

Выводы.

Отсутствие ВААРТ у пациентов в исследуемой группе ассоциировалось с более высокой частотой сердечно-сосудистых причин смерти ВИЧ-инфицированных пациентов: OR - 1,9 (95% CI: 0,5-6,4), формированием тяжелых СПИД-ассоциированных кардиомиопатий, неблагоприятными исходами инфекционной патологии сердца, декомпенсацией хронической ишемической патологии сердца у пациентов достаточно молодого возраста. Своевременное назначение ВААРТ позволяет контролировать иммуносупрессию и формирование тяжелой ССП у ВИЧ-инфицированных пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Effect of early versus deferred antiretroviral therapy for HIV on survival / M.M. Kitahata [et al.] // N Engl J Med. – 2009. – Vol. 360(18). – P.1815-1826.
2. Future challenges for clinical care of an ageing population infected with HIV: a modelling study / M. Smit [et al.] // Lancet Infect Dis. - 2015. – Vol.15. – P. 810–818.
3. HIV infection and the risk of acute myocardial infarction / M.S. Freiberg [et al.] // JAMA Internal Medicine. – 2013. – Vol. 173. – P. 614-622.
4. Kuller L.H., Inflammatory and coagulation biomarkers and mortality in patients with HIV infection /L.H. Kuller, R. Tracy, W. Belloso // PLoS Med. – 2008. – Vol. 5. – P. 457-463.
5. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy / M.S. Cohen [et al.] // N Engl J Med. – 2011. - Vol. 365(6). - P. 493-505.

ИНФЕКЦИОННЫЕ АГЕНТЫ, АССОЦИИРУЕМЫЕ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ, МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Горбич О.А.

Белорусский государственный медицинский университет

Проблема внебольничной пневмонии (ВП) сохраняет свою актуальность ввиду наличия в настоящее время тенденции к увеличению заболеваемости и смертности (особенно для детей младше 5 лет), изменений в клиническом течении пневмонии в сторону увеличения частоты как малосимптомных, так и тяжелых, фульминантных форм заболевания, и как следствие возник-

новение осложнений и неблагоприятных исходов [1–5].

Цель. Выявить морфологические и клинические формы внебольничной пневмонии и роль инфекционных агентов в детском возрасте.

Методы исследования. В ходе проведенного исследования анализу были подвергнуты данные о 534 микробных и вирусных агентах, полученных от пациентов с внебольничной пневмонией, 134 изолята были выделены и идентифицированы при лабораторном обследовании 743 пациентов с внебольничной пневмонией в результате оказания медицинской помощи в условиях многопрофильной больничной организации здравоохранения. 400 микробных изолятов получены из разных локусов от 282 пациентов с внебольничной пневмонией в рамках реализации проекта «Формирование системы эпидемиологического наблюдения за пневмониями на 2011-2013 гг. на базе отдельных стационарных учреждений здравоохранения г. Минска».

Обработка данных и анализ результатов исследования были проведены с использованием программы Microsoft Excel (Microsoft, США) и Statistica 6.0 (StatSoft, США).

Результаты и их обсуждение. Распределение по месяцам года вирусных изолятов, полученных от пациентов с внебольничными пневмониями, характеризовалось неравномерностью и проявлялось в том, что подавляющее большинство выделений приходилось на первую половину года (январь-июнь). Во все месяцы этого периода доля выделенных вирусов превышала верхний предел круглогодичного показателя. Суммарно в течение января-июня было выявлено $71,41 \pm 6,97\%$ от всех вирусных изолятов, выделенных в течение года. На вторую половину года (июль-декабрь) приходилось $28,59 \pm 6,97\%$ всех вирусов, выделенных в течение года от детей с ВП. При этом в июле вирусные агенты не выделялись вовсе, а в течение последующего периода лишь в сентябре доля находок вирусов превышала верхний предел круглогодичного показателя.

В годовой динамике выделения бактериальных агентов, ассоциируемых с ВП, доля положительных результатов в январе составила 6,06%, в феврале положительные находки бактерий отсутствовали. Последующие три месяца (март, апрель, май) характеризовались максимальным обнаружением бактериальных агентов – суммарно на этот период пришлось $54,54 \pm 8,67\%$ от всех

бактерий, выделенных в течение года. В июне-июле бактерии от детей с ВП не выделялись. Второй максимум выделения бактериальных агентов от пациентов с ВП был выявлен в сентябре-октябре и составил $33,33 \pm 8,21\%$ от всех бактерий, выделенных в течение года. В другие месяцы второй половины года бактерии, ассоциируемые с внебольничной пневмонией, не выделялись или выделялись в единичных случаях. Годовая динамика выделения микоплазм и хламидий от пациентов с ВП существенно отличалась от аналогичных параметров, выявленных при анализе вирусных и бактериальных агентов, ассоциируемых с ВП.

Микоплазмы и хламидии выделялись от детей с внебольничной пневмонией во все месяцы и сезоны года. В течение восьми месяцев доля выделенных микоплазм и хламидий не превышала значения верхнего предела круглогодичного показателя. Месяцами «сезонного подъема» частоты выделения микоплазм и хламидий явились ноябрь, декабрь и январь. Всего за этот период было выделено $42,37\%$ микоплазм и хламидий. Кроме этого, в $11,86\%$ эти микроорганизмы были выделены от пациентов с ВП в июле. Таким образом, увеличение частоты выделения микоплазм и хламидий, ассоциируемых с пневмонией, приходилось на те месяцы, когда происходило уменьшение частоты выделения от детей с ВП вирусных и бактериальных агентов.

