

# МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Том 1, Выпуск 4, 30 Декабря

## РОЛЬ ПНЕВМОЦИСТНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Шамсиева Э.Р.

Кафедра Детские болезни.

Ташкентская медицинская академия

**Актуальность.** Максимальная заболеваемость *внебольничной пневмонии у детей* наблюдается в возрасте 1-3 лет (3-7%) и у подростков в возрасте 14-16 лет (0,8-1,3%). Внебольничная пневмония (ВП) являются актуальной проблемой для педиатрической практики. В последние годы отмечается высокие показатели заболеваемости ВП у детей, относительно высокой остается смертность от этого заболевания. По данным ВОЗ пневмония является одной из главных причин детской смертности во всем мире.

Исследования последних лет указывают на возрастающую роль в развитии бронхолегочных заболеваний у детей «атипичных» пневмотропных возбудителей, таких как возбудитель пневмоциста Карини - *Pneumocystis carinii*.

Диагностика пневмоцистной инфекции долгое время была возможна только в условиях специализированных лабораторий из-за сложностей культивирования возбудителя пневмоциста. Разработка и использование принципиально новых современных и высокочувствительных методов детекции, таких как полимеразная цепная реакция (ПЦР), иммуноферментный анализ (ИФА) способствовали прогрессу в изучении этой проблемы.

Возбудитель пневмоциста Карини *Pneumocystis carinii* выделен в 1990 г., имеет круглую или овальную форму размером 2-3 микрона с четко выраженным ядром. Слизистые образования, содержащие пневмоцисты, часто механически закупоривают альвеолы. В межальвеолярных перегородках возникает инфильтрация, и процесс протекает по типу интерстициальной пневмонии. Источником инфекции являются больные дети и взрослые носители пневмоцист. Инкубационный период продолжается от 8 до 40 дней.

Подавляющее большинство инфицируются *P. carinii* в раннем детском возрасте, (недоношенные и дети с иммунодефицитом), о чем свидетельствует наличие антител против антигенов *P. carinii* практически у любого человека.

# МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

## Том 1, Выпуск 4, 30 Декабря

Патогенная флора у детей зависит от его типа: при нарушении клеточного иммунитета процесс в лёгких может быть обусловлен не только обычными, но и условно патогенными возбудителями.

Для иммунокомпетентного организма эта встреча патологических последствий не имеет. В то же время на фоне иммунодепрессии (медикаментозной, химиотерапии, после пересадки органов, стрессов) - инфекция *P. carinii* часто реализуется в форме тяжелой интерстициальной пневмонии.

**Цель исследования:** изучение особенностей клинического течения пневмонии у детей на фоне циталомегаловирусной инфекции.

**Материал и методы.** Обследовано 25 детей. Антитела к *Pneumocystis carinii* выявляли иммуноферментным методом у 9 ребенка, девочек было 5, мальчиков – 4 в возрасте от 2 мес. до 3 лет. Повышение антител отмечалось более чем в 4 раза. Из анамнеза все дети перенесли пневмонию 2-3 раза. Дети поступали в стационар в различные сроки заболевания: 15% больных впервые дни заболевания, 85% - на 5-7-й дни от начала болезни. Состояние было среднетяжелым - у 11%, тяжелым – у 89%.

**Результаты и обсуждение.** Пневмонии у детей на фоне циталомегаловирусной инфекции характеризовались более выраженной лихорадкой, сопровождающейся гипертермией (в течение 10-12 дней). У 7,8% больных отмечались кашель вначале сухой, приступообразный, затем влажный, с отделением пенистой мокроты, температура часто оставалась нормальной, физикальные явления в легких скудные. В 66% случаев был у больных детей отмечалась умеренная интоксикация, вялость, снижение аппетита, желудочно-кишечные расстройства и падение веса. На 2-3 неделе от начала заболевания присоединялись симптомы дыхательной недостаточности и гипоксии. Воспалительный процесс имел правостороннюю локализацию в 50% случаев, двустороннюю - в 41%, реже левостороннюю - 9%. В В ОАК отмечается нейтрофильный лейкоцитоз, эозинофилия, анемия, ускоренная СОЭ. Рентгенологически в 56% случаев отмечалась усиление бронхиального рисунка, инфильтрация легочной ткани, затем появлялись очаговые, сливные тени по обоим легочным полям, в 44% определялись приплюснутые уплотнения в обоих легких, затем возникала очаговость и местами эмфизема, внутригрудные узлы обычно не изменялись. В дальнейшем уплотненные участки легочной ткани рассасывались, но довольно стойко держались изменения в интерстиции. Разрешение

# МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Том 1, Выпуск 4, 30 Декабря

пневмонии происходило через 4-8 недель. Диагностическое значение также имеет обнаружение *P. carinii* в пенистой мокроте, в биопсийном материале.

Препаратами выбора при лечении пневмонии на фоне циталомегаловирусной инфекции явились макролиды (новые макролиды, кларимисин, ровамицин). На фоне интенсивной терапии назначали ровамицин в дозе ребенку массой тела до 10 кг 150 МЕ/кг/с 2 раза в сут. в течение 7-ми дней, массой тела больше 10 кг (до 40 кг) 300 МЕ/кг/с. Клиническое выздоровление наступало к 10-14 дню от начала заболевания.

**Выводы:** 1. Внебольничная пневмония на фоне цитомегаловирусной инфекции характеризовалась умеренной интоксикацией, вялостью, снижением аппетита, желудочно-кишечными расстройствами и падением веса в 68% случаев, а симптомы дыхательной недостаточности, приступообразного сухого кашля, затем влажного, с отделяемой пенистой мокротой, температурой и скудными физикальными проявлениями в легких отмечались в 42-79% случаев и внелегочными симптомами у 1/3 пациентов.

2. В гемограмме у детей с внебольничной пневмонией на фоне цитомегаловирусной инфекции выявлены достоверные изменения в виде нейтрофильного лейкоцитоза, эозинофилии, анемии, ускорение СОЭ.

3. На рентгенограмме у 65% отмечается очаговые, сливные тени по обоим легочным полям. Рентгенологически в начале заболевания могут выявиться приглубные уплотнения в обоих легких. Затем возникает очаговость и участки эмфиземы. Внутригрудные узлы обычно не изменены. В дальнейшем уплотненные участки легочной ткани рассасываются, но довольно стойко держатся изменения в интерстиции.