

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

У ДІТЕЙ НА ТЛІ ІНФІКУВАННЯ *Chlamydomphila pneumonia*

Вищий державний навчальний заклад України

«Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

Дана робота є фрагментом НДР «Розробити систему ранніх лікувально-діагностичних та профілактично-реабілітаційних заходів для попередження поліорганичних уражень у передчасно народжених дітей», № держ. реєстрації 0114U003088.

Вступ. Не зважаючи на досягнення сучасної медицини, рівень інфекційної захворюваності не знижується. Перше місце в структурі інфекційних хвороб у дорослих і дітей займають гострі респіраторні захворювання (ГРЗ). Термін ГРЗ об'єднує етіологічно різні інфекції респіраторного тракту, які мають подібну клінічну картину, обумовлену тропністю інфекційного фактору до епітелію дихальних шляхів. Латентні та персистуючі форми інфекцій у дітей залишаються вивченими не достатньо. Багато авторів як вітчизняних, так і зарубіжних, відзначають істотні зміни мікробного спектру збудників, що викликають ГРЗ [2, 11]. Має місце підвищення інфікованості дітей *Chlamydomphila pneumonia* (*Ch. pn.*) [10]. Також розглядається етіологічна значимість *Ch. pn.* у розвитку соматичних захворювань і її здатність змінювати адекватність фізіологічних і регуляторних реакцій організму [6]. Зараження хламідіями можливо різними шляхами, в тому числі повітряно-крапельним, контактним. Сприйнятливості до хламідій загальна. Перенесена інфекція не забезпечує довічного імунітету. Збільшення інфікованості *Ch. pn.* пов'язують зі зміною загального мікробного фону, підвищенням використання антибіотиків і гормонів, що значно змінює біоценоз організму дитини, його імунологічний і ендокринний статус [8]. Ряд науковців стверджує, що здорового носійства *Ch. pn.* не буває, її виявлення завжди вказує на наявність інфекційного процесу [9]. Хламідійна інфекція може проявляти себе різними клінічними варіантами. Загальноприйнятої клінічної класифікації даної інфекції немає [1].

Метою даної роботи було порівняти клінічні варіанти перебігу ГРЗ у дітей на тлі інфікованості *Ch. pn.* і без інфікування *Ch. pn.*

Об'єкт і методи дослідження. Для вирішення поставлених завдань проведено клініко-лабораторне обстеження 130 дітей віком від 3 до 12 років, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в пульмонологічному відділенні дитячої міської клінічної лікарні м. Полтави з приводу ГРЗ.

В залежності від наявності інфікування *Ch. pn.* діти розподілялися на наступні групи: 70 дітей, які мали позитивні аналізи на *Ch. pn.*, склали основну

групу. У 60 дітей інфікування на *Ch. pn.* не встановлено, вони увійшли у групу порівняння. 35 дітям основної групи та 30 дітям групи порівняння з дозволу батьків проведені спеціальні дослідження (цитохімічні, вивчення фагоцитозу).

Розподіл по віку дітей у групах порівняння показав, що інфікування *Ch. pn.* частіше виявлялося у дітей старше 7 років. Діти основної групи та групи порівняння за нозологічною структурою не відрізнялися. В обох групах переважали пневмонії, на другому місці – гострий бронхіт. До основної групи увійшло 29 дітей з пневмонією (41,4%), 26 (37,2%) дітей з гострим бронхітом (ГБ), 15 (21,4%) – з гострим респіраторним вірусним захворюванням (ГРВЗ). До групи порівняння віднесено 24 дитини (40%) з пневмонією, 22 (36,7%) з ГБ і 16 (26,7%) з ГРВЗ.

Діагностика хламідійної інфекції проводилася за допомогою ІФА крові за вмістом IgG та IgM з одночасним обстеженням фарингеального зішкребу на наявність ДНК *Ch. pn.* за методом ПЛР. Обстеження проводилося відразу після надходження дітей до стаціонару. Оцінка фагоцитарно-метаболическої функції нейтрофілів проводилася за фагоцитарною здатністю нейтрофілів, в основі якої лежить властивість фагоцитів захоплювати частинку латексу. Активність мітохондріального ферменту циклу Кребса сукцинатдегідрогенази (СДГ), що відповідає за енергетичний обмін лімфоцитів, у мазках крові визначали за цитохімічним методом Р. П. Нарцисова в модифікації Stuart, Simpson, (1970).

