

*V Международная (75 Всероссийская) научно-практическая конференция
«Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения»*

5. Куликова К.С., Тюльпаков А.Н. Гипофосфатемический рахит: патогенез, диагностика и лечение / К.С.Куликова, А.Н. Тюльпаков // Ожирение и метаболизм – 2018. – Т.15(№2) – С. 46-50

6. Куликова К.С. Наследственные формы рахита: Пособие для врачей / К.С. Куликова – М.,2016. – 30 с.

7. Crysvida: Summary of product characteristics / URL: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/crysvida-epar-product-information_en.pdf (Датаобращения – 16.02.2020)

УДК 616.24-002

**Суровцева Д.А., Царькова С.А.
РЕНТГЕН НЕГАТИВНАЯ ПНЕВМОНИЯ У ДЕТЕЙ.
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ.**

Кафедра поликлинической педиатрии и педиатрии ФПК и ПП
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**Surovceva D.A., Tsarcova S.A.
X-RAY NEGATIVE PNEUMONIA IN CHILDREN. RETROSPECTIVE
ANALYSIS OF CLINICAL PRACTICE.**

Department of outpatient pediatrics and pediatrics FPK and PP
Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: prosto.oggi@yandex.ru

Аннотация: В статье представлены данные о внебольничной пневмонии у детей, не имеющих очага инфильтрации по данным рентгенографии органов грудной клетки. Рассмотрены особенности клинико-лабораторной картины, и определен процент необоснованных диагнозов при рентген негативной пневмонии у детей раннего возраста.

Annotation: The article presents data on community-acquired pneumonia in children who do not have a focus of infiltration according to chest x-ray. The features of the clinical and laboratory picture are considered, and the percentage of unreasonable diagnoses for x-rays of negative pneumonia in young children is determined.

Ключевые слова: пневмония, дети.

Key words: pneumonia, children.

Введение

Пневмония — острое инфекционное заболевание, различное по этиологии (преимущественно бактериальное), характеризующееся очаговыми

поражениями легких с внутриальвеолярной экссудацией, что проявляется выраженными в различной степени интоксикацией, респираторными нарушениями, локальными физикальными изменениями со стороны легких и наличием инфильтративной тени на рентгенограмме грудной клетки [1].

Диагностика внебольничной пневмонии на основании клинических симптомов сопряжена с существенными трудностями, так как симптомы малоспецифичны — они могут наблюдаться при острых респираторных вирусных инфекциях. Поэтому «золотым стандартом» диагностики пневмонии является рентгенография органов грудной клетки, позволяющая оценить наличие очага инфильтрации легочной ткани, размеры инфильтрации легких и ее распространенность, наличие или отсутствие плеврального выпота, наличие или отсутствие деструкции легочной паренхимы [2].

Однако, чувствительность метода рентгенографии органов грудной клетки варьируется от 32% до 77,7% [3]. По данным зарубежной литературы рентген негативные пневмонии у взрослых встречаются в 25–30% случаях [4]. Известно, что типичные рентгенологические признаки пневмонии могут отсутствовать у детей с дегидратацией. Это обусловлено теорией, что дегидратация вызывает более низкое гидростатическое давление и повышенное онкотическое давление в легких, что приводит к общему снижению жидкости в легочной артерии. Ложноотрицательный результат рентгенографии может быть обусловлен нейтропенией, а также ранней стадией заболевания, и при пневмониях, вызванных атипичной флорой [5].

Цель исследования - определить обоснованность диагноза внебольничная пневмония у детей раннего возраста без признаков визуализации по данным рентгенографии органов грудной клетки.

Материалы и методы исследования

Ретроспективное описательное исследование проводилось по данным историй болезней пациентов, которые поступили в МАУ ДГКБ №11 с клиническими признаками пневмонии. Критериями включения в выборку были: дети с диагнозом внебольничная пневмония, не подтвержденным по данным рентгенографии органов грудной клетки. Критерии исключения были: дети с пневмонией, подтвержденной по данным рентгенографии.

Проанализированы данные историй болезни 20 детей (9 мальчиков, 11 девочек). Возраст на момент начала заболевания составил от 6 месяцев до 3,5 лет ($1,7 \pm 0,2$, медиана 1 год 6 месяцев). Пациенты были разделены на две группы по тяжести течения: среди них 17-ти детям клинически установлен диагноз средне-тяжелая внебольничная пневмония (1-я группа) и 3-м пациентам - тяжелая пневмония (2-я группа). Оценивали анамнез заболевания, данные клинической картины, лабораторных и инструментальных методов исследования, а также окончательный диагноз.

