**Пневмонии у детей в практике врача неотложной помощи.**

 Сегодня я хочу рассмотреть вопросы диагностики внебольничных пневмоний у детей в практике врача неотложной помощи. Как известно, пневмония – это острое инфекционное заболевание, протекающее с образованием воспалительного экссудата в паренхиме легкого, затемнением на рентгенограмме, которое ранее отсутствовало, и проявляющееся симптомами разной степени выраженности. Заболевание это довольно распространенное – заболеваемость пневмониями составляет в год 15–20 на 1000 детей первых 3 лет жизни и уменьшается до 5–6 случаев на 1000 детей старше 3 лет. Врач скорой помощи, находясь у постели больного ребенка, располагает весьма ограниченными средствами для диагностики пневмонии. Во всяком случае, рентгеновского аппарата в его укладке точно не предусмотрено. Итак, с чего же мы начнем?
 Один из самых распространенных поводов к вызову у детей в практике врача скорой помощи – кашель, сопровождающийся слабостью и температурой. Итак, перед нами пациент детского возраста, допустим, 6 лет, с кашлем и температурой 38.5. Разумеется, мы стараемся быстро оценить его витальные функции – цвет кожных покровов, частоту дыхания, реакцию на наше присутствие, поведение. Убедившись, что непосредственной угрозы для жизни ребенка пока нет, принимаемся за опрос. Начинаем с жалоб. Чаще всего за ребенка в начальном возрасте отвечают родители. В принципе, это справедливо, поскольку родители, в особенности мать, тщательно следят за самочувствием и состоянием маленького пациента, к тому же с ними он, разумеется, более откровенен, чем с незнакомым человеком. Жалобы в данном случае практически стандартные – слабость, недомогание, отсутствие аппетита, "тяжело дышать". Все эти данные, как правило, свидетельствуют о развитии синдрома интоксикации. Они неспецифические и могут помочь в диагностике достаточно редко. Иногда, правда, среди жалоб отмечается боль в грудной клетке при дыхании. На такие жалобы следует обратить особое внимание и уточнить локализацию боли. Это пригодится нам в дальнейшем обследовании. Затем собираем анамнез болезни – опять таки чаще всего через родителей. Прежде всего следует спросить, точные значения температуры и насколько долго она сохраняется. В большинстве случаев отсутствие лихорадки вообще и субфебрильная температура протяженностью даже более 3 суток не предполагает наличие пневмонии, за исключением детей первого полугодия жизни, где могут иметь место хламидийные и пневмоцистные пневмонии, но там будут серьезные различия в клинике. Теперь о кашле. Кашель при развитии пневмонии обычно нарастает, в первые часы и дни заболевания он может быть сухим, а затем продуктивным, с отхождением мокроты. Приступообразный непродуктивный кашель по типу стенозирующего ларингита для пневмонии нехарактерен. Также следует спросить о возможном переохлаждении ребенка и наличии у него хронических заболеваний. Большое значение имеет сбор анамнеза жизни. Установлено, что предрасполагающими факторами к развитию пневмонии у детей раннего возраста являются перинатальная патология, аспирационный синдром как следствие синдрома рвоты и срыгивания, врожденные пороки сердца, рахит, гиповитаминозы и дефицитные состояния, в том числе иммунодефициты.
 Выяснив все это, переходим к физикальному и инструментальному обследованию пациента. Обращаем еще раз внимание на цвет кожных покровов и частоту дыхания. Бледность кожных покровов при температуре выше 38.5, сонливость, заторможенность характерны для выраженной интоксикации. Увеличение частоты дыхания до величин, нехарактерных для данного возраста, также должно привлечь наше внимание. Кряхтящее дыхание и втяжение межреберных промежутков при дыхательных движениях также являются неблагоприятными признаками. Но следует помнить, что эти симптомы могут являться следствием бронхиальной обструкции, например, при хроническом обструктивном бронхите и бронхиальной астме. Также обращаем внимание на раздувание крыльев носа при дыхании и эпизоды апноэ, пусть даже кратковременные. И не забываем определить сатурацию крови кислородом. При сатурации ниже 91-92% при дыхании комнатным воздухом и совокупности указанных выше признаков мы можем наблюдать картину развития дыхательной недостаточности. Я тут даже не рассматриваю наличие выраженного цианоза носогубного треугольника или акроцианоза, что может являться вовсе уж поводом к оказанию экстренной помощи вплоть до кислородотерапии и последующей ургентной госпитализации пациента.
 Затем переходим к аускультации. Дыхание при пневмонии, как правило, жесткое, ослабленное или бронхиальное, но влажные асимметричные хрипы вплоть до крепитации, характерные для взрослых больных, появляются не всегда. Если уж данные признаки появились, то диагноз обычно большой сложности не представляет. Укорочение перкуторного звука подтверждает наши предположения. Стоит обратить особое внимание, как уже говорилось, на наличие распространенных сухих хрипов, что предполагает наличие бронхообструктивного синдрома и для пневмонии не свойственно. Иногда в области болей в груди при дыхании можно услышать шум трения плевры, что говорит о наличии плеврита как осложнения пневмонии.
 Особняком стоят специфические формы пневмоний вроде микоплазменной. Для нее характерна стойкая лихорадка выше 38, наличие в легких большого количества влажных хрипов, хотя интоксикация не выражена, общее состояние пациентов страдает несильно, и в этих случаях они обращаются к врачу достаточно поздно.
 И немного об этиологии пневмонии у детей. Наиболее часто возбудителями данного заболевания у детей являются различные бактерии и вирусы, однако в большинстве случаев этиология остается неустановленной. Заболевания ОРВИ часто предшествуют развитию пневмонии, но не являются ее причиной, играя скорее подготовительную роль. Вирусы обычно выступают как факторы, способствующие инфицированию нижних дыхательных путей бактериальной флорой. О такой ассоциации может говорить более частое выделение вируса у больных внебольничной пневмонией, чем у здоровых детей. Это вовсе не значит, что любой ребенок с ОРВИ заболеет пневмонией, но некоторая настороженность в этих случаях должна быть.
 Оценив все вышеозначенные результаты, врач скорой помощи должен принять взвешенное и обоснованное решение – госпитализировать ребенка или оставить его дома, оказав всю возможную помощь и передав для лечения участковому педиатру.
 В завершении стоит напомнить, что несмотря на то, что эффективное использование противомикробных препаратов сократило детскую смертность от пневмоний с 4 миллионов в 1981 году до одного миллиона в 2013 году, до 20% смертей в первые 5 лет жизни обусловлены именно пневмониями во всем мире. В РФ болезни органов дыхания у детей в возрасте 0-17 лет занимают третье место в структуре причин смерти после внешних причин и пороков развития. Поэтому деятельность врачей на догоспитальном этапе всегда будет играть важную роль в лечении и профилактике заболеваний легких.

 Врач отделения скорой медицинской помощи Поташев А.А.