

Значення вроджених респіраторних вірусних інфекцій у патології дітей раннього віку

І.І. Редько, О.М. Чакмазова

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

Вивчено стан здоров'я у доношених та недоношених новонароджених з вродженими респіраторними вірусними інфекціями до 3 років постнатального розвитку. Установлено, що у недоношених дітей показники стану здоров'я, темпи психомоторного та мовного розвитку нижче відповідних показників доношених дітей, що потребує своєчасного проведення лікувально-реабілітаційних заходів.

Ключові слова: діти, новонароджені, вроджені вірусні інфекції, стан здоров'я.

Актуальність проблеми внутрішньоутробних інфекцій А(ВУІ) зумовлена не тільки суттєвими перинатальними втратами, але й тим, що у дітей, які вижили, дуже часто у подальшому розвиваються серйозні порушення здоров'я [1, 6]. При цьому віддаленими наслідками перенесених ВУІ є різні соматичні, неврологічні порушення, імунодефіцитні стани та інша патологія, яка призводить до інвалідизації дітей і значного зниження якості їхнього життя в цілому. Особливістю клінічного перебігу ВУІ є не тільки маніфестні форми, але й субклінічні варіанти, які нерідко призводять до серйозних порушень здоров'я в наступні періоди постнатального розвитку.

Серед збудників ВУІ одне з перших місць посідають вірусні інфекції. Серед вірусних інфекцій найбільш поширені гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ), які можуть

бути потенційно небезпечними для плода та новонародженого (НН) при несвоєчасній профілактиці та лікуванні ГРВІ у вагітної [2, 4, 5]. Небезпеку для плода представляють віруси грипу, парагрипу, аденовірус, респіраторно-синцитіальний та ентеровіруси, з якими пов'язують не тільки перинатальну смертність, але й розвиток синдрому дихальних розладів, перинатальних уражень ЦНС, кардіореспіраторних, метаболічних порушень та іншої перинатальної патології [1–3].

Мета дослідження: проведення катанестичного спостереження за станом здоров'я дітей до 3 років життя з вродженими респіраторними вірусними інфекціями (ВРВІ) для обґрунтування диспансерного нагляду.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Протягом раннього неонатального періоду проведено клініко-лабораторне обстеження 834 матерів та їхніх хворих НН з підозрою на ВУІ. Предметом поглибленого дослідження стала група з 224 хворих дітей із ВРВІ. Контрольну групу склали 30 здорових НН.

Верифікацію діагнозу ВУІ здійснювали на підставі клініко-анамнестичних та загальноприйнятих методів обстеження. Етіологічну верифікацію ВРВІ проводили у перші 3 доби життя при надходженні дитини в неонатологічне

Таблиця 1

Загальна захворюваність протягом 1-го року життя серед доношених дітей із вродженими вірусними інфекціями залежно від проведеної терапії, абс. число, %

Нозологічна форма	Основна група, n=25		Група порівняння, n=25	
Інфекційний індекс	0,9	2,3		
Інфекція сечовивідних шляхів	2	8,0	6	24,0
Алергійні дерматити	3	12,0	18	72,0***
Стоматит	0	0	9	36,0***
Кардіопатія	5	20,0	22	80,0***
Анемія	2	8,0	18	72,0***
Гостра кишкова інфекція	-	0	7	28,0**
Функціональні захворювання ТТ	2	8,0	6	24,0
Наслідки перинатальних уражень ЦНС	9	36,0	18	72,0**
Рахіт	4	16,0	22	88,0***
Вторинні імунодефіцитні стани	0	0	11	44,0***

Примітки: ** – статистично значуща різниця з показниками основної групи ($p < 0,01$); *** – статистично значуща різниця з показниками основної групи ($p < 0,001$); ТТ – травний тракт.

Таблиця 2

Частота захворюваності на ГРВІ протягом першого року життя серед доношених дітей із вродженими респіраторними вірусними інфекціями залежно від проведеної терапії, M±m

Нозологічна форма	Основна група, n=25	Група порівняння, n=25
ГРВІ	2,2±0,3	3,8±0,4**
Обструктивний бронхіт	0,67±0,22	1,58±0,35

Примітка. ** – статистично значуща різниця з показниками основної групи ($p < 0,01$).

