

Лекция 7.2.

Сестринский уход при
заболеваниях органов дыхания

План

- Причины, факторы риска возникновения бронхита, пневмонии.
- Клиника, принципы лечения, профилактика, уход, реабилитация при них.
- Роль медсестры в подготовке к лечебно-диагностическим методам исследования

Бронхит



Острый бронхит

Острый бронхит (ОБ) – воспалительное заболевание трахеи и бронхов, которое характеризуется острым течением и обратимым диффузным поражением слизистой оболочки.

ОБ является одним из самых распространенных заболеваний органов дыхания, которым чаще болеют дети и пожилые люди (чаще мужчины). Этому заболеванию в большей степени подвержены лица, проживающие в районах с холодным и влажным

климатом, работающие на сквозняках, в сырых холодных помещениях.

ОБ нередко сочетается с поражением верхних дыхательных путей (ринофарингит, ларингит, трахеит), либо наблюдается изолированно.



Этиология

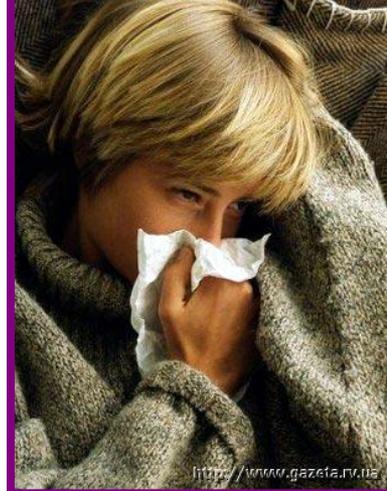
Причинные факторы:

- инфекционные (вирусы, бактерии);
- физические (воздействие чрезмерно горячего или холодного воздуха);
- химические (вдыхание паров кислот, щелочей, ядовитых газов);
- аллергические (вдыхание пыльцы растений, органической пыли).



Способствующие факторы:

- острые инфекции верхних дыхательных путей;
- очаговые инфекции придаточных пазух носа и миндалин;
- нарушение носового дыхания;
- охлаждение;
- курение;
- снижение реактивности организма (после тяжелых заболеваний, операций, при гиповитаминозе, нерациональном питании и др.).



Клиника

Заболевание начинается остро. Иногда предшествуют симптомы острого респираторного заболевания – насморк, першение в горле, охриплость. Клиническая картина ОБ складывается из симптомов общей интоксикации и поражения бронхов.

Симптомы общей интоксикации:

слабость, головная боль, боль в мышцах спины и ногах, ломота, озноб. Температура может повышаться до субфебрильной, иногда высокой, либо остается нормальной.



Симптомы поражения бронхов: сухой грубый болезненный малопродуктивный **кашель** с небольшим количеством слизистой мокроты; через 1 – 3 дня кашель становится влажным, откашливается слизисто-гнойная **мокрота**.

Боль в горле и трахее уменьшается, температура снижается, общее состояние улучшается;

возможна **одышка** – симптом **обструкции** (нарушения проходимости) бронхов;



- при перкуссии грудной клетки – без изменений (ясный легочный звук);



- при аускультации – **жесткое дыхание и сухие хрипы**, в период разжижения мокроты – **влажные** разнокалиберные хрипы.



Дополнительные исследования:

рентгенологическая картина легких – без изменений, иногда усилен легочный рисунок и расширены корни легких;



ОАК – нейтрофильный лейкоцитоз, повышение СОЭ.



Прогноз

- обычно благоприятный – выздоровление через 2 – 3 недели;
- При отсутствии правильного лечения ОБ может приобретать затяжное течение (до 1 месяца и дольше) или осложняться.



Осложнения

- бронхопневмония,
- острая легочно-сердечная недостаточность (ОЛСН),
- хронический бронхит.



Лечение

Лечение ОБ в основном симптоматическое, обычно амбулаторное, в тяжелых случаях – стационарное: **режим** постельный при высокой температуре



**мероприятия,
устраняющие
раздражение бронхов,
облегчающие дыхание**
(проветривание комнаты,
исключение курения,
приготовления пищи,

использования пахучих веществ.

обильное теплое питье (чай с малиной,
лимоном, медом, липовый цвет, молоко с содой.



**При снижении температуры
применяются:**

отвлекающие средства при болях в груди(горчичники, перцовый пластырь или согревающие компрессы на область грудины и межлопаточную область, теплые ножные ванны);



фитотерапия отхаркивающего действия:

паровые ингаляции отваров трав (эвкалипт, зверобой, ромашка),

эфирных масел (анисовое, эвкалиптовое, ментоловое);

прием внутрь настоев трав термопсиса, корня солодки, алтея, листьев подорожника, мать-и-мачехи, травы чабреца, плодов аниса, настойки эвкалипта.



Медикаментозная терапия включает:

- **противокашлевые успокаивающие средства** при сухом мучительном кашле (кодеин, кодтерпин, синекод, либексин, левопронт);
- **бронхолитические средства** при бронхообструктивном синдроме (сальбутамол, беротек в ингаляциях, эуфиллин в таблетках, бронхолитин в виде сиропа и др.);
- **отхаркивающие препараты** (колдрекс бронхо, Доктор Мом, бронхипрет, гербион сироп первоцвета, алтей сироп и др.);
- **муколитики** (флюдитек, флуимуцил, ацетилцистеин, карбоцистеин, мукодин; амброксол, бромгексин, амбробене, лазолван, солвин, и др.);
- **местные антисептики, противовоспалительные и обезболивающие препараты** при одновременном поражении носоглотки (гексорал, стрепсилс, септолете, стопангин, иокс и др.);
- **жаропонижающие препараты** (анальгин, ацетилсалициловая кислота, парацетамол и др.);





– применяются также **препараты комбинированного действия:** бронхолитического и противокашлевого (бронхолитин), отхаркивающего и противовоспалительного (гербион сироп подорожника) отхаркивающего и противокашлевого (коделак) противокашлевого, противоаллергического и жаропонижающего (колдрекс найт)

– **общеукрепляющие средства** (витамины, иммуномодуляторы);

– **антибактериальные препараты**

(лучше с учетом микробного спектра) применяются при отсутствии эффекта от симптоматического лечения, высокой температуре, появлении гнойной мокроты, а также у пожилых и ослабленных больных.

