

УДК 616.24-002-07

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АТИПИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Рахманова Умидахон Хамиджановна

Андижанский государственный медицинский институт

Андижан, Узбекистан

Аннотация. *Своевременная диагностика и лечебная тактика при пневмонии является одной из наиболее актуальных проблем современной педиатрии. Установлено, что при раннем выявлении и своевременной госпитализации в стационары больных детей с острой пневмонией на педиатрических участках педиатрами, снижает летальный исход и назначение адекватной терапии.*

Ключевые слова: *лечение, атипичная пневмония, антибиотикотерапия, спарфлоксацин, дети.*

MODERN METHODS OF TREATMENT OF ATYPICAL PNEUMONIA IN CHILDREN

Rakhmanova Umidakhon Khamidzhanovna

Andijan State Medical Institute

Andijan, Uzbekistan

Abstract. *Timely diagnostics and treatment tactics for pneumonia is one of the most pressing problems of modern pediatrics. It has been established that early detection and timely hospitalization of sick children with acute pneumonia in pediatric areas by pediatricians reduces the lethal outcome and the appointment of adequate therapy.*

Key words: *treatment, atypical pneumonia, antibiotic therapy, sparfloxacin, children.*

Актуальность. Атипичная пневмония – специфическая форма воспалительного процесса в области легких, развитие которого спровоцировано воздействием на человека микроорганизмов, которые не являются характерными для пневмонии [1,3]. Атипичные возбудители пневмонии позволяют специалистам выделить следующие формы данного заболевания: атипичную пневмонию микоплазменной формы, хламидийную атипичную пневмонию, атипичную пневмонию легионеллезного характера и пневмонию вирусного происхождения[4.6].

В большинстве случаев диагностируется атипичная пневмония у детей либо же людей подростковой возрастной категории. Заболевание имеет характерные отличительные свойства лечения и диагностики [2]. .

Заболеваемость пневмониями составляет в год около 15-20 на 1000 детей первых трех лет жизни и примерно 5-6 случаев на 1000 детей старше 3 лет. Широкое распространение острых пневмоний представляет большую опасность для детей.

Пневмония является важнейшей отдельно взятой причиной смертности детей во всем мире. Ежегодно она уносит жизни примерно 1,1 миллиона детей в возрасте до пяти лет. Она является причиной всех случаев смерти детей в возрасте до пяти лет во всем мире[1,3,5].

Своевременная правильная диагностика острых пневмоний у детей, оценка тяжести течения болезни с учетом сопутствующих заболеваний, правильный выбор антибактериальной терапии, снижению осложнений и летальности от пневмоний.

Обсуждения. Внебольничная пневмония остается важнейшей медицинской проблемой ввиду своей распространенности и высокой летальности. *Streptococcus pneumoniae* является наиболее частым возбудителем внебольничной пневмонии. Наряду с этим значительную роль играют атипичные возбудители пневмонии (*Mycoplasma pneumoniae*, *Legionella* sp., *Chlamydia pneumoniae*), которые вместе ответственны за возникновение примерно 20% случаев внебольничной пневмонии, в качестве основных или ко-патогенов, при этом летальность может увеличиваться и достигать 25%. Лабораторные методы выявления атипичной флоры нельзя назвать рутинными и общедоступными, возбудители не выявляются при окраске по Граму, культивирование этих микробов обычными микробиологическими методами - затруднительно. Отсутствуют достоверные различия клинических и рентгенографических проявлений инфекций, вызванных типичной и атипичной флорой.

Поэтому эмпирическая терапия внебольничной пневмонии должна быть выбрана с учетом необходимости подавления и типичной, и атипичной флоры. Важно различать «типичные» формы с четким, гомогенного вида, очагом или инфильтратом на рентгенограмме и «атипичные» с негомогенными, не имеющими четких границ изменениями. Тяжесть пневмонии обуславливается легочно-сердечной недостаточностью, токсикозом и наличием осложнений (плеврит, легочная деструкция, инфекционно-токсический шок). При адекватном лечении большинство неосложненных пневмоний рассасываются за 2-3 недели, осложненные за 1-2 месяца, затяжное течение диагностируется при отсутствии обратной динамики в сроки от 1,5 до 5 месяцев. К госпитализации подлежат: Возраст ребенка менее 2 месяцев, 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 < тыс., лейкоцитоз > 20 тыс, ателектазы, 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. Диагностируется пневмонии аускультативно и перкуторно.

