https://doi.org/10.29296/25877305-2020-02-03

Значение типа конституции для своевременной диагностики острой пневмонии у детей

А. Воробьева[1, 2],
В. Сапожников[1], доктор медицинских наук, профессор
[1]Тульский государственный университет
[2]Городская клиническая больница №2 им. Е.Г. Лазарева, Тула
E-mail: vladim1409@yandex.ru

Авторами изучена частота встречаемости различных анамнестических и объективных критериев у госпитализированных детей с диагнозом острой пневмонии с учетом типа конституции.

Ключевые слова: педиатрия, пульмонология, острая пневмония, типы конституции, диагноз.

Для цитирования: Воробьева А., Сапожников В. Значение типа конституции для своевременной диагностики острой пневмонии у детей // Врач. – 2020; 31 (2): 12–17. https://doi.org/10.29296/25877305-2020-02-03

Острая патология дыхательных путей занимает лидирующие позиции среди заболеваний детского возраста. В настоящее время в РФ неуклонно растет число таких заболеваний среди детей [1, 3, 10].

У детей с острой патологией дыхательных путей ведущее место занимает острая пневмония (ОП). Сегодня это актуальная социальная глобальная медицинская проблема [4, 6, 13, 14]. Наиболее часто отмечаются случаи заболевания детей дошкольного возраста, особенно в первые 3 года жизни. К этому предрасполагает большое количество экзогенных и эндогенных факторов, а также физиологические и анатомические особенности строения дыхательных путей. ОП относится к числу наиболее распространенных и при этом очень опасных болезней детского возраста [7, 11].

Анализ приведенных данных свидетельствует о высокой сложности диагностической оценки различных симптомов при ОП. Это обусловлено, конечно же, именно сочетанностью развития патологического процесса.

Нами проанализирована частота встречаемости различных анамнестических и объективных критериев у детей с ОП в зависимости от конституциональных особенностей обследованных. Целью исследования было изучение детей с указанным диагнозом.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследованы 229 больных детей в возрасте от 1 года до 17 лет, находившихся на стационарном лечении

в педиатрическом отделении МЦДД ГУЗ «ГКБ №2 города Тулы им. Е.Г. Лазарева» (декабрь 2017 г. – август 2019 г.) с подтвержденным диагнозом «острая внебольничная пневмония».

Диагноз ОП был установлен на основании общеклинических, лабораторных (общий анализ крови, общий анализ мочи, серологическое исследование крови для выявления возбудителя заболевания, биохимический анализ крови, вирусологическое исследование, мазки из зева и носа на типичную и атипичную микрофлору) и инструментальных данных (пульсоксиметрия, которая проводилась ежедневно с момента поступления до последнего дня нахождения в стационаре, рентгенография органов грудной клетки, которую выполняли при поступлении ребенка в стационар и в динамике, чаще через 1, 2 и 3 нед, а также бронхофонография).

Для установления типа конституции больных детей с ОП использовали определение индекса Пинье (ИП) по методике М.В. Черноруцкого [8, 9].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Среди обследованных нами детей с ОП было 137 (59,8%) мальчиков и 92 (40,12%) девочки. В соответствии с общепринятой классификацией [8, 9] были выделены следующие возрастные группы обследованных: мальчики 1–3 года (n=20), 4–7 (n=35), 8–12 (n=47), 13–17 (n=35) лет; девочки – 1–3 года (n=13), 4–7 (n=22), 8–11 (n=18), 12–17 (n=39) лет.

Из 137 обследованных мальчиков ОП чаще (34,3%) болели дети в возрасте 8–12 лет, чем в других возрастных группах: 1–3 лет – 14,6%; 4–7 и 13–17 лет – соответственно по 25,55%. Из 92 девочек ОП чаще (42,4%) болели дети в возрасте 12–17 лет, в то время как в возрастной группе 1–3 лет – 14,1%, 4–7 – 23,9%, 8–11 лет – 19,6%. При этом мальчики болели ОП чаще, чем девочки, что совпадает с последними данными отечественных и зарубежных исследователей [14, 15].

