

ლოგია, დიაგნოსტიკა, დაავადების სიმძიმის და გამოსავლის პროგნოზი, უხშირეს შემთხვევებში, გადაუჭრელ პრობლემად რჩება. *Mycoplasma pneumoniae* ბავშვებში გარეკოსპიტალური პნევმონიის გამომწვევი ერთ-ერთი უხშირესი პათოგენია. ტრადიციულად, მიკოპლაზმური პნევმონია მსუბუქ დაავადებად განიხილებოდა; უკანასკნელ წლებში დაფიქსირდა დაავადების უფრო მძიმე შემთხვევები, ლეტალური გამოსავლითაც კი. ამდენად, პედიატრების მიერ მიკოპლაზმური პნევმონიის მძიმე, ან რეზისტენტული ფორმების აღრეულმა დიაგნოსტიკამ და დროულმა მკურნალობამ ცხადია, რომ ხელს შეუშლის დაავადების პროგრესირებას.

ბოლო წლების განმავლობაში ბავშვებში გარეკოსპიტალური პნევმონიით შესწავლილია რამდენიმე ახალი ბიომარკერი. მათი ნაწილი გამოიყენებოდა დაავადების ეტიოლოგიის დადგენისთვის, ნაწილი კი - დაავადების სიმძიმის პროგნოზირებისათვის. მიუხედავად ამისა, ჯერ-ჯერობით არ არის განსაზღვრული ბიომარკერების ის ზუსტი დონე, რომელიც იძლევა ვირუსული და ბაქტერიული ეტიოლოგიის დაავადების დიფერენცირების, ასევე, მისი სიმძიმის განსაზღვრის საშუალებას. დაავადების ეტიოლოგიის დაზუსტებისა და მიმდინარეობის პროგნოზისათვის მნიშვნელოვანი ციტოკინების განსაზღვრისათვის აუცილებელია შესაბამისი კვლევების ჩატარება პაციენტთა უფრო დიდ რაოდენობაზე.

ОСОБЕННОСТИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ С НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Зубаренко А.В., Копейка А.К., Кравченко Т.Ю., Коваль Л.И., Гуриенко Е.А.

Одесский национальный медицинский университет, Украина

Пневмония относится к числу наиболее распространенных инфекционных заболеваний человека и является одной из главных причин детской смертности. Ежегодно она уносит жизни примерно 1,4 млн. детей в возрасте до пяти лет. Заболеваемость внебольничной пневмонией (ВП) в Европе у детей разного возраста колеблется в пределах от 2 до 15 случаев на 1000 человек в год [3,4,9].

Особенно актуальной является проблема развития пневмонии у детей с различными коморбидными состояниями, в частности с сопутствующей неврологической патологией (НП) [1,5,7]. Так, в настоящее время частота детского церебрального паралича (ДЦП) имеет тенденцию к росту, что объясняется большей выживаемостью детей с тяжелыми перинатальными поражениями ЦНС и значительным снижением смертности в последние годы среди недоношенных и детей с экстремально низкой массой тела [2,12,16]. ДЦП развивается по разным данным в 2-3,6 случаях на 1000 живых новорожденных и является основной причиной детской неврологической инвалидности. Среди недоношенных детей частота ДЦП составляет 1%. У новорожденных с массой тела менее 1500 г распространенность ДЦП увеличивается до 5-15%, а при экстремально низкой массе тела – до 25-30% [2,6,11,14].

Наиболее частыми являются спастические формы ДЦП, на долю которых приходится до 80-85% [6,13]. Известно, что неврологические нарушения у

детей с ДЦП в большой степени влияют на течение многих соматических заболеваний, их исход и развитие возможных осложнений [6,11,15]. Следует отметить предрасположенность к развитию пневмоний, течение которых имеет затяжной и атипичный характер, что в свою очередь обуславливает тяжесть состояния и особенности терапевтической тактики [7,8,10]. Пневмония у детей с ДЦП является одной из причин развития тяжелой острой дыхательной недостаточности, что влечет за собой необходимость проведения искусственной вентиляции легких.

Цель исследования - выявление клинико-пαραклинических особенностей при внебольничных пневмониях у детей раннего возраста с неврологической патологией в виде детского церебрального паралича.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 37 детей в возрасте от 1 года до 3 лет с сопутствующей неврологической патологией (спастические формы ДЦП), которые перенесли внебольничную пневмонию (ВП на фоне НП). Группу сравнения составили 30 детей, в возрасте от 1 года до 3 лет с внебольничной пневмонией без неврологической патологии (ВП без НП).

