

ПЕРЕЧЕНЬ ПРЕПАРАТОВ, ИЗУЧАЕМЫХ НА ЗАНЯТИИ:

- **макропрепараты** – крупозная (долевая) пневмония, очаговая пневмония (бронхопневмония), бронхоэктазы и пневмосклероз, хроническая обструктивная эмфизема легких, буллезная эмфизема легких, центральный рак легкого (рак бронха), периферический рак легкого, хроническое легочное сердце;

- **микропрепараты** – крупозная пневмония, карнификация легкого, очаговая пневмония (бронхопневмония), бронхоэктазы и пневмосклероз, хроническая обструктивная эмфизема легких, мелкоклеточный рак легкого;

- **электронограмма** – резорбция фибрина при крупозной пневмонии.

Пневмонии - это групповое понятие, включающее в себя воспалительные заболевания легких инфекционной природы с различным патогенезом и клинико-морфологическими проявлениями, которые характеризуются развитием острого воспаления преимущественно в респираторных отделах легких.

Виды пневмоний: *по этиологии* - бактериальные, вирусные, микотические; *по патогенезу* - первичные и вторичные; внебольничные и больничные (нозокомиальные); гипостатические, аспирационные, послеоперационные и т.д.; *по клинико-морфологическим особенностям* - долевая (крупозная, плевропневмония), очаговая (бронхопневмония) и междуточная (интерстициальная) пневмония.



Рис. 13-1. Макропрепараты (а-г). Крупозная (долевая, плевропневмония, фибринозная) пневмония: нижняя (а-в) и верхняя (г) доли легких плотной консистенции, серого цвета; плевра утолщена за счет наложений тусклых пленок фибрина (фибринозный плеврит). На разрезе легочная ткань всей пораженной доли серого цвета, маловоздушная, по виду и консистенции напоминает печень (стадия серого опеченения), над поверхностью разреза выступают суховатые «пробки» фибрина. Крупозное фибринозное воспаление паренхимы легких с аналогичным воспалением плевры (а) при тяжелом варианте пневмококковой и некоторых других пневмониях (см. также рис. 6-9); (б - препарат А.Л. Черняева, М.В. Самсоновой)



Рис. 13-1. Продолжение



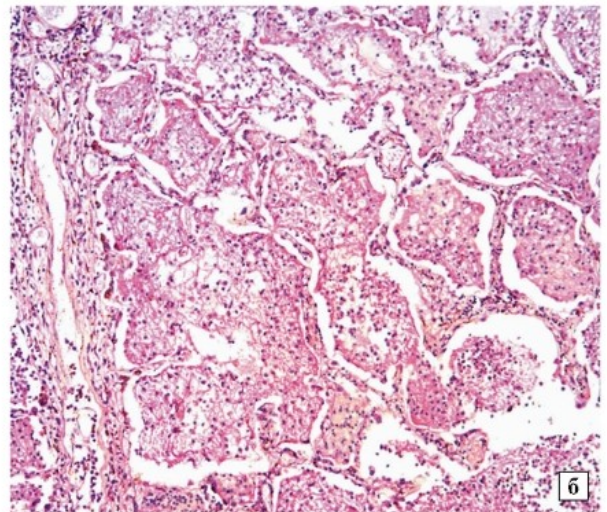
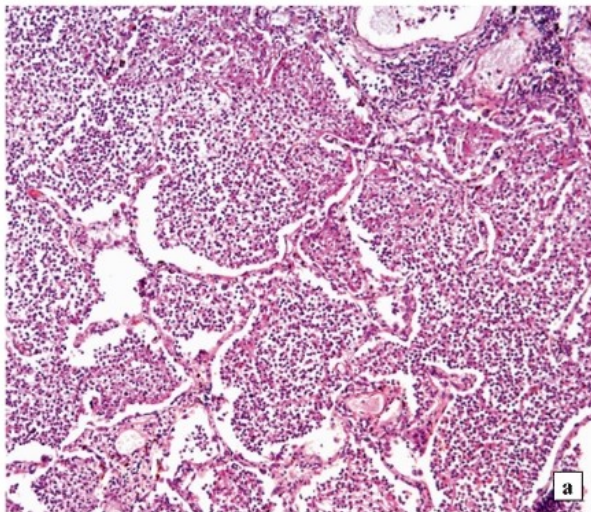
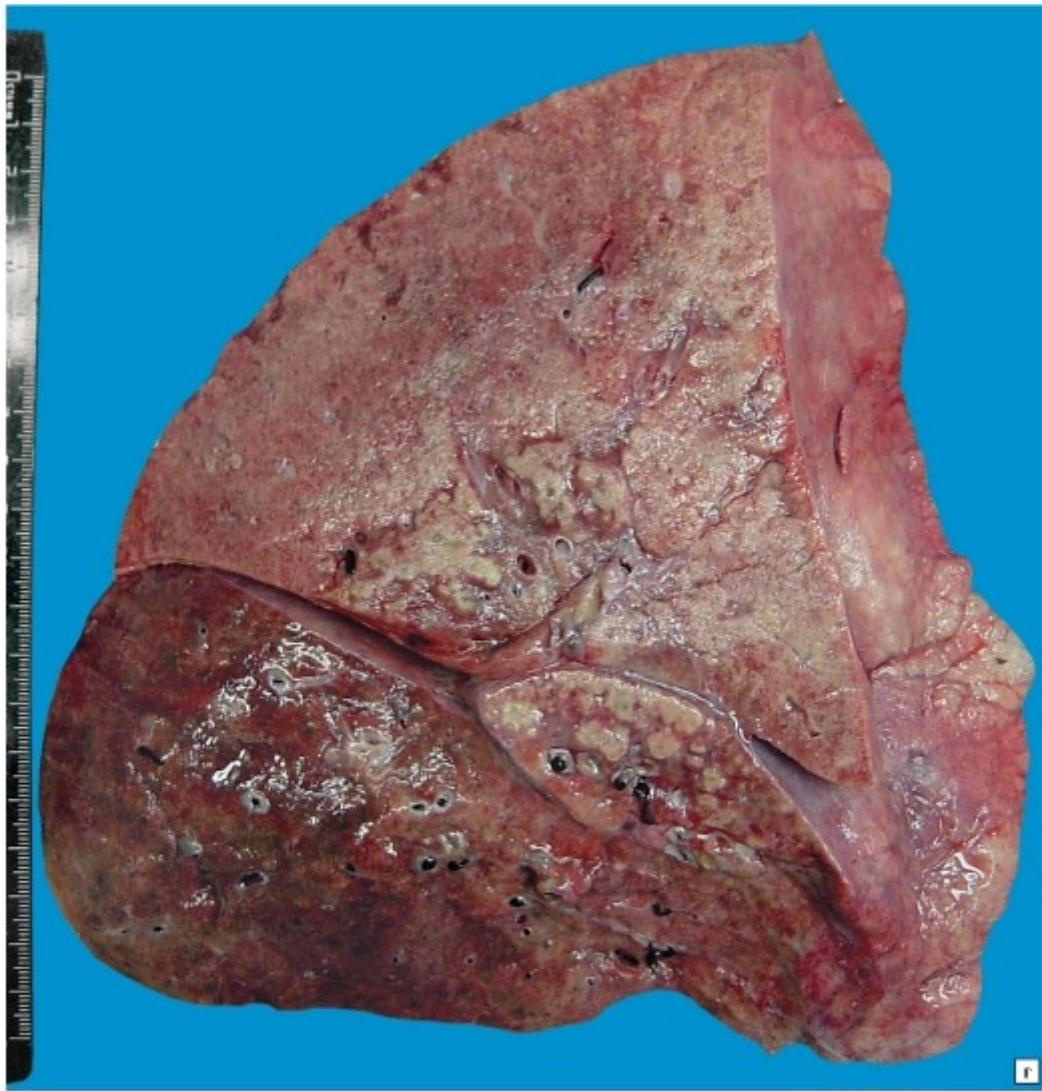


Рис. 13-2. Микропрепараты (а, б). Крупозная (долевая, плевропневмония, фибринозная) пневмония: воспаление занимает весь гистологический срез ткани легкого, просветы альвеол заполнены экссудатом - сетчатыми массами фибрина и нейтрофильными лейкоцитами. Экссудат неплотно прилагает к стенкам альвеол (местами видны щелевидные просветы), по межальвеолярным ходам распространяется на соседние группы альвеол. В межальвеолярных перегородках воспаление не выражено, отмечаются только гиперемия сосудов, стаз, отек стромы. В просвете части мелких сосудов тромбы. Также отсутствуют признаки воспаления в стенках бронхов и перибронхиальной ткани. Окраска гематоксилином и эозином: x200 (см. также - окраска на фибрин по Вейгерту - рис. 6-10, в, г)

