

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ И НЕОНАТАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ

С.Дж. Боконбаева, С.Т. Нуржанова, А.А. Какеева, Т.М. Бектурсунов
Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Изучены особенности клинического течения врожденных и неонатальных пневмоний. Освещены клинические проявления, рентгенологические данные новорожденных детей с врожденной и неонатальной пневмонией.

Ключевые слова: врожденная, неонатальная пневмония, клиника, новорожденные.

ТУБАСА ЖАНА НЕОНАТАЛДЫК ПНЕВМОНИЯНЫН
КЛИНИКАЛЫК АГЫМЫНЫН САЛЫШГЫРМАЛУУ АНАЛИЗИ
С.Дж. Боконбаева, С.Т. Нуржанова, А.А. Какеева, Т.М. Бектурсунов
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Тубаса жана неонаталдык пневмониянын клиникалык агымынын өзгөчөлүктөрү изилденди. Ымыркайлардын тубаса жана неонаталдык жана рентгендик көрсөткүчтөрү чагылдырылды.

Негизги сөздөр: Тубаса, неонаталдык пневмония, клиника, ымыркайлар.

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE CLINICAL COURSE
OF CONGENITAL AND NEONATAL PNEUMONIA
S. Dzh. Bokonbaeva, S.T. Nurzhanova, A.A. Kakeeva, T.M. Bektursunov
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: The clinical features studied of congenital and neonatal pneumonia. In this article are covering the clinical manifestations, radiological findings of newborn children with congenital and neonatal pneumonia.

Keywords: congenital, neonatal pneumonia, hospital, newborn.

Введение

В структуре младенческой заболеваемости и смертности в стране перинатальная патология стоит на 1-ом месте, составляя 63,5% [1,2,3,4,6,7]. Актуальность изучения неонатальных пневмоний обусловлена ростом тяжести и летального исхода заболевания [8]. По данным Республиканского Медико-Информационного Центра (РМИЦ) Минздрава Кыргызской Республики (КР) (2012) в структуре общей заболеваемости детей в КР болезни органов дыхания стоят на 1-ом месте, составляя 40,6%. В структуре же младенческой смертности перинатальная патология, в которую входят врожденные пневмонии (ВП) и неонатальные пневмонии (НП), также занимает 1-ое место и составляет 63,5%. По убеждению авторов Российского Национального Руководства (РНР), в неонатальном периоде диагноз пневмония может считаться верифицированной только после рентгенологического подтверждения [2]. На сегодняшний день дискуссионными остаются вопросы особенностей клинического течения и дифференциальной диагностики врожденных и приобретенных неонатальных пневмоний.

Цель работы: Изучить особенности клинического течения врожденных и неонатальных пневмоний у детей.

Материалы и методы

Обследовано 257 детей. Обследованные дети были подразделены на 2 группы: первую группу составили 106 новорожденных, у которых была диагностирована врожденная пневмония (развитие в первые 72 часа после рождения). Во 2-ю группу были включены 151 новорожденных с приобретенной внебольничной пневмонией в неонатальном периоде, поступивших в отделения патологии и реанимации новорожденных Городской детской клинической больницы скорой медицинской помощи.

Клиническое обследование новорожденных осуществлялось с помощью общепринятых физических методов в условиях термонейтральной зоны, с соблюдением стандартных условий для новорожденных детей.

Клиническое обследование новорожденного включало:

- оценку новорожденного по шкале Apgar (1967) и объема использованной первичной реанимационной помощи при рождении;

■ оценку физического развития новорожденного проводили с использованием перцентильных таблиц по весоростовым показателям и по признакам морфофункциональной зрелости таблицы Ballard при рождении;

■ оценка явлений дыхательной недостаточности проводилась по шкале Даунса, согласно которой дыхательная недостаточность оценивалась по 5 критериям: цианоз кожных покровов, втяжение податливых мест грудной клетки, хрипы при дыхании, крик, частота дыхания, каждый показатель оценивался от 0 до 2 баллов.

■ оценку клинической тяжести заболевания проводили по методике Сотниковой Н.Ю. (легкая ДН I ст., средне-тяжелая ДН I-II ст., тяжелая ДН I-III ст.).

Так же тяжесть состояния оценивалась по наличию опасных признаков у новорожденных детей и степени дыхательной недостаточности [5]. К опасным признакам, указывающим на крайне тяжелое заболевание, были отнесены: неспособность сосать грудь; судороги; сонливость или отсутствие сознания; частота дыхания менее 30 в 1 мин. или апноэ; частота дыхания свыше 60 в 1 мин; кряхтящее дыхание, сильное втяжение грудной клетки, центральный цианоз. Симптомами тяжелой дыхательной недостаточности новорожденных считали: затруднен-

ное дыхание, вовлечение вспомогательной дыхательной мускулатуры, тахипноэ, быстрое утомление или брадипноэ, отсутствие сосания и глотания.

