

UŞAQLARDA AŞAĞI TƏNƏFFÜS YOLLARI XƏSTƏLİKLƏRİNİN DİAQNOSTİKA VƏ KOMPLEKS MÜALİCƏSİNƏ MÜASİR YANAŞMA

Mahmudov İ.Ş., Həsənquliyeva G.M., Novruzova G.Ə., Kamranova S.M., Məcidova H.B.
Azərbaycan Tibb Universiteti, Uşaq xəstəlikləri kafedrası, Bakı, Azərbaycan

Aşağı tənəffüs yollarının infeksiyaları (ATYİ) da daxil olmaqla kəskin respirator infeksiyalar (KRİ) rastgəlmə tezliyinə görə bütün yaş qrupundan olan uşaqlar arasında həmişə ön cərgədə qərarlaşır. Bildiyimiz kimi aşağı tənəffüs yollarının infeksiyalarına: laringit və traxeit (J04), bronxit, bronxiolit (J20-21) və pnevmoniya (J13-18) aid edilir. Hazırda Tibb elminin son nailiyyətlərinin klinik praktikaya tətbiqi sayəsində oxşar klinik simptomlarla keçən bu xəstəliklərdən ölüm hallarının əhəmiyyətli azalmasına baxmayaraq ATYİ-nin diaqnostika və müalicəsi bu gün də pediatr-pulmonoloqlar qarşısında aktual bir problem kimi qalmaqda davam edir.

Açar sözlər: kəskin respirator xəstəliklər, aşağı tənəffüs yollarının infeksiyaları, bronxit, bronxiolit, pnevmoniya, diaqnostika, müalicə.

Tənəffüs yollarının respirator infeksiyalarını şərh edərkən ənənəvi olaraq təsəvvürümüzdə respirator traktın müxtəlif şöbələrinin soyuqlama ilə əlaqəli baş verən və oxşar zədələnmə simptomları ilə müşayiət olunan yüksək kontagiozluğa malik xəstəliklər (rinit, rino sinusit, tonsillit, laringit, laringotraxeit, bronxit və s.) canlanır. Bu səbəbdən bir çox Avropa ölkələrində KRX termini əvəzinə «*common cold*»- (müxtəlif etiologiyalı yüngül dərəcəli kataral sindrom) terminindən istifadə edilir [1].

Kəskin respirator xəstəliklər (KRX) zamanı ilkin olaraq infeksiyon prosesin lokalizasiyası, mümkün etiologiya və aparıcı klinik sindromları, eləcə də xəstəliyin xarakter gedişi və ağırlıq dərəcəsi nəzərdən keçirilir [2]. Əksər hallarda (95%) kəskin respirator infeksiyalar virus (uşaqlarda pnevmoniya virus mənşəli olmur), az hallarda isə bakterial (adətən virus infeksiyasının ağırlaşmaları kimi) mənşəli olur. Eyni zamanda KRX bəzən atipik flora ilə də şərtlənə bilər. Törədici faktor kimi sadalanan virus infeksiyaları arasında daha çox *gripp, paraqripp, adenovirus, respirator-sintsial, korona və rinoviruslara, ECHO (Enteric Cytopathic Human Orphan) və koksaki* virusları, bakterial törədicilər arasında isə pnevmokoklar (*Streptococcus pneumoniae*) və hemofil çöplərə (*Hemophilus influenzae*) daha çox təsadüf edilir [4]. Əsasən fəslə xarakter daşıyan bütün KRX daha çox uşaq kollektivlərində (təmasın artması ilə əlaqədar) və xüsusilə də ekologiyası qeyri-qənaətbəxş hesab olunan soyuq zonalarda rast gəlinir.

Kəskin bronxit- bronx mənşəli xəstəliyi olub selikli qişasının müxtəlif infeksiyon agentlərlə təması, eləcə də fiziki və kimyəvi faktorların təsiri altında yaranan kəskin iltihabıdır. Bronxit uşaqlarda aşağı tənəffüs yollarının (ATY) daha çox rast gəlinən və adətən virus bəzən bakterial ağırlaşmalarla müşayiət olunur. Klinik mənzərəsində müşahidə edilən dəyişiklik (sonradan bəlgəm ifrazı ilə müşayiət olunan yaş öskürəyə keçən quru əziyyətverici öskürək; ağciyərlər üzərində quru və müxtəlif kalibrli yaş xırıltılar və s.), adətən səbəbkar faktorla əlaqələndirilir. Xəstəliyin ağciyər şəklinin qeyri-spesifik dəyişiklikləri ilə xarakterizə olunan rentgenoloji şəkildə infiltrativ və ocaqlı dəyişikliklər qeyd edilmir. Kəskin bronxitin işçi təsnifatında, adətən onun 3 forması ayırd olunur: kəskin (sadə) bronxit; kəskin obstruktiv bronxit; və kəskin bronxiolit (diametri 2 mm az olan bronxların iltihabı) [1,2].

