

Körpələrdə pnevmoniya və onun inkişafında KRX rolu.

**t.e.n.,dos. Mahmudov İ.Ş.
Bakı- 2020**

Aktualığı

- Pnevmoniya - 0-17 yaşlı uşaqlarda ölümün əsas səbəbi kimi inkişaf qüsurları və digər xarici səbəblərdən sonra 3-cü yerdə qərarlaşır.
- Dünyada hər il 1.1 mln 5 yaşa qədər uşaq pnevmoniyadan tələf olur ki, bu da bütün ölüm hallarının 17,5 %-ni təşkil edir.
- YD arasında P-dan ölüm hallarının tezliyi 10-38%.
- Həyatın ilk 3 günündə P-dan ölmüş uşaqlar arasında VQD 60 % təşkil edir.

- **Bildiyiniz kimi bütün yaş dövrlərində rast gəlmə tezliyi və ölüm hallarının baş verməsinə görə respirator xəstəliklər birinci yerdə qərarlaşır.**
- **KRVI- insanlar arasında ən çox yayılmış xəstəliklərdən hesab edilir. Belə ki, böyüklərdə əmək qabiliyyətinin müvəqqəti itirilməsi 30-50%, uşaqların dərəcə davamiyyətin pozulması 60-80% KRVI ilə bağlı baş verir.**
- **KRX strukturunda pnevmoniyaların payı:**
 - **1 yaşa qədər-1,8%,**
 - 1-9 yaşda-1%,**
 - **böyük yaşlarda isə- 0,4% təşkil edir.**

- KRX-lərin etiologi baxımdan müxtəlif cinsli törədicilər tərəfindən yaranmasına baxmayaraq onlar oxşar epidemioloji və klinik xarakteristika-ya malikdir.
- **Klinik olaraq**-bütün KRX yuxarı (rinit, faringit, tonsillit, otit) və aşağı TY-nın zədələnməsi (laringit, traxeit, bronxit, bronxiolit, pnevmoniya) ilə keçə bilər.
- Uşaqlar arasında daha çox xəstələnmə halları 6 ay- 3 yaş arasındakı dövrə təsadüf edir.

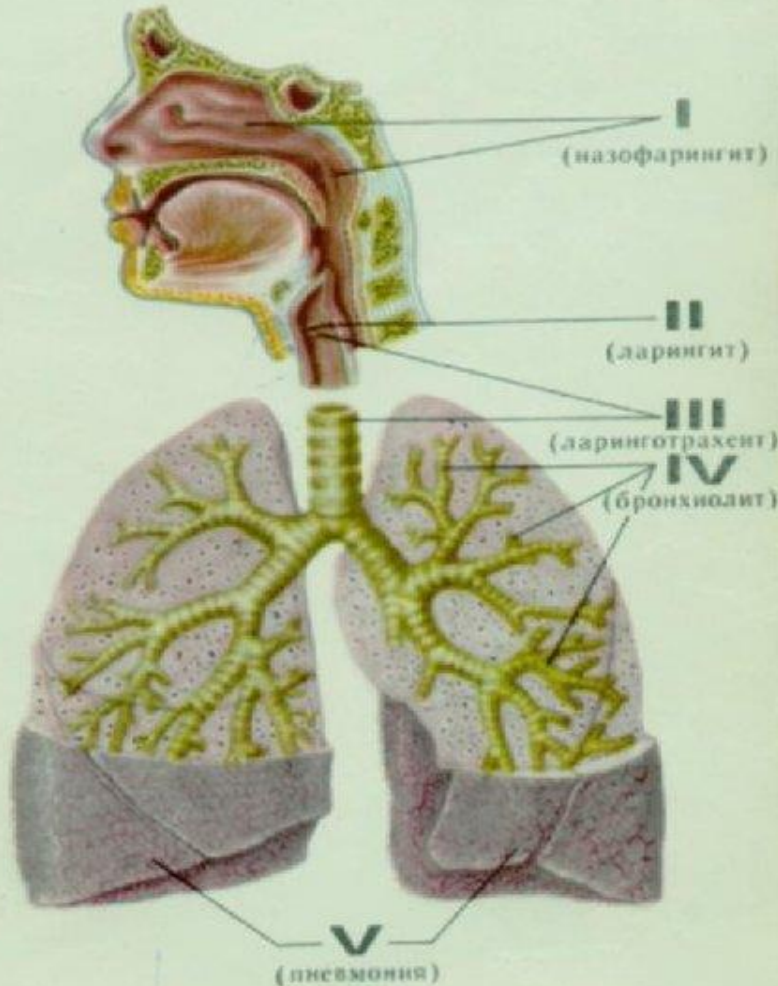
KRX-in törədiciləri:

- 1. KRVİ,**
- 2. Şərti-patogen pnevmotrop bakteriyalar (piogen streptokok, pnevmokokklar, hemofil çöplər, qızılı stafilakoklar, moraksella, klebsiella, göy-yaşıl irin çöpləri)**
- 3. Hüceyrədaxili atipik bakteriyalar (mikoplazmalar, xlamidiyalar)**
- 4. Göbələklər, pnevmosistlər və s. ola bilər.**

KRX-in epidemiologiyası.

