

## ANADANGƏLMƏ LOBAR EMFİZEMA

Ələsgərova S.M., Quliyeva L.Ə.

*K.Y.Fərəcova adına Elmi-Tədqiqat Pediatriya İnstitutu*

Anadangəlmə lobar emfizema(ALE) nadir rast gəlinən ağciyərin inkişafı ilə əlaqəli malformasiyası olub, əsasən yenidoğulma və erkən yaşlarda diaqnostika olunur. Elmi-Tədqiqat Pediatriya İnstitutunda 1 il ərzində 3 xəstədə nadir təsadüf edilən ALE diaqnozu təsdiqlənib, operator müdaxilə yolu ilə müalicə olunmuş və uğurlu nəticə əldə edilmişdir. Yenidoğulma dövründə meydana çıxan respirator pozulmaların səbəblərindən biri də az rast gəlinən xəstəlik kimi ALE ola bilməsi diqqətdən qaçmamalıdır. Klinik əlamətlərin erkən dəyərlənməsi, dinamikada baş verən dəyişikliklərin düzgün incələnməsi, ardıcıl istiqamətlənmiş müayinə üsullarının tətbiq olunması və vaxtında, düzgün müalicə taktikasının seçilməsi xəstəliyin fəsadsız aradan qaldırılmasının vacib şərtləridir.

*Açar sözlər: anadangəlmə lobar emfizema, lobektomiya, yenidoğulan*

**GİRİŞ.** Anadangəlmə lobar emfizema (ALE) klinik olaraq bronx-ağciyər sisteminin erkən yaşlardan tənəffüs çatışmazlığı ilə gedən anadangəlmə inkişaf qüsurudur [1]. Antenatal dövrün üçüncü həftəsində tənəffüs sisteminin inkişafı başlayır və bu dövrdə baş verən anormallıqlar parenximal ağciyər malformasiyalarına səbəb ola bilər. ALE 3 tip malformasiyadan başlanğıc götürür: terminal və tənəffüs bronxiollarında düz əzələnin aplaziyası, bronxların orta hissəsinin yoxluğu, payın tənəffüs hissəsinin (paydaxili bronxlar, tənəffüs bronxiolları, terminal bronxiollar və alveollar) ageneziyası. ALE zamanı hiperaerasiya, mediastinal yerdəyişmə, zədələnmiş payın ətraf ağciyər toxumasına təzyiqi və ağciyərin herniasiyası, venoz qanın qayıdışının pozulması və ikincili olaraq hipoksiya və hipotenziya ilə xarakterizə olan klinik mənzərə meydana çıxır [2]. Anadangəlmə lobar emfizema ilk dəfə 1932-ci ildə Nelson, daha sonra isə 1951-ci ildə Robertson və James tərəfindən təsvir edilmişdir. Rastgəlmə tezliyi 1/20000-30000 görülür, oğlanlar və qızlar arasında paylanması 3:1 nisbətindədir [3]. Xəstəlik kəskin tənəffüs çatışmazlığı, asfiksiya tutmaları, huşun itməsi, qıcolmalar, patoloji sahədə tənəffüs ötürücülüğünün pozulması, perkutor olaraq qutu səsi, döş qəfəsinin qüsurlu hissəsinin şişkinliyi, nisbətən ağır olma-yan gedişlərdə öskürək, fiziki gərginlik zamanı tənəffüs çətinliyi, təkrarlanan infeksiya patologiyalar və taxipnoe tutmalarına qədər klinika ilə və ya asimptomatik rast gəlinə bilər.