Методы исследования: клинические (жалобы, анамнез заболевания и объективные данные), инструментальные (рентгенография ОГК, ЭКГ, ЭЭГ, пульсоксиметрия) и лабораторные (общеклинические и биохимические).

Полученные данные обрабатывались с помощью компьютерной программы Microsoft Excel 2010, отличия считались достоверными при $p < 0,05$ [10].

Результаты и их обсуждение. В результате анализа анамнестических данных выявлено, что 17 ($46 \pm 8,2\%$) детей с ВП на фоне НП относились к группе часто и длительно болеющих и переносили респираторные заболевания более 6 - 8 раз за год. В то время, как у детей с ВП без НП указания на наличие рекуррентных заболеваний респираторной системы отмечались у 5 ($16,7 \pm 6,8\%$) детей (ОШ=2,55 (95ДИ 0,76-8,47). Аналогичные данные приводит Лучанинова В.Н. (2011), отмечая, что дети с ДЦП страдают заболеваниями органов дыхания в 1,45 раза чаще в сравнении с детьми без неврологической патологии.

Данные о перенесенной повторной внебольничной пневмонии в анамнезе у детей с ВП на фоне НП приведены у 11 ($29,7 \pm 7,5\%$) детей. У детей с ВП без НП повторная пневмония была зарегистрирована всего в двух случаях, что составило ($6,7 \pm 4,5\%$) (ОШ=5,92 (95ДИ 1,19 – 29,29).

Фебрильные судороги в анамнезе имели место у 10 ($27 \pm 7,3\%$) детей с ВП на фоне НП и всего лишь у 2 ($6,7 \pm 4,5\%$) детей с ВП без НП (ОШ = 5,18 (95ДИ 1,04 – 25,88).

Большинство детей с ВП на фоне НП поступали в стационар в ранние сроки от начала заболевания. Так, в период от 24 до 72 часов от появления первых симптомов ВП, поступило 28 ($75,7 \pm 7,0\%$) детей. В то же время дети с ВП без НП в основном поступали в стационар позже 3 суток от начала заболевания, в среднем, на $4,58 \pm 1,62$ день. Раннее обращение детей с НП за медицинской помощью обусловлено тяжестью состояния, быстрым нарастанием признаков интоксикации и дыхательной недостаточности. Необходимо отметить, что родители детей с ВП на фоне НП, имея опыт предыдущих респираторных эпизодов, уже имели определенную настороженность, что в большинстве случаев служило поводом к более раннему обращению за медицинской помощью.

При поступлении в стационар состояние 34 ($91,9 \pm 4,5\%$) детей с ВП на фоне НП расценивалось как тяжелое. При этом, 13 ($35,1 \pm 7,8\%$) детей поступили сразу в отделение интенсивной терапии. В группе детей с ВП без НП тяжелое состояние констатировано у 11 ($36,6 \pm 8,8\%$) пациентов (ОШ = 19,57 (95ДИ 4,85 – 78,95).

Обращает на себя внимание наличие и степень выраженности интоксикации в дебюте заболевания, как одного из основных признаков пневмонии. Так, признаки интоксикации (слабость, сонливость, снижение аппетита, отказ от питья) были отмечены у 25 ($67,6 \pm 7,7\%$) больных с ВП на фоне НП и у 12 ($40,0 \pm 8,94\%$) детей с ВП без НП (ОШ=3,12 (95ДИ 1,14 – 8,52).

В раннем возрасте начало пневмонии часто манифестирует себя появлением таких симптомов

как: катаральные явления, малопродуктивный кашель, фебрильная температура. Анализ данных анамнеза показал, что наличие кашля в группе детей с ВП на фоне НП, в первые дни заболевания отмечено лишь у 19 ($51,4 \pm 8,2\%$) пациентов, что обусловлено в первую очередь неэффективностью кашлевого рефлекса, а также рядом патофизиологических факторов, связанных с основным неврологическим состоянием. Кашель в группе детей с ВП без НП имел место у 28 ($93,3 \pm 4,5\%$) пациентов (ОШ = 13,26 (96ДИ 2,75 – 63,92).

