

L. M. Bashkirova

**Analyzing the Indices of Neurology Junior Physicians'
Future Profession Training**

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Introduction. The neurology junior physicians' future profession training is actual.

Objective. To analyze the results of 28 (the 1st group consisted of 17 graduates of 2008 and the 2nd group consisted of the 11 ones of 2010) junior physicians' training in neurology at the Department of Neurology No. 2 of NMAPE.

Methods. The paper focuses on the comprehensive evaluation data of the junior physicians' training. The statistical data manipulation was performed by means of the personal computer including the Windows XP standard information package and STATISTICA 5.0 and MS Excel XP application program package. The majority of the junior physicians were satisfied with their undergraduate training (89.3 %), at the same time, the results of the basic computer control of the knowledge level in neurology and the basic level in general medical training showed the unbiased low level of the undergraduate knowledge. The majority The majority of the junior physicians were satisfied with their professional training both at the line department and the training clinic (82,1 %). It was positive that a lot of the junior physicians (50 %) took stock their own knowledge level in neurology, despite they got top marks in the exams.

Conclusions. Thus, to be eligible for the future professional activities the neurology junior physicians should be hard at work, beginning at the medical school and continuing at the postgraduate studies.

Key words: professional activities, neurology, internship.

Відомості про автора:

Башкірова Людмила Михайлівна – к. мед. н., асистент кафедри неврології № 2 НМАПО імені П.Л.Шупика. Адреса: Київ, вул. Дорогожицька, 9, тел.: (044) 528 – 37 – 21.

УДК 61:37;615.1:37

© Г.В. БЕКЕТОВА, 2014

Г.В. Бекетова

**ПНЕВМОНИЯ У ДЕТЕЙ: КЛАССИФИКАЦИЯ,
ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА,
ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ
(клиническая лекция)**

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л.Шупика

Цель. Познакомить педиатров, детских пульмонологов, врачей общей практики–семейной медицины с вопросами, касающимися современных представлений об этиологической структуре, патогенезе, классификации, клинических проявлений пневмоний у детей в зависимости от возраста и лечения заболевания в соответствии с отечественными протоколами и подходами, признанными в мире.

Результаты. В клинической лекции Бекетовой Г.В. “Пневмония у детей: классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение” представлены современные данные, касающиеся актуальной проблемы педиатрии – пневмоний у детей разных возрастных групп. В публикации рассмотрены вопросы интегрированного ведения детей с пневмонией, ранние диагностические критерии заболевания у детей первого года жизни, представлены современные подходы к лечению пневмоний с позиций доказательной медицины.

Ключевые слова: дети, пневмония, классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение

Пневмония – одно из наиболее частых, потенциально угрожающих жизни заболеваний, которое сейчас в мире среди причин смерти переместилось с первого места далеко в середину списка, что связано с существенными успехами в её диагностике и лечении. Однако, по данным ВОЗ у детей первых 5 лет жизни, пневмония (17%), наряду с острыми диареями (9%) и малярией (7%) является одной из основных причин смерти у этой возрастной категории пациентов, составляя 1,1 млн. смертей в год (8). Указанное подтверждает актуальность проблемы и требует широкого ознакомления педиатров и врачей общей практики–семейной медицины с наиболее современными данными, касающимися этиологии, ранней диагностики и правильной лечебной тактики пневмоний с позиций доказательной медицины, поскольку от этого зависит хороший прогноз заболевания.

Пневмония – это группа разных по этиологии, патогенезу и морфологической характеристике острых инфекционно–воспалительных заболеваний легочной паренхимы, с преимущественным включением в патологический процесс респираторных отделов, обязательным наличием внутриальвеолярной воспалительной экссудации и диагностируемое по синдрому дыхательных расстройств и/или физикальным данным при наличии рентгенологических очаговых или инфильтративных изменений. Указанные критерии являются “золотым стандартом” диагностики, позволяющим дифференцировать пневмонию как преимущественно бактериальное заболевание от вирусных поражений нижних дыхательных путей (бронхитов и бронхолитов). Однако, это не значит, что без рентгенограммы нельзя поставить диагноз пневмонии (7).

