**Актуальні проблеми практичної медицини**

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ АТИПИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ**

**Бильченко О. С., Красовская Е. А., Химич Т. Ю.**

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра пропедевтики внутренней медицины №2 и медсестринства

 Бильченко О. С. Профессор кафедры ПВМ №2 и медсестринства

Красовская Е. А. Доцент кафедры ПВМ №2 и медсестринства

Химич Т. Ю. Доцент кафедры ПВМ №2 и медсестринства

Внебольничная пневмония (ВП) является причиной высокой заболеваемости и смертности среди взрослого населения развитых стран, что приводит к высокому уровню госпитализации и смертности, особенно лиц пожилого возраста. В 2010 году пневмония занимала 4 место среди причин смерти во всем мире, уступая лишь ишемической болезни сердца, инсульту и хроническому обструктивному заболеванию легких, и составляет более 1 % всех случаев госпитализации. В Европе пневмония является ведущей причиной смерти в результате инфекции, примерно 90 % случаев смерти от пневмонии происходит у людей в возрасте старше 65 лет. Ежегодные экономические расходы на пневмонию в Европе оценивают примерно в 10 млрд евро, в основном из-за госпитализации и потерянных рабочих дней. Заболеваемость ВП выше у мужчин, имеет тенденцию к увеличению с возрастом и в Европе и Северной Америке составляет 5—10 случаев на 1 тыс. населе­ния. Смертность от тяжелой пневмонии достигает 10 % и продолжает расти.

Целью нашей работы явилось изучение клинических особенностей течения микоплазменной (МП) и хламидийной (ХП) пневмонии, что важно для диагностики и эффективной терапии.

 Мы наблюдали 56 больных ВП. Возраст колебался от 24 до 52 лет, в среднем составил 38 лет.

 Легкое течение пневмонии отмечалось у 24(42 %) пациентов, тяжелое – у 32(58%).

 Клиническое течение заболевания характеризовалось необычным началом: у больных отмечался сухой кашель, осиплость голоса, боли в мышцах, головные боли, обильное потоотделение, у 9 больных были жалобы на диарею. Кашель беспокоил ночью, в положении лежа, что свидетельствовало о синдроме трахеобронхиальной дискинезии. На догоспитальном этапе у этих больных диагностировали бронхит или трахеобронхит и они, как правило, были госпитализированы в клинику только на 3-4 неделе болезни. Все пациенты амбулаторно получали антибактериальную терапию препаратами пенициллинового и цефалоспоринового ряда, которая не была эффективна. Течение болезни было затяжное и имело сезонный характер (чаще в осеннее время). Обьективно общее состояние было удовлетворительным, отмечался субфебрилитет. Над легкими выслушивалось жесткое дыхание. В клиническом анализе крови умеренный лейкоцитоз, умеренная анемия. С-реактивный белок определялся в низком титре у 80 % больных.

У 32 пациентов определялось сочетание типичных и атипичных возбудителей. Наряду с микоплазмой при посеве был обнаружен Streptococcus pneumoniae и E. Coli. Течение такой пневмонии было гораздо более тяжелым, с высокой лихорадкой, тахикардией, лейкопенией.

У всех больных определялось наличие антител к хламидиям и микоплазме методом ИФА. У 27 больных отмечалось повышение титра антител класса G к микоплазме, у 14 -к хламидиям, у 15 – титр антител повышен к обоим микроорганизмам. Также наблюдалось повышение уровня антител к вирусам герпетической группы разного типа (1,2) и цитомегаловирусу. У 60 % пациентов отмечено повышение титра указанных антител до 15,8+5,9, что указывает на хроническое носительство герпетической инфекции.

При рентгенологическом исследовании обнаружены сетчатые интерстициальные изменения легочной ткани в сочетании с лимфоаденопатией, усилением легочного рисунка. Изменения на рентгенограмме сохранялись около 40-45 дней и имели двухсторонний характер процесса.

 Таким образом, микоплазменная и хламидийная пневмонии имеют свои особенности течения, которые позволяют предположить этиологический фактор и назначить адекватную терапию. Характерным диагностическим признаком этих пневмоний, по-видимому, может быть синдром трахеобронхиальной дисфункции. Установлена диссоциация признаков: нормальная лейкоцитарная формула при лихорадке, проливные поты, выраженная слабость при субфебрильной или нормальной температуре тела. Тяжесть течения пневмоний с внутриклеточной этиологией обусловлена молодым возрастом, наличием факторов риска (2 и более патогенов). Зачастую ВП сочетается с носительством простого вируса герпеса. Особенностью клинического течения является несоответствие физикальных данных рентгенологическим признакам болезни.