

УСКЛАДНЕННЯ ВІТРЯНОЇ ВІСПИ У ДІТЕЙ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

**С.О. Крамарьов, О.В. Виговська, В.В. Деев, В.Б. Гуменюк,
О.В. Данилюк, К.В. Бакай, О.А. Кузнець**

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 у 48,6% випадків у госпіталізованих дітей розвинулися ускладнення. Серед ускладнень реєстрували приєднання вторинної бактеріальної інфекції у 24,4% випадків, неврологічні ускладнення у 11,1% хворих, гепатит – у 5,3%, анемію – у 4,1%, тромбоцитопенію – у 1,9%, рідше (від 0,8% до 0,2%) – міокардиодистрофію, геморагічний васкуліт, ураження статевих органів, міастенію, гострий тромбоз вен гомілки.*

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

Багато лікарів традиційно вважають вітряну віспу легким захворюванням із гладким перебігом і сприятливими наслідками. Однак, клінічні дані переконливо свідчать, що навіть у здорових дітей інфекція може перебігати у тяжкій формі з ураженням центральної нервової системи (ЦНС) у вигляді енцефаліту, церебеліту, менінгіту та супроводжуватися розвитком різних ускладнень, в першу чергу, вторинних бактеріальних інфекцій шкіри та пневмонії [1, 2]. Ризик ускладненого перебігу і тяжких форм різко зростає у дітей із Т-клітинним імунodefіцитом, перших місяців життя, особливо, якщо вони не отримали материнського імунітету, старшого шкільного віку та у дорослих [3, 4].

На розвиток ускладнень впливає також несприятливий преморбідний фон дитини. Особливо небезпечна вітряна віспа для дітей перших місяців життя та дорослих [5]. Із кожним роком відмічається погіршення здоров'я дітей, збільшується кількість імуноскомпрометованих осіб та відбувається «подорослішення» цієї інфекції, що підвищує ризик появи тяжких форм та ускладнень.

Аналізуючи 296 випадків вітряної віспи серед дітей та дорослих у Нідерландах, госпіталізованих у 2003–2006 роках ускладнення спостерігали у 76% хворих [6]. Серед них у 72% дітей 1-го року життя, у 86% – дітей 1-4 років та у 58% – серед пацієнтів старше 5 років. Найчастіше реєстрували піодермію – 27,7%, гострий гастроентерит – 19%, фебрильні судоми – 7,4%, пневмонію – 7,4%, стоматит – 7,1%. Гостра мозочкова атаксія відмічалася у 3,0%, менінгіт – 2,4%, енцефаліт – 2,4%, церебральний васкуліт (інфаркт, кровотеча) – 0,3%, судоми без температури – 0,3%, бронхіт/бронхіоліт – 2%, середній гнійний отит – 5,4%, слизово-гнійний

кон'юнктивіт – 2,4%, фарингіт/тонзиліт – 3,4%, мультиформна ексудативна еритема – 0,3%, некротизуючий фасциїт – 0,3%, стоматит – 4,4%, гепатит – 0,7%, сепсис – 2%, остеомієліт – 0,3%, реактивна артропатія – 1,4%, тромбоцитопенія – 1,7%, тромбо-геморагічний синдром – 1%, лейкопенія – 2,7%, анемія – 2,7%, міокардит – 0,3% [6]. Середній термін госпіталізації у пацієнтів з пневмонією склав 4,7 днів; гострим гастроентеритом – 4,6 днів; піодермією – 3,7 днів; стоматитом – 2,8 днів; фебрильними судомами – 1,6 днів [6].

Мета дослідження: вивчити характер ускладнень у дітей, хворих на вітряну віспу, провівши аналіз історій хвороб дітей, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в клініці кафедри дитячих інфекційних хвороб впродовж 2007–2014 років.

