Актуальна® Інфектологія

УДК 616.9-02

DOI: 10.22141/2312-413x.8.2.2020.199734

Тези науково-практичної конференції з міжнародною участю «Інфекційні захворювання у дітей. Сучасний погляд на діагностику, лікування та профілактику» (2020 р., м. Київ, Україна)

Волоха А.П., Бондаренко А.В., Лісовська Г.М.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Імунний захист проти поліомієліту у дітей, які отримують імуносупресивну терапію

Актуальність захисту проти поліомієліту обумовлена розвитком спалаху поліомієліту, викликаного вакциноспорідненим поліовірусом I серотипу в Україні у 2015 році. Таким чином, захист від поліовірусу важливий для дітей, які знаходяться на імуносупресивній терапії. Вивчення гуморального імунітету проти поліомієліту у дітей із різними видами порушення в імунітеті в Україні проводиться вперше.

Мета. Вивчити стан захищеності від поліомієліту у вакцинованих раніше пацієнтів, які отримують імуносупресивну терапію.

Матеріали та методи. Визначення рівня специфічних антитіл до вакцинальних штамів вірусу поліомієліту здійснювалось методом ІФА за допомогою тест-систем IBL International. Імунний захист проти поліомієліту оцінювали у 24 дітей, які знаходяться на імуносупресивній терапії, та у 25 здорових вакцинованих дітей групи порівняння.

Результати. Вірогідної різниці між показниками середнього рівня антитіл до поліомієліту основної групи та групи порівняння не виявлено ($p = 0,589$). Наявність захисного рівня антитіл у 70,8 % дітей, які отримують імуносупресивну терапію, порівняно з 60 % дітей контрольної групи свідчить про те, що більшість дітей основної групи здатні адекватно відповісти на вакцинацію.

Висновки. Поствакцинальний імунітет проти поліомієліту у більшості вакцинованих раніше дітей на тлі імуносупресивної терапії засвідчив його достатній рівень при дотриманні календаря щеплень і своєчасній вакцинації.

Воробйова Н.В., Усачова О.В.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

Синдром мальабсорбції вуглеводів на тлі ротавірусної інфекції у дітей раннього віку: клініко-лабораторні особливості

Актуальність. Ротавірусна інфекція (РВІ) займає особливе місце у структурі захворюваності дітей раннього віку. Однією з провідних ланок патогенезу РВІ є синдром мальабсорбції вуглеводів.

Мета. Проаналізувати клініко-лабораторні прояви синдрому мальабсорбції вуглеводів при РВІ у дітей раннього віку та виявити фактори, що впливають на його вираженість і тривалість.

Матеріали та методи. У дослідження включено 50 дітей віком від 1 місяця до двох років на грудному вигодовуванні з РВІ, які перебували на стаціонарному лікуванні в дитячому кишковому відділенні Запорізької обласної інфекційної клінічної лікарні (ЗОІКЛ) з 01.09.2019 р. по 01.02.2020 р. За віком дітей було розподілено на три групи: діти до 6 міс., 6–12 та 12–24 міс. РВІ підтверджували виявленням антигена ротавірусу у фекаліях імунохроматографічним методом з використанням тест-систем Cito Test Rota. Дітям групи дослідження в гострий період РВІ (на другу-третю та п'яту добу), а також у період реконвалесценції (на десяту добу) проводилося напівкількісне визначення у фекаліях загальної кількості вуглеводів (проба Бенедикта), глюкози (за допомогою тест-стрічок глюкофан) та рівня лактози (проба Мальфатті). Результат проби Мальфатті оцінювали за модифікованою кольоровою шкалою, створеною заздалегідь: 0 — відсутність лактози, «+» — 0,2–0,4 % лактози, «++» — 0,5–1,0 % лактози, «+++» — 1,1–1,5 %, «++++» — вище 2 % лактози. Статистичну обробку даних здійснювали за допомогою програми Statistica for Windows 13 (Stat Soft Inc.,