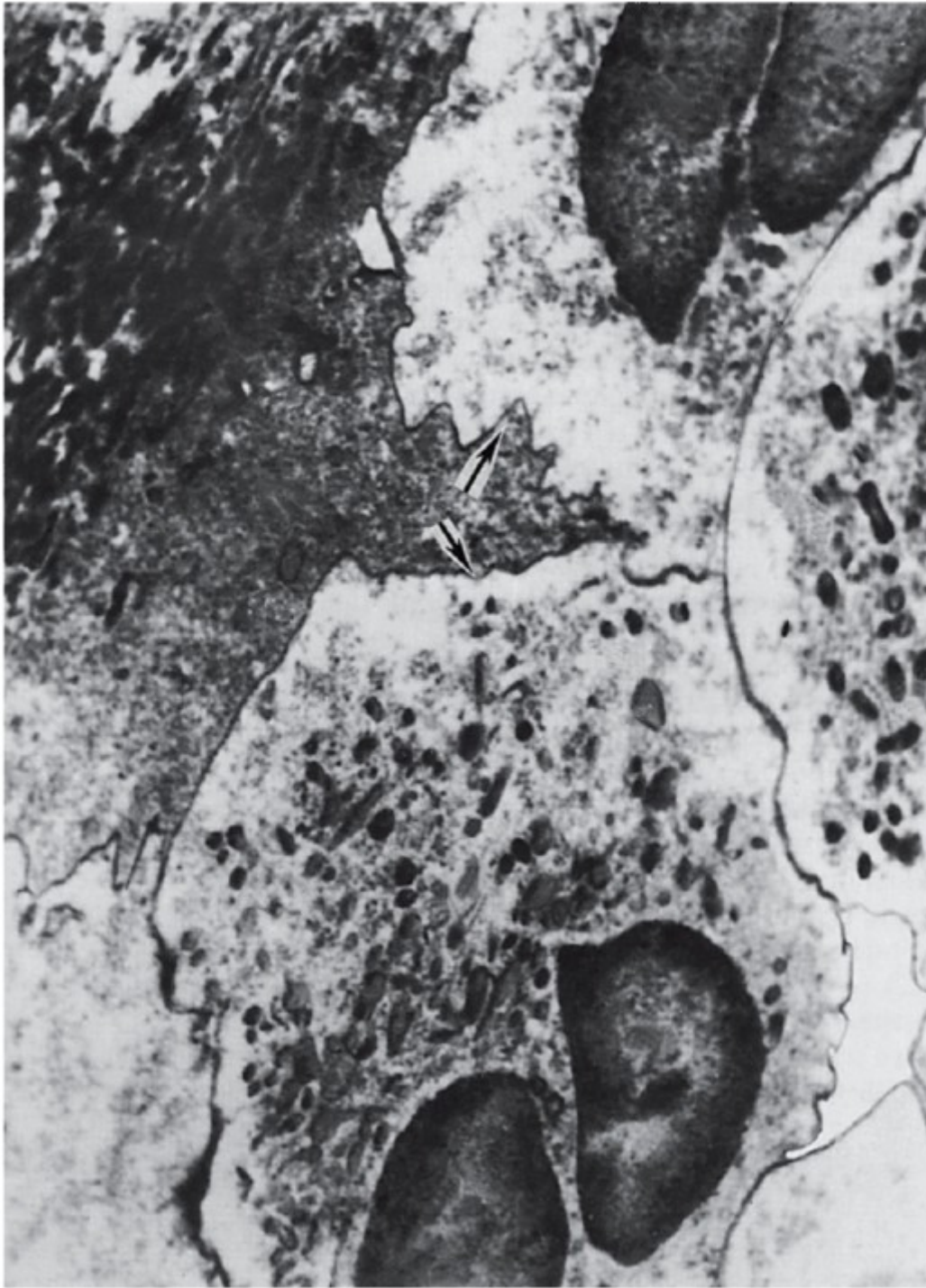


Рис. 13-3. Электронограмма. Резорбция фибрина при крупозной пневмонии: в участках скопления полиморфно-ядерных лейкоцитов фибрин расплавлен, в цитоплазме лейкоцитов уменьшено число лизосом (из [1])

ЖЕДЕЛ ПНЕВМОНИЯ

Жедел пневмониялар- этиологиясы мен патогенезі әр түрлі болып келетін өкпе паренхимасы мен аралық тканьнің экссудативті қабынуы . Процеске тамыр жүйесі жиі қатысады.

Классификациясы

Себебіне қарай:

1. Бактериалық пневмониялар.

2. Вирустық пневмониялар .
3. Орнитоздық пневмониялар .
4. Рикетсиалық пневмониялар.
5. Микоплазмалық пневмониялар .
6. Грипптен болған пневмониялар .
7. Аралас себепті пневмониялар .
8. Аллергиялық, инфекциялы-аллергиялық пневмониялар.
9. Себебі белгісіз пневмониялар.

Патогенезіне қарай:

1. Бірінші ретті пневмониялар.
2. Екінші ретті пневмониялар.
 - а) қан айналысы өзгерістермен байланысты туындайтын пневмониялар.
 - б) аспирация және бронхтың басылып қалуымен байланысты туындайтын пневмониялар.
 - в) жарақатқа байланысты пневмониялар.
 - г) операциядан кейінгі пневмония.
 - д) уланғаннан кейінгі пневмония.
 - е) температура әсерінен болатын пневмония.
 - ж) басқа табиғи факторлар әсерінен болатын пневмония.
 - з) сепсиске байланысты пневмония .
 - и) басқа екінші ретті дамиды пневмония.

Клиникалық- морфологиялық сипатына қарай:

- 1 Паренхиматоздық пневмония.
 - а) крупозды пневмония
 - б) түйінді пневмония
- 2 . Интерстициалық пневмония. Орны және көлеміне қарай 2 жақты болып бөлінеді.
 1. Бір жақты (сол не оң жақты)
 - а) тұтас пневмония.
 - б) бөлік пневмония.
 - в) сегментарлық пневмония.
 - г) тұтас бөліктік емес пневмония.
 - д) орталық пневмония.
 2. Екі жақты пневмония (көлемін көрсету керек).

Ауырлығына қарай:

1. Өте ауыр пневмония.
2. Ауыр пневмония .
3. Орташа ауырлықты пневмония.
4. Жеңіл және абортивті пневмония.

Даму барысына қарай:

1. Жедел пневмония.
2. Ұзарған пневмония.

Этиологиясы

1. Бактериялар (пневмококк -70-96%, алтын сары стафилакокк- 0,5-5 %, Фридлиндер пневмобацилласы -3-8 %, көкшіл- ірің таяқшасы- 3-8 %, стрептококк -1-4%).
2. Вирустар (А2 –гриппінің вирусы – 77,1% , Б- гриппінің вирусы -16,4%, С- гриппінің вирусы 1%, аденовирус – 3,6% , парагрипп вирусы- 1,2% , тыныс синцитий вирусы-1,5%).
3. Орнитоз -0,6% .
4. Микоплазма- 0,5-1,5% .
5. Риккетсиялар, патогендік грипптер .
6. Аллергия.
7. Табиғи және химиялық факторлар: салқын тию, күйік, сәуле, улар.

Патогенезі (басты механизмдері)

1. Қоздырғыш организмге екі жолмен енеді:
 - а) эндогендік жол: стафилакокк, стрептококк, протей, пневмококк, ішек таяқшасы.
 - б) экзогендік жол орнитоз қоздырғышы, микоплазма, пневмококк.
2. Организм реактивтілігінің өзгеруі және шартты патогендік флораның бас көтеруі.

3. Инфекцияның бронх арқылы тарауы
4. Бейімдеуші факторлар әсері
5. Бронхтың секреция бөлу функциясының бұзылуы мен оның кірпікшелі эпителийінің өзгеруі .
6. Мукоцилиарлық клиренстің өзгеруі мен гуморалдық иммунитеттің төмендеуі.
7. Паренхиманың жергілікті қорғаныс механизмдерінің әлсіреуі және қан айналысының бұзылуы.
8. Өкпе тканінің инфильтрациясы пайда болу.
9. Қабыну процесінің тарауы.

