



УДК: 616.915-053.2-07-038.29

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДІТЕЙ ІЗ КОРОМ

О. М. Горленко, В. М. Поляк-Товт

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет», медичний факультет,
обласна клінічна інфекційна лікарня, м. Ужгород*

Вступ

Захворюваність на кір серед сільського населення в 2 рази нижча, ніж серед міського (в 2009 р. 0,04 та 0,08 на 100 тис. населення, відповідно) [1]. Встановлено, що в екологічно небезпечних районах, з великою концентрацією промислових забруднень у повітрі, воді рівень захищеності від кору дітей нижчий, ніж у дітей, які мешкають в екологічно чистих районах [2]. Тенденція переважання рівня захворюваності на кір у великих містах порівняно зі середніми показниками у країні простежується в столицях і багатонаселених містах. Це пояснюють особливостями мегаполісу – забруднення атмосферного повітря, дефіцит сонячного проміння, більш поширені і тісні контакти у транспорті, навчальних та дитячих, торговельних, медичних, культурних закладах. Простежуються певні тенденції в епідемічному процесі кору: чергування періодів підвищення захворюваності з періодами відносно «затишшя», тривалість яких складає близько двох років. Привертає увагу чіткий хвилеподібний перебіг епідемічного процесу, за якого відмічається зниження амплітуди коливань рівня захворюваності під час кожного наступного підйому [3]. Техногенне забруднення є фактором ризику, який негативно впливає на перебіг інфекційного, епідемічного та вакцинального процесів [4].

У той же час переважання захворюваності на кір міського населення в порівнянні з сільським стає менш значущим. Так, у 2001, 2002, 2006 та 2007 рр. показники захворюваності сільського населення були вищими, ніж міського. Це пояснюють збільшенням міграційних процесів та недоліками у профілактичній роботі, насамперед у проведенні щеплень. Останнє припущення підтверджується тим, що саме захворюваність дітей у сільській місцевості в 2006-2007 рр. була в 1,6-2 рази вищою, ніж серед міських дітей [5].

Продовжує спостерігатись нерівномірність захворюваності на кір серед населення різних регіонів України. Так, у 2007 р. (першому після підйому) 79% усіх випадків кору зареєстровано в 5 областях України (Івано-Франківська, Одеська, Тернопільська, Харківська, Чернівецька) [5].

Мета дослідження

Вивчити та проаналізувати клініко-лабораторні характеристики дітей із кором, які перебували на стаціонарному лікуванні в ОКІЛ.

Матеріали і методи

Група дітей із кором складала 44 пацієнти, які перебували на стаціонарному лікуванні в ОКІЛ. Структура контингенту: 24 дитини (36,51±6,11%), вік складав 12-24 міс., 20 дітей віком 25-48 міс. (31,75±5,81%). Середній вік у даній групі 31,19±2,17 місяця. Гендерна структура: налічувалося 26 хлопчиків (39,68±6,21%) і 18 дівчат (28,57±5,74) віком від 12 до 36 місяців. Серед 44 дітей 24 (36,51±6,11%) склали діти віком 12-24 міс., а 20 – віком 25-48 міс. (31,75±5,81%). Середній вік в даній групі 31,19±2,17 місяця. У комплекс обстежень дитячого контингенту входили такі заходи, як аналіз анамнестично-клінічних даних, комплексне клініко-лабораторне обстеження, біохімічні методи дослідження венозної крові.

Результати досліджень

Відповідно до мети нами було проаналізовано місце проживання дитячого контингенту.

Таблиця 1

Місце проживання дітей

Параметри	2 гр (n=44), M±m
Місто	17 (37,21±7,46)
Село	27 (62,79±7,46)



Як бачимо за даними таблиці, переважна кількість дітей проживає у сільській місцевості. Важливим показником є час звернення дітей у медичний заклад.

Таблиця 2

Звернення в день захворювання

Параметри	2 група (n=43) M±m
1 день	1 (1,59±1,59)
2 день	6 (9,52±3,73)
3 день	7 (11,11±3,99)
4 день	13 (20,63±5,14)
5 день	16 (25,40±5,53)

Аналізуючи дані звернення в ОКІЛ ми бачимо, що діти з кором зверталися за медичною допомогою після 3-го дня захворювання, що можна пояснити віддаленістю мешкання від лікарні.

Було вивчено також тривалість перебування хворих у стаціонарі.

