероралды дәрі – дәрмектермен емделеді.

- 6 айға дейінгі балаларда типті түрінде стационар жағдайында парентералды ем жүргізіледі.

- пневмонияның ауыр түрінде барлық жастағы балалар госпитализацияға көрсеткіш болып табылады.

### Жеңіл дәрежелі пневмония емі:

- Амоксициллин күніне 15 мг/кг x 3рет 5 күн бойы немесе қорғалған пенициллиндер ( амоксициллин+ клавулан қышқылы 20-40мг/кг күніне 3 рет).

- - Азитромицин 10мг/кг 1 күн, күніне 5мг/кг келесі 4 күн пероралды немесе кларитромицин – 15мг/кг –ға бөлшектік түрде 10-14 күн пероралды немесе эритромицин – 40 мг/кг –ға бөлшектік түрде 10-14 күн пероралды тағайындайды.
- -Амброксол сироп 1мг/5мг; 30мг/5мг; 7,5 мг/мл ерітінді;
- - Цефуроксим тәулігіне 40 мг/кг, бөлшектеп 2 рет қабылдау, 10-14 күн бойы пероралды қабылданады.
- - Цефуроксимнің ең жоғары дозасы балаларда 1,5 г
- - Ұзақ мерзімді, көп мөлшерде антибиотикпен емдеу кезінде микоздың емдеу және алдын алу үшін итраконазол ауыз арқылы берілетін ерітінді 5мг/кг/күн есебінен, 5 жастан жоғары балаларға тағайындалады..
- Пневмонияның созылмалы және ауыр турлерінде антибактериалды терапия парентеральды жүргізіледі:
- -цефтазидим 80-100мг/кг тәулігіне көк тамырға, бұлшық етке 10 күн бойы;
- - цефтриаксон 12 жасқа дейін 50-80мг/кг тәулігіне к/т немесе б/е 10 күн бойы;
- -цефтриаксон 12 жастан жоғары 1гр 12 сағат сайын к/т немесе б/е 10 күн бойы.
- Антибиотиктерді вирусты пневмония кезінде және бактериалды пневмонияның профилактикасында қолдануға болмайды.
- **Орташа- ауырлықтағы пневмония емі:**
- - бактериологиялық зерттеудің нәтижесі шыққанға дейін ампициллин 110-400мг/кг тәулігіне әр бір 6-8 сағат сайын тағайындаймыз.
- -баланың жағдайы жақсарғаннан кейін амоксициллин 15мг/кг әр-бір 8 сағат сайын немесе амоксициллин+ клабулан қышқылын 45-70мг/кг 2 рет күніне пероралды тағайындаймыз.
- -48 сағаттың ішінде баланың жағдайы жақсармаса немесе нашарлап кетсе цефалоспориндердің II-III ұрпағына немесе макролидтерге ауыстырамыз. Мысалы, цефуроксим 100мг/кг тәулігіне.
- - Егер баланың жағдайы 48 сағаттың ішінде жақсармайтын болса онда хлорамфениколды 25мг/кг әрбір 8 сағат сайын б/е немесе к/т -ға жағдайы жақсарғанға дейін енгіземіз.
- -содан кейін пероралды 10 күн бойы толық емдеу курсы жүргіземіз.
- 
-

## ● Ауыр пневмония емі:

- -цефалоспорины step down схемасы бойынша, II-III ұрпақтары(цефотаксим 50мг/ кг әрбір 6 сағат сайын,цефтриаксон 80мг/кг күнге,цефтазидим 1-6г/тәулігіне 10 күн) + гентамицин ( 7.5мг/кг б/е 1рет күніне) 10күн бойы тағайындалады.
- -егер баланың жағдайы 48 сағаттың ішінде жақсармаса немесе нашарласа гентамицин ( 7.5мг/кг б/е 1 рет күніне)+ клоксациллин ( 50мг/кг б/е немесе к/т әрбір 6 сағат сайын) тағайындаймыз.
- -жағдайы жақсарғаннан кейін клоксациллинді 4 реттен күніне 3 апта бойы пероралды қабылдайды, толық емдік курсы біткеше.
- - антибиотиктердің ұзақ емдеу курсы кезінде микоздың алдын – алу немесе емдеу үшін итраконазолды 5мг/кг күнге пероралды береміз, 5 жастан жоғары балаларға.

# Профилактика

- 1. Науқастар және вирус тасымалдаушылармен қатынасты шектеу, әсіресе жоғары респираторлы аурушаңдық мезгілінде.
- 2. Бетперде кию және ЖРВИ ауыратын отбасы мүшелерінің қол жууы.
- 3. Бөлмедегі оптималды ауа режимін ұстап тұру.
- 4. Дене шынықтыру шараларын жүргізу.

## Әрі-қарай жүргізу

- - Егер нәресте нашарласа, сұйықтық іше алмаса немесе емшек сора алмаса, қызба пайда болса, тыныс жиілесем немесе қиындаса( анасы қандай жағдайда жедел арада дәрігерге келуін түсіндіреді) учаскелік дәрігердің 2 күн немесе одан бұрын қайта қаралуы.
- - Пневмониямен ауырған балалар диспансерлік бақылауда 1 жыл бойы тұрады ( тексеруді 1,3,6 және 12 айдан соң жүргізеді).

*Назар аударғандарыңызға рахмет!!!*

