

### З.К. ЗЕЙНУЛИНА

ГКП на ПХВ Городская поликлиника №4, врач педиатр

#### АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ

*Широкое распространение острых пневмоний представляет большую опасность для детей. Своевременная правильная диагностика острых пневмоний у детей, оценка тяжести течения болезни с учетом сопутствующих заболеваний, правильный выбор антибактериальной терапии позволяет полному выздоровлению детей от пневмонии, снижению осложнений и летальности от пневмоний.*

*Библиография: 5.*

**Ключевые слова:** дети, пневмония, этиология, антибиотики.

Пневмонии – группа различных по этиологии, патогенезу и морфологии острых инфекционных заболеваний (инфекционных процессов), характеризующихся поражением респираторных отделов легких с обязательным наличием внутриальвеолярной экссудации.

Ежегодно в России пневмонией заболевают 1,5 млн. человек, причем правильный диагноз ставится у 1/3 больных (3).

Острая пневмония (ОП) - это острое респираторное заболевание с локальными проявлениями в легких, подтвержденное рентгенологически.

Современные тенденции в вопросах острых пневмоний (5):

Увеличение частоты внутриклеточных микроорганизмов;

Гипер- (56%) и гиподиагностика (33%);

Предпочтение приему антибактериальных препаратов внутрь;

Более короткие курсы антибактериальной терапии;

Отказ от внутривенных вливаний жидкости и гамма-глобулина;

Нецелесообразность физиотерапии.

Классификация пневмоний на сегодняшний день (2):

По форме - очаговая, очагово-сливная, крупозная, сегментарная, интерстициальная;

По месту возникновения и этиологии - внебольничные, внутрибольничные, перинатальные, при иммунодефиците, атипичные, на фоне гриппа, аспирационные;

По течению – острая до 6 недель, затяжная при отсутствии разрешения в сроки от 6 недель до 8 мес.;

По наличию осложнений - неосложненная, осложненная.

Критерии диагностики пневмоний: нарушение общего состояния, повышение температуры тела, кашель, одышка различной степени выраженности, характерные физикальные изменения в легких. Рентгенологическое подтверждение базируется на выявлении инфильтративных изменений на рентгенограмме. В патогенезе развития пневмоний имеют большое значение следующие факторы:

микроаспирация секрета носоглотки происходит у 70% здоровых лиц (нарушение самоочищения);

вдыхание аэрозоля с микроорганизмами: 60% детей дошкольного возраста и 30% детей школьного возраста и взрослых являются носителями пневмококка;

20-40% детей дошкольных учреждений являются носителями гемофильной палочки;

может быть гематогенное распространение инфекции и непосредственное распространение инфекции из соседних органов.

Золотой стандарт клинической диагностики (4):

Повышение температуры тела;

Одышка (до 2 мес. - 60; 2 - 12 мес. – 50; 1 - 5 лет - 40);

Локальная аускультативная и перкуторная симптоматика;

Лейкоцитоз в анализе периферической крови;

Рентгенологические изменения;

Токсикоз.

После постановки диагноза важным является выбор первоначального антибиотика (1).

Выбор первоначального антибиотика зависит от клинической ситуации, антимикробного спектра действия выбранного антибиотика, результатов бактериоскопии мазка мокроты, фармакокинетики антимикробного препарата, тяжести течения пневмонии, безопасности и стоимости препарата, спектра антибактериального действия, включающий потенциальных возбудителей заболевания, доказанная клиническая и микробиологическая эффективность, удобство применения, аккумуляция в очаге воспаления, хорошая переносимость и безопасность, доступная цена.

Рекомендуемые препараты для лечения пневмоний

Возраст 1-6 мес. Обязательно госпитализация!

«Типичная» пневмония: амоксициллин, амоксициллин/клавуланат, ампициллин/сульбактам, цефалоспорины 3 поколения.

«Атипичная» пневмония –макролиды.

