1. **Паспортные данные пациента**

1. ФИО:

2. Пол – Мужской

3. Возраст – 9 мес

4. Дата и место рождения –

5. Дата поступления в дневной стационар –

6. Домашний адрес:

1. **Жалобы при поступлении**

Кашель, насморк, затруднение носового дыхания, подавленное состояние ребенка.

1. **Анамнез жизни**

Ребенок от первой беременности, роды срочные, родился в срок – 40 недель. Роды проходили без осложнений. Оценка по шкале Апгар – 7/8 баллов. Масса при рождении – 3260 г. рост – 53 см. К груди приложен на 1 сутки, сосал активно. Находится на естественном вскармливании.

Мама –, 20 лет, здорова. Во время беременности проводила профилактику рахита путем применения водного раствора вит. D. Во время беременности не работала, физические и психические травмы отрицает. Питание во время беременности было полноценное, сбалансированное. Отец –, 30 лет. Здоров. Работает в ВЭГУ преподавателем.

Перенесенные заболевания: Находился на стационарном лечении в сельской больнице с 10.11.05 г. по 24.11.05 г. по поводу пневмонии. Выписались с улучшением. Сделаны прививки: БЦЖ – в 3 мес.

Наследственные болезни, эндокринные заболевания, туберкулез, психические и венерические заболевания у родственников отрицает. Гемотрансфузии не проводилось. Аллергологический анамнез: на сахар.

Жилищно-бытовые условия хорошие. Живут в собственном доме со всеми удобствами с родителями (дедушкой и бабушкой). В семье - 5 человек. Санитарно-гигиенические условия (режим сна, обеспеченность одеждой, мебелью, игрушками) удовлетворительные. Эпидемиологический анамнез: в семье, квартире инфекционных заболеваний нет. Гемотрансфузии, а также переливания плазмы и введение иммуноглобулина не проводились.

**IV. Анамнез заболевания**

Заболел повторно. До поступления в стационар ГДКБ № проходил лечение с 10.11.05 г. по 24.11.05 г. в сельской больнице. Лечили цефазолином (со слов матери). В связи с улучшением был выписан. На следующий день поднялась температура – 39,6 , кашель, насморк. В связи с этим была вызвана скорая помощь, которая его госпитализировала в ГДКБ, где был поставлен диагноз: Внебольничная двусторонняя очаговая пневмония, острое течение, ДН О ст.

**V. Объективный статус**

Общее состояние средней тяжести, сознание. Температура 37,0°С, ЧД - 40 в мин. ЧСС – 128 в мин. Реакция на осмотр: беспокойная. Телосложение правильное. Питание удовлетворительное. Кожа бледновата, без пигментаций, цианоз носогубного треугольника. Слизистые оболочки, конъюнктивы чистые, без особенностей. Инъекция сосудов склер отсутствует. Язык обложен, умеренно беловат. Зев гиперемирован, тургор тканей сохранен, эластичность сохранена, миндалины не гипертрофированы, отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Носовое дыхание затруднено, отделяемое серозное. Кашель – сухой, малопродуктивный, частый. Одышка отсутствует. Имеется притупление легочного звука слева. Аускультативно дыхание жесткое, проводится во все отделы. Хрипы влажные, мелкопузырчатые, локализованные в подлопаточной области с обеих сторон. Живот мягкий, безболезненный.

**VI. Данные осмотра на момент курации**

Общее состояние средней тяжести, сознание ясное, реакция на осмотр недовольное, пониженное настроение. Телосложение правильное. Внешний вид соответствует возрасту.

Аппетит понижен. Физическое развитие среднее, гармоничное. Масса тела – 8800 г, длина тела – 69 см. Ребенок развивается в соответствии с возрастной нормой. Стигмы дизэмбриогенеза не выявлены.

***Исследование кожи:***

*Осмотр:* кожа чистая, бледно-розовая, цианоз носогубного треугольника. Видимые слизистые оболочки розового цвета. Расширения вен не наблюдается (симптом Филатова и Франка отрицательные) Симптом «головы медузы» также отрицательный. Рост волос равномерный, ногти без особенностей.

*Пальпация:* кожа умеренной влажности, температуры, эластичная. Симптом «щипка» отрицательный.

Отмечается красный дермографизм. Скрытый период длится 12 сек., явный - 2 минут.

***Исследование подкожно-жировой клетчатки:***

Осмотр: распределена равномерно, степень жироотложения средняя.

 При пальпации толщина подкожно-жирового слоя на животе 1,5-2,0 см. , на груди 1 см. ,на спине - 1 см., на внутренней поверхности плеча – 1 см., бедра 1,5 см., на лице 1,5 см. Подкожно-жировой жировой слой мягкий по консистенции, тургор тканей в норме. Отеки отсутствуют.

