

Г. А. БОБИНСКАЯ и М. Х. МАКСУТОВА

## О пневмонии детского возраста

Из клиники детских болезней (директор профессор В. К. Меньшиков) Казанского государственного медицинского института

В клинике заболеваний детского возраста пневмония занимает значительное место. По данным Медовикова в грудной клинике Института охматмлада число пневмоников составляет 24,3% к общему количеству больных; по Садыковой—32%. Из всех больных, прошедших через стационар нашей клиники за последние 7 лет, 14,4% больных было с воспалением легких.

При изучении пневмонии обращает на себя внимание зависимость заболевания дыхательных органов от ряда экзогенных и эндогенных факторов (метеорологических и жилищных условий, конституции, состояния питания и других).

По нашим данным наибольшее число детей заболело пневмонией в весенние месяцы—236, в зимние—198, летние—175, осенние—124.

Правильное вскармливание ребенка играет большую роль в профилактике детских заболеваний и в частности в профилактике пневмонии. По нашим данным 45% вторичной пневмонии обусловлено острыми и хроническими расстройствами питания. При правильном питании ребенка наблюдается более благоприятное течение пневмонии и меньшая смертность. Нами отмечено, что смертность детей первого полугодия, вскармливаемых грудью, ниже (33,3%), чем среди детей, находящихся на смешанном вскармливании (42,4%), и почти в 2 раза ниже, чем среди детей, вскармливаемых искусственно (62,5%).

Среди целого ряда условий, благоприятствующих возникновению пневмонии, а также повышению летальности, видное место занимает состояние питания ребенка. По нашим материалам заболеваемость пневмонией в грудном возрасте чаще отмечалась у детей с пониженным питанием (эитрофиков было 101, дистрофиков—222), у них же мы наблюдали более тяжелое течение и высокий процент смертности.

Чем моложе ребенок и чем ниже состояние его питания, тем выше смертность: так, в группе эитрофиков до 3-месячного возраста смертность равнялась 25%, в группе дистрофиков—65%. С возрастом ребенка снижается процент смертности, что особенно заметно в группе дистрофиков.

По данным Садыковой, Медовикова, Кливанской-Кроль и других авторов рахит среди пневмоников наблюдается в 50—70% случаев. Среди наших больных было 168 рахитиков (32,8%); из них у 115 наблюдалось тяжелое течение пневмонии, 65 из этих больных умерли. Течение пневмонии у рахитиков зависит от формы рахита и его тяжести: тяжелый рахит, особенно рахит грудной клетки с гипотонией мышц, дает тяжелое течение пневмонии. На нашем материале мы

могли отметить, что тяжелая форма рахита, с резкими деформациями костного скелета, с каждым годом встречалась реже.

Всего нами было разобрано 733 истории болезни больных с воспалением легких. По полу—421 мальчик и 312 девочек. Большую частоту пневмонии у мальчиков отмечают и другие авторы (Маслов, Медовиков, Кливанская-Кроль и др.).

Пневмония является особенно серьезной болезнью для детей раннего возраста. Наибольшее число наших больных составили дети до одного года (323), причем большинство из них было старше 6 месяцев. Наиболее высокую смертность давали дети первых 3 месяцев (50%). У детей до 3-летнего возраста смертность оставалась еще на довольно высоких цифрах (22%), и только после 3 лет отмечено резкое ее снижение.

В 123 случаях было повторное заболевание пневмонией; причем крупозная пневмония повторно наблюдалась у 12 больных, бронхопневмония у 111 больных. Большей частью пневмония повторялась по 2 раза. У двух восьмилетних больных бронхопневмония наблюдалась у одного 6 раз, у другого 9 раз.

Крупозная пневмония. Из 733 пневмоников крупозным воспалением легких болело 93 чел. (12,6%). Возможность крупозной пневмонии в грудном возрасте многими авторами оспаривается, однако Маслов, Унгер и Багинский считают, что крупозная пневмония может наблюдаться не так редко и в раннем детском возрасте. По Домбровской, Гундель и Вискотт эта форма пневмонии встречается исключительно редко. Через наше отделение больных с крупозной пневмонией до 1 года прошло—2, с 1 г. до 3 лет—8, с 3 до 5 лет—15, с 5 до 10 лет 48, с 10 до 15 л.—20.