Матеріали та методи

Дослідження проводилися в клініці кафедри дитячих інфекційних хвороб НМУ ім. 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. Діти вітряною вісною 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). Середній вік хворих дітей – $5,82 \pm 0,22$, у хлопчиків – $(6,18 \pm 0,31)$ дівчаток – $(5,41 \pm 0,32)$ років. Дітей із легким ступенем вітряної віспи було 1,90% (10 пацієнтів), середньої тяжкості – 76,9% (410 хворих), тяжким – 21,2% (113 дітей). 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 48,6% випадків (259 хворих) із кількості госпіталізованих пацієнтів розвинулися ускладнення захворювання (рис. 1). У 99,7% хворих захворювання закінчилося видужанням, проте двоє хворих (0,4%) померли. Їх вік становив 7 місяців та 5 років. Обидва були вихованцями будинку дитини та мали множинні вроджені вади розвитку. На фоні вітряної віспи у цих дітей відбулася декомпенсація життєво важливих функцій організму з розвитком поліорганної недостатності, що призвело до смерті.

Серед ускладнень ВВ на першому місці реєструвалося приєднання вторинної бактеріальної інфекції, яке спостерігалось у 24,4% хворих. 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%) (табл. 1).

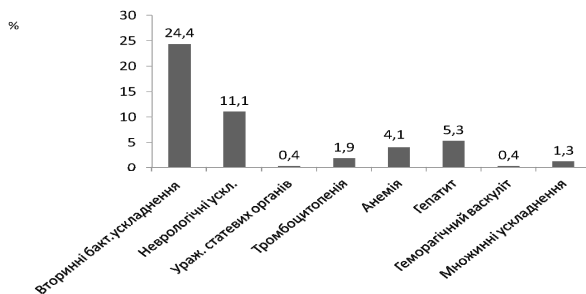


Рис. 1. Розподіл обстежених дітей, хворих на вітряну віспеу за характером ускладнень.

Таблиця 1

Характер вторинних бактеріальних ускладнень у обстежених дітей, хворих на вітряну віспеу

Ускладнення	Абсолютна кількість	%
Пневмонія	3	2,3
Бронхіт	33	25,4
Піодермія	13	10,0
Стоматит	25	19,2
Середній гнійний отит	2	1,5
Слизово-гнійний кон'юнктивіт	5	3,8
Абсцес, флегмона шкіри, м'яких тканин	6	4,6
Гострий гастроентерит	8	6,2
Інфекція сечовивідних шляхів	2	1,5
Гнійний артрит	3	2,3
Гнійний лімфаденіт	1	0,8
Гнійний тонзилофарингіт	29	22,3
Всього	130	100,0

На другому місці спостерігали неврологічні ускладнення, які відмічалися у 11,1% хворих. Серед них гострий мозочковий енцефаліт реєстрували у 42,4% пацієнтів із неврологічними ускладненнями, енцефалітна реакція – у 33,9%, фебрильні судоми – у 18,6% хворих, серозний менінгіт – у 1,7%, енцефаліт – у 3,4% (табл. 2).

Таблиця 2

**Характер неврологічних ускладнень у дітей,
хворих на вітряну віспе**

Ускладнення	Абсолютна кількість	%
Фебрильні судоми	11	18,6
Гостра мозочкова атаксія	25	42,4
Енцефаліт	2	3,4
Менінгіт серозний	1	1,7
Енцефалічна реакція	20	33,9
Всього	59	100,0

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 оофорит. 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 (табл. 3). У 1,3% дітей відмічалось декілька ускладнень одночасно.

Таблиця 3

Характер ускладнень у дітей, хворих на вітряну віспе

Ускладнення	Абсолютна кількість	%
Міокардиодистрофія	4	5,7
Епідидимо-орхіт	1	1,4
Сальпінгіт та оофорит	1	1,4
Тромбоцитопенія	10	14,3
Анемія	22	31,4
Гепатит жовтянична форма	3	4,3
Синдром цитолізу	25	35,7
Геморагічний васкуліт	2	2,9
Міастенія	1	1,4
Гострий тромбоз вен	1	1,4
Всього	70	100,0

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.

