

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

МАРТ
АПРЕЛЬ
1974
2

ОРГАН МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТАССР
И СОВЕТА НАУЧНО-МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВ

КЛИНИЧЕСКАЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.988.616.24—002

ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ПРИ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

Проф. Е. В. Белогорская, О. И. Пикуза

Кафедра детских болезней (зав.— проф. Е. В. Белогорская) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института на базе 2-й детской клинической больницы (главврач — В. К. Мельникова)

В последние годы все чаще обсуждается вопрос об участии вирусов респираторной группы в возникновении пневмоний у детей [2 и др.]. Вирусы являются частой причиной затяжного и рецидивирующего течения воспаления легких, а также способствуют значительному увеличению удельного веса хронических бронхо-легочных процессов [3, 4].

Цель нашей работы состояла в выяснении частоты аденовирусной инфекции, гриппа и парагриппа при пневмониях у детей, выявлении особенностей клинического течения заболеваний и эпидемиологических последствий госпитализации таких больных в соматические отделения.

Нами проведено клиничко-лабораторное обследование 458 детей, госпитализированных во 2-ю детскую клиническую больницу г. Казани по поводу пневмонии. Наличие вирусной инфекции мы устанавливали с помощью прямого метода иммунофлуоресценции по Кунсу, серологических и вирусологических исследований; у 104 больных, кроме того, дополнительно общепринятым бактериологическим методом выделяли стафилококк и определяли его патогенность. Патогенными считали штаммы, обладающие лецитиназной активностью, способные давать гемолиз и вызывать плазмокоагуляцию. Дети в возрасте до 3 лет составляли большинство (82,5%).

Положительные результаты иммунофлуоресцентного обследования получены у 48,5% детей, причем у 30,7% (141) была выявлена аденовирусная инфекция, у 12,6% (58) — грипп и у 5,0% (23) — парагрипп. Мы наблюдали высокую заболеваемость аденовирусной пневмонией среди новорожденных (39 из 70).

Пневмонии при респираторных вирусных инфекциях возникали наиболее часто у детей с измененной реактивностью организма. Так, на фоне гипотрофии аденовирусные пневмонии регистрировались в 72%, а гриппозные — в 94%, в то время как у нормотрофиков они обнаруживались значительно реже — соответственно у 46% ($P < 0,001$) и 63% ($P < 0,01$) больных. Неблагоприятное влияние на частоту пневмоний оказали также дефекты вскармливания: при смешанном и искусственном вскармливании на фоне аденовирусной инфекции пневмонии наблюдались у 72%, тогда как при естественном — у 23,6% ($P < 0,001$). У недоношенных аденовирусные пневмонии констатированы в 75%, а у детей, рожденных в срок, — в 43,6% ($P < 0,001$). На фоне рахита 1—2-й степени в периоде разгара и реконвалесценции пневмонии при аденовирусной инфекции возникли у 64 из 93 детей, а при отсутствии рахита — у 15 из 41 ($P < 0,001$). У детей с анемией (содержание гемоглобина ниже 10,6 г%) аденовирусная инфекция осложнилась пневмонией у 46 из 65, а у детей с нормальными показателями красной крови — лишь у 33 из 69 ($P < 0,01$). При ранее перенесенных острых заболеваниях органов дыхания частота аденовирусных пневмоний составляла 85,7%, а у не болевших ими — 40,9% ($P < 0,001$).

Пневмонии на фоне аденовирусной инфекции развивались преимущественно в первые 5 дней болезни (у 89,4%), сопровождалась выраженными физикальными проявлениями в легких и нередко частым муцильным кашлем коклюшеподобного характера; у 31,9% наблюдался астматический синдром, который усугублял тяжесть состояния, у 10 детей он рецидивировал от 2 до 4 раз. Аденовирусные пневмонии отличались постепенным развитием, длительным течением и медленным разрешением процесса.

