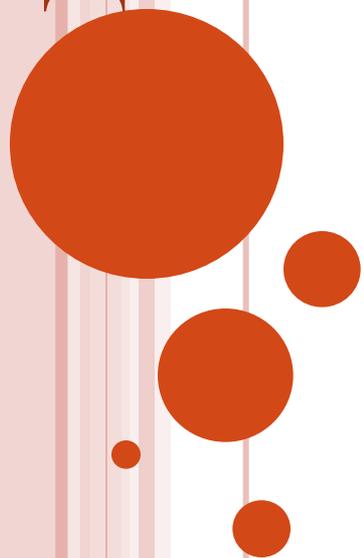


ХРОНИЧЕСКИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЁГКИХ У ДЕТЕЙ



Выполнила студентка

Группы 2603

Ишмаева Д.Б.

ХРОНИЧЕСКИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЁГКИХ

**группа хронических болезней
бронхолегочной системы, различных по
причинам и механизмам развития, но
имеющих ряд общих клинических,
функциональных и морфологических
проявлений: кашель, одышку, нарушение
бронхиальной проходимости, фиброз,
сочетающийся с деструктивными и
воспалительными изменениями в бронхах,
сосудах, паренхиме лёгких.**



ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

- Хроническая пневмония
- Хронический бронхит



ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ

Хроническое распространенное поражение бронхов, характеризующееся продуктивным кашлем, разнокалиберными влажными хрипами в легких, наличием 2-3 обострений заболевания в году на протяжении не менее 2 лет (*при исключении другой хронической бронхолегочной патологии*).



КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ

Жалобы и анамнез:

- кашель продуктивный, с мокротой по утрам, длительно 3-4месяца;
- бронхиты более 3-4 раз в год с затяжным течением в анамнезе

Физикальное обследование:

- респираторное диспноэ;
- аускультативно: жесткое дыхание с удлинненным выдохом над всей поверхностью легких, разнокалиберные влажные и сухие хрипы исчезающие после кашля;
- симптомы общей интоксикации различной интенсивности
- снижение функции внешнего дыхания



□ Лабораторные исследования

- в общем анализе крови – лейкоцитоз, ускоренное СОЭ
- общий анализ мочи - незначительная протеинурия или в норме без изменений.
- при наличии мокроты обязательно 3-х кратное исследование на БК для исключения туберкулеза легких.

Инструментальные исследования

Рекомендовано проведение рентгенографии органов грудной клетки.



ХБ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОТ ТАКИХ СОСТОЯНИЙ КАК:

- бронхиальная астма;
- аспирационный синдром (инородные тела бронхов);
- гастроэзофагеальный рефлюкс, нарушение глотания);
- хронический синусит, тонзиллит, ринофарингит;
- хроническая пневмония (локальный пневмосклероз);
- альвеолиты;
- облитерирующий бронхиолит;
- опухоли легких, бронхов и средостения;
- муковисцидоз;
- психогенный кашель;
- врожденные пороки сердца.



ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ:

Немедикаментозное лечение

Общеукрепляющая терапия

Медикаментозное лечение

Оксигенотерапия

Антибактериальная терапия

Муколитики

Бронхолитическая терапия (по показаниям)

Позиционный дренаж, ЛФК

Общеукрепляющая терапия

Иммуномодуляторы (по показаниям)



- При лечении бронхитов используются 3 группы препаратов – пенициллин и его полусинтетические производные, цефалоспорины 1,2 поколения и макролиды.
- Препараты выбора для детей дошкольного возраста – амоксициллин 40мг/кг в 3 приема в течение 7 дней (эффективен против большинства бактериальных патогенов).
- Альтернативный препарат – эритромицин , азитромицин, кларитромицин (особенно при подозрении на микоплазменную инфекцию) в возрастной дозировке в 2-3 раза в день в течение 10 дней или другие макролиды.

- Антибактериальная терапия
- Муколитики
- Бронхолитическая терапия (по показаниям)
- Иммуномодуляторы (по показаниям)



ХРОНИЧЕСКАЯ ПНЕВМОНИЯ

- Пневмония – представляет собой воспалительное заболевание легких, диагностируемое по синдрому дыхательных расстройств и/или физикальным данным при наличии инфильтративных изменений на рентгенограмме.



КЛАССИФИКАЦИЯ

□ По месту инфицирования (возникновения):

- внебольничные (синонимы: домашние, амбулаторные);
 - госпитальные (синонимы: нозокомиальные, внутрибольничные);
- Госпитальные пневмонии возникают через 48 часов пребывания ребенка в стационаре или в течение 48 часов после выписки.
- аспирационные пневмонии у детей с энцефалопатиями.

По морфологическим формам (по характеру рентгенологической картины):

- очаговые;
- очагово - сливные;
- сегментарные;
- лобарные;
- интерстициальные.

