

**ТЕМА**

**ЗАБОЛЕВАНИЯ  
ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У  
ДЕТЕЙ**

# ПЛАН

- ОСТРЫЙ РИНИТ
- ОСТРЫЙ ФАРИНГИТ
- АНГИНА
- ОСТРЫЙ ЛАРИНГОТРАХЕИТ
- ОСТРЫЙ БРОНХИТ
- ОСТРЫЕ ПНЕВМОНИИ
- БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА
- ПРОФИЛАКТИКА
- СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС

# ЦЕЛЬ

- Сформировать у студентов знания о заболеваниях органов дыхания, клинических проявлениях, принципах лечения и организации этапов сестринского процесса при уходе за пациентами

# ОСТРЫЙ РИНИТ

- Острое воспаление слизистой оболочки носа
- Этиология – вирусы, бактерии
- Пути передачи – воздушно-капельный, контактно-бытовой



# КЛИНИКА ОСТРОГО РИНИТА

- Инкубационный п -д – 1-2 дня
- t тела субфебрильная
- Вялость, беспокойный сон
- Носовое дыхание затруднено
- Из носа выделения водянисто-слизистые, затем слизисто-гнойные
- Гиперемия небных дужек
- Возможны рвота и диспепсия



# ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО РИНИТА

- Воспаление других отделов дыхательных путей (фарингит, ларингит, бронхит, синусит)
- Катаральный или гнойный отит



# ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО РИНИТА

- Жаропонижающие (панадол, парацетамол...)
- Капли в нос:
  - сосудосуживающие (0,05-1% р-р нафтизина, галазолина, отривин), противовирусные (лейкоцитарный интерферон), антисептические (4% протаргол, 2% колларгол), иммуностимулирующие (0,01% р-р тимогена, "Пиносол")
- Отвлекающие процедуры



# ОСТРЫЙ ФАРИНГИТ

Это острое воспаление  
слизистой оболочки  
глотки

Этиология:

о. ринит, вирусы,  
стафилококк, стрептококк,  
аллергический компонент.





# КЛИНИКА ОСТРОГО ФАРИНГИТА

- чувство жжения в глотке
- покалывание, особенно при проглатывании слюны
- небольшой кашель
- охриплость голоса
- температура субфебрильная или нормальная

## При осмотре:

- слизистая оболочка задней стенки глотки гиперемирована,
- увеличены л/фолликулы на задней стенке глотки.



# ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ФАРИНГИТА

- Постельный режим
- Пища – теплая, витаминизированная.
- Обильное теплое питье (морсы..)
- Сухое тепло на область шеи
- Ингаляции – щелочные
- Полоскание зева – ромашка, шалфей, календула, йодинол
- Антигистаминные средства
- Впрыскивать спрей – гексорал, иггалипт, каметон.
- Рассасывать таблетки – антиангин, себидин, фарингосепт, с экстрактом эхинацеи, стопангин.
- Горячие ножные ванны
- Жаропонижающие средства, витамины



ОТЗОВИК

# АНГИНА

Это инфекционное заболевание глотки - воспаление лимфоидной ткани миндалин.

Этиология:

стрептококк, стафилококк, пневмококк, вирусная инфекция.



# КЛИНИКА АНГИНЫ

Различается по характеру воспаления:

- **А. Катаральная** – гиперемия миндалин и небных дужек, увеличены л/у подчелюстные. Длительность 5-7 дней.
- **Б. Фолликулярная** – гиперемия и увеличение миндалин, нагноение фолликул. Глотание резко болезненно. Л/у увеличены, болезненные. Выражены явления интоксикации.
- **В. Лакунарная** – на поверхности миндалин в лакунах гной, налеты. Глотание болезненно. Л/у увеличены, мягкое небо, небные дужки резко гиперемированы.



# ЛЕЧЕНИЕ АНГИНЫ

- Постельный режим  
(до нормализации температуры)
- Диета – исключить острую, жирную, пищу, обильное питье.
- Антибиотики пенициллинового ряда.
- Десенсибилизирующие средства
- Анестезин, лидокаин
- Антиангин, стопангин, фалиминт
- Местно полоскание: фурациллин, стопангин, гексорал, тантум-верде
- Предметы ухода обезвреживать, соблюдение сан-гигиенических мероприятий.