*Исследование периферических лимфоузлов:*

*Пальпация:* затылочные и заушные не пальпируются, подчелюстные – р-р чечевицы, но единичны, подвижные, не спаяны с кожей неподвижные. Подбородочные, надключичные и подключичные не пальпируются, подмышечные величиной с мелкую горошину, единичные, не спаянные с кожей, безболезненные. Торакальные, локтевые и паховые не пальпируются.

При осмотре лимфатического кольца Пирогова-Вальдейера небные и язычные миндалины не увеличены, налета нет.

***Исследование костной системы:***

*Осмотр спереди:*

Форма головы округлая, положение правильное. Грудная клетка цилиндрическая, без деформаций. Ноги прямые. Эпигастральный угол больше 90º.

*Осмотр сзади:* Плечи и лопатки расположены симметрично.

*Осмотр сбоку:*

Голова округлая, держит прямо. Положение правильное, живот несколько выступает вперед

*Осмотр стопы:*

Нормальная (по Аралову- Аралянцу) - внутренний край стопы пересекает обе линии ( через большой палец и основание второго пальца).

*Пальпация головы:* кости на ощупь плотные, без патологических бугристостей и выступов.

*Пальпация грудной клетки:* безболезненное, рахитических четок нет, эпигастральный угол больше 90º

***Исследование мышечной системы:***

 *Осмотр:* Мышцы развиты средне. Рельеф мышц виден слабо. Одноименные группы мышц симметричны.

Пальпация - тонус и сила мышц на симметричных участках одинаковы. Тонус мышц нормальный. Мышцы упругие, твердые на ощупь. Сила мышц сохранена, ребенок оказывает достаточное сопротивление произвольным движениям исследующего. Болезненность при ощупывании, активных и пассивных движениях отсутствует.

***Оценка физического развития:***

Эмпирический способ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели ребенка | стандарт | % отклонения |
| Рост 69 см | 70,5 см | 2,1 % |
| Масса 8,8 кг | 9,2 кг | 4,3 % |
| Окр.груди 46 см | 46,5 см | 1% |
| Окр.головы 45,5 см | 44,5 см | 2,3% |

Заключение:

физическое развитие соответствует возрасту

***Оценка нервно-психического развития:***

Самостоятельно садится, сидит. Встает, при поддержке шагает. Действует свободно с игрушками в зависимости от их свойств. Говорит отдельные слова – папа, мама, баба, ням-ням. Знает свое имя, откликается. Выполняет по команде взрослого выученные ранее действия. Старается подражать взрослым. Умеет обращаться с ложкой, пить из чашки.

*Заключение:* нервно-психическое развитие соответствует возрасту.

***Исследование органов дыхания:***

*Осмотр:* Форма грудной клетки – цилиндрическая, симметричная. Деформаций не наблюдается (нет «куриной груди»), также нет перипневматической борозды Филатова- Гаррисона.

Дыхание жесткое, носовое дыхание затруднено, из полости носа - слизистое отделяемое. Тип дыхания смешанный. ЧДД составляет 40 в 1 минуту, дыхание ритмичное. Зев гиперемированный, миндалины не гипертрофированы. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Ритм правильный, равномерный, одинаковый по глубине. Одышки нет. Симптом Филатова и Франка отрицательны.

Пальпация: Грудная клетка при пальпации безболезненна, эластична. Ширина межреберных промежутков умеренная. Реберные «четки» отсутствуют. Грудная клетка симметрично участвует в акте дыхания. Шум трения плевры на ощупь не определяется.

При сравнительной перкуссии легких (опосредованная перкуссия) наблюдается притупление легочного звука слева.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Нижния граница |  Правое легкое |  Левое легкое |
| окологрудинная линия | 5 межреберье | не определяется |
| среднеключичная линия | 6 ребро | не определяется |
| передняя подмышечная | 7 межреберье  | 7 межреберье  |
| средняя подмышечная | 7 ребро | 7 ребро |
| задняя подмышечная | 8 ребро | 8 ребро |
| лопаточная линия | 9 ребро | 9 ребро |
| околопозвоночная линия | остистый отросток 10 грудного позвонка |

Аускультация: жестко дыхание. Прослушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы, локализованные в подлопаточной области с обеих сторон. Крепитации нет. «Шум трения плевры» отсутствует.

Состояние трахеобронхиальных лимфоузлов - при перкуссии - симптом Кораньи де ля Кампа - притупление перкуторного звука на 4 грудном позвонке. Симптом отрицательный. Симптом Филатова отрицательный. При аускультации симптом Смита отрицательный (не отмечается дующих шумов над рукояткой грудины) Симптом Д Эспина усиление проведения звука в области 1-2 грудных позвонков (симптом отрицательный).

***Исследование органов кровообращения:***

*Осмотр*: В сердечной области видимых выпячиваний и пульсаций не выявлено. Пульсация сонных артерий, набухание и пульсация шейных вен не отмечается. Верхушечный и сердечный толчок визуально не определяются.