температура тіла нормалізувалась, але з'явились рідкі випорожнення з домішками слизу та крові до 10 раз на добу. При огляді стан дитини середньої тяжкості за рахунок ендотоксикозу, млявий, шкіра бліда, волога, тепла, тургор збережений, губи рожеві, вологі, язик обкладений, вологий. Живіт не здутий, м'який, доступний глибокій пальпації, не чутливий. Сигма не спазмована. Випорожнення рідкі з прожилками крові та слизу. Діурез знижений. Загальний аналіз крові: еритроцити — $4{,}03 \times 10^{12}$/л, Hb — 117 г/л, лейкоцити — $5{,}1 \times 10^{9}$/л, швидкість осідання еритроцитів — 13 мм/г, тромбоцити — 180×10^{9}/л, с/я — 26 %, лімфоцити — 62 %, М — 9 %. При проведенні вірусологічного та бактеріологічного дослідження калу патогеної флори і ротавірусу не було виявлено. На 6-ту добу лікування у зв'язку із збереженням гемоколіту та діареєю була запідозрена гостра хірургічна патологія, дитина переведена до хірургічного відділення багатопрофільної лікарні. При ультразвуковому дослідженні нирок — без особливостей, рідини у перикарді та черевній порожнині немає. Рентгенографія органів грудної клітки від 23.04.2019 р.: гостра правобічна пневмонія (S_2), субателектаз S_2, паракостальний плеврит справа. Артеріальна гіпертензія — 125/85–135/100 мм рт.ст., анурія, що тривала 11 діб. За час перебування у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії проведено 14 сеансів гемодіалізу, 4 переливання еритроцитарної маси та плазми. Креатин та сечовина — 273 мкмоль/л та 12,7 ммоль/л відповідно, на 3-тю добу тромбоцити знизились до 80×10^{9}/л, на 6-ту добу зниження гемоглобіну до 90 г/л. Після проведеного лікування хворий був виписаний на 51-й день з діагнозом «гемолітико-уремічний синдром, типова форма, Д+, тяжкий перебіг, гостра ниркова недостатність, вторинна артеріальна гіпертензія».

Висновки. Продемонстровані випадки гемолітико-уремічного синдрому у дітей раннього віку з інфекційною діареєю при тяжкому перебігу вірусно-бактеріальних інфекцій з синдромом гемоколіту. З метою ранньої діагностики гемолітико-уремічного синдрому при динамічному спостереженні за пацієнтами з гемоколітом слід обов'язково контролювати рівень тромбоцитів, сечовини і креатиніну крові.

Поливянна Ю.І., Семеренська Т.І., Райлян М.В., Чумаченко Т.О.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Сучасні особливості епідемічного процесу вітряної віспи у мегаполісі України

Актуальність. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, щорічно у світі на вітряну віспу хворіють близько 90 млн людей. Це інфекційне захворювання дуже контагіозне і є одним із найпоширеніших дитячих хвороб. Вітряна віспа зазвичай має легкий клінічний перебіг, але й у дітей, і в дорослих можливий розвиток тяжких ускладнень (пневмонія, енцефаліт та ін.), особливо в осіб з імунодефіцитами; тих, хто отримує імуносупресивну терапію або системні кортикостероїди (наприклад, при терапії бронхіальної астми). У людини, яка перехворіла на вітряну віспу, спостерігається латентна персистенція збудника Varicella Zoster virus (VZV) в нейронах дорсальних гангліїв, активізація збудника викликає маніфестацію інфекції у вигляді оперізуючого лишаю, який, в свою чергу, може призвести до неврологічних ускладнень (параліч черепно-мозкового нерва, перехресна геміплегія). Смертність при вітряній віспі варіює від 1,7 на 100 тис. дітей віком від 1 до 14 років до 26 на 100 тис. осіб 30–49 років. Проти вітряної віспи у світі розроблені та використовуються ефективні вакцини. У таких розвинених країнах, як США, Японія, Канада, щеплення проти вітряної віспи входять до національних календарів щеплень. В Україні вакцинацію проти вітряної віспи введено як рекомендоване щеплення в першу чергу для груп ризику.

