

сурс», навязывающий приобретение вакцин в «добровольно-принудительном» порядке, на выходе мы получаем снижение общественного доверия к безопасности и эффективности как противогриппозных вакцин, так и массовой вакцинации в целом. Так при опросе студентов VI курса медицинского университета, из 114 опрошенных, в 2019 г. привились против гриппа только 3 человека.

### **Выводы**

На сегодняшний день в Республике Беларусь назрела необходимость кардинально менять подход к санитарно-просветительной деятельности по вопросам иммунопрофилактики. Данный раздел работы должен более углубленно изучаться в учреждениях образования, готовящих как средних медицинских работников, так и врачей-специалистов. Необходима подготовка методических материалов по пропаганде вакцинации с активным применением маркетинговых приемов и обязательной апробацией этих методик на разноплановых аудиториях.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Мац, А. Н. Врачам об антипрививочном движении и его вымыслах в СМИ / А. Н. Мац // Педиатрическая фармакология. — 2009. — Т. 6, № 6. — С. 12–35.
2. Отказ от вакцинации: качественный анализ биографических интервью / Н. А. Антонова [и др.] // Теория и практика общественного развития. — 2014. — № 20. — С. 183–185.

УДК 616.2-022:[579.882+579.887]-053.37

## **РЕСПИРАТОРНЫЙ ХЛАМИДИОЗ И МИКОПЛАЗМОЗ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

*Кривицкая Л. В.<sup>1</sup>, Самцова В. Н.<sup>2</sup>, Петрова М. П.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

<sup>2</sup>Учреждение

«Гомельская областная детская клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

### **Введение**

Важнейшей проблемой современной медицины, несмотря на совершенствование профилактических и лечебных методик, продолжает оставаться высокий уровень заболеваемости респираторными инфекциями у детей. Отдельного внимания требуют инфекции дыхательных путей, вызванные «атипичными» возбудителями — микоплазмой и хламидией пневмонии. Они являются этиологическими агентами целого ряда заболеваний респираторного тракта, обуславливают более тяжелое течение неспецифических заболеваний легких и является триггером обострения хронической бронхолегочной патологии [1, 4].

Микоплазменные и хламидийные инфекции являются распространенным инфекционным заболеванием в человеческой популяции, характеризуются высокой частотой заболеваемости и особенностями течения в детском возрасте. Последнее требует привлечение внимания и углубления представлений об этих инфекциях у педиатров, инфекционистов и врачей семейной медицины.

Особенности этих микроорганизмов определяют длительность их персистенции и ускользания из-под контроля иммунной системы, а также отсутствие стойкого постинфекционного иммунитета, что нередко способствует персистенции возбудителя и вызывает затяжное течение заболевания [2, 3, 4].

Клиническая диагностика и дифференциальный диагноз хламидийной и микоплазменной инфекции представляют значительные трудности в связи с неспецифичностью проявлений и своеобразием течения «под масками» различных симптомокомплексов.

### **Цель**

Проанализировать возрастную структуру, степень выраженности основных клинических синдромов и гематологических сдвигов у детей с хламидийной и микоплазменной инфекцией, а также их сочетанием.

### **Материал и методы исследования**

Проведен ретроспективный анализ медицинских карт стационарного пациента 72 детей в возрасте от 3 месяцев до 5 лет с респираторным хламидиозом и микоплазмозом, находившихся на стационарном лечении в инфекционном отделении № 1 У «ГОДКБ».

Всем детям проведены общеклинические исследования, рентгенография органов грудной клетки, позволяющая исключить либо подтвердить диагноз пневмонии. Верификация хламидийной и микоплазменной инфекций осуществлялась с помощью иммуноферментного метода с выявлением в сыворотке крови видоспецифичных иммуноглобулинов (Ig) M и G к *S. pneumoniae* и *M. pneumoniae*.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

В развитии острой патологии дыхательных путей важную роль играет несовершенство иммунологических механизмов у детей раннего возраста, а также анатомо-физиологические особенности органов дыхания у детей (незрелость мукоцилиарного клиренса, рыхлость слизистой оболочки, узость и податливость хрящей бронхолегочного тракта). Существенных гендерных различий в исследуемой группе пациентов выявлено не было: девочки составили 50,7 % детей (38 пациентов), мальчики — 49,3 % (34 ребенка).

Определенное значение в возникновении любой инфекционной патологии дыхательных путей имеет неблагоприятный преморбидный фон и отягощенный аллергоанамнез.

В проведенном нами исследовании отягощенный аллергоанамнез был выявлен в 35,6 % случаев, из них наиболее часто отмечалась пищевая аллергия, преимущественно у детей 1 года жизни — в 27,2 % случаев.

У 15,2 % детей ранее отмечалось от 1 до 3 эпизодов бронхиальной обструкции. У 20,4 % пациентов в анамнезе были выявлены частые респираторные заболевания (от 5 до 8 эпизодов в год), причем у 6 детей ранее была диагностирована ВЭБ-инфекция.

