

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/kurosovaya-rabota/353649>

Тип работы: Курсовая работа

Предмет: Медицина (другое)

ВВЕДЕНИЕ 3

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДУЕМОЙ ТЕМЫ 5

1.1. Этиология, патогенез пневмонии у детей 5

1.2. Классификация, клиническая картина пневмонии у детей 7

ГЛАВА 2. ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ФЕЛЬДШЕРА ПРИ ПНЕВМОНИИ 13

2.1. Диагностика пневмонии у детей 13

2.2. Лечение пневмонии у детей 17

2.3. Профилактика пневмонии у детей 23

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 25

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 29

Пневмония – это острое инфекционное заболевание легких, вызываемое преимущественно бактериями и характеризующееся воспалительными поражениями в области дыхательных путей с внутриальвеолярным экссудатом.

Этиология пневмонии у детей

Этиология пневмонии во многом зависит от возраста ребенка и условий инфицирования. Внебольничные инфекции характеризуются ограниченным и достаточно стабильным спектром наиболее вероятных возбудителей.

Типичные бактериальные возбудители ВП:

– *Streptococcus pneumoniae* – грамположительные кокки, наиболее частые возбудители пневмонии во всех возрастных группах (чаще 6, 14, 19, 3, 1-й типы стрептококка);

– *Haemophilus influenzae* – грамотрицательные палочки, ответственные за развитие пневмонии в 5–18 % случаев;

– *Moraxella (Branhamella) catarrhalis* – грамотрицательные коккобациллы, являющиеся причиннозначимым фактором в развитии пневмоний у лиц с рецидивирующим обструктивным бронхитом (1–2 %).

К типичным возбудителям пневмонии также относятся стрептококки (например, бета-гемолитические) и золотистый стафилококк. Очень редко возбудителями внутрибольничной пневмонии могут быть *Klebsiella pneumoniae* и *Pseudomonas aeruginosa* (у пациентов с наследственными и врожденными заболеваниями легких). Возбудители внутрибольничной пневмонии атипичны, имеют как бактериальные, так и вирусные характеристики, преимущественно субклеточно локализованы; они также являются наиболее распространенной известной причиной внутрибольничной пневмонии.

Mycoplasma pneumoniae, семейство *Mycoplasma*. Микоплазмы – уникальные мембранные паразиты, способные сохраняться в течение длительного времени. Они прочно связываются с клеточными мембранами инфицированных эукариотических клеток, что позволяет им избегать фагоцитоза.

Микоплазменная инфекция нарушает структуру клеточной мембраны, нарушает эвакуаторную функцию эпителиальных клеток и приводит к микроциркуляторным нарушениям (васкулиту и тромбозу). Наиболее важным фактором вирулентности является выработка бактериями гемолизина (C2O2). [4]

Chlamidophila pneumoniae, *Chl. trachomatis*, *Chl. psittaci* (возбудитель орнитоза) – внутриклеточные патогены, которые по строению напоминают грамотрицательные бактерии, скапливаются в цитоплазматических вакуолях и превращаются в сетчатые теломеры. Хламидии могут периодически размножаться и длительное время находиться в клетках, вызывая рецидивирующие и хронические инфекции.

Хламидиоподобные микроорганизмы (*Simkania negevensis*), вызывающие бронхит у детей и пневмонию у подростков и взрослых, принадлежат к семейству *Chl. Simkaniaceae*.

Legionella pneumophila – это грамотрицательная палочка размером 0,5–0,7×2,5 мкм, очень распространенный гидрофильный микроорганизм, который не образует спор или капсул и является паразитом амёб и инфузорий в природных водоемах. *Legionella* spp. не ферментируют углеводы и являются хемотрофами, используя аминокислоты в качестве источника углерода и энергии. У человека *Legionella* размножается главным образом в альвеолярных макрофагах, полиморфноядерных нейтрофилах и

моноклеарных клетках крови.

