



IDA-TALLINNA KESKHAIGLA

## AEROOBNE JA SEENTE KÜLV RÖGAST

<b>Uuringud</b>	aeroobne külv rögest seente külv rögest
<b>Mõiste</b>	Alumiste hingamisteede infektsioonid on bronhiit ja kopsupõletik. Bronhiidi ja pneumoonia diagnoosi laboratoorne kinnitamine, bakteriaalse etioloogia väljaselgitamine
<b>Näidustused</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ kopsupõletiku tekitaja tuvastamine</li><li>▪ bronhiidi tekitaja tuvastamine</li></ul>
<b>Proovivõtu vahendid</b>	Steriilne kogumiskoostis. Analüüsiks on vaja võtta röga hommikul kohe peale tõusmist. Eelnevalt tuleb suud kaks korda keedetud veega loputada, seejärel 2 korda sügavalt sisse hingata, mõni sekund hinge kinni hoida ning siis aeglaselt välja hingata. Järgnevalt tuleks patsiendil kolmandat korda sisse hingata ja siis jõuliselt õhk välja hingata. Selline tegevus soodustab röga saamist kopsu sügavamatest osadest. Pärast produktiivse köha tekkimist peab patsient röga konteinerisse sülitama. Vedel läbipaistev sülg või nina ja neelu eritised ei ole röga ning ei oma diagnostilist väärtust. Juhul kui röga on kogutud vähe, tuleb patsiendil veel kord köhatada. Lõpuks kontrollida, et konteiner oleks kindlalt suletud ning konteiner ise, mitte selle kaas, oleks selgelt märgistatud.
<b>Materjali säilivus ja transport</b>	2–8 °C kuni 48 tundi
<b>Teostamise aeg ja koht</b>	Tööpäeviti, valveajal; mikrobioloogia labor, Pärnu mnt. 104
<b>Meetod</b>	Grami järgi värvitud preparaadi mikroskoopia. Poolkvantitatiivne külv. Tekitajate isoleerimine ja hulga määramine (1+...4+), samastamine ja antibiootikumtundlikkuse määramine. Seente tuvastamiseks: kvantitatiivne külv, seente isoleerimine, hulga määramine ( $10^1$ ... $10^6$ ) ja samastamine (vajadusel antibiootikumtundlikkuse määramine)
<b>Referentsvahemikud</b>	<b>Normaalne ninaneelu mikrofloora</b> Pärmseened: kasv $<10^4$ PMÜ/ml
<b>Tõlgendus</b>	Kui mikroskopeerimisel on avastatakse vaateväljas rohkem kui 10 lameepiteelrakku, siis ei kuulu materjal kultiveerimisele, sest materjal on sülg või süljega tugevalt kontamineeritud. Kui mikroskopeerimisel avastatakse vähem kui 25 polümorfonukleaarset leukotsüüti (PMN), siis see näitab, et põletikuline protsess on vähetõenäoline (NB! Tuleb meele pidada neutropeenilisi patsiente). <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Sagedasemad tekitajad on keskkonnatekkelise pneumoonia korral <i>Streptococcus pneumoniae</i>, <i>Haemophilus</i> spp., <i>Moraxella catarrhalis</i></li><li>▪ Haiglapneumoonia tekitajateks on ka <i>Pseudomonas aeruginosa</i>, <i>Stenotrophomonas maltophilia</i>, <i>Acinetobacter</i> spp., <i>Burkholderia</i> spp., <i>Enterobacteriaceae</i> ja <i>Aspergillus</i> spp. (neutropeenilistel patsientidel)</li><li>▪ Tuleb arvestada ka <i>Mycobacterium tuberculosis</i>, <i>Legionella</i> spp., <i>Mycoplasma pneumoniae</i> ja <i>Chlamydia pneumoniae</i> eriuuringu vajadusega</li><li>▪ Pärmseente kasv <math>\geq 10^4</math> PMÜ/ml viitab võimalikule infektsioonile</li><li>▪ Hallitusseened: <i>Aspergillus</i> spp. on tõenäoline tekitaja infektsiooni korral neutropeenilisel patsiendil</li></ul>
<b>Koodid</b>	66501 algmaterjali mikroskoopiline uuring 66510 aeroobne külv 66511 seente külv



IDA-TALLINNA KESKHAIGLA

	Positiivse tulemuse korral lisanduvad samastamise ja antimikroobse tundlikkuse määramise koodid
<b>Kirjandus</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Mandell, Douglas and Bennet's Principles and Practice of Infectious Diseases, 6th edition, v 1, Section L: 803-875</li><li>2. Leber, Burnham et al (2023) Clinical Microbiology Procedures Handbook, Volume 1, section 3.10.2-3.10.3; Volume 3, section 10; 5th Edition, American Society for Microbiology, Washington, D.C.</li><li>3. Mändar R jt (2022) Meditsiiniline mikrobioloogia II; kolmas, täiendatud trükk; Tartu</li><li>4. Eskola J, Huovinen P, Valtonen ja Maimets M (2000) Infektsioonhaigused, Medicina: 313-327</li><li>5. Giuseppe Cornaglia et al (2012) European Manual of Clinical Microbiology, 1st edition, ESCMID, page 153-161; 163-169</li></ol>
<b>Koostajad</b>	Marina Ivanova, Linda Pirožkova