Чаще всего встречалась правосторонняя пневмония—55, затем—левосторонняя—35. Двустороннюю крупозную пневмонию мы наблюдали в 3 случаях. При поражении одной доли чаще наблюдалось поражение правой нижней доли—51,1%; левой нижней—34,8%; правой и левой верхних по 6,9% и, наконец, средней—4,6%.

Начало крупозной пневмонии у больных было внезапное с быстрым подъемом температуры до высоких цифр. Иногда наблюдалось бурное начало, сопровождавшееся очень тяжелым общим состоянием, с потерей сознания. Озноб, который характерен для начала заболевания у взрослых, мы наблюдали редко. Часто отмечалась рвота, иногда повторная. Боль в боку, ржавая мокрота, кашель, так часто отмечаемая триада у взрослых, у наших больных почти не наблюдалась. Чаще мы слышали жалобы на боль в животе. В 4 случаях дети жаловались на боль в правой подвздошной области, так что картина болезни напоминала аппендицит. У нескольких больных были резко выраженные менингеальные симптомы, которые держались в течение 2—3 дней. В этих случаях мы с диагностической целью применяли люмбальную пункцию. У 5 больных была центральная пневмония. Ранней диагностике этих случаев, а также случаев пневмонии с выраженными менингеальными явлениями, способствует рентгеноскопия легких.

Температура типа *contínua* держалась на высоких цифрах в течение 7—9—11 дней, иногда и дольше. Большей частью (в 95%) наблюдалось критическое падение температуры. Наступление кризиса до 5-го дня болезни отмечалось в 14,2%, между 7—9 дн.—в 69,8%; между 10—15 дн. в 19%; свыше 15 дней—в 6,3%. После падения

температуры общее самочувствие больных быстро улучшалось, появлялся аппетит, и дети начинали прибавлять в весе. Осложнения при крупозной пневмонии мы наблюдали только у 4 больных: у двух гнойное воспаление среднего уха, у 1—эмпиему и у 1—серозный плеврит. Прогноз при крупозной пневмонии у детей, по сравнению с прогнозом у взрослых, благоприятен.

Так, по Киселю смертность от крупозной пневмонии равняется 1%, по Комби, Шлезингеру 5%; по нашей клинике—3,2%, причем у детей до 3-летнего возраста смертности не было, в возрасте от 3 до 5 лет—3,8%, от 5 до 10 лет—2,4%; от 10 до 15 л.—7,1%. Такой благоприятный исход лобарной пневмонии в детском возрасте Маслов объясняет сильно развитым правым желудочком и выносливостью детского сердца.

У 25 больных с крупозной пневмонией мы произвели бактериологическое исследование мокроты. В 52% был выделен пневмококк X группы; в 24% пневмококк I т., в 16%—пневмококк II т., в 4%—пневмококк смешанной группы (I+II т.). Как видно из приведенных данных, при крупозной пневмонии детей чаще высевается пневмококк X группы, тогда как у взрослых возбудителем крупозной пневмонии является чаще пневмококк фиксированной группы.

Бронхопневмония. Всего через клинику прошло 640 больных с бронхопневмонией. Больше половины из них—343—имели двустороннюю пневмонию, 154—левостороннюю, 143 правостороннюю. В огромном большинстве случаев (514) локализация пневмонии отмечалась в нижних долях и редко изолированно—в верхней и средней долях.

При разборе клинической картины бронхопневмонии мы пользовались классификацией Нассау, основанной на клинических принципах. Необходимо отметить, что относить пневмонию к той или иной форме можно только при учете всей динамики заболевания.

Кроме того, как и многие авторы (Медовиков, Маслов, Садыкова и другие), мы считали целесообразным делить бронхопневмонию на первичную и вторичную, так как эти две формы разнятся по своему течению, тяжести и смертности. Из 640 больных с бронхопневмонией у 362 была первичная, у 278—вторичная бронхопневмония.

