

УДК 616.24-002-07-085-053.2

А.В. Дубовая, В.Н. Соколов, Ю.В. Науменко

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Пневмония – воспаление легких – известна с античных времен, ее изучение длится 200 лет, но и сейчас диагностика и лечение не лишены проблем. Об этом свидетельствуют как данные литературы, так и анализ повседневной педиатрической практики [1, 2]. Для «рентген положительных» пневмоний, по данным госпитализации в экономически развитых странах, заболеваемость составляет 1,5-3 на 1000 детей 0-15 лет и 3,4-6,8 у детей 0-5 лет. В России, по данным госпитализации, заболеваемость пневмонией составляет 5,3 на 1000 детей в возрасте 6 мес. – 5 лет [3]. О сходном уровне рентген положительных пневмоний сообщают и в США (4,3 на 1000 детей 0-5 лет) [4]. При расширении критериев пневмонии в США заболеваемость (на 1000) составила 74-92 у детей. Максимум заболеваемости приходится на возраст 1-3 лет, данные о более высокой заболеваемости детей 0-1 года включают новорожденных с привычной аспирацией пищи, врожденными дефектами, респираторно-синцитиальным вирусным бронхолитом [6, 7]. Летальность при внебольничных пневмониях у детей до 5 лет в развивающихся странах может превышать 10%, в экономически развитых она во много раз ниже, не достигая 1% [5].

Ц Е Л Ь

Показать на примере клинического разбора клинического случая современные подходы к диагностике, дифференциальной диагностике и лечению больных пневмонией.

Девочка в возрасте 2 лет поступила в отделение для детей с респираторной патологией ЦГКБ № 3 на 6-й день заболевания. При поступлении жалобы на повышение температуры тела до фебрильных цифр в течение 5 дней, сухой кашель приступообразного характера, беспокойство, рвота, разжижение стула.

Из анамнеза заболевания известно, что ребенок лечился на дому участковым педиатром с диагнозом «ОРВИ, подозрение на левостороннюю пневмонию». Пневмония заподозрена в связи с асимметрией перкуторных и аускультативных

звуков – ослабление дыхательных шумов (преимущественно слева), укорочение перкуторного звука. Со 2-го дня болезни получала макролиды, муколитики, при этом продолжала кашлять, температура тела увеличилась до 39,5°C. Доставлена в стационар на 5-й день болезни в связи с отсутствием эффекта от терапии.

Из анамнеза жизни известно, что девочка родилась доношенной, антенатальный и постнатальный анамнез не отягощены, искусственное вскармливание с 3-го месяца жизни, вакцинирована согласно календаря прививок, контакта с инфекционными больными не было.

На момент первичного осмотра температура тела 39,2°C, частота сердечных сокращений 146 уд/мин, частота дыхания – 56 в минуту, артериальное давление – 100/65 mmHg. Отмечается одышка смешанного характера с участием вспомогательной мускулатуры. Аускультативно определяется ослабленное дыхание в нижних отделах, больше слева, там же выслушивались мелкопузырчатые влажные хрипы. В общем анализе крови: лейкоциты – 15,5·Г/л палочкоядерные нейтрофилы – 20%, сегментоядерные нейтрофилы – 56%, лимфоциты – 19% тромбоциты – 260·Г/л, СОЭ – 41 мм/ч.

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания, объективных данных, ребенку выставлен предварительный диагноз «внебольничная левосторонняя пневмония. ДН1».

Рентгенография органов грудной клетки: первое исследование (при поступлении в стационар): сливная инфильтрация легочной ткани с более интенсивной тенью слева в нижнем медиальном отделе; второе исследование (через 2 дня) затемнение усилилось – тотальная левосторонняя пневмония, плащевидный плеврит.

Комментарии по ведению пациента на догоспитальном этапе

В данном случае имело место острое респираторное заболевание у ребенка раннего воз-

раста с признаками поражения нижних дыхательных путей, а не элементарная острая респираторная вирусная инфекция (высокая температура в течение нескольких дней, интоксикационный синдром, кашель, асимметрия физикальных данных в легких). Учитывая ранний возраст ребенка, была необходима госпитализация в стационар, а при несогласии родителей – организация соответствующего обследования (рентгенологического и лабораторного) для уточнения диагноза. В отношении терапии: если врач предполагал наличие у ребенка ОРВИ, то не стоило назначать антибактериальную терапию, если же – пневмонию, то стартовый антибиотик с точки зрения как международных рекомендаций, так и протокола лечения пневмонии у детей выбран неправильно: макролиды не являются стартовым антибиотиком для лечения пневмонии у детей раннего возраста. В данной ситуации наиболее целесообразным было бы назначение в качестве стартового антибиотика группы защищенных пенициллинов (амоксциллин/клавуланат).

Насколько информативны клинические признаки для постановки диагноза пневмонии?

