

УДК 616.2-053.31-036.1

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ОСТРОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ВЕРХНИХ И НИЖНИХ ОТДЕЛОВ РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА

М. Н. Репецкая, Е. В. Букина*

Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е. А. Вагнера, г. Пермь, Россия

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF CLINICOANAMNESTIC DATA IN NEWBORN INFANTS WITH ACUTE PATHOLOGY OF UPPER AND LOWER RESPIRATORY TRACT PARTS

M. N. Repetskaya, E. V. Bukina*

Perm State Academy of Medicine named after Academician E. A. Wagner, Perm, Russian Federation

Цель. Изучить клинико-anamнестические и лабораторные особенности новорожденных с респираторной инфекцией.

Материалы и методы. Ретроспективно методом сплошной выборки изучены 111 историй болезни новорожденных. Из них 50 детей получали лечение по поводу пневмонии, 61 – по поводу острой респираторной инфекции.

Результаты. Из анамнеза выявлено, что фетоплацентарная недостаточность чаще встречалась у матерей детей с пневмонией ($p < 0,001$). Клиническая картина пневмонии у новорожденных манифестирует сразу после рождения, проявляется повышением температуры тела, серостью кожных покровов, изменениями со стороны нервной системы. Аускультативная картина в легких характеризуется ослабленным и жестким дыханием, наличием хрипов, мокроты. У младенцев с респираторной инфекцией верхних дыхательных путей проявления заболевания отличаются яркими катаральными явлениями, признаками нарушения микроциркуляции, пуэрильным дыханием, отсутствием хрипов при аускультации легких. Общий анализ крови у малышей с пневмонией характеризуется лейкопенией, лимфоцитопенией, палочкоядерным сдвигом лейкоформулы. В крови новорожденных с острой инфекцией верхних дыхательных путей чаще встречается лимфоцитоз.

Выводы. Проведенное исследование помогает осуществить дифференциальную диагностику острой респираторной инфекции верхних и нижних дыхательных путей у новорожденных, что будет способствовать своевременному переводу детей в специализированные отделения и проведению адекватной терапии.

Ключевые слова. Инфекции верхних и нижних отделов респираторного тракта, новорожденные.

Aim. To study the clinicoanamnestic and laboratory peculiarities of newborn infants with respiratory infection.

Materials and methods. 111 case histories of newborn infants were studied retrospectively with the method of complete sampling; 50 of them underwent treatment for pneumonia, 61 – for acute respiratory infection.

© Репецкая М. Н., Букина Е. В., 2014

e-mail: proffrep@yandex.ru

тел. 8 (342) 265 14 91

[Репецкая М. Н. (*контактное лицо) – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой детских болезней лечебного факультета; Букина М. В. – аспирант кафедры детских болезней лечебного факультета].

Results. It was revealed that fetoplacental insufficiency more often occurred among mothers of infants with pneumonia ($p < 0,001$). Clinical picture of newborn pneumonia is manifested immediately after the birth by body temperature increase, grey skin, changes in nervous system. Auscultative picture in the lungs is characterized by diminished breath sounds and hard breathing, sputum. In infants with respiratory infection of the upper airways, manifestations of disease are characterized by marked catarrhal signs, microcirculation disorders, puerile breath, absence of rales in pulmonary auscultation. Bulk blood test in infants with pneumonia shows leucopenia, lymphocytopenia, stab shift in leukogram. Lymphocytosis is more often met in the blood of newborn infants with acute infection of the upper airways.

Conclusion. The conducted study helps to realize differentiated diagnosis of acute respiratory infection of the upper and lower airways among newborn infants that will promote a timely transfer of infants to specialized units and adequate therapy.

Key words. Infections of upper and lower respiratory tract parts, newborn infants.

ВВЕДЕНИЕ

Инфекционно-воспалительные заболевания респираторного тракта у детей по-прежнему остаются серьезной проблемой неонатального периода. Причем происходит неуклонный рост заболеваемости дыхательной системы, составляющей до 90% всей патологии детского возраста и являющейся одной из главных причин детской смертности [1, 4]. Группу риска составляют недоношенные дети, которые имеют определенные морфофункциональные особенности [2, 3]. Однако и у доношенных новорожденных острые респираторные инфекции встречаются достаточно часто. Клинические проявления поражения верхних и нижних дыхательных путей у новорожденных детей однотипны. В связи с этим возникают затруднения в ранней постановке диагноза и определении правильной тактики ведения больного ребенка.