Клиникасы (басты синдромдар)

1. Жай қабыну синдромы: қалтырап тоңу, дененің қызуы, бас ауруы , қан қақыру, қызба, кеуденің ауруы, ЭТЖ өсуі, лейкоцитоз, СРБ,ДФА фибриногеннің көбеюі.
2. Өкпе инфильтрациясы синдромы: кеуденің зақымданған жағының тыныс алуда қалыңқы болуы, дауыс дірілі мен бронхофонияның күшеюі, өкпе дыбысының әлсіреуі, везикула тынысының өзгеруі ,крепитация , рентгенологиялық белгілер.
3. Бронхообструктивті синдром: қақырық қиналып түсетін жөтел, экспираторлық демікпе, қысқырған өкпе дыбысының қорап реңі болуы, құрғақ сырылдардың естілуі.
4. Тыныс жетіспеушілік синдромы: демікпе,цианоз,ӨТС мен Тиффо-Вотчал тестігінің азаюы.
5. Жүрек әлсіздігінің белгілері болуы мүмкін
6. Астения синдромы: делсалдық, әлсіздік, тәбеттің болмауы, тез шаршау.
7. Басқа органдар мен жүйелер зақымдану синдромы:асқазан-ішек жолы, бүйрек, нерв жүйесі өзгерістері.

Емдеу принциптері

- Ауруханаға жатқызу , жатқан орында жеткілікті ауа болу,құнарлы тамақтандыру және тамақтың ішінде белоктің, майдың ,көмірсудің, витаминдердің жеткілікті мөлшерде болуы.
 - Антибактериалық терапия , антибиотиктерді қосып беру және оларды сульфаниламидтермен беру.
- Биспецификалық ем:
- Дезинтоксикация емі .
 - Өкпе тканіндегі микроциркуляция жақсарту
 - Артериалық гипотонияда- тамызғыш арқылы преднизолонның 30-40мг венаға жіберу.
 - Тыныс аналептиктері
 - Жүрек гликозидтері (строфантин, коргликон)
 - Наркотиктер тобына жатпайтын жөтел дәрілері
 - Обструктивті синдромда эуфилин, сальбутамол,солутан

1.Кіріспе

Жалпы

пневмония

бөлім:

белгілері

Ø Пневмонияның түрлері

2.Негізгі бөлім:

- Бала пневмониясы
- Бала пневмониясының жіктелуі, өту ағымы ерекшеліктері
- Ересек адамдағы пневмония көрінісі
- Ересек адамдағы пневмониясының жіктелуі, өту ағымы

3.Қорытынды

4. Пайдаланған әдебиеттер.

Пневмония – себебі негізінен бактериялық инфекция болатын, өкпенің респираторлық бөлшектерін зақымдап, альвеола ішінде экссудация, қабыну клеткаларының инфильтрациясы пайда болатын, паренхимаға экссудат сіңіп, бұрын болмаған, басқа аурулармен байланысты емес жергілікті қабынудың клиникалық-рентгенологиялық белгілері бой көрсететін жедел инфекциялық ауру.

Пневмония ең жиі кездесетін аурулардың бірі (әр 1000 тұрғын ішінде 3-15 адам ауырады). Ауруханадан тыс пневмонияда өлім 5% жағдайда, нозокомиальдық пневмонияда 20% жағдайда кездеседі. Пневмонияның диагнозын қоюда жіберілетін қатенің жиілігі 20%. Алғашқы үш күн ішінде дұрыс диагноз 35% жағдайда қойылады.

Аурулардың Халықаралық классификациясының «Пневмония» деген тарауынан физикалық, химиялық және аллергиялық факторлар себеп болатын және тамыр зақымдануына байланысты пайда болатын аурулар алынып тасталған. Пневмонияға инфекциялық ауруларда (оба, іш сүзегі, туляремия, қызылша, грипп т.б.) болатын өкпенің зақымдануы да кірмейді.

Этиологиясы және патогенезі. Пневмонияны қазіргі уақытта кездесетін барлық инфекциялық агенттер тудыра алады, бірақ практикада микроорганизмдердің шектелген саны ғана пневмонияның басым қоздырғышы болып табылады.

Әр кез сайын нақтылы түрде аурудың қоздырғышын анықтау қиын болғандықтан, пневмонияны тудыратын агентке бір бағытта баға беру үшін барлық пневмония аурухандан тыс пневмония, аурухана ішілік пневмония, аспирациялық және иммунитет жетіспеушілік пневмония болып бөлінеді.

Инфекция өкпенің респираторлық бөліктеріне бронхогендік, гематогендік (өкпеден тыс орналасқан инфекция ошағынан), лимфогендік (кеуде торы жарақаттанғанда) жолдар арқылы және зақымданған көрші тіндерден (бауыр абцессі) тікелей жұғу арқылы тарайды.

Халықаралық консесусқа сәйкес пневмонияның төмендегідей түрлерін ажыратады:

1. Ауруханадан тыс жүре пайда болған пневмония(бірінші ретті, үй пневмониясы).
2. Госпиталдық пневмония (екінші ретті,ауруханаішілік, нозокомиальдық).
3. Аспирациялық пневмония.
4. Иммунитет жетіспеушілігіндегі пневмония.

Этиологиясына қарай:

1. Бактериялық
2. Вмрустық
3. Микоплазмалық
4. Хладмидялық
5. Легионеллездік
6. Саңырауқұлақтық
7. Паразиттік
8. Аралас сабепті пневмония
9. Қоздырғышы анықталмаған пневмония.

Клиникалық-морфологиялық белгілеріне қарап:

1. Плевронпневмония (крупозды)
2. Бронхоневмония (ошақты)

Тарау дәрежесіне және орнына қарай:

1. Лобулярлық
2. Субсегменттік
3. Бөліктік
4. Біржақты
5. Екіжақты

Ауырлық дәрежесіне қарай:

1. Жеңіл пневмония
2. Орташа ауыртпалықты пневмония
3. Ауыр пневмония

Пневмонияның асқынулары:

1. Инфекциялық – токсикалық шок
2. Экссудатты плеврит
3. Дистресс – синдром
4. Тамыріші себінді қан ұю синдромы
5. Инфекциялық деструкция
6. Инфекциялы-аллергиялық миокардит
7. Бронхоспазм синдромы

Клиникасы. Пневмонияның клиникалық белгілері ауру қоздырғышының ерекшеліктері мен науқас адам организмінің күйіне байланысты болады.

Пневмониямен ауыратын адамның басты шағымдары – жөтел, қақырық бөлу, кеуденің ауыруы, ентігу, дене қызуының көтерілуі.

Жөтел құрғақ және қақырықты болады. Қақырық кілегейлі, кілегейлі-іріңді және тот түсті болады. Кеуде қабырғасының ауыруы қосымша плевритке байланысты өкпе қабы беттерінің бір-бірімен үйкелісінен пайда болады, ол тынысты терең алған кезде және жөтел кезінде күшейе түседі, науқас адам ауру жақ бүйіріне жатқанда азаяды. Дене қызу көтерілуінің пневмонияның себебіне байланысты шектелуіне

байланысты бой көрсетеді. Дене қызуы көтерілуінің пневмонияның себебіне байланысты сипаты әр түрлі болып келеді. Крупозды пневмонияда қызба тұрақты болады, оған қоса қалтырап тону кездеседі.

Басқа шағымдардан басқа интоксикацияға байланысты шағымдар да болады: бас ауырыуы, миалгия, диарея т.б.

Өкпе жағынан болатын белгілер: дем алған кезде кеуденің ауру жақ жартысынң қалыңқы болуы және өкпе тінінің тығыздалуы синдромының белгілері: дауыс дірілінің күшеюі, өкпенің қабынған бөлігінің үстінде перкуссиялық өкпе дыбысының тұйықталуы (әлсіреуі) немесе тынық дыбыс, тыңдағанда – бронх тынысы, крепитация және плевраның үйкеліс шуы.

Пневмонияның диагнозын қоюдағы ең маңызды тәсіл – рентгенологиялық тексеру, ол өкпе тінінің инфильтрациясын (оның мөлшерін, түрін және орнын), плевра қуысындағы сұйықтықты және өкпе тініндегі деструкция белгілерін анықтауға көмектеседі.

Компьютерлік томография өкпенің деструкциясы немесе ісік болуы мүмкін деген күдік туған кезде қолданады.

