

Ш.К. Батырханов¹, Г.М. Абдуллаева¹, Р.К. Мусабекова¹, Л.Ж. Умбетова¹,
К.Р. Жуманбаева¹, А.Ж. Ахенбекова², А.М. Тажимбетова²

¹Кафедра Пропедевтики детских болезней Казахского национального медицинского университета
им. С.Д. Асфендиярова г. Алматы, Республика Казахстан

²Городская детская клиническая больница №2 г. Алматы, Республика Казахстан

К ВОПРОСУ О ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

В данной статье представлен анализ особенностей клинических проявлений пневмонии с типичным и нетипичным течением. При назначении антибактериальной терапии у детей с внебольничной пневмонией необходимо учитывать этиологический фактор и тяжесть состояния.

Ключевые слова: дети раннего возраста, внебольничная пневмония антибактериальная терапия.

Актуальность. В настоящее время наиболее серьезную проблему в патологии детей раннего возраста составляют инфекции нижних дыхательных путей, особенно пневмонии. Согласно программе и современной классификации клинических форм бронхолегочных заболеваний (2009), под внебольничной пневмонией понимают острое инфекционное заболевание легких, преимущественно бактериальной этиологии, развившееся вне больницы или в первые 48-72 часа госпитализации [1, 2, 3]. Высокая заболеваемость пневмонией приходится на ранний возраст, что обусловлено иммунологической, функциональной и анатомической незрелостью организма ребенка. Эксперты Европейского респираторного общества отмечают, что даже в экономически развитых странах пневмония остается одной из частых причин смертности, особенно в раннем возрасте. 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. Несмотря на снижение летальности от пневмонии за последние 50 лет США и Европе она встречается с частотой от 34 до 40 случаев на 1000 детей [1, 4]. Следует отметить, что основная часть смертности от ОРЗ связана с пневмониями у детей первых лет жизни – ежегодно в мире от них умирает 1,8 млн. детей в возрасте до 5 лет. Смертность от пневмонии среди детей, согласно данным Государственной статистики МЗ РФ, в 2001 году составила 116±3 на 100 000 [4, 5, 6].

В Республике Казахстан отмечается положительная динамика в снижении показателей детской смертности от заболеваний органов дыхания, в том числе пневмоний (рисунок 1).



Рисунок 1 – Доля болезней органов дыхания в структуре младенческой смертности 2005-2013гг по Республике Казахстан (medinfo.kz, 2014)

Подавляющее большинство внебольничных («домашних», «уличных») пневмоний – это результат активации эндогенной бактериальной флоры носоглотки, хотя возможно и экзогенное инфицирование. Многочисленные исследования показали, что клинически здоровые дети в 10-20% случаев при обследовании оказываются транзитными носителями пневмококков, в 3-7% гемофильной палочки или микоплазмы, хламидии пневмонии, в 20-45% различных стафилококков [7]. При лечении пневмонии препаратами выбора в педиатрической практике являются пенициллины широкого спектра-В-лактамы (амоксоциллин, амоксициллин\клавулат, а в качестве альтернативы цефалоспорины II-III поколений и макролиды).

Цель исследования: провести сравнительный анализ эффективности антибактериальной терапии при острой внебольничной пневмонии у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования: Исследования проводились с 2014 по 2016 годы на базе многопрофильной детской клинической больницы г. Алматы. Ретроспективно проанализировано 125 историй болезни детей первых трех лет жизни с диагнозом внебольничная пневмония, находившиеся на лечении в пульмонологическом отделении за период с 2014 по 2016 годы.

Результаты и обсуждение: этиология пневмонии с типичным течением у наблюдаемых нами больных в возрасте первых шести месяцев жизни была представлена – E.coli, S.aureus, S.epidermidis и Kl.pneumonia. Перечисленные возбудители обуславливали наиболее тяжелые формы течения заболевания. Другая группа пневмонии в этом возрасте была вызвана атипичными возбудителями, в основном Chlamydia trachomatis. С 6 месячного возраста и до 6-7 лет до 60 % всех случаев пневмонии приходилось Streptococcus pneumonia, в 7-10% случаев Haemophilus influenza тип b. Микоплазменную чаще диагностировали на 2-3 годах жизни. По особенностям клинических проявлений нами выделены пневмонии с типичным (67 детей – 53,6%) и нетипичным (58 детей – 46,4%) течением. Типичные пневмонии характеризовались четкой очаговой клинической симптоматикой и соответствующей рентгенологической картиной. Для пневмонии с нетипичным течением не было очаговой симптоматики. У детей первых 6 месяцев при типичных пневмониях препаратами выбора были ингибитор-защищенный амоксициллин (амоксициллин+клавулановая кислота) или цефалоспорины II поколения (цефутоксим или цефазолин).

У части больных нам не удалось определить характер возбудителя. В этой ситуации мы имели в виду, что по клинической картине и рентгенологическим данным определить этиологию пневмонии не представляется возможным, так-как все методы этиологической диагностики имели ретроспективный характер. И при назначении терапии мы руководствовались клиническими показаниями и эпидемиологической ситуацией. Госпитализации подлежали больные с тяжелыми и осложненными формами пневмонии, с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, дети с социально-неблагополучными условиями и пациенты раннего возраста (как правило, первого полугодия жизни) при невозможности организации и их лечения в домашних условиях, а также при отсутствии улучшения в динамике терапии.

При среднетяжелых формах пневмонии мы отдавали предпочтение монотерапии пероральным лекарственным препаратом. Правильность выбора антибиотика подтверждалась быстрой положительной динамикой клинического состояния. При отсутствии положительной динамики в течение двух суток решали вопрос о смене антибиотика или использовали комбинацию препаратов для расширения антибактериального спектра.

