

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ХЛАМИДИЙНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ

М. Н. АКИНИНА, проф. С. В. КУЗНЕЦОВ

SOME QUESTIONS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHLAMYDIA PNEUMONIA IN CHILDREN

M. N. AKININA, S. V. KUZNETSOV

*Харьковский государственный медицинский университет,
Областная детская инфекционная клиническая больница, Харьков, Украина*

Рассмотрены анамнестические и клинические особенности хламидийных пневмоний у детей. Показана высокая терапевтическая эффективность использования препарата азивок в комплексной терапии пневмоний хламидийной природы.

Ключевые слова: дети, хламидийная пневмония, диагностика, терапия.

The peculiarities of the case history and clinical course of Chlamydia pneumonia in children are featured. High therapeutic efficacy of Azivok in complex therapy for Chlamydia pneumonia is shown.

Key words: children, Chlamydia pneumonia, diagnosis, treatment.

Широкая распространенность острых респираторных заболеваний, частое формирование при них хронических очагов воспаления и наносимый ими огромный экономический ущерб обществу определяет их большую медицинскую и социальную значимость [1–3].

Особое место среди заболеваний дыхательной системы занимают пневмонии. Согласно статистическим данным, в последние годы уровень заболеваемости пневмонией имеет тенденцию к росту во многих странах мира, в том числе в Украине [4, 5]. Это обусловлено многими причинами, среди которых, по мнению ряда авторов, существенную

роль играет смена общеизвестных этиологических факторов недостаточно изученными [6, 7], в частности хламидиями. Согласно данным литературы, доля хламидийных пневмоний в общем количестве воспалительных заболеваний легких составляет 12–50% [2, 3, 6]. В то же время критерии клинической и лабораторной диагностики хламидийных пневмоний до настоящего времени не могут считаться достаточно надежными. Дискутабельными остаются и вопросы терапии этих заболеваний у детей [4, 5, 8]. Между тем решение проблемы их ранней диагностики и своевременного адекватного лечения может способствовать

снижению частоты формирования хронических изменений в легких у детей.

Целью проведенного нами исследования было выявление клинико-лабораторного комплекса диагностики хламидийных пневмоний у детей и определение эффективности препарата азивок в лечении больных.

Под нашим наблюдением находились 45 больных пневмониями детей в возрасте от 2 до 8 лет. У 20 из них (первая группа) была пневмония хламидийной (*Chlamidia pneumoniae*), у 25 (вторая группа) — пневмония бактериальной природы, преимущественно стрептококковой и/или пневмококковой этиологии.

Среди заболеваний преобладали дети в возрасте 3–7 лет (35, или 76%), преимущественно мальчики (28; 60%). Течение заболевания у всех больных было среднетяжелым. При этом у 16 (80%) детей первой и у 19 (76%) — второй группы выявлено одностороннее поражение легких. Преморбидный фон у детей обеих групп был практически одинаковым.

Этиология пневмоний расшифровывалась путем бактериологического изучения мокроты (при возможности — секрета трахеобронхиального дерева), серологического определения в крови специфических иммунологических маркеров методом иммуноферментного анализа (ИФА), выявления соответствующих составляющих возбудителя методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) в содержащем их, как предполагалось, биологическом материале.

Всем детям наряду с тщательным клиническим обследованием проводились общепринятые лабораторные и инструментальные исследования. По показаниям больные осматривались врачами других специальностей.

У всех детей заболевание начиналось остро с появления симптомов поражения верхних дыхательных путей: першения в носо- и/или ротоглотке, гиперемии слизистых зева, насморка, кашля. Одновременно отмечалось повышение температуры тела больных до фебрильных цифр (38–39°C), появление симптомов интоксикации. Со слов родителей, у детей ухудшался аппетит, нарушались сон, поведение. В динамике выраженность клинических проявлений болезни нарастала. Интенсивность и частота кашлевых толчков увеличивалась, прогрессировали слабость, гиподинамия. Появлялись одышка с умеренным участием дыхательной мускулатуры, бледность кожных покровов.

При поступлении детей в стационар указанные симптомы прослеживались достаточно отчетливо. Аускультативно выявлялось жесткое дыхание над всей поверхностью легких, хрипы. Определялись тахикардия, приглушенность сердечных тонов. В периферической крови заболевших отмечалась довольно разноречивая картина: от лейкопении с лимфомоноцитозом до лейкоцитоза с нейтрофильным сдвигом влево на фоне увеличения СОЭ практически во всех случаях.

Несмотря на схожесть семиотических признаков воспаления легких у больных сравниваемых групп, анализ клинико-anamnestических и лабораторных данных позволил выявить определенные дифференциально-диагностические признаки хламидийных пневмоний.

Хламидийные пневмонии развиваются чаще у детей, имеющих в своем окружении домашних животных, в частности птиц. В клинической картине воспаления легких у таких больных в высоком проценте случаев регистрируются боли в мышцах, приступообразный мучительный (коклюшеподобный) кашель, гепатоспленомегалия. Аускультативные данные чаще ограничиваются наличием над поверхностью легких больных жесткого дыхания и сухих хрипов, в отличие от больных бактериальными пневмониями, у которых хрипы в основном влажные. Изменения в формуле периферической крови детей, страдающих хламидийными пневмониями, в большинстве случаев (85%) сводятся к снижению общего количества лейкоцитов, увеличению относительного содержания лимфоцитов, в то время как у детей сравниваемой группы — к лейкоцитозу, нейтрофилии со сдвигом влево.