По данным Американской академии семейной медицины строгими предикторами пневмонии являются лихорадка и цианоз, а также более чем один из следующих признаков респираторного дистресса: тахипноэ, кашель, расширение крыльев носа, втяжение участков грудной клетки, ослабление дыхательных шумов. Пневмония должна предполагаться, если тахипноэ возникает у пациента младше 2 лет с температурой выше 38°C. При отсутствии лихорадки наличие пневмонии у детей сомнительно. Оценивая клинические симптомы пациента при поступлении в стационар, можно сделать следующий комментарий по трактовке диагноза в стационаре. Ребенку справедливо был выставлен клинический диагноз внебольничной пневмонии, так как при оценке анамнеза, клинической картины и физикальных данных были правильно оценены и учтены клинические критерии постановки диагноза пневмонии. Вместе с тем следует отметить, что клинических данных для диагностики пневмонии недостаточно, обязательным компонентом диагностического процесса является рентгенологическое и лабораторно-диагностическое обследования.

Краеугольный камень проблемы пневмонии у детей – это вопрос этиологии – определение наиболее вероятных возбудителей пневмонии...

По данным В.К. Таточенко, у детей в возрасте от 6 месяцев до 4 лет при внебольничных бактериальных пневмониях наиболее частым возбу-

дителем является пневмококк. Пневмококк лидирует и у детей старшего возраста. В начале лечения возбудитель пневмонии почти всегда не известен. Решение о назначении антибиотика определяется известной распространенностью патогенов у детей различных возрастных категорий, клиническими признаками, характерными для специфических патогенов.

Возвращаясь к разбору данного клинического случая в отношении предполагаемой этиологии пневмонии, можно сделать следующий комментарий: анализируя ситуацию данного случая (ребенок был здоров до начала болезни, заболел в домашних условиях), можно полагать, что возбудителями пневмонии могут быть как вирусы, так и бактерии, среди которых наиболее распространенными в этой возрастной группе являются группа респираторных вирусов и бактерий (пневмококк, гемофильная палочка, моракселла и др.). Однако, поскольку ребенок входит в возрастную группу 1-5 лет и не имел серьезных отягощающих преморбидных факторов риска, пневмония возникла в домашних условиях, выявленные изменения в общем анализе крови, можно предположить, что у ребенка внебольничная пневмония, вызванная бактериальной группой возбудителей, среди которых лидируют пневмококк и гемофильная палочка.

Таким образом, рентгенологические и лабораторные данные не только подтвердили клинический диагноз пневмонии, но и указали на ее форму, локализацию и характер. Заболевание трактовалось как крупозная левосторонняя лобарная пневмония, осложненная левосторонним плащевидным плевритом. Поскольку лобарное поражение легких чаще всего ассоциируется с пневмококковой инфекцией, то, даже несмотря на отрицательный результат бактериологического посева крови, можно с большой степенью уверенности предполагать, что данная пневмония имеет пневмококковую этиологию. Вместе с тем, принимая во внимание ранний возраст ребенка, нельзя игнорировать возможность гемофильной инфекции, хотя для нее менее характерно развитие лобарной пневмонии. Кроме того, пневмония осложнилась плащевидным плевритом, что свидетельствует о ее тяжелом течении, но не противоречит пневмококковой природе пневмонии.

Где должен лечиться ребенок с такой пневмонией?

В данном случае ребенок был госпитализирован по причине осложненного течения пневмонии (развитие плащевидного плеврита) вследствие неадекватной стартовой антибиотикотерапии. Плащевидный плеврит – чаще встречается у детей раннего возраста при неспецифи-

ческих тяжелых формах пневмонии. Рентгенологически определяется как лентовидная полоса на фоне снижения прозрачности легочной ткани. При благоприятном исходе болезни фибриновые массы полностью рассасываются, прозрачность легочного поля восстанавливается, однако при обострениях воспалительного процесса возможны рецидивы плеврита.

Целью назначения антибиотиков является эрадикация возбудителей инфекционного процесса. Лечение, которое не ведет к эрадикации возбудителя, приводит к развитию осложнений, хронизации процесса, селекции и распространению резистентных штаммов. Согласно протоколу лечения внебольничной пневмонии стартовая терапия внебольничной неосложненной пневмонии должна начинаться с золотого стандарта – полусинтетических пенициллинов (амоксциллин) или защищенных пенициллинов (амоксциллин/клавуланат).

В стационаре ребенку проводилась антибактериальная терапия (амоксциллин + клавулановая кислота внутривенно каждые 6 ч, кларитромицин), внутривенное введение иммуноглобулина, кислородотерапия, инфузионная дезинтоксикационная терапия, назначались препараты муколитического и отхаркивающего действия, симптоматическое лечение.

Результаты проведенной терапии

В состоянии ребенка отмечалась положительная динамика, сопровождавшаяся процессом рассасывания пневмонического очага и плеврита. Через 18 дней ребенок был выписан из стационара в реабилитационное отделение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Внебольничная пневмония остается серьезным заболеванием, которое может протекать не только в виде легких форм, но и как тяжелое, угрожающее жизни заболевание, особенно в раннем детском возрасте. Этиология современной пневмонии чаще всего имеет бактериальный характер и вызывается широким спектром возбудителей, среди которых лидируют пневмококк и гемофильная палочка. Исход пневмонии зависит от ранней диагностики и стартовой эмпирической антибактериальной терапии. Стандартизация современных протоколов по диагностике и лечению внебольничной пневмонии позволяет минимизировать ошибки на поликлиническом и стационарном этапах ведения больных, добиться сокращения сроков лечения, уменьшения летальных исходов и тяжелых осложнений.

