

Болезни органов дыхания у детей

Назофарингит. Отит.
Ларингит. Бронхиты.
Пневмонии. Бронх.астма.
Реабилитация.



Лечение о.назофарингита

- Противовирусные мази (0,25% оксолиновая, 0,05% бонафтоновая)
- Сосудосуживающие капли (0,05% нафтизин и галазолин)-не более 2-3 д.
- Антисептики(1% р-р резорцина, 2% колларгол)
- Рефлекторная терапия (горчичники, горячие ванночки для рук и ног)



Лечение катарального отита

- Обязателен осмотр ЛОР-врача с целью установления стадии процесса.
- Тепловые процедуры: сухие компрессы, которые будут активизировать кровообращение в очаге воспаления
- полуспиртовые или водочные компрессы, а также прогревания синей лампой;
- Ушные капли. (трижды в день капли отипакс),
- Сосудосуживающие капли в нос (Називин, Галазолин). одновременно следует лечить назофарингит, тем самым ускоряя общее лечение отита;
- Антибиотик. При катаральной форме отита антибактериальную терапию следует назначать детям, которые имеют хроническую форму заболевания, либо их возраст -до двух лет.



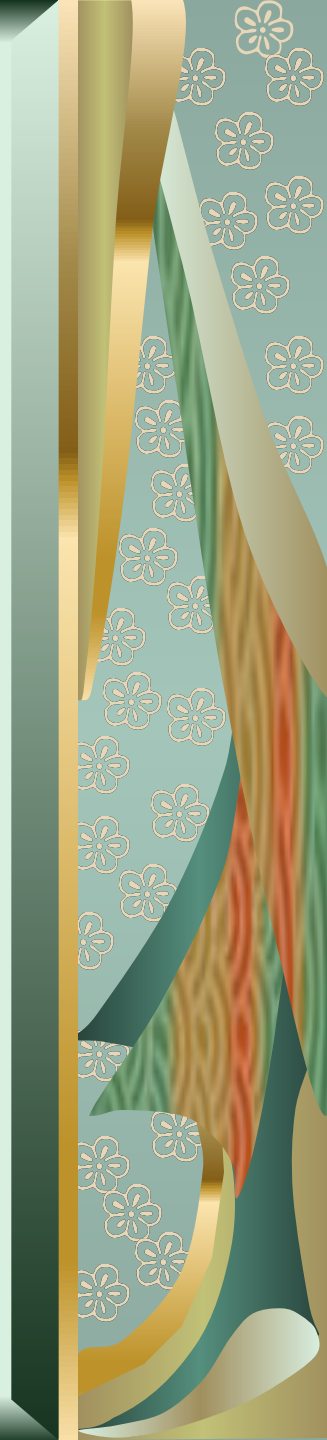
Лечение гнойного отита

- Проведение прогревающих процедур. Использовать этот метод можно только в первые часы заболевания, до начала гноетечения из уха при гнойном среднем отите.
- Антибиотикотерапия -обязательна! Ампициллин (50-100 мг/кг в 3-4 приема) или макролиды (250-1000мг/сутки) курсом 5-7 дней.
- Если врач установил показания для проведения прокола барабанной перепонки (парацентез), он должен быть произведен в кратчайшие сроки.
- При наличии отделяемого из слухового прохода (гноетечении), после проведения тщательного его туалета, применяются лечебные капли с антибиотиками (кроме спиртовых): Отофа и др.
- Тепловые физиопроцедуры: УФО, УВЧ-терапия, лазерное излучение.