- KRX-lə ən yüksək xəstələnmə halları ilin soyuq fəslinə (oktyabr- fevral) təsadüf edir.
- Bu vəziyyət ayrı-ayrı törədicilər üçün müxtəlifdir:
 - I-II tip qripp və 1-2 serotip paraqripp- **daha çox payız aylarında,**
 - adenovirus infeksiyası üçün fəslilik xarakter olmasa da, daha çox- **qışın axırı, yaz və yayın əvvəlinə**
 - mikoplazmalar- **payızın əvvəlinə**
 - xlamidiya- **ilin soyuq aylarına**
 - bakterial flora- **oktyabr-dekabr aylarına**
 - pnevmokokk və A qrup streptokokkların törətdiyi KRX- **yaz** aylarına təsadüf edir.

KRX zamanı orqanların zədələnməsi



1. Adenovirus infeksiyası-----

2. Paraqripp-----

3. Qripp-----

4. Respirator-sinsitial virus..

5. Mikoplazma pnevmoniya

KRX zamanı inkişaf edən iltihabi prosesin 2 mərhələsi ayırd edilir:

1. Erkən (damar) mərhələ:

- damar keçiriciliyinin güclənməsi
- YTY selikli qişasının ödemi
- hipersekresiya
- bronxospazm.

2. Gecikmiş (hüceyrə) mərhələ:

- hiperreaktivliyin inkişafı.
- tənəffüs yolları epitelinin zədələnməsi (proteolitik fermentlər ifraz edən iltihab hüceyrələrinin *(neytrofil, eozinofil, limfosit və mak-rofaqlar)* miqrasiyası baş verir ki, bu da epiteli zədələyir).

- **Pnevmoniya**- ağciyərlərin respirator şöbələrinin müxtəlif mikroorqanizmlərlə ante və yaxud intranatal yoluxma zamanı inkişaf edən və özünəməxsus klinik-rentgenoloji xüsusiyyətlərlə seçilən infeksiyon-iltihabi xəstəliyi.
- Ağciyər parenximasının kəskin infeksiyon xəstəliyi olan **pnevmoniyanın**- diaqnostikası:
 - tənəffüs çatışmazlığı sindromu,
 - fizikal əlamətlər və
 - Rg-da aşkar olunan infiltrativ dəyişikliklərə əsaslanır. Rg-müayinə üsulu pnevmoniyanın diaqnostikasında **«QIZIL STANDART»** kimi qəbul edilir.

Perinatal dövrdə baş verən pnevmoniyalar «*Neonatal pnevmoniya*» termini ilə ifadə olunur.

Bu termin- özündə aşağıdakıları birləşdirir:

- Anadangəlmə pnevmoniyalar.
- Aspirasion pnevmoniyalar.
- Qazanılmış pnevmoniyalar.

YD- pnevmoniya həm *birincili*, həm də sepsis, yaxud KRVI-nın ağırlaşması kimi *ikincili* inkişaf edə bilər.

YD-da pnevmoniyanın inkişafına səbəb olan faktorlar.

Ana tərəfindən:

- Doğuşdan qabaq, yaxud doğuş vaxtı qeydə alınan kəskin xəstəliklər və xr. xəstəliklərin kəskinləşməsi.
- Hamiləliyin təkrarlanan pozulma riski.
- Antifosfolipid sindrom.
- Uzunmüddətli hormonal terapiya.
- Doğuş zamanı hipertermiya.
- Doğuşaqədərki qanaxmalar.
- Uzun çəkən (>8 saat) susuz dövr.
- Xorioamnionit və endometrir.
- Döl qişalarının vaxtından qabaq cırılması.
- Hamiləlik ağırlaşmaları (hipertenziya, ödem, proteinuriya).