Kəskin (sadə) bronxit (J20) – ATY-nin respirator infeksiyalarının daha çox rast gəlinən bir formasıdır. Kəskin sadə bronxit zamanı ağciyərlərdə müxtəlif cinsli yayılmış quru və müxtəlif kalibrli yaş xırıltıların eşidilməsinə baxmayaraq perkutor dəyişikliklər qeyd edilmir. Rentgenoloji müayinədə əksər hallarda kökətrafi və aşağı medial zonalarda bronxdamar şəklinin güclənməsi, ağciyər kökünün genişlənməsi və strukturunun itməsi təyin edilir. Bronxit epizodlarının ildə 2–3 dəfə və daha çox təkrarlanması residivləşən bronxitin inkişafına şübhə yarada bilər. Lakin belə residivlərin fərdi xarakter daşmasını nəzərə ala-

raq «residivləşən bronxit» termini bir çox müəlliflər tərəfindən ciddi qəbul edilmir. Bu səbəbdən hər bir konkret hal üçün residivləşmənin səbəblərinin araşdırılması və diaqnozun dəqiqləşdirilməsi vacibdir. Klinik praktikada ATY-nin əksər infeksiyaları zamanı klinik simptomların oxşarlığı bronxitin digər xəstəliklərlə, xüsusilə bakterial pnevmoniya ilə differensial- diaqnostikasında bəzi çətinliklər yarada bilər. Belə hallarda bronxit və pnevmoniyaların diaqnostik kriteriyalarının araşdırılması tələb olunur. Ağciyərlərdə qeydə alınan diffuz xarakterli dəyişikliklər və aydın nəzərə çarpan obstruksiya daha çox bronxit üçün xarakter olduğu halda, davamlı febril hərarət, fizikal əlamətlərin asimmetrikliliyi, aydın nəzərə çarpan toksikoz və hematoloji iltihabi dəyişikliklər böyük üstünlüklə pnevmoniyadan xəbər verir. Belə lokal simptomatika bütün xəstələrin pnevmoniyanın diaqnostikasında «qızıl standart» hesab olunan rentgenoloji müayinədən keçirilməsi üçün göstərişdir. Ağciyərlərdə ocaqlı infiltrativ kölgəliyin aşkar olunması pnevmoniya diaqnozunun qoyulmasına əsas verir [2,4].

Obstruktiv bronxit (J20). Kəskin sadə bronxidlərdən fərqli olaraq obstruktiv bronxidlər bronxların obstruktiv sindromla müşayiət olunan diffuz zədələnməsi ilə xarakterizə olunur. OB zamanı, xəstənin vəziyyətinin ağırlığı, adətən KRX-in 3-4-cü günü inkişaf edərək 1 həftə müddətində tədricən azalan (bəzən daha uzun müddət saxlana bilər) tipik bronxo-obstruktiv sindrom (BOS) epizodları ilə təyin edilir. Əksər (54%) erkən yaşlı uşaqlarda bronxial astma tutmalarını xatırladan təkrari BOS epizodlarının qeyd olunmasına baxmayaraq xəstəlik bronxial astmanın inkişafı üçün təhlükə yaratmır və yaş artdıqca epizodların tezliyində azalma müşahidə edilir. Rentgenoloji müayinədə ağciyər şəklinin güclənməsi və şəffaflığın artması, ağciyər toxumasının köpməsi, qabırğaların horizontal, diafraqma kümbəzlərinin yuxarı yerləşməsi təyin edilir. Demək olar ki, həmişə KRX fonunda baş verən və bronxların hiperreaktivliyi ilə şərtlənən obstruktiv bronxit residivləri, adətən 3-4 yaşlarda aradan qalxır.

Kəskin bronxiolit (J21) - adətən KRVİ fonunda inkişaf edən və kiçik kalibrli bronxların aydın nəzərə çarpan BOS və tənəffüs çatışmazlığı (TÇ) ilə müşayiət olunan zədələnməsi kimi nəzərdən keçirilir.

