

Руководство по лечению внебольничной пневмонии у детей (краткая версия)

Основой для создания данной версии служит полная версия клинического руководства: «British Thoracic Society guidelines for the management of community acquired pneumonia in children: update 2011», Thorax 2011 66: ii1-ii23: thorax.bmj.com

Список разработчиков руководства: Группа разработчиков руководства была создана комитетом по стандартам лечения Британского торакального общества и включала следующих специалистов: Michael Harris, Julia Clark, Nicky Coote, Penny Fletcher, Anthony Harnden, Michael McKean, Anne Thomson,

Цель клинического руководства:	предоставить руководство на доказательной основе по ведению и профилактике внебольничной пневмонии у детей
Список Рабочей группы по адаптации клинического руководства:	Ембергенова М.Х. – начальник управления охраны здоровья матери и ребенка МЗ РК, Башева Д.А. – заведующая кафедрой инфекционных болезней Медицинский университет Астана; Рамазанова Ш.Х. – доцент кафедры постдипломной подготовки по педиатрии Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова; Оспанова З.М. – Национальный центр педиатрии и детской хирургии, руководитель Республиканского центра интегрированного ведения болезней детского возраста; Моренко М.А. – заведующая кафедрой детских болезней № 1 Медицинский университет Астана; Жубанышева К.Б. – главный неонатолог Национального научного медицинского центра материнства и детства; Карин Б.Т. - заместитель главного врача, родильный дом № 3 г. Астана, главный внештатный неонатолог МЗ РК; Нурпеисова Р.Г. – главный специалист учебно-клинического центра Медицинский университет Астана; Джаксыгалиева Н.У. – врач педиатр, методолог по ДМ, Центр стандартизации, Республиканский центр развития здравоохранения; Таукебаева Г.Б. – методолог по разработке клинических руководств и протоколов, Центр стандартизации, Республиканский центр развития здравоохранения. Гаркалов К.А. – начальник отдела разработки клинических руководств и протоколов Центр стандартизации, Республиканский центр развития здравоохранения.
Клиническое руководство было утверждено на заседании Экспертного Совета МЗ РК (протокол № 11 от « 6 » июля 2012г.).	
Внешние рецензенты: Абдрахманова С.Т.- главный внештатный педиатр МЗ РК, д.м.н., зав. кафедры детских болезней №3 Медицинский университет Астана; Иманкулова К.Д. – главный внештатный пульмонолог МЗ РК, эксперт, заведующая отделением пульмонологии, Национальный центр педиатрии и детской хирургии.	
Дата пересмотра руководства: при появлении новых доказанных данных по ведению внебольничной пневмонии у детей, но не реже чем 1 раз в 4 года.	
Пользователи руководства:	врачи педиатры, врачи общей практики, пульмонологи, неонатологи, руководители-менеджеры, средний медицинский персонал.
Категория пациентов:	дети с признаками пневмонии, развившейся вне лечебного учреждения. Руководство не включает лечение новорожденных и младенцев с бронхолитом, вызванным респираторно-синцитиальным вирусом или детей с инфекциями верхних дыхательных путей, невысокой лихорадкой и хрипами, лечение детей с уже существующими респираторными

	заболеваниями или с оппортунистической пневмонией, а также лечение детей с ослабленным иммунитетом.
Ключевые слова:	Нозокомиальная, внебольничная пневмония, дети

**Характеристика общего уровня доказательности и степени рекомендации,
используемых в руководстве**

Уровень доказательности	Описание	Степень рекомендации
Ia	Недавний систематический обзор исследований, предназначенный для ответа на интересующие вопросы	A+
Ib	Одно или более одного полноценное исследование, предназначенное для ответа на вопрос, но формально не комбинированное	A-
II	Одно или более одного проспективное клиническое исследование, которое освещает вопрос, но не отвечает полноценно на него	B+
III	Одно или более одного ретроспективное клиническое исследование, которое освещает вопрос, но не отвечает полноценно на него	B-
IVa	Формальное сочетание мнений экспертов	C
IVb	Другая информация, Good Practice Points (GPP), рекомендация основанная на положительном клиническом опыте группы разработчиков клинического руководства	D

Рекомендации

Клинические признаки

1. Бактериальная пневмония у детей должна предполагаться при наличии постоянной или повторяющейся температуры >38,5 С, участии вспомогательной мускулатуры грудной клетки в акте дыхания и учащении частоты дыхательных движений	D
--	---

