

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ ВІТРИАНОЇ ВІСПИ У ДІТЕЙ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

**В.В. Дєєв, О.В. Виговська, Ю.А. Кудиненко, О.О. Мошчич,
Т.М. Судаченко, О.Р. Вітовська, М.Д. Розяєв**

Резюме. *Проведено аналіз історій хвороб 533 дітей, хворих на вітряну віспу, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у 2007–2014 роках в міській дитячій клінічній інфекційній лікарні м. Києва. Встановлено, що вітряна віспа у більшості (97,2%) хворих перебігає в типовій, середньотяжкій (76,9%) формі, у 2,8% пацієнтів перебігає в атипійній формі, серед якої відзначається пустульозна, геморагічна та бульозна форми захворювання. У 48,6% хворих зареєстровано розвиток ускладнень. Серед них відмічали приєднання вторинної бактеріальної інфекції, неврологічні ускладнення, гепатит, тромбоцитопенію, анемію, міокардиодистрофію, геморагічний васкуліт, ураження статевих органів, міастенію, гострий тромбоз вен голілки.*

Ключові слова: *вітряна віспа, клініка, діти, ускладнення.*

Вітряна віспа (ВВ) відноситься до числа найбільш поширених захворювань дитячого віку та є убиквітарною інфекцією, особливості клімату, способу життя впливають на віковий розподіл: у зоні помірного клімату захворювання зустрічається в 90% випадків у дітей до 12 років, переважно, в холодну пору року; у зоні тропічного клімату інфекція не має сезонності й розвивається частіше серед підлітків і дорослих, у яких протікає тяжко та з ускладненнями [1, 2]. Економічний збиток, нанесений цією інфекцією, складає близько 1 млрд. грн. на рік, що перевищує витрати пов'язані з грипом та гострими респіраторними захворюваннями [3].

В Україні щорічно хворіє на ВВ близько 120–150 тис. дітей, в останнє десятиліття відзначається неухильне підвищення захворюваності. Середній показник захворюваності на 100 тис. населення у великих містах України становить від 500 до 1100, у сільській місцевості захворюваність в 3–4 рази нижче [4, 5]. Все перераховане вище обумовлює актуальність даної роботи.

Мета дослідження: вивчити особливості клінічної картини вітряної віспи у дітей шляхом аналізу історій хвороб дітей, які знаходилися в клініці кафедри дитячих інфекційних хвороб впродовж 2007–2014 років.

Матеріали та методи

Дослідження проводилися в клініці кафедри дитячих інфекційних хвороб НМУ імені О.О. Богомольця на базі Київської міської дитячої клінічної інфекційної лікарні (головний лікар – к. мед. н. Камінська Т.М.), де впродовж 2007–2014 років було проаналізовано 533 історії хвороби

дітей хворих на вітряну віспу у віці від 2-х тижнів до 18 років життя. Серед обстежених дітей із ВВ хлопчиків було 53,1% (283 дитини), дівчаток – 46,9% (250). Із загальної кількості хворих дітей перших трьох років життя було 33,6% (179 дітей), від 3-х до 6 років – 25,1% (134 хворих), від 6 до 9 років – 15,6% (83 пацієнтів), від 9 до 18 років – 25,7% (137 досліджених) (рис. 1). Середній вік хворих дітей – $(5,82 \pm 0,22)$, у хлопчиків – $(6,18 \pm 0,31)$ дівчаток – $(5,41 \pm 0,32)$ років.

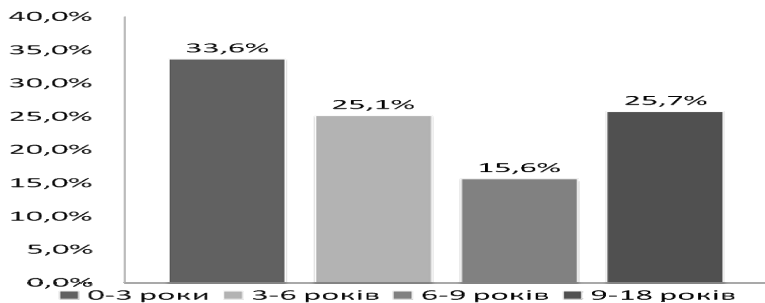


Рис. 1. Розподіл дітей, хворих на вітряну віспу за віком.