Antenatal dövrdə ultrasonoqrafiya vasitəsilə asanlıqla diaqnoz qoyula bilər. Rentgenoloji olaraq xarakterik əlamətlərə aiddir: ağciyərlərdə bir tərəfdə şəffaflığın kəskin yüksəlməsi (hiperaerasiya), diafraqmanın həmin tərəfdə aşağı yerləşməsi, ürək və divararalığının sağlam tərəfə doğru yerini dəyişməsi, zədələnmiş ağciyər payının şişməsi hesabına yuxarı divararalığı sahədə mediastinal yırtıq [4]. Etiologiyası çox hallarda (50%) bilinmir, lakin bronxial anomaliyalar, alveolyar defektlərlə bağlılığı təsdiqlənmiş məqalələr mövcuddur. Ən çox qəbul edilən etiologiya bronx divarındakı qıvrıdaq həlqənin olmaması və ya anormal qıvrıdaq quruluşu nəticəsində yaranan bronxial obstruksiya (25%). Mekonial aspirasiya, hipertrofik selikli qişalar ALE-nin yaranma səbəblərindəndir [5]. Ən çox rast gəlinən zədələnmə nahiyələri sol ağciyərin yuxarı payı (42%), sağ ağciyərin orta payı (35%) və yuxarı payıdır (22%). Patohistoloji müayinə zamanı heç bir toxuma zədələnməsi qeyd edilmir. Normal asinus quruluşu və hipertrofik alveollar qeyd edilir. Əksər müayinələrdə alveol sayı normal olur, lakin Tapper və həmmüəlliflərinin apardığı araşdırmada 16 xəstədən 6 nəfərdə alveolyar hiperplaziya müəyyən edilir və polialveolyar lob adlandırılır [6].

Biz bu məqalədə institutumuzda kəskin tənəffüs çatışmazlığı ilə daxil olan üç xəstə barədə məlumat vermişik.

I xəstə 35 yaşlı anadan, III hamiləlik, III doğuşdan cərrahi yolla 4055gr kütlə ilə vax-

tında doğulan oğlan uşağı 27 günlük ET-Pİ-nun klinikasına taxipnoe, sianoz şikayətləri ilə gətirilmişdir. Həyatının ilk 3 günü ərzində fetal mayenin ləngiməsi ilə əlaqədar olaraq körpə yenidoğulmuşun tranzitor taxipnoesi diaqnozu ilə CPAP (constant positive airway pressure) respirator dəstəyi almışdır. Doğum evindən körpə həyatının VI günündə kafi vəziyyətdə evə yazılmışdır. Ananın əsas şikayəti evə yazıldıqdan sonra qapalı mühitdə xəstədə təngnəfəslik, həmçinin perioral sianozun qeyd edilməsi olub. Fiziki müayinədə: ümumi vəziyyəti ağır, kütləsi 5200gr, baş dairəsi 39sm, bədən hərərəti 36,8<sup>0</sup>C, nəbzi 150/dəq, tənəffüs sayı 52, oksigen saturasiyası 90% qeyd edildi. Perioral sianoz, interkostal və subkostal əzələlərdə retraksiya, sağ ağciyər nahiyəsində tənəffüs səslərində azalma və ürək tonlarının sol hemitoraksda daha dəqiq eşidilməsi müayinə zamanı aşkarlandı. Digər sistemlərin müayinəsində patologiyaya rastlanmadı.

Laborator incələmələrdə ümumi qan analizində parametrlər: Hb 109mq/dL, RBC-3,54x 10<sup>6</sup>/μl, WBC-10,9x10<sup>3</sup>/μl qeyd edildi. Qan qazında respirator asidoz müəyyən edildi (pH-7,27, pCO<sub>2</sub>-58mm Hg, HCO<sub>3</sub>-26,6). Biokimyəvi analizdə: ümumi bilirubin-89 mkmol



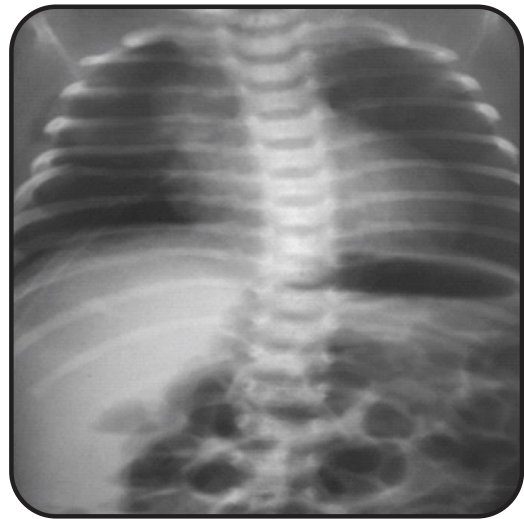
**Şəkil 1. Preoperativ dövrdə sağ ağciyərin**

