

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВРОЖДЁННОЙ ПНЕВМОНИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Ефимова О.В., Устинович А.А.

Белорусский государственный медицинский университет,
2-я кафедра детских болезней, г. Минск

Ключевые слова: новорожденные, врожденная пневмония, антибактериальное лечение.

Резюме. Проанализированы клинико-лабораторные особенности врожденных пневмоний, клинические «маски» заболевания, подходы к этиотропной терапии.

Resume. The clinical and laboratory features of congenital pneumonias, clinical “masks” of disease, going near etiotropic therapy, are analysed.

Актуальность. Независимо от успехов неонатологии в снижении заболеваемости и смертности новорожденных, врожденная пневмония сохраняет тенденцию к росту на протяжении последних десятилетий. Она оказывает существенное влияние на дальнейшее физическое развитие ребёнка, может способствовать формированию хронической бронхолегочной болезни, аллергических процессов, снижению иммунологической реактивности, что обуславливает актуальность ее дальнейшего изучения [2,3].

Цель: определить клинико-лабораторные особенности врожденной пневмонии.

Задачи:

1. Выявить некоторые факторы риска и клинико-лабораторные особенности врожденной пневмонии;
2. Определить основные гематологические сдвиги, характерные для врожденной пневмонии.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ 146 «Медицинских карт стационарного пациента» новорожденных, направленных в УЗ 3 ДГКБ г. Минска с диагнозом врожденная пневмония. Из них девочек - 66 (45 %), мальчиков – 81 (55 %). Обработку данных, полученных в результате исследований, проводили традиционными методами математической статистики с использованием программы «Excel 2013» (Microsoft Office 2013). Всем детям было выполнено клинико – лабораторное и рентгенологическое исследование, согласно протоколам обследования и лечения, утверждённым Минздравом Республики Беларусь.

Результаты и их обсуждение. При анализе сезонности развития заболевания было выявлено, что заболеваемость ВП в летний период составила 48%, в зимний – 20%, осенью – 17%, весной – 15%.

Сопоставление диагнозов при поступлении и выписке выявило, что у 122 (84%) из 146 пациентов диагноз врожденной пневмонии был выставлен направившей организацией здравоохранения, у 45 (31%) из них он не был подтверждён рентгенологически, соответственно у 77 (63,1%) подтверждён

рентгенологически. Остальные 24 (16,4%) из 146 госпитализировались с диагнозами: ВУИ БДУ, асфиксия; синдром мекониальной аспирации; ОРИ, ринофарингит; РДС, но по результатам рентгенологических данных у них была верифицирована пневмония. Таким образом, у 101 (69,2%) пациента был выставлен диагноз врожденной пневмонии.

Нами была проанализирована сопутствующая патология. Выявлено, что у 102 детей ВП развивалась на фоне ВУИ; ОРИ, ринофарингит выявлен у 11, конъюнктивит у 28, дакриоцистит у 6, ангиопатия сетчатки у 17, церебральная ишемия смешанного генеза у 69, незрелость ЦНС у 75, синдром двигательных нарушений с мышечной дистонией у 46, синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости у 8, синдром общемозговых нарушений с дистонией у 14, перинатальная энцефалопатия у 16, ВПС: ОАП у 43, ДМЖП у 3, ДМПП у 42, также АРХЛЖ у 42. Встречалась врожденная особенность желчного пузыря (неполная перетяжка в средней трети, либо серповидная форма) у 12 детей, ГЭР (клинически) у 8, пищевая аллергия у 8, пиелозктазия у 6, атония лоханки у 4 пациентов.

Рентгенологические изменения при врожденной пневмонии у новорожденных весьма сложно трактовать вследствие особенностей в становлении кардиореспираторной адаптации при рождении. При этом используют 2 группы диагностических критериев: основные и дополнительные. К основным рентгенологическим диагностическим критериям относятся: наличие очаговых и/или инфильтративных затемнений на фоне усиленного бронхососудистого рисунка и эмфиземы. Дополнительными критериями является усиление и деформация бронхососудистого рисунка и/или локальное снижение прозрачности лёгких [1,2,4]. В нашем случае при оценке медицинских карт новорожденных рентгенологически выявлялись: инфильтративные изменения у 49 (48,5%) детей, из них у 23 – снижение, а у 2 – повышение пневматизации; очаговые изменения – у 2 (2%); у остальных 50 (49,5%) - определено диффузное снижение пневматизации на фоне усиленного бронхососудистого рисунка. Длительность рентгенологических изменений, характерных для врожденной пневмонии, в среднем составила 2 недели.



