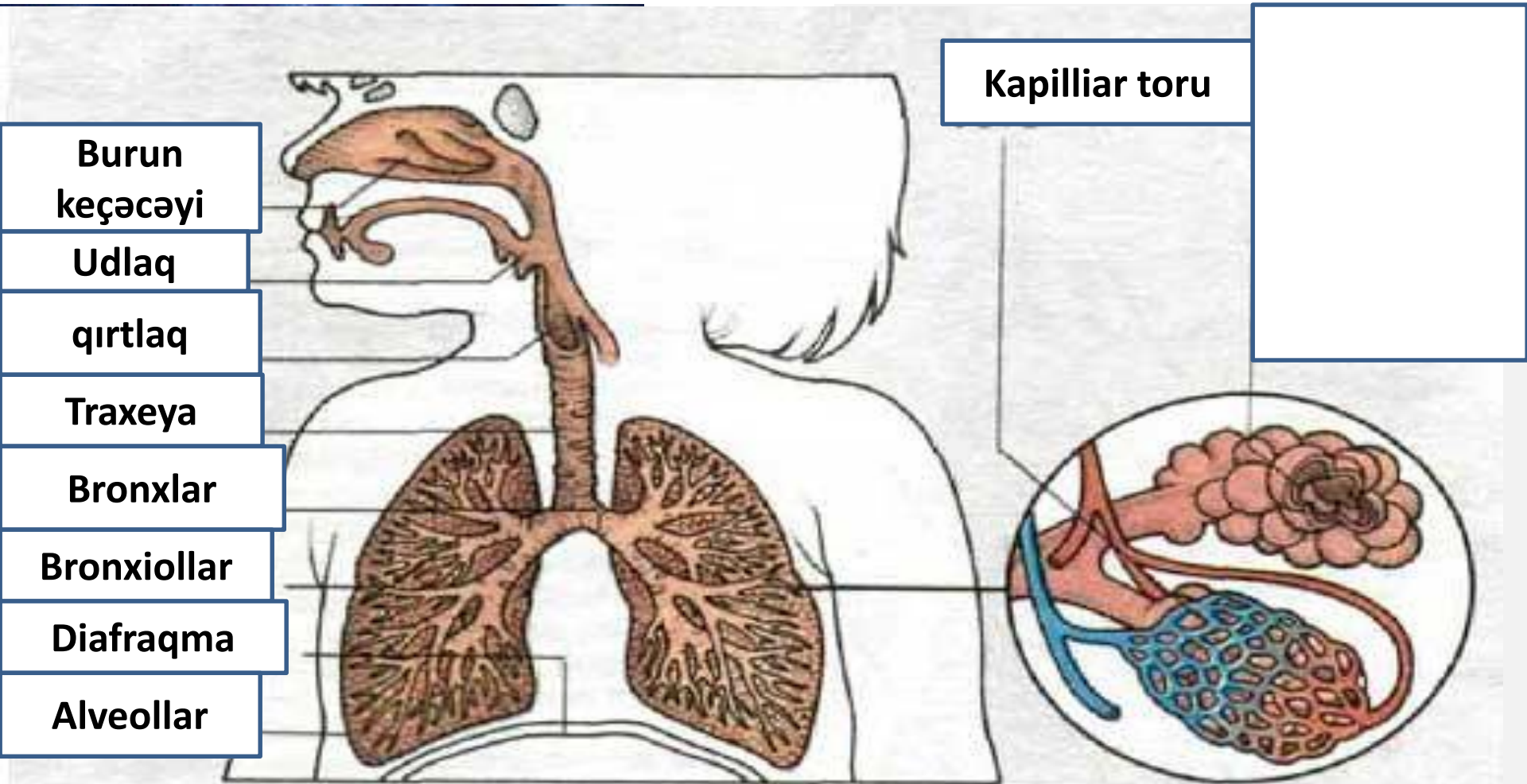


UŞAQLARDA TƏNƏFFÜS SISTEMI XƏSTƏLİKLƏRİNİN DIFFERENSIAL DİAQNOSTİKASI.

I UŞAQ XƏSTƏLİKLƏRİ KAFEDRASININ DOSENTİ
t.e.n. Mahmudov İ.Ş.



KRVI

- **KRVI-** daha çox YTY-nin selikli qışasının zədələnməsi ilə keçən və ümumi infeksiyon toksikoz simptomları ilə xarakterizə olunan kəskin yolxucu virus xəstəliklərinin böyük bir qrupunu təşkil edir.
- Bu qrupa: qripp, paraqripp, respirator-sintsisial infeksiya, rinovirus, adenovirus, H1N1 və bir çox digər bu kimi infeksiyalar aid edilir.
- KRVI-ı dünyada ən çox yayılmış xəstəliklərdən hesab olunur.

Epidemiologiya.

- İlk aylarda uşaqlarda KRVİ-na yoluxma praktik olaraq təsadüf edilmir. Ən yüksək yoluxma göstəricisi 1-yaşa qədər qeyd olunur.
- Praktik olaraq bütün soyuqlama ilə bağlı xəstəliklərin virus təbiətli olması təsdiq olunmuşdur.
- İnfeksiya mənbəyi xəstə şəxslər, bəzi quşlar və heyvanlar hesab edilir.
- Yayılması əsasən hava-damcı, həmçinin oral və kontakt-təmas yolla baş verir.
- Bu xəstəliklərə 3 yaşa qədər həssaslıq çox yüksəkdir. 3 yaşdan sonra xəstələnmə hallarının azalması keçirilmiş KRVİ-dan sonra spesifik immunitetin formalaşması ilə izah edilir.
- Təkrari yoluxma digər ştammlarla baş verir.

Patogenez.

- Başlanğıc dövrdə virus infeksiya qapısında (burun, burun-udlaq, qırtlaq) artıb çoxalır.
- Bu mərhələdə zökəm əlamətləri, quru öskürək baş verir, adətən T° -olmur.
- Sonra virus qana keçərək üşütmə-titrətmə, baş ağrıları, bel və ayaqlarda ağrı kimi ümumi intoksikasiya əlamətləri ilə özünü göstərir.
- Sonda tənəffüs yollarının zədələnmiş epiteldən təmizlənməsi baş verir ki, bu da yaş öskürək və bəlgəmin xaric olması ilə müşaiyət olunur.

Ümumi klinik əlamətləri.

- T-un 39-39, 5 ° C yüksəlməsi ilə kəskin başlanğıc.
- Ümumi zəiflik, süstlük, baş və əzələ-oynaq ağrıları.
- Zökəm əlamətləri, öskürək, asqıraq.
- Boğazda və göz almalarında ağrı.
- Qusma.
- Duru nəcis ifrazı.

KRVI-nin differensial diaqnostikası.

- **Qripp-** spesifik intoksikasiya və YTY-nın iltihabı ilə xarakterizə olunan yolxucu kəskin infeksiyon xəstəlikdir.
- **Gedişi:** həmişə kəskindir. Ümumi davametmə müddəti 7-10 gün təşkil edir. Keçirilmiş xəstəlikdən sonra 2-3 həftə müddətində postinfeksiyon asteniya əlamətləri saxlanır.
- **Qanın müayinəsində:** xəstəyin 1-ci günü sola meyli ney-trofil leykositoz, 2-3 -cü gündən isə leykopeniya, eozinope-niya, limfositoz və normal EÇS təyin edilir.
- **Ağırlaşmalar:** sinusit, irinli və irinli-nekrotik larinqotraxeit, ocalı pnevmoniya, meningit, ensefalit, nevritlər və s.
- **Proqnoz:** *ağır formalarda- ciddi*. Beyin və ağciyərlərin hemorragik ödemisi, ağır bakterial bronx-ağciyər ağırlaşma-ları zamanı ölüm baş verə bilər.

Əsas klinik simptomları

- Kataral əlamətlərlə müqayisədə üstün təşkil edən ümumi intoksikasiya əlamətlərinin qəfləti artması ilə kəskin başlayır.
- Titrətmə, 39-40° C, gicgah, alın, göz almaları və qaşüstü nahiyədə daha çox lokallaşan baş ağrıları.
- Zəiflik, halsızlıq, yuxululuq, iştahın pisləşməsi, dərman qəbulundan sonra qusma, əzələ və oynaq ağrıları.
- Oyanıqlıq, dərinin avazıması, sifət və dodaqların hiperemiyası, peroral sianoz, konyuktivit, hemorragik səpkilər.
- ÜDS: taxikardiya, tonların karlaşması, EKQ-də dəyişiklik.
- 2-3-cü gündə burun tutulması, boğazda qıcıqlanma, quru öskürək, səsin dəyişməsi, D/q arxasında ağrı eyd olunur. Laringit, traxeolaringit inkişaf edə bilər.
- **Qrippin spesifik əlaməti**- ağciyərlərin segmentar, hipertoksik formada isə- hemorragik ödemə hesab olunur.

