

Тема: Распространенность пневмонии у детей на Юге Республики.

Омурзак к Салтанат

ординатор 2 года ФПМО ОШГУ

Руководитель: Маткасымова А.Т
Эргешова К.

* Несмотря на успехи современной медицины, пневмония остается серьезной проблемой в мире и особенно актуальна для детей раннего возраста.

Согласно современным подходам к определению пневмонии, у детей, как и у взрослых, выделяют два основных вида пневмонии: внебольничную и госпитальную (нозокомиальную). Эта дифференциация чрезвычайно важна для выбора стартовой антибактериальной терапии. Успех антибактериальной терапии и исход пневмонии зависят от целого ряда факторов, поэтому педиатр при осмотре детей с симптомами острого респираторного заболевания должен ответить на целый ряд вопросов, чтобы правильно оценить как анамнестические, так и клинические, физикальные, лабораторные данные для безошибочного диагноза и проведения рациональной антибактериальной терапии.

* В современной педиатрии пневмония определяется как острое инфекционное воспаление легочной паренхимы, диагностируемое на основании характерных клинических и рентгенологических признаков. Наличие рентгенологических признаков – золотой стандарт диагностики пневмонии.

- * Цель исследования изучить частоту, структуру и особенности течения пневмонии у детей на юге Республики.

* Проведен ретроспективный анализ из истории болезней детей, получавших стационарное лечение в отделении респираторной патологии Ошской межобластной детской клинической больнице (ОМДКБ) за 2019 - 2021 годы. В отделении респираторной патологии общем количестве было госпитализировано 5930 детей .

➤ №		➤ Количество (%)
➤ 1	➤ Ошская область	➤ 3676(62%)
➤ 2	➤ город Ош	➤ 1779 (30%)
➤ 3	➤ Батканская область	➤ 177(3%)
➤ 4	➤ Джалал-Абадская область	➤ 237 (4%)
➤ 5	➤ Город Бишкек	➤ 59(1%)

По районам Ошской области

3676

➤ №	➤ Районы	➤ Количество (%)
➤ 1	➤ Кара -Суу	➤ 2205(60%)
➤ 2	➤ Узген	➤ 551(15%)
➤ 3	➤ Ноокат	➤ 367(10%)
➤ 4	➤ Араван	➤ 257(7%)
➤ 5	➤ Кара- Кулжа	➤ 147(4%)
➤ 6	➤ Алай	➤ 110(3%)
➤ 7	➤ Чон -Алай	➤ 36 (1%)

* Вывод : За 2019 - 2021 года по указанным данным основной контингент больных состоит г.Ош – 30% и Кара – Суйский район 60%, что связано с территориальной близостью населения Кара – Сууйского района и закрытием на красную зону ГДИБ.

№	Наименование	Количество (%)
1.	Выписано больных за два года	5930
2.	Пневмония:	5337 (90%)
2.1	Двухсторонняя пневмония	4910 (94%)
2.2	Правосторонняя бронхопневмония	213 (4%)
2.3	Левосторонняя бронхопневмония	106 (2%)
3.	Бронхиолит	474 (8%)
4.	Обструктивный бронхит	118 (2%)

* Из таблицы можно увидеть что больные с пневмонией превышают других больных . Пневмония составило 5337 (90%), количество заболевших бронхолитом составило 474 (8%) и обструктивный бронхит 118 (2%). Бронхо обструктивный синдром у детей раннего возраста проявляется дыхательной недостаточностью, приступами экспираторного удушья, особенно у детей имеющих фоновые состояния (аллергическая настроенность, атопия, ЭКД(экссудативной катаральный диатез) и дети с высокой массой тела.

По возрастам общее количество 5930

№	Возраст	Количество (%)
1.	От 0- 6 мес	889 (15%)
2.	От 7- 1года	4151 (70%)
3.	От 2 года – 5 лет	593 (10%)
4.	Выше 6 лет	296 (5%)

Вывод : Из таблицы можно выявить что дети до года болеют чаще чем другие , так как от 7 мес - 1 года составляет 4151 (70%) и 0- 6 мес 889 (15%).

Большенство ВП у детей вызывают 2 возбудителя

* **Типичная**

Возраст	Возбудитель	Частота
0 – 6 мес	E.Coli , Enterobacteriaceae, S. pneumoniae, H.influenzae, S. Aureus.	60% 30%
6 мес -6 лет	S. Pneumoniae, H.influenzae.	85-90% 10%
7 – 15 лет	H.influenzae, S. Pneumoniae.	40%

Атипичная

Возраст	Возбудитель	Частота
0 – 6 мес	<i>C. trachomatis</i>	10%
6 мес -6 лет	<i>M. pneumoniae</i> , <i>C. pneumoniae</i> ,	Менее 10% Еще реже
7 – 15 лет	<i>M. pneumoniae</i> , <i>C. pneumoniae</i>	20-30%

Клиническая диагностика внебольничной пневмонии

Повышение температуры тела до 38 и выше градусов

Кашель

Снижение SPO2 ниже 92%

Центральный цианоз

Учащенное дыхание

Втяжение нижней части грудной клетки

Раздувание крыльев носа

Беспокойство

Заторможенность

Рвота

Неспособность сосать грудь матери

Рентгенологические критерии пневмонии

- * Типичная : уплотнение легочной ткани (альвеолярный инфильтрат), скрывающее край сердца, диафрагмы, рисунок сосудов и бронхов.
- * Атипичная: неомогенный неплотный инфильтрат без четких границ, на его фоне различим брохо-сосудистый рисунок.
- * Интерстициальный – с усилением легочного рисунка.