Диагностика пневмонии. Типичными признаками пневмонии является кашель на фоне других клинических проявлений острой респираторной инфекции (ОРИ), а также (в большинстве случаев) повышение температуры тела выше 38°C (за исключением “атипичных” форм заболевания, которые наблюдаются в первые месяцы жизни ребёнка). При отсутствии лечения пневмонии, повышенная температура держится 3 дня и дольше, тогда как при бронхитах она обычно ниже 38°C или в течение 1–3 дней снижается. Важным критерием присоединения вторичной бактериальной флоры является повторный подъём температуры до фебрильных цифр на 3–5 день ОРИ.

Согласно принципов стратегии интегрированного ведения болезней детского возраста ВОЗ/ЮНИСЕФ о пневмонии свидетельствует наличие хотя бы одного из перечисленных признаков: учащение или затруднение дыхания, втяжение податливых мест грудной клетки, укорочение перкуторного звука, наличие локальных хрипов в лёгких и т.н. “пероральной крепитации” у детей первых 3 месяцев жизни.

При пневмонии учащённое дыхание (тахипное) наблюдается тем чаще, чем обширнее поражение легких и чем младше ребенок. Напомним, что при увеличении температуры тела на 1°C, ЧСС повышается на 10 сокращений, а ЧД на 0,5–11 дыханий за 1 минуту. Для пневмонии характерна определённая частота дыхания (в 1 мин.) в зависимости от возраста: ≥ 60 у детей 0–2 мес. (≥ 70 при тяжёлой инфекции), ≥ 50 – 2–12 мес., ≥ 40 – 1–4 лет (≥ 50 при тяжёлой инфекции) (8,10). Для детей первых 6 месяцев жизни при пневмонии характерно частое поверхностное дыхание или т.н., “порхающая одышка” Филатова. Тахипное есть наиболее чувствительным (61%*–79%***) и специфичным (79%*–65%***) признаком пневмонии (примечание:*у истощённых детей; **у детей, которые хорошо питаются) (1) и может быть её единственным проявлением, имея наибольшую прогностическую ценность (8).

Наличие бронхиальной обструкции, как правило, исключает “типичную” (вызванную пневмококками, гемофильной палочкой, стрептококками) внебольничную пневмонию и встречается лишь при т.н. “атипичных” формах и внутрибольничном заражении.

Для пневмонии характерно также укорочение перкуторного звука, но оно встречается лишь в половине случаев и его отсутствие не исключает заболевания. Это же относится и к локализованным над местом поражения влажным мелкопузырчатым или крепитирующим хрипам, к ослабленному и/или бронхиальному дыханию: их выявление позволяет поставить диагноз пневмонии, но их отсутствие этот диагноз не исключает. Втяжение податливых мест грудной клетки (рис. 1), а также стридор в состоянии покоя, раздувание крыльев носа (рис. 2), “кряхтящее” или “стонущее” дыхание являются признаками пневмонии у детей раннего возраста (2).

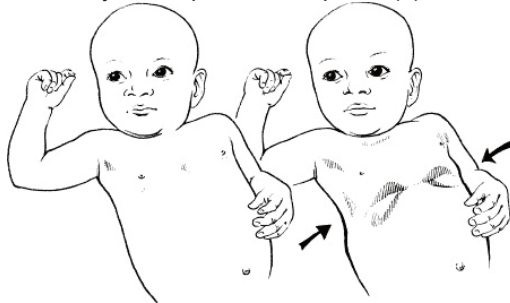


Рис.1. Втяжение податливых мест грудной клетки

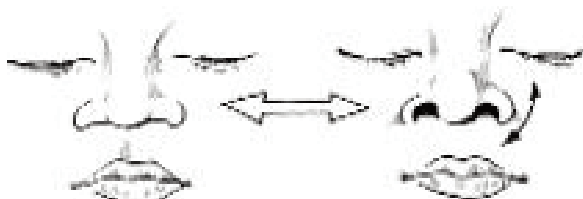


Рис.2.Стридор в состоянии покоя, раздувания крыльев носа

Експертами ВОЗ пропонувано алгоритм діагностики пневмонії (рис.3), що дозволяє виявити дітей, у яких при рентгенологічному дослідженні з високою ймовірністю будуть виявлені пневмонічні зміни, а при відсутності рентгенографії вповні оправдана антибіотикотерапія.