Для определения типа конституции [8, 9] нами был применен метод М.В. Черноруцкого. При данной методике для оценки типа конституции используются следующие показатели: масса тела, рост, окружность грудной клетки. На основании этих параметров рассчитывали ИП по формуле:

ИП = длина тела, см – масса тела, кг – объем грудной клетки в покое, см.

При астении ИП был >30, при гиперстении – <10, в случае нормостении – 10–30 [2–4].

Распределение больных ОП в целом по типам конституции представлено в табл. 1, а распределение отдельно девочек и мальчиков с учетом возраста – в табл. 2.

В возрастной группе 1–3 лет (см. табл. 2) пациенток с ОП с астеническим типом конституции было столько же, сколько и с нормостеническим; больные с гиперстеническим типом конституции встречались несколько реже.

В возрасте 4–7 лет девочек с ОП с астеническим типом конституции оказалось 20 (90,9%), нормостеническим – 2 (9,1%), гиперстеническим – 0. Таким образом, в этом возрасте чаще ОП наблюдалась у девочек с астеническим типом конституции.

В возрастной группе 8–11 лет у всех 18 (100%) девочек нами был установлен астенический тип конституции. У девочек в возрасте 12–17 лет астенический тип конституции выявлен у 20 (51,3%), нормостенический – у 17 (43,6%), гиперстенический – только у 2 (5,4%), то есть чаще встречались девочки с астеническим типом конституции.

Таким образом, астенический тип конституции наблюдался у 68,5% обследованных девочек, нормостенический – у 26,1%, гиперстенический – только у 5,4% детей. Из приведенных данных следует, что в каждой возрастной группе преобладали девочки с астеническим типом конституции.

Как следует из табл. 3, в возрастной группе 1–3 лет астенический тип конституции был определен нами у 10 (50%) мальчиков, нормостенический – у 7 (35%), гиперстенический – только у 3 (15%), то есть среди больных ОП преобладали мальчики с нормостеническим типом конституции.

В возрасте 4–7 лет астенический тип конституции отмечен у 33 (94,3%) мальчиков, нормостенический – у 2 (5,7%), больных ОП с гиперстенией в данной возрастной группе не выявлено, то есть среди мальчиков

Таблица 1

Распределение пациентов с ОП с учетом типа конституции

Тип телосложения	ИП	Число детей, n (%)
Астенический (А)	>30	174 (76,0)
Нормостенический (Н)	10–30	47 (20,5)
Гиперстенический (Г)	<10	8 (3,5)

Таблица 2

Распределение обследованных девочек с ОП в зависимости от возраста и типа конституции; n (%)

Возраст, годы	Тип конституции		
	А	Н	Г
1–3	5 (38,5)	5 (38,5)	3 (23)
4–7	20 (90,9)	2 (9,1)	–
8–11	18 (100)	–	–
12–17	20 (51,3)	17 (43,6)	2 (5,1)
Всего	63(68,5)	24(26,1)	5(5,4)

Примечание. Процент подсчитывали от общего числа больных детей данной возрастной группы (здесь и в последующих таблицах).

чаще выявляли больных ОП с астеническим типом конституции.

В возрастной группе 8–12 лет доминировал астенический тип конституции – он наблюдался у 44 (93,6%) мальчиков, нормостенический тип конституции отмечен только у 3 (6,4%), гиперстенический вообще не определялся, то есть как и в предыдущем возрастном периоде, доминировали больные ОП мальчики с астеническим типом конституции.

В возрастном периоде 13–17 лет астенический тип конституции установлен у 24 (68,6%) пациентов, нормостенический – у 11 (31,4%), гиперстенический не выявлялся.

Таким образом, среди обследованных мальчиков астенический тип конституции верифицирован у 81%, нормостенический – у 16,8%, гиперстенический – только у 2,2%.

В каждой возрастной группе и в целом среди обследованных мальчиков с ОП преобладали больные с астеническим типом конституции.