Исследования

2. Рентгенография грудной клетки не должна применяться в качестве обязательного исследования для детей, у которых предполагается наличие внебольничной пневмонии	A-
3. Детям с симптомами нетяжелой пневмонии, которые не были госпитализированы, не должны проводить рентгенографию грудной клетки.	A-
4. Рентгенография в боковой проекции не должна быть обязательной.	B-
5. Показатели острой фазы не являются клинически применимыми для различения вирусных инфекций от бактериальных инфекций и не должны проводиться с этой целью.	A-
6. С-реактивный белок не является значимой пробой при лечении неосложненной пневмонии и не должен определяться регулярно.	A+
7. Микробиологическая диагностика должна быть предпринята для детей с тяжелой пневмонией и с осложнениями внебольничной пневмонии.	C
8. Микробиологическое исследование не должно применяться регулярно для детей с легкой формой заболевания или для тех, кто лечится на дому.	C

9. Применяющиеся микробиологические методы должны включать: • посев крови • носоглоточные выделения или назальный мазок для вирусного выявления с помощью ПЦР или иммунофлюоресценции. • серологические исследования на респираторные вирусы, <i>Mycoplasma pneumoniae</i> и <i>Chlamydia pneumoniae</i> проводимые в острой стадии и на стадии выздоровления. • при наличии плевральной жидкости, она должна быть направлена на микроскопию, бактериологический посев, выявление пневмококкового антигена или на ПЦР.	C
	C
	B+
	C
Оценка тяжести заболевания	
10. У детей, с повторным обращением к врачу, лечившихся на дому по поводу гипертермии 3 дней, чьи родители обеспокоены устойчивым повышением температуры, ухудшением его самочувствия, отказом от еды, затрудненным дыханием, должна подозреваться внебольничная пневмония.	D
11. Дети с внебольничной пневмонией, получающие лечение на дому или в стационаре, должны быть повторно обследованы в случае сохранения симптомов или, если они не реагируют на лечение.	D
12. Дети, у которых сатурация крови кислородом составляет <92%, должны быть направлены в стационар на обследование и лечение.	B+
13. Резкое ослабление дыхания при аускультации, укорочение перкуторного звука повышают вероятность пневмонии, осложненной экссудативным плевритом, и являются показанием для госпитализации в стационар.	B-
14. Ребенок, который лечится в стационаре, должен быть повторно обследован в случае наличия температуры после 48 часов от начала лечения, учащенного дыхания или в случае, если ребенок стал вялым или наоборот возбужденным.	D
Общее лечение	
15. Семьям детей, которые могут лечиться на дому, должна быть предоставлена информация по предотвращению обезвоживания, поведению при повышении температуры и выявлению любого ухудшения в состоянии.	D
16. Пациентам, находящимся на оксигенотерапии через носовые канюли и у которых насыщение крови кислородом составляет 92% или <92%, следует проводить оксигенотерапию через лицевую маску или кислородную палатку для поддержания насыщения кислородом >92%. Для проведения оксигенотерапии рекомендуется обеспечить поликлиники и бригады скорой медицинской помощи пульсоксиметрами и кислородными концентраторами.	B
17. Назогастральный зонд может нарушить дыхание и поэтому необходимо избегать его применения для тяжелобольных детей и, особенно, для младенцев с узкими носовыми ходами. В случае неизбежности его применения, необходимо использовать зонд с наименьшим диаметром.	D
18. Уровень натрия, калия, мочевины и/или креатинина в плазме должны быть измерены в начале лечения и ежедневно при внутривенном введении жидкости.	C
19. Ввиду отсутствия доказательной базы эффективности физиотерапии грудной клетки данный вид лечения не должен применяться у детей с пневмонией	
Лечение антибиотиками	
20. Все дети с уточненным клиническим диагнозом пневмония должны получить курс антибиотиков, так как достоверная дифференциация бактериальной и вирусной пневмонии не может быть гарантирована.	C
21. У детей в возрасте <2 лет, с проявлением легких симптомов инфекции нижних дыхательных путей обычно нет пневмонии, и они не нуждаются в лечении антибиотиками, но должны быть обследованы в случае сохранения	C

