

Таблица 1. Средние значения латентных периодов когнитивных ВП в группах среднего возраста.

Латентный период	ХЕГБ (n=16) средний возраст 52,9±4,4	ХГБ (n=20) средний возраст 51,8±3,7	Контрольная группа (n=10) средний возраст 55,7±2,9
P1	122,1±50,6	99,2±39,0	114,3±47,2
N1	156,5±53,2	155,9±53,9	142,3±47,2
P2	222,9±47,5	212,8±50,0	212,3±17,5
N2	287,4±55,8	274,1±50,9	264,3±25,4
P3 (P300)	368,5±40,9	333,7±32,6	298,7±10,1
N3	433,5±40,8	408,6±29,2	359,3±22,7

Примечание: В таблице указаны средние значения ± стандартное отклонение (m±σ).

P – достоверность различий средних величин: - p<0,01, - p<0,001.

Таблица 2. Средние значения латентных периодов когнитивных ВП в группах пациентов с ГБ и здоровых добровольцев.

ЛП	Мигрень (n=20)	ГБН (n=34)	ЦГБ (n=45)	ПТГБ (n=48)	Контроль (n=43)
P1	73,2±49,1	97,4±35,9	98,7±40,4	104,2±53,0	79,3±36,6
N1	123,0±51,8	150,8±46,9	147,3±46,0	148,0±56,8	119,7±43,7
P2	179,4±54,0	205,3±53,2	202,9±41,1	210,7±55,4	182,4±40,2
N2	244,8±42,3	268,0±46,9	268,5±44,3	269,6±51,2	235,6±43,4
P3	327,2±20,1	345,5±50,7	342,4±33,2	342,7±44,7	317,5±33,0
N3	411,8±10,8	411,4±44,0	418,8±36,4	405,8±43,8	385,7±39,0

Примечание: В таблице указаны средние значения ± стандартное отклонение (m±σ).

P – достоверность различий средних величин по сравнению с контрольной группой:

. - p<0,05, - p<0,01, - p<0,001.

Литература

1. Гнездицкий В.В. Вызванные потенциалы мозга в клинической практике / В.В. Гнездицкий. - М.: МЕДпресс-информ, 2003. - 264 с.
2. Кузнецова Е.А. Оценка когнитивных вызванных потенциалов при хронических ежедневных головных болях / Е.А. Кузнецова, Э.З. Якупов // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2010. - №11.
3. Кукушкин М.Л. Общая патология боли / М.Л. Кукушкин, Н.К. Хитров. – М.: Медицина. – 2004. – 144 с.
4. Мелкумова К.А. Хроническая боль и когнитивные функции / К.А. Мелкумова, Е.В. Подчуфарова // Неврологический журнал. – 2009. – №2. – С. 41-48.
5. Нейрохимия / Под ред. И.П. Ашмарина, П.В. Стукалова. – М.: Изд-во Института Биомедицинской Химии РАМН, 1996. – 470 с.
6. Рачин А.П. Функциональные особенности мозга (по данным динамики потенциала P300) в процессе хронизации ГБН / А.П. Рачин, Я.Б. Юдельсон, А.В. Сергеев // Патогенез. – 2005. - №1. – С. 48-49.
7. Якупов Э.З. Особенности вызванных потенциалов мозга при вторичных головных болях / Э.З. Якупов, Е.А. Кузнецова // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 2010. - № 1. – С. 79-83.
8. Alberti A. Event-related potentials in posttraumatic headache / A. Alberti, P. Sarchielli, G. Mazzotta, V. Gallai // Headache. – 2001. – N 41(6) – P. 579-585.
9. Demirci S. The auditory event related potentials in episodic and chronic pain sufferers / S. Demirci, S. Savas // Eur J Pain. – 2002. – N 6(3). – P. 239-244.
10. Evers S. Cognitive processing in primary headache: a study on event-related potentials / S. Evers, B. Bauer, B. Suhr et al. // Neurology. – 1997. – 48(1). – P.108-113.

