

**ФГБОУ  
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ»  
Минздрава России**

# **Заболевания верхних дыхательных путей у детей.**



Подготовила студентка  
5 курса 36 группы  
лечебного факультета  
Артюхова В.А.

**Краснодар  
2019 г.**

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

В России инфекционные заболевания верхних дыхательных путей диагностируются круглогодично, но в период с середины сентября по середину апреля они приобретают массовый характер и связаны с острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ).

ОРВИ является самым распространенным инфекционным заболеванием в развитых странах, в среднем за год взрослый болеет ОРВИ до 2–3 раз, а ребенок, в возрасте до 5 лет – 6–8 раз в год.



# АНАТОМОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ РЕБЁНКА

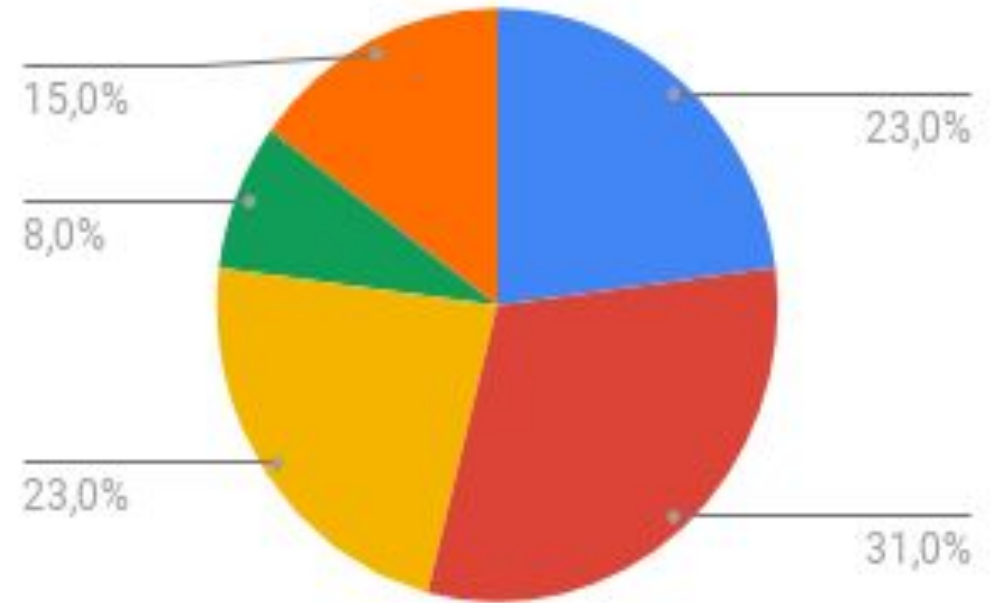
Верхние дыхательные пути	
АФО	Физиологические реакции, поражения, связанные с АФО
Нос относительно мал, носовые ходы узкие	При появлении незначительного воспаления слизистой оболочки носа у маленьких детей возникает затруднение дыхания через нос
Хрящи носа очень мягкие	
Обильное кровоснабжение слизистой оболочки	
У младенцев и детей раннего возраста недостаточно развита кавернозная (пещеристая) часть подслизистой ткани носа, которая развивается окончательно лишь к 8–9 годам	Относительная редкость кровотечений из носа у детей 1-2 года жизни
Относительно большой язык оттесняет надгортанник кзади.	Дыхание же через рот у детей I полугодия жизни почти невозможно
Добавочные (придаточные) пазухи носа к недостаточно развиты	Редкость таких заболеваний, как гайморит, фронтит, этмоидит, полисинусит до 3-4 лет
Лимфо-глоточное кольцо развито слабо. До 1 года нёбные миндалины не выходят из-за дужек мягкого нёба в полость зева	Редкость ангин у детей до 1 года
Слезно-носовой канал широк, короток, клапаны недоразвиты	При попадании инфекции развивается сочетанное поражение носа и глаз

## ЭТИОЛОГИЯ

Заболевания верхних дыхательных путей составляют большую полиэтиологическую группу, объединяемую не только локализацией процесса, но и в значительной степени эпидемиологическим сходством.

В этиологии инфекций ВДП преобладают вирусы. На их долю приходится около 90% случаев, реже (обычно как осложнение вирусных инфекций) – бактериальную. В ряде случаев они обусловлены атипичной флорой (микоплазмы, хламидии, легионеллы, пневмоцисты), редко – грибковой.

## ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ОРВИ



- Вирусы парагриппа
- Респираторно-синцитиальные вирусы
- Аденовирусы
- Пикорнавирусы
- Вирусы гриппа А, В, С

# РИНИТ

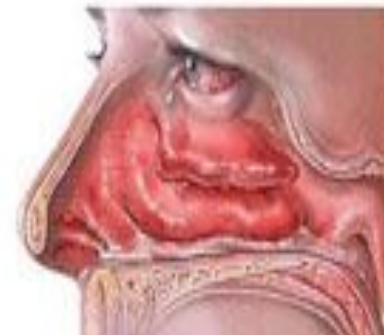
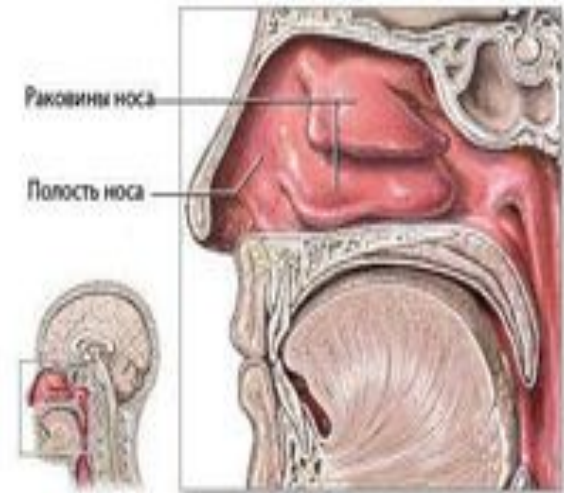
Ринит – воспаление слизистой оболочки полости носа – можно считать наиболее часто встречающимся заболеванием у детей. По данным разных авторов, за последние годы частота заболеваний носа и околоносовых пазух у детей составляет 35–37%, из них 50% переходит в хроническую форму. Ежегодно число таких больных увеличивается на 1,5–2%

## РИНИТ

— воспаления слизистой оболочки носа в результате охлаждения, инфекции, аллергии.

### ПРОЯВЛЕНИЯ РИНИТА:

1. Заложенность носа.
2. Выделения из носа
3. Чихание
4. Слезотечение
5. Нарушение носового дыхания



# КЛАССИФИКАЦИЯ

## I. Острый ринит

1. Инфекционный:
  - а) специфический;
  - б) неспецифический.
2. Аллергический (сезонный).
3. Травматический.

## II. Хронический ринит

1. Инфекционный.
2. Катаральный.
3. Аллергический (круглогодичный).
4. Вазомоторный.
5. Гипертрофический.
6. Атрофический.
7. Озена.

## 1. Катаральный ринит.

## 2. Гипертрофический ринит:

- а) ограниченный;
- б) диффузный.

## 3. Атрофический ринит:

- а) простой – ограниченный, диффузный;
- б) зловонный насморк, или озена.

## 4. Вазомоторный ринит:

- а) аллергическая форма;
- б) нейровегетативная форма



# СТАДИИ РИНИТА

В клиническом течении острого ринита выделяют 3 стадии: первая – сухого раздражения, вторая – серозных выделений, третья – слизисто-гнойных выделений.

**Первая стадия** – сухого раздражения слизистой оболочки, продолжается от нескольких часов до 1–2 сут. Заболевание начинается остро с общего ухудшения состояния больного: повышается температура тела, появляется головная боль, отмечается ощущение жжения и царапания в носовой полости, изменяется тембр голоса (закрытая гнусавость), понижается обоняние, постепенно нарушается носовое дыхание. В этой стадии происходит инвазия и репликация вируса в эпителии слизистых носовых ходов. Риноскопически определяются гиперемия, сухость, набухание слизистой оболочки, сужение носовых ходов.

**Вторая стадия** – стадия серозных выделений (экссудации), характеризуется нарастанием воспалительного процесса. Появляется обильное количество серозно-слизистого секрета. Отделяемое содержит соли, аммиак, биологически активные вещества и оказывает у детей раздражающее действие на кожу преддверия носа и верхней губы, проявляющееся в виде красноты и болезненных трещин, слезотечения, иногда конъюнктивита, ощущения щекотания в носу, чихания. Риноскопически определяется гиперемия слизистой оболочки, выраженный отек носовых раковин, суживающий, а иногда и полностью закрывающий просвет общего носового хода. При этом возможно полное нарушение носового дыхания.