Дітей із легким ступенем вітряної віспи було 1,90% (10 пацієнтів), середньої тяжкості – 76,9% (410 хворих), тяжким – 21,2% (113 дітей) (рис. 2). У 45,2% випадків (241 хворих) розвинулися ускладнення захворювання.

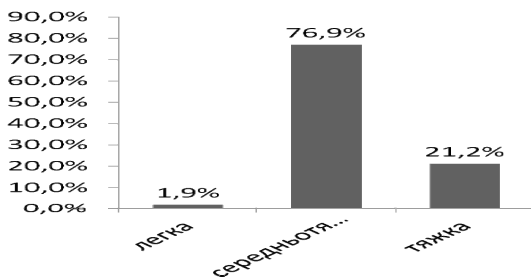


Рис. 2. Розподіл дітей, хворих на вітряну віспу за ступенем тяжкості захворювання

Використовували клінічні (показники об'єктивного обстеження, анамнестичні дані); лабораторні (загальноклінічний, біохімічний, бактеріологічний), математико-статистичні методи дослідження.

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз скарг і даних об'єктивного обстеження показав, що у всіх дітей захворювання розпочиналося гостро із загально-інфекційного синдрому, який проявлявся у вигляді загальної слабкості, кволості, нездужання (100,0%); зниження апетиту (74,9%), головного болю (83,1%), нудоти (50,2%), у дітей з тяжкими формами – артралгії, міалгії, блювоти (рис. 3).

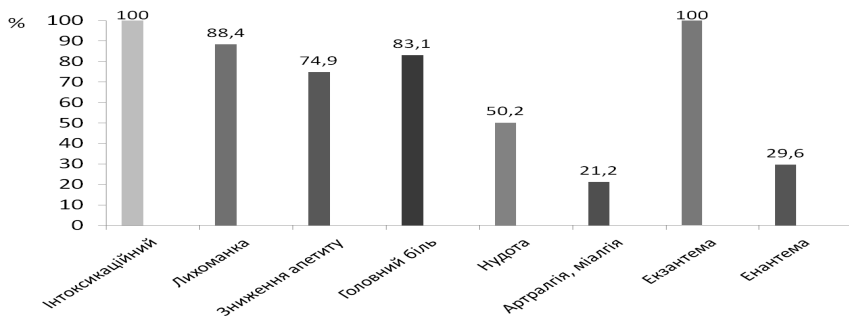


Рис. 3. Основні клінічні прояви вітряної віспи у обстежених дітей.

Ступінь вираженості інтоксикаційного синдрому залежав від тривалості та тяжкості захворювання. Захворювання розпочиналося із підвищення температури тіла у 88,4% хворих, на рівні 37,1–38⁰С у 29,1%, 38,1–39⁰С – у 42,0%, 39,1–41⁰С – у 28,9%. У 11,6% дітей ВВ перебігала на фоні нормальної температури тіла (рис. 4). Тривалість лихоманки становила від 1 до 17 днів, в середньому – 3,96±0,12 дні.

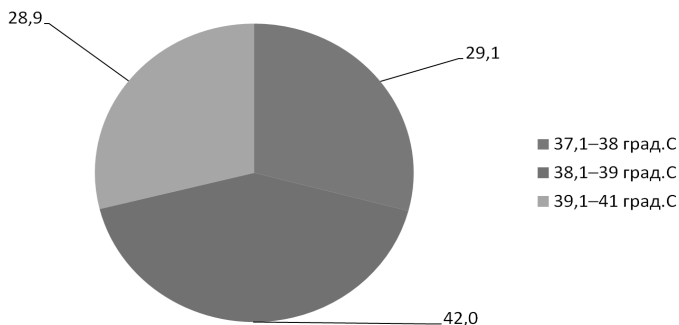


Рис. 4. Розподіл дітей за характером лихоманки.