Отмечены особенности температурной реакции у детей с ВП на фоне НП. Так, у 10 ($27 \pm 7,3\%$) детей из этой группы отмечалась длительная (более 5-7 дней), стойкая, труднокупируемая лихорадка. В то время как у детей с ВП без НП температурная реакция практически во всех случаях, а именно у 28 ($93,3 \pm 4,5\%$) детей имела классический вариант и купировалась к 2-3 дню от начала антибактериальной терапии.

В большинстве случаев при пневмониях у детей можно выявить типичные локальные физикальные данные: укорочение перкуторного звука, изменение характера дыхания, появление локальных крепитирующих и/или влажных мелкокалиберных хрипов. Однако, следует отметить, что при пневмониях у детей раннего возраста нередко сложно выявить аускультативную асимметрию в легких. Это связано с тем, что у детей первых лет жизни воспаление легочной паренхимы редко бывает изолированным и часто сочетается с поражением бронхов. В большей степени это относится и к детям с ДЦП, у которых ограничена способность самостоятельно передвигаться и эффективно эвакуировать имеющуюся мокроту с помощью кашля, что значительно быстрее приводит к генерализации процесса в легких, тяжелой дыхательной недостаточности. Согласно полученным данным, асимметрия хрипов имела место всего у 5 ($13,5 \pm 5,6\%$) больных с ВП на фоне НП и у 20 ($66,6 \pm 8,6\%$) детей с ВП без НП (ОШ = 12,8 (95 ДИ 3,8 – 42,9).

Наиболее значимым клиническим симптомом, позволяющим заподозрить пневмонию, является дыхательная недостаточность, которая проявляется одышкой, цианозом, снижением парциального давления кислорода. Частота и тяжесть дыхательной недостаточности во многом зависят от возраста детей и объема поражения легочной ткани. Однако этот признак значим только при отсутствии симптомов обструкции. Необходимо отметить, что у детей с ВП на фоне НП одышка при госпитализации была зарегистрирована у 34 ($91,8 \pm 4,5\%$) детей. У детей с ВП без НП одышка также имела высокую частоту регистрации, и была отмечена у 25 ($83,3 \pm 6,8\%$) больных (ОШ=2,27 (95 ДИ 0,49 – 10,38). Показатели сатурации кислорода ($Sat O_2$) при этом у детей с ВП на фоне НП составляли менее 92% (в диапазоне от 84 до 92%) у 11 ($29,7 \pm 7,5\%$) детей, а у детей с ВП без НП колебались в пределах 92 – 95%. Наличие бронхообструкции с первых дней заболевания отмечено у 24 ($64,9 \pm 5,9\%$) больных с ВП на фоне НП,

и у 11(36,6±8,8%) больных с ВП без НП (ОШ 3,19 (95 ДИ 1,17 – 8,69). Наличие сопутствующей бронхообструкции более чем у половины больных с ВП на фоне ДЦП можно объяснить поражением нервно – мышечного аппарата и обусловлено, как правило, снижением жизненной емкости легких ввиду мышечной слабости или спастического сколиоза, ослаблением кашлевого рефлекса и дисфагии и как следствие неспособностью произвести эффективный кашлевой толчок. Ослабление дренажной функции при этом приводит к более медленному регрессу бронхообструкции.

В последние годы нами была отмечена общая тенденция к увеличению в структуре ВП сегментарных форм. Так, в группе детей с ВП на фоне НП сегментарный процесс отмечен у 17 (45,9±8,2%) пациентов и у 12 (39,4±8,9%) детей с ВП без НП (ОШ=1,26 (95ДИ 0,48 – 3,38). Необходимо указать на то, что у детей с ВП на фоне ДЦП чаще имеет место поражение сегментов нижних отделов легких.

По данным литературы [3,4], с учетом анатомо-функциональных особенностей детей раннего возраста, в структуре ВП доминирует правосторонняя локализация воспалительного процесса. Так, правосторонний процесс имел место у 22 (73,3±8,0%) детей с ВП без НП. Интересно заметить, что у 32 (86±4,3%) детей с ВП на фоне НП, учитывая патофизиологические особенности ДЦП, сторона локализации воспалительного процесса в легких совпадала со стороной неврологически пораженной части тела.

Анализ частоты развития осложнений показал, что в группе детей с ВП на фоне НП плеврит отмечался у 9 (24,3±7,1%) пациентов. У детей с ВП без НП плеврит был диагностирован у одного ребенка, что составило (3,3±3,3)% случаев, (ОШ=9,32 (95ДИ 1,11 – 78,46).

