

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 имитировать 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 вентильного 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

детей приобретает важное значение еще и потому, что перкуторно обнаружить участки уплотнения легких у них часто не представляется возможным.

Нарушение питания ребенка особенно резко отражается на возникновении, течении, осложнениях и исходе пневмоний. Наиболее часто встречаются паравертебральные, дистелектатические, особенно сливные в задне-нижних участках пневмонии. При острых расстройствах питания легкие находятся в таком состоянии, что нередко ребенок умирает только от присоединившейся пневмонии.

Нами исследованы 16 детей с пневмониями на фоне расстройств питания, у 4 из них была острая диспепсия. Возраст больных — от 3 до 9 месяцев. У детей с гипотрофией пневмонии чаще были сливными, имели вялое, затяжное течение; у 2 из них образовались дисковидные ателектазы и эмфизематозные буллы. Так, больная А., 3 мес., поступила в клинику с правосторонней сливной стафилококковой плевро-пневмонией на фоне слабо выраженной гипотрофии. На рентгенограмме от 28/II почти на всем протяжении правого легкого определяется довольно интенсивное затемнение с отчетливой полостью в нижне-наружных отделах (рис. 1). Поскольку состояние ребенка по сравнению с предыдущими днями стало лучше, было высказано предположение, что полость представляет собой не осложненную эмфизематозную буллу — важный патогномический признак стафилококковой пневмонии. Состояние больной с каждым днем становилось лучше. На рентгенограмме от 16/III (рис. 2) при продолжающемся лечении эмфизематозная булла значи-

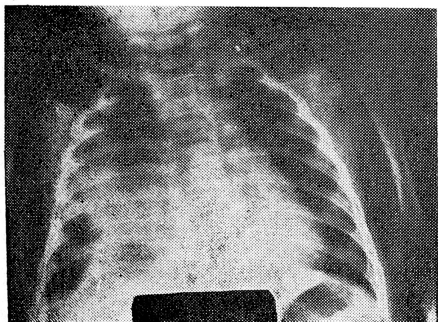


Рис. 1.

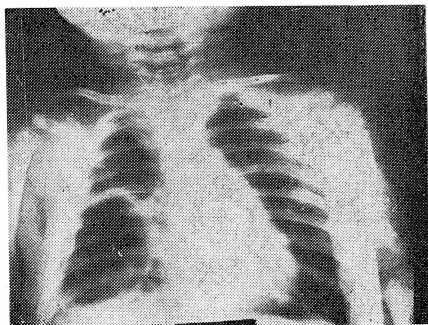


Рис. 2.

тельно увеличилась, стала «напряженной», над ней появилась еще одна небольшая воздушная полость. Тень инфильтрации в легких намного уменьшилась, отмечается тонкий слой выпота в плевральной полости. На рентгенограмме от 23/III обе полости отчетливо видны, но уменьшились в размерах. К этому времени никаких других клинических данных о каком-либо процессе в легких не осталось. Ребенок бодрый, активный; температура, картина крови нормализовались. Полное исчезновение воздушных булл наступило только через 1,5 мес. после первоначального выявления.

Являясь важным признаком стафилококковой пневмонии, буллы не определяют ее исход. Об осложнении говорят только в том случае, если в ней появляется уровень жидкости или напряжение «стенок». Сохраняющаяся до 5—7 мес. воздушная полость может считаться приобретенной кистой легкого. Напряженные буллы могут исчезнуть сами, как у нашей больной, и могут привести к пневмотораксу. Сухие буллы и полости с жидкостью дают одинаковую рентгенологическую картину, отличительным признаком служит лишь уровень жидкости, свидетельствующий о гнойном расплавлении легочной ткани. Формирование

в первые дни заболевания гнойно-некротического очага рассматривается как фаза стафилококковой пневмонии, вместе с тем наличие нагноительного процесса дает возможность считать эту фазу разновидностью абсцедирующей пневмонии. Осложнение двусторонней стафилококковой пневмонии с выраженной распространенной подкожной эмфиземой мы наблюдали у ребенка 2 лет.

У детей-атрофиков почти в 100% на секции определяются пневмонии, не все выявленные при жизни. Пневмонии на фоне хронического расстройства питания относятся к малосимптомным, трудно диагностируемым; основные симптомы — одышка, кашель, высокая температура — или совсем отсутствуют, или выражены слабо. С острым расстройством питания мы наблюдали только 4 детей в возрасте до года. Заболевание протекало тяжело с выраженным токсикозом, одышкой и резким вздутием легких, у всех 4 больных отмечалась двусторонняя мелкоочаговая пневмония, которая на фоне вздутия давала снижение прозрачности легких.

Наконец, у 1 пациента (Ш., 7 мес.) была пневмония на фоне кистозного фиброза поджелудочной железы. У ребенка выраженное истощение, гипотония мышц, зловонный обильный стул непереваренной пищей. При клиническом исследовании у больного установлены двусторонние пневмония и отит, муковисцидоз или кистозный фиброз поджелудочной железы, основным признаком которого является повышенная вязкость секретов (сока поджелудочной железы, отделяемого бронхов и т. д.). Несмотря на ясные аускультативные данные, картину крови, высокую температуру, пневмония протекала без одышки. На рентгенограмме с обеих сторон на фоне усиления интерстициального рисунка — мелкие инфильтративные тени, справа сливающиеся между собой, корни легких расширены, правый инфильтрирован, бесструктурен. На контрольной рентгенограмме через 3 недели после курса лечения, несмотря на исчезновение клинических признаков пневмонии, в легких с обеих сторон, больше справа, отмечается фиброзная тяжистость, доходящая местами до периферии; корни широкие, особенно справа, бесструктурные. Аналогичные изменения в легких определяются на рентгенограмме, выполненной через 3 мес. Явления гипотонии, сопровождающие кистозный фиброз поджелудочной железы, наблюдаются и в желудочно-кишечном тракте. Контрастное рентгенологическое исследование желудка подтвердило эти данные у нашего пациента: желудок гипотоничен, контрастная масса свободно, непрерывной струей переливается в расширенную, гипотоничную двенадцатиперстную кишку.

Выявленные нами рентгенологические особенности течения пневмонии у детей при наличии некоторых сопутствующих заболеваний должны учитываться при диагностике и лечении.

Поступила 29 января 1973 г.

УДК 616.24:616—053.2/5

НЕКОТОРЫЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ ПРИ СТАФИЛОКОККОВОЙ ДЕСТРУКЦИИ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Б. Ф. Новиков

Клиника детской хирургии (зав.— доц. Г. М. Славкина) Саратовского медицинского института

Мы исследовали показатели электролитного и белкового обмена у 104 детей (возраст — от 2 месяцев до 13 лет), страдающих преимущественно легочно-плевральными формами стафилококковой деструкции легких, в остром периоде заболевания (наличие гнойного процесса в легких и в плевре) и в период выздоровления (перед выпиской). В зависимости от возраста больные были разделены на 2 группы: в 1-ю вошли дети в возрасте от 2 месяцев до 3 лет (53), во 2-ю — старше 3 лет (51). Контрольную