Характерно слезотечение за счет раздражения чувствительных рефлексогенных зон слизистой оболочки полости носа, чихание. Отек слизистой оболочки полости носа приводит к нарушению дренажа придаточных пазух носа и среднего уха, что создает благоприятные условия для активизации условнопатогенной флоры и способствует развитию бактериальных осложнений.

**Третья стадия** – стадия слизисто-гнойных выделений, наступает на 4–5й день заболевания.

Отделяемое становится мутным, затем желтоватым и зеленоватым. Это обусловлено наличием в нем лейкоцитов, эпителиальных клеток и муцина, резко выраженное затруднение дыхания, головная боль, общее недомогание. Риноскопически определяется уменьшение гиперемии слизистой оболочки полости носа, отека носовых раковин (особенно нижних), в носовых ходах наблюдается гнойное отделяемое. Общая продолжительность острого инфекционного ринита обычно составляет 8–14 дней, хотя по разным причинам она может варьировать. Ринит может носить abortивный характер и прекратиться через 2–3 дня, если у ребенка общий и местный иммунитет не нарушен. У ослабленных детей (часто болеющих ОРВИ) при наличии хронических очагов инфекции острый ринит чаще имеет затяжной характер – до 3–4 нед





# ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО РИНИТА



## **Симптоматическая терапия:**

1. Адекватная гидратация
2. Ирригационная терапия
3. Короткий (до 5 суток) курс деконгестантов

## **Этиотропное лечение:**

1. Противовирусные средства – при вирусной этиологии
2. При бактериальной этиологии – антибактериальная терапия



# ФАРИНГИТ

## КЛАССИФИКАЦИЯ

### **1. По течению:**

- а)** Острый,
- б)** Подострый,
- в)** Хронический.

### **2. По состоянию слизистой глотки:**

- **Катаральный** — отек, покраснение слизистой оболочки горла, гортани, постепенно слизистая становится серовато-розового цвета.

- **Гипертрофический** — утолщение слизистой оболочки гортани и горла вследствие разрастания эпителиальной ткани.

Обычно происходит гипертрофия боковых валиков глотки, утолщение небных дужек, появление узелков и гранул на задней стенке глотки.

- **Субатрофический** — истончение тканей горла и гортани очагового или диффузного характера. Внешне слизистая

## ***СИМПТОМЫ ФАРИНГИТА***

**Классические симптомы фарингита** – першение в горле и боль при глотании. Дети среднего возраста часто жалуются именно на это.

Кашель может сопровождать фарингит как симптом, но если воспаление ограничено глоткой, он никогда не будет сильным. Скорее, это можно назвать словом «покашливание». Сильный кашель говорит о том, что инфекция спустилась ниже – вызвав ***трахеит, ларингит или бронхит.***



# ЛЕЧЕНИЕ

*Антисептики.* В зависимости от характера течения заболевания и состояния слизистой.

*Антибактериальная терапия.* Назначается с первого дня, если выявляется В-гемолитический стрептококк группы А. В других случаях все зависит от степени тяжести заболевания и результатов лабораторных исследований.

*Противовоспалительные средства (НПВС)* для снижения температуры тела.



# ДИАГНОСТИКА

- мазок из зева на микрофлору и чувствительность к антибиотикам или ПЦР;
- общий анализ крови.

## **При рецидивирующих фарингитах:**

- эндоскопия носа и носоглотки;
- осмотр аллерголога (для исключения аллергической природы заболевания);
- осмотр гастроэнтеролога (для исключения рефлюксной болезни);
- Эндоскопия (фиброскопия) гортани (при фаринголарингитах).



**Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего  
профессионального образования  
"Кубанский государственный медицинский университет"  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