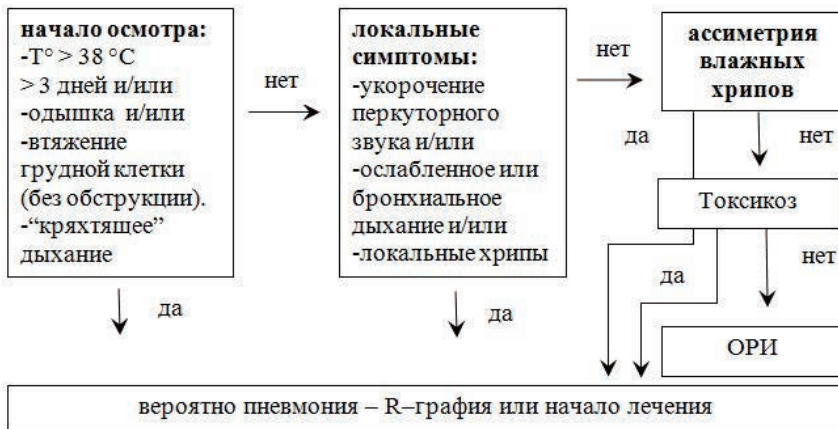


Рис. 3 Алгоритм диагностики пневмонии у детей

Алгоритм має високу чутливість (94%) і специфічність (95%), що дозволяє знизити гіпердіагностику пневмонії, скоротити число необґрунтованих рентгенограмм і антибіотикотерапії.

Лабораторні дані мають відносне значення, але лейкоцитоз $>15 \cdot 10^9/\text{л}$ і/або абсолютне число нейтрофілів $\geq 10 \cdot 10^9/\text{л}$, паличкоядерних форм $\geq 1,5 \cdot 10^9/\text{л}$, ускорена СОЗ вище 30 мм/час роблять діагноз пневмонії дуже ймовірним, хоча більш низькі цифри не виключають пневмонію.

Додаткові маркери бактеріальної інфекції: С-реактивний білок (>30 мг/л) і прокальцитонін (>2 нг/мл) дозволяють в 90% виключити вірусну інфекцію. Але їх низькі рівні бувають і при «атипічних» пневмоніях (3).

Класифікація пневмонії передбачає виділення її вне- і внутрібольничних форм, т.к. вони відрізняються за етіологією і, відповідно, потребують різних терапевтичних підходів. Внебольничні пневмонії виникають у дитини в звичайних умовах його життя, внутрібольничні –

через 72 часа пребывания в стационаре или в течение 72 часов после выписки. Выделяют пневмонии новорожденных (внутриутробные), развившиеся в первые 72 часа жизни ребенка; пневмонии, ассоциированные с искусственной вентиляцией легких (ИВЛ) (ранние – возникшие в первые 72 часа и поздние), а также пневмонии у лиц с иммунодефицитными состояниями.

