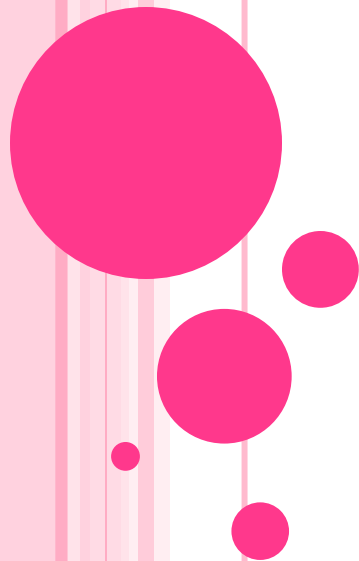


**Кировская государственная медицинская академия
Кафедра педиатрии**

Острые пневмонии у детей раннего возраста

**Выполнила студентка группы 432
Кузнецова Светлана Витальевна**

Киров 2013г.



ПНЕВМОНИЯ – ЭТО...

- острый инфекционный процесс , развивающийся в респираторном отделе дыхательной системы с воспалительной инфильтрацией легочной ткани, заполнением альвеол экссудатом и клинически проявляющийся общей реакцией организма на инфекцию (лихорадка, признаки интоксикации), кашлем, дыхательной недостаточностью (одышка, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания и др.), локальными физикальными симптомами, инфильтративными изменениями в рентгенограмме.



ЭТИОЛОГИЯ

- В этиологии в настоящее время основную роль играют респираторные вирусы. Нередко наблюдаются пневмонии, вызванные смешанной вирусно-бактериальной инфекцией. Из бактерий в этиологии пневмонии играют роль пневмококки, стафилококки, стрептококки, гемофильная палочка, клебсиелла (палочка Фридендера). У детей раннего возраста в последние годы в этиологии пневмонии возросла роль грамотрицательной флоры (кишечная палочка, протей, синегнойная палочка), высеваемой особенно часто при внутрибольничных пневмониях. Из небактериальных острых пневмоний основное место занимают формы, вызываемые микоплазмой. В ряде случаев в этиологии пневмонии могут играть роль грибы (*Candida albicans*), главным образом из-за нерационального применения антибиотиков.