Лесина О.Н.¹, Баранова И.П.², Зыкова О. А.³, Керимова Ж.Н.⁴

1 Кандидат медицинских наук; 2 доктор медицинских наук, профессор; доцент; 3 кандидат медицинских наук, ассистент; 4 кандидат медицинских наук, ассистент, Государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Пензенский институт усовершенствования врачей» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра инфекционных болезней

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ В ПЕРИОД 2012-2013 ГГ.

Аннотация

Целью исследования явилось изучение особенностей клинического течения внебольничных пневмоний в период эпидемического подъема заболеваемости 2012-13гг., определение роли микоплазменной инфекции и оценка ее клинических особенностей на современном этапе, а так же анализ эффективности антибактериальной терапии на догоспитальном этапе лечения внебольничных пневмоний в периоды значительного их подъема и контагиозности. Доказательство возрастающей роли микоплазменной инфекции в определенные эпидсезоны позволит врачам ориентироваться в эпидемиологической ситуации,

связанной с внебольничными пневмониями, целенаправленно выявлять этиологию заболевания при атипичном течении пневмоний и назначать эффективную этиотропную терапию.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, микоплазменная инфекция, дети.

Lesina O.N.¹, Baranova I.P.², Zykova O.A.³, Kerimova ZH.N.⁴

¹Candidate of medical Sciences, associate professor; ² doctor of medical Sciences, professor; ³ candidate of medical Sciences, assistant professor; ⁴ candidate of medical Sciences, assistant professor, State budgetary educational institution of additional professional education «Penza regional Institute of improvement of doctors» of the Ministry of health of the Russian Federation, Department of infectious diseases

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL PECULIARITIES OF COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA IN THE PENZA REGION IN THE PERIOD 2012-2013

Abstract

The aim of the study was to investigate the features of clinical course of community acquired pneumonia in the period of the epidemic incidence rise 2012-13 years, definition of the role of mycoplasmal infection and evaluation of its clinical features at the present stage, as well as the analysis of the effectiveness of antibacterial therapy in the pre-hospital stage of treatment of community acquired pneumonia in periods of their considerable rise and contagiousness. The proof of the increasing role of mycoplasmal infection in certain epidemiological seasons will allow physicians healthcare navigate the epidemiological situation associated with community - acquired pneumonia , purposefully to identify the etiology of the disease with atypical course of pneumonia and prescribe effective causal therapy.

Keywords: community acquired pneumonia, Mycoplasma infection, children.

Внебольничные пневмонии (ВП) остаются одной из основных причин заболеваемости, госпитализации и смертности, являясь актуальной проблемой здравоохранения как в индустриально развитых, так и развивающихся странах. Спектр возбудителей респираторных инфекций, к которым относятся и внебольничные пневмонии, разнообразен и включает респираторные вирусы, пневмотропные бактерии и атипичные возбудители, среди которых доминируют микоплазмы [1]. *Mycoplasma pneumoniae* является частой причиной воспаления легочной паренхимы; в различные годы и в зависимости от возраста на ее долю приходится от 5 до 45% внебольничных пневмоний. Микоплазменная пневмония контагиозна, чаще появляется поздней осенью и в начале зимы в виде спорадических вспышек среди молодых контингентов. В крупных городах инфекции, вызванные *Mycoplasma pneumoniae* постоянно встречаются на протяжении всего года. Каждые 3 – 7 лет возникают эпидемии микоплазменной инфекции [2,3,4]. Значительный достоверный рост заболеваемости и эпидемические вспышки пневмоний, вызванных *M. pneumoniae*, зарегистрированы среди детей в ряде Европейских стран в 2010-2011 гг. В 2012 г. зафиксированы две вспышки микоплазменной пневмонии на территории Российской Федерации (г. Москва, Московская и Нижегородская области) [5].

Цель исследования: изучить особенности клинического течения внебольничных пневмоний в период эпидемического подъема заболеваемости 2012-13 гг., определить роль микоплазменной инфекции в развитии внебольничных пневмоний и оценить ее клинические особенности, а также оценить эффективность антибактериальной терапии на догоспитальном (амбулаторном) этапе лечения.