У публікаціях останнього часу відзначається, що пневмонії на тлі інфікування *Ch. pn.* є поліетіологічними та пов'язані з вірусно-бактеріальними чи бактеріальними асоціаціями. Припускається, що *Ch. pn.* несприятливо впливає на функцію в'язкого епітелію дихальних шляхів, призводячи до бронхогенного поширення патогенів, передусім, пневмококів [4]. Тому лікування пневмонії у дітей із груп спостереження включало: антибактеріальні препарати, відхаркувальні та муколітичні засоби, жарознижуючі засоби, пробіотики, фізіотерапевтичні процедури, ЛФК (у відповідності до наказу МОЗ № 18 від 13.01.05 р.) При підтвердженні інфікування *Ch. pn.* (на 3–4 добу) проводилася корекція лікування з призначенням антибіотика макролідного ряду. Лікування ГБ та ГРВЗ у дітей із груп спостереження включало призначення протівірусних, відхаркувальних та муколітичних препаратів, при нав'язливому, малопродуктивному

та сухому кашлі з метою пригнічення кашлю призначалися протикашльові препарати.

Обробку отриманих результатів проводили з використанням методів медичної статистики й пакета прикладних програм Statistica 7,0, MS Excel. Зв'язок між проявами оцінювали згідно з розрахунками коефіцієнту кореляції з наступним визначенням їх вірогідності. Критичний рівень значимості відмінностей (p) в дослідженнях приймали рівним 0,05.

Результати досліджень та їх обговорення.

Аналіз анамнестичних даних показав, що вагітність у матерів дітей основної групи протікала з гестозом (у 65%), загрозою переривання (16%), анемією (6%), Відомо, що фактором ризику захворювань бронхолегеневої системи, за даними науковців, є недоношеність. У нашому дослідженні передчасно народжених дітей в основній групі було 22,8%, у групі порівняння – 3,3% ($p < 0,001$). Значний відсоток дітей основної групи мав обтяжений перинатальний анамнез: 35,3%, у групі порівняння – 13,8% ($p < 0,001$).

Для адекватного росту та розвитку дитини, формування імунної системи після народження відіграє характер вигодовування немовляти. Аналіз вигодовування обстежених дітей показав, що тривалість природного вигодовування була досить короткою в обох групах і діти практично не відрізнялися за терміном перебування на природному вигодовуванні.

У дітей, інфікованих *Ch. pn.*, значно частіше виявлялися несприятливі фактори преморбідного фону. Перинатальна енцефалопатія, рахіт, анемія, atopічний дерматит, тимомегалія у дітей основної групи зустрічалися у 82,8% проти 60% дітей групи порівняння ($p < 0,001$). Діти основної групи на першому році життя частіше хворіли ГРЗ, внаслідок чого застосування антибіотиків на першому році життя у них проводилося значно частіше: у 82,8%, проти 53,3% ($p < 0,001$).

Аналіз структури респіраторної патології за останній рік перед госпіталізацією показав достовірні відмінності у дітей основної групи, на відміну від групи порівняння. Так, діти основної групи у 3 рази частіше хворіли ГРЗ ($p < 0,001$). Захворюваність на бронхіти переважала в 3,4 рази у дітей основної групи, на відміну від групи порівняння ($p < 0,001$). 17 дітей бронхіти перенесли більше 3-х разів на рік, що можна розцінювати як рецидивування запального процесу. При опитуванні матерів дітей основної групи, більше 50% їх зазначили, що тривалість кашльового періоду у дітей складала від 12-15 днів до кількох місяців. За даними матерів, кашель був сухим, нав'язливим, турбував дитину впродовж дня, не мав чіткого часу виникнення і ні з чим не був пов'язаний. При обстеженні дітей дільничними педіатрами фізикальних змін та відхилень у загальному аналізі крові не було виявлено. Призначене в амбулаторних умовах лікування кашлю ефекту не давало. У дітей основної групи у 80% випадків в анамнезі спостерігалося поєднання двох захворювань, у 25,7% – трьох захворювань. У групі порівняння відповідно у 13,3% дітей мало місце поєднання двох захворювань.

Порівняльний аналіз клінічного перебігу респіраторної патології у дітей показав, що

тривалість продромального періоду до госпіталізації у дітей основної групи складала в середньому 3-5 днів ($5,3 \pm 0,28$) проти 1-2 днів у групі порівняння ($1,8 \pm 0,25$, $p < 0,05$).

