

ВРОЖДЕННЫЕ ПНЕВМОНИИ

Кривицкая Л. В., Зарянкина А. И.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

г. Гомель, Республика Беларусь

Инфекционные заболевания, асфиксия в родах и недоношенность остаются основными причинами смертности новорожденных во всем мире. Более 96 % смертей новорожденных происходят в развивающихся странах, при этом врожденная и ранняя постнатальная пневмония выявляются у 20–63 % живорожденных детей, которые впоследствии умерли [3, 4].

Врожденная пневмония — это острое инфекционно-воспалительное заболевание респираторных отделов легких в результате антенатального и (или) интранатального инфицирования, имеющее клинко-рентгенологические проявления впервые 72 часа жизни ребенка. В МКБ 10-го пересмотра «врожденная пневмония (P23) относится к классу «Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде» (P00-P96) [4, 5].

Особую медико-социальную значимость имеют врожденные пневмонии у недоношенных детей. Они характеризуются тяжелым течением и высокой смертностью. Необходимость искусственной вентиляции легких увеличивает риск наслоения нозокомиальной флоры и неблагоприятного прогноза при этой патологии. Актуальность проблемы врожденной пневмонии обусловлена также увеличением частоты заболеваемости, увеличением числа затяжных процессов и осложнений [1, 3, 4].

Нами были проанализированы 40 медицинских карт стационарных больных новорожденных детей, находившихся на лечении в отделении реанимации и педиатрическом отделении для новорожденных Гомельской областной детской клинической больницы с января по декабрь 2008 года.

Анализ сроков гестации новорожденных детей показал, что врожденные пневмонии чаще (в 60 % случаев) встречаются у недоношенных детей, причем в сроке гестации менее 27–28 недель (10 (41,7 %) больных). Литературные данные свидетельствуют, что врожденные пневмонии диагностируют примерно у 0,5–1,0 % доношенных и 10–15 % недоношенных новорожденных.

Частота встречаемости врожденных пневмоний во многом зависит от массы тела недоношенных детей при рождении: так дети с массой тела 2000–1500 г составили 15 % от всех недоношенных, дети с массой тела 1500–1000 г — 17,6 % [4].

В половой структуре преобладали мальчики: их удельный вес составил 62,5 % (25 больных).

Наиболее значимым предрасполагающим фактором в развитии пневмонии у новорожденных детей является асфиксия в родах [4].

Анализ медицинских карт новорожденных детей, показал, что 25 % детей родилось в тяжелой асфиксии с оценкой по шкале Апгар 0–3 балла; в умеренной асфиксии родилось — 60 % детей (24 ребенка), и лишь 6 детей родилось без явлений асфиксии.

К значимым факторам риска возникновения пневмоний у новорожденных относится наличие инфекционных процессов у матери (в мочевой сфере — предрасполагают к инфицированию в родах, в дыхательных путях приводят к постнатальному инфицированию), а также осложненное соматической или акушерской патологией течение беременности матери, приводящее, с одной стороны, к хронической внутриматочной гипоксии плода и асфиксии, с другой — к угнетению иммунологической реактивности организма ребенка [1, 3, 4].

Анализ течения беременности у матерей новорожденных детей с врожденной пневмонией свидетельствует о выраженной отягощенности акушерско-гинекологического анамнеза: в 39 (97,5 %) случаях беременность протекала с осложнениями. Преобладающей патологией являлась угроза прерывания беременности — 23 (57,5 %) случая. В 25 % случаев (10 человек) у матерей отмечались острые респираторные заболевания, в 9 (22,5 %) случаях — анемия беременной, в 8 (20 %) случаях — кольпит. В остальных случаях у женщин были выявлены эрозия шейки матки, уреоплазмоз, гестоз (по 5 случаев), реже отмечался аднексит, синдром поликистозных яичников и другая гинекологическая патология.

Около 40 % женщин имели соматическую патологию, чаще всего узловой зоб (10 %), а также сахарный диабет, пиелонефрит, хронический вирусный гепатит, артериальную гипертензию; реже отмечалась такая патология как перенесенный туберкулез легких, ВПС, псориаз, хронический гастрит и др.