Бала пневмониясы. *Жедел пневмония.* Пневмониямен аурушандық жиілігі бір жасқа дейінгі мың балаға 10-15, ал 3 жастан асқан мың балаға 5-6 аурудан келеді.

Этиологиясы. Балалардың басым көпшілігінде пневмониялар этиологиясы инфекциялық. Соңғы кездегі мәліметтерге қарағанда пневмококктар ауруханадан тыс өрбитін пневмониялардың себебі ретінде байқалуда.

Сәбилерде пневмония өрбуіне бейімделуші жайларға ауыр перинаталдық дерттер (құрсақшілік гипоксия, асфиксия, асфиксия, туу кезінде ми мен жұлын зақымдары, пневмопатиялар т.б.), аспирациялық синдром, гипотрофиялар, іштен болатын жүрек ақаулары, өкпенің даму ақаулары, тұқым қуалайтын иммундық кемістік, гиповитаминоздар жатады. Мектеп жасындағы балаларда пневмонияға бейімделуші жайларға созылмалы ЛОР, инфекция ошақтары, рецидивті бронхиттер, темекі шегу жатады.

Жіктелуі. Ресей денсаулық қорғау министрлігінің, бала пульмонологиясы мен өкпенің тұқым қуалайтын аурулары жайлы проблемалық комиссиясы балалар пневмониясының жұмысшы жіктелуін XI-1995 жылы қабылдаған.

Госпиталдық пневмониялар – стационарда болғанна 48 сағат өткен соң не одан шығарылғаннан кейін 48 сағат өткен соң дамиды. Бұлардың ішінен ерте және кеш вентиляциялық түрін ажыратады.

Ошақты – пневмонияның ең жиі тараған түрі, ошақ көлемі 1 см одан үлкен.

Ошақты-қосылған – ошақты инфилтративті өзгерістер бірнеше сегменттерге не өкпенің түгел бөлігінде; бұнда тығыздау инфильтрация ошақтары және деструкция қуысы.

Сегментарлық – процеске сегмент түгел қатысып, ателектаз не гиповентиляция күйінде болады.

Бөліктік – лобарлық пневмоникалық инфилтрат.

Крупозды бөліктік (пневмококктік) пневмония тек Ресейде орын алған түсінік.

Интерстициалдық – пневмонияның сирек түрі, бұзылыс орны – өкпе интерстицийі. Пневмонияның созылыңқы ағымын қоюда мәндісі – пневмониялық процестің 6 апта – 8 ай арасында жазылып үлгермеуі.

Бала пневмониясының жұмысшы жіктелуі

Морфология гиялық фор масы	Жұқтыру жайы	Ағымы	Асқынулар	
			Өкпелік	Өкпеден тыс
Ошақтық	Ауруханадан тыс	Жедел	Сипневмониялық плеврит	Инфекциялық токсика лық шок
Сегментарлық	Ауруханаішілік	Созылыңқы	Метапневмоникалық плеврит	ЖҚҰ синдромы
Ошақты-өзара қосылған	Перинаталдық Жұқтыру бойында		Өкпе деструкциясы	Жүрек- қантамырлық жетіспеушілік
Крупоздық	Иммундытапшы лықты аурулар да		Өкпе абцессі	Респираторлық Дистресс синдромның Үлкендердегі типі
Интерстициалдық			Пневмоторкас	

Бала пневмониясының өзіндік сипатына регионарлық, бронхопульмоналдық бифупкациялық, паратрахеалдық лимфа түйіндерінің қабынуға ерте қатасуы жатады.

Балада, әсіресе сәбиде, жедел ағымды пневмония, әдетте, сегментарлық сипатпен жүретіні анықталды. Жасқа дейінгі балада пневмониялар оң өкпенің II-сегментіне не өкпенің IV-V, IX-X-сегменттерінде тұрақтайды. Ересек балаларда оң өкпенің II,VI,X және сол өкпенің VI,VII,IX,X-сегменттері ауруға жиірек ұшырайды.

Ошақты пневмония. Ошақты пневмониялардың түрлі варианттары бар – олар ең жиі кездесетін өкпе қабыну типі. Сәбилерде, мектепке дейінгі және оқушыларда аурудың жүрісі кейбір өзгешеліктермен сипатталады.

Клиникалық көрінісі. Мектепке дейінгі және мектеп жасындағы балаларда ошақты пневмонияның клиникасы «өкпелік» (респираторлық) шағымдар мен интоксикация белгілері, ТТ-көріністері және локалдық өзгерістерден құралады.

Ауру біртіндеп басталып, айқын белгілері бірінші аптаның соңы, келесінің басында шығады немесе кенет көрініп, алғашқы үш күнде-ақ дамып болады, олардың клиникалық көріністеріне сүйеніп, пневмония диагнозын қоюға қиын емес. Біртіндеп орын алатын варианттарында ЖРВИ-мен ауырған баланың хал-күйі аз уақыт түзелгенімен, интоксикация белгілері қайтадан артады: қызу көтерілу, бас ауыруы, хал-жағдайдың, тәбеттің төмендеуі, енжарлық немесе мазасыздану, ұйқының бұзылуы, қызудың көтерілуі дәрежесіне үйлессіз тахикардияның шығуы. «Өкпелік» шағымдар тыныс жолдары қатарының белгілері төмендеуіне байланысты көбейе түсіп, ылғалды жөтел пайда болады немесе күшейеді: ентігу, кейде кеудеде ауырсыну сезімі байқалады. Ентігу салмақ түскенде, мазасызданғанда, кейде баланың тыныс кезінде де көрінуі мүмкін. Шулы, экспираторлық ентігу пневмонияға тән емес. Тері түсі қуқылданып, кейде ерін-ауыз төңірегінде цианоз, ал тыныс алуда қосымша еттердің қатысы байқалады: өкпенің зақымданған жағында мұрын желбездегі кеңейіп, бұғанаүсті, қабырғааралық ойыстар ішке қарай кірігеді, егер плевра да ауруға шалынса, қабырғааралық ойыстар тегістеледі.

Ауру баланың қанын тексергенде лейкоцитоз, лейкоцитарлық формуланың солға ығысуы, ЭТЖ жоғарылағаны байқалады. Рентгенге түсіргенде ошақты және инфильтратты көлеңкелер өкпенің бір жағынан көрінеді.

Ошақты пневмонияның ағымы әдетте сәтті, өте жиі қоздырғышы пневмококктар болғандықтан, антибиотиктер жақсы әсер береді. Клиникалық және рентгендік айғу мерзімі – 3-4 апта.

Сәбилерде ошақты пневмонияның клиникалық көрінісі өзгеше. Аурудың алдына ТТ, токсикоз сипаттары шығып, ошақты өкпе өзгерістері кейінірек білінеді. Процесс кейде екі жақты болады. Сәбилердегі пневмонияның бастапқы кезеңінде катаралдық белгілер көрініс алады: түшкіру, құрғақ жөтел, қызуы субфебрильді не өте жоғары болып, баланың жалпы халі өзгереді (мазасыздық, нашар ұйқы мен тәбеттің төмендеуі). Емге қарамай жөтел көбейіп, баланың жалпы хал-жағдайы нашарлайды, енжар, өні бозарып, салмақ қосуы тоқтап, кейде үлкен дәреті тұрақсызданады, лоқсып, құсады. Аурудың осылай біртіндеп басталуы науқастардың көбінде кездеседі. Кейбір сәбилерде пневмония сау кезде-ақ, бірден денсеі қызып, күйі төмендеп, ентігу, жөтелдеп басталады.

Пневмонияның алғашқы кезеңінде аускультацияда қатаңдау дыбыс жауырын ұштарында естіледі. Уақ көпіршікті және крепитациялық сырылдар пневмонияның алғашқы күндері ауырған сәбилердің жартысында, кейінірек көпшілігінде естіледі. Пневмонияның айқын белгісіне ошақты сырылдар, ошақты қатаң дем алу жатады. Өкпенің екі жағынан да, әр жерден жайылмалы сырылдардың, оның ішінде ұсақ көпіршіктің де естілуі, бронхиолиттің белгісі. Дегенмен еш өзгеріссіз 5-7 күнге созылған бронхиолит сөзсіз пневмониямен асқынады.

