

Атипични пневмонии в детската възраст

Доц. д-р И. Гълъбов, д-р М. Гълъбова
Клиника по педиатрия, УМБАЛ „Д-р Г. Странски” – гр. Плевен

Терминът атипична пневмония е използван за първи път през 1930 г. за група пневмонии, които за разлика от типичните пневмонии се характеризират с бавно и незабелязано настъпване, интерстициално възпаление на белите дробове и с откъслечни инфилтрати пръснати в двата дроба. Най-общо тази група причинители са по-малко вирулентни и смъртността е по-малка в сравнение с типичните пневмонии.

Периферната левкоцитоза е по-рядка при тази група, а в рутинните култури не се открива микробен причинител. *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamidia trachomatis*, *Chlamidia pneumoniae* и *Legionela* са организмите, които най-често са отговорни в повечето случаи за появата на атипични пневмонии. Окончателната диагноза трудно се поставя поради еднаквата клинична картина и само трудното повлияване от обичайната антибиотична терапия е признак за тях. Ето защо, макар и при налично лечение, винаги трябва да се мисли и за атипичните пневмонии, особено при проява на нетипични симптоми и функции.

Mykoplasma pneumoniae

Mycoplasma pneumoniae се причинява от органими, принадлежащи към рода микоплазма. Огнища от този вид пневмония могат да се срещнат целогодишно и във всеки сезон но най-често по време на спад на заболяемостта. Инфекцията се разпространява по въздушно-капков път и е силно контагиозна, като обхваща семейства и групи с близък контакт (детски градини, болнични заведения, училища, социални домове и др.), като заболяемостта достига до 75%. Инкубационният период е около три седмици, така че семейните огнища могат да функционират дълго време. Всички възрастови групи могат да бъдат засегнати, но върхът за микоплазмената пневмония е между 6-та и 18-та година.

Обикновено заболяването започва като грипоподобен синдром с преобладаващи симптоми - температура, общо неразположение, главоболие, болки в гърлото и дрезгава кашлица.

Температурата рядко надвишава 38,5°C. Субективните оплаквания са по-силно изразени отколкото обективните. Прегледа на дихателната система показва изострено везикуларно дишане, малки ателектатични участъци с притъпен перкуторен тон, наличие на крепитации. Освен респираторните симптоми, понякога се срещат кожни обриви, артритни промени, чувствителност и болки в мускулите, остра хемолитична анемия и др. Обикновено микоплазма пневмонията е самоотграничаващ се процес, протичащ доброкачествено, като лечението цели намаляване на заболяемостта. Пневмонията протича подостро, но протрахирано въпреки провежданото лечение месец и повече. По-голяма част от пациентите се лекуват амбулаторно, въпреки че има описани много случаи на тежки инфекции, изискващи дори кислород за лечението им.

Рентгенографските промени не са специфични и могат да имитират голямо разнообразие – бронхо-пневмонични инфилтрати обикновено в долните лобове, малки области със сегментна и подсегментна ателектаза, уголемяване на хилусните лимфни възли, наличие на плеврален излив и др. Дигнозата е трудна, затова при протрахиран ход на протичане винаги трябва да се търсят белези на атипична пневмония - пълна кръвна картина, кръвни култури, тестове за идентифициране на бактерии, КАТ, култура от храчки, тестове за антитела.

Хламидийни пневмонии

Хламидиите са вътреклетъчни облигатни паразити, които сега се считат за грам-отрицателни бактерии, съдържащи ДНК и РНК. Хламидията бива три вида: хламидия трахоматис, хламидия пситаци и хламидия пневмоние.

Хламидия трахоматис

Характерна е за ранната кърмаческа възраст до 3-та седмица след раждането, счита се, че децата се заразяват по време на раждането от родовите пътища на майката. Заболяването започва с картина на остро възпаление на горните дихателни пътища - запушване на носа, обилна секрция, по-късно се появява кашлица и тахипнея. Кашлицата се появява обикновено на пристъпи, които могат да бъдат последвани от повръщане или периоди на апнея. Характерното за тази инфекция е, че въпреки обширната пневмония детето остава афебрилно. Аускултацията на белите дробове долавя неравномерно разпределени крепитации и изострено везикуларно дишане с удължено издишване. При рентгенографията на белия дроб се вижда картина на увеличени интерстициални повлекла, а понякога и наличие на пръснати ателектази. Кръвно-газовият анализ показва намаление на парциалното налягане на кислорода до 60 mmHg, а налягането на въглеродния диоксид е в границите на нормата. Кръвната картина отбелязва еозинофилия и увеличение на С-реактивния протеин. Изолирането на причинителя от секрет от носно-гърлен секрет е златният стандарт в диагностиката на Хламидия трахоматис.

