

«Астана медицина
университеті» АҚ



№1 балалар аурулары
кафедрасы

Балалардағы пневмония

Дайындаған: Мұхамедияр М
537 ЖМ тобы.

Тексерген: Макибаева М. Г

Астана 2017

Жоспар

I Кіріспе

1. Пневмония анықтамасы

II Негізгі бөлім

2. Жіктелуі

3. Жас ерекшеліктеріне байланысты пневмония этиологиясы,

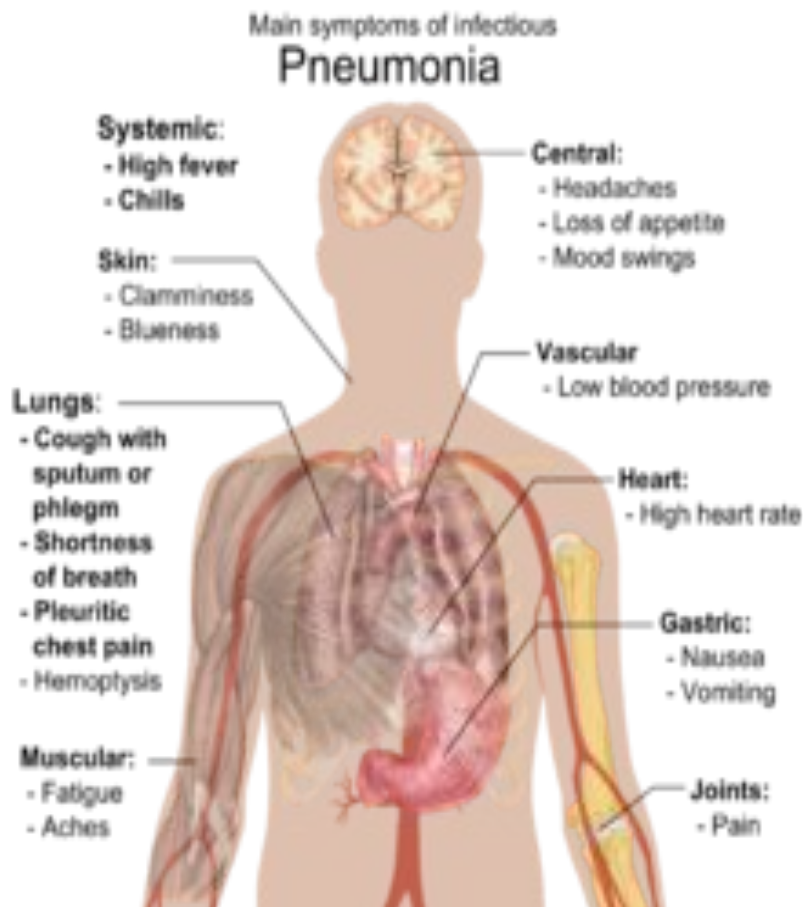
4. Патогенезі

5. Диагностика критерийлері.

III Пневмонияның емі

Пайдаланған әдебиеттер.

Пневмония



Пневмония (гр. *pneumon* — өкпе), өкпе қабынуы — өкпе тінінің қабынуынан немесе басқа аурулардың асқынуынан болатын өкпенің жұқпалы ауруы. Ол көбіне қызылша — өкпе), өкпе қабынуы — өкпе тінінің қабынуынан немесе басқа аурулардың асқынуынан болатын өкпенің жұқпалы ауруы. Ол көбіне қызылша, көкжөтел — өкпе), өкпе қабынуы — өкпе тінінің қабынуынан немесе басқа аурулардың асқынуынан болатын өкпенің жұқпалы ауруы. Ол көбіне қызылша,

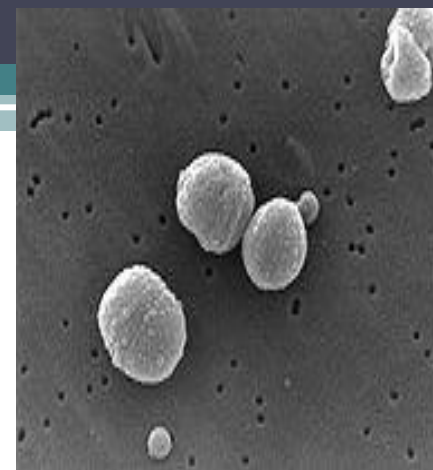
Жіктелуі

- Инфекция бойынша пневмонияны осындай түрлеріне бөледі:
Ауруханадан тыс (үйдегі) және ауруханалық (госпитальды)
- Жана туған балаларда — ауруханалық (туа біткен) және жғғып алынған (постнатальды); ақырғылар ауруханалық және ауруханадан тыс болуы мүмкін. ӨӨВ жатқан балалардағы пневмонияны ерте түріне бөледі (ӨӨВ бірінші 72 сағат) және кейінірек (4 тәулік және одан да көп ӨӨВ).
- Сондай-ақ иммундық жүйесі ауыратын адамдардың пневмониясы бар. Ауруханадан тыс деп қалыпты өмір жағдайында пайда болған пневмонияны айтады, аурухана ішілік деп — бала ауруханада болу кезіндегі 72 сағат аралығында дамыған пневмония, немесе ауруханадан кейін 72 сағат ішінде дамыған. Жатыр ішілік пневмония деп баланың алғашқы 72 сағат өмірінде пайда болған пневмония.

