

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ РОТАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З ЦИТОМЕГАЛІЄЮ ТА ПІДХОДИ ДО ПАТОГЕНЕТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

О.В. Усачова*, Т.М. Пахольчук*, Є.А. Сіліна*, Т.Б. Матвеева**, О.В. Шульга**, В.В. Печугина**, І.В. Берестова***, А.В.Штіблер***, В.А.Турлюн***

*Запорізький державний медичний університет

**Запорізька обласна інфекційна клінічна лікарня

***Запорізький міська дитяча багатопрофільна клінічна лікарня №5, Україна

Мета: вивчення особливостей перебігу ротавірусної інфекції у дітей раннього віку на тлі персистоючої ЦМВ-інфекції та обґрунтування доцільності патогенетичного лікування таких форм хвороби рекомбінантним інтерферон альфа-2b (Ліпоферон).

Пацієнти і методи. Під спостереженням були 95 дітей раннього віку, хворі на ротавірусну інфекцію (РВІ), з них 65 дітей на фоні персистоючої ЦМВ-інфекції (основна група), 30 не інфікованих ЦМВ дітей склали контрольну групу. Усім дітям проводили фізикальне та лабораторне обстеження: клінічний і біохімічний аналіз крові, загальний аналіз сечі, аналізи калу (копроцитограма, бактеріологічні дослідження калу, протеолітична активність). За показаннями проводилися УЗД органів черевної порожнини та нейросонографія.

Діти основної групи з РВІ на тлі ЦМВ були розподілені на дві групи. До 1-ї увійшло 35 пацієнтів, які додатково отримували препарат «Ліпоферон» перорально 5–7 днів. 30 пацієнтів 2-ї групи отримували лише стандартну терапію.

Результати. На тлі застосування Ліпоферону відмічено швидку ліквідацію загальних проявів системної запальної реакції, прискорення нормалізації випорожнень та припинення блювання, також вдалося запобігти хвилеподібному перебігу хвороби з ураженням слизових оболонок трахеобронхіального дерева. При контрольному обстеженні калу на антиген ротавірусу результат був негативним у 91,4% пацієнтів першої групи, а серед дітей другої групи п'ятеро (16,6%) повторно виділили ротавірус.

Висновки. У дітей раннього віку з ЦМВ-інфекцією РВІ має схильність до затяжного перебігу за рахунок приєднання на 5–8 добу катаральних проявів з боку трахеобронхіального дерева та ураження печінки. Включення препарату Ліпоферон до комплексної терапії РВІ у дітей з персистоючої цитомегалією сприяє швидшому нівелюванню основних клінічних проявів захворювання та прискорює одужання. Ліпоферон є безпечним препаратом при лікуванні ротавірусної інфекції у дітей раннього віку.

Ключові слова: ротавірусна інфекція, цитомегаловірусна інфекція, діти раннього віку, діагностика, клініка, лікування, Ліпоферон.

Вступ

Діарейні захворювання є актуальною проблемою педіатрії, які за частотою у дітей поступаються лише гострим респіраторним інфекціям [1,3,5]. За даними МОЗ України, щороку реєструються 45–50 тис. випадків гострих кишкових інфекцій (ГКІ) серед дітей, близько 40 з яких завершуються летально. У структурі дитячої смертності серед малюків у віці до 5 років ГКІ займають друге місце і щорічно обумовлюють приблизно 1,5 млн випадків у світі [1,3,9,10].

У сучасних умовах однією з найбільш актуальних проблем дитячої інфектології є збільшення долі опортуністичних інфекцій, до яких належать персистоючі, частіше герпесвірусної етіології, зокрема цитомегалія. Велика частка інфікованих цитомегаловірусами (ЦМВ) дітей раннього віку визначає не тільки високу перинатальну захворюваність, але й значні відхилення в стані здоров'я у подальші роки [2,6,7,11,13,14]. Абсолютно доведена роль герпесвірусних інфекцій у формуванні хронічних процесів з ураженням різних відділів травної та респіраторної систем. Тривале клітинне паразитування цих вірусів є чинником розвитку патологічного процесу у слизових оболонках зі схильністю до рецидивування [4,7,11].