Kəskin bronxiolit üçün tənəffüsdə köməkçi əzələlərin iştirakı, qabırğaarası sahələrin içəri dartılması, burun pərlərinin gərilməsi, sianoz, ağciyərlərdə hər iki tərəfdə yayılmış çoxlu xırdaqabarcıqlı və krepitasiyaedici xırıltılarla («nəm ağciyər şəkli») müşayiət olunan aydın nəzərə çarpan tənəffüsəlik (dəqiqədə 60–80 qədər) xarakterdir. Rentgenoqrammada ağciyər toxumasının kəskin köpməsi ilə əlaqədar damar şəklinin zəifləyərək itməsi təyin edilir. Uşaqlarda daha çox həyatın birinci yarımilinə təsadüf edən kəskin bronxiolitlərin inkişafı əksərən respiratorsintial, yaxud (III) tip paraqripp infeskiyası ilə şərtlənir. Davamlı bronx-ağciyər dəyişikliklərinin formalaşması ilə müşayiət olunan obliterəedici bronxiolit (əksərən mikoplazma, legionelloz, yaxud adenovirus infeksiyaları zamanı inkişaf edir) istisna olmaqla bronxiolit proqnozu, adətən qənaətbəxşdir. Tez-tez təkrarlanan BOS epizodları zamanı obliterəedici bronxiolit obstruktiv bronxitin klinik şəklini ala bilər [2–5].

Pnevmoniya - ağciyərlərin parenxima və stromasının zədələnməsi, tənəffüs pozğunluğu, fizikal dəyişikliklər və rentgenoqrammada ocaqlı-infiltrativ kölgəliklərlə müşayiət olunan kəskin infeksiya xəstəlikidir. ÜST-nin ekspertlər qrupu tərəfindən təklif olunan təsnifatda iltihabi prosesin yayılmasından asılı olaraq pnevmoniyaların bir neçə tipi, yaxud forması müəyyən olunur: ocaqlı (o cümlədən ocaqlı-birləşmiş); seqmentar (mono, yaxud poliseqmentar); krupoz (pay); interstisial (payarası). Ağırlıq dərəcəsinə görə: yüngül, orta ağır, ağır. Gedişinə görə: kəskin (1,5-2 ay davam edən); və uzunsürən (2 aydan çox davam edən), eyni zamanda hamar və ağırlaşmalarla keçən (infeksiya-toksik şok, plevrit, ağciyərlərin destruksiyası, abscess, bulla, pnevmotoraks, piopnevmotoraks) [1-4]. Xəstəliyin ağırlıq dərəcəsi toksikoz, tənəffüs çatışmazlığı və metabolik pozğunluqların səviyyəsi, eləcə də müxtəlif orqan və sistemlər tərəfindən qeyd olunan funksional dəyişikliklərlə təyin edilir. Adətən *S. pneumoniae*, *H. Influenzae* törətdiyi tipik pnevmoniyalar üçün prosesin daha çox yüksək hərarətlə kəskin başlanması, intoksikasiya, yaş öskürək və uyğun fizikal dəyişikliklər, atipik pnevmoniyalar (*Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia spp.* mənşəli) üçün isə normal, yaxud subfebril hərarətlə yarımkəskin

və az simptomlu başlanğıc, mülayim intoksikasiya, konyuktivit (təxminən 50% hallarda), quru əziyyətverici öskürək, ağciyərlərdə çoxlu krepitasiyaedici xırıltılar xarakterdir. Qeyd etmək lazımdır ki, son onillikdə, xüsusilə körpələr və yeniyetmələr arasında xəstəliyin inkişafında etioloji faktor kimi hüceyrədaxili törədicilərin (xlamidiya, mikoplazma, legionella) rolunda yüksəliş nəzərə çarpır (25–40 %-ə qədər) [3].