Рентгенге түсіргенде ошақты пневмония өкпе кебінуімен көрінеді (көкеттің төмен ығысуы, өкпе суретінің мөлдірленуі), ал түбір маңында өкпе суреті қоюланады. Кіші ошақты көлеңкелер төңірегіндегі көмескілеу, шекарасы анық болмайды. Көбіне көлеңкелер өзара қосылып кетеді. Бұл өзгерістер II не IX, X-сегменттерде орын алады. Осындай лобулярлық пневмонияларды шетелдерде бронхопневмония дейді, өрі дүниежүзілік аурулар жіктемесінде де ол солай бекіген.

Сегменттік пневмониялар. Ошақты пневмониялар бір немесе бірнеше сегментке жаңылса, сегментті деп аталады. Көбіне бұндай ауруға диагноз қойылмайды: себебі тұрақты өзгерістер бірнеше күнге ғана созылады, ал ТТ, токсикоз, кейде тіпті жөтел де болмайды, сондықтан диагноды тек рентгенография арқылы қояды. Бұл вирустық инфекция кезіндегі өкпенің сегментті ісінуі болуы ықтимал.

Сегментті пневмония ағымының екінші вариантының клиникасы крупоздық пневмониядан аумайды: кенет басталуы, қызыну, аурудың кезеңді ағымы т.б. Сегментті пневмонияның белгісі ретінде іш, кеуде ауруы да мүмкін.

Крупозды пневмония негізінен мектепке дейінгі және мектеп жасындағы балаларда кездеседі, 1-3 жас арасында сирек, ал жасқа дейін өте сирек байқалады. Бұл пневмонияның патогенезі аллергиялық реактивтілікке байланысты. Крупозды пневмонияның бір жасқа дейін сирек кездесуін бұл жастағыларда пневмококке сесибилзация әлі пайда бомағандығынан деп санайды.

Балаларда крупозды пневмония өкпенің бөлігін түгел қамтып қоймай тек бірнеше сегментпен шектелуі мүмкін. Көп жағдайда ол оң өкпенің жоғарғы және төменгі бөліктерінде болады.

Клиникалық көрінісі. Ауру дене қызуының кенет көтерілуімен, бас ауырып, бала халінің күрт нашарлауымен, «тат түстес» қақырықты жөтелмен, кеуденің ауыруымен басталады. Аурудың алдында, аз уақыт бойы, ең әрісі бірнеше сағатқа ғана созылатын, жалпы әлсіздік, сүйек сырқырауы, бас ауыруы болуы мүмкін. Науқастың көпшілігі іштің оң жағы немесе кіндік тұсынан ауыратынына шағынады. Осы кезде құсу, іш кебу, іш өтуі байқалады, ауруды аппендицит, жедел ағымды гастрит не перитонитке ұқсатуға болады. Пневмонияның мұндай ағымы оның оң өкпеде, анық төменгі бөлігінде орналасып, висцеро-висцералдық рефлексстер пайда болуына байланысты. Дегенмен, еңтігудің ерекшелігі, пульс жиілігінің қызуға сәйкестігі, дем алуда кеуденің бір жағы қатысының азаюы, іштің еркін қимылы мен пальпацияда айқын қаттылықтың болмауы дәрігер ойын дұрыс жолға салады. Ересек балаларда аурудың «аппендикулярлы» түрі сирек кездеседі, олар кеселдің басынан-ақ кеудесінің ауыртанынына шағым жасайды, көбіне бұл арқа, иық, бүйірге таралады. Балалар аяқтарын кеудесіне бүгіп, ауру бүйіріне жатуды ұнатады. Мектеп жасына дейінгі кейбір балаларда ауру бастамасында денесі қызуы мен бас ауыруына құсу, сандырақтау, желкенің тартылуы, клоникалық тырысу қосылып, менингитке ұқсас белгілер шығады. Бұндай ағым пневмония оң өкпенің жоғарғы бөлігінде болғанда байқалады.

Дене қызуы үнемі жоғары болады, жөтел күшейеді, бірақ ауырсыну, мазасыздық азайып, жөтелі ылғалданады. Еңтігу күшейіп, цианоз және ерін мен бет ісінеді. Физикалық тексеруде аурудың 2-3-ші күнінен-ақ бронхтық тыныс, перкуторлық дыбыстың қысқаруы, тұрақсыз, нәзік крепитациялық сырылдар анықталады. Кейде сырылдар кейінірек естіледі.

Крупозды пневмонияда құбылыс түгелдей дерлік плевраны қамтыса да, ауру балалардың бәрінде плевра үйкелісінің дыбысы естіле бермейді. Сау өкпе мен қабыну жоқ бөліктерде перкуторлық дыбыс қорап тәріздес болады. Крупозды пневмонияның қызған кезеңінде өкпеден тыс өзгерістер де орын алады: жүрек-қантамыр, нерв жүйесі, бауыр, бүйрек.

Аурудың ұзақтығы берілген ем мен организм беріктігіне байланысты. Антибиотиктер пайда болғанға дейін қызу не күрт 5-7, 9-шы күндері төмендейтін. Антибиотиктермен емдеу іске асқалы мұдай заңдылық байқалмайды, қызу бұдан ертерек төмендеуі ықтимал. Баланың халі біртіндеп жақсарып, жөтел ылғалданады, бірақ үлкендердегідей сарғыш қақырықты жөтел балаларда сирек болады.

Интерстициалды пневмониялар. 1946 жылы Р. Ленк жедел ағымды пневмониялар арасынан төмендегі рентгендік сипаттарымен ерекшелінетін пневмонияларды бөліп шығарды:

1. Өкпе суретінің өзгерісі кеңейген түбірден ұршық тәріздес тарайтын, тұрпайы не нәзік жолақтардан тұрады. Бұлардан негізінде бронх-төңіректік инфильтрация және, мүмкін, бронхтардың экссудатпен толуы жатады.
2. Пневмония бар өкпе суреті ұялы әр түрлі көлемді тор тәрізді болады. Осы екі түрлі өзгерістердің үстіне кішілеу ателектаз ошақтары пайда, ұсақ дақтар көрінеді.
3. Жайылмалы, тартылған жіп тәріздес айқын көрінетін көлеңкелер бронхтар қысылуының белгілерімен бейнеленеді. Осы пневмонияларды ол *интерстициалдық* деп атады. Балаларда сирек, жедел ағымды пневмониямен ауыратын балалардың 1%-да ғана кездеседі.

Интерстициалдық пневмониялардың этиологиясы әрқилы. Олар вирустар, пневмоцисталар, хламидия, микоплазма, дертті саңырауқұлақтар, стрептококктар; алайда аурудан табылған инфекцияның өзін де дерттің себепшісі екенін айыру қиын.

Рентгендік көріністерінде интерстициалдық пневмонияларға сай аурудың клиникалық ерекшеліктерін ескеріп, олардың ағымын екі түрге ажыратады.

Манифестік, жедел ағымды тип. Сәбилер мен мектепте дейінгі, аллергиялық диатезі бар балаларда кездеседі. Кесел ауыр түрде басталады: нейротоксикоз, ТТ белгілері, қызудың көтерілуіне кейіннен жиі, маха кетіретін жөтел қосылды. Өкпеде катаралдық өзгерістер анық емес: бірен-саран, тұрақсыз, құрғақ сырылдар, сирек крепитация, ал бактериалдық инфекция қосылғанда ылғалды сырылдар естіледі. Перкуссияда тимпанит, өкпе түбірі кеңейеді (көбіне бір жақты). Аурудың ең ауыр ағымы гриппоздық геморрагиялық пневмонияда кездеседі: гипертермия, ауыр нейротоксикоз бен ТТ. Қан аралас, кейде көбікті қақырақ, коолапс. Тексергенде көбіне құрғақ және ылғалды сырыл, крепитация естіледі. Геморрагиялық синдромды қанның қантамырлар ішінде ұюына байланысты деп жорамалдайды. Ауруға оң жүректің жедел ағымды және созылыңқы жетіспеушілігі тән, бауыр аздап үлкейіп, микрогематурия байқалады.

Қанның газдық құрамында анық гипоксемия мен гиперкапния болады, олар альвеолярлық мембраналар бітелуінің (пневмооз), өкпе гипертензиясы мен өкпе артерио-веноздық шунттарының белгісі.