Ранее различали “типичные” пневмонии, вызванные кокковой бактериальной флорой и т.н. “атипичные” – обусловленные внутриклеточными микроорганизмами (микоплазмой, хламидиями, реже, легионеллами, пневмоцистами). “Типичные” пневмонии характеризуются фебрильной лихорадкой, токсикозом, локальными необильными хрипами в лёгких и притуплением перкуторного звука, рентгенологически – гомогенными легочными очагами или инфильтратами с четкими контурами. “Атипичные” пневмонии рентгенологически выглядят как неомогенные инфильтраты без четких границ или диссеминированные очаги. Клинически их отличает отсутствие токсикоза, (а у детей первых 6 месяцев при хламидиозной инфекции – и температурной реакции), обилие мелкопузырчатых влажных хрипов, обычно асимметричных с преобладанием над пневмоническим фокусом и крепитацией с двух сторон. Однако в настоящее время, разделение пневмоний на “типичные” и “атипичные” имеет только историческое значение, т.к. часто возможна смешанная инфекция, а также “атипичная” клиника заболевания при т.н. “типичной” пневмококковой пневмонии. Кроме того, до сих пор не существует специфических, чувствительных тестов для дифференциальной диагностики вирусной и бактериальной этиологии пневмонии и поэтому, лечение заболевания, как правило, эмпирическое (6).

По распространённости поражений лёгочной ткани выделяют пневмонии очаговые (очагово–сливные), сегментарные, крупозные и интерстициальные. А также – осложнённые и неосложнённые.

Тяжесть пневмонии обуславливается токсикозом, легочно-сердечной недостаточностью, наличием осложнений (плеврит, инфекционно-токсический шок, легочная деструкция (при очагово–сливных формах). При адекватном лечении большинство неосложненных пневмоний рассасывается за 2-4 недели, осложненные за 1–2 месяца; затяжное течение диагностируется при отсутствии обратной динамики в сроки от 1,5 до 6 месяцев.

Этиология пневмоний. Выявление этиологического фактора при пневмонии остаётся проблемой, поскольку требуется выделение возбудителей из сред, которые в норме стерильны. На сегодня доказано, что многие организмы (бактерии, вирусы и грибы) могут вызвать пневмонию (3,4). Однако, за последние 35 лет произошли существенные изменения в этиологической структуре пневмонии, что связано с широким внедрением вакцинации против пневмококковой и Hib-инфекции, наличием пациентов с ВИЧ-инфекцией, изменениями в питании, урбанизацией. Это требует проведения глобальных исследований для оптимизации алгоритмов лечения и разработки новых стратегий профилактики заболевания. В настоящее время осуществляется

проект PERCH (Pneumonia Etiology Research for Child Health) для изучения этиологии пневмоний в 8 регионах земного шара (США, Бангладеш, ЮАР, Кения, Новая Зеландия, Мали, Таиланд, Замбия и Гамбия), для которых характерно тяжёлое течение заболевания. Результаты проекта позволят оптимизировать лечение пневмонии с учётом этиологического спектра возбудителей в зависимости от возраста ребёнка.

Новорожденные. В этом возрасте пневмонии часто имеют септическое происхождение. Вирусы поражают верхние дыхательные пути или вызывают бронхит, но часто осложняются бактериальной пневмонией либо появлением в легких ателектазов и участков вздутия (табл.).

Таблица

Этиологический спектр возбудителей при пневмонии у новорождённых

ПЕРИОД ИНФИЦИРОВАНИЯ МИКРООРГАНИЗМАМИ		
трансплацентарно	перинатально	постнатально
вирусы (ЦМВ, простого герпеса, ветряной оспы, краснухи), микобактерии туберкулёза, бледная спирохета	кишечные бактерии, микоплазмы, хламидии, листерии, анаэробы, вирусы простой герпес стрептококки группы В, гемофильная палочка	Респираторные вирусы (гриппа, парагриппа, РС, аденовирусы), ЕСНО-вирусы, псевдомонады, кишечные бактерии, кандиды, стафилококки (золотистый, эпидермальный)

Дети 1–6 месяцев. Часто наблюдаются пневмонии, вызываемые *S. pneumoniae* с постепенным началом без повышения температуры, кашель, тахипноэ, мелкопузырчатые влажные хрипы, отсутствие обструкции, лейкоцитоз ($>30 \cdot 10^9/\text{л}$) и эозинофилия ($>5\%$), на рентгенограммах—множество мелких очажков (как при милиарном туберкулезе). В анамнезе—патологические выделения из влагалища у матери и конъюнктивит у ребёнка в периоде новорождённости. У детей первых месяцев жизни и при иммунодефицитах чаще бывают внутрибольничные пневмонии, обусловленные штаммами, резистентными к пенициллину и/или к метициллину. При аэрогенном заражении в легких возникают сливные очаги со склонностью к некрозу, при сепсисе — очаг в интерстиции с последующим формированием абсцессов.