Интерстициальные пневмонии являются редкой формой пневмонии, которые диагностируются при сочетанном поражении преимущественно интерстиции, в меньшей степени, легочной паренхимы, воспаление которых обусловлено определенными (атипичными) возбудителями: пневмоцистами, хламидиями или риккетсиями .

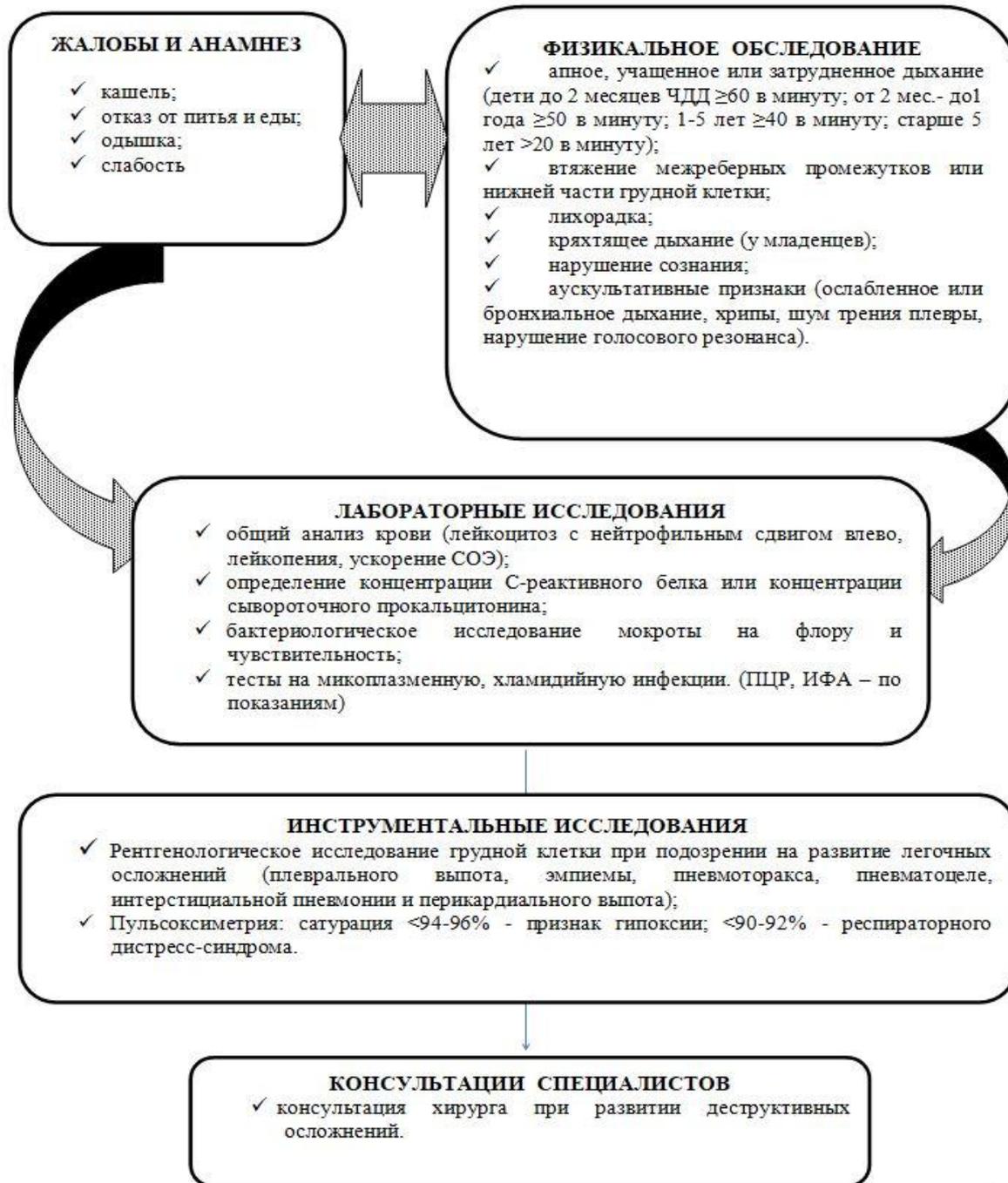
□ По степени тяжести:

- нетяжелые;
- тяжелые (при выраженности клиники, токсикоза, дыхательной или легочно - сердечной недостаточности и наличии осложнений).

По течению:

- острые (длительностью до 6 недель);
- затяжные (длительностью от 6 недель до 6-8 месяцев от начала заболевания).







ЛЕЧЕНИЕ (АМБУЛАТОРИЯ)

▣ Немедикаментозное лечение:

- на период подъема температуры - постельный режим;
- адекватная гидратация (обильное теплое питье);
- поощрение грудного вскармливания и адекватное питание соответственно возрасту;
- соблюдение санитарно-гигиенического режима (проветривание помещений, исключение контакта с инфекционными больными).