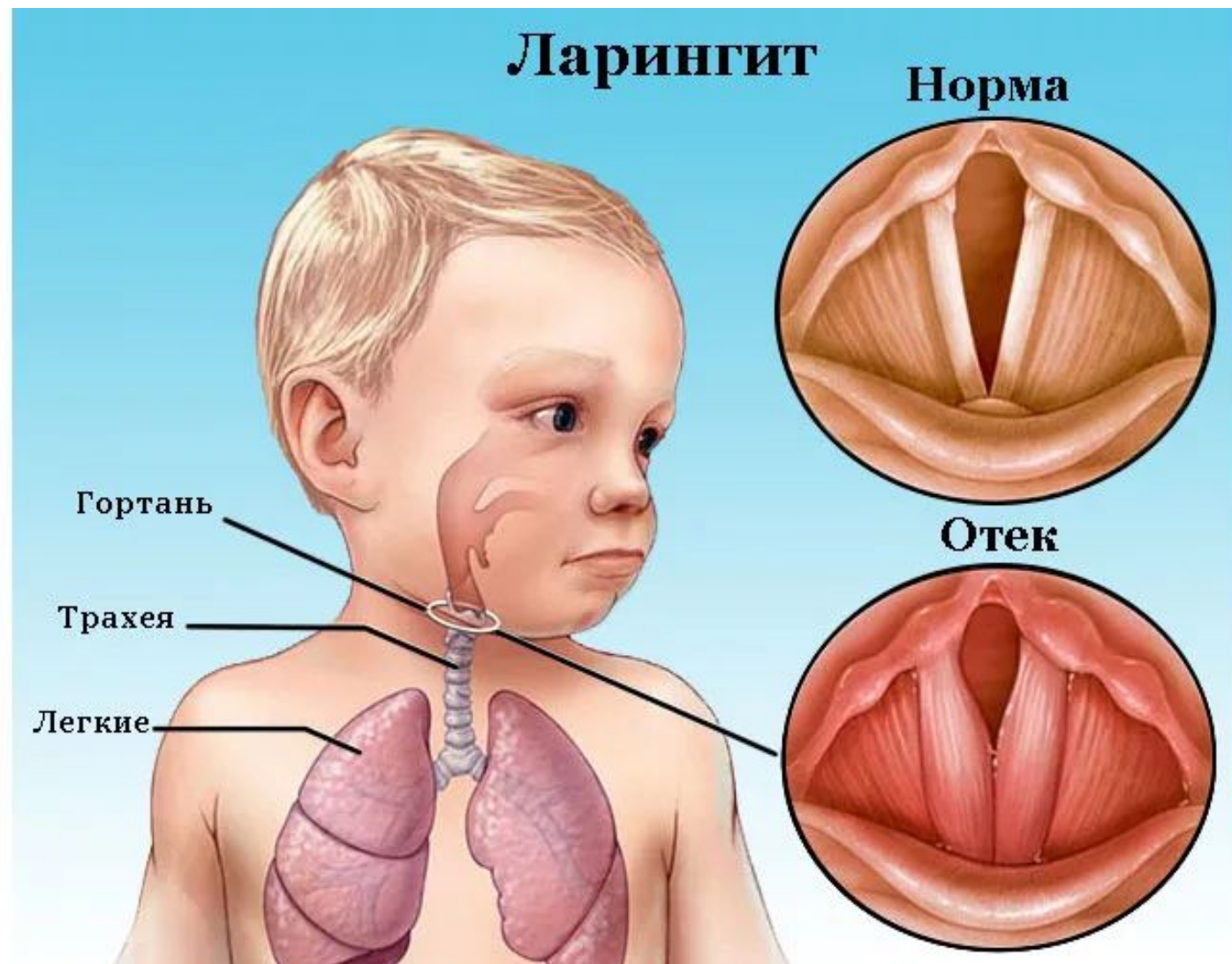
**Кафедра Педиатрии 2**

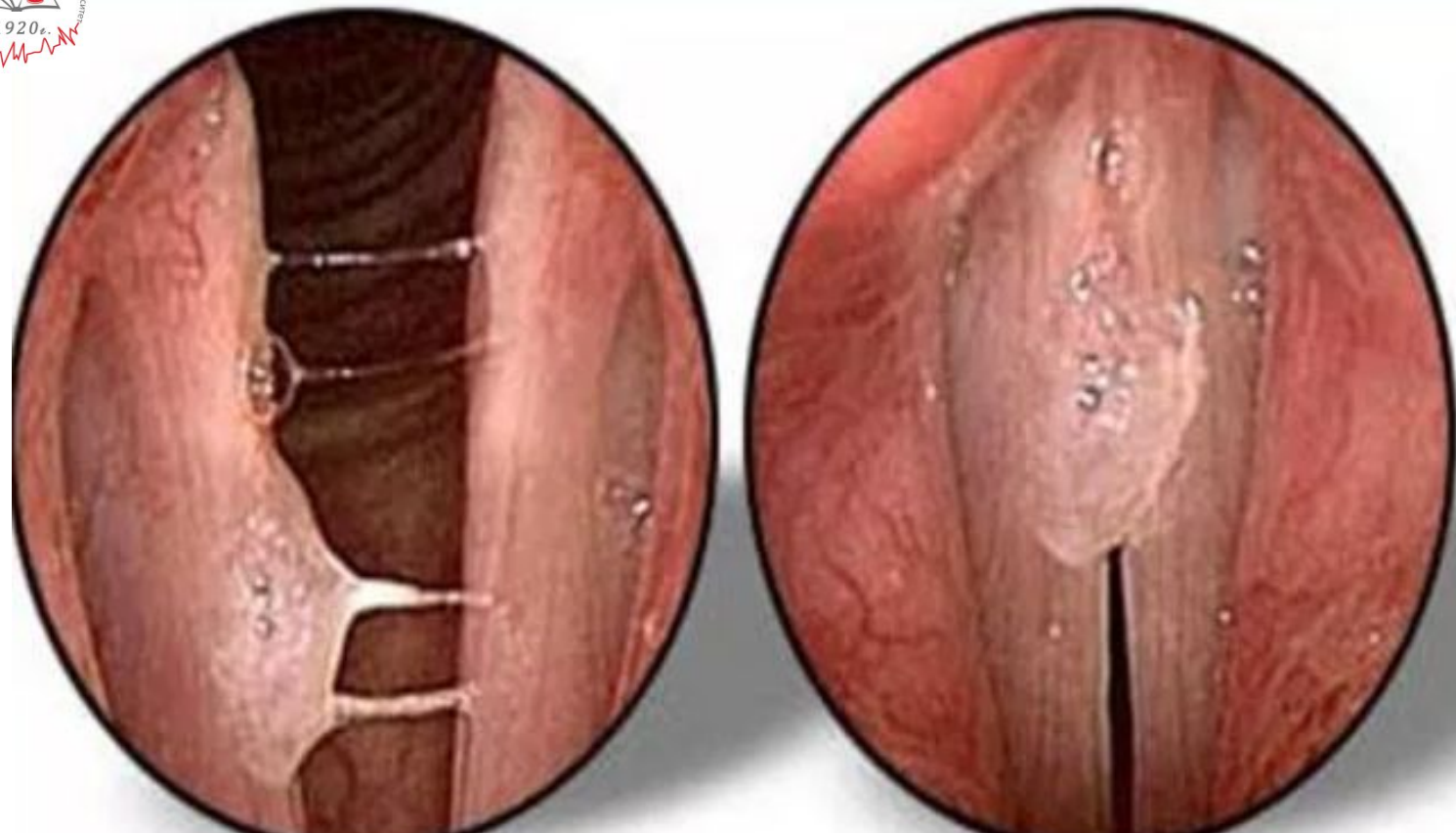
# **Острый стенозирующий ларингит**

**Краснодар 2019**

Выполнила:  
Студентка  
5 курса 14 группы  
педиатрического ф-та  
Епинетова А. А.

**Острый  
обструктивный  
ларингит (круп)** -  
воспаление гортани  
тканей  
подскладочного  
пространства с  
сужением просвета  
гортани.  
Ранее также  
использовался  
термин  
*«стенозирующий  
ларинготрахеит»*





## ***АФО, предрасполагаю щие к патологии:***

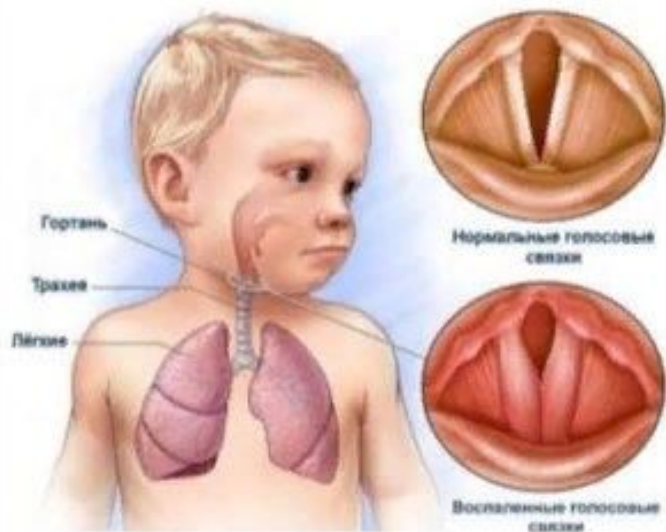
- Анатомическая и функциональная незрелость гортани;
- Малые размеры, узость гортани;
- Недостаточное развитие эластических, мышечных волокон;
- Мягкость и податливость хрящей;
- Обильное кровоснабжение и иннервация слизистой оболочки;
- Недостаточность защитной функции слизистой (малое количество лизоцима, IgA, слабость кашлевого рефлекса).

# ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ

Особенности острого ларингита у детей связаны со строением носоглотки, голосовых связок и анатомического строения гортани

- вход в гортань прикрыт мягким нависающим надгортанником;
- относительно узкий просвет гортани;
- пространство под голосовыми связками окружено большим количеством рыхлой соединительной ткани, которая склонна к отеку.

Детский организм более податлив к развитию разного рода инфекционных заболеваний, симптоматика более яркая, а осложнения развиваются чаще.



Именно поэтому ларингит у маленьких детей сопровождается высоким риском развития стеноза и острой дыхательной недостаточностью.



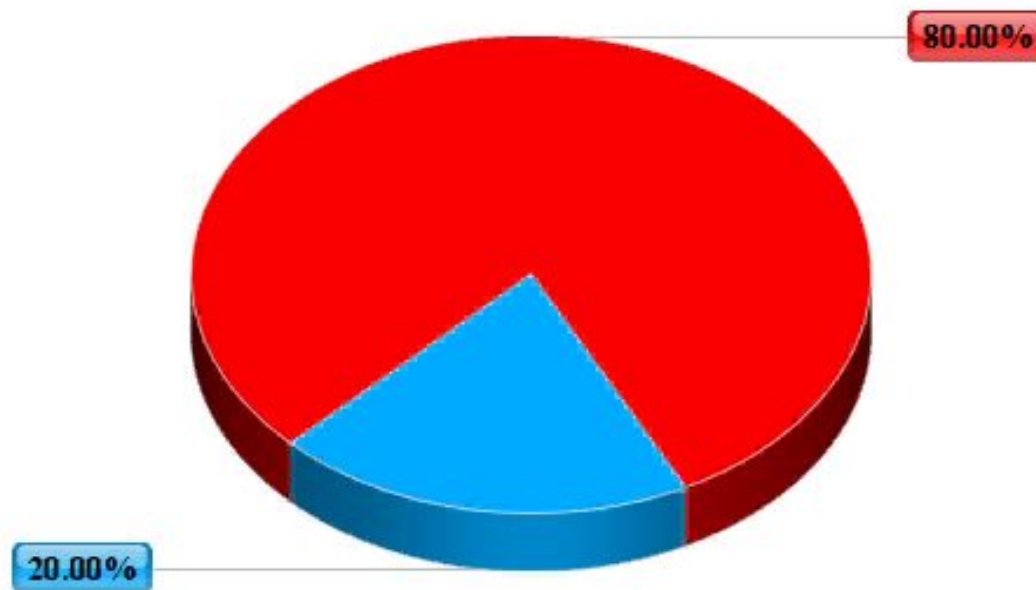
# Этиология

## Прочие возбудители болезни:

- Вирусы гриппа А и В
- Аденовирусы
- Респираторно-синцитиальный вирус
- Риновирусы
- Энтеровирусы
- Бокавирус
- Коронавирус
- Метапневмовирус
- Бактериальные возбудители (Mycoplasma pneumoniae)