По данным литературы первичная бронхопневмония до 3-месячного возраста встречается редко (Нассау). По нашим данным больных с первичной бронхопневмонией до 3-месячного возраста было 15, что составляет 4,1% к общему числу больных с первичной бронхопневмонией. С возрастом частота первичной бронхопневмонии увеличивалась, достигая 65% в возрасте от 3 месяцев до 3 лет. У детей старше 3 лет первичная бронхопневмония встречалась реже. Что касается смертности, то наиболее высокая смертность отмечалась у детей первых месяцев жизни, с возрастом смертность значительно снижалась. Высокую смертность в раннем детском возрасте можно, повидимому, объяснить тем, что в этом возрасте пневмонией чаще заболевают дети ослабленные, с пониженной сопротивляемостью организма к инфекциям. Общая смертность от первичной пневмонии в среднем равнялась 14%.

На нашем материале подтверждаются данные многих авторов, что первичная пневмония начинается остро. В большинстве случаев из анамнеза можно было установить, что пневмонии предшествовало гриппозное заболевание (кашель, насморк). Температура при первич-

ной пневмонии имела самый разнообразный характер. В некоторых случаях она поднималась внезапно, держалась на высоких цифрах и падала критически, напоминая температурную кривую при крупозной пневмонии (тип фокальной пневмонии по Вискотту). Иногда можно было видеть ремиттирующий и даже интермиттирующий тип лихорадки. Реже мы наблюдали субфебрильную температуру. Длительность заболевания у больных с первичной бронхопневмонией варьировала от 2 до 30 дней; продолжительность течения до 10 дней мы наблюдали в 55,4%, а свыше 10 дней в 44,4%. В большинстве случаев первичная пневмония протекала по типу пульмональной (68,4%) с резко выраженной одышкой, игрой крыльев носа, кашлем и ясными физикальными данными. 35—50% больных с пульмональной формой давали тяжелое течение. Смертность при этой форме равнялась 4,8%.

Кардиальная форма с явлениями расстройства сердечно-сосудистой системы (глухие тоны сердца, цианоз, мягкий, иногда редкий пульс) по нашим материалам наблюдалась в 23,2% случаев (чаще в раннем возрасте), давала очень тяжелое течение и высокую смертность (35,2%). 8 случаев были с менингеальной формой. У 3 детей менингеальные симптомы отмечались с самого начала заболевания, и эти больные были направлены в клинику с диагнозом менингит. У 4 больных наблюдалась рвота, общая гипертония мышц, судороги. Им была сделана люмбальная пункция. Спинномозговая жидкость шла под повышенным давлением, реакция Панди во всех случаях была отрицательной, плецитоз равнялся 3—6. У всех этих детей пневмония протекала тяжело; 2-е из них умерло.

Наиболее тяжело протекающие формы—токсическая и атоническая—наблюдались редко. При токсической форме отмечалось бурное начало, очень тяжелое общее состояние, помрачение сознания, рвота, серая окраска кожи, коляпс—эта форма встречалась в раннем возрасте, и в большом проценте случаев она вела к летальному исходу. Атоническая форма также встречалась в раннем возрасте, сопровождалась выраженной атонией мышц, метеоризмом, падением кровяного давления, резкой бледностью кожных покровов. В одном случае была резко выраженная атония мускулатуры, высокая температура, общая гиперестезия. Картина болезни очень напоминала полиомиелит. Но выраженная одышка, наличие пневмонии позволило нам при жизни ребенка отнести этот случай к атонической форме пневмонии. Больной умер. На секции была обнаружена двусторонняя гнездная бронхопневмония. У 9 больных пневмония протекала по типу алиментарной, с выраженными диспептическими явлениями. Эта форма встречалась тоже в раннем возрасте; смертность—11,1%.

