

Бердский медицинский колледж

# Заболевания органов дыхания

Преподаватель: Л.Г. Куницина





# Анатомо-физиологические особенности органов дыхания

---

- Все пути (дыхательные) значительно уже, чем у взрослых.
- Слизистая сухая, нежная, легко ранимая с недостаточным развитием желез.
- Снижена продукция секреторного иммуноглобулина А.
- Недостаточно сурфактанта

**НОСОВЫЕ ХОДЫ:** узкие, раковины толстые (небольшая гиперемия и отек вызывают одышку)

**ГЛОТКА:** относительно широкая, небные миндалины при рождении отчетливо видны, барьерная функция снижена

**ТРАХЕЯ:** очень подвижна, легко меняет свой просвет, что приводит к щелевидному спаданию ее на выдохе, что является причиной одышки

**БРОНХИАЛЬНОЕ ДЕРЕВО:** сформировано к рождению, но хрящи очень эластичны мягки, легко смещаются. Правый бронх прямой продолжение трахеи (часто инородные тела). Дыхательная мускулатура недоразвита (это способствует слабому кашлевому толчку слизь закупоривает просветы мелких бронхов→воспаление бронхов)

**ЛЕГКИЕ:** имеют сегментарное строение структурная единица- адинус, терминальный бронх заканчивается мешочком (не гроздью альвеол). Легочная ткань содержит мало эластичных волокон, легкие более полнокровны и менее воздушны.

Недоразвитие легочной ткани, недостаток сурфактанта ведет к развитию ателектазов (особенно в задних отделах -т.к. ребенок постоянно лежит).

# ОСТРЫЙ РИНИТ

**ЭТИОЛОГИЯ:** вирусы, бактерии.

**ФАКТОРЫ РИСКА:** сезонные колебания температуры, влажности, перегревания, переохлаждения.

## КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА:

### *А. У детей старшего возраста:*

- ❖ Недомогание
- ❖ Головная боль
- ❖ Шум в ушах
- ❖ Чихание, заложенность носа
- ❖ Нарушение сна
- ❖ Серозное обильное отделяемое → слизистое и гнойное

### *А. У детей грудного возраста:*

- ❖ Беспокойство
- ❖ Отказ от груди
- ❖ Плохо спят
- ❖ Субфебрильная температура
- ❖ серозное → слизистое → гнойное отделяемое

**Острый ринит протекает 5-7 дней, может перейти в хронический**



## Лечение

---

1. Горячие ножные ванны
2. УФО носа, до 1 года-подошвы и голени
3. Сосудосуживающие капли: нафтизин, називин, галазолин (предварительно туалет носа)
4. Противовоспалительные капли: протаргол 2% (при слизистом или гнойном отделяемом)

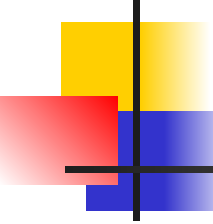
# Фарингит-воспалительный процесс в глотке

## Клинические проявления:

---

- ❖ Неприятные ощущения, сухость, першение в глотке
- ❖ Покалывание, болезненность при глотании
- ❖ Сухой мучительный кашель, усиливающийся при глотании
- ❖ Изменение голоса
- ❖ Кашель сопровождается рвотой
- ❖ На 5-7 день появляется вязкая, малопродуктивная мокрота
- ❖ Симптомы интоксикации:  $t = 37,3^{\circ}$ , головная боль, недомогание

# Лечение

- 
1. Обильное щелочное питье
  2. Ингаляции содо- солевые
  3. Отвар отхаркивающих трав
  4. УФО или УВЧ на обл. груди
  5. Отхаркивающие препараты (Мукалтин, термопсис, лазолван)
  6. Горчичники или парафиновые аппликации на грудь
  7. Компресс с димексидом
  8. А/б и/или с/а препараты по показаниям



**Ринофарингит** – одновременно воспаление в носу и глотке (чаще встречается у детей грудного возраста)

---

### Клинические проявления:

- ❖ Повышение температуры до 38°
- ❖ Серозное отделяемое из носа переходящее в гнойное
- ❖ Заложенность носа, ребенок не может сосать → теряет в весе
- ❖ Из-за затруднения дышать ребенок беспокоится, плохо спит
- ❖ Присоединяется к насморку сухой кашель (часто со рвотой)





# Лечение

1. Сосудосуживающие капли

---

2. Противовоспалительные капли в нос
3. Отхаркивающие препараты
4. Обильное щелочное питье
5. Горчичные ножные ванны, парафиновые аппликации на грудь и сапожки
6. Антибиотики по показаниям



# Воспаление среднего уха

---

Часто возникает при проникновении через широкую и короткую евстахиеву трубу в полость среднего уха инфекционной слизи.