Параклиническими симптомами ВП являются лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом и увеличение СОЭ. Однако, у детей с ВП на фоне НП в дебюте заболевания у 26 (70,3 ±7,5%) пациентов не отмечалось повышения уровня лейкоцитов выше возрастной нормы. Данный факт может служить косвенным признаком сниженной общей реактивности у детей на фоне ДЦП. В группе детей с ВП без НП классический высокий лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом имел место у 16 (54,6±4,0)% пациентов.

Увеличение СОЭ выше 20 мм/час было отмечено у 19 (51,6±3,6%) детей с ВП на фоне НП и у 13 (43,4±9,0%) детей с ВП без НП (ОШ = 1,38 (95 ДИ 0,52 – 3,63).

Данные биохимического исследования крови показали, что повышение уровня креатинина при госпитализации у детей с ВП на фоне НП отмечалось в 2,5 раза чаще, чем у детей с ВП без НП. Отмечено повышение (не более чем в 1,1 - 1,3 раза) активности трансаминаз у детей с ВП на фоне ДЦП: АЛТ в 4,9 раза и АСТ в 7,3 раза чаще, чем у детей с ВП без НП (рис.). Контроль данных показателей в динамике указывал на

их нормализацию после купирования явлений интоксикации в процессе лечения.

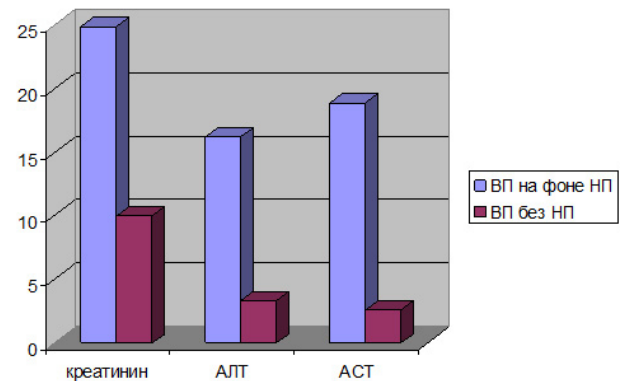


Рис. Биохимические показатели

Важно также отметить, что дети с ВП на фоне НП нуждались в более длительном лечении. Так, у 34 (91,9±4,5%) детей длительность пребывания в стационаре составила более 20 дней, а продолжительность приема антибиотика достигала порядка 30 дней. У 23 (76,7±7,7%) детей с ВП без НП длительность пребывания в стационаре составила не более 10 дней, а потребность в антибактериальной терапии ограничилась курсом в 10-12 дней.

Выводы. Наличие ДЦП позволяет отнести ребенка в группу риска по развитию респираторной патологии. Частота острых респираторных заболеваний у детей с ДЦП в 2,7 раза выше, чем у детей без сопутствующей неврологической патологии.

Течение внебольничной пневмонии у детей на фоне ДЦП отличается быстрым прогрессированием симптоматики и тяжестью состояния, при этом, такие признаки, как кашель и локальные физикальные данные регистрируются реже, а одышка и развитие бронхообструкции отмечаются, в среднем, в 2 раза чаще.

Пневмония у детей с ДЦП ввиду особенностей иммунного статуса и повышенной реактивности характеризуется затяжным течением, что определяет длительность пребывания в стационаре и объем антибиотикотерапии.

Риск возникновения пневмоний у детей с ДЦП необходимо учитывать на первичном этапе оказания медицинской помощи с учетом возможной необходимости ранней госпитализации и начала адекватной терапии, а также в дальнейшем для построения профилактических программ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдулаева Г.М. Терапия рецидивирующих бронхитов у детей раннего возраста на фоне перинатальной церебральной патологии. Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2014. №4. – С.90 – 93.

2. Андreyuk O.G. Особенности состояния здоровья, прогнозирование его нарушений у детей, рожденных с массой тела менее 1500 граммов, на первом году жизни: автореферат дис. ... канд. мед. наук. Иваново: 2011; 22 с.

3. Антипкин Ю.Г., Майданник В.Г., Лапшин В.Ф. и др. Классификация пневмонии у детей. // Здоровье України. – 2010. - №4 (15) – С.11.

4. Высочина И.Л. Внебольничная пневмония у детей. Здоровье ребенка – 2014. - №2 (53). - С.101 – 105.

5. Гордеева Н.В. Комплексная характеристика нарушений здоровья у детей раннего возраста со спастическими формами детского церебрального паралича и их прогнозирование: автореферат дис. канд.мед.наук. Иваново, 2015. – 15с.