Фебрильні судоми спостерігалась переважно у дітей 1–3 років, дещо рідше – у більш старшому віці, і лише у однієї дитини першого року життя. Ускладнення розвивалось у перші 2–3 доби захворювання на висоті інтоксикації і проявлялось короткочасним пригніченням свідомості, судомами, швидкоминучими вогнищевими неврологічними розладами. Зміни у спинномозковій рідині були відсутні. На фоні симптоматичної та підтримуючої терапії ці клінічні прояви протягом доби набували зворотного розвитку. Гостра мозочкова атаксія та пневмонія ускладнювали перебіг вітряної віспи переважно у дітей старше 3 років та не були зареєстровані у дітей першого року життя.

Запалення легень підтверджувалося рентгенологічним дослідженням. Ускладнення виявлялось на 4–10 день хвороби, супроводжувалося погіршенням загального стану, посиленням інтоксикації, змінами у гемограмі (нейтрофільний лейкоцитоз) і розцінювалось як асоційоване з вторинною бактеріальною інфекцією. Переважно це були вогнищеві пневмонії середнього ступеню тяжкості, які не потребували інтенсивної терапії. На фоні антибактеріальної терапії у всіх хворих відмічалась позитивна динаміка з повним одужанням. Гостра мозочкова атаксія спостерігалася у 25 хворих (4,7%). У всіх хворих ускладнення розвивалось з 6 по 14 день від початку захворювання і супроводжувалося ураженням мозочкових структур з характерною симптоматикою координаційних розладів. У 1 хворого (0,2%) був виражений менінгеальний синдром і реєструвався за даними лікворограми серозний менінгіт. Порушення вітальних функцій у всіх цих пацієнтів не спостерігалось, інтенсивної терапії вони не потребували, видужання відбувалось на 2–4 тижні. У 2 дітей (0,4%) реєстрували енцефаліт, який супроводжувався ураженням півкуль мозку (підтверджено МРТ дослідженням). Перебіг захворювання в цих випадках був тяжкий, супроводжувався проявами набряку-набухання головного мозку, тривалими розладами свідомості, вогнищевою неврологічною симптоматикою і потребував проведення інтенсивної терапії. Приєднання вторинної бактеріальної флори з боку слизових оболонок та шкіри спостерігалися в усіх вікових групах до 18 років. Вони потребували проведення місцевої терапії та, в більшості випадків, системної антибактерійної терапії. Абсцес шкіри виявлявся переважно у дітей шкільного віку. Всі хворі були консультовані хірургом, отримували системну антибактеріальну терапію, місцеве лікування і, в окремих випадках, хірургічне лікування. Міокардіодистрофія мала місце у чотирьох дітей. Тромбоцитопенія переважала у дітей старше 3-х років. Гепатит спостерігався у дітей всіх вікових груп.

Отримані нами дані по відсотку розвитку та характеру ускладнень співпадають з даними літератури. Так, проаналізувавши 598 історій

хвороби дітей, які перенесли вітряну віспу у 2004-2008 роках у Гонг-Конзі автори ускладнення захворювання реєстрували у 47% пацієнтів [7]. Серед ускладнень найчастіше (43,1%) зустрічалася бактеріальна інфекція шкіри та м'яких тканин [6]. Неврологічні ускладнення діагностувалися у 18,1%: енцефаліт (0,17%), менінгіт (0,17%), гостра мозочкова атаксія (0,67%), афебрильні судоми (0,84%), фебрильні судоми (6,7%). Серед інших ускладнень (3,2%) спостерігались: сепсис, тромбоцитопенія та пурпура Шенляйн-Геноха [7].