Bakterial pnevmoniyalar, adətən KRX-in 3-5-ci günü YTY-nın katarı fonunda inkişaf edir. Bədən hərərəti 38–39 °C-yə qədər yüksəlir, uşaq oyanıq, apatik olur, yuxusu pozulur, qida və maye qəbulundan imtina edir. Erkən yaşlı uşaqlarda qaytarma, qusma qeyd edilir. Tənəffüs pozğunluğu özünü tənənfəslik, burun pərlərinin gərilməsi, körpücüküstü çuxur və qabırğaarası sahələrin içəri dartılması, həyatın ilk aylarında ağız bucaqlarının köpüklənməsi və burun-dodaq üçbucağının sianozu ilə biruzə verir. Xəstəliyin, adətən yaş öskürəklə müşayiət olunmasına baxmayaraq bəzən öskürək quru, əziyyətverici və ağrılı ola bilər. Böyük yaşlı uşaqlar zəiflik, yorğunluq, çoxlu tərləmə (xüsusən gecələr) və döş qəfəsində ağrıdan şikayət edir. Döş qəfəsinin perkussiyasında zədələnmiş tərəfdə perkutor səsin qısalması, yaxud timpanit; auskultasiyada xırdaqabarcıqlı, bəzən də krepitasiyaedici yaş xırıltılar eşidilir. Perkutor səsin kütləşməyə keçən daha aydın nəzərə çarpan qısalması, ağciyərlərin zədələnmiş sahəsi üzərində tənəffüsün zəifləməsi, yaxud olmaması tez-tez plevral ağırlaşmalar verən poliseqmentar pnevmoniyanın inkişafına şübhə yaradır. Yadda saxlamaq lazımdır ki, 38 °C-dən yuxarı hərərətin 3 gündən artıq davam etməsi, tənənfəslik (1 yaşa qədər uşaqlarda dəqiqədə >50–60-dan çox, böyük yaşlarda dəqiqədə >40-dan çox) və tənəffüsdə köməkçi əzələlərin iştirakı kimi əlamətlər pnevmoniyanın inkişafı ilə şərtlənə bilər. Pnevmoniya birqayda olaraq qan tərəfindən aydın dəyişikliklərlə (sola meyilli leykositoz, EÇS-nin sürətlənməsi) müşayiət olunur. Belə hallarda diaqnozun dəqiqləşdirilməsi üçün xəstə hökmən pnevmoniyanın diaqnostikasında «qızıl standart» hesab olunan rentgenoloji müayinədən keçirilməli və diaqnoz ös rentgenoloji təsdiqini tapmalıdır [2-3].

Müalicə. KRX-in yüngül formaları ev şəraitində müalicə oluna bilər. Lakin həyatın

birinci yarımında, xüsusilə də qeyri-qənaətbəxş sosial şəraitdə yaşayan uşaqların xəstəliyin ağır, yaxud ağırlaşmalarla müşayiət olunan formaları zamanı, həmçinin ev şəraitində müalicənin təşkil olunması mümkün olmayan, yaxud evdə aparılan müalicənin 2-3 sutka müddətində effekt vermədiyi hallarda xəstələrin hospitalizasiyası vacib və qaçılmazdır. KRX zamanı müalicənin prinsip və xarakteri xəstəliyin: hipertermiya, qırtlağın stenozu, qıcolmalar, toksikoz, bronx obstruksiyası, tənəffüs çatışmazlığı kimi aparıcı klinik sindromları ilə təyin edilir [5]. Ümumilikdə müalicə planı: a) simptomatik müalicə (bədən hərərətinin endirilməsi, rinitin müalicəsi, boğaz ağrısının yüngülləşdirilməsi); b) virusəleyhinə (arbidol, rimantadin, leykositar interferon və s.) və antibakterial terapiya (ciddi göstəriş əsasında); c) mukolitiklər, bəlgəmgətirici və öskürək əleyhinə preparatlar; d) antihistamin preparatlar (allergik əlamətlər qeyd olunan hallarda); e)iltihab əleyhinə maddələr(xüsusilə inaq və BOS zamanı); f) qeyri-medikamentoz üsullər; v)immunoskorreksiya (ehtiyac yaranarsa) daxil olmaqla bir neçə istiqaməti əhatə etməlidir. Yadda saxlamaq lazımdır ki, bakterial ağırlaşmalarız keçən laringit, traxeit və bronxitlər antibakterial terapiya tələb etmir !

Antibakterial terapiya ancaq bakterial infeksiyalarla ağırlaşmış KRİ zamanı göstərişdir [5]. Profilaktika məqsədi ilə antibakterial və göbələk əleyhinə preparatların təyin olunması məqsəduyğun hesab edilmir. Antibiotikin istifadəsinə göstəriş olduqda ilk seçim preparatının təyini mümkün törədici və preparatın ona qarşı həssaslığı nəzərə alınmaqla empirik aparılır və bu zaman peroral dərman formaları ilə monoterapiyaya üstünlük verilir. Preparat seçiminin düzgünlüyü əldə olunan müsbət klinik dinamika ilə təsdiqlənir. Ötən 2 gün ərzində effektin olmaması antibiotikin dəyişdirilməsi, yaxud digər antibakterial preparatla kombinasiya şəklində işlədilmə məsələsini həll edir [2-5]. Hazırda ambulator praktikada ATY-nın infeksiyaları zamanı ilkin seçim preparatı kimi I nəsəl antibakterial preparatlara aid: β-laktamlardan (amoksasillinlər, o cümlədən qorunan β-laktamlar), II–III nəsəl: sefalosporinlərdən və makrolidlərdən geniş istifadə edilir [5].