Таблица 3

Распределение обследованных мальчиков с ОП в зависимости от возраста и типа конституции; n (%)

Возраст, годы	Тип конституции		
	А	Н	Г
1–3	10 (50)	7 (35)	3 (15)
4–7	33 (94,3)	2 (5,7)	–
8–12	44 (93,6)	3 (6,4)	–
13–17	24 (68,6)	11 (31,4)	–
Всего	111 (81)	23 (16,8)	3 (2,2)

Таблица 4

Распределение мальчиков с ОП с учетом времени от начала заболевания до поступления в стационар, возраста и типа конституции; n (%)

Возраст, годы	Тип конституции	Время от начала заболевания до поступления в стационар, сутки				
		0–5	6–10	11–15	16–20	>20
1–3	А	3 (15)	7 (35)	–	–	–
	Н	4 (20)	2 (10)	–	1 (5)	–
	Г	2 (10)	1 (5)	–	–	–
4–7	А	12 (34,3)	14 (40)	5 (14,3)	1 (2,9)	1 (2,9)
	Н	1 (2,9)	1 (2,9)	–	–	–
	Г	–	–	–	–	–
8–12	А	15 (31,9)	23 (48,9)	2 (4,6)	3 (6,4)	1 (2,1)
	Н	2 (4,6)	1 (2,1)	–	–	–
	Г	–	–	–	–	–
13–17	А	13 (9,5)	7 (5,1)	4 (2,9)	–	–
	Н	3 (2,2)	5 (3,7%)	3 (2,2)	–	–
	Г	–	–	–	–	–

Возможность взаимосвязи типов конституции с предрасположенностью к определенным заболеваниям давно обсуждается в отечественной и зарубежной медицинской литературе [3, 8, 9].

Мы рассматривали используемое в России с 1973 г. понятие ОП как «острое инфекционное заболевание легочной паренхимы, диагностируемое по синдрому дыхательных расстройств и/или физикальным данным, при наличии инфильтративных или очаговых изменений на рентгенограмме» [2, 13].

Диагностика пневмоний в практической работе представляет немалые трудности, поскольку их приходится «вычленять» (предпочтительно в начале заболевания) из общего числа лихорадящих по разным причинам детей [5, 12, 13]. Частое отсутствие аускультативных данных и недооценка общих нарушений, свойственных пневмонии, становятся причиной ее гиподиагностики [11].

С другой стороны, переоценка педиатрами значения результатов аускультации, как и неверная интерпретация данных рентгенологического исследования, часто приводят к гипердиагностике пневмонии [5].

Основными причинами летальных исходов от пневмоний являются их поздняя диагностика, а также несвоевременная и неадекватная терапия [2, 7].

При сборе анамнеза мы обращали внимание, на какие сутки от начала заболевания ребенок поступал на стационарное лечение. Это помогало своевременно диагностировать возможные осложнения и выбрать оптимальную тактику дальнейшего обследования и лечения детей (табл. 4).

Как следует из табл. 4, мальчики с ОП чаще поступали в стационар в первые 5 сут заболевания. Но у детей с ОП старше 4 лет были отмечены случаи госпитализации в сроки >11 сут от начала заболевания. У большинства из этих пациентов был астенический, несколько реже – нормостенический тип конституции.

В возрастной группе 1–3 лет чаще встречались мальчики с ОП и нормостеническим типом конституции, 45% больных были направлены на госпитализацию в сроки до 5 сут от начала заболевания. Среди мальчиков с ОП, госпитализированных в первые 5 сут заболевания, преобладали больные (20%) с нормостеническим типом конституции, детей с астеническим типом конституции было 15%, с гиперстеническим – 10% от всех больных данной возрастной группы. На 6–10-й день от начала заболевания были госпитализированы 50% мальчиков с ОП, из них с астеническим типом конституции – 35%

пациентов, нормостеническим – 10%, гиперстеническим – 5%. Среди мальчиков с нормостенией 5% были госпитализированы позднее 16-х суток от начала заболевания.

В возрастной группе 4–7 лет преобладали мальчики с астеническим типом конституции, из них 37,14% были направлены на госпитализацию в сроки до 5 сут от начала заболевания.