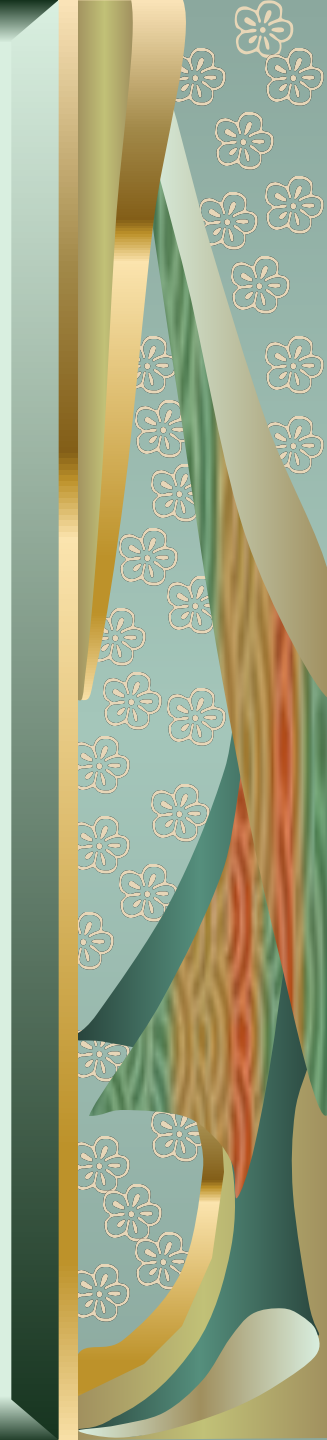
Лечение стенозирующего ларингита

- При приступе стеноза-вызов неотложной помощи!
- Увлажнение воздуха горячим паром.
- Отвлекающие процедуры: теплые ножные ванночки, горчичники. Нельзя использовать согревающие мази с сильным запахом.
- Ингаляции с содой (2 ч.л. соды на 1 л. воды)
- Небулайзерные ингаляции. (с минеральной водой, с нафтизином-2 мл нафтизина детского+2 мл. физраствора)
- Нафтизин -капли в нос 0,05% по 1-2 капли
- Антигистаминные препараты (1/2 таб. Супрастина)

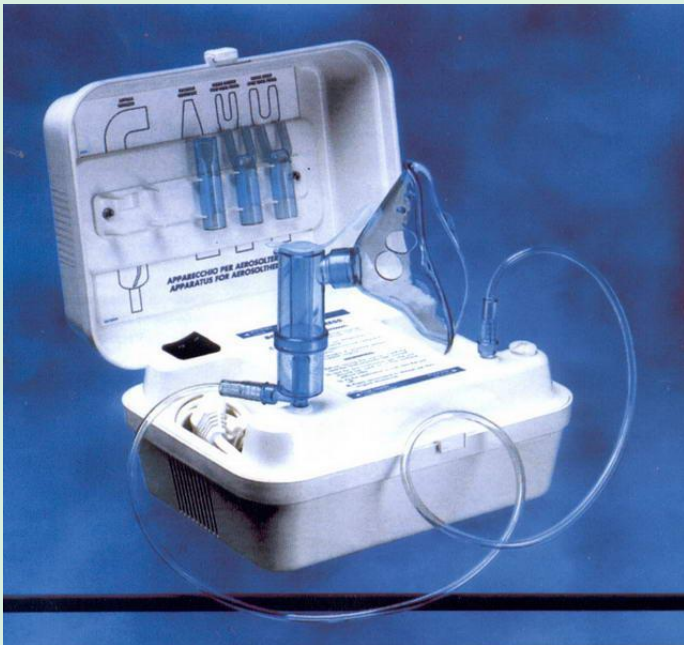


Лечение ларингита у старших детей

- щадящий голосовой режим;
- пребывание в теплом помещении с повышенным уровнем влажности;
- исключение из рациона раздражающей пищи;
- обильное питье
- Симптоматическая терапия (жаропонижающие, отхаркивающие)
- ингаляции с эфирными маслами лекарственных трав (эвкалипта, мяты, чабреца), с противовоспалительным и обволакивающим действием.
- эффективны согревающие компрессы, УВЧ (одновременно с антибиотиками местного действия (ларипронт) и антигистаминными препаратами).
- при тяжелом течении - антибиотикотерапия