Осложнения течения родов в значительной степени способствуют прогрессированию внутриматочной гипоксии и асфиксии, вызывая тем самым патологический ацидоз, повреждающий легкие [1, 4].

Среди осложнений родов у матерей, чьи дети родились с врожденной пневмонией, наиболее часто отмечались преждевременные роды — 24 (60 %) случая, роды путем кесарева сечения — 12 (30 %) случаев, преждевременное излитие околоплодных вод и длительный безводный промежуток — 8 (20 %) случаев, родовая слабость — 8 (20 %) случаев, обвитие пуповины вокруг шеи плода — 7 (17,5 %) случаев; кровотечение в родах отмечалось у 2-х женщин.

Непосредственными этиологическими агентами пневмоний могут быть различные микроорганизмы, их варианты зависят от времени и обстоятельств проникновения инфекционного агента в легкие новорожденного [2, 3, 5]. Учитывая ограниченные возможности диагностики, этиология врожденных пневмоний была установлена лишь в 21 % случаев, из них в 3-х случаях была выделена *Chlamidia trachomatis*, в единичных случаях стрептококки различных видов, золотистый стафилококк, цитомегаловирус. В последующем, в посевах из интубационной трубки отмечался рост *Kl. pneumoniae* и *Ps. aeruginosae* как результат наложения нозокомиальной инфекции.

При врожденных пневмониях дети часто рождаются в состоянии тяжелой асфиксии и в связи с выраженными проявлениями гипоксии и гиперкапнии нуждаются в протезировании функции дыхания [3, 4]. Так, 35 (87,5 %) детей из 40 нуждались в проведении искусственной вентиляции легких. Длительность проведения ИВЛ у детей с врожденной пневмонией составила от 2-х (10 %) до 14 (2,5 %) суток. Наибольшее количество детей (30 %) нуждались в искусственной вентиляции легких в течение 3–4 суток.

С целью увеличения легочной растяжимости и снижения концентрации кислорода при ИВЛ недоношенным детям со сроком гестации менее 30 недель в 30 % случаев (12 детей) проводилось эндотрахеальное введение сурфактанта (препарат «Куросурф»).

Тяжесть состояния новорожденных с врожденной пневмонией в значительной степени усугублялась наличием сопутствующей патологии. Так, у 95 % детей отмечалась энцефалопатия новорожденного гипоксически-ишемического генеза с синдромом угнетения ЦНС, у 52,5 % — неонатальная гипербилирубинемия, у 22,5 % — врожденные пороки сердца и сосудов, в 10 % — анемия. У 7,5 % детей отмечалось развитие такого осложнения как пневмоторакс, с такой же частотой отмечались внутримозговые кровоизлияния. В целом, спектр фоновых состояний был весьма разнообразным и включал в себя синдром дезадаптации сердечно-сосудистой системы новорожденного, гидроцефальный синдром, болезнь Дауна, врожденные аномалии мочевыводящих путей, ателектаз легкого, в 3-х случаях отмечалась генерализованная внутриутробная инфекция с поражением головного мозга и печени.

Антибиотикотерапия является обязательной составной частью лечения врожденных пневмоний и залогом успеха такого лечения [2, 5].

Учитывая тяжесть состояния, 35 (87,5 %) новорожденных получали комбинированную антибактериальную терапию. Наиболее часто стартовая эмпирическая антибактериальная терапия представляла собой сочетание цефалоспоринов III поколения с аминогликозидами. Такую терапию получало 33 (82,5 %) больных. Чаще всего применялось сочетание цефотаксима (70 % больных) и нетромицина (57,5 %), 7 (17,5 %) больных получали антибиотик резерва — цефепим, 10 (25,0 %) больных получали амикацин, 27,5 % больных получали препараты из группы карбапенемов (тиенам, панием, меронем).

Учитывая разнообразие этиологии врожденных пневмоний и высокую вероятность наложения нозокомиальной флоры, в связи с частым использованием искусственной вентиляции легких, в терапии использовались различные группы антибактериальных препаратов. Кроме цефалоспоринов и аминогликозидов, использовались полусинтетические защищенные пенициллины: тиментин — в 20 % случаев, амоксиклав — в 5 % случаев, из производных нитроимидазола в 22,5 % случаев применялся метронидазол, из гликопептидов — эдизин (12,5 %), ванкомицин (5 %), из фторхинолонов — ципрофлоксацин (7,5 %), из группы макролидов — сумамед (2,5 %).