Минимальная длительность лечения 5 – 7 дней.



применяются **антибиотики:** полусинтетические *пенициллины* (ампициллин, амоксициллин), *макролиды* (эритромицин, ровамицин, азитромицин), *цефалоспорины* (цефаклор, цефалексин), *тетрациклины* (доксциклин) и **сульфаниламиды:** бисептол (бактрим), сульфален и др.



Наиболее часто



Профилактика

- Закаливание, предупреждение ОРВИ;
- Лечение заболеваний ВДП, удаление полипов, лечение искривлений носовой перегородки;

- санитарно-гигиенические мероприятия – борьба с влажностью, запыленностью, задымленностью, курением и т.д.

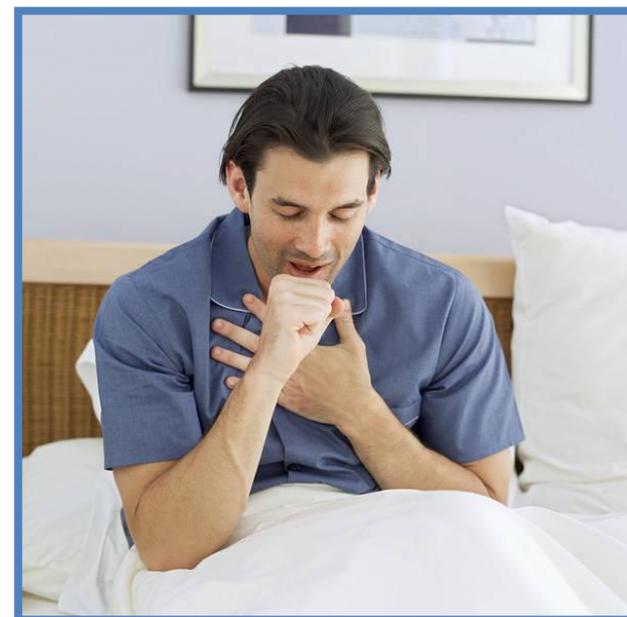


Хронический бронхит

Хронический бронхит (ХБ) – прогрессирующее диффузное поражение слизистой оболочки и более глубоких слоев бронхов, обусловленное длительным раздражением бронхиального дерева различными вредными агентами, проявляющееся кашлем, отделением мокроты, одышкой и нарушениями функции дыхания.

Согласно рекомендации ВОЗ, бронхит может считаться хроническим, если сопровождается постоянным кашлем с выделением мокроты **не менее 3-х месяцев в году в течение 2-х и более лет.**

ХБ встречается в основном у лиц старше 40 лет, у мужчин в 2 – 3 раза чаще, чем у женщин.





ЭТИОЛОГИЯ



В этиологии ХБ имеет значение **продолжительное воздействие на слизистую оболочку бронхов раздражающих факторов**, среди которых можно условно выделить:

ЭКЗОГЕННЫЕ:

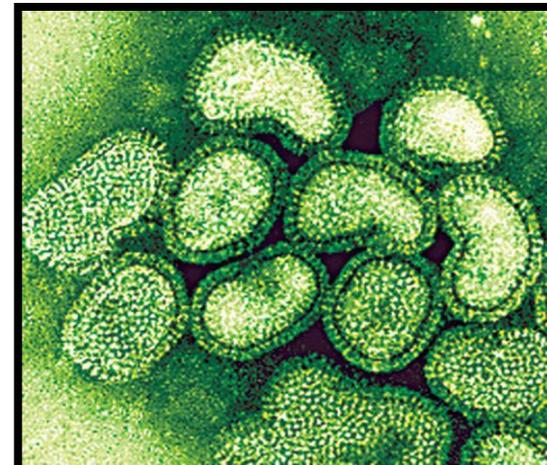
табачный дым;

вещества промышленно-производственного происхождения;

пыль;

климатические факторы, охлаждение;

инфекционные факторы;



эндогенные:

частые ОРВИ, не излеченный
острый бронхит, затяжной
бронхит;

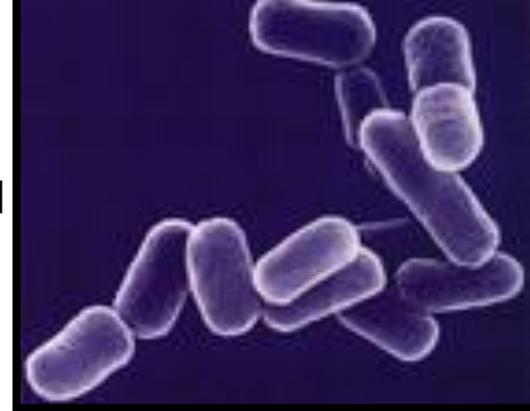
очаговые инфекции ВДП;

патология носоглотки, нарушение дыхания через нос;

наследственное нарушение ферментных систем;

нарушение обмена веществ.

Главная роль в возникновении ХБ принадлежит **поллютантам** – различным примесям, содержащимся во вдыхаемом воздухе. Главной причиной обострения болезни является **инфекция**.