Аз симптомды, жеделдеу ағымды тип. Көбінесе мектеп жасындағы балаларда байқалады. ЖРВИ-мен ауырып тұрған балада енжарлық, шаршау, төбетінің төмендігі, субфебрилді қызу, бас ауыруы, жөтел сақталады. Мұндай ауруларда физикалық өзгерістер шамалы: аздаған интоксикация белгілері, қимыл жасағанда білінетін ентігу, кейде өкпе түбірінің кеңеюі, бірен-саран құрғақ сырылдар болады. Дегенмен реңі генге түсіргенде интерстициалды пневмонияның анық көріністері табылады. Иммунитеті әлсіреген балаларда кездесетін интерстициалдық пневмонияға тетрада тән: ентігу, гипоксемия, жалпылама интерстициалды инфильтрация, жөтел; әдетте, бұл пневмониялардың этиологиясы – пневмоцисталар.

Болжамы. Интерстициалдық пневмонияның жедел ағымды өте ауыр. Кейде токсикоздан, вирусты энцефалит пен ішкі ағзалардың вирусты бұзылысынан бала өліп те кетеді. Аурудың сәтті ағымының өзінде өкпенің рентгендік өзгерістері ұзақ сақталады (6-8 аптадай не бұдан да көп). Интерстициалдық пневмониялар пневмосклероз бен бронхоэктаздар дамуына соқтыруы мүмкін.

Түрлі қоздырушылардан дамыған пневмониялардың

негізгі ерекшеліктері

Пневмококктік пневмониялар. Жастан асқан балаларда бұлар барлық жедел ағымды пневмониялардың 80%-н құрайды. Ең жиі қоздырғыштары 6, 14, 19, 1, 3-ші, ал үлкендерде – 1, 8 және 18-ші пневмококк. Аурудың мерзімі – қыс, ерте көктем. Көбіне бөліктік (лобарлық-крупоздық), ошақты, өте сирек лобулярлық пневмония кездеседі. Кеселдің қызған бактериемия жиілігі 20-30%. Бұл пневмонияның еақты клиникасының триадасы (бірден, тоңып қалтыраудан басталатын дене қызуы, бүйірдің шаншуы, жөтел) ересек балаларда кездеседі. Аурудың балаларға тән сипаттары: өте жылдам басталуы, бүйірдің және іштің ауыруы, өкпенің ауыруы бар жерінде перкуторлық тонның қысқаруы және тыныс өзгергенімен сырылдың болмауы. Анық пневмококктік пневмонияның клиникасы – крупозды пневмония, ол жоғарыда айтылды. Бір-екі жастағы балаларда пневмококктік пневмония, әдетте, жедел ағымды респираторлық ауру түрінде басталып, ошақты пневмонияға ұқсас болады. Обструктивті синдром тән емес. Рентгенде дақты инфильтрациялық өзгерістер, олар ошақты физикалық симптомдардан ерте байқалады. Алайда, аурудың өкпелік симптомдары білінген соң тұрақты күйде көпке дейін кете қоймайды, тіпті бала пневмониядан айыққан кезде де олар әрі сақталады. Қан сынағында едеуір лейкоцитоз, солға жылжыған нейтрофилезбен көрінеді. Аурудың ерекшелігі – бактерияға қарсы жасалған емге (пенициллинге) сезімталдығы. Ерте берілген антибиотиктер аурудың айқын сипаты мен ағымын өшіреді. Кездесетін асқынулары: серозды – фиброзды плеврит, отит, сирек жағдайда – менингит. Болжамы сәтті, бірақ аурулардың 10-15%-да өкпеде іріңді асқынулар дамиды.

Стрептококктік пневмония. Көбінесе аутоинфекцияның белсенділігіне (бета-гемолитикалық, іріңді, жасылдаушы стрептококктер) байланысты, ал кейде экзогендік инфекциядан да болуы ықтимал. Тыныс ағзаларының ауыруы трахеит, некрозды бронхит, интерстициалды не ошақты пневмония түрінде болуы мүмкін. Көрнекті сипаттарына лимфа түйіндерінің реакциясы мен аурудың созылыңқы ағымға және іріңді асқынуларға бейімділігі (плевра эмпиемасы, булла, өкпе абсцесі, отит, лимфаденит, сүйек, буындар мен бүйректің метастатикалық бұзылыстары) жатады. Аурудың қызған кезеңінде бактериемия жиілігі 10%-дан аспайды. Пневмония клиникасы ошақтыға ұқсас, көбіне кенет, жылдам, кейде біртіндеп басталуы да мүмкін. Әдетте, стрептококктік пневмониялар улану, қалтыраумен жүретін дене қызынуы, өкпедегі айқын ошақты өзгерістер, жөтелмен ерекшеленеді. Дегенмен, физикалық өзгерістері тым аз болады, кейде диагноз тек рентген көмегімен ғана қойылады. Болжамы жайлы. Әдетте, толық айығу ұзаққа созылады, антибиотиктермен үсті-үстіне емдей нәтижесінде 1,5-2 айдан соң, одан да кеш мерзімде.

Стафилококктік пневмония. Пневмония біріншілік және екіншілік (метастатикалық, септикопиемия салдары) болуы мүмкін. Әсіресе жасқа дейінгі балаларда жиі кездеседі. Бұл вирустар ықпалымен белсенген аутоинфекциядан болуы да мүмкін. Стафилококктік деструктивті пневмонияның ауыр түрлері – антибиотиктер әсеріне төзімділіктің плазмидтік түрін алған стафилококктің госпиталдық штаммдарын жұқтырудың салдары. Алғашқы айдағы сәбилерде өкпенің стафилококктік деструкциясына дейін олардың кіші стафилококк инфекцияларымен ауыратын жағдайы аз емес (пиодермиялар, конъюнктивит, отит т.б.), соңғылары сәби организмін сенсублизациялауы ықтимал. Дегенмен де қиылысқан не қосарланған инфекция стафилококктік деструкцияның дамуына тікелей себепші болады. Стафилококктік пневмонияның ауыр түрлерін алтын түстес стафилококктер туғызады, бұлар коагулазаға оң жауап береді, бойынан гемолизин, лейкоцидин, дерматонекротоксин, беталактамаза (пенициллинді ыдыратушы фермент) сияқты ферменттер шығарады; сонымен қатар, Т-лимфоциттерді көбейтетін олардың суперантигендері де болады.

Стрептококктік пневмонияның клиникасы: сәбидің терісінде немесе кіндігінде стафилококктік зақымдар болады. Оның даму себебі – іріңдеген жарасы бар отбасы мүшесінің біреуі, кейде тіпті медицина қызметкерінің өзі болуы мүмкін. Жедел ағымды респираторлық аурудан соң сәбидің дене қызуы қайтадан жоғарылап, ушығады (мазасыздық, лоқсу, құсу не анорексия, диарея, енжарлық, ұйқы басы), бауыр және көкбауыр ұлғаяды. ТТ (ентігу, цианоз) дамиды, жөтел пайда болады. Стафилококктік инфекция не біржақты үлкен ошақты, не екі жақты бірақ бәрібір бір жағының ошағы басым болады (көбіне оң жақ). Бұл жерде перкуторлық дыбыс қысқа естіледі, тыныстың әлсіз не қатаң шығуы, жақсы естілетін ұсақ көпіршікті және крептициялық сырылдар анықталады. Кесел тез өрбіп, өкпеден тыс және өкпенің өзінде іріңді асқынулар: булла, абсцесс, пиоторакс, пиопневмотораксы және септикалық шок

орын алады. Қан сынағында әрқашан анемия, жоғары лейкоцитоз (20×10^9 /л-ден аса.), нейтрофилез, ЭТЖ жоғарылағаны анықталады. Бактериемия аурулардың 20-50%-да өлімге әкеледі.

Афанасьев-Пфейффер таяқшасы туғызатын пневмониялар (*Haemophilus influenzae B* типі). Соңғы кезде бұл пневмониялар жиі кездесуде. Көп жағдайда бұл сәбилер инфекциясын, назофарингит, отит, ларинготрахеит, эпиглоттит, пневмония, менингит дамытады. Кейбір авторлардың дерегі бойынша үш жасқа дейінгі балалардың отиті мен менингитінің 70%-ы осы қоздырушыға байланысты. Пневмония, әдетте, біртіндеп басталады: ауру ошақты не бөліктік (екіжақтылығы да сирек емес) пневмония түрінде жүреді. Жөтел әрқашанда болады, бірақ көбіне қақырықсыз, дене қызуы жоғары. Әдетте, балада отит не эпиглоттит (инспираторлық еңтігу, кеңірдектің ысқырық тәріздес сырылды), ларинготрахеит болады. Эмпиема, перикардит, менингит сепсис және басқа асқынулары тек бір жасқа дейінгі, әлсіз балаларда байқалады. Бактериемия сирек анықталады. Қан сынағында шамалы лейкоцитоз, лимфонения, ЭТЖ жоғарылауы аурулардың тек жартысында ғана анықталады. Кесел ағымы бірнеше аптаға созылады. Асқынбаған түрлерінің болжамы сәтті болады. Оқушыларда жиі госпиталдық инфекция түрінде кездеседі, әсіресе обструктивті бронхит бойында.