В исследуемой группе пациентов хламидийная инфекция была выявлена у 30 детей (41,6 %), микоплазменная — у 23 пациентов (33,5 %), смешанная этиология (хламидия + микоплазма — у 19, преимущественно старшей возрастной группы (24,5 %). Причем, хламидийная инфекция наиболее часто отмечалась в возрастном диапазоне от 6 до 12 месяцев, микоплазменная — от 2 до 5 лет, микст-инфекция — от 1 до 3 лет.

Локализация воспалительного процесса в дыхательных путях в значительной мере зависит от индивидуальных особенностей организма, характера иммунологической резистентности ребенка, а также от особенностей возбудителя.

Так, пневмония диагностирована у 48 детей (66 %) и преимущественно встречалась при микоплазменной инфекции. Обструктивный бронхит выявлен у 15 (20,8 %) пациентов, при чем симптомы бронхиальной обструкции наиболее часто отмечались при респираторном хламидиозе. Фаринготрахеит был диагностирован у 9 пациентов (13 %).

Симптомы хламидийной и микоплазменной инфекции у детей зависят от формы инфекции и процесса ее прогрессирования. Изначально симптомы могут быть малозаметными и напоминать клинику ОРВИ, позднее могут появиться другие патологические симптомы.

Ведущим в клинической картине хламидийной и микоплазменной инфекций был катаральный синдром в виде мучительного навязчивого приступообразного кашля, который отмечался у 49 пациентов (68,5 %). Именно его прогрессирование послужило поводом к госпитализации. Синдром бронхиальной обструкции был выявлен у 34 детей (47,2 %), преимущественно на фоне неблагоприятного аллергоанамнеза.

Высокая фебрильная лихорадка не характерна для атипичных инфекций. Однако у 16 пациентов (22,2 %), отмечалось повышение температуры тела в пределах 38,0–38,6° в течение нескольких дней, преимущественно при микоплазменной инфекции.

У подавляющего числа пациентов отмечался субфебрилитет длительностью до 7 дней (35 детей, 48,7 %). Длительный субфебрилитет наиболее часто отмечался при хламидийной инфекции дыхательных путей.

У больных с хламидийной пневмонией отмечался выраженный лейкоцитоз до  $20 \times 10^9/\text{л}$ , повышение СОЭ до 25–45 мм/час. В подавляющем большинстве случаев при хламидийной инфекции сохранялся умеренный лейкоцитоз, тенденция к эозинофилии.

Исследования периферической крови у больных с микоплазменной инфекцией в остром периоде заболевания выявили умеренно выраженный лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево, ускорение СОЭ до 20–30 мм/час.

### **Заключение**

Особенности возбудителя, поздняя диагностика, повторные нерациональные курсы антибактериальной терапии, состояние иммунной системы во многом определяют течение хламидийной и микоплазменной инфекций у детей разного возраста.

Хламидийные и микоплазменные инфекции достаточно широко распространены, а последствия для будущего здоровья детей не всегда адекватно оцениваются. В связи с этим представляется актуальным дальнейшее изучение особенностей этой патологии.

Знание 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. Инфекции респираторного тракта у детей раннего возраста / под ред. Г. А. Самсыгиной. — М.: Пульс, 2013. — 260 с.
2. Лобзин, Ю. В. Хламидийные инфекции. Диагностика, клиника, лечение, реабилитация: руководство для врачей / Ю. В. Лобзин, А. Л. Поздняк, С. Н. Сидорчук. — СПб.: Фолиант, 2019. — 488 с.
3. Савенкова, М. С. Микоплазмоз у детей: решенные и нерешенные вопросы / М. С. Савенкова. — Вопросы современной педиатрии. — 2001. — Т. 1., № 5. — С. 38–46.
4. Аверьянов, А. В. Хламидийная и микоплазменная инфекция при патологии нижних дыхательных путей / А. В. Аверьянов. — Лечебное дело. — 2009. — № 4. — С. 52–61.

УДК [616.98:579.835.12]:616.31-053.2/.6(476.2)

## **ХЕЛИКОБАКТЕРНАЯ ИНФЕКЦИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Лозовик С. К.<sup>1</sup>, Баранчук С. А.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

<sup>2</sup>Государственное учреждение здравоохранения

«Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро»

г. Гомель, Республика Беларусь

### **Введение**

На современном этапе развития гастроэнтерологии продолжается интенсивный поиск этиологических причин возникновения и рецидивирования хронической гастродуоденальной патологии. Очень часто инфицирование *Helicobacter pylori* (Hр) происходит в детстве. Хронический гастрит со временем развивается практически у всех лиц, у которых имеется постоянная колонизация желудка Hр, но при этом 80–90 % пациентов никогда не имеют характерных признаков заболевания. Роль Hр в этиологии язвенной болезни у детей остается спорной [1].