А.В. Дубовая, В.Н. Соколов, Ю.В. Науменко

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Пневмония у детей остается одним из частых тяжелых заболеваний; несмотря на интенсивное изучение, ее диагностика и лечение не лишены не всегда благополучно решаемых проблем. Заболеваемость внебольничной пневмонии среди детей до 15 лет более чем в 2 раза превышает заболеваемость для на-

селения в целом. В статье на примере клинического разбора истории болезни ребенка показаны современные подходы к диагностике, дифференциальной диагностике и лечению больных пневмонией.

Ключевые слова: внегоспитальная пневмония, дети, лечение.

A.V. Dubovaya, V.N. Sokolov, Yu.V. Naumenko

SEI HPE «M. Gorky Donetsk National Medical University», Donetsk

MODERN APPROACHES TO THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PNEUMONIA IN CHILDREN

Pneumonia in children remains one of the most serious diseases. Despite intensive study, the diagnosis and treatment still present a variety of problems. The incidence of community-acquired pneumonia among children under 15 years of age is more than 2 times higher than the incidence in the general population. The ar-

ticle shows modern approaches to diagnosis, differential diagnosis and treatment of patients with pneumonia using the example of a clinical analysis of a child's medical history.

Key words: community-acquired pneumonia, children, treatment.

ЛИТЕРАТУРА

1. Домбровская Ю.Ф., Студеникин М.Я., Рачинский С.В. и др. Проект классификации клинических форм бронхолегочных заболеваний неспецифической этиологии у детей. Педиатрия. 1973; 9: 3-7.
2. Tatochenko V., Cherkasova E., Kuznetsova T. Acute tonsillitis and bronchitis in Russian primary pediatric care: Prevailing antibacterial treatment tactics and their optimization. Am J Pediatr. 2018; 4 (3): 46-51.
3. Бакрадзе М.Д., Гадлия Д.Д., Рогова О.А. О проблемах диагностики и лечения пневмоний у детей. Педиатрическая фармакология. 2015; 12 (3): 71-76.
4. Куличенко Т.В., Байбарина Е.Н., Баранов А.А. Оценка качества стационарной помощи детям в регионах Российской Федерации. Вестник РАМН. 2016; 71 (3): 214-223.
5. Таточенко В.К. Болезни органов дыхания у детей. М.: Боргес; 2019. 300.
6. Бакрадзе М.Д., Таточенко В.К., Полякова А.С. Низкая эффективность антибиотиков, назначаемых амбулаторно детям с пневмонией и острым средним отитом, как следствие несоблюдения клинических рекомендаций. Педиатрическая фармакология. 2016; 13 (5): 425-431.
7. Таточенко В.К., Озеретковский Н.А. Иммунопрофилактика – 2200. 14-е изд. М.: Педиатр; 2020. 300.

REFERENCES

1. Dombrovskaya Yu.F., Studenikin M.Ya., Rachinskii S.V. i dr. Proekt klassifikatsii klinicheskikh form bronkholegichnykh zabolevanii nespetsificheskoi etiologii u detei. Pediatr. 1973; 9: 3-7 (in Russian).
2. Tatochenko V., Cherkasova E., Kuznetsova T. Acute tonsillitis and bronchitis in Russian primary pediatric care: Prevailing antibacterial treatment tactics and their optimization. Am J Pediatr. 2018; 4 (3): 46-51 (in Russian).
3. Bakradze M.D., Gadliya D.D., Rogova O.A. O problemakh diagnostiki i lecheniya pnevmonii u detei. Pediatricheskaya farmakologiya. 2015; 12 (3): 71-76 (in Russian).
4. Kulichenko T.V., Baibarina E.N., Baranov A.A. Otsenka kachestva statsionarnoi pomoshchi detyam v regionakh Rossiiskoi Federatsii. Vestnik RAMN. 2016; 71 (3): 214-223 (in Russian).
5. Tatochenko V.K. Bolezni organov dykhaniya u detei. M.: Borges; 2019. 300 (in Russian).
6. Bakradze M.D., Tatochenko V.K., Polyakova A.S. Nizkaya effektivnost' antibiotikov, naznachaemykh ambulatorno detyam s pnevmoniei i ostrym srednim otitom, kak sledstvie nesoblyudeniya klinicheskikh rekomendatsii. Pediatricheskaya farmakologiya. 2016; 13 (5): 425- 431 (in Russian).
7. Tatochenko V.K., Ozeretskivskii N.A. Immunoprofilaktika – 2200. 14-e izd. M.: Pediatr; 2020. 300 (in Russian).