Пневмония (внебольничная)

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: J12, J13, J14, J15, J16, J18 · Союз педиатров России, Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии, Общероссийская общественная организация Педиатрическое респираторное общество

Рекомендация посвящена внебольничной пневмонии у детей, включая диагностику, оценку тяжести, антибактериальную терапию и маршрутизацию. Основные ориентиры для практики — наличие дыхательной недостаточности и гипоксемии, показания к рентгенографии и госпитализации, а также своевременный выбор эмпирической антибактериальной терапии.

Главное

- Внебольничная пневмония — инфекционное поражение легочной паренхимы, развившееся вне стационара или диагностированное в первые 48 часов после госпитализации; в российской педиатрии диагноз обычно подтверждают инфильтрацией на рентгенограмме вместе с дыхательными и/или физикальными признаками.
- Тяжелую пневмонию определяют при кашле или одышке и хотя бы одном признаке: центральный цианоз или SpO2 < 90%, дыхательная недостаточность II–III степени, невозможность пить или сосать, нарушение микроциркуляции, сознания или судороги; наличие осложнений также означает тяжелое течение.
- Оценку насыщения крови кислородом при помощи пульсоксиметрии проводят всем детям с респираторными симптомами. SpO2 < 94% считают отклонением, < 90% — значимой гипоксемией; при выраженном тахипноэ, кряхтящем дыхании, раздувании крыльев носа и втяжениях уступчивых мест грудной клетки необходимо немедленно обеспечить ребенку дополнительный кислород.
- Этиология зависит от возраста: у детей 3 месяцев–5 лет чаще выявляют вирусы, среди бактериальных возбудителей лидирует S. pneumoniae; после 5 лет наиболее частым возбудителем является M. pneumoniae, а значимую роль сохраняет S. pneumoniae.
- При адекватном лечении большинство неосложненных пневмоний разрешается за 2–4 недели, осложненных — за 1–2 месяца; длительность более 6 недель считают затяжным течением.
- Профилактика включает вакцинацию против пневмококка и H. influenzae типа b, а также против кори, коклюша и ежегодную вакцинацию против гриппа; контакт детей с табачным дымом следует исключить.

Диагностика

1. При подозрении на ВП необходимо провести сбор анамнеза и жалоб при заболеваниях легких и бронхов с целью постановки диагноза.
2. Оцените общее состояние, признаки интоксикации, характер кашля, верхние дыхательные пути, признаки рестриктивной дыхательной недостаточности, работу вспомогательной дыхательной мускулатуры и западение уступчивых мест грудной клетки; измерьте частоту дыхания и сердцебиения в течение не менее 1 минуты, выполните перкуссию и аускультацию легких с оценкой симметрии изменений.
3. Определите наличие дыхательной недостаточности и измерьте SpO2. Тахипноэ, втяжения грудной клетки, кряхтящее дыхание, раздувание крыльев носа, апноэ, нарушение сознания или SpO2 < 90% относятся к симптомам дыхательной недостаточности; отсутствие одышки и тахипноэ пневмонию не исключает.
4. При подозрении на ВП выполните общий анализ крови и исследование С-РБ. Ориентиры: лейкоцитоз >17,5×10⁹/л в 1 месяц–1 год, >14×10⁹/л после 1 года, >11,5×10⁹/л после 5 лет; значимое повышение С-РБ — >40 мг/л. Эти показатели не позволяют надежно разделить вирусную и бактериальную пневмонию.
5. Рентгенографию легких выполняйте при дыхательной недостаточности, лихорадке без очевидного очага при лабораторных признаках бактериальной инфекции или тяжести, локальных/асимметричных физикальных изменениях, а также при неэффективном ответе на антибактериальную терапию. Рутинная рентгенография ребенку с хорошим самочувствием, без интоксикации и локальных признаков не нужна.
6. При тяжелом течении ВП и/или отсутствии ответа на лечение проводят культуральное исследование крови на стерильность с определением чувствительности микроорганизмов к ПМП; забор крови должен быть выполнен до начала АБТ. Мокроту исследуют у госпитализированных детей, способных правильно ее собрать. При проведении плевральной пункции у пациентов с плевральным выпотом исследуют

плевральную жидкость микроскопически, культурально, методом ПЦР, а также биохимически и цитологически.