У 87 (61,7%) больных аденовирусной пневмонией течение ее было тяжелым. У 39 чел. диагностирована токсическая форма, а у 6 — токсико-септическая. В клинической картине болезни наблюдались симптомы интоксикации, у 7 детей была потеря сознания и клонико-тонические судороги, у всех больных отмечались резко выраженные катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей, у 30 детей температура достигала гипертермических цифр, нередко с суточными колебаниями в 1—3°. Однако не всегда имелся параллелизм между степенью тяжести и температурной реакцией. Такое несоответствие выявлялось у недоношенных и ослабленных детей. У всех больных тяжелой формой пневмонии наблюдались явления дыхательной недостаточности. Физикальные изменения проявлялись укорочением перкуторного звука, чаще в межлопаточном пространстве, нередко определялся коробочный оттенок, что указывало на эмфизематозное расширение легких. Прослушивались в большом количестве сухие и разнокалиберные влажные хрипы, приглушенность тонов сердца; у 39 из 87 больных была увеличена печень, а у 26 — селезенка.

Рентгенологически в легких обнаруживалось усиление бронхиально-сосудистого рисунка, повышение прозрачности легочной ткани, а также мелкие множественные очаги затемнения легочной ткани, причем у 30 детей из 141 — сливного характера. К моменту клинического выздоровления у всех больных, наблюдаемых в динамике, полной нормализации рентгенологической картины не происходило, что диктует необходимость дальнейшего диспансерного наблюдения за детьми в поликлинических условиях.

У 11 детей (из 141) аденовирусная пневмония осложнилась междолевым плевритом. Продолжительность болезни составляла в среднем $21,8 \pm 0,6$ дня (от 12 до 26), у 19 детей из 141 (13,4%) отмечалось затяжное течение пневмонии, и в 4 случаях она закончилась летальным исходом.

При гриппе пневмония развилась у 54,2%. В отличие от аденовирусной инфекции она имела более быстрое течение, сопровождалась выраженным токсикозом, у 8 больных из 58 возникло сегментарное поражение легких, которое клинически протекало почти бессимптомно. Кроме того, при гриппе наблюдалась и интерстициальная пневмония — у 5 больных (8,6%). Мелкоочаговые пневмонии реже носили сливной характер — только у 5 больных ($P < 0,02$), а также менее часто протекали с астматическим синдромом — у 11 ($P < 0,02$). Средняя длительность заболевания составляла $19,6 \pm 0,72$ дня (от 9 до 25), т. е. была короче, чем при аденовирусной инфекции, затяжное течение пневмонии отмечено у 4 больных (6,9%), и у 2 наступил летальный исход.

Пневмония при парагриппе была преимущественно мелкоочаговой, локализованной формы (у 16 из 23), и только у 1 больного носила сливной характер. Парагриппозные пневмонии отличались более благоприятным клиническим течением, во всех случаях закончились полным выздоровлением. Средняя длительность болезни была короче, чем на фоне аденовирусной и гриппозной инфекций, и составляла $16,8 \pm 0,7$ дня (от 13 до 25). Однако и при парагриппе наблюдались рентгенологические изменения при клиническом выздоровлении.

В периферической крови у больных пневмонией (222 ребенка) на фоне вирусной инфекции в 27,5 выявлялся лейкоцитоз от 10 до 20 тыс., в лейкоцитарной формуле у 38,7% детей определялся моноцитоз, а у 20,7% начиная с 3—5-го дня болезни появлялась эозинофилия, РОЭ у 77,5% оставалась в пределах нормы, а у остальных была ускорена до 40 мм/час. На фоне тяжелого течения пневмонии в динамике болезни у 7,2% больных аденовирусной инфекцией и гриппом регистрировалось нарастание анемии (с 10 до 8,2%).

Бактериальная флора верхних дыхательных путей была исследована у 104 детей, у 35,5% из них выявлен патогенный стафилококк, высокочувствительный к мономицину, неомицину и эритромицину; особенно часто он обнаруживался при аденовирусной инфекции (у 33 из 51).

Лечение больных мы проводили в соответствии с принятой в настоящее время схемой [1, 5 и др.]. Из антибактериальных средств хороший эффект давали метициллин, тетраолеан, мономицин в сочетании с оксигенотерапией, со стимулирующей терапией (введение гаммаглобулина, вливание плазмы, крови, применение экстракта алоэ, фибса), физиотерапией и симптоматическим лечением. При гриппозных пневмониях хорошие результаты получены от применения в первые 2 дня болезни противогриппозного гаммаглобулина.