Перебіг пневмонії у дітей основної групи був більш тяжким за рахунок ускладнення бронхообструктивним синдромом ($p < 0,03$), стан дітей погіршував сухий нападоподібний кашель ($p < 0,001$). Слід відмітити, що у молодших дітей основної групи з діагностованою пневмонією відмічено поступовий розвиток пневмонічного процесу з малопродуктивного кашлю і нежиті на тлі нормальної температури чи субфебрилітету. Госпіталізація дітей була пізньою. Лише 5% хворих були госпіталізовані в перші 3 дні захворювання. Помірно виражені симптоми інтоксикації визначалися у 65% дітей основної групи, локальні фізикальні зміни у легенях – у 58%. У дітей групи порівняння кашель був більш продуктивним з перших днів захворювання. У них більш гострим був початок захворювання і більш вираженою температурна реакція. Фебрильна та висока температура при госпіталізації визначалася у 76% дітей з групи порівняння. Загальний стан дітей обох груп в більшості випадків розцінювався як середньо-тяжкий.

У 79,3% дітей основної групи спостерігалось збільшення лімфатичних вузлів, переважно підщелепних, шийних, надключичних, пахвинних. Лімфаденопатія у дітей групи порівняння виявлена у 58,3% випадків ($p < 0,05$). Збільшення лімфатичних вузлів у дітей основної групи залишалось після виписки із стаціонару упродовж 1,5-2 місяців. Діти основної групи у 72,4% випадків мали функціональні порушення серцево-судинної системи у вигляді систолічного шуму, тахікардії, брадикардії та змін у передсердно-шлуночкової провідності. Діти групи порівняння дані порушення мали у 35% випадків ($p < 0,05$). Виявленні порушення серцево-судинної системи є наслідком частих захворювань дітей основної групи респіраторними вірусними інфекціями.

Гепатомегалія майже вдвічі частіше визначалася у дітей основної групи, на відміну від дітей групи порівняння ($p < 0,05$). Перкуторна та аускультативна картина практично не відрізнялася у дітей із груп спостереження. Рентгенологічне дослідження у 100% дітей з пневмоніями показувало вогнищеві зміни в легеневої тканині. Варіанти ураження легенів у дітей основної та порівняльної груп достовірно не відрізнялися. У 44% дітей основної групи тривалий час зберігалось посилення легеневого (судинного) малюнку. Тривалість пневмонії в дітей основної групи становила $12,8 \pm 0,66$ днів, що було вдвічі більше, ніж у групі порівняння – $6,42 \pm 0,51$ днів ($p < 0,05$).

Аналіз показників загального аналізу крові в дітей з пневмоніями із груп спостереження при госпіталізації показав, що у дітей основної та порівняльної груп показники червоної крові знаходилися в межах норми й достовірно не відрізняються, але запальні зміни в лейкоцитарній формулі були більш вираженими в дітей із групи порівняння. Рівень паличкоядерних нейтрофілів майже у два рази був вищим у дітей групи порівняння, відповідно $7,0 \pm 0,49$ у дітей основної групи, та $13,0 \pm 0,73$ у дітей групи порівняння ($p < 0,05$). Достовірна відмінність спостерігалася і

за вмістом моноцитів. У дітей основної групи рівень моноцитів був $4,11 \pm 0,37$, на відміну від порівняльної групи, де даний показник становив $8,28 \pm 0,58$ ($p < 0,05$). Еозинофіли в межах 6-10% визначалися у 22% дітей основної групи. Рівень еозинофілів у всіх дітей групи порівняння був у межах норми. Суттєво відрізнялася ШОЕ: у дітей групи порівняння цей показник був значно вищим, на відміну від дітей основної групи ($p < 0,05$). Збільшення ШОЕ обумовлено запальним процесом і характеризує інтенсивність імунної відповіді.