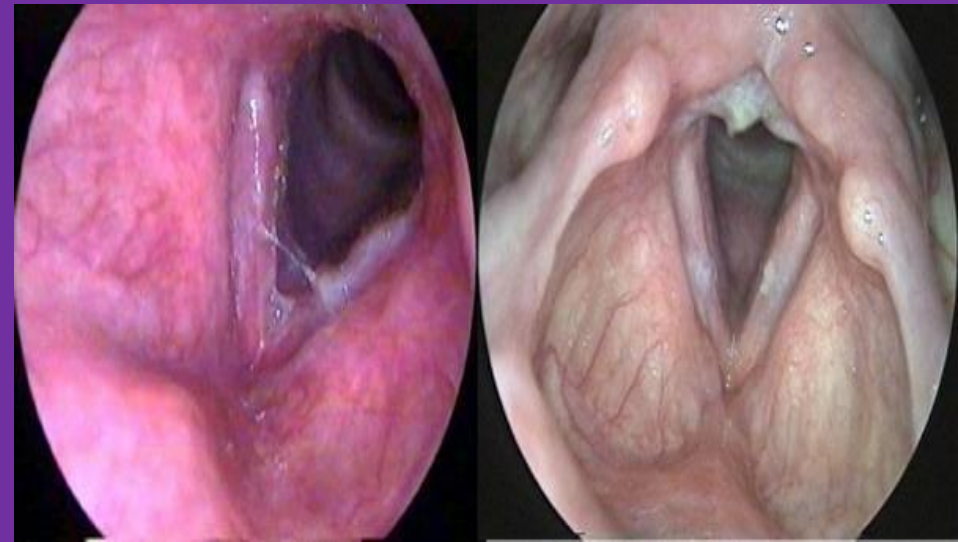
# ОСЛОЖНЕНИЯ АНГИНЫ

- гнойный абсцесс
- отит
- лимфаденит
- нефрит
- миокардит
- артрит
- ревматизм



# ОСТРЫЙ ЛАРИНГИТ

Острый ларингит- это воспаление слизистой гортани, чаще в результате острого ринофарингита.



# КЛИНИКА ОСТРОГО ЛАРИНГИТА

- Охриплость и осиплость голоса до афонии
- Сухой лающий кашель
- Повышение  $t$  тела
- Улучшение состояния к 5 дню
- При присоединении воспаления трахеи – **о.ларинготрахеит:**
  - боль за грудиной,
  - сухой, грубый, болезненный кашель
  - ложный круп (воспаление подсвязочного пространства)





# ЛОЖНЫЙ КРУП

- У детей чаще в возрасте 2-8 лет, страдающих экссудативным диатезом возникает **воспаление подсвязочного пространства гортани (ложный круп)**, что и служит причиной затрудненного дыхания. В основе крупа - **стеноз**- закрытие просвета гортани в результате отека.
- Различают **4 степени стеноза**:
- **1- компенсированный** - одышка при крике, сосании из рожка, плаче, осиплость голоса, сухой навязчивый кашель. Дыхание шумное.
- **2- субкомпенсированный** - кашель резкий , хриплый, лающий (афония). Дыхание частое, шумное, раздувание крыльев носа, межреберные промежутки втягиваются. Ребенок беспокоится, выражены потливость, тахикардия.
- **3- декомпенсированный**. Состояние тяжелое, беспокойство сменяется адинамией, дыхание поверхностное, цианоз, бледность, пульс слабого наполнения.
- **4- асфиксия** - постоянный цианоз, нерегулярное дыхание (апноэ), брадикардия, понижение АД, м.б. остановка сердца.

# ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ЛАРИНГИТА

- Теплое щелочное питье
- Тепло на область гортани
- «Голосовой режим» (покой)
- Доступ свежего воздуха
- Горячие ножные ванны
- Щелочные ингаляции
- Отхаркивающие микстуры
- Антигистаминные средства
- Симптоматическая терапия



# НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЛОЖНОМ КРУПЕ

- Вызвать бригаду скорой помощи
- Взять ребенка на руки, успокоить, доступ свежего увлажненного воздуха.
- **ВВЕДЕНИЕ НАФТИЗИНА**  
ингаляция **0.025% нафтизина** 5 минут через небулайзер  
**введение через нос:**  
в одну ноздрю с запрокинутой головой **залить** 0,2 мл 0,05% нафтизина (дети до года), 0,3 мл 0,05% нафтизина (до 2 лет), разведенного 2 мл воды  
**об эффективности свидетельствует появление кашля.**
- Ручные и ножные ванны
- Теплое щелочное питье
- Подготовка оснащения (медикаменты, аппаратура, инструменты)
  - 0,05% нафтизин (флакон)
  - 0.9% раствор натрия хлорида (флакон)
  - Преднизолон (ампулы)
  - Набор инструментов для инъекций.
  - Аппаратура для оксигенотерапии
  - Небулайзер
- При ухудшении состояния быть готовым к проведению базовой сердечно-легочной реанимации.

# ОСТРЫЙ БРОНХИТ

- Воспалительный процесс, локализующийся в слизистой оболочке бронхов и сопровождаемый выделением слизи
- **Этиология:**  
Вирусы, бактерии, простейшие



# ФАКТОРЫ РИСКА ОСТРОГО БРОНХИТА

- Переохлаждение
- Неблагоприятная экология
- Аллергия (пищевая, лекарственная, бытовая)
- Хронические очаги инфекции
- Снижение иммунитета
- Пассивное курение

# КЛИНИКА ОСТРОГО БРОНХИТА

- Умеренно выражены симптомы интоксикации.
- Кашель сначала сухой, саднящий, затем становится влажным, смягчается.
- Температура и катаральные явления держится достаточно долго.
- Дети жалуются на болезненность и дискомфорт в нижних отделах грудной клетки, усиливающиеся при кашле.
- Перкуторно: над легкими звук не изменен.
- Аускультативно: прослушиваются над легкими непостоянные сухие и влажные хрипы. Кол-во их и локализация меняются в течении дня, особенно после кашля.