▣ **Медикаментозное лечение:**

Антибактериальную терапию начинают незамедлительно при установленном диагнозе пневмонии, а также при подозрении на пневмонию у тяжелого больного.

▣ **Дети <6 месяцев с афебрильной пневмонией (вызванная атипичной флорой):**

- джозамицин 20 мг/кг 2 раза в день 7 дней *или*
- азитромицин 5 мг/кг 1 раз в день 5 дней.



Дети <5 лет с фебрильной пневмонией:

- внутрь амоксициллин 25 мг/кг 2 раза в день 5 дней в группе риска (получали антибиотик раньше, посещает ДДУ - возможная роль резистентных *H. influenzae* и *S. pneumoniae*):
- внутрь амоксициллин/клавуланат 40-50 мг/кг 2 раза в день 5 дней *или*
- цефуроксим аксетил 20-40 мг/кг 2 раза в день 5 дней

Введение детям раннего возраста в/м в качестве первой дозы цефтриаксона (50 мг/кг), особенно у детей с рвотой, сокращает частоту госпитализации. При отсутствии эффекта – добавить или заменить на макролид [19-23].

Дети старше 5 лет:

- амоксициллин 25 мг/кг 2 раза в день. При отсутствии эффекта – добавить или заменить на макролид (см. ниже).

При симптомах, сопоставимых с атипичной пневмонией:

- внутрь макролид (например, джозамицин 40 мг/кг/сут 7 дней или азитромицин 10 мг/кг в 1-й день, далее 5 мг/кг 5 дней. При отсутствии эффекта – добавить или заменить на амоксициллин 50 мг/кг/сут. При неясности характера пневмонии допустимо одновременное назначение амоксициллина и макролида.

▣ **Хирургическое вмешательство: нет.**

Дальнейшее ведение:

- повторный осмотр участкового врача через 2 дня или раньше, если ребенку стало хуже или он не может пить или сосать грудь, появляется лихорадка, учащенное или затрудненное дыхание (научить мать, когда вернуться немедленно к врачу «КВН» по Памятке для родителей по стандарту ИВБДВ);
- дети, перенесшие пневмонию, находятся на диспансерном наблюдении в течение 1 года (осмотры проводят через 1, 3, 6 и 12 месяцев).

Индикаторы эффективности лечения:

- ликвидация симптомов ДН, общей интоксикации;
- восстановление экскурсии легких;
- купирование воспалительного процесса в легких;
- исчезновение кашля, учащенного дыхания, аускультативных данных пневмонии;
- улучшение самочувствия и аппетита.



ЛЕЧЕНИЕ (СТАЦИОНАР)

▣ Немедикаментозное лечение:

- поддержание оптимального воздушного режима в помещении;
- проведение закаливающих мероприятий;
- на период подъема температуры - постельный режим;
- адекватная гидратация (обильное теплое питье);
- поощрение грудного вскармливания и адекватное питание соответственно возрасту.



□ **Медикаментозное лечение:**

Если лечение не приносит ожидаемого результата в течение 48 часов или состояние ребенка ухудшается, смена препарата на цефалоспорины II-III поколения или макролиды. Например, цефотаксим (50 мг/кг каждые 6 часов), цефтриаксон (80 мг/кг/день), цефуроксим (100 мг/кг/сутки) или ровамицин (150 000 МЕ/кг разделенный на 2 приема перорально).

□ Если состояние ребенка не улучшается в течение 48 часов или ухудшается, препарат меняется на хлорамфеникол (25 мг/кг каждые 8 часов в/м или в/в) до улучшения состояния. Затем орально в течение 10 дней - полный курс лечения.

□ В стационаре желательно проводить ступенчатую терапию. При типичных пневмониях назначают амоксициллин/клавуланат, ампициллин/сульбактам, ампициллин парентерально.

Альтернативными антибиотиками являются цефалоспорины II и III поколений или цефазолин в комбинации с аминогликозидами. Препаратами выбора при атипичных формах являются современные макролиды.

▣ **Хирургическое вмешательство:**

при развитии плеврита, деструктивных осложнений, пневмоторакса, пиопневмоторокса для установки дренажной трубки по Бюлау.

Дальнейшее ведение:

- детям с тяжелой формой пневмонии, эмпиемой и абсцессами легких или сохраняющимися симптомами необходимо проводить повторное рентгенологическое обследование;
- все дети без исключения, перенесшие пневмонию, находятся на диспансерном наблюдении у участкового врача в течение 1 года (осмотры проводят через 1, 3, 6 и 12 месяцев)
-



▣ Индикаторы эффективности лечения:

- исчезновение втяжения нижней части грудной клетки;
- нормализация частоты дыхания;
- нормализация температуры тела;
- положительная перкуторная и аскультативная динамика;
- исчезновение интоксикации;
- отсутствие осложнений.