Домінуючими збудниками ГКІ є ротавіруси, які в різних країнах зумовлюють понад 40% усіх випадків діарейних захворювань дітей [15]. При цьому етіотропна терапія вірусних кишкових інфекцій залишається мало розробленою. Постійно ведеться пошук нових препаратів, які мають противірусну та імуномодулюючу дію. До них належать препарати реком-

бінантного інтерферону-α (інтерферон альфа-2b). ІФН має антипроліферативну, імуномодулюючу, противірусну активність та є одним з найважливіших регуляторів міжклітинної взаємодії. Противірусний ефект інтерферон альфа-2b здійснюється опосередковано через експресію нових ферментів, таких як олїгоаденілатсинтетаза і ендонуклеаза, які викликають блокаду синтезу вірусних поліпептидів і нуклеїнових кислот із розщеплення вже утворених [16–18].

Оскільки ІФН належить до високомолекулярних білкових сполук, істотним моментом для їх орального застосування є підвищення біодоступності та безпечності. Одним з таких напрямків є створення ліпосомальних форм. Ліпосоми — це мікроскопічні сферичні частки, заповнені рідиною, з оболонкою з фосфоліпідів, аналогічних тим, які входять до складу клітинних мембран. Утворення ліпосом пов'язане зі здатністю деяких ліпідів за певних умов формувати у водному середовищі концентричні біошари, що відокремлені один від одного водними проміжками. Гідрофільні (водорозчинні) лікарські речовини можуть бути поміщені у внутрішній водний простір ліпосом, тоді як гідрофобні (жиророзчинні) включаються безпосередньо в ліпідну мембрану. За рахунок того, що оболонка ліпосом складається з природних компонентів, вона повністю біодеградується та є біосумісною [16]. Включені в ліпосоми лікарські речовини виявляються стійкішими в організмі, оскільки захищені ліпідною мембраною від дії зовнішніх умов, зокрема від руйнування у травному тракті, що дозволяє здійснювати пероральний прийом ліпосомних препаратів [16]. Унікальною особли-

вістю ліпосом є можливість транспорту діючої речовини всередину клітини, з якою вони взаємодіють шляхом ендцитозу чи злиття.

Виходячи з цього, ліпосоми мають наступні переваги: пролонгована дія лікарського засобу, захист лікарських речовин від деградації під дією біологічно активних середовищ організму, підвищена специфічність за рахунок селективного проникнення в тканини, висока фармакологічна ефективність препаратів [17,18].

Ліпосомальним препаратом інтерферон альфа-2b є Ліпоферон. У літературі відображений досвід застосування Ліпоферону у дітей з вітряною віспою, інфекційним мононуклеозом, серозним менінгітом, гострими і хронічними вірусними гепатитами, для профілактики ГРЗ тощо [17–21].

Метою дослідження було вивчення особливостей перебігу ротавірусної інфекції у дітей раннього віку на тлі персистуючої ЦМВ-інфекції та обґрунтування доцільності патогенетичного лікування таких форм хвороби рекомбінантним інтерферон альфа-2b (Ліпоферон) на підставі аналізу анамnestичних, клінічних даних та результатів динамічного лабораторного обстеження хворих.

Матеріал і методи дослідження

Нами проаналізовані результати клінічного та лабораторного обстеження 95 дітей раннього віку, хворих на ротавірусну інфекцію (РВІ), які перебували на лікуванні у 2010–2011 рр. у дитячому кишковому відділенні Обласної інфекційної клінічної лікарні (ОІКЛ) та дитячому інфекційно-боксованому відділенні Миської багатопрофільної дитячої клінічної лікарні №5 (МБДКЛ) м. Запоріжжя. Серед них 65 дітей перенесли РВІ на фоні персистуючої ЦМВ-інфекції (основна група), 30 дітей не були інфіковані ЦМВ (контрольна група). Діти обох груп були рандомізовані за статтю та віком. Діагноз РВІ встановлювали на підставі епідеміологічних даних та типових клінічних проявів і підтверджували позитивним результатом на наявність антигену ротавірусу у фекаліях (ІФА). Наявність специфічних імуноглобулінів класу М і G у сироватці крові визначали за допомогою імуноферментного аналізу; наявність ДНК вірусу в слині чи сечі визначали за допомогою полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР).

