

Особенности течения
внебольничной
пневмонии с
обструктивным
синдромом у детей
раннего возраста.



ДОКЛАДЧИК: ДЫЙКАНБАЕВА
АЛИНА ЭРКИНОВНА

КУРАТОР: АКИЕВА ЗАМИРА
ЭРКИНБАЕВНА

Актуальность:

- ▶ Несмотря на успехи современной медицины, пневмония остается серьезной проблемой в мире и особенно актуальна для детей раннего возраста. По данным UNICEF (2006), от пневмонии ежегодно умирает **2 млн** детей в возрасте до 5 лет.
- ▶ 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.

Цель лекции:

- ▶ Показать на примере клинического разбора истории болезни особенности развития внебольничной пневмонии у детей раннего возраста, современные подходы к диагностике, дифференциальной диагностике и лечению больных пневмонией.

Пневмония

- ▶ **Пневмония** - острое инфекционно-воспалительное заболевание легочной паренхимы, диагностируемое по синдрому дыхательных расстройств и/или физикальным данным, а также инфильтративным изменениям на рентгенограмме.
- ▶ **Этиология :**











Презентация клинического случая

- **22.11.2022** года в приемный покой ОМДКБ поступила девочка в возрасте 11 мес, с жалобами на :
 - повышение температуры тела до фебрильных цифр в течение 1 недели;
 - сухой кашель приступообразного характера;
 - выраженное беспокойство;
 - одышка;
 - затрудненное дыхание;
 - пероральные хрипы;
 - отсутствие аппетита;

История болезни:

Из анамнеза выяснено: ребенок неоднократно получал стац.лечение в городе Кызыл-Кия по поводу пневмонии. Последний раз с 9.11.22 по 16.11.22 где получали ампициллин,дексаметазон,сальбутамол. После выписки домой, через неделю у ребенка снова отмечалось повышение температуры тела до 38,5*, одышка, пероральные хрипы, в связи с чем обратились в ОМДКБ, ребенок был осмотрен совместно с реаниматологом и кардиологом и по тяжести состояния госпитализирован в ОРП.

История жизни:

- Ребенок от 3 беременности и 3 родов.
- Беременность протекала на фоне ОРИ 3-4 раза,анемии Hb-102 г/л, токсикоза и угрозы.
- Роды в срок на 39 неделе путем Кесарева сечения (поперечное предлежание), ВПР 3500,0.
- искусственное вскармливание с 3-го месяца жизни;
- вакцинирована согласно календарю прививок;
- контакта с инфекционными больными не отмечалось.

Состояние ребенка при поступлении:

- ▶ Температура тела 38,7*
- ▶ Рост 76 см
- ▶ Вес 12 кг
- ▶ Чд 70 в мин
- ▶ ЧСС 138 уд. в мин.
- ▶ SpO2 89%
- ▶ Телосложение: гиперстеническое
- ▶ Объективно выявлено: расстройство дыхания, раздувание крыльев носа, втяжение нижней части грудной клетки, стоны, кивательные движения головы. В лёгких сухие, свистящие хрипы. Сog тоны приглушены, ритмичные.



Результаты исследования:

- ▶ На основании вышеизложенных жалоб и данных клинической картины был выставлен клинический диагноз : **внебольничная двусторонняя пневмония, с обструктивным синдромом.**
- ▶ **Осложнение: Острая дыхательная недостаточность 2 степени.**
- ▶ Но следует отметить, что клинических данных для диагностики пневмонии недостаточно, обязательным компонентом диагностического процесса является рентгенологическое и лабораторно-диагностическое обследования, которые позволяют определить характер воспалительного процесса в легких и в сочетании с клиническими данными выставить более точный диагноз.