Среди мальчиков, госпитализированных в первые 5 сут заболевания, чаще встречались дети с астеническим типом конституции (34,3%), с нормостеническим типом конституции было всего 2,9% больных, с гиперстенией – 0. На 6–10-й день заболевания были госпитализированы 42,9% мальчиков с ОП, в том числе с астеническим типом конституции – 40%, с нормостеническим – 2,9%, с гиперстеническим – 0. Среди мальчиков, госпитализированных не позднее 11 сут от начала заболевания, были только дети с астеническим типом конституции (см. табл. 4).

В возрасте 8–12 лет 36,5% мальчиков были направлены на госпитализацию в сроки до 5 сут от начала заболевания. Среди мальчиков, госпитализированных в первые 5 дней, преобладали пациенты (31,9%) с астеническим типом конституции, больных с нормостеническим типом было немного (4,6%), пациенты с гиперстенией отсутствовали. На 6–10-й день заболевания госпитализированы 51,1% мальчиков с ОП, в том числе с астеническим типом конституции – 48,9%, с нормостеническим – 2,1%; с гиперстеническим типом – 0. У всех мальчиков, госпитализированных позже 11-х суток от начала заболевания, отмечен астенический тип конституции (см. табл. 4).

В возрастной группе 13–17 лет 45,9% мальчиков были направлены на госпитализацию в первые 5 сут заболевания, среди них преобладали больные (37,4%) с астеническим типом конституции. На 6–10-е сутки были госпитализированы 34,2% мальчиков с ОП, большинство (20%) – также с астеническим типом конституции. Среди госпитализированных в сроки >11 сут от начала заболевания преобладали пациенты (11,4%) с астеническим типом конституции. Из приведенных данных следует, что случаи крайне поздней госпитализации при ОП чаще касались мальчиков 4–12 лет с астеническим типом конституции.

Среди девочек в возрастной группе 1–3 лет было 30,7% больных с нормостеническим типом конституции. В 69% случаев девочки были направлены на госпитализацию в сроки до 5 сут от начала заболевания.

ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

nczd-school.ru

- 19-20 марта **Ростов-на-Дону**
- 9-10 апреля **Нижний Новгород**
- 14-15 мая **Челябинск**
- 3-4 июня **Новосибирск**
- 20-21 августа **Магадан**
- 5-6 ноября **Пенза**

ОСНОВНЫЕ ТЕМЫ ДЛЯ ОБСУЖДЕНИЯ:

- Актуальные вопросы неонатологии
- Национальные программы по оптимизации вскармливания детей
- Аллергология и клиническая иммунология
- Детские инфекции
- Новое в детской гастроэнтерологии
- Практические вопросы вакцинопрофилактики
- Профилактика неинфекционных заболеваний в детском возрасте
- Витаминная недостаточность
- Избранные вопросы детской нефрологии
- Артериальная гипертензия детского возраста
- Аутоиммунные и ревматологические заболевания у детей и подростков
- Профилактика инфекций, передающихся половым путем у детей и подростков
- Орфанные и наследственные заболевания у детей

Организатор

ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский Центр здоровья детей» Минздрава России

Соорганизаторы:

- ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский Центр здоровья детей» Минздрава России
- Министерство Здравоохранения Ростовской области
- ГБУ РО «Областная детская клиническая больница»
- Ростовский государственный медицинский университет
- Министерство Здравоохранения Нижегородской области
- Министерство Здравоохранения Челябинской области
- Министерство Здравоохранения Новосибирской области
- Министерство Здравоохранения Магаданской области
- Министерство Здравоохранения Пензенской области

Контакты:

ЕВГЕНИЯ ТЕН

E-mail: e.ten@бестфорум.рф; info@бестфорум.рф

Моб.: 8 (929) 675 29 94

Таблица 5

Распределение девочек с ОП с учетом времени от начала заболевания до поступления в стационар, возраста и типа конституции; n (%)