Патогенез

Патогены попадают в легкие в основном при вдыхании содержимого носоглотки, реже при вдыхании аэрозолей, содержащих патогены, и редко при гематогенной передаче из внелегочных очагов инфекции. Благоприятный условия создаются при предшествующей вирусной респираторной инфекции, при которой повреждается механизм самоочищения трахеобронхиального дерева (нарушается функция ресничек эпителия бронхов и снижается фагоцитарная активность альвеолярных макрофагов). Инфекционные организмы поселяются и размножаются в эпителии бронхов, преодолевают все защитные барьеры и проникают в альвеолы. Токсины, выделяемые микроорганизмами, нарушают проницаемость капилляров, и возникает серозный отек. Отечная жидкость, содержащая бактерии, распространяется через альвеолярные поры на всю долю легкого, часто вовлекая плевру, что приводит к воспалению.

Экссудат быстро превращается из плазменного в фиброзный, а пораженные участки легкого утолщаются. Вентиляция легочной паренхимы снижается, что приводит к нарушению перфузии газов и гипоксемии с клиническими проявлениями респираторного ацидоза, гиперкапнии, компенсаторной одышки и дыхательной недостаточности. Кроме того, нарушения кровообращения и перегрузка микроциркуляторной системы могут привести к сердечно-сосудистой недостаточности.

1.2. Классификация, клиническая картина пневмонии у детей

Классификация

1. В зависимости от условий инфицирования пневмонию можно классифицировать как внебольничную (домашнюю), госпитальную (внутрибольничную, нозокомиальную). У новорожденных ее можно разделить на внутриутробную (врожденную) и постнатальную (приобретенную). Последние также могут быть внебольничными и нозокомиальными, пневмонии при иммунодефицитных состояниях.

Внебольничная пневмония определяется как пневмония, возникающая у детей в домашней обстановке. Госпитальные пневмония – это пневмония, возникшая в течение 48 часов после поступления в больницу или в течение 48 часов после выписки из стационара.

Вентилятор-ассоциированная пневмония – это разновидность госпитальной пневмонии. Она классифицируется как ранняя (возникающая в течение четырех дней после перевода пациента на аппарат искусственной вентиляции легких) и поздняя (более четырех дней после перевода на аппарат искусственной вентиляции легких).

Внутриутробная пневмония определяется как пневмония, возникшая в течение первых 72 часов жизни. Иммунодефицитная пневмония встречается у детей с врожденными иммунодефицитными состояниями и у пациентов, получающих химиотерапию по поводу различных заболеваний (онкологические и т.д.).

2. По характеру клинко-рентгенологической картины выделяют очаговую, очагово-сливную, сегментарную, долевую (крупозную) и интерстициальную пневмонии.

Очаговая пневмония: определяются отдельные очаги инфильтрации в легких размером до 1 см и более.

Очагово-сливная пневмония: инфильтративные изменения в нескольких сегментах или во всей доле легкого, на фоне которых могут быть видны более плотные участки инфильтрации и (или) полости деструкции.

Сегментарная пневмония: в процесс вовлекается весь сегмент, который, как правило, находится в состоянии гиповентиляции, ателектаза.

При долевой пневмонии в процесс вовлекается вся доля и воспаление протекает по стадиям. Как правило, облигатно обусловлена пневмококком.

Интерстициальные пневмонии: классификационным критериям соответствуют только те формы, процесс при которых не является диффузным. Как правило, это менее 1% больных.

3. По течению:

- острая – длительность до 6 недель;
- затяжная – длительность более 6 недель.

4. По тяжести:

- средней тяжести;
- тяжелая.

5. По развившимся осложнениям:

- плевральные осложнения – плеврит;

- легочные осложнения – полостные образования, абсцесс;
- легочно-плевральные осложнения – пневмоторакс, пиопневмоторакс;
- инфекционно-токсические осложнения – бактериальный шок.

Симптомы пневмонии обычно неспецифичны и зависят от возраста пациента и источника инфекции.