Жіктемесі:

- 1. Пайда болуы бойынша: ауруханадан тыс, аурухана ішінде, құрсақ ішілік (туа біткен), постнаталды, иммундық тапшылығы бар балаларда, энцефалопатиясы бар балаларда аспирациалық.
- 2. Түр бойынша: ошақты, ошақты-құйылмалы, сегментарлы, крупозды (қадақ), интерстициалды.
- 3. Ағымы бойынша: жіті, ұзақ.
- 4. Ауырлығы бойынша: ауыр емес, ауыр және өте ауыр.
- 5. Асқынулар: I-III дәрежедегі жеткіліксіздігі, өкпелік (плеврит, абсцесс, буллалар, пневмоторакс, пиопневмоторакс) және өкпеден тыс (токсикоз, нейротоксикоз, ОССН, ДВС, БЖЖ), өкпенің ісінуі және ателектаз.

Этиология



Пневмонияның этиологиялық спектрі, оның диагностика критерийлерімен байланысты. Пневмония этиологиясы вирустардың таралуынан деу үшін озық диагностикалық критерийлер керек. Өкпе инфильтрация немесе ошақ болмаған кезеңдегі бронхиолит этиологиясында вирустар жетекші рөл атқарады, ондай кезеңдерде антибиотиктерсіз олардың табысты емдеуін дәлелдейді. 77–83% өкпе зақымдануының арасында, ошақты немесе инфильтративтік өзгерістермен жүретіндер бактериялық қоздырғыштармен көрсетілген.

Бұрын ауруханада болған немесе (4-6 апта) антибиотиктермен емделген балалардың пневмониясының этиологиясы ерекшеленеді.

Неонаталдық пневмония

- Әдетте аурухана ішілік пневмония В Streptococcus пен қоздырылады, сирек жағдайларда — басқа қоздырғыштар (Escherichia Coli, Klebsiella pneumoniae, Staphylococcus epidermidis және Staphylococcus), парентальды жұғу кезіне — G және D стрептококк топтары, Listeria monocytogenes, Treponema pallidum. Ерте пневмонияға этиологиялық құрылымы ұқсас. Кейінірек деп жиі пневмония туындаған кезде МӨВР aeruginosa, Acinetobacter, Serratia, эпидермиялық және алтын стафилококк, оның ішінде метициллин-төзімді, жиі түрлі Candida саңырауқұлақтар бірлесіп, микоплазма, Chlamidia trachomatis қоздырғыштары болуы мүмкін.

Өмірінің алғашқы 6 ай ішінде балалардың ауруханадан тыс пневмония

- Өмірінің алғашқы 6 ай ішінде балалардың ауруханадан тыс пневмониясын екі топқа бөлуге болады, клиникалық көріністерімен және этиологиясымен сипатталады: типтік пневмония — фокальды (ошақты, тармағы), фебрильды дене қызуы болған кезде пайда болады және атипті — өкпенің басым диффузды өзгерістермен, сәл жоғары немесе қалыпты дене температурасында.
- Типтік пневмония жиі үйреншікті тамақпен аспирация кезінде балаларда орын алады (рефлюкспен, дисфагиямен), сондай-ақ муковисцидоздың алғашқы көрінісі ретінде, иммундық бұзылыстарда.
- Негізгі қоздырғышы — *E. coli* және басқа да грам теріс ішек флорасы, стафилококктар, сирек *Moraxella catarrhalis*. Аз жағдайда ортақ патогенді рнеумососсі болып табылады, және *H. influenzae*, әдетте ЖРВИ мен ауыратындармен байланыста болған балалар (отбасында әдетте басқа бала)
- Атипты пневмонияның жиі қоздырғышы *Chlamidia trachomatis*, босану кезінде нәрестеге жұқтыру, әлдеқайда аз — *Pneumocystis carini* (шала туылған және АҚТҚ-жұқтырған); этиологиясы бойынша *M. hominis* *U. urealyticum*.

6 ай-5 жас арасындағы балаларда ауруханадан тыс пневмония

- 6 ай–5 жас арасындағы балаларда ауруханадан тыс пневмония жиі (70–88%) *S. Pneumoniae* қоздырады, өкпенің суынан жиі пневмококк табылады сонымен қатар капсуласы жоқ *H. Influenzae* табылады. В типті *H. influenzae* сирек кездеседі (10% дейін), ол пневмококкпен қосыла отырып деструкция және плевритпен күрделенген пневмонияға жиі жағдайларда әкеледі. Стафилококктар сирек кездеседі. «Атипті» пневмонияда, *Mycoplasma pneumoniae* мен қоздырылғанда, 15% байқалады, *Chlamidia pneumoniae*— 3–7% болады. Бұл жаста жиі респираторлы-синцитиальды вирусты анықтайды, грипп вирусы және парагрипп, рино- және аденовирус (тип 1, 2, 3, 4, 5, 7, 14, 21, 35) жиі бактериялық қоздырғыштар бар. Вирустық және бактериялық инфекциялар аралас кезде, вирус, шамасы төменгі тыныс жолдарының бактериялық флора жұқтыруына ықпал ететін фактор ретінде табылады.