Усім дітям крім фізикального обстеження проводили лабораторні дослідження: клінічний і біохімічний аналіз крові (визначення рівня креатиніну, сечовини, білірубину, АЛТ, глюкози, натрію, калію), загальний аналіз сечі, аналізи калу (копроцитограма, бактеріологічні дослідження калу, протеолітична активність). За показаннями проводилися УЗД органів черевної порожнини та нейросонографія (НСГ).

Всі обстежені хворі отримували стандартну терапію, яка складалась з дієтичного низьколактозного харчування та регідратації. Залежно від важкості стану дитини та ступеня зневоднення поповнення втрат рідини та солей в організмі проводилося двома шляхами — оральним та парентеральним. Крім того, діти основної групи з РВІ на тлі ЦМВ були розподілені на дві групи. До 1-ї увійшло 35 пацієнтів, які разом із стандартною терапією додатково отримували препарат «Ліпоферон» (ЗАТ „Вектор-Медика», РФ). Другу групу склали 30 пацієнтів, які отримували стандартну терапію відповідно до Протоколів діагностики та лікування інфекційних хвороб у дітей [22]. Суттєвих відмінностей у розподілі хворих за віком, статтю в групах 1 та 2 не було. Препарат призначали перорально. Дози препарату добирали, виходячи з розрахунку 1 млн МО на м² площі тіла. Кратність введення препарату становила 2 рази на добу з інтервалом 12 годин. Тривалість курсу становила 5–7 днів.

Оцінку ефективності лікування проводили на основі вивчення динаміки основних клінічних симптомів захворювання: інтоксикаційного синдрому (слабкість, головний біль, зниження апетиту, анорексія), тривалості лихоманки, тривалості диспептичного синдрому. Контрольне дослідження калу на антиген ротавірусу проводили через 1 день після проведеного курсу лікування Ліпоферону.

Статистичну обробку результатів дослідження проводили за допомогою MS Excel 2003. Визначалися середні показники та стандартні відхилення ($M \pm m$). Різницю частот визначали за методом оцінки різниці між частотами появи ознаки в окремих серіях спостереження (t-тест Student). Статистично достовірною вважали різницю, якщо $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення

Діти обох груп надходили до стаціонару переважно на 1–2-й день хвороби. Практично всі хворі госпіталізувались в стані токсикозу з ексикозом.

Аналіз анамnestичних даних дітей груп спостереження показав, що переважна більшість інфікованих ЦМВ народилися від матерів, у яких вагітність та пологи перебігали з ускладненнями (у 59,3% проти 28,7% в контролі; $p < 0,05$). Вагітність у 56% випадків перебігала на тлі повторних епізодів респіраторного захворювання і в 49% із загрозою переривання на різних термінах. Крім того, 83% дітей основної групи перенесли жовтяницю новонародженого, у 62% мали місце гострі респіраторні захворювання, після яких відмічався тривалий субфебрилітет (проти 69% та 32% в контролі відповідно; $p < 0,05$).

Також встановлено, що майже всі діти основної групи мали несприятливий преморбідний фон: у 52,4% відмічались прояви рахіту, у 32,4% — атопічного дерматиту, у 29% — анемія I ст., у 18% анемія — середньої тяжкості. Майже половина дітей (48,3%, проти 27,2% в контролі, $p < 0,05$) мали наслідки перинатального ураження ЦНС.

Аналіз клінічних даних показав, що у дітей як основної, так і контрольної груп захворювання переважно починалось гостро і розвивалось бурхливо з підвищення температури тіла, інтоксикації, діареї та повторної блювоти впродовж 1–2, іноді 3–4 діб.

