

Малолетникова И.М.¹, Климова Н.В.²

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРО-/Антиоксидантного статуса в зависимости от этиологического фактора у детей с пневмонией

¹Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель, Республика Беларусь

²Гомельская областная детская клиническая больница, г. Гомель, Республика Беларусь

Введение. Учитывая, что значимая роль в этиопатогенезе острой пневмонии отводится бактериальной флоре, тесно связанной с активностью свободных радикалов и реакциями иммунитета, свободнорадикальные процессы — одно из звеньев развития и течения острой пневмонии. В данной связи закономерны и актуальны системное изучение состояния свободнорадикального гомеостаза и реакций окислительного стресса у пациентов с острой пневмонией.

Цель исследования. Оценить про-/антиоксидантный статус в зависимости от этиологического фактора у детей с пневмонией.

Материалы и методы. Обследовано 80 детей (44 девочек и 36 мальчиков) в возрасте 10,5 (9,1; 13,0) лет с острой пневмонией. Состояние про-/антиоксидантного баланса оценивали методом люминолзависимой хемилюминесценции (баланс про-/антиоксидантов — I_{max} (%), мощность антиоксидантной системы — S (%), исходная антирадикальная активность — t (мин.)). Статистическую обработку результатов осуществляли с помощью пакета программ «Statistica 10.0» (StatSoft, Inc., USA).

Результаты и их обсуждение. Бактериологический посев мокроты и ИФА на определение антител к атипичной микрофлоре позволили установить этиологию пневмонии у части обследованных пациентов: грамположительная (Гр+) флора (*Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*) выделена в 3,7% (3/80) пациентов, грамотрицательная (Гр-) флора (*Haemophilus influenzae*, *Haemophilus parainfluenzae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*) определена в 6,2% (5/80) пациентов, антитела класса IgM к *Chlamydophila pneumoniae* выявлены — 7,5% (6/80), антитела класса IgM к *Mycoplasma pneumoniae* — 8,7% (7/80) пациентов. Сочетанная флора (Гр+, Гр-) была в 3,7% (3/80) пациентов, сочетанная атипичная флора — в 11,2% (9/80). Возбудитель пневмонии диагностирован у каждого 2-го пациента, при этом атипичные возбудители (*Chlamydophila pneumoniae* и *Mycoplasma pneumoniae*) диагностированы в 2,7 раза чаще, чем Гр+ и Гр- (RR=2,773; 95% CI 2,9620-7,6901; p=0,0024). В группе пневмоний вызванных (Гр+; Гр-) возбудителей показатель I_{max} составил 46,0 (39,0; 48,0)%, S — 45,0 (41,0; 47,0)%, t — 0,41 (0,38; 0,45) мин. В группе пневмоний вызванных атипичной микрофлорой показатель I_{max} составил 28,0 (26,0; 33,0)%, S — 36,0 (36,0; 40,0)%, t — 0,37 (0,35; 0,39) мин. При анализе показателей про-/антиоксидантного статуса в зависимости от этиологического фактора наблюдалось снижение показателей I_{max}, S, t (p=0,0033; p=0,012; p=0,022, соответственно) в группе пневмоний, вызванных атипичными возбудителями, чем в группе Гр+, Гр-.

Выводы. Таким образом, для пациентов группы вызванных атипичной микрофлорой (*Chlamydophila pneumoniae* и *Mycoplasma pneumoniae*) характерно истощение баланса про-/антиоксидантов, мощности антиоксидантной системы, снижение антирадикальной активности, чем в группе Гр+, Гр-.

Мальченко Т.Д., Цеймах И.Я., Шемякина И.С.

ОСЛОЖНЕНИЯ СО СТОРОНЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ РФ

г. Барнаул, Российская Федерация

Острые респираторные инфекции, включая вирусные, способны не только влиять на состояние дыхательной системы, но и вызывать осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы. Наиболее частыми осложнениями являются различные нарушения ритма, тромботические осложнения вен любой локализации, в том числе тромбоэмболия легочной артерии. Сравнительно более редким осложнением является острый коронарный синдром (ОКС).

Представлено клиническое наблюдение пациента 72 лет, длительно страдающего хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). Симптомы обострения проявились нарастающей дыхательной недостаточностью со снижением сатурации, одышкой по шкале mMRC до 4 баллов, интоксикационным синдромом. Из анамнеза выявлено, что базисной терапии ХОБЛ пациент не применял, при этом потребность в короткодействующих бета2-агонистах увеличилась при обострении до 7-10 раз в сутки. При проведении бодиплетизмографического исследования определялось резко выраженное увеличение общего сопротивления легких, увеличение общей емкости легких за счет остаточного объема, снижение форсированной жизненной емкости легких, резко выраженное нарушение бронхиальной проходимости. Таким образом, у пациента был выявлен синдром гиперинфляции легких тяжелой степени, синдром бронхиальной обструкции крайней степени тяжести, синдром «воздушных ловушек». При электрокардиографическом исследовании наблюдались: резко выраженное отклонение электрической оси влево, блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса, ишемические изменения переднеперегородочной области. При проведении эхокардиографии (ЭХО-КГ) наблюдался ускоренный ритм и частая экстрасистолия. Фракция выброса левого желудочка (ЛЖ) определялась на нижней границе нормы, но было выявлено снижение толщины миокарда и нарушение локальной сократимости переднеперегородочных сегментов в базальном и среднем отделах ЛЖ. Комплексная оценка функции правого желудочка позволила выявить характерные признаки прекапиллярной легочной гипертензии, а также нарушение сократимости и глобальной систолической функции правого желудочка, что является предиктором неблагоприятного исхода.

Сложность данного клинического случая заключалась в том, что с одной стороны, у пациента было выявлено инфекционное обострение ХОБЛ с развитием острой дыхательной недостаточности и высоким риском летального исхода за счет снижения глобальной систолической функции правого желудочка вследствие легочной гипертензии. С другой стороны, наличие острого коронарного синдрома, протекающего совершенно бессимптомно: никаких жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы пациент не предъявлял. В подобных случаях всегда возникает вопрос о генезе выраженной одышки с развитием ОДН, которая являет-