Аспирационная пневмония может проявляться как острая, с токсикозом, высокой температурой, одышкой или как малосимптомная с картиной бронхита. Бактериальный процесс обусловлен кишечной флорой, часто полирезистентной (*Proteus* spp., *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa*), а также анаэробами с локализацией в правой, реже в левой верхней доле. В фазе обратного развития она имеет вид неомогенной тени, часто с вогнутой нижней границей. Разрешение пневмонии длительное. Диагноз подтверждает наличие дисфагии, а рентгеноконтрастное исследование пищевода позволяет выявить гастроэзофагеальный рефлюкс и аномалии пищевода.

Внебольничные пневмонии в первые недели жизни обычно вызываются кокковой бактериальной флорой. В этом возрасте чаще всего они развиваются при иммунодефиците или муковисцидозе.

В возрасте 6 месяцев— 5 лет чаще пневмонии “типичные”. Их вызывают пневмококки, у 5–10% – гемофильная палочка типа b; лишь у 10–15% – микоплазма и *S.pneumoniae*. Пневмококковая пневмония может протекать как неосложненная с умеренным токсикозом, часто сопровождается образованием крупных очагов с последующей деструкцией, образованием внутрилегочных полостей и развитием плеврита. Пневмония, вызванная гемофильной палочкой типа b, встречается практически только до 5–летнего возраста. Она сопровождается гомогенным инфильтратом с плевритом (с геморрагическим экссудатом) и деструкцией на фоне невысокого лейкоцитоза и СОЭ. Пневмония, вызванная гемолитическим стрептококком группы А, развивается лимфогенно из очага в ротоглотке, чаще у детей 2–7 лет. Характерен выраженный интерстициальный компонент с очагами в обоих легких (часто с полостями), плевритом. Клиническая картина с бурным началом неотличима от таковой при пневмококковой пневмонии.

Дети и подростки 5–17 лет. Типичная крупозная пневмония свойственна подросткам. В этом возрасте пневмококк остается практически единственным возбудителем “типичных” пневмоний, которые составляют лишь 40–60% всех пневмоний, тогда как остальные пневмонии – “атипичные”, вызываются микоплазмой (до 45% у подростков) и хламидиями. Для них характерны: кашель, масса мелкопузырчатых хрипов, чаще асимметричных, покраснение конъюнктив при скудных катаральных симптомах, неомогенный инфильтрат, нормальное число лейкоцитов и умеренно ускоренная СОЭ; температура выше 39°C обычно сочетается с нетяжелым состоянием, что часто ведет к позднему (на 9–12-й день) обращению. *S.pneumoniae* в этом возрасте вызывает 15–25% пневмоний, иногда она сочетается с фарингитом и шейным лимфаденитом; характерны лихорадка, развитие бронхоспазма, отсутствие изменений крови. Без лечения протекает длительно. Диагностические критерии хламидийной пневмонии не разработаны, однако в пользу этой этиологии свидетельствуют антитела класса IgM (микро-ИФА) в титре 1:8 и выше, IgG — 1:512 и выше или 4-кратное нарастание их титра.

Осложнения пневмоний. Пневмококки ряда серотипов, стафилококки, *H.influenzae* типа b, бета-гемолитический стрептококк группы А, клебсиеллы, синегнойная палочка, сerratии вызывают синпневмонический гнойный плеврит и рано нагнаивающиеся инфильтраты с полостями деструкции в легких. Снижение иммунного ответа (первичный иммунодефицит, недоношенность, тяжелая гипотрофия) или отсутствие эффективности очищения бронхов (муковисцидоз, инородное тело, аспирация пищи и др.) утяжеляют процесс. До опорожнения гнойника удерживается стойкая лихорадка и нейтрофильный лейкоцитоз, которые часто сочетаются с серозно-фибринозным метапневмоническим плевритом иммунопатологической природы с 5–7 – дневной лихорадкой и ускорением СОЭ на 2 неделе болезни.