*Пальпация:* Верхушечный толчок – локализованный, в 5 межреберье площадью I см2, умеренной силы и амплитуды. Симптом «кошачьего мурлыканья» отрицательный. Систолическое и диастолическое дрожание в области сердца отсутствует.

*Перкуссия:*

Относительная тупость сердца

Правая граница - немного кнутри от правой парастернальной линии.

Левая граница - на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии

Верхняя граница- второе межреберье

Абсолютная тупость сердца

Правая граница - левый край грудины

Левая граница - на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии

Верхняя граница - третье межреберье.

*Аускультация: тоны слегка приглушены*. Побочных шумов в виде шума трения перикарда нет. Артериальный пульс на лучевых артериях симметричный, ритмичный, умеренного наполнения и напряжения, дефицита пульса *нет.*

*Аускультация сосудов:* на сонной и подключичной артериях выслушиваются I и II тоны. На бедренной артерии тоны не выслушиваются.

*При пальпации:* артерии эластичные, упругие, безболезненные.

***Исследование органов пищеварения:***

*Осмотр:* губы розового цвета, умеренно влажные, без изъявлений, трещин. Рот - слизистая оболочка гиперемирована. Язык бледноват, влажный, с белым налетом, сосочки развиты хорошо. Зубы расположены вертикально., зубная формула соответствует возрасту. Десны розового цвета, не кровоточат, язв нет*.* Миндалины не гипертрофированы. Кожа в области слюнных желез не изменена. Живот правильной округлой формы, симметричный, не вздут, выпячиваний и западений нет. Передняя стенка равномерно участвует в акте дыхания. Видимая перистальтика желудка и кишечника отсутствует. Венозные коллатерали не выражены.

*При поверхностной пальпации:* — живот мягкий, безболезненный, не напряжен. Грыжевые выпячивания и расхождения прямых мышц живота отсутствуют. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

*При глубокой пальпации:* по методе Образцова-Стражеско большая кривизна желудка пальпируется в эпигастральной области в виде валика но обе стороны от средней линии тела на 3 см выше пупка. В левой подвздошной области обнаруживается сигмовидная кишка в виде гладкого плотного тяжа, вяло и редко перистальтирующего. В правой подвздошной области слепая кишка пальпируется в виде умеренно напряженного цилиндра, d около 1 см. Поперечная ободочная кишка не пальпируется. Пальпация поджелудочной железы по методу Грота не пальпируется. Точка Мейо-Робсона (болевая точка тела и хвоста поджелудочной железы безболезненна. Точка Дежардена(болевая точка головки поджелудочной железы безболезненна.

 *Тихая перкуссия:* желудка отмечается низкий тимпанический звук, зона желудочного тимпанита не увеличена. Симптом Менделя отрицательный. Шум плеска не определяется.

*Аускультация*: выслушиваются «шуршащие» звуки в области проекции желудка. Шума трения брюшины нет.

***Печень и желчный пузырь***

При осмотре видимых выпячивании в области правого подреберья не отмечается.

*Пальпация:* Край печени закругленный, ровный, выступает за край реберной дуги на 1 см., безболезненный, желчный пузырь не пальпируется.

* точка Керра(пузырная точка) безболезненна
* точка Боаса безболезненна.
* симптом Грекова-Ортнера отрицательный
* симптом Георгиевского-Мюсси отрицательный
* симптом Мерфи отрицательный

*Перкуссия печени:*

Границы печени по **Курлову**

I размер – 7 см

II размер – 5 см

III размер – 4 см

***Селезенка***

При осмотре в области селезенки выбухания в левой половине живота не наблюдается и левая половина симметрична в акте дыхания. При перкутировании слышен ясный звук, который переходит в тупой, передняя граница не выходит за переднюю подмышечную линию, а задняя за заднюю подмышечную линию. При аускультации шума трения брюшины в области селезенки нет.

***Мочевыделительная система***

Выпячиваний над лобком нет, почки не пальпируются, реберно-позвоночная и реберно-поясничные точки безболезненны. Передняя подреберная точка безболезненна. Болевые мочеточниковые точки безболезненные.

Перкуссия мочевого пузыря не дала результатов, т.к. мочевой пузырь был пустой. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание 4-5 раз в день, свободное, безболезненное. Дизурических явлений нет.

*Эндокринная система*

При осмотре шеи видимых изменений нет, при пальпации щитовидная железа не увеличена.

