

V Rok I wydz.

Zakażenia górnych dróg oddechowych

Joanna Lange

Ostre zapalenie gardła i migdałków

- > etiologia – wirusy 90% (EBV!), bakterie – 10% (*S. pyogenes*);
- > zakażenie kropelkowe;
- > dodatkowe objawy w zakażeniu wirusowym;
- > zakażenie paciorkowcowe – „beefy red throat”;

LECZENIE:

- > nadużywanie antybiotyków;
 - > niezmienna wrażliwość *S. pyogenes* na penicylinę !!!!
- Jako leczenie alternatywne – cefalosporyny doustnie;

Nawroty ostrego zapalenia gardła i migdałków

- > leczenie w oparciu o antybiogram;
- > empirycznie – amoksycylina z klawulonianem lub klindamycyna;

WSKAZANIA DO INTERWENCJI CHIRURGICZNEJ:

- > znaczny przerost migdałków – upośledzenie drożności;
- > nawrotowe anginy lub ich powikłania;
- > zaburzenia narządu słuchu;

Ostre zapalenie ucha środkowego

- > etiologia;
- > 60% dzieci do 3 - 4 r.ż. przechodzi OZUŚ;
- > w fazie wstępnej – najczęściej wirusowej – objawy kataralne;
- > objawy kliniczne – niemowlęta – niepokój, dzieci starsze – ból ucha, upośledzenie słuchu, gorączka, wyciek z ucha;
- > badanie otoskopowe;

Faza wstępna (otitis media catarrhalis)

Wymaga leczenia objawowego.

Może ustąpić po 24-48 godzinach leczenia.

Faza przekrwienia

Bardzo silny ból pulsujący, mija w momencie nacięcia lub samostnej perforacji błony bębenkowej.

Upośledzenie słuchu.

Antybiotykoterapia – ew. paracenteza.

Powikłania nieprawidłowo wykonanej paracentezy:

- krwotok – możliwość uszkodzenia opuszki żyły szyjnej;
- zwknięcie kosteczek słuchowych;
- otwarcie okienka okrągłego ucha wewnętrznego z płynotokiem

Leczenie OZUŚ

- > pierwszy epizod lub sporadyczne występowanie – postawa wyczekująca 24-48 godzin – tzw. czujne wyczekiwanie - leki objawowe;
- > amoksycylina – duże dawki – 2 x dziennie;
- > uczulenie – makrolidy;
- > brak poprawy - leczenie skorygowane – amoksycylina/klawulonian lub cefalosporyna II generacji ew. III generacji i.m.);

UWAGA!

konieczna kontrola laryngologiczna po 3 – 4 tygodniach – ustąpienie zmian zapalnych i ocena słuchu

Powikłania OZUŚ

- nawracające zapalenie ucha środkowego;
- przewlekłe zapalenie ucha środkowego:
 - perforacje;
 - perlak;
 - polip błony bębenkowej;
- wysiękowe zapalenie ucha środkowego

Zatoki przynosowe

Ostre zapalenie zatok obocznych nosa

- rhinosinusitis;
- objawy:
 - ropny wyciek z nosa;
 - ból twarzy lub ból szczęki;
 - zaciemnienie zatok w rtg – krócej niż 4 tygodnie;

Leczenie OZZ

- początkowo leczenie objawowe;
- objawy wskazujące na etiologię bakteryjną – antybiotykoterapia jak OZUŚ – amoksycylina;
- nietolerancja – makrolidy;
- leczenie skorygowane – amoksycylina /klawulonian, ceftriakson, fluorochinolony

Podgłośniowe zapalenie krtani

- największa liczba zachorowań 1-3 r.ż.;
- etiologia zazwyczaj wirusowa;
- początek choroby zazwyczaj nagły;
- napadowy, suchy, szczekający kaszel;
- duszność wdechowa - stridor
- głos – ochrypnięty w spokoju, dźwięczny podczas krzyku i płaczu dziecka;
- w rtg AP – „obraz świecy”;

Zapalenie nagłośni

Zapalenie nagłośni

- > głównie *H. influenzae typ b*;
- > konieczność hospitalizacji dziecka;
- > intubacja przez kilka pierwszych dni;
- > antybiotykoterapia – cefalosporyny III generacji, amoksycylina/klawulonian;
- > konieczność uodpornienia biernego;