Дальнейшая тактика ведения:

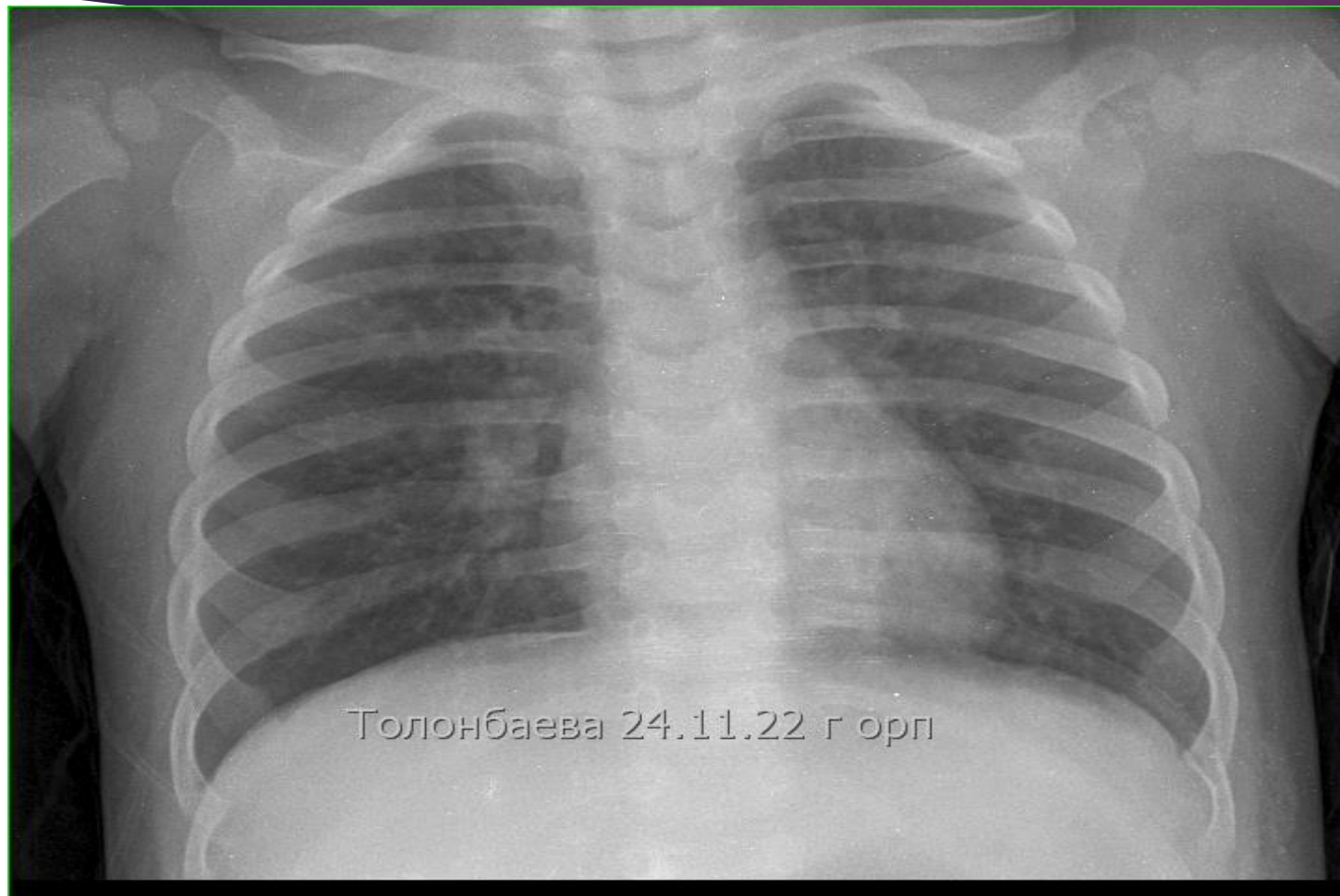
- ▶ **План обследования:**
- ▶ Развернутый анализ крови
- ▶ Кровь на СРБ
- ▶ Кровь на ВИЧ
- ▶ Общий анализ мочи
- ▶ Рентген грудной клетки
- ▶ Кал на капрологию
- ▶ Эхо Доплер сердца
- ▶ УЗИ брюшной полости, почек и МВП.