Таким образом, следует считать, что клинико-anamnestические данные и результаты лабораторных исследований несут значимую информацию о предполагаемой практическим врачом этиологии пневмонии у детей. Своевременное предположение педиатра об этиологии пневмонии у ребенка, несомненно, способствует определению рамок выбора адекватных фармакологических средств, с наибольшей вероятностью и эффективностью воздействующих на этиологический фактор болезни, в данном случае хламидии.

К настоящему времени установлена достаточно высокая чувствительность хламидий к препаратам макролидного ряда, что связано с проникновением последних в инфицированные хламидиями клетки. Однако создаваемая внутриклеточная концентрация действующего вещества у разных макролидов различна. Одним из наиболее активных в этом плане является азитромицин. Учитывая это, мы назначали в качестве этиотропного средства наблюдаемым нами больным пневмониями хламидийной этиологии азитромицин производства компании Вокхардт Лтд (Индия) — азивок.

Рекомендуемые фармакологическими руководствами стандартные схемы применения азитромицина малоэффективны для лечения пневмоний, вызванных внутриклеточными возбудителями. Хорошего эффекта в этих случаях можно достичь, проводя два десятидневных курса с интервалом между ними 10 дней или одного такого курса в сочетании с иммуномодуляторами. Однако столь длительный прием препарата мог привести к формированию резистентности микрофлоры и максимальному проявлению побочных действий. В связи с этим и с учетом возможности

накопления азитромицина в пораженных тканях и сохранения его терапевтической концентрации в течение 5–7 дней было решено назначать азивок в виде пульс-терапии. Препарат применяли в суточной дозе 30 мг/кг, разделенной на два приема, дважды с интервалом в 7 дней. Курсовая доза составила 60 мг/кг.

Было установлено, что под влиянием комплексной терапии (азивок, муколитические средства, физиотерапия) симптомы пневмонии быстро регрессировали, состояние детей улучшалось на 2–3-й день после приема первой дозы и к 7–8-му дню от начала лечения состояние больных можно было расценить как удовлетворительное. Вторая доза принималась на фоне клинического благополучия. Рентгенографическая картина нормализовалась через 7–10 дней после начала лечения.

При использовании указанного метода терапии ни у одного ребенка не возникло диспепсических расстройств, желтухи, увеличения печени и других побочных явлений. При исследовании печеночных проб (АлТ, АсТ) симптомы повреждения клеточных мембран гепатоцитов отсутствовали. Все это позволяет сделать вывод, что препарат азивок является безопасным фармакологическим средством лечения детей, больных хламидийными пневмониями.

Л и т е р а т у р а

1. Дворецкая С. А., Степанов Е. С. Иммуномодулирующая терапия у детей, больных хламидиозом // Педиатрия.— 2002.— № 4.— С. 111–112.
2. Запруднов А. М., Мазанкова Л. Н., Григорьев К. И. Хламидийная инфекция у детей: этиология, эпидемиология, патогенез, клинические проявления // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии.— 2001.— Т. 46, № 5.— С. 43–50.
3. Позняк А. Л., Лобзин Ю. В., Сидорчук С. Н. Хламидийные поражения дыхательных путей // Эпидемиология и инф. болезни.— 2002.— № 5.— С. 46–57.
4. Зайцева О. В., Щербакова М. Ю., Самсыгина Г. А. «Новая» хламидийная инфекция // Леч. врач.— 2001.— № 1.— С. 38–43.
5. Охлопкова К. А., Суслова О. В., Ахмина Н. И. Хла-

Таким образом, результаты исследования приводят к заключению, что при хламидийной пневмонии у детей имеется ряд клинико-лабораторных признаков, которые дают возможность диагностировать ее на ранних этапах манифестации. Это острое начало заболевания, симптомы интоксикации, фебрильной лихорадки, нередко гепатоспленомегалия, приступообразный кашель появляется на 3–5-е сутки болезни. При аускультации легких на фоне жесткого дыхания выслушиваются сухие хрипы. При скудной физикальной картине рентгенологически определяются выраженные очагово-инфильтративное поражение легких. В гемограмме больных выявляются лейкопения, лимфоцитоз, повышение СОЭ до 25–35 мм/ч.

Препарат азивок является высокоэффективным и безопасным средством лечения больных детей, использование его в комплексной терапии способствует быстрому купированию клинических проявлений болезни и относительно скорой санации организма детей. Доступность, простота применения, широкий диапазон антимикробного действия, отсутствие побочных реакций и выраженная терапевтическая эффективность азивока являются убедительными аргументами в пользу широкого использования его в педиатрической практике.

6. мидийная этиология заболеваний нижних отделов дыхательных путей у детей раннего возраста // Педиатрия.— 2001.— № 5.— С. 40–42.
6. Кетлинский С. А., Калинина Н. М. Цитокины мононуклеарных фагоцитов в регуляции реакции воспаления и иммунитета // Иммунология.— 1995.— № 3.— С. 30–48.
7. Семенов В. М. Клинико-эпидемиологическая характеристика хламидиозов // Рос. мед. журн.— 2000.— № 1.— С. 48–53.
8. Марушко Ю. В., Десятник Д. Г., Марушко Т. В. Клінічна характеристика та особливості діагностики захворювань, спричинених *Chlamidofila pneumoniae*, у дітей // Педіатр., акуш. та гінекол.— 2003.— № 4.— С. 51–55.

Поступила 10.04.2006