

К КЛИНИКЕ СТАФИЛОКОККОВОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Аспирант Г. Ф. КАТЕЕВА

Из кафедры детских болезней (зав. — проф. Ю. В. Макаров) Казанского медицинского института

За последние годы достигнуты большие успехи в лечении пневмонии у детей раннего возраста, что содействовало дальнейшему снижению детской смертности в нашей стране.

Немалую роль в снижении летальности от пневмонии сыграло применение сульфаниламидов и антибиотиков (пенициллина, стрептомицина, биомицина и др.).

Однако, одновременно с положительным значением широкого применения антибиотиков, накапливаются данные и отрицательного характера.

Общеизвестны, например, возникновение устойчивости микробов к антибиотикам и нарастающий процент резистентных к антибиотикам штаммов дизентерийных палочек, пневмококков, стафилококков и других микробов.

Известно также о возникновении в организме дисбактериоза, вследствие подавления антибиотиками роста обычной бактериальной флоры и неукротимого роста нечувствительных к антибиотикам дрожжеподобных грибов; в результате может возникнуть тяжелое заболевание — кандидомикоз.

Все чаще появляются сообщения об увеличении роли стафилококков в этиологии заболеваний верхних и нижних дыхательных путей, энтероколитов и сепсиса у детей раннего возраста О. И. Базан — 1957, Денис и Штаммен (Denys et Stammen) — 1956, Дисней, Вольф и Вуд (M. Disney, I. Wolff a. Wood) — 1956.

Исследования Мантена (A. Manten, 1956), Флори (Англия) свидетельствуют, что из года в год в результате адаптации нарастает процент резистентных к пенициллину штаммов стафилококков; по мнению Фербротера (Fairbrother), этому содействует обычай назначать пенициллин без достаточных оснований.

Стафилококковые инфекции органов дыхания у маленьких детей являются весьма серьезным заболеванием, требующим раннего распознавания и активной терапии. Но раннее распознавание затрудняется тем, что обычное бактериологическое исследование мокроты не дает результата, так как в ней содержатся лишь микробы из верхних отделов дыхательных путей. Предлагаемая некоторыми авторами (М. Дисней, Вольф и Вуд, 1956) пункция легкого с целью получения материала для посева не должна применяться из-за опасности ухудшения течения болезни.

Стафилококковые пневмонии у детей имеют своеобразную клиническую картину, которая описывается в этом сообщении на осно-

вании наблюдавшихся нами 3 случаев заболевания у детей раннего возраста.

Заболевание начиналось с незначительного повышения температуры, катара верхних дыхательных путей, гриппа. По-видимому, вирусная инфекция может подготовить почву для развития стафилококкового заболевания. На 3—4 день болезни у ребенка внезапно и резко нарушалось общее состояние, развивался токсикоз. Кожа приобретала землисто-серый цвет. Появлялись одышка с участием вспомогательных мышц, цианоз. В легких развивалась пневмония крупноочагового характера с ясно выраженными физикальными изменениями: отчетливое укорочение перкуторного звука, на месте укорочения выслушивались ослабленное с бронхиальным оттенком дыхание, мелкопузырчатые влажные хрипы. Рентгенологически — массивное затемнение, что нехарактерно для пневмонии у детей раннего возраста. Поэтому некоторые авторы (М. Дисней, И. Вольф и Вуд) полагают, что массивные пневмонии у детей раннего возраста необходимо лечить как пневмонии потенциально стафилококковой этиологии. Изменения в легких при стафилококковой инфекции имеют тенденцию к быстрому некрозу, расплавлению ткани легкого. О. И. Базан описал 7 случаев стафилококковой инфекции с преимущественным поражением легких, в которых на вскрытии оказались очаги некроза с огромным скоплением стафилококков.

В результате абсцедирования при стафилококковой пневмонии в легких могут образоваться полости, что дает повод к смешению их с врожденными кистами легких (Дисней, Вольф и Вуд). В одном из наших случаев, закончившемся летально, на вскрытии были обнаружены абсцессы, в другом развился клапанный пиопневмоторакс, что также говорит о деструктивных изменениях в ткани легкого. Отличительной чертой стафилококковых пневмоний у детей является присоединение гнойного плеврита, развивающегося обычно с большой быстротой. В наблюдавшихся нами случаях буквально в течение нескольких часов экссудат, занимавший вначале только синус (по рентгеновским данным), распространялся до II—III ребра. В качестве примера приводим истории болезни.

Надя Ф., 10 мес., в клинику поступила 19/III-57 г. на 3-й день болезни в крайне тяжелом состоянии. Заболевание началось с повышения температуры до 37,3° и легких катаральных явлений в носоглотке. Девочка посещала ясли и была осмотрена ясельным врачом, которая диагностировала грипп. К вечеру 2-го дня болезни состояние ребенка резко ухудшилось. Температура повысилась до 39° с десятичными, появились одышка, вздутие живота. С подозрением на кишечную инвагинацию ребенок был доставлен в хирургическую клинику, где этот диагноз был отвергнут, и девочка переведена в нашу клинику.