## Предрасполагающие факторы:

- ❖ Положение ребенка на спине без подушки, когда слизь свободно попадает в ухо
- ❖ Узость носоглотки, вязкость слизи



## Клинические признаки:

---

- ❖ Внезапно появляется беспокойство, крик, нарушается сон
- ❖ Ребенок берет грудь, но тут же бросает
- ❖ Повышается температура
- ❖ Затем может появиться гнойное отделяемое из уха
- ❖ Болезненность усиливается при надавливании на козелок



## Лечение

---

- Консультация ЛОР врача !!!
- Турунды с фурациллиновым спиртом или спиртовым раствором борной кислоты
- Компресс с 40% р-р этилового спирта
- Физиолечение УФО и/или УВЧ
- Отипакс (обезболивающие)

# Трахеит- воспаление трахеи

Этиология- вирусы, пневмококк, стафилококк, стрептококк

---

## Клиническая картина

- ❖ Сухой, болезненный кашель, усиливающийся ночью и под утро, носит приступообразный характер и заканчивается рвотой
- ❖ Выделение мокроты начинается на 4-5 день, вначале слизистой, затем гнойной.
- ❖ Раздражительность, нарушение сна, потеря аппетита
- ❖ Старшие дети жалуются на стеснение в груди, головную боль
- ❖ Выздоровление наступает на 8-14 день.



# Лечение

---

- Постельный режим по состоянию
- Обильное щелочное питье
- Отхаркивающие травы и препараты
- Противокашлевые препараты – либексин, кодеин
- Физиолечение: дарсенваль, УФО,УВЧ на область трахеи
- Антибиотики по показаниям



# Ларингит-воспаление гортани

---

Этиология - вирусы – ложный круп

- бактерии -»-

- аллергены -»-

В. Леффлера – истинный круп



## Патогенез

---

Вирусы, бактерии, аллергены вызывают отек и сужение подсвязочного аппарата, т.е. происходит спазм и закрытие просвета гортани.





## Клиническая картина

- ❖ Повышение температуры
- ❖ Сухой кашель
- ❖ Общее недомогание
- ❖ Начинается остро или внезапно (среди ночи, под утро)
- ❖ Беспокойство, чувство страха → кашель становится лающим.

### 0. степень (без стеноза)

- ❖ Ребенок беспокоится
- ❖ Грубый лающий кашель
- ❖ Голос изменен
- ❖ Нет затрудненного вдоха
- ❖ Отсутствует периоральный цианоз
- ❖ Нет Д.Н. при беспокойстве



## II степень (компенсаторная)

---

- ❖ Охриплость голоса (за счет упорного «лающего» кашля)
- ❖ Во время бодрствования голос сифоничен или срывается
- ❖ Симптомы Д.Н. появляются при беспокойстве (западение яремной ямки, периоральный цианоз)
- ❖ В покое все проходит



## II степень (не полной компенсации)

---

- ❖ Стридор в покое (шумное дыхание)
- ❖ Голос афоничен или срывается
- ❖ Кашель сухой, лающий, болезненный
- ❖ ДН в покое – западание яремной ямки, втяжение межреберных промежутков, раздувание крыльев носа)
- ❖ Инспираторная одышка
- ❖ Чувство страха (хватается за рот руками)
- ❖ Тахикардия больше, чем выраженность лихорадки
- ❖ АД повышено
- ❖ Потливость
- ❖ Периоральный цианоз сохраняется в покое

# Ш степень (декомпенсированный круп)

Состояние тяжелое

Периоды беспокойства сменяются периодами адинамии, заторможенности, вялости

- Постоянные признаки ДН – резкая бледность с цианозом носогубного треугольника, акроцианоз (сохраняются в покое)
- При беспокойстве- гиперализованный цианоз
- Потливость – холодный пот
- Втяжение межреберных промежутков, яремной ямки, подключичной ямки, «ноздное» дыхание
- Смешанная одышка- затруднен вдох и выдох
- Характерна агрессивность
- Дефицит пульса
- Периодически возникают признаки ССН<sub>Ш</sub> (цианоз губ, кончика языка, носа, пальцев, увеличение печени, застой в легких)
- В легких аускультативно дыхание ослаблено
- Выражен стридор.