Клебсиеллездік пневмония. Қоздырушысы колиформалы капсулалы Грамм теріс (-) Фридендер таяқшасы. Бұл бацилла сау балалардың 5%-да тыныс жолы мен ішекте иммунитет кемістігінен басқа бір ауыр аурудан әлсіреген (туберкулез, лейкоз, бронхоэктазы бар) балалар мен нәрестелерде байқалады. Клебсиеллездік пневмония көбіне госпиталдық инфекция, ол аспаптар арқылы таралады. Ауру перзентханада жиі кездеседі. Ауырар алдында нәрестеде диарея мен құсу пайда болуы мүмкін. Клебсиеллездік пневмонияның белгілері: интоксикация, жедел басталу, бірақ өкпе тінінде өзгерістер бая жүреді (баяу ағымды пневмония-*pneumonia migrans*), экссудацияның көптігінен альвеолалар мен кіші бронхтардың бітелуіне байланысты сырылдар аз естіледі. Перкуторлық дыбыстың қысқарған анық білінеді. Өкпеде некротикалық және геморрагиялық көлемді өзгерістер өрбиді. Лобарлық (бөліктік) инфильтраттың сыртында қуыстар болады. Көбіне ауруға оң өкпенің жоғарғы бөлігі ұшырайды. Абсцесс, пиоторакс пайда болады. Науқастан өзгеше иіс сезіледі. Қызуы көтеріліп, айқын интоксикация орын алады. Зәр жолдарында инфекция жиі болып, басқа да метастатикалық ошақтар шығады. Сепсис өрбуі мүмкін. Летальдігі – 10-15%.

Көк-жасыл ірің таяқшасы туғызатын пневмония. Бұл – анық госпиталдық инфекция. *Pseudomonas aeruginosa* организмге тіндік тосқауылдардың кемістігіне байланысты түседі (терінің күйген жерінен, пункциялар жасағанда, катетер қойғанда және т.б.), ал өкпеге инфекция жұққан респираторлар арқылы енеді. *P. Aeruginosa* – муковисцидоз, өкпенің даму ақаулары, иммунитет кемістігі сияқты ауруларда пневмония туғызуға себепкер. Пневмония өкпе, бронхтардың некроздары, интоксикация, кома, тырысу дамуымен, ТТ шығуымен өтеді. Көп мөлшерде шырышты-іріңді немесе жасыл түсті қақырық болады. Көптеген кішігірім деструкция ошақтары болуы мүмкін; кесел көбіне дене қызуының қалыптылығымен не төмендеуімен, лейкопенияға бейімділігімен, қалыптағы ЭТЖ-мен ерекшеленеді. Болжамы қауіпті, себебі осы пневмонияның өзі сепсистің бір белгісі ретінде ғана болуы мүмкін.

Микоплазмалық пневмония. Бұл пневмонияның «айыпкері» — *Mycoplasma pneumoniae*. Түрлі авторлар оны жедел ағымды пневмонияның 11-21%-ның қоздырғышы деп есептейді. Кез келген жаста кездеседі, бірақ көбіне оқушылар ауырады. Инкубациялық мерзімі 1-3 апта. Ауру бірте-бірте катаралдық өзгерістерден басталады да дене қызуы 4-6 күнге қарай әбден үдейді. Айқын белгісі – жиі, мазасын кетіріп, көпке созылатын (кемінде 2-3 апта), аз қақырықты жөтел.

Пневмонияның асқынулары. Токсикоз – көбінесе аралас, вирусты-бактериалды инфекцияға бала организмнің ауыр қиналыс жауабы (реакциясы). Э.К. Цыбулькин бұны инфекциялық-токсикалық шок пен ми бұзылысының қатар қосарлануы деп есептеп, вирустың гипоталамусқа, яғни вегетативтік нерв орталықтарына деген аса жақындығының салдары ретінде түсіндіреді. Токсикоз ағымының үш сатыға бөледі: I саты – интракапиллярлық бұзылыстар басымдағы (шеткі тамырлар спазмы және қан реологиясының бұзылуы); II саты – экстракапиллярлық бұзылыстар басымдағы (тамыр өткізгіштігінің

артуы, интерстициалдық ісіну, жергілікті және жалпылама қантамырлық қану); III саты – қуат пен мембраналық тасымалдау кемістігі, ісіну және клеткалар өлуімен шектелетін клеткалық мембраналар бұзылысының артуы.

Қазіргі кезде токсикалық, септикалық шоктың өрбуінде негізгі рөлді суперантигендер (мысалы стафилакокк) атқарады деп есептелінеді. Олардың хелперлік Т-лимфоциттерді тым қатты белсендіретіні анықталды. Осы иммундық клеткалар интерлейкин – 2 көптеп шығарады, ал соңғының жоғары концентрациясы дерттік әсерді молайтады.

Ересек адамдағы пневмония көрінісі. Жедел пневмониялар. Пневмония аурулары көп жағдайда көбінесе қайтымды болады да, өкпе паренхимасының (альвеолалар мен жартылай ұсақ бронхтардың) инфекциялық қабынуымен сипатталады. Көбінесе пневмонияны бронхтық-өкпелік инфекциялар туғызады: бактериалдық (бәрінен бұрын пневмококктар, сонымен қатар стафилококктар, аралас аэробты, грамм терісті, т.б.), вирустық, микоплазмалық, саңырауқұлақтық, риккетсиоздық жедел пневмонияның қоздырғышы ретінде белгілі. Пневмония ауруына қоздырғыштармен қатар, мына жағдайлар да әсер етеді: біріншіден, қатты суық тиіп қалудың әсерінен болады, екіншіден ауру иммунодепрессанттарды ұзақ қабылдаған науқастарда байқалатын иммундық реакциялардың бұзылуының нәтижесінде өршиді, сонымен қатар бұл жағдай алкогольдерде, жүрегі, бүйрегі ауыратын қарт адамдарда жиі кездеседі. Қоздырғыштың ішке кіретін негізгі жолдар ауадан немесе мұрын, жұтқыншақ жолдары арқылы болатындықтан, оның жолдарына байланысты, өкпенің қорғаныс механизмдерінің бұзылуының да орны ерекше зор. Өкпеге инфекция гематогендік жолдармен де енеді. Пневмониялық ошақ – бұл бүкіл морфологиялық қабыну белгілерімен сипатталған, зақымдалған альвеолалардың ішінде жиналған экссудаты бар өкпелік инфильтрат. Әдетте, инфильтрат белгілі бір кезеңдермен дамиды. Өкпе зақымдануының мөлшеріне және орналасуына байланысты пневмонияларды крупозды (бөлікті), ошақты (сегментарлы немесе полисегментарлы бронхпневмония) пневмония және қабынулық өкпелік инфильтрацияның ерекше түрі – интерстициалдық түрлерге бөледі. Пайда болу ерекшелігін ескере отырып, іріңдерге бейімделген аспирациялық пневмонияларды иммунитет нашарлаған кездегі, СПИД-пен ауырған, иммунодепрессанттар қабылдаған науқастардың пневмонияларынан бөліп қарастыру керек.

Қазіргі уақытта легионеллалардан, микоплазмалардан, хламидиялардан құс вирустарынан пайда болған пневмонияларды атипиялық деп атайды. Пневмониялардың барлық түрлері дене қызуының көтерілуімен, әр түрлі дәрежелі интоксикациямен, жөтелмен және физикалық және қосыша тексреу әдістерімен анықталған өкпе тығыздалуының инфильтрациясының түрі және оның белгілерімен анықталады.

Крупозды пневмония өкпенің бір мезгілде бүтіндей бір немесе бірнеше бөліктерінің зақымдануымен, сол сияқты қабыну үдерісіне өкпе қабының да қосылуымен сипатталатын ауру. Сондықтан крупозды пневмонияны бөлікті немесе плевропневмония деп те атайды.