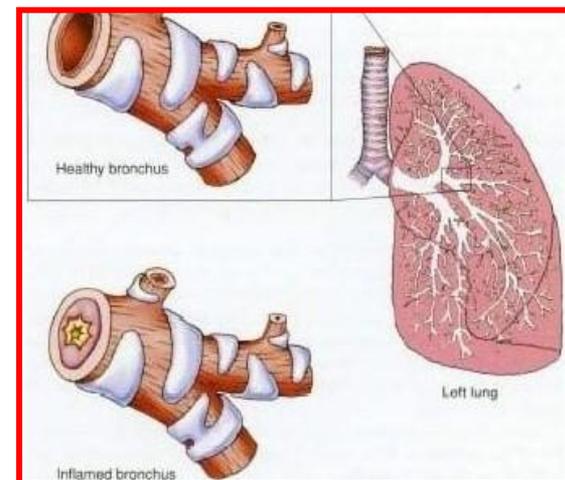
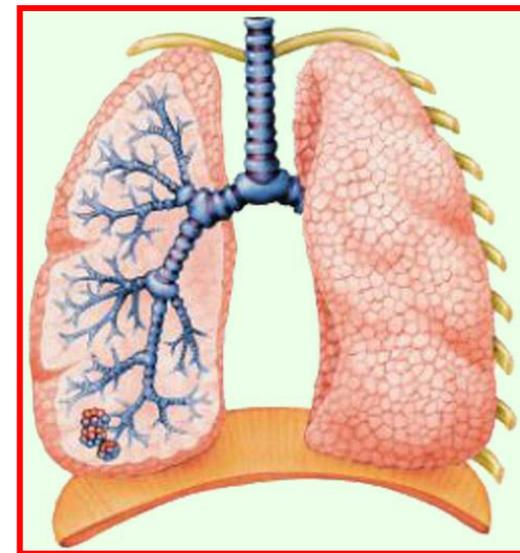
Классификация ХБ

– **Характер воспалительного процесса:**
простой (катаральный),
гнойный,
слизисто-гнойный,
особые формы (геморрагический, фибринозный).

– **Наличие или отсутствие бронхиальной обструкции:**
необструктивный,
обструктивный.

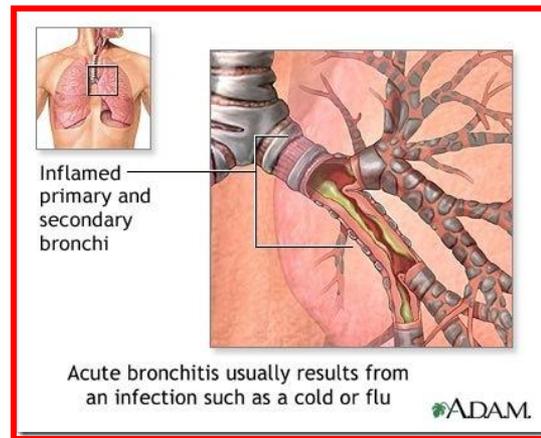
– **Уровень поражения бронхиального дерева:**
с преимущественным поражением крупных бронхов, с поражением мелких бронхов и бронхиол.

– **Течение:**
латентное,
с редкими обострениями,
с частыми обострениями,
непрерывно рецидивирующее.



Фаза:

обострение,
ремиссия.



Осложнения:

эмфизема легких,

диффузный пневмосклероз,

кровохарканье,

дыхательная недостаточность (ДН) (острая,

хроническая I, II, III ст.),

вторичная легочная гипертензия (транзиторная,

с недостаточностью кровообращения или без

нее).

Хронический обструктивный бронхит



Пример формулировки диагноза:
Хронический обструктивный бронхит,
непрерывно
рецидивирующее течение, фаза
обострения, эмфизема
легких, диффузный пневмосклероз.
ДН I – II.

Клиника

В фазе обострения:

больные отмечают повышение температуры до субфебрильной, слабость, потливость и др.

симптомы общей интоксикации;

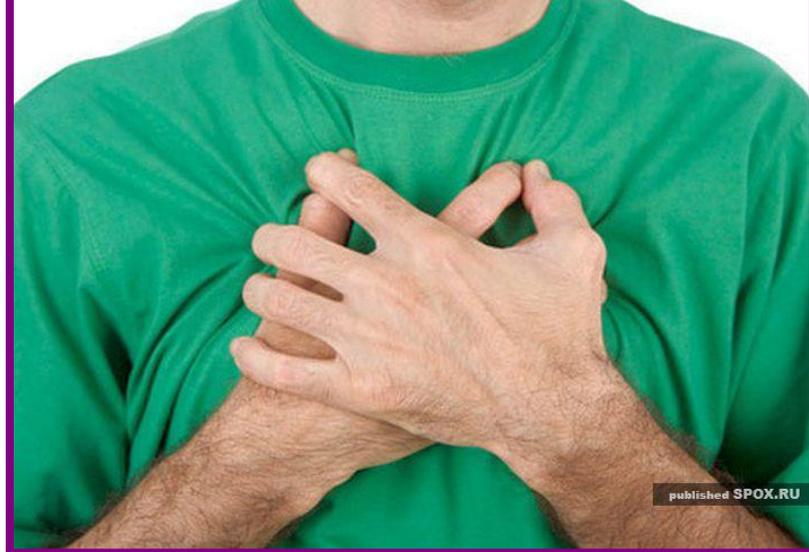
наблюдается **усиление кашля, увеличение отделения мокроты**, особенно по утрам, изменение ее характера (**гнойная**) – при необструктивном бронхите;

по мере прогрессирования заболевания и вовлечения в процесс мелких бронхов наступает выраженное нарушение

бронхиальной проходимости (обструктивный бронхит) с развитием **одышки вплоть до удушья**. Кашель непродуктивный

«лающий», мокрота выделяется в небольшом количестве;

больные могут жаловаться на боли в мышцах груди и живота, которые связаны с частым кашлем;



при аускультации – **жесткое дыхание, разнокалиберные сухие и влажные хрипы;**



в крови – **лейкоцитоз, увеличение СОЭ;**
в мокроте – лейкоциты, эритроциты, эпителий.

В фазе ремиссии:

симптомы бронхита отсутствуют или слабо выражены. Но признаки легочно-сердечной недостаточности и эмфиземы (если таковые имелись) сохраняются

Осложнения

обусловленные непосредственно инфекцией:

- пневмония;
- бронхоэктазы;
- бронхоспастический и астматический компоненты;

обусловленные прогрессирующим развитием бронхита:

- кровохарканье;
- эмфизема легких;
- диффузный пневмосклероз;
- легочная (дыхательная) недостаточность, которая приводит к легочной гипертензии, формированию хронического легочного сердца.

Диагностика

Предварительный диагноз ХБ ставится при наличии у больного:

- кашля с мокротой, возможно, одышки,
- жесткого дыхания с удлинённым выдохом, рассеянных сухих и влажных хрипов,
- «кашлевого анамнеза» (длительное курение, патология носоглотки, профессиональные вредности, затяжное или рецидивирующее течение ОБ и др.).