відділення пологових будинків або у відділення реанімації та у їхніх матерів після пологів.

Специфічну діагностику респіраторних вірусних інфекцій (грип, парагрип, аденовірусна, респіраторно-синцитіальна, ентеровірусна) проводили за допомогою методів прямої імуофлюоресценції, імуохроматографічного аналізу, методу парних сироваток, модифікованої реакції зв'язування комплементу та гістологічного, цитологічного дослідження послідів. Матеріалом для дослідження у дітей були змиви та зскрібки з носоглотки, кров із пуповинної та периферійної вен, а у їхніх матерів – змиви та зскрібки з носоглотки. Паралельно проведена специфічна діагностика вірусних інфекцій групи TORCH методом імуоферментного аналізу та полімеразної ланцюгової реакції. Матеріалом для дослідження у дітей були кров, сеча, слина, у матерів – кров.

Проведено катамнестичне спостереження за 100 дітьми з періоду новонародженості і протягом перших 3 років життя. Стан здоров'я дітей оцінювали комплексно на підставі аналізу показників соматичного та неврологічного статусів, даних фізичного та психомоторного розвитку, характеру та частоти перенесених захворювань.

Статистичне оброблення отриманих результатів проводили з обчисленням параметричних та непараметричних критеріїв з використанням пакета програм «Statistica 6,0» для персональних комп'ютерів.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Серед загальної кількості обстежених ВУІ верифіковані у 708 (84,9%) хворих НН, з них у 224 (31,6%) верифіковані ВРВІ. Доношених було 132 (58,9%), недоношених з гестаційним віком 35–36 тиж – 92 (41,1%). Серед 224 дітей з ВРВІ верифіковано: у 77 (34,4%) – мікст-вірусні інфекції, у 62 (27,7%) – вірусні бактеріальні інфекції, у 53 (23,6%) – мікст-вірусно-TORCH-інфекції та у 32 (14,3%) – мовновірусні інфекції. У дітей з ВРВІ при верифікації

етиологічного збудника вірус грипу А визначений у 15,6%, парагрипу – у 20,5%, аденовірус – у 40,6%, респіраторно-синцитіальний вірус – у 27,2%, ентеровірус – у 48,2%, цитомегаловірус – у 56,6%, вірус простого герпесу – у 22,6%.

Установлено, що клінічними формами ВРВІ є генералізована (4,5%), церебральна (5,4%), вісцеральна (73,6%), локалізована (5,4%) та субклінічна (10,7%). Найбільш несприятливий перебіг захворювання відзначено при асоціації респіраторних вірусів з бактеріальними збудниками та вірусами групи TORCH у недоношених НН. Летальність при вроджених мікст-вірусних інфекціях сягала 3,9%, при вірусно-бактеріальних – 11,3%, при мікст-вірусно-TORCH-інфекціях – 3,8%.

Після виписки зі стаціонару у подальшому протягом 3 років проводили спостереження за станом здоров'я 50 доношених та 50 недоношених дітей з ВРВІ та аналіз показників їхньої захворюваності, оцінювання фізичного та психомоторного розвитку.

Результати комплексного аналізу стану здоров'я дітей засвідчили різницю в об'єктивному статусі дітей, які знаходились на диспансерному обліку у педіатра або сімейного лікаря з проведенням необхідних реабілітаційних заходів (основна група, n=25), та дітей, які на етапі первинної медичної допомоги не спостерігалися або не отримували своєчасних реабілітаційних заходів при диспансерному спостереженні (група порівняння, n=25).

Реабілітаційні заходи включали, крім раціонального режиму дня та раціонального харчування, лікувальний та загальний масаж з гімнастикою, фізіопроцедури, загартовувальні процедури, спостереження у невропатолога та лікування неврологічних порушень, за показаннями – імунологічні обстеження та призначення імуномодулювальних препаратів з метою профілактики та зменшення бактеріальних та вірусних захворювань.

При катамнестичному спостереженні виявлено різницю в соматичному та неврологічному статусі доношених та недоношених НН.