II xəstə 28 yaşlı anadan, II hamiləlik, II doğuşdan, cərrahi yolla 2800 gr kütlə ilə 37 həftəlik hestasiya yaşında doğulan oğlan uşağı 3ay 21 günlük ETPI-nun klinikasına taxipnoe, narahatlıq, tənəffüs çatışmazlığı şikayətləri ilə gətirilmişdir. Anada hamiləliyin 6 ayına qədər toksikoz və anemiya olub, həmçinin oliqohid-

/l, düz bilirubin-18mkmol/l, CRZ-12mq/l qeyd edildi. Exokardioqrafik müayinədə açıq oval dəlik aşkar edildi. Döş qəfəsi orqanlarının rentgen müayinəsi zamanı sağ ağciyərin orta payının həcmi və havalanmasında artma, sağda aşağı payda kompressiya, sağda yuxarı payda konsolidasiya sahəsi, sağdan sola dislokasiya izləndi. Nəticə: Sağ ağciyərin orta payının emfizeması, pnevmoniya.

Komputer tomoqrafiya müayinésinin nəticəsi olaraq sağ ağciyərin orta pay bronxunda obstruksiya və buna ikincili həmin payda hava həbsi lehinə hiperaerasiya qeyd edildi. Bronxoskopik dəyərləndirmə məsləhət olundu.

Xəstəyə binazal oksigenterapiya başlandı. Antibiotik və infuzion terapiya təyin edildi. Xəstənin tənəffüs çatmazlığının azalmaması və daha da artması səbəbi ilə "Sağ tərəfli torakotomiya. Sağ orta lobektomiya. Döş boşluğunun drenajı" əməliyyatı icra olundu. Postoperativ dövrdə xəstə iki gün binazal nəm O<sub>2</sub> dəstəyi aldı. Əməliyyatdan sonrakı dördüncü gündə spontan tənəffüs edən xəstənin otaq havasında tənəffüs sayı 42, oksigen saturasiyası 96% qeyd edildi. Xəstə kafi vəziyyətdə evə yazıldı.



**Şəkil 2. Postoperativ dövrdə orta payının lobar emfizeması. rentgenoloji şəkil.**

roamniozis qeyd edilib. Körpə həyatının 4-cü sutkasında evə yazılmışdır. Evə yazılan gündən körpədə otaq havasında perioral sianoz və təngnəfəslik, lakin açıq havada isə təngnəfəslik və sianozun aradan qalxması anası tərəfindən bildirilmişdir. Sahə peditrına müraciət etmiş və medikamentoz müalicə al-

mışlar. Buna baxmayaraq vəziyyətində yaxşılaşma qeyd edilməmiş və 1 ay 15 günlük olarkən KT müayinə olunaraq sağ ağciyərin orta payında lobar emfizema, mediastinal sist aşkar edilmişdir. Xəstə ailə vəziyyəti ilə əlaqədar klinikamıza diaqnoz təsdiqləndikdən 2 ay sonra müraciət etmişdir. Fiziki müayinədə: ümumi vəziyyəti ağır, kütləsi 6000gr, baş dairəsi 39sm, bədən hərarəti  $36,6^{\circ}C$ , nəbzi 156/dəq, tənəffüs sayı 55, oksigen saturasiyası 90% qeyd edildi. Perioral sianoz, interkostal və subkostal əzələlərdə retraksiya, sağ ağciyər nahiyəsində tənəffüs səslərində azalma və ürəyin zirvə vurğusunun sol hemitoraksda daha dəqiq eşidilməsi müayinə zamanı aşkarlandı.



**Şəkil 3. Preoperativ dövrdə sağ ağciyərin orta payında lobar emfizema və sol ağciyərin yuxarı payında eynicinsli sist.**

KT müayinə-Sağ ağciyərin orta payının anadangəlmə emfizeması. Sol ağciyərin yuxarı payında  $34 \times 22$  mm ölçüdə kənarı hamar, eynicinsli sist qeyd edilir. Divararalığı yerini sola dəyişib.