## 1У степень (асфиксическая)

---

- Состояние крайне тяжелое
- Постоянно бледно- цианотичные кожные покровы
- Периодически цианоз резко увеличивается
- Аритмичное или парадоксальное дыхание
- Брадикардия
- Артериальная гипотензия
- Остановка сердца и дыхания



## Лечение

---

1. Противовоспалительная терапия
2. Обеспечение проходимости дыхательных путей
3. Защита шоковых органов от ишемии
4. Общегигиенические мероприятия
5. Мазок на ВЗ- 2хкратно



## 0. степень

---

1. Доступ свежего воздуха,  $t$  в палате 18-20°
2. Вдыхание прохладного воздуха, прохладнее чем в квартире
3. Теплые паровые соляно-щелочные ингаляции через 2 часа.
4. Обильное питье (щелочное)
5. Отвлекающая терапия (горячие ножные и ручные ванны)
6. Отхаркивающие травы и препараты (мукалтин, термопсис)



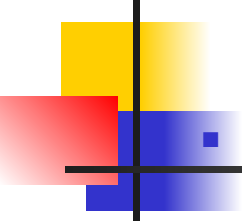

# 1 степень

Оценить состояние в баллах, если  $> 5$  б., назначается пульмикорт через нейбулазер.

- 1,2,3,4,5 + ингаляции соляно-щелочные с добавлением нафтизина или глазолина (ч/з крупнодесперстный ингалятор)
- Компресс с демексидом (1:9)
- Можно смазать кожные покровы любой гормональной мазью (гидрокортизоновой), а сверху компресс на 4-12 час. (можно 2 раза в сутки)
- Физиолечение: электрофорез с преднизолоном и нитроглицерином (при стойкой 1ст.), УВЧ на область гортани.
- Отхаркивающие препараты.



# II степень

- 
- 1,2,3,4,5 + компресс с димексидом + через нейбулазер – пульмикорт (или беродуал, или сальбутамол)
  - Гормонотерапия по показаниям
    - в/в – капельно для защиты шоковых органов
    - 20% рибоксин
    - 2,5% дипразин
    - кокороксилаза
    - аскорбиновая кислота
    - АТФ – в/в капельно (\_\_\_\_\_ струйно в/м)
    - в/м – 1% рибофлавин
    - сермиот
    - per.OS- 20% оксибутират натрия
  - Подготовка к переводу в реанимацию: 0,25% дроперидол  
0,3 мгр/кг
- 








# Бронхиты

---

**Бронхит** – это воспалительное заболевание слизистой оболочки бронхов.

Выделяют:

-  О.бронхит
-  О.обструктивный бронхит
-  Бронхиолит
-  Рецидивирующий бронхит (без и с явлениями бронхиальной обструкции)
-  Хронический бронхит

# Этиология



---

- Вирусы (вирус парагриппа, РС инфекции, аденовирусы)
- Бактерии (пневмококк, гемофильная палочка)
- Хламидии, микоплазма
- Грибы

## Предрасполагающие факторы:

охлаждение,  
перегревание,  
загрязненный воздух,  
пассивное курение



# Патогенез

---

Вирусы, имеющие тропизм к эпителию дыхательных путей вызывают отек и гиперемию слизистой оболочки с выделением слизистого и слизисто-гнойного секрета.

Бронхоспазм осложняет восстановительный процесс, усиливается нарушение бронхиальной проходимости → ДН



# КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

---

## О.БРОНХИТ

- ❖  $\uparrow t^{\circ}$  до  $38^{\circ}$
- ❖ Сухой навязчивый кашель, со 2-ой недели становится мягким и влажным( при трахеобронхите кашель сопровождается чувством давления и болями за грудиной)
- ❖ При аускультации: сухие  $\rightarrow$  крупно -среднепузырчатые хрипы с обеих сторон, симметричны
- ❖ Характеристика хрипов меняется при кашле
- ❖ Перкуторно коробочный звук



# ОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ

---

- ❖  $t^{\circ}$  Субфебрильная, держится короткое время
- ❖ Кашель сухой, редкий
- ❖ Одышка 50-60 дыханий в минуту, резко удлинен выдох, свистящий слышимый на расстоянии
- ❖ Дыхательные расстройства появляются в первые дни ОРВИ, нарастают постепенно
- ❖ Грудная клетка вздута
- ❖ При аускультации - сухие свистящие хрипы в большом количестве (реже средне и крупнопузырчатые)
- ❖ Перкуторно коробочный оттенок
- ❖ Тяжесть обусловлена дыхательной недостаточностью (сохраняется 2-3 дня)



# ОСТРЫЙ БРОНХИОЛИТ

---

Чаще болеют дети первых двух лет жизни и характеризуется генерализованным обструктивным поражением бронхиол и мелких бронхов.