Підвищення температури понад 39°C відмічалось у 34% хворих, 38,1–39,0°C — у 26%, 37,0–38,0°C — у 37,4%. У 1,6% хворих температура не підвищувалась. Лихоманка продовж 1 доби зберігалась у 36%, близько 2 діб мала місце у 48% хворих, а у 16% тривала до 5 діб. Синдром інтоксикації також характеризувався погіршенням самопочуття, змінами настрою, млявістю, зниженням апетиту, блідістю шкіри, появою «мармурового» малюнку шкіри, приглушенням серцевих тонів, систолічним шумом на верхівці серця. У більшості дітей (53%) основної групи та контрольної групи тривалість інтоксикаційного синдрому була не більше 2-х днів, але у 35% він зберігався до 5 днів, а у 12% хворих тривав понад 6 діб.

Катаральні явища з боку слизових оболонок верхніх дихальних шляхів і ротоглотки в дебюті захворювання відзначалися майже у 75% хворих, а у третини вони передували розвитку кишкових розладів. У більшості хворих катаральний синдром був виражений незначно чи помірно: неяскрасва гіперемія слизової оболонки твердого та м'якого піднебіння, піднебінних дуг, мигдаликів; гіперемія та зернистість задньої стінки. У 2% пацієнтів мали місце прояви ларинготрахеїту.

Діарейний синдром у 65% дітей з ЦМВІ тривав на 3–4 дні більше, ніж у дітей контрольної групи, тобто мав затяжний характер. Діарея та блювота у більшості пацієнтів цієї групи зумовили зневоднення організму, і у 64% хворих

Динаміка основних клінічних симптомів РВІ у дітей при різних методах лікування (абсолютна кількість хворих дітей, у яких виявлявся клінічний симптом)

Клінічний симптом	При госпіталізації		2 день лікування		3 день лікування		5 днів лікування	
	1 група (n=35)	2 група (n=30)	1 група (n=35)	2 група (n=30)	1 група (n=35)	2 група (n=30)	1 група (n=35)	2 група (n=30)
Млявість	29	22	16	19	0*	4	0	0
Зниження апетиту	32	22	10*	16	0	2	0	0
Блідість шкіри	31	27	28	21	2*	7	0*	3
Лихоманка	35	27	18	24	1*	8	0	2
Блювота	35	28	4*	12	0	2	0	0
Діарея	35	30	11*	33	3*	8	0	2

Примітка: * – достовірна різниця між показниками у дітей першої і другої групи ($p < 0,05$).

було встановлено II ступінь ексикозу. У результаті 30% дітей основної групи потребували проведення активної парентеральної регідратаційно-дезінтоксикаційної терапії. У контрольній групі з метою відновлення водного балансу переважно використовували оральну регідратацію, і тільки 6 дітям проводили парентеральну терапію.

У гострому періоді хвороби у пацієнтів обох груп зміни гемограми переважно відповідали проявам гемоконцентрації: збільшення кількості еритроцитів, гемоглобіну, відносний лейкоцитоз з прискоренням ШОЕ. За даними біохімічного дослідження крові дітей з ЦМВ, хворих на РВІ, у 35,8% (проти 9,8% у контролі $p < 0,05$) в період розпаду захворювання було зареєстровано підвищення активності АЛТ на фоні нормобілірубінемії. При цьому у 24,6% пацієнтів АЛТ була підвищена у 1,5, у 7,7% – в 2; у 3,1% – в 3–4 рази. Слід зазначити, що цитолітичний синдром у більшості хворих на РВІ з ЦМВ був короткотривалим, і в період реконвалесценції була зареєстрована нормалізація рівня АЛТ. Проте у 6 хворих цитолітичний синдром тривав понад 2 тижні. У 4 дітей контрольної групи було також виявлено підвищення рівня АЛТ, з нормалізацією показника на фоні зниження симптомів інтоксикації. Хворих з цитолітичним синдромом обстежили на маркери вірусних гепатитів за допомогою ІФА, і результати були негативними у всіх випадках. При проведенні дітям з цитолітичним синдромом УЗД органів черевної порожнини патологічних змін не виявлено.