Диагноз позволяют подтвердить:

- признаки воспалительного поражения бронхов по данным бронхоскопии, исследования мокроты и содержимого бронхов

- необходимо исключить другие заболевания со сходной симптоматикой (пневмония, туберкулез, бронхоэктатическая болезнь, пневмокониозы, рак легкого и др.).

При обструктивном ХБ в отличие от необструктивного наблюдаются:

- признаки эмфиземы легких на рентгенограмме;
- нарушение бронхиальной проходимости при исследовании функции внешнего дыхания (данные спирографии, пикфлоуметрии)



Лечение

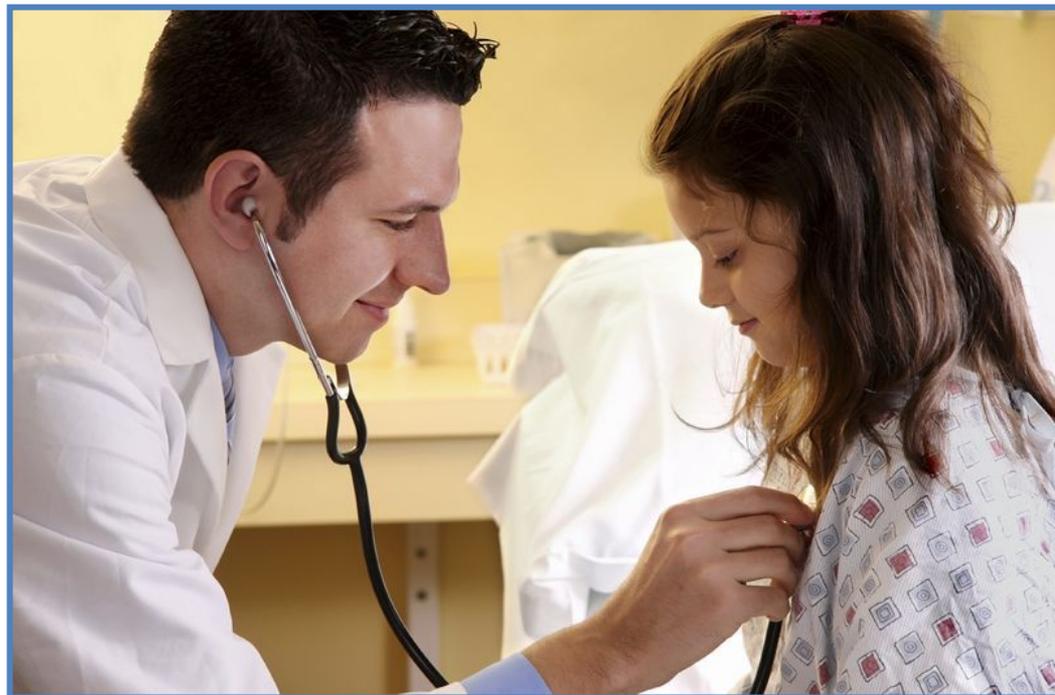
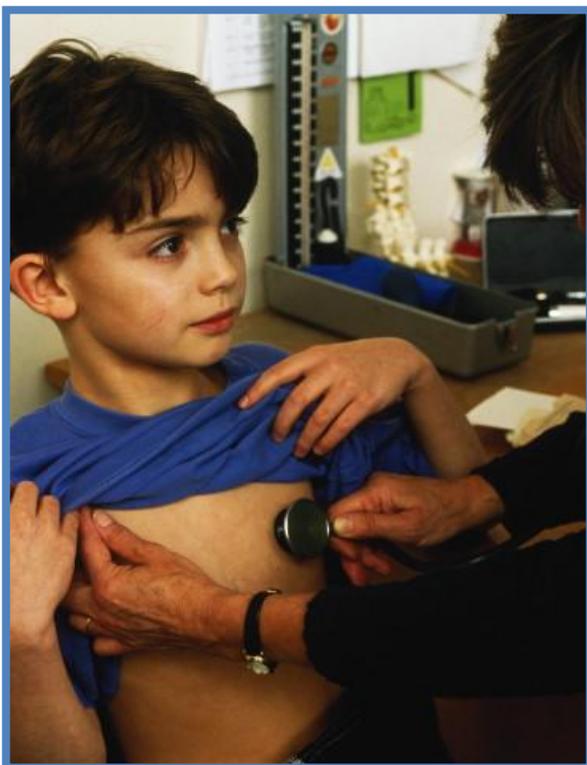
- амбулаторное или стационарное (в зависимости от тяжести состояния больного, наличия осложнений, эффективности ранее проводимого лечения):
- **исключение факторов, способствующих обострению болезни;**
- **диета** с повышенным содержанием витаминов и белка, (ограничение соли, жидкости);
- **в фазе обострения:**
- **антибактериальная терапия** антибиотики назначаются как можно раньше, чаще вводятся парентерально в больших дозах, в тяжелых случаях – интратрахеально (через бронхоскоп);
- **отхаркивающие, бронхолитики;**
- **отвлекающие средства;**
- в фазе ремиссии: ФТЛ, ЛФК, СКЛ.



Диспансеризация

1. ХБ необструктивный с обострениями не чаще 3-х раз в год без ДН:

- осмотр терапевта, ОАК, мокроты и анализ мокроты на БК 2 раза в год;
- осмотр ЛОР врача и стоматолога 1 раз в год;
- ЭКГ, бронхологическое обследование по показаниям;
- противорецидивное лечение 2 раза в год: ингаляции, витамины, отхаркивающие, ФТЛ, ЛФК, массаж, закаливание, спорт, санация очагов инфекции, СКЛ, отказ от курения, рациональное трудоустройство.