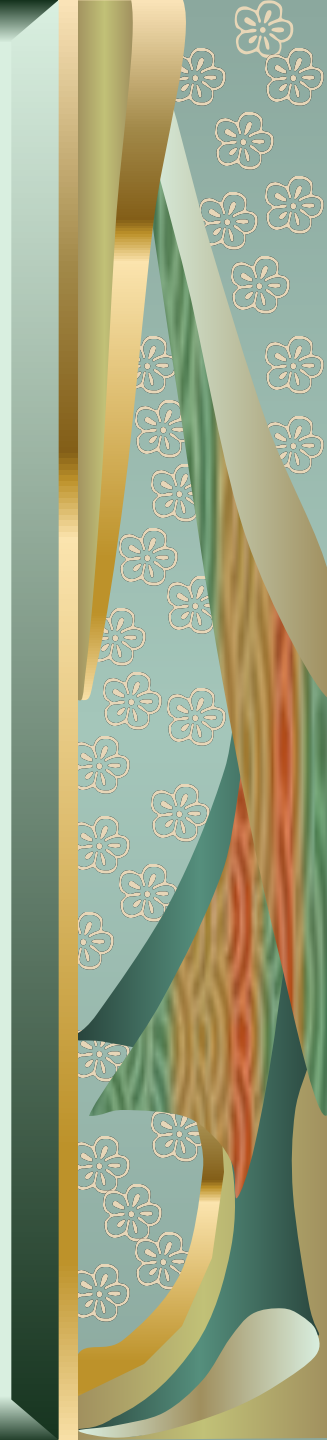


НЕБУЛАЙЗЕР



Преимущества небулайзерной терапии

- возможность использовать высокие дозы препарата за короткий промежуток времени — 5–10 минут с терапевтическим эффектом;
- препараты доставляются в небулах, стеклянных флаконах с расчетом возрастных доз, потому их трудно передозировать;
- можно использовать в любом возрасте, даже недоношенным;
- нет необходимости координации дыхания с поступлением аэрозоля.



СПЕЙСЕР

- Спейсер –это дополнительное устройство к аэрозольному ингалятору в виде трубки, предназначенное для улучшения доставки лекарства в дыхательные пути.

ПРЕИМУЩЕСТВА СПЕЙСЕРА:

- большее количество лекарственных частиц попадает в дыхательные пути, а не оседает в ротовой полости.
- меньше лекарства оседает во рту, и следовательно меньше всасывается в кровь.
- не нужно стараться синхронизировать начало вдоха и нажатие на ингалятор.



Лечение трахеобронхита

- При вирусной этиологии -противовирусные препараты с первых дней (ацикловир, ремантадин)
- Антибиотики-при затяжной лихорадке, у детей первых лет жизни.
- Отхаркивающие ср-ва (мукалтин, корень солодки)
- Муколитики (АЦЦ, амброксол, бромгексин)
- Отвлекающая терапия (горчичники, компрессы, теплые ванны)
- Физиотерапия, ЛФК, вибромассаж.



Лечение обструктивного бронхита

- См. о.трахеобронхит.
- Обильное питье!
- Не использовать противокашлевые средства
- Бронхолитики (через небулайзер или per os): сальбутамол 100-200 мкг –на 1-2 ингаляции, беродуал.
- Регидратация дыхательных путей с помощью щелочных увлажняющих аэрозолей
- Симптоматические ср-ва (иммуномодуляторы, витамины,сердечные)
- Антибактериальная и противовирусная терапия только в случае лихорадки более 3-х дней и воспалительных изменений крови.