β-laktam qrupuna daxil edilən bütün preparatlar bakterisid təsir göstərir. Bu antibiotik-

lərin təsir mexanizmi onların bakteriyaların hüceyrə membranından keçərək penisillinbirləşdirici zülallarla birləşməsi ilə əlaqələndirilir. Nəticədə mikrob divarında peptidoqlikanın sintezi pozulur ki, bu da mikrobonun hüceyrə divarında struktur dəyişikliklərə gətirib çıxarır. Son illər bütün dünya ölkələrində β -laktam həlqəsini parçalamağa qadir və β -laktamaz fermentlər hasil edən törədicilərin yaratdığı infeksiyaların yayılmasında yüksəliş müşahidə edilir. Belə müdafiə mexanizmi daha çox *S. aureus*, *Moraxella catarrhalis*, *H. Influenzae*, *Klebsiella pneumoniae*, *E. coli*, *Bacillus fragilis* kimi törədicilər üçün daha xarakterdir. Hazırda farmakoloji arenada bakterial β -laktamları inaktivləşdirən klavulan turşusu (klavulanat), sulbaktam və tazobaktam kimi birləşmələr sintez olunmuşdur. Belə «qorunan» kombinasiyalı preparatların istifadəsi β -laktamaz fermentlər hasil edən törədicilərin törətdiyi infeksiyalar zamanı göstərişdir. Bu məqsədlə praktikada daha çox amoksisillin/klavunatdan istifadə edilir (bədənin kütləsi > 40 kq olan uşaqlarda 500mq x sutkada 3 dəfə, yaxud 875mq x 2 dəfə; kütləsi <40 kq uşaqlarda isə sutkada 3 dəfə verilməklə 40 mq/kq /sutka, yaxud 45 mq/kq/sutka dozada sutkada 2 dəfə təyin edilir. Preparatın digər bir üstünlüyü də ondan ibarətdir ki, amoksisillinin digər formaları ilə müqayisədə amoksisillin/klavunatla müalicə zamanı diareya sindromu 2,5 dəfə az inkişaf edir.

Yüksək effektivliyi və aşağı toksikliyi ilə əlaqədar klinik praktikada daha geniş istifadə edilən sefalosporinlərin bir neçə nəslini ayırd olunur. Təsir spektrinin darlığı və antimikrob aktivliyinin aşağı olması ilə əlaqədar I nəsəl sefalosporinlərdən hazırda az istifadə edilir. I nəsəldən fərqli olaraq II nəsəl sefalosporinlər *H. influenzae*, *M. catarrhalis* və *E. coli*, *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Providencia*, *Proteus* kimi Qram (-) bakteriyalara qarşı yüksək aktivliyi ilə seçilir. Lakin yadda saxlamaq lazımdır ki, onların Qram (+) bakteriyalara qarşı aktivliyi I nəsəldən geri qalır. Bu səbəbdən hazırda YTY infeksiyalarının müalicəsində I nəsəl sefalosporinlərin ən geniş yayılmış nümayəndəsi kimi peros qəbul olunan Sefaklor və Sefuroksim aksetildən daha geniş istifadə edilir. III nəsəl sefalosporinlər isə, adətən polirezistent nozokomial ştammlar da daxil olmaqla müxtəlif Qram(-) mikroorqanizmlərə qarşı daha

yüksək aktivlik göstərir. Belə ki, bu nəsələ aid edilən seftazidim və sefoperazen *Pseudomonas aeruginosa*ya qarşı, sefotetan və lataksef isə aydın antianaerob aktivliyə malikdir. III nəsəl oral sefalosporinlərdən olan sefiksim və seftibuten orta ağır ev pnevmoniyaların müalicəsində geniş istifadə edilir. Ev pnevmoniyalarının ağır formalarının müalicəsində isə III nəsəl sefalosporinlərin parenteral formalarına (sefotaksim, seftriakson, seftazidim, sefoperazon) daha çox üstünlük verilir (50–80–100 mq/kq/sutka dozada x 2-3 dəfə). Bütün deyilənləri nəzərə alaraq belə bir qənaətə gəlmək olar ki, ciddi yan effektlərinin (xüsusilə qan tərəfindən) olmasına baxmayaraq aminopenisillin qrupu preparatlarına alternativ olaraq sefalosprinlər ikinci seçim preparatı kimi istifadə edilə bilər.