Аналіз клінічного перебігу ГБ в групах порівняння показав, що у більшості дітей основної групи на початку хвороби спостерігався сухої болючий кашель, якій мав подразливий характер, що достовірно відрізнялося від характеру кашлю у дітей групи порівняння ($p < 0,001$). У всіх дітей, які були інфіковані *Ch. pn.* відмічалася задишка ($p < 0,02$). Часті захворювання на бронхіт при інфікуванні *Ch. pn.*, за даними науковців, пов'язані з персистенцією збудника в дихальних шляхах, особливо в умовах імунодефіциту. Хламідії обумовлюють хронічне запалення та підтримують гіперреактивність бронхів. Середня тривалість кашлю у дітей основної групи, хворих на ГБ, складала $13,8 \pm 0,72$ днів, у дітей із групи порівняння – $9,54 \pm 0,65$ доби ($p < 0,05$). Діти основної групи у стаціонарних умовах лікувалися довше, ніж діти із групи порівняння ($p < 0,05$).

Вивчення загального аналізу крові у хворих на ГБ показало наступне: в обох групах запальні зміни в лейкоцитарній формулі були не вираженими, а ШОЕ достовірна нижча у дітей основної групи ($p < 0,05$). Також достовірна відмінність спостерігалася за вмістом моноцитів та еозинофілів у крові дітей із груп спостереження. Відсотковий рівень еозинофілів був достовірно вищим у дітей основної групи, в порівнянні з дітьми групи порівняння ($p < 0,05$), а рівень моноцитів достовірно нижчим був у дітей основної групи, що свідчить про зниження активності макрофагальної ланки.

Аналіз хворих на ГРВЗ показав, що для дітей основної групи не властива гіпертермія. Під час спостереження у половини дітей основної групи спостерігалася субфебрильна температура тіла, у другій половини дітей основної групи температура була нормальною. 56,2% дітей порівняльної групи мали фебрильну температуру тіла, на відміну від дітей основної групи ($p < 0,001$). Нормалізація температури тіла швидше відбувалася у дітей із групи порівняння, відповідно, $2,0 \pm 0,35$ та $4,25 \pm 0,53$ у дітей основної групи ($p < 0,05$).

У більшості дітей основної групи, хворих на ГРВЗ, були виражені катаральні прояви, на відміну від дітей порівняльної групи, у яких нежить спостерігалася у 43,7% випадків ($p < 0,01$). Сухий нав'язливий кашель мали 86,7% дітей основної групи та 31,2% дітей із групи порівняння ($p < 0,001$). Також для 86,7% дітей основної групи було характерне збільшення всіх груп лімфатичних вузлів. При пальпації лімфатичні вузли були еластичної консистенції, рухливі, безболісні, розміром до двох сантиметрів. У дітей групи порівняння лімфаденопатія виявлена у 43,7% випадків ($p < 0,001$). Частіше спостерігалася

збільшення підщелепних і шийних лімфатичних вузлів. У 93,4% дітей основної групи основне захворювання протікало з ускладненнями (отит, синусит), на відміну від дітей групи порівняння, де ускладнення зустрічалися у 13,4% випадків ($p < 0,001$). Також у двох дітей основної групи мало місце одночасне ускладнення у вигляді отиту і синуситу.

Необхідно відмітити, що в нашому спостереженні 66,7% дітей основної групи скаржилися на біль у суглобах, переважно в колінних. Біль виникав на 1-2 добу захворювання і зникав на 3-5 день. У дітей порівняльної групи артралгії не зустрічалися ($p < 0,001$). При огляді суглобів виражених ознак запалення не виявлено. Наявність артралгії і міалгії при інфікуванні *Ch. pn.* відмічають також і інші автори [3, 7].

53,4% дітей основної групи, хворих на ГРВЗ, мали функціональні порушення серцево-судинної системи у вигляді систолічного шуму, тахікардії, на відміну від дітей порівняльної групи, де аналогічних змін не виявлено ($p < 0,05$). Діти основної групи з ГРВЗ у стаціонарних умовах лікувалися довше, на відміну від дітей групи порівняння (відповідно, $10,8 \pm 0,84$ ліжко-днів діти основної групи та $7 \pm 0,66$ у групі порівняння), $p < 0,05$.

Загальний аналіз крові у дітей основної та порівняльної груп з ГРВЗ відрізнялися за ШОЕ, відповідно $7,4 \pm 2,72$ та $11,7 \pm 0,85$ у дітей із групи порівняння ($p < 0,05$). Достовірна відмінність спостерігається і за вмістом паличкоядерних нейтрофілів: $4,8 \pm 0,56$ у дітей основної групи та $8,0 \pm 0,7$ у дітей із порівняльної групи ($p < 0,05$). Відмічається достовірна відмінність за рівнем еозинофілів у дітей основної групи, на відміну від порівняльної (відповідно $4,4 \pm 0,47$ та $1,2 \pm 0,27$) ($p < 0,05$), а рівень моноцитів був значно нижчим на відміну від порівняльної групи ($p < 0,05$).