6. Гордеева Н.В., Воробьева Е.А., Филькина О.М. и др. Особенности соматической патологии, физического развития, отдельных функциональных и биохимических показателей детей раннего возраста со спастическими формами детского церебрального паралича. //Вестник новых медицинских технологий (электронный журнал). – 2013. №1.

7. Евстигнеева О.В., Балыкин М.В. Возрастные особенности физического развития и функционального состояния кардиореспираторной системы детей с легкой степенью тяжести ДЦП. Вестник новых медицинских технологий. - 2009. - Т. XVI, № 2. - С. 185-188.

8. Матейко Г.Б., Пылук И.И. Особенности и факторы риска развития пневмонии у детей, часто болеющих

острыми респираторными заболеваниями. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015. - №8 – С.55 – 58.

9. Протокол лечения детей с пневмонией: Приказ МОЗ Украины №18 от 13.01.2005 г. – К., 2005. – 58с.

10. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. М.: МедиаСфера; 2006: – 312 с.

11. Филькина О.М., Андreyuk O.G., Долотова Н.В. и др. Особенности состояния здоровья детей, родившихся с очень низкой и экстремально низкой массой тела, на первом году жизни. // Детская медицина Северо – Запада. – 2011. – Т.2, №3. – С.18 – 21.

12. Boardman J.D. et al. Low birth weight, social factors, and developmental outcomes among children in the United States. Demography. — 2002 — May 39 (2). — P. 353—368.

13. Brooks J., Day S., Shavelle R., Strauss D. Low weight, morbidity, and mortality in children with cerebral palsy: new clinical growth charts. Pediatrics. – 2011. – Vol. 128. – 299.

14. Nelson K.B. The epidemiology of cerebral palsy in term infants. Ment. Retard. Dev. Disabil. Res. Rev. - 2002. - Vol. 8. - P. 146.

15. Schaefer G.B. Genetics consideration in cerebral palsy. Semin. Pediatr. Neurol. - 2008. - Vol. 15, № 1. - P. 21-26.

16. Vitale M.G. et al. Assessment of health status in patients with cerebral palsy: what is the role of quality-of-life measures? // J. Pediatr. Orthop. — 2005. — Vol. 25(6). — P. 792—796.

SUMMARY

PECULIARITIES OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN CHILDREN WITH NEUROLOGICAL PATHOLOGY

Zubarenko O., Kopyka G., Kravchenko T., Koval L., Gurienko K.

Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

Neurological disorders in children highly affect the course of pneumonia, its outcome and the development of possible complications.

The aim of the study was to reveal clinical and paraclinical features of community-acquired pneumonia in younger children with neurologic pathology infantile cerebral palsy. Under observation were 37 children with community-acquired pneumonia aged 1 to 3 years that suffered from spastic forms of infantile cerebral palsy. The comparison group consisted of 30 children with community-acquired pneumonia without any concomitant neurological pathology. The age of the children in the comparison and study groups was the same.

The results of the study show that the presence of infantile cerebral palsy allow to relate the child to the risk group of respiratory pathology development. The course of community-acquired pneumonia in children affected by infantile cerebral palsy is characterized by rapid progres-

sion of symptoms and severity of the condition, and the clinical picture also has a number of characteristic features. Thus, cough, local physical data, classical laboratory signs of inflammation in the form of leukocytosis with neutrophil shift were noticed significantly less often in children with infantile cerebral palsy. The debut of the disease was often accompanied by bronchial obstruction, the inflammatory process was localized in the lower parts of the lungs and often matched the side of the neurologically affected part of the body. Children with cerebral palsy required a longer hospital-stay and a prolonged course of antibiotic therapy. Therefore, the risk of pneumonia in children with infantile cerebral palsy should be taken into account at the primary stage of medical care for the creation of preventive programs.

Keywords: community-acquired pneumonia, infantile cerebral palsy, children of early age, comorbid conditions.

РЕЗЮМЕ

ОСОБЕННОСТИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ С НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Зубаренко А.В., Копейка А.К., Кравченко Т.Ю., Коваль Л.И., Гურიенко Е.А.

Одесский национальный медицинский университет, Украина

Неврологические нарушения у детей в большой степени влияют на течение пневмонии, ее исход и развитие возможных осложнений.