Beləliklə, ATY-nın xəstəxanadankənar əksər infeksiyaları zamanı start terapiyası kimi β -laktam qrupu antibiotiklərindən müvəffəqiyyətlə istifadə etmək olar. Bu terapiyadan effektin alınmaması mikrofloranın rezistentliyi ilə, yaxud da infeksiyanın atipik etiologiyalı olması ilə şərtlənə bilər. Belə hallarda, adətən alternativ preparat kimi xəstəyə makrolidlər təyin edilir. Makrolidlərin antimikrob spektri geniş olub penisillinərezistent ştammlar da daxil olmaqla əksər Qram (+) kokkları (*Streptococcus spp.*, *Staphylococcus spp.*), Qram (-) törədiciləri (*Corynebacterium diphtheriae*, *Listeria monocytogenes*), *Moraxella catarrhalis*, *Bordetella pertussis*, *Legionella spp.* əhatə etməklə yanaşı, həm də xlamidiya, mikoplazma, ureaplazma və spiroxetlərə qarşı da yüksək həssaslıq göstərir. Qeyd etmək lazımdır ki, yeni makrolidlərdən heç biri praktik olaraq eritromitsinə qarşı davamlı olan qızılı stafilokokklara (*S.aureus*) təsir etmir. Belə ki, *S. aureus*-un metisillinərezistent ştammları bütün makrolidlərə davamlıdır. Müəyyən oxşarlıqların olmasına baxmayaraq makrolidlər bəzi fərdi xüsusiyyətlərinə görə bir-birindən seçilir. Belə ki, digər makrolidlərlə müqayisədə klaritromitsin stereptokokk, qızılı stafilokokk, legionella və xlamidialara qarşı daha güclü təsir göstərir. *H. influenzae* (ampisillinərezistent ştammlar da daxil olmaqla) qarşı əhəmiyyətli aktivlik göstərən azitromitsin, həm də *M. catarrhalis*, *Neisseria spp.* qarşı təsirinə görə də digər makrolidləri üstələyir. Spiromitsin bir çox pnevmokokklara və A qrupundan olan β -

hemilitik streptokokklara qarşı daha aktivdir. Əsasən nazik bağırsaqlardan sorulan makrolidlər qida qəbulundan 2-3 saat əvvəl, yaxud sonra daxilə qəbul edilir ki, bu da onların biokeçiriciliyini əhəmiyyətli dərəcədə (30-dan 65 %-ə qədər) artırır [10]. Lipofil birləşmə hesab olunan makrolidlər histohematik baryerlərdən keçmə qabiliyyətinə görə də β -laktamları üstələyir və orqanizmdə yaxşı paylanır. Makrolidlərin ən əhəmiyyətli üstünlüyü onların toxumalarda, xüsusilə badamcıqlar, ağciyərlər, bronx sekreti və plevral mayədə qan zərdabındakı konsentrasiyadan artıq stabil yüksək konsentrasiya (10–100 dəfə artıq) yaratmaq qabiliyyətidir ki, bu da onların hüceyrədaxili törədicilərə qarşı effektivliyini təmin edir. Makrolidlərin müxtəlif toxuma və hüceyrələrə, o cümlədən qranulosit, monosit, alveolyar makrofaqlara və fibroblast toxumaya asanlıqla keçərək orada yüksək konsentrasiya yaratması onların hüceyrədaxili törədicilərin yaratdığı pnevmoniyaların müalicəsində effektiv istifadəsi üçün əhəmiyyətli zəmin yaradır. Beləliklə, ev pnevmoniyalarının müalicəsində makrolidlərin effektivliyi onların əksər tipik və atipik törədicilərə qarşı yüksək antimikrob aktivliyə malik olması, iltihab ocağında yüksək konsentrasiya yaratmaq qabiliyyəti və β -laktamların təsirindən parçalanmaması ilə izah olunur. Minimal əlavə təsirlərə və aşağı toksikliyə malik olması makrolidlərin, xüsusilə də onların suspension formalarının bütün yaş qrupundan olan uşaqlarda sutkada 1-2 dəfə qısa kursla istifadəsinə imkan verir. Bütün makrolidlər üçün postantibiotik effekt, başqa sözlə preparatın qəbulu dayandırıldıqdan sonra belə bakteriyaların artımının qarşısını almaq xarakterdir (daha çox azitromitsin) ki, bu da böyük klinik-farmakoloji əhəmiyyət kəsb edir. Makrolidlərə qarşı hiperhəssaslıq çox nadir hallarda təsadüf edir. Digər tərəfdən bu preparatların β -laktamlarla çarpaz allergik reaksiyalar yaratmaması onların penisillin və sefalosporinlərə qarşı allergiya qeyd edilən xəstələrdə istifadəsinə imkan verir. Yadda saxlamaq lazımdır ki, bronxit və ev pnevmoniyalarının müalicəsində onların effektivliyi 80–90 % təşkil edir. Sadalanan bütün bu xüsusiyyətlərinə görə ATY-nın infeksiyaları zamanı makrolidlərin istifadəsi məqsəduyğun hesab olunur.

