

ПЕРСПЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Хамдамова Мехринисо Рустам кизи

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии

Махмадалиева Рано Кобиловна

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии

Халиярова Илхама Карабаевна

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии

Аннотация: В статье представлены данные об актуальности, распространенности и критериях диагностики пневмонии у детей в контексте анализа данных Всемирной организации здравоохранения. С учетом данных доказательной медицины, проведенных популяционных исследований спектра основных возбудителей внебольничной пневмонии у детей разного возраста и разработанного на основании этих данных алгоритма эмпирического назначения антибактериальной терапии внебольничной пневмонии у детей обоснована возможность назначения β -лактамого перорального антибиотика из группы цефалоспоринов II поколения — препарата Зиннат™.

Ключевые слова: дети, внебольничная пневмония, антибиотикотерапия.

Внебольничная пневмония (ВП) у детей — актуальная проблема современной педиатрии, необходимость широкого освещения которой в медицинской литературе подтверждена данными Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) (Информационный бюллетень № 331; ноябрь 2013 г.) [2]: — пневмония является главной причиной смертности детей во всем мире; — ежегодно пневмония уносит жизни примерно 1,1 миллиона детей в возрасте до пяти лет. Это больше, чем СПИД, малярия и корь, вместе взятые; — пневмонию могут вызывать вирусы, бактерии и грибки; — пневмонию можно предупредить с помощью иммунизации, адекватного питания и устранения экологических факторов; — пневмонию, вызванную бактериями, можно лечить антибиотиками, однако только около 30 % детей с пневмонией получают необходимые им антибиотики.

Специалисты ВОЗ и ЮНИСЕФ еще в 2009 году объявили пневмонию основной причиной смерти детей до пяти лет и декларировали «Глобальный план действий по профилактике пневмонии и борьбе с ней (GAPP)», в котором в качестве основного эффективного метода снижения детской смертности

рассматривалось управление наиболее частыми возбудителями пневмонии [2]. В 2022 году, по данным ВОЗ, в мире было зарегистрировано 6,6 миллиона случаев смерти среди детей в возрасте до пяти лет (информационный бюллетень № 178; сентябрь 2017 г.), основными причинами смерти которых оставалась пневмония (17 %), а также осложнения, связанные с преждевременными родами (17 %), асфиксия ребенка при рождении (11 %), диарея (9 %) и малярия (7 %) [2].

Поэтому в 2017 году ВОЗ и ЮНИСЕФ продолжили работу согласно «Глобальному плану действий по борьбе с пневмонией и диареей», среди основных целей которого — активизация борьбы с пневмонией в мире, что должно осуществляться путем проведения комбинированных мероприятий по защите детей от пневмонии, ее профилактике и лечению, что включает следующее [3]: — защиту детей от пневмонии, в том числе стимулированием исключительного грудного вскармливания и мытья рук, а также уменьшением загрязнения воздуха внутри помещений; — профилактику пневмонии с помощью вакцинации; — лечение пневмонии: обеспечение правильного лечения для каждого ребенка — либо с помощью работника здравоохранения на уровне отдельных сообществ, либо, в случае тяжелого заболевания, в медицинском учреждении, а также предоставление антибиотиков и кислорода, необходимых для выздоровления.

Показатель заболеваемости внебольничной пневмонией в большинстве стран составляет 10–12 %, варьируя в зависимости от возраста, пола, расовой принадлежности и социально-экономических условий обследуемых популяций [4]. Распространенность ВП в мире составляет от 3 до 12 случаев на 1 тыс. населения. В Узбекистане в 2019 году заболеваемость ВП составила 2,6 на 1 тыс. населения, что превышало аналогичные показатели за предыдущие годы, а на 1 тыс. детей в возрасте от 1 месяца до 15 лет уровень заболеваемости пневмонией составляет от 4 до 20 случаев, при этом показатель летальности от пневмонии в нашей стране в среднем составляет 7,1 на 10 тысяч детского населения, а как причина смертности у детей раннего возраста регистрируется в 5–10 %.

Заболеваемость пневмонией в Узбекистане, по данным разных авторов, составляет 14–15 %, а общее число больных ежегодно превышает 500 тыс. человек [2]. В странах Европы данные показатели колеблются в пределах 34–40 случаев на 1 тыс. детского населения. За последние годы в странах с высоким уровнем экономического развития показатели смертности среди детей от ВП не

превышают 10–12 %, однако в странах третьего мира летальность от пневмонии остается очень высокой [1].

Диагностический алгоритм верификации пневмонии стандартизирован, основан на общепринятой клинической симптоматике пневмония диагностируется при наличии комплекса симптомов общей интоксикации, лихорадки, катаральных проявлений (продуктивный кашель), дыхательной недостаточности (одышка, участие в дыхании вспомогательной мускулатуры, акроцианоз и др.), перкуторных (локальное укорочение перкуторного тона) и аускультативных (жесткое или бронхиальное дыхание, крепитация, асимметричные влажные мелкопузырчатые хрипы) изменений в легких, подтверждается наличием легочных инфильтратов по данным лучевых методов исследования (рентгенография или компьютерная томография органов грудной клетки) [3].

Эксперты ВОЗ считают, что в типичных случаях для пневмонии характерны [2]: фебрильная температура длительностью больше 3 дней; цианоз и наличие таких признаков респираторного дистресса: одышка > 60 в 1 мин у детей до 2 мес., > 50 в возрасте 2–12 мес., > 40 у детей от года до 5 лет и > 30 у детей старше 5 лет при отсутствии признаков бронхиальной обструкции (тахипноэ является одним из лучших предикторов пневмонии у детей всех возрастов); кашель (у 15–25 % больных детей кашель может отсутствовать); при физикальном обследовании в 50–70 % случаев наблюдаются укорочение перкуторного звука в зоне поражения, бронхиальное или ослабленное дыхание, звучные мелкопузырчатые или крепитирующие хрипы (у детей раннего возраста физикальные данные в легких при пневмонии в большинстве случаев практически неотличимы от изменений при бронхиолитах и бронхитах) [2]. Золотым стандартом в диагностике пневмонии остается рентгенография органов грудной клетки.

Таким образом, Зиннат является оригинальным пероральным антибиотиком со свойствами пролекарства, который характеризуется широким спектром бактериологической активности в отношении основных возбудителей внебольничной пневмонии у детей разного возраста, наличием устойчивости активного вещества к действию β -лактамаз бактерий, имеет хороший профиль безопасности и различные педиатрические формы выпуска (порошок и саше для приготовления суспензии), что позволяет рекомендовать его в стартовой терапии внебольничных пневмоний у детей на амбулаторном этапе лечения.

Список литературы:

1. Абатуров А.Е. Цефалоспорины для орального применения при лечении неосложненных форм пневмоний у детей // Современная педиатрия. — 2006. — № 4 (13). — С. 56-58.
2. Бюллетени ВОЗ И ЮНИСЕФ. — Электронный ресурс: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/worldpneumonia>.
3. Возможности антибактериальной терапии пероральными цефалоспоридами / [А.Е. Абатуров, О.Н. Герасименко, Е.А. Агафонова, И.Л. Высочина и др.] // Здоровье ребенка. — 2009. — № 3 (18).
4. Волосовец А.П. Пероральные цефалоспорины в практике современной педиатрии / А.П. Волосовец, С.П. Кривоустов // Новости медицины и фармации. — 2008. — № 236. — С. 31-36.