# VII. Предварительный диагноз и его обоснование

Учитывая:

* данные анамнеза: Заболел повторно. До поступления в стационар ГДКБ № проходил лечение с 10.11.05 г. по 24.11.05 г. в сельской больнице. Лечили цефазолином (со слов матери). В связи с улучшением был выписан. На следующий день поднялась температура – 39,6 , кашель, насморк. В связи с этим была вызвана скорая помощь, которая его госпитализировала в ГДКБ, где был поставлен диагноз: Внебольничная двусторонняя очаговая пневмония, острое течение, ДН О ст.
* жалобы при поступлении: Кашель, насморк, затруднение носового дыхания, подавленное состояние ребенка
* на основании данных осмотра больного при поступлении: Температура 37,0° С, ЧД - 40 в мин. ЧСС – 128 в мин. Реакция на осмотр: беспокойная. Телосложение правильное. Кожа бледновата, цианоз носогубного треугольника. Слизистые оболочки, конъюнктивы чистые, без особенностей. Язык обложен, умеренно беловат. Зев гиперемирован, тургор тканей сохранен, эластичность сохранена, миндалины не гипертрофированы, отеков нет. Носовое дыхание затруднено, отделяемое серозное. Кашель – сухой, малопродуктивный, частый. Одышка отсутствует. Имеется притупление легочного звука слева. Аускультативно дыхание жесткое, проводится во все отделы. Хрипы влажные, мелкопузырчатые, локализованные в подлопаточной области с обеих сторон. Живот мягкий, безболезненный.

**Предварительный диагноз:** Внебольничная двусторонняя очаговая пневмония, ДН, острое течение

 **VIII. План обследования больного**

* ОАК – 25.11.05 г.
* ОАМ – 25.11.05 г.
* ЭКГ -25.11.05 г.
* Рентгенрография ОГК – 25.11.05 г.
* Б/Х анализ крови: общ. Белок, билирубин, АЛТ,АСТ – 25.11.05 г.
* Кровь на КЛА (маме)
* Бак. исследование кала (маме)
* Флюорография (маме)
* Кровь на RW (маме)
* Консультация физиотерапевта 25.11.05 г.
* ОАК – 02.12.05 г.
* ОАМ – 02.12.05 г.
* Рентгенрография ОГК – 02.12.05 г.

**IX. Результаты лабораторных, инструментальных**

**и других исследований**

* 1. ОАК от 26 ноября 2005 г.

Эритроциты – 3,9\*1012/л

Hb- 111 г/л

Цв. показатель – 0,85

Лейкоциты – 5,8\*106/л

Эозинофилы – 1%

Нейтрофилы:

- палочкоядерные – 2%

-сегментоядерные – 31%

Лимфоциты – 64%

Моноциты – 2%

СОЭ – 23 мм/ч

Заключение: моноцитопения, увеличение СОЭ

* 1. ОАМ от 26 ноября 2005 г.

Количество - 18

Цвет – св/желтый

Реакция – кислая

Уд. Вес – 1012

Прозрачность – мутная

Белок – отр.

Соли: ураты сплошь

Заключение: уронефротический синдром

* 1. ЭКГ от 28 ноября 2005 г.

ЧСС – 150 уд/мин

ЭОС в норме

* 1. Рентгенограмма от 25.11.05 г.

На ОГК очаговые тени в медиальных зонах легочных полей на фоне диффузного усиления легочного рисунка и повышенной прозрачности плащевых зон легочных полей. Контуры легких нечеткие, неструктурные.

Заключение: двухсторонняя бронхопневмония

* 1. Кровь на МКА – отр.
	2. Б/Х анализ крови от 29.11.05 г.

АсАТ – 35,1 ед/л ( N – 0 -82)

АлАТ – 26,4 ед/л (N -0 -56)

Общий белок – 64,0 г/л ( N - 50-89)

Билирубин – 7,00 мкмоль/л (N - 3,4 – 17,1)

Билирубин прямой 0,00 мкмоль/л (N – 0,34)

Заключение: без патологии

* 1. ОАМ от 02.12.05 г.

Количество – 30

Цвет – желтый

Реакция – кислая

Уд. Вес – 1012

Прозрачность – N

Белок – отр.

Лейкоциты – 2-1-1 в поле зрения

Соли: оксалаты ++

Заключение: уронефротический синдром

* 1. ОАК от 02.12.15 г.

Эритроциты – 4,05\*1012/л

Hb- 109 г/л

Цв. показатель – 0,8

Лейкоциты – 10,3\*106/л

Эозинофилы – 2%

Нейтрофилы:

- палочкоядерные – 6%

-сегментоядерные – 39%

Лимфоциты – 52%

Моноциты – 1%

СОЭ – 23 мм/ч

Заключение: анемия I ст (Hb)., небольшой лейкоцитоз со сдвигом влево, моноцитопения, повышено СОЭ.

* 1. Рентгенограмма от 05.12.05 г.

 Диффузное усиление легочного рисунка. Правый купол диафрагмы приподнят. Релаксация правого купола диафрагмы.