Дыхательная недостаточность характерна для диссеминированных процессов (пневмоцистоз, хламидиоз у детей от 0 до 6 мес). Токсические

осложнения (нарушения со стороны ЦНС, сердца, микроциркуляции, кислотно-щелочного состояния, диссеминированного внутрисосудистого свертывания) зависят от тяжести процесса и адекватности терапии. Их следует отличать от компенсаторных сдвигов (гиперкоагуляция, олигурия, снижение объема циркулирующей крови менее чем на 25%, уровня гемоглобина и сывороточного железа, компенсированный ацидоз), коррекция которых нецелесообразна и может быть опасной.

Тактика антибактериальной терапии при пневмонии должна учитывать вероятную этиологию болезни. И хотя невозможно точно определить этиологию пневмонии по клинико–рентгенологическим данным, тем не менее, врач в большинстве случаев может очертить круг вероятных возбудителей с учётом возраста пациента и назначить препарат соответствующего спектра. Эффективность препарата оценивается по снижению температуры ниже 38°C через 24–36 часов лечения, а при осложненных формах – через 2–3 дня при улучшении состояния и аускультативных данных.

Новорожденные. Для эмпирического лечения пневмоний, возникших в первые 3 дня после родов (в т.ч. у детей, находящихся на ИВЛ) используют ампициллин (или амоксициллин/клавуланат) в комбинации с аминогликозидом или цефалоспорином III поколения. Возникшие в более поздние сроки нозокомиальные пневмонии требуют введения в комбинации с цефалоспоридами аминогликозидов, ванкомицина, а при высеве псевдомонад – цефтазидима, цефоперазона или имипенема/циластатина.

Дети 1–6 месяцев жизни. Препаратами выбора при “атипичных” пневмониях (чаще всего хламидийной) есть макролиды. Азитромицин по 10 мг/кг/сутки 5 дней или 1 доза 30 мг/кг. С учетом опасности пилоростеноза у детей до 2 месяцев жизни обосновано применение 16-членных макролидов (мидекамицин 50 мг/кг/сут, джозамицин 30–50 мг/кг/сут, спирамицин 150 000 МЕ/кг/сут) (имеют менее выраженное прокинетиическое действие) 7–10 дней.

При пневмоцистозе отмечается сходная с хламидиозом клиническая картина пневмонии и при неэффективности макролидов показано использование ко-тримоксазола (10–15 мг/кг/сут по триметоприму).

При “типичных” пневмониях применяют стартовую терапию амоксициллином/клавуланатом (90 мг/кг/сут) в/в, цефуросимом (50 мг/кг/сут) в/в или в/м, цефотаксимом (100 мг/кг/сут) или цефтриаксоном (80 мг/кг/сут) для подавления как вероятной грамотрицательной флоры, так и пневмококков.

Дети старше 6 мес. При тяжелой, в т.ч. осложненной, пневмонии пациента срочно госпитализируют. Показаниями к госпитализации являются: дети младшего возраста (а до 6 месяцев–обязательно!); дыхательная недостаточность II–III степени; потребность в кислородной терапии; выраженная интоксикация; дегидратация, невозможность получать жидкость перорально; неблагоприятный преморбидный фон, иммунодефициты, аномалии развития; подозрение на стафилококковую этиологию пневмонии и наличие осложнений; неэффективность домашнего лечения в течении 24–36 часов; невозможность обеспечить эффективный уход в домашних условиях.

Обязательным в лечении пневмонии является использование антибиотиков (чаще бета-лактамов), которые вводят парентерально, а при наступлении эффекта их заменяют на оральные формы, осуществляя ступенчатую или последовательную антибиотикотерапию (6).