Ко вторичной пневмонии мы относили пневмонию, которая развивалась на почве острых и хронических расстройств питания и инфекционных заболеваний (корь, коклюш и др.). Наибольшее количество случаев вторичной пневмонии—30,5% обусловлено острыми расстройствами питания, затем группой дизентерийных заболеваний (20,1%). Третье место по частоте занимала пневмония на почве хронических расстройств питания (15,1%). Небольшой процент падал на пневмонию после инфекций: кори, коклюша, цереброспинального менингита. В группу „прочих“ входят пневмонии после брюшного тифа, энцефалита, нефрита и других болезней (10,7%).

Вторичная пневмония в большинстве случаев протекает тяжело и

резко ухудшает течение и прогноз основного заболевания. Очень тяжело протекали коревые пневмонии. Наибольший процент смертности мы отмечали при пневмонии, осложняющей цереброспинальный менингит (66,6%), что объясняется тем, что менингит сам по себе является тяжелым заболеванием, а присоединившаяся к нему пневмония, ухудшая прогноз, часто ведет к летальному исходу. Высокая смертность отмечалась также при хронических расстройствах питания (59,5%) и при острых расстройствах питания (45,8%).

Так же, как и при первичной пневмонии, мы имели наибольшую смертность среди детей первой половины года; затем с возрастом процент смертности снижался. Однако при сравнении с первичной пневмонией мы все же имели гораздо более высокую смертность от вторичной пневмонии.

Вторичная пневмония, осложняющая расстройства питания, в большинстве случаев начиналась незаметно, сопровождалась незначительным повышением температуры, а иногда протекала при нормальной температуре. О начале вторичной пневмонии мы часто могли судить только по присоединившейся одышке, раздуванию крыльев носа. Иногда имело место резкое побледнение кожных покровов, которые, в некоторых случаях, принимали серовато-землистый оттенок. При объективном исследовании обнаруживалось легкое притупление перкуторного звука в задне-нижних отделах легких и незначительное количество крепитирующих хрипов. В дальнейшем такая пневмония протекала обычно как гипостатическая, локализуясь паравертебрально.

Течение вторичной пневмонии было более вялое и продолжительное. Длительность заболевания до 10 дней отмечалась в 43%, свыше 10 дней в 57%. Кроме того мы могли отметить, что более тяжело протекающая форма пневмонии—кардиальная—встречалась при вторичной пневмонии чаще (38%), давала более тяжелое течение и худший прогноз; смертность при этой форме достигала 63%.

Пульмональная форма при вторичной пневмонии отмечена в 46,4% случаев. Но и при этой форме по сравнению с пульмональной формой при первичной пневмонии наблюдалось гораздо более тяжелое течение и высокий процент смертности (27,1%).

Осложнения при бронхопневмониях встречаются довольно часто и значительно ухудшают прогноз пневмонии, особенно у детей раннего возраста. По различным авторам осложнения при бронхопневмониях наблюдаются от 10 до 20% и выше.

У 103 наших больных (в 16%) отмечались различные осложнения. Чаще всего мы наблюдали гнойный плеврит (в 30 случаях) и гнойный отит (в 30 случаях). Из других осложнений наблюдались: серозный плеврит у 5 больных, менингит у 6; фурункулез, пиодермия у 10 и прочие осложнения у 22. К прочим осложнениям мы отнесли пиурию, перикардит, сухой плеврит и др. Чаще всего осложнения наблюдались при токсико-септической форме пневмонии (из 6 б-ных 4 дали осложнения), затем при кардиальной, менингеальной и реже при пульмональной форме.

У 105 больных нами было произведено бактериологическое исследование мокроты и в 95,6% был выделен пневмококк<sup>1)</sup>. У 67

<sup>1)</sup> Материалы по изучению пневмонии детского возраста. „Каз. мед. журнал“ № 8, 1937 г.

больных были определены типы пневмококков, причем в 40 случаях (59,6%) был выделен пневмококк X группы, в 2 случаях—пневмококк I типа, в 14 случаях—пневмококк II т. и в 4 случаях—пневмококк III т.

