

УДК 616-071+616. 24-002+616. 921.5

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ, ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Матейко Г.Б., Пылюк И.И.

ГВУЗ «Ивано-Франковский национальный медицинский университет», Ивано-Франковск, Украина, e-mail: pylyukiryna@bigmir.net

Изучены особенности клиники и факторы риска развития пневмонии у 120 детей в возрасте от 3 до 8 лет, которые часто болеют острыми респираторными заболеваниями (ОРЗ). У них выявлены отягощенные анте-, интра-, постнатальный и наследственный анамнез, а также преморбидные факторы. В клинической картине пневмонии у детей, часто болеющих ОРЗ в 1,6 раза чаще доминировали проявления выраженной интоксикации, фебрильная лихорадка, в 1,2 раза – одышка на фоне катаральных симптомов. В этих детей в 2 раза чаще отмечали проявления ДН III степени, в 3,2 и 2 раза чаще регистрировали IV та V степень тяжести пневмонии. По рентгенологической картине в 1,9 и 1,8 раз чаще диагностировали сегментарные и долегие пневмонии соответственно.

Ключевые слова: дети, которые часто болеют ОРЗ, пневмония, клиника, факторы риска развития

FEATURES OF CLINIC AND RISK FACTORS FOR DEVELOPMENT OF PNEUMONIA IN CHILDREN WITH FREQUENT INCIDENTS OF ACUTE RESPIRATORY INFECTIONS

Matejko G.B., Pyliuk I.I.

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine, e-mail: pylyukiryna@bigmir.net

The features of the clinic and risk factors for development of pneumonia in 120 children aged from 3 to 8 years, who often suffer from ARI, have been studied. In these children burdened ante-, intra-, postnatal and family anamnesis and also premorbid factors were found. In clinical picture of pneumonia in children with frequent episodes of acute respiratory disease the incidents of severe intoxication, febrile fever dominated in 1.6 times more often, shortness of breath under the background of catarrhal symptoms in 1.2 times more frequent. In these children the manifestations of respiratory insufficiency of third degree were identified in 2 times more frequent, severe pneumonia of IV and V degree was registered in 3.2 and 2 times more often. According to X-ray examinations segmental and lobar pneumonia were diagnosed in 1.9 and 1.8 times more frequent respectively.

Keywords: Clue words: children, who often suffer from acute respiratory infections, pneumonia, clinical features, developmental risk factors

Пневмония остается одной из актуальных проблем клинической педиатрии. В структуре заболеваемости детей в возрасте до 14 лет среди патологии органов дыхания она занимает первое место с выраженной тенденцией к росту, особенно у детей раннего возраста и есть у них важнейшей причиной смертности [1,3,4].

Особенно актуальной остается проблема развития пневмонии у детей, которые часто болеют острыми респираторными заболеваниями (ОРЗ). Это связано не только с высокой распространенностью ОРЗ в детской популяции, но и с развитием тяжелых осложнений со стороны различных органов и систем. Наиболее высокий показатель заболеваемости ОРЗ регистрируется у детей дошкольного и младшего школьного возраста [2,5,6]. Частые ОРЗ меняют реактивность детского организма, способствуют формированию хронических очагов инфекции, задержки физического и психомоторного развития, социальной дезадаптации. Они вызывают (от 10 до 30% случаев) бактериальные осложнения, в частности пневмонию [1,2,5].

Цель исследования – изучить особенности клиники и факторы риска развития пневмонии у детей, часто болеющих ОРЗ.

Материалы и методы исследования

Обследовано 120 больных пневмонией детей в возрасте от 3 до 8 лет, находившихся на стационарном лечении в Ивано-Франковской обласной клинической инфекционной больницы и пульмонологическом и педиатрически-диагностическом отделениях Ивано-Франковской обласной детской клинической больницы. Из них основную группу составили 60 детей, больных пневмонией, часто болеющих ОРЗ. В группу сравнения вошли 60 детей с пневмонией, которые не часто болеют ОРЗ. Контрольную группу, составили 20 здоровых детей. Верификацию диагноза проводили в соответствии с Протоколом оказания медицинской помощи детям по специальности «Детская пульмонология», утвержденным приказом Минздрава Украины №18 от 13.01.2005 г. [9]. В соответствии с приказом проводилась базовая терапия больных пневмонией детей, у них оценивали результаты клинических (жалобы, анамнез заболевания и объективные данные) методов обследования, рентгенографии органов грудной клетки (ОГК). Тяжесть пневмонии у детей при госпитализации определяли по индексу и шкале тяжести, что соответствовало показателю необходимости госпитализации [7].

Статистическую обработку полученных результатов проводили на персональном компьютере с помощью пакета статистических программ Microsoft Excel 7.0. Достоверность различий оценивали с помощью параметрических и непараметрических критериев.