О тяжести пневмонии свидетельствует наличие у больного хотя бы одного из следующих симптомов, независимо от уровня температуры: втяжение межреберий при отсутствии бронхообструкции; стонущее (кряхтящее) дыхание, акроцианоз; токсикоз (отказ от еды и питья, сонливость, нарушение сознания, резкая бледность при повышенной температуре) (4). При нетяжелой неосложненной внебольничной пневмонии и при сомнении в диагнозе начало терапии можно отложить до рентгенологического подтверждения. Для лечения неосложнённых нетяжелых пневмоний используют антибиотики для орального применения. При признаках “типичной” пневмонии назначают бета-лактамы препараты, при “атипичной” – макролиды. В сомнительных случаях оценивают эффект лечения через 24–36 часов и, при необходимости, меняют препарат либо, при невозможности оценки, назначают 2 препарата разных групп сразу. Достижение эффекта от назначения макролидов не обязательно указывает на “атипичный” характер пневмонии, поскольку они действуют также и на пневмококки. Длительность лечения неосложнённых пневмоний составляет 5–7 дней (2–3 дня после снижения температуры). При пневмоцистозе (у ВИЧ-инфицированных) используют ко-тримоксазол в дозе 20 мг/кг/сутки (расчет по триметоприму).

Из препаратов для приема внутрь на сегодня интерес представляют антибиотики, выпускающиеся в лекарственной форме пролекарств (цефодокс).

При выборе препарата для лечения внутрибольничных пневмоний следует учитывать предыдущую терапию; оптимально лечение по бактериологическим данным. Фторхинолоны используют у лиц >18 лет, у детей – только по жизненным показаниям. При анаэробных процессах применяют амоксициллин/клавуланат, метронидазол, при грибковых – флуконазол.

Другие виды терапии. В остром периоде дети практически не едят, по-этому появление аппетита есть признаком улучшения состояния. Витамины можно использовать при нерациональном питании ребёнка до болезни.

Соблюдение питьевого режима (1 л/сут и более) и оральная гидратация обязательны. Внутривенное введение жидкости в большинстве случаев не показано. При необходимости введения в вену препаратов общий объем жидкости не должен превышать 20–30 мл/кг/сутки, помня, что инфузии кристаллоидов более 50–80 мл/кг/сутки чреваты развитием отека легких II типа.

У больных с массивным инфильтратом, гнойным плевритом (цитоз >5000), гиперлейкоцитозом оправдано введение антипротеаз (контрикал, гордокс) для профилактики деструкции – но только в первые 2–3 дня болезни.

В случае развития ДВС-синдрома (обычно в сочетании с нарушением микроциркуляции (мраморность кожи, холодные конечности при высокой температуре) показано назначение гепарина в/в или п/к (200–400 ЕД/кг/сутки в 4 приема), реополиглюкина – 15–20 мл/кг/сутки, бикарбоната, стероидов.

Інфекційно–токсический шок потребує введення вазотонічних засобів (адреналін, мезатон), стероїдів, боротьби з ДВС–синдромом. В цьому випадку ефективний також плазмаферез (7).

Лікування дисфагій у грудних дітей з аспіраційною пневмонією передбачає підбір позиції годівлі, корекція густоти їжі та діаметра отвору соски. При неуспеху цих заходів використовують годівлю через зонд, усунування гастрозофагального рефлюксу. Антибіотики таким дітям призначають тільки в гострому періоді (захисні пеніциліни, цефалоспорины II–III покоління з аміноглікозидами). Вне обострення, навіть при обильних мокроты і хрипах, їх не вводять. Гіперсекрецію слизу зменшують протигістамінними препаратами курсами до 2 тижнів.

