
В помощь практическому врачу

УДК 616.24-002-07

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Р. Р. Шильяев¹, доктор медицинских наук,
Е. Б. Копилова^{1*}, доктор медицинских наук,
Е. В. Харитоновна¹, кандидат медицинских наук,
Н. И. Отрошченкова¹, кандидат медицинских наук,
Л. П. Москвина²,
Т. Л. Смирнова², кандидат медицинских наук,
С. Е. Левенец²,
Л. В. Фадеева²,
Т. Е. Брагина²

¹ ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8

² ОБУЗ Ивановской области «Областная детская клиническая больница», 153040, Россия, г. Иваново, ул. Любимова, д. 1

РЕЗЮМЕ В статье изложены особенности клиники и диагностики пневмоний у детей раннего возраста. Представлен клинический пример течения пневмонии у ребенка раннего возраста.

Ключевые слова: дети, ранний возраст, пневмония.

* Ответственный за переписку (corresponding author): тел.: * (4932) 56-45-80.

Знание клинических признаков, алгоритмов диагностики, тактики ведения и лечения пневмоний должны быть освоены еще на студенческой скамье. Однако клиническая практика свидетельствует, что верификация пневмонии до настоящего времени вызывает определенные затруднения у детских врачей, и особенно часто ошибки возникают при диагностике заболевания у ребенка раннего возраста. Это приводит к поздней диагностике пневмонии (спустя 3–5 дней) у 30–35% больных. Между тем пик заболеваемости пневмониями у детей приходится на возраст 2–4 лет, и среди заболевших внебольничной пневмонией доля детей 2–4 лет составляет 35–40%.

Одной из причин поздней диагностики пневмонии у детей является малоспецифичность таких клинических симптомов, как лихорадка, одышка, кашель, хрипы в легких, которые отмечаются как при пневмонии, так и при самых разнообразных острых респираторных заболеваниях. Например, кашель в первые дни пневмонии может отсутствовать или быть выражен незначительно. Такие, казалось бы, надежные физикальные маркеры пневмонии, как укорочение перкуторного звука, ослабленное или бронхиальное дыхание, крепитация или мелкопузырчатые хрипы в конце выдоха над пораженным участком легких выявляются лишь у 63% больных. А отсутствие хрипов в раннем периоде бактериальной пневмонии

PECULIARITIES OF CLINICAL PICTURE, DIAGNOSIS AND COURSE OF EXTRAHOSPITAL PNEUMONIA IN CHILDREN OF EARLY AGE

Shilyaev R. R., Kopylova E. B., Kharitonova E. V., Otroshchenkova N. I., Moskvina L. P., Smirnova T. L., Levnets S. E., Fadeeva L. V., Bragina T. E.

ABSTRACT The peculiarities of pneumonia diagnosis in children of early age were adduced. The clinical case of pneumonia course in a child of early age was presented.

Key words: children, early age, pneumonia.

скорее правило, чем исключение. Кроме того, у детей раннего возраста могут наблюдаться диспепсические явления, боли в животе, локальные или общие судороги. Вместе с тем отсутствие лихорадки у ребенка старше 6 месяцев практически исключает пневмонию.

Согласно работам, проведенным ВОЗ, наиболее характерными для пневмонии у детей являются: температура тела выше 38°C дольше 3 дней (у детей старше 6 месяцев); одышка (у детей до 2 месяцев жизни – более 60 вдохов в минуту; у детей от 2 месяцев до 1 года – более 50; от 1 года до 5 лет – более 40), втяжение уступчивых мест грудной клетки без явлений бронхиальной обструкции. Решающим методом для своевременной постановки диагноза пневмонии является обзорная рентгенограмма грудной клетки, позволяющая выявить объем поражения и наличие осложнений.

Приведенный ниже алгоритм диагностики позволяет из числа детей с острыми респираторными заболеваниями выделить группу больных, у которых диагноз пневмонии наиболее вероятен, для направления на рентгеновское исследование или госпитализацию и/или назначения лечения пневмонии (чувствительность и специфичность около 95%) (рис. 1).

Иллюстрацией вышеизложенного является клинический пример течения пневмонии у ребенка в возрасте 2 лет 6 месяцев.