Возраст, годы	Тип конституции	Время от начала заболевания до поступления в стационар, сут			
		0–5	6–10	11–15	16–20
1–3	А	2 (15,3)	1 (8,3)	–	2 (15,4)
	Н	4 (30,7)	–	1 (8,3)	–
	Г	3 (23)	–	–	–
4–7	А	7 (31,8)	9 (40,9)	4 (18,1)	–
	Н	1 (4,6)	1 (4,6)	–	–
	Г	–	–	–	–
8–11	А	9 (50)	6 (33,3)	3 (16,7)	–
	Н	–	–	–	–
	Г	–	–	–	–
12–17	А	8 (20,6)	11 (28)	1 (2,6)	–
	Н	5 (12,8)	10 (25,6)	1 (2,6)	1 (2,6)
	Г	–	1 (2,6)	1 (2,6)	–

Из них с астеническим типом конституции было 15,3% больных, гиперстенией – 23%. На 6–10-й день заболевания были госпитализированы 8,3% девочек с ОП. Среди пациенток данной возрастной группы все направленные на госпитализацию через 6–10 сут от начала заболевания (8,3%) были исключительно с астеническим типом конституции. В группе с нормостенией были больные, госпитализированные после 11-х суток, но не позднее 16–20-х суток заболевания. В столь поздние сроки (больше чем через 20 сут от начала заболевания) нами были выявлены госпитализированные (15,4%) девочки с астенией. Это довольно высокий показатель поздней госпитализации.

В возрастной группе 4–7 лет в 36,4% случаев девочки были направлены на госпитализацию в первые 5 сут от начала заболевания. Среди них чаще (31,8%) встречались дети с астеническим типом конституции, с нормостеническим типом конституции было 4,6% больных, с гиперстенией – 0. На 6–10-й день были госпитализированы 45,8% девочек с ОП, причем пациенток с астеническим типом конституции было 40,9%, с нормостенией – 4,6% детей, с гиперстенией – не выявлено. Среди девочек, госпитализированных в срок позднее 11-х суток от начала заболевания, встречались исключительно больные с астеническим типом конституции (табл. 5).

На госпитализацию в первые 5 сут от начала заболевания были направлены 50% девочек с ОП в возрасте 8–11 лет с астеническим типом конституции; на 6–10-й день – 33,3% (все – с астеническим типом конституции); все госпитализированные позднее 11-х суток от начала заболевания также были с астеническим типом конституции (см. табл. 5).

В возрасте 12–17 лет в первые 5 сут заболевания на госпитализацию были направлены 33,4% девочек с ОП; среди них преобладали больные (20,6%) с астеническим типом конституции. На 6–10-е сутки были госпитализированы 56,2% девочек с ОП, в том числе 28% – с астеническим типом конституции. В сроки >11 сут от начала заболевания госпитализированных детей со всеми типами конституции было поровну (по 2,6%), а в более поздние сроки (>16 сут) на стационарное лечение поступали исключительно больные с нормостеническим типом конституции (см. табл. 5).

Из приведенных данных следует, что случаи крайне поздней госпитализации пациенток с ОП чаще встречались среди детей в возрасте 8–17 лет, причем у девочек с астеническим типом конституции.

Приведенные в табл. 4 и 5 данные иллюстрируют сложности, связанные со своевременной верификацией диагноза ОП у пациентов разного возраста и типа конституции. После завершения лечения в стационаре дети с ОП были выписаны с клиническими и рентгенологическими признаками полного выздоровления. За период исследования только 2 детей были переведены (в связи с ухудшением состояния на фоне лечения) в реанимационное отделение для проведения искусственной вентиляции легких.

Таким образом, среди детей с ОП было больше мальчиков. Во всех возрастных группах и у мальчиков, и у девочек с ОП чаще выявлялся астенический тип конституции. ОП выявляли у детей в возрасте 12–17 лет чаще, чем в более младшем возрасте.

На наш взгляд, это обусловлено нестабильностью иммунной системы детей в пубертатном периоде развития и, возможно, связано с более ранимым и хрупким типом реагирования организма детей с астенией при контакте с инфекционным возбудителем, чем у детей с другими типами конституции.