- Ağır hallarda: DDLS, infeksiyon-toksik şok, KBÇ inkişaf edə bilər.
- **Əsnəyin müayinəsində:** hiperemiya, dil və dilçəyin dənəvərliyi, yumşaq damaqda enantema və ödem, nöqtəvari qansızmalar, badamcıqlar üzərində ərp, yaxud nekroz sahələri, udlağın arxa divarının quruluğu təyin edilir.
- Erkən yaşlı uşaqlarda 3-4 cü gündən qarında ağrı, duru nəcis ifrazı, regional limfa düyünləri, qaraciyər və dalağın böyüməsi aşkar olunur.

- **Paraqripp-** respirator traktın əsasən burun və qırtlaq selikli qişasının zədələnməsi ilə keçən və mülayim intoksikasiya əlamətləri ilə xarakterizə olunan kəskin infeksiya xəstəliyidir.
- **Davam müddəti-** 7-10 gündür.
- **Qanın müayinəsində:** ilk günlər mülayim leykositoz, sonradan leykopeniya və EÇS-in azacıq yüksəlməsi qeyd edilir.
- **Proqnoz- qənaətbəxşdir.** Ağır bakterial ağırlaşmalar (pnevmoniya, irinli-nekrotik traxeobronxit) zamanı ölüm baş verə bilər.

Əsas klinik simptomları:

- Respirator traktın mülayim zədələnməsi, zəif intoksikasiya əlamətləri.
- 37,5-38,5°C hərarət olur. Maksimal T° - 2-3 ci, az hallarda 1-ci gün qeyd edilir və davamsız olur.
- **PQ-in** ilk gündən *«daimi sputniki»- YTY katarı*, (laringit, larinqotraxeit, bronxit), *klassik əlaməti* isə- *«inaq sindromu»* hesab olunur.
- Burun tutulur, burun axma seyrək və davamsız olur.
- Udqunma zamanı boğazda qaşınma, yanma və ağrı hissi, davamlı quru öskürək qeyd olunur.
- **Əsnəkdə:** ödem, selikli qişa, yumşaq damaq və udlağın arxa divarının mülayim hiperemiyası, bəzən irinli tonzillit əlamətləri aşkar olunur.

- **Rinovirus infeksiyası**- tənəffüs yollarının burun selikli qişasının zədələnmə üstünlüyü ilə keçən kəskin virus xəstəliyidir.

Əsas klinik simptomları:

- Kəskin başlanma, üşütmə, halsızlıq, asqıraq, boğazda yad cism və sıyrıntı hissi, tək-tək öskürək.
- 1-ci sutkanın axırında burun tam tutulur və burunla tənəffüs mümkün olmur. Burundan çoxlu miqdarda **«sulu-seroz»** ifrazat, burun ətrafında **dərinin mase-rasiyası** qeyd olunur. Burun selikli qişası hiperemiya-laşır və ödemləşir. Tez-tez dodaqlarda herpetik səp-kilər əmələ gəlir.
- Sifət şişkinləşir, göz sulanır, skleraya qansızma.
- 2-3 gün ifrazat qatılaşır və selikli-irinli olur.
- Davam müddəti- 5-7 gündür.
- **Proqnoz:** qənaətbəxşdir.

- **Respirator-sintisial infeksiya:** daha çox 1 yaşa qədər uşaqlarda aşağı tənəffüs yollarının tez-tez bronxit, bronxiolit və interstisial pnevmoniya tipli zədələnməsi ilə müşayiət olunan kəskin virus infeksiyasıdır.
- **Rg:** ağciyər emfizeması, D/q-nin köpməsi təyin edilir, interstisial pnevmoniyanın şəkli formalaşır.
- **Qanda:** normo, yaxud sola meyli yüngül leykositoz monositoz və atipik limfositoz mümkündür, EÇS bir qədər yüksəlir.

əsas klinik simptomları:

- T°-normal, yaxud subfebril olur.
- Zəif intoksikasiya əlamətləri: mülayim başağrı-lar, yüngül üşütmə qeyd edilir.
- D/q- arxasında ağrı,davamlı quru öskürək, nəfəs-vermənin bəzən boğulma tutmaları ilə biruzə verən çətinləşməsi nəzərə çarpır.
- **Baxış zamanı:** rəngin avazıması, sifətin bir qədər şişkinləşməsi, burundan seyrək ifrazat qeyd olunur. Əsnək zəif hiperemiyalaşır. Ağciyərdə- sərt tənəffüs fonunda yayılmış quru və yaş xırıltılar eşidilir.
- 1 yaşa qədər uşaqlarda, adətən bronxiolit tipində keçir.
- Xəstəlik, adətən 2-3 həftə davam edir.

- **Xəstəlik tədricən inkişaf edir. İlk 2-3 gündə subfebril hərarət, burun tutulması, yapışqan-selikli ifrazat qeyd olunur. Sonra zökəm, asqıraq, quru öskürək yaranır.**
- **3-4-cü gün aydın nəzərə çarpan TÇ əlamətlərinin inkişafı ilə vəziyyət ağırlaşır. Öskürək davamlı, tutmaşəkili, əziyyətverici olub göy-öskürəyi xatırladır. Öskürəyin axırında *qatı-yapışqan bəlğəm* ifraz olunur.**
- **Ekspirator tənənfəslik (60-80), səslə tənəffüs qeyd edilir, tənəffüsdə köməkçi əzələlər iştirak edir. *Perkussiyada*- qutu səsi, *auskultasiyada*- yayılmış xırdaqabarcıqlı yaş xırıltılar və krepitasiya eşidilir.**
- **Dəri avazıyaraq bozarır, mərmərşəkili olur. Peroral-sianoz nəzərə çarpır.**
- **Qaraciyər, bəzən dalaq da böyüyür.**

- **Adenovirus infeksiyası:**- tənəffüs yolları selikli qişasının, bəzən gözün konyuktivası və limfoid toxumanın zədələnməsi ilə keçən yüksək hərarət və mülayim intoksikasiya ilə xarakterizə olunan kəskin respirator xəstəlikdir.
- **Gediş müddəti:** 2-3 həftə davam edir.
- **Ağırlaşmalar** (otit, sinusit, pnevmoniya) 2-cili bakterial floranın qoşulması ilə şərtlənir.
- **Qanda:** adətən leykositlər normal olur. Lakin xəstəliyin ilk günlərində mülayim neytrofil leykositoz mümkündür. *Limfopeniya* xarakterdir. EÇS-əhəmiyyətsiz yüksəlir.
- **Proqnoz:** Adətən qənaətbəxşdir. Ağırlaşmalar zamanı erkən yaşlarda letal nəticə ola bilər.

Əsas klinik simptomları:

- Ləng inkişaf edən xəstəlik 2-3 həftə davam edir.
- Kataral əlamətlər intoksikasiyanı üstələyir.
- Subfebril T° , 2-3-cü gündə maksimum 38- 39 $^{\circ}$ C-yə yüksələ və 7-12-ci günə qədər saxlana bilər.
- İntoksikasiya: zəif süstlük, iştahın azalması, başağrıları, az hallarda əzələ və oynaq ağrıları. Qarında ağrı, ürəkbulanma və qusma da mümkündür.
- YTY zədələnmə simptomları aydın nəzərə çarpır. İlk gündən burundan qısa vaxtda seroz-irinli xarakter alan seroz ifrazat qeyd edilir, burun tənəffüsü çətinləşir.
- Əsnəkdə mülayim hipremiyala, dil, dişək, badamcıqlar və udlağın arxa divarının ödemli, tez-tez nazofarinkitlə əlaqəli simptomların fəaliyyəti müşahidə edilir.

- İlk gündən davamlı yaş öskürək qeyd olunur. Ağciyərdə yayılmış yaş və quru xırıltılar eşidilir.
- Bu infeksiyanın **«vizit kartı»**- gözün selikli qişasının kataral, follikulyar, yaxud ərpli konyuktivit şəklində zədələnməsi, ödem, işıqdan qorxma hissi hesab olunur.
- Xəstənin rəngi avazıyır, sifət şişkinləşir, göz qapaqları ödemləşir.
- Periferik, daha çox boyun limfa düyünləri böyüyür. Mezenterial düyünlərin böyüməsi qarında kəskin ağrılarla müşayiət olunur. Qaraciyər və dalağın ölçüləri böyüyür.

Müalicə

- **Çoxlu maye qəbulu.**
- **Askarbin turşusu (Vit C).**
- **Simptomatik terapiya.**
- **Ağırlaşmalar olduqda antibakterial terapiya.**

Bronxit.

- Bronxların müxtəlif etiologiyalı (infeksion, allergik, kimyəvi, toksik) iltihabi zədələnməsidir.
- «Bronxit termini» bronx ağacının ümumi zədələnməsini xarakterizə edir. Onun ayrı-ayrı şöbələrinin zədələnməsi həmin şöbənin adı ilə adlandırılır:
- **Bronxit** - böyük kalibrli bronxların zədələnməsi.
- **Laringit**- qırtlağın zədələnməsi.
- **Traxeit**- traxeyaların zədələnməsi.
- **Bronxiolit**- kiçik kalibli bronxların zədələnməsi.