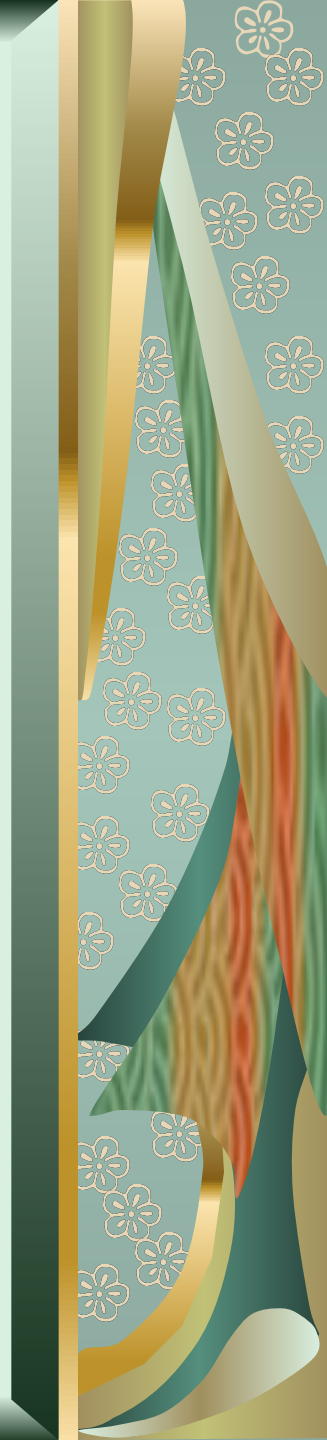


Лечение пневмонии

- Постельный режим. Нераздражающая пища. Часто менять положение ребенка, брать на руки.
- Обильное питье в острый период.
- Противомикробная терапия. С первых дней пенициллины 3 и 4 поколений (амоксиклав, аугментин 100 мг/кг/сутки) и цефалоспорины (аксетин). При неэффективности - макролиды (кларитромицин, олеандомицин) в течение 10-14 дней.



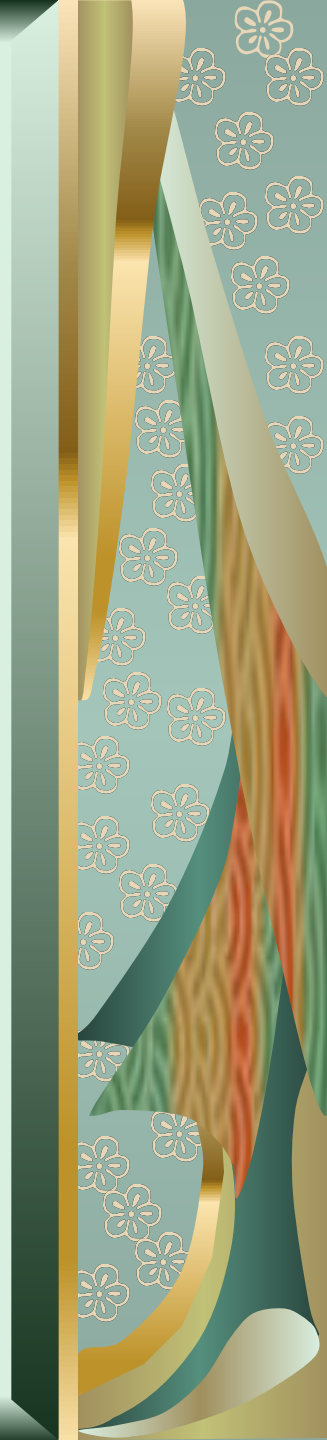
- Дезинтоксикационная терапия (гемосорбция, плазмаферез)
- Массаж (с 4-5 дня, когда воспалительный процесс уже идет на спад).
- Иммуномодуляторы, эубиотики, ЛФК, витамины, физиотерапия (УВЧ, СВЧ, электрофорез с кальцием, алоэ или никотиновой кислотой).



- У детей старше 12 лет и в крайне тяжелых случаях у пациентов более младшего возраста при резистентности флоры используют фторхинолоны (ципрофлоксацин, офлоксацин).
- При анаэробных процессах используют метронидазол, при процессах грибковой этиологии — флуконазол, кетоконазол.