# ОСЛОЖНЕНИЯ И ПРОГНОЗ ОСТРОГО БРОНХИТА

- **ОСЛОЖНЕНИЯ:**
- Развитие острой пневмонии
- Переход заболевания в рецидивирующее течение
- Развитие бронхиальной обструкции
- **ПРОГНОЗ:**
- Высокий риск развития бронхиальной астмы или хронической пневмонии



# ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО БРОНХИТА

- **Постельный режим** на период лихорадки, в дальнейшем щадящий
- **Диета** по возрасту, кормить по аппетиту, обильное теплое витаминизированное питье (клюквенный и брусничный морс, соки)
- **Лекарственные препараты:**
  - Бронходилататоры: эуфиллин, солутан, бронхолитин, бронхосан
  - Противокашлевые препараты (при сухом мучительном кашле): либексин, тусупрекс, фалиминт, колдрекс
  - Муколитики (при появлении мокроты): Мукалтин, мукодин, мукол, отвары грудного сбора.
  - Антибиотики (при затяжном и рецидивирующем течении и у детей раннего возраста).
  - Витамины.
  - Антигистаминные препараты (при аллергических проявлениях).
- Ингаляции с муколитиками, бронхолитиками
- **Отвлекающая терапия:** горчичники, горчичные обертывания
- **Физиотерапия:** УВЧ, электрофорез с йодидом калия
- **Обязательная госпитализация** детей с тяжелыми формами заболевания и с осложнениями.



# ПРОФИЛАКТИКА ОСТРОГО БРОНХИТА

- Предупреждение острых респираторных инфекций.
- Своевременное и адекватное лечение заболеваний верхних дыхательных путей.
- Регулярная санация очагов хронической инфекции.
- Проведение курсов общеукрепляющей терапии, закаливающих процедур.
- Предупреждение вредных привычек, пассивного курения.

# ОСТРАЯ ПНЕВМОНИЯ

- **Острая пневмония** – это острое воспаление респираторных альвеол, участвующих в газообмене.
- **Заболеваемость** пневмониями составляет от **15 до 20 на 1000** детей первого года жизни и **5-6** случаев на 1000 детей старше года.
- Пик заболеваемости острыми пневмониями приходится на зимнее время года и период эпидемических вспышек гриппа.



