

УДК 616.24—053.2—002

Р. Г. БАРСЕГЯН

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Методом иммунофлуоресценции и серологических реакций установлена вирусная и вирусно-бактериальная этиология острой пневмонии у детей раннего возраста. Выявлены клинические особенности этого заболевания в зависимости от этиологического фактора, что имеет большое эпидемиологическое значение для проведения рациональных лечебных и профилактических мероприятий.

За последние годы в этиологии пневмонии у детей раннего возраста произошли значительные изменения, что обусловлено выраженным ростом удельного веса респираторных вирусных инфекций [1, 3, 9]. В настоящее время установлено, что большинство острых пневмоний (70% и более) у детей развивается на фоне острых респираторных вирусных инфекций [2, 7, 10]. Большинство клиницистов полагают, что воспалительный процесс в легких, сопутствующий или последующий за вирусными респираторными заболеваниями, обусловлен вирусно-бактериальной ассоциацией [4—6]. В настоящее время значительно увеличилась этиологическая роль патогенных стафилококков, гемолитических стрептококков при пневмонии, причем их этиологическое значение подтверждают нарастанием титра противостафило- и стрептококковых антител в сыворотке крови детей в динамике заболевания [8, 10]. В настоящей работе изучались особенности пневмонии у детей раннего возраста в зависимости от этиологического фактора.

Обследовано 980 детей, больных пневмонией, в возрасте от 8 дней до трех лет. Для выяснения этиологии пневмонии пользовались методом иммунофлуоресценции и серологических реакций. Результаты исследования представлены в табл. 1. Как видно из таблицы, из 980 больных пневмонией у 734 установлена вирусная этиология, у 208 одновременно обнаружена вирусно-бактериальная инфекция, а у 38 детей вирус не обнаружен и отмечено повышение титра по отношению к стрептококку и стафилококку.

При разборе собственных наблюдений в возрастном аспекте выяснилось, что при пневмонии вирусной этиологии большинство детей (704) были в возрасте до 1 года (табл. 2).

Для характеристики тяжести течения пневмонии мы пользовались классификацией В. И. Молчанова и Ю. Ф. Домбровской, по которой раз-

личали локализованную (339), токсическую (395) и токсико-септическую (246) формы пневмонии.

Результаты наших наблюдений показали, что клинические особенности острых пневмоний у детей раннего возраста в известной степени определяются своеобразием тех острых респираторных вирусных инфекций, на фоне которых они возникают.

Таблица 1

Частота вирусных и вирусно-бактериальных инфекций в этиологии пневмонии

Этиология	Общее число детей	Вирус	Стафилококки	Стрептококки	Стафило-стрептококки
Грипп А ₂	301	230	46	9	16
Грипп В	76	56	8	4	8
Парагрипп	179	149	17	8	5
Аденовирусы	195	158	20	9	8
РС-вирус	112	97	13	2	—
Смешанная вирусная инфекция	79	44	26	—	9
Бактериальная инфекция	38	—	21	6	11
Всего	980	734	151	38	57
%	100,0	74,9	15,4	3,9	5,8

Таблица 2

Контингент обследованных детей в зависимости от этиологического фактора пневмонии

Этиология	Общее число де- тей, абс.	Возрастные группы									
		0—6 месяцев				6—12 месяцев			1—3 года		
		%	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Грипп А ₂	301	30,7	32	56	29	34	36	21	25	37	21
Грипп В	76	7,8	9	18	12	9	7	8	13	—	—
Парагрипп	179	18,3	18	32	10	28	19	13	36	17	17
Аденовирусы	195	19,9	16	38	17	24	27	9	31	22	11
РС-инфекция	112	11,4	9	30	8	27	13	6	16	2	1
Смешанная вирусная инфекция	79	8,1	—	18	15	—	14	11	3	9	9
Стафило-стрептококки	38	3,8	—	—	18	—	—	13	—	—	7
Всего	980	100,0	84	192	109	122	116	81	133	87	56

Примечание. 1—локализованная, 2—токсическая, 3—токсико-септическая формы пневмонии.