Материалы и методы исследования. Использованы методы статистического анализа заболеваемости, унифицированные (стандартные) клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования, ИФА. Под наблюдением находились 100 пациентов (1 группа), госпитализированных в ГБУЗ «Пензенский областной центр специализированных видов медицинской помощи» (ПО ЦСВМП) с диагнозом внебольничной пневмонии средней степени тяжести в эпидсезон 2012-13 гг. и 52 ребенка (2 группа) с подтвержденным диагнозом внебольничной пневмонии микоплазменной этиологии, госпитализированных в ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова» (ПОДКБ им. Н.Ф. Филатова). Средний возраст больных составил 10,87±1,2 лет и 6,7±1,8 лет соответственно. Лица мужского пола составили 48%, женского – 52%. Этиологическая верификация возбудителя осуществлялась методом ИФА, в том числе с определением специфических IgM-антител к *M. pneumoniae*.

Результаты исследования. В октябре-декабре 2012 г в Пензенской области отмечен рост заболеваемости острыми внебольничными пневмониями. В течение этого периода (с 37 по 51 неделю) наибольшие показатели заболеваемости регистрировались в возрастных группах от 0 до 2 лет (средненедельный показатель заболеваемости - 44,0 на 100 тыс.), с 3 до 6 лет (41,1 на 100 тыс.). Наибольший прирост заболеваемости внебольничными пневмониями, при сравнении со средненедельными и среднемесячными показателями отмечался среди детей 7 - 14 лет (в 7,2 раза) и подростков 15 - 17 лет (в 3,7 раз). С августа 2012 года отмечено также увеличение числа детей с пневмонией, госпитализированных в ПОДКБ им. Н.Ф. Филатова и ПО ЦСВМП. Если в феврале-июле число госпитализаций по поводу острой внебольничной пневмонии составляло 25-30 человек в месяц, то к ноябрю-декабрю оно достигло 70 и 96 человек соответственно, нередко пневмония протекала в виде атипичных форм и традиционная antimicrobial химиотерапия не оказывала ожидаемого эффекта. При проведении дополнительного обследования методом ИФА (с целью этиологической верификации внебольничных пневмоний) у части госпитализированных детей была выявлена микоплазменная инфекция. Так, по данным лабораторной службы ПОДКБ им. Н.Ф. Филатова в 2012 году из 1915 сывороток, исследованных методом ИФА, в 166 (8,7%) образцах выявлены IgM к *Mycoplasma pneumoniae*, при этом микоплазменная пневмония диагностирована у 90 (54,2%) больных.

При поступлении в ПО ЦСВМП 73% заболевших (1 группа) предъявляли жалобы на повышение температуры тела, слабость, головную боль, малопродуктивный кашель с трудно отделяемой мокротой. Локальные симптомы пневмонии при объективном обследовании определялись только у 62% пациентов. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки у 24% больных в легких выявлены гомогенные инфильтративные изменения очагового или сегментарного характера, у 76% пациентов – мелкие неомогенные инфильтраты на фоне усиленного сосудисто-интерстициального рисунка. Чаще патологический процесс локализовался в нижних (61%) отделах легких, при этом у большинства пациентов поражалось правое легкое (68%), двусторонний процесс зарегистрирован у 5 % больных. Продолжительность догоспитального периода (у 96% пациентов) составила 5,41±0,2 дня, а 4 ребенка (4%) поступили в стационар с первого дня заболевания. Выделено 2 подгруппы больных, находившихся на амбулаторном лечении: 1А подгруппа - 55 человек, получавших симптоматическое лечение, 1Б подгруппа - 41 пациент, получавших антибактериальную терапию цефалоспорином 1, 3 поколения или амоксициллином. В стационаре проводилась антибактериальная терапия комбинацией цефалоспоринов 3-го поколения и макролидов, патогенетическая, симптоматическая, физиотерапия. На фоне проводимого лечения длительность симптомов интоксикации у больных 1 группы составила 6,42±0,32 дня, у пациентов 2 группы - 5,84±0,41 дней (p>0,05). Положительная рентгенологическая динамика у пациентов 1 группы отмечалась на 8,12±0,53 день лечения, во 2 группе – на 7,82±0,34 день (p>0,05). Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре составила в 1 группе - 16,17±0,7 дней, во 2 группе – 14,87±0,56 дней (p>0,05).