Xarici mühit faktorları:

- **Temperatur balansının pozulması.**
- **Doğuş zamanı invaziv reanimasion tədbirlər (traxeyanın intubasiyası, YTY-nın sanasiyası, STA qoşulma).**
- **Doğum evi və YD palatasında virulent floralarla masiv infeksiyalaşmaya gətirib çıxaran «san-epid» rejimin pozulması.**
- **Uşağa qulluğun pozulması (onun eyni yer və eyni vəziyyətdə uzun müddət qalması, otağın havasının dəyişdirilməməsi, sıx bələnmə və s.).**
- **Tibbi avadanlıqların sanitar işlənməsinin düzgün aparılmaması.**
- **Tibbi personalın çatışmazlığı.**
- **Palataların darlığı və çox yüklənməsi.**

Epidemiologiya və etiologiyası:

İnfeksiyon agent döl və YD-nın ağciyərlərinə:

- **Hematogen (transplasentar)**, yaxud infeksiyalaşmış dölyanı mayenin əsas yol hesab olunan **aspirasiyası** ilə düşə bilər.
- Bu zaman əsas törədicisi rolunu ananın urogenital yollarında məskunlaşmış mikroorqanizmlər oynayır. **Bunlara:** daha çox B qrup streptokoklar (***Str. agalaktika***) və Qram (-) bakteriyalar (***E.coli, Klebsiella pneumoniae, Xlam.trachomatis, Enteronakteriaceae***, az hallarda isə - ***Staph.aureus və listeria monocytogenes*** aid edilir.
- Eyni zamanda **SMV, 2-ci tip sadə herpes virusu və Candida** göbələklərin assosiasiyası da mümkündür.

- **Vaxtından qabaq doğulan uşaqlarda (VQD)-** nadir hallarda pnevmoniyanın törədicisi «**PNEUMOCYSTIS CARINI**» ola bilər.
- Anadangəlmə pnevmoniyaların tezliyinin yüksəlməsi daha çox: *xorioamniotit, vaxtından qabaq doğulma və mekoniumun dölyanı mayədə aşkar olunması* zamanı qeyd edilir.
- Sonra istənilən etiologiyalı pnevmoniya zamanı *infeksion agentin respirator bronxiolların epitelində fiksasiya və çoxalması* baş verir.
- Adekvat immun cavabın formalaşması zamanı iltihab prosesinin yayılması məhdudlaşır.

- **Postnatal dövrdə-** infeksiyanın yayılmasında *aerogen yol və kontaminasion yol*, başqa sözlə infeksiyalaşmış alətlərlə yoluxma (intubasion borular, tənəffüs aparatlarının şlanqları və s.) da rol oynaya bilər.
- Bu dövrdə P-nın törədicisi kimi əsasən *viruslar, E.Coli*, digər *Qram (-) bağırsaq mikroflorası, stafilokokklar* çıxış edir.
- Bu dövrdə *Pnevmonokk* və *H.inflienzae* nadir hallarda (10%) xəstəliyin törədicisi ola bilər.
- Xəstəxanadankənar pnevmoniyaların inkişafında *Moraxella catarralis* və *Boretella pertussis* bir törədici kimi daha az təsadüf edir.

Ağciyərlərin patogen mikroorqanizmlərlə yoluxma yolları (M.B. GOETZ., 2008)

Yoluxma yolları	Mikroorqanizmlər.
Burun-udlaq sekretinin aspirasiyası	Str.agalactikae, E.Coli, Klebs.pneumoniae, xlamidiyalar. Az hallarda: St.aureus, Lister. monocytogenes
İnfeksiyalaşmış hava ilə tənəffüs	M.pnevmoniae, Xlam. pnevmon., Legionella pnevm., Xlam.psittaci, Pneumosystis carini
Hematogen yayılma	Staf.aureus.

YD-da pnevmoniyanın təsnifatı (K.A.Sotnikova, 1975).

Baş vermə vaxtı	etiologiyası	tipi	gedişi
Bətdaxili (transplasental, intranatal)	Virus, Mikrob, Parazitar, Göbələk, Qarışıq	Ocaqlı Seqmentar Pay İnterstisial	Kəskin (2-6 həf) Yarımkəskin (1,5- 3 ay)
Postnatal (ev, nozokomial)		Birtərəfli İkitərəfli	Uzunsürən (12- 14 həftə)
STA-assosiasiyalı			Residivləşən

Postnatal pnevmoniyalar.