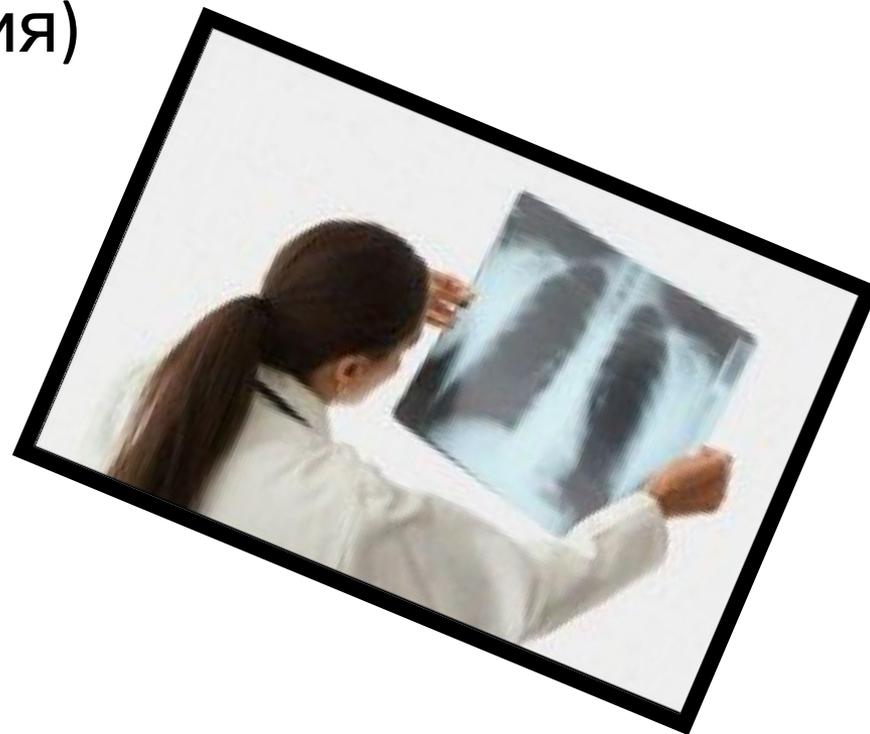
2. ХБ необструктивный с частыми обострениями без ДН:

- осмотры терапевта, ОАК, спирография 3 раза в год;
- флюорография, биохимический анализ крови 1 раз в год, остальные исследования как в первой группе;
- противорецидивное лечение 2 – 3 раза в год (как в первой группе + иммунокорректирующая терапия).



3. ХБ обструктивный с ДН:

- осмотры терапевта 3 – 6 раз в год;
 - другие обследования как во второй группе;
- противорецидивное лечение 3 – 4 раза в год (как во второй группе + бронходилататоры, эндобронхиальная санация)



Рецепты

Rp.:Tab. Libexini 0,1 №20

D.S. По 1 – 2 таблетки 3 – 4 раза в день.

Rp.:Dragee Bromhexini 0,04 №20

D.S. По 2 драже 3 раза в день независимо от приема пищи.

Rp.:Biseptoli 480

D.t.d. № 20 in tabul.

S. По 2 таблетки 2 раза в день после еды.

Rp.:Azithromycini 0,25

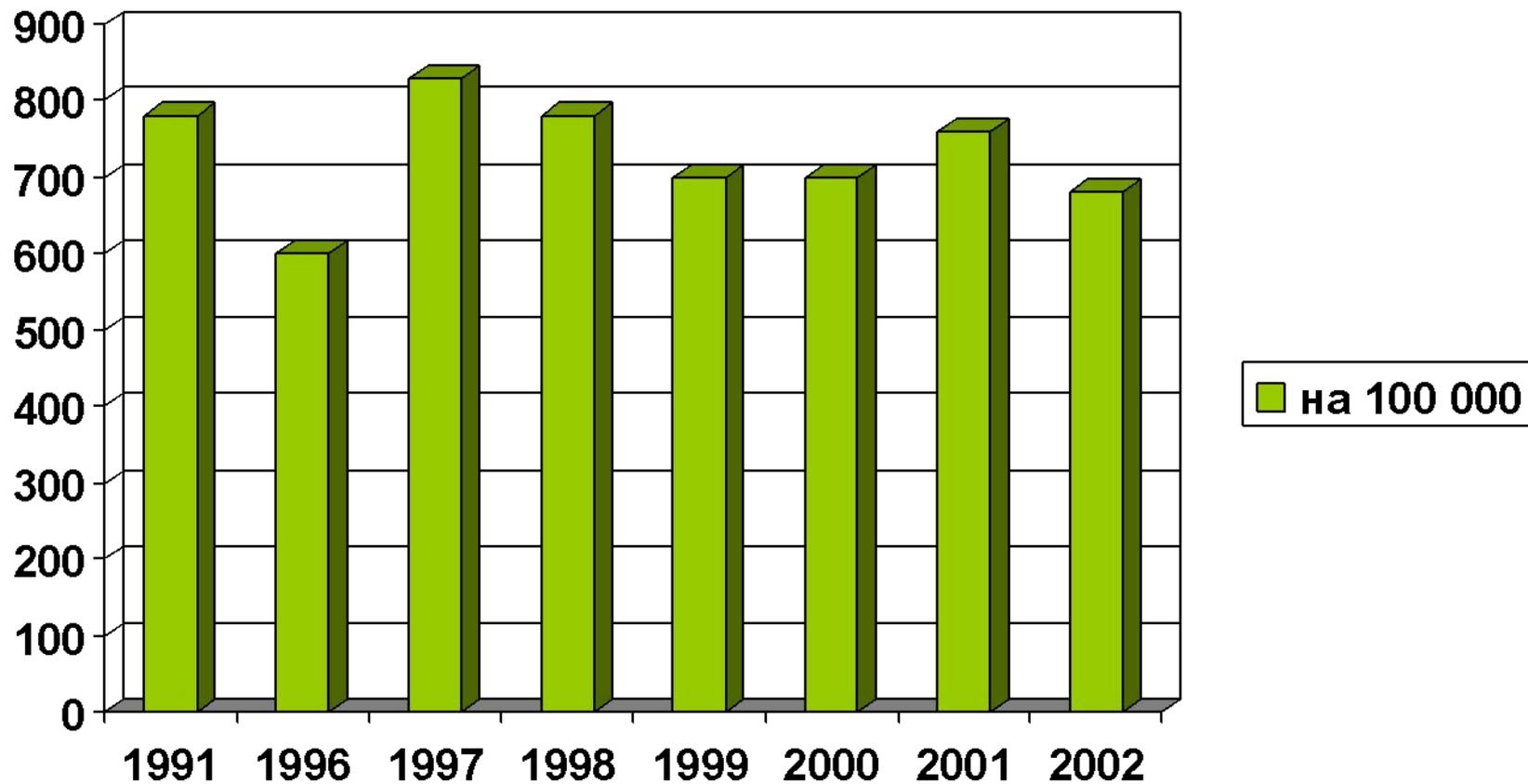
D.t.d. № 6 in caps.