Цель нашего исследования – изучение клинико-anamnestических и лабораторных особенностей новорожденных с респираторной инфекцией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Ретроспективно методом сплошной выборки были изучены 111 историй болезни новорожденных. Все дети находились на стационарном лечении в отделении патоло-

гии новорожденных ГКБ №13 г. Перми. Из них 50 человек получали лечение по поводу пневмонии (группа 1), 61 – по поводу острой респираторной инфекции (ОРИ) (группа 2).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Все дети родились с массой более 2500 грамм, в 1-й группе средняя масса тела при рождении составила $3471,2 \pm 72,1$ г, во 2-й – $3338,2 \pm 69,3$ г. По полу и возрасту группы были сопоставимы. Практически все пациенты родились от матерей оптимального фертильного возраста (21–35 лет). Паритет беременности не оказывал влияния на частоту формирования пневмонии и ОРИ.

При изучении акушерского анамнеза отмечено, что его отягощенность (наличие медицинских абортов, бесплодие, выкидыши, замершие беременности, рубцы на матке, угрозы выкидыша, угроза преждевременного прерывания беременности) отмечалась в 1-й группе в 100% случаев, во 2-й – в 98,2%. Однако фетоплацентарная недостаточность (аномалии количества околоплодных вод, изменения последа в виде множественных кальцинатов, наличие инфарктов, изменения цвета околоплодных вод) достоверно чаще встречалась в группе детей, перенесших пневмонию (в 76,0% случаев против 41,0%, $p < 0,001$).

Частота острых респираторных заболеваний и обострений хронической экстрагенитальной патологии во время беременности в обеих группах существенно не отлича-

лись. Наличие хронической экстрагенитальной патологии вне обострения во время беременности (хронический пиелонефрит, хронический гастрит, венозная недостаточность, вегетососудистая дистония) также не имело различий (рис. 1).

Реанимационные мероприятия в родовом блоке потребовались 8,3% детей 1-й группы и 1,7% – 2-й. Нормальные показатели по шкале Апгар (7–10 баллов) чаще имели дети 1-й группы – 93,2%, против 39,6% – во 2-й. Оценка по шкале Апгар менее 7 баллов отмечена у 52,1% детей с пневмонией против 5,1% новорожденных с ОРИ ($p < 0,001$).

Клиническая картина острой респираторной патологии в акушерском стационаре характеризовалась повышением температуры тела у детей 1-й группы в 22,0% случаев, во 2-й – в 6,6% ($p < 0,001$). Цвет кожных покровов у большинства малышей был бледно-розовым (в 96,0 и 93,4% соответственно), лишь у 22,0% детей с пневмонией наблюдалась серость кожи; акроцианоз и наличие венозной сети встречались в обеих группах (32,0 и 18,0% из 8,0 и 9,8% соответственно). Изменения со стороны нервной системы, свидетельствующие о выраженной интоксикации,

чаще отмечались у новорожденных с пневмонией: 30,0% детей постанывали, мышечная гипотония встречалась у 90,0% детей 1-й группы против 56,7% – во 2-й ($p < 0,001$), гипорефлексия выявлена в 92,0 и 80,0% случаев соответственно (рис. 2). При обследовании дыхательной системы в 1-й группе чаще отмечали ослабленное (34,0% против 1,6%) и жесткое дыхание (60,0% против 9,9%). Во 2-й группе в 88,5% случаев выслушивали пуэрильное дыхание, у 91,8% малышей хрипы отсутствовали. В то же время у 6,0% детей с пневмонией при аускультации выслушивались сухие хрипы, у 40,0% – влажные и у 24,0% – крепитирующие, в 52,0% случаев отмечалось отхождение мокроты. Одышка и участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры у детей с пневмонией наблюдались в 48,0 и 58,0% случаев соответственно, что было достоверно чаще, чем у детей с ОРИ – 9,8 и 9,8% ($p < 0,001$) (рис. 3). Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы заключались в приглушении сердечных тонов (при пневмонии – у 88,0%, при ОРИ – 36,4%), наличии систолического шума в области сердца – как у пациентов с пневмонией, так и у младенцев с ОРИ (14,0 и 9,8%). Отклонения функцио-

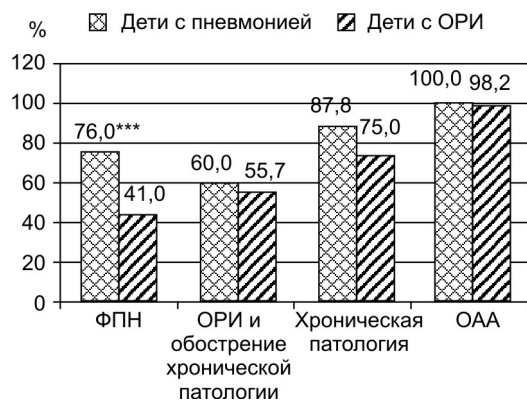


Рис. 1. Акушерский анамнез матерей новорожденных с острой респираторной патологией
(*** – $p < 0,001$; ФПН – фетоплацентарная недостаточность; ОАА – отягощенный акушерский анамнез)