Длительность антибактериальной терапии колебалась от 17 до 42 дней, в среднем — 25,4 дня.

В процессе терапии отмечалась положительная динамика в течении заболевания, у всех детей констатировано выздоровление от пневмонии. Реабилитационное лечение было продолжено в педиатрическом отделении для новорожденных — 24 (60 %) ребенка, 16 детей (40 %) были переведены на II этап выхаживания недоношенных.

Таким образом, врожденная пневмония чаще встречается у недоношенных детей и маловесных к сроку гестации, родившихся в асфиксии. Предрасполагающими факторами для возникновения пневмоний у новорожденных явилось патологическое течение беременности и родов, а также наличие соматической патологии у матерей.

Тяжесть состояния усугублялась наличием сопутствующей патологии (энцефалопатия, неонатальная гипербилирубинемия, анемия, врожденные пороки сердца, внутримозговые кровоизлияния и др.) и требовала применения интенсивных методов лечения в отделении реанимации (искусственная вентиляция легких, инфузионная терапия, заместительная терапия сурфактантом, комбинированная антибактериальная терапия).

ЛИТЕРАТУРА

1. Берман, Р. Е. Педиатрия: Болезни плода и новорожденного, врожденные нарушения обмена веществ: рук-во / Р. Е. Берман. — М.: Медицина, 1987. — 504 с.
2. Коровина, Н. А. Принципы антибактериальной терапии тяжелых и осложненных пневмоний у детей раннего возраста / Н. А. Коровина, А. Л. Заплатников // Лечащий врач. — 2005. — № 1. — С. 15–19.
3. Кривошук, С. П. Пневмония новорожденных: особенности диагностики и лечения / С. П. Кривошук // Здоров'я України. — 2008. — № 18/1. — С. 32–33.
4. Шаболова, Н. П. Неонатология: учеб. пособие / Н. П. Шаболова; под ред. Н. П. Шабалова. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: МЕД-пресс-информ, 2004. — Т. 2. — 608 с.
5. Таточенко, В. К. Практическая пульмонология детского возраста / В. К. Таточенко. — М., 2006. — 250 с.

УДК 616.24-002.5-036.1:[616.98:578.828НIV]

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА, АССОЦИИРОВАННОГО С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Кроткова Е. Н., Богуцкий М. И., Шегда М. Н.

Учреждение здравоохранения
«Гродненская областная инфекционная клиническая больница»
Учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Туберкулез остается серьезной проблемой здравоохранения во всем мире. По данным ВОЗ [3], число больных туберкулезом в странах, в настоящее время, составляет около 36 млн. человек. Параллельно в мире возрастает число больных ВИЧ/СПИДом. В последние годы возрастает проблема ВИЧ-ассоциированного туберкулеза в Республике Беларусь [1]. На 1 января 2009 года в Беларуси было зарегистрировано более 400 случаев сочетанной инфекции, а в структуре смертности от СПИДа туберкулез занимает лидирующую позицию [1, 2].

Цель исследования

Изучить клинические особенности течения туберкулеза, ассоциированного с ВИЧ-инфекцией.

Материал и методы исследования

Обследованы 17 больных туберкулезом, ассоциированным с ВИЧ-инфекцией в возрасте от 28 до 47 лет, находившихся на стационарном лечении в УЗ «ГОКЦ «Фтизиатрия» за период 2004–2007 гг. Осуществлен тщательный анализ жалоб, эпидемиологического анамнеза, результатов осмотра и других клинико-диагностических методов обследования в соответствии с протоколами. Диагноз ВИЧ-инфекции был подтвержден двукратным выявлением антител к вирусу ВИЧ методом иммуноферментного анализа и иммунного блотинга в 100 % случаев.

Результаты и обсуждение

Среди наблюдаемых больных туберкулезом, ассоциированным с ВИЧ-инфекцией, было 15 (88,2 %) мужчин и 2 (11,8 %) женщины. Средний возраст мужчин составил $33,7 \pm 4,51$ года,