В то же время заболевшие ОП дети с астенией зачастую поступают на стационарное лечение гораздо позднее, чем дети с нормо- и гиперстенией. Это можно объяснить сложностью своевременной диагностики ОП именно у больных с данным типом конституции.

Все это свидетельствует о том, как важно врачам-педиатрам на всех этапах обследования пациентов с подозрением на наличие ОП учитывать не только возраст, пол, но также тип конституции больных, поскольку у детей с астеническим типом конституции сложности диагностики возникают чаще.

* * *

Конфликт интересов отсутствует.

Литература/Reference

1. Бакрадзе М.Д., Гадлия Д.Д., Рогова О.А. и др. О проблемах диагностики и лечения пневмоний у детей. В практику педиатра / М., 2015; с. 354–9 [Bakradze M.D., Gadliya D.D., Rogova O.A. et al. O problemakh diagnostiki i lecheniya pnevmonii u detei. V praktiku pediatra / M., 2015; s. 354–9 (in Russ.)].

2. Бруснигина Н.Ф., Мазепа В.Н., Самохина Л.П. и др. Этиологическая структура внебольничной пневмонии // Мед. альманах. – 2009; 2 (7): 118–21 [Brusnigina N.F., Mazepa V.N., Samohina L.P. et al. Etiological structure of community-acquired pneumonia // Med. al'manakh. – 2009; 2 (7): 118–21 (in Russ.)].

3. Бунак В.В., Нормальные конституциональные типы в свете данных о корреляциях отдельных признаков. Ученые запаски МГУ. Антропология / М.: Изд-во МГУ, 1940; с. 59 [Bunak V.V., Normal'nye konstitutsional'nye tipy v svete dannykh o korrelyatsiyakh otdel'nykh priznakov. Uchenye zapaski MGU. Antropologiya / M.: Izd-vo MGU, 1940; s. 59 (in Russ.)].

4. Воробьева А.В. Последние тенденции постановки диагноза острая пневмония у детей // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2019; 1: 1–8 [Vorobiyova A.V. Current trends in diagnosis of acute pneumonia in children // Journal of new medical technologies, eEdition. – 2019; 1: 1–8 (in Russ.)]. URL: *http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2019-1/1-8.pdf*

5. Геппе Н.А., Розинова Н.Н., Волков И.К. и др. Внебольничная пневмония у детей. Распространенность, диагностика, лечение и профилактика. Научно-практическая программа / Российское респираторное общество, 2011; с. 10 [Geppe N.A., Rozinova N.N., Volkov I.K. et al. Vnebol'nichnaya pnevmoniya u detei. Rasprostranennost', diagnostika, lechenie i profilaktika. Nauchno prakticheskaya programma / Rossiiskoe respiratornoe obshchestvo, 2011; s. 10 (in Russ.)].

6. Геппе Н.А., Малышев В.С., Лисицын М.Н. и др. Бронхофонография в комплексной диагностике бронхиальной астмы у детей // Пульмонология. – 2002; 5: 33–9 [Geppe N.A., Malyshev V.S., Lisitsyn M.N. et al. Bronkhofonografiya v kompleksnoi diagnostike bronkhial'noi astmy u detei // Pul'monologiya. – 2002; 5: 33–9 (in Russ.)].

7. Кукушкин Д.В., Нечаева Т.М., Кузнецова Т.А. Развитие детей раннего возраста: опыт скрининговой диагностики в условиях педиатрического участка // Ученые записки Орловского государственного университета. – 2015; 67 (4): 339–42 [Kuznetsova T.A., Kukushkin D.V., Nechayeva T.M. The development of young children: the experience of screening diagnostics in a children's polyclinic // Uchenye zapiski Orlovskogo gosudarstvennogo universiteta. – 2015; 67 (4): 339–42 (in Russ.)].