## Этиология

■ Респираторные вирусы (вирус парагриппа) ■ Другие причины

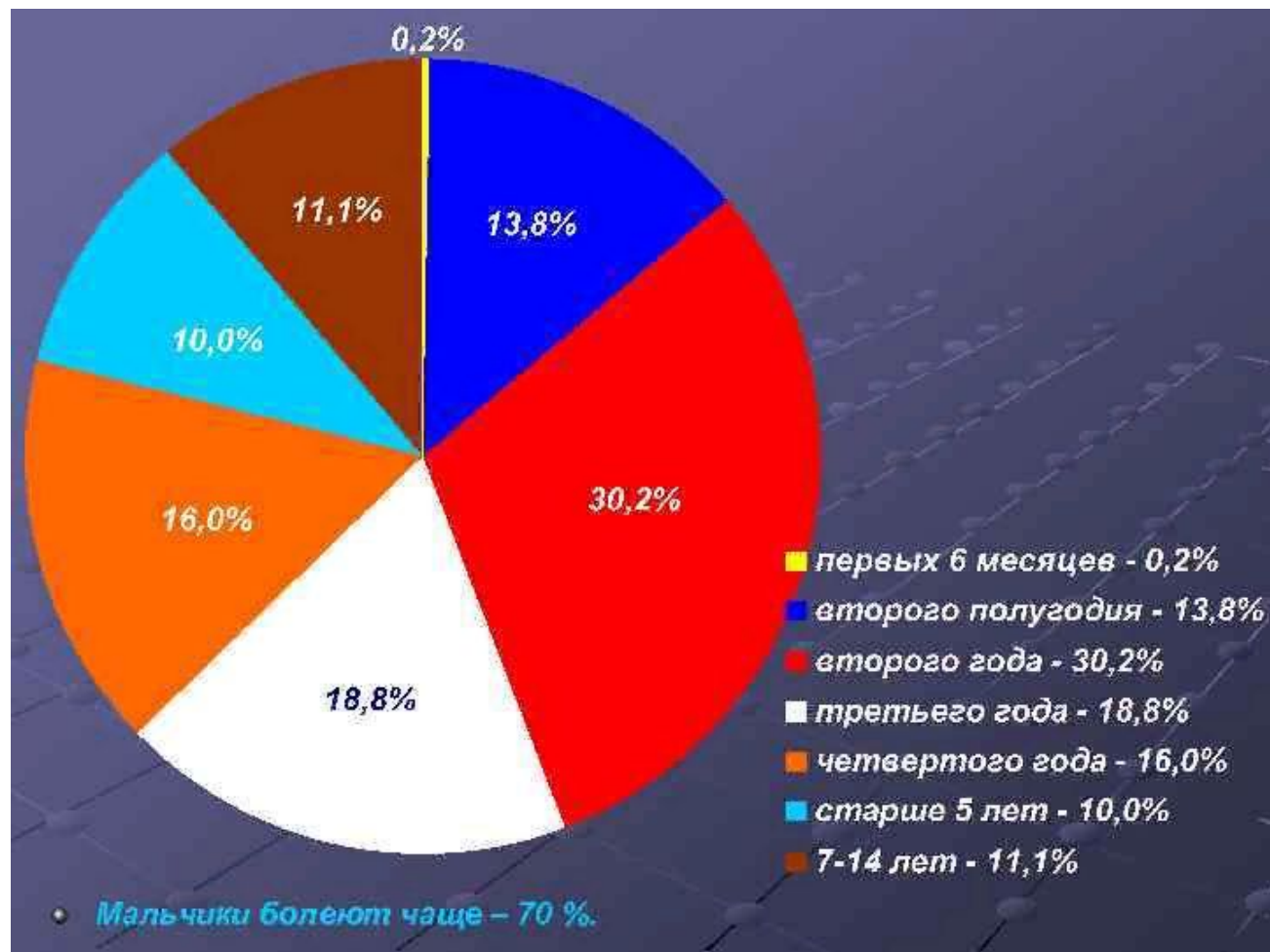


**Круп** - наиболее частая причина острой обструкции верхних дыхательных путей у детей в возрасте **от 6 месяцев до 6 лет**.

В структуре ежегодных обращений к педиатрам и в отделения неотложной помощи **до 6%** визитов приходится на долю детей с обструктивным ларингитом.

Обычно это быстрокупирующееся острое заболевание.

Разрешение симптомов наступает в течение **48 часов** от начала адекватной терапии в **60%** случаев, однако приблизительно **5%** детей с крупом требуется **госпитализация** в стационар, причем **1 - 3%** из госпитализированных может понадобиться **искусственная вентиляция легких**.



**Таблица Клиническая характеристика степени тяжести ОСЛТ**

Симптомы	Степень стеноза			
	1	2	3	4
Общее состояние, сознание	Удовлетворительное или средней тяжести, сознание ясное, периодическое возбуждение	Средней тяжести, сознание ясное, постоянное возбуждение	Тяжелое или очень тяжелое, сознание спутанное, постоянное резкое возбуждение	Крайне тяжелое, сознание отсутствует
Окраска кожи	Легкий цианоз вокруг рта при беспокойстве	Умеренно выраженный цианоз носогубного треугольника	Выраженный цианоз кожи лица, акроцианоз, мраморность кожи	Цианоз всего тела
Втяжение межреберных промежутков и надключичных ямок	В покое отсутствует, при беспокойстве умеренное	Выраженное даже в состоянии покоя	Выраженное, при поверхностном дыхании может отсутствовать	Становится менее выраженным
Дыхание	Не учащено	Умеренно учащено	Значительно учащено, может быть поверхностным	Прерывистое, поверхностное
Пульс	Соответствует температуре тела	Учащен	Значительно учащен, выпадение на вдохе	Значительно учащен, нитевидный, в ряде случаев замедленный
Пульсоксиметрия	Норма – 95–98 %	< 95 %	< 92 %	

**Таблица 1 - Степени стеноза гортани (по В.Ф. Ундрицу, 1969 г.)**

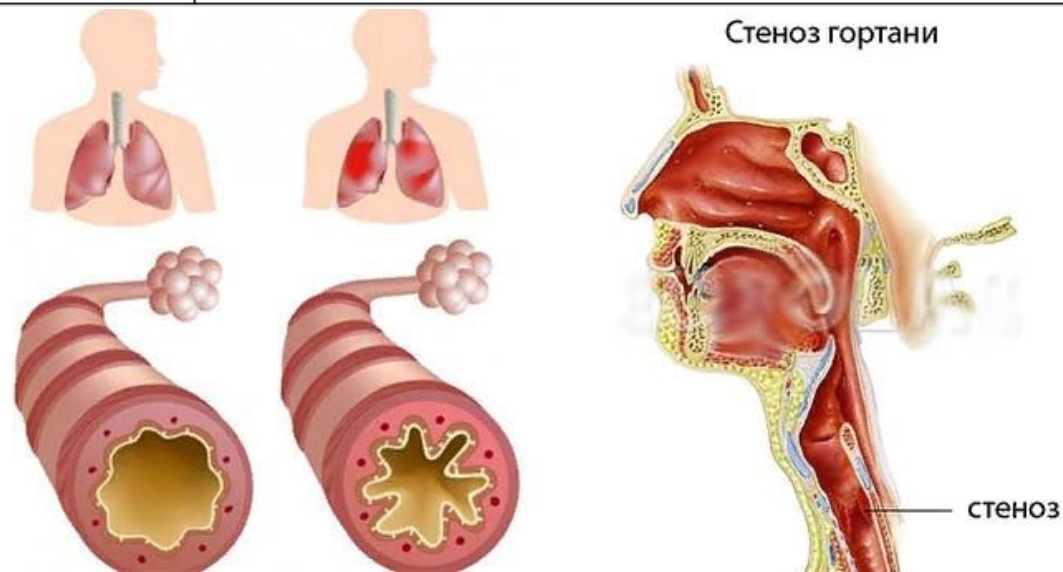
Степень	Клинические проявления
I (стадия компенсации)	Осиплость, грубый навязчивый кашель, умеренная одышка
II (стадия неполной компенсации)	Осиплость, грубый навязчивый кашель, выраженная одышка, возбуждение, дыхание с участием вспомогательной мускулатуры, втяжением податливых мест грудной клетки, раздуванием крыльев носа, цианоз носогубного треугольника, тахикардия
III (стадия декомпенсации)	Осиплость, грубый навязчивый кашель, беспокойство, страх, возможна апатия, резкая одышка с выраженным втяжением податливых мест грудной клетки, бледность, акроцианоз
IV (терминальная стадия, асфиксия)	Сознание отсутствует, резкая бледность и цианоз, гипотермия, возможны судороги, мидриаз, дыхание частое, поверхностное, артериальная гипотензия, нитевидный пульс. Эта стадия предшествует остановке дыхания и сердца

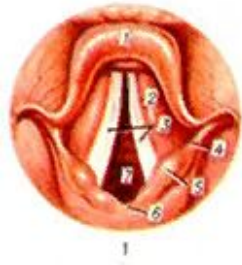


**Таблица 2 - Шкала оценки степени тяжести крупа по Westley**

Выраженность симптома	Баллы*
<b>Стридор</b>	
Отсутствует	0
При возбуждении	1
В покое	2
<b>Втяжение уступчивых мест грудной клетки</b>	
Отсутствует	0
Легкое	1
Умеренно выраженное	2
Резко выраженное	3
<b>Проподимость дыхательных путей</b>	
Нормальная	0
Нарушена умеренно	1
Значительно снижена	2
<b>Цианоз</b>	
Отсутствует	0
При двигательной активности	4
В покое	5
<b>Сознание</b>	
Без изменений	0
Нарушения сознания	5

\*Оценка: легкой степени соответствует сумма баллов меньше 3, средней степени – 3-6 баллов, тяжелой степени – более 6.