Epidemiologiya

- **Xəstələnmənin pik səviyyəsi- payız-yaz aylarına** təsadüf edir. Daha çox 1-3 yaşlı uşaqlarda qeydə alınır.

Şəraityaradıcı faktorlar:

- **YTY-nin AFX**
- **Erkən yaşlı uşaqlarda immunoloji reaktivliyin azalması.**
- **Ağırlaşmış premorbid fon (VQD, morfo-funksional yetişməzlik, MSS-nin perinatal zədələnməsi, hipotrofiya, anemiya, raxit, süni qidalanmaya erkən keçmə).**
- **Kimyəvi faktorlar (meqapolis, ekologiya, siqaretçəkmə, bronxların passiv hiperreaktivliyi).**
- **Fiziki faktorlar- selikli qışanın yanıqları və aseptik iltihabı.**
- **Allergik faktorlar.**

Etiologiya.

- Əksərən viruslar və virus- bakteriya assosiasiya.
- Bakteriyalar,
- Hüceyrədaxili törədicilər və
- göbələklər .
- Bronxitlərin etiologiyası və klinik şəkli uşağın yaşından asılı olaraq dəyişə bilər. Belə ki:
- 6-aydan- 1 yaşa qədər- RS-viruslar üstünlük t/e.
- Qalan digər viruslar bütün yaşlarda rast gəlir.

Etiologiya

Törədici

Nümayəndələri

Viruslar

RS-virus, rinovirus, adenovirus, paraqripp, qripp virusları, herpes virus, SMV, enteroviruslar

Bakteriyalar

*Xəstəxanadankənar: S.Pneumoniae
H.Influenzae, M.catarralis.
Xəstəxanadaxili: S.aureus, Ps.aerugineza,
Kl.pneimoniae*