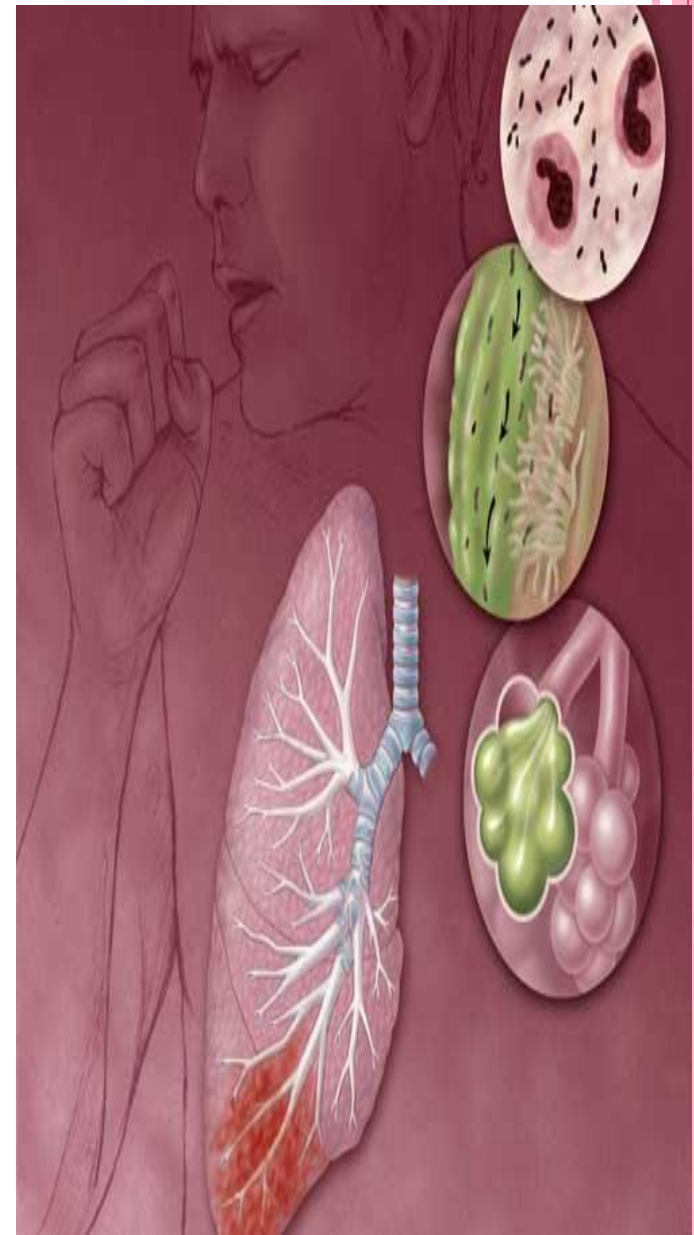


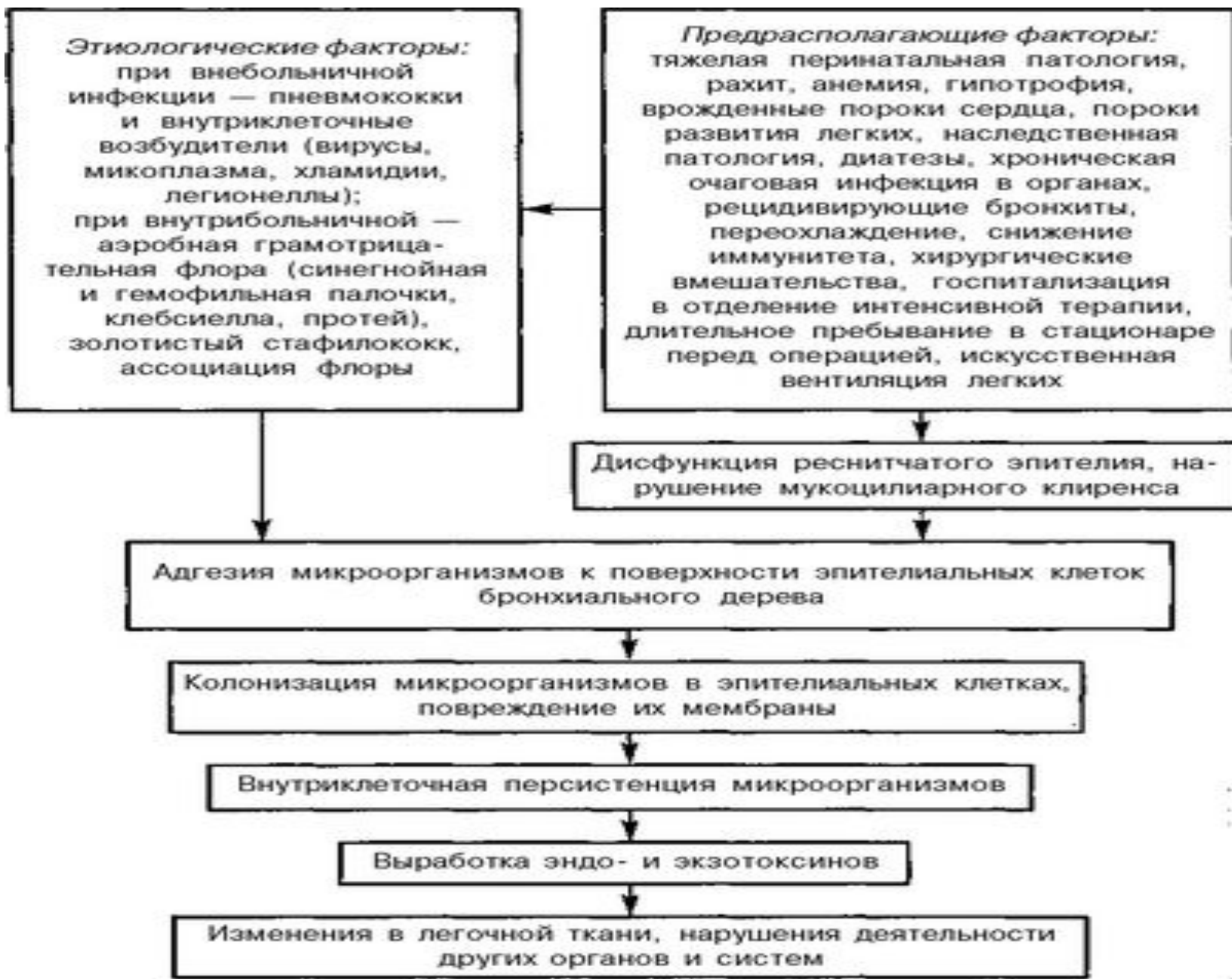
ПАТОГЕНЕЗ

- Основным путем проникновения инфекции в легкие является бронхогенный с распространением инфекта по ходу дыхательных путей в респираторный отдел. Гематогенный путь возможен при септических (метастатических) и внутриутробных пневмониях. Лимфогенный путь - редкость, однако по лимфатическим путям процесс переходит из легочного очага в плевру.
- ОРВИ играют важную роль в патогенезе бактериальных пневмоний. Вирусная инфекция увеличивает продукцию слизи в верхних дыхательных путях и снижает ее бактерицидность; нарушает работу мукоцилиарного аппарата, разрушает эпителиальные клетки, снижает местную иммунологическую защиту, облегчая таким образом проникновение бактериальной флоры в нижние дыхательные пути и способствуя развитию воспалительных изменений в легких.



Начальные воспалительные изменения при бронхогенном пути проникновения инфекции обнаруживают в респираторных бронхиолах. Далее они распространяются на паренхиму легких. При кашле инфицированная слизь из очага воспаления попадает в крупные бронхи, а затем, распространяясь в другие респираторные бронхиолы, обуславливает создание новых очагов воспаления, то есть распространение инфекции в легких, как правило, происходит бронхогенно.





- Патогенез нарушений сердечно-сосудистой системы при пневмонии можно схематично описать следующим образом:
- токсикоз и ДН -> спазм артериол малого круга кровообращения -> легочная гипертензия и повышенная нагрузка на правые отделы сердца -> снижение сократительной способности миокарда -> нарушение периферической гемодинамики, расстройство микроциркуляции. Функциональные нарушения легочного кровотока - более стойкое расстройство, чем изменение паренхимы легких (сохраняется до 6-8 недель).



- Закономерно у детей, больных пневмонией, нарушаются обменные процессы, и прежде всего:
- кислотно-основное состояние: метаболический либо респираторно-метаболический ацидоз с уменьшением мощности буферных оснований, накоплением недоокисленных продуктов;
- водно-солевой баланс: задержка жидкости, хлоридов; у новорожденных и грудных детей возможны обезвоживание и гипокалиемия.



КЛАССИФИКАЦИЯ

Морфологическая классификация	Условия инфицирования	Течение	Осложнения	
			легочные	внелегочные
<p>Очаговая</p> <p>Сегментарная</p> <p>Очагово-сливная</p> <p>Крупозная</p> <p>Интерстициальная</p>	<p>Внебольничная</p> <p>Внутрибольничная</p> <p>При перинатальном инфицировании</p> <p>У больных с иммунодефицитом</p>	<p>Острая</p> <p>Затяжная</p>	<p>Плеврит</p> <p>Легочная деструкция</p> <p>Абсцесс легкого</p> <p>Пневмоторакс</p> <p>Пиопневмоторакс</p>	<p>Инфекционно-токсический шок</p> <p>ДВС-синдром</p> <p>ССН</p> <p>Респираторный дистресс-синдром взрослого типа</p>



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- Ведущими клиническими симптомами очаговой пневмонии у детей раннего возраста является выраженное нарастание интоксикации, одышка, дыхательная недостаточность.
- Решающий симптом пневмонии — укорочение перкуторного звука на определенном локальном участке легкого, в этой же области выслушивают жесткое дыхание и локализованные мелкопузырчатые влажные хрипы, крепитацию (выслушивается только на высоте вдоха).
- Важным диагностическим признаком пневмонии у детей раннего возраста является изменение соотношения частоты дыхания и пульса.



- У здоровых детей первого года жизни оно равно 1:3,5; 1:4; при пневмонии и развитии одышки оно становится 1:3, 1:2, иногда 1:1,5. При этом в акте дыхания принимает участие вспомогательная мускулатура (втяжение межреберных промежутков, яремной ямки).
- Одним из ранних симптомов является цианоз, особенно в области носогубного треугольника.
- Кашель при пневмонии становится глубоким, влажным.