Багаточисленні рекомендації по т.н. патогенетичній терапії пневмонії – імунomodulatory, “дезінтоксикаційні”, “стимулюючі”, “загальноукреплючі” засобів не мають доказателів бази і не покращують результат захворювання, а тільки збільшують лікування і створюють ризик ускладнень. Введення білкових препаратів обґрунтовано при гіпопротеїнемії, еритроцитарної маси – при падінні рівня гемоглобіну <50 г/л, препаратів заліза – при збереженні анемії в періоді реконвалесценції. Фізіотерапевтичні процедури на грудну клітку, в т.ч. і в періоді репарації, неефективні і на сьогодні мають тільки історичне значення.

Література

1. Bull World Health Organisation / Falade A.G. [et al.]. - 1995. – 73p.
2. Integrated Management of Childhood Illness. World Health Organization. - 2012.
3. Mandell Lionel A., Wunderink Richard. Pneumonia. In: Fauci A.S. [et al.] Principles of Internal Medicine (17th ed.). - New York: McGraw-Hill, 2008. <http://www.accessmedicine.com>.
4. Nelson Textbook of Pediatrics. By Robert M. Kliegman, Bonita M.D. Stanton, Joseph St. Geme [et al.]. - 19th edition, Saunders, Elsevier Inc., 2011.
5. In settings where these vaccines are not used. Burden of Disease caused by Streptococcus pneumoniae in children younger than 5 years: global estimates / O'Brien K., Wolfson L., Watt J. [et al.] // Lancet. – 2009. – Vol. 374. – P. 893-902.
6. Pulmonary / Respiratory Therapy Secrets. Секрети пульмонології. Поллі Е. Парсонз, Джон Е. Хеффнер. – Москва: Медпресс-інформ, 2004.
7. Стивен М. Селбст, Кейт Кронэн, Секреты неотложной педиатрии. – 2006.
8. <http://www.utdol.com>. Up To Date. - 2011.
9. <http://www.antibiotic.ru>
10. <http://www.who.int/child-adolescent-health/integr.htm>

Г.В. Бекетова

Пневмонія у дітей: класифікація, етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування (клінічна лекція)

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика

Мета. Ознайомити педіатрів, дитячих пульмонологів, лікарів загальної практики–сімейної медицини з питаннями, що стосуються сучасних уявлень щодо етіологічної структури, патогенезу, класифікації, клінічних проявів

пневмоній у дітей залежно від віку та лікування захворювання відповідно до вітчизняних протоколів та підходів, визнаних у світі.

Результати. В клінічній лекції Бекетової Г.В. “Пневмонія у дітей: класифікація, етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування” надані сучасні дані, що стосуються актуальної проблеми педіатрії – пневмоній у дітей різних вікових груп. Розглянуті питання інтегрованого ведення дітей з пневмонією, ранні діагностичні критерії у дітей першого року життя, найсучасніші підходи до лікування пневмоній з позиції доказової медицини.

Ключові слова: діти, пневмонія, класифікація, етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування

G. V. Beketova

Pneumonia in Children: Classification, Etiology, Pathogenesis, Clinical Picture, Diagnosis, Treatment

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Objective. To acquaint pediatricians, pediatric pulmonologists, general practitioners with the issues related to the present-day concept of the etiological structure, pathogenesis, classification, clinical presentations of pneumonia in children, depending on their age and the disease treatment in accordance with the national protocols and the world standards.

Results. G. Beketova's clinical lecture “Pneumonia in children: classification, etiology, pathogenesis, clinical picture, diagnosis, treatment” focuses on the pediatric actual problems relevant to pneumonia in children of different age groups. It also treats the issues of the integrated management of children with pneumonia, early diagnostic criteria of the disease in infants; it presents modern approaches to treating pneumonia from the standpoint of evidence based medicine.

Keywords: children, pneumonia, classification, etiology, pathogenesis, clinical picture, diagnosis, treatment.

Відомості про автора:

Бекетова Галина Володимирівна - д.мед.н., професор, зав. кафедрою дитячих і підліткових захворювань НМАПО імені П.Л.Шупика. Адреса: Київ, вул. Копиловського, 1/7, тел.: (044) 468-40-51.