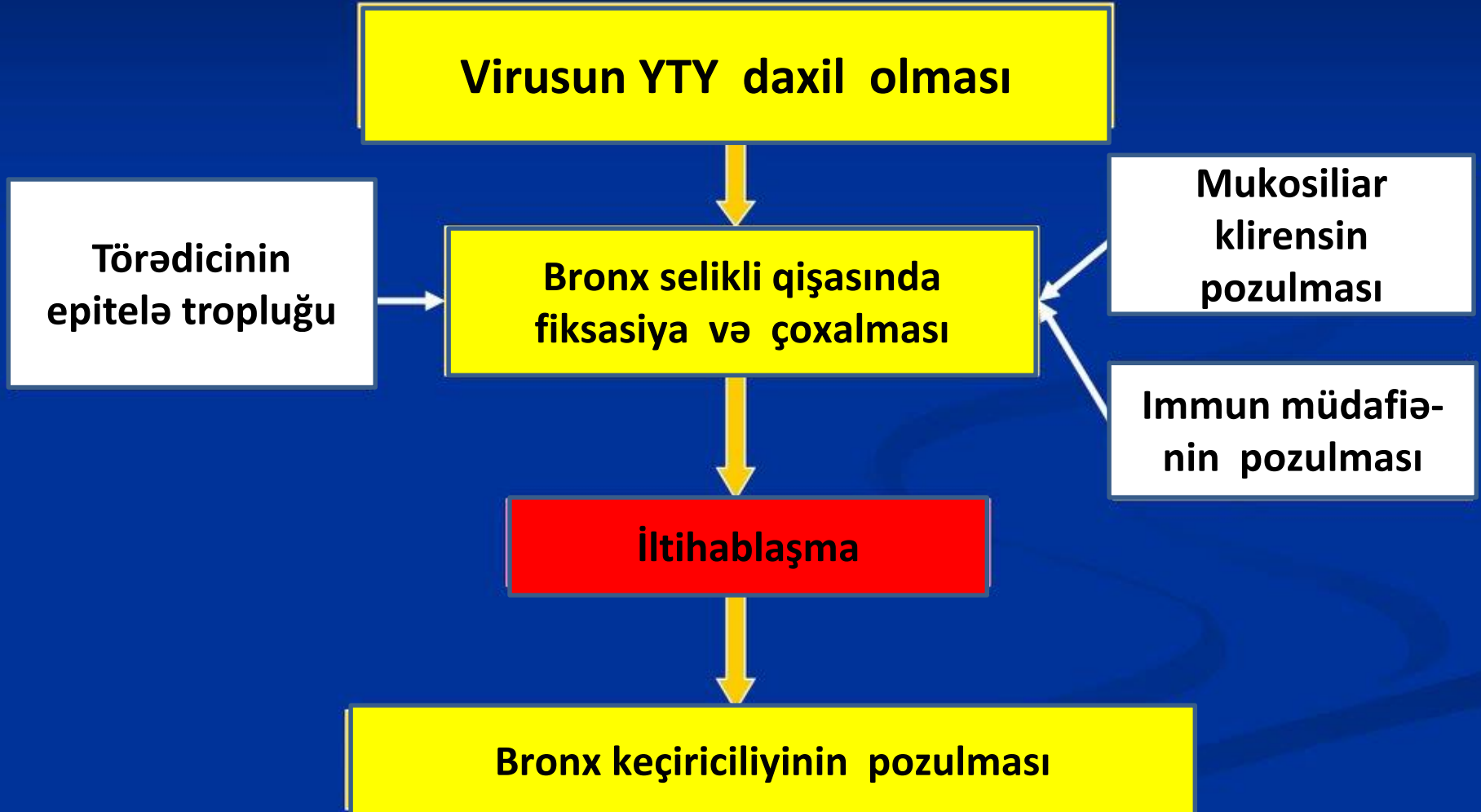
**Hüceyrədaxili
törədicilər (7-30%)**

*M.moniaeuneun, M.bominis,, Ch.trachomatis,
Ch.pneumoniae*

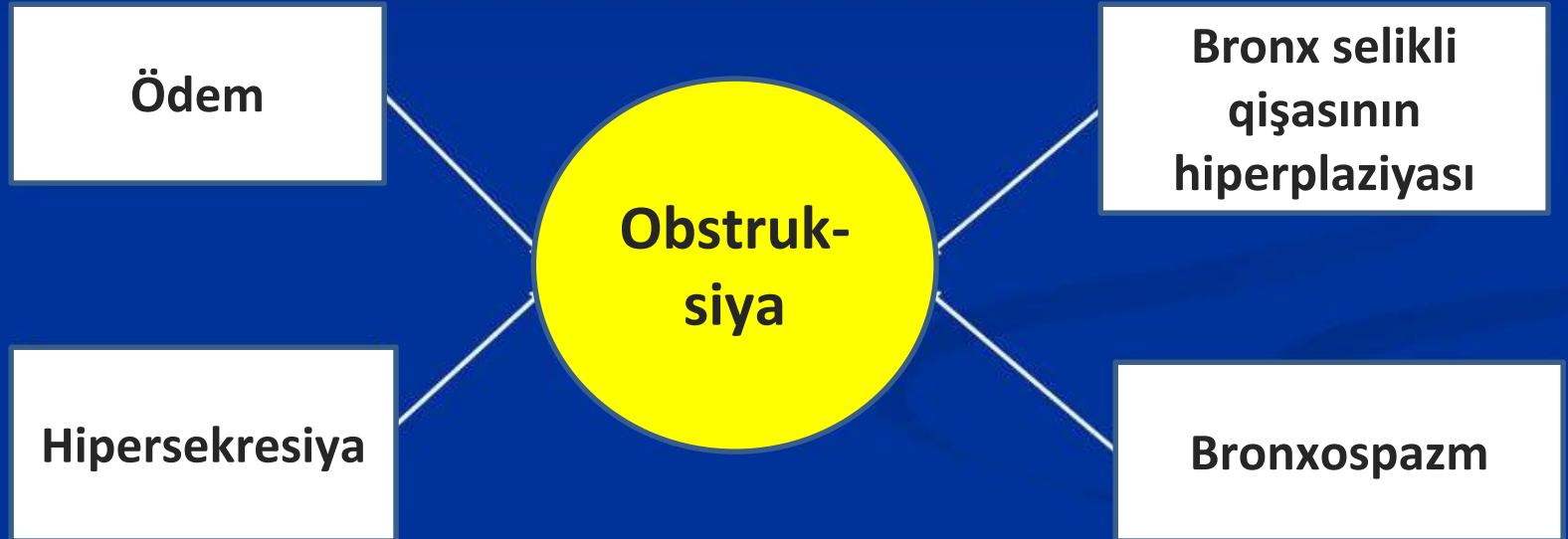
Göbələklər

Candida albicans, Aspergilius

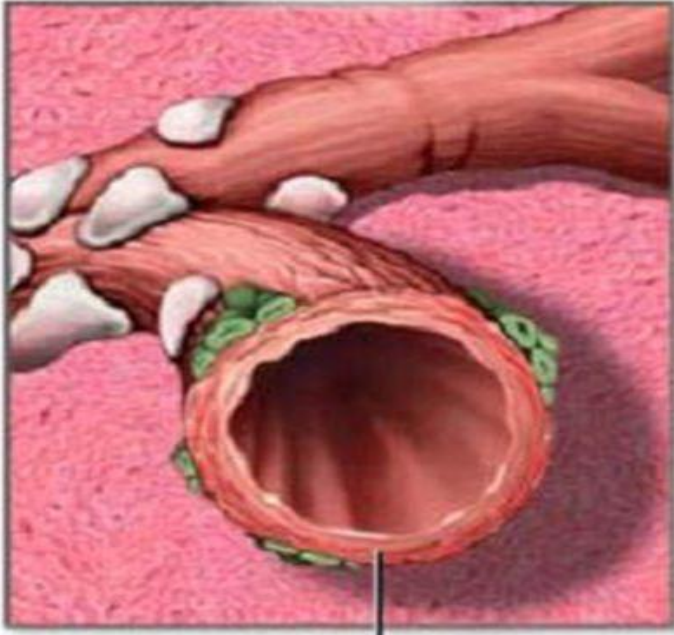
YTY infeksiyasının inkişaf mexanizmi.



Bronxoobstruktiv sindromun inkişaf mexanizmi



Bronxların obstruksiyası.



Normal bronx borusu



İltihablaşmış bronx borusu

Bronxidlərin təsnifatı.

Kəskin bronxit.

- Kəskin sadə bronxit.
- Kəskin obstruktiv bronxit.
- Bronxiolit.
- Obliterəedici bronxiolit.

Residiv verən bronxit.

- Sadə
- Obstruktiv.

Xronik bronxit.

- birincili
- ikincili
- obliterasiya edici.

Diaqnostik kriteriyaları:

- **Öskürək (quru, yaş).**
- **Hər iki tərəfdə quru və müxtəlifkalibrli yaş xırıltılar.**
- **Aöciyər şəklinin və kökünün ikitərəfli güclənməsi, ağciyərlərdə ocaqlı infiltrativ kölgəliklərin olmaması.**

Kəskin sadə bronxit (KSB).

(Virus mənşəli)

- KRVİ-nin 1-3-cü sutkasında inkişaf edir.
- KRVİ simptomları (rinit, faringit, konyuktivit, laringit, yaxud traxeit) qeyd edilir.
- T -əksər hallarda subfebril, az hallarda 2-3-cü gündə, adenovirus infeksiyası zamanı 5-8 gün müddətində febril ola bilər.
- əvvəlcə quru, sonra (2 həftəyə qədər) yaş olan **Öskürək**- RSV, adenovirus və mikoplazma infeksiyaları zamanı daha uzunmüddətli olur. Traxeit və traxeobronxit zamanı 4-6 həftə.
- Selikli **bəlğəm**- 2 həftədən başlayaraq yaşlımtıl çalar əldə edə bilər.

- **Təngənəfəslik**- qeyd olunmur, yaxud mülayim olur.
- **Obstruktiv sindrom (OS) və toksikoz**- qeyd edilmir.
- **Perkutor səs**- dəyişilmir.
- **Auskultasiyada**- hər iki tərəfdə simmetrik, sərt tənəffüs fonunda öskürəkdən sonra azalan yayılmış quru və yaş xırıltılar eşidilir.
- **Davam müddəti**- 2 həftəyə qədər.
- **Proqnoz**- qənaətbəxş.

Bakterial mənşəli- bronxit.

- **3 gündən çox davam edən *febril hərarət.***
- ***Öskürək-*** davamlı qeyri-produktiv.
- ***Bəlğəm-*** irinli, yaxud selikli-irinli.
- ***Toksikoz-*** aydın nəzərə çarpır.
- ***Müddəti-*** 2 həftədən çox davam edir.
- ***Qanda*** – iltihabi dəyişikliklər aşkar edilir.

Mikoplazma etiologiyalı bronxit (*M.pneumoniae*)

- 4-5 yaşdan böyük uşaqlarda konyuktivanın qızarması ilə biruzə verir..
- **Öskürək**- uzunmüddətli
- **T°** - 7-10 gün davam edən febril hərarət.
- **Ümumi vəziyyəti**- az pozulur, toksikoz olmur.
- **Auskult**-asimmetrik xırdaqabarcıqlı və krepitasiyaedici xırıltılar.
- **İFA**- spesifik İgM artır.

Xlamidiya mənşəli bronxit.

Ch.traxomatis:

- Həyatın 1-ci yarımilində təsadüf edir.
- **Öskürək**- obstruksiya, tənqənəfəslik, toksikoz və hemotoloji dəyişikliklərsiz qeyd olunur.
- **İFA**-İgM, İgG-ananın qanındakı titrdən yüksək olur.

Ch.pneumoniae:

- 4-5 yaşdan böyük uşalarda qeyd edilir.
- Tez-tez obstruksiya, angina, yaxud boyun limfadeniti ilə keçir.
- İFA- spesifik İgM aşkar olunur.

Obstruktiv bronxidlər.

- Erkən yaşlı uşaqlarda əsasən *RSV və 3-cü tip paraqripp*, 20% hallarda digər virus infeksiyaları ilə
- Böyük yaşlı uşaqlarda- isə *mikoplazma və xlamidiya* infeksiyaları ilə şərtlənir.
- Klinikasında obstruksiya üstünlük təşkil edir.

Obstruktiv bronxit.

- Əsasən erkən yaşlı uşaqlarda KRVİ fonunda (2-3-cü sutkada) inkişaf edir.
- Ekspirator tənqənəfəslik (dəq-50-60-70).
- Əsasında- *bronxospazm* durur.
- T° - mülayim, yaxud olmur, davamlı quru öskürək
- D/q- qabarır, *perkussiyada-qutu səsi*.
- *Uzanmış və güclənmiş* nəfəsvermə fonunda məsafədən fitverici quru xırıltılar (50% xəstələrdə yaş xırıltı) eşidilir.

Kəskin bronxiolit.

- 2 yaşa qədər uşaqlarda rast gəlir.
- KRVİ-nin 3-4 cü sutkasında quru öskürək və obs-truksiya baş verir.
- **Əsasını**- xırda bronx və bronxiolların selikli qişasının ödemli təşkilidir.
- Aydın nəzərə çarpan ***ekspirator tənəffəslik*** (*dəqiqədə 60-90*) qeyd edilir.
- **T°**-normal, yaxud subfebril.
- **Tənəffüs**- səslili, fitverici.
- **Sianoz**- ağızətrafı, bəzən generalizə olunmuş

- D/q- köpür, **Perkutor-** qutu səsi eşidilir.
- **Auskultasiya-** nəfəsvermə aktında xırdaqabarcıqlı, krepitasiyaedici yaş və fitverici quru xırıltılar. Aydın nəzərə çarpan tənəffüs zamanı xırıltılar eşidilməyə bilər.
- **ÜDS-** sərhədləri kiçilir, tonlar qarşılaşır, taxikardiya.
- Hepatolienal sindrom baş verə bilər.
- Uşaq narahat olur, qidalanma pozulur, qusma ola bilər.
- **Obstruktiv sindrom** - 7-10 gün davam edir.
- **Ağırlaşmalar** (pnevmotoraks, mediastinal emfizema, pnevmoniya)- nadir halda baş verir.

Kəskin oblitrəedici postinfeksion bronxiolit

- Bronxiolitın az rast gələn formasıdır (< 1mm).
- 2 yaşa qədər və məktəbli yaşlarda keçirilmiş adenovirus, qripp, göy-öskürək, leqionelloz və mikoplazma infeksiyalarından sonra qeyd olunur.
- Uşağın vəziyyəti- *ağır olur, febril hərarət, sianoz, səslə fitverici tənəffüs* qeyd olunur.
- **Auskult**- uzanmış nəfəsvermə fonunda çoxlu, adətən asimmetrik krepitasiyaedici və xırda qabarcıqlı yaş xırıltılar eşidilir.
- Ağciyərin birtərəfli tam, həmçinin hər iki ağciyərin bir pay, yaxud bir segmentinin ayrıca zədələnməsi mümkündür.
- **Proqnoz**- qənaətbəxşdir. Ağciyərin bir payının hipoperfuziyası (yüksək şəffaf ağciyər fenomeni) inkişaf edə bilər.

Residiv verən bronxit.

- Uşaqlara xas klinik formasıdır.
- 1-2 il ərzində 2-3 dəfə KRVİ fonunda baş verir.
- 2-3 həftə və daha çox davam edə bilər.
- Daha çox erkən və məktəbəqədər dövrlərdə təsadüf edir.