Відомо, що моноцити здатні виконувати у плазмі крові ті ж функції, що й макрофаги в тканинах. За якістю виконання антигенної презентації макрофаги поступаються лише дендритній клітині. Абсолютний моноцитоз спостерігався протягом всієї імунної відповіді на дію антигену; період відносного моноцитозу є недовготривалим і визначається у процесі розгорнутої клінічної картини хвороби. Зниження рівня моноцитів у крові на початок респіраторних захворювань у дітей, інфікованих *Ch. pn.*, свідчить про низьку відповідь макрофагальної системи. Функціональну депресію мононуклеарного фагоцитозу у дітей основної групи на початку захворювання і також підтверджує відсутність взаємозв'язків між лейкоцитами та фагоцитозом, в той час, як у групі порівняння цей взаємозв'язок прямий, слабкий, але достовірний ($r = 0,02$ проти $r = 0,3$ відповідно, $p < 0,05$).

У дітей основної групи на початку ГРЗ також спостерігалася зниження у лімфоцитах крові активності СДГ – основного мітохондріального дихального ферменту, який визначає процес енергетичного обміну на клітинному рівні: $1,27 \pm 0,09$ у. о. проти $1,46 \pm 0,08$ у. о. у дітей групи порівняння, ($p < 0,05$), що свідчить про порушення метаболізму лімфоцитів у дітей, інфікованих *Ch. pn.*, та відображає зниження функціональної активності імунокомпетентних клітин [5].

Висновки. Найбільш поширеним проявом ГРЗ у дітей, інфікованих *Ch. pn.*, є пневмонія. Перебіг пневмонії на тлі інфікування *Ch. pn.* є атипичним і захворювання важко діагностується за клінічними симптомами. Хламідійну інфекцію можна запідозрити у випадках, коли мають місце такі клініко-рентгенологічні показники: поступовий розвиток хвороби, наявність бронхообструктивного синдрому при нормальній або субфебрильній температурі тіла, тривалий нападаподібний кашель без відходження мокротиння або з незначним серозним виділенням, ознаки дихальної недостатності I-II ступеню без значних проявів інтоксикації, збереження посилення легеневого малюнку при регресії вогнищевих змін в легеневій тканині.

Позалегеневими симптомами інфікування *Ch. pn.* є гіперплазія периферичних лімфовузлів, міалгії і/чи артралгії, функціональні порушення серцево-судинної системи у вигляді систолічного шуму, тахікардії, порушення передсердно-шлуночкової провідності.

Діти, які інфіковані *Ch. pn.*, мали ряд негативних факторів, що сприяли затримці дозрівання імунної системи як в антенатальному періоді (ускладнення перебігу вагітності 74,2% проти 46,6, $p < 0,001$), так

і в постнатальному (часті захворювання на першому році життя, значне навантаження антибіотиками 82,8%, преморбідні стани: 82,8% проти 53,3%, $p < 0,001$), які призвели до подальшого ускладнення формування імунного статусу дитини та інфікування *Ch. pn.* в подальшому.

Для дітей, хворих на ГРЗ на тлі інфікування *Ch. pn.* в аналізах крові характерний низький рівень інтенсивності запальної реакції та імунної відповіді: низька ШОЕ, функціональна депресія мононуклеарного фагоцитозу, зниження активності основного мітохондріального дихального ферменту СДГ у лімфоцитах.

Таким чином, ГРЗ у дітей, інфікованих *Ch. pn.*, протікають на тлі недостатньої імунної відповіді за рахунок метаболічної неспроможності на мітохондріальному рівні, що призводить до рецидиву хвороби, тому потребує корекції лікування в цьому напрямку.

Перспективи подальших досліджень повинні бути спрямовані на розробку комплексу лікування респіраторних захворювань у дітей на тлі інфікування *Ch. pn.* з включенням одночасно з макролідами препаратів, які сприяють усуненню метаболічної неспроможності на мітохондріальному рівні.