# ЭТИОЛОГИЯ ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЙ

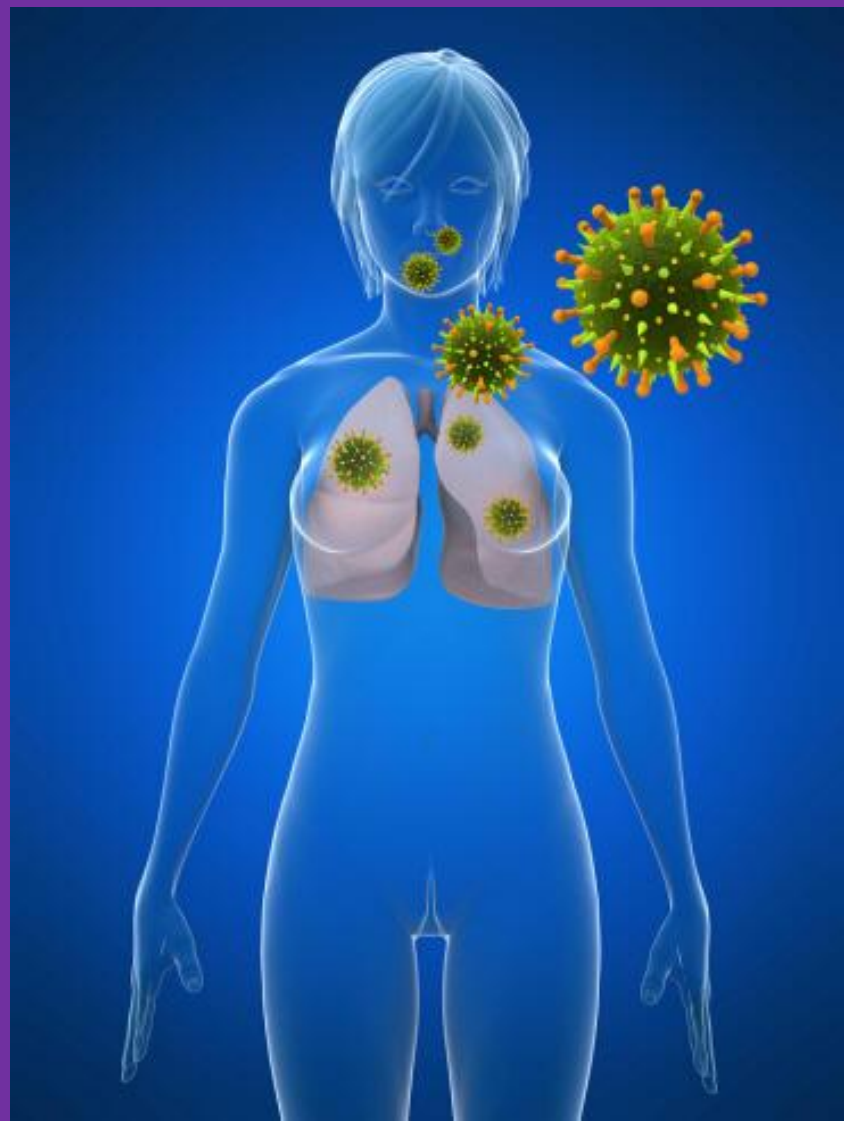
- Ведущим в возникновении пневмонии является **инфекционный фактор**
- **1-5** день жизни - Стрептококки, цитомегаловирусы, герпес, микоплазма.
- **5 дней-1 месяц** - Золотистый стафилококк, кишечная палочка, цитомегаловирус, герпес, хламидии.
- **1-6 месяцев** - Пневмококк, золотистый стафилококк, гемофильная палочка, РС-вирус, парагрипп, цитомегаловирус, хламидии.
- **6 месяцев – 5 лет** - Пневмококк, гемофильная палочка, РС-вирус, аденовирус, вирус гриппа.
- **Старше 5 лет** - Пневмококк, гемофильная палочка, вирус гриппа, пикорнавирусы, хламидии, микоплазмы.
- При неблагоприятных фоновых состояниях и снижении иммунитета присоединяется **суперинфекция** (грибы рода *Candida*, системные микозы, анаэробы, микробные ассоциации).
- Тяжелые пневмонии обусловлены **смешанной микрофлорой**.

# ФАКТОРЫ РИСКА ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЙ

- Недоношенность, незрелость.
- Аспирационный синдром.
- АФО органов дыхания у детей раннего возраста.
- Гиповитаминозы.
- Фоновые заболевания (рахит, гипотрофия, анемия, диатезы).
- Врожденные пороки развития дыхательной и ССС
- Хронические очаги инфекции.
- Наследственные и приобретенные иммунодефициты.
- Неблагоприятные факторы окружающей среды (физические, экологические, химические).
- Переохлаждение.

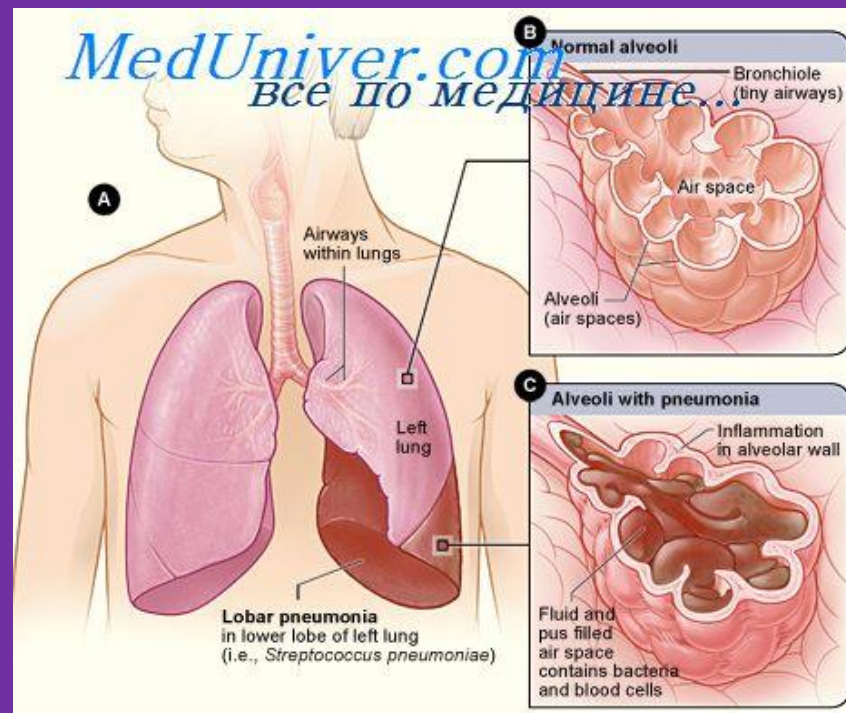
# ПУТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФЕКЦИИ

- Бронхогенный.
- Гематогенный.
- Лимфогенный.



# КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЙ

- Очаговая пневмония.
- Сегментарная пневмония.
- Долевая (крупозная) пневмония.
- Интерстициальная пневмония.