Şəraityaradıcı faktorlar:

- Perinatal patologiyalar.
- Konstitusiyaya anomaliyaarı
- Ağır allerqoanamnez.
- Xr. Burun-udlaq infeksiyaları.
- Ailə-genetik və ekzogen faktorlar.
- Mukosiliar aparat çatışmazlığı.

- Adətən KSB, yaxud obstruktiv bronxit kimi keçir.
- 4 yaşa qədər KRVİ fonunda yaranan BOS tutmaşəkili xarakter daşımır və qeyri-infeksion allergenlərlə əlaqəsi qeyd edilmir. Proses progressivləşən olmur.
- Bronx-ağciyər sist-də qeri qayıtmayan funksional və morfoloji dəyişikliklər qeyd olunmur.
- **Bronxoskopiya**-kataral, yaxud kataral-irinli endo-bronxit təyin edilir.
- Tutmaarası dövrdə xəstəliyin əlamətləri qeyd olunmur, «*öskürəyə hazırlıq*» saxlanır.
- **Proqnoz**: *davamlı sağalma*- 50%; *Təkəri residiv*-1/3 xəstələrdə; *B.astma*- 10% xəstələrdə.

Xronik bronxit (XB).

- Uşaqlarda nadir hallarda rast gəlir.
- **Birincili XB-** yeniyetmələrdə-4,3 ‰ , böyük yaşlı uşaqlarda- 2,2 ‰.
- **Etiologiyası:** infeksiya, siqaretçəkmə, toksikoma - niya, kimyəvi faktorlar, xarici mühit faktoru.
- Produktiv **öskürək**, ağciyərlərdə - **daimi yaş xırıltılar** (3 ay və çox), 2 ildən az olmayaraq ildə 2-3 dəfə -**kəskinləşmə**.
- **İkincili XB-** bütün yaşlarda ola bilər.
- **Etiolog:** ağciyər və ÜDS-nin anadangəlməqüsurları

XB-in klinikası:

- Davamlı produktiv öskürək (bəzən bəlgəmsiz).
- Ağciyərlərdə daimi müxtəlifkalibrli yaş xırıltılarr.

Müayinə üsulları:

- Bronxoskopiya (biopsiya götürülməklə)
- Bronxoqrafiya
- KT.

Bronxidlərin diaqnostikasi

Qanın ümumi analizi:

- **Virus etiol-** normal, leykopeniya, yaxud mülayim leykositoz, limfositoz, EÇS↑.
- **Mikoplazma etiol-** EÇS↑.
- **Xlamidiya etiol.-** leykositoz, eozinofiliya, EÇS↑.
- **Obliterəedici və bakterial-** neytrofil leykositoz, EÇS↑.

Rg-müayinəyə göstəriş:

- 3 gündən çox davam edən febril T, xırıltıların asimmetrikliy, tənqənəfsliyin artması, leykositoz, obstruksiya simptomlarının qəfləti itməsi.

Müalicə

- Kəskin dövrdə yataq rejimi, sakitlik.
- Çoxlu maye qəbulu.
- Vitaminlərlə zəngin tam dəyərli dieta.
- Etioloji faktora qarşı: spesifik virus əleyhinə terapiya (arbidol, anaferon, algirem), antibiotiklər (penicillin, makrolidlər, sefalosporin), göbələk əleyhinə preparatlar (nistatin, levorin, flukonazol).
- Mukolitik və mukokinetiklər (ambraksol, mukaltin, tusupreks, libeksin).
- Desensibilizəedicilər (dimedrol, allerol, eslatin, erius, dezloratadin)
- İnqalyasiya və simptomatik terapiya.

Pnevmoniya nədir ?

- Ağciyər parenximasının Rg-da infiltrativ, yaxud ocaqlı dəyişikliklərlə xarakterizə olunan kəskin ocaqlı iltihabi xəstəliyidir.
- Alveol və bronxiollarda lokalizə olunan iltihab prosesi, həm də interstisial toxumada damar reaksiyası və funksional qan dövranının pozulması ilə xarakterizə olunur.
- 1 aydan -15 yaşa qədər uşaqlarda hər 1000 nəfərə 4-17 xəstələnmə halı qeyd edilir.

Pnevmoniyanın baş verməsində risk faktorları.

- **Soyuqlama (ən çox soyuq aylarda), KRVİ.**
- **MSS-nin perinatal patologiyası, aspirasiya, inkişaf qüsurları, immunodefisit, hipovitaminozlar.**
- **Passiv siqaret çəkmə, mukosiliar mexanizmin pozulması.**
- **1 sutkadan artıq süni ventilyasiyada olmaq (nozokomial pnevmoniya, 13-55%).**

Təsnifat (1995, ÜST).

Formasına görə:

- Ocaqlı bronxopnevmoniya.
- Ocaqlı-birləşmiş.
- Seqmentar.
- Krupoz.
- Interstisial .

Genezinə görə:

- Ev pnevmoniyası.
- Xəstəxanadaxili pnevmoniyalar.

Ağırlaşmalara görə:

- Ağırlaşmalarız keçən.
- Ağırlaşmalarla keçən.

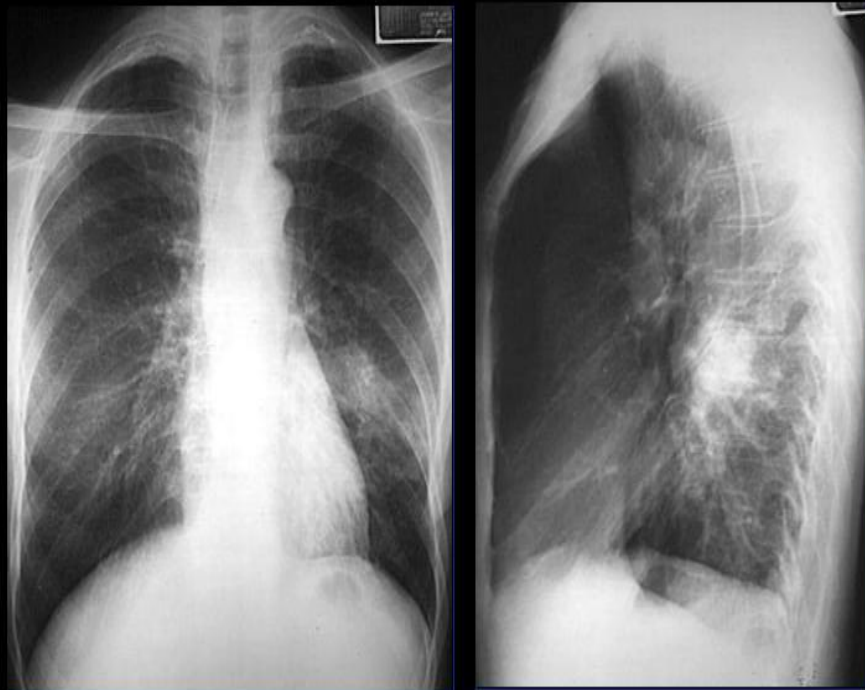
Bu ağırlaşmalar:

- **Ağciyərdaxili:** SPP, MPP, destruksiya (abscess, pnevmotoraks, piopnevmotoraks).
- **Ağciyərdənkənar:** infeksiya-toksik şok, DDL, ÜDS.

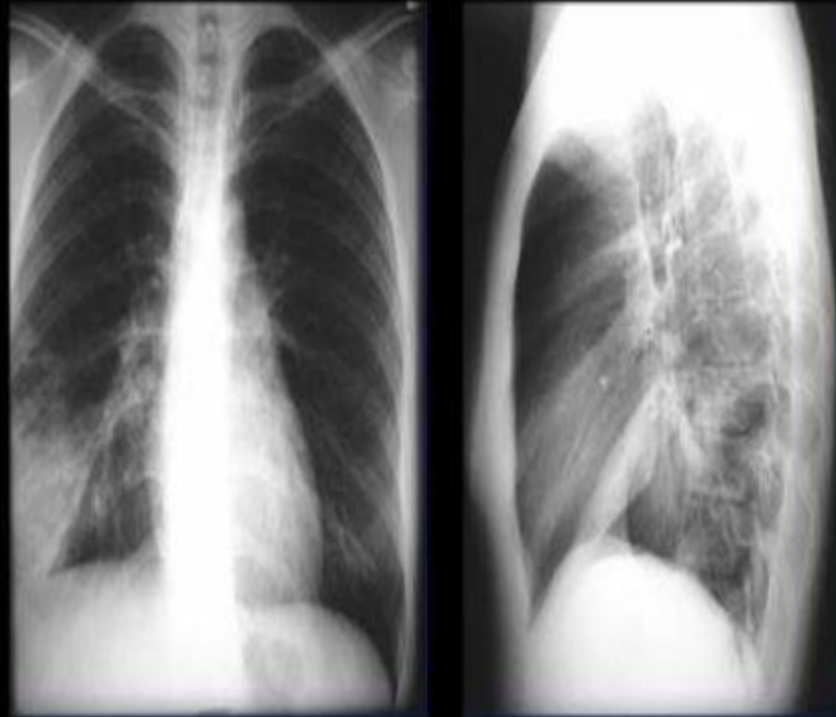
Gedişinə görə:

- Kəskin (4-6 həftəyə qədər).
- Uzun sürən (2-6 ay).