8. Никитюк Б.А., Козлов А.И., Новости спортивной и медицинской антропологии / М.: Спортинформ, 1990; вып. 3: с. 121–41 [Nikityuk B.A., Kozlov A.I., Novosti sportivnoi i meditsinskoi antropologii / M.: Sportinform, 1990; vyp. 3: s. 121–41 (in Russ.)].

9. Николаев В.Г., Прохоренков В.И., Винник Ю.Ю. Оценка соматотипа как предрасполагающего фактора к развитию хронического простатита. Сб. мат-лов. конф. «Биомедиц. и биосоц. пробл. интеграт. антропол.». СПб, 1999; с. 237–40 [Nikolaev V.G., Prokhorenkov V.I., Vinnik Yu.Yu. Otsenka somatotipa kak predraspolagayushchego faktora k razvitiyu khronicheskogo prostatita. Sb. mat-lov. konf. «Biomedits. i biosots. probl. Integrat. antropol.». SPb, 1999; s. 237–40 (in Russ.)].

10. Самсыгина Г.А. Пневмонии. Под ред. Чучалина А.Г., Синопальникова А.И., Черниховской Н.Е. / М., 2002; с. 198–217 [Samsygina G.A. Pnevmonii. Pod red. Chuchalina A.G., Sinopal'nikova A.I., Chernikhovskoi N.E. / M., 2002; s. 198–217 (in Russ.)].

11. Самсыгина Г.А., Дудина Т.А. Тяжелые внебольничные пневмонии у детей: особенности клиники и терапии // Педиатрия. – 2001; 3: 83–6 [Samsygina G.A., Dudina T.A. Tyazhelye vnebol'nichnye pnevmonii u detei: osobennosti kliniki i terapii // Pediatriya. – 2001; 3: 83–6 (in Russ.)].

12. Сапожников В.Г. Избранные главы детских болезней. Монография. Изд. 4-е, дополн. / Тула: Полиграфиквест, 2016; 298 с. [Sapozhnikov V.G. Izbrannye glavy detskikh boleznei. Monografiya. Izd. 4-e, dopoln. / Tula: Poligrafikvest, 2016; 298 s. (in Russ.)].

13. Таточенко В.К. Клинические рекомендации. Педиатрия (Пневмония у детей). Под ред. Баранова А.А. / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005; 28 с. [Tatochenko V.K. Klinicheskie rekomendatsii. Pediatriya (Pnevmoniya u detei). Pod red. Baranova A.A. / M.: GEOTAR-Media, 2005; 28 s. (in Russ.)].

14. Таточенко В.К. Болезни органов дыхания у детей (Практическое руководство), 7-е переработанное и дополненное издание / М.: Боргес, 2019; 300 с. [Tatochenko V.K. Bolezni organov dykhaniya u detei (Prakticheskoe rukovodstvo) 7 pererabotannoe i dopolnennoe izdanie / M.: Borges, 2019; 300 s. (in Russ.)].

15. Учайкин В.Ф. Стандарт диагностики, лечения и профилактики гриппа и острых респираторных заболеваний у детей. Пособие для врачей / М., 2001; 12 с. [Uchaikin V.F. Standart diagnostiki, lecheniya i profilaktiki grippa i ostrykh respiratornykh zabolevanii u detei. Posobie dlya vrachei / M., 2001; 12 s. (in Russ.)].

THE IMPORTANCE OF A SOMATOTYPE FOR THE TIMELY DIAGNOSIS OF ACUTE PNEUMONIA IN CHILDREN

A. Vorobyeva[1,2]*; Professor* ***V. Sapozhnikov***[1]*, MD*
[1]*Tula State University*
[2]*E.G. Lazarev City Clinical Hospital Two, Tula*

The authors have studied the prevalence of different anamnestic and objective criteria in hospitalized children diagnosed with acute pneumonia, taking into account the somatotype.

Key words: *pediatrics, pulmonology, acute pneumonia, somatotypes, diagnosis.*
For citation: *Vorobyeva A., Sapozhnikov V. The importance of a somatotype for the timely diagnosis of acute pneumonia in children // Vrach. – 2020; 31 (2): 12–17. https://doi.org/10.29296/25877305-2020-02-03*