Заключение: Положительная динамика

# X. Обоснование клинического диагноза

Учитывая:

* данные анамнеза: Заболел повторно. До поступления в стационар ГДКБ № проходил лечение с 10.11.05 г. по 24.11.05 г. в сельской больнице. Лечили цефазолином (со слов матери). В связи с улучшением был выписан. На следующий день поднялась температура – 39,6 , кашель, насморк. В связи с этим была вызвана скорая помощь, которая его госпитализировала в ГДКБ, где был поставлен диагноз: Внебольничная двусторонняя очаговая пневмония, острое течение, ДН О ст.
* жалобы: Кашель, насморк, затруднение носового дыхания, подавленное состояние ребенка
* на основании данных объективного исследования: Температура 37,0° С, ЧД - 40 в мин. ЧСС – 128 в мин. Реакция на осмотр: беспокойная. Телосложение правильное. Кожа бледновата, цианоз носогубного треугольника. Слизистые оболочки, конъюнктивы чистые, без особенностей. Язык обложен, умеренно беловат. Зев гиперемирован, тургор тканей сохранен, эластичность сохранена, миндалины не гипертрофированы, отеков нет. Носовое дыхание затруднено, отделяемое серозное. Кашель – сухой, малопродуктивный, частый. Одышка отсутствует. Имеется притупление легочного звука слева. Аускультативно дыхание жесткое, проводится во все отделы. Хрипы влажные, мелкопузырчатые, локализованные в подлопаточной области с обеих сторон. Живот мягкий, безболезненный.
* На основании результатов лабораторных, инструментальных и других исследований: ОАМ – уронефротический синдром ОАК – анемия I ст (Hb – 109 г\л)., небольшой лейкоцитоз со сдвигом влево, моноцитопения, повышено СОЭ., Рентгенографии – На ОГК очаговые тени в медиальных зонах легочных полей на фоне диффузного усиления легочного рисунка и повышенной прозрачности плащевых зон легочных полей. Контуры легких нечеткие, неструктурные.

Б/Х анализа крови - без патологии.

**Клинический диагноз:**

* **Основной:** Внебольничная двусторонняя очаговая пневмония, ДН, острое течение
* **Сопутствующий**: Анемия I степени.

**XI. Дневник**

29.11.05 г.

t – 36,3° С ЧД -38 в мин. ЧСС -130 в мин. Жалобы на кашель. Состояние средней тяжести. Сознание ясное, реакция на осмотр адекватная, кожные покровы и видимые слизистые чистые, влажные. Дыхание в легких жесткое, хрипы мелкого калибра с обеих сторон. Тоны сердца ритмичные, живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание не нарушены.

30.11.05г.

t – 37,8° С ЧД -38 в мин.ЧСС-130 в минуту. Состояние средней тяжести.

Жалобы на кашель, снижение аппетита. Сознание ясное, реакция на осмотр адекватная, кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледные. Дыхание в легких жесткое, проводится во все отделы, влажные хрипы с обеих сторон. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание не нарушены.

01.12.05 г.

t – 36,4 ° С ЧД -40 в мин.ЧСС-126 в минуту. Состояние стабилизируется,

Жалобы на кашель, снижение аппетита, слабость, состояние средней тяжести. Сознание ясное, реакция на осмотр адекватная, кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледные. Зев гиперемирован, Кашель редкий. В легких дыхание жесткое. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Стул и мочеиспускание не нарушено.

03.12.05 г.

t – 36,4 ° С ЧД – 30 в мин, ЧСС – 120 в минуту. Состояние средней тяжести. Жалобы на кашель. Кожа чистая, слизистые влажные, дыхание в легких жесткое. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание не нарушены.

**XII. План лечения**

* Антибиотикотерапия
* Муколитики
* Антигистаминные препараты
* Посиндромные
* Физиолечение

**XIII. Питание**

**6.00** – грудное молоко 200 мл.

**10.00** – грудное молоко 150 мл. Фруктовое пюре – 50 г.

**14.00** – Бульон 50,0 мл, мясной фарш – 50,0 г.

Картофельное пюре 100 г. Компот – 100 мл

**18.00** – грудное молоко 100 мл. Каша 10% - 100 г.

**22.00** – грудное молоко 200 мл.

**XIV. Этиология**

Внебольничные пневмонии развиваются, начиная со 2-4 недели жизни ребенка. В этот период и на втором месяце жизни причинами ВП становятся респираторные вирусы (РС вирус, аденовирус, вирусы парагриппа) и бактерии (*S. aureus,* пиогенный стрептококк и грамотрицательные энтеробактерии). Такие возбудители, как пневмококк и гемофильная палочка, в этом возрастном периоде встречаются редко.

Начиная с 2-х месяцев и до 3 лет в этиологии ВП роль респираторных вирусов возрастает. Они могут быть как самостоятельной причиной заболевания, так и создавать вирусно-бактериальные ассоциации. Наибольшее значение имеют РС вирус, который встречается приблизительно в половине случаев заболевания; в четверти случаев причиной заболевания являются вирусы парагриппа 3 и 1 типов; вирусы гриппа А и В и аденовирусы играют небольшую роль. Редко выявляются риновирусы, энтеровирусы, коронавирусы. Описаны также пневмонии, обусловленные вирусами кори, краснухи, ветряной оспы. Помимо самостоятельной этиологической значимости респираторно-вирусная инфекция является у детей раннего возраста практически обязательным фоном для развития бактериального воспаления.