Ocaqlı pnevmoniya

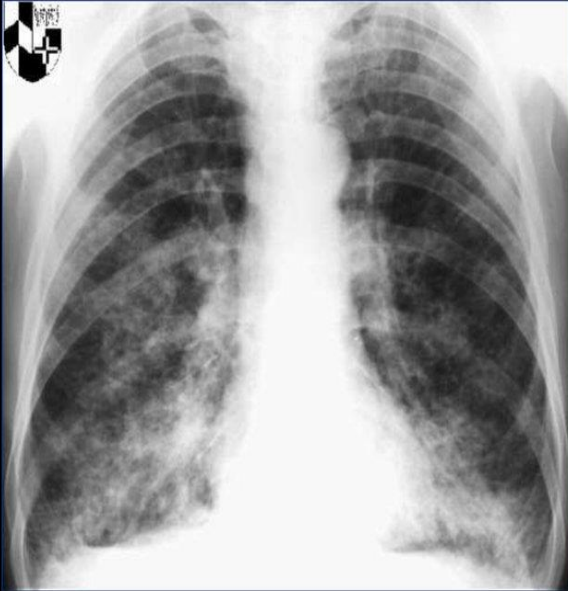


Seqmentar pnevmoniya

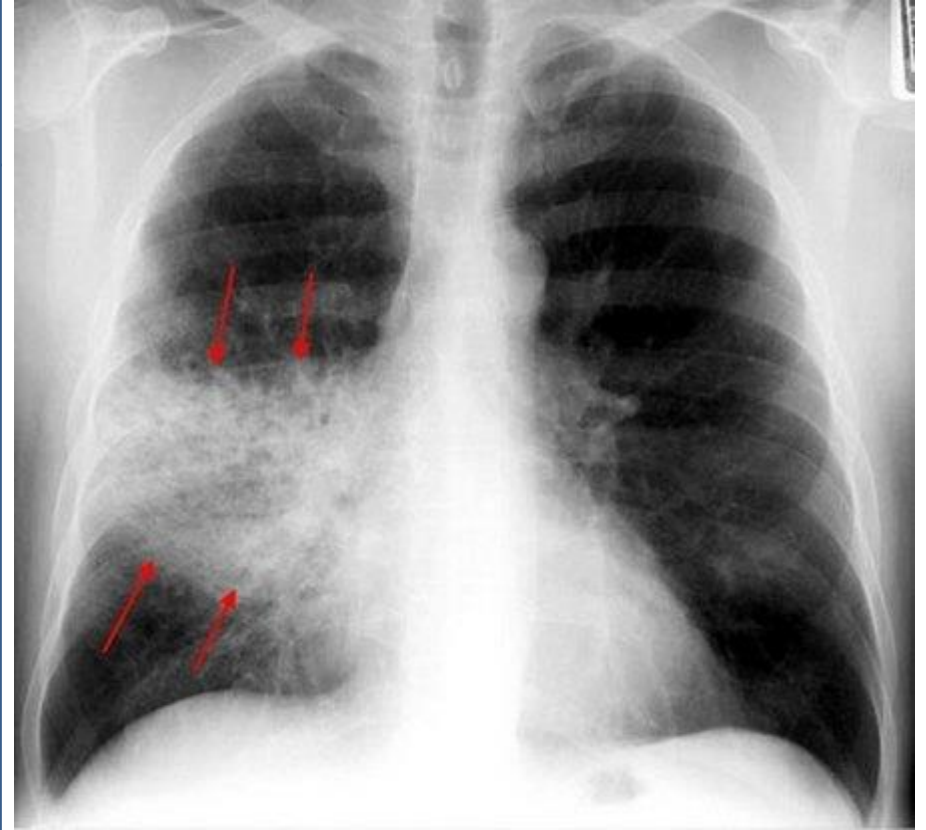


Interstitial pnevmoniya.

Çoxsaylı pnevmoniya ocaqları



Krupoz pnevmoniya



Ev P- xəstəxanadan kənar şəraitdə baş verir.

- **XDP-** ilk 72 saatda, yaxud evə yazıldıqdan sonrakı ilk 72 saat müddətində baş verir.
- **Bətndaxili P-** uşaq həyatının ilk 72 saati ərzində baş verən pnevmoniyadır.
- **Postnatal-** doğulduqdan 72 saat sonra inkişaf edir.

Etiologiya

Tipik pnevmoniyalar üçün:

6 aya qədər: bağırsaq çöpləri, St.aureus,

6 ay-6 yaş: Pnevmonokk-90%; H.influenzae-10% .

7-18 yaş:Pnevmonokk-40%;H.influenzae-20-40 %.

Atipik pnevmoniyalar üçün:

6 aya qədər: xlamidiya, pnevmosistlər.

6 ay-6 yaş: xlamidia-3-5 %; mikoplazma-10-15 %

7-18 yaş: xlamidia-7-24 %; mikoplazma-20-40 %.

Xəstəxanadaxili pnevmoniyaların etiologiyası:

Uşağın aldığı antibiotiklər və onu əhatə edən mühitdən (aparılan tibbi manipulyasiyalar) asılı olaraq dəyişir.

Bunlara:

- **Qızılı stafilakokk.**
- **Bağırsaq çöpləri.**
- **Klebsiella.**
- **Göy-yaşıl irin çöpləri və s.**

İnfeksiyanın yayılması:

1. Bronxogen 2. Hematogen.

Patogenez.

Əsas rol KRVİ-nin payına düşür.

Bu zaman:

- YTY-nin bakterisid funksiyası azalır.**
- Mukosiliar aparat və yerli immunitet pozulur. Nəticədə infeksiya agent aşağı şöbələrə keçir. Ağciyərlərin XTF və mübadilə prosesləri pozulur.**

Tipik kP-ın klinikası.

Xəstəliyin klinik şəkli törədicinin xüsusiyyətlərindən və makroorqanizmin vəziyyətindən asılıdır.

Ağciyərdən kənar simptomlar:

- 38°-dən yuxarı yüksək hərarət (minimum 3 gün).
- Ümumi zəiflik.
- Yaş öskürək
- İştahın itməsi.
- Yuxu pozğunluğu.
- Taxikardiya.
- Qanda baş verən dəyişikliklər.

Bronx-ağciyər simptomları:

- Yaş öskürək, bəlgəm ifrazı.
- Təngənəfəslik.
- Döş qəfəsində ağrı.
- Perkutor səsin lokal qısalması.
- Zəifləmiş tənəffüs fonunda lokal xırda qabarcıqlı yaş xırıltılar, yaxud krepitasiya.
- Rg-də infiltrativ kölgəlik.

Uşaqlarda tənəffüsün yaşa uyğun dəqiqəlik sayı.

Uşağın yaşı	Tənəffüsün sayı
Yenidoğulanlarda	40-60
2 həftə-3 aya kimi	40-45
4-6 ay	35-40
7-12 ay	30-35
2-3 yaş	25-30
5-6 yaş	25
7-12 yaş	20-18

Atipik P-ın əsas klinik xüsusiyyətləri.

