

<https://doi.org/10.29296/25877305-2022-08-10>

Внебольничные пневмонии у детей: клинические особенности, соответствие терапии клиническим рекомендациям

О.И. Лекомцева^{1,2}, кандидат медицинских наук,

Я.Ю. Субботина¹,

М.А. Мерясева²,

А.Т. Михалева²,

Д.Р. Аглиуллина²,

Н.Г. Кузьмина¹

¹Городская клиническая больница №7, Ижевск

²Ижевская государственная медицинская академия

E-mail: Lekon-oi@yandex.ru

Терапия внебольничной пневмонии (ВП) у детей является актуальной проблемой здравоохранения, что обусловлено значительным распространением данной патологии у детей, тяжестью течения, хронизацией процесса в бронхолегочной системе, а также сохраняющейся высокой летальностью у пациентов данной группы.

В статье представлены результаты ретроспективного исследования особенностей клинического течения и терапии ВП у детей разного возраста.

Ключевые слова: пульмонология, педиатрия, внебольничная пневмония, дети, клиника, лечение, антибактериальная терапия.

Для цитирования: Лекомцева О.И., Субботина Я.Ю., Мерясева М.А. и др. Внебольничные пневмонии у детей: клинические особенности, соответствие терапии клиническим рекомендациям. Врач. 2022; 33 (8): 50–52. <https://doi.org/10.29296/25877305-2022-08-10>

Пневмония — острое инфекционное воспаление легочной паренхимы, диагностируемое на основании характерных клинических и рентгенографических признаков. Пневмония является одним из наиболее серьезных заболеваний у детей, популяционная частота которого и прогноз напрямую связаны с социально-экономическими условиями [4].

Пневмония может развиваться в любом возрасте, но чаще всего она возникает у детей раннего возраста. Ежегодно в мире регистрируется приблизительно 150 млн случаев пневмонии у детей в возрасте до 5 лет; тяжелое течение пневмонии наблюдается в 7–13% случаев и обуславливает до 11–20 млн госпитализаций каждый год. В России заболеваемость пневмонией составляет 5,3 случая на 1000 детей в возрасте 6 мес — 5 лет. Максимум заболеваемости приходится на возраст 1–3 лет. При этом многолетние наблюдения показывают, что среди направляемых на госпитализацию детей с диагнозом внебольничной пневмонии (ВП) он подтверждается лишь у каждого 10-го [1].

Эксперты Европейского респираторного общества отмечают, что даже в экономически развитых странах острые инфекции респираторного тракта среди детей остаются одной из основных причин заболеваемости и смертности [2]. Пневмонии до настоящего времени считаются наиболее частой при-

чиной смерти детей в возрасте до 5 лет повсеместно. До 20% смертей в первые 5 лет жизни в мире обусловлены именно пневмониями [5]. Следовательно, изучение лечения пневмонии у детей раннего возраста является актуальной проблемой, обусловленной значительным распространением данной патологии среди детей, тяжестью течения, хронизацией процесса в бронхолегочной системе, а также сохраняющейся высокой летальностью [3].

Цель исследования — проанализировать клинические особенности течения ВП средней степени тяжести у детей разного возраста и оценить соответствие проведенной терапии клиническим рекомендациям.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен анализ 78 историй болезни детей с ВП средней степени тяжести различной этиологии, проходивших лечение в детском инфекционном боксированном отделении Городской клинической больницы №7 (Ижевск) в 2021 г. Изучены особенности клинической картины и терапии ВП. Дети были разделены на возрастные группы:

- дошкольный или ясельный возраст (1–3 года) — 25 (32,36%) пациентов;
- дошкольный возраст (от 3 до 7 лет) — 37 (47,05%);
- младший школьный возраст (от 7 до 10 лет) — 7 (8,82%);
- старший школьный возраст (от 11 до 15 лет) — 9 (11,77%).

РЕЗУЛЬТАТЫ

У детей дошкольного возраста (n=25) чаще встречалась очаговая пневмония — в 67% случаев, полисегментарная — в 22%, очагово-сливная — в 11%. При этом 45,1% детей прошли вакцинацию только против гриппа, 10,9% — только против пневмококковой инфекции, 11,1% детей вакцинированы по двум категориям, 32,9% — не вакцинированы. Наблюдались следующие синдромы:

- общий инфекционно-токсический синдром, включающий температуру (субфебрильная — у 11,2% пациентов, фебрильная — у 32,8%, пиретическая — у 66%), слабость, снижение аппетита — в 100% случаев;
- респираторно-катаральный синдром, включающий малопродуктивный кашель — у 100%, гиперемия слизистой ротоглотки — у 100%, ринорея серозного характера — у 100%, зернистость задней стенки глотки — у 67% пациентов;
- синдром локальных изменений в легких, проявляющийся жестким (100%), ослабленным (67%) дыханием, перкуторно-локальное укорочение перкуторного звука (56%);
- бронхообструктивный синдром, включающий тахипноэ — у 36%, влажные хрипы и сухие на выдохе — у 33%, влажные — у 45%, сухие — у 11%, отсутствие хрипов — у 11%, мелкопузырчатые хрипы — у 100%, диффузные — у 22%, крепитирующие — у 33%, одышку смешанного характера — у 37% пациентов;
- лимфопролиферативный синдром, проявляющийся увеличением лимфатических узлов переднешейной группы, — в 11% случаев.