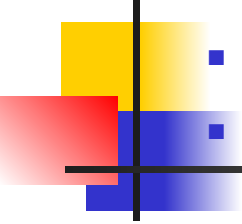
**Этиология-** вирус (чаще РС -вирус, аденовирус и парагрипп)

**Предрасполагающие факторы:** аллергический диатез, паратрофия, искусственное вскармливание.

# КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- Предшествует ринит, ринофарингит
- Состояние постепенно ухудшается
- Кашель сухой, малопродуктивный, болезненный
- Одышка нарастает до 70-80 дых. в минуту
- ДН- втяжение уступчивых мест грудной клетки, крылья носа напряжены, бледность, периоральный цианоз
- Грудная клетка вздута, зафиксирована в положении глубокого вдоха с приподнятым плечевым поясом
- При аускультации- выдох удлинен, в большом количестве мелкопузырчатые и кренитирующие хрипы, также может быть ослаблено ( мелкопузырчатые в межлопаточных и подлопаточных обл.)



- 
- Перкуторно- укорочение перкуторного звука
  - При выраженной одышке- хрипы слышны хуже, плохо слышны дистанционные хрипы типичные для о.бронхита
  - Могут быть периоды апноэ
  - Одышка ведет к эксикозу
  - Бронхоилит протекает на фоне субфебрильной или нормальной температуры
    - Для аденовирусного бронхиолита и бурного течения обструктивного синдрома характерна лихорадка плохо поддающаяся лечению
  - Тяжесть заболевания обусловлена Д.Н.
  - Д.Н. сохраняется до 2-3 недель
  - Ребенок может погибнуть от приступа апноэ.



# Лечение обструктивного бронхита

---

1. Борьба с Д.Н. – кислород
2. Положение в кровати- голову приподнять на 30-40°
3. Молочно-растительная диета.
4. Одышка всегда сопровождается обезвоживанием- обильное питье. При резком обезвоживании- инфузионная терапия.
5. Бронходилататоры из группы адреномиметиков (Эффекрин)- **НЕ ПОКАЗАНЫ !!!** Т.к. увеличивают потребность кислорода сердцем.




**ПОКАЗАНЫ !!!**- контрикал (500 ед/ кг – 2 р/д)

~~РНКаза 1-2 мгр. в/м - 1 р/д~~

или в виде аэрозолей

6. Нестероидные противовоспалительные средства-метидол 1 мгр/кг 3 р/д per.os
7. Гепаринотерапия по 50 ед/кг п/к 6 р/д  
в течении недели постепенно понижая дозу
8. Некоторым детям облегчение приносит в/в введение эуфиллина 2,4% -3-04 мл/кг, далее 0,1-0,2 мл/кг 4 р/д плавно переходим на per.os (в микстуре)



**9. ПРОТИВОПОКАЗАНО-** седативная терапия из-за возможности угнетения дыхания.

10. Положительный эффект дает этимизол 1,5 мг/кг или 0,1 мл/кг или алупент 0,05% 0,025-0,03 мл/кг

11. Рибаварин (виразол) – угнетает РС-вирусы назначаем в виде аэрозолей.

12. А/б – если ребенок перенес гнойно-септическую инфекцию.

13. Глюкокортикостероиды только при Д.Н. Ш  
Прогноз летальность 1-2% больше чем от пневмонии.



# Рецидивирующий бронхит

---

- Ставится если ребенок 3 и более раз в году перенес простой бронхит с затяжным течением

Предрасполагающие факторы:

1. Аномалии конституции
2. Наследственная предрасположенность
3. Экология
4. Аспирационный синдром
5. После попадания инородного тела
6. Генетический фактор – гр. крови А(П)  
(особенности иммунологической реактивности бронхов)
7. Аномалии развития бронхолегочной системы

# КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- Заболевание может протекать с обструкцией и без обструкции
- Выделяют периоды обострения и обратного развития (неполная ремиссия) и полная ремиссия
- Начинается с ОРВИ
- Кашель сухой → влажный
- Кашель доминирует в клинике- усиливается по утрам, кашель с гнойной мокротой.
- При аускультации- рассеянные сухие хрипы → средне-пузырчатые на вдохе, хрипы слышны с обеих сторон
- Перкуторно- легочный звук с тимпанитом в межлопаточных областях
- Чем младше ребенок, тем чаще синдром обструкции
- В межприступный период состояние страдает мало.



# Диагностика бронхитов

---

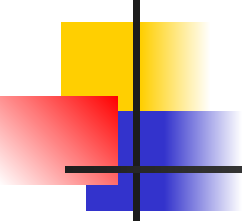
1. Анамнез + клиническая картина
2. ОАК – лейкоцитоз, сдвиг формулы влево
3. На R-ме усиление легочного рисунка

# Лечение бронхита

1. Режим постельный на период лихорадки, затем щадящий,  $t^{\circ}$  в палате – 18 -20 $^{\circ}$
2. Тщательный туалет слизистых носа, полости рта.
3. Диета молочно-растительная, исключаем копчености, соленое, острое, жирное. Пища должны быть богата витаминами и легкоусвояемой.