Мальчик С. поступил в ОБУЗ Ивановской области «ОДКБ» с жалобами на повышение температуры тела до $39,5^{\circ}\text{C}$, сухой редкий кашель, отсутствие аппетита, слабость, раздражительность, боли в животе. Из анамнеза заболевания известно, что ребенок болен пятые сутки. Заболевание началось остро, с повышения температуры тела до 39°C . Отмечались боли в животе, капризность. В первые сутки заболевания осмотрен участковым

педиатром. Рекомендованы тонзилгон, деринат в виде капель в нос, энтеросгель, регидрон.

В течение четырех последующих дней сохранялись упорная высокофебрильная лихорадка с кратковременным и неполным эффектом от жаропонижающих средств, боли в животе, вялость, отсутствие аппетита, редкий сухой кашель. Ребенок ежедневно осматривался участковым педиатром, терапия была дополнена кишечным антибиотиком – нифуроксазидом.

На пятые сутки болезни ребенок был доставлен в инфекционную больницу службой скорой медицинской помощи – острое инфекционное заболевание было исключено. Затем проведена консультация в детском хирургическом отделении ОБУЗ «ИВОКБ», где исключили острую хирургическую патологию органов брюшной полости и направили ребенка в ОБУЗ «ОДКБ».

Из анамнеза жизни известно, что ребенок родился от молодых здоровых родителей. Беременность первая, протекала без патологии. Роды в срок, физиологические. Масса тела при рождении – 3050 г, длина – 53 см. Закричал сразу, выписан на пятые сутки. Период новорожденности протекал без осложнений. Грудное вскармливание осуществлялось до 2 недель, затем – искусственное, адаптированной молочной смесью со своевременным введением прикормов. ОРВИ болел редко.

При поступлении в стационар состояние ребенка тяжелое. Тяжесть состояния обусловлена выраженностью симптомов интоксикации, дыхательной недостаточности. Отмечались высокая температура тела (до 40°C), одышка смешанного характера (до 60 вдохов в минуту) с втяжением межреберных промежутков. Кашель короткий, редкий. Кожа бледная с серым оттенком. Цианоз носогубного треугольника в покое. Слизистые оболочки бледные, сухие, катаральные явления не выражены.

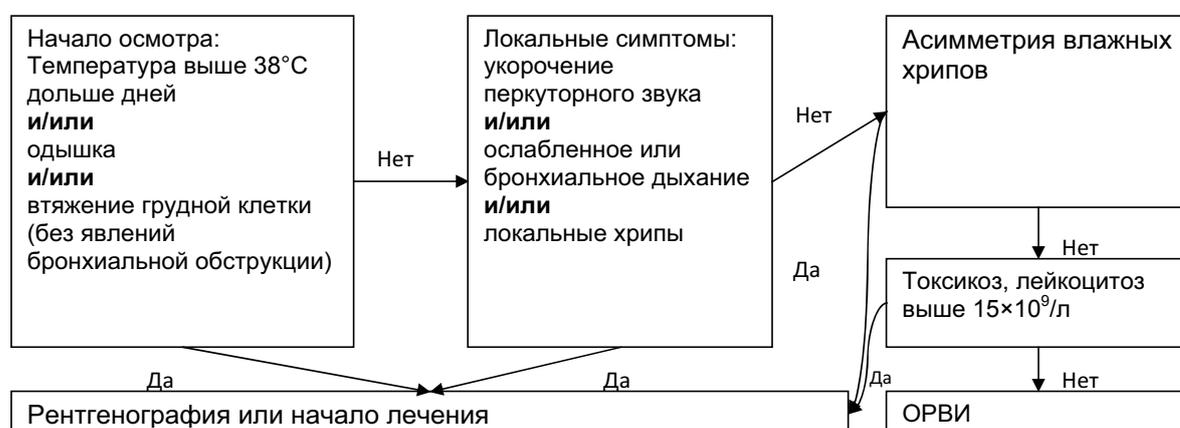


Рис. 1. Алгоритм диагностики внебольничной пневмонии у детей

Носовое дыхание не затруднено. Периферические лимфатические узлы мелкие, эластичные, безболезненные. Грудная клетка не изменена, равномерно участвует в акте дыхания, отмечается западение межреберий, особенно в нижних отделах. При перкуссии: справа звук с коробочным оттенком, слева – ниже угла лопатки – значительное, нарастающее книзу укорочение перкуторного тона по среднеподмышечной линии от IV ребра. При аускультации: справа – жесткое дыхание, слева от IV ребра дыхание резко ослаблено, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритмичные, систолический шум функционального характера. Живот мягкий, болезненный в эпигастриальной области слева, печень пальпируется на 3 см из-под края реберной дуги. Диурез адекватный. Мочевыделение свободное, безболезненное.