7-15жас арасындағы балардың ауруханадан тыс пневмониясы

Типтік (пневмококкты) пневмониялар шамамен 35–40% барлық жағдайларды құрайды, атипті пневмониялар, *M. Pneumoniae* және *S. pneumoniae*, қоздырылғандар — 23–44% және 15–30%. b типті *H. Influenzae* дерлік анықтау жоқ, сирек жағдайларда пневмонияны іріңді стрептококк туғызады, ол бадамша безі ошағынан лимфогенды жолмен тарайды. Аурухана ішілік пневмония патогенді ауруханадан тыс пневмониядан қоздырғыштардың спектрімен және олардың антибиотикке төзімділігімен ерекшеленеді, бұл жиі асқынуларға әкеп соғады, сол жағдайдан өлімдік жиі болады. Олардың этиологиясында аурухана флорасы үлкен рөл атқарады (антибиотиктерге жиі төзімді), сонымен қатар науқастың аутофлорасы, оның қарсылығы алдын ала антибиотикпен емдеумен байланысты. Микрофлораның табиғаты аурухана мен эпидемиологиялық режимге байланысты. Педиатриялық ауруханаларда аурухананың патогенді қоздырғышы көбінесе *E. Coli* болып табылады және *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus* spp., цитробактер, *epidermidis* стафилококк немесе соның ішінде метициллин-төзімді стафилококк.

Патогенезі:

- Инфекция өкпеге бронхогенді, лимфогенді, гематогенді жолдармен түседі. Өкпенің қорғаныс қызметі төмендеп қабыну процесі дамиды. Өкпенің вентиляциясының және газ алмасуының бұзылыстары гипоксияға және гипоксемияға әкеледі. Зат алмасудың барлық түрлері бұзылады.

Диагностикалық критерийлері:

- **Шағымдар мен анамнез:** жөтел.
Физикалық тексеру: жиі және ауыр тыныс алу: 2 айға дейін > минутына 60 рет;
- айдан -12 айға дейін > минутына 50 рет;
- 12 айдан 5 жасқа дейін > минутына 40 рет; 5 жастан жоғары - минутына 28 рет;
- кеуде клеткасының төменгі бөлігімен ауаны тарту; қызба; пысылдап дем алу (нәрестелерде); аускультативтік белгілер (әлсіз немесе бронхиалды тыныс алу, сырылдар, плевраның үйкеліс шуылы, дауыстық резонанстың бұзылуы).

Лабораторлық зерттеулер: қанның жалпы анализі (солға нейтрофильдік ығысумен лейкоцитоз, лейкопения, ЭТЖ жоғарылауы).



Инструменталдык зерттеулер

- Өкпелік асқынуларды анықтау үшін, көкірек клеткасын рентгенологиялық зерттеу (плевралық жалқық (экссудат), эмпиема, пневмоторакс, пневматоцеле, интерстициалды пневмонияны, перикардиалды жалқық)

Мамандар консультациясы үшін көрсетімдер:

- - пульмонолог - созылмалы ағым кезінде, демікпелік тыныс болғанда;
- - хирург - деструктивті асқынулардың дамуы кезінде.

Негізгі диагностикалық шаралар тізімі:

- 1. Жалпы қан анализі (6 параметр).
- 2. Жалпы зәр анализі.
- 3. Ішек құрты жұмыртқасына нәжісті тапсыру.

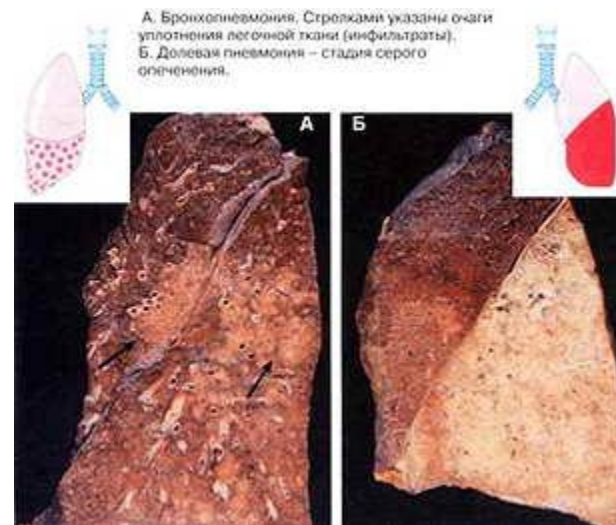
•

Қосымша диагностикалық шаралардың тізімі:

- 1. Рентгенологиялық зерттеу (көрсетілім бойынша).
- 2. Сыртқы тыныс алу қызметін зерттеу, пульсоксиметрия - тахипноэ немесе клиникалық гипоксиясы бар барлық балаларға (көрсетілім бойынша).
- 3. М. Рneumoniae верификациясы үшін суықтық агглютининдер (көрсетілім бойынша).
- 4. Хламидиозға зерттеу, кандида түрінің саңырауқұлақтарын зерттеу, морфологияны зерттеу (көрсетілім бойынша).
- 5. Бронхоскопия (көрсетілім бойынша).
- 6. Компьютерлік томография ЭКГ (көрсетілім бойынша).
- 7. Микробтардың антибиотиктерге сезімталдығы (көрсетілім бойынша).
- 8. 2 жастан жоғары жастағы балаларда Мусорplazma IgM зерттеу (көрсетілім бойынша).