У 52 пациентов (2 группа, ГБУЗ ПОДКБ им. Н.Ф. Филатова) изучены клинические особенности микоплазменной пневмонии. Среди госпитализированных пациентов преобладали дети от 1 года до 5 лет – 53,8% (28 пациентов) и школьники от 6-15 лет – 40,4% (21 человек). Заболеваемость микоплазменной пневмонией регистрировалась также у детей первого года жизни, однако среди госпитализированных они составили только 5,8%. Микоплазменная пневмония чаще начиналась остро с повышения температуры и появления навязчивого кашля, при этом симптомы интоксикации, как правило, не были ярко выраженными и больные поступали в стационар преимущественно в состоянии средней степени тяжести – 82,7% (43 ребенка). Догоспитальный

период в 1-4 дня наблюдался у 34,6% пациентов (18 человек), 5-13 дней – у 51,9% пациентов (27 детей). У 13,5% пациентов (7 детей) заболевание развивалось постепенно, на фоне нормальной температуры, при отсутствии эффекта от традиционной антибактериальной терапии β-лактамами антибиотиками в течение 2-3 недель. При физикальном исследовании локальные симптомы не были выражены: аускультативно выявлялось небольшое количество мелкопузырчатых, среднепузырчатых и сухих хрипов с обеих сторон у 67,3% пациентов (35 детей), среднепузырчатых и сухих хрипов – у 26,9% (14 детей). Хрипы в легких отсутствовали у 5,8% пациентов. Рентгенологически определялось одностороннее поражение нижних долей у 46,2% (24), двусторонний процесс - в 26,9% случаев (21 человек), поражение верхней доли отмечалось у 7,7% (4 ребенка). Инфильтративные изменения сопровождались выраженной периваскулярной и перибронхиальной инфильтрацией и реакцией корневых легких в 90,4% случаев. Очагово-сливные поражения легких отмечены у 14 пациентов (26,9%), из них у 2 детей (3,8%) в процесс вовлекалась плевра. В клиническом анализе крови умеренный лейкоцитоз до 10-12 тыс. в 1 мл отмечен только у 32,7% больных (17 детей), палочкоядерный сдвиг – у 17,3% (9 больных). Из характерных для микоплазменной инфекции гематологических изменений выявлены: эозинофилия – у 25% (13 чел.), ускоренная СОЭ (20-40 мм/ч) – у 48,1% (25 чел.), анемия 1 ст. – у 21,2% детей (11 чел.). У 34,6% больных на фоне лечения цефалоспоридами отмечалась повторная волна заболевания с повышением температуры, неярким диспептическим синдромом, интоксикацией и появлением новых пневмонических очагов, выявленных при контрольном рентгенологическом исследовании. Эффективными антибактериальными препаратами у больных с респираторным микоплазмозом оказались кларитромицин, азитромицин (в т.ч. сумамед внутривенно)

Выводы:

1. Микробиологическое исследование мокроты не дало возможности установить микробиологический фактор в развитии пневмоний, что свидетельствует о необходимости более широкого использования методов серологической (ИФА) и молекулярно-генетической (ПЦР) диагностики.
2. Осенью 2012 г. в Пензенской области отмечался рост заболеваемости пневмониями микоплазменной этиологии; этиологическая диагностика микоплазмоза – необходимое условие обследования больных с пневмониями, особенно в период подъема заболеваемости, при атипичном течении и неясной этиологии заболевания
3. Нерациональная антибактериальная терапия на догоспитальном этапе в период подъема заболеваемости микоплазменной инфекцией не препятствует развитию воспалительного процесса в легких, который может приобретать сегментарный, очагово-сливной характер и осложняться плевритом.
4. Клинические проявления пневмонии у детей, вызванной микоплазма-пневмонией инфекцией имеют отличительные клинико-рентгенологические и лабораторные особенности, не поддаются лечению β-лактамами антибиотиками, что необходимо учитывать при обследовании и лечении таких пациентов

