

ви ниже 20 нг/мл, может способствовать развитию тяжелого и повторного течения БОС. Учитывая многочисленные внескелетные действия витамина D, в частности на легочную функцию, которые изучены недостаточно, существует необходимость проведения дальнейших научных исследований.

Литература:

1. Мизерницкий Ю.Л. Дифференциальная диагностика и принципы дифференцированной терапии бронхообструктивного синдрома при острой респираторной инфекции у детей. – *Земский врач*. 2010; 3: 5–10.
2. Семин С.Г., Волкова Л.В., Моисеев А.Б. Перспективы изучения биологической роли витамина D. // *Педиатрия*. – 2012; 91(2): 122–131.

Ключевые слова: дети, витамин D, респираторная патология

Актуальные вопросы диагностики и терапии негоспитальной пневмонии у детей

Толстикова Е.А., Азарков С.Ф., Клименко О.В.

Днепропетровская медицинская академия, Днепропетровск, Украина

Несмотря на большие успехи, достигнутые в диагностике и терапии пневмоний у детей, вопросы своевременной постановки диагноза и назначения адекватного лечения являются одной из актуальных проблем современной пульмонологии, ввиду сохраняющейся высокой летальности от пневмонического процесса, особенно у детей младшего возраста. По данным UNICEF (2006), от пневмонии ежегодно умирает около 2 млн. детей в возрасте до 5 лет. При этом у части пациентов заболевание диагностируется с опозданием, либо назначается не адекватная терапия без учета особенностей клинических проявлений болезни.

Негоспитальная (внебольничная) пневмония (НП) – это острое заболевание, возникающее во вне госпитальных условиях (за пределами стационара или позднее 4 недель после выписки из него, или диагностированное в первые 48 часов от момента госпитализации).

Этиология негоспитальной пневмонии зависит от возраста ребенка. У детей дошкольного возраста наиболее часто пневмония вызывается *Streptococcus pneumoniae*, гемофильной палочкой или вирусами. В то же время у старших детей решающая роль в генезе пневмоний принадлежит *Mycoplasma pneumoniae*, *Legionella spp.*, *Chlamydia pneumoniae*.

Типичная негоспитальная пневмония проявляется симптомами инфекционного поражения нижних дыхательных путей, а именно: признаки ды-

хательной недостаточности (одышка смешанного типа), высокая лихорадка, кашель, выделение мокроты, возможно гнойной, боль в грудной клетке и рентгенологические признаки воспалительно-инфильтративных изменений в легких при отсутствии очевидной диагностической альтернативы.

В случае пневмонии, обусловленной внутриклеточными возбудителями, течение заболевания характеризуется менее выраженными проявлениями интоксикации и дыхательной недостаточности с преобладанием экспираторного компонента одышки, субфебрильной температурой, длительным сухим, нередко приступообразным кашлем.

Своевременная диагностика, успех антибактериальной терапии и исход пневмонии зависят от целого ряда факторов, в том числе от умения педиатра проанализировать симптомы заболевания, правильно оценить анамнестические, клинические, физикальные и лабораторные данные для постановки диагноза и проведения рациональной антибактериальной терапии.

Вместе с тем, в практике педиатра нередко случаи неверной трактовки клинических симптомов в плане определения варианта внебольничной пневмонии (типичная или вызванная атипичной флорой) и связанной с этим ошибочной стартовой антибактериальной терапией.

В качестве иллюстрации приводим описание клинического случая.

Тарас М., 1 год 11 месяцев, поступил в клинику с жалобами на повышение температуры тела до 39,0 градусов, сухой кашель, беспокойство, отказ от еды.

Заболел 5 дней назад с повышения температуры тела до 38 градусов, заложенности носа. Участковым педиатром диагностирована острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ), назначены противовирусные препараты и антипиретики. На 3-й день заболевания температура тела повысилась до 38,5 градусов, присоединился сухой кашель. При аускультации справа определялось ослабленное дыхание, терапия была дополнена азитрамицином и лазолваном. Продолжал высоко лихорадить, сохранялся сухой кашель. Направлен на госпитализацию.