Бактериальные возбудители, наиболее часто встречающиеся при ВП у детей, те же, что у взрослых: *S. pneumoniae,* *H. influenzae, М. pneumoniae, C. pneumoniae, S. aureus* и *S. pyogenes.* Однако в период раннего детства этиологическая роль пневмококка заметно возрастает только к 6 месяцам жизни и составляет 35–45% всех случаев пневмонии.

*H. influenzae,* тип b, и нетипируемая гемофильная палочка как причина ВП встречаются у детей, начиная с 3–5-месячного возраста, и отмечается приблизительно в 10% всех случаев ВП у детей до 7 лет.

*S. aureus* и *S. pyogenis, E. coli* и *K. pneumoniae* как причина пневмонии встречаются в основном у детей первых 2–3 лет. Этиологическая значимость каждого из них невелика и не превышает 2–5% всех случаев ВП, но они обуславливают наиболее тяжелые заболевания у детей, осложняющиеся развитием шока и деструкцией. Заболевания, вызванные *S. aureus* и *S. pyogenis,* обычно осложняют тяжелые вирусные инфекции, такие как грипп, ветряная оспа, корь, герпетическая инфекция.

Пневмонии, вызванные атипичными возбудителями, у детей обусловлены в основном *M. pneumoniae* и *C. trachomatis et pneumoniae.* Легионеллез и пситакоздо недавнего времени рассматривали как очень редкую патологию. Однако в последние годы появились указания на возможно большую роль *L. pneumoniae* в генезе пневмоний в детскомвозрасте. Роль *M. pneumoniae* как причины ВП у детей в последние годы явно возрастает. В основном микоплазменная инфекция начинает диагностироваться на втором году жизни. *C. pneumoniae* как причина пневмонии выявляется практически в любом возрасте.

Данные об этиологии ВП у детей раннего возраста приведены в табл.

Таблица. Этиология внебольничных пневмоний у детей раннего возраста

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Возраст** | **Вирусы** | **Бактерии** |
| 2 недели – 2 месяца | РС вирус, аденовирус, вирусы парагриппа | S. aureus, S. pyogenes, *грамотрицательные энтеробактерии* (E.сoli, K. pneumoniae), *C. trachomatis* |

**XV. Патогенез**

Патогенез развития пневмонии у детей не имеет существенных отличий по сравнению со взрослыми. Можно отметить более низкий уровень противоинфекционной защиты, особенно свойственный детям раннего возраста, относительную недостаточность мукоцилиарного клиренса, особенно при респираторной вирусной инфекции, и склонность к отеку слизистой дыхательных путей и образованию вязкой мокроты при развитии воспаления респираторного тракта, что также нарушает мукоцилиарный клиренс.

Из четырех основных патогенетических механизмов развития пневмонии (аспирация секрета ротоглотки; вдыхание аэрозоля, содержащего микроорганизмы; гематогенное распространение микроорганизмов из внелегочного очага инфекции и непосредственное распространение инфекции из соседних пораженных органов) у детей наибольшее значение при развитии ВП имеет микроаспирация секрета ротоглотки. Второе по значимости место занимает гематогенное распространение инфекции. Аспирация большого количества содержимого верхних дыхательных путей и/или желудка характерна для новорожденных и детей первых месяцев жизни. Наибольшее значение имеет механическая обструкция дыхательных путей, особенно в случаях мекониальной аспирации или аспирации во время кормления и/или рвоте и при срыгиваниях.

**Факторы, предрасполагающие к аспирации (включая микроаспирацию):**

* энцефалопатия различного генеза (постгипоксическая, при пороках развития мозга и наследственных заболеваниях, судорожном синдроме);
* дисфагия (синдром рвоты и срыгивания, пищеводно-трахеальные свищи, халазия, гастроэзофагеальный рефлюкс);
* механические нарушения защитных барьеров (назогастральный зонд, эндотрахеальная интубация, трахеостомия, гастродуоденоскопия);
* повторная рвота при парезе кишечника, тяжелых инфекционных и соматических заболеваниях.

**XVI. Дифференциальный диагноз**

Дифференциальный диагноз пневмоний у детей тесно связан с возрастом ребенка, так как определяется особенностями и характером легочной патологии в различные возрастные периоды. В грудном возрасте необходимость в проведении дифференциального диагноза возникает при заболеваниях, трудно поддающихся стандартному лечению. В этих случаях следует помнить, что, во-первых, пневмония может осложнять другую патологию. Во-вторых, клиника дыхательной недостаточности может быть обусловлена такими состояниями, как:

* аспирация,
* инородное тело в бронхах,
* недиагностир –е ранее трахео-эзофагальная фистула, гастро-эзофагальный рефлюкс,
* пороки развития легкого (долевая эмфизема, колобома), сердца и крупных сосудов,
* муковисцидоз и дефицит α-антитрипсина.