Під час спостереження за доношеними дітьми в катам-

Таблиця 3

Загальна захворюваність протягом 1-го року життя серед недоношених дітей із вродженими респіраторними вірусними інфекціями залежно від проведеної терапії, абс. число, %

Нозологічна форма	Основна група, n=25		Група порівняння, n=25	
Інфекційний індекс	1,2	3,2*		
Наслідки перинатальних уражень ЦНС	12	48,0	23	92,0***
Вроджені аномалії розвитку	2	8,0	9	36,0*
Бронхолегенева дисплазія	0	0	4	16,0*
Функціональна кардіопатія	10	40,0	13	52,0
Анемія недоношених	6	24,0	14	56,0*
Вроджена апластична анемія	0	0	1	4,0
Алергійні дерматити	8	32,0	16	64,0*
Рахіт	22	88,0	25	100,0
Функціональні захворювання ТТ	15	60,0	24	96,0*
Імунодефіцитні стани	4	16,0	16	64,0***
Затримка фізичного розвитку	5	20,0	12	48,0*

Примітки: * – статистично значуща різниця з показниками основної групи (p<0,05); *** – статистично значуща різниця з показниками основної групи (p<0,001).

Таблиця 4

Частота захворюваності на ГРВІ протягом першого року життя серед недоношених дітей із вродженими респіраторними вірусними інфекціями залежно від проведеної терапії, M±m

Нозологічна форма	Основна група, n=25	Група порівняння, n=25
ГРВІ	2,3±0,3	3,9±0,3***
Обструктивний бронхіт	1,08±0,28	2,1±0,2**

Примітки: ** – статистично значуща різниця з показниками основної групи (p<0,01); *** – статистично значуща різниця з показниками основної групи (p<0,001).

незі було відзначено підвищену загальну захворюваність, підвищений інфекційний індекс уже протягом першого року життя серед дітей групи порівняння зі статистично значущою різницею з показниками основної групи (табл. 1).

При цьому в структурі загальної захворюваності у дітей групи порівняння на першому році життя переважали захворювання органів дихання, алергійні дерматити, токсико-гіпоксичні кардіопатії, фонові захворювання (анемія, рахіт) та зберігалися ознаки перинатальних уражень ЦНС у вигляді синдромів рухових порушень, гіпертензійного синдрому та підвищеної збудливості зі статистично значущою різницею з показниками основної групи ($p < 0,05$). Захворюваність на ГРВІ наведена у табл. 2.

На 2-у та 3-у році життя в структурі загальної захворюваності у дітей групи порівняння найбільш часто зустрічалися епізоди ГРВІ (більше 5 разів на рік), що в основному було пов'язано з початком відвідування дитячих дошкільних закладів та формування вторинних імунодефіцитних станів. Також у дітей групи порівняння найбільш часто діагностували атопічний дерматит, функціональні порушення ТТ та інфекції сечових шляхів. При цьому показники фізичного розвитку у дітей обох груп знаходилися в межах вікової норми.

Оцінювання психомоторного розвитку дітей на 2-у та 3-у році життя дозволило виявити в обох групах затримку темпу мовного розвитку та формування синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю.

Катамнестичні спостереження за недоношеними дітьми виявили різницю у структурі загальної захворюваності порівняно з доношеними (табл. 3).

При спостереженні за недоношеними НН у катамнезі було відзначено як підвищену загальну захворюваність, так і підвищений інфекційний індекс в обох групах і на 1-у, і на 2-у та 3-у роках життя. Захворюваність на ГРВІ наведено в табл. 4.

У структурі загальної захворюваності дітей на першому році життя переважали неврологічні порушення у вигляді гідроцефально-гіпертензійного синдрому та рухових порушень, функціональні захворювання ТТ, імунодефіцитні стани, фонові захворювання (анемія, рахіт) та затримка фізичного розвитку зі статистично значущою різницею з показниками основної групи. Відзначено, що коли в неонатальний період провідними неврологічними синдромами були нерво-рефлекторна збудженість та вегетовісцеральні порушення, то в наступні місяці 1-го року життя понад 60% дітей мали неврологічні порушення у вигляді синдрому рухових порушень, затримку моторного розвитку в сполученні із запізненням редукції фізіологічного м'язового тону. При УЗД головного мозку в 77% випадків виявляли гідроцефальний синдром, особливо стосовно дітей із мікст-респіраторно-вірусно-TORCH-інфекціями. Діти групи порівняння, які взагалі не отримували або отримували несвоєчасно повторні курси реабілітації (нейрометаболіти, масаж, фізіолікування), які спрямовані на нормалізацію метаболічних процесів ЦНС, м'язового тону та розвиток моторних навичок, відставали в моторному розвитку: запізнавалися терміни своєчасного

