

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00620&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00620. Пневмонія у дітей

Автор: Tarja Heiskanen-Kosma
Редактор оригінального тексту: Jukka Pekka Jousimaa
Дата останнього оновлення: 2016-12-09

Основні положення

- Найпоширенішою причиною кашлю у дітей є гостра респіраторна вірусна інфекція.
- За даними фінських досліджень, в середньому 3,5-4% дітей у віці до 5 років та близько 1,5% дітей старше 5 років мають рентгенологічно підтверджену пневмонію.
- Близько 50% дітей у віці до 5 років, які мають запалення легень, отримують лікування в лікарні, в той час як відповідний показник для дітей старше 10 років становить лише приблизно 10%.
- Дитину віком старше 6 місяців, яка добре виглядає, має задовільні показники сатурації кисню, а вогнище пневмонії невелике, можна лікувати амбулаторно.
- Впровадження вакцинації від пневмококової інфекції у Фінську національну програму імунізації в 2010 році суттєво знизила частоту інвазивної пневмококової інфекції у дітей віком до 5 років.

Коментар експерта. Національний календар профілактичних щеплень <http://moz.gov.ua/article/immunization/kalendar-profilaktichnih-sheplen>

- Антибактеріальні препарати призначають всім дітям з аускультативними або рентгенологічними ознаками пневмонії.
- Антибактеріальна терапія повинна впливати на пневмококи, препаратом першого вибору є амоксицилін. При лікуванні пневмонії у дітей не слід застосовувати монотерапію макролідами.

- Якщо клінічна картина і поточна епідеміологічна ситуація свідчать про мікоплазмову пневмонію у дитини шкільного віку, стартовим антибактеріальним препаратом може бути доксициклін (у дитини старше 8 років).

Збудники

- Збудником пневмонії у дітей, перш за все, є вірус (близько 1/3 випадків), бактерія (1/3) або їх асоціація.
- Найбільш поширеними збудниками серед бактерій є пневмококи та мікоплазма, тоді як серед вірусів переважають РС-вірус, риновірус, вірус парагрипу, метапневмовірус та бокавірус.
- Завдяки програмам вакцинації захворюваність на пневмококову пневмонію серед дітей знизилася, але повністю не зникла.
- Охоплення сезонною вакцинацією проти грипу серед дітей віком до 36 місяців варіюється від регіону до регіону і в середньому становить трохи більше 20%; тому грип і пневмонія як подальше ускладнення все ще зустрічаються під час епідемій.
- Легенева форма туберкульозу у дітей - дуже рідкісне явище для таких країн як Фінляндія, проте слід пам'ятати про таку імовірність.

Симптоми

- Лихоманка
- Кашель
- Тахіпное та/або утруднене дихання (респіраторні симптоми на початку захворювання можуть бути оманливо незначними)
- Гострий біль у грудях або животі (у дітей шкільного віку) може бути важливим симптомом, навіть якщо триває недовго (анамнез)
- Погіршення загального стану; у маленьких дітей це може проявлятися у вигляді млявості, апатії, зниження апетиту, плачу та небажання знаходитися на руках.

Клінічні дані

- Тахіпное/утруднене дихання
- Тахікардія
- Вогнищеві або дифузні вологі дрібнопухирцеві хрипи

- Ослаблення дихання (при аускультатції)
- Притуплення перкуторного звуку
- Втягнення міжреберних проміжків
- Роздування крил носа
- Подовження фази видиху та/або експіраторні свистячі хрипи
- Гіпоксія (насичення киснем < 95% при диханні кімнатним повітрям) є ознакою тяжкої хвороби.

Діагностика

- Оцінка ступеню утруднення дихання у дітей молодшого віку - складне завдання. Вислухати при аускультатції дрібнопухирцеві хрипи практично неможливо, особливо під час плачу та рухового збудження дитини.
- Це підкреслює важливість комплексної оцінки загального стану дитини та ступеня дихальної недостатності.
- Лікар повинен зосередити увагу на клінічному огляді та провести його в момент, найбільш сприятливий для дитини.
- Одностороннє ослаблення дихання, виявлене при аускультатції, завжди важлива знахідка. Це може свідчити про наявність дифузної пневмонії, ателектазу, який зумовлений інфекцією або потраплянням стороннього тіла, плевриту, емпієми або, рідше, навіть структурної аномалії або пневмотораксу.
- Сатурацію слід вимірювати у всіх дітей з підозрою на пневмонію, а результат фіксувати в історії хвороби пацієнта.
- Якщо у дитини задовільний загальний стан, рішення про можливість лікування пневмонії амбулаторно у дітей старше 6 місяців базується на виявленні характерних хрипів при аускультатції. Якщо пацієнт потребує стаціонарного лікування через його/її вік або стан, для підтвердження діагнозу проводять рентгенографію органів грудної клітки.
- Рентгенографію органів грудної клітки слід проводити усім важкохворим дітям, оскільки у 10% випадків респіраторні симптоми не розвиваються, а в 30% можуть бути відсутні клінічні дані, характерні для пневмонії.
- Дітям зазвичай виконують рентгенографію органів грудної клітки у прямій проекції. Менше ніж у 5 % випадків пневмонія у дітей виявляється лише у боковій проекції. Рентгенографія в боковій

проекції виконується за підозри на ускладнення пневмонії, що є показанням для госпіталізації; її можна провести вже після поступлення в стаціонар.

