

Литература:

1. Аверьянов, А.П. Ожирение в детском возрасте / А.П. Аверьянов, Н.В. Болотова, С.А. Зотова // Леч. врач. -2010. - № 2. – С. 69-75.
2. Ляликов, С.А., Орехов, С.Д. Таблицы оценки физического развития детей Беларуси: методические рекомендации. Гродно, 2000. – 67с.
3. Мухаметова, Е.М. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей: эпидемиология, диагностические критерии, прогноз / Е.М. Мухаметова, С.И. Эрдес // РЖГГК. – 2010. - № 1. – С. 75-81.
4. Реброва, О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О.Ю. Реброва. – М.: МедиаСфера, 2002. – 312 с.
5. Физическое развитие детей и подростков на рубеже тысячелетий / Баранов А.А., Кучма В.Р., Скоблина Н.А. М., 2008. – 216 с.
6. Цветков, П.М. Отклонения темпов физического развития ребенка как фактор риска формирования гастроэзофагеального рефлюкса / П.М. Цветков [и др.] // Вопросы дет. диетологии. – 2009. – № 2. – С. 25-29.
7. Anand, G. Gastroesophageal reflux disease and obesity / G. Anand, P.O. Katz, // Gastroenterol. Clin. North Am. – 2010. – Vol. 39(1). – P. 39-46.
8. Nelson, S.P. Prevalence of symptoms of gastroesophageal reflux during childhood: a pediatric practice-based survey / S.P. Nelson [et al.] // Arch. Pediatr. Adolesc. Med. – 2000. – Vol. 154. – P. 150-154.
9. Patel, N.R. The association between childhood overweight and reflux esophagitis / N.R. Patel [et al.] // J Obes. - 2010; 2010. pii: 136909.
10. Quitadamo, P. Total and abdominal obesity are risk factors for gastroesophageal reflux symptoms in children // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. – 2012. – Vol. 55 (1). – P. 72-75.
11. Vakil, N. Disease definition, clinical manifestations, epidemiology and natural history of GERD / N. Vakil // Best Pract. Clin. Gastroenterol. – 2010. – Vol. 24(6). – P. 759-764.

ХЛАМИДИЙНАЯ И МИКОПЛАЗМЕННАЯ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Зарянкина А.И., Кривицкая Л.В.

*УО «Гомельский государственный медицинский университет»
Кафедра педиатрии*

Введение. В последние годы отмечается рост этиологической значимости хламидийно-микоплазменной инфекции в респираторной патологии у детей различного возраста. Распространенность хламидийной и микоплазменной инфекции у детей с бронхолегочной патологией варьирует от 6,2 до 50%. В настоящее время инфекции, вызванные атипичной флорой,

занимают второе и третье место в спектре возбудителей пневмоний после пневмококка. С данными инфекциями связывают также развитие различных респираторных форм заболеваний: фарингитов, ларинготрахеитов, синдрома бронхиальной обструкции, пневмоний и бронхиальной астмы [1].

Одновременная циркуляция возбудителей хламидийно-микоплазменной инфекции и возбудителей острых респираторных заболеваний, воздушно-капельный путь передачи, а также восприимчивость детей к респираторной инфекции создают благоприятные условия для возникновения смешанных вариантов инфекции, чаще всего в сочетании с респираторными вирусами (вирус гриппа, респираторно-синцитиальный вирус, аденовирус) [1, 2].

Для своевременной диагностики и адекватного этиотропного лечения необходимо обратить внимание на группы риска по развитию респираторного хламидиоза и микоплазмоза. Это - часто и длительно болеющие дети, дети с хронической ЛОР-патологией, дети из закрытых коллективов с затяжной респираторной патологией, с длительным мучительным приступообразным кашлем, эозинофилией в крови, упорным конъюнктивитом; дети, ранее безуспешно лечившиеся антибиотиками пенициллинового и цефалоспоринового ряда. В группу риска также входят новорожденные дети с неонатальными пневмониями (вероятность инфицирования *Chl. trachomatis*), а также недоношенные дети с БЛД (*Mycoplasma hominis* может поддерживать воспалительный процесс в легких) [1, 2, 3].

Цель исследования. Изучить особенности течения хламидийной и микоплазменной инфекции у детей Гомельской области.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ 30 медицинских карт стационарного больного детей с респираторным хламидиозом и микоплазмозом, которые находились на лечении в инфекционном отделении №1 и №2 Гомельской областной детской клинической больницы в 2011 году. Диагноз хламидийной и микоплазменной инфекций был подтвержден иммуноферментным анализом (ИФА). Лабораторным критерием служило выявление специфических IgM и/или IgG (в диагностическом титре) в сыворотке крови больных.

Результаты их обсуждение. Проведенный нами анализ свидетельствует о преобладании микоплазменной инфекции в исследуемой группе. Так, респираторный микоплазмоз был выявлен у 17 детей (58,6%), респираторный хламидиоз – у 8 (24,1%), у 5 детей (17,3%) была выявлена сочетанная хламидийно-микоплазменная инфекция.

Преобладание микоплазменной инфекции отмечалось и у детей раннего возраста. Так, среди детей в возрасте до 1 года (4 ребенка) у 1 (25%) была выявлена хламидийная инфекция, у 3 (75%) – микоплазменная. В возрастном диапазоне от 1 до 3-х лет – у 4 детей (57,2%) была выявлена микоплазменная инфекция, у 1 (14,2%) – хламидийная, у 2 (28,6%) – сочетанная хламидийно-микоплазменная инфекция. В возрастной группе от 4

от 6 лет – у 8 детей: у 1 ребенка (12,5%) была диагностирована хламидийная инфекция, у 5 (62,5%) – микоплазменная, у 2 детей (28%) – сочетанная. У 11 детей школьного возраста (старше 6 лет) в равном соотношении была выявлена хламидийная и микоплазменная инфекции (по 5 случаев, 45,4%), и лишь в 1 случае (9,2%) – коинфекция микоплазмы и хламидии.