Серед ускладнень вітряної віспи у Германії при аналізі 119 випадків захворювання серед дітей у 1996 році найчастіше (61,3%) автори спостерігали неврологічні ускладнення: гостра мозочкова атаксія (40,3%), енцефаліт (18,2%), менінгіт (1,6%), центральний парез лицьового нерву (0,8%) [8]. На другому місці (38,6%) діагностували приєднання вторинної інфекції у вигляді: підермії (26,0%), гнійного артрити (4,2%), остеомієліту (3,3%), некротизуючого фасциїту (2,5%), орбітального целюліту (1,6%), пневмонії (0,8%). Частіше за інших причиною бактеріальних ускладнень був *Streptococcus pyogenes* (15,1%). Бактеріальні ускладнення частіше спостерігались серед дітей до 4 років, а неврологічні – у дітей старшого віку [8].

Згідно з даними літератури немає однозначної думки, стосовно того, впливає преморбідний фон на тяжкість перебігу захворювання чи ні. Частина вчених вважає, що у імуноскомпрометованих пацієнтів захворювання перебігає тяжче і вірогідність розвитку ускладнень вища [3, 5]. Інші дослідники дотримуються думки, що не існує фактору предиктору тяжкої та ускладненої форми вітряної віспи у дітей і показують, що 89,1% всіх випадків вітряної віспи, що потребують госпіталізації, зустрічаються у первинно здорових дітей та, що 70–89% летальних випадків відмічались серед дітей, у яких була відсутня яка завгодно супутня патологія, характерна для груп високого ризику [9, 10].

Наводимо клінічні приклади виписок із історій хвороби дітей із тяжким ускладненим перебігом у яких вітряна віспа перебігала на фоні обтяженого преморбідного фону.

Клінічний випадок 1. Хворий Т., 2 р. 9 міс., 10.09. 2013 р. поступив зі скаргами на підвищення температури до 38,5⁰ С, слабкість, в'ялість, висип по всьому тілу, ністагм. Хворіє впродовж 6 днів. За 1 місяць до цього хворів на ГРВІ. Захворювання розпочалося 01.09.2013 р. з появи елементів висипу на шиї, підвищення температури тіла. Наступні 5 днів (2.09. – 6.09.2013 р.) висип підсилав, температура тіла всі дні утримувалася на рівні 38,5–39°С. В наступні три дні (7.09. – 9.09.2013 р.) – стан покращився, нових підсипань не було, температура тіла – нормальна. 10.09.2013 р. Стан знову погіршився. Температура тіла – 39,4°С, слабкість, повторні блювання, «бігаючі» очі, заторможенність. Епіданамнез – контакт

з сестрою, хворою на вітряну віспу за 16 днів до початку захворювання. В анамнезі життя – з 2 років двобічний парапарез нижніх кінцівок. Об'єктивно: стан дитини середньої тяжкості, обумовлений інтоксикаційним синдромом, неврологічною симптоматикою. Свідомість ясна. Шкіра блідо-рожева. Висип у вигляді папул – везикул по всій поверхні шкіри. Слизова ротоглотки рожева. Енантема відсутня. Язик обкладений білим нальотом. Лімфовузли мілкі, шкіра над ними не змінена, при пальпації безболісні. Патологічні рефлекс: знижені, парапарез нижніх кінцівок. Хода хитка, Мова порушена. Ністагм вертикальний.

Діагноз при госпіталізації: Вітряна віспа. Енцефалічна реакція? Вітрянковий енцефаліт? Результати лабораторних обстежень: в загальному аналізі крові – еритроцити 12×10^{12} г/л, гемоглобін 140 г/л, КП -0,9; лейкоцити – $9,9 \times 10^9$ /л, еозинофіли – 2%, лімфоцити – 40%, паличкоядерні – 12%, сегментоядерні – 38%, моноцити – 8%. Проведена люмбальна пункція. Аналіз ліквору без відхилень від норми. В лікуванні – цефтріаксон, еріус, діакарб, аспаркам, ацикловір по 125 мг 3 рази на добу внутрішньовенно краплинно 7 днів, а потім перорально по 0,1 г 5 разів на добу впродовж 7 днів, дексаметазон, преднізолон по схемі, дезінтоксикаційна, симптоматична терапія. На фоні лікування спостерігалася позитивна динаміка. Хворий був виписаний додому на 20 день перебування в стаціонарі в задовільному стані. Діагноз заключний: Вітряна віспа типової тяжкої форми, ускладнений перебіг. Ускладнення: вітрянковий мозочковий енцефаліт. Супутний діагноз: двобічний парапарез нижніх кінцівок. Реконвалесцент ГРВІ.