**Xəstəxanadan-
kənar (ev P-si)**

**Xəstəxanadaxili (hospital,
nozokomial)**

STA-assosiasiyalı

**Erkən (STA-ilk 3
günü)**

**Gecikmiş (STA-
3 gündən sonra)**

- Pnevmoniyanın ***ağırliq dərəcəsi*** aşağıdakı faktorlarla təyin olunur:
- **Xəstəliyin inkişaf etdiyi premorbid fon.**
- **Ürək-damar və TÇ-nin dərəcəsi.**
- **Toksikozun dərəcəsi.**

Ağırlaşmalar:

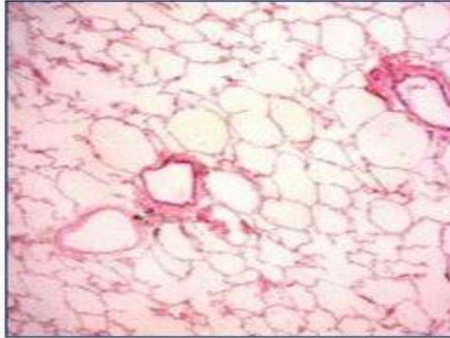
- **Ağciyərdaxili-** plevrit, destruksiya (abscess, bulla, pnevmotoraks, piopnevmotoraks).
- **Ağciyərdənkənar-** septik şok, DDL-sindromu, ÜDÇ.

- **Bətndaxili pnevmoniyalar-** həyatın ilk 72 saatında inkişaf edir.
- **Xəstəxanadankənar pnevmoniyalar-** uşaqda adi ev şəraitində həyatın 7-ci sutkasından sonra baş verir. Bu pnevmoniyalar vaxtında doğulan uşaqlarda daha çox həyatın 3-cü həftəsindən sonra, VQDU-isə 1,5-3 həftə müddətində müşahidə edilir.
- **Nozokomeal (hospital) pnevmoniyalar-** xəstəxanaya daxil olduqdan 48 saat sonra, yaxud evə yazıldıqdan sonrakı ilk 48 saat müddətində inkişaf edir.
- **STA-assosiasiyalı pnevmoniyalar-** *Erkən* (STA-na qoşulduqdan sonrakı ilk 3 sutkada), *Gecikmiş* (4-cü sutkadan sonra) inkişaf edir.

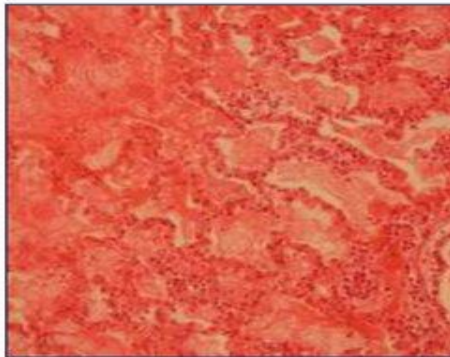
Hospital pnevmoniyaların etiologiyası xəstənin yerləşdiyi şöbədən asılı olaraq dəyişir:

- **RİT və cərrahi şöbədə:** *göy-yaşıl irin çöpləri, qızılı və epidermal stafilakokk, bağırsaq çöpləri, klebsiella, kandida.*
- **Onkohematologiya şöbəsində:** *göy-yaşıl irin çöpləri, qızılı və epidermal stafilakokk, enterobakteriyalar və aspergillus.*
- **Terapevtik şöbə:** *qızılı və epidermal stafilakokk, klebsiella.*
- **VQD uşaqlara qulluğun 2- ci mərhələsi şöbəsində:** *qızılı və epidermal stafilakokk, klebsiella.*

- **Pnevmoniya zamanı-** alveollar iltihabi ekssudatla dolur ki, bu da oksigenin qan damarlarına keçməsinə maneçilik yaradır.

