

Пневмония: маски и реальность

«Дифференциально-диагностические критерии внебольничной пневмонии и бронхиолитов у детей раннего возраста»



Эпидемиология

На современном этапе в Казахстане диагноз: Острый бронхиолит практически не ставится (не считая единичные случаи). В связи с клинически схожей характеристикой (наличие экспираторной одышки, повышение температуры тела и кашель) во многих случаях, данная нозология диагностируется как «Внебольничная пневмония».

- Бронхиолит (Код по МКБ-10 J21) генерализованное воспалительное поражение бронхиол, как правило вирусной этиологии, которое характеризуется бронхиальной обструкцией и выраженной дыхательной недостаточностью у детей первых двух лет жизни (В.Г. Майданник и соавт., 2006; Meissner, 2008; Scarfone, 2000).
- По оценкам экспертов ежегодно среди детей в возрасте до 5 лет возникает **33,8 млн. новых эпизодов** инфекции нижних дыхательных путей, связанных с респираторно-синцитиальным вирусом (РС-вирусом) (Nair et al., 2010).

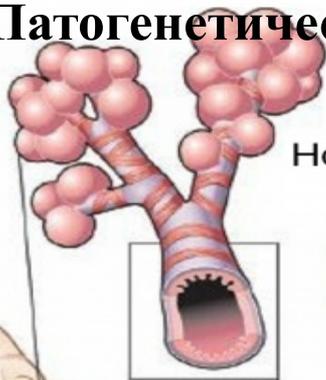
Год	Показатели заболеваемости и болезнями органов дыхания (на 100 000 населения)	Показатели заболеваемости пневмонией от 0 до 14 лет (на 100 000 населения)	Показатели смертности детей в возрасте до 1 года 10 000 родившихся живыми	в том числе от ОРВИ, гриппа и пневмонии (на 100 000 населения)
2012*	56 675	1 284,0	9,55	8,24
2013*	55 095	<u>1 195,9</u>	7,66	<u>5,3</u>
2014*	51 630,4	<u>1 153,1</u>	6,48	<u>5,3</u>
2015*	52 318,2	<u>1 029,5</u>	6,42	<u>5,70</u>

* Из статистического сборника «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения»

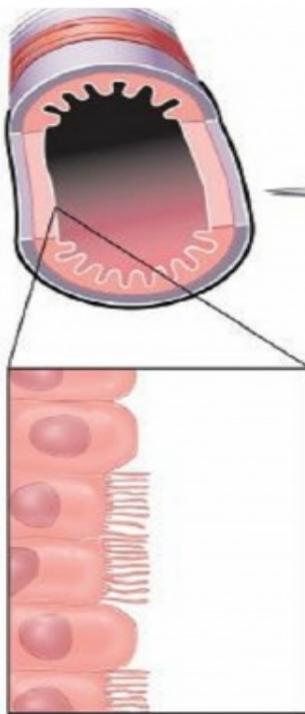
Сравнительная характеристика пневмонии и острого бронхолита

Пневмония	Острый бронхолит
Значительное распространение у детей до 5 лет	Значительное распространение у детей первых двух лет жизни, особенно у детей первого года жизни
Повышение температуры тела выше 38 С в течении 3 дней и более	Повышение температуры тела выше 38С менее 3-х дней или субфебрильная температура
Одышка смешанного характера	Экспираторная одышка
Кашель	Кашель
Ринорея не характерна	Ринорея характерна
Антибактериальная терапия	В антибактериальной терапии не нуждается
Патогенетически - Оксигенотерапия	Оксигенотерапия - основное лечение

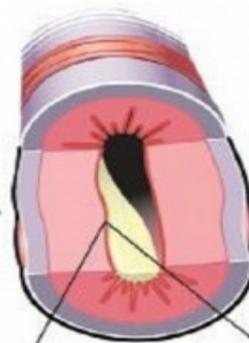
Патогенетические механизмы острого бронхиолита



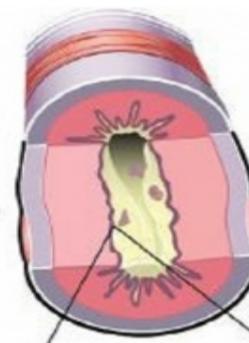
Нормальные бронхиолы Ранний бронхиолит Поздний бронхиолит



А. Мускулатура расслаблена, дыхательные пути свободны.



В. Увеличение секреции слизи и воспаление слизистой оболочки бронхиол приводит к сужению дыхательных путей.



С. Объем мокроты увеличивается в результате некроза клеток, что приводит к дальнейшему нарушению проходимости дыхательных путей.

