

УДК 616.921.5:616.24

Чаванина С.А., Богомолова И.К., Левченко Н.В.

**КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА****ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита**

Резюме. Проанализировано клиническое течение внебольничных пневмоний у 132 детей в возрасте от 1 года до 16 лет. Пациенты разделены на группы в зависимости от возраста. Заболевание сопровождалось признаками интоксикации, в том числе лихорадкой, респираторными симптомами без возрастных отличий. Локальные изменения в легких отсутствовали у 30% больных, преимущественно у детей раннего возраста. Пневмонии у детей характеризовались среднетяжелым течением с небольшим количеством осложнений.

Ключевые слова: дети, пневмония, диагностика.

*Chavanina S.A., Bogomolova I. K., Levchenko N.V.***CLINICAL LABORATORIAL CHARACTERISTICS OF COMMUNITY-ACQUIRED
PNEUMONIAS IN CHILDREN DEPENDING ON THE AGE**

Summary. We have analyzed the clinical flow of community-acquired pneumonias in 132 children at the age from 1 to 16. The patients were divided in groups depending on their age. The illness was accompanied with signs of intoxication including fever, signs of respiratory disease without any age variety. 30 per cents of patients mainly the children at the early age didn't have local changes in their lungs. Pneumonias in children were characterized as medium-weight with a few cases of complication.

Keywords: children, pneumonia, diagnostic

Введение. В настоящее время пневмония остается одним из наиболее распространенных заболеваний органов дыхания [1, 7]. В Российской Федерации общее число больных пневмонией ежегодно превышает 1,5 миллиона [8]. Заболеваемость пневмонией у детей в возрасте от 1 месяца до 15 лет колеблется в пределах от 4 до 17 на 1000 детей в год [3, 7]. Максимальные её показатели регистрируются в возрасте до 5 лет (20-40 на 1000 детей), сокращаясь в 2-3 раза у подростков [4]. При госпитализации детей с острыми бронхолегочными заболеваниями количество больных пневмонией в возрасте до года составляет 25-30%, от 1 года до 5 лет – 50%, старше 5 лет достигает 10-20% [11].

Нередко заболевание сопровождается развитием тяжелых и осложненных форм, что приводит к затяжному течению процесса или может стать причиной неблагоприятного исхода. Несмотря на успехи медицины в области разработки и применения антибактериальных препаратов, сохраняется летальность от этого заболевания, при этом наибольший уровень смертности отмечается в раннем возрасте [1, 4, 12].

В Забайкальском крае болезни органов дыхания в структуре всей патологии детского возраста занимают первое место (47-50%). По данным официальной статистики, в 2014 году среди всего населения Забайкалья из 7658 случаев заболеваний пневмонией на долю детей пришлось 4873 (63%) случаев. Распространенность пневмонии составила 21,3 на 1000 детей до 14 лет, что превышает аналогичный показатель по Российской Федерации (8,1 на 1000 детей). В динамике за десятилетний период (2005-2015 гг.) выявлена тенденция к росту заболеваемости пневмонией.

Цель исследования. Проанализировать клиническое течение внебольничных пневмоний у детей в зависимости от возраста.

Материалы и методы исследования. Обследовано 132 ребенка с внебольничной пневмонией в возрасте от 1 года до 16 лет, находившихся на лечении в Краевой детской клинической больнице г. Читы. В зависимости от возраста выделены три группы: от 1 года до 3 лет – 1 группа (n= 77), от 4 до 6 лет – 2 группа (n= 22), от 7 до 16 лет – 3 группа (n= 33). Диагноз внебольничной пневмонии выставлен в соответствии с критериями, указанными в «Клас-