Поява везикульозного висипу у 19,0% дітей відмічалася в першу добу захворювання, у 77,1% – на другу добу хвороби, у 1,5% – на третю-четверту добу від початку хвороби та у 2,4% хворих на 5-ту добу та ще пізніше (рис. 5).

Тривалість підсипань склала від 1 до 19 днів, в середньому – $(5,11 \pm 0,08)$ днів (табл. 1). У 29,7% хворих висип був масивним, практично повністю покриваючи все тіло, у 17,8% – висип був поодиноким, та у 52,5% – помірним (рис. 6). У 97,2% дітей висип носив поліморфний (плямисто-папульозно-везикульозний) характер. У 2,8% випадків висип мав інший характер: 1,3% дітей відмічався пустульозний висип, у 0,4% – бульозний характер висипу та у 1,1% – із геморагічним вмістом.

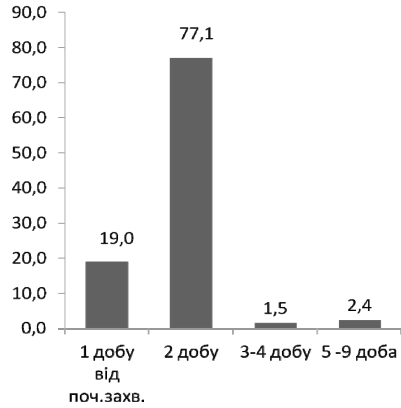


Рис. 5. Розподіл хворих за терміном появи екзантеми.



Рис. 6. Розподіл дітей за інтенсивністю екзантеми при вітряній віспі.

У 29,6% пацієнтів виявлена енантема на слизовій оболонці ротової порожнини, в основному на м'якому піднебінні, передніх піднебінних дужках, язичі, у 25% – на кон'юнктиві та у 30,0% – на статевих органах.

**Середня тривалість основних проявів вітряної віспи
у обстежених дітей**

Симптоми	Тривалість, $M \pm m$, дні
Лихоманка	$3,96 \pm 0,12$
Підсипання	$5,11 \pm 0,08$

Серед ускладнень вітряної віспи на першому місці реєструвалося приєднання вторинної бактеріальної інфекції, яке спостерігалось у 24,4% хворих (рис. 7). Серед цієї групи ускладнень мали місце: бронхіт (25,4%), гнійний тонзилофарингіт (22,3%), стоматит (19,2%), піодермія (10,0%), гострий гастроентерит (6,2%), абсцес шкіри та флегмона м'яких тканин (4,6%), слизово-гнійний кон'юнктивіт (3,8%), пневмонія (2,3%), гнійний артрит (2,3%), середній гнійний отит (1,5%), інфекція сечовивідних шляхів (1,5%), гнійний лімфаденіт (0,9%). На другому місці спостерігали неврологічні ускладнення, які відмічалися у 11,1% хворих. Серед них гострий мозочковий енцефаліт реєстрували у 42,4% пацієнтів з неврологічними ускладненнями, енцефалітна реакція – у 33,9%, фебрильні судоми – у 18,6% хворих, серозний менінгіт – у 1,7%, енцефаліт – у 3,4%. У двох дітей (0,4%) відмічали ураження статевих органів. У хлопчика 14,7 років мав місце епідидимо-орхіт та у дівчинки 6,8 років реєструвався сальпінгіт і офорит. Тромбоцитопенію реєстрували у 1,9% хворих, анемію – 4,1% пацієнтів. У 5,3% дітей відмічали гепатит, який проявлявся у всіх із них синдромом цитолізу та у 3 хворих – жовтяничною формою. У 0,8% хворих мав місце розвиток міокардиодистрофії, у 0,4% -геморагічного васкуліту, у 0,2% – міастенії та у 0,25 – гострого тромбозу вен гомілки. У 1,3% дітей відмічалось декілька ускладнень одночасно (рис. 7).