Xəstəyə binazal oksigenoterapiya başlandı. Antibiotikterapiya və infuzionterapiya təyin edildi. Anemiyanın korreksiyası məqsədlə eritrositar kütlə transfuziya edildi. Xəstədə “Sağ tərəfli torakotomiya. Sağ orta lobektomiya. Plevral drenaj” əməliyyatı icra olundu. Postoperativ müddətdə xəstə üç gün respirator dəstək aldı. Əməliyyatdan sonrakı beşinci gündə spontan tənəffüs edən xəstənin otaq havasında tənəffüs sayı 46, oksigen saturasiyası 98% qeyd edildi. Xəstə kafi vəziyyətdə ambulator müşahidəyə yazıldı.

Laborator müayinələr zamanı qanın ümumi analizində parametrlər: Hb 79 mq/dL, RBC- $4,77 \times 10^6$ , WBC- $10,6 \times 10^3$  qeyd edildi. Qan qazında normal göstəricilər müəyyən edildi (pH-7,35, pCO<sub>2</sub>-36,3 mm Hg, HCO<sub>3</sub>-20,1).

Qanın biokimyəvi analizində Ca-1,9, Cl-97, K-3,9, Na-138 mmol/l. Neyrosonografiya-Subaraxnoidal sahənin genişlənməsi. Yan mədəciklərin zəif dərəcəli dilatasiyası.

Rentgenoloji müayinə: Sağda orta payın həcmi və havalanması artıb. Sağda aşağı pay kompressiya olunub. Sağda yuxarı payda konsolidasiya sahəsi izlənir. Sağdan sola doğru dislokasiya izlənir. Sol ağciyərin yuxarı payında eynicinsli sist qeyd edilir. Sağ ağciyərin emfizeması? Mediastinal sist?

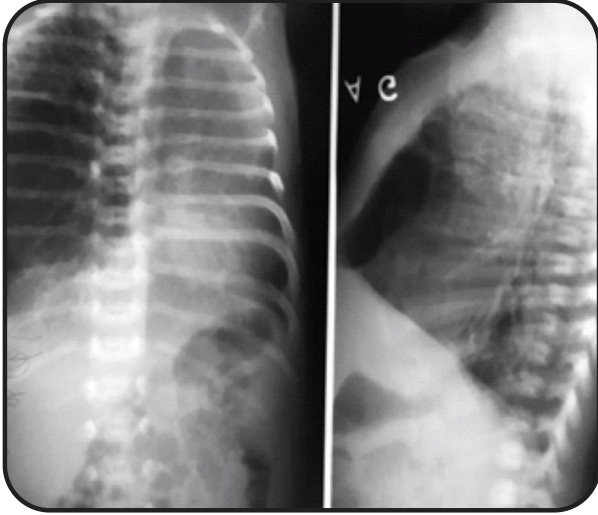


**Şəkil 4. Postoperativ dövrdə rentgenoloji şəkil.**

III xəstə 19 yaşlı anadan, I hamiləlik, I doğuşdan, 39 həftəlik hestasiya yaşında təbii yolla  $3,100$  qr kütlə ilə asfiksiyada doğulan qız uşağıdır. Antenatal dövrdə göbək ciyəsinin dölün boynuna dolanması qeyd olunub. Evə yazılan gündən xəstədə tənəffüs qeyd edilib. 15 günlük olarkən vəziyyətinin pisləşməsi ilə əlaqədar ETPİ-na müraciət etmişdir. Daxil olarkən şikayətləri-kəskin tənəffüs çatışmazlığı, tənəffüs olmuşdur. Fiziki müayinə-vəziyyəti olduqca ağır, kütləsi 2700qr, nəbzi-178/dəq, tənəffüsün sayı-88, SpO<sub>2</sub>-70% qeyd edildi. Taxipnoe, kəskin nəzərə çarpan perioral və periorbital sianoz, qabırğaarası və substernal əzələlərin retraksiyası, auskultasiya zamanı sağ ağciyər nahiyəsində tənəffüsün səthi ötürülməsi, sol nahiyədə yayılmış xırıltı-

lar, ürək tonları sol hemitoraksda daha aydın eşidilməsi aşkarlandı.