- Большие трудности представляет лечение госпитальных пневмоний, часто вызываемых грамотрицательными возбудителями и резистентным стафилококком.
- Хороший терапевтический эффект удаётся получить от применения антибиотиков пенициллинового ряда последних поколений (азлоциллин) или цефалоспоринов в комбинации с аминогликозидами (гентамицин, амикацин).
- Для лечения атипично протекающих пневмоний стартовыми препаратами являются макролиды (азитромицин, кларитромицин и др.).



Лечение осложненных пневмоний

- При сердечно-сосудистых нарушениях применяют кардиотропные препараты (строфантин-К, коргликон, дигоксин) и средства, восстанавливающие микроциркуляцию (Реополиглюкин, Трентал).
- При токсическом синдроме необходимо проведение дозированной инфузионной терапии наряду с адекватным форсированным диурезом. В тяжёлых случаях показано парентеральное введение глюкокортикоидов в дозе 4-5 мг/кг/сут. При инфекционно-токсическом шоке эффективен плазмаферез.
- Длительность лечения нетяжелых пневмоний — 5 — 7 дней, осложненных форм — 10 — 14 дней (2 — 3 дня после падения температуры). В дет.учреждение можно выписывать не ранее 2-3 недель после выздоровления.



Критерии оценки эффективности антибактериальной терапии

- Эффективность терапии антибиотиками оценивают через 36-48 часов.
- **Положительный результат:** Улучшение общего состояния и аппетита, снижение температуры тела до субфебрильных значений, уменьшение одышки и отсутствие отрицательной динамики воспалительного процесса в лёгких.
- **Неполный терапевтический эффект:** Сохранение фебрильной лихорадки при улучшении общего состояния, уменьшении симптомов интоксикации и одышки, отсутствии отрицательной динамики изменений в лёгких. В этой ситуации обязательной смены антибактериального препарата не требуется.
- **Отсутствие эффекта:** Сохранение высокой лихорадки, ухудшение общего состояния и/или отрицательная динамика изменений в лёгких или плевральной полости. Необходимо сменить антибиотик!



Профилактика пневмоний у детей

- Здоровый образ жизни, хороший уход за ребёнком и его закаливание с первых месяцев жизни.
- Большое значение имеет профилактика возникновения ОРВИ у детей, особенно первого года жизни: ограничение контактов с другими детьми в период сезонных вспышек респираторных инфекций, вакцинация против гриппа, немедленная изоляция заболевших.
- Целесообразно использовать в профилактике пневмоний ИПС-19, бронхомунал, рибомунил (стимулирующее действие на все звенья неспецифической защиты организма и вакцинальный эффект против основных возбудителей заболеваний органов дыхания).
- По желанию родителей производится вакцинация поливалентной пневмококковой вакциной (иммунитет против 7 типов **пневмококка**).