Пневмококк X группы чаще встречался при вторичных пневмониях—в 62,5% (при первичных в 58,1%), пневмококк же I т. при вторичных пневмониях нами выделен не был.

При пневмонии детского возраста обращает на себя внимание определенная зависимость частоты выделения типов пневмококков от возраста больных. У детей до 1 года в огромном большинстве случаев (77,87%) выделяется пневмококк X группы, и только незначительный процент падал на пневмококков фиксированной группы. Частота высеваемости пневмококка I т. увеличивалась с возрастом больных (до 1 года—0; в возрасте от 10 до 15 лет—42,8%). Высеваемость же пневмококков X группы давала обратную картину: до 1 года 87,5% и в старшем возрасте 14,2%. Пневмония, вызванная различными типами, отличается между собой и по тяжести заболевания. Наиболее тяжело протекала пневмония, вызванная пневмококком X группы, и пневмония, вызванная несколькими типами (I + II; II + III). Важно также отметить зависимость между типами пневмококков и смертностью: по нашим данным случаи, вызванные пневмококками фиксированной группы, дали 19,3% смертности; случаи же, вызванные пневмококками X группы,—22,6%; 50% смертности мы наблюдали при пневмонии, вызванной несколькими типами.

Больные пневмоники выделялись нами в отдельную палату; обращалось большое внимание на создание для больных наилучших условий: часто проветривалась палата, рекомендовалось чаще брать на руки детей младшего возраста, переворачивать тяжело больных, придавать более возвышенное положение для верхней части туловища. Выносили больных гулять, в некоторых случаях даже зимой. Обращалось внимание на достаточное введение жидкости и на вскармливание ребенка: больным давали разнообразную, соответственно возрасту пищу, в лихорадочном периоде чаще жидкую. Применялись концентрированные смеси (Моро, „дубо“ Шика), фрукты, соки, витамин С. Часто при крупозной, а также при алиментарной пневмонии назначали сахарную диету в течение 1—2 дней. Всем больным-пневмоникам после падения температуры давали рыбий жир; 1 или 2 раза в шестидневку назначали ванну, даже при высокой температуре. Противопоказанием для ванны являлась только выраженная сердечная слабость. Банки, горчичники, горчичные обертывания, при имевшихся показаниях, применялись довольно широко. Последние годы взамен горчичников мы часто назначали скипидарные ванны или скипидарные обертывания (1 столовую ложку на 1 литр воды) до появления кожной реакции. Запах терпентина приятнее жгучего запаха горчицы, и больные выносят эти процедуры спокойнее. Часто назначали кислород. Кроме того, мы применяли симптоматическую или „каузальную“ (по Медовикову) терапию. При крупозной пневмонии часто до наступления кризиса, назначали сердечные средства: камфору, кофеин. При кардиальной и токсической формах также назначали сердечные, комбинируя их с инъекциями 10% раствора глюкозы внутримышечно. Отхаркивающие мы давали при наличии обильных хрипов в легких. При кардиальной и атонической формах часто назначали адреналин.

При крупозной пневмонии некоторые авторы указывают на целесо-

образность парентерального назначения хинина. Медовиков, Ауфрехт, Кан-Броннер отмечают иногда купирующее действие хинина и уменьшение длительности лихорадочного периода. Мы назначали хинин внутривенно и внутримышечно больным, поступившим в ранние сроки болезни (на 3—4-й день), но не могли отметить хорошего эффекта. Из 29 больных, получавших хинин парентерально, только у двух температура спустилась кризисом на 4-й день болезни. У остальных же 27 кризис наступал после 7-го дня болезни (на 9-й, даже 13-й день). В некоторых случаях пневмонии, сопровождавшейся выраженным цианозом, мы применяли кровопускание (50—60 см<sup>3</sup>) и получали довольно хорошие результаты: цианоз уменьшался, дыхание становилось спокойнее. От применяемой гемотерапии также часто отмечался благоприятный эффект.

Облучение кварцевой лампой благоприятно действует на организм больного ребенка, и поэтому этот вид физиотерапии мы применяли за последние годы широко.

Поступила 14.VII. 1939.