Наблюдения показали, что больные пневмонией, госпитализированные в соматические отделения стационара, нередко являлись причиной внутрибольничных вспышек респираторных заболеваний. В частности, мы зарегистрировали вспышку аденовирусной инфекции в отделении патологии новорожденных, источником которой явился ребенок в возрасте 14 дней, направленный из родильного дома с диагнозом: токсическая пневмония, глубокая недоношенность. Спустя 5 дней после его поступления у 8 контактных с ним больных наступило ухудшение состояния, при этом у 4 возникла пневмония с крайне тяжелым течением. Иммунофлуоресцентное обследование детей во всех случаях выявило свечение аденовирусного антигена в клетках цилиндрического эпителия носа.

Следовательно, больные пневмонией являются инфекционными больными, поэтому их необходимо госпитализировать в боксированные отделения. Осуществляемые в соматических стационарах противоэпидемические мероприятия (одномоментное заполнение палат, кварцевание их и т. д.), по нашим наблюдениям, хотя в какой-то степени и снижают число внутрибольничных инфекций, но не устраняют их полностью.

1. Домбровская Ю. Ф., Светлова А. К. Вестн. АМН СССР, 1966, 7.—
 2. Коган В. М., Шульгина Т. Н., Румель Н. Б. В кн.: Этиология и диагностика вирусных острых респираторных заболеваний. Л., 1971.— 3. Набухотный Т. К. Тез. докл. Всесоюзн. конф. детских врачей. М., 1971.— 4. Середа Е. В., Лозовская Л. С. Вопр. охр. мат. и дет., 1971, 10.— 5. Тюрин Н. С., Полтарин В. П., Гобец А. А., Романенко В. А. Там же, 1972, 4.

Поступила 5 ноября 1973 г.

УДК 616.24—002:616—073.75

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ ДРУГИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

А. С. Озол

Кафедра рентгенологии и радиологии (зав.—доктор мед. наук М. Ф. Мусин, научный руководитель — проф. М. И. Гольдштейн) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Течение и исход пневмоний, возникновение осложнений при них обусловлены многими факторами, среди которых большое значение имеют различные сопутствующие заболевания.

Нами исследованы в динамике 72 больных раннего детского возраста с острыми пневмониями на фоне различных заболеваний.

У 43 детей в возрасте от 5 мес. до 2,5 лет, преимущественно до года, были различные формы пневмонии на фоне выраженных форм рахита. У них с одинаковой частотой наблюдались и очаговые, и сливные пневмонии с локализацией в основном с обеих сторон в средних и паравертбральных нижне-задних отделах легких. Вздутие легких отмечалось у 17 из 43, а неспецифическая инфильтрация корней — почти у всех. Течение пневмоний было затяжным. Особенно тяжело, с рецидивами на фоне самого энергичного комплексного лечения протекали пневмонии у 5 из 43 детей с наиболее выраженными проявлениями рахита.

При далеко зашедшем рахитическом процессе значительная деформация грудной клетки затрудняет рентгенографию легких и требует обязательного многоосевого исследования. Местные утолщения ребер могут симулировать на рентгенограмме очаговые тени в легких. У больных раннего детского возраста из-за таких утолщений даже при небольшом повороте (иногда достаточно повернуть только голову) на рентгенограмме образуется полоса затенения в наружных отделах грудной клетки с волнистым внутренним контуром.

У недоношенных детей ввиду высокой степени недифференцированности легких, недостаточного развития регуляторных механизмов течение пневмоний бывает особенно тяжелым и длительным. Нередко возбудителем этих пневмоний является стафилококк, часто наблюдается токсико-септический синдром, и до сих пор отмечается высокая летальность этих больных. Мы исследовали в динамике 12 недоношенных детей от 10 до 20-дневного возраста, больных пневмонией. Почти у всех был двусторонний процесс, преобладали пневмонии сливного характера с затяжным течением; у 4 из 12 констатировано гнойное расплавление легких с образованием у одного вентиляного пиопневмоторакса, у другого — подкожной эмфиземы, при этом отмечалось быстрое нарастание процесса.

Пневмонические очаги на снимках у недоношенных детей обладали большой склонностью к сливанию и занимали обширные участки с обеих сторон. Рентгенологический метод исследования легких у недоношенных