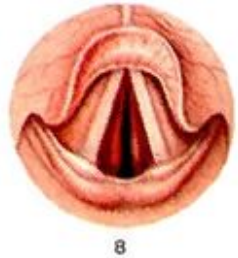
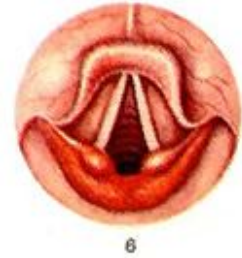


**Рис 1.** Гортань в норме: 1 — надгортанник; 2 — вестибулярные складки; 3 — голосовые складки; 4 — черпалонадгортанная складка; 5 — черпаловидный хрящ; 6 — межчерпаловидное пространство; 7 — задняя стенка гортани.

**Рис 2.** Острый ларингит: резкая гиперемия и инфильтрация надгортанника, и вестибулярных и голосовых складок, черпалонадгортанных складок, межчерпаловидного пространства.

**Рис 3.** Острый эпиглоттит: гиперемия и инфильтрация слизистой оболочки надгортанника.

**Рис 4.** Острое воспаление вестибулярных складок: резкая гиперемия и инфильтрация.



**Рис 5.** Острое воспаление голосовых складок: резкая гиперемия и инфильтрация слизистой оболочки голосовых складок.

**Рис 6.** Острое воспаление черпаловидного хряща и межчерпаловидного пространства: резкая гиперемия и инфильтрация слизистой оболочки черпаловидных хрящей и межчерпаловидного пространства.

**Рис 7.** Геморрагический острый ларингит: кровоизлияние в области голосовых складок.

**Рис 8.** Острый подскладочный (подсвязочный) ларингит: резкая гиперемия и инфильтрация слизистой оболочки подголосовой области.

**Рис 9.** Флегмонозный ларингит: абсцесс в области левой черпалонадгортанной складки.

**Рис 10.** Хронический ларингит: гиперемия и припухание голосовых складок.

**Рис 11.** Пахидермия голосовых складок: массивное утолщение эпителия в виде грибовидного возвышения на голосовых складках.

**Рис 12.** Пахидермия межчерпаловидного пространства: утолщение эпителия в межчерпаловидном пространстве.

**Рис 13.** Певческие узелки гортани: симметричные точечные возвышения на свободном крае голосовых складок.

10

11

12

13

# Неотложная помощь на догоспитальном этапе

## Алгоритм 1

Действия при ларинготрахеите (обструктивном стенозе гортани) в стадии компенсации.

### Участковый врач

1. Направить немедленно на госпитализацию специализированное отделение.  
При его отсутствии – госпитализация в палату интенсивной терапии детского отделения.
2. До прихода машины скорой помощи провести следующие мероприятия: **теплое молоко с содой или «Боржоми» (2 : 1) по 10–15 мл каждые 3–5 мин.; дексаметазон (0,15 мг/кг) внутрь; тавегил 0,3–0,5 мг или супрастин 8,3 мг (внутри) при симптоматике atopического состояния; симптоматическая терапия при необходимости.**



## Врач скорой медицинской помощи:

1

- введение аэрозоли будесонида (1 мг) + 0,9 % раствор NaCl 3 мл через небулайзер;

2

- госпитализация в специализированное ларингитное отделение в положении сидя на руках матери

3

- симптоматическая терапия при необходимости.



## **Неотложная помощь на догоспитальном этапе**

**Алгоритм 2.**  
**Действия при стенозе гортани в стадии неполной компенсации.**

**Участковый врач:**

1. Вызвать на себя бригаду скорой помощи или реанимационную бригаду.
2. До приезда бригады провести следующие мероприятия: **теплое молоко с «Боржоми» (2 : 1) или с содой по 10–20 мл каждые 3–5 мин.; дексаметазон 0,6 мг/кг внутрь или в/м; седуксен или реланиум внутрь при возбуждении; тавегил или супрастин (внутри) при симптоматике atopического сфостояния.**





## Врач скорой помощи или реанимационной бригады:

- \* оксibuтират натрия 50 мг/кг или седуксен внутрь (при возбуждении);
- \* седуксен или реланиум внутрь при возбуждении; тавегил или супрастин  
(внутри) при симптоматике атопического состояния (если соответствующие мероприятия не проведены участковым врачом);
- \* постоянная оксигенотерапия во время транспортировки;
- \* ингаляция: адреналин 0,1 % р-р 0,1–0,5 мл/кг (макс. 6 мл) однократно;
- \* ингаляция: будесонид (1 мг) + 0,9 % NaCl 3 мл;
- \* симптоматическая терапия при показаниях;
- \* экстренная госпитализация в ОИТР в положении сидя на руках матери.

### Алгоритм 3.

Действия при стенозе гортани в стадии декомпенсации.

Врач скорой помощи:

1. Вызов на себя реанимационной бригады.
2. Оксигенотерапия.
3. Ингаляция будесонида + адреналина или нафтизина.
4. Оксипутират натрия 50 мг/кг парентерально.
5. Преднизолон 4 мг/кг парентерально или дексаметазон 0,6 мг/кг.
6. Симптоматическая терапия.
7. Готовность к интубации или интубация трахеи.
8. Экстренная транспортировка в отделение интенсивной терапии и реанимации.

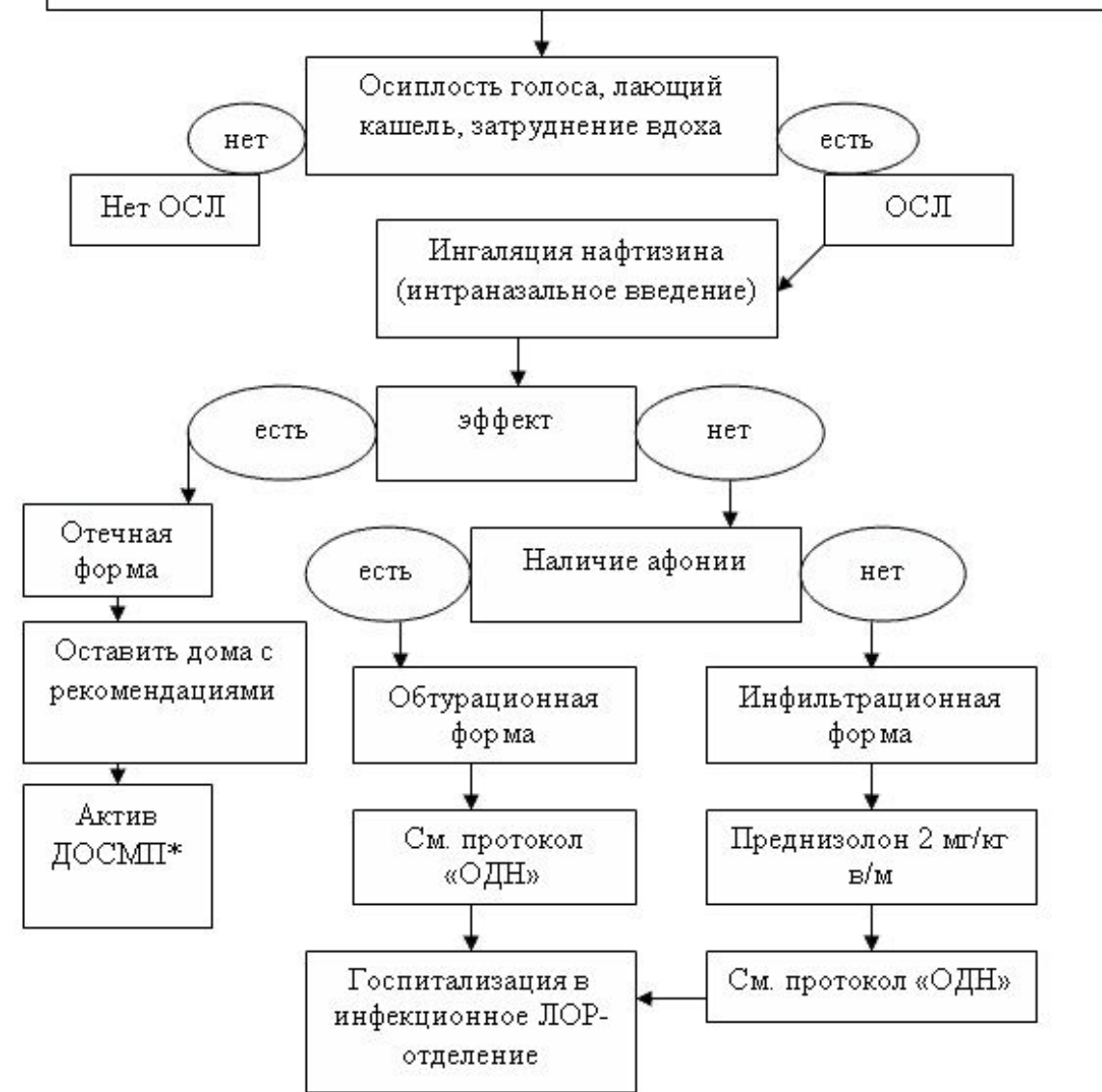
## Неотложная помощь на догоспитальном этапе