Мета. Провести аналіз сучасних проявів епідемічного процесу вітряної віспи в м. Харкові за 2014–2019 рр. та оцінити доцільність проведення вакцинопрофілактики вітряної віспи в Україні.

Матеріали та методи. Проведений аналіз офіційних даних про випадки вітряної віспи, зареєстровані в м. Харкові за період 2014–2019 рр. Державною установою «Харківський обласний лабораторний центр МОЗ України».

Результати. За період спостереження в м. Харкові було зареєстровано 32 591 випадок вітряної віспи, середньобагаторічний показник захворюваності на вітряну віспу становив 380,1 на 100 тис. населення. Багаторічна динаміка захворюваності характеризувалась циклічністю з періодичними підйомами кожні 2–3 роки. Найбільший рівень захворюваності був зареєстрований у 2015 р. (6299 випадків) і 2018 р. (6292 випадки), що становило 440,0 та 443,3 на 100 тис. населення відповідно. Аналіз вікової структури показав, що частіше хворіли діти — 86,8 % у загальній структурі цієї захворюваності. Серед дитячого населення превалювала вікова група від 1 року до 9 років (22 355 випадків), їх частка — 83,6 % випадків у структурі захворюваності на вітряну віспу серед дітей. Серед дітей до одного року було зареєстровано 343 (1,28 %) випадки вітряної віспи, що є несприятливою ознакою, тому що вітряна віспа в цьому році може супроводжуватись тяжкими ускладненнями. Серед дітей від 15 до 17 років було зареєстровано 673 (2,5 %) випадки, таку частку випадків можна пояснити тим, що більшість дітей вже перехворіла. Частіше хворіли діти, які відвідували організовані колективи, їх частка становила 84,25 % випадків, із них 38,05 % випадків припадало на дітей, які відвідували дошкільні дитячі заклади, 46,2 % випадків вітряної віспи спостерігалось в учнів шкіл. Характерною ознакою сучасного епідемічного процесу вітряної віспи була наявність спалахів. Групова захворюваність на вітряну віспу становила в серед-

ньому 46,3 % (15 075 випадків). У 2016 р. відзначався найбільший показник групової захворюваності на вітряну віспу серед населення м. Харкова — 3323 випадки. Госпіталізація через тяжку форму вітряної віспи спостерігалась в середньому у 4,2 % випадків. Летальних випадків не було.

Висновки. Результати проведеного аналізу виявили високу інтенсивність перебігу епідемічного процесу вітряної віспи серед населення м. Харкова, з залученням до епідемічного процесу дитячого населення, в тому числі дітей до одного року. Сучасні прояви епідемічного процесу характеризують вітряну віспу як неконтрольовану інфекцію. Висока інтенсивність епідемічного процесу вітряної віспи, ознаки його неконтрольованості диктують необхідність детального вивчення питання впровадження у перспективі масової вакцинопрофілактики вітряної віспи та включення щеплень проти цієї інфекції в перший розділ Національного календаря щеплень України. Для наукового обґрунтування оптимальної стратегії та тактики вакцинопрофілактики вітряної віспи необхідним є детальне вивчення епідеміологічних особливостей вітряної віспи на різних територіях країни, визначення основних груп ризику, оцінка клінічного перебігу інфекції, ускладнень, дослідження імунологічної структури населення, оцінка економічного тягаря хвороби й економічної ефективності вакцинопрофілактики.