Зақымданған аймағына байланысты:

- Ошақты
- Сегментарлы
- Крупозды
- Интерстициальды



Ағымына байланысты:

- *Жедел /2 айға дейін/*
- *Созылыңқы /2-8 ай/*
- *Созылмалы /8 айдан жоғары/*

Ауырлығына байланысты:

- Жеңіл.
- Орташа.
- Ауыр.

Асқынуына байланысты:

- 1. Асқынған.
- 2. Асқынбаған.

Өкпе қабынуының жаңа туған және шала туылған балалардағы ерекшеліктері:

- Ауру әлсіз айқындалады, дене қызуы көп жағдайда көтерілмейді, бала жөтелмеуі мүмкін, бірақ жиі шашалған сияқты болады, тәбеті төмендеп, салмағы азаяды. Аллергияға бейім балаларда тыныс алу жетіспеушілігінің синдромдары жедел өседі, алыстан естілетін ысқырған сырыл пайда болады. Стафилококкпен шақырылған пневмониялардың ерекшелігі-өкпе тканінде ірің мен ауаға толы қуыстар-буллалар пайда болады да өте ауыр өтеді., кейде ірің плевраға өтіп іріңді плевритпен асқынады.

Клинико-рентгенологиялық көрсеткіштері бойынша:

- ошақты,
- Ошақты — төгілген,
- жеке (крупозды),
- сегментарлы,
- интерстициональды пневмония.
- Ауыр емес және ауыр пневмония бар, ауырлығының себебі өкпе жүрек ауруы және токсикоз, және асқынулардың болуы. Негізгі асқынулар плеврит болып табылады (синпневмоникалық және метапневмоникалық), өкпе деструкциясы (абсцесс, булдар, пневмоторакс, пиопневмоторакс), инфекциянды-токсикалық шок. Дұрыс емдесе, ең асқынбаған пневмония 2-4 апта ішінде емделеді, асқынған — 1–2 ай

Клиникалық	Лабораторлы
<ul style="list-style-type: none"> • ЖТЖ: — тыныс жиілігі > 30 рет минутына — қанды оттегімен қанықтыру < 90% • 	<p>Лейкопения (< 4 · 10⁹/л) немесе лейкоцитоз (> 15 · 10⁹/л) •</p>
<p>Гипотензия: — систолалық АҚ < 90 мм рт.бс. — диастолалық АҚ < 60 мм рт.бс. •</p>	<p>Гипоксемия: — SatO₂ < 90%+ — PaO₂ < 60 мм.рт.б. • Гемоглобин < 100 г.л • Гематокрит < 30% •</p>
<p>Екі немесе бірнеше бөлігінің зақымдалуы • Сана сезімі бұзылған • өкпеден тыс қоздырғыш (менингит, перикардит ж.б.) •</p>	<p>Жедел бүйрек жеткіліксіздігі: — анурия — қандағы креатинин > 176,7 мкмоль.л — мочевинадағы азот — 7 ммоль/л</p>

Дифференциалды диагноз

ПНЕВМОНИЯ

- Жөтел және жиілеген тыныс: жасы < 2 ай > 60/мин.
- жасы 2-11 ай > 50/мин.
- жас 1-5 жас > 40/мин.
- Көкірек клеткасы төменгі бөлігінің ішке тартылуы
- Қызба
- Аускультациялық белгілер – әлсіздеген тыныс, ылғалды сырылдар
- Мұрын қанатының кебуі
- Уһілеген тыныс (ерте жастағы нәрестелерде)

БРОНХИОЛИТ

- < 2 жастағы нәрестенің демікпелік тынысының бірінші жағдайы
- Бронхиолитпен аурушандықтың мезгілдік арту кезеңіндегі демікпелік тыныс
- Көкірек клеткасының кеңеюі
- Ұзарған тыныс алу
- Аускультацияда – әлсіздеген тыныс (егер айқын болса өте күшті – тыныс жолдарының түйілуін алып тастау)
- Әлсіз реакция немесе бронхолиттік заттарға реакцияның болмауы