сификации клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей» [10]. Проведен анализ данных анамнеза, жалоб. Клиническое обследование включало оценку состояния больного, результаты объективного осмотра. Отмечали характер кашля, наличие и выраженность температурной реакции, интоксикационного синдрома, физикальных симптомов. Всем детям проводились общие анализы крови и мочи, рентгенография органов грудной клетки. У 37 детей выполнено исследование мокроты на микрофлору и чувствительность к антибиотикам. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ Statistica 6.0 с применением χ -квадрат Пирсона (χ^2). Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. В большинстве случаев (58,3%) заболевание развилось у детей раннего возраста. Анализ данных анамнеза показал, что 107 (81%) детей имели неблагоприятный преморбидный фон. Отягощенный аллергический анамнез отмечен в 39 (29,5%) случаях: бронхиальная астма – 2 (1,5%), атопический дерматит – 4 (3%), пищевая или лекарственная аллергия – 33 (25%). Каждый третий ребенок относился к группе часто болеющих острыми респираторными заболеваниями. Ранее перенесли пневмонию 39 (23,5%) детей. У 6 (4,5%) пациентов отмечено инфицирование микобактериями туберкулеза. Сопутствующая соматическая патология выявлена в 25 (18,9%) случаях, наиболее часто регистрировались ЛОР-заболевания – 14 (10,6%). На высокую частоту преморбидных состояний и сопутствующих заболеваний у детей, заболевших пневмонией, указывают и другие авторы [2, 6].

Пневмония диагностирована в первые три дня у 22 (16,7%) пациентов. 110 (83,3%) детей наблюдались и получали лечение по поводу острого респираторного заболевания в амбулаторных условиях. Неэффективность проводимой терапии обосновывала необходимость рентгенологического обследования, при котором выявлена пневмония у 69 (52,3%) – на 4-7 сутки, у 41 (31%) – позднее 7-го дня от появления первых признаков заболевания.

Данные исследования показали, что температурная реакция отмечена у 95 (71,9%) больных: в возрасте 1-3 лет – у 58 (75,3%) детей, в возрасте 4-6 лет – у 16 (72,7%), в возрасте 7-16 лет – у 21 (63,6%) ребенка, ($p=0,456$). При этом в каждой группе в большинстве случаев зарегистрировано повышение температуры тела до фебрильных цифр (в возрасте 1-3 лет – в 52 (67,5%) случаях, в возрасте 4-6 лет – в 13 (59%) и у 19 (57,6%) школьников, $p=0,542$), одинаково часто определялась высокая фебрильная лихорадка (27,3%, 13,6%, 24,2%, $p=0,421$). У всех (100%) пациентов наблюдался кашель. Признаки интоксикационного синдрома в виде слабости, недомогания, нарушения аппетита выявлены у 94 (71%) больных с одинаковой частотой во всех возрастных группах (71%, 68%, 73% соответственно, $p=0,934$). Характерным признаком инфекционного воспаления легких является одышка. По данным нашего исследования данный симптом регистрировался у 9,8% пациентов, без возрастных отличий ($p=0,633$).

При объективном обследовании укорочение перкуторного звука наблюдалось у 89 (67,4%) обследованных, ослабленное дыхание – у 99 (75%), жесткое дыхание – у 33 (25%); выслушивались сухие хрипы у 15 (11,4%) детей, влажные мелкопузырчатые хрипы – у 28 (21,2%), крепитация – в 38 (28,8%) случаев. Сочетание локальных перкуторных и аускультативных признаков выявлено у 94 (71,2%) больных, достоверно чаще у детей дошкольного и школьного возраста по сравнению с группой 1-3 лет (86,3%, 84,8%, 61% соответственно, $p=0,009$). У 16 (12%) пациентов раннего возраста наблюдался синдром бронхиальной обструкции. По данным других авторов, внебольничные пневмонии у детей проявлялись фебрильной лихорадкой, в то время как кашель, одышка, специфические изменения в легких выявлялись не у всех больных. В то же время, отмечены некоторые особенности клиники заболевания у детей первого года жизни. У этих пациентов пневмония характеризовалась субфебрильной температурой, умеренной интоксикацией, минимальными физикальными изменениями в легких [5]. В работе Н.И. Попковой и др. (2013) представлены результаты обследования 166 больных пневмонией в возрасте от 1 года до 15 лет. Установлено, что практически у всех детей с легочным воспалением регистрировались признаки токсикоза, дыхательной недостаточности разной степени выраженности, локальные физикальные симптомы наблюдались только у половины пациентов [9].