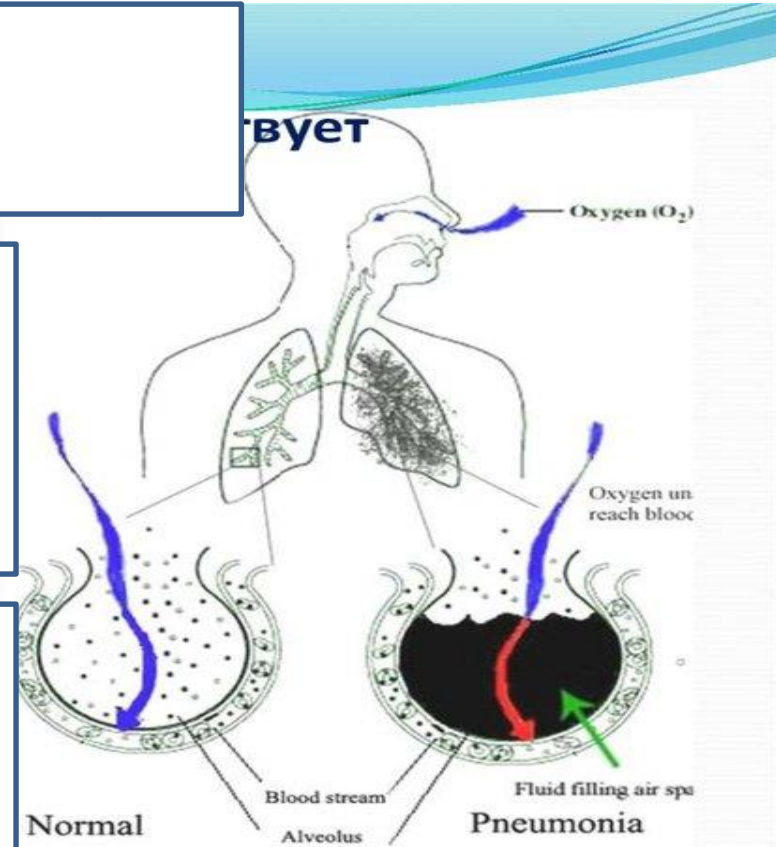


Normal ağciyər:
Alveollar havalıdır, arakıəsmələr nazikdir.



Alveol boşluğu ekssudatla doludur.

Pnevmoniyanın mikroskopik şəkli.



Patogenez.

- Tənəffüs və qaz mübadiləsinin mərkəzi tənzimlənməsinin tam inkişaf etməməsi- tənəffüsün dərinliyinin və alveollarda ventilyasiyanın azalmasına səbəb olur ki, bu da hipoksiya və respirator asidozun inkişafı ilə müşayiət olunur.
- Tənəffüsün tezləşməsi su defisitli eksikozun inkişafına, elektrolit homeostazının pozulmasına və hemodinamik pozğunluqlara gətirib çıxarır.
- YD-da surfaktantın bakterisid zəifliyi, ağciyər toxumasının inkişaf yetişməzliyi də pnevmoniyanın patogenezində mühüm rol oynayır.
- **YD-da Pnevmoniya- hipoksiya, hiperkapniya, tənəffüs, yaxud qarışıq asidozla xarakterizə olunur.**

- Oksigen aclığından, xüsusilə daha həssas MSS, ÜDS və qaraciyər daha çox əziyyət çəkir.

Pnevmoniya ilə bütün xəstə YD-larda:

- tənəffüs çatışmazlığı,
- surfaktant defisiti,
- ağciyər hipertenziyası,
- ürəyin sağ şöbəsinin bəzən ödemlə müşaiyət olunan yüklənməsi ilə əlaqədar miokardın energetik-dinamik çatışmazlığı,
- MSS- funksiyasının pozulması **inkişaf edir.**

- *İkincili ağır metabolik pozğunluqlar və aydın nəzərə çarpan infeksiyon toksikoz- poliorqan çatışmazlığının əsas səbəbi olur.*

Klinik şəkli.

- **İnfeksion toksikoz sindromu:**
 - mikrosirkulyasiyanın pozulması,
 - dəri örtüyü rənginin dəyişməsi (avazıma, yaxud bozarma),
 - temperatur reaksiyasının hiper, yaxud hipotermiya ilə müşaiyət olunan pozulması.
 - bədən kütləsinin sutkada 2%-dən çox itməsi,
 - əmmənin pozulması,
 - həzm və reflekslərin azalması.

- **Tənəffüs çatışmazlığı sindromu:**

- taxipnoye

- tənffüsdə köməkçi əzələlərin iştirakı

- lokal və ümumi sianoz.

- **Fizikal dəyişikliklər:**

- perkutor səsin qısalması,

- zəiləşmiş tənəffüs,

- davamlı yaş xırıltılar.

Anadangəlmə pnevmoniyalar (AP).

- Əsasən antenatal infeksiyalaşma ilə əlaqədar yaranan AP-ların klinik şəkli uşaq həyatının ilk 3 sutkasında manifestləşir.
- **Intranatal infeksiyalaşma**- zamanı pnevmoniya əksərən həyatın 4-7-ci sutkasında inkişaf edir. Bəzi törədicilərlə (*məs. Ch. trachomatis*) yoluxma zamanı 3-6-8 həftədə inkişaf edə bilər.

Bətndaxili pnevmoniyalar üçün xarakterdir:

- doğum anından uşağın vəziyyətinin ağır olması, yaxud bir necə saatdan sonra TÇ-nin güclənməsi fonunda uşağın vəziyyətinin pisləşməsi,
- 1-ci sutkanın sonu 2-ci sutkanın başlanğıcında intoksikasiya simptomlarının biruzə verməsi,
- bətndaxili infeksiyalaşmanın markeri kimi qaraciyər və dalağın böyüməsi,
- 80 % hallarda böyrək funksiyasının: *tranzitor oliquriya, kreatinin artması, filtrasiyanın azalması* ilə müşaiyət olunan pozulması,

Diagnostika.