Дети дошкольного возраста имели следующие сопутствующие заболевания:

- острый ринофарингит — 11% случаев;
- острый обструктивный бронхит с дыхательной недостаточностью (ДН) 1-й степени — 33%;
- острый ринофарингит в сочетании с острым обструктивным бронхитом с ДН 1-й степени — 66%.
- аллергический дерматит — 22% детей.

Дети дошкольного возраста получали комбинированную антибактериальную терапию:

- макролид (азитромицин получали 88,9% пациентов);
- цефалоспорины II поколения (цефуросим – 66,7% пациентов; зиннат – 11,1%), цефалоспорин III поколения (цефтриаксон – 33,3%).

Во всех случаях назначения препаратов группы цефалоспоринов – цефуросим и цефтриаксон – отмечалось превышение рекомендуемых дозировок. Длительность терапии составляла от 5 до 8 дней.

У детей дошкольного возраста (n=37) диагностирована очаговая (62,5%), сегментарная (12,5%) и полисегментарная (25%) пневмония. Вакцинированы только против гриппа 40%, только против пневмококковой инфекции – 10%, от 2 инфекций – 20%, не вакцинированы – 30% пациентов.

В данной возрастной категории отмечены следующие синдромы:

- общий инфекционно-токсический синдром (повышение температуры тела до субфебрильных значений, общая слабость, снижение аппетита) – 100% пациентов;
- респираторно-катаральный синдром (малопродуктивный кашель, который потом сменяется продуктивным, гиперемия слизистой ротоглотки, ринорея) – 100%;
- синдром локальных изменений (жесткое ослабленное дыхание, перкуторно – звук укорочен) – у 81,25%;
- бронхообструктивный синдром – у 95% (влажные хрипы – у 43,75%, сухие – 31,25%, одышка экспираторного характера – у 88,75%, одышка при нагрузке – у 6,25% больных).

У детей дошкольного возраста наблюдались следующие сопутствующие заболевания:

- острый обструктивный бронхит с ДН 1-й степени (6,25%);
- острый ринофарингит в сочетании с острым обструктивным бронхитом с ДН 1-й степени (87,5%);
- кардиопатии.

В качестве терапии 50% заболевших детей дошкольного возраста получали стандартную комбинированную антибактериальную терапию (азитромицин – 56,25% пациентов, кларитромицин – 25%, цефуросим – 43,75%, зиннат – 6,25%, цефтриаксон – 68,75%, амписид – 6,25%); остальные 50% пациентов получали стандартную антибактериальную терапию в сочетании с противовирусной терапией (умифеновир – 50%, α -интерферон в суппозиториях – 50%). Длительность терапии составляла от 5 до 10 дней.

У детей младшего школьного возраста (n=7) диагностированы очаговая (19,8%), сегментарная – (40,2%), полисегментарная (20%), бисегментарная (20%) пневмония. Вакцинированы только против гриппа 20%, только против пневмококковой инфекции – 20%, от двух инфекций – 20%, не вакцинированы – 40% заболевших.

В данной возрастной категории наблюдались следующие синдромы:

- общий инфекционно-токсический синдром (субфебрильная температура – 100% случаев), слабость, снижение аппетита – в 100%;
- респираторно-катаральный синдром, включающий кашель (малопродуктивный – у 59,8% пациентов, приступообразный – у 41,2%), гиперемии слизистой ротоглотки (100%), ринорею гнойного характера (20%);
- синдром локальных изменений в легких, проявляющийся жестким (60%) и ослабленным (40%) дыханием, укорочением перкуторного звука (60%);

- бронхообструктивный синдром, включающий тахипноэ, влажные и сухие на выдохе хрипы, одышку экспираторного характера – в 100% случаев.

У детей младшего школьного возраста выявлялись следующие сопутствующие заболевания:

- острый ринофарингит (79%);
- острый обструктивный бронхит с ДН 1-й степени (100%);
- острый ринофарингит в сочетании с острым обструктивным бронхитом с ДН 1-й степени (80%);
- орофарингеальный кандидоз (20%).

В качестве терапии дети младшего школьного возраста получали комбинированную антибактериальную терапию – цефуросим (20% случаев); кларитромицин + цефтриаксон (60%); комбинированное применение цефтриаксона и азитромицина (20% случаев). Длительность терапии составляла от 5 до 12 дней.