Для анализа полученных данных использовали методы описательной и аналитической статистики. Для оценки достоверности различий между исследуемыми группами для количественных показателей использовался

критерий Манна-Уитни. Достоверными считались различия при $p < 0,05$. Обработка статистических данных проводилась в Excel.

Результаты исследования и их обсуждение

Возраст в первой группе детей, имеющих средне-тяжелую пневмонию составил $1,7 \pm 0,2$ лет, во второй группе $1,7 \pm 0,5$. До этапа госпитализации к самостоятельному лечению прибегли в первой группе 76% ($n=13$) детей. В четырех случаях это была антибактериальная терапия, назначенная на амбулаторном этапе врачом-педиатром, и жаропонижающие препараты. У остальных детей это было исключительно симптоматическая терапия в виде жаропонижающих средств. Попытки самостоятельного симптоматического лечения во второй группе до госпитализации были только в одном случае, эффекта не было.

Дети в первой группе были госпитализированы в стационар от начала заболевания на 1-2 сутки в 41% ($n=7$) случаев, на 3-4 сутки 35% ($n=6$) случаев, после 5 суток в 24% ($n=4$) случаев. Двое детей из второй группы были госпитализированы на 2 сутки от начала заболевания, и один ребенок на 4 сутки. Различия уровня температуры тела на момент госпитализации в сравниваемых группах были статистически не значимы (соответственно $38,2^{\circ}\text{C} \pm 0,2^{\circ}\text{C}$ и $37,9^{\circ}\text{C} \pm 0,5^{\circ}\text{C}$ ($p > 0,05$)).

При аускультации на этапе госпитализации в первой группе исследуемых детей у всех выслушивалось жесткое дыхание. При этом у 8 пациентов дыхание было ослаблено в нижних отделах справа, и у одного дыхание было ослаблено слева. Сухие хрипы регистрировались у 47% ($n=8$) пациентов первой группы. Также выслушивались влажные мелкопузырчатые хрипы у 70% ($n=12$) исследуемых. При аускультации во второй группе у всех трех пациентов было жесткое дыхание, на выдохе в двух случаях были слышны сухие хрипы, и у всех пациентов этой группы регистрировались влажные мелкопузырчатые хрипы, которые выслушивались с двух сторон.

На момент поступления у всех исследуемых детей были жалобы на повышенную температуру: первая группа: $\text{min } 38^{\circ}\text{C}$, $\text{max } 40^{\circ}\text{C}$ ($38,7 \pm 0,2^{\circ}\text{C}$), вторая группа: $\text{min } 38,6^{\circ}\text{C}$, $\text{max } 39,3^{\circ}\text{C}$ ($38,9 \pm 0,2^{\circ}\text{C}$) ($p > 0,05$). У всех детей отмечались жалобы на малопродуктивный кашель, одышку и слабость, которые чаще встречались у детей 2-й группы (одышка и слабость 66%, $n=2$, малопродуктивный кашель 100%, $n=3$), а жалобы на заложенность носа регистрировались исключительно у пациентов 1-й группы.

Установлено, что при поступлении С-реактивный белок был увеличен и составил $43,71 \pm 9,3$ мг/л у детей первой группы. До 50 мг/л СРБ был у подавляющего числа детей этой группы, и составил 53% ($n=9$). От 50 мг/л до 100 мг/л у 41% ($n=7$) детей, и только у одного пациента со среднетяжелой ВП СРБ был равен 157 мг/л, что по данным литературы [6], является высокоспецифичным маркером для пневмонии. Во второй группе детей уровень СРБ до 50 мг/л был во всех трех случаях.

Так как все исследуемые дети не имели очага инфильтрации по данным обзорной рентгенографии органов грудной клетки, то, соответственно, диагноз им был поставлен по клинико-лабораторным данным. Известно, что клинически пневмония характеризуется лихорадкой выше 38°C более трех дней, интоксикационным синдромом и продуктивным кашлем. Также для диагноза пневмония значимыми являются физикальные данные - ослабленное или бронхиальное дыхание, крепитация или мелкопузырчатые влажные локальные хрипы, бронхофония. Лейкоцитоз при пневмонии достигает $15 \cdot 10^9/\text{л}$ и более, СРБ превышает уровень 60 мг/л.

Среди всех детей из первой группы лишь у одного пациента были зафиксированы все пять клинико-лабораторных критериев, характерных для внебольничной пневмонии. Во второй группе, имеющих тяжелое течение ВП, ни у одного пациента не было всех 5 критериев.

