

INHALTSVERZEICHNIS

1. Pädiatrie 6 - Lungenerkrankungen	1
1.1. Allgemeines	1
1.2. Husten	1
1.3. Diagnostik	1
1.4. Stridor	1
1.5. Fremdkörper	2
1.6. Pneumonie	2
1.7. Reflux	2

1. PÄDIATRIE 6 - LUNGENERKRANKUNGEN

Heino Skopnik

1.1. Allgemeines.

- bei Kindern kann die Tachykardie führendes Symptom sein
- Zyanose erst unter 80% sichtbar
- Stridor ist nur bei extremen Einengungen auch Expiratorisch, normalerweise nur inspiratorisch

1.2. Husten.

- Rezeptoren die mit dem Hustenzentrum verbunden sind liegen verteilt über die ganzen Atemwege verteilt
- 30x Husten pro Tag ist normal = 1x pro Stunde
- es gibt Hust-Detektoren (auch als App??)
- Intrathorakal bis zu 33mmHg
- Luftstoß bis 400km/h
- RR-Stoß beim Husten: +140mmHg → Epithelschaden mit Entzündung alleine durch den mechanischen Reiz
- immer Dauer von Husten erfragen!
 - Akut: unter 3 Wochen (95%)
 - Subakut: 3-8 Wochen
 - Chronisch über 8 Wochen

- je lauter der Husten desto weiter oben → psychogener Husten ist am lautesten
- Pertussis: Anfallsartigkeit
- Häufigste Husten-Ursache: Asthma
- TB bei Kindern selten, wird mangels Screening bei Aufnahme oft übersehen
- Total oft: Adenoide Wucherungen mit Otitiden und sekundärem Husten, es Tropft schnodder herunter und die Nasenverengung verstärkt das nochmal
- Segmentpneumonien sitzen gerne an accessorischem Bronchus, Absiedelungen durch Turbulenzen und schlechte Belüftung

1.3. Diagnostik.

- Pusoxymetrie ist super, man klebt das auf und lässt das Kind wieder in Ruhe, der Sensor stört das Kind kaum
- neuere Entzündungsmarker wie Procalcitonin werden schneller positiv als CRP, dafür kostet CRP fast nix
- IL6-Messung ist toll, kurze Halbwertszeit und schnell Positivität
- Kleinkinder haben quasi kein Sputum, Abstrich holt man von der Rachenhinterwand

1.4. Stridor.

- Epiglottitis wird eigentlich immer durch H. Influenzae ausgelöst
- also Doppel-Impf-Wirkung: Meningitis & Epiglottitis
- Epiglottitis-Gipfel: 3-7
- Bekannte Symptomatik: kloßig, Fieber usw.
- Laryngotracheitis: total viele verschiedene Viren als Auslöser = Krupp
- Krupp-Gipfel: 1-3
- Krupp: keine Dysphagie
- Krupp: Je lauter das Geräusch, desto ungefährlicher
- Verdacht auf Epiglottitis: Finger weg, Telefon nehmen und Oberarzt, HNO-Arzt + Anästhesisten holen, Plan machen und dann aus der Vorbereitung: Zack-Zack
- Eltern NIE rausschicken, auch nicht bei Reanimation
- Adrenalin-Vernebelung ist prima, Infektokrupp ist das selbe

- Intubation oral mit Draht, evtl mit vorgeschobenem zur Seldingerartigen Vor-Sondierung

1.5. Fremdkörper.

- Leitsymptom: plötzlicher Husten
- Röntgen-Aufnahme in Expiration deckt Ventilmechanismus auf
- problem: Verzögerung der Auslösung
- daher: Durchleuchtung
- CT quatsch
- manchmal erbrechen die Kinder
- Klopfeschall hypersonor, Auskultation nicht gleichmäßig
- Bronchiskopie!

1.6. Pneumonie.

- meistens Viral!
- Husten: eher verhalten, so expiratorisches Hüsteln
- Stationär: idR Sauerstoffpflichtig
- linker Unterlappen: Erbrechen, Inappetenz, Bauchweh
- Lobärpneumonie: keine Rasselgeräusche, alles ist so zugeschwellen, daß da keine Luft ist
- Frequenz:
 - neugeb: 40/min
 - 1J: 30/min
 - 3-4: 25/min
 - 10-15: 20/min
 - über 15: unter 20/min
- Erreger:
 - 90% Viren
 - H. inf.
 - S. pneu.
 - Mykoplasmen & Chlamy sind atypische
 - (außer nachgeburtliche Chlamydiosen)

- Typisch: undulierendes Fieber
- Spitzen-Rückgang bei Anschlagen der Therapie
- typisch für Pneumokokken: plötzlicher Beginn mit CRP und Leukozytose
- Bakterielle Pneumonien: eher lokalisiert, weil Viren idR die ganze Lunge betreffen
- Antibiose:
 - keine prophylaktische Antibiose bei Virus-Pneumonie!
 - Lobärpneumonie: Pen G
 - wenn es nicht klappt umstellun
 - Ansprechen: Besserung nach ca 36h-48-max. 72h → Marker sinken um mind. 1/3
 - Sono-Check auf Erguss, wenn Erguss da wesentlich langsames Ansprechen
 - Stärker als PenG: Cephalosporine
 - Atypische: ...mycin-Makrolide oder das einzige Tetracyclin: Doxy
- Rö:
 - Mittellappen: Herzrand nicht abgrenzbar → super zu sehen, wenn da unklar ist da ein Infiltrat
 - Überall diffus: RSV-Virus typisch
 - Segment/Lobärpneumonie: Bakterien meist durch Strept. Pneu → keine Rasselgeräusche
 - Lobärpneumonie im Ultraschall super zu sehen → keine Luft = Carnifizierung, einfach wie Fleisch halt..
- Rezidivierende Pneumonien: CT oder Bronchioskopie, evtl ist da ein Accessorischer Bronchus oder ein Fremdkörper
- Mucoïd Impaction: Bronchus ist verstopft mit extrem zähflüssigem Schleim, es kann im Röntgenbild die ganze Lunge weiß sein, evtl. mit positivem Bronchiogramm mit Abbruch an spezifischer Stelle

1.7. Reflux.

- Reflux ist der dritthäufigste Grund für chronischen Husten