Большинство заболевших (16 детей, 53,4%) посещали ДДУ и школу. Во всех случаях диагностических лабораторных исследований методом ИФА была выявлена *Chlamidophilla pneumoniae* и *Mycoplasma pneumoniae*.

Сроки поступления в стационар были обусловлены тяжестью состояния, длительностью лихорадки, также прогрессированием навязчивого малопродуктивного кашля.

Более половины больных детей (17 детей, 56,6%) поступили в стационар в первые 3 дня от начала заболевания в связи с наличием фебрильной температуры и симптомов интоксикации. Из них дети в возрасте до 1 года составили 18,2% (3 ребенка), в возрасте от 1 до 3-х лет – 41,2% (7 детей), дети от 4 до 6 лет – 23,6% (4 ребенка), старше 6 лет – 1 ребенок (7%).

Госпитализация детей в более поздние сроки (в промежутке от 4 до 10 дней), в основном, была обусловлена сохранением фебрильной лихорадки (у 25% детей), а также нарастанием навязчивого малопродуктивного кашля. Так, среди 9 детей (30%) поступивших в этом временном промежутке дети до 1 года составили 22% (2 ребенка), в возрасте от 1 до 3 лет – 33% (3 ребенка), дети старше 6 лет – 45% (4 детей).

Госпитализация детей старшего возраста позднее 10 дня болезни (4 детей; 13,3%) была обусловлена неэффективностью АБ терапии на амбулаторном этапе препаратами пенициллинового и цефалоспоринового ряда, а также сохранением навязчивого кашля. Из них, был 1 ребенок 5 лет (14,2%) и 3 детей (85,8%) старше 6 лет.

Большинство детей (16 пациентов, 53,3%) поступили в стационар в состоянии средней тяжести; остальные дети (14 пациентов; 46,7%) – в тяжелом состоянии, причем у половины из них (50%; 7 детей) имела место микоплазменная инфекция, у 4 детей (28,5%) – сочетанная инфекция, у 3 детей (21,5%) – респираторный хламидиоз.

Все дети первого года жизни поступили в стационар в ранние сроки заболевания в состоянии средней степени тяжести. В возрастном диапазоне от 1 до 3 лет тяжесть состояния отличалась примерно в равном соотношении (4 ребенка в состоянии средней степени тяжести и 3 ребенка в тяжелом состоянии). Все дети в возрасте от 4 до 6 лет (8 пациентов) поступили в стационар в тяжелом состоянии, преимущественно с клиническими симптомами пневмонии.

Респираторный хламидиоз и микоплазмоз, а также сочетанные их варианты протекали в различных клинических формах с локализацией воспалительного процесса преимущественно в нижних дыхательных путях. Так, у 12 детей (40%) был диагностирован острый обструктивный бронхит, у 10 детей (33,3%) – пневмония, у 4 пациентов (13,4%) – острый

стенозирующий ларинготрахеит. У 3 детей (10%) отмечались клинические проявления острого (простого) бронхита, у 1 ребенка (3,3%) – острый трахеит.

В клинической картине всех форм хламидийной и микоплазменной инфекции (100% случаев) превалировал катаральный синдром в виде мучительного приступообразного малопродуктивного кашля.

У 24 детей (80,8%) отмечался интоксикационный синдром, преимущественно, у детей раннего возраста. Фебрильная лихорадка при атипичной инфекции была выявлена у 16 детей (53,3%), причем у 10 пациентов отмечалось повышение температуры тела выше 39°C. У 20 пациентов (66,%) лихорадка сохранялась в течение 3-4 дней с последующим длительным субфебрилитетом.

Анализ результатов гемограмм пациентов не выявил специфических изменений, свойственных атипичным инфекциям. Лейкоцитоз ($>9,0 \times 10^9/\text{л}$) отмечался менее чем у половины пациентов, лишь у 8 детей (27%) была выявлена эозинофилия ($>5\%$), ускоренная СОЭ более 15 мл/час отмечалась лишь у 9 детей (30%).

Таким образом, в настоящее время существенно изменилась этиологическая структура инфекционных заболеваний дыхательных путей за счет увеличения удельного веса атипичной флоры. Изучение особенностей течения хламидийно-микоплазменной инфекции позволит практическим врачам обратить особое внимание на те бронхолегочные заболевания, которые имеют специфические клинические проявления, не укладывающиеся в клинику банальной респираторной инфекции, и плохо поддаются традиционной терапии антибактериальными препаратами пенициллинового ряда и цефалоспорины. Значение клиники хламидийно-микоплазменной инфекции позволит своевременно провести комплекс лабораторных исследований с целью верификации диагноза, назначения специфического этиотропного лечения для предупреждения формирования хронической бронхолегочной патологии.

Литература:

1 Василевский, И. В. Современные подходы к лечению хламидийно-микоплазменной инфекции у детей / И. В. Василевский // Медицинские новости. – 2008. – № 2. – С. 10-16.

2 Коровина, Н. А. Острые респираторные вирусные инфекции в амбулаторной практике врача-педиатра / Н. А.Коровина, А. Л. Заплатников. – Москва, 2005. – 52 с.

3 Таточенко, В. К. Практическая пульмонология детского возраста / В. К. Таточенко – М., 2006. – 250 с.