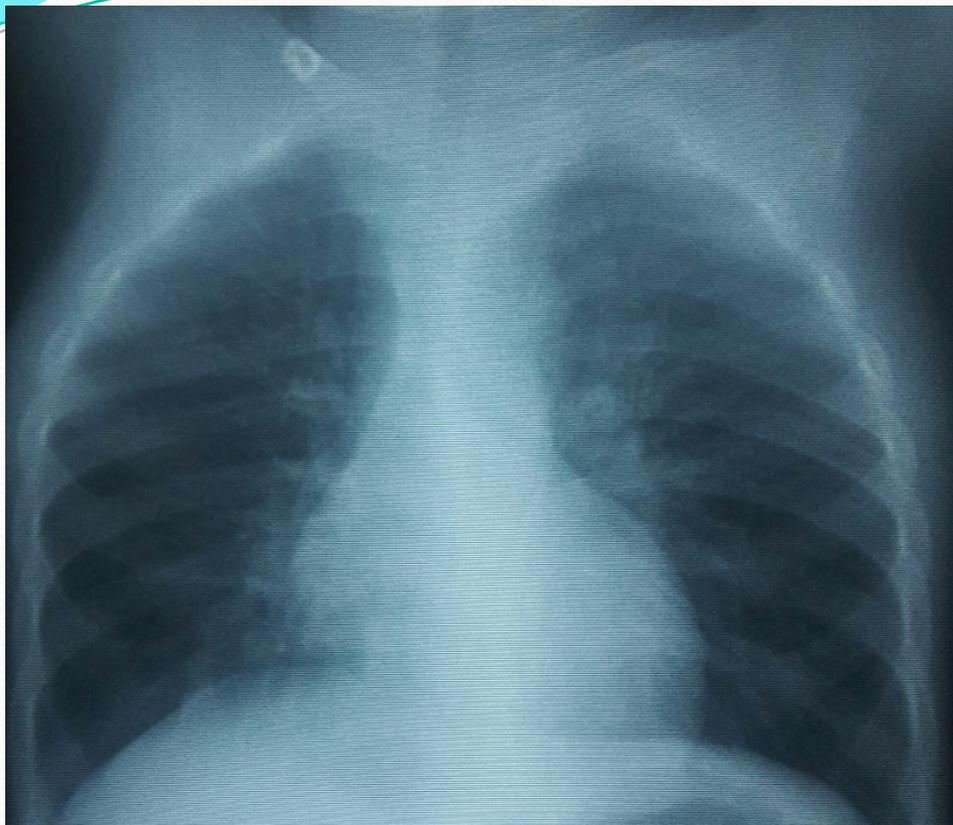


Диагностика острого бронхиолита

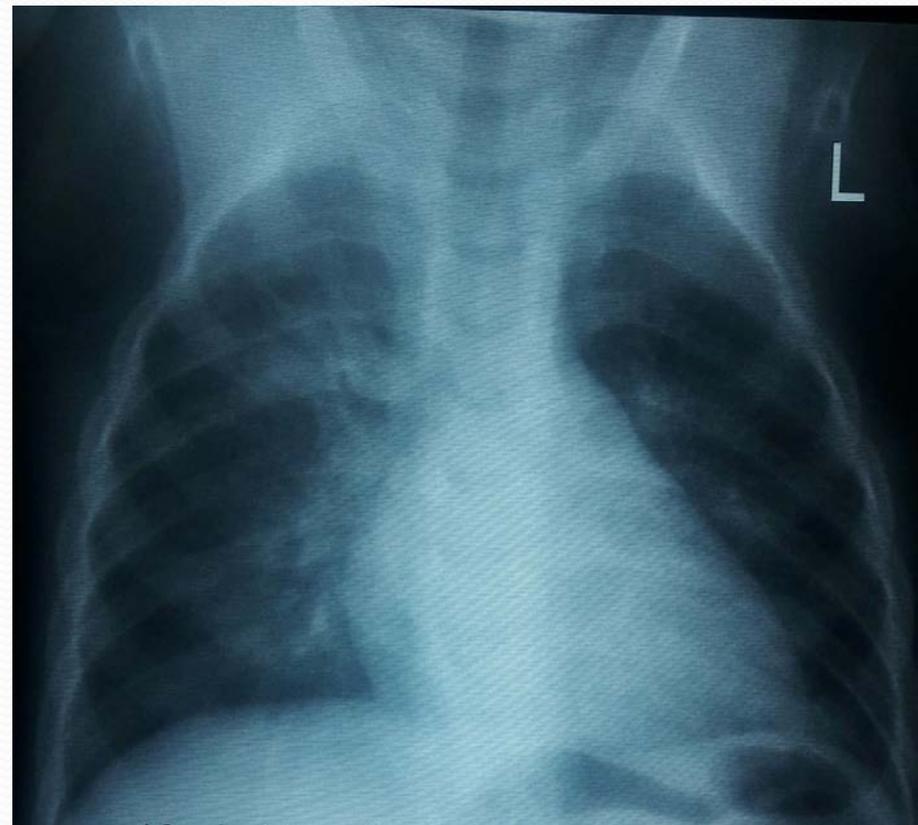
!!! Диагностика является чисто клинической процедурой и осуществляется на основании анамнеза заболевания и данных объективного осмотра. [1-3]

- [1. *Behrman R. E., Kliegman R. M., Nelson W. E.* Textbook of pediatrics. 16 th edition. London: Elsevier Saunders; 2000. 2. **American Academy of Pediatrics** Subcommittee on Diagnosis and Management of Bronchiolitis. Diagnosis and management of bronchiolitis // *Pediatrics*. 2006; 118: 1774-1793.
- 3. **Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)**. Bronchiolitis in children. NHS Quality Improvement Scotland [Internet] Available from www.sign.ac.uk [cited January 16, 2009].