Из анамнеза жизни выяснено, что ребенок родился от 1 нормально протекавшей беременности, роды в срок, масса тела при рождении – 3600 г. На грудном вскармливании находился до 6 месяцев, привит по возрасту. Контакта с инфекционными больными не отмечалось.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Температура тела – 39,0°С, частота дыханий (ЧД) – 52 в минуту, частота сердечных сокращений (ЧСС) – 146 в минуту. Выражена интоксикация и дыхательная недостаточность. Одышка смешанного характера с участием вспомогательной мускулатуры, периоральный цианоз, взъемающиеся межреберий, усилива-

ющиеся при крике и беспокойстве. Кожные покровы бледные. Перкуторно над легкими укорочение звука справа. Аускультативно дыхание жесткое, справа ослаблено, мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, тахикардия. Живот доступен глубокой пальпации. Печень на 2 см ниже реберной дуги. Стул и мочеиспускания не нарушены.

Диагноз при поступлении: Внебольничная пневмония, ДН 2.

В клинике обследован.

Общий анализ крови: Эритроциты – 3,6 Т/л, Нв – 118 г/л, ц.п. – 0,9, лейкоциты – 12,1 Г/л, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 12%, сегментоядерные нейтрофилы – 59%, лимфоциты – 21%, моноциты – 6%, СОЭ – 35мм/ч.

Рентгенография органов грудной клетки: правосторонняя полисегментарная пневмония.

На основании клинико-анамнестических и лабораторно-инструментальных данных установлен клинический диагноз: Внебольничная правосторонняя полисегментарная пневмония, ДН 2.

Назначена терапия: амоксициллин+клавулановая кислота внутривенно 25/5 мг/кг каждые 6 ч; оксигенотерапия, инфузионная дезинтоксикационная терапия; муколитическое, симптоматическое лечение. На фоне проводимой терапии состояние ребенка улучшилось. К концу третьих суток снизилась температура тела, уменьшились интоксикация и дыхательная недостаточность. С 4-х суток ребенок был переведен на пероральный прием аугментина. Контрольная рентгенография органов грудной клетки, проведенная через 14 дней, констатировала купирование пневмонического процесса.

Описанный клинический случай демонстрирует неверную трактовку педиатром имеющейся у ребенка симптоматики. Лихорадка и кашель расценивались как проявления острой респираторной вирусной инфекции. Вместе с тем, согласно данным Американской академии семейной медицины «... строгими предикторами пневмонии у детей 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» [3].

Таким образом, в данном случае предположение о пневмонии должно было возникнуть у педиатра уже на 3-и сутки болезни ребенка, учитывая высокую температуру тела, сухой кашель и локальное ослабление дыхания. Более того, тахипноэ, возникшее у пациента младше 2 лет с температурой тела выше 38°C, следует трактовать как признак возможной пневмонии и является показанием к стационарному лечению. При несогласии родителей на госпитализацию ребенка – необходимо проведение рентгенологического и лабораторного обследования для уточнения диагноза.

Обсуждая антибиотикотерапию, назначенную педиатром по месту жительства, необходимо подчеркнуть, что с точки зрения и международных рекомендаций, и протокола лечения пневмонии у детей МЗ Украины, макролиды не являются стартовым антибиотиком для лечения пневмонии у детей раннего возраста. В данной ситуации наиболее целесообразным было бы назначение в качестве стартового антибиотика защищенного аминопенициллина (амоксциллина/клавуланат).

Следующий клинический пример демонстрирует неправильное определение варианта внебольничной пневмонии педиатром по месту жительства и, соответственно, ошибочную тактику выбора стартовой антибиотикотерапии.

Выписка из истории болезни № 5416.

Ребенок Данил П., 14 лет поступил в боксированное отделение в ГДБ 6 г. Днепропетровска 20.10.2015 года с жалобами на повышение температуры тела до 38,2 градусов, кашель.