- При сегментарной пневмонии чаще поражается один сегмент, обычно справа. Различают первичные и вторичные сегментарные пневмонии.
- При первичных сегментарных пневмониях (путь распространения преимущественно гематогенный) сразу поражается один или несколько сегментов. Заболевание начинается остро, с подъема температуры тела до высоких цифр, появления выраженных симптомов интоксикации и нарушения обмена, редкого кашля. Часто отмечаются боли в животе и грудной клетке. Перкуторные и аускультативные данные скудные, особенно в первые дни болезни.



- Вторичные сегментарные пневмонии развиваются постепенно и, как правило, на фоне ОРВИ. Температура тела субфебрильная, симптомы интоксикации и дыхательной недостаточности слабо выражены.



ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ РАХИТОМ

- Особенности течения мелкоочаговых пневмоний у детей, больных рахитом, в основном обусловлены тяжестью болезни и 1 периодом заболевания. У детей с легкими проявлениями рахита пневмонии в начальном периоде не имеют выраженных особенностей, однако у них сравнительно чаще наблюдаются токсические формы, которые обуславливают быстрое прогрессирование признаков рахита.



- Развитие пневмоний у детей с проявлениями рахита II и III степени в цветущем периоде характеризуется, как правило, тяжелым течением заболевания, сопровождающегося наличием резкой дыхательной недостаточности, с распространенным цианозом, повторяющимися приступами асфиксии. Очень неблагоприятно сочетание рахита с проявлениями спазмофилии у детей при развитии пневмонии. Это почти всегда представляет угрозу для жизни.



- По-иному протекают пневмонии у детей конца первого года после рождения с затихающей формой рахита. Довольно часто пневмония у них принимает затяжное, хроническое течение с склонностью к частым рецидивам в связи с нарушениями режима питания, теми или иными заболеваниями, чаще острыми респираторными инфекциями. Каждое обострение пневмонии у таких детей сопровождается тяжелой одышкой с участием всей вспомогательной мускулатуры, распространенным цианозом при отсутствии высокой температуры, выраженного лейкоцитоза и увеличенной СОЭ.
- Воспалительные изменения чаще локализуются в задне-нижних отделах, могут иметь очаговый или сливной характер с диффузными микробронхоэктазами. Это проявляется наличием в большом количестве однокалиберных мелких влажных, крепитирующих хрипов, стойких на протяжении длительного времени. При склонности к хроническому течению пневмонии у таких детей почти постоянно наблюдается «звучащая грудная клетка».



ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ С ГИПОТРОФИЕЙ

- Особенности течения пневмонии у детей с гипотрофией обусловлены нарушением белкового обмена, снижением иммунологической реактивности, полигиповитаминозом. Пневмонии у детей с гипотрофией, как правило, очаговая, двусторонняя, протекает вяло, нередко с нормальной температурой тела и отсутствием выраженной воспалительной реакции крови. Часто развиваются гнойный отит, пиодермии, нередко осложняющиеся сепсисом. Выражены нарушение функции внешнего дыхания, ацидоз, гипоксия, гиперкапния, что способствует затяжному течению пневмонии.



ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ С ЭКССУДАТИВНО-КАТАРАЛЬНЫМ ДИАТЕЗОМ

- Клинической особенностью пневмонии у детей с экссудативно-катаральным диатезом является склонность к выраженной экссудации в легких, что проявляется влажным кашлем и обилием разнокалиберных влажных хрипов в легких. При экссудативно-катаральном диатезе пневмония значительно чаще протекает с явлениями бронхиальной обструкции.



- Детей с экссудативно-катаральным диатезом, повторно болеющих пневмонией, относят к группе риска по развитию аллергических болезней органов дыхания, таких как бронхиальная астма.