Аурудың клиникалық көріністері дене қызуының жіті де қатты (39-40°C-ға дейін) көтерілуімен сипатталады. Қалтыраудың тұрақты түрі, күйзелісті қалтырау, бастың ауруы, ұйқысыздық, сандырақтау, интоксикация симптомдары тән. Науқаста алдымен құрғақ, соңынан қақырықты жөтел пайда болады. Қақырық шырышты-іріңді, құрамындағы қан және фибрин оған өзгеше «тотық түр» береді. Аурудың бірінші күндерінен бастап кеуде клеткасының зақымданған жағында құрғақ плевритке тән ауырсыну сезімі пайда болуы мүмкін.

Объективті тексергенде аурудың жиі және үстірт дем алуы анықталады, бұл кезде дағдыдағыдай дем алу актісіне қосымша тыныстық бұлшық еттер қатысады. Науқастың беті қызарған, ерін мен мұрын желбезектері аймағында (әдетте зақымданған өкпе жағынан) герпетикалық бөртпелер анықталады. Кеуде клеткасының инфильтрат орналасқан жағы дем алу актісінен қалып отырады. Бұл аймақ үстінен пальпация жасау кезінде дауыс дірілінің айқын күшейгенін сезуге болады. Перкуссияда өкпелік

дыбыстың қысқарып тұйықталуы, көп жағдайда тимпаникалық түрі байқалады, аускультацияда альвеолалардың қабынуы нәтижесінде әлсіреген везикулярлық тыныс, сықырлар (*crepitatio indux*) естіледі, бірақта бұл жағдай альвеолаларға ауа кіріп-шығып тұрғанда ғана байқалады. Айқын белгіленген тығыздалу кезеңінде (бауырлануда) перкуторлық дыбыстың тұйықталуы білініп, тыныс-бронхофония күшейеді. Пневмонияның шешілу кезеңінде қайтадан, бастапқы кезеңіндегідей физикалық белгілер анықталады, олардың ішінде сықырлау да (*crepitatio redux*) естіледі. Пневмониямен қатар өрбіген құрғақ плеврит кезінде үйкеліс шуылы да естіледі. Қанда нейтрофилді лейкоцитоз көп мөлшерде болады, әсіресе жас клеткалар көбейеді, яғни солға қарай ығысу байқалады, ЭТЖ-ның жылдамдауы, гипер-альфа-глобулинемиялық өзгерістер білінеді. Қақырықта белок, эритроциттер, лейкоциттер көп болады.

Рентген сәулесі арқылы тексергенде өкпеде тығыз гомогенді, бір немесе бірнеше бөліктерден тұратын инфильтрат анықталады.

Ошақты пневмония (бронхопневмония) бронхтарда және олардың айналасында жатқан өкпе паренхимасындағы инфекциялық қабыну үдерісінің дамуымен сипатталады. Әдетте, бұл сырқат түрінде өкпенің бір немесе бірнеше сегменттері зақымданады, сондықтан пневмонияның бұл түрін сегментарлы немесе полисегментарлы пневмония деп те атайды.

Бронхопневмонияның себебі әр түрлі инфекциялық агенттер болуы мүмкін, әсіресе Пфайффер таяқшасы, стафилококктар және пневмококктар бәрінен де жиі кездеседі. Әдетте, бұл ауру созылмалы бронхитпен немесе бронхоэктазбен ауырған науқастарда, сонымен қатар қант диабетімен, кіші қан айналым шеңберінде қан іркілуімен асқынған жүректің созылмалы ауруымен ауыратын науқастарда, жарақаттанған немесе операция жасалған адамдарда пайда болады. Ошақты пневмониядан бұрын жоғарғы тыныс жолдарының қабынуы жиі кездеседі.

Клиникасы. Кейбір жағдайларда ошақты пневмония аяқ астынан пайда болуы мүмкін, көбінесе ол трахеобронхитпен немесе жіті респираторлық инфекциялармен қоса дамиды. Алғашқы белгілері дене қызуының көтерілуімен, жөтелдің күшеюімен, аз да болса іріңді-шырышты қақырықтың бөлінуімен байқалады. Егерде пневмония физикалық тексеру әдістерімен анықтауға болады. Бұл кезде дауыс дірілінің күшеюі, перкуторлы дыбыстың тұйықталуы, везикулярлық тыныстың қатаң түрі, ұсақ көпіршікті дауысты ылғалды сырылдар анықталады. Тереңдеу орналасқан ошақтың белгісі ретінде тек қана ылғалды, күшті дыбысты, ұсақ көпіршікті сырылдар естіледі. Сырылдардың жақсы естілуі бронх тәңірегіндегі өкпе тінінің тығыздалуына тікелей байланысты болады.

Қанда лейкоциттер формуласының сәл ғана сол жаққа ығысуы байқалады, лейкоцитоз аздап көбейеді.

Рентген сәулесімен тексергенде өкпенің сегментарлы немесе полисегментарлы гомогенді қараюы анықталады, әдетте, олар өкпенің төменгі бөліктерінде орналасады.

Қорытынды:

Пневмония – себебі негізінен бактериялық инфекция болатын, өкпенің респираторлық бөлшектерін зақымдап, альвеола ішінде экссудация, қабыну клеткаларының инфильтрациясы пайда болатын, паренхимаға экссудат сіңіп, бұрын болмаған, басқа аурулармен байланысты емес жергілікті қабынудың клиникалық-рентгенологиялық белгілері бой көрсететін жедел инфекциялық ауру.

Пневмония ең жиі кездесетін аурулардың бірі (әр 1000 тұрғын ішінде 3-15 адам ауырады). Ауруханадан тыс пневмонияда өлім 5% жағдайда, нозокомиальдық пневмонияда 20% жағдайда кездеседі. Пневмонияның диагнозын қоюда жіберілетін қатенің жиілігі 20%. Алғашқы үш күн ішінде дұрыс диагноз 35% жағдайда қойылады.

Пневмонияны қазіргі уақытта кездесетін барлық инфекциялық агенттер тудыра алады, бірақ практикада микроорганизмдердің шектелген саны ғана пневмонияның басым қоздырғышы болып табылады.

Әр кез сайын нақтылы түрде аурудың қоздырғышын анықтау қиын болғандықтан, пневмонияны тулыратын агентке бір бағытта баға беру үшін барлық пневмония ауруханадан тыс пневмония, аурухана ішілік пневмония, аспирациялық және иммунитет жетіспеушілік пневмония болып бөлінеді.

Инфекция өкпенің респираторлық бөліктеріне бронхогендік, гематогендік (өкпеден тыс орналасқан инфекция ошағынан), лимфогендік (кеуде торы жарақаттанғанда) жолдар арқылы және зақымданған көрші тіндерден (бауыр абцессі) тікелей жұғу арқылы тарайды.

Пневмониямен ауыратын адамның басты шағымдары – жөтел, қақырық бөлу, кеуденің ауыруы, енгігу, дене қызуының көтерілуі.

Жөтел құрғақ және қақырықты болады. Қақырық кілегейлі, кілегейлі-іріңді және тот түсті болады. Кеуде қабырғасының ауыруы қосымша плевритке байланысты өкпе қабы беттерінің бір-бірімен үйкелісінен пайда болады, ол тынысты терең алған кезде және жөтел кезінде күшейе түседі, науқас адам ауру жақ бүйіріне жатқанда азаяды. Дене қызу көтерілуінің пневмонияның себебіне байланысты шектелуіне байланысты бой көрсетеді. Дене қызуы көтерілуінің пневмонияның себебіне байланысты сипаты әр түрлі болып келеді. Крупозды пневмонияда қызба тұрақты болады, оған қоса қалтырап тоңу кездеседі.

Басқа шағымдардан басқа интоксикацияға байланысты шағымдар да болады: бас ауырыуы, миалгия, диарея т.б.

Өкпе жағынан болатын белгілер: дем алған кезде кеуденің ауру жақ жартысынң қалыңқы болуы және өкпе тінінің тығыздалуы синдромының белгілері: дауыс дірілінің күшеюі, өкпенің қабынған бөлігінің үстінде перкуссиялық өкпе дыбысының тұйықталуы (әлсіреуі) немесе тынық дыбыс, тыңдағанда – бронх тынысы, крепитация және плевраның үйкеліс шуы.

Пневмонияның диагнозын қоюдағы ең маңызды тәсіл – рентгенологиялық тексеру, ол өкпе тінінің инфильтрациясын (оның мөлшерін, түрін және орнын), плевра қуысындағы сұйықтықты және өкпе тініндегі деструкция белгілерін анықтауға көмектеседі.