# КЛИНИКА ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЙ

**Симптомы интоксикации:** фебрильная лихорадка, беспокойство, возбуждение или вялость, сонливость, снижение аппетита, нарушение сна, головная боль.

**Симптомы дых. недостаточности :** одышка, нарушение ритма дыхания, цианоз, участие вспомогательной мускулатуры в дых.

**Симптом кашля:** в начале заболевания сухой, навязчивый, непрерывный, может быть болезненный, затем с мокротой.

**Локальные изменения в легких:** укорочение легочного звука при перкуссии на стороне поражения, ослабленное дыхание при аускультации над очагом поражения, влажные хрипы при аускультации, шум трения плевры (при крупозной пневмонии).

**Рентгенологические изменения:** тень очагов на рентгенограмме.

**Изменения со стороны других систем органов:**

- ССС: тахикардия, расширение границ сердца, глухость тонов, функц. шум.
- ЦНС: явления менингизма (рвота, ригидность затылочных мышц, судороги).
- Абдоминальный синдром: боли и вздутие живота, диспепсические расстройства.
- Изменения в периферической крови: лейкоцитоз, нейтрофилёз, ускорение СОЭ.

# ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

- Ведущие симптомы – интоксикация и угнетение ЦНС (адинамия, мышечная гипотония, снижение физиологических рефлексов).
- Отсутствуют или слабо выражены температурная реакция и кашель.
- Могут быть «хрюкающие» звуки при дыхании (аналог кашля).
- Пенистая слизь около рта, раздувание крыльев носа, приступы апноэ (признаки дыхательной недостаточности).
- Физикальные данные скудные, отсутствуют или запаздывают изменения в периферической крови.
- Из-за поздней диагностики и несвоевременного начала лечения пневмонии часто принимают затяжное течение.



# ОСЛОЖНЕНИЯ

- Затяжное течение пневмонии.
- Появление симптомов поражения ССС, ЦНС.
- Развитие пневмосклероза, бронхоэктазов (особенно при интерстициальной пневмонии).



# МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ПРОГНОЗ

## □ Методы диагностики:

- Клинический анализ крови.
- Исследование крови на стерильность.
- Бактериологическое исследование мокроты.
- Рентгенограмма органов грудной клетки в 2-х проекциях.

## □ Прогноз.

Прогноз при острой пневмонии зависит от возраста ребенка, тяжести заболевания, своевременности и адекватности лечения.

# ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЙ

- **Госпитализации** подлежат дети с тяжелым течением заболевания, новорожденные, с угрозой развития осложнений
- Создание **лечебно-охранительного режима**: постельный на весь период лихорадки, приподнят головной конец, дренирующее положение. Детей грудного возраста чаще брать на руки, туго не пеленать, поворачивать с боку на бок для предупреждения застойных явлений в легких.
- **Питание** ребенка полноценное, витаминизированное, в соответствии с возрастными потребностями за исключением периода интоксикации

Дополнительное введение **жидкости** для восполнения потерь жидкости

- **Оксигенотерапия** (по показаниям).
- **Вибрационный массаж** в дренажном положении, лечебный массаж.
- **Отвлекающая терапия**: горчичники, горчичные обертывания
- **Фитотерапия**: отвары из корня алтея, солодки, термопсиса, багульника
- **Физиотерапия**: УВЧ, СВЧ, электрофорез с никотиновой кислотой, кальцием

# МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ

- **Антибиотики** широкого спектра действия: ампициллин, оксациллин, ампиокс, в тяжелых случаях – цефалоспорины, аминогликозиды, при подозрении на микоплазменную пневмонию – амоксициллин.
- **Противокашлевые средства** (при сухом кашле): либексин, тусупрекс, тусин, АСС, амброгексал.
- **Муколитики**: флюимуцил, мукалтин, мукосол, мукодин и т.д.
- **Бронхолитики**: бронхолитин и т.д.
- **Симптоматические средства**: жаропонижающие, дезинтоксикационные, сердечные, витамины, биопрепараты и т.д.
- **Стимулирующие препараты**: дибазол, нуклеинат натрия и т.д.

# ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЙ

- ЛФК
- Дыхательная гимнастика.



# ПРОФИЛАКТИКА ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЙ

- Предупреждение острых респираторных инфекций.
- Своевременное и адекватное лечение заболеваний верхних дыхательных путей.
- Регулярная санация очагов хронической инфекции.
- Проведение курсов общеукрепляющей терапии, закаливающих процедур.
- Предупреждение вредных привычек, пассивного курения.
- Систематические занятия физической культурой.



# ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

- **Диспансерное наблюдение** осуществляется врачом-педиатром детской поликлиники в течение **1 года** после перенесенной пневмонии.
- Проводится противорецидивное лечение, санация очагов хронической инфекции (**2 раза в год**),
- Освобождение от профилактических прививок до **2-6 месяцев**.
- При необходимости консультируют пульмонолог, отоларинголог и т.д.

# БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

- Это **хроническое заболевание**, проявляющееся повторными эпизодами свистящего кашля, затрудненного дыхания и заложенности в груди.
- **Частота заболеваний** астмой в Российской Федерации составляет 4-9 случаев на 1000 детей.
- У 80-90% детей **первый приступ** развивается в возрасте до 5-ти лет. Мальчики до 10-ти летнего возраста болеют в 2 раза чаще, чем девочки.
- Примерно у **40%** взрослых людей, больных бронхиальной астмой, заболевание началось в детском возрасте.





# ЭТИОЛОГИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

- Пищевые аллергены (коровье молоко, рыба, цитрусовые, шоколад, клубника).
- Лекарственные аллергены (ацетилсалициловая кислота, антибиотики, витамины и т.д.)
- Аллергены клещей домашней пыли (присутствующие в постельном белье, коврах, подушках, в мягкой мебели, книгах).
- Аллергены шерсти животных, тараканов, пыльцы растений, плесени.
- Частые вирусные инфекции.
- Резкие перепады температур, атмосферного давления и т.д. (метеофакторы)
- Неблагоприятная экологическая обстановка (загрязнение атмосферы выхлопными газами, химическими и производственными отходами и т.д.)
- Психические и физические перегрузки.

**Многие факторы могут вызвать приступы астмы.**



- Покровые шерстью животные.
- Сигаретный дым.
- Всякий другой дым.
- Пыль в матрасах и подушках.
- Пыль при подметании.
- Сильные запахи, а также спреи.
- Пыльца деревьев и цветов.
- Плохая погода.
- Простуды.
- Бег, занятие спортом и тяжелая физическая работа.

# КЛИНИКА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

*Различают несколько периодов течения бронхиальной астмы:*

- Период предвестников.
- Приступ удушья.
- Постприступный период.
- Межприступный период.

# КЛИНИКА ПЕРИОДА ПРЕДВЕСТИНИКОВ

Период предвестников начинается за несколько часов или за 1-2 дня до приступа и проявляется следующими симптомами:

- Раздражительность, нарушение сна, беспокойство.
- Иногда угнетенное состояние, слабость, сонливость.
- Дыхательный дискомфорт (першение в горле, тяжесть или ощущение сдавления в груди).
- Вегетативные расстройства (потливость, головная боль, тахикардия, дыхательная аритмия).
- Аллергические поражения кожи и слизистых (сыпь, зуд, ринит, конъюнктивит).

# КЛИНИКА ПЕРИОДА УДУШЬЯ

- Период удушья начинается остро, чаще ночью или вечером, с общего беспокойства и возбуждения.
- Усиливается кашель (раздражающий, отрывистый, мучительный), ощущение нехватки воздуха, экспираторная одышка (выдох становится в несколько раз длиннее вдоха), в акт дыхания включается вспомогательная мускулатура, ребенок принимает вынужденное положение (ортопноэ).
- Физикальные изменения в легких: свистящие хрипы в легких во время выдоха, над легкими определяется коробочный оттенок перкуторного звука.
- Изменения со стороны ССС: тахикардия, приглушение тонов сердца, повышение АД.
- Кожные покровы бледно-серого цвета, периоральный цианоз, цианоз губ, ушных раковин, кистей рук (acroцианоз).
- Приступ завершается отхождением густой пенистой мокроты и постепенным облегчением дыхания.
- Продолжительность приступа колеблется от нескольких минут до нескольких часов или дней.

# КЛИНИКА В ПОСЛЕПРИСТУПНОМ ПЕРИОДЕ

В послеприступном периоде отмечаются:

- Общая слабость, сонливость, заторможенность.
- Изменения со стороны дыхательной системы: выслушивается бронхиальное дыхание, рассеянные сухие хрипы на выдохе.
- Изменения со стороны ССС: брадикардия, снижение АД.

# КЛИНИКА В МЕЖПРИСТУПНОМ ПЕРИОДЕ

- В межприступном периоде состояние ребенка зависит от степени тяжести заболевания и функции внешнего дыхания.
- Измерение функции внешнего дыхания проводится с помощью **пикфлоуметра**.



# СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

- Выделяют три степени тяжести бронхиальной астмы:
  - Легкая
  - Средней тяжести
  - Тяжелая
- При решении вопроса о тяжести бронхиальной астмы необходимо учитывать:
  - Анамнез заболевания (частота, тяжесть, длительность приступов удушья и их эквивалентов, эффективность лечебных препаратов и процедур).
  - Данные физикального обследования.
  - Данные инструментального обследования.
  - Результаты лабораторного обследования.

# ЛЕГКАЯ СТЕПЕНЬ

- ▣ *Легкая степень* характеризуется редкими приступами (реже 1 раза в месяц), сравнительно быстро исчезающими в результате лечения.
- ▣ В периоде ремиссии общее состояние не страдает, показатели внешнего дыхания колеблются в пределах возрастной нормы.



# СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ

- ▣ *Средней тяжести:* приступы удушья повторяются 3-4 раза в месяц. Протекают с выраженными нарушениями функции дыхания и кровообращения: тахипноэ, тахикардия, приглушение тонов сердца.
- ▣ Показатели функции внешнего дыхания составляют от 60 до 80%.

# ТЯЖЕЛАЯ СТЕПЕНЬ

- **Тяжелая степень** характеризуется частыми (несколько раз в неделю) приступами удушья, возникающими на фоне выраженного вздутия легких, одышки и тахикардии.
- Пациенты принимают вынужденное положение. Кожные покровы бледно-серого цвета, выражен периоральный цианоз, цианоз губ, ушных раковин, кистей рук. Кашель малопродуктивный, выдох шумный, продолжительный, появляется втяжение грудной клетки во время вдоха, в акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура.
- Показатели функции внешнего дыхания составляют менее 60%.

# ОСЛОЖНЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

- **Астматический статус** (представляет собой тяжелый приступ удушья, который не купируется в течение 6-8 часов, при этом лекарственные препараты, обычно применяемые при приступе, неэффективны)
- Асфиксия.
- Острая сердечная недостаточность.
- Ателектаз.
- Пневмонии, пневмоторакс.
- Бронхоэктазы.
- Эмфизема легких.
- Деформация грудной клетки.

# ДИАГНОСТИКА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

- Клинический анализ крови: умеренный лейкоцитоз, эозинофилия.
- Исследование секретов (носового, бронхиального, конъюнктивального) – эозинофилия.
- Исследование мокроты (обнаруживаются спирали Куршмана – слепки слизи).
- Биохимический анализ крови: повышенный уровень Ig E.
- Кожные аллергические пробы (в межприступном периоде), иногда – провокационные пробы.
- Пневмотахиметрия.
- Пикфлоуметрия.
- Компьютерная флоуметрия.

# ПРОГНОЗ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

- Прогноз бронхиальной астмы в детском возрасте, в основном, благоприятный. Положительная динамика объясняется снижением с возрастом аллергической реактивности.
- По мере возрастного повышения иммунитета к инфекциям у большей части детей приступы начинают урезаться и постепенно проходят, наступает выздоровление.
- Выздоровливают до 51% детей, у 36% - отмечается улучшение, у 11,5% без изменений, в 1,3% случаев течение астмы ухудшается.

# ЛЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

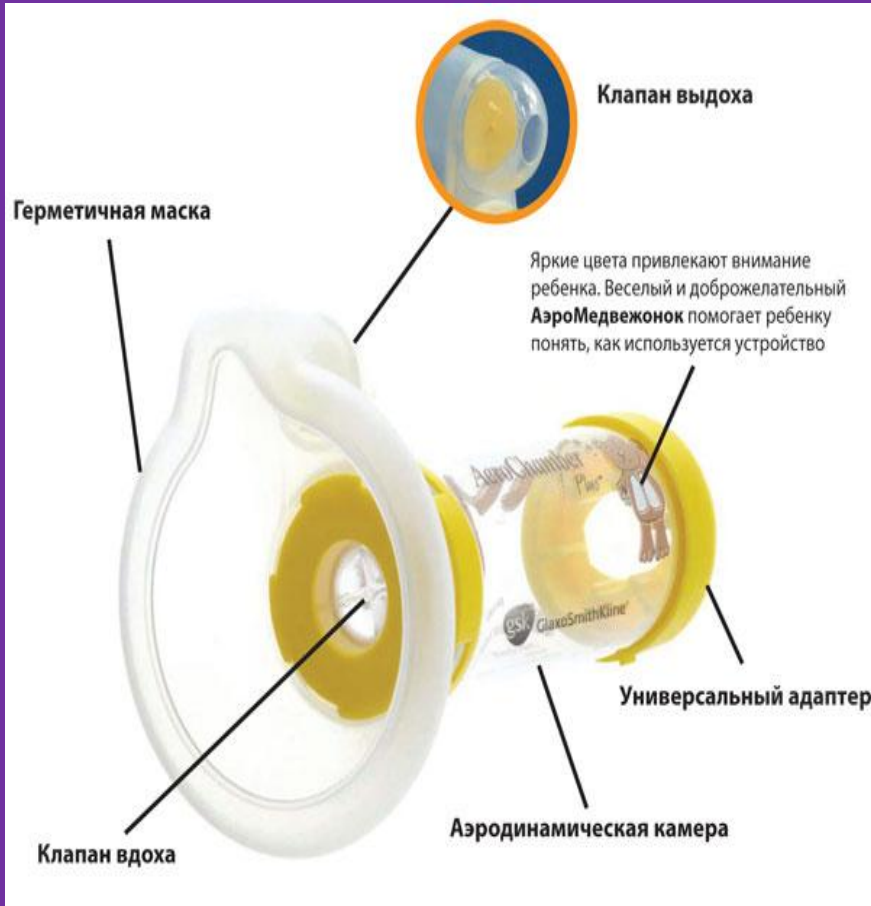
- Лечебные мероприятия предусматривают:
- Определение и исключение воздействия аллергизирующих факторов.
- Воздействие на хроническое аллергическое воспаление бронхов (базисная терапия).
- Проведение мероприятий по купированию приступа бронхиальной астмы (неотложная помощь).
- Оказание неотложной помощи при астматическом статусе.