Bətdaxili pnevmoniya diaqnozu **1 əsas, yaxud 3 köməkçi əlamətin** aşkar edilməsi ilə təsdiq olunur.

Əsas əlamətlər:

- Rg-da ocaqlı infiltrativ kölgəliklər.
- Ananın doğuş və tənəffüs yollarından götürülmüş materialın bakterioloji müayinəsi ilə uşağın qanının müayinəsinin uyğunluğu.
- Həyatın 3-cü sutkasına qədər baş verən ölüm halları zamanı autopsik müayinədə pnevmoniyanın təsdiq olunması.

Köməkçi əlamətlər:

- **Çöpnüvəli neytrofillərin 11%-ə qədər artması ilə Leykositoz $> 21 \times 10^3/\text{ml}$.**
- **C-reaktiv zülalın artması (3-cü sutkadan sonra).**
- **Hepatolienal sindrom,**
- **Rg-da bronx-damar şəklinin güclənməsi, yaxud şəffaflığın azalması,**
- **Trombositopeniya $< 170 \times 10^3/\text{ml}$,**
- **Göbək güdülü qanında İgM-in $> 21\text{mq}\%$ olması,**
- **Həyatın ilk 3 sutkasında Intubasiya zamanı irinli bəlgəmin aşkar olunması.**

Postnatal pnevmoniyalar:

- həyatın 5-ci günündən sonra hərarətin kəskin yüksəlməsi və tədricən TÇ- əlamətlərinin artması fonunda inkişaf edir.

Bu zaman P-nın simptomları və gedişi törədi-cinin növündən asılı olur. Belə ki,

- **RS-infeksiya-** *aydın obstruktiv sindromla* keçir.
- **Adenovirus infeksiyası-** *kataral sindrom (konyuktivit, zökəm, yaş öskürək, çoxlu xırıltılar)* üstünlük təşkil edir.
- **Herpetik infeksiya-** *qansızma, dəri səpkiləri, trombotopeniya, KBÇ, qaraciyər çatışmazlığı* ilə müşayiət olunur.

Sonradan xəstənin *huşu pozulur, meninqoensefalit* əlamətləri qeyd oluna bilər.

- **Stafilakokk etiologiyalı pnevmoniya - abscesslər, destruksiya, plevrit, dəri və göbək yarasının irinli zədələnmələri, osteomielit inkişaf edə bilər.**
Toksikoz əlamətləri TÇ-nı üstələyir.
- **Klebsiellala etiologiyalı yoluxma zamanı- xəstədə diareya, enterit, ağciyərlərdə seyrək xırıltılarla müşayiət olunan obstruktiv sindrom üstünlük təşkil edir.**

Pnevmosist pnevmoniyası (PP).

törədicisi: *PNEUMOCYSTIS CARINII*.

- **Yoluxma** - əsasən *hava-damcı yolu* ilə baş verir. Əlavə yoluxma mexanizmi *transplasentaryol (anadan-dölə)* hesab edilir.
- **PP-sının** bətdaxili yoluxması onun həyatın 1-ci ayı ərzində baş verməsi ilə təsdiq edilir.
- PP-nın həyatın 2-3 həftəsindən sonra inkişafı ancaq VQDU rast gəlir.
- **İnfeksiya mənbəyi rolunu**- xəstə insan, yaxud daşıyıcı oynaya bilər. Bu mənbə:
 - ailə üzvləri,
 - uşaq kollektivinin üzvləri,
 - 10% halda sağlam pnevmosist daşıyıcıları ola bilər.

Pnevmosist pnevmoniyasının əsas xüsusiyyətlərinə aiddir:

- ağciyərlərdə fizikal dəyişikliklərin seyrəkliyi və aydın nəzərə çarpan TÇ.
- mülayim infeksiyon-toksikoz əlamətləri.

Gedişində 3 mərhələ ayırd olunur:

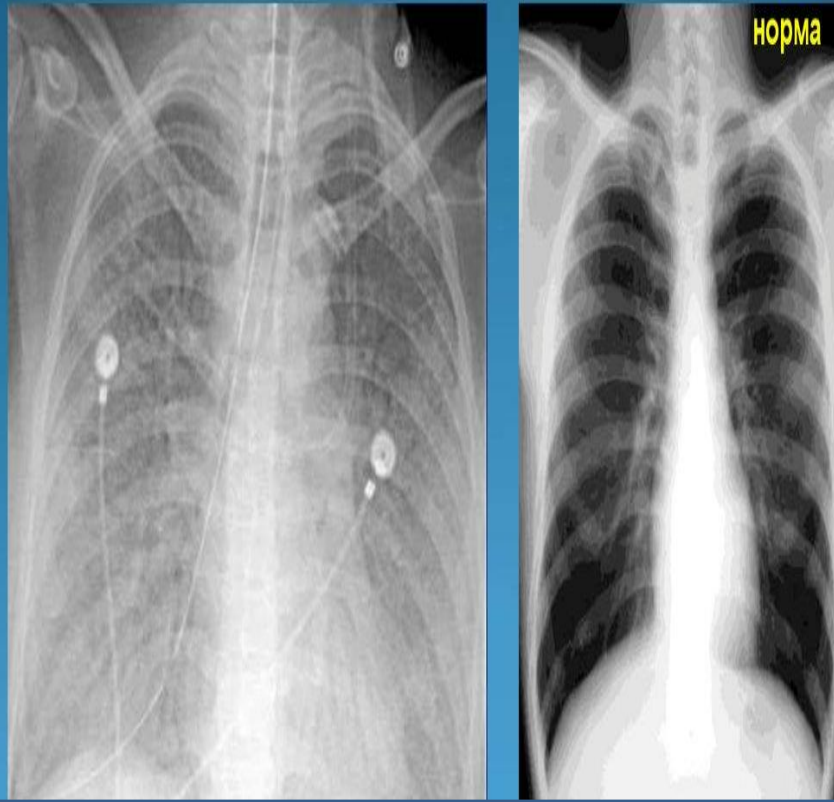
- **I mərhələ**- yüngül öskürək, hərarətin yüksəlməməsi və tənəffüsün tezliyinin artması ilə xarakterizə olunur. Qanın analizində yüngül anemiya,
Rg-də- perivaskulyar və peribronxial qalınlaşmalarla bronx-damar şəklinin güclənməsi təyin edilir.

- **II mərhələdə**- klinik əlamətlərin manifestasiyası baş verir.
 - əziyyətverici **«göy-öskürəyəbənzər»** öskürək.
 - TÇ-nin artması, tənqənəfəslik (dəq. 80-120), sianoz qeyd edilir. Ağciyərdə xırıltılar eşidilmir, perkutor olaraq- timpanit səslər eşidilir.
 - **Rg-də** -**«pambıq ağciyər»**, yaxud **«qar dənələri»** şəklində çoxlu ocaqlı kölgəliklər və onları əvəz edən köpmə sahələri təyin edilir.
 - **qanda**- leykositoz, eozinofiliya, anemiya təyin olunur.

III mərhələ- reparativ mərhələ adlanır.

Spesifik terapiya aparılmadıqda proqnoz pisdır.

- **İnterstisial pnevmosist pnevmoniyası**- ağciyər parenximasında qeyri-homogen infiltrativ dəyişikliklərlə yanaşı, bəzən interstisial toxumada aydın nəzərə çarpan dəyişikliklərin üstünlüyü ilə seçilir. Nadir forma hesab olunan bu pnevmoniya immun çatışmazlıq vəziyyətində olan xəstələrdə inkişaf edir.



Postnatal nozokomeal pnevmoniyalar.

- **Yoluxma** - diaqnostik- müalicəvi manipulyasiyalar zamanı (*YTY sanasiyası, intubasiya, kateterizasiya, bronxoskopiya və s.*), eyni zamanda infeksiyalaşmış ventilyator, kondisionerlə nəfəs alma zamanı *Qramm (-) flora ilə* baş verir.



STA-assosiasiyalı pnevmoniya- STA qoşulan uşaqda 24 saatdan sonra, yaxud 48 saat müddətində inkişaf edir.

Rast gəlmə tezliyinə görə 2-ci hospital-assosiasiyalı infeksiya hesab olunan bu pnevmoniya *polimikrob (Qramm (+) və (-))* xarakter daşıyır.

VQDU-da pnevmoniyanın xüsusiyyətləri.

TÇ və toksikoz simptomları dominantlıq təşkil edir.

- 1-ci əlaməti 2-cili asfiksiya, yaxud sianoz ola bilər. Lokal sianoz əlamətləri erkən biruzə verir.
- MSS-nin tükənmə simptomları (süslük, adinamiya, yuxu pozğunluğu və s.) üstünlük təşkil edir.
- Yüksək hərarət nadir olur, hipotermiya qeyd edilir.
- ÜDÇ tez inkişaf edir.
- Klinikada aydın fizikal dəyişikliklər qeyd olunmur.
- Vaxtında doğulanlarla müqayisədə *interstisial* (mikoplazma, pnevmosist) və VQDU qaytarmaya meyli olması ilə əlaqədar *aspiration pnevmoniyalar* daha çox rast gəlir.