Дифференциалды диагноз

Туберкулез	<ul style="list-style-type: none">- Созылмалы жөтел (> 30 күн)- Салмақтың нашар дамуы/қалып қоюы немесе салмақ жоғалту- Оң Манту реакциясы- Анамнезде туберкулез науқсымен жанасу- Рентгенологиялық белгілер: біріншілік кешен немесе миллиарлы туберкулез- Үлкен жастағы балаларда қақырықты зерттеу кезінде туберкулез микобактерияларының табылуы
Көкжөтел	<ul style="list-style-type: none">- Дірілді өзіне тән ысқырмалы тыныспен, құсумен, цианоз немесе апноэмен қатар жүретін пароксизмальді жөтел- Жөтел ұстамалары арасында өзін-өзі жақсы сезіну- Қызбаның болмауы- Анамнезінде АҚДС вакцинасының болмауы
Бөгде дене	<ul style="list-style-type: none">- Тыныс жолдарының механикалық обструкциясының кенеттен дамуы (нәресте «түйілді») немесе стридор- Кейде демікпелік тыныс немесе кеуде клеткасының бір жағынан патологиялық кеңеюі- Перкуторлық дыбыстың күшеюімен және аралықтың ығысуымен ауаның тыныс жолдарында бөгеліп қалуы- Өкпе коллапсының белгілері: әлсіздеген тыныс және перкуторлық дыбыстың тұйықталуы- Бронхолиттік заттарға реакцияның болмауы

Дифференциалды диагноз

Плевраның шығуы/эмпиемасы

- Перкуторлық дыбыстың «тас» тұйықтығы
- Тыныстық шудың болмауы

Пневмоторакс

- Кенеттен басталу
- Перкуссия кезінде көкірек клеткасының бір жағындағы тимпаниялық дыбыс
- Аралықтың жылжуы

Пневноцистті пневмония

- Орталық цианозбен 2-6-айлық нәресте
- Көкірек клеткасының кеңеюі
- Жиілеген тыныс
- «Барабан таяқшалары» тәрізді саусақтар; аускультациялық бұзылыстар болмаған кезде рентгенограммадағы өзгерістер
- Бауыр, көкбауыр, лимфа түйіндердің ұлғаюы
- Ана мен балада оң ВИЧ-тесті

Емдеу тактикасы

Ем мақсаты:

- 1. Өкпедегі қабыну процесін тоқтату.
- 2. ТЖ белгілерін, жалпы уыттану, қызбаны жою, өкпе экскурсиясын қалпына келтіру, өкпедегі ошақты физикалды көрсеткіштерінің, жөтелдің жоғалуы.

Дәрі-дәрмексіз ем

- Сәйкес гидратация (жылы сұйықтықты көп мөлшерде ішу) және тамақтану. Тыныс алу жеткіліксіздігінің кез келген көрінісі бар науқастарға сәйкес оксигендік ем (мысалы, кеуде клеткасымен ауаны тарту, тыныс алудың жиілеуі > минутына 70 рет) тағайындалады.

Дәрі-дәрмектік ем

Емдеу тәсілі:

- Вирустық пневмония немесе бактериалдық пневмония кезінде бактериалды пневмонияның профилактикасы үшін антибиотиктерді қолдану ұсынылмайды. Қызбаны тоқтату ($>38,5$): парацетамол 10-15 мг/кг күніне 4 ретке дейін. Жөтелге қарсы дәрі-дәрмекті қолдану ұсынылмайды (жөтелді басатын дәрі-дәрмектер). Демікпелік тыныс алуда – бронхолитикалық ем (мысалы, жас бойынша дозада сальбутамол күніне 3-4 рет, 5 күн). Ингаляциялық түрмен емдеу ұсынылады.

Антибактериалды препараттар:

- А. Бактериалды флорадан туындаған пневмонияда - антибактериалды ем бөлінетін микробтың сезімталдығы ескеріле отырып тағайындалады. Альтернативті дәрі-дәрмекке ауыстыру бактериологиялық көрсеткіштер немесе бірінші таңдалған дәрі-дәрмектің 48 сағат ішінде нәтижесіз болғанында эмпириялық негізде жүргізіледі. Ауыр түрінде - дәрі-дәрмекті венаға немесе бұлшықетке енгізу.
- Б. Хламидиядан туындаған пневмонияда - макролидтер класының антибиотиктерінен дәрі-дәрмектер таңдалады (азитромицин, эритромицин, ровамицин).
- В. Цитомегаловирустан туындаған пневмонияда - спецификалық цитомегаловирусқа қарсы иммуноглобулин дәрі-дәрмегі таңдалады.
- Г. Жай герпестен туындаған пневмонияларда - ацикловир дәрі-дәрмегі таңдалады.
- Д. Пневмоцистті пневмонияда жоғары дозада ко-тримаксазол тағайындалады (8 мг/кг триметоприм және 40 мг/кг сульфаметоксазол венаға әр 8 сағат сайын, немесе күніне 3 рет ішу), 3 апта бойы.
- Е. Саңырауқұлақты этиология пневмония кезінде: итраконазол 5 мг\кг\күн, 14 күн бойы немесе амфотерицин Б (0.5 мг/кг/доза күніне 1 рет венаға, 10-14 күн бойы).