Рис. 1 – Рентгенологическая характеристика.

Также было выявлено, что чаще встречалась двусторонняя врождённая пневмония, которая составила 67,3%, правосторонняя пневмония составила 26,7%, а левосторонняя – 6%.

В целях оптимизации антибактериальной терапии нами проведен анализ спектра возбудителей из возможных локусов контаминации материнской флорой и очагов инфекции. Анализ показал, что мазок из пупка брали только у 60 (41%) детей, у 13 из них посева роста не дали, остальные были контаминированы *St. epidermidis* – 35 (58,3%), *Enterococcus spp.* – 14 (23,3%), *St. aureus* – 7 (11,7%) и другие возбудители около 2%, такие как: *E. coli*, *Micrococcus spp.*, *Pseudomonas stutzeri*, *Str. agalactiae*, *St. saprophyticus*, *Myroides spp.* Мазок из глаз брали у 109 (74,7%), у 33 из них посева роста не дали, *St. epidermidis* – 63 (57,8%), *St. aureus* – 7 (6,4%), *Enterococcus spp.* – 6 (5,5%), *St. saprophyticus* – 3 (2,8%), *E. coli* – 2 (1,8%), другие возбудители составили около 2%, такие как: *Candida albicans*, *Str. agalactiae*, *St. pneumoniae*. Мазок из наружного слухового прохода брали у 78 (53,4%), из них у 15 посева роста не дали, *St. epidermidis* – 49 (62,8%), *St. aureus* – 8 (10,3%), *Enterococcus spp.* – 7 (9%), *E. coli* и *St. saprophyticus* – 4 (5,1%), другие возбудители составили около 2%, такие как: *Klebsiella*, *Acinetobacter baumannii*, *Str. agalactiae*, *Enterococcus faecalis*, *Str. haemolyticum*, *Str. viridans*, *Corynebacterium spp.* Мазок из носа брали у 19 (13%), у 9 из них посева роста не дали, *St. epidermidis* – 7 (36,8%), *St. aureus* – 2 (10,5%), *Enterococcus spp.* – 1 (5,3%). Таким образом, доминирующее значение у новорождённых с врождённой пневмонией имели бактерии рода *Streptococcus* и *Staphylococcus*.

При лабораторном обследовании новорождённых в общем анализе крови отмечалось снижение гемоглобина у 39 (38,6%) из 101, при чём у 30 из них с 1-го

дня жизни. У 27 (26,7%) – снижение эритроцитов. В биохимическом анализе крови выявлено повышение уровня одного из главных маркёров системного воспаления у новорождённых-С-реактивного протеина-до 103, у одного пациента-327 мг/л (норма до 10 мг/л). Такое повышение отмечалось у 61 (60,4%) детей.

Лечебные мероприятия при пневмонии направлены на создание оптимальных условий выхаживания, достижение контроля заболевания (борьба с инфекцией и купирование воспалительного процесса в лёгких, улучшение нарушенной дренажной функции бронхиального дерева, предупреждение затяжного течения и развития осложнений) [1,4]. Все дети находились на стационарном лечении в ОИТР, а затем переводились в плановое отделение новорождённых и недоношенных детей 3 ДГКБ г. Минска. С целью создания комфортного микроклимата выхаживание проводилось в режиме кювеза с использованием неинвазивного мониторинга основных параметров жизнедеятельности: ЧД, ЧСС, АД, SatO₂, температурой. Респираторная терапия проводилась всем новорождённым под контролем параметров КОС капиллярной крови, SatO₂. На ИВЛ находилось 58 (39,7%) детей.

Длительность антибактериальной терапии в среднем составила 2 недели. Количество курсов антибактериальной терапии: 1 курс – 38 (26%) детям, чаще – это цефалоспорины + аминогликозиды; 2 курса – 46 (32%), это, как правило, пенициллины + аминогликозиды в сочетании с цефалоспорином. 3 курса – 20 (1,4%): аминогликозид, цефалоспорин, макролид; 4 курса – 5 (3,4%): аминогликозид + пенициллин, цефалоспорин, карбапенем, макролид; 1 ребёнку 5 курсов – карбапенем + гликопептид, цефалоспорин, пенициллин, макролид, аминогликозид. С поддерживающей, корригирующей и дезинтоксикационной целью проводили инфузионную терапию всем детям. Чтобы снять возбуждение, 27 (18,5%) новорождённым назначали седативные препараты. При нарушении периферической и/или центральной гемодинамики назначались кардиотонические препараты: дофамин титровался 11 (7,5%), добутамин – 5 (3,4%) детям. Учитывая высокий риск развития геморрагических расстройств, на фоне пневмонии, назначалась антигеморрагическая терапия (этамзилат), которую получали все дети. Также вводились эритроцитарная масса – 5 (3,4%), свежезамороженная плазма – 5 (3,4%) новорождённым. Установлено, что при тяжёлом течении инфекции специфические иммуноглобулины (антистафилококковый, антисинегнойный и др.) оказывают положительный эффект и облегчают течение болезни, так 1 (0,7%) ребёнку вводился антистафилококковый иммуноглобулин [3,4].