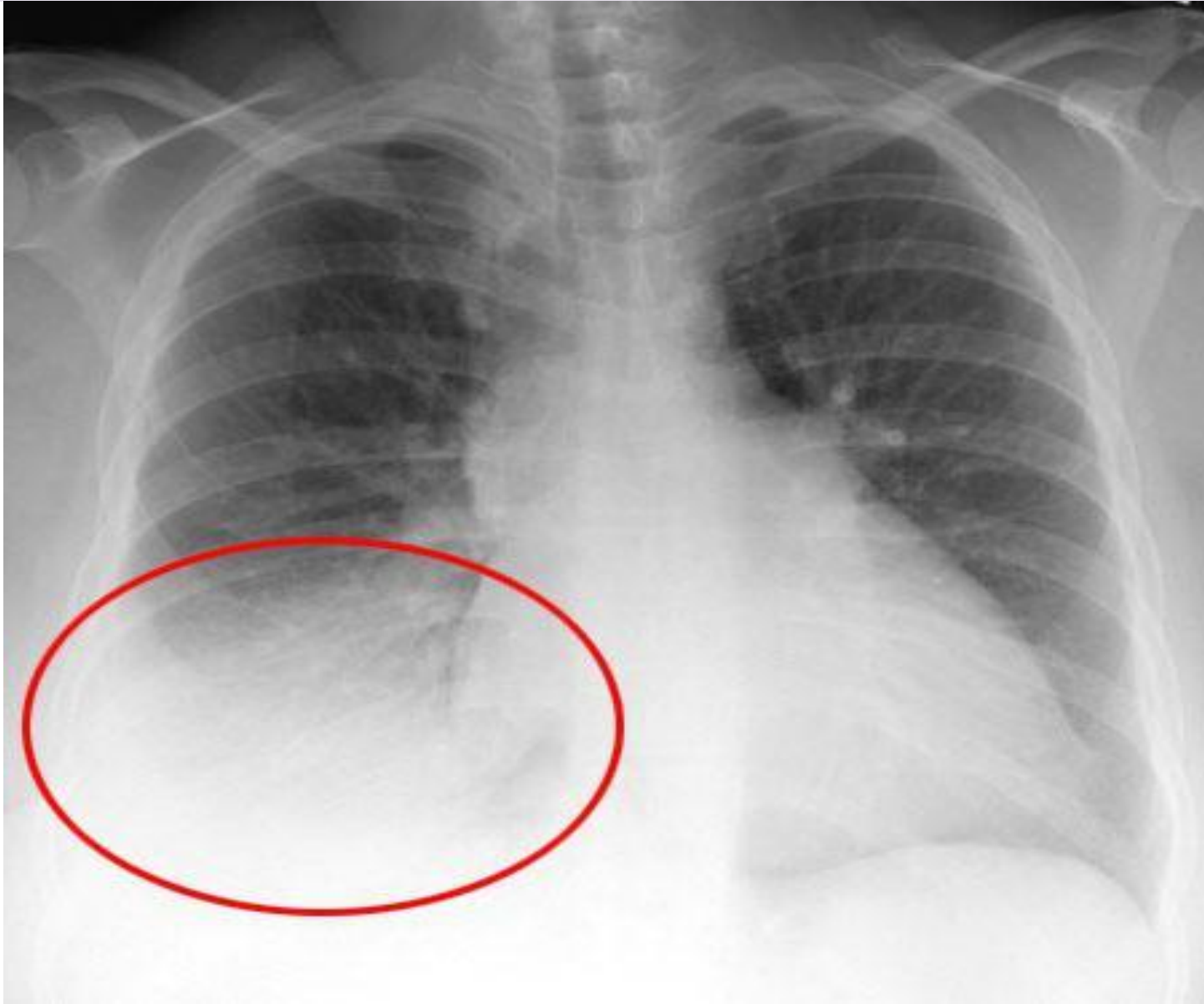
- Prosesin ikitərəfli yayılmış olması.
- Əsas interstisial toxumanın zədələnməsi.
- Təngənəfəsliyin çox nəzərə çarpması.
- Göy-öskürəyə bənzər öskürək.
- T°- un, adətən subfebril olması.
- Qutu səsinə bənzər perkutor səs.
- Auskultasiyada hər iki tərəfdə yayılmış xırda qabarcıqlı xırıltılar.

Mikoplazma və pnevmokokk pnevmoniyalarının klinik differensiasiyası.

Mikoplazma pnevmoniyası:

- Fəslə xarakter daşması (əsasən payız aylarında).
- Məktəbəqədər və məktəb yaşlarında rast gəlməsi.
- Dərinin quru və qabıqlanmaya meyli olması.
- Quru konyuktivit.
- Rg-də kölgəliyin homogen deyil, silinmiş olması.
- Hərərətin 38°C-dən yüksək olmasına baxmaya-raq, intoksikasiya əlamətlərinin az nəzərə çarpması.

Mikoplazma pnevmoniyası



Xlamidiya P üçün xarakterdir.

- Əsasən yenidövlma dövründə rast gəlməsi.
- Təngənəfəsliyin daha çox nəzərə çarpması.
- Rg- şəklin ocaqlı homogen formada deyil, torşəkilli, miliar vərəmin Rg- şəklinə oxşaması.
- Öskürəyin tipik «qoyun» öskürəyini (uzanmış) xatılatması.

Xlamidioz pnevmoniya.



Pnevmoniyanın ağciyərdaxili ağırlaşmaları.

Bu ağırlaşmalara aiddir:

► Plevritlər:

- * **SPP** – pnevmonik proseslə eyni vaxtda inkişaf edən plevritlər.
- * **MPP**- pnevmoniyanın sağalma fazasında super və reinfeksiya ilə əlaqədar inkişaf edən plevritlər.

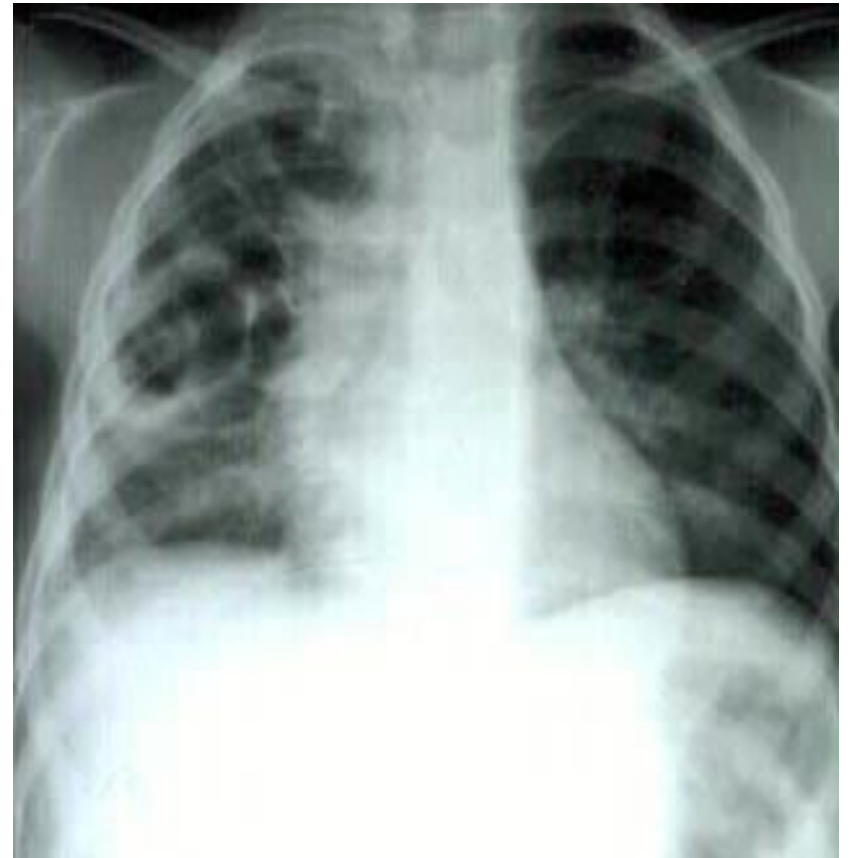
► Destruktiv proseslər:

- * absses.
- * pnevmotoraks.
- * piopnevmtoraks.