У детей второго-третьего годов жизни и в более старшем возрасте при трудно поддающейся лечению пневмонии следует исключать:

* синдром Картегенера;
* гемосидероз легких;
* неспецифический альвеолит;
* селективный иммунодефицит IgA.

Дифференциальный диагноз в этом возрасте основывается на использовании эндоскопического исследования трахеи и бронхов, проведении сцинтиграммы легких, ангиографии, проведении потовой и других проб на муковисцидоз, определении концентрации α1-антитрипсина и др.

Наконец, во всех возрастах необходимо исключать туберкулез легких.

У пациентов с тяжелыми дефектами иммунитета при появлении одышки и очагово-инфильтративных изменений в легких необходимо исключить:

* прогрессирование основного заболевания;
* вовлечение легких в основной патологический процесс (например, при системных заболеваниях соединительной ткани);
* последствия проводимой терапии (лекарственное поражение легких, лучевой пневмонит)

**XVII. Лечение**

**Основным методом лечения пневмонии является антибактериальная терапия, которая назначается до получения результатов бактериологического исследования** (результаты последнего становятся известными спустя 2–3 суток после забора материала и в большинстве случаев нетяжелого течения заболевания не оказывают существенного влияния на тактику лечения)**.**

При выборе стартовой антибактериальной терапии у детей в возрасте от 2 мес до 6 лет можно выделить 3 группы больных:

* больные нетяжелой пневмонией, не имеющие модифицирующих факторов или имеющие модифицирующие факторы социального плана;
* больные, имеющие модифицирующие факторы, утяжеляющие прогноз заболевания;
* больные тяжелой пневмонией с высоким риском неблагоприятного исхода.

Больным первой группы – с нетяжелой пневмонией и не имеющих модифицирующих факторов – наиболее целесообразно назначение антибактериальных препаратов внутрь. Но в некоторых случаях (отсутствие уверенности в выполнении назначений, достаточно тяжелое состояние ребенка при отказе родителей от госпитализации и др. подобные ситуации) оправдан ступенчатый метод проведения терапии, когда в первые 2–3 дня лечение проводится парентерально, а затем при улучшении или стабилизации состояния больного тот же антибиотик назначают внутрь. С этой целью могут быть использованы амоксициллин, амоксициллин клавуланат, цефуроксим, которые представлены в двух формах – для парентерального и орального применения. Помимо ß-лактамов лечение может проводиться макролидами. Но, учитывая этиологическую значимость гемофильной палочки (до 7%) у детей этой возрастной группы, из широкого спектра макролидных антибиотиков препаратом выбора для стартовой эмпирической терапии является азитромицин. Другие макролидные препараты являются альтернативными препаратами при непереносимости ß-лактамных антибиотиков или при их неэффективности в случае пневмонии, вызванной атипичными возбудителями – *М. pneumoniae, C. pneumoniae.*

Больным второй группы – ВП с наличием модифицирующих факторов (за исключением социальных) – показано парентеральное введение антибиотиков или использование ступенчатого метода введения. Препаратами выбора в зависимости от тяжести и распространенности процесса, характера модифицирующего фактора являются амоксициллин клавуланат, цефуроксим или цефтриаксон, цефотаксим. Альтернативными препаратами при неэффективности стартовой терапии являются цефалоспорины 3 поколения (при стартовом назначении амоксициллина клавуланата, цефуроксима), гликопептиды, карбапенемы, цефепим. При подозрении на аспирацию у детей с энцефалопатиями, тяжелой гипотрофией, синдромом рвоты добавляют линкозамины. Макролиды в этой группе используются редко, так как подавляющее число пневмоний, вызванных атипичными возбудителями, протекает нетяжело.

Пациентам с высоким риском неблагоприятного исхода, тяжелыми гнойно-деструктивными осложнениями показано назначение антибактериальной терапии по деэскалационному принципу, предполагающему использование в качестве стартового препарата карбапенемы или комбинацию гликопептидов с аминогликозидами.

### *Симптоматическая терапия*

**Противокашлевая терапия** занимает большое место в лечении пневмоний, являясь одним из основных направлений симптоматической терапии. Из противокашлевых ЛС препаратами выбора являются муколитики, которые хорошо разжижают бронхиальный секрет за счет изменения структуры слизи. Муколитики используют внутрь и в ингаляциях:

Вторым направлением симптоматической терапии является жаропонижающая терапия. В настоящее время перечень **жаропонижающих препаратов** в детском возрасте ограничен парацетамолом и ибупрофеном. Показанием к их назначению является фебрильная лихорадка (свыше 38,50С). При температуре свыше 400С используют литическую смесь.