Рентгенологические особенности



Постоянный рентгенологический признак бронхиолита – общее вздутие легочной ткани



Рентгенологический признак бронхопневмонии - очаговые тени средней и слабой интенсивности.

Тактика лечения острого бронхиолита

Таблица 1

Лечение бронхиолита: рекомендации из руководств ААП и SIGN

Лечение	ААП	SIGN
Ингалируемый Альбутерол (сальбутамол)	Рекомендовано: нет Тест с помощью Альбутерола может быть проведен. Препарат должен приниматься только тогда, когда имеются клинические доказательства его эффективности	Рекомендовано: нет
Ингалируемый адреналин	Рекомендовано: нет	Рекомендовано: нет
Ипратропия бромид	Рекомендовано: нет	Рекомендовано: нет
Системные кортикостероиды	Рекомендовано: нет	Рекомендовано: нет
Ингалируемые кортикостероиды	Рекомендовано: нет	Рекомендовано: нет
Ингалируемый рибавирин	Рекомендовано: не для повседневного применения. Может предписываться для лечения детей, входящих в категорию с высоким риском серьезного течения болезни	Рекомендовано: нет
Антибиотики	Рекомендовано: нет	Рекомендовано: нет
Кислород	Рекомендовано: да, когда насыщение $O_2 < 90\%$	Рекомендовано: да, когда насыщение $O_2 < 92\%$
Дыхательная физиотерапия	Рекомендовано: нет	Рекомендовано: нет
Поверхностная назальная аспирация	Рекомендовано: да	Рекомендовано: да
Добавление жидкости	Рекомендовано: да, если кормление недостаточное	Рекомендовано: да, если кормление недостаточное

Прогноз и тактика ведения по руководству ВОЗ



Нужно отметить, что в Руководстве по ИВБДВ, по которому работают детские стационары указано, что **«иногда (в определенных условиях - часто) возникает вторичная бактериальная инфекция. Поэтому ведение случаев бронхиолита с учащенным дыханием или другими признаками дыхательной недостаточности осуществляют так же, как и при пневмонии».**

Но в зарубежной литературе приводят данные, что осложнения острых бронхиолитов встречаются очень редко (в 0,1 – 0,2% случаев).

Данные принципы вводят в заблуждение врачей, которых обучают по этим руководствам, что приводит к нерациональному применению антибиотиков при острых бронхиолитах, в связи с отсутствием адаптированных и четких алгоритмов дифференциальной диагностики бронхиолита с пневмонией.

Собственный опыт

- В Городской детской инфекционной больнице, г. Астана нами проведено исследование для оценки эффективности антибактериальной терапии у пациентов с диагнозом: Острый бронхиолит (12.2015-02.2016, 53 ребенка)
- Критерии включения:
 - Ринорея
 - Субфебрильная температура
 - Экспираторная одышка с участием вспомогательной мускулатуры (не купируется бронхолитиками- часто вводят в заблуждение врачей, которые при совокупности с перечисленными симптомами, ставят диагноз: Внебольничная пневмония).
 - Тахипноэ
 - Кашель
 - Локальная симптоматика характерная для острого бронхиолита
 - Изменение в ОАК (лейкоцитоз за счет лимфоцитоза, лимфоцитоз)
 - Лабораторная верификация возбудителя (ПЦР)
- 2 группы анализа:
 - основная группа – без антибактериальной терапии
 - контрольная группа – получающих антибактериальную терапию.

	Средняя группа без антибактериальной терапии (n=32)	Получающие антибактериальную терапию (n=21)
Средняя температура за первые 3 дня	37,2	37,9
сатурация <90%	40%	50%
Эффективность оксигенотерапия	2,3 ± 1,3	3,1 ± 1,8
антибиотикотерапия	Не назначена	Назначена
Длительность купирования ДН (дней)*	2,1 ± 1,1	3,2 ± 1,4
Средняя прод. госпитализации* (к-дн.)	6,4 ± 2,1	8,3 ± 3,2
Переведены в реанимацию*	0	2
Картина ОАК -лимфоцитоз -лейкоцитоз за счет лимфоцитоза - без воспалительных	68% 25% 12%	55% 30% 15%

Выводы:

- Купирование ДН в основной группе детей происходило на $1 \pm 0,8$ день меньше по сравнению с контрольной группой.
- Полученные данные показывают нецелесообразность антибактериальной терапии у пациентов с клиническими критериями острого бронхолита.
- Мы предполагаем, что назначение антибиотиков данной группе пациентов приводит к пролонгации инфекционного процесса и развитию иммунодефицитного состояния, что требует более углубленного исследования.
- в связи с наличием гипердиагностики внебольничной пневмонии за счет острых бронхолитов в эпид.сезон, назревает необходимость создания и внедрения алгоритмов ведения пациентов с Острым бронхолитом.



**БЛАГОДАРЮ ЗА
ВНИМАНИЕ!!!**