На период лихорадки- обильное питье в 1,5-2 раза больше нормы – морсы, компоты, чай, минеральная вода.





4. Специфическое лечение, если бронхит после ОРВИ-интерферон, реоферон, противогриппозный  $\gamma$  глобулин, в нос ДНК-аза или РНКаза

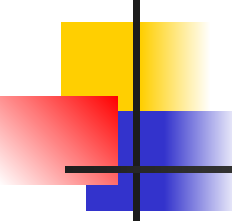
~~5. Антибиотики- аугментин, амоксиклав, амнион и др. при наличии симптомов интоксикации и высокой температуры.~~

6. Жаропонижающие – парацетамол, цефелон, анальгин.

7. Сульфаниламиды при неотложном течении

8. Отхаркивающие- солодка, фиалка, медунка, термопсис, мукалтин, лазолван.

9. При наличии алергоанамнеза и обилии влажных хрипов- антигистаминные препараты.



10. Иммуностимулирующая – имунал, имудон, левзей, элеутерококк

12. Физиолечение :

А) соляно-щелочные и отхаркивающими препаратами- ингаляции

Б) электрофорез с КJ, хлористым кальцием, с эуфиллином

В) УВЧ на грудную клетку № 5

13. Массаж вибрационный, постуральный  
ЛФК

# «Д» наблюдение

Дети с рецидивирующим бронхитом берутся на «Д» учет.

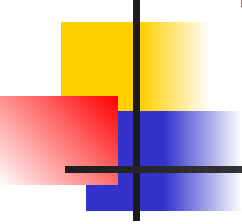
## 1 год наблюдения

- 👤 осмотр- фельдшером ежеквартально
- 👤 ОАК, ОАМ – 1 раз в 3 месяца
- 👤 Осмотр ЛОР, стоматологом – 2раза в год с санацией очагов инфекции
- 👤 Противорецидивирующее лечение 2 раза в год-весной и осенью включает в себя:
  - 👤 Иммуностимуляторы
  - 👤 Витаминотерапию
  - 👤 Отвары трав

## 2 год наблюдения

- осмотр фельдшером 2 раза в неделю
- 👤 ОАК, ОАМ – 2 раза в год
- 👤 Осмотр ЛОР и стоматологом с санацией очагов хр.инфекции-2р. в год
- 👤 Противорецидивное лечение 2 раза в год

# ПНЕВМОНИЯ



---

О.пневмония – острое инфекционное заболевание легочной паренхимы, диагностируемое по синдрому дыхательных расстройств и физикальным данным, а также по инфильтративным или очаговым изменениям на R-ме легких.

# Предрасполагающие факторы



**Экзогенные** – плохие бытовые условия

- нерегулярное проветривание
- наличие в семье курильщика
- хр. очаговая инфекция у ребенка или членов семьи

**Эндогенные** – отягчающий семейный анамнез:  
по бронхолегочной патологии, аллергическим  
заболеваниям

- перинатальная патология
- недоношенность
- гипотрофия
- гипотрофия

# Классификация






## 1. По условию инфицирования и возбудителю

1. Внебольничные (домашние), чаще вызываются пневмококком  
у детей до 6 мес. – хламидиями

у детей старшего возраста – микоплазмой

2. Внутрибольничные – резистентны к антибиотикам чаще всего  
клебсиелле, энтеробактерии, синегнойная палочка

## П. По характеру распространенности пораженного легкого

-  Очаговую
-  Очагово-сливную
-  Долевую (крупозная)
-  Сегментарную
-  Интерстициальную

## Ш. По тяжести

- ☒ Легкую степень тяжести
- ☒ Среднюю степень тяжести
- ☒ Тяжелую.

## 1У. С осложнениями

- ☒ Плеврит
- ☒ Абсцесс
- ☒ Булла
- ☒ Пневмоторакс
- ☒ Пиопневмоторакс

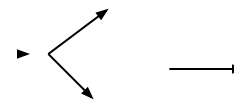
## У. По течению

- ☒ Острое (2-4 нед. – неосложненная  
1-2 мес. с осложнениями)
- ☒ Затяжные (от 1,5 – 6 мес.)