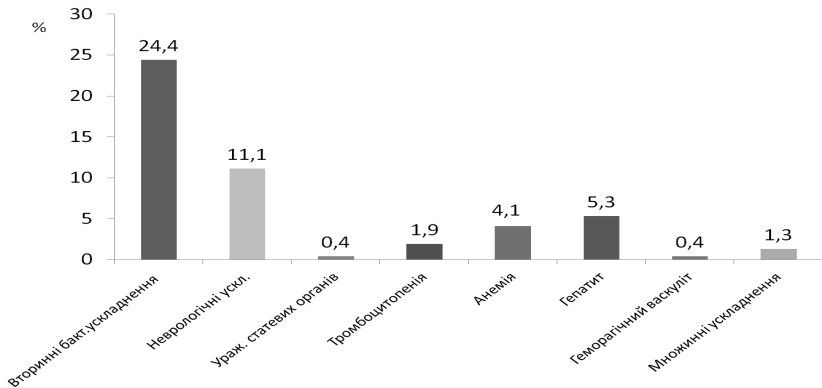


Рис. 7. Характер ускладнень у обстежених дітей, хворих на вітряну віспу.

Частота ускладнень була найвищою у групі дітей від 3 до 6 років (55,2%). У дітей віком від 6 до 9 років ускладнений перебіг захворювання реєструвався у 50,6%. У дітей перших трьох років життя ускладнення зустрічалися у 41,3% випадків. Серед дітей віком 9–18 років вони спостерігалися у 29,2% випадків.

Діти були госпіталізовані з першого по 15 день від початку захворювання, в середньому на $(3,6 \pm 0,12)$ день. В перший день від початку хвороби до стаціонару надходило 26,1%, на 2–3 дні – 30,2%, на 4–7 дні – 34,7%, на другому тижні – 8,8% та на 3 тижні лише 0,19% (рис. 8).

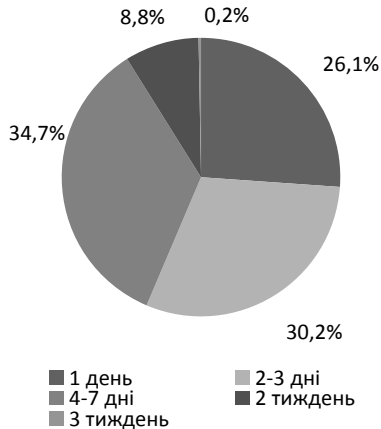


Рис. 8. Розподіл обстежених дітей, хворих на вітряну віспу за терміном надходження до стаціонару.

Хворі перебували на стаціонарному лікуванні від 1 до 34 днів, в середньому $(7,29 \pm 0,21)$ днів. У 97,2% пацієнтів реєструвалася типова форма захворювання, але у 2,8% відмічалася атипова форма у вигляді: пустульозної (1,3%), геморагічної (1,1%), бульозної (0,4%).

Для ілюстрації особливостей клінічного перебігу вітряної віспи у дітей наводимо клінічний випадок.

Клінічний випадок 1. Хвора Д. 8 р. 11міс., захворіла 23.02.2014 р., коли з'явився поодинокий висип на лівій щоці та підвищилася температура тіла до 39° С, батьки дали нурофен, температура утримувалася на рівні 39° С, була викликана невідкладна допомога. Попередній діагноз: ГРВІ? Запропонована госпіталізація від якої батьки відмовилися. На наступний день 24.02.2014 р. температура тіла 40° С, дворазова блювота, висип підсилав, батьки давали нурофен, ставили свічки із цефеконом, сімейний лікар оглянув дитину. Діагноз: ГРВІ. Гіпертермічний синдром. Рекомендовано

циклоферон. 25.02–27.02 температура тіла – 40° С, висип підсипав, від їжі відмовлялась, повторна блювота. 28.02 – стан без позитивної динаміки, в'ялість, слабкість, відсутність апетиту, температура тіла – 38,6° С, повторна двохранова блювота, свіжі елементи висипу по всьому тілу, з'явився не частий сухий кашель. 01.03. була викликана швидка медична допомога і дитина доставлена в КМДКІЛ із діагнозом: вітряна віспа?