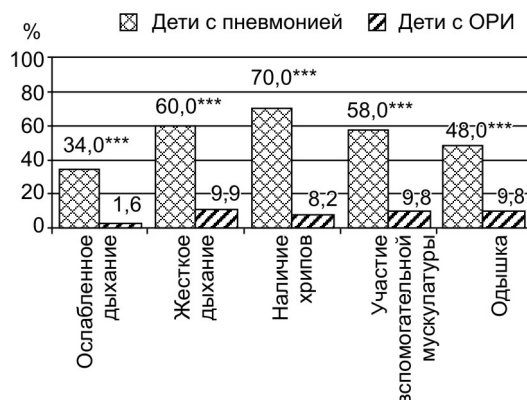


Рис. 2. Проявления интоксикационного синдрома у новорожденных с острой респираторной патологией в акушерском стационаре
(*** – $p < 0,001$)

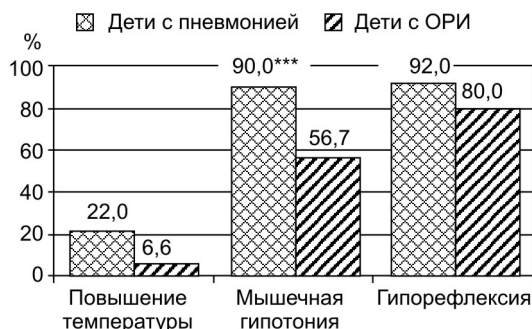


Рис. 3. Аускультативная картина острой респираторной патологии у новорожденных в акушерском стационаре (***) – $p < 0,001$

нирования желудочно-кишечного тракта чаще определялись у детей с пневмонией: в 12% случаев отмечалась клиника пареза кишечника, печень выступала из-под края реберной дуги более чем на два с половиной сантиметра у 55,3% малышек, в то время как во 2-й группе наблюдалось только увеличение печени (1,6%).

Из родильного дома все дети с острой респираторной патологией были переведены в отделение патологии новорожденных ДГКБ №13 г. Перми. Основная часть новорожденных с пневмонией переводилась в специализированный стационар в течение первых суток жизни (62,0%), в то время как дети с ОРИ поступали на второй день после рождения (52,5%) и более пяти дней жизни (47,5%). В 82,0% случаев детям с пневмонией требовалось длительное применение аппаратной искусственной вентиляции легких (до 10 суток). Дети с ОРИ в искусственной вентиляции легких не нуждались. Катаральные явления отмечались в основном у новорожденных с острой респираторной инфекцией верхних дыхательных путей. Повышение температуры тела отмечено у детей обеих групп, однако достоверно чаще при пневмонии регистрировалась фебрильная температура. У малышек 1-й группы отмечался серый колорит кожных покровов

в 16,0% случаев против 3,3% – во 2-й, тогда как акроцианоз, мраморность и наличие венозной сети, свидетельствующие о нарушении микроциркуляции, наблюдались чаще у детей с поражением верхних дыхательных путей (табл. 1).

Снижение тургора мягких тканей в 2 раза чаще отмечалось в группе детей с пневмонией. В этой же группе пациентов были выражены мышечная гипотония (96,0%) и гипорефлексия (100%) против 44,3 и 88,6% данных показателей во 2-й группе соответственно.

Аускультативная картина в легких характеризовалась изменением дыхания в обеих группах: у детей с пневмонией выслушивалось жесткое (32,0%) и ослабленное (68,0%) дыхание, в то время как при ОРИ только в 16,4% случаев отмечалось жесткое дыхание, а в 78,7% – оставалось пуэрильным. У детей с пневмонией выслушивались сухие (2,0%), крепитирующие (22,0%) и влажные (74,0%) хрипы. При ОРИ отмечались влажные хрипы в 1,6% случаев (табл. 2).

Со стороны сердечно-сосудистой системы наблюдалась картина кардиопатии: приглушение сердечных тонов, наличие систолического шума, увеличение тени сердца

Таблица 1

Проявления респираторной инфекции у новорожденных с поражением верхних и нижних дыхательных путей (%)

Признак	Дети с пневмонией, n=50	Дети с ОРИ, n=61
Затруднение носового дыхания	10,0	77,0***
Слезотечение	0	36,1***
Фарингит	0	77,0***
Субфебрильная температура	60,9	65,0
Фебрильная температура	39,1***	3,3
Нарушение микроциркуляции	10,0	67,0***

Примечание: *** – $p < 0,001$.

Таблица 2

Данные аускультации легких у новорожденных с острой респираторной инфекцией верхних и нижних дыхательных путей в условиях специализированного стационара (%)

Признак	Дети с пневмонией, n=50	Дети с ОРИ, n=61
Жесткое дыхание	32,0	16,4
Ослабленное дыхание	68,0***	4,9
Наличие хрипов	98,0***	1,6

Примечание: *** – $p < 0,001$.

Таблица 3

Девияция некоторых показателей общего анализа крови новорожденных с острой респираторной патологией (%)

Признак	Дети с пневмонией, n=50	Дети с ОРИ, n=61
Лейкопения	22,0***	1,6
Лейкоцитоз	54,0	70,5
Лимфопения	70,8***	1,6
Лимфоцитоз	14,6	80,4***
Палочкоядерный сдвиг лейкоформулы	77,1***	34,4

Примечание: *** – $p < 0,001$.

на рентгенограмме грудной клетки. Более выраженными эти изменения были у новорожденных с пневмонией. Отклонения деятельности пищеварительного тракта также отмечались чаще у детей 1-й группы: увеличение печени – 52,0% случаев (против 3,3% у младенцев с ОРИ ($p < 0,001$)), клиника пареза кишечника – 90,7% (против 3,3% во 2-й группе ($p < 0,001$)).

При изучении результатов общего анализа крови, взятого у малышей в первые дни жизни, обнаружено наличие анемии у большинства детей обеих групп. В 1-й группе в 22,0% отмечалась лейкопения, являющаяся показателем недостаточности иммунитета у этих малышей, в то же время в 54,0% диаг-

ностировался лейкоцитоз. Во 2-й группе лейкоцитоз регистрировался в 70,5%. Палочкоядерный сдвиг лейкоформулы встречался у большинства детей с пневмонией (77,1%), равно как и лимфопения (70,8%), в группе детей с ОРИ, наоборот, чаще отмечался лимфоцитоз (80,4%), что свидетельствует о наиболее вероятной вирусной природе заболевания (табл. 3).

Выводы

1. Предрасполагающим фактором развития пневмонии в период новорожденности может являться патология беременности, в частности, фетоплацентарная недостаточность, способствующая гипоксии плода.

2. Новорожденные с острой респираторной инфекцией верхних дыхательных путей чаще имеют нормальную оценку по шкале Апгар, в то время как младенцы с пневмонией рождаются в асфиксии в 52,1% случаев.

3. Клиническая картина пневмонии манифестирует сразу после рождения, проявляется повышением температуры тела, серостью кожных покровов, изменениями со стороны нервной системы. Аускультативная картина в легких характеризуется ослабленным и жестким дыханием, наличием хрипов, мокроты. Чаще, чем при респираторной инфекции верхних дыхательных путей, при пневмонии отмечаются одышка и участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. Достаточно выраженная клиническая симптоматика способствует раннему переводу новорожденных с пневмонией в специализированное отделение, в то время как младенцы с респираторной инфекцией верхних дыхательных путей госпитализируются в более поздние сроки. Проявления заболевания в этой группе пациентов отличаются яркими катаральными явлениями, признаками нарушения микроциркуляции, пуэрильным дыханием, отсутствием хрипов при аускультации легких.

4. Общий анализ крови у малышей с пневмонией характеризуется лейкопенией, лимфоцитопенией, что может являться отражением недостаточности иммунной системы, и палочкоядерным сдвигом лейкоформулы, и является типичным для бактериальных инфекций. В крови новорожденных с острой инфекцией верхних дыхательных путей достоверно чаще встречается лимфоцитоз, что характерно для вирусных инфекций.

Библиографический список

1. Лекции по педиатрии. Патология новорожденных и детей раннего возраста: в 2 т. / под ред. В. Ф. Демина, С. О. Ключникова, Г. А. Самсыгиной. М.: РГМУ 2002; 2: 440.
2. Неонатология: национальное руководство / под ред. Н. Н. Володина. М.: ГЭОТАР-Медиа 2007; 848.
3. Перинатальные инфекции. Вопросы патогенеза, морфологической диагностики и клинико-морфологических сопоставлений: практ. рук. / В. А. Цинзерлинг, В. Ф. Мельникова. СПб. 2001; 352.
4. *Шабалов Н. П.* Неонатология: учеб. пособие: в 2 т. 3-е изд., испр. и доп. М.: МЕДпресс-информ 2004; I: 640.

Материал поступил в редакцию 14.01.2014