Серед особливостей перебігу хвороби на тлі цитомегалії ми відмітили те, що біля 65,4% дітей цієї групи на 5–8 дні хвороби мали другу хвилю лихоманки із проявами ураження трахеобронхіального дерева (підвищення температури тіла до 38–38,5°C, поява катаральних симптомів з боку верхніх дихальних шляхів). У 62,4% таких пацієнтів були ознаки бронхообструктивного синдрому із сухим нав'язливим кашлем, задишкою. У таких випадках одужання затягувалося до 10–14 днів хвороби, і середній термін стаціонарного лікування склав 12,3±3,2 днів (7,1±1,8 у контрольній, $p < 0,05$).

Порівняльний аналіз клінічної ефективності лікування з використанням Ліпоферону показав, що у дітей 1-ої групи швидше, ніж у дітей 2-ої, зникали симптоми інтоксикації та ознаки диспептичного синдрому та блювоти (табл. 1). Так, у дітей, що одержували Ліпоферон, блювота і діарея зникали раніше, ніж у пацієнтів контрольної групи (2,6±0,2 проти 1,2±0,1 дня щодо блювоти, $p < 0,05$; 3,9±1,1 проти 5,1±0,9 дня в контролі щодо діареї, $p < 0,05$).

Аналіз динаміки частоти випорожнень у хворих РВІ показав, що у дітей, які отримували Ліпоферон, з другого дня хвороби кількість випорожнень поступово знижувалася і до 3 дня нормалізувалася практично у всіх. Водночас у дітей другої групи до 4 дня кількість випорожнень залишалася понад 4 рази на день, а нормалізація відбувалася тільки на 5–6 добу лікування.

У більшості дітей першої групи (88,2%) вже на третю добу лікування зникали ознаки ексикозу, що майже на 1 день раніше, ніж у дітей другої групи (2,1±0,9 проти 3,2±0,8 дня, $p < 0,05$).

Крім того, на тлі призначення Ліпоферону майже у всіх дітей з фоновою ЦМВІ не відбувалося формування другої хвилі лихоманки і приєднання бронхообструктивного синдрому (був зареєстрований лише у одного хворого, а в контролі – у 10 пацієнтів; $p < 0,05$).

Швидка ліквідація загальних проявів системної запальної реакції, прискорення нормалізації випорожнень та припинення блювання, запобігання хвилеподібному перебігу хвороби з ураженням слизових оболонок трахеобронхіального дерева, що було відмічено на тлі додаткового призначення Ліпоферону в комплексну терапію РВІ у дітей раннього віку, прискорило одужання. Пацієнти першої групи виписувалися з відділення на 2,2 доби раніше – на 10,1±1,4 доби проти 12,3±3,2 доби в контролі ($p < 0,05$).

Крім того, при контрольному обстеженні калу на антиген ротавірусу результат був негативним у 32 (91,4%) пацієнтів першої групи, а серед дітей, які не отримували Ліпоферон, п'ятеро (16,6%) повторно виділили ротавірус. На час проведення досліджень небажаних побічних ефектів Ліпоферону не спостерігалось у жодного пацієнта.

Висновки

1. У дітей раннього віку з ЦМВ-інфекцією РВІ має схильність до затяжного перебігу за рахунок приєднання на 5–8 добі катаральних проявів з боку трахеобронхіального дерева та ураження печінки.
2. Включення препарату Ліпоферон до комплексної терапії РВІ у дітей з персистуючою цитомегалією сприяє швидшому нівелюванню основних клінічних проявів захворювання, скорочує тривалість діареї, прискорює одужання.
3. Ліпоферон є безпечним препаратом при лікуванні ротавірусної інфекції у дітей раннього віку.