Значение врожденных респираторных вирусных инфекций в патологии детей раннего возраста *И.И. Редько, Е.Н. Чакмазова*

Изучено состояние здоровья у доношенных и недоношенных новорожденных с врожденными респираторными вирусными инфекциями до 3 лет постнатального развития. Установлено, что у недоношенных детей показатели состояния здоровья, темпы психомоторного и речевого развития ниже соответствующих показателей доношенных детей, что требует своевременного проведения лечебно-реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: дети, новорожденные, врожденные респираторные вирусные инфекции, состояние здоровья.

тримання голови на 1–2-у місяцях, навички перевертання зі спини на бік та на живіт з'являлися лише на 5-у, здатність самостійно сидіти – на 9-у місяці життя. Зазначені порушення моторної сфери у всіх дітей основної групи купірувалися до кінця 1-го року життя, тоді як у групі порівняння – тільки у 50% дітей. В обох групах спостерігалася затримка фізичного розвитку протягом 1-го року життя, але в дітей основної групи показники фізичного розвитку досягли своїх вікових норм до кінця 1-го року. Протягом усього періоду спостереження в обох групах спостерігалися часті ГРВІ, які мали бактеріальні ускладнення у групі порівняння у вигляді гострих отитів, трахеобронхітів, тонзилітів, формування імунодефіцитних станів, у дітей із бронхолегеневою дисплазією – повторні епізоди обструктивних бронхітів.

На 2-у році життя у структурі загальної захворюваності переважали атопічні дерматити та функціональні захворювання ТТ. Оцінювання психомоторного розвитку дозволило виявити в кожній 2-ї дитини у групі порівняння та в кожній 4-ї дитини основної групи затримку темпів мовного розвитку в поєднанні з порушенням формування дрібної моторики. На 3-у році життя серед дітей групи порівняння відзначали затримку мовного розвитку у вигляді дислалії, пізнього формування фразової мови та недостатній словниковий запас. У більшості випадків затримка мовного розвитку поєднувалася з порушенням дрібної моторики. У частини дітей відзначали неврозоподібні стани, епілептичний синдром, синдром дефіциту уваги з гіперактивністю. Фізичний розвиток дітей на 2–3-у роках життя в цілому відповідав віковим нормативам. При клінічному спостереженні відзначали часті ГРВІ протягом 1-го року життя з розвитком бактеріальних ускладнень, а також виражені порушення мікробіоценозу кишечника. Отримані дані зумовили застосування імуномодулювальної терапії у цих дітей у процесі катамнестичного спостереження.

Дітям з ВРВІ, у яких протягом 1-го року життя спостерігалися часті епізоди ГРВІ з розвитком різних бактеріальних ускладнень, таких, як отити, бронхіти, фарингитонзиліти, а також виражені порушення мікробіоценозу кишечника, застосовували рекомбінантні інтерферони, індуктори інтерферонів, пробіотики та метаболічні препарати.

ВИСНОВКИ

1. Виявлені патологічні зміни у соматичному та неврологічному статусі дітей з ВРВІ зумовлюють необхідність комплексного диспансерного нагляду терміном не менше 1 року з проведенням лікувально-реабілітаційних заходів.

2. У недоношених новонароджених з вродженими вірусними інфекціями показники стану здоров'я, темпи психомоторного та мовного розвитку у ранньому дитячому віці нижче відповідних показників у доношених дітей.

3. В етіологічній структурі перинатальних уражень ЦНС важлива роль належить асоціаціям вірусів, серед яких провідне місце посідають ентеровіруси, вірусу грипа в сполученні з цитомегаловірусом, вірусом простого герпесу, що потребує своєчасної профілактики та лікування цих інфекцій.