симптомов. История конъюгированной пневмококковой вакцинации больше убеждает в правильности данного решения	
22. Амоксициллин рекомендуется в качестве первого выбора пероральной антибактериальной терапии для всех детей, так как он эффективен против большинства возбудителей, которые вызывают внебольничную пневмонию, и является хорошо переносимым и дешевым препаратом. Альтернативными препаратами являются коамоксиклав, цефаклор, эритромицин, азитромицин и кларитромицин, спирамицин.	B
23. Макролидные антибиотики могут быть добавлены в любом возрасте в случае отсутствия реакции на эмпирическую терапию первой линии.	D
24. Макролидные антибиотики должны использоваться при подозрении на пневмонию, вызванную <i>Mycoplasma pneumoniae</i> или <i>Chlamydia pneumoniae</i> или же при крайне тяжелой форме заболевания.	D
25. Антибиотики, применяемые перорально, являются безопасными и эффективными для детей даже при тяжелой форме внебольничной пневмонии.	A+
26. При наличии у больного признаков септицемии, тяжелой формы пневмонии, а также отсутствие возможности приема препарата через рот, например, из-за рвоты, рекомендуется антибиотики вводить внутривенно.	D
27. Для тяжёлых форм пневмонии рекомендуются следующие внутривенные антибиотики: амоксициллин, ко-амоксиклав, цефуроксим, цефотаксим или цефтриаксон. При микробиологической диагностике и определении чувствительности антибиотиков к выявленным микробам они могут быть рационализированы.	D
28. У больного с внебольничной пневмонией при наличии положительной динамики при внутривенной антибактериальной терапии в последующем есть возможность перехода на пероральное использование препарата.	D
Осложнения	
29. В случае сохранения высокой температуры и плохого состояния у ребенка после 48 часов от начала лечения, необходимо провести повторное обследование для выявления возможных осложнений.	D
Последующее наблюдение	
30. Контрольное рентгенологическое исследование не требуется тем детям, которые были изначально здоровы и у которых выздоровление проходит без осложнений	B+
31. Детям с тяжелой формой пневмонии, эмпиемой и абсцессами легких или сохраняющимися симптомами необходимо проводить повторное рентгенологическое обследование.	B+
32. Дети с тяжелой формой пневмонии, эмпиемой и абсцессами легких должны быть под наблюдением после выписки до полного выздоровления и до полного восстановления рентгенологических данных.	D

Индикаторы мониторинга/ аудита	Ссылки на определенные рекомендации
1. % детей с пневмонией, поступивших в стационар, которым в приемном покое была определена сатурация кислорода: Формула: (дети, которым в приемном покое определяли сатурацию крови кислородом) / (все дети поступившие с пневмонией за отчетный период) X100% Источник данных: история болезни Частота определения: раз в полгода	Рекомендация 12

Показатель должен стремиться к 100%	
2. % детей с пневмонией, которым врачи скорой медицинской помощи определили насыщение крови кислородом: Формула: (дети с пневмонией, которым врачом скорой медицинской помощи была определена насыщаемость крови кислородом) / (все дети, которым врачами скорой помощи был выставлен диагноз пневмонии за отчетный период) X100% Источник данных: карта вызова Частота определения: раз в полгода Показатель должен стремиться к 100 %	Рекомендация 12
3. % детей с пневмонией, которым назначена физиотерапия: Формула: (дети с пневмонией, которым были назначены методы физиотерапии) / (все дети с пневмонией за отчетный период) X 100% Источник данных: история болезни или амбулаторная карта Частота определения: раз в полгода Показатель должен стремиться к 0	Рекомендация 19
4. % детей с пневмонией, которым в качестве начальной терапии назначены пероральные антибиотики из группы макролидов или амоксициллин: Формула: (дети, которым на амбулаторном этапе в качестве начальной терапии назначены амоксициллин или макролиды) / (все дети, которые лечились с пневмонией на амбулаторном этапе за отчетный период) X100% Источник данных: амбулаторная карта Частота определения: раз в полгода Показатель должен стремиться к 100%	Рекомендация 22, 23

Методология написания клинического руководства
Стратегия поиска доказательств для руководства была разработана информационным специалистом Центра анализа и распространения в Йорке (часть Национального института медицинского исследования). Поиск в Кохрановской библиотеке (DARE и Кохрановская база данных систематических анализов), MEDLINE и EMBASE проводился начиная с 2000 года. Исследования ограничивались английским языком из-за ограничений по времени и ресурсам. 2076 исследований выявлено путем поиска, который был повторно проведен в июле 2010 года. Обновленный поиск выявил дополнительно 511 исследований. При помощи консультантов канадской консалтинговой компании CSIN был произведен поиск соответствующего клинического руководства в международных медицинских базах данных. При выборе нескольких клинических руководств консультантам проведена экспертиза и оценка их при помощи инструмента AGREE. На основании результатов оценки было рекомендовано данное клиническое руководство для адаптации рабочей группой в Казахстане. В процессе проведения адаптации были просмотрены все рекомендации клинического руководства и принято решение о возможности сохранения, модификации или отклонения рекомендаций для соответствия потребностям и контексту внедрения в Казахстане.

Ссылки
www.rcrz.kz
http://thorax.bmj.com/content/66/Suppl_2/ii1.full.html