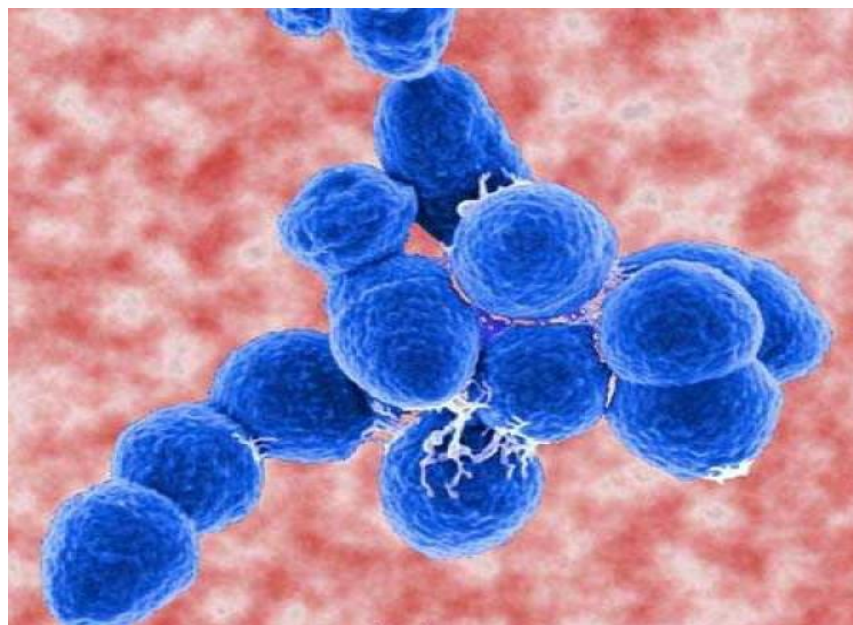


ДИАГНОСТИКА

- Наиболее достоверными для диагностики пневмоний являются следующие симптомы у больного ОРЗ: интоксикация, лихорадка, держащаяся более 3-х дней на фоне дачи жаропонижающих, одышка при отсутствии обструктивного синдрома, обнаружение локальной симптоматики над легкими.

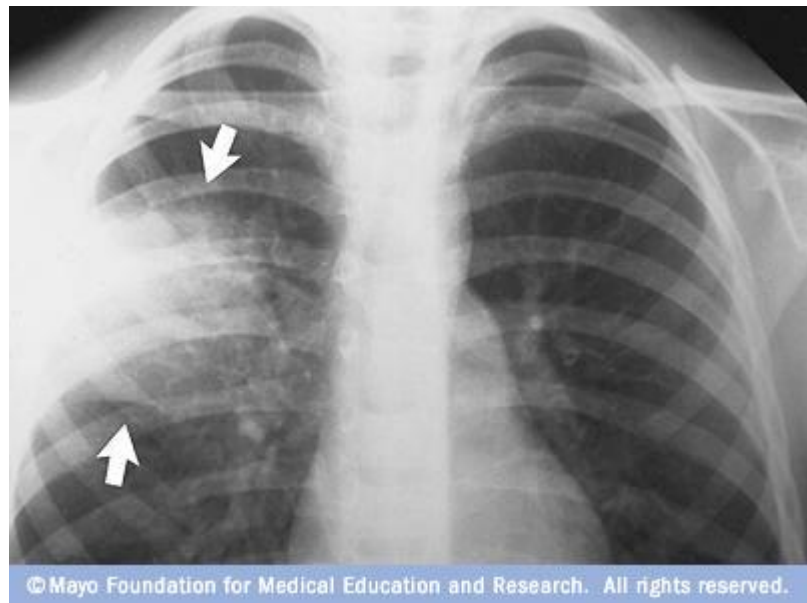


- Всех детей с подозрением на пневмонию направлять на рентгенологическое исследование грудной клетки . Повторную рентгенограмму делают через две недели.
- Обязателен клинический анализ крови.
- С целью выявления возбудителя делают посевы мокроты, слизи из зева, крови. Все посевы следует брать до назначения антибиотика.



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

- Бронхит и бронхиолит
- Нарушение проходимости дыхательных путей
- Плеврит
- Туберкулез
- Поражение легких
гельминтами



ЛЕЧЕНИЕ

- ▣ **Режим:** постельный в течение всего лихорадочного периода. При нормализации температуры тела режим можно расширять в течение 2-3 дней.
- ▣ **Питание:** должно быть полноценным. В остром периоде – механически и химически щадящая пища. Количество жидкости в лихорадочном периоде увеличивают примерно на 20% по сравнению с возрастными нормами. Можно использовать Регидрон



▣ **Антибиотикотерапия:** назначается сразу же после установления диагноза и по длительности зависит от антибиотика и клиники. При легкой форме болезни используют один антибиотик, преимущественно пенициллин, или в сочетании с сульфаниламидами. При тяжелых формах назначаются препараты широкого спектра действия или комбинируются 2 - 3 антибиотика ("стартовая" комбинация). Наиболее эффективными считаются сочетания одного из полусинтетических пенициллинов с аминогликозидами или цефалоспоридами. При отсутствии эффекта от лечения в течение 36 - 48 ч один или оба антибиотика нужно сменить.