Результаты исследования и их обсуждение

Почти все дети, которые часто болеют ОРЗ поступали в стационар в тяжелом состоянии, обусловленном выраженной эндогенной интоксикацией, дыхательной недостаточностью (ДН), расстройствами гемодинамики и микроциркуляции. Для большинства детей исследуемых групп характерно постепенное начало заболевания пневмонией, о чем свидетельствуют сроки их госпитализации. В первые 5 суток заболевания были госпитализированы (46,6%) детей с пневмонией, часто болеющих ОРЗ и (28,3%) детей с пневмонией, которые редко болеют ОРЗ, $p < 0,05$ на 6-7-е сутки – соответственно (33,3%) и (65,0%), $p < 0,01$, позднее 7-го дня – (20,0%) и только (6,6%) детей, $p < 0,05$.

При поступлении в стационар у большинства детей обеих групп пневмонии предшествовали катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей, которые достоверно чаще регистрировали в основной группе, чем в группе сравнения – соответственно в (83,3%) против (65,0%), детей, $p < 0,01$.

Характерными симптомами пневмонии у обследованных больных были: фебрильная лихорадка, которую диагностировали чаще у детей основной группы в отличие от группы сравнения – соответственно в (65,0%) и (38,3%), $p < 0,001$; симптомы интоксикации: снижение аппетита, эмоциональная лабильность, которые также чаще наблюдали у детей основной группы – (80,0%) и (41,6%) в отличие от группы сравнения – в (55,0%), и (25,0%) соответственно, $p < 0,001$, $p < 0,05$; малопродуктивный кашель – соответственно в (86,6%) и (76,6%) детей, $p > 0,01$. Следует отметить, что одышку также чаще отмечали у детей основной группы в отличие от группы сравнения – соответственно в (88,3%) и (70,0%) детей, $p < 0,01$. Итак, данные клинические симптомы, кроме недостаточно продуктивного кашля чаще регистрировали у детей основной группы, чем в группе сравнения.

Принимая во внимание, что весомую роль в риске развития частых ОРЗ имеет действие на организм в анте- и интранатальном периоде неблагоприятных факторов эндогенного и экзогенного происхождения, мы считали необходимым проанализировать их наличие у обследуемых детей.

Установлено, что патологическое течение беременности чаще встречали у матерей детей основной группы, чем у матерей детей группы сравнения. Так, угрозу прерывания беременности диагностировано у матерей (40,0%) детей основной группы в отличие от (15,0%) матерей детей группы сравнения, $p < 0,05$. Чаще отмечали гестоз беременности среди матерей детей основной группы по сравнению с матерями детей группы сравнения – в (46,6%) и (20,0%), $p < 0,001$, фетоплацентарную недостаточность – у (45,0%) и (18,3%) матерей соответственно, $p < 0,001$. Анемию легкой и средней степени тяжести также чаще диагностировали у матерей детей основной группы – в (33,3%) и (15,0%) в отличие от матерей детей группы сравнения – в (6,0%) и (2,0%), $p < 0,05$, $p < 0,01$. У матерей детей основной группы чаще регистрировали экстрагенитальную патологию, чем у матерей детей группы сравнения – соответственно в (41,6%) и (16,6%), $p < 0,001$. Среди данной патологии диагностировали: артериальную гипертензию, патологию мочеполовой системы (пиелонефрит, цистит, аднексит, кольпит, эндометриоз), заболевания эндокринной системы (гипо- и гипертиреоз, алиментарное ожирение или предрасположенность к нему, дисбаланс половых гормонов). Также матери детей основной группы чаще, чем матери детей группы сравнения имели профессиональные вредности – (25,0%) против (10,0%), $p < 0,05$.

Анализируя ход неонатального периода, мы обнаружили следующие особенности. Большинство детей основной группы и группы сравнения родились физиологическим путем – соответственно (68,3%) и (80,0%), $p > 0,01$, путем кесарева сечения – (30,0%) и (20,0%), $p > 0,01$. Однако, (15,0%) детей, которые часто болеют ОРЗ, родились в состоянии асфиксии (оценка по шкале Апгар на первой минуте < 7 баллов), тогда как в группе сравнения таких детей было всего (3,33%), $p < 0,01$. Важно отметить, что (40,0%) детей основной группы и только (15,0%) детей группы сравнения, $p < 0,001$ родились недоношенными (в сроке гестации 32-34 недели) с массой тела меньше 2000 г. Перинатальное поражение ЦНС было диагностировано у (43,3%) детей основной группы в отличие от (18,3%) детей группы сравнения, $p < 0,001$.