Antibakterial müalicə kursunun müddəti, adətən 5 gündən 10-14 günə qədər olur. Əgər

müalicənin ilk 2 sutkasında xəstənin vəziyyətinə yaxşılaşma qeyd edilmirsə, yaxud yaxşılaşma əhəmiyyətsizdirsə antibiotik dəyişdirilə, yaxud antimikrob spektrin genişləndirilməsi məqsədi ilə müalicəyə digər bir antibiotik də əlavə oluna bilər. Bu zaman yadda saxlamaq lazımdır ki, ftorxinolinlərin ancaq 12 yaşdan böyük uşaqlarda və həyatı göstəriş əsasında istifadəsinə icazə verilir. Kotrimeksazol ancaq pnevmosist infeksiyaları zamanı effektivdir. Bədən temperaturunun $38-38,5^{\circ}\text{C}$ -dən yuxarı olması, qıcolma təhlükəsi və uşağın vəziyyətinin aydın pozulması qızdırmalı dərman preparatlarının (ilk seçim preparatı parasetamol) təyin olunmasını tələb edir. Uşaqlarda həyatın 3 ayına qədər temperaturun 38°C yuxarı qalxması arzuolunmaz hesab edilir. «Ağ temperatur» zamanı hökmən antipiretiklərin damar-genəldici və antihistamin preparatlarla birgə kombinasiya şəklində işlədilməsi vacibdir. Qıcolmaların aradan qaldırılması məqsədi ilə diazepam, yaxud oksibutrat natriumdan istifadə edilir. Bu zaman Fenobarbitalın işlədilməsi məqsəduyğun hesab edilmir! İnaq sindromu zamanı yerli budesonid suspenziyası və sistem qlukokortikoidlərlə aparılan inqalyasion terapiyaya (nebulayzərlə), bronxoobstruktiv sindrom zamanı isə bronxolitiklərlə (salbutamol) inqalyasiyaya üstünlük verilir. Vəziyyətin ağırlığından asılı olaraq budesonid və prednizolon inqalyasiyaları da əlavə oluna bilər.

Öskürəklə mübarizə məqsədi ilə göstəriş əsasında təkibində kodein saxlayan-narkotik və qeyri-narkotik tərkibli (butamirat) öskürək əleyhinə preparatlardan istifadə oluna bilər. Bronx sekretinin reoloji xüsusiyyətinin yaxşılaşdırılması və bəlgəmin evakuasiyası üçün çoxsaylı müxtəlif mukolitik və bəlgəmgətirici vasitələrdən istifadə olunur. Yadda saxlamaq lazımdır ki, bəlgəmin effektiv yumşaldılması və evakuasiyası üçün adekvat hidratasiyanın aparılması çox vacibdir. Əksər bəlgəmgətirici maddələrin müalicəvi effekti ilk qəbuldan deyil, adətən müalicənin 2-4-cü günündən başlayır. ATY infeksiyalarının kompleks müalicəsində inqalyasiyanın postural və vibrasion masajla birgə aparılması daha effekli ola bilər. Erkən yaşlı, xüsusilə refluyksla uşaqlarda aspirasiya riskinin yüksək olmasını nəzərə alaraq sekretin həcmi artırılan, eləcə də qusma və öskürək reflekslərini gücləndirən bəlgəmgətiricilərin istifadəsi əks göstərişdir. Son illər

ağır gedişli KRX-in immunokorrektor müalicəsində venadaxili yeridilən immunoqlobulinlərin, eləcə də bakterial lizatlar və ribosomal immunomodulyatorların istifadəsinə böyük önəm verilir. Uşağın vəziyyəti yaxşılaşdıqca müalicəyə birqayda olaraq massaj, müalicəvi gimnastika, fizioterapiya, isidici və yayındırıcı prosedurlar kimi qeyri-medikamentoz terapiya üsullarının qoşulması, həmçinin vitaminlər və mikroelementlərin əlavə edilməsi müalicənin effektini daha da artırır.