## У1. Пневмонии с иммунодефицитными состояниями

внутриутробные (врожденные)

## УП. Пневмонии новорожденных приобретенные









# Очаговые пневмонии

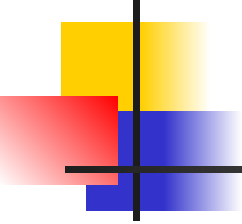
---

Клиническая картина у детей дошкольного и школьного возраста:

-  «Легочные» (респираторные) жалобы
-  Симптомы интоксикации
-  Признаки ДН
-  Локальные физикальные изменения



- **Начало** может быть острое и постепенное.



При постепенном начале пневмония начинается на фоне ОРВИ- вновь  $\uparrow t^0$ , головная боль, анорексия, вялость, беспокойство. «Легочные» жалобы усиливаются на фоне угасающего катара верхних дыхательных путей – нарастает влажный кашель, появляются боли в боку. Одышка как в покое так и при физической нагрузке. Д Н- бледность, периоральный цианоз, участие в дыхании вспомогательной мускулатуры, раздувание крыльев носа на стороне поражения и втяжение надключичной ямки и межреберной.

**При аускультации:** ослабленное дыхание, крепитирующие хрипы или локальные стойкие мелкопузырчатые.

**Перкуторно** - укорочение перкуторного звука.



## Диагностика

---

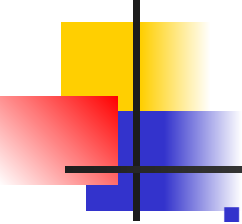
- **ОАК**- Z-цитоз, сдвиг формулы влево, ускоренное СОЭ
- **R-ма** очаговые и инфильтративные тени в одном из легких



# Клиническая картина у детей раннего возраста

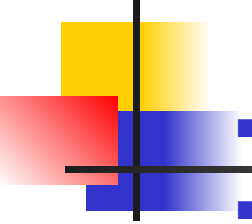
---

- На первый план выступают симптомы ДН, интоксикация и изменения в легких появляются позже. Процесс часто носит двухсторонний характер:
- **Начало**-насморк, чихание, сухой болезненный кашель,  $t^{\circ}$  до  $38^{\circ}$ , но м/б- субфебрильная, снижается аппетит, нарушается сон. Несмотря на лечение состояние ухудшается: теряют вес, становятся вялыми, бледными, м/б неустойчивый стул, срыгивание, рвота.

- 
- **При осмотре-** вялость, адинамия, мышечная гипотония, Д Н (участие в дыхании вспомогательной мускулатуры, бледность, периоральный цианоз или генерализованный). Кроме одышки- дыхательная аритмия с краткими периодами апноэ.
- 

- **Аускультативно:** жесткое дыхание под углами лопаток→мелкопузырчатые или крепитирующие хрипы носят **локальный характер.**
- **Перкуторно:** коробочный оттенок, на 3-5д укорочение перкуторного звука под углами лопаток.
- **Начало** -м/б- острое -↑ t<sup>0</sup>, сухой кашель, симптомы интоксикации.
  
- **Диагностика:** **ОАК-** Z цитоз, ускоренное СОЭ  
    **R-ма** -эмфизема, усиление прикорневого и легочного рисунка, очаговые тени

# Очагово-сливная пневмония

- 
- На фоне ОРВИ
  - Выражена интоксикация
  - Высокая температура 39-40°
  - Гипотония
  - Гипорексфлексия
  - Водно-электролитные нарушения
  - Поражение сердца (тахикардия, систолический шум)

**Диагностика-** **ОАК-** ускоренное СОЭ, Z-цитоз со сдвигом формулы влево

**R-ма-** инфильтративные тени различной величины и интенсивности

# Сегментарная пневмония

Поражается один или несколько сегментов.

Выделяют 3 варианта:

1-й – пневмония на фоне ОРВИ или после, нет ДН и резко выраженных симптомов интоксикации. Тогда пневмонию диагностируем по R-ме.

2-й – внезапное начало, лихорадка, могут быть боли в животе и грудной клетке, по клинике напоминает долевую

3-й – когда тень на R-ме образуется в конце второй недели, т. е. как очаговая.

Чаще встречается 2-й вариант:

- 📌 Острое начало
- 📌 Выраженная интоксикация
- 📌 Бледность кожных покровов и «мраморность»
- 📌 К концу недели сухой кашель, болезненный.

**Аускультативно:** ослабленное дыхание, хрипы не выслушиваются или их мало

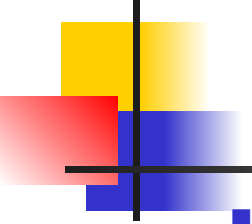
**Перкуторно:** укорочение перкуторного звука.