Пневмонии, вызванные вирусом А₂, характеризовались более тяжелым течением и нередко сопровождалась астматическим компонентом. Тяжело протекали аденовирусные пневмонии, которые нередко принимали затяжное течение, чему также способствовало наложение стрептококковой и стафилококковой инфекции, реже интерстициальной с выраженным токсикозом.

При парагриппе к числу ранних признаков заболевания относился кашель, по всей вероятности, связанный с поражением эндотелия мелких бронхов и бронхоспазмом, а пневмония, как правило, протекала по

типу мелкоочаговой, реже интерстициальной и характеризовалась выраженным токсикозом.

Для респираторно-синтициальной инфекции было характерно постепенное развитие катаральных явлений и бронхиолита с мучительным кашлем. В легких выслушивалось много влажных хрипов, но токсикоз был менее выражен, чем при гриппозных пневмониях. Исследования показали, что пневмонии вирусно-бактериальной этиологии протекают тяжело, с разнообразной клинической картиной, со склонностью к затяжному течению.

Клиническая картина и тяжесть пневмонии смешанной вирусной этиологии определяется особенностями сочетающихся инфекций. Более тяжелое течение пневмонии наблюдали при сочетании гриппозной с парагриппозной или аденовирусной инфекцией, и самые тяжелые формы заболевания были отмечены при сочетании смешанной вирусной с бактериальной. Учитывая, что при тяжелых формах пневмонии может возникнуть ряд синдромов, угрожающих жизни детей, а также, что в настоящее время не вызывает сомнения, важность посиндромной интенсивной терапии больных острой пневмонией, мы выделили наиболее часто встречающиеся синдромы при острых пневмониях у детей раннего возраста в зависимости от этиологического фактора (табл. 3).

Как видно из данных табл. 3, нейротоксикоз чаще и тяжелее протекает в группе детей с гриппозной A_2 и со смешанной вирусной инфекцией и при сочетании вирусной инфекции с бактериальной.

При вирусно-бактериальных ассоциациях астматический синдром протекал тяжелее, более упорно при сочетании РС-вирусной, аденовирусной и смешанной вирусной с бактериальной инфекцией. Кардио-васкулярный синдром также чаще наблюдали при гриппе A_2 , при РС-вирусной и смешанной вирусной инфекции. Однако при сочетании вирусной инфекции с бактериальной этот синдром встречался чаще.

При токсической пневмонии (гриппозной A_2 и аденовирусной) почти у 32% больных наблюдали расстройство со стороны желудочно-кишечного тракта, а при сочетании с бактериальной—у 47,9 и 45,8% больных. Следует отметить, что у большинства детей диспептические явления развивались в первые дни заболевания. Стул у них был жидкий, непереваренный, с небольшим количеством слизи, частота 5—8 раз в сутки. Капрологические исследования выявили: слизь, лейкоциты 3—4 в поле зрения. Кишечный синдром длился 3—6 дней. Вероятно, эти нарушения были вызваны непосредственным воздействием вирусов на желудочно-кишечный тракт, и установленные факты явились одним из проявлений гриппозной A_2 и аденовирусной инфекции у детей раннего возраста.

Нужно отметить, что затяжное течение заболевания при пневмонии чисто вирусной этиологии мы наблюдали при аденовирусной этиологии (37,2%) и при смешанной вирусной (73,9%), а при сочетании вирусной инфекции с бактериальной затяжное течение наблюдалось у большинства больных. Эти данные показывают, как важно оберегать