Литература

1. Инфекционные болезни: Национальное руководство (под ред. Н.Д. Ющука. Ю.Я. Венгерова). Москва: Гэотар-медиа.- 2009.- 1056 с.
2. Заплатников А.Л., Коровина Н.А. Респираторный микоплазмоз у детей // РМЖ.- 2004.- №13.- С.778
3. Раковская И.В. Микоплазмы человека и микоплазменные инфекции// Клиническая лабораторная диагностика.- 2006.- №3.- С.25-32
4. Протоколы лечения внебольничной пневмонии у детей. Официальный сайт Минздрава России.- www.gosminzdrav.ru (дата обращения 28.12. 2012)
5. Инфекции дыхательных путей «Эпидемиологический надзор за внебольничными пневмониями» // Методические указания от 3.1.2.3047-13; 3.1.2.- Москва.- 2013.

Баранова И.П.¹, Керимова Ж.Н.², Коннова О.А.³, Никольская М.В.⁴.

¹доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой инфекционных болезней; ²кандидат медицинских наук, ассистент кафедры инфекционных болезней; ³кандидат медицинских наук, доцент кафедры инфекционных болезней, Пензенский институт усовершенствования врачей; ⁴кандидат медицинских наук, доцент кафедры инфекционных болезней, Пензенский институт усовершенствования врачей.

ПОРАЖЕНИЕ ПЕЧЕНИ ПРИ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Аннотация

Авторы наблюдали 181 ребенка с цитомегаловирусной инфекцией в возрасте от 0 до 12 месяцев жизни. Диагноз устанавливали на основании исследования материала методом ПЦР; выявления диагностических титров специфических антител IgM и IgG методом ИФА. Описаны варианты течения гепатитов и их исходы.

Ключевые слова: цитомегаловирусная инфекция, дети раннего возраста, гепатит.

Baranova I.P.¹, Kerimova Zh.N.², Konnova O.A.³, Nikolskaya M.V.⁴.

¹D.Sc. in Medicine, Full Professor, Head of the Department of infectious diseases; ²PhD in Medicine, Assistant of the Department of infectious diseases; ³PhD in Medicine, Associate Professor of the Department of infectious diseases; ⁴PhD in Medicine, Associate Professor of the Department of infectious diseases, Penza regional Institute of improvement of doctors.

THE DEFEAT OF A LIVER, CYTOMEGALOVIRUS INFECTION IN CHILDREN OF EARLY AGE

Abstract

The authors examined 178 infants aged 0-12 months with cytomegalovirus infection. Diagnosis was verified by detection of specific IgM and IgG-antibodies in diagnostic titers with enzyme immunoassay; inoculation by chain polymerase reaction. Describes course options hepatitis and their outcomes.

Keywords: cytomegalovirus infection, children of early age, hepatitis.

Цель исследования: Изучить структуру поражений печени при цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ) у детей раннего возраста.

Материал и методы: Под наблюдением находился 181 ребенок в возрасте от 0 до 12 месяцев с манифестной цитомегаловирусной инфекцией. Диагноз подтвержден обнаружением специфических антител к цитомегаловирусу в крови класса IgM и низкоавидных антител класса IgG методом ИФА, а также обнаружением генома цитомегаловируса в биологических жидкостях (кровь, слюна, моча) методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). Для диагностики поражений печени проводились ультразвуковые исследования органов брюшной полости и лабораторные исследования.

Результаты исследования: Различные поражения печени выявлены у 33% детей с цитомегаловирусной инфекцией. Во всех случаях наблюдали не изолированное поражение печени, а комбинированное, с вовлечением других органов и систем (нервной, сердечно-сосудистой и др.). Гепатомегалия (без признаков гепатита) диагностирована у 14,3% пациентов с ЦМВИ, гепатоспленомегалия – у 18,7%, гепатит - у 8,02%, в том числе безжелтушные формы – 2,2%. Кроме того, при ЦМВИ выявлялись атрезия желчных путей (1,7%) и кальцинаты печени (0,6%). Во всех случаях атрезия желчных путей выявлена в сочетании с острыми желтушными гепатитами тяжелой степени.

Среди выявленных гепатитов при ЦМВИ у детей в 26,6% случаев имели место безжелтушные формы. Распределение больных по степени тяжести заболевания представлено в таблице 1.