- Применение сульфаниламидов не показано детям первых месяцев жизни, так как эти препараты могут усилить гемолиз, способствуют ацидозу и повышают потребность тканей в кислороде.

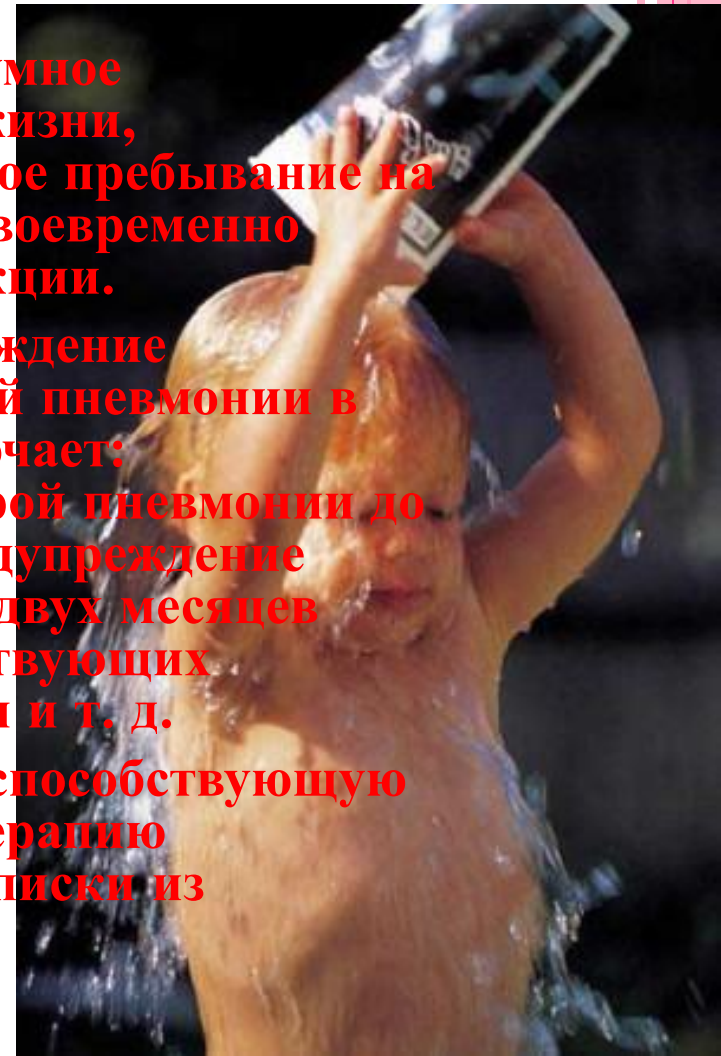


- *Муколитическая и отхаркивающая (бромгексин, лазолван, флуимуцил, аскорил)*
- *Антипиретическая терапия (панадол, калпол, ибуклин)*
- *Дезинтоксикационная терапия*
- *Физиотерапия: УВЧ, УФО*
- *Массаж, ЛФК*



ПРОФИЛАКТИКА

- ❑ **Первичная профилактика** включает разумное закаливание ребенка с первых месяцев жизни, рациональное вскармливание, достаточное пребывание на свежем воздухе, хороший уход. Следует своевременно санировать все очаги хронической инфекции.
- ❑ **Вторичная профилактика**, т. е. предупреждение повторных заболеваний и перехода острой пневмонии в затяжную или хроническую форму, включает: своевременное и адекватное лечение острой пневмонии до полного выздоровления; тщательное предупреждение реинфекции, особенно в течение первых двух месяцев после острой пневмонии; лечение сопутствующих заболеваний - рахита, дистрофии, анемии и т. д.
- ❑ **Общеукрепляющую, стимулирующую и способствующую рассасыванию воспалительных очагов терапию** продолжают не менее 2 - 4 нед. после выписки из стационара.



ПРОГНОЗ

- При своевременной диагностике и адекватном лечении легкой и среднетяжелой форм прогноз благоприятный. В ряде случаев отягощенный преморбидный фон, вирусная или бактериальная реинфекция, позднее и недостаточное лечение могут послужить причиной формирования затяжного или хронического бронхолегочного процесса. При деструктивном процессе, а также при тяжелом течении любой пневмонии прогноз относительно благоприятный.



**Благодарю
за
внимание!**