Только четыре вышеописанных критерия встречались у 29% (n=5) исследуемых детей первой группы. При этом абсолютно у каждого из них регистрировался кашель и лейкоцитоз более $15 \cdot 10^9/\text{л}$ (или СРБ более 60 мг/л). Среди второй группы детей только один пациент имел четыре критерия: все, за исключением лейкоцитоза (повышенного СРБ >60 мг/л).

Доминирующее число детей первой группы 53% (n=9) имели лишь три клинико-лабораторных критерия, чаще всего это была комбинация малопродуктивного кашля, аускультативных изменений и интоксикационного синдрома. Во второй группе пациентов в двух случаях было проявление только трех клинико-лабораторных критериев: малопродуктивного кашля, температуры и интоксикационного синдрома.

И у одного исследуемого ребенка первой группы было только два критерия: малопродуктивный кашель и температура, а у другого ребенка всего лишь один критерий в виде лейкоцитоза более $15 \cdot 10^9/\text{л}$, что ставит под сомнение поставленный диагноз.

Выводы:

1. При негативных рентгенологических данных диагноз пневмония должен быть основан не менее чем на 4 клинико-лабораторных данных. В остальных случаях диагноз пневмония считается сомнительным, и такие пациенты не подлежат антибактериальной терапии.

2. На основании клинико-лабораторного анализа с высокой вероятностью можно предположить наличие внебольничной пневмонии у 35% (n=7) исследованных детей, имеющих отрицательную рентгенологическую картину. Соответственно, у 65% (n=13) диагноз пневмония был необоснован, вероятнее всего, имеет место гипердиагностика пневмонии, так как эти признаки достаточно неспецифичны и характерны для любой респираторной патологии.

3. При рентген негативных результатах рекомендуется повторить рентгенографию органов грудной клетки, а у детей, имеющих тяжелое течение, выполнить компьютерную томографию легких.

Список литературы:

1. Внебольничная пневмония у детей. Клинические рекомендации /Под ред. проф. Царьковой С.А., Екатеринбург: УГМУ, 2015. 79 с.
2. Ершов А.В. С-реактивный белок в диагностике внебольничной пневмонии// Научный журнал Consilium Medicum. - 2019; № 3). с. 15-19
3. Клинические рекомендации. Внебольничная пневмония у детей / ред.совет: А.Г. Чучалин [и др.] Москва : Оригинал-макет, 2015. — 64 с.
4. Сафонов Д.В. Рентген-ультразвуковые сопоставления и динамический эхографический контроль при пневмониях у детей/ Д.В. Сафонов, Т.И. Дианова, В.А. Родионов, Л.А. Герасимова // Научный журнал КубГАУ, №104(10), 2014 г
5. Alexander Makhnevich. The Clinical Utility of Chest Radiography for Identifying Pneumonia: Accounting for Diagnostic Uncertainty in Radiology Reports / Alexander Makhnevich, Liron Sinvani, Stuart L. Cohen, Kenneth H. // American Journal of Roentgenology. - 2019. - №6. - с.1207-1212
6. Susan C. Negative Chest Radiography and Risk of Pneumonia / Susan C. Lipsett, Michael C. Monuteaux, Richard G. Bachur, Nicole Finn // Pediatrics. - 2018. - №3

УДК:613.22+616-056.5-053.5](470.55)

Савина Д.А.

**СТЕРЕОТИПЫ ПИТАНИЯ ШКОЛЬНИКОВ ОБЛАСТНОГО И
РАЙОННОГО ЦЕНТРОВ**

Кафедра факультетской педиатрии им Н.С. Тюриной
Южно-Уральский государственный медицинский университет
Челябинск, Российская Федерация

Savina D.A.

**STEREOTYPES OF NUTRITION FOR PUPILS OF REGIONAL AND
DISTRICT CENTERS**

Department of faculty pediatrics named after N.S.Tyurina
South Ural State Medical University
Chelyabinsk, Russian Federation

E-mail:owl-savina.savina@yandex.ru

Аннотация. В статье рассмотрены особенности рациона питания и режима дня школьников младших и старших классов города Челябинска и Троицка. Данное исследование проводилось на фоне увеличения численности заболеваемости детей, имеющих избыточную массу тела. В настоящее время предрасполагающими факторами к развитию ожирения у школьников является, во-первых, недостаточная информация о правильном питании, во-вторых, сформированные предпочтения к высококалорийной пище, в-третьих,