- Ağırlaşmaların tezliyi daha yüksəkdir.
- Hipo və hiperqlikemiya şəklində metabolik pozğunluqlar, hipoproteinemiya və azotemiya tez inkişaf edir, elektrolit balansı (hipokalemiya) pozulur.
- Qanda dəyişiklik az qeyd edilir, yaxud mülayim neytrofil leykositoz müşahidə edilə bilər.
- TQV-respirator ,yaxud qarışıq asidozla xarakterizə olunur.
- TÇS  Pnevmoniya  Sepsis.
- Xəstəliyin gedişi və xəstənin qeydri-stabil klinik vəziyyətinin davamlı olması.

Diagnostika.

- **Döş qəfəsinin Rg müayinəsi.**
- **TQM və qanın qaz tərkibinin təyini.**
- **Qanda elektrolitlər və qlukozanın təyini.**
- **Trombositlər sayılmaqla qanın klinikm analizi.**
- **Qanın əkilməsi, tipik lokuslardan götürülmüş yaxmanın bakterioloji müayinəsi (antibiotiklərə həssaslıq öyrənilməklə).**
- **Prokalsitonin testi.**
- **C-reaktiv zülalın təyini.**

Müalicə.

- **Komfort mikroklimatın yaradılması.**
- **TÇ-nin korreksiyası (O₂-nin konsentrasiyası 50%-ə qədər məhdudlaşdırılır, hökmən nəmləşdirilməli və 30-34 C-qədər qızdırılmış şəkildə verilir.**
- **Dezintoksikasiya, TQM və elektrolit balansının korreksiyası məqsədi ilə fizioloji təlabata uyğun həcmdə infuzion terapiya aparılır (ödem sindromu və ÜDÇ zamanı fizioloji təlabatın 1/3-i miqdarında).**
- **Bu məqsədlə 10%-li qlukoza, 4%-li soda, KCl, fizioloji məhluldan istifadə etmək olar.**

Empirik antibakterial terapiyanın əsas prinsipləri.

Məqsəd: törədiciyin eradikasiyası.

- **Mümkün törədici nəzərə alınmaqla erkən başlanması.**
- **Xəstənin yaşı, fon xəstəliklər, preparatın toksikliyi və orqanizmin həssaslığı nəzərə alınmaqla.**

Antibakterial terapiyanın keyfiyyət indikatorlarına aiddir:

- Rg- müayinə,
- Bəlgəmin müayinəsi,
- Qanın bakterioloji müayinəsi.

YD-da pnevmoniyanın empirik antibakterial müalicəsi.

Pnevmoniyanın variantları	Etiologiyası	İlkin preparat seçimi	Alternativ preparat
Anadangəlmə	B-grup streptokok, E.coli, K.pneumonia, L.monocytogenes, M.hominis, U.urealytica, boz spiroxet	Amoksasillin + aminoqlukozidlər, Ampisillin + aminoqlukozidlər.	Cefotaksim+aminoqlukoz Ceftazidim + aminoqlukoz Eritromitsin, azitromitsin Sifilitik pnevm.zamanı penicillin, ekstensillin
Erkən STA-assosiasiyalı ilk 3 günü	eyni	eyni	eyni
Gecikmiş STA assosiasiyalı	Pseudomonadlar, klebsiella, göbələk, C.traxomatis, M.hominis, U.urealytica assosiasiyalı stafilokokklar	Ceftazidim + aminoqlukozid Cefoperazon + aminoqlukozid Piperacillin + aminoqlukozid	Vankomitcin Karbapenemlər Eritromitsin, azitromitsin Flukonazil Ko-trimeksazol
Gec neonatal dövr xəstəxanadankənar pnevmoniya. Orta ağır- atipik. Ağır-tipik	Ch.traxomatis M.hominis, U.Urealytica Stafilokokklar Enterobakteriyalar Pnevmonokokklar (nadir)	Eritromitsin, roksitromitsin, klaritromitsin, sporamitsin Amoksasillin, oksasillin+ aminoqlukozidlər, Sefuroksim, sefozalin	Cefotaksim Ceftriakson Aminoqlukozidlər Vankomitcin

Dispanser müşahidə

- Neonatal dövrdə keçirilmiş pnevmoniyadan sonra *1 il müddətinə* təyin edilir:
- **İlk 3 ayda sahə həkimi** -*əvvəlcə həftədə 2 dəfə, sonra ayda 1 dəfə.*
- **Pulmonoloq**- *birinci kvartalda – ayda 1 dəfə*
- **LOR, allerqoloq və fizioterapevt**- *kvartalda 1 dəfə*

**Diqqətinizə görə
təşəkkür
edirəm !!**