Ауыр түрдегі пневмония:

- 1. Бактериологиялық зерттеу нәтижесін алғанға дейін бұлшықетке ампициллин тағайындалады (100-400/кг/тәу. әр 6-8 сағат сайын). Қоздырғыш анықталғанда (себінді) антибиотиктер қоздырғышқа сәйкес сезімталдығына қарай ауыстырылады.
- 2. Баланың күй-жағдайының жақсаруынан кейін, ауыз арқылы берілетін амоксициллинге ауысу қажет (15 мг/кг әр 8 сағат сайын) немесе амоксициллин + клавулан қышқылы (20-40 мг/кг күніне 3 рет пероралды).
- 3. Егер ем күтілетін нәтижені 48 сағат ішінде бермесе немесе баланың күй-жағдайы нашарласа, дәрі-дәрмекті II-II буынды цефалоспоринге немесе макролидтерге ауыстыру қажет. Мысалы, цефотаксим (50 мг/кг әр 6 сағат сайын, цефтриаксон (80 мг/кг/күн), цефалексин (12.5 мг/кг күніне 4 рет пероралды, цефуроксим (100 мг/кг/тәу. немесе ровамицин (150 000 МЕ/кг 2 рет қабылдауға бөлінген, пероралды).

- 4. Баланың күй-жағдайы 48 сағат ішінде жақсармаса немесе нашарласа, дәрі-дәрмек хлорамфениколға (25 мг/кг әр 8 сағат сайын бұлшықетке немесе венаға) жағдайдың жақсаруына дейін ауыстырылады. Содан соң ауыз арқылы ішкізілетін 10 күн бойы – толық емделу курсы.

- 5. Егер балаға стационарда жұқпа жұқса, немесе *Staphylococcus aureus* жұқпасы анықталса және/немесе ауыр стафилококк жұқпаның белгілері болса (мысалы, кеңейген тері жұқпасы, жұмсақ тіндердің абсцестер немесе инфильтрациясы) клоксациллин енгізіңіз (бұлшықетке немесе венаға 50 мг/кг әр 6-8 сайын) және гентамицин бұлшықетке (7,5 мг/кг тәулігіне бір рет). Баланың күй-жағдайы жақсарғаннан кейін ауыз арқылы клоксацилинді күніне 4 рет, 3 апта бойына қабылдауы қажет.



Профилактикалық шаралар:

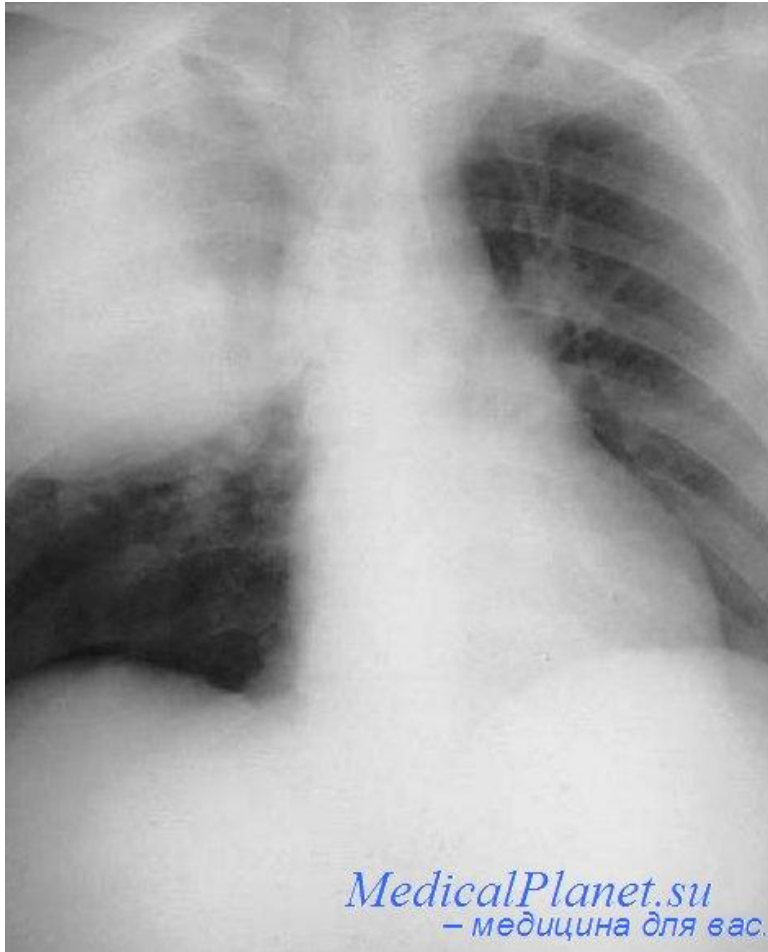
- 1. Науқастар және вирустасымалдаушылармен жанасуды шектеу, әсіресе жоғары респираторлық аурушандық мезгілінде.
- 2. Бетперде кию және ЖРВИ ауруларымен отбасы мүшелерінің қол жууы.
- 3. Бөлмедегі оптималды ауа режимін ұстап тұру.
- 4. Шынығулық шараларды жүргізу.

Әрі қарай жүргізу

- Ауыр және өте ауыр пневмониямен ауырған балалар 1 жыл бойы диспансерлік бақылауда болады (алғашқы тоқсанда тексеруді әр 2 апта сайын, екінші тоқсанда ай сайын және 12 айға дейін тоқсан сайын жүргізеді).



Ем тиімділігінің индикаторлары:



- 1. Көкірек клеткасы төменгі бөлігінің ішке кіруінің болмауы.
- 2. Тыныс алу жиілігінің қалыпқа келуі.
- 3. Қызбаның жоғалуы.
- 4. Оң перкуссиялық және аускультациялық динамика.
- 5. Уыттанудың жоғалуы.
- 6. Асқынулардың болмауы.