Признаки пневмонии: лихорадка, одышка, кашель, хрипы в легких. Температура выше 38,0°C более 3 дней, одышка в отсутствие признаков бронхиальной обструкции (>60/мин у детей до 2 месяцев, >50 в возрасте 2 - 12 месяцев и >40 у детей 1-5 лет),

асимметрия влажных хрипов. Гемограммы для диагностики пневмонии не столь значительно, как это принято считать, клинические признаки имеют более высокую диагностическую эффективность. Лейкоцитоз ниже $14 \times 10^9/\text{л}$ наблюдается в первые дни болезни у 40% больных кокковой и 96% атипичной пневмонией, фактически, столь же часто, как и при бронхитах. Уровни лейкоцитоза выше $14 \times 10^9/\text{л}$ и прокальцитонина (ПКТ) выше 2 нг/мл исключают атипичную пневмонию, однако, при меньших уровнях отличия практически полностью сглаживаются. Атипичная пневмония по уровням маркеров от ОРВИ и бронхита отличается мало.

Часто среди атипичных пневмонии встречается, микоплазменная пневмония. Пневмонии у детей вызывается возбудителями, обычно циркулирующий в дыхательных путях, обнаружение этих возбудителей в мокроте не говорит об их этиологической роли. Выявление любым методом вирусов, микоплазм, хламидой, грибов, пневмоцист при отсутствии клинической картины соответствующей пневмонии не является доказательством их этиологической роли, как, впрочем, и наличия самой пневмонии. Обнаружение IgM- антител к хламидиям и микоплазме имеет диагностическое значение, однако в течение первой недели с момента начала вызванной микоплазмой пневмонии они часто отсутствуют. Часто микоплазменная инфекция протекает бессимптомно и выявляется только при обнаружении сероконверсии.

При развитии поражения дыхательных путей жалобы пациента часто не соответствуют скудным объективным данным. Начало постепенное, с головных болей, недомогания, лихорадки, не достигающих высокой степени выраженности. Симптомы поражения дыхательных путей: Кашель от сухого, надрывного до продуктивного со светлой мокротой. Кашель - самый частый симптом при поражении респираторного тракта. У больных с микоплазменной инфекцией кашель присутствует всегда, но среди кашляющих всего 5-10% больных пневмонией. Одышка - довольно редкий симптом, если она возникает, то выражена слабо. Лихорадка - характерный симптом микоплазменной инфекции - не достигает высокой степени выраженности. В основном нет соответствия между лихорадкой и рентгенологической картиной и анализами крови. Симптомы фарингита у 10-60%. Ринорея у 10-35%. Боли в ухе (мирингит) у 8%. Бессимптомный синусит. При физикальном обследовании выявляются невыраженные хрипы (сухие или влажные мелкопузырчатые), перкуторно чаще всего изменений не обнаруживают. Внелегочные проявления микоплазменной инфекции: Гемолиз, сопровождающийся повышенными титрами холодовых агглютининов, катаральный панкреатит, катаральный менингит, менингоэнцефалит, нейропатия, церебральная атаксия, макуло-папулезные поражения кожи (описывается связь с синдромом Стивенса-Джонсона), миокардит (не часто), гломерулонефрит (не часто), миалгии, артралгии (без картины истинного артрита).

Объективные методы обследования: Рентгенологическое обследование чаще всего выявляет усиление легочного рисунка, характерное для перибронхиальной инфильтрации, но могут быть очаговые инфильтраты, дисковидные ателектазы, увеличение лимфоузлов корня легкого, плеврит. Лабораторные данные:

гемолитическая анемия с повышением титров холодowych агглютининов и ретикулоцитозом. Лейкоцитоз не отмечается. Тромбоцитоз возможен, как ответ на анемию. Иммунологическая диагностика: определение титров противомикоплазменных антител (IgM, IgG). Положительный результат: исходное повышение титров антител $\geq 1:32$ или 4-х кратное увеличение в динамике. Появление антител отмечается к 7-му дню, а максимум - к 3-4 неделе заболевания. Определение антигенов (максимально достоверные результаты в течение одной недели от начала болезни). Полимеразная цепная реакция основана на определении специфической ДНК микоплазмы пневмонии. Чувствительность метода - 93%, специфичность - 98%. Подбор антибиотиков для лечения пневмоний оптимален при расшифровке ее этиологии, однако экспресс-методы оказываются не всегда надежны и доступны. Приемлемой альтернативой является определение наиболее вероятного возбудителя с учетом очевидных симптомов, а также возраста больного ребенка, времени и места развития заболевания. Выбор антибактериального средства при пневмонии проводят эмпирически с учетом разных возбудителей в разных возрастах, тяжести процесса и вероятности устойчивости возбудителя. Если нет уверенности в отношении этиологии, можно использовать препарат или комбинацию двух препаратов с более широким спектром. Показаниями к замене препарата является отсутствие клинического эффекта в течение 36-48 часов при нетяжелой и 72 часов при тяжелой пневмонии, а также развитие побочных эффектов. При осложненной пневмонии лечение начинают с парентеральных препаратов, заменяя их на оральные при наступлении эффекта (ступенчатый метод). При нетяжелых пневмониях как в стационаре, так и в поликлинике предпочтительны оральные препараты, если терапия была начата парентерально, после достижения эффекта (падения температуры) следует перейти на оральный препарат: амоксициллин, амоксициллин клавуланат (аугментин), цефуроксим-аксетил (зиннат), действующие как на пневмококки, так и на гемофильную палочку. Частота пневмонии, вызванной атипичными возбудителями (микоплазмами, хламидиями и легионеллами), составляет 20-30% и более среди всех внебольничных пневмоний. Поэтому для проведения эмпирической терапии внебольничной пневмонии при неизвестном возбудителе рекомендуется использовать комбинацию бета-лактамов антибиотиков и макролидов или монотерапию новыми фторхинолонами (спарфлоксацин и др.). Эти препараты обладают широким спектром противомикробной активности, включающим кокковую флору, грамотрицательные и атипичные возбудители.

