

# ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПНЕВМОНИИ У ИММУНОКОМПРОМЕТИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

*Каранкевич М. В., Романова О. Н.*

УО «Белорусский государственный медицинский университет»;  
ГУ «Республиканский научно-практический центр детской  
онкологии, гематологии и иммунологии», г. Минск, Беларусь

**Введение:** Диагностически подтвержденная пневмония занимает второе место в структуре инфекционных осложнений и является одним из наиболее жизнеугрожающих состояний. Летальность при ее развитии достигает 20-50% в зависимости от основного заболевания, возбудителя и адекватности лечебных мероприятий. У пациентов, находящихся в глубокой нейтропении более семи дней, затемнения в легких обнаруживаются в 15-25% случаев, то есть практически у каждого четвертого.

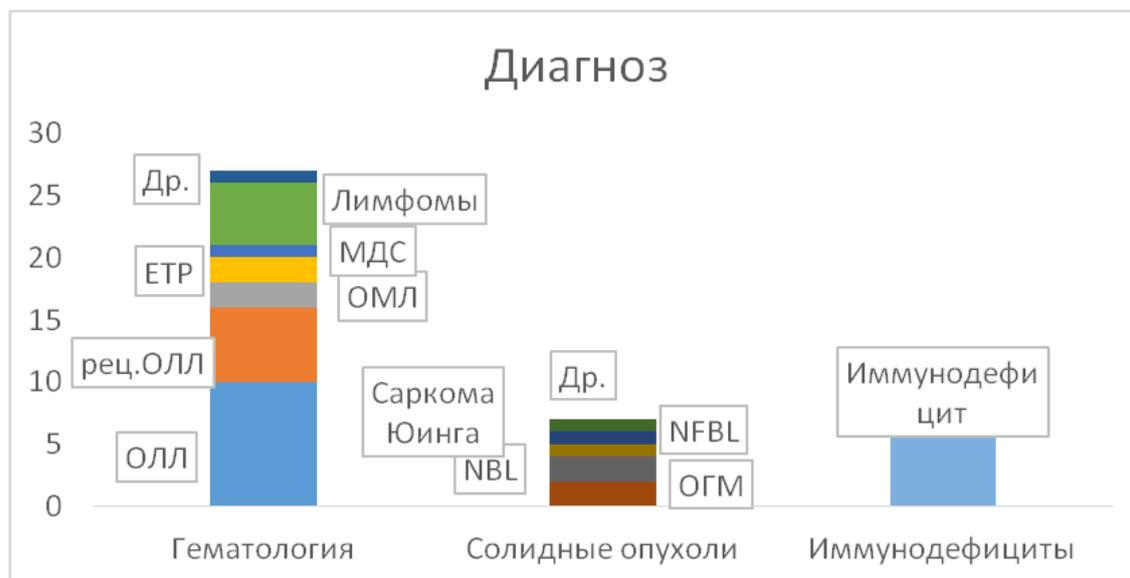
Недостаточная изученность этиологической структуры и факторов риска развития данной нозологии, низкая оценка региональных особенностей устойчивости микроорганизмов к антибактериальным препаратам, а также отсутствие единого алгоритма диагностики – основные причины, из-за которых пневмонии занимают данную позицию в структуре заболеваемости и смертности.

Таким образом, частота инфекционных поражений легких и огромные затраты на их лечение диктуют необходимость постоянной концентрации внимания на данной проблеме и определяют ее актуальность.

**Объекты и методы.** Методом случайной выборки было отобрано 40 историй болезней пациентов, находившихся на лечении в ГУ РНПЦ ДОГИ и перенесших пневмонию в период с 01.06.2014 по 01.06.2015. У всех пациентов диагноз пневмонии был подтверждён проведением компьютерной томографии органов грудной клетки.

**Результаты и их обсуждение.** В исследуемой группе преобладали мальчики – 57,5% (23 случая), девочек – 42,5% (17 случаев).

Большинство пациентов страдали гематологическими заболеваниями (рис. 1) – 67,5% (27 случаев), среди которых преобладали острые лимфобластные лейкозы (10 случаев); солидными опухолями страдали 17,5% (7 случаев); иммунодефицитами страдали 15% (6 случаев).