Література

1. Евсюкова И. И. Хламидийная инфекция у новорожденных / И. И. Евсюкова // Педиатрия. – 2007. – №3. – С. 77 – 80.
2. Королева Е. Г. Микоплазменная инфекция у детей с бронхиальной астмой / Е. Г. Королева, Л. В. Осидак, К. К. Милькинт [и др.] // Пульмонология. – 2008. – №5. – С. 13 – 16.
3. Кучеренко Е. Ю. Особенности иммунного ответа детей, больных хламидийными пневмониями / Е. Ю. Кучеренко, М. С. Зимина // Медицина сегодня и завтра. – 2012. – №2 (55). – С. 143 - 146.
4. Лукьянов С. В. Макролиды в терапии внебольничных инфекций дыхательных путей / С. В. Лук'янов // Пульмонология (приложение к consilium medicum. – 2006. – Т. 7, № 1. – С. 1–8.
5. Пинчук М. П. Роль иммунных нарушений при гриппе и пути их коррекции / М. П. Пинчук // Новая медицина тысячелетия. – 2010. – №2. – С. 16 – 23.
6. Траверсе Г. М. Особенности иммунного гомеостаза у детей с рецидивными бронхолегеневыми заболеваниями на фоне инфицирования хламидиями / Г. М. Траверсе, С. М. Цвіренко, Л. А. Жук, М. М. Фастовець // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. – 2011. – №2(8). – С. 55 -57.
7. Траверсе Г. М. Патогенетичне обґрунтування енерготропної терапії у дітей з гострими респіраторними інфекціями нижніх дихальних шляхів на фоні інфікування хламідіями / Г. М. Траверсе, Л. А. Жук // Biomedical and biosocial anthropology. – 2009. – № 12. – С. 279 – 280.
8. Юлиш Е. И. Часто болеющие дети и тактика педиатра / Е. И. Юлиш, С. Я. Ярошенко // Здоровье ребенка. – 2013. – №6 (49). – С. 70 – 76.
9. Юлиш Е. И. Респираторная инфекция, вызванная *Chlamydomphila pneumonia*, у детей. Подходы к диагностике и лечению / Е. И. Юлиш, С. Г. Гадецкая, С. И. Вакуленко, В. С. Колесникова // Здоровье ребенка. -2013. – №8 (51). – С. 127 – 131.
10. Blasi F. Atypical pathogens and respiratory tract infections / F. Blasi // Eur. Respir. J. – 2004. – Vol. 24. – P. 171 – 182.
11. Hogg J. C. Role of latent viral infections in chronic obstructive pulmonary disease and asthma / J. C. Hogg // Am. J. Respir. Crit. Care Med. – 2011. – Vol. 164, № 10 (2). – P. 71 – 75.

УДК 616. 98-053. 2:616. 24-002

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ НА ТЛІ ІНФІКУВАННЯ *Chlamydomphila pneumonia*

Траверсе Г. М., Цвіренко С. М., Жук Л. А., Зюзіна Л. С., Фастовець М. М.

Резюме. У статті проведено аналіз особливостей клінічного перебігу гострих респіраторних захворювань у дітей на тлі інфікування *Chlamydomphila pneumonia* у порівнянні з дітьми з негативними результатами обстеження на хламідіоз. Показано, що інфікування *Chlamydomphila pneumonia* частіше виявлялося у дітей старше 7 років. У дітей, інфікованих *Chlamydomphila pneumonia*, при всіх нозологіях (пневмонії, гострі бронхіти, гострі респіраторні вірусні захворювання) характерним є поступовий початок захворювання, нормальна або субфебрильна температура тіла, болісний нападаподібний кашель, тривалий перебіг. Позалегеневими проявами інфікування *Chlamydomphila pneumonia* у дітей є гепатомегалія, гіперплазія периферичних лімфатичних вузлів, міалгії, артралгії, функціональні порушення серцево-судинної системи.

Для дітей, хворих на гострі респіраторні захворювання на тлі інфікування *Chlamydomphila pneumonia*, характерна еозінофілія, низький рівень інтенсивності запальної реакції та імунної відповіді, функціональна депресія мононуклеарного фагоцитозу, зниження активності сукцинатдегідрогенази в лімфоцитах.

Ключові слова: діти, *Chlamydomphila pneumonia*, гострі респіраторні захворювання.

УДК 616. 98-053. 2:616. 24-002

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ИНФИЦИРОВАНИЯ *Chlamydomphila pneumonia*

Траверсе Г. М., Цвиренко С. Н., Жук Л. А., Зюзина Л. С., Фастовец М. М.