- Інтерпретація дитячих рентгенівських знімків досить складна. Більшість проблем інтерпретації пов'язані з наявністю прикореневого інфільтрату, основні причини якого - експіраторна задишка та бронхіоліт. Крім того, за даними рентгенографії органів грудної клітки неможливо достовірно визначити етіологію пневмонії. Ущільнення легеневої тканини в межах частки легені може спостерігатися як при вірусній, так і при бактеріальній пневмонії; однак, частіше зустрічається при бактеріальній пневмонії. З іншого боку, тяжка пневмококова пневмонія з гострим початком не завжди супроводжується наявністю ущільнення на рентгенограмі органів грудної клітки, але потребує призначення антибіотикотерапії.

Лабораторна діагностика

- Загальний аналіз крові та рівень СРБ не слід рутинно визначати у дитини з підозрою на пневмонію, якщо його загальний стан не порушений.
- Лейкоцитоз ($> 15 \times 10^9/\text{л}$) та збільшення рівня СРБ $> 60\text{--}100$ мг/л свідчать про бактеріальну етіологію (пневмококову), проте низькі значення цих показників не виключають можливість бактеріальної інфекції.
- Рішення про початок антимікробної терапії приймають на основі клінічних та рентгенологічних даних. Результати лабораторної діагностики, за необхідності, надають додаткову інформацію для прийняття рішення.
- Зазвичай немає необхідності визначати збудника в амбулаторних пацієнтів.
- Експрес-тест на грип вважається виправданим під час епідемії.

Вибір та режим дозування антибактеріальної терапії

- Препаратом першої лінії у дітей дошкільного віку є амоксицилін в дозі 50-80 мг/кг/добу, розділений на три прийоми протягом 7 днів.
 - Ефективний проти пеніцилін-чутливих пневмококів та стрептококів групи А, які рідко є причиною пневмонії у дітей.

- Через збільшення резистентності пневмококу макроліди не слід використовувати в якості монотерапії запалення легень у дітей.
- У дітей шкільного віку препаратом вибору також є амоксицилін. Мікоплазмова інфекція в цій віковій групі досить поширена, і за підозри на мікоплазмову пневмонію можна розглянути питання про терапію пневмонії доксицикліном (у дітей старше 8 років). Доза в перший день складає 4 мг/кг кожні 12 годин, потім 2-4 мг/кг один раз на день (за необхідності дозу закругляють, оскільки таблетки містять 100 і 150 мг препарату).
- При алергії на пеніциліни альтернативним лікарським засобом є цефалексин в дозі 50 мг/кг, який застосовують перорально в три прийоми.
- Озельтамівір може застосовуватися для лікування пневмонії, спричиненої вірусом грипу.

Моніторинг лікування

- Важливо контролювати процес одужання при амбулаторному лікуванні: в деяких випадках батьки можуть повідомляти про стан дитини в телефонному режимі щодня, але не рідше одного разу на два дні. Крім того, необхідно узгодити дату наступного огляду лікарем. За явного погіршення стану дитини і відсутності позитивної динаміки протягом 2 днів потрібно знову оглянути дитину та розглянути питання про необхідність госпіталізації. Контрольний огляд та подальші лікувально-діагностичні заходи також необхідні, якщо після початкового покращення стан дитини знову погіршився.
- Якщо у дитини спостерігається покращення стану протягом 48 год та відсутні ускладнення, перегляд призначень з наступною рентгенографією не показані. Для нормалізації рентгенологічних даних потрібен час: через місяць залишкові явища на рентгенограмі зберігаються майже в 30% випадків; в подальшому зміни поступово нормалізуються.

Показання для стаціонарного лікування

- Погіршення загального стану та явне утруднення дихання
- Надійно визначена сатурація кисню <9%
- Радіологічно виявлені ускладнення пневмонії
 - Значні пневмонічні зміни та/або ателектази

- Плевропневмонія (випіт в плевральній порожнині)
- Відсутність позитивної динаміки протягом 2 днів або погіршення після початкового покращення стану
- Неможливість проведення пероральної терапії
- Діти віком до 6 місяців, а також діти з важким преморбідним фоном повинні бути госпіталізовані для оцінки стану та надання спеціалізованої допомоги.

Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [\[Пов'язані|Pneumonia in children – ...\]](#)
- Інші огляди доказових даних [\[Пов'язані|Pneumonia in children – ...\]](#)
- Література [\[Пов'язані|Pneumonia in children – ...\]](#)

Джерела інформації

R1. Virkki R, Juven T, Mertsola J et al. Radiographic follow-up of pneumonia in children. *Pediatr Pulmonol* 2005;40(3):223-7. [\[PubMedID|16010671\]](#)

R2. Harris M, Clark J, Coote N et al. British Thoracic Society guidelines for the management of community acquired pneumonia in children: update 2011. *Thorax* 2011;66 Suppl 2():ii1-23. [\[PubMedID|21903691\]](#)

R3. Ruuskanen O, Lahti E, Jennings LC et al. Viral pneumonia. *Lancet* 2011;377(9773):1264-75. [\[PubMedID|21435708\]](#)

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00620 Ключ сортування: 029.036 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2016-12-09

Автор(и): Tarja Heiskanen-Kosma Автор(и) попередніх версій статті: Hannu Jalanko Редактор(и): Jukkapekka Jousimaa
Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Maarit Green Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd
Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії
EBM Guidelines Paediatrics Infectious diseases Pulmonary diseases

Ключові слова індексу
ісрс-2: R81 mesh: Child mesh: childhood pneumonia mesh: Pneumonia mesh: Amoxicillin mesh: Infant
mesh: Pleuropneumonia mesh: Pneumonia, Mycoplasma mesh: Pneumonia, Pneumococcal mesh: Radiography, Thoracic
speciality: Infectious diseases speciality: Paediatrics speciality: Pulmonary diseases