

Особенности нетяжелой внебольничной пневмонии у детей школьного возраста

Федорова Полина Евгеньевна, Соловьева Ева Леонидовна, Федоров Станислав Анатольевич

Научный руководитель: к.м.н., доцент Рыбакова Ольга Геннадьевна

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск

Актуальность. Пневмония — по праву одно из самых серьезных заболеваний нижних дыхательных путей у детей. Согласно статистике, в России заболеваемость пневмонией среди детей — 7,95–8,86 на 1000 детей в год. Для своевременной диагностики и назначения адекватной терапии врачу необходимо ориентироваться в особенностях течения внебольничной пневмонии на современном этапе, что и определяет актуальность темы.

Цель исследования. Провести анализ клинических, лабораторных, рентгенологических данных детей школьного возраста с нетяжелой внебольничной пневмонией, госпитализированных в стационар.

Пациенты и методы. В исследование были включены 117 пациентов в возрасте 7–17 лет с диагнозом «нетяжелая внебольничная пневмония», госпитализированных в стационар в 2024 г. Диагноз «внебольничная пневмония» установлен на основании рентгенологического исследования, клинико-лабораторных и эпидемиологических данных. Статистическая обработка проводилась с помощью программы Excel.

Результаты. Возраст пациентов составил $12 \pm 3,0$ (M $\pm$ SD), 51,3% (n = 60) — мальчики, 48,7% (n = 57) — девочки. Согласно рентгенологическим данным: 43,6% (n = 51) — левосторонние пневмонии, 43,6% (n = 51) — правосторонние, 12,8% (n = 15) — двусторонние, 1,7% (n = 2) — долевы, 42,7% (n = 50) — полисегментарные, 37,6% (n = 44) — сегментарные, 1,7% (n = 2) — очагово-сливные, 16,2% (n = 19) — очаговые. Диагноз «внебольничная пневмония» чаще всего устанавливался на 7–8-е сут. Интоксикационный синдром был в 100% случаев, со средним сроком повышения температуры тела 7 сут, при этом у 13,7% (n = 16) отмечалась субфебрильная температура, у 45,3% (n =

53) — фебрильная, у 41% (n = 48) — пиретическая. У 4,3% (n = 5) — сухой кашель, у 42,7% (n = 50) — полупродуктивный, у 53% (n = 62) — продуктивный. При перкуссии легких: 26,5% (n = 31) — нет изменений, 39,5% (n = 46) — притупление перкуторного звука. При аускультации легких: 16,2% (n = 19) — ослабление дыхания, 18% (n = 21) — влажные хрипы, 18% (n = 21) — влажные хрипы и ослабление дыхания, 2,6% (n = 3) — крепитация. Анализ лабораторных показателей: лейкоциты выше $10 \times 10^9/\text{л}$ — 9% (n = 11), сдвиг лейкоцитарной формулы влево — 47,8% (n = 56), ускорение скорости оседания эритроцитов (СОЭ) — 80,3% (n = 94), повышение С-реактивного белка (СРБ) до 30 мг/л — 41,03% (n = 48), выше 30 мг/л — 26,5% (n = 31). Иммуноглобулины М к *Mycoplasma (M.) pneumoniae* — 42% (n = 49). Бактериологическое исследование мокроты: *Streptococcus (Str.) mitis* — 58,1% (n = 68), *Str. parasanguinis* и *salivarius* — 15,2% (n = 18), *Neisseria flava* — 11,1% (n = 13). Считается, что это флора верхних дыхательных путей, однако есть исследования, указывающие на ее роль в воспалении нижних дыхательных путей. При сравнении показателей общего анализа крови с пациентами без *M. pneumoniae* отличий выявлено не было.

Заключение. У школьников чаще развивалась сегментарная и полисегментарная пневмония, отмечались повышение температуры выше 38,0 °С (86%), продуктивный, полупродуктивный кашель (96%). При физикальном обследовании у 73,5% выявлялись локальные изменения. Анализ гемограммы показал отсутствие «классического» лейкоцитоза, сдвиг лейкоцитарной формулы влево у каждого второго, ускорение СОЭ у большинства. СРБ был значительно повышен только у каждого четвертого пациента. У 42,0% возбудителем была *M. pneumoniae*.