

Ивчик Д.В.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ АТИПИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Манкевич Р.Н.

Кафедра детских инфекционных болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Отсутствие специфических признаков респираторного микоплазмоза и хламидиоза часто затрудняет своевременную верификацию диагноза и назначение адекватного этиотропного лечения. Знание некоторых особенностей течения таких пневмоний поможет клиницистам вовремя заподозрить атипичную этиологию заболевания и выбрать соответствующую ситуации тактику лечения.

Цель: оценить у детей на современном этапе особенности течения и тактику лечения атипичных пневмоний, осложнившихся плевритом.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализировано 60 медицинских карт стационарных пациентов, находившихся на лечении в УЗ «ГДИКБ» г. Минска с 2017 г. по сентябрь 2022 г. с диагнозами «пневмония, вызванная *Mycoplasma pneumoniae*» и «пневмония, вызванная *Chlamydophila pneumoniae*», протекающих с плевритом. Диагноз установлен по данным рентгенографии органов грудной клетки (РОГК), а этиологическая верификация проводилась на основании выявления в крови антител к данным возбудителям методом иммуноферментного анализа. Для обработки полученных данных использовались методы математической статистики в программах Microsoft Excel 2016 и SPSS Statistics.

Результаты и их обсуждение. Наиболее часто заболевание встречалось у детей в возрасте 7–18 лет (72%). Среди заболевших преобладали девочки по сравнению с мальчиками (60% против 40%). Заболевание встречалось круглогодично, но чаще регистрировалось с августа по январь (82%). На повышение температуры тела до $39,0 \pm 0,1^\circ\text{C}$ предъявляли жалобы 88% детей, на кашель – 90% детей. На момент поступления у большинства пациентов в гемограмме имело место только повышение СОЭ, которая в среднем составила 29 ± 2 мм/ч, и уровня С-реактивного белка до $37,3 \pm 6,7$ мг/л. При этом количество лейкоцитов было в пределах нормальных значений у большинства обследованных ($6,7 \pm 0,2 \times 10^9/\text{л}$), и только у 28% детей отмечался лейкоцитоз ($15,12 \pm 1,6 \times 10^9/\text{л}$), палочкоядерный сдвиг нейтрофилов наблюдался лишь у 1/3 детей (средний уровень был $6 \pm 3,1\%$). Уровень эозинофилов в крови на момент госпитализации составил $3 \pm 2,6\%$. По данным РОГК воспалительный очаг чаще локализовался в нижних долях лёгких (правое лёгкое – 35% случаев, левое – 38% случаев, двусторонний процесс – 7% случаев), при этом плеврит регистрировался в среднем на $9 \pm 0,83$ сутки от начала болезни. У 82% детей в плевральных полостях определялся выпот (объёмом до $25 \pm 3,7$ мл), у остальных – сухой плеврит. Все пациенты получали антибактериальную терапию. В 32% случаев ввиду отсутствия положительной аускультативной динамики с противовоспалительной целью были назначены глюкокортикостероиды (ГКС) (на $18 \pm 1,4$ сутки болезни) длительностью в среднем на $6 \pm 0,7$ дней с постепенной отменой. Аускультативно исчезновение хрипов после назначения ГКС наблюдалось на $5 \pm 0,87$ сутки.

Выводы: 1. Микоплазменная и хламидийная пневмонии чаще встречаются в осенне-зимний период у детей в возрасте 7–14 лет, преимущественно у девочек. 2. В клинической симптоматике характерно наличие кашля и повышения температуры тела до фебрильных значений. 3. В гемограмме для таких пациентов не характерен лейкоцитоз и нейтрофильный сдвиг формулы влево, но имеет место незначительное повышение уровня СОЭ и С-реактивного белка. 4. Процесс локализуется чаще в одной из нижних долей лёгких и осложняется плевритом преимущественно через неделю болезни. 5. Пациентам с плевритом при отсутствии положительной аускультативной динамики показано раннее назначение глюкокортикостероидов.