В общем анализе крови выявлен лейкоцитоз 23,3 г/л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево до юных форм, токсическая зернистость нейтрофилов, ускорение СОЭ до 32 мм/ч.

В биохимическом анализе крови увеличены показатели прокальцитонина (до 6,5 нг/мл) и С-реактивного белка (более 48 МЕ/мл). Рентгеновское исследование органов грудной клетки выявило наличие обширной инфильтрации, занимающей нижнюю долю левого легкого, экссудативного плеврита (рис. 2). Таким образом, у ребенка была диагностирована пневмония, внебольничная, нижнедолевая, левосторонняя, тяжелая, осложненная экссудативным синпневмоническим плевритом.

В стационаре температура тела сохранялась на высокофебрильном и фебрильном уровне в течение 9 дней с момента поступления ребенка. Симптомы инфекционного токсикоза и дыхательной недостаточности сохранялись длительное

время (до 10-го дня), несмотря на проводимую массивную, комбинированную, с последовательной сменой препаратов антибактериальную (цефотаксим, амикацин, цефепим, меропенем, метронидазол внутривенно), дезинтоксикационную (растворы глюкозы, физиологического раствора, электролитов внутривенно), иммунозаместительную (препараты человеческого иммуноглобулина внутривенно) терапию, ингаляции увлажненного кислорода. Кашель в первые 10 дней пребывания в стационаре был выражен слабо, затем – усилился, стал продуктивным. Мелкопузырчатые хрипы в легких появились только на 15-й день (то есть на 20-й день болезни), были локальными, в нижних отделах левого легкого, единичными и выслушивались лишь в течение 3 дней.

Полное обратное развитие всех клинических (включая физикальные) проявлений заболевания произошло лишь на 20-й день от начала антибактериальной терапии, вместо обычных для внебольничной пневмонии 7–10-х суток. Выписан из стационара ребенок был с полным клинико-рентгенологическим выздоровлением.

Приведенный клинический пример демонстрирует, что незнание детскими врачами клинических особенностей пневмонии у детей раннего возраста (неспецифичность начальных проявлений заболевания, превалирование общих симптомов интоксикации, невыраженность респираторного синдрома, отсутствие мелкопузырчатых хрипов в дебюте заболевания) и вместе с тем недооценка одышки смешанного характера, перкуторных (укорочение перкуторного звука) и аускультативных (ослабление дыхания) феноменов, а также ошибочная интерпретация абдоминального болевого синдрома приводят к поздней диагностике, развитию осложнений, что требует агрессивной медикаментозной терапии и в целом ухудшает прогноз заболевания.

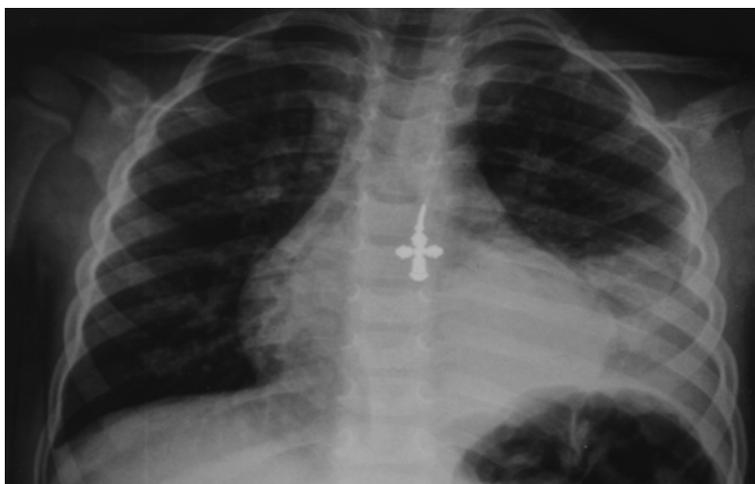


Рис. 2. Рентгеновское исследование мальчика С. 2 лет 6 месяцев при поступлении