У детей старшего школьного возраста (n=9) диагностированы очаговая пневмония (50%), очагово-сегментарная (50%). Вакцинированы против гриппа 100% детей.

В данной возрастной категории встречались следующие синдромы:

- общий инфекционно-токсический синдром (повышение температуры тела до субфебрильных значений, общая слабость, снижение аппетита) – 100%;
- респираторно-катаральный синдром (малопродуктивный кашель, который потом сменяется продуктивным, гиперемия слизистой ротоглотки, ринорея) – 100%;
- синдром локальных изменений (жесткое ослабленное дыхание – у 49,8%, перкуторно звук укорочен – у 51,2% больных) – 100%;
- бронхообструктивный синдром (влажные хрипы – у 50%, сухие – у 50%) – у 100%.

У всех детей старшего школьного возраста помимо основного заболевания диагностирован острый ринофарингит в сочетании с острым обструктивным бронхитом и ДН 1-й степени.

В качестве терапии дети старшего школьного возраста получали амписид (комбинированный антибиотик – ампициллин и сульбактам) – в 50% случаев; цефуросим и азитромицин – в 50%. Лечение продолжалось в течение 7–10 дней.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В инфекционной патологии детского возраста пневмонии занимают значительное место, определяя показатели качества жизни, здоровья и смертности, причем в первую очередь это касается новорожденных и детей раннего возраста. В нашем ретроспективном исследовании по данным медицинских карт установлено, что ВП чаще диагностируется у детей дошкольного и школьного возраста, что подтверждается исследованиями других авторов.

Своевременная диагностика и применение принципов рациональной антибактериальной терапии, сформулированных в современных клинических рекомендациях, позволяют достичь высокого клинического эффекта у детей с ВП.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Исследование не имело финансовой поддержки.

В статье отсутствуют сведения, не подлежащие опубликованию.

Литература

1. Короид Н.В., Заплатников А.Л., Мингалимова Г.А. и др. Внебольничные пневмонии у детей: диагностика и лечение. РМЖ. 2011; 22: 1365–70.
2. Таточенко В.К. Внебольничные пневмонии у детей – проблемы и решения. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2021; 66 (1): 9–21. DOI: 10.21508/1027-4065-2021-66-1-9-21
3. Самсыгина Г.А. Пневмонии у детей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020; 180 с.
4. Пневмония (внебольничная) у детей. Клинические рекомендации, 2021; 74 с.
5. Шавази Н.М., Рустамов М.Р., Ибрагимова М.Ф. и др. Ступенчатая антибактериальная терапия внебольничной пневмонии у детей. Достижения науки и образования. 2020; 10: 75–7.

References

1. Koroid N.V., Zaplatnikov A.L., Mingalimova G.A. et al. Vnebol'nichnye pnevmonii u detei: diagnostika i lechenie. RMJ. 2011; 22: 1365–70 (in Russ.).
2. Tatochenko V.K. Community-acquired pneumonia in children – problems and solutions. Rossiyskiy Vestnik Perinatologii i Pediatrii = Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics. 2021; 66 (1): 9–21 (in Russ.). DOI: 10.21508/1027-4065-2021-66-1-9-21
3. Samsygina G.A. Pnevmonii u detei. M.: GEOTAR-Media, 2020; 180 p. (in Russ.).
4. Pnevmoniya (vnebol'nichnaya) u detei. Klinicheskie rekomendatsii, 2021; 74 p. (in Russ.).
5. Shavazi N.M., Rustamov M.R., Ibragimova M.F. et al. Stupenchataya antibakterial'naya terapiya vnebol'nichnoi terapii u detei. Dostizheniya nauki i obrazovaniya. 2020; 10: 75–7 (in Russ.).

COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIAS IN CHILDREN: CLINICAL FEATURES, THERAPY COMPLIANCE WITH CLINICAL PRACTICE GUIDELINES

O. Lekomtseva^{1,2}, *Candidate of Medical Sciences*; **Ya. Subbotina**¹; **M. Meryaseva**²;
A. Mikhaleva²; **D. Agliullina**²; **N. Kuzmina**¹

¹City Clinical Hospital Seven, Izhevsk

²Izhevsk State Medical Academy

Therapy for community-acquired pneumonia in children is an urgent public health problem, which is due to the substantial spread of this disease in them, to the severity of its course, to the chronicity of the process in the bronchopulmonary system, and to the remaining high mortality in this group of patients.

The article presents the results of a retrospective study of the features of the clinical course and treatment of community-acquired pneumonia in children of different ages.

Key words: pulmonology, pediatrics, community-acquired pneumonia, children, clinic presentation, treatment, antibiotic therapy.

For citation: Lekomtseva O., Subbotina Ya., Meryaseva M. et al. Community-acquired pneumonias in children: clinical features, therapy compliance with clinical practice guidelines. *Vrach.* 2022; 33 (8): 50–52. <https://doi.org/10.29296/25877305-2022-08-10>