# **Препараты для длительного контроля астмы:**

- Беклометазон (бекотид), триамцинолон ацетонид, флунизалид, будесонид - ингаляционные кортикостероиды (для длительного и поддерживающего лечения).
- Ингаляционные лекарственные средства выпускаются в виде:
  - дозированных аэрозолей в баллончиках;
  - дозированных аэрозолей, активируемых дыханием;
  - ингаляторов сухого порошка.
- Лучше использовать дозированные аэрозоли со спейсером, лицевой маской или распылителем (небулайзером).

# СПЕЙСЕРЫ





# НЕБУЛАЙЗЕРЫ



# Препараты для неотложной помощи:

- **Вентолин (сальбутамол), тербуталин (бриканил), фенотерол** - ингаляционные быстродействующие бронхорасширяющие средства В-2-адреномиметики короткого действия (В-2-агонисты), в высоких концентрациях попадают прямо в дыхательные пути, оказывая положительный лечебный эффект ( короткая продолжительность действия от 4 до 6 часов).
- Пролонгированные ингаляционные бронхорасширяющие средства: **сальметерол, формотерол, савентон** - эффект продолжается 12-14 часов, но в отличие от сальбутамола, беротека и алупента, он наступает не так быстро, (в критических ситуациях не должны применяться!)
- **Эуфиллин, теофиллин**, оказывают выраженный бронхолитический эффект, расширяют коронарные и почечные сосуды, снижают давление в малом круге кровообращения, возбуждают дыхательный центр, способствуют уменьшению дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности. Детям от 3 до 14 лет доза эуфиллина составляет 10-15 мг/кг массы, до 3-х лет- 5-10 мг/кг массы (пиковая концентрация в крови при приеме внутрь достигается спустя 2 часа после приема, в свечах - через 2,5 часа).
- новые препараты пролонгированного действия: **эуфилонг, унифил**, прием - 1 раз в сутки; **теодур, теопэк, дурофиллин, слофиллин** - 2 раза в сутки, что позволяет снизить кратность приема теофиллина.

# Неотложные мероприятия при астматическом статусе:

- Создать положение с возвышенным головным концом и дать увлажненный кислород от 40% до 80%, при неэффективности - 100% через маску или носовой катетер.
- Провести оценку предшествующей терапии: ее длительность, применяемый препарат, последний прием, доза
- Применить бронхоспазмолитики: ингаляции сальбутамола, фенотерола или тербуталина по 2 вдоха дозированного аэрозоля, через 10-30 минут при неэффективности, возможно повторение процедуры.
- При положительном эффекте продолжить ингаляционную терапию через возрастающий временной интервал (30 минут - 3 часа - 6 часов) по 2 вдоха из дозированного аэрозольного баллончика.
- Инъекции В-2 адреномиметиков: тербуталина, фенотерола, сальбутамола, репротерола, эпинефрина (внутривенное введение симпатомиметиков показано только при тяжелых приступах астмы).
- Теофиллин внутривенно медленно (в течение 10 минут).
- Преднизолон в начальной дозе 2-5 (до 10) мг/кг массы тела в/в

# Абсолютные показания для искусственной вентиляции легких:

- Помрачение или потеря сознания;
- Ослабление дыхательных шумов;
- Генерализованная бледно-цианотичная окраска кожных покровов, гипотония мышц;
- Брадикардия, падение артериального давления.

# ПРОФИЛАКТИКА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

- Исключение причинно-значимых аллергенов.
- Создание режима максимального антигенного щажения: индивидуальный календарь прививок на фоне десенсибилизирующей терапии, гипоаллергенная диета, гипоаллергенный быт (влажная уборка помещения, использование ионизаторов воздуха, отказ от перовых подушек, ковров, избегать содержания в доме домашних животных, аквариумов и т.д.).
- Проведение специфической и неспецифической гипосенсибилизации. Ведение дневника жизни.
- Санация хронических очагов инфекции.
- Общеукрепляющие мероприятия: закаливание, лечебная физкультура, соблюдение режима дня.

# ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

- Диспансерное наблюдение за ребенком, больным бронхиальной астмой, осуществляется врачами педиатром, аллергологом и пульмонологом детской поликлиники до выздоровления или до передачи во взрослую сеть.
- В случае необходимости, ребенок направляется на консультацию к различным специалистам. Контрольный осмотр и обследование (иногда в стационаре) 2 раза в год.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ

