

## КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПНЕВМОНИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ, ИМЕВШИХ КОНТАКТ С ОРЗ В АНАМНЕЗЕ

М.Н. АБДУЛЛАЕВА, Ф.А. ЯХШИЛИКОВА

Самаркандский Государственный медицинский институт,  
Республика Узбекистан, г. Самарканд

**Резюме.** ОРВИ имеют большой удельный вес среди причины пневмонии у детей, но наиболее частыми являются аденовирусная и респираторно-синцитиальная инфекции. Присоединение микробной инфекции после ОРВИ делает сходной клиническую картину пневмоний, ассоциированных с разными респираторными возбудителями, но в то же время некоторые отличия все таки установлены.

Изучены анамнез и клинические проявления при пневмонии у 116 новорожденных, бывших в контакте с ОРВИ поступивших на лечение, из них 44 больных поступили из роддома (группа сравнения), 72 новорожденных поступивших из дома. Анализ структуры по группам показал преобладание поступления больных в апреле и в сентябре, причем из дома, т.е. бывших в контакте с ОРВИ поступило больше (62%).

Выявление особенностей указывают на преобладание при пневмонии у новорожденных, поступивших весной обструктивного синдрома, а к осени кишечной симптоматики. Анализ клинической картины посезонно указывает на преимущественно РС-инфекцию в весенний период и аденовирусную в осенний период, что согласуется с выводами эпидемиологической службы.

**Ключевые слова:** новорожденные, пневмония, острая респираторная инфекция, сезоны года.

## CLINICAL FEATURES OF PNEUMONIA IN THE NEWBORN, BEING IN CONTACT WITH ARD IN ANAMNESIS

M.N. ADULLAYEVA, F.A. YAHSHILIKOVA

Samarkand State medical institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

**Resume.** ARD is of great specific gravity among the causes of pneumonia in children. But the most frequent are adenoviral and respiratory-cynticial infections. Addition of microbe infection following ARD makes the clinical picture of various types of pneumonia similar, associated with different respiratory agents but at the same time some differences are established.

Anamnesis and clinical manifestations of pneumonia were studied in 116 newborn being in contact with ARVI and admitted to the hospital of them 44 patients were admitted from maternity hospital (a group for comparison), 72 newborn from their home. The analysis of the structure according to groups showed that most of patients were admitted in april and September and what is more they were admitted from their home, i.e. they were in contact with ARVI and their number was larger (62%).

Clarification of peculiarities indicates to predominance of obstructive syndrome of pneumonia in the newborn admitted in spring and intestinal symptomatics in autumn. The analysis of clinical picture according to seasons indicates to predominance of RC infection in spring and adenoviral infection in autumn period that coordinates with conclusions of epidemiological service.

**Key words:** newborn, pneumonia, acute respiratory infection, seasons of the year.

Острые респираторные заболевания у детей составляют основную группу бронхолегочных заболеваний, различающихся по этиологии и локализации инфекционно-воспалительных процессов. Респираторные заболевания в 90% случаев вызываются вирусами, поражающими чаще верхние отделы респираторного тракта [5,6,7]. Осложнением вирусных инфекций являются пневмонии, имеющий преимущественно бактериальную этиологию[7].

В Узбекистане на долю ОРЗ и пневмоний приходится 50-60% всей заболеваемости детей. Отмечается значительное расширение спектра возбудителей острой пневмонии, что в свою очередь вызывает существенные изменения клинического течения и морфологических проявлений этого заболевания. Вирусные инфекции в дебюте заболевания влияют на вариабельность клинических симптомов при развитии пневмонии [1,7].

Этиологию пневмонии у новорожденных трудно установить из-за того, что к вирусной инфекции быстро присоединяется вторичная бактериальная флора, причем высеванные из зева больного микробы лишь в 25-30% случаев являются истинным возбудителем пневмонии и даже при тщательном обследовании этиологическая расшифровка на современном этапе возможна лишь в 50-70% случаев [4].

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) – сборная группа заболеваний, вызываемых различными вирусами и объединенных на основании общности эпидемиологии, патогенеза и особенностей клиники [2,3].

В тоже время возбудители респираторных инфекций имеют значительные биологические отличия, в силу которых каждый из них не всюду находит для своего существования и репродукции оптимальные условия, а только на отдельных и при этом разных участках респираторного тракта. Этим можно объяснить преимущественное поражение различными возбудителями разных отделов респираторного тракта, к примеру: аденовирусная инфекция с максимальной степенью поражения глотки, а респираторно-синцитиальная поражение альвеол. Поэтому тщательное наблюдение за течением заболевания показывает, что каждая из нозологических форм ОРВИ клинически проявляется какими-то характерными особенностями, связанными со своеобразием возбудителя, вызвавшего это заболевание.

ОРВИ имеют большой удельный вес среди причины пневмонии у детей, но наиболее частыми являются аденовирусная и респираторно-синцитиальная инфекции. Аденовирусная и РС-вирусная инфекция имеют значительный удельный вес, как в эпидемиологический период, так и в сезонный подъем респираторных заболеваний. Данные инфекции составляют 30-40% от всей детской патологии, причем аденовирусы имеют широкое распространение и в летние месяцы года, РС-вирусы регистрируется чаще в холодное время, достигая до 20% и часто сочетаются с другими вирусами. РС – вирус является основной причиной наиболее тяжелых форм поражения нижних отделов дыхательных путей у детей грудного возраста и отличается преимущественно распространением в зимние и весенние месяцы в виде резко очерченных

эпидемиологических вспышек длительностью 1-5 месяцев. Для детей первых двух лет жизни особо опасной считают ОРИ, вызванная респираторно-синцитиальным вирусом [8], что провоцирует развитие бронхоолита, обострение бронхолегочной дисплазии.

Аденовирусы размножаются не только в слизистой дыхательных путей, но и в эпителиальных клетках слизистой кишечного тракта, причем из кишечного тракта они выделяются более длительно, чем из дыхательных путей, а в поздние сроки и в эпителии тонкой кишки. По данным эпидемиологической службы Самаркандской области в 2008-2009 годы из - ОРВИ в межсезонные и в зимне-весеннее время в основном преобладала респираторно-синцитиальная инфекция, а к сентябрю-ноябрю аденовирусная инфекция.

Присоединение микробной инфекции после ОРВИ делает сходной клиническую картину пневмоний, ассоциированных с разными респираторными возбудителями, но в то же время некоторые отличия все-таки установлены [7].

Современные методы экспресс - диагностики сложные и недоступны каждому стационару, и участковые врачи и врачи приемного покоя могут ориентироваться на клинические особенности течения ОРВИ различной этиологии [4].

Цель исследования - изучить клиническую симптоматику при пневмонии у новорожденных, контактных с ОРВИ.

Материалы и методы исследования. С учетом этой информации проведен анализ анамнестических данных и клинических проявлений при-пневмонии у новорожденных, бывших в контакте с ОРВИ в домашних условиях и поступивших на лечение в ОДММЦ ОПН. Всего обследовано 116 новорожденных, из них 44 больных поступили из роддома (группа сравнения), 72 новорожденных поступивших из дома.

В I группе больных, поступивших весной было 61, в т.ч. в марте - 2, в апреле - 47, мае - 12. Во II группе - 55, поступивших осенью, из них в августе поступило 10, в сентябре - 28 и в октябре - 17.

Результаты и обсуждение. Анализ структуры по группам (табл.1) показал преобладание поступления больных в апреле и в сентябре, причем из дома, т.е. бывших в контакте поступило больше (62%).

Таблица 1.

## Структура группы наблюдаемых новорожденных

| Группа | всего | Род. комплекс | Домашние | Пневмония    |                  |            |
|--------|-------|---------------|----------|--------------|------------------|------------|
|        |       |               |          | неонатальная | ателектатическая | врожденная |
| I      | 61    | 24 (39%)      | 37(61%)  | 38 (62%)     | 14(23%)          | 9(15%)     |
| II     | 55    | 20 (36%)      | 35 (64%) | 42 (76%)     | 9(16%)           | 4 (8%)     |
| Всего  | 116   | 44(37%)       | 72 (63%) | 80 (69%)     | 23 (20%)         | 13 (11%)   |

Таблица 2.

## Клиническая симптоматика пневмонии у новорожденных

| Группы | Синдромы      |                |                  |                  | Кашель | Цианоз | Лейкоцитоз | СОЭ       |
|--------|---------------|----------------|------------------|------------------|--------|--------|------------|-----------|
|        | Обструктивный | Интестинальный | Токсикоз-эксикоз | Гипертермический |        |        |            |           |
| I      | 22(36%)       | 5(8%)          | 1                | 6                | 6      | 38     | 19         | 6-12мм/ч  |
| II     | 2(5%)         | 13(24%)        | 11               | 22               | 8      | 14     | 17         | 10-18мм/ч |

Анализ клинической симптоматики (табл. 2) пневмонии у новорожденных, поступивших из дома в стационар в весенний период выявляет постепенное начало катаральных изменений, на 3-5 день вовлечение бронхов и далее обильная реакция со стороны легких, длительное волнообразное течение с нарастанием обструктивного синдрома и дыхательной недостаточности, субфебрилитет не выше 38,5°C, умеренный лейкоцитоз до  $15,9 \times 10^9$  /л, ускоренное СОЭ до 12 мм/ч. Обструктивный синдром преобладал над единичной кишечной симптоматикой.

У новорожденных, поступивших в осенний период наблюдалось острое начало с катаральной симптоматикой и субфебрилитетом до 38,1°C. В 60-70% случаев пневмония осложнялась кишечной симптоматикой у 13 больных, в сочетании токсикоза с эксикозом у 11 детей, с лейкоцитозом у 17 больных до  $13,8 \times 10^9$ /л и ускорение СОЭ у 6 больных до 18 мм/ч.

Обструктивный синдром из 55 больных отмечен у 2 новорожденных. Выявление особенностей указывают на преобладание у поступивших весной обструктивного синдрома, а к осени кишечной симптоматики.

**Выводы.** Если учесть что обструктивный синдром чаще преобладает при респираторно - синцитиальной вирусной инфекции, а при аденовирусной инфекции для новорожденных на фоне катаральной симптоматики до 60-70% случаев в динамике преобладает кишечная симптоматика, то анализ

клинической картины посезонно указывает на преимущественно РС-инфекцию в весенний период и аденовирусную в осенний период, что согласуется с выводами эпидемиологической службы и преимущественным выявлением респираторно – синцитиального вируса у детей с ОРВИ и пневмонией и преобладанием бронхиальной обструкции именно у детей из контакта с РС – инфекцией.

**Литература:**

1. Алланазарова З.Х. “Этиология и патологическая анатомия острых пневмоний у детей раннего возраста”. Автореферат диссертации канд.мед. наук. Ташкент ,2009г, 22 с.
2. Ритова В.В. “Роль вирусов в перинатальной и постнатальной патологии человека”. Медицина,1986г,с 120.
3. Сергеева К.М., Ганичева Е.И., Сироженко Е.А. “Острые респираторные заболевания у детей”. М.,Медицина 2004г, с 184.
4. Шабалов Н.П. Неонатология, 1 том, 2006г, с 114.
5. Борзова О.Г., Зотова В.В., и др . Вирусные пневмонии у детей : опыт диагностики и лечения. Пульмонология детского возраста: проблемы и решения. М., 2003г. Вып.3.с 43.
6. Таточенко В.К. Практическая пульмонология детского возраста. М., 2006г, с 250.
7. Холодок Г.Н., Островская В.О., Резник В.И., и др. “Клиническая характеристика внебольничных пневмоний у детей с гриппом, обусловленным вирусом А/Н1N1/sw1, и другими

вирусно-бактериальными инфекциями”. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2001г, с 39-44.

8. Рюмина И.И., “Роль консультирования родителей в профилактике респираторно-синцитиальной вирусной инфекции у недоношенного ребенка”. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2013г, с 49.

### **АНАМНЕЗИДАН ЎТКИР РЕСПИРАТОР ИНФЕКЦИЯ БИЛАН КОНТАКТДА БЎЛГАН, ЯНГИ ТЎҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАР ПНЕВМОНИЯСИНИНГ КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИ**

М.Н. АБДУЛЛАЕВА, Ф.А. ЯХШИЛИКОВА

Самарқанд Давлат тиббиёт институти,  
Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

**Резюме.** Ўткир респиратор вирусли инфекция ларболаларда пневмония ривожланишининг келиб чиқишида асосий сабабларидан бири бўлиб, аденовирус ва респиратор – синтициал инфекциялар нисбатан кўпроқ учрайди. Ўткир респиратор вирусли инфекциядан кейин бактериал инфекциянинг кушилиши пневмония клиник кўринишига ухшаш, ҳар хил респиратор кузгатувчилар

билан ассоцияланган, аммо айти шу пайтда баъзи фарқларга эга бўлиши билан намоён бўлади.

ЎРВИ билан контактда бўлган ва даволанишга келган 116 бемор чақалоқларнинг анамнези ва клиник белгилари урганилиб, улардан 44 та бемор тўғруқхонадан (такқослаш гуруҳи), 72 чақалоқ уйдан келиб тушган. Гуруҳлар бўйича таҳлил қилинганда беморларнинг апрел ва сентябр ойларида касалхонага тушиши устунроқ эканлиги аниқланди, бунда уйдан келганлар, яъни контактда бўлганлар сон жиҳатдан кўпроқ эканлиги (62%) аниқланди.

Аниқланган хусуситлардан кўринадики, пневмония билан оғриган янги тўғилган чақалоқлардан баҳорда муржаат қилганлари кўпроқ обструктив синдром билан, кузда муржаат қилганларда эса кўпроқ ичак симптоматикаси намоён бўлди. Клиник кўринишлар фаслар бўйича таҳлил қилинганда РС-инфекциянинг баҳор фаслида ва аденовирусли инфекциянинг кузда кўпроқ келиб чиқиши аниқланди, бу эса ўз навбатида эпидемиологик хизмат натижалари таҳлилларига ҳам мос келади.

**Калит сўзлар:** янги тўғилган чақалоқ, пневмония, ўткир респиратор инфекция, йил мавсуми.