***Физиолечение***

При пневмонии используется Дэнс-терапия (динамическая электоронейростимулирующая терапия) по иммуномодулирующей методике (грудная клетка по зонам 7-й шейный позвонок- 7 мин, яремная ямка –2-3 мин, «елочка», «слюнявчик»до 15 мин) №10-12 процедур.

Для коррекции астеновегетативных проявлений при пневмонии проводится бесконтактная электромагнитная полевая релаксационная терапия (БЭПРТ) аппаратом «ДЭТА» по программам коррекции вегетативного статуса и состояния центральной нервной системы. Лекарственный электрофорез, оказывающий оказывает бронхолитическое, антиаллергическое, вегеторегуляторное действие (2% эуфиллин, 1-3% калия хлорид, 2-3% кальция хлорид, 1-2% сульфат магния, гепарин 15-20 000 ЕД, 3% раствор тиосульфата натрия, 0,5-1,5 сульфат меди, 1% аскорбиновая кислота при сопутствующей анемии, 0,2% раствор платифиллина, при ателектазировании легких), может чередоваться с электрофорезом экстракта Алоэ 1:3 с резорбтивным и общеукрепляющим действием.

В периоде реконвалесценции для повышения иммунобиологической реактивности применяется УФО-общее, общая аэроионизация (с использованием люстры Чижевского), хвойные и углекислые ванны, солнечно-воздушные ванны, биоптронная цветотерапия по программе «Усиление защитных сил» по методике освещения полости рта и зева оранжевым (1 мин), шеи-ключицы красным (1 мин) слева и справа, грудину зеленым (1 мин), селезенку желтым (2 мин), руки «табакерка» желтым (1 мин) светом №8 ежедневно.

**Назначенное лечение**

1. Антибиотик ЦФ III поколения. ( с 25 по 3 число)

 Stericef 500

 S. в\м, 1 р/д

1. Sol. Papaverini 0,5

 Sol. Supraflini 0,3 ( с 25 по 5 число)

S. в\м 2 р\д

1. Bromgexini 8 ( с 25 по 5 число)

S. 1\3 таб. 3 р\д

1. Внутриорг. Электрофорез ( с 28 по 2 число)
2. Sol. Proforgoli 2% ( 25-27 числа)

S. 2 кап. 3 р\д

1. Ингаляция с физ. р-ром № 7 ( с 25 по 5 число)
2. Bifidumbacterini 5 доз \* 2 р\д ( с 29 по 5 число)
3. Sol. Zinomicini 30% - 0,5 ml ( с 3 по 5 число)

S. в\м 2 р\д

**XVIII. Эпикриз**

Больной Н. 20.02.05 года рождения поступил в экстренном порядке 25ноября 2005 года в состоянии средней тяжести с жалобами на Кашель, насморк, затруднение носового дыхания, подавленное состояние ребенка

В результате проведенного в клинике обследования (осмотра, лабораторных анализов):

Кожа бледновата, без пигментаций, цианоз носогубного треугольника. Слизистые оболочки, конъюнктивы чистые, без особенностей. Инъекция сосудов склер отсутствует. Язык обложен, умеренно беловат. Зев гиперемирован, тургор тканей сохранен, эластичность сохранена, миндалины не гипертрофированы, отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Носовое дыхание затруднено, отделяемое серозное. Кашель – сухой, малопродуктивный, частый. Одышка отсутствует. Имеется притупление легочного звука слева. Аускультативно дыхание жесткое, проводится во все отделы. Хрипы влажные, мелкопузырчатые, локализованные в подлопаточной области с обеих сторон.

ОАМ – уронефротический синдром ОАК – анемия I ст (Hb – 109 г\л)., небольшой лейкоцитоз со сдвигом влево, моноцитопения, повышено СОЭ., Рентгенографии – На ОГК очаговые тени в медиальных зонах легочных полей на фоне диффузного усиления легочного рисунка и повышенной прозрачности плащевых зон легочных полей. Контуры легких нечеткие, неструктурные. Б/Х анализа крови - без патологии.

Диагноз:

* **Основной:** Внебольничная двусторонняя очаговая пневмония, ДН, острое течение
* **Сопутствующий**: Анемия I степени.
* Больной продолжает лечение.
* Прогноз для жизни благоприятный.

**Список использованной литературы**

1. Н.П.Шабалов. «Детские болезни», изд. Питер, Санкт-Петербург, 2000 г.

# Г.А. Самсыгина «ПНЕВМОНИЯ У ДЕТЕЙ» , Кафедра детских болезней № 1 педиатрического факультета с курсом кардиологии и ревматологии ФУВ, РГМУ, 2005 г.

1. А.Д. Царегородцев, В.А.Тоболин «Фармакотерапия в педиатрической пульмонологии», Медпрактика –М 2002 г.
2. John W. Graef, «Педиатрия», М – 1997 г.