Laborator müayinələrdə qanın ümumi təhlili-Hb-15.9g/dL, Hct-48.9%, RBC  $4.87 \times 10^6 / \mu\text{l}$ , WBC- $15.7 \times 10^6 / \mu\text{l}$ , qanın biokimyəvi təhlili-qlükoza- 6.7 mg/ dL, Cl 96 mmol /l, albumin-31q/l, CRZ-96mq/l, kreatinin-35mkmol/l, sidik cövhəri-4.8mmol/l. TQM-norma (pH-7.38, pCO<sub>2</sub>-40mmHg, HCO<sub>3</sub>-23.9mmol/l).



**Şəkil 5. Preoperativ dövrdə sağda orta payın emfizeması.**

**Mediastinumun sağdan sola tam dislokasiyası və mediastinal yırtıq.**

Exokardioqrafik müayinə-funksional oval dəlik-1.4mm. Sağ mədəciyin hipertrofiyası.

Bioptatın histokimyəvi müayinəsinin nəticəsi: Makroskopik təsvir-7x5,5x2,5sm ölçüdə rezeksiya materialı kəsdikdə qansızmalıdır və 0,1-0,4sm diametrli kistik boşluqlar izlənilir. Mikroskopik təsvir-incələnen kəsiklərdə ağciyər toxumasında qanaxma sahələri, kistik infiltratlar aşkar edilir, iltihabi infiltratlar qeydə alınır. Qeyd:atipiya izlənməmişdir.

Müalicə-Binazal nəm oksigenoterapiya başlandı, antibakterial, infuzion terapiya təyin edildi. Uşaq cərrahı ilə konsultasiya olundu. Cərrahi müdaxilə-“Sağtərəfli torakotomiya. Sağ orta lobektomiya. Döş boşluğunun drenajı” əməliyyatı icra olundu. Postoperasion dövrdə 5 gün SVA(3 gün SİMV və 2 gün CPAP rejimində)ventilyasiya olundu.Sonrakı 2 gün binazal nəm oksigen dəstəyi aldı. Əməliyyatdan sonra 8-ci günündə otaq havasında

Döş qəfəsi orqanlarının rentgenoloji müayinəsi-Sağda orta payın həcmi və havalanması artıb, bronx-ağciyər şəkli zəifləyib - sağda orta payın emfizeması düşünülür.Sağda yuxarı və aşağı sahələrdə infiltrativ kölgələr izlənilir-kompressiya olunmuş ağciyər payları? Solda aşağı sahədə infiltrativ kölgələr aşkar olunur. Mediastinumun sağdan sola tam dislokasiyası izlənilir və mediastinal yırtıq qeyd olunur. KT müayinəsi məsləhətdir.



**Şəkil 6. Postoperativ dövrdə rentgenoloji şəkli**

SpO<sub>2</sub>-92%, Ts-46. Xəstə kafi vəziyyətdə ambulator müşahidəyə yazıldı.

**Müzakirə.**Xəstələrin çoxunda həyatın ilk günlərində emfizematoz payın genişlənməsi ilə yüngül tənəffüs çatışmazlığı yaranır, lakin bəzən çox az faizi xəstələrdə asimptomatik gediş ola bilər [7]. Bizim xəstələr doğuşdan sonrakı ilk günlərdə xəstəlik asimptomatik gedişli, birinci xəstədə 10-cu günündə, ikinci xəstədə 4-cü günündə, üçüncü xəstədə isə 1-ci gündən ilk şikayətləri başlamışdır. Tənəffüs çatışmazlığı ALE-da ilk simptomdur. Sianoz ikinci yerdə görünən əlamətdir. Ədəbiyyatda ALE zamanı diaqnostik yaş erkən neonatal dövrdə 25%, həyatın ilk ilində 50% qeyd edilir [8]. Bizim hər üç xəstəmizdə tənəffüs çatışmazlığının açıq mühitə nisbətən qapalı mühitdə daha da artdığı anamnestik olaraq aşkarlanmışdır. Çox zaman pnevmotoraksla differensial diaqnostika aparılmalıdır. Bizim xəstələrdən birinci xəstədə olduğu kimi pnev-