Скарги при поступленні: висип на шкірі, запах ацетону, слабкість, сонливість, відмова від їжі і пиття, повторна блювота, температура тіла 40,3° С. Дані епіданамнезу: 7.02.2014 р. випадок вітряної віспи в групі дитячого садочку, яку відвідує дитина.

Об'єктивно: стан дитини тяжкий, тяжкість стану обумовлена інтоксикаційним, гіпертермічним, ацетонемічним синдромом та синдромом екзантеми. На всій поверхні тіла рясний везикуло-пустульозний висип, який оброблений смарагдовим зеленим, на волосяній частині голови й тубубі наявні свіжі елементи висипу. Збільшені передньошийні лімфатичні вузли з двох сторін, до 0,5–0,8 см в діаметрі, еластичної консистенції, болісні при пальпації. При аускультатії легень: дихання жорстке, хрипи не вислуховуються. При перкусії: ясний легеневий звук. Координаційні проби виконує із промахуванням, в позі Ромберга – не стійка. Хода дрібними кроками. Менінгеальні симптоми негативні. Діагноз при госпіталізації: вітряна віспа, гіпертермічний синдром, ацетонемічний синдром, енцефалічна реакція? Енцефаліт? Було проведено обстеження: загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, цукор крові, мазок із зіву і носа на BL, мазок із зіву на патогенну флору, заскріб на ентеробіоз, аналіз калу на яйця глистів, люмбальна пункція. З урахуванням тяжкості стану дитина із боксованого відділення переведена у відділення анестезіології та інтенсивної терапії. В лікуванні: ацикловір із розрахунку 10мг/кг 3 рази на день внутрішньовенно краплинно (21 день), цефтріаксон із розрахунку 100 мг/кг внутрішньовенно (10 днів), преднізолон із розрахунку 3 мг/кг/добу по схемі, інфузійна, симптоматична терапія. 02.03.2014 р. дитина оглянута неврологом. Заключення: вітрянковий енцефаліт. В динаміці – покращення стану. На 18-й день від початку госпіталізації у дитини з'явився вологий кашель, ослаблене дихання справа, в аналізі крові лейкоцитоз 14,5 на 10⁹/л, п – 28%, ШОЕ – 20 мм/год, з'явились скарги на біль в колінах. Суглоби звичайної конфігурації. Рекомендовано: рентгенографію ОГП, дослідження крові на ревмопроби. Рентгенографія ОГП. Заключення: правобічна плевропневмонія. Остаточний діагноз: вітряна віспа типова тяжка форма, ускладнений перебіг. Ускладнення: вітрянковий енцефаліт мозочкова форма, правобічна плевропневмонія. Дитина переведена в пульмонологічне відділення.

Висновки

1. Вітряна віспа, у більшості дітей (97,2%), перебігає в типовій, середньотяжкій (76,9%) формі, у 2,8% пацієнтів – в атипівій, серед якої реєструється пустульозна, геморагічна та бульозна форма захворювання.

2. У 48,6% хворих зареєстровано розвиток ускладнень. Серед ускладнень спостерігали приєднання вторинної бактеріальної інфекції, неврологічні ускладнення, гепатит, анемію, тромбоцитопенію, рідше – міокардиодистрофію, геморагічний васкуліт, ураження статевих органів, міастенію, гострий тромбоз вен гомілки.

Література

1. Epidemiology of Varicella Hospitalizations in the United States, 1995–2005 / M.A. Reynolds [et al.] // J. Infect. Dis. – 2008. – № 197 (Suppl. 2). – P. 120–126.
2. Hospitalization of newborns and young infants for chickenpox in France / A. Lecuyer [et al.] // Eur. J. Pediatr. – 2010. – Vol. 169. – № 10. – P. 1293–1297.
3. Генерализованная и геморагическая формы течения ветряной оспы у детей / Г.И. Кожевина [и др.] // *Мать и дитя в Кузбассе*. – 2005. – № 1(10). – С. 39–41.
4. Крамарев С. А. Особенности современного течения ветряной оспы у детей / С.А. Крамарев // *Дитячий лікар*. – 2011. – № 6 (13). – С.1–4.
5. Предотвращение ветряной оспы средствами специфической профилактики в Беларуси, Казахстане, России и Украине. (Заявление группы экспертов в области вакцинопрофилактики) / А.А. Баранов, Д.Н. Балашов, А.В. Горелов [и др.] // *Педиатрическая фармакология*. – 2008. – № 5(3). – С. 6–15.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ У ДЕТЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