S. По 1 капсуле 1 раз в день за 1 ч до еды или через 2 ч после еды в течение 5 дней.

Распространенность пневмоний у детей

- Пневмония встречается у 1-2 детей на 100 случаев с ОРЗ
- Выявить этих детей – самая сложная задача участкового врача
- **Стратегия поддерживаемая ВОЗ:** прежде всего выявление и антибактериальное лечение детей, имеющих признаки бактериального заболевания/пневмонии с последующим уточнением диагноза при необходимости

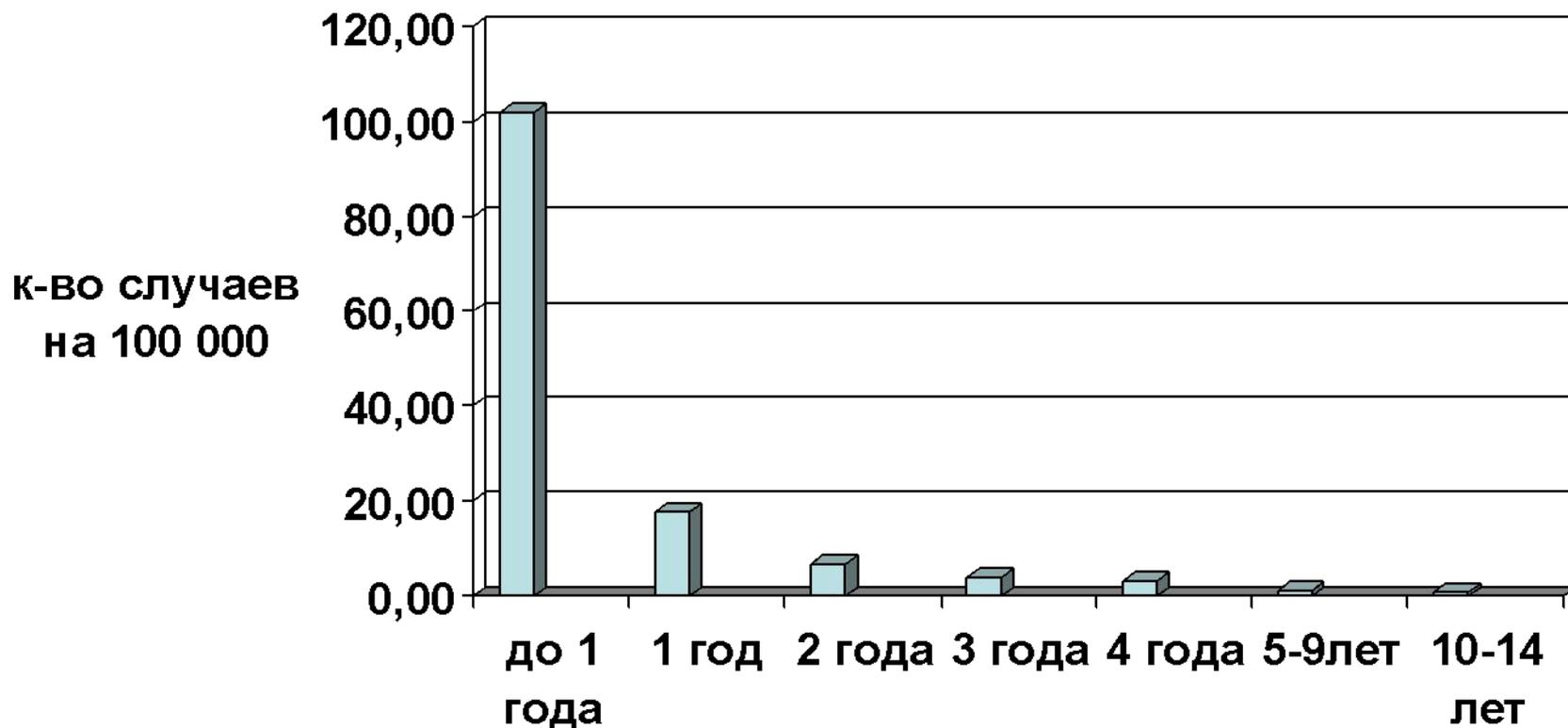
Заболеваемость пневмонией у детей в России (2015-2016 гг)



Смертность детей от пневмонии в РФ составляет 0,52-0,64‰

- Летальность **внебольничных пневмоний** – 5%
-среди пневмоний. **Требующих госпитализации** – 21,9%
- нозокомиальных пневмоний** – 30-60%
- Благоприятный прогноз при пневмонии определяется:
 - 1. ранней диагностикой
 - 2. своевременной и адекватной антибактериальной терапией

Возрастное распределение летальных случаев при пневмонии у детей в РФ (данные МЗ РФ, 2002)



Атипичные возбудители бронхолегочных заболеваний у детей

Диагноз	Атипичные возбудители			авторы
	Хламидия тр.	Хламидия пн.	Микоплазма пн.	
Острый бронхит, РОБ	-	7-31,7	15-20	А.А. Сафронов Н.А. Геппе Г.А. Самсыгина
Внебольничная пневмония 0-6 мес: 1-6 лет 7-15 лет	10-25	10-18 20 (30)	18 20 40(50)	Г.А. Самсыгина В.К. Таточенкр В.В. Середа Л.С. Страчунский Л.К. Катасонова
Хронические бронхолегочные заболевания	-	20 (30)	-	Л.К. Катасонова Т.В. Синчак