Резюме. В статье проведен анализ особенностей клинического течения острых респираторных заболеваний у детей на фоне инфицирования *Chlamydomphila pneumonia* по сравнению с детьми с отрицательными результатами обследования на хламидиоз. Показано, что инфицирование *Chlamydomphila pneumonia* чаще выявлялось у детей старше 7 лет. У детей, инфицированных *Chlamydomphila pneumonia*, при всех нозологиях (пневмонии, острые бронхиты, острые респираторные вирусные заболевания) характерно постепенное начало заболевания, субфебрильная температура тела, мучительный приступообразный кашель, длительное течение заболевания. Внелегочными проявлениями инфицирования *Chlamydomphila pneumonia* у детей является гепатомегалия, гиперплазия периферических лимфатических узлов, миалгии, артралгии, функциональные нарушения сердечно-сосудистой системы.

Для детей, больных острыми респираторными заболеваниями на фоне инфицирования *Chlamydomphila pneumonia*, характерна еозінофілія, низький рівень інтенсивності воспалительной реакции и иммунного ответа, функциональная депрессия мононуклеарного фагоцитоза, снижение активности сукцинатдегідрогенази в лімфоцитах.

Ключевые слова: дети, *Chlamydomphila pneumonia*, острые респираторные заболевания.

UDC 616. 98-053. 2:616. 24-002

Clinical Peculiarities of Acute Respiratory Diseases in Children Due to *Chlamydomphila pneumonia* Infection

Traverse H. M., Tsvirenko S. N., Zhuk L. A., Ziuzina L. S., Fastovetz M. M.

Abstract. Paper presents an analysis of clinical peculiarities of acute respiratory diseases in 70 children aged from 3 to 12 due to *Chlamydomphila pneumonia* infection compared with clinical features of nosology in 60 children with negative analysis for *Chlamydia*.

Such investigations have demonstrated *Chlamydomphila pneumonia* infection is often diagnosed in children aged 7 years old. It has been shown for all nosologies of respiratory diseases (pneumonia, acute bronchitis and acute respiratory viruses) in children who are infected by *Chlamydomphila pneumonia* characterized by gradual development of disease, normal or subfebrile body's temperature, paroxysmal cough without sputum discharge, long-lasting course of treatment. Hyperplasia of peripheral lymphatic nodes, hepatomegaly, myalgia or arthralgia, functional disorders of the cardiovascular system as a systolic murmur, tachycardia are extrapulmonary features of *Chlamydomphila pneumonia* infection in children.

Children who are infected by *Chlamydomphila pneumonia* are prone to unfavorable factors of preclinical features such as perinatal encephalopathy, rickets, anemia, atopic dermatitis. Children who have *Chlamydomphila pneumonia* infection were prone to acute respiratory diseases and bronchitis.

An analysis has demonstrated, children who have *Chlamydomphila pneumonia* infection suffered from acute respiratory diseases which were accompanied by acute bronchitis with complications of bronchial obstructive syndrome and long-lasting course of treatment.

Pneumonia is the most common manifestation of acute respiratory diseases in children infected by *Chlamydomphila pneumonia*. Pneumonia is atypical disease which it's difficult to diagnose due clinical features. *Chlamydia* infection can be manifested in such cases as gradual development of disease, the presence of bronchial and obstructive syndrome, paroxysmal cough without sputum discharge or with serous discharge, signs of respiratory deficiency of I-II stages without significant intoxication, maintenance and reinforcement of lung pattern due to regression of focal changes in lung tissue.

Blood analysis in children infected by *Chlamydomphila pneumonia* is characterized by moderate eosinophilia, low intensity of inflammatory reaction (low ESR (erythrocyte sedimentation reaction), low level of monocytes). The period of monocytosis was short-lived and only during the period of developed clinical picture of disease.

Functional depression of phagocytosis was defined in children who are infected by *Chlamydomphila pneumonia* compared with children without *Chlamydia*. They are also prone to low activity of main mitochondrial respiratory enzyme of succinate dehydrogenase in blood lymphocytes. Lack of immune response to acute respiratory diseases that are infected by *Chlamydomphila pneumonia* is caused by metabolic disability on mitochondrial level, that leads to long-lasting course of treatment and disease recurrence that is why it is necessary to provide immunocorrection treatment.

Key words: children, *Chlamydomphila pneumonia*, acute respiratory diseases.

Рецензент – проф. Похилько В. І.

Стаття надійшла 18. 12. 2014 р.