**В.В. Деев, О.В. Виговская, Ю.А. Кудыненко, О.А. Мощич,
Т.Н. Судаченко, О.Р. Витовская, М.Д. Розяев**

Резюме. Проведен анализ историй болезней 533 детей, больных ветряной оспой, которые находились на стационарном лечении в 2007–2014 годах в городской детской клинической инфекционной больнице г. Киева. Установлено, что ветряная оспа у большинства (97,2%) больных протекает в типичной, среднетяжелой (76,9%) форме, в 2,8% пациентов протекала в атипичной форме, среди которой отмечалась пустулезная, геморагическая и буллезная формы заболевания. В 48,6% больных зарегистрировано развитие осложнений. Среди которых отмечали присоединения вторичной бактерияльной инфекции, неврологические осложнения, гепатит, тромбоцитопению, анемию, миокардиодистрофию, геморагический васкулит, поражение половых органов, миастения, острый тромбоз вен голени.

Ключевые слова: ветряная оспа, клиника, дети, осложнения.

FEATURES OF CLINICAL PICTURE OF VARICELLA IN CHILDREN IN MODERN CONDITIONS

V.V. Deev, O.V. Vigovsky, Y.A. Kudinenko, O.A. Moschich,
T.N. Sudachenko, O.R. Vitovskaya, M.D. Rozyaev

Summary. *The analysis of the medical records of 533 children with chickenpox who were hospitalized in 2007–2014 years in the City children's clinical hospital of infectious diseases in Kiev. It was found that the chickenpox, the majority (97.2%) patients takes place in a typical, moderate (76.9%) form, in 2.8% of patients flowed in atypical forms, among which marked pustular, bullous and hemorrhagic form of the disease. In 48.6% of patients reported complications. Among which the accession of a secondary bacterial infection, neurological complications, hepatitis, thrombocytopenia, anemia, hemorrhagic vasculitis, myasthenia, acute venous thrombosis of the leg and other.*

Key words: *chickenpox, clinic, children, complications.*

УДК 616.935:616.34-002.1

ОКРЕМІ АСПЕКТИ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ В УКРАЇНІ У СУЧАСНИХ УМОВАХ

С.І. Доан, Н.Г. Малиш

Резюме. *Вивчена захворюваність на діарейні інфекції у регіонах України. Найвищі показники встановлені у Харківській, Запорізькій, Одеській областях. Спалахи кишкових інфекцій реєстрували, як серед населення окремих територій локально, так і в організованих колективах. Превалював харчовий шлях передачі.*

Ключові слова: *гострі кишкові інфекції, захворюваність, спалахи.*

Гострі кишкові інфекції (ГКІ) займають значну частку у структурі інфекційної патології [1]. Високому рівню захворюваності сприяють інтенсивна міждержавна міграція населення, обмін продуктами харчування, інтенсифікація тваринництва і птахівництва на промисловій основі, урбанізація, активізація рекреаційних процесів, зміни, що відбулися у системі виробництва, зберігання і реалізації харчових продуктів, погіршення екологічної ситуації [2].

Ситуація по ГКІ може ускладнюватися виникненням спалахової захворюваності, що є свого роду індикатором епідеміологічного неблагополуччя, побічно вказуючи на низьку якість профілактичних і проти-епідемічних заходів [3].

Мета дослідження. Дослідити рівні захворюваності на діарейні інфекції у регіонах України у 2010–2014 рр., проаналізувати спалахи ГКІ, зареєстровані за 6 міс. 2015 р.