Цель исследования - выявление клинико-параклинических особенностей при внебольничных пневмониях у детей раннего возраста с неврологической патологией в виде детского церебрального паралича.

Под наблюдением находились 37 детей в возрасте от 1 года до 3 лет со спастическими формами детского церебрального паралича (ДЦП), которые перенесли внебольничную пневмонию. Группу сравнения составили 30 детей, той же возрастной категории, которые перенесли внебольничную пневмонию без какой-либо сопутствующей неврологической патологии.

Результаты проведенного исследования показали, что наличие ДЦП позволяет отнести детей в группу риска по развитию респираторной патологии. Течение внебольничной пневмонии у детей на фоне ДЦП отличается быстрым прогрессированием симптоматики и тяжестью состояния, а клиническая картина имеет ряд характерных особенностей: кашель, локальные физикальные данные, классические лабораторные признаки в виде лейкоцитоза с нейтрофильным сдвигом отмечались достоверно реже у детей с ДЦП. Дебют заболевания часто сопровождался явлениями бронхообструкции, а сам воспалительный процесс локализовался в нижних отделах легких, при этом сторона поражения часто совпадала со стороной неврологически пораженной части тела. Дети с ДЦП нуждались в более длительном нахождении в стационаре и пролонгированном курсе антибактериальной терапии.

Таким образом, риск возникновения пневмонии у детей с ДЦП необходимо учитывать на первичном этапе оказания медицинской помощи для построения профилактических программ.

რეზიუმე

გარეკოსპიტალური პნევმონიის თავისებურებანი ნევროლოგიური პათოლოგიის მქონე ბავშვებში

ა. ზუბარენკო, ა. კოპეიკა, ტ. კრავჩენკო, ლ. კოვალი, ე. გურიენკო

ოდესის ეროვნული სამედიცინო უნივერსიტეტი, უკრაინა

ნევროლოგიური დარღვევები ბავშვებში მნიშვნელოვანწილად განსაზღვრავს პნევმონიის მიმდინარეობას, მის გამოსავალს და შესაძლო გართულებების განვითარებას.

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა გარეკოსპიტალური პნევმონიის კლინიკურ-პარაკლინიკური თავისებურებების გამოვლენა ბავშვთა ცერებრული დამბლის (ბცდ) მქონე ადრეული ასაკის ბავშვებში.

დაკვირვების ქვეშ იმყოფებოდა 1-3 წლის ასაკის 37 ბავშვი ბცდ-ის სპასტიკური ფორმით, რომელთაც გადაიტანეს გარეკოსპიტალური პნევმონია. შედარების ჯგუფი წარმოდგენილი იყო იგივე ასაკობრივი ჯგუფის 30 ბავშვით თანმხლები ნევროლოგიური დარღვევების გარეშე, რომელთაც გადაიტანეს გარეკოსპიტალური პნევმონია.

ჩატარებული კვლევის შედეგებმა აჩვენა, რომ ბცდ-ის არსებობა იძლევა ბავშვის მიკუთვნების საფუძველს რესპირაციული პათოლოგიის განვითარების რისკის ჯგუფისათვის. გარეკოსპიტალური პნევმონიის მიმდინარეობა ბცდ-ის ფონზე გამოირჩევა სიმპტომის სწრაფი პროგრესირებით და მიმდინარეობის სიმძიმით, კლინიკურ სურათს კი რიგი თავისებურებები ახასიათებს: ხველა, ლოკალური ფიზიკალური მონაცემები, კლასიკური ლაბორატორიული ნიშნები, ნეიტროფილური ლეიკოციტოზის სახით, სარწმუნოდ ნაკლებად აღინიშნება ბცდ-იან ბავშვებში. დაავადების დებიუტს ხშირად თან ერთვის ბრონქოობსტრუქცია, საკუთრივ ანთებითი პროცესი კი ლოკალიზებულია ფილტვის ქვედა წილებში; ამასთან, დაზიანების მხარე ხშირად თანხვედრილია ნევროლოგიური დაზიანების მხარესთან. ბცდ-იანი ბავშვები საჭიროებდნენ უფრო მეტ ხანს ყოფნას სტაციონარში და ანტიბაქტერიული მკურნალობის პროლონგირებულ კურსს.

ამრიგად, ბცდ-იან ბავშვებში პნევმონიის განვითარების რისკი აუცილებელად გასათვალისწინებელია პროფილაქტიკური პროგრამის შედგენისას სამედიცინო დახმარების პირველად ეტაპზე.