Нетяжелое течение пневмонии у детей 6 месяцев – 6 лет

препараты выбора: амоксициллин, макролиды,\_\_\_альтернативные препараты амоксициллин/клавуланат, цефуроксимаксетил. Старше 7 лет амоксициллин, макролиды.

Переходить на пероральный прием антибиотиков возможно при

стойкой нормализации температуры, уменьшении одышки и кашля, снижении лейкоцитоза и нейтрофилии крови (5-10 суток терапии).

При отчетливой клинической положительной динамике контрольная рентгенограмма при выписке не обязательна, но необходимо проведение рентгенологического контроля амбулаторно на 4-5 неделе.

Показанием для продолжения антибактериальной терапии не являются: субфебрилитет, сухой кашель, сохранение хрипов в легких, ускорение СОЭ, охраняющаяся слабость, потливость, сохранение остаточных изменений на рентгенограмме (инфильтрация, усиление рисунка)

Терапия считается неэффективной, если в течение 24 - 48 часов не отмечается улучшения: наступает нарастание признаков дыхательной недостаточности; падение систолического давления, что свидетельствует о развитии инфекционного шока; увеличение размера пневмонической инфильтрации более чем на 50% по сравнению с исходными данными; появление иных проявлений органной недостаточности. В этих случаях необходимо переходить на альтернативные АБ и усиление функциональной поддержки органов и систем.

Ошибки антибактериальной терапии: назначение гентамицина, ко-тримоксазола, ампициллина внутрь и антибиотиков в сочетании с нистатином, частая смена антибиотиков в процессе лечения,

продолжение антибактериальной терапии до полного исчезновения всех клинико-лабораторных показателей (2,3).

Требования к госпитализации (3):

Возраст ребенка менее 2 мес. вне зависимости от тяжести и распространенности процесса

Возраст до 3 лет при лобарном характере поражения легких

Возраст до 5 лет при поражении более чем одной доли легкого

Лейкопения < 6 тыс., лейкоцитоз > 20 тыс

Ателектазы

Неблагоприятная локализация (С4-5)

Дети с тяжелой энцефалопатией любого генеза

Дети первого года жизни с внутриутробными инфекциями

Дети с врожденными пороками развития, особенно сердца

Дети с сопутствующей бронхиальной астмой, сахарным диабетом, заболеваниями ССС, почек, онкогематологией

Дети из плохих социально-бытовых условий

Отсутствие гарантированного выполнения лечебных мероприятий в домашних условиях

Прямым показанием для госпитализации является токсическое течение пневмонии: одышка свыше 60 в мин для детей первого года жизни и более 50 в минуту для детей старше года; втяжение межреберий и особенно яремной ямки при дыхании; стонущее дыхание, нарушение ритма дыхания; признаки острой сердечной недостаточности; некупируемая гипертермия; нарушение сознания, судороги.

Осложненное течение пневмонии: пневмонический токсикоз различной степени выраженности; плеврит; легочная деструкция, абсцесс легкого; пневмоторакс; пиопневмоторакс.

Выводы: За последние 3 года на педиатрических участках педиатрами проводится раннее выявление острых пневмонии и своевременная госпитализация в стационары. После выписки из стационара проводятся реабилитационные мероприятия и диспансеризация. Не было ни одного летального исхода т.к. им диагноз установлен в ранние сроки и назначена адекватная терапия.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Пульмонология. Современный справочник для педиатров. - 2004. - С 24-67
- 2 Н.А.Коровина и др. Антибактериальная терапия респираторных заболеваний в амбулаторной практике врача педиатра. – 2005. –С. 5-56
- 3 Рациональная фармакотерапия заболеваний органов дыхания. Под общей редакцией А.Г.Чучалина. – М.: 2004. - С.302-324.
- 4 В.К.Таточенко Педиатру на каждый день справочник по лекарственной терапии. – М.: 2007. – С. 140-147.
- 5 Избранные вопросы педиатрии. Пособие для практикующих врачей. МЗ РК, АГИУВ Кафедра педиатрии. – Алматы: 2011. – С. 70-96.