При атипичной пневмонии, как и при отсутствии положительного эффекта от лечения В-лактамами терапию проводили препаратами макролидного ряда. Основанием для назначения этих препаратов было их антимикробная активность в отношении

большинства респираторных патогенов, в том числе атипичных (хламидии, микоплазмы, легионеллы). Новые макролиды лишены недостатков, присущих эритромицину, они обладают удовлетворительными вкусовыми качествами особенно детские формы (суспензии и саше). Реже вызывают побочные реакции, имеют лучшие фармакокинетические параметры, что позволяет принимать их 1-2 раза в сутки коротким курсом.

Низкая токсичность макролидов позволяет использовать их в педиатрии для лечения детей всех возрастных групп. Для всех макролидов характерно наличие постантибиотического эффекта, выражающегося в продолжении в подавлении роста бактерии после прекращения приема антибиотика, что имеет важное клиническое значение. Они эффективны в 80-90% больных с внебольничными пневмониями, что явилось основанием нашим Западным коллегам рекомендовать их в качестве монотерапии для лечения нетяжелой внебольничной пневмонии без серьезной сопутствующей патологии. В некоторых случаях (достаточно тяжелое состояние ребенка) нами применялся ступенчатый метод проведения терапии, когда в первые 2-3 суток лечение проводили парентерально, а затем при улучшении или стабилизации больного тот же антибиотик назначали внутрь. Длительность курса при внебольничной пневмонии составляло 6-10 суток и продолжалось 2 суток после получения стойкого эффекта. Больные с осложненной и тяжелой пневмонией находились на 2-3 недельном курсе антибиотикотерапии.

Беспокойство международного сообщества врачей вызвано постепенным ростом антибиотикорезистентности возбудителей. С этих позиций внимание практических врачей привлекает препарат джозамицин, являющийся природным 16-членным антибиотиком в отличие от 14 и 15 членных антибиотиков. Различия химической структуры имеет важное значение, так как к джозамицину не развивается устойчивость, характерная для других макролидов.

Успешное применение джозамицина при внебольничной пневмонии обусловлено высокой активностью в отношении *S. pneumoniae*, в том числе ряда штаммов, устойчивых к 14-15 членным макролидам, и внутриклеточных возбудителей. Другие положительными свойствами джозамицина это стабильная биодоступность при пероральном приеме независимо от приема пищи, создание высоких концентраций в бронхолегочной ткани, низкая частота лекарственных взаимодействий, и минимальное число побочных эффектов.

Заключение. Таким образом, при назначении антибактериальной терапии у детей с внебольничной пневмонией необходимо учитывать этиологический фактор, особенности клинического течения (типичные и атипичные формы) и тяжесть состояния.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 А.А. Баранов Российский национальный педиатрический формуляр. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 912 с.
- 2 www.medinfo.kz «Медико-демографические показатели в разрезе областей Республики Казахстан»
- 3 Радциг Е.Ю. Кашель и противокашлевые лекарственные средства // Эффективная фармакотерапия. – 2010. - № 4. – С. 18-20.
- 4 Таточенко В.К. Дифференциальная диагностика и лечение кашля у детей // Детский врач. – 2007. - №1. – С. 4-7.
- 5 Мизерницкий Ю.Л. Пульмонология детского возраста: достижения, задачи и перспективы // Росс. Вестник перинатологии и педиатрии. – 2014. - №1, Т. 59. – С. 18-26.
- 6 Страчунский Л.С., Козлов С.Н. Макролиды в современной клинической практике. - Смоленск: Русич, 1998. – 149 с.
- 7 Сорокина Е.В., Мизерницкий Ю.Л. Современные представления о механизмах действия макролидов // Вестн. Педиатр. фармакологии и нутрициологии. - 2006. - №3(5). – С. 9-12.

**Ш.К. Батырханов¹, Г.М. Абдуллаева¹, Р.К. Мусабекова¹, Л.Ж. Умбетова¹,
К.Р. Жуманбаева¹, А.Ж. Ахенбекова², А.М. Тажимбетова²**

*¹С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университетінің атындағы балалар аурулары
Пропедевтика кафедрасы. Алматы қаласы, Қазақстан*

²Қалалық балалар клиникалық ауруханасы №2 Алматы қаласы, Қазақстан

ҚАУЫМДАСТЫҚ АЛЫНҒАН ПНЕВМОНИЯ ТУРАЛЫ МӘСЕЛЕГЕ НӘРЕСТЕЛЕР

Түйін: Бұл мақалада типтік және атиптік курсымен пневмонияның клиникалық көріністері талдауын ұсынады. Қауымдастық-сатып алынған пневмония бар балалардың антибактериалды терапия тағайындау жылы жағдайының этиологиялық факторы және ауырлығы қарастырылуы тиіс.

Түйінді сөздер: сәбилер, қоғамдастық-сатып алынған пневмония, антибиотик терапиясы.

**Sh.K. Batyrkhanov¹, G.M. Abdullayeva¹, R.K. Musabekova¹, L.Zh. Umbetova¹, K.R. Zhumanbaeva¹,
A.Zh. Ahenbekova², A.M. Tazhimbetova²**

*¹Department of Propaedeutic of Children's Diseases of the Asfendiyarov Kazakh National Medical University,
Almaty, Republic of Kazakhstan*

²City Children's Clinical Hospital №2, Almaty, Republic of Kazakhstan

TO THE QUESTION OF PULMONARY PNEUMONIA CHILDREN OF EARLY AGE

Resume: This article presents an analysis of the features of clinical manifestations of pneumonia with a typical and atypical course. When prescribing antibiotic therapy in children with community-acquired pneumonia, it is necessary to take into account the etiologic factor and severity of the condition.

Keywords: infants, children of early age, community-acquired pneumonia, antibacterial therapy.