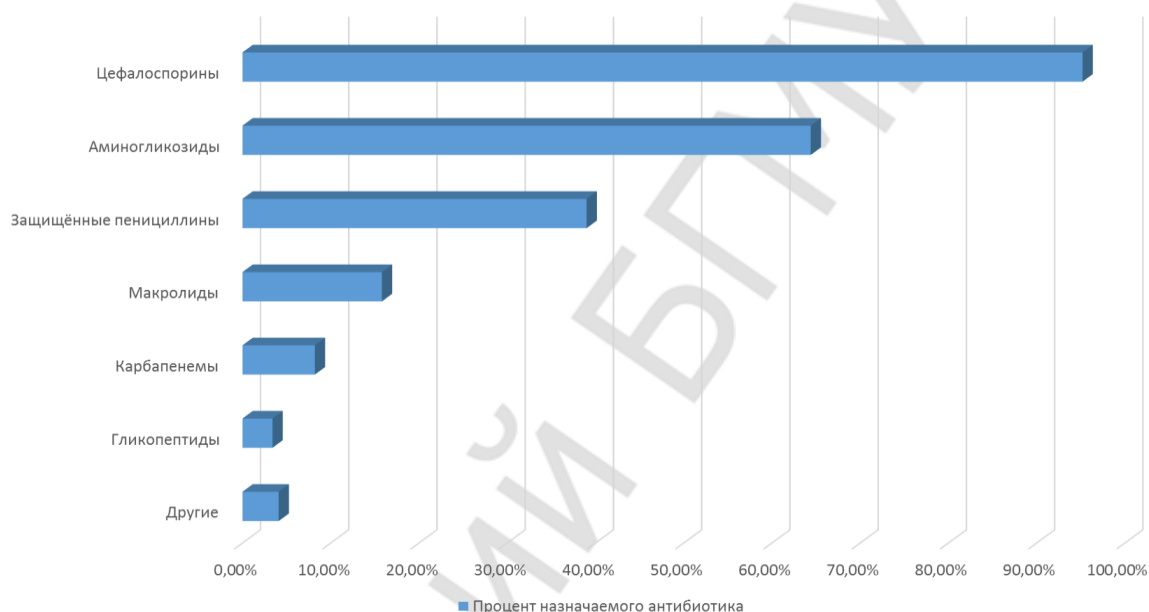


Рис. 2 - Данные о применяемых антибактериальных препаратах.

Выводы:

1. Фактором риска развития пневмонии является рождение ребёнка в летний и зимний периоды.
2. Типичные рентгенологические изменения (очаговые и/или инфильтративные затемнения лёгочной ткани) при первом рентгенологическом обследовании имели только 50,5% детей, в остальных случаях (49,5%) отмечались вспомогательные признаки пневмонии (усиление бронхосудистого рисунка и/или диффузное снижение пневматизации).
3. Преобладающий двусторонний характер поражений.
4. Доминирующее значение у новорождённых с врождённой пневмонией имели место бактерии рода *Streptococcus* и *Staphylococcus*.
5. На современном этапе для врождённой пневмонии не характерны выраженные гематологические сдвиги.
6. Дети, перенёсшие врождённую пневмонию, представляют собой группу риска по развитию анемии.

Литература

1. Неонатология / под ред. Н. П. Шабалова // М.: «МЕДпресс-информ», 2004. – 567-583 с.
2. Национальное руководство по неонатологии / под ред. Н. Н. Володина // М.: «Медицина», 2007. –134-137 с.
3. Актуальные проблемы неонатологии / под ред. Н. Н. Володина. М., 2004.
4. Ткаченко, А. К. Пневмонии у новорождённых: учеб.-метод. пособие. / А. К. Ткаченко; БГМУ, Каф. 1-я кафедра детских болезней. – Минск, 2004. – 28 с.