

УДК: 616.24 – 06 – 053.2 – 071 – 074

**КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ
ОСЛОЖНЕННЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ**

Сергейчик Л. С., Сергейчик И. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. И. Зарянкина

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Пневмония относится к числу наиболее распространенных острых инфекционных заболеваний и является актуальной проблемой современной медицины. По данным эпидемиологических исследований, показатель заболеваемости пневмонией колеблется в широком диапазоне и, в среднем, составляет 4,7–15 на 1000 человек. Установлено, что заболеваемость пневмонией в Республике Беларусь составляет 15–20 случаев на 1000 детей раннего возраста и 5–6 случаев на 1000 детей старше 3 лет. При этом следует учитывать, что далеко не все случаи пневмонии попадают в официальную отчетность. Об этом свидетельствует высокий удельный вес больных с гнойно-деструктивными заболеваниями легких и другими осложнениями своевременно нераспознанных пневмоний [2].

Заболеваемость повышается в поздние зимние и ранние весенние месяцы. Часто пик заболеваемости пневмонией связан с эпидемией гриппа. Новорожденные и дети грудного возраста весьма эффективно защищены материнскими и секреторными антителами, а также неспецифическими факторами, содержащимися в грудном молоке. Выявляемые в высоких концентрациях противопневмококковые антитела в молоке способствуют местной защите слизистых оболочек ребенка в области входных ворот инфекции, так как они могут длительно сохраняться на слизистой полости рта и глотки, препятствуя адгезии микроорганизмов. Грудное молоко, помимо антител, содержит и другие факторы: фагоцитирующие клетки, комплемент, лактоферрин, лизоцим, интерферон. Мальтоза молока блокирует адгезины пневмококка, препятствуя колонизации им дыхательных путей. К первому году жизни роль этих факторов снижается и увеличивается заболеваемость. Наиболее высокая частота пневмококковой пневмонии наблюдается на 2–3 году жизни, что связано с минимальным количеством антител в крови детей и временем расширения контактов с источниками инфицирования [2].

Легочными осложнениями пневмонии следует считать развитие патологического процесса в бронхолегочной системе, не являющегося непосредственным проявлением легочного воспаления, но этиологически и патогенетически связанного с ним, характеризующегося специфическими (клиническими, морфологическими и функциональными) проявлениями, определяющими течение, прогноз, механизмы танатогебеза. К легочным осложнениям относят парапневмонический плеврит, эмпиему плевры, ателектаз, абсцесс и гангрену легкого, множественную деструкцию легкого, бронхообструктивный синдром, острую дыхательную недостаточность (дистресс-синдром) [1].

Плевральный выпот у детей наблюдается примерно в 40 % случаев внебольничной пневмонии, но в большинстве случаев инфицирования не происходит и выпот разрешается самостоятельно. Летальность при эмпиеме плевры составляет, по данным разных авторов, от 2 до 50 %, причем наиболее серьезный прогноз наблюдается у детей раннего возраста. Прогноз также значительно ухудшается в случае выделения резистентных штаммов возбудителей и при отсроченном начале интенсивной терапии и неадекватной антибиотикотерапии [1, 2].

Цель исследования

Изучить клинико-лабораторные особенности течения легочных осложнений пневмоний у детей.

Материалы и методы исследования

Нами были проанализированы 38 медицинских карт стационарных больных детей с легочными осложнениями пневмоний, которые находились на стационарном лечении в Гомельской областной детской клинической больнице с января по сентябрь 2011 г.

Результаты исследования

Основными легочными осложнениями пневмоний у детей являются различные формы плевритов: экссудативно-фибринозный — 12 (31,58 %) случаев, экссудативный — 10 (26,32 %) случаев, реактивный — 9 (23,68 %) случаев, перисциссурит — 2 (5,26 %) случая, парамедиастинальный — 1 (2,63 %) случай. В 4 (10,53 %) случаях пневмония осложнилась ателектазом, в 1 (2,63 %) случае — абсцессом.

Наиболее часто осложняются сегментарные пневмонии — 25 (65,79 %) случаев, реже — очагово-сливные (6 (15,79 %) случаев), еще реже — долевыми (4 (10,53 %) случая) и очаговыми — 3 (7,89 %) случая.

Плевриты чаще развиваются при локализации процесса в правом легком — в 18 (43,38 %) случаях. Левосторонние и двусторонние пневмонии осложнялись одинаково часто — в 10 случаях, что составило по 26,31 %.

В возрастной структуре преобладали дети в возрасте от 0 до 3 лет — 14 (36,84 %) случаев и старше 10 лет — 10 (26,32 %) случаев. Отмечено преобладание детей, проживающих в городе — 29 (76,32 %) случаев, а также незначительное преобладание мальчиков над девочками: 21 (55,26 %) и 17 (44,74 %) случаев соответственно.

Для стационарного лечения дети чаще поступают на 4–7 день болезни — 14 (36,84 %) случаев и после 7 дня — 12 (31,58 %) случаев, в тяжелом состоянии (30 (78,94 %) случаев).

Выраженность клинической картины зависит от индивидуальных особенностей организма, фоновых состояний, возраста ребенка, а также особенностей возбудителя [2].

По нашим данным, основными клиническими синдромами были: синдром дыхательной недостаточности — у 29 (76,32 %) детей, из них: 1 степень — в 21 (55,26 %) случае, 2 степень — в 8 (21,06 %) случаях, дыхательная недостаточность отсутствовала у 9 (23,68 %) детей; интоксикационный синдром встречался в 35 (92,11 %) случаях, гипертермический — в 10 (26,32 %) случаях, катаральный — в 5 (13,56 %) случаях, obstructивный — в 3 (7,89 %) случаях.

Общий анализ крови при первичном обследовании (в день поступления) характеризовался анемией легкой степени тяжести в 16 (42,11 %) случаях, нейтрофильным лейкоцитозом со сдвигом лейкоцитарной формулы влево — в 22 (57,89 %) случаях, увеличение скорости оседания эритроцитов (больше 15 мм/час) — в 29 (76,32 %) случаях, что говорит о преимущественно бактериальном процессе и соответствует данным литературы [1, 2].

Таким образом, основными легочными осложнениями пневмоний у детей являются экссудативно-фибринозный и экссудативный плевриты, которые наиболее часто осложняют правосторонние, сегментарные пневмонии у детей раннего и школьного возраста, преимущественно у мальчиков.

Клинически характеризуются тяжелым течением за счет дыхательной недостаточности 1–2 степени, интоксикационного и гипертермического синдромов.

Картина крови характеризуется анемией легкой степени, нейтрофильным лейкоцитозом со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличением СОЭ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Самсыгина, Г. А. Тяжелые внебольничные пневмонии у детей: особенности клиники и терапии / Г. А. Самсыгина, Т. А. Дудина // Consilium Medicum. — 2002. — № 2. — С. 12–16.
2. Таточенко, В. К. Практическая пульмонология детского возраста / В. К. Таточенко. — М., 2001. — 268 с.