По данным рентгенологического обследования, очаговая пневмония выявлена у 97 (73,5%) больных, очагово-сливная – у 13 (9,8%), сегментарная – у 21 (15,9%) ребенка, доле-вая пневмоническая инфильтрация диагностирована у 1 (0,8%) пациента. Очаговое поражение легочной ткани регистрировалось преимущественно у пациентов 1-3 лет (77,9%) и 4-6 лет (81,8%) по сравнению со школьниками (57,6%), однако, достоверных отличий не установлено ($p=0,054$). С одинаковой частотой выявлялись очагово-сливная ($p=0,490$), сегментарная формы пневмонии ($p=0,269$).

В каждой возрастной группе в большинстве случаев отмечалась правосторонняя локализация процесса. Так, в возрасте 1-3 лет – у 52 (67,5%) детей, в возрасте 4-6 лет – у 17 (77,3%), в возрасте 7-16 лет – у 21 (63,7%) ребенка ($p=0,558$). С одинаковой частотой регистрировались воспалительная инфильтрация слева (13%, 4,5%, 24,2%, $p=0,108$) и двустороннее поражение легких (19,5%, 18,2%, 12,1%, $p=0,644$). В работах других авторов, внебольничные пневмонии у детей характеризовались также преимущественно очаговым поражением легочной ткани, в большинстве случаев с правосторонней локализацией [2, 5, 9].

У всех пациентов диагностирована пневмония средней степени тяжести, у одного ребенка в возрасте 1 года заболевание осложнилось плевритом.

В гемограмме при поступлении в стационар зарегистрированы изменения у 111 (84%) детей. При этом лейкоцитоз определялся в 43 (32,6%) случаях, лейкопения – 8 (6%), нейтрофилез – 61 (46,2%), лимфоцитоз – 35 (26,5%) и ускорение СОЭ – у 89 (67,4%) обследованных. Анемия легкой степени тяжести выявлена у 1 (0,75%) больного в возрасте двух лет. Воспалительные изменения (лейкоцитоз, нейтрофилез, повышение СОЭ) отмечались у 51 (38,6%) пациента. Анализ возрастных отличий показал, что с одинаковой частотой в группах регистрировались лейкоцитоз ($p=0,328$), лейкопения ($p=0,406$), повышение СОЭ ($p=0,735$).

Наблюдение Л.Г. Ерохиной и др. (2015) показало, что при пневмонии у детей значения СОЭ соответствовали возрастной норме в 12% случаев, количество лейкоцитов – у 40% больных, что позволило сделать авторам вывод о малой информативности клинического анализа крови для ранней диагностики заболевания [5].

Бактериологическое исследование мокроты выполнено у 37 (28%) пациентов. Результаты показали, что в посевах мокроты преобладал рост *Streptococcus mitis* (45,9%), с одинаковой частотой (10,8%) выделялись *Streptococcus salivarius*, *Streptococcus pneumoniae*. В 5 (13,5%) случаях зарегистрирован *Staphylococcus aureus*, в 3 (8,1%) – *Neisseria subglava*. Рост бактерий в посевах не получен у 10,8% больных. По результатам бактериологического исследования сложно оценить истинную этиологическую значимость инфекционных агентов. Выявление в мокроте возбудителей, для которых нехарактерно развитие легочного воспаления (*S. mitis*, *S. salivarius*), возможно, свидетельствует о контаминации бронхиального секрета микрофлорой ротоглотки. Применение противомикробных препаратов на догоспитальном этапе также затрудняет этиологическую расшифровку заболевания. По данным нашего исследования, получали антибиотики в амбулаторных условиях 27,2% детей.