При поступлении состояние ребенка тяжелое, сознание ясное, температура — 39,4°. Одышка, число дыханий 50 в 1 мин, игра крыльев носа. Кожные покровы землисто-серого цвета, питание несколько понижено. Незначительная гиперемия в зеве. В легких — укорочение перкуторного звука под правой лопаткой. Дыхание на месте укорочения ослабленное, с бронхиальным оттенком, на фоне которого выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Границы сердца — в пределах возрастной нормы. Тоны сердца — чистые. Живот вздут, пальпация безболезненна, печень выступает из-под реберной дуги на 3 см.

Рентгеноскопия грудной клетки при поступлении 19/III-57 г. (3-й день болезни): справа — по ходу междолевой борозды — нежное затемнение легочной ткани. В нижнем поле того же легкого, преимущественно латерально, отмечается понижение прозрачности легочной ткани. Тени гиллюсов расширены, нежно инфильтрированы. Сердце — в норме. Кровь: л. — 23,650; РОЭ — 35 мм/час. Формула: ю. — 2, п. — 24; с. — 58; э. — 0; м. — 3; л. — 13%. Клинический диагноз: правосторонняя фокальная пневмония.

Лечение: пенициллин по 75 тыс. ед. × 4 раза — внутримышечно, стрептомицин 50 тыс. ед. × 2 раза — внутримышечно, норсульфазол — по 0,2 × 6, кофеин — подкожно; вдыхание увлажненного кислорода. Введена нормальная сыворотка 30 мл внутримышечно.

20/III-57 г. на 2-й день пребывания в клинике, то есть на 4-й день болезни состояние ребенка остается тяжелым. Выраженная одышка с участием вспомогательных мышц. Приглушение в легких становится более отчетливым, дыхание ослабленное, хрипы не выслушиваются. Сделана диагностическая плевральная пункция, получено около 50 мл серозно-геморрагического экссудата.

21/III-57 г. (на 5-й день болезни) температура 39,6°. Признаки экссудата в плевральной полости более отчетливы. При рентгеноскопии грудной клетки: справа от верхушки до купола диафрагмы определяется интенсивное гомогенное затемнение, нижней границей сливающееся с куполом диафрагмы, контуры которого не дифференцируются. Органы средостения смещены влево, сделана 2-я плевральная пункция, получено 100 мл серозно-гнойного экссудата, из которого при бактериологическом анализе выделен белый гемолизирующий стафилококк. К концу дня девочка потеряла сознание, развились судороги клонического характера. 22/III-57 г. в 3 часа утра, на 6-й день болезни, ребенок умер при явлениях сердечной недостаточности.

Патологоанатомический диагноз: множественные мелкие абсцессы с перифокальной пневмонией в нижней доле правого легкого. Острый ларинго-трахеит. Правосторонний гнойный плеврит. Гнойный перикардит. Очаговые кровоизлияния на слизистой пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, тонких и толстых кишок. Точечные кровоизлияния в мозгу. Дистрофические изменения внутренних органов.

Течение стафилококковых пневмоний тяжелое, что обуславливается быстрым развитием абсцедирования и присоединением тяжелых осложнений, как, например, эмпиемы и пиопневмоторакса, что видно из приводимой истории болезни.

Сережа М., 1,5 мес., в клинику поступил 5/IV-57 г. в состоянии средней тяжести, с температурой 38°. Дома в течение нескольких дней ребенок температурил, температура повышалась до 37—38°, кашлял. При поступлении кожа и видимые слизистые чистые. Одышки нет. В легких физикальных изменений нет. 6/IV-57 г. температура — 38,6°, появились одышка, игра крыльев носа, легкий цианоз губ. Перкуторных изменений в легких нет. Дыхание не изменено; справа под углом лопатки выслушивались среднепузырчатые влажные хрипы.

7/IV-57 г., на 3-й день пребывания в больнице, состояние резко ухудшилось. Кожные покровы серовато-бледного цвета. Слева, в нижних отделах легкого, укорочение перкуторного звука, бронхиальное дыхание, бронхофония, крепитация. Тоны сердца несколько приглушены. На следующий день, 8/IV-57 г., определялись классические признаки левостороннего экссудативного плеврита, что было подтверждено рентгеноскопией грудной клетки и диагностической плевральной пункцией. Была получена гнойная жидкость в количестве 40 мл, при бактериологическом анализе, которой выделен золотистый гемолизирующий стафилококк. Кровь: л. — 35 900; РОЭ — 45 мм/час. Формула: ю. — 1; п. — 18; с. — 36; э. — 0; м. — 9; л. — 36%. Клинический диагноз: левосторонняя пневмония, эмпиема. Лечение проводилось пенициллином внутримышечно по 30 тыс. ед. × 4 раза, стрептомицином — внутримышечно по 50 тыс. ед. × 1 раз. Ежедневно делались плевральные пункции, выпускался гной по 15—40 мл, после чего в плевральную полость вводился пенициллин в количестве 100 тыс. ед. Ребенку переливалась кровь по 20—30 мл с интервалами в 3—4 дня. Всего было сделано 5 трансфузий крови. Подкожно вводились кофеин, витамины, проводилось вдыхание увлажненного кислорода. После двух плевральных пункций 11/IV-57 г. состояние ребенка значительно ухудшилось: одышка резко выражена, стонущее дыхание, цианоз. Отмечалось падение сердечной деятельности. В легких слева — коробочный перкуторный звук, дыхательные шумы отсутствуют. На месте прокола грудной клетки появились два свища, из которых при выходе выделялись пузырьки воздуха и гнойная жидкость.