На этапе пребывания ребенка в реанимационном отделении проводился контроль витальных функций прикроватными мониторами "Philips". Мониторинг включал постоянный контроль электрокардиограммы, частоты дыхания и сердечных сокращений, артериального давления, температуры, насыщения гемоглобина кислородом.

Статистический анализ данных выполнялся с использованием программ «SPSS 16». Достоверность разности относительных показателей было закодировано следующими кодами: * - $p < 0,05$ (95,0%); ** - $p < 0,01$ (99,0%); *** - $p < 0,001$ (99,9 %).

Результаты и обсуждение

Нами проведено сравнительное изучение клинико-рентгенологических данных врожденных и неонатальных пневмоний у новорожденных детей. Анализ данных приведенных в таблице показывает, что имеется ряд достоверных клинико-рентгенологических различий врожденных и неонатальных пневмоний. Так, реакция детей на осмотр при врожденных пневмониях была вялая ($p < 0,01$), а при неонатальных пневмониях наоборот беспокойная ($p < 0,001$). (табл. 1).

Таблица 1

Клинико-лабораторные данные врожденных и неонатальных пневмоний

Симптомы	Вид пневмонии	Врожденные n- 106(100%)	Неонатальные n- 151(100%)
Реакция на осмотр:	- беспокойный	16,0%	61,58%***
	- вялый	75,5%**	36,42%
	- кома	8,5%	1,98%
Температура:	- нормальная	91,5%	66,89%
	- гипертермия	8,5%	33,11%***
	- гипотермия	-	-
Гипоксическая энцефалопатия	- синдром угнетения	92,45%**	47,68%
	- синдром возбуждения	39,6%*	24,5%
	- судорожный синдром	34,9%**	17,88%
Физиологические рефлексы:	- судорожный синдром	17,6%**	5,29%
	- ослаблены	74,5%	70,19%
	- угнетены	21,7%*	11,92%
	- не сосет	78,3%	82,78%
Кожные покровы:	- не глотает	21,7%*	11,92%
	- бледные	24,5%	17,88%
	- центральный цианоз	29,2%*	17,88%
	- субиктеричные	-	26,49%**
	- акроцианоз	97%	88,74%***

Усиленная венозная сеть на передней брюшной стенке	42,5%	34,43%
Мышечный тонус:		
- переменный	-	6,62%
- повышен	3,8%	79,47%***
- снижен	88,7%***	11,92%
- атония	5,7%	1,98%
Одышка	98,1%***	27,81%
ИВЛ	72,6%***	-
ДН по шкале Даунса:		
- менее 6 баллов	-	66,22%***
- 6 - 8 баллов	27,4%	26,49%
>8 баллов	72,6%***	7,28%
ЧД:		
- норма	-	17,88%**
- тахипноэ	91,5%*	74,83%
- брадипноэ,	8,5%	7,28%
Аускультация:		
Дыхание:	28,3%	10,59%
- жесткое	71,7%	89,41%*
- ослабленное		
Хрипы:		
- отсутствуют	27,4%***	4,63%
- разнокалиберные	17,9%**	5,29%
- мелкопузырчатые +крепитация	36,7%	80,13%**
- проводные	17,9%*	9,93%
ЧСС:		
- норма	38,67%	59,6%*
- тахикардия	57,5%*	33,11%
- брадикардия	3,8%	7,2%
Тоны сердца:		
- ритмичные, ясные	15,1%	9,93%
- ритмичные, приглушены	84,0%	88,07%
- аритмичные	0,9%	1,98%
- систолический шум	18,9%	18,54%
Печень >1,5 см	34,9%	74,83%**
Больше 3 см	-	9,27%*
Осложнения:		
- отек головного мозга	26,8%***	3,97%
- геморрагический синдром	24,4%***	0,66%
- ЯНЭК	2,8%	
- ВЖК	12,2%***	
Рентгенологическая картина:		
- сегментарная пневмония	58(100%)	151(100%)
- долевая	27,58%***	2,64%
- двусторонняя очаговая	22,41%***	-
- субтотальная	29,31%	66,22%**
- правосторонняя очаговая	5,17%	-
- левосторонняя очаговая	13,79%	29,13%**
- левосторонняя очаговая	1,72%	1,98%
Исход:		
- выписан домой	51,9%	99,33%*
- перевод на 2-ой этап	39,6%	-
- летальный	8,5%**	0,67%