moniya ilə ağırlaşmalar rast gəlinir. ALE olan xəstələrin 14-20%-də ürək qüsurları müşahidə olunur [9]. Bu baxımdan xəstələr kardioloji müayinələrdən keçməlidirlər. Bizim birinci xəstədə ASD təsdiqlənmişdir. Son illərdə aparılan tədqiqatlar zamanı Williams Beuren sindromu ilə anadangəlmə lobar emfizema birlikdə rast gəlinmişdir. Williams Beuren sindromu 7q11.23 xromosomundakı elastin geninin mikrodelesiyası nəticəsində “pəriüzü” görüntülü dismorfik əlamətləri olan, ürək qüsurları, endokrin patologiyalar, hiperkalsemiya, renal anomaliyalarla xarakterizə edilən bir sindromdur. Elastin geni mutasiyasının ağciyər patologiyaları ilə əlaqəsi barədə araşdırmalar davam etməkdədir [10].

Xəstədə diaqnoz qoymaq üçün ağciyərin rentgenoqrafiyası vacibdir, lakin daha dəqiq diaqnoz KT müayinə ilə qoyulur. Kontrastlı KT vaskulyar anomaliyalar və mediastinal kütlələr haqqında məlumat verir. Bronxoskopiya müayinəsinə dair fikirlər mübahisə-

lidir, tənəffüs çatışmazlığı olan xəstələrdə istifadəsi təhlükəli ola bilər. Bu səbəbdən konservativ müalicə taktikası seçilən xəstələrdə bronx keçiriciliyini yoxlamaq məqsədilə istifadə edilə bilər. Vaskulyar obstruksiya mənşəli ALE-ya şübhə olan xəstələrdə angiografiya tətbiq oluna bilər [11].

Müalicə taktikası xəstədə tənəffüs çatışmazlığının ağırlığından asılı olaraq dəyişir. Nisbətən yüngül formalı ALE zamanı konservativ müalicə, gətirdikcə ağırlaşan tənəffüs çatışmazlığında isə cərrahi müalicə tövsiyyə olunur. Yaşı 2 aydan böyük olan xəstələrdə konservativ müalicə məsləhət görülür [12]. Xəstədə konsolidasiya, infiltrasiya sahələri izləndikdə mümkün qədər konservativ müalicə aparılmalıdır. Bizim ikinci xəstəmizdə yaşı 3 aydan artıq olmasına baxmayaraq cərrahi müalicə taktikası seçilməsinin səbəblərindən biri sol ağciyərdə mediastinal sistin olması və xəstənin vəziyyətini daha da ağırlaşdırmasıdır.

