

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Ковальчук В.И., Игнатович А.А.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, РБ*

FEATURES OF DIAGNOSIS OF COMPLICATED FORMS OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN CHILDREN

Kovalchuk V.I., Ignatovich A.A.

Grodno State Medical University, Grodno, RB

Введение. Пневмония –инфекционное заболевание, различное по этиологии, которое характеризуется очаговыми поражениями легких с внутриальвеолярной экссудацией, что проявляется выраженными в различной степени интоксикацией, респираторными нарушениями, локальными физикальными изменениями со стороны легких.

Этиологический спектр пневмоний отличается в зависимости от возраста и места возникновения. У новорожденных и детей до 6 месяцев основными этиологическими агентами в развитии внебольничной пневмонии являются *Escherichia coli*, *Streptococcus agalactiae*, *Listeria monocytogenes*, *Staphylococcus aureus*. В возрастной группе от 6 месяцев до 5 лет основным возбудителем является *Streptococcus pneumoniae*, который, по данным различных литературных источников, выявляется у 70-88% пациентов. Большинство атипичных пневмоний – результат перинатальной инфекции *S. trachomatis*, пневмоцистоз поражает иммунодефицитных. У детей 6 мес. – 6 лет ведущим (85–90%) возбудителем типичных пневмоний является пневмококк, реже (до 10%) пневмония вызывает *H. influenzae* типа b. Атипичные пневмонии, вызванные *M. pneumoniae*, наблюдаются редко (у 10–15%), еще реже – вызванные *C. pneumoniae* (3–5%).

Знание патогенеза имеет огромную роль для понимания и рационального выбора методов диагностики.

В 80% поражение паренхимы легкого у детей происходит аэробронхогенным путем. Преддеструкцией легочной паренхимы является острый лобит, который характеризуется инфильтрацией доли. При дальнейшем развитии процесса деструктивный очаг возникает в центре пораженной доли. В последующем микрофлора начинает размножаться в тканях легкого с выделением факторов воспаления: лейкоцидинов, гемолизинов, экзотоксинов РЛТ и других веществ. Для разрушения микроорганизмов в очаг поражения мигрируют нейтрофилы, в результате гибели которых высвобождается большое количество лизирующих компонентов, которые повреждают окружающую паренхиму с последующим некрозом тканей и образованием мелких очагов деструкции (мелкоочаговая множественная форма деструкции). При слиянии мелких очагов может формироваться абсцесс легкого.

В последние годы отмечается рост заболеваемости внебольничной пневмонии у детей, а также относительно высоким остается частота развития легочно-плевральных и внутрилегочных осложнений.

Среди общего количества внебольничных пневмоний деструктивные формы диагностируются до 15% случаев. В свою очередь, доля легочно-плевральных форм острой деструктивной пневмонии составляет от 26,5% до 92,0% случаев.

Цель. Выявить особенности применения различных методов в диагностике осложненных форм внебольничной пневмонии у детей, которые находились на лечении в детском хирургическом стационаре.

Материалы и методы. В Гродненской областной детской больнице за период от 2015 по 2023 гг, в хирургическом отделении находилось на лечении 145 пациентов с различными формами внебольничной пневмонии, из которых у 46 наблюдалось осложненное течение.

Результаты и обсуждение. Наибольший процент заболевших детей отмечался в возрастной группе 1-3 года. Дети с различными формами внебольничной пневмонии имели схожую клиническую симптоматику. Интоксикация у пациентов с пневмонией проявляется отсутствием аппетита, возбуждением или апатией, нарушением сна, плаксивостью, бледностью, тахикардией. При вовлечении в процесс плевры появляется болью в грудной клетке, иногда в животе; боль усиливается при глубоком вдохе. Выражен навязчивый, мучительный кашель. При плеврите наддиафрагмальной локализации может появляться боль в животе, что заставляет проводить дифференциальную диагностику с аппендицитом, холециститом.

Так осложненные формы внебольничной пневмонии проявлялись повышением температуры тела до фебрильных значений(>38°C) у 40 детей (86,95%), влажным кашлем - 29 (53,04%), вялостью, снижением аппетита- 26 (56,52%), одышкой - 26 (56,52%), сухим кашлем-11 (23,91%), болью в области грудной клетки-11 (23,91%). Дыхательная недостаточность (ДН) наблюдалась у 27 ребенка. Из которых ДН 1 степени – у 15 детей (33%), ДН 2 степени - у 10 (22%), ДН 3 степени у 2 (4%).

В основе верификации диагноза лежит комплексный подход, начиная от интерпретации клинических данных, лабораторных показателей до инструментальных данных.

Одним из основных инструментальных методов диагностики является - обзорная рентгенография органов грудной клетки в передней прямой и боковой проекциях (выполнена в 100% случаев). Однако обычная рентгенография органов грудной клетки не является достаточной для точной диагностики паренхиматозной инфильтрации и плевральной жидкости.

Исходя из этого также одним из основных методов является ультразвуковое исследование, для определения наличия жидкостного компонента, его эхогенности (выполнено в 85% случаев). Однако, данный

метод является операторозависимым, что в некоторых случаях затрудняет верификацию диагноза.

Для определения степени поражения легкого, а также при сохраняющейся отрицательной динамике для визуализации процесса использовалась КТ-диагностика. Компьютерная томография является высокоинформативным методом диагностики деструктивной пневмонии (точность метода составила 98,2%) позволяя выявлять все семиотические элементы поражения легочной ткани, степень распространенности патологического процесса в грудной полости и точно оценивать эффективность проводимого лечения.

Для более точного определения характера выпота в плевральной полости, дальнейшей тактики лечения детей с осложненными формами внебольничной пневмонии применялись микробиологические, цитологические, биохимические исследования экссудата, после проведения плевральной пункции.

Так, среди 46 пациентов, с осложненным течением внебольничной пневмонии, внутрилегочная деструкция (по результатам КТ, рентгенографии, плевральной пункции, диагностической торакоскопии) наблюдалась у 11 пациентов (23,9%), деструкция с легочно-плевральными осложнениями у 12 пациентов (26,09%). У остальных 23 пациентов – наблюдалось осложненное течение внебольничной пневмонии (плеврит) без деструкции легочной ткани. Характер легочно-плевральных осложнений без элементов деструкции: фибринозно-гнойный плеврит – 11 (48%), гнойный плеврит - 8 (35%), фибринозный – 4 (17%). Среди 46 пациентов с осложненным течением внебольничной пневмонии - у 2-х детей была выполнена торакоскопия как метод диагностики.

В зависимости от результатов клинических, лабораторных и инструментальных данных определялась дальнейшая тактика лечения пациентов с осложненными формами пневмонии.

Выводы.

1. В составе внебольничной пневмонии детского хирургического стационара осложненные формы выявлены в 15,75% случаев.
2. В основе верификации диагноза лежит комплексный подход, начиная от интерпретации клинических данных, лабораторных показателей до инструментальных данных.
3. Наиболее информативным методом диагностики является КТ (точность метода составила 98,2%).
4. В затруднительных случаях возможно использование торакоскопии – как метода диагностики и дальнейшего лечения пациентов с осложненной формой внебольничной пневмонии у детей.