Таблица 3

Особенности клиники и течения пневмонии в зависимости от этиологического фактора

Этиология		Нейротоксикоз		Астматический синдром		Кардиоваскулярный синдром		Кишечный синдром		Энцефалитический синдром	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Грипп А ₂	В	78	60,5	34	26,3	22	17,0	41	31,8	9	6,9
	Б	71	100,0	17	23,9	31	43,1	34	47,9	9	12,6
Грипп В	В	11	44,0	4	16,0	—	—	6	24,0	—	—
	Б	16	80,0	3	15,0	3	15,0	5	25,0	—	—
Аденовирусы	В	46	52,8	36	23,8	—	—	28	32,2	2	2,3
	Б	37	100,0	12	32,4	4	10,8	17	45,8	4	10,8
Парагрипп	В	29	42,7	9	13,2	3	4,4	11	13,5	—	—
	Б	30	100,0	5	16,7	2	6,7	6	20,0	—	—
РС-вирус	В	19	42,2	27	26,8	7	15,5	7	15,5	—	—
	Б	15	100,0	9	60,0	5	33,3	6	40,0	—	—
Смешанная вирусная	В	41	93,2	14	34,1	15	18,9	16	39,0	7	8,9
	Б	35	100,0	14	39,0	13	37,1	16	46,3	8	10,1

Примечание. В—вирусная, Б—вирусно-бактериальная этиология.

больных с острыми респираторными вирусными инфекциями от бактериального и, наоборот, при бактериальной пневмонии от вирусного наследия.

Таким образом, вопрос об этиологии пневмонии имеет большое эпидемиологическое значение, и его решение позволит разработать наиболее рациональные лечебные и профилактические мероприятия.

Кафедра госпитальной педиатрии
Ереванского мед. института

Поступила 17/VI 1980 г.

Ռ. Հ. ԲԱՐՍԵՂՅԱՆ

ՍՈՒՐ ԹՈՔԱՐՈՐԹԻ ԷԹԻՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ԿԱՌՈՒՑՎԱԾՔԸ ԵՎ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ
ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ՎԱՂ ՄԱՆԿԱԿԱՆ ՀԱՍՏԱԿՈՒՄ

Հանրապետական մանկական կլինիկական հիվանդանոցում հետազոտվել են մինչև երեք տարեկան 980 երեխաներ: Իմունոֆլուորոսցենցիայի և սերոլոգիական ուսումնասիրության մեթոդով հաստատվել է 74,9% վիրուսային և 21,3% վիրուսա-բակտերիալ (ստրեպտո-ստաֆիլակոկային) էթիոլոգիայի հիվանդություն: Կատարված հետազոտությունների հիման վրա վաղ հասակի երեխաների մոտ նկատվել է սուր թոքաբորբերի կլինիկական ընթացքի առանձնահատկություն, կախված էթիոլոգիական ֆակտորից:

Պարզված է, որ սուր թոքաբորբերի էթիոլոգիական ախտորոշումը ունի մեծ համաճարակաբանական նշանակություն և թույլ է տալիս կազմակերպել ավելի ուսցիոնալ բուժում և կանխարգելիչ միջոցառումներ:

R. H. BARSEGHIAN

ETIOLOGIC STRUCTURE AND CLINICAL PECULIARITIES OF
ACUTE PNEUMONIA IN CHILDREN OF EARLY AGE

By the method of immunofluorescence and serologic reactions it has been established viral and viral-bacterial etiology of acute pneumonia in children of early age.

There are revealed clinical peculiarities of the disease, depending on the etiologic factor, which is of great etiologic significance for taking the rational therapeutic and prophylactic measures.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Винтизенко З. Я. Тезисы докл. Всесоюзной научно-практической конференции. Профилактика, диагностика и лечение острых пневмоний у детей. М., 1978, 1, стр. 39.
2. Домбровская Ю. Ф. Руководство по пульмонологии детского возраста. М., 1978, стр. 18.
3. Иванова В. В. В кн.: Острые бактериальные и вирусные инфекции у детей. Л., 1976, стр. 116.
4. Коган М. Б. Острые пневмонии у детей. М., 1976.
5. Мазо Р. Э. Пневмония у детей раннего возраста. Минск, 1977.
6. Носов С. Д., Соболева В. Д. Респираторные вирусные и энтеровирусные инфекции у детей. М., 1971.
7. Ритова В. В. Острые респираторные вирусные инфекции у детей раннего возраста. М., 1969.
8. Савченко Э. И. В кн.: Вопросы пульмонологии детского возраста. М., 1969, стр. 61.
9. Сергеева К. М. Острые респираторные заболевания у детей. М., 1979.
10. Чешик С. Г. Педиатрия, 1981, 1, стр. 31.