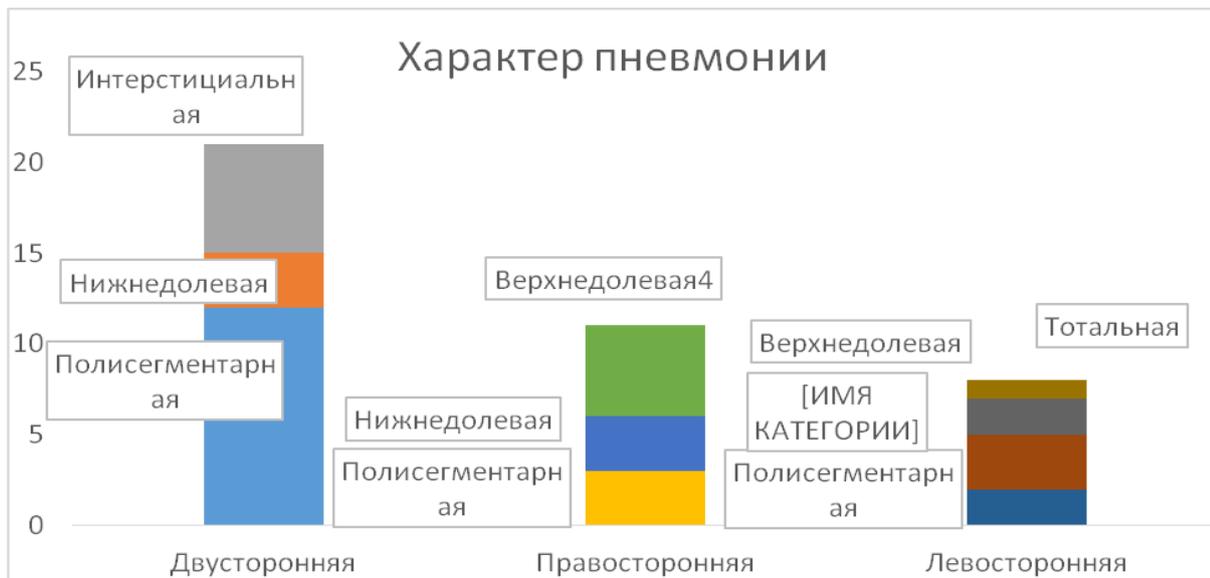


**Рисунок 1. – Нозологические формы заболеваний**

В возрастных группах преобладали пациенты в диапазоне 6-10 лет (22,5% – 9 случаев) и старше 15 лет (30% – 12 случаев).

Наименьшее количество случаев приходилось на лето – 10% (4 случая). В остальном ярко выраженной сезонности не наблюдалось.

По характеру поражения (рис. 2) доминировали двусторонние пневмонии – 52,5% (21 случай), из них нижнедолевые – 3 случая, полисегментарные – 12 случаев, интерстициальные – 6 случаев; правосторонние – 27,5% (11 случаев): верхнедолевая – 5 случаев, нижнедолевая – 3 случая, полисегментарная – 3 случая; левосторонняя – 20% (8 случаев): нижнедолевая – 3 случая, верхнедолевая – 2 случая, полисегментарная – 2 случая, тотальная – 1 случай.



**Рисунок 2. – Характер пневмонии у пациентов**

Более чем в половине случаев пациенты находились в глубокой аплазии (рис. 3): (гранулоциты <500) – 52,5% (21 случай); при гранулоцитах от 500 до 1000 заболевание развилось у 10% (4 случая); при гранулоцитах >1500 у 37,5% (15 случаев), однако многие из них получали в анамнезе гормоны (кортикостероиды), либо через несколько дней «зашли» в аплазию.



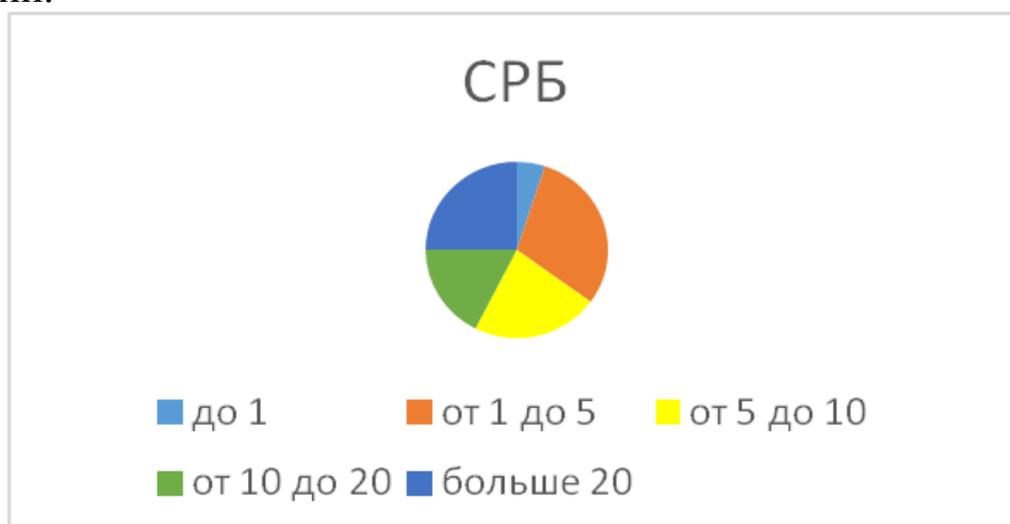
**Рисунок 3. – Абсолютное количество гранулоцитов**