ЛИТЕРАТУРА

1. Незгода І. І. Ротавірусна інфекція у дітей (огляд літератури). Сучасний стан захворюваності дітей на ротавірусну інфекцію / І. І. Незгода, О. В. Боднарюк // Клін. иммунол. Аллергол. Инфектол. — 2012. — № 5/6. — С. 26–32.
2. Бут Г. Проблема інфекцій TORCH-комплекса по-прежнему актуальна / Г. Бут // Здоров'я України. — 2002. — № 12. — С. 26.
3. Крамарев С. О. Сучасні погляди на лікування гострих кишкових інфекцій у дітей: [посібн. для лікарів] / С. О. Крамарев. — К., 2006. — 20 с.

4. Незгода И. И. Клинико-иммунологические особенности течения ротавирусной инфекции у детей: современные подходы к лечению / И. И. Незгода, Е. В. Боднарчук // Совр. педиатрия. — 2012. — № 4 (44). — С. 142—147.
5. Ожегов А. М. Клинико-иммунологическая характеристика активной цитомегаловирусной и сочетанной с ней инфекцией у детей первого года жизни / А. М. Ожегов, С. А. Мальцев, Л. С. Мякишева // Педиатрия. — 2001. — № 2. — С. 26—32.
6. Проблема внутрішньоутробних інфекцій на сучасному етапі / Сміян І. С. Павлишин Г. А., Пасяка Н. В. [та ін.] // ПАГ. — 2001. — № 4. — С. 27—30.
7. Юлиш К. И. Врожденные и приобретенные TORCH-инфекции у детей / К. И. Юлиш, А. П. Волосовец. — Донецк : Регина. — 2005. — 215 с.
8. Цитомегаловирусная инфекция у детей / Е. И. Юлиш, О. Е. Чернышева, И. Г. Самойленко [и др.] // Антимикробная и противовирусная терапия. — 2008 — № 236. — С. 12—19.
9. Focus on acute diarrheal disease / F. Baldi, M. A. Bianco, G. Naedone [et al.] // Word J. Gastroenterol. — 2009. — Vol. 15 (27). — P. 3341—3348.
10. WHO estimates of the causes of death in children / J. Bryce, C. Boschi-Pinto, K. Shibuya, R. E. Black // Lancet. — 2005. — Vol. 365 (9465). — P. 1147—1152.
11. Bradshaw J. H. Perinatal cytomegalovirus infection associated with lung cysts / Bradshaw J. H., Moore P. P.; Children and Youth Service, Hawke's Bay Hospital, Hastings, New Zealand // J. Paediatr. Child. Health. — 2003. — Vol. 39 (7). — P. 563—6.
12. Human cytomegalovirus load in various body fluids of congenitally infected Newborns / Halwachs-Baumann G., Genser B., Pailer S. [et al.]; Department of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine, University Hospital Graz, Austria // J. Clin. Virol. — 2002. — Vol. 25, Suppl. 3. — P. 81—7.
13. Infection by cytomegalovirus in patients with neonatal cholestasis / Oliveira N. L., Kanawaty F. R., Costa S. C., Hessel G.; Department of Medical Clinic of the State University of Campinas, Campinas, Brazil // Arq. Gastroenterol. — 2002. — Vol. 39 (2). — P. 132—6.
14. Predictors of hearing loss in children with symptomatic congenital cytomegalovirus infection / Rivera L. B., Voppana S. B., Fowler K. B. [et al.]; Department of Pediatrics, University of Alabama School of Medicine, Birmingham, Alabama, USA // Pediatrics. — 2002. — Vol. № 110 (4). — P. 762—7.
15. Parashar U. D. Enrg Infect. Pis. — 2003. — Vol. 9. — P. 565—72.
16. Швець В. І. Ліпосоми в фармації. Продукти нанотехнології / В. І. Швець, Ю. М. Краснополський // Хіміко-фарм. журн. — 2006. — № 3. — С. 36—38.
17. Перспективи використання ліпосомальних препаратів у медичній практиці / Бажутін Н. Б., Золін В. В., Колокольцов А. А., Таргонський С. Н. // Здоров'я України. — 2007. — № 3. — С. 71—72.
18. Терапевтична ефективність Ліпоферону ліпосомального в профілактиці і лікуванні вірусних інфекцій / Колокольцов А. А., Золін В. В., Таргонський С. Н., Бажутін Н. Б. // Здоров'я України. — 2007. — № 7. — С. 74—75.
19. Лобзин Ю. В. Клінічна ефективність препарату Ліпоферон в комплексній терапії хворих гриппом та другими ГРЗ / Ю. В. Лобзин, Н. І. Львов, А. А. Колокольцов // Нов. медицини і фармації. — 2007. — № 14 (220).
20. Інфекційний мононуклеоз Епштейн—Барра етіології у дітей: клінічні прояви, лікування із застосуванням ліпосомальних препаратів інтерферону / Крамарев С. О., Виговська О. В., Каменська Т. М. [та ін.] // Нов. медицини і фармації. — 2010. — № 9—10. — С. 3—6.
21. Ефективність застосування ліпосомальної форми рекомбінантного інтерферону а-2b (Ліпоферон) у комплексній терапії серозного менінгіту вірусної етіології у дітей / Крамарев С. О., Палатна Л. О., Виговська О. В. [та ін.] // Клин. иммунол. Аллергол. Инфектол. — 2009. — №2. — С. 1—4.
22. Про затвердження протоколу лікування гострих кишкових інфекцій у дітей : наказ МОЗ України №803 від 10.12.2007. — [Електронний документ]. — Режим доступу : <http://www.moz-docs.kiev.ua>. — Назва з екрану.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ЦИТОМЕГАЛИЕЙ И ПОДХОДЫ К ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Е.В. Усачова, Т.М. Пахольчук*, Е.А. Силина*, Т.Б. Матвеева**, О.В. Шульга**, В.В. Печугина**, И.В. Берестовая***, Штиблер А.В.***, Турлюн В.А.****