Клинический случай.

Девочка в возрасте 1 год и 3 мес поступила в клинику на 5-й день болезни

- Клиническая картина болезни

- * – Повышение температуры тела до фебрильных цифр в течение 5 дней;
- сухой кашель приступообразного характера;
- беспокойство;
- рвота;
- при физикальном исследовании выявлены изменения в легких в виде асимметрии перкуторных и аускультативных звуков: ослабление дыхательных шумов (преимущественно слева), укорочение перкуторного звука.

Амбулаторное лечение ребенка.

- * • Лечилась на дому участковым педиатром с диагнозом ОРВИ, подозрение на левостороннюю пневмонию
 - от госпитализации мать ребенка отказалась;
 - со 2-го дня болезни получала азитромицин, ингалипт спрей, ибупрофен.
 - продолжала кашлять, температура тела увеличилась до 39,5°C;
 - Поступила в ОРП ОМДКБ на 5-й день болезни в связи с отсутствием эффекта от терапии.

* Комментарии по ведению пациента на догоспитальном этапе

- В данном случае имеет место острое респираторное заболевание у ребенка раннего возраста с признаками поражения нижних дыхательных путей, а не элементарная острая респираторная вирусная инфекция (высокая температура в течение нескольких дней, интоксикационный синдром, кашель, асимметрия физикальных данных в легких).
- Учитывая ранний возраст ребенка, была необходима госпитализация в стационар.

- * • В отношении терапии: если врач предполагал наличие у ребенка ОРВИ, то не стоило назначать антибактериальную терапию, если же – пневмонию, то стартовый антибиотик с точки зрения как международных рекомендаций, так и протокола лечения пневмонии у детей выбран неправильно: макролиды не являются стартовым антибиотиком для лечения пневмонии у детей раннего возраста . В данной ситуации наиболее целесообразным было бы назначение в качестве стартового антибиотика амоксициллина/амоксиклав

Результаты физикального обследования в стационаре

* • Витальные функции

- * - Сатурация кислорода- 85 %.
- t тела – $39,2^{\circ}\text{C}$;
- частота сердечных сокращений (ЧСС)– 146 уд/мин;
- частота дыхания (ЧД)– 56 в минуту;
- артериальное давление (АД) – 100/65 мм рт. ст.

* • Обследование

- сухой навязчивый приступообразный кашель;
- одышка смешанного характера с участием вспомогательной мускулатуры;
- аускультативно: ослабленное дыхание в нижних отделах, больше слева, там же выслушивались мелкопузырчатые влажные хрипы.

Рентгенограмма легких

- (при поступлении в стационар)

Зак: сливная инфильтрация
легочной ткани

Результаты проведенной
антибактериальной и
симптоматической терапии дало
положительный эффект и
ребенок был выписан домой с
улучшением.

* Выводы

- Внебольничная пневмония остается серьезным заболеванием, которое может протекать не только в виде легких форм, но и как тяжелое, угрожающее жизни заболевание, особенно в раннем детском возрасте.
- Этиология современной пневмонии чаще всего имеет бактериальный характер и вызывается широким спектром возбудителей, среди которых лидируют пневмококк и гемофильная палочка.
- Исход пневмонии зависит от ранней диагностики и стартовой эмпирической антибактериальной терапии.
- Стандартизация современных протоколов по диагностике и лечению внебольничной пневмонии позволяет минимизировать ошибки на поликлиническом и стационарном этапах ведения больных, добиться сокращения сроков лечения, уменьшения летальных исходов и тяжелых осложнений.

* .

* Литература

1. Корманный справочник Бишкек 2016 г.
- * 2. Антибактериальная терапия. Практическое руководство / Под ред. Л.С. Страчунского, Ю.Б. Белоусова, С.Н. Козлова. – М., 2000.
3. Волосовец А.П., Кривопустов С.П. Мистецтво лікування. – 2006 (Інтернет-видання.).
4. Страчунский Л.С., Жаркова Л.П. Антибактериальная пневмония внебольничных пневмонии
8. Таточенко В.К. // РМЖ. – 1999. – Т. 7, № 4; Лечащий врач. – 2002. – № 10.

Спасибо за внимание !