Анализ структуры инфекционных агентов, ассоциируемых с различными морфологическими формами внебольничной пневмонии, показал, что от пациентов с интерстициальной формой ВП выделялись с одинаковой частотой две группы инфекционных агентов – вирусы и микоплазмы/хламидии. Бактериальные агенты от детей с интерстициальной формой ВП выделить не удалось. У детей с очаговой формой ВП практически с одинаковой частотой выделялись инфекционные агенты всех трех групп: доля вирусов составила $32,98\%$, бактерий – $26,6\%$, микоплазм/хламидий – $40,43\%$. С очагово-сливной формой ВП также выявлена ассоциация инфекционных агентов трех групп. Однако в структуре выделенных агентов явно доминировали микоплазмы/хламидии ($63,16 \pm 11,07\%$), доля вирусных и бактериальных агентов составила соответственно $15,79 \pm 8,37\%$ и $21,05 \pm 9,35\%$ ($p < 0,05$). Полисегментарная и сегментарная формы ВП при небольшом числе наблюдений были ассоциированы только с бактериями и микоплазмами/хламидиями. Изучение тяжести клиниче-

ских проявлений ВП, с которыми выявлена ассоциация инфекционных агентов, показало, что независимо от группы, к которой принадлежал инфекционный агент, доли клинических форм средней тяжести и тяжелых клинических форм существенно не различались между собой (для вирусных – $85,71 \pm 5,40\%$, $14,29 \pm 5,40\%$; для бактериальных – $87,88 \pm 5,68\%$, $12,12 \pm 5,68\%$; для «атипичных» – $88,14 \pm 4,21\%$, $11,86 \pm 4,21\%$, соответственно).

Выводы. Распределение по месяцам года вирусных изолятов, полученных от пациентов с ВП, характеризовалось неравномерностью, подавляющее большинство выделений приходилось на первую половину года (январь-июнь). Во все месяцы этого периода доля выделенных вирусов превышала верхний предел круглогодичного показателя. Суммарно в течение января-июня было выявлено $71,41 \pm 6,97\%$ от всех вирусных изолятов, выделенных в течение года. На вторую половину года (июль-декабрь) приходилось $28,59 \pm 6,97\%$ всех вирусов, выделенных в течение года от детей с ВП. Годовая динамика выделения бактериальных агентов, ассоциируемых с внебольничной пневмонией, характеризовалась двумя сезонными подъемами, первый из которых приходился на март, апрель, май (суммарно на этот период пришлось $54,54 \pm 8,67\%$ от всех бактерий, выделенных в течение года), второй подъем выявлен в сентябре-октябре ($33,33 \pm 8,21\%$). В другие месяцы бактерии, ассоциируемые с ВП, не выделялись или выделялись существенно реже. Микоплазмы и хламидии выделялись от детей с внебольничной пневмонией во все месяцы и сезоны года. Месяцами «сезонного подъема» частоты выделения микоплазм и хламидий явились ноябрь, декабрь и январь ($42,37\%$ от всех микоплазм и хламидий, выделенных в течение года). Увеличение частоты выделения микоплазм и хламидий, ассоциируемых с ВП, приходилось на те месяцы, когда происходило уменьшение частоты выделения от детей с внебольничной пневмонией вирусных и бактериальных агентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Петров, С.А., Сухих, Ж.Л. Внебольничные пневмонии: амбулаторное лечение / С.А. Петров, Ж.Л. Сухих // Рецепт. – 2010. – №5. – С. 97–100.
2. Трубников, Г.В. Полякова, И.Г., Бутакова, Л.Ю. Пневмония на догоспитальном этапе: особенности клиники с учетом атипичной (микоплазменной и хламидийной) инфекции в этиологии по данным ретроспек-

тивной диагностики / Г.В. Трубников, И.Г. Полякова, Л.Ю. Бутакова // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. – 2010. – №1 (51). – С. 59–63.

3. Pneumonia: the forgotten killer of children / The United Nations Children's Fund World Health Organization Geneva: World Health Organization, 2006. – 41 p.

4. Короид, Н.В. и др. Внебольничные пневмонии у детей: диагностика и лечение / Н.В. Короид, и др. // Русский медицинский журнал. – 2011. – №22. – С. 1365–1370.

5. Шутковский, С.В. Новый взгляд на патогенез очаговых пневмоний, новый подход к их диагностике и лечению / С.В. Шутковский // Русский медицинский журнал. – 2012. – №12. – С. 605–607.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА МИКРОБИОТЫ, ВЫДЕЛЕННОЙ ИЗ РАЗЛИЧНЫХ БИОТОПОВ ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Горбич О.А., Чистенко Г.Н.

Белорусский государственный медицинский университет

По данным различных исследований, внебольничная пневмония (ВП) остается одним из самых распространенных заболеваний легких и, несмотря на постоянное совершенствование методов диагностики и лечения, является актуальнейшей проблемой современной медицины, занимая ведущее положение по объему назначаемых лекарственных средств и финансовых затрат на их приобретение, а также в связи с сохраняющейся высокой заболеваемостью и смертностью. Данное инфекционное заболевание представляет собой пример сложной и до настоящего времени недостаточно изученной проблемы взаимодействия двух миров – макро- и микроорганизмов, взаимно приспособляющихся друг к другу [1, 2].

Цель. Выявить спектр микроорганизмов, ассоциируемых с внебольничной пневмонией, в детском возрасте.

Методы исследования. Для анализа спектра микробиоты у 282 пациентов с внебольничной пневмонией осуществлялся забор биологического материала из различных локусов (нижние дыхательные пути – мокрота; верхние дыхательные пути: носоглотка и носовая полость – мазок) и выделение возбудителя из крови. В случае подозрения наличия у пациента *Streptococcus pneumoniae*,