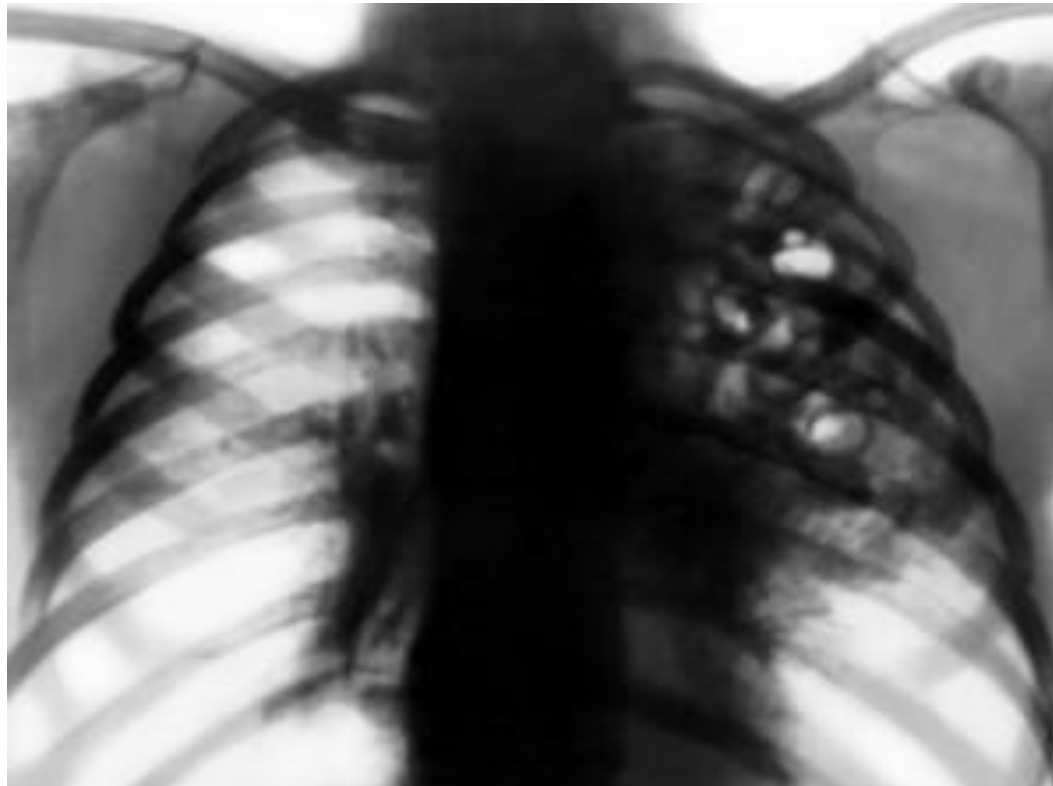
Негізгі дәрі-дәрмектер тізімі:

- 1. *Парацетамол 200 мг, 500 мг, табл.; сироп 2,4% флаконда; суппозитория 80 мг;
- 2. *Азитромицин 125 мг, 500 мг, табл.; капсула 250 мг; инфузияларға арналған ертінді, флаконда 200 мг/100 мл
- 3. *Эритромицин 250 мг, 500 мг, табл.; пероралды суспензия 250 мг/5 мл
- 4. Ровамицин 150 000 МЕ/кг
- 5. *Ампициллин 250 мг, табл.; 250-500 мг, капсула; инъекциялық ертіндіні дайындауға арналған ұнтақ 500 мг-1000 мг; суспензия 125/5 мл флаконда
- 6. *Амоксициллин 500-1000 мг, табл.; 250-500 мг, капсула; 250 мг/5 мл, пероралды суспензия
- 7. *Амоксициллин+клавулонды қышқыл, табл., оның қабықшасын жабу 500 мг/125 мг, 875 мг/125 мг; флаконда 500 мл/100 мг ұнтақ дайындайды, вена ішілік ендіруге
- 8. *Сальбутамол 100 мкг/доза, аэрозоль; 2 мг, 4 мг табл.; небулайзерге арналған ертінді 20 мл
- 9. *Цефтриаксон 250 мг, 500 мг, 1000 мг, инъекциялық ертіндіні дайындауға арналған ұнтақ, флаконда
- 10. *Цефалексин 250-500 мг, табл., 125 мг, 250 мг/5 мл суспензия және сироп
- 11. *Цефуроксим 250 мг, 500 мг, табл.; 750 мг, инъекциялық ертіндіні дайындауға арналған ұнтақ, флаконда
- 12. *Гентамицин 40 мг/мл, 80 мг/2 мл, амп.