Важными факторами риска частых ОРЗ были особенности преморбидного фона. Следует отметить, что (48,3%) детей основной группы находились с рождения на искусственном вскармливании, в то время как в группе сравнения только (21,6%), $p < 0,001$. В возрасте до 1 года

в (51,6%) детей, которые часто болеют ОРЗ диагностировали проявления рахита, тогда как в группе сравнения – в (25,0%) детей, $p < 0,001$. Среди аномалий конституции у детей основной группы чаще встречался лимфатический диатез у (45,0%) по сравнению с группой сравнения – (18,3%), $p < 0,001$. Частота аллергического диатеза неотличалась у исследуемых группах – соответственно в (25,0%) и (13,3%) детей, $p > 0,01$.

Одним из факторов риска развития частых ОРЗ была повышена склонность в детстве к инфекциям дыхательных путей (частые ОРЗ, бронхиты) у одного из родителей, которую обнаружили в (41,6%) детей основной группы и только в (16,6%) детей группы сравнения, $p < 0,001$.

Количество случаев ОРЗ в течение года у детей, которые часто болеют составляла $8,10 \pm 0,30$ в отличие от $4,05 \pm 0,26$ у детей, редко болеют ОРЗ, $p < 0,001$.

Очень важным фактором является наличие ЛОР-патологии у детей, часто болеющих ОРЗ. Так, в (43,3%) детей был диагностирован хронический тонзиллит, в (31,6%) – аденоидиты, в отличие от детей группы сравнения – в (18,3%) и (10,0%) соответственно, $p < 0,01$. Сочетание этих заболеваний чаще наблюдалось у детей основной группы, чем группы сравнения – в (25,0%) и в (10,0%) соответственно, $p < 0,05$.

Следует отметить, что исследуемые группы отличались частотой развития пневмонии. Так, повторную пневмонию, что регистрировали 2 и более раз в анамнезе имели (68,3%) детей, которые часто болеют ОРЗ в отличие от (40,0%) детей, не часто болеющих ОРЗ, $p < 0,001$.

При обследовании детей основной группы чаще, чем в группе сравнения отмечали повышенную потливость – в (58,3%) и (38,3%) соответственно, $p < 0,01$. Акроцианоз, периоральный цианоз и мраморность кожных покровов также наблюдали чаще у детей основной группы в соотношении – (36,6%), (41,6%) и (51,6%) ребенка, в отличие от группы сравнения – в (13,3%), (21,6%) и (25,0%) детей, $p < 0,05$, $p < 0,001$, $p < 0,01$. Полиаденопатию обнаружили у большинства детей основной группы – (80,0%) в отличие от (53,3%) детей группы сравнения, $p < 0,001$. Деформацию грудной клетки отмечали в (18,3%) детей, которые часто болеют ОРЗ и только в (5,0%) детей, не часто болеют ОРЗ, $p < 0,05$.

Следует отметить, что в (20,0%) детей основной группы и только в (3,33%) детей группы сравнения определяли отставание в физическом развитии (дефицит массы тела более 12%). Также привлекала внимание выраженная подкожная венозная сетка,

которую чаще наблюдали у детей основной группы по сравнению с детьми группы сравнения – (46,6%) против (21,6%), $p < 0,01$. Важно отметить, что при осмотре тахипноэ регистрировали в (86,6%) детей основной и (61,6%) детей группы сравнения, $p < 0,001$.

Физикальные данные со стороны легких у детей обеих групп определялись объемом и локализацией пневмонической инфильтрации. Преимущественно у детей основной группы и группы сравнения определяли укорочение перкуторного звука (65,0%) и (80,0%), $p > 0,01$ и тупой перкуторный звук, который чаще регистрировали в детей основной группы в отличие от группы сравнения – соответственно в (41,6%) и (23,3%), $p < 0,001$. При аускультации чаще у детей основной группы, чем у детей группы сравнения выслушивали ослабленное дыхание и локальную крепитацию в проекции патологического процесса – (61,6%) против (33,3%) и (73,3%) против (46,6%) соответственно, $p < 0,001$. Практически с одинаковой частотой в исследуемых группах детей определяли различные влажные, сухие хрипы и удлиненный выдох на всем протяжении легочных полей.

Со стороны сердечно-сосудистой системы в основной группе чаще выслушивали акцент II тона над легочной артерией и систолический шум на верхушке – в (30,0%) и (25,0%) детей, чем у детей группы сравнения – в (13,3%) и (10,0%) соответственно, $p < 0,05$.

При госпитализации III степень тяжести пневмонии регистрировали в (46,6%) детей, которые часто болеют ОРЗ против (80,0%) детей, не часто болеют ОРЗ, $p < 0,001$; IV степень – у (43,3%) и (20,0%), $p < 0,01$; V степень тяжести – у (10,0%) и (5,0%) детей соответственно.