Длительность пребывания больных в стационаре не отличалась в возрастных группах (в группе пациентов 1-3 лет – 13 дней [10; 20], в группе пациентов 4-6 лет – 13,5 дней [11; 20] и в группе школьников – 14 дней [13; 17], $p=0,416$).

Таким образом, внебольничные пневмонии у детей характеризовались среднетяжелым течением, с небольшим количеством осложнений, что совпадает с данными других авторов [5, 6].

Выводы. Наше исследование показало, что внебольничные пневмонии регистрировались в большинстве случаев у детей, имеющих отягощенный преморбидный фон. Среди коморбидных состояний можно выделить аллергические, частые острые респираторные заболевания, хронические очаги инфекции.

Течение пневмонии сопровождалось лихорадкой, симптомами интоксикации, без возрастных отличий. Локальные изменения в легких отсутствовали у 30% больных, преимущественно у детей раннего возраста. В большинстве случаев инфильтративные изменения легочной ткани носили очаговый характер (73,5%), чаще поражалось правое легкое (68,2%).

Лабораторные маркеры воспалительного процесса, такие как лейкоцитоз, нейтрофилез и ускорение СОЭ встречались у части больных (32,6%, 46,2%, 67,4%). Отмечалось среднетяжелое течение болезни, с небольшой частотой осложнений.

Литература:

1. Внебольничная пневмония у детей. Клинические рекомендации – Москва: Оригинал-макет, 2015. – 64 с.
2. Вязова Л.И. Клинико-эпидемиологические особенности внебольничных пневмоний у детей / Л.И. Вязова // Актуальные проблемы педиатрии: материалы конгресса. – Москва, 2016. – С. 59.
3. Галкина Е.В. Пневмонии у детей: причины развития и современные возможности профилактики // Вопросы современной педиатрии. – 2011. – Том 10, № 4. – С. 23-28.
4. Заплатников А.Л. Внебольничная пневмония у детей раннего возраста: проблемы диагностики, этиотропной терапии и современные возможности иммунопрофилактики / А.Л. Заплатников, Н.В. Короид // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – 2011. – Том 57, № 2. – С. 47-50.
5. Клинико-этиологические особенности внебольничных пневмоний у детей г. Владивостока / Л.Г. Ерохина [и др.] // Детские инфекции. – 2015. – № 4. – С. 16-18.
6. Клинико-эпидемиологические особенности пневмоний у детей / С.В. Перова [и др.] // Актуальные проблемы педиатрии: материалы конгресса. – Москва, 2016. – С. 214.
7. Ковтун Т.А. Особенности течения пневмоний у детей и принципы терапии / Т.А. Ковтун, А.В. Тугельян, С.В. Шабалина // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2012. – № 3. – С. 52-55.
8. Мизерницкий Ю.Л. Место макролидов в современной терапии внебольничной пневмонии у детей // Consilium medicum. – 2011. – Том 13, № 4. – С. 18-21.
9. Попкова Н.И. Внебольничные пневмонии у детей: клинические, лабораторные и этиологические особенности / Н.И. Попкова, М.А. Скачкова, Е.Г. Карпова // Врач-аспирант. – 2013. – Том 57, № 2.3. – С. 415-422.
10. Рабочая классификация основных клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей / Н.А. Геппе [и др.] // Трудный пациент. – 2009. – № 1-2. – С. 35-39.
11. Современный макролид Сумамед: трехлетний опыт клинического использования в терапии заболеваний нижних дыхательных путей у детей. / Н.П. Гляделова [и др.] // Современная педиатрия. – 2011. – Том 35, №1. – С. 35-41.
12. Эффективность и безопасность применения фенспирида гидрохлорида (Эреспала) в лечении детей и подростков в раннем реабилитационном периоде внебольничных пневмоний / Н.Д. Сорока [и др.] // Педиатрия. – 2010. – Т. 89, № 2. – С. 120-127.