Балалардағы цитомегаловирусты пневмония



Аденовирусы пневмония



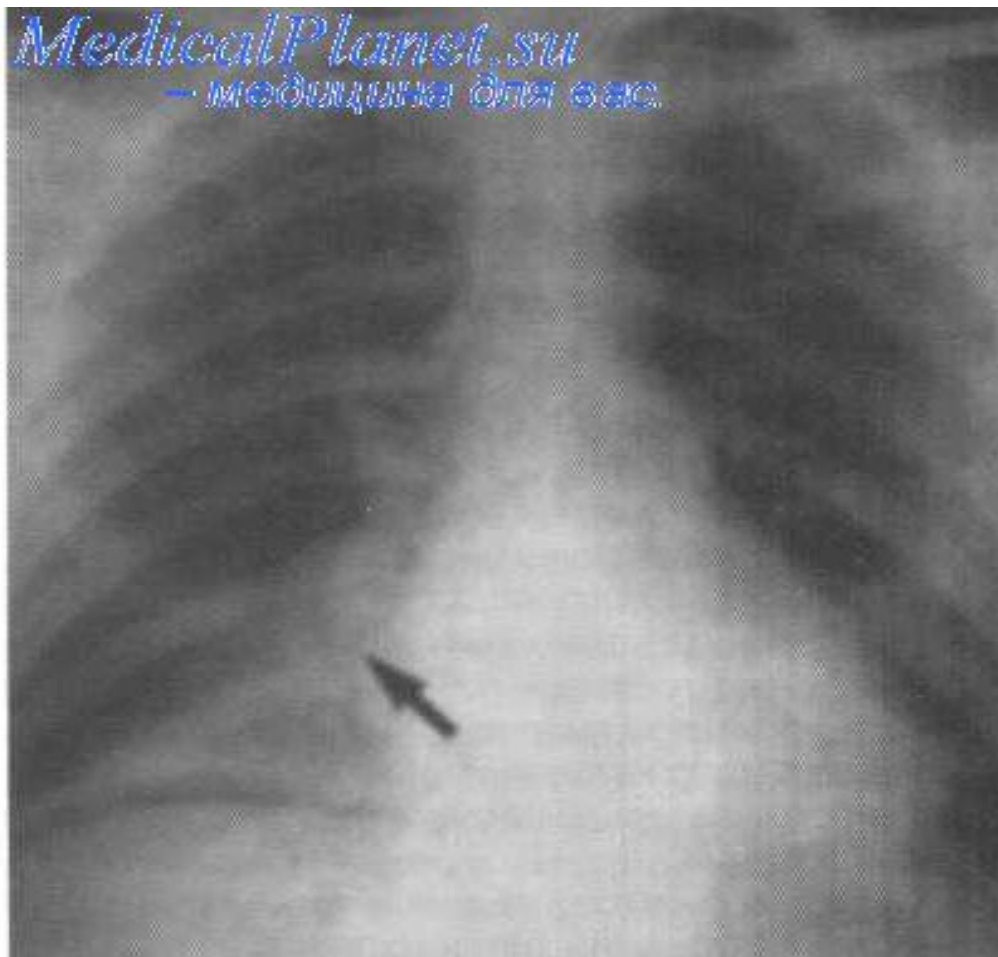
Балалардағы хламийдиялық пневмония



Стрептококкты пневмония



Балалардағы клебсиеллалық пневмония



Дереккөздер

- Аурулардың диагностикасы және емдеу хаттамалары (Приказы №764 - 2007, №165 - 2012)1. Guidelines for Preventing Health-Care–Associated Pneumonia, 2003, Recommendations of CDC and the Healthcare Infection, Control Practices Advisory Committee, Morbidity and Mortality Weekly Report Recommendations and Reports March 26, 2004 / Vol. 53 / No. RR-3 2. Evidence Based Clinical Practice Guideline For Infection Prophylaxis - PCP Guideline 15, Health Policy & Clinical Effectiveness, Evidence Based Clinical Practice Guideline, Pneumocystis Carinii Pneumonia Prophylaxis following Solid Organ or Blood & Marrow Transplants Publication Date: 01-12-01 3. Pneumococcal conjugate vaccines for preventing invasive pneumococcal disease and pneumonia in children under two years of age, Evidence Summaries, 17.1.2005 4. Pneumonia, EBM Guidelines, 11.6.2004
- 5. Treatment of pneumonia in children, EBM Guidelines, 03.05.2000 6. Ведение ребенка с серьезной инфекцией или тяжелым нарушением питания. Руководство по уходу в стационарах первого уровня в Казахстане. ВОЗ, МЗ РК, 2003 7. Доказательная медицина. Ежегодный краткий справочник. Выпуск 3. Москва, Медиа Сфера, 2004. 8. Клинические рекомендации для практикующих врачей, основанные на доказательной медицине: Пер с англ./ Под ред. Ю.Л. Шевченко, И.Н. Денисова, В.И. Кулакова, Р.М. Хайтова.- 2-е изд., испр. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. – 1248с.
- «Қазақстан»: Ұлттық энциклопедия / Бас редактор Ә. Нысанбаев – Алматы «Қазақ энциклопедиясы» Бас редакциясы, 1998
- Пульмонология терминдерінің орысша-қазақша түсіндірме сөздігі. Алматы: Ана тілі. 1996.
- Вернер, Дэвид. Халыққа медициналық жәрдем көрсету жөніндегі (Анықтамалық). Қазақ тіліне аударғандар: Айымбетов М, Бермаханов А.—Алматы: "Демалыс", "Қазақстан", 1994— 506 бет.