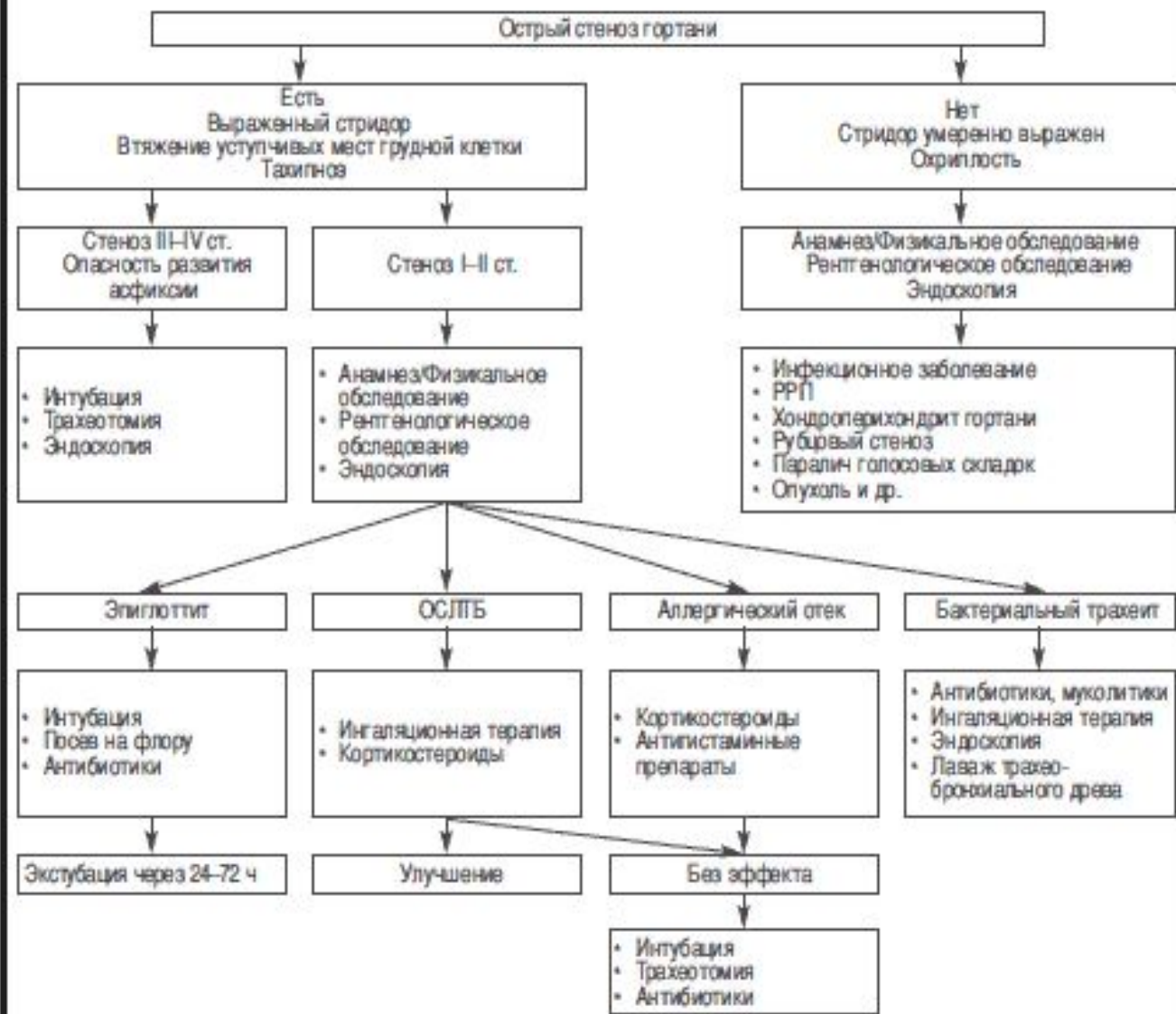
## Алгоритм 4. Действия при терминальной стадии стеноза гортани.

- \* Вызов реанимационной бригады:
- \* 1. Очистка верхних дыхательных путей.
- \* 2. Подача 100 % кислорода с помощью ручной искусственной вентиляции легких.
- \* 3. Введение атропина 0,01 мг/кг и седуксена 0,2 мг/кг в мышцы дна полости рта или внутривенно.
- \* 4. Эндотрахеальная интубация. При невозможности интубации – коникотомия или трахеотомия.
- \* 5. Обеспечение постоянного доступа к вене.
- \* 6. Преднизолон 5 мг/кг парентерально, допмин 5–10–20 мкг/кг/мин. внутривенно (титровка по уровню АД).
- \* 7. Ингаляция с симпатомиметиками через небулайзер (адреналин или нафтизин).
- \* 8. Сердечно-легочная реанимация (при необходимости).
- \* 9. Симптоматическая терапия.
- \* 10. Экстренная транспортировка реанимационной бригадой в отделение интенсивной терапии и реанимации.

## Острый стенозирующий ларинготрахеит (ОСЛ)

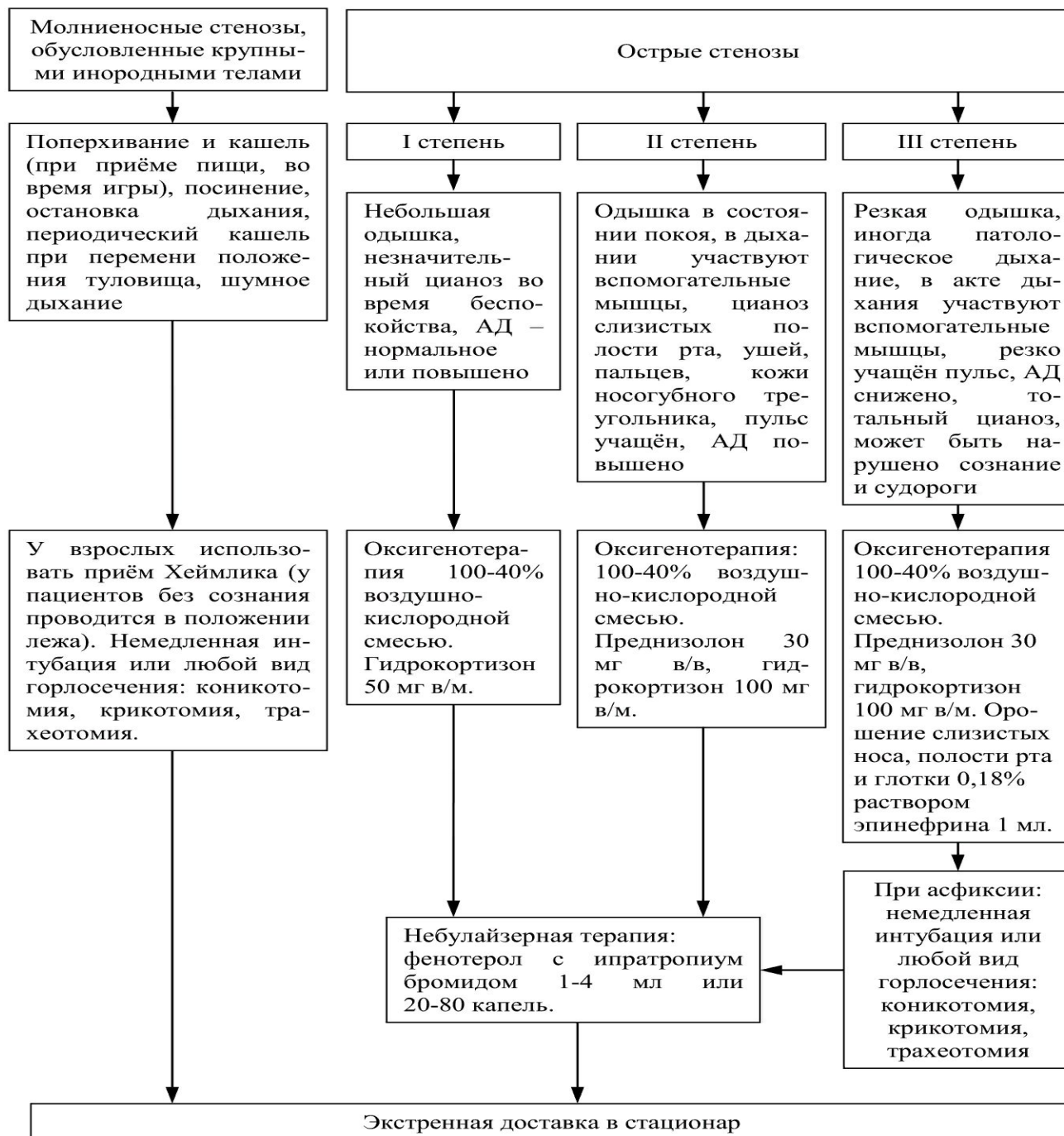


## Алгоритм лечения больного со стенозом гортани.



Примечание. РРП — рецидивирующий респираторный папилломатоз.