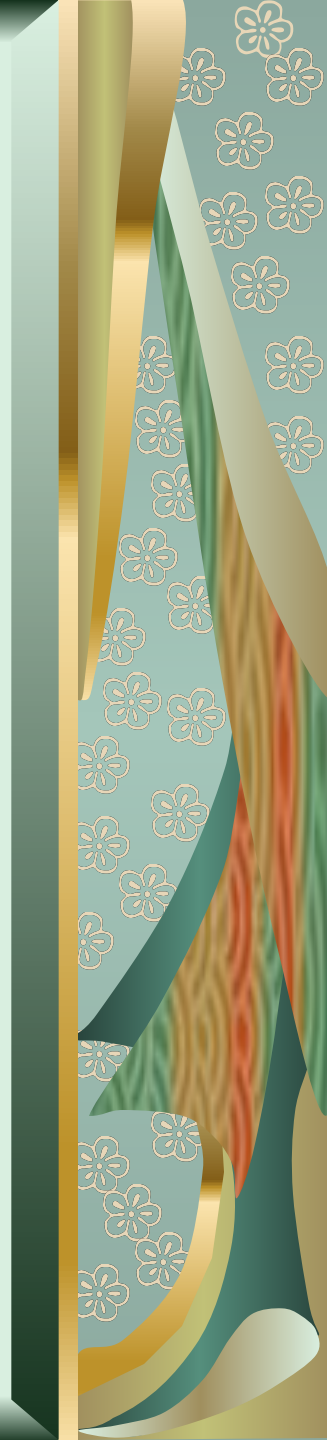
Лечение БА

- **Гипоаллергенная диета и быт.**
- **Лечение стабильной бронхиальной астмы проводится согласно так называемой ступенчатой терапии.**
- **Все препараты назначаются в индивидуальном порядке с учетом переносимости и эффективности.**
- **Терапия бронхиальной астмы предполагает несколько вариантов на каждой ступени, которые могут стать альтернативой при выборе базисного (поддерживающего) лечения.**
- **Если терапевтической дозировки препаратов на одном этапе недостаточно, то переходят на следующий.**
- **Это выглядит следующим образом (таблица):**

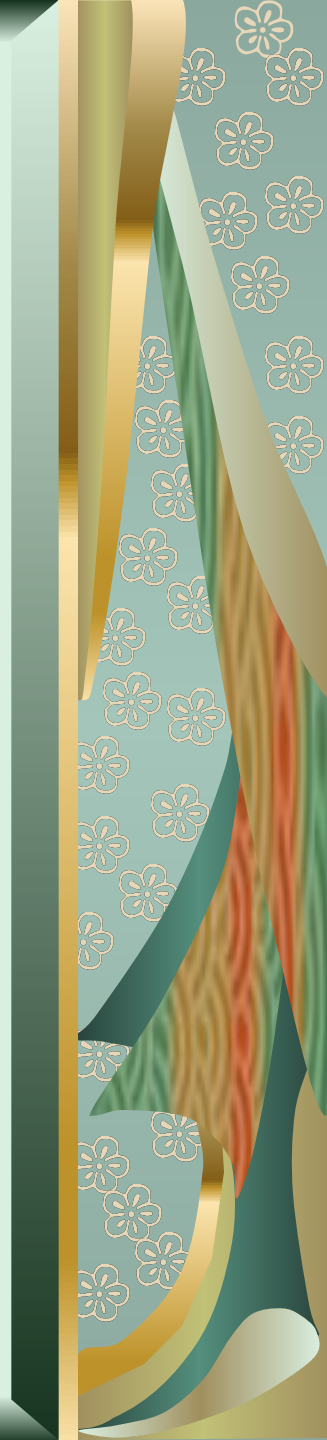


Степень	Тяжесть астмы	Препараты
Первая	Интермиттирующая	• Бета-2-адреномиметики короткого действия (сальбутамол, фенотерол) для купирования приступа. • Комбинация с ипратропия бромидом.
Вторая	Легкая персистирующая	• Ингаляционные кортикостероиды (ИКС) в низких дозах (флутиказон, будесонид, мометазон, беклометазон). • Антилейкотриеновые препараты (монтелукаст).
Третья	Средняя персистирующая	• Комбинация низких доз ИКС с бета-2-адреномиметиками длительного действия (сальметерол, формотерол). • ИКС (средние или высокие дозы). • ИКС в малых дозах с монтелукастом. • ИКС в малых дозах с теофиллином.
Четвертая	Тяжелая персистирующая	• ИКС в умеренных или высоких дозах в сочетании с сальметеролом или формотеролом. • Монтелукаст. • Теофиллин.
Пятая		• Максимальные дозы ИКС. • Пероральный кортикостероид (метилпреднизолон, преднизолон) в минимальной дозировке. • Моноклональные антитела (омализумаб, меполизумаб).