Пневмонии: диагностика

- **Исследования в стационаре** (приказ МЗ РФ № 151): общий анализ крови и мочи, рентгенография органов грудной клетки. По показаниям: *посев мокроты на флору, (включая M.pneumoniae, а также U.urealyticum у новорожденных), исследование показателей КОС, определение хламидий в слюне и других биологических жидкостях, спирограмма, экспресс диагностика вирусных антигенов иммунофлюоресцентным методом, определение титра антител к хламидиям, микоплазмам.*
- **Исследования амбулаторно**, приказ МЗ РФ № 263: общий анализ крови, рентгенография легких. По показаниям: *микробиологическое исследование мокроты (включая M.pneumoniae, а также U.urealyticum у новорожденных), серологические исследования на инфекции и вирусы, томография легких.*

Лабораторная диагностика и дополнительные методы исследования

- **Данные анализа крови:** не позволяют сделать вывод о вероятном возбудителе пневмонии.
- Лейкоцитоз наблюдается только у половины больных!
- Отсутствие гематологических сдвигов не исключает диагноза пневмонии
- **Биохимические анализы крови:** не дают специфической информации, позволяют установить повреждение других органов (прогноз)

Некоторые особенности клиники пневмоний

- 1. укорочение перкуторного звука выявляется только у 75% детей
- 2. Локальные хрипы в легких – менее, чем у половины больных
- 3. Локальные изменения дыхания: менее, чем у 70% больных
- 4. Одышка отсутствует у 20-60% детей с пневмонией в зависимости от морфологической формы

Классификация пневмоний

- Под *внутриутробной пневмонией* понимают такой вариант заболевания, когда реализация пневмонии происходит не позже первых 72 часов жизни ребенка.
- Если пневмония развилась спустя 72 часа после поступления в стационар, то такую пневмонию называют *внутрибольничной*.

Особенности хламидийных пневмоний

- Внутриутробное инфицирование

↓

Развитие пневмонии в первые 3 дня

↓

**Внутриутробная
пневмония**

↓

Развитие пневмонии спустя 4-45 дней

↓

**Внебольничная
пневмония**

Диагностика пневмоний (клиника)

- Одышка смешанного характера
- Стонущее дыхание
- Интоксикация
- Температура выше 38 °С более 3 дней

Где лечить пневмонию?

- Показания для госпитализации:
 - дети первого полугодия жизни;
 - дети всех возрастов с осложненным течением пневмонии;
 - С признаками гипоксии (ДН), дегидратацией;
 - С серьезной фоновой патологией;
 - При отсутствии эффекта от стартовой антибактериальной терапии через 36-48 часов от начала лечения;
 - По социальным показаниям.

Пневмонии у детей: лечение

- **Схема лечения.** *Обязательным* является назначение антибиотиков и оксигенотерапия (при ДН II-III степени).
- *Вспомогательное лечение:* режимные моменты, рекомендации по питанию, симптоматическое (синдромальное) лечение.

Антибактериальная терапия: регламентирующие документы

- Российский национальный педиатрический формуляр: антибактериальные лекарственные средства, Москва, 2007г.
- Показания для назначения, противопоказания, дозы и способы применения, особые данные. Например, амоксициллин у детей запрещен при: инфекционном мононуклеозе, лейкомоидных реакциях лимфатического типа, лимфолейкозе, повышенной чувствительности к пенициллинам.

Оптимизация антибактериальной терапии пневмоний может быть обеспечена при соблюдении следующих условий:

- Антибиотики должны быть эффективными против предполагаемых возбудителей
- Антибиотики должны хорошо проникать в ткани бронхов и накапливаться в бронхиальном секрете и легочной ткани
- Антибиотики должны обладать низкой токсичностью и хорошей переносимостью в терапевтических дозах
- Антибактериальная терапия должна иметь выгодное соотношение стоимость/эффект

Принципы антибактериальной терапии пневмоний

- Выбор препарата
- Режим дозирования
- Путь введения
- Оценка эффективности
- Целесообразность комбинации
- Продолжительность лечения

Ступенчатая антибактериальная терапия пневмоний у детей

Азитромицин в/в (для детей старше 15 лет)	Сумамед per oss	Макролиды: Азитромицин Медикамицин джозамицин
Амоксициллин клавуланат в/в	Амоксициллин, амоксиклав per oss	
Цефуроксим в/в, в/м	Цефуроксим per oss	
Цефтриаксон в/в	Цефиксим или цефибутем per oss	

Выбор стартового препарата при внебольничной пневмонии (Клинические рекомендации, 2005-2006гг)

Возраст	Возбудитель	Стартовый препарат	Альтернативный препарат
1-6 месяца, типичная (фебрильная температура, с инфильтративной или очаговой тенью)	<i>E.coli</i> , другие энтеробактерии, стафилококк, реже пневмококк и <i>H.influenzae b</i>	Перорально: амоксициллин/клавуланат В/в, в/м: амоксициллин/клавуланат, или цефазолин + аминогликозид	В/в, в/м: цефалоспорины II-III поколения или карбопенемы ± ванкомицин
1-6 мес, атипичная (афебрильная с диффузными изменениями на рентгенограмме)	<i>Chlamydia trachomatis</i> , реже <i>P. carini</i> , возможно <i>U. urealyticum</i>	Перорально: макролид	Перорально или в/в: котримоксазол (<i>P. carini</i>)

Выбор стартового препарата при внебольничной пневмонии (Клинические рекомендации, 2005-2006гг)

продолжение

<p>6 мес-15 лет, типичная, неосложненная (гомогенная тень на рентгенограмме)</p>	<p><i>Streptococcus pneumoniae</i> (+ <i>H.influenzae</i> или <i>Mycoplasma pneumoniae</i>)</p>	<p>Амоксициллин Азитромицин Кларитромицин</p>	<p>Амоксициллин/ клавуланат Цефалоспорины I-II поколения Линкомицин</p>
<p>6 мес-15 лет, атипичная, (негомогенная тень на рентгенограмме)</p>	<p><i>Mycoplasma pneumoniae</i>, <i>Chlamydophila pneumoniae</i></p>	<p>Азитромицин Кларитромицин Эритромицин</p>	<p>Доксициллин (дети > 8 лет)</p>
<p>6-15 лет, осложненная (плеврит, деструкция)</p>	<p><i>Streptococcus pneumoniae</i>, <i>H. influenzae</i>, <i>Staphilococcus aureus</i></p>	<p>В/в, в/м: ампициллин или цефазолин До 5 лет – цефу- роксим,</p>	<p>Парентерально: цефалоспорины III поколения</p>