Клінічний випадок 2. Хворий М., 7 місяців захворів гостро з появи плямисто-папульозної висипки. Був госпіталізований до інфекційного відділення з діагнозом вітряна віспа. За даними анамнезу життя – дитина від третьої вагітності, перших пологів, народилася недоношеною із масою тіла 1350 г, зростом 41 см, за шкалою Апгар 4–5 балів, множинні вроджені вади розвитку. Після народження дитина виховувалася в дитячому будинку. Група здоров'я IV. Дані епідеміологічні: був в контакт з хворим на вітряну віспу в дитячому будинку. Під час госпіталізації стан дитини тяжкий за рахунок преморбідного фону. Дитина сама не ковтає, годується через зонд. На 6-й день хвороби стан погіршився, підвищилась температура тіла, з'явилась задишка, тахіпное до 72 уд. за 1 хв., тахікардія 148 уд. за 1 хв., ослаблення серцевих тонів, збільшилися розміри печінки, спостерігалась рясна папульозно-везикульозна висипка по всьому тілу, що продовжувала підсипати. Призначена терапія: ацикловір парентерально, цефтріаксон, симптоматичне, місцеве лікування. На 11 день хвороби підсипання припинилися. На 13-й день на фоні лікування спостерігали знову погіршення загального стану, гіпертермія 39,5–40°C, задишка, судомний синдром, дихальні, гемодинамічні порушення. Дитину було

переведено до відділення анестезіології та інтенсивної терапії. Проведено штучну вентиляцію легень, інфузійну терапію, симпатоміметичну підтримку гемодинаміки. Через годину після початку інтенсивної терапії у хворого – зупинка серця. Реанімаційні заходи були безуспішними. Констатовано смерть. Діагноз заключний: Вітряна віспа атипова пустульозна тяжка форма, ускладнений діагноз. Ускладнення: набряк головного мозку. Гостра серцева недостатність. Судомний синдром. Гостра ниркова недостатність, стадія олігоурії. Супутний діагноз: затримка фізичного та психомоторного розвитку; множинні вади розвитку: стеноз лівої легеневої артерії, двостулковий аортальний клапан, синдром Карнегі-де-Лонга, аномалія розвитку сечостатевої системи (гіпоспадія, двобічний крипторхізм), аномалія розвитку правої верхньої кінцівки, гіпертензивно-гідроцефальний синдром.

Висновки

Серед ускладнень реєстрували приєднання вторинної бактеріальної інфекції у 24,4% випадків, неврологічні ускладнення у 11,1% хворих, гепатит – у 5,3%, анемію – у 4,1%, тромбоцитопенію – у 1,9%, рідше (від 0,8% до 0,2%) – міокардиодистрофію, геморагічний васкуліт, ураження статевих органів, міастенію, гострий тромбоз вен гомілки.