Пневмония – это острое заболевание, которое проявляется температурой выше 38,0°C и кашлем; в мета-анализе исследований, опубликованных в 2015 году и посвященных диагностической ценности клинических симптомов пневмонии, наиболее важными симптомами были названы одышка с частотой дыхания выше 50/мин, хрипы, втяжение уступчивых мест грудной клетки и раздувание крыльев носа при дыхании.

Симптомы дыхательной недостаточности являются ранним и важным клиническим проявлением пневмонии:

1. Тахипноэ, частота дыханий в минуту:

- Дети 0-2 мес > 60
- Дети 2-12 мес > 50
- Дети 1-5 лет > 40
- Дети старше 5 лет > 20

2. Одышка, затрудненное дыхание

3. Втяжения уступчивых мест грудной клетки при дыхании

4. Кряхтящее/стонущее дыхание

5. Раздувание крыльев носа при дыхании

6. Апноэ

7. Нарушение сознания

8. Показатели пульсоксиметрии 90% при дыхании комнатным воздухом. [10]

У всех детей с респираторными симптомами следует оценивать насыщение кислородом с помощью пульсоксиметрии. Цианоз обычно возникает в тяжелых случаях. Центральные цианоз следует оценивать по посинению слизистой оболочки полости рта, наличие которого является показателем тяжелых нарушений газообмена. Боль в груди связана с воспалением плевры. Нередко пациенты жалуются на боль в животе из-за иррадиации плевральной боли.

1. Бовбель, И. Э. Диагностика, лечение и профилактика внебольничной пневмонии в амбулаторной\ практике педиатра: учеб.-метод. пособие / И. Э. Бовбель, В. Ю. Малюгин. – Минск: БГМУ, 2016. – 27 с.
2. Внебольничная пневмония у детей. Клиническое руководство/ Геппе Н.А. [и др.] – М.: МедКом-Про, 2020 – 80 с.
3. Внебольничная пневмония у детей. Клинические рекомендации. – Москва: Оригинал-макет, 2015. – 64 с.
4. Гуцуляк, С. А. Внебольничная пневмония у детей: учебное пособие / С. А. Гуцуляк; ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, Кафедра Педиатрии. – Иркутск: ИГМУ, 2020. – 58 с.
5. Детские болезни: учебник для студентов медицинских вузов /под ред. А.А. Баранова. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 1008 с.
6. Заплатников, А. Л. Внебольничная пневмония у детей раннего возраста: проблемы диагностики, этиотропной терапии и современные возможности иммунопрофилактики / А. Л. Заплатников, Н. В. Короид // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – 2011. – № 2. – С. 47 – 50.
7. Карабиненко, А.А. Диагностика и лечение пневмоний: Основные принципы. Гриф УМО по медицинскому образованию / А.А. Карабиненко. - М.: Медицинское Информационное Агентство (МИА), 2018. - 588 с.
8. Острые пневмонии у детей: учебное пособие / Е.М. Камалтынова, Е.Л. Тимошина, О.С. Федорова, и др. – Томск: СибГМУ, 2015. – 90 с.
9. Пульмонология детского возраста: проблемы и решения /под ред. Ю.Л. Мизерницкого. – Выпуск 15. – М.: ИД «Медпрактика-М», 2015 – 272 с.
10. Таточенко, В. К. Внебольничная пневмония у детей / В. К. Таточенко // Фарматека. – 2012. – № 1. – С. 58 – 63.
11. Фармакотерапия детских болезней: руководство для врачей / под ред. А. Д. Царегородцева. – М.: Медицинское информационное агентство, 2010. – 880 с.
12. Царькова, С. А. Пневмонии у детей: старые проблемы и новые возможности / С. А. Царькова, П. В. Кузнецов, Н. Г. Купреев // Педиатрическая фармакология. – 2011. – Т. 8, № 1. – С. 12 – 16.
13. Шабалов Н. П. Детские болезни: учебник для вузов (том 1). 8-е изд. – СПб.: Питер, 2017. – 880 с.

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/kurovaya-rabota/353649>