Хламидия пневмоние

Това е наскоро описан хламидиален вид с клинично значение при по-големи деца и възрастни, съобщава се при 3.6% от децата с инфекции на долните дихателни пътища. Начин на предаване е от човек на човек в епидемични или ендемични огнища. Инкубационният период е около 15-20 дни, след което се появява дрезгав глас, повишена температура, дразнене в гърлото, суха непродуктивна кашлица, главоболие и неразположение. В следващите дни болестта слиза към долните дихателни пътища, като се развива картина на пневмония. В белия дроб се появява

хиперинфлация, обилие от хрипове, общото състояние се влошава. Рентгенографията на белия дроб обикновено показва инфилтрат едностранно, които прогресира до двустранно участие със смесен модел на интерстициални и алвеоларни инфилтрати. Срещат се малки или по-големи плеврални изливи. И тук изолирането на причинителя от носно-гърлен секрет е златният стандарт в диагнозата.

Легионела пневмоние

Семейството Легионелае се състои от 41 вида с 63 серо типа, от които видът Легионела пневмофилие причинява 80-90% от заразяването в едно семейство. Легионела инфекциите са признати през 1976 г. и интересът към тях непрекъснато нараства. Това са аеробни, тънки Грам-негативни бактерии, които не растат в рутинно използваните среди. Легионела пневмофилия може да се появи като спорадично заболяване или като регистрирани взривове в болници, хотели и офис сгради. Нозокомиалното разпространение е често при новородени деца и при деца с подтисната имунна защита, вродени сърдечни заболявания, бронхо-пулмонална дисплазия и породължителна кортико терапия. Инкубационният период е 2-10 дни. Протичането на заболяването наподобява пневмококова пневмония. Започва с лека кашлица, неразположение, умора, анорексия, появява се болка в гърдите, стомашно-чревни симптоми (гадене, повръщане, коремна болка и диарични изхождания). Белодробната симптоматика е много разнообразна с наличие на средни и дребни влажни хрипове. Рентгеновата находка се изразява в наличие на откъслечни алвеоларни инфилтрати, включващи един лоб, които в тежки случаи водят до прогресиране и мултилобарна консолидация. Плеврален излив може да се види в 1/3 от случаите.

Лабораторните изследвания показват данни за хипонатриемия, тромбоцитопения, хематурия, отклонения в чернодробните показатели. Културата от секрет от нос и гърло и от храчки е най-конкретният и най-чувствителният метод за диагностика на бактериата легионела.

Лечение на атипичните пневмонии

Макролидите са средство на избор при атипичните пневмонии. По-новите макролиди имат съществени предимства пред генеричния еритромицин, защото имат по добро проникване в тъканите и бионаличността им в организма е по-добра. Освен това те не дразнят толкова много храносмилателния тракт и страничните явления са сведени до минимум. Азитромицинът се използва еднократно, а кларитромицинът и рокситромицинът - двукратно. Новите макролиди са с подобро действие и срещу стафилококи, стрептококи, хемофилус инфлуенце, ето защо те се разглеждат като средство на избор при лечението на атипичните пневмонии. Продължителността на антибиотичното лечение е различно, като при микоплазма пневмоние то е 10-14 дни, а при използване на азитромицин - 3-5 дни. Хламидианата пневмония се нуждае от лечение в продължение на 21 дни. За легионела инфекцията лечението продължава 10-14 дни, а при имunosупресирани болни - и до 21 дни. Към лечението е необходимо още да се добави вливане на водно-солеви разтвори, кислородотерапия при нужда, антитемпературни средства и др.

В заключение атипичните организми са отговорни за значителен брой болни деца с придобита в обществото пневмония. Тази пневмония най-често протича тежко и се нуждае от приемане в болница, където да се проведе необходимото лечение.

Основни послания:

1. Нестандартните организми са чести причинители на придобитата в обществото пневмония при деца.
2. Причинителите на атипичните пневмонии трудно се изолират.
3. Атипичните пневмонии често са доста тежки, което налага хоспитализация.
4. Макролидите са лекарство на избор в лечението на атипичните пневмонии при деца.

КНИГОПИС:

1. Chaudhary R, Dhawan B, Day AB. The incidence of Legionella pneumophila: A prospective study in tertiary care hospital in India. Trop Doct 2000; 30:197-200.
2. Guay DRP. Makrolide antibiotics in pediatric Infectious Diseases. Drugs 1996; 51:515-536.
3. Mathai E, Padmavathy K, Cherian T, Inba-malar U, Varki S. Mycoplasma pneumoniae antibodies in children with acute respiratory infection. Indian Pediatr 2001; 38: 157-160.
4. Levi I, Rubin LG. Legionella pneumonia in neonatantes: A literature review. J Perinatol 1998; 18: 287-290.
5. Tagel MAM, Kogsan R, Rojas P, Rubilar L, Vidal R, Paya E. Diagnosis of Chlamydia pneumoniae in community-acquired pneumonia in children in Chile. Acta Pediatr 2000; 89: 650-653.
6. Toikka P, Juven T, Virkki R, Leinonen M, Mertsola J, Ruuskanen O. Streptococcus pneumoniae and Mycoplasma pneumoniae co-infection in community-acquired pneumonia. Arch Dis Child 2000; 83: 413-414.