Література

1. Breuer J. Varicella zoster virus: natural history and current therapies of varicella and herpes zoster / J. Breuer, R. Whitley // *Herpes*. – 2007. – № 14 (Suppl. 2). – P. 25–29.
2. Epidemiology of hospital admissions for chickenpox in children: an Italian multicentre study in the pre-vaccine era / S. Marchetto, F.M. de Benedictis, M. de Martino [et al.] // *Acta Paediatr.* – 2007. – № 96. – P. 1490–1493.
3. Evaluation of varicella complications through a retrospective hospital survey in a paediatric center over 16 years in France / E. Mallet [et al.] // *Arch. Pediatr.* – 2004. – № 11. – P. 1145–1151.
4. 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.
5. Hospitalization of newborns and young infants for chickenpox in France / A. Lecuyer [et al.] // *Eur. J. Pediatr.* – 2010. – Vol. 169, № 10. – P. 1293–1297.
6. Hospitalization due to varicella in the Netherlands / Van Lier Alies [et al.] // *BMC Infect Dis.* – 2011. – Apr 5. – № 11. – P. 85.
7. Hospitalizations for varicella in children and adolescents in a referral hospital in Hong Kong, 2004 to 2008: A time series study / J.Y. Chan, L. Tian, Y. Kwan [et al.] // *BMC Public Health*. 2011. May 23. № 11. – P. 366.
8. Severe Complications of Varicella in Previously Healthy Children in Germany: A 1-Year Survey / C. Ziebold [et al.] // *Pediatrics*. – 2001. – № 108. – P. 79.
9. Epidemiology of varicella zoster virus infection in Canada and the United Kingdom / M. Brisson [et al.] // *Epidemiol. Infect.* – 2001. – Vol. 127, № 2. – P. 305–314.
10. Complications of varicella in healthy children in Izmir, Turkey / G. Koturoglu [et al.] // *Pediatr. Int.* – 2005. – Vol. 47, № 3. – P. 296–299.

ОСЛОЖНЕНИЯ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ У ДЕТЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

С.А. Крамарев, О.В. Виговская, В.В. Деев, В.Б. Гуменюк,
О.В. Данилюк, К.В. Бакай, О.А. Кузнец

Резюме. Проведен анализ историй болезней 533 детей, больных ветряной оспой, которые находились на стационарном лечении в 2007-2014 годах в городской детской клинической инфекционной больницы г. Киева. Установлено, что в 48,6% случаев у госпитализированных детей развились осложнения. Среди осложнений регистрировали присоединения вторичной бактериальной инфекции в 24,4% случаев, неврологические осложнения у 11,1% больных, гепатит – в 5,3%, анемию – в 4,1%, тромбоцитопения – в 1,9%, реже (от 0,8% до 0,2%) – миокардиодистрофию, геморрагический васкулит, поражение половых органов, миастению, острый тромбоз вен голени.

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

COMPLICATIONS OF CHICKENPOX IN CHILDREN IN MODERN CONDITIONS

S.A. Kramarev, O.V. Vigovska, V.V. Deev, V.B. Gumenyuk,
O.V. Danyluk, K.V. Baccaye, O.A. Kuznets

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 for infectious diseases in Kiev. It was found that in 48.6% of cases in hospitalized children developed complications. Additional complications recorded secondary bacterial infection in 24.4% of cases, neurological complications in 11.1% of patients, hepatitis – 5.3%, anemia – 4.1%, and thrombocytopenia – 1.9%, less (from 0.8% to 0.2%) – myocardial, hemorrhagic vasculitis, myasthenia, acute venous thrombosis of the leg.

Key words: chicken pox, children, complications during.

УДК 616.98-053.3:615.331.004.14

ЗАСТОСУВАННЯ ПРОБІОТИКІВ РІЗНИХ ГРУП У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ РОТАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

С.О. Крамарьов, А.І. Шелевицька, В.А. Шелевицька

Резюме. Незалежно від виду застосованого пробіотика нормалізація температури тіла відбулася до третьої доби у всіх дітей. Відмічалася різниця у темпах нормалізації температури тіла у різних групах. Більш швидкі темпи нормалізації температури відмічалися при застосуванні *Lactobacillus reuteri* Protectis, *Bacillus: B. Subtilis* і *B. Licheniformis*, *Bacillus clausii*, *Lactobacillus acidophilus* (sp. *L. gasseri*), *Bifidobacterium infantis*, *Enterococcus faecium*. У дітей, які отримували ці пробіотики нормалізація температури тіла відбулася на другу добу у 32% – 32% – 31% – 28% дітей відповідних груп. При застосуванні *Bacillus subtilis* УКМ В-5020 нормалізація відбулася на другу