Dzień																
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Wirusowa faza zakażenia Czynniki etiologiczne: RSV, rinowirusy, coxackie, grypa, paragrypa							Bakteryjna faza zakażenia Czynniki etiologiczne: <i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>Moraxella catarrhalis</i> , <i>Staphylococcus aureus</i>									
Faza surowiczowo-wysiękowa 3-5 dni				Faza obturacji gęstej 2-3 dni			Faza nadkażenia ropnego				Faza zdrowienia					
paracetamol																
NLPZ																
antyhistaminiki																
pseudoefedryna																
donośowe alfa-mimetyki																
dextrometorfan																
mukolityki																
antybiotyk																

Zakażenia dolnych dróg oddechowych

Zapalenie krtani

- > rozlane zapalenie krtani:
- > dorośli, młodzież szkolna, dzieci starsze;
- > leczenie objawowe, nie mówić!
- > ostre zapalenie nagłośni;
- > podgłośniowe zapalenie krtani;

- > ostre zapalenie krtani, tchawicy i oskrzeli:
- > lepka, gęsta, trudna do wykrztuszenia wydzielina;
- > początek nagły – wysoka gorączka, szczekający kaszel, duszność wdechowa;
- > hospitalizacja, b - pia – oczyszczanie drzewa tchawiczowo-oskrzelowego;
- > ewentualnie cefalosporyny III generacji
- > ostre złośliwe zapalenie krtani, tchawicy i oskrzeli:
- > odlewy oskrzeli;
- > postać bardziej nasiloną niż LTB benigna – leczenie podobne;