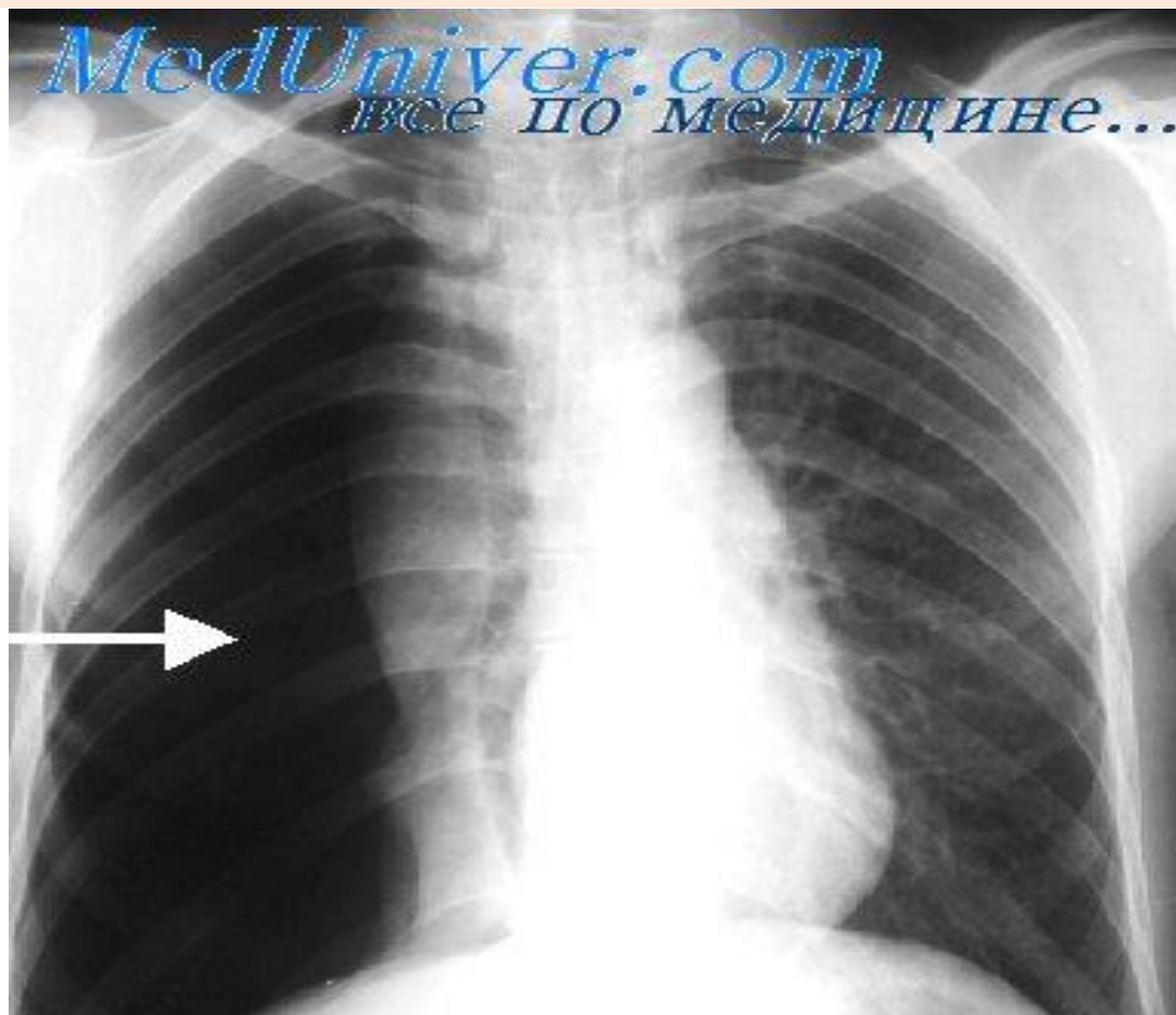
Plevrit



Abscesses

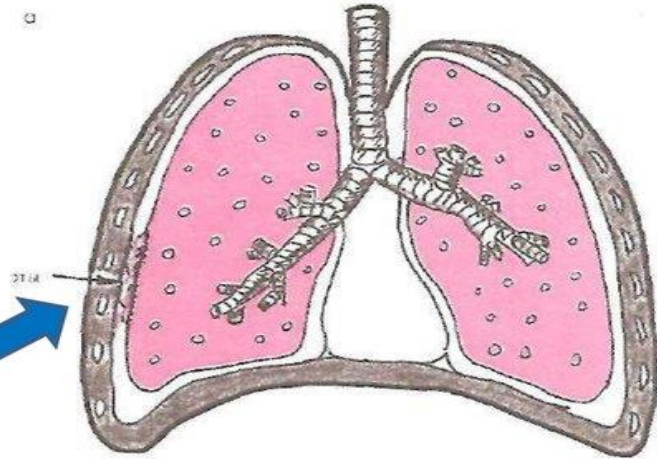


Пневмоторакс

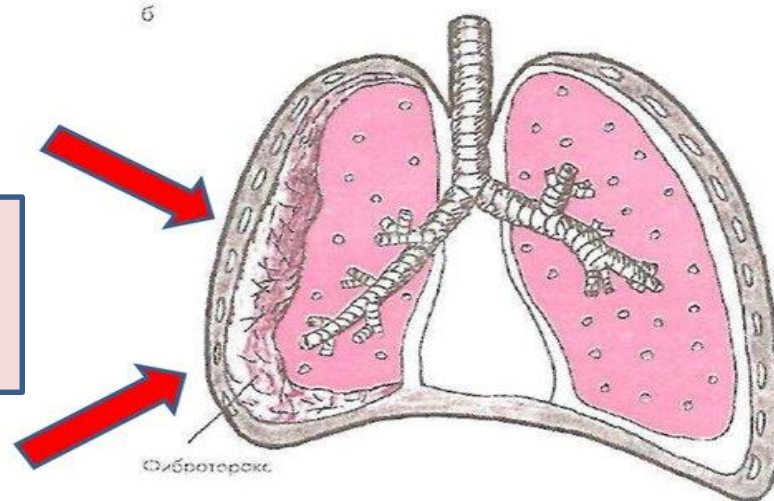


Plevritlərin formaları.

Quru plevrit



Ekssudativ plevrit



Laborator dəyişikliklər.

- Tipik pnevmoniyalarda:
 - Neytrofil leykositoz.
 - EÇS sürətlənməsi (15-20 mm/saat).
- *H.influenzae* və *Mikoplazma* zamanı mülayim leykositoz, *Xlamidioz* zamanı isə aydın nəzərə çarpan leykositoz ($30-40 \times 10^9/l$).
- Rg-də: qeyri-düzgün formalı homogen infiltrativ kölgəlik aşkar edilir.

Müalicə

- Kompleks və fərdi qaydada aparılmalıdır.
- Ağır gedişə malik pnevmoniya keçirən, premorbid fonu pis olan, reanimasion tədbirlərə ehtiyacı olan və 1 yaşa qədər uşaqlar **hospitalizasiya olunmalıdır**.
- Dieta- tam dəyərli, vitaminlərlə zənginləşdirilmiş, tez həzm olunan olmalıdır.
- Etiotrop- antibakterial terapiya 10-14 gün.
- Dezintoksikasion terapiya.
- Sindrom terapiyası.

**Diqqətinizə görə
təşəkkür
edirəm.**



Xronik pnevmoniya.

Uşaqlarda bu diaqnoz bronx və ağciyər toxumasında iltihab və davamlı yaş öskürəklə müşaiyət olunan və bronxların deformasiyası ilə keçən lokal pnevmoskleroz zamanı qoyulur.

Əsas səbəbi: kəskin pnevmoniya və atelektazın nata-mam müalicəsi zamanı xronik bronxitlə keçən pnevmosklerozun inkişaf etməsidir.

Etiologiya: Daha çox hemofil çöplər və pnevmokokklar.

Lokalizasiyası: daha çox sol ağciyərin aşağı payı və dilcik seqmenti, az hallarda isə sağ ağciyərin orta və aşağı payları.

Klinika:

- Xəstənin fiziki inkişafı yaşa uyğun olur.
- Remissiya vaxtı, adətən intoksikasiya əlamətləri qeyd edilmir, T^o-normal olur.
- 2-3 seqmentin prosesə cəlb olunması ilə keçən kiçik zədələnmələr zamanı bəlgəm ifrazı ilə başa çatan öskürək və yaş xırıltılar ancaq kəskinləşmə vaxtı, geniş zədələnmələr zamanı isə remissiya zamanı da saxlanılır.

- **Baxış zamanı bəzi uşaqlarda zədələnmə tərəfdə döş qəfəsinin yastılaşması qeyd edilir.**
- **Zədələnmə zonasından yuxarıda bəzən perkutor səsin kütləşməsi eşidilsə də, auskultasiyada əsasən zəifləmiş tənəffüs fonunda quru və yaş xırıltılar eşidilir.**
- **Kəskinləşmə zamanı zədələnmə zonasında eşidilən orta və kiçik qabarcıqlı xırıltılar zədələnmə zonasından kənara çıxır.**
- **Bəzən kəskinləmə zamanı obstruksiya sindromu qoşula bilər.**

- Təqribən 13 % xəstələrdə müşahidə olunan iki – tərəfli zədələnmələr birtərəfli zədələnmədən daha ağır gedişi, hipoksemiya ilə müşaiyət olunması, dırnaq falanqalarının deformasiyası və ağciyər hipertenziyasının yaranması ilə fərqlənir. Bir payın zədələnməsi zamanı ventilyasiya pozğunluqları az nəzərə çarpır,
 - Rg və KT-da məhdud pnevmoskleroz ,
 - Bronxoqrafiya və KT-də isə bronxların deformatsiya və genişlənməsi aşkar edilir.
- Proqnoz:** düzgün müalicə aparıldıqda qənaətbəxşdir və progressivləşmə qeyd edilmir.

Müalicə.

- **Antibiotiklər:** empirik olaraq seçilir. v/d amoksisillin klavunat, sefuroksim, drenaj və vibromassajla kombinasiyada aparılır.
- Başlangıç kurs 3 həftədən az olmur. Aktivliyin (bəlğəm, öskürək, T, laborator dəyişikliklər) saxlandığı, yaxud kəskinləşmə zamanı ildə 1-2 dəfə olmaqla terapiya kursu aparılır.
- Göstəriş olduqda oral antibiotiklər və mukolitiklər də verilir.

- **MBT remissiya vaxtı aparılır.**
- **Müalicəvi bronxoskopiya və antibiotiklərin endobronxial yeridilməsi ancaq müalicənin az effekt verdiyi hallarda göstərişdir.**
- **Aydın nəzərə çarpan bronxoektazla keçən məhdud pnevmoskleroz zamanı cərrahi əməliyyat aparılır.**

**Diqqətinizə görə
təşəkkür edirəm.**

