

РОЛЬ ХЛАМИДИЙНОЙ И МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ

Таиматова Г.А.

Халилова Зилола

Ташкентская Медицинская Академия,

Ташкент, Узбекистан

Актуальность: Респираторные инфекции, связанные с атипичными возбудителями, остаются в центре внимания исследователей многих стран. Несмотря на успехи, достигнутые в изучении респираторной хламидийной (ХИ) и микоплазменной инфекции (МИ), обусловленной *Chlamydomphila pneumoniae* (*C. pneumoniae*) и *Mycoplasma pneumoniae* (*M. pneumoniae*) сохраняются проблемы, связанные с диагностикой и лечением. *Mycoplasma pneumoniae* представляет собой самостоятельный род микроорганизмов, имеющий маленькие размеры (150-200 нм) и содержащий РНК и ДНК. Возбудитель способен размножаться на бесклеточной среде и выделять токсин (b-гемолизин). Микоплазмы занимают промежуточное положение вирусами, бактериями и простейшими. Могут сохраняться годами в липофильно высушенном состоянии при температуре - 70° С. Хламидии, как известно, являются облигатными внутриклеточными патогенами. По своей структуре они близки к классическим бактериям, но в отличие от последних не обладают метаболическими механизмами, необходимыми для самостоятельного размножения. В последнее время отмечают высокую частоту респираторных хламидиозов у больных бронхиальной астмой (БА) (от 24 до 52%), особенно при ее тяжелом течении. Обследовав 82 ребенка от 2 до 16 лет с БА и 27 детей группы контроля с помощью серологического метода для выявления АТ к *C. pneumoniae* и *M. pneumoniae* и ПЦР для диагностики респираторных вирусов, авторы подтвердили высокую частоту вирусной инфекции, особенно энтеро- или риновирусной, при обострении БА.

Цель нашего исследования заключалась в изучении распространенности и роли *C. pneumoniae* и *M. pneumoniae* инфекции у детей с БА.

Материалы и методы исследования: Из 64 обследованных детей и подростков от 3 до 18 лет (из них 85% школьников) с различными хроническими и рецидивирующими бронхитами у 54 больных была диагностирована БА разной степени тяжести. В контрольную группу вошли 35 детей, сопоставимых по возрасту и не имевших в анамнезе, а также на момент обследования респираторных жалоб и признаков поражения дыхательных путей. Диагностику *C. pneumoniae*, *M. pneumoniae* инфекции осуществляли на основании

определения АТ классов IgG, IgA, IgM к *S. Pneumoniae* и *M. pneumoniae* с помощью иммунофлюоресцентного анализа (MIF) и использования тест-систем SeroFIA (фирма Savyon, Израиль).

Результаты и их обсуждение: Респираторная ХИ и МИ, обусловленная *S. Pneumoniae*, *M. pneumoniae* диагностирована у 23 (35%) из 64 обследованных с рецидивирующими и хроническими бронхитами. При этом наиболее часто встречались АТ класса IgG, обнаруженные у 32,9% больных. В группе контроля АТ к *S. pneumoniae* класса IgG выявлены практически у такого же числа подростков (у 31,4%), что указывает на достаточную распространенность ХИ в данной возрастной группе. Однако больные с бронхолегочной патологией имели более высокие титры IgG АТ и более частое выявление АТ класса IgA у 18,3% и 2,9% соответственно, реинфекция хроническое инфицирование. Общая характеристика больных с разной степенью тяжести БА были сопоставимы по возрасту. Признаки обострения БА при поступлении имел каждый 3-й ребенок как в общей группе, так и при различной степени тяжести.

Заключение: При сопоставлении клинических проявлений БА у детей с лабораторными признаками *S. pneumoniae* инфекции и без таковых нами обнаружена тенденция к увеличению частоты инфицирования ХИ по мере возрастания тяжести БА. Нередко подобные результаты связывают с прямым влиянием ХИ и МИ на тяжесть БА. Однако не надо забывать о том, что тяжелых больных чаще госпитализируют и они имеют больше возможностей для инфицирования ХИ в условиях стационара. Показанием к назначению лечения при *S. pneumoniae* инфекции является острое инфицирование, реинфекция или обострение хронической инфекции. Нецелесообразно назначать лечение при изолированном обнаружении IgG АТ в низких титрах, так как это связано со «следовой» реакцией после перенесенной инфекции. Однако при нарастании титров IgG АТ или их исходно высоких значениях, которые могут быть обусловлены реинфекцией или хроническим инфицированием, больных следует лечить. Для лечения респираторного хламидиоза и микоплазмоза используют лишь те группы антибиотиков, которые способны проникать внутрь клеток и действовать на внутриклеточные патогены: макролиды, тетрациклины, реже — фторхинолоны и рифампицин. Поскольку при выборе антибиотика для лечения ребенка необходимо учитывать не только эффективность, но и максимальную безопасность.