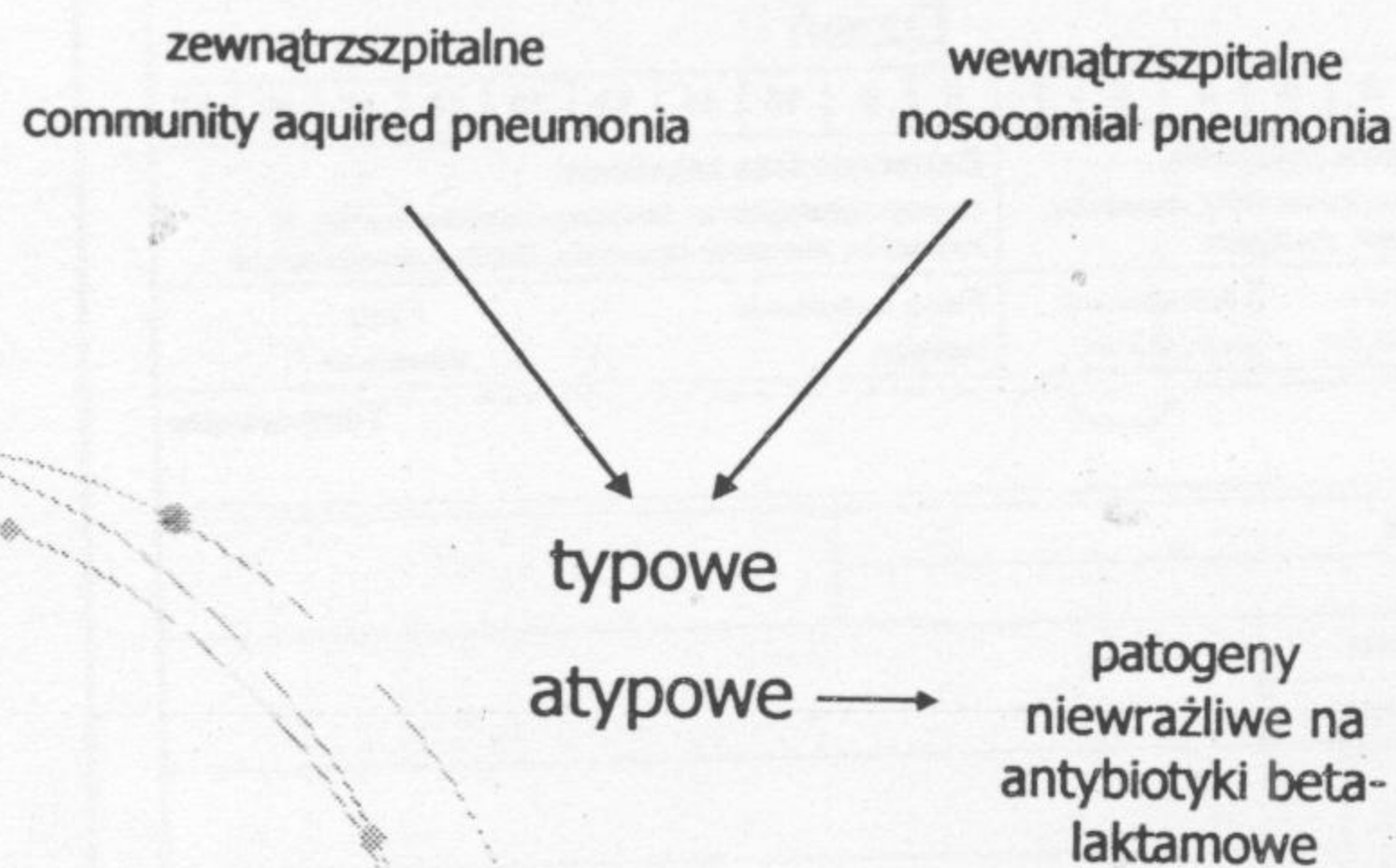
Zapalenie płuc

- choroba przebiegająca z dusznością, gorączką oraz różnymi objawami osłuchowymi, potwierdzona (zgodnie z definicją kliniczno - radiologiczną) lub nie (zgodnie z definicją WHO) obecnością zmian w zdjęciu przeglądowym klatki piersiowej;
- w Europie i Ameryce Północnej poniżej 5- go roku życia - 34 do 40/1000/rok;
- Finlandia - pomiędzy 5 a 14 r.ż. – 16,2/1000/rok;

McIntosh, K. NEJM, 2002; 346; 6

Jokinen, C. Amer J Epidem 1993; 137; 977

Podział zapaleń płuc



Co nowego w zapaleniach płuc?

- zmiana rodzaju bakterii biorących udział w wywoływaniu zapaleń płuc;
- zmiana schematów leczenia;
- zmiana wrażliwości patogenów na stosowane antybiotyki;
- możliwość zapobiegania rozwojowi typowych zapaleń płuc;

Czynniki etiologiczne pozaszpitalnych zapaleń płuc

- lata 70-te (prof. Górnicki):
- najczęściej *Staphylococcus aureus*;
- rzadko i łagodny przebieg *Streptococcus pneumoniae*;
- bardzo rzadko zakażenia atypowe (czynnik Eatona);
- obecnie (BTS):
- najczęściej *Streptococcus pneumoniae*;
- klasyfikacja etiologiczna zależy od wieku dziecka;
- rzadko *Staphylococcus aureus*;
- znaczący udział zakażeń atypowych (szczególnie u dzieci powyżej 5-go r.ż.);

Thorax, 2002; 57(suppl.1):i1

Czynniki etiologiczne pozaszpitalnych zapaleń płuc

- znaczący udział zakażeń mieszanych – 8 - 49%;
- izolowane zakażenie wirusowe 14 - 35%;
- 20 - 60% - brak możliwości identyfikacji drobnoustroju !!!;

Zdjęcie klatki piersiowej

- według BTS nie powinno być rutynowo wykonywane u dzieci z łagodną, niepowikłaną infekcją dolnych dróg oddechowych;
- badania radiologiczne nie powinny stanowić podstawy rozpoznania etiologii zapalenia płuc;
- kontrolne zdjęcie klatki piersiowej w warunkach ambulatoryjnych powinno być zalecane u dzieci z płacową niedodmą, z wyraźnym okrągłym naciekiem oraz w przypadku utrzymywania się objawów;

Thorax, 2002; 57(suppl.1):i1

Badania podstawowe

- u każdego dziecka hospitalizowanego konieczne monitorowanie wysycenia krwi tlenem - pulsoksymetria;
- wskaźniki ostrej fazy zapalenia nie pozwalają jednoznacznie na rozróżnienie etiologii zapalenia – nie ma jednoznacznych dowodów na konieczność ich wykonywania;

Trudności w rozpoznawaniu zapaleń płuc

- Jaki rodzaj zapalenia?
- wirusowe;
- bakteryjne „typowe”;
- bakteryjne „atypowe”;
- Czy są zatem jakieś cechy różnicujące te „rodzaje” zapaleń płuc?