# Долевая(круппозная)пневмония

- ❖ У детей поражается не всегда вся доля, чаще процесс в нескольких сегментах.
- ❖ Чаще локализуется в верхней или нижней доле правого легкого.
- ❖ Болеют дети дошкольного или школьного возраста, как исключение, 1 года жизни

## Клиническая картина:

- 📌 Начало острое
- 📌 Высокая температура до 40°
- 📌 Симптомы интоксикации(бред, головная боль)
- 📌 Кряхтящее дыхание или охающее
- 📌 Кашель со «ржавой» мокротой, короткий, болезненный
- 📌 Боли в грудной клетке иррадируют в спину, плечо, подреберье
- 📌 Могут быть боли в правой подвздошной области или вокруг пупка- одновременно рвота, вздутие живота, понос- что заставляет думать об остром животе



При **осмотре** видим отставание в дыхании одной половины грудной клетки, свободную экскурсию живота ( чего нет при аппендиците) и нет напряжения мышц живота.

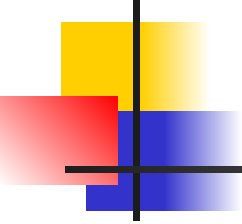
---

- Дети лежат на больном боку, подтянув ноги к груди.
- Состояние тяжелое, сознание заторможено.
- Кожные покровы бледные выражен румянец щек (больше на стороне поражения)
- Губы сухие, на губах герпес
- При глубоком вдохе боль в боку

**Аускультативно:** со 2-3 дня непостоянные нежные крепитирующие хрипы, ослабленное дыхание.

**Перкуторно:** укорочение перкуторного звука





В процесс может вовлекаться плевра. При долевой пневмонии поражается:

**ССС** – глухие тоны, систолический шум, гипотония

**ЦНС** – бессонница, головная боль, изменение рефлексов почек -альбуминурия.

**Диагностика:** - на R-ме инфильтрат занимает всю долю

# Интерстициальная пневмония

Чаще вирусная, у ослабленных и при наличии иммунологической недостаточности.

## Клиническая картина:

- Доминирует Д.Н., которую сопровождает тахипноэ до 80-100 в'
- Выражен цианоз
- Лихорадка
- Мучительный навязчивый сухой кашель

**Аускультативно:** небольшое количество рассеянных сухих, разнокалиберных влажных хрипов или их отсутствие

**Перкуторно:** коробочный звук

**Диагностика:** ОАК- ускоренное СОЭ, Z -цитоз, сдвиг формулы влево -не постоянны зависит от этиологии и тяжести заболевания. Нормальные показатели крови не исключают пневмонию. На R-ме- вздутие легочной ткани, сетчатость, двухсторонние многочисленные рассеянные инфильтраты.



## Внебольничные пневмонии

---

Чаще всего вызываются пневмококком, предшествует насморк, кашель (ОРВИ), затем подъем температуры до 39-40°, состояние тяжелое, боль в груди, тахипноэ. Протекает в форме- долевой, крупноочаговой и сегментарной пневмонии. Двухсторонняя локализация редко.



# Внутрибольничные пневмонии

---

Чаще всего возбудителем является клебсиелла, энтеробактерии, синегнойная палочка, стафилококк.

Протекает тяжело с некрозом, образованием множества мелких полостей, пиопневмотороксом и дает летальный исход.



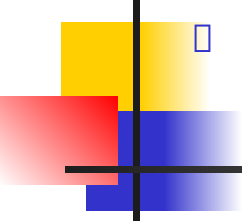
# Осложнения

---

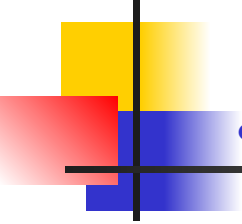
- Д.Н.
- Отек легких
- Нарушение водного баланса
- Плеврита, пиопневмотороксы
- ДВС - синдром

# Лечение

- Постельный режим на период лихорадки  $t^{\circ}=18-20$  в палате, регулярное проветривание
- Обильное питье
- Уход за кожей и слизистыми оболочками
- Антибактериальная терапия
- ▣ **Внебольничные** пневмонии вызываются пневмококком, стрептококком, микоплазмой, хламидиями- а/б выбора – пенициллины (пенициллин, ампициллин, амоксициллин), но более эффективны амоксиклав, аусментин оральные цефалоспорины ( 1 кокон –цефалексин и 2 кокон цефахлор, цефуроксил) и макролиды ( спирамицин, эритромицин)

- 
- **Внутрибольничные** пневмонии возбудитель семейство кишечных, стафилококк золотистый, синегнойная палочка, грибы- а/б выбора цефалоспорины 2 и 3 кок (цефуроксим, цефотаксим), аминогликозиды( гентамицин, амикацин) и макролиды (эритромицин, рокситромицин, азитромицин)
  - **При микоплазменной и хламидийной** пневмонии препаратами выбора являются макролиды Рокситромицин (рулид) и азитромицин (сумамед).