Лабораторные и рентгенологические данные:

Развернутый анализ крови:

- ▶ Гемоглобин – 93 г/л
- ▶ Эритроциты – $3,4 \cdot 10^{12}/л$
- ▶ • лейкоциты $-8,4 \cdot 10^9/л$
- ▶ • палочкоядерные нейтрофилы – 1%
- ▶ • сегментоядерные нейтрофилы – 59%
- ▶ • лимфоциты – 37%
- ▶ • тромбоциты – $180 \cdot 10^9/л$
- ▶ • СОЭ – 8 мм/ч
- ▶ **Кровь на СРБ:** (++) 96
- ▶ **Кровь на ВИЧ:** отрицательно

Рентген грудной клетки:



- ▶ На обзорной R-грамме органов грудной клетки в прямой проекции от 24.11.22
Заключение: Двусторонняя полисегментарная пневмония

План лечения:

Режим больничный

Оксигенотерапия из расчета 1,5 л /мин до стабилизации сатурации

Сальбутамол по 3 вдоха x 3 раза в день

Дексаметазон 0.6 мг/кг

Магnezия сульфат 25% - 0,2мл/кг в/в капельно на физ.р-ре 0,9% -30 мл медленно!

Цефруз 100 мг/кг x 2 раза в день в/в струйно

Динамика состояния:

- ▶ Состояние ребенка оставалось тяжёлым за счёт расстройства дыхания и интоксикации организма.
- ▶ В плане лечения на 3-е сутки антибиотик был заменён на Цефтриаксон из расчета 80 мг/кг на физ р-ре 0.9% -30 мл в/в капельно
- ▶ Сальбутамол заменён на ингаляцию с бередуалом по 10 капель x 2 раза в день
- ▶ С бронхорасширяющей целью назначен Эуфиллин 2,4% -5 мл/кг на физ р-ре 0.9%- 20мл в/в капельно
- ▶ На 6- е сутки состояние ребенка улучшилось, исчезли симптомы дыхательной недостаточности, сон и аппетит нормализовался, ребенок активный.
- ▶ Ребенок был проконсультирован аллергологом: заключение: АГД. Иммунодефицитное состояние.
- ▶ На 8-е сутки у ребенка снова появилась одышка, затруднённое дыхание, рвота. Учитывая тяжесть состояния а/б заменён на амикацин из расчета 20мг/ кг в/в струйно 2раза в день.
- ▶ На утро состояние ребенка стабилизировалось, одышка уменьшилась, рвота прекратилась.

Динамика состояния:

- ▶ Состояние ребенка за период лечения оставалось средне-тяжелым, в связи с чем был необходим консилиум врачей в составе с зам. директора по лечебной части Бекажиева К.А.
- ▶ Решение консилиума: в плане обследования сдать кровь на сывороточное железо, печеночный тест, кровь на ЦМВ, ВПГ, хламидии.
- ▶ В плане лечения ингаляция с бередуалом продолжить, а/б заменить на меристат по 12КГ x 2 раза и назначен Преднизолон 1мг/кг перорально.

Лабораторные данные при выписке:

- ▶ Кровь на СРБ от 7.12.22 результат отрицательный
- ▶ РАК: Нв 86г/л, СОЭ 5мм/ ч.
- ▶ Железо в сыворотке крови: 8,9 мм/л
- ▶ Общий белок: 61,2 г/л
- ▶ Печеночные тесты: Общий билирубин 5,16 мкмоль/л
- ▶ АлАТ 0,10 ммоль/л
- ▶ АсАТ 0,06ммоль/л
- ▶ Тимоловая проба 0,85 ед.

Результаты проведенной терапии:

В состоянии ребенка отмечалась положительная динамика, сон и аппетит хороший, ребенок активный, кожные покровы и слизистые бледно-розовой окраски. В лёгких дыхание жесткое, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез регулярный.

Через 18 дней ребенок был выписан из стационара.

Мать ознакомлена с признаками «Когда обратиться к медицинскому работнику.»

1. Ребенок не может пить или сосать
2. Состояние ребенка ухудшилось
3. Лихорадка не снижается
4. Ребенок с кашлем: затрудненное или учащенное дыхание
5. Ребенок летаргичен (сонлив) или без сознания
6. Рвота после приема любой пищи или питья
7. Если у ребенка были судороги.
8. **Немедленно обратиться в больницу!**

Рекомендации:

- ▶ Продолжить Ферротерапию из расчета 2,5мг /кг x 1 раз в сутки в течении 30 дней. Сдать повторно ОАК через 12 дней.
- ▶ Флуконазол 100 мг по 1 кап. 1 раз в день 3 дня
- ▶ Беклазон 50мг x 1 раз вечером в течении 1мес.
- ▶ Пробиотики: Линекс малыш по 1саше x 2 раза в день

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.

Спасибо за внимание!