12/IV-57 г. при рентгеноскопии был обнаружен газовый пузырь над горизонтальным уровнем жидкости (пиопневмоторакс). На свищи наложена повязка с мазью Вишневского. В плевральную полость введено 250 тыс. ед. стрептомицина.

13/IV-57 г. состояние ребенка остается крайне тяжелым. Из свищей продолжается обильное отделение гноя и воздуха.

17/IV-57 г. больной переведен в хирургическую клинику, где ребенку был наложен сифонный дренаж по Бюлау. Лечение свищей проводилось мазью Вишневского на касторовом масле.

24/IV-57 г. ребенок вновь переведен в нашу клинику. Состояние ребенка постепенно улучшилось. Температура к 5/V снизилась до нормы, исчезла одышка, кожные покровы стали более розовыми, больной начал прибывать в весе. Свищи постепенно зарубцовывались к 13/V-57 г. Ребенок выписан домой 14/V-57 г. в удовлетворительном состоянии. В плевральной полости при выписке еще определялся воздушный пузырь. Экссудата нет, спайки. При дальнейшем амбулаторном наблюдении состояние ребенка хорошее. Воздушный пузырь рассосался.

По литературным данным, летальность при стафилококковых пневмониях высокая, смерть обычно наступает в первые дни заболевания. На 1-м месяце жизни она достигает 50% [Вальман, Wallman, 1955]. Из 24 детей раннего возраста, наблюдавшихся Денисом и Штамменом (1957), умерло 8 детей: 4 ребенка до двухмесячного возраста и 4 — старше 2 месяцев.

Распознавание стафилококковых пневмоний весьма затруднительно, и диагноз часто ставится лишь на аутопсии.

Клинически стафилококковую природу пневмоний можно заподозрить при быстром развитии массивного пневмонического процесса у ребенка раннего возраста, тогда как известно, что в этом возрасте пневмонии обычно протекают по типу мелкогнездной пневмонии. В случаях, осложненных плевритом, распознаванию этиологии помогает бактериологический анализ пунктата.

Лечение пневмоний стафилококковой этиологии имеющимися антибиотиками нередко оказывается малоэффективным из-за часто встречающейся резистентности к ним стафилококков. По литературным данным, стафилококки наиболее чувствительны к эритромицину; мы не имели его в своем распоряжении, и лечение наших больных проводилось внутримышечными инъекциями пенициллина и стрептомицина. При возникновении плеврита делались плевральные пункции с удалением возможно большего количества гноя и введением в плевральную полость пенициллина. Применялись повторные переливания донорской крови или плазмы по 20—50 мл. Вводилась нормальная человеческая сыворотка внутримышечно, применялись вдыхание увлажненного кислорода, кофеин, витамины.

При таком комплексном лечении 2 из 3 наблюдавшихся нами детей выздоровели, хотя болезнь затянулась у них на длительное время. В стационаре дети находились до 1—1,5 месяцев.

ЛИТЕРАТУРА

1. О. И. Базан. Стафилококковые поражения легких со скарлатиноподобными проявлениями. Архив патологии, № 2, 1957.
2. P. Depuy et J. Stammen. Легочная и плевральная стафилококковая инфекция у грудных детей. Реферат в „Экспресс-информации“, вып. 5, № 17—20, 1957.
3. M. Disney, J. Wolff and Wood. Lancet, № 6 926, 1956.
4. A. Mantel. Действие комбинаций антибиотиков на патогенного стафилококка. Реферат в „Экспресс-информации“, вып. 2 (№ 5—8), 1957.
5. Флори. Цитировано по Г. Ф. Гаузе. Вестник Академии медицинских наук СССР, № 1, 1957.
6. Wallman. Цитировано по M. Disney. Lancet, № 6 926, 790, 1956. Совещание, посвященное стафилококковой инфекции в грудном возрасте. Реферат в „Экспресс-информации“, вып. 5, 1957.
7. Antibiotik resistant staphylococci, обзор в журнале Lancet, № 6 926, 1956.

Поступила 21 ноября 1957 г.