При атипичных пневмониях препаратами выбора служат макролиды и азитромицин. Поскольку они действуют и на кокковую флору, эти средства можно использовать у лиц с аллергией на β -лактамы, однако их широкое применение нежелательно из-за стимуляции ими лекарственной устойчивости флоры.

Оценка эффективности лечения проводится через 36 и 48 ч лечения. Полный эффект регистрируется при падении температуры ниже $38,0^{\circ}\text{C}$ (без жаропонижающих) и улучшении общего состояния, появлении аппетита, рентгенологическая картина при этом может улучшиться или остаться прежней. Это указывает на чувствительность

возбудителя к препарату, следовательно, лечение этим лекарственным средством следует продолжать. Частичный эффект регистрируется при улучшении общего состояния и аппетита, а также отсутствии отрицательной динамики в очаге, но при сохранении фебрильной температуры, такая картина наблюдается при гнойного очага (деструкция) или иммунопатологического процесса (метапневмонический плеврит). При этом антибиотик не меняют, полный эффект наступает позже при опорожнении гнойника или назначении противовоспалительных средств. Если у больного сохраняется фебрильная температура, нарастает инфильтрация в легких или общие расстройства, принято считать, что наличии эффект отсутствует, в этих случаях требуется немедленная смена антибиотика.

Длительность лечения нетяжелых пневмоний 5-7 дней, осложненных форм 12-15 дней (2-3 дня после падения температуры). При внутрибольничных пневмониях замена препарата проводится по бактериологическим данным или эмпирически уже через 24-36 часа, при первых признаках неэффективности. Лечение нетяжелых пневмоний при хороших условиях возможно на дому. При быстром наступлении эффекта антибиотиков, другие виды терапии не нужны. Жаропонижающие при пневмонии не назначают, так как это может затруднить оценку эффективности лечения. До наступления эффекта режим постельный, при быстрой обратной динамике ребенка переводят на полупостельный режим, а с 6-12-го дня на общий режим. Возобновлять закаливание можно через 12-16 дней, но большие физические нагрузки (спорт) допустимы через 6 недель, при нетяжелой и 10 недель после осложненной пневмонии. В течение этого времени восстанавливается легочный кровоток. Сниженный в первые дни аппетит быстро восстанавливается, что делает излишним назначение витаминов.

Выводы: При раннем выявлении и своевременной госпитализации в стационары больных детей с острой пневмонией на педиатрических участках педиатрами, снижает летальный исход и назначение адекватной терапии.

ЛИТЕРАТУРЫ:

- 1.Ержанова Г.Е.. Пневмонии у детей.//Вестник Каз.НМУ, №4 -2018 Ст. 80-82.
- 2.Таточенко В. К., Катосова Л. К., Федоров А. М. Этиологический спектр пневмоний у детей // Пульмонология. - 2017. - 2. - С. 29–35.
- 3.Gendrel D. Pneumonies communautaires de l'enfant: etiologie et traitement // Arch. Pediatr. - 2012. - 9 (3). - С. 278 - 288.
- 4.Nix DE. Intrapulmonary concentrations of antimicrobial agents. Infect Dis Clin North Am.1998;12:631-646.
- 5.Forgie S, Marrie TJ. Healthcare-associated atypical pneumonia. Semin Respir Crit Care a. Med. Feb 2019;30(1):67-85.
- 6.Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A, et al. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults. Clin Infect Dis. Mar 1 2017;44 Suppl 2:S27-72.