Заболел 16.10.15 года, когда повысилась температура тела до 38 градусов, появились кашель, насморк. Педиатром по месту жительства был назначен цефтриаксон внутримышечно 2 раза в день. Сохранялась высокая лихорадка. Направлен на госпитализацию.

Анамнез жизни без особенностей. Привит по возрасту. Аллергический анамнез неотягощен. В контакте с инфекционными больными не был.

При поступлении состояние ребенка тяжелое, обусловлено симптомами интоксикации. Вялый, аппетит снижен. Кожные покровы чистые, бледные. Задняя стенка глотки рыхлая. На небе, языке единичные афтозные высыпания. Дыхание через нос свободное. Перкуторно над легкими укорочение звука справа ниже угла лопатки. ЧД – 26 в минуту. Аускультативно дыхание жесткое, справа ослаблено, здесь же выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС – 94 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень в подреберье. Стул и мочеиспускания не нарушены.

Диагноз при поступлении: Внебольничная правосторонняя пневмония.

Обследован:

Общий анализ крови 21.10.15 г.: Эритроциты – 5,0 Т/л, Нв – 160 г/л, ц.п. – 0,96, лейкоциты – 9,8 Г/л, эозинофилы – 4%, палочкоядерные нейтрофилы – 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 52%, лимфоциты – 29%, моноциты – 7%, СОЭ – 15мм/ч. Общий анализ мочи – без патологии.

Рентгенография органов грудной клетки 21.10.15 г.: справа в нижней доле интенсивное негетмогенное затемнение. Диафрагма четкая. Синусы свободны. Заключение: правосторонняя нижнедолевая пневмония.

Клинический диагноз: Внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония, ДН I. Афтозный стоматит.

Лечение в стационаре: ступенчатая терапия азитромицином (внутривенно в течение 3-х дней с последующим переходом на пероральный прием); инфузионная дезинтоксикационная терапия; муколан, пробиотик, обработка афтозных элементов кандидом. На фоне терапии состояние ребенка улучшилось. На второй день от начала терапии макролидом нормализовалась температура тела, купировались симптомы интоксикации.

Общий анализ крови 26.10.15г.: Эритроциты – 5,2 Т/л, Нв – 170 г/л, ц.п. – 0,98, лейкоциты – 9,0 Г/л, эозинофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 44%, лимфоциты – 44%, моноциты – 7%, СОЭ – 4 мм/ч.

Рентгенография органов грудной клетки 29.10.2015г.: Легкие, сердце – норма.

*Описанный клинический случай демонстрирует ошибочную тактику амбулаторной терапии пневмонии. Согласно протоколу лечения внебольничной пневмонии стартовая терапия внебольничной неосложненной типичной пневмонии должна начинаться с золотого стандарта – полусинтетических пенициллинов (амоксциллин) или защищенных пенициллинов (амоксциллин/клавуланат). При внебольничных пневмониях, обусловленных атипичными возбудителями (*Legionella spp.*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*), стартовая антибиотикотерапия должна начинаться с макролида. С этой точки зрения непонятен выбор педиатром цефтриаксона и внутримышечный способ введения препарата.*

Выводы:

1. Внебольничная пневмония у детей является серьезной патологией, протекающей в ряде случаев в виде тяжелых, угрожающих жизни форм, особенно у детей раннего возраста.

2. Этиология негоспитальной пневмонии зависит от возраста ребенка. У детей дошкольного возраста наиболее часто пневмония вызывается *Streptococcus pneumoniae* и гемофильной палочкой, в то время как у старших детей решающая роль в генезе пневмоний принадлежит *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Legionella spp.*

3. Исход пневмонии зависит от ранней диагностики и адекватной стартовой эмпирической антибактериальной терапии.

4. Стандартизация современных протоколов по диагностике и лечению внебольничной пневмонии у детей позволяет минимизировать ошибки на поликлиническом и стационарном этапах ведения больных, добиться сокращения сроков лечения, уменьшения летальных исходов и тяжелых осложнений.

Ключевые слова: дети, внебольничная пневмония, рациональная терапия