Стартовая терапия при внутрибольничной пневмонии

Предшествующая терапия	Вероятный возбудитель	Рекомендуемое лечение
Не проводилась	Пневмококк, микоплазма	Пенициллины, макролиды
Пенициллин, ампициллин	Стафилококк, микоплазма	Амоксициллин, макролид, цефазолин, линкомицин, оксациллин
Макролид	Гемофилюс, устойчивый пневмококк	Амоксиклав, цефуроксим, цефтриаксон

Стартовая терапия при внутрибольничной пневмонии (продолжение)

Предшествующая терапия	Возбудитель	Рекомендуемое лечение
Цефазолин, линкомицин	Кишечная палочка, резистентные стафилококки	Амоксиклав, цефалоспорины 2и3- поколения, аминогликозид, ванкомицин, комбинации препаратов
аминогликозид	Пневмококк, гр. Отрицательная флора, резистентный стафилококк	Карбопенем, цефипим, ванкомицин, рифампицин, аминогликозид в высоких дозах, ампициллин, пенициллин
Аминогликозиды + цефалоспорины 2-3 поколения	Резистентные стафилококки, гр. отрицат флора	Карбопенемы, цефипим, ванкомицин, тиенам, азтреонам

Современные цефалоспорины

- **1-е поколение:** Кефзол -неактивен против грамотрицательной микрофлоры
- **2-е поколение:** цефуроксим, цефамандол: неактивны против энтерококков, псевдомонад,
- **3-е поколение:** Клафоран, неактивен в отношении псевдомонад, слабо – энтеробактерий

Цефалоспорины (продолжение)

- «АБОЛмед»
- Нацеф
- Цефамабол
- Цефурабол
- Анаэроцеф
- Цефабол
- Цефтриабол
- Вицеф
- Цефоперебол
- Сульперацеф
- Максицеф
- Международное название
- Цефазолин 1
- Цефамандол 2
- Цефуроксим 2
- Цефокситин 2
- Цефатоксим 3
- Цефтриаксон 3
- Цефтазидим 3
- Цефоперазон 3
- Сульперазон 3
- Максипим 4

Дженерики в лечении пневмоний

- Положительные моменты
- Производство по GMP стандартам
- Высококачественная европейская основа
- Вся линейка антибиотиков
- Приемлемая цена
- Низкая частота подделок
- Отсутствие информации о низкой эффективности
- Негативные моменты?
- Дженерики всегда хуже оригинала
- Отсутствие сравнительной информации по эффективности дженериков и оригинальных препаратов

Пульс-терапия азитромицином

- **Вариант А:** доза азитромицина 10 мг/кг массы тела 1 раз в день по схеме: 1-7-14 день.
- **Вариант В:** 10 мг/кг массы тела 1 раз в день 3 дня подряд в течение трех недель
(Esposito S. et all, 2005)

Оценка эффективности терапии

1. Исчезновение возбудителя
2. Исчезновение или снижение титра специфических антител

Контрольные исследования АТ надо проводить не ранее чем через 2-3 месяца

Пневмония: инфузионная терапия

Объемы внутривенно вводимой жидкости при пневмонии (при необходимости!!!)

не должны превышать 20-30 мл/кг/сутки

В большинстве случаев при лечении пневмонии достаточно орального введения жидкости .

Лечение пневмоний: симптоматическое (синдромальное) лечение

- Наиболее часто при лечении П требуется назначение муколитических препаратов. В качестве противовоспалительной терапии можно использовать фенспирид (Эреспал) **В,С**
Физиотерапевтические процедуры (электрофорез, СВЧ и др., в том числе и в период репарации, мало эффективны, а в условиях поликлиники не назначаются.

Лечение пневмоний: симптоматическая терапия

- Жаропонижающие средства: противопоказаны
- Препараты железа: не применяются в остром периоде
- Плазма: вводят только при наличии гипопротеинемии
- Гипериммунная плазма (специфические иммуноглобулины): эффективность не доказана
- Иммуноглобулин для в/в введения: сепсис, снижение уровня иммуноглобулинов
- Стимулирующие средства, антигистаминные средства, иммуномодуляторы и т.д.: не применяют
- Физиотерапия: применение ограничено

Усиление терапии пневмоний

- **Противовоспалительная терапия** –
Эреспал, системная энзимотерапия
- **Методы удаления мокроты:**
постуральный дренаж, вибрационный
массаж

Лечение пневмоний: симптоматическая терапия

- Эффекты лазолвана:
 - разжижает вязкую мокроту
 - ускоряет транспорт слизи
 - повышает проникновение антибиотиков в очаг инфекции
 - стимулирует образование сурфактанта
 - потенцирует действие антибиотиков

(А.Г. Чучалин, 2007)

Лечение пневмоний: симптоматическая терапия

- Эффекты Эреспала:
- Противовоспалительное **В,С**
- Спазмолитическое (папавериноподобное)
- Антигистаминное действие
- Муколитическое
- Противокашлевое
- Улучшает мукоцилиарный клиренс

-

Длительность лечения пневмоний

- Лечение неосложненных пневмоний:
7-10 дней
- Лечение микоплазменных и
хламидийных пневмоний – 14 дней
- Лечение осложненных,
внутрибольничных пневмоний -14-21
день и более

Мифы и пневмония у детей

- 1. При лечении пневмонии часто необходима инфузионная терапия
- 2. Пневмонию лучше лечить комбинациями антибиотиков
- После выписки из стационара ребенок нуждается в обязательном долечивании
- Лечение пневмонии и рахита несовместимы
- При пневмонии не бывает экспираторной одышки
- По результатам рентгенологического исследования можно установить этиологию пневмонии
- Ребенка в стационаре следует лечить до полного выздоровления