*Запорожский государственный медицинский университет, Украина

**Областная инфекционная клиническая больница, г. Запорожье

***Городская детская многопрофильная клиническая больница №5, г. Запорожье

Цель: изучение особенностей течения ротавирусной инфекции у детей раннего возраста на фоне персистирующей ЦМВ-инфекции и обоснование целесообразности патогенетического лечения таких форм болезни рекомбинантным интерферон альфа-2b (Липоферон).

Пациенты и методы. Под наблюдением находились 95 детей раннего возраста, больные ротавирусной инфекцией (РВИ), из них 65 детей на фоне персистирующей ЦМВ-инфекции (основная группа); 30 не инфицированных ЦМВ детей составили контрольную группу. Всем детям проводили физикальное и лабораторное обследование: клинический и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, анализы кала (копроцитограмма, бактериологические исследования кала, протеолитическая активность). По показаниям проводились УЗИ органов брюшной полости и нейросонография.

Дети основной группы с РВИ на фоне ЦМВ были распределены на две группы. В 1-ю вошли 35 пациентов, которые дополнительно получали препарат «Липоферон» перорально 5–7 дней. 30 пациентов 2-й группы получали только стандартную терапию.

Результаты. На фоне применения Липоферона отмечена быстрая ликвидация общих проявлений системной воспалительной реакции, нормализация испражнений и прекращение рвоты, также удалось предотвратить волнообразное течение болезни с поражением слизистых оболочек трахеобронхиального дерева. При контрольном обследовании кала на антиген ротавируса результат был негативным у 91,4% пациентов первой группы, а среди детей второй группы пятеро (16,6%) повторно выделили ротавирус.

Выводы. У детей раннего возраста с ЦМВ-инфекцией РВИ свойственно затяжное течение за счет присоединения на 5–8 сутки катаральных проявлений со стороны трахеобронхиального дерева и поражения печени. Включение препарата Липоферон в комплексную терапию РВИ у детей с персистирующей цитомегалией способствует более быстрому купированию основных клинических проявлений заболевания и ускоряет выздоровление. Липоферон является безопасным препаратом при лечении ротавирусной инфекции у детей раннего возраста.

Ключевые слова: ротавирусная инфекция, цитомегаловирусная инфекция, дети раннего возраста, диагностика, клиника, лечение, Липоферон.