Дети с врожденной пневмонией более чем в 4 раза чаще, чем с приобретенной, находились в коме. Температурная реакция в виде гипертермии наоборот достоверно чаще ($p < 0,001$) определялась при неонатальных пневмониях. Гипоксическая энцефалопатия со всеми синдромами (угнетения, возбуждения, судорожным) и угнетение физиологических рефлексов вплоть до отсутствия акта глотания чаще наблюдались при врожденных пневмониях (соответственно $p < 0,01$ и $p < 0,05$). Достоверным проявлением врожденных пневмоний являлись центральный цианоз ($p < 0,05$), а неонатальных - субиктеричность ($p < 0,01$). При врожденных пневмониях мышечный тонус достоверно чаще был снижен, а при неонатальных - повышен ($p < 0,01$). Одышка с участием всей вспомогательной мускулатуры и высокой балльной оценкой ДН по шкале Даунса с высокой степенью достоверности ($p < 0,001$) преобладала при врожденных пневмониях. Физикальные данные так же отличались. При обеих формах пневмоний чаще прослушивалось ослабленное дыхание ($p > 0,05$), однако жесткое дыхание чаще прослушивалось при врожденных пневмониях ($p < 0,05$). Только при неонатальных пневмониях прослушивались аускультативно специфические для пневмоний мелкопузырчатые хрипы и крепитация, а при врожденных пневмониях - разнокалиберные влажные, проводные хрипы ($p < 0,05$) или хрипы отсутствовали ($p < 0,001$). Со стороны ССС при врожденных пневмониях чаще отмечалась тахикардия ($p < 0,05$). Осложнения в виде отёка головного мозга, геморрагического синдрома с ВЖК с высокой степенью достоверности чаще ($p < 0,001$) выявлялись при врожденных пневмониях. Имелись различия этих двух видов пневмоний и по рентгенологической картине. Для врожденных пневмоний были типичны более обширные воспалительные изменения в легких - в виде сегментарных и долевого поражений ($p < 0,001$), а при неонатальных - мелкоочаговые участки воспаления.

Исход заболевания более отягощен был при врожденных пневмониях. Большинство детей с неонатальными пневмониями были выписаны с выздоровлением домой ($p < 0,05$), а дети с врожденными пневмониями были переведены на продолжение лечения на 2-ой этап, выше и летальность ($p < 0,001$).

Выводы:

1. Выявлен ряд достоверных клинико-рентгенологических отличий врожденных и неонатальных пневмоний.

2. У новорожденных тяжелое и крайне тяжелое течение с полиорганным поражением органов и систем, скудными физикальными данными и летальным исходом достоверно чаще ($p < 0,001$) наблюдались при врожденных пневмониях.

3. При проведении рентгенологического исследования легких при врожденных пневмониях типичны обширные воспалительные изменения в легких - сегментарные и долевого, а для неонатальных - двусторонние и правосторонние мелкоочаговые.

Литература:

1. Дементьева, Г.М. *Болезни бронхолегочной системы у новорожденных [Текст]: лекции для врачей / Г.М. Дементьева. - М.: Медицина, 2004. - 84 с.*
2. *Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения КР в 2011 году [Текст]: Министерство здравоохранения КР Республиканский медико-информационный центр - Бишкек, 2012. - С. 46.*
3. Зуева, О.С. *Этиопатогенез и иммунологические изменения у новорожденных и детей раннего возраста, больных пневмонией [Текст] / О. С. Зуева // Вестник ВГМУ. - 2006. - Т. 5, №4. - С. 72-78.*
4. *Неонатология [Текст]: национальное руководство / под ред. Н.Н. Володина. - М.: ГОЭТАР-Медиа, 2009. - 848 с.*
5. *Оказание стационарной помощи детям. Карманный справочник. Руководство по ведению наиболее распространенных заболеваний в условиях ограниченных ресурсов. - Бишкек, 2012. - С.93.*
6. *Рабочая классификация основных клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей [Текст] / [Н.А. Генне, Н.Н. Розина, И.К. Волков и др.] // Трудный пациент. - 2009. - №1-2. - С.45-48.*
7. *Etiology of community-acquired pneumonia in hospitalized children based on WHO clinical guidelines [Text] / [M. Cevey-Macherel, A. Galetto-Lacour, A. Gervaix et al.] // Eur J Pediatr. - 2009. - Vol. 168, N12. - P. 1429-1436.*
8. *Pneumonia among young infants in rural Southeast Asia (Bohol Island, Philippines) [Text] / [B.P. Quiambao, P.J. Ruutu, E.A. Ladesmaet et al.] // Trop Med Int Health. - 2009. - Vol. 14. - P. 66.*