Важным критерием тяжести состояния детей были симптомы ДН. У детей основной группы в 2 раза реже диагностирована ДН I степени, чем в группе сравнения – соответственно в (51,6%) и (25,0%), $p < 0,001$. ДН II степени диагностированы с одинаковой частотой у детей основной и группы сравнения – соответственно в (35,0%) и (33,3%), $p > 0,01$. Следует отметить, что ДН III степени чаще диагностировали у детей основной группы в отличие от группы сравнения – в (40,0%) против (15,0%), что указывает на тяжесть состояния этих детей, $p < 0,001$.

Осложненное течение пневмонии чаще диагностировали (90,0%) детей основной группы в отличие от (75,0%) группы сравнения, $p < 0,05$. У остальных детей пневмония протекала без осложнений – соответственно в (10,0%) детей основной группы и в (25,0%) группы сравнения, $p < 0,01$.

Анализ результатов рентгенологического исследования (ОГК) показал, что двустороннюю очаговую пневмонию реже диагностировали у детей основной группы, чем у группы сравнения – в (43,3%) и (70,0%), $p < 0,001$. Тогда как сегментарную (моно-, дисигментарна) пневмонию чаще регистрировали у детей основной группы в отличие от детей группы сравнения – соответственно в (35,0%) и (18,3%), $p < 0,05$. Частота долевой пневмонии с преимущественной локализацией в нижней доли правого легкого у детей основной группы и группы сравнения регистрировали – соответственно в (21,6%) и (11,6%) детей, $p > 0,01$.

Выводы

1. В детей, которые часто болеют ОРЗ выявлены особенности течения пневмонии. Доминирующими в клинике были: катаральные явления (83,3%), фебрильная лихорадка (65,0%), проявления интоксикации (снижение аппетита – 80,0%, эмоциональная лабильность – 41,6%), малопродуктивный кашель (86,6%), одышка (88,3%). Высока частота повторных пневмоний (68,3%) и ЛОР-патологии (43,3%) у таких детей.

2. Общее состояние детей с пневмонией, часто болеющих ОРЗ определялось большей частотой проявлений ДН II (35,0%), III степени (40,0%) и развитии III (46,6%) и IV (43,3%) степени тяжести пневмонии. При объективном обследовании у детей чаще диагностировали тахипное (86,6%), расстройства микроциркуляции, акроцианоз (36,6%), периоральный цианоз (41,6%), мраморностью кожных покровов (51,6%); а также гемодинамические нарушения – акцент II тона над легочной артерией (30,0%) и систолический шум на верхушке (25,0%).

3. У детей, которые часто болеют ОРЗ отягощенный антенатальный анамнез –

угроза прерывания беременности (40,0%), гестоз (46,6%), фетоплацентарная недостаточность (45,0%), экстрагенитальная патология (41,6%); интранатальный анамнез – асфиксия (15,0%), недоношенность (40,0%), перинатальное поражение ЦНС (43,3%). Кроме этого, способствуют развитию частых ОРЗ следующие пренатальные факторы: искусственное вскармливание (48,3%), проявления рахита (51,6%) и лимфатического диатеза (45,0%), повышенная склонность в детстве к инфекциям дыхательных путей одного из родителей (41,6%).

4. По результатам рентгенологического обследования ОГК у детей, часто болеющих ОРЗ, чаще диагностировано сегментарную (35,0%) и долевую (21,6%) пневмонию и реже двусторонняя очаговая пневмония (43,3%).

Список литературы

1. Антипкин Ю.Г. Принципы диагностики и лечения негоспитальных пневмоний у детей / Ю.Г. Антипкин, В.Ф. Лапшин // Здоровье Украины. – 2010. №24 / 1. – С.11-13.
2. Алешина Р.М. Синдром вторичной иммунной недостаточности: клинико-лабораторная характеристика / Р.М. Алешина // Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология. – 2011. – №2 (07). – С.17-20.
3. Банадига Н.В. Состояние клеточного и гуморального иммунитета у детей раннего возраста с внебольничной пневмонией / Н.В. Багадига, Т.В. Томашевский // Современная педиатрия. 2010. – № 2 (19). – С.36-38.
4. Классификация пневмонии у детей / Ю.Г. Антипкин, В.Г. Майданников, В.Ф.Лапшин, [и др.] // Здоровье Украины. – 2010. – № 4 (15). – С. 11.
5. Медведово Т.Я. Прогнозирование развития, тяжести течения и исхода внебольничной и внутрибольничной пневмонии у детей раннего возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.00.09 «Педиатрия» / Т.Я. Медведово – М., 2008. – 21 с.
6. Почивалов А.В. Часто болеющие дети и новое возможности иммуномодулирующей терапии / А.В. Почивалов, Е.И.Погорелова // Детские инфекции. – 2010. – №1. – С.50-53.
7. Протокол предоставления медицинской помощи детям по специальности «детская пульмонология»: Приказ МОЗ Украины № 18 от 13.01.2005 г. – К., 2005. – 58 с.