Длительность антибактериальной терапии от 5 -10-14дней

- 
- Препараты стимулирующие **отхаркивание** (термопсис, алтей, бронхикум)
  - **Муколитические** препараты **разжижающие** слизь (ацетилцистеин, бромгексин, амброгексал)
  - Препараты влияющие на **кашлевой** центр – кодеин, дионин
  - **Физиолечение**- СВЧ,УВЧ, электрофарез, уфо, ингаляции.
  - **Иммуностимуляторы**
  - **Витамиотерапия**
  - **Массаж грудной клетки, ЛФК**
  - **Симпатическая терапия**





## «Д» наблюдение

Берутся все дети, перенесшие пневмонию на «Д» учет на 1 год.

- ✓ Осмотр фельдшером 1 раз – 3 мес.
- ✓ Осмотр ЛОР и стоматологом 2 раза в год
- ✓ ОАМ и ОАК – 2 раза в год
- ✓ R-графия грудной клетки перед снятием с учета
- ✓ Противорецидивное лечение

# Отличительные признаки хламидийной пневмонии

Чаще болеют дети первых 6 мес. жизни (заражение происходит во время родов от матери).

## Клиническая картина:

- ❖ У новорожденных всегда конъюнктивит
- ❖ Нарастающий кашель
- ❖ Кашель сухой, отрывистый, звонкий, следует приступами, но без реприз (стокато - характерен для хламид) – быстро проходит при лечении основного процесса
- ❖ Тахипноэ без температуры
- ❖ Вздутие легких без клинических признаков бронхиальной обструкции
- ❖ Выражен лейкоцитоз до  $30 \times 10^9/\text{л}$  и эозинофилия  $>5$



## Клинический диагноз ставим:

---

- ✓ нарастающая одышка при нормальной или субфебрильной температуре
- ✓ В анамнезе конъюнктивит (на первом месяце)
- ✓ Выделение из гениталий у матери во время беременности
- ✓ Сухой кашель стокато
- ✓ Рассеянные влажные хрипы при отсутствии бронхиальной обструкции.
- ✓ Локальное укорочение перкуторного звука
- ✓ Необычно высокий Z-цитоз и эозинофилия



# Диагностируем хламидийную пневмонию

---

у школьников по наличию


- Сопутствующего фарингита
- Шейного лимфаденита
- Наличие обструктивных изменений в отсутствии влажных хрипов
- На R-ме инфильтрация, выраженное усиление интерстициально -сосудистого компонента, возможно вовлечение плевры, мелкоочаговые тени.



# Клиническая картина хламидийной

## пневмонии у школьников:

- Инкубационный период 21 день
- Фарингит или лимфаденит предшествуют или сопутствуют пневмонии
- Боли в горле, охриплость голоса
- Нередко бронхоспазм
- Лихорадка
- Кашель сухой до боли в боку, грудной клетке
- Анорексия
- Брадикардия, глухость тонов



## Диагностируем хламидийную пневмонию у школьников по наличию:

---

- Сопутствующего фарингита
- Шейного лимфаденита
- Наличие обструктивных изменений в отсутствии влажных хрипов
- На R-ме инфильтрация, выраженное усиление интерстициально -сосудистого компонента, возможно вовлечение плевры, мелкоочаговые тени

## Лечение

- Макролиды 5-10 дней (до 3х недель)
- Доксициклин у детей старше 8 лет – 2 недели
- Симптоматическое

# Отличительные признаки микоплазменной пневмонии

---

- 📌 Чаще болеют школьники
- 📌 Инкубационный период 1-3 недели
- 📌 Ведущие симптомы – у корней кашель и высокая температура.
- 📌 Относительно нетяжелое состояние, что ведет к позднему (9-12 дн) обращению
- 📌 Начало постепенное- жалобы на мышечные боли + фарингит, ринит
- 📌 Пульс не соответствует лихорадке

## В постановке диагноза помогает:

- 📌 Эпидемический сезон (август- ноябрь)
- 📌 Скудные (сухие) катаральные явления
- 📌 Покраснение конъюктив без выпота

**Аускультативно:** рассеянные мелкопузырчатые хрипы, чаще ассиметрично, ослабленное дыхание

- На R-ме- неоднородная инфильтрация («снежная буря»), выраженное усиление легочного рисунка, медленная обратная динамика.

- 📌 ОАК- отсутствует лейкоцитоз, СОЭ в норме.

## Лечение

- 📌 Макролиды (ацитромицин)
- 📌 Старше 8 лет – доксициклин
- 📌 Симптоматическая терапия