Инфекционный эпизод в 95% случаев дебютировал слабостью и анорексией. У 75% (30 случаев) наблюдался кашель, в большинстве случаев редкий, малопродуктивный. Неврологическая симптоматика наблюдалась в 20% случаев, из них в 3-х случаях оценить связь с эпизодом пневмонии было затруднительно, т.к. данные явления могли служить проявлением основного заболевания. Рвота наблюдалась в 37,5% случаев, диарея – в 15%

случаев. Без лихорадки пневмония протекала в 27,5% (11 случаев), при этом ее отсутствие могло быть обусловлено применением парацетамола, анальгина и кортикостероидов. Температура от 37 до 38°С наблюдалась в 15% (6 случаев), 38,1-39°С – в 32,5% (13 случаев), 39,1-40°С – в 25% (10 случаев). В 37,5% (15 случаев) наблюдался ярко выраженный озноб.

Аускультативные признаки пневмонии отмечены лишь в 60% (24 случая). В 27,5% (11 случаев) пневмония протекала без признаков дыхательной недостаточности. ДН I наблюдалась в 35% (14 случаев), ДН II – 15% (6 случаев), ДН III – 7,5% (3 случая), ДН IV – 15% (6 случаев).

Уровень СРБ (рис. 4) колебался в широких диапазонах, и не всегда его низкий уровень свидетельствовал о нетяжелом течении пневмонии.



**Рисунок 4. – Уровень СРБ**

Гипопротеинемия наблюдалась в 37,5% (15 случаев), гипонатриемия – в 15% (6 случаев). Осложнения пневмонии (рис. 5) помимо дыхательной недостаточности наблюдались в 32,5% (13 случаев): плевральный выпот – 7 случаев, легочное кровотечение – 2 случая, ОРДС – 2 случая, пневмоторакс – 1 случай, деструкция – 1 случай, ателектаз – 1 случай.



**Рисунок 5. – Осложнения пневмонии**

Летально закончились 15% (6 случаев), из них 3 случая – непосредственно от осложнения пневмонии. В 10% (4 случая) динамику изменений не удалось отследить, т.к. пациенты уезжали на лечение за рубеж или умирали от других осложнений. Реконвалесценцией закончились 75% (30 случаев).

#### **Выводы.**

Пневмония до сих пор является одним из наиболее тяжелых инфекционных осложнений у иммунокомпрометированных пациентов, а трудность ее диагностики в данном случае определяется не только ранним возрастом пациентов, но и тем, что дебют в виде грубых респираторных расстройств встречается редко, чаще первые проявления неспецифичны, а физикальные данные в период цитопении скудны. Заболевание прогрессирует быстро и носит двусторонний характер, а наиболее частые возбудители у данной категории пациентов – представители грам-отрицательной флоры, колонизация зева и кишечника которыми в период прогнозируемой длительной цитопении может представлять опасность дальнейшего поражения нижних дыхательных путей.

#### **Литература:**

1. M. I. Davydov, N. V. Dmitrieva. (2009) *Infekcii v onkologii* [Infections in Oncology]. Moscow: Prakticheskaya Medicina. (in Russian).
2. Heyneman L. E, Johkoh T, Ward S, et al. (2000) Pulmonary leukemic infiltrates: high-resolution CT findings in 10 patients. *AJR Am J Roentgenol*, 174:517–521.

3. Mayaud C, Chadranel J. (2000) A persistent challenge: the diagnosis of respiratory disease in the non-AIDS immunocompromised host. *Thorax*, 55:511–517.

## **ОЦЕНКА ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНИТОВ, ПО ДАННЫМ ЦИТОФОТОМЕТРИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**

*Карчевский А. А., Парамонова Н. С., Мацюк Я. Р., Барабан О. В.*

УО «Гродненский государственный медицинский  
университет», г. Гродно, Беларусь

Хронический гастродуоденит (ХГД) – наиболее распространенное гастроэнтерологическое заболевание среди всех болезней верхних отделов пищеварительного тракта в детском возрасте [1]. Поздняя диагностика во многом объясняется субклиническим течением болезни, частым вовлечением в патологический процесс других органов пищеварительной системы, а в ряде случаев связано с дисплазией соединительной ткани (ДСТ). ДСТ – это гетерогенная группа заболеваний многофакторной природы, обусловленная вовлечением в патогенез общих ферментных систем и различных структурных белков внеклеточного матрикса соединительной ткани. В основе формирования данной патологии лежит сочетанное действие двух ведущих факторов: генетической предрасположенности, обусловленной суммирующим действием функциональных полиморфных аллелей большого числа генов и провоцирующим действием разных внешних факторов [2].

В последнее время активно формируются представления о роли нарушений клеточной энергетики в течение самых разнообразных процессов [3].

Высокая распространённость, прогнозируемый рост, частые осложнения ХГД, низкая эффективность терапевтических мероприятий и установление роли ДСТ в течении и патогенезе этого заболевания требуют поиска новых высокоэффективных методов диагностики, лечения, особенно на этапах становления