FEATURES OF ROTAVIRUS INFECTION COURSE IN INFANTS WITH CYTOMEGALOVIRUS AND THE WAY OF PATHOGENIC THERAPY

*E.V. Usachova * T.M. Paholchuk *, E.A.Silina, * T.B. Matveeva, ** O. V. Shulga, ** V.V. Pechugina ** I.V. Berestovaya *** A.V. Shtibler *** V.A. Turlyun****

* Zaporizhia State Medical University, Ukraine

** Regional Infectious Clinical Hospital, Zaporizhia

*** City Children's Multidisciplinary Clinical Hospital № 5, Zaporozhye

Purpose: To study the features of rotavirus infection course in infants in the setting of persistent CMV infection and rationale of the treatment of pathogenic form of this disease with recombinant interferon alpha-2b (Lipoferon).

Patients and methods. A total of 95 infants with rotavirus infection (RVI) were under observation, the 65 of them children, who are in the setting of persistent CMV infection (main group); 30 of them a children from the control group, who are not infected with CMV. Physical and laboratory examination is carried out for all children: clinical and biochemical blood tests, general urinalysis, fecal (coprocytogram, bacteriological studies of feces, proteolytic activity). According to orders is carried out ultrasound of the abdomen cavity organs and neurosonography.

Children of the main group with RVI in the setting of CMV were divided into two groups. In the 1st were included 35 of patients, who had received the «Lipoferon» orally 5–7 days. 30 patients of the 2nd group received only standard therapy.

Results. Against the Lipoferon application the rapid elimination of the common manifestations of systemic inflammation, normalization of bowel movements and the cessation of vomiting were marked, it is also succeed to prevent the fluctuating course of disease involving the mucous membranes of the tracheo-bronchial tree. At follow-up examination of the feces on rotavirus antigen the result was negative in 91.4% of patients from the first group and the five (16.6%) from the second group had re-allocated rotavirus.

Conclusions. In infants with CMV infection of RVI the long term course is peculiar for accession on the 5-8 day catarrhal symptoms of the tracheobronchial tree and liver damage. The inclusion of Lipoferon preparation to the complex therapy of RVI in children with persistent cytomegalovirus promotes more rapid relief of main clinical manifestations of the disease and speed recovery. Lipoferon is a safe preparation for the treatment of rotavirus infection in infants.

Key words: rotavirus infection, cytomegalovirus infection, infants, diagnosis, clinic, treatment, Lipoferon.

НОВОСТИ**Белый халат играют важную роль в налаживании доверительных отношений с доктором**

Первое впечатление о враче играет особую роль в отделениях реанимации и интенсивной терапии, где у врача нет времени на налаживание отношений с пациентом и его родными.

Исследователи из Университета Калгари, Канада изучили взаимосвязь между формой одежды врача и оценкой его компетентности.

В период с ноября 2010 года по декабрь 2011 года, авторы опросили 337 членов семей пациентов, госпитализированных в отделение реанимации и интенсивной терапии в Калгари. Участники оценили значение 10 факторов, влияющих на мнение о враче при первой встрече, таких, как возраст, пол, раса, аккуратный вид, видимые татуировки, а так же бейдж с именем. Затем их попросили выбрать лучшего врача из 4 фотографий врачей в различной одежде.

Легко читаемое имя было важным для 77% участников, а затем шли аккуратный вид (65%) и врачебная

одежда (59%). Только 32% указали, что белая одежда играет большое значение.

Тем не менее, при оценке фотографий, 52% испытуемых сочли врачей в традиционных белых халатах самыми лучшими, затем шли врачи в медицинской форме, с отдельными брюками и пиджаком (24%), гражданский костюм (13%), и простая одежда с джинсами (11%).

Полученные данные свидетельствуют, что узнаваемые формы, такие как белые халаты или врачебная форма могут вызвать «подсознательные ассоциации» с профессионализмом и компетентностью в умах многих людей, пишут авторы.

«Врачи, носящие форму, либо белый халат, были признаны наиболее компетентными в спасении больных и самыми заботливыми» — объясняют они.

Источник: <http://medexpert.org.ua>