Лечение

- В амбулаторных условиях ПМП назначают перорально; в стационаре при невозможности ввести ПМП внутрь используют парентеральное введение. Всем пациентам, госпитализированным с диагнозом ВП, эмпирическую антибактериальную терапию назначают как можно раньше: первая доза ПМП должна быть введена не позднее 4 часов с момента установления диагноза, а при тяжелой ВП — в течение 1 часа (УУР С, УДД 5).
- Для исходно здорового ребенка с нетяжелой амбулаторной ВП препарат первого выбора — амоксициллин: 45–90 мг/кг/сут внутрь в 2–3 приема, максимум 2 г/сут у детей до 12 лет или массой менее 40 кг; после 12 лет или при массе более 40 кг — 1,5–3 г/сут в 2–3 приема (УУР А, УДД 1).
- При риске β-лактамазообразующих или лекарственно-устойчивых возбудителей либо при неэффективности стартовой терапии используют амоксициллин/клавуланат. Доза внутрь — 45–90 мг/кг/сут по амоксициллину в 2–3 приема; для детей старше 12 лет — 1,5–3 г/сут по амоксициллину. Доза 90 мг/кг/сут нужна, в частности, при иммунодепрессивных заболеваниях или состояниях, хронических заболеваниях органов дыхания, отказе от вакцинации против пневмококковой инфекции или неполном курсе иммунизации, либо при выделении устойчивого к бензилпенициллину S. pneumoniae (УУР А, УДД 1).
- У детей ≥5 лет с нетяжелой ВП при вероятной или подтвержденной атипичной этиологии выбирают макролид. Азитромицин назначают детям 6 месяцев–12 лет по 10 мг/кг 1 раз в сутки 3 дня; при массе более 45 кг — 500 мг 1 раз в сутки 3 дня. Альтернатива — кларитромицин: 15 мг/кг/сут в 2 приема при массе до 30 кг или 500 мг/сут в 2 приема при массе более 30 кг (УУР В, УДД 2).
- При атипичной ВП и аллергии на макролиды у детей старше 8 лет возможен доксициклин: 4 мг/кг/сут в первый день в 2 приема, затем 2 мг/кг/сут в 2 приема; при массе более 45 кг — 200 мг/сут в первый день, затем 100 мг/сут. При отсутствии эффекта от β-лактама сначала исключают осложнения, затем назначают макролид или доксициклин (УУР С, УДД 5).
- Для госпитализированных детей препаратами выбора являются амоксициллин/клавуланат 90 мг/кг/сут внутривенно в 3 введения, ампициллин, цефтриаксон 20–80 мг/кг/сут 1 раз в сутки или цефотаксим 100–150 мг/кг/сут в 2–4 введения. При тяжелом течении и сопутствующих заболеваниях используют цефтаролина фосамил, эртапенем, имипенем/циластатин или меропенем (УУР С, УДД 5).
- При стабилизации состояния проводят ступенчатую терапию: пациентов переводят с парентерального на пероральный путь приема ПМП обычно через 2–5 дней. ПМП отменяют при появлении данных о том, что инфекция не является бактериальной, не ожидая завершения намеченного курса терапии.
- При дыхательной недостаточности II степени кислородотерапия обязательна, а при III степени чаще всего требуется инвазивная респираторная поддержка.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализируйте в круглосуточный стационар детей младше 3 месяцев, с апноэ или цианозом, SpO2 < 90% на воздухе, PaCO2 >50 мм рт. ст., дегидратацией или невозможностью пить и принимать препараты внутрь, подозрением на аспирацию, осложнениями, поражением нескольких долей, сопутствующими заболеваниями высокого риска или отсутствием эффекта домашней терапии.
- Госпитализация нужна при сохранении фебрильной лихорадки и отсутствии эффекта от антибактериальной терапии через 48 часов, а также при невозможности проведения лечения дома или по социальным показаниям.
- В ОРИТ направляют при рецидивирующем апноэ, невозможности поддержать SpO2 выше 92% на кислороде, дыхательной недостаточности III степени или II степени при коморбидности, нарушении сознания, шоке, ДВС-синдроме, острой почечной недостаточности, pH < 7,30 или лактате >3 ммоль/л.
- Выписка возможна при общем клиническом улучшении и SpO2 >95% на комнатном воздухе не менее 12–24 часов, если нет сохраняющихся дыхательной недостаточности, тахипноэ или тахикардии и родители могут завершить лечение дома.
- После осложненной ВП ребенка наблюдают 4–6 месяцев; при сомнительном восстановлении направляют к пульмонологу и/или детскому или торакальному хирургу. Закаливание возобновляют через 2 недели, спорт — через 6 недель, после осложненной пневмонии — через 12 недель.

Частые вопросы

Какая частота дыхания у ребенка считается тахипноэ?

Более 60 в минуту у детей 0–2 месяцев, более 50 — в 2–12 месяцев, более 40 — в 1–5 лет и более 30 — после 5 лет. Частоту считают в течение полной минуты.

Нужно ли назначать антибиотик при положительном тесте на грипп?

Нет, если отсутствуют клинические, лабораторные или рентгенологические признаки бактериальной инфекции.

Когда подозревать микоплазменную пневмонию?

Чаще у детей старше 5 лет при стойкой лихорадке с относительно сохранным общим состоянием, обильными асимметричными сухими и влажными хрипами, конъюнктивитом, болью в горле, головной болью, кожной сыпью или миалгиями.

Через сколько менять антибиотик, если ребенку не становится лучше?

При отсутствии ответа через 48–72 часа проводят повторную клиническую и лабораторную оценку, исследуют легкие рентгенологически и/или ультразвуком, исключают плеврит и другие осложнения; после этого решают вопрос о смене препарата.

Нужно ли делать контрольную рентгенографию перед выпиской?

При хорошем клиническом ответе рутинная повторная рентгенография перед выпиской не нужна. Исследование проводят при осложненной пневмонии, слабой положительной динамике или прогрессировании через 48–72 часа; через 4–6 недель — при рецидиве в той же доле, коллапсе доли или подозрении на аномалию, объемное образование или аспирацию инородного тела.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/714-pnevmoniya-vnebolnichnaya. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/714_2