Profilaktika. KRX-dən sağalma həmişə immun reaksiyaların aktivləşməsi və törədiciyə qarşı immunitetin formalaşması ilə şərtlənir. Lakin etioloji agentlərin müxtəlifliyi və

ştammların çoxsaylı olması ilə əlaqədar yaranan spesifik immunitet KRX-dən müdafiəni tam təmin edə bilmir. Eyni səbəblərdən aparılan profilaktik vaksinasianın da əhəmiyyəti birmənalı qəbul edilmir. Beləliklə, bütün sadalananları nəzərə alaraq belə bir qənaətə gəlmək olar ki, epidemik mövsümdə təmasın məhdudlaşdırılması, şəxsi gigiyena qaydalarına əməl olunması və bədənin möhkəmləndirilməsi kimi qabaqlayıcı tədbirlərin aparılması və orqanizmin qeyri-spesifik rezistentliyini artıran preparatların (interferon və s.) qəbulu KRX-in profilaktikasında ən etibarlı vasitə kimi qəbul oluna bilər.

ƏDƏBİYYAT:

1. Геппе Н.А., Розина Н.Н., Волков И.К., Мизерницкий Ю.Л. Классификация основных клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей. Российское респираторное общество. М., 2009. 18 с.

2. Мизерницкий Ю.Л., Сорокина Е.В. Современные подходы к диагностике, лечению и профилактике острых респираторных заболеваний у детей (ОРИ, бронхиты и пневмонии). Пульмонология детского возраста: проблемы и решения. 2013; с.121–37.

3. Геппе Н.А., Теплякова Е.Д., Шульдяков А.А. и др. Инновации в педиатрии: оптимальный клинический эффект при лечении ОРВИ у детей препаратом комплексного действия // Педиатрия, 2016, Т. 95. № 2., с. 96–103

4. Балыкова Л.А., Раздолькина Т.И. Острые респираторные заболевания у детей. «Консилиум», 2018 №3.

5. Зайцева С.В., Зайцева О.В. Острые респираторные инфекции у детей: этиопатогенетические возможности современной терапии. Вопросы практической педиатрии, 2015., № 1.

РЕЗЮМЕ

Современный подход к диагностике и комплексному лечению заболеваний нижних дыхательных путей у детей

**Махмудов И.Ш., Гасангулиева Г.М., Новрузова Г.А.,
Камранова С.М., Меджидова А.Б.**

Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра детских болезней I.

Ключевые слова: острые респираторные заболевания, инфекции нижних дыхательных путей, бронхит, бронхолит, пневмония, диагностика, лечение.

Острые респираторные инфекции (ОРЗ), в том числе инфекции нижних дыхательных путей (ИРН) по частоте встречаемости всегда занимают лидирующие позиции среди детей всех возрастных групп. Как известно, к инфекциям нижних дыхательных путей относятся: ларингит и трахеит (J04), бронхит, бронхолит (J20-21) и пневмония (J13-18). В настоящее время, благодаря внедрению в клиническую практику новейших достижений медицинской науки несмотря на значительное снижение числа летальных исходов от этих заболеваний со сходной клинической симптоматикой, диагностика и лечение ОРЗ и на сегодня продолжают оставаться актуальной проблемой для педиатров-пульмологов.

SUMMARY

Modern approach to the diagnostics and complex treatment of lower respiratory diseases in children

*Mahmudov İ.Sh., Hasanguliyeva G.M., Novruzova G.A., Kamranova S.M., Macidova H.B.
Azerbaijan Medical University, Department of Children's Diseases I.*

Key words. *acute respiratory diseases lower respiratory tract infections, bronchitis, bronchiolitis, pneumonia, diagnosis, treatment.*

Acute respiratory infections (ARI), including lower respiratory tract infections (RLIs), are always at the forefront among children of all age groups due to their incidence. As we know, lower respiratory tract infections include: laryngitis and tracheitis (J04), bronchitis, bronchiolitis (J20-21) and pneumonia (J13-18). Currently, thanks to the application of the latest achievements of medical science to clinical practice, despite the significant decrease in the number of deaths from these diseases with similar clinical symptoms, the diagnosis and treatment of ARI continues to be an urgent problem for pediatricians-pulmonologists today.

Mahmudov İlham Şərif oğlu

*Azərbaycan Tibb Universiteti, I uşaq xəstəlikləri kafedrası
E-mail: doktormahmudov60@gmail.com.*

Redaksiyaya daxil olub:23.02.2023

Çapa tövsiyə olunub:02.03.2023