Value of intrauterine respiratory viral infection in the pathology of young children *I.I. Redko, O.M. Chakmazova*

The studied the health status in full-term and premature newborn with intrauterine respiratory viral infections in the 3 years of postnatal development. In premature newborn, the rates of psychomotor and speech development in early childhood were ascertained to differ from those in the full-term neonates of the same age and treatment-rehabilitation in needs conduct.

Key word: childrens, newborn, intrauterine respiratory viral infection, health status.

Редько Ирина Ивановна – Запорожская медицинская академия последипломного образования, 69096, г. Запорожье, бульвар Винтера, 20; тел.: (0612) 96-16-70

Чакмазова Елена Николаевна – Запорожская медицинская академия последипломного образования, 69096, г. Запорожье, бульвар Винтера, 20; тел.: (0612) 96-16-70

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Власенко Д.Ю. Психомоторний та соціально-емоційний розвиток глибоко недоношених дітей // Перинатологія і педіатрія. – 2014. – № 2 (58). – С. 25–29.
2. Долгушина Н.В., Макацарія А.Д. Вирусні інфекції у вагітних: Руководство для лікарів. – М.: «Трида-Х», 2009. – 144 с.
3. Євтушенко О.І. Ентеровіруси в антенатальному періоді // Перинатологія і педіатрія. – 2005. – № 4. – С. 29–32.
4. Інфекції в акушерстві і гінекології: Практичне керівництво / Під ред. проф. В.К. Чайки. – Донецьк: ООО «Альматео», 2006. – 640 с.
5. Інфекції в акушерстві і гінекології / Під ред. О.В. Макарова, В.А. Алешкіна, Т.Н. Савченко. – 2-е изд. – М.: МЕДпресс-інформ, 2009. – С. 263–279.
6. Охотнікова І.М. Значення внутрішньої вірусної інфекції в органічній патології дітей грудного віку / І.М. Охотнікова, В.А. Агейкіна, А.С. Лозовська // Медичинський науковий і навчально-методический журнал. – 2001. – № 5. – С. 81–87.

Стаття постулила в редакцію 12.04.2015

Н О В О С Т И М Е Д И Ц И Н Ы

**ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЕДУПРЕЖДАЕТ:
У КАЖДОГО ТРЕТЬЕГО БУДЕТ ДЕМЕНЦИЯ**

«Великобритании грозит национальный кризис из-за деменции: исследование показало, что она разовьется у трети родившихся в этом году детей, если не будут найдены новые методы лечения», – сообщает Кэт Лэй в статье для The Times.

«В ходе анализа данных о прогнозах продолжительности жизни, предложенных Государственным статистическим управлением Великобритании, обнаружилось, что у 27% мальчиков и 37% девочек, рожденных в 2015 году, разовьется деменция», – уточняет автор.

«Основной фактор риска деменции – возраст. Вторая по частоте причина – недостаток поступления крови к головному мозгу в резуль-

тате сужения или затвердения кровеносных сосудов. Сейчас нет методов лечения, способных остановить или эффективно замедлить этот процесс. В фокусе исследований – лекарства, нейтрализующие нежелательный протеин, который может привести к болезни Альцгеймера», – говорится в статье.

«Если мы сможем на пять лет отсрочить начало деменции, нам удастся на треть уменьшить количество людей, живущих с этой проблемой. Исследования могут менять жизни, и наши нынешние действия помогут определить будущее рождающихся сегодня детей. Сотни тысяч семей, жизнь которых деменция уже изменила, заслужи-

вают знать, что мы сражаемся за них», – передает Лэй слова одного из руководителей британской организации Alzheimer’s Research.

По словам Марка Далласа, специалиста по болезни Альцгеймера из Университета Рединга, «на каждого исследователя деменции – пятеро исследователей рака». «Нам нужно вкладывать в инновационные исследования, чтобы восстановить баланс. Подвижки есть, но недостаточно быстрые. Нам нужны высококвалифицированные исследователи, чтобы разработать новые методы профилактики и найти это неуловимое лекарство», – полагает Даллас. /The Times

<http://www.inopressa.ru>