#### ƏDƏBİYYAT:

1. Stanton M, Davenport M. Management of congenital lung lesions. *Early Hum Dev.* 2006;82(5):289–95.
2. T. Berrocal, C. Madrid, S. Novo, J. Gutierrez, A. Arjonilla, and N. Gomez-Leon, “Congenital anomalies of the tracheobronchial tree, lung, and mediastinum: embryology, radiology, and pathology,” *Radiographics*, vol. 24, no. 1, article e17, 2004.
3. G. Rocha, I. Azevedo, J. C. Pinto, C. S. Moura, and H. Guimarães, “Congenital lobar emphysema of the newborn. Report of four clinical cases,” *Revista Portuguesa de Pneumologia*, vol. 16, no. 5, pp. 849–857, 2010.
4. Man DW, Hamdy MH, Hendry GM, Bisset WH, Forfar JO. Congenital lobarempysema: problems in diagnosis and management. *Arch Dis Child.* 1983;58(9):709–12.
5. Omer Faruk Demir,<sup>1</sup> Melih Hangul,<sup>2</sup> and Mehmet Kose. Congenital lobar emphysema: diagnosis and treatment options. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2019; 14: 921–928. Published online 2019 May 1
6. Berlinger N. T., Porto D. P., Thompson T. R. Infantile lobar emphysema. *Annals of Otolaryngology & Laryngology.* 1987;96(part 1):106–111.
7. G. Shanmugam, K. MacArthur, and J. C. Pollock, “Congenital lung malformations—antenatal and postnatal evaluation and management,” *European Journal of Cardio-thoracic Surgery*, vol. 27, no. 1, pp. 45–52, 2005.
8. Shifren A., Durmowicz A. G., Knutsen R. H., Hirano E., Mecham R. P. Elastin protein levels are a vital modifier affecting normal lung development and susceptibility to emphysema. *American Journal of Physiology—Lung Cellular and Molecular Physiology.* 2007; 292 (3):L778–L787.
9. McCulley D. J., Black B. L. Transcription factor pathways and congenital heart disease. *Current Topics in Developmental Biology.* 2012;100:253–277.
10. Timothy Andrew Walsh,<sup>1</sup> Krishna Revanna Gopagondanahalli,<sup>1</sup> and Atul Malhotra, “Williams-Beuren Syndrome and Congenital Lobar Emphysema: Uncommon Association with Common Pathology?” 2017: 3480980.

11. Prabhu M, Joseph TT. Congenital lobar emphysema: Challenges in diagnosis and ventilation. *Anesthesia: Essays and Researches*. 2012;6(2):203–06.
12. Richard I Idro,<sup>a</sup> Harriet Kisembo,<sup>b</sup> and Didas Mugisac. Congenital lobar emphysema: a diagnostic challenge and cause of progressive respiratory distress in a 2 month-old infant. *Afr Health Sci*. 2002 Dec; 2(3): 121–123.

## РЕЗЮМЕ

### Врожденная долевая эмфизема

Алескерова С.М., Кулиева Л.А.

*Научно-исследовательский институт педиатрии имени Л.Я.Фараджевой*

**Ключевые слова:** врожденная долевая эмфизема, лобэктомия, новорожденный.

Врожденная долевая эмфизема (ВДЕ) это редкий порок развития, связанный с развитием легких, который в основном диагностируется при рождении и в раннем возрасте. В Научно-исследовательском институте педиатрии редкий диагноз ВДЕ был подтвержден у 3 пациентов в течение 1 года, в результате проведенного лечения хирургическим путем был получен успешный результат. Следует отметить, что одной из причин респираторных нарушений у новорожденных является такое редкое заболевание как ВДЕ. Ранняя оценка клинических симптомов, правильный анализ изменений в динамике, применение последовательных методов диагностики и выбор своевременной и правильной лечебной тактики важные условия для устранения болезни без осложнений.

## SUMMARY

### Congenital lobar emphysema

*Alasgarova S.M., Guliyeva L.A.*

*Scientific Research Institute of Pediatrics named after K.Y.Farajova*

**Keywords:** congenital lobar emphysema, lobectomy, newborn.

Congenital Lobar Emphysema (CLE) is a rare malformation associated with the development of the lung and is mainly diagnosed at birth and at an early age. At the Scientific Research Institute of Pediatrics, a rare case of ALE was diagnosed in 3 patients over a year, treated with surgical intervention and a successful result was obtained. One of the causes of respiratory disorders formed in the neonatal period is the not to overlook that ALE may be a less common disease. Early evaluation of clinical signs, proper study of changes in the dynamics, the use of sequential methods of examination and the selection of timely and correct treatment tactics are essential for the elimination of the disease without complications.

**Ələsgərova Səadət Məhəmməd qızı**

*K.Y.Fərəcova adına Elmi-Tədqiqat Pediatriya İnstitutu*

*E-mail: saadet.alasgarova@gmail.com*

*Redaksiyaya daxil olub: 27.09.2020*

*Çapa tövsiyə olunub: 12.10.2020*

*Rəyçi: dos., t.e.d. Rəhimova N.C.*