## Алгоритм 25 «Стеноз гортани»



**Дифференциальная диагностика синдрома крупа включает также более редкие заболевания, сопровождающиеся остро возникшим стенозом:**

- о бактериальный трахеит;
- о инородное тело гортани;
- о абсцессы глотки;
- о увулит;
- о ангионевротический отек гортани;
- о дифтерийный (истинный) круп (развивается медленнее, на фоне интоксикации);
- о следует помнить, что при некоторых болезнях гортани (врожденный стридор, подскладочная гемангиома/неоплазия, парезы, ларингомалация) затруднение вдоха
- усиливается во время острой респираторной инфекции, создавая иллюзию острого
- стеноза.

**Таблица 3 - Клинические различия между крупом и эпиглоттитом**

Круп		Эпиглоттит
6 месяцев – 3 года	Возраст	Старше 3 лет
Постепенное (24 – 72 ч)	Развитие стридора	Быстрое (8 – 12 ч)
Катаральные явления в продромальном периоде (признаки острой респираторной инфекции), грубый, лающий кашель, осиплость голоса, грубый инспираторный стридор, редко шум на выдохе Отсутствие или умеренная боль в горле	Симптомы	Умеренно выраженный ринит, несильный кашель, приглушенный, но не осиплый голос, умеренный инспираторный стридор, усиливающийся в положении на спине, низкий звук на выдохе Боль в горле «Опасные» признаки: гиперсаливация, тризм
Чаще субфебрилитет Отсутствие интоксикации и нарушения общего состояния	Лихорадка и интоксикация	Температура >39°C, выраженная интоксикация, выраженное недомогание.
Сужение дыхательных путей	Рентгенография	Отек надгортанника (положительный симптом «большого пальца»: увеличенный в размерах надгортанник на рентгенограмме шеи в боковой проекции)

**Таблица 2. Дифференциальная диагностика ложного крупа у детей**

Заболевание	Отличительные признаки
<b>Дифтерия гортани</b>	Характерно постепенное начало и нарастание тяжести заболевания. Часто сочетается с дифтерией другой локализации (зева, носа). Характерно поражение внутренних органов. Стойкая осиплость голоса до развития афонии
<b>Аллергический отек гортани</b>	Нет связи с ОРВИ. Синдром интоксикации не характерен. Отягощенный аллергологический анамнез
<b>Ларингоспазм</b>	Чаще у детей первых двух лет жизни на фоне повышенной нервно-мышечной возбудимости, рахита. Возникает неожиданно, без связи с ОРВИ. Характерна инспираторная одышка, «петушиный крик», страх, беспокойство
<b>Эпиглоттит</b>	Характеризуется высокой лихорадкой, болями в горле, дисфагией, приглушенностью голоса, стридором и дыхательной недостаточностью. Пальпация гортани болезненна. При осмотре зева обнаруживают темно-вишневую окраску корня языка, его инфильтрацию, отечность надгортанника и черпаловидных хрящей, закрывающих вход в гортань
<b>Заглоточный абсцесс</b>	Чаще у детей до 3-летнего возраста. Развивается на фоне или после перенесенной ОРВИ. В клинической картине преобладают симптомы интоксикации, выраженная лихорадка, боли в горле, дисфагия, стридор, слюнотечение. Отсутствуют «лающий», грубый кашель и осиплость голоса. Откашливание затруднено из-за резкой болезненности в горле. Ребенок нередко принимает вынужденное положение – с откинутой назад головой. Осмотр зева представляет значительные трудности из-за резкого беспокойства ребенка и невозможности открыть рот
<b>Инородное тело гортани и трахеи</b>	Наиболее частая причина асфиксии у детей. Возникает неожиданно на фоне видимого здоровья, обычно во время еды или игры. Появляется приступ кашля, сопровождающийся удушьем. Клиническая картина зависит от уровня обструкции: чем ближе к гортани, тем больше вероятность развития асфиксии. Такое расположение инородного тела обычно сопровождается появлением ларингоспазма. Ребенок испуган, беспокоен. При аускультации иногда выслушивается хлопающий звук, свидетельствующий о баллотировании инородного тела

# НЕБУЛАЙЗЕР



**ЭТО УСТРОЙСТВО ДЛЯ ОБРАЗОВАНИЯ И  
РАСПЫЛЕНИЯ АЕРОЗОЛЯ**



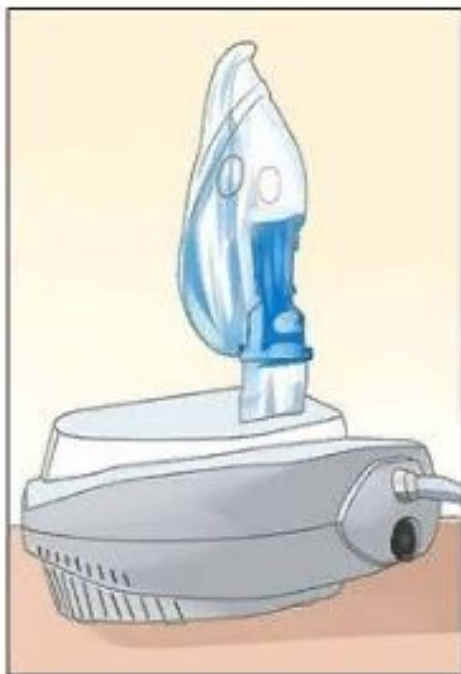
- Компрессорный
- Ультразвуковой
- Меш-небулайзер



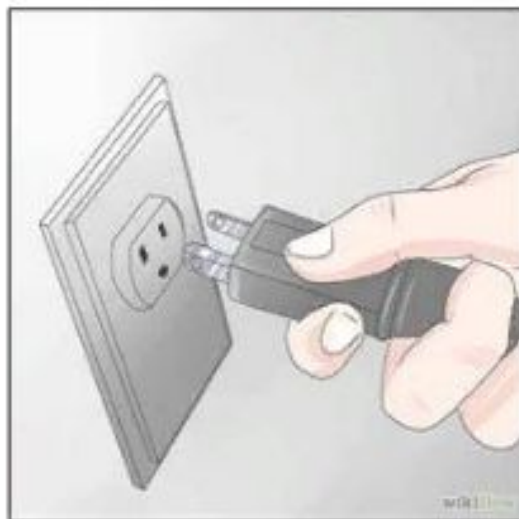
# МЕТОДИКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НЕБУЛАЙЗЕРА



## ПОДГОТОВКА НЕБУЛАЙЗЕРА К РАБОТЕ



Достаньте небулайзер из коробки и поставьте его на стойкую поверхность, например на стол



Вставьте вилку шнура питания в ближайшую розетку



Поместите необходимое количество лекарства в колбу небулайзера

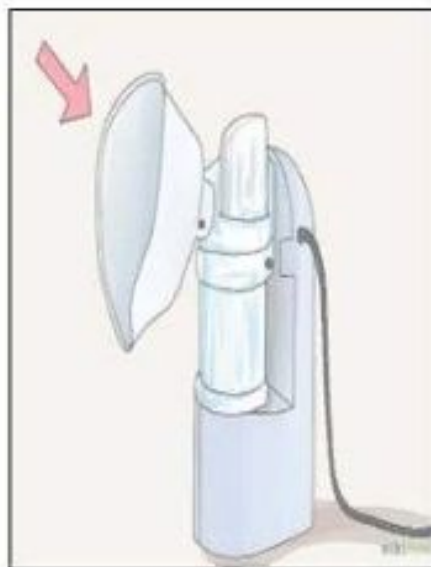
# МЕТОДИКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НЕБУЛАЙЗЕРА