- Будесонид = Пульмикорт
- Ипратропия бромид = Атровент
- Монтелукаст = Сингуляр



- Основной целью такой терапии становится достижение контроля над бронхиальной астмой.
- При этом ведущую роль среди всех препаратов играют ИКС, которые признаны базисными средствами, устраняющими воспалительный процесс в бронхах.
- Начальные дозировки выбираются исходя из тяжести заболевания и ответа на терапию.
- Из средств доставки предпочтение отдается ингаляторам или небулайзерам.





- Если симптомы отсутствуют, то начинают постепенно снижать дозировку ИКС, добиваясь ее уменьшения на четверть или половину от исходной (на протяжении трех месяцев).



- Главным критерием эффективности лечения стабильной астмы является достижение контроля над симптоматикой болезни с использованием минимально достаточных для этого дозировок.

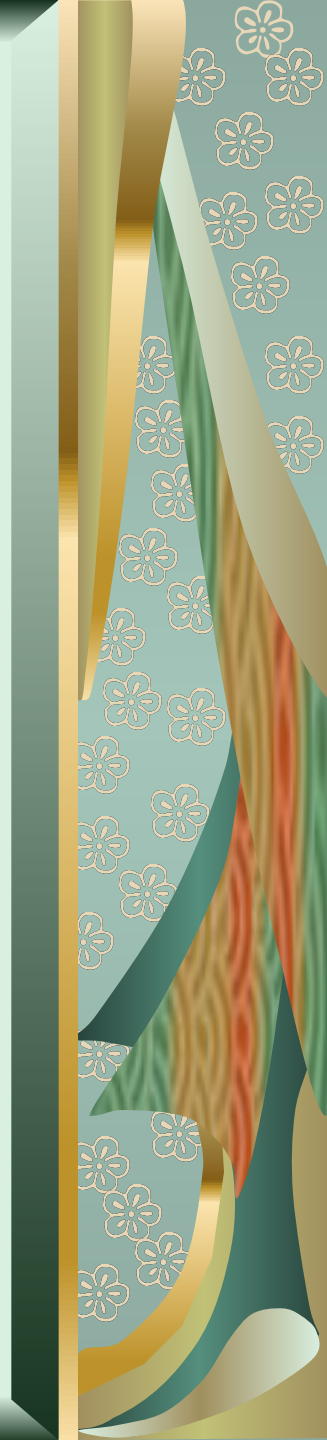


Приступ БА на фоне терапии

- В этом случае в детском возрасте применяются следующие препараты в возрастных дозировках:
- Ингаляции сальбутамола (или в комбинации с ипратропия бромидом).
- При их неэффективности добавляется будесонид (через небулайзер).
- Принимается преднизолон внутрь.
- Вводится эуфиллин внутривенно (при отсутствии эффекта от предшествующих лекарств).



- Эуфиллин применяется у детей с 2 лет, будесонид - с 6 месяцев, сальметерол - с 4 лет, формотерол - с 5 лет.
- При тяжелом приступе необходима немедленная госпитализация в стационар.
- Снижение оксигенации крови до уровня 94% и менее становится показанием для ингаляции кислорода.



Реабилитация детей с БА

- Гипоаллергенная диета и быт.
- ЛФК, предупреждение ОРВИ.
- Бальнеотерапия и грязелечение
- Курортоление: ароматерапия, галотерапия (соляные пещеры).
- Основу терапевтического эффекта составляет воздействие на организм атмосферы пещер, насыщенной сухим солевым аэрозолем.



Лечебный сеанс в галокамере

- Современная галокамера - это специально оборудованный комплекс помещений. На стены нанесено специальное солевое покрытие, которое поддерживает асептические и гипоаллергенные свойства воздуха.
- Путем измельчения кристаллов поваренной соли в галогенераторе в лечебном помещении галокамеры создается и поддерживается лечебная среда, насыщенная сухим аэрозолем хлорида натрия.
- Курс лечения - от 10 до 15 процедур продолжительностью 30 - 60 минут.

