

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.

Таблица 1 Распределение больных с гепатитами при ЦМВИ в зависимости от степени тяжести заболевания

№	Степень тяжести	Желтушные формы n=11, %	Безжелтушные формы n=4, %
1	2	3	4
1	Средняя	4 (36,3%)	4 (100%)
2	Тяжелая	7 (63,7%)	-

С момента поступления в стационар у всех пациентов с гепатитами (по данным объективного и ультразвукового исследования) обнаружено увеличение печени. Гепатомегалия у больных с желтушными формами гепатита достигала 2-4 см из-под края реберной дуги, тогда как увеличение печени, достигающее 3-3,5 см, наблюдалось у пациентов с безжелтушными формами.

У пациентов с гепатитами анализ биохимических показателей выявил следующие изменения: повышение активности печеночных ферментов (в 100 % случаев), гипербилирубинемия с преобладанием прямой фракции (86,6%).

Показатели билирубина достоверно отличались у больных различными формами гепатита. Так у пациентов с желтушными формами средний уровень билирубинемии был 151,1±26,8 мкмоль/л, при безжелтушных - 11,9±0,3 мкмоль/л. Средний уровень АЛТ в момент поступления в стационар у больных с желтушными формами составил 1,26±0,3 мккат/л (норма - 0,01-0,14 мккат/л), что достоверно различалось от показателей аминотрансферазы среди пациентов с безжелтушными формами (3,2±0,2 мккат/л). Уровень АСТ в среднем равнялся 1,22±0,3 мккат/л при желтушных формах и 1,9±0,3 мккат/л при безжелтушных. Повышение уровней холестерина и щелочной фосфатазы не отмечалось (таб. 2).

Таблица 2 Биохимические показатели у больных с гепатитами, ассоциированными с ЦМВИ

№	Признак	Желтушные формы	Безжелтушные формы
1	2	3	4
1	Билирубин, ммоль/л	151,1±26,8*	11,9±0,3
2	АЛТ, мккат/л	1,26±0,3	3,2±0,2*
3	АСТ, мккат/л	1,22±0,3	1,9±0,3
4	Холестерин, моль/л	2,9±0,8	2,5±0,2
5	Щелочная фосфатаза, ЕД	2,5±0,6	2,6±0,03

Примечание: * - различия достоверны

При анализе данных клинических анализов крови у обследованных больных диагностированы более высокие уровни лейкоцитов ($15,1 \pm 3,2 \times 10^9/\text{л}$) у больных с желтушными формами, чем у больных с гепатитами, протекающими без желтухи ($7,3 \pm 0,8 \times 10^9/\text{л}$). Скорость оседания эритроцитов составила в среднем $17,8 \pm 4,2$ мм/час у пациентов с желтухой и $5,8 \pm 0,9$ мм/час у пациентов без желтухи.

Все пациенты получали противовирусную терапию специфическими и неспецифическими иммуноглобулинами, ректальными суппозиториями виферон, также назначали гепатопротективную терапию препаратом фосфоглив. Длительность билирубинемии у пациентов с желтушными формами составила 18,4±3,2 дней. Гиперферментемия нормализовалась при желтушных формах - через 21,2±4,8 дней, при безжелтушных - через 14,5±1,8 дней.

Динамическое наблюдение за детьми после перенесенного гепатита осуществлялось в сроки от 1 до 5 лет, с определением уровней биохимических показателей, определением ДНК ЦМВ в крови, проведением УЗИ внутренних органов.

Отмечено, что после перенесенной острой ЦМВИ, сопровождающейся гепатитом, у 4 детей отмечалось повторное увеличение показателей трансаминаз, без желтухи, сохранявшееся до 3-6 месяцев. У одного ребенка отмечено развитие гепатита с желтухой с обострением после перенесенной острой ЦМВИ через 3 года и через 5 лет. Троице пациентам с выявленной атрезией желчных путей, проведена операция по трансплантации печени.

Выводы:

1. Таким образом, в структуру поражений печени, ассоциированных с цитомегаловирусной инфекцией, у детей раннего возраста, входят гепато- и спленомегалия, желтушные и безжелтушные формы гепатита, а также атрезия желчных путей (чаще в сочетании с гепатитами), кальцинаты печени.

2. Безжелтушные формы гепатита характеризуются средней степенью тяжести, отсутствием гипербилирубинемии в крови, но достоверно более высокими показателями АЛТ, а также более быстрым наступлением нормализации гиперферментемии, чем желтушные формы.

3. Воспалительные изменения в крови преобладают у пациентов с желтушными формами гепатита.

4. Пациенты после перенесенного острого гепатита ЦМВ-этиологии нуждаются в диспансерном наблюдении с проведением клинико-лабораторного контроля.

Литература

- Учайкин В.Ф., Смирнов А.В., Чуелов С.Б. и др. Цитомегаловирусный гепатит у детей // Детские инфекции. - 2007. - №6. - С.12-16
- Смирнов А.В., Чуелов С.Б., Брюсова И.Б. и др. Клинические варианты течения цитомегаловирусного гепатита // Детские инфекции. - 2008 г. - №7. - С.18-23
- Керимова Ж.Н. Клиническая структура манифестных форм цитомегаловирусной инфекции у детей раннего возраста и эффективность противовирусной терапии // Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. - Саратов. - 2009. - 28 с.

Николаева Е.Н.

Студентка, Чувашский государственный университет им.И.Н.Ульянова.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ В ПОЛОСТИ РТА ДРОЖЖЕПОДОБНЫХ ГРИБОВ РОДА CANDIDA ПРИ ОСТРОМ РЕСПИРАТОРНОМ ЗАБОЛЕВАНИИ

Аннотация

В статье изучена частота встречаемости дрожжеподобных грибов рода Candida в полости рта лиц в возрасте 17-19 лет, болеющих или имеющих в в течение месяца в анамнезе ОРЗ.

Ключевые слова: кандидоз, острое респираторное заболевание.

Nikolaeva E.N.

Student, Chuvash State University.

THE FREQUENCY OF OCCURRENCE IN THE MOUTH YEAST-LIKE FUNGI OF THE GENUS CANDIDA WITH ACUTE RESPIRATORY DISEASES

Abstract

The article studied the incidence of yeast-like fungi of the genus Candida in the mouth of persons aged 17-19 years, suffering or having a month in a history of acute respiratory disease.

Keywords: candidiasis, acute respiratory disease.