Притула В.П., Кривченя Д.Ю., Сільченко М.І., Хуссейні С.Ф., Петрик С.М., Міньковська О.М., Тимошенко Т.І., Янович Л.Є., Бабійчук Г.Г.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна
Національна дитяча спеціалізована лікарня «Охматдит», м. Київ, Україна

Ехінококові кісти печінки: діагностика та диференціальний підхід до лікування

Актуальність. Ехінококоз на сьогодні залишається досить поширеною патологією. Основними причинами поширення цієї паразитарної інвазії є недостатні заходи з охорони навколишнього середовища від його забруднень відходами тваринництва, недотримання ветеринарно-санітарних правил при забої худоби, низький рівень охоплення дегельмінтизацією котів і собак тощо. За даними ВООЗ, в ендемічних районах світу ехінококозом уражено 0,3–9,0 % населення, із них 8–15 % становлять діти, а найчастішим органом ураження ехінококозом є печінка. Упровадження в клінічну практику сучасної променевої апаратури дозволило виявляти ехінококові кісти печінки (ЕКП) на ранніх стадіях захворювання, до появи клінічної симптоматики, що призвело до збільшення кількості пацієнтів із даною патологією. Основними проблемними тезами є те, що ЕКП у дитячому віці схильні до експансивного та полісегментарного росту, великі та гігантські кісти небезпечні можливою перфорацією, морфологічні зміни в ураженому органі є причиною інвалідизації та летальності, летальність при ехінококозі печінки у світі досягає 8,0 %. Важливими моментами в хірургії ЕКП залишається високий ризик виникнення післяопераційних ускладнень — нагноєння залишкової порожнини кісти, появи жовчних нориць (17,4–64,0 %) та рецидиву паразитарних кіст (7,7–20,0 %).

Мета дослідження: поліпшити результати хірургічного лікування дітей з ЕКП за рахунок розробки діагностики, обґрунтованої тактики, способів корекції та післяопераційної реабілітації.

Матеріали та методи. Клініка дитячої хірургії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця на базі Національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит» (м. Київ) має досвід діагностики та лікування 368 дітей з ЕКП із різних регіонів України. Первинний ехінококоз виявлено в 354 (96,19 %) пацієнтів, рецидивний ехінококоз — у 14 (3,81 %) випадках. Резидуальний ехінококоз був у 3 (0,81 %) дітей. Ускладнені ехінококові кісти діагностовано в 30 (8,15 %) пацієнтів: нагноєння кісти (n = 6), перфорація в жовчні протоки (n = 2), звапнення (n = 13), прорив паразитарної кісти в черевну порожнину (n = 6), портальна гіпертензія (n = 3). Крім того, одного пацієнта лікували на фоні ВІЛ-інфекції з множинними кістами (3 кісти) та ще одну дитину — із хронічним лімфобластним лейкозом. Для встановлення діагнозу використовували клінічно-лабораторні дані, УЗД (у тому числі інтраопераційно) печінки й органів черевної порожнини, КТ, МРТ, оглядову рентгенографію органів грудної клітки, серологічні тести.

Результати та обговорення. Згідно з міжнародною класифікацією ЕКП наші пацієнти були розподілені на такі групи: із типом CE1 (моновезикулярна кіста) — 28,41 %; із CE2 (багатокамерна сотова кіста) — 15,41 %; із CE3a (кіста з відокремленими мембранами) — 30,38 %; із CE3b (кіста з дочірніми кістами (псевдосолідний тип)) — 13,90%; із CE4 (кіста з гетерогенним умістом (псевдопухлинний тип)) — 2,83 %; із CE5 (тверда кальцинована стінка (звапнення паразита)) — 9,07 %. Залежно від типу, розмірів кіст і локалізації були використані різні варіанти лікування цих дітей. Транскутанна пункція, санація з дренуванням під ультрасонографічним і рентгенологічним контролем виконані в 31 (8,42 %) пацієнта, лапароскопія, висічення оболонок, капітонаж порожнини кісти — у 7 (1,90 %), лапароскопія, капітонаж порожнини з дренуванням кісти — у 8 (2,17%), лапароскопія, пункція та дренування порожнини кісти — у 36 (9,79 %), лапаротомія, інтраабдомінальна пункція, санація з дренуванням під контролем ультрасонографії або під дактилотактильним контролем — у 21 (5,70 %), лапаротомія, пункція, санація (деепітелізація), висічення країв оболонок, капітонаж із дренуванням або без дрену-