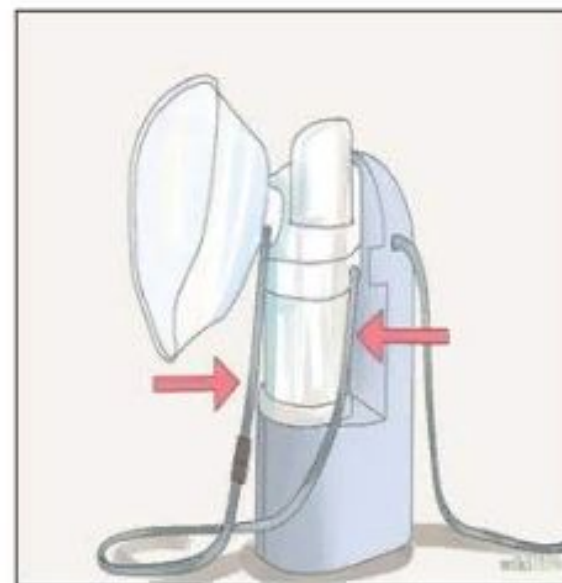
## ПОДГОТОВКА НЕБУЛАЙЗЕРА К РАБОТЕ



Закройте верхнюю часть колбы с лекарствами колпачком



Прикрепите маску к колпачку

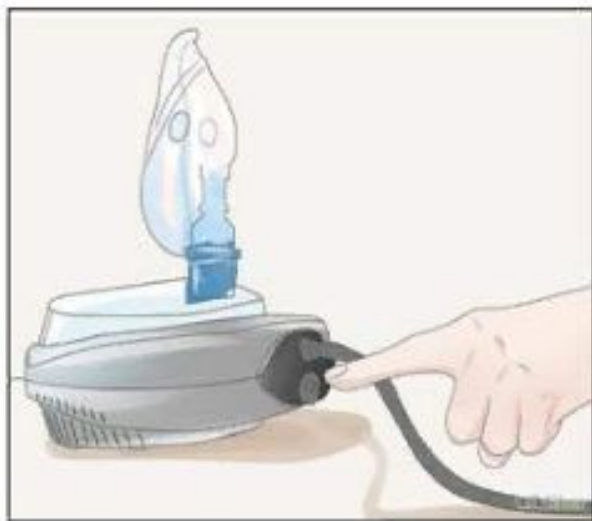


Подключите один конец трубки к нижней части колбы с лекарством, а другой конец трубки к компрессору небулайзера

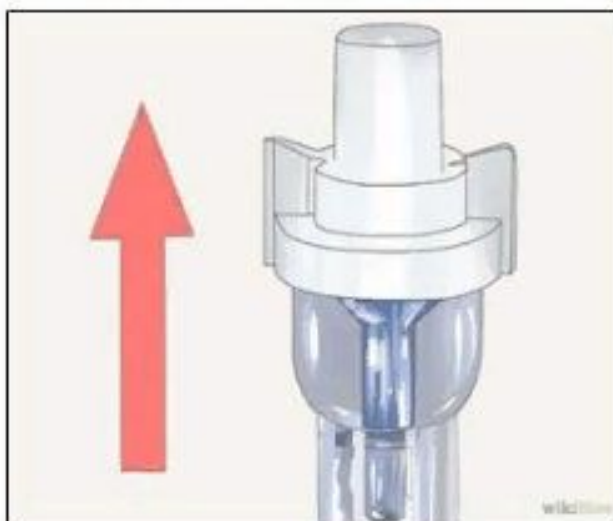
# МЕТОДИКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НЕБУЛАЙЗЕРА



## ВДЫХАНИЕ ЛЕКАРСТВ С ПОМОЩЬЮ НЕБУЛАЙЗЕРА



Включите небулайзер



Держите колбу с  
лекарствами в  
вертикальном  
положении

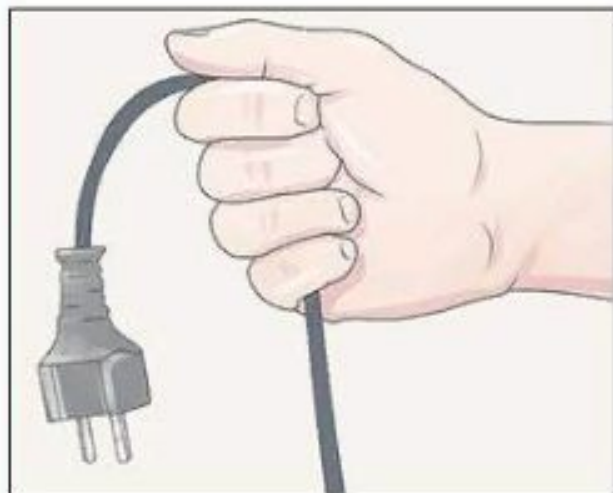


Придерживайте маску  
на лице, пока  
происходит  
распыление

# МЕТОДИКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НЕБУЛАЙЗЕРА



## ПОСЛЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НЕБУЛАЙЗЕРА



**Выключите  
небулайзер**



**Снимите  
маску с лица**



**Отсоедините колбу и  
трубку от небулайзера,  
вытряхните жидкость,  
которая осталась,  
положите прибор в  
футляр для переноски**



**Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего  
профессионального образования  
"Кубанский государственный медицинский университет"  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Кафедра Педиатрии 2**

# **Профилактика гриппа и других ОРВИ**

**Краснодар 2019**

Выполнила:  
Студентка  
5 курса 14 группы  
педиатрического ф-та  
Перезолова Д.К.

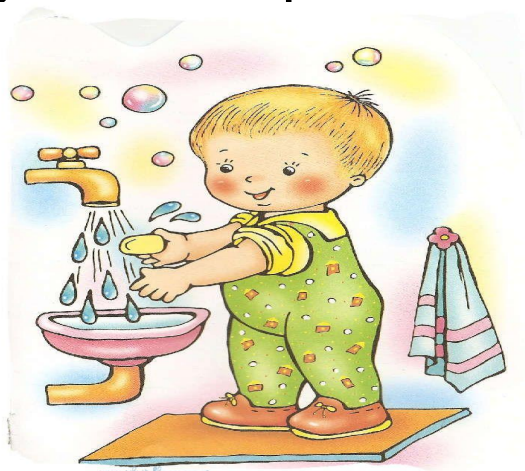
# Профилактика гриппа и ОРВИ

- Комфортный температурный режим помещения
- Регулярное проветривание, влажная уборка помещения

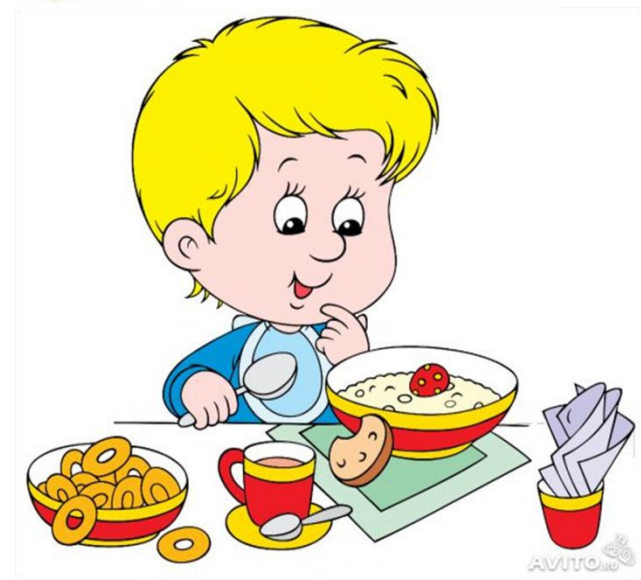


- Одеваться по погоде
- Прикрывать рот и нос при чихании или кашле
- Избегать прикосновений ко своему рту и

- Тщательно мойте руки с мылом или протирайте их дезинфицирующими средствами



- Здоровый образ жизни:
- ежедневные прогулки на свежем воздухе
- достаточный сон
- правильное питание
- закаливание
- физическая активность



# Гигиена полости носа

## Изотонический раствор

- нормализует водно-электролитный баланс;
- увлажняет внутреннюю оболочку носа;
- способствует разжижению и выведению слизи;
- питает клетки тканей;
- оказывает противовоспалительный эффект.





# Гипертонический раствор

- "вытягивание" жидкости из полости носа
- уменьшает отек
- активизирует местное кровообращение
- ускоряет очищение носовой полости и пазух



# Создание местного иммунитета





Основным  
средством  
профилактики  
и гриппа  
является  
**вакцина**





## Противопоказания к вакцинации:

- аллергия на куриный белок или компоненты вакцины;
- плохая переносимость вакцинации от гриппа при предыдущем ее введении;
- обострения хронического заболевания;
- острые респираторные заболевания,
- кишечные инфекции, лихорадочные состояния;
- болезни кроветворных органов; некоторые болезни нервной и эндокринной системы
- возраст младше 6 месяцев



# Нежелательные реакции на вакцинации:

- общее недомогание и повышение температуры тела;
- местные реакции в месте введения вакцины (покраснение, отек и уплотнение точки укола);
- аллергические реакции (кожная сыпь, зуд, массивный отек);
- нарушения нервной системы (головная боль, очень редко – неврит, невралгия, нарушение чувствительности);
- нарушения кровеносной системы (очень редко наблюдается снижение количества тромбоцитов в общем анализе крови);
- боль в мышцах и боль в суставах



**Спасибо за внимание!  
Будьте здоровы!**