Kryteria BTS – zapalenie wirusowe a bakteryjne

- dominuje u niemowląt i małych dzieci
- gorączka < 38,5°C
- świszczący oddech
- znaczne wciąganie ścian klatki piersiowej
- cechy rozdęcia płuc
- częstość oddechów prawidłowa lub zwiększona
- w zdjęciu klatki piersiowej – rozdęcie płuc, w 25% odcinki niedodmy
- w ciężkich przypadkach niedodma płatowa
- gorączka >38,5°C
- częstość oddechów > 50/minutę
- wciąganie ścian klatki piersiowej
- brak świszczącego oddechu w zakażeniu pierwotnym (wyjątek stanowi zakażenie *Mycoplasma pneumoniae*)
- współistnienie zakażenia wirusowego
- w zdjęciu klatki piersiowej – naciek zapalny (częściej niż niedodma)

Thorax, 2002; 57(suppl.1):i1

Schematy leczenia zapaleń płuc

- BTS (2002)
- Poniżej 5-go r.ż.
- Amoksylicyna p.o. lub:
- Amoksylicyna/klawulonian;
- Cefaklor;
- Erytromycyna;
- Klarytromycyna;
- Azitromycyna
- Powyżej 5-go r.ż.
- makrolid
- NIZP (rekomendacje 2003):
- Amoksylicyna p.o. lub
- Amoksylicyna/klawulonian;
- Leczenie alternatywne:
- cefuroksym

Schematy leczenia zapaleń płuc

- BTS
- podejrzenie zakażenia *Mycoplasma pneumoniae* lub *Chlamydia pneumoniae*
- makrolid
- podejrzenie zakażenia *Streptococcus pneumoniae*
- amoksylicyna
- podejrzenie zakażenia *Staphylococcus aureus*
- amoksylicyna + makrolid lub flukloksacyna
- NIZP
- podejrzenie zakażenia *Mycoplasma pneumoniae* lub *Chlamydia pneumoniae*
- makrolid
- leczenie alternatywne
- fluorochinolon
- doksycyklina
- etiologia niepewna
- amoksylicyna lub amoksylicyna/klawulonian +makrolid
- leczenie alternatywne
- Cefuroksym + makrolid

Wskazania do hospitalizacji

- niemowlęta w pierwszym kwartale życia;
- ciężki stan ogólny dziecka;
- objawy:
- niewydolności krążeniowej i/lub oddechowej;
- ze strony przewodu pokarmowego;
- ze strony układu nerwowego;
- sytuacja socjoekonomiczna rodziny;

Milanowski; Choroby układu oddechowego, PZWL; 2000

Wskazania do hospitalizacji

- Niemowlęta:
- saturacja < 92%, sinica;
- tachypnoe >70/min;
- duszność, postękiwanie;
- okresowy bezdech;
- trudności w prawidłowym żywieniu dziecka;
- brak możliwości obserwacji i nadzoru nad dzieckiem;
- Dzieci starsze:
- saturacja < 92%, sinica;
- tachypnoe >50/min;
- duszność;
- postękiwanie;
- objawy odwodnienia;
- brak możliwości obserwacji i nadzoru nad dzieckiem;

Thorax, 2002; 57(suppl.1):i1

Badania mikrobiologiczne

- w POZ nie ma wskazań do ich wykonywania;
- podejrzenie bakteryjnego zapalenia - konieczne wykonanie posiewu krwi;
- badania serologiczne - ostra faza + faza zdrowienia;
- aspiraty z nosogardła u dzieci do 18-go miesiąca - antygeny wirusowe;

Leczenie parenteralne

- **BTS**
 - ciężkie zapalenie płuc
 - amoksycylina/klawulonian;
 - cefuroksym;
 - cefotaksym;
 - jeżeli dane wskazują na zakażenie *Streptococcus pneumoniae*
 - amoksycylina;
 - ampicylina;
 - penicylina
- **NIZP**
 - leczenie początkowe
 - cefuroksym lub
 - cefalosporyna III generacji (ceftriakson, cefotaksym) + makrolid;
 - leczenie alternatywne
 - amoksycylina/klawulonian + makrolid

Możliwość zapobiegania rozwojowi zapaleń płuc

- wprowadzenie szczepień przeciwko patogenom mającym największy udział w procesach zapalnych dolnych dróg oddechowych:
 - > szczepionki p/ko *Str. pneumoniae*;
 - > szczepionki p/ko *H. influenzae*;

Algorytm postępowania w wysięku parapneumonycznym