Таблиця 3

Кількість ліжкоднів у хворих із кором

Параметри л/д	2 гр (n=43) M±m
1- 5	5 (4,76±2,70)
6-10	36(89,14±6,28)
Більше 10	4 (6,35±3,10)

За даними таблиці певної закономірності не було виявлено. Переважна більшість дітей знаходилася на стацікування 6-10 днів (36(89,14±6,28)%).

Дифузне ураження слизової оболонки дихальних шляхів є причиною як характерного для кору кашлю і нежиті, так і рідкісніших проявів – несправжнього крупу, бронхіоліту і пневмонії.

В таблиці 4 наведено тривалість катарального періоду.

Таблиця 4

Тривалість катарального періоду

Параметри	2 гр (n=44) M±m
До 5 днів	21 (49,33±5,55%)
Більше 5 днів	23 (50,52±6,05%)

У дітей досліджуваного контингенту тривалість катарального періоду складала більше 5-и днів (50,52±6,05%). Нами також була проаналізована температурна реакція у дітей (таблиця 5).

Таблиця 5

Температурна реакція

Параметри	2 гр (n=44) Абсолютні/M±m
Субфебрильна	1 (1,59±1,59%)
Фебрильна	18 (28,57±5,74%)
Піретична	25 (38,10±6,17%)

Для дітей досліджуваного контингенту в майже рівних частинах спостерігалися фебрильний та піретичний типи лихоманки.

Важливу роль у захисті організму від вірус відіграє запальна реакція, яка направлена на обмеження поширення вірусів і фіксацію їх у воротах інфекції. Противірусний ефект організму включає підвищення температури. Нами досліджувалася тривалість лихоманки у дітей із різних регіонів (таблиця 6).

Таблиця 6

Тривалість лихоманки дітей

Параметри	2 гр (n=43) M±m
дні	5,38±0,32

Тривалість лихоманки у дітей складала 5,38±0,32 дня.

При госпіталізації хворі пред'являли наступні скарги (таблиця 7).

Таблиця 7

Скарги дітей при госпіталізації

Параметри	2 гр (n=44) Абсолютні/M±m
Висипка	44
Зниження апетиту	44
Слабкість	44
Головний біль	21 (33,33±5,99%)
Почервоніння кон'юнктив	44
Світлобоязнь	20 (31,75±5,91%)
Сльозотеча	24 (38,10±6,17%)
Закладеність носа	44
Слиз виділення	44
Кашель	44
Задишка	15 (23,81±5,41%)
Нудота	6 (9,52±3,73%)
Блювота	6 (9,52±3,73%)
Болі в животі	13 (20,63±5,14%)
Діарея	19 (30,16±5,83%)
Кишковий синдром	19 (30,16±5,83%)

Клінічна картина кору характеризується лихоманкою, млявістю, слабкістю, дрібноп'ятнистою висипкою, почервоніння кон'юнктив, кашлем, задишкою, слизистими



ми виділеннями з носа та загальними скаргами на слабкість і млявість, що в нашому дослідженні спостерігалось у 100% хворих. Переважали симптоми з боку шлунково-кишкового тракту у дітей (болі в животі 20,63±5,14%), діарея 30,16±5,83%, що вкладалися у кишковий синдром 30,16±5,83%). Також для дітей більш характерним був головний біль (33,33±5,99%), більш вираженими у дітей були ураження кон'юнктив – світлобоязнь (31,75±5,91%), слъозотеча (38,10±6,17%)

Показовими були дані ускладнень при корі у дітей.

Таблиця 8

Ускладнення у дітей при корі

Параметри	2 гр (n=43) Абсолютні/М±m%
Однобічна пневмонія	7 (16,25±5,70)
Двобічна пневмонія	1 (2,33±2,33)
Бронхіоліт	4 (9,30±4,48)
Ексудативний плеврит	1 (2,33±2,33)
Г пр. бронхіт	9 (20,93±6,28)

Г. обструктивний. бронхіт	3 (6,98±3,93)
ДН 1 ст.	11(25,58±6,73)
ДН 2 ст.	2 (4,65±3,25)
Гострий середній отит	1 (2,33±2,33)
Анемія 1 ст	6 (13,95±5,35)
Анемія 2 ст	1 (2,33±2,33)
Афтозний стоматит	7 (16,25±5,70)
Міокардіодистр	1 (2,33±2,33)
Дерматит	1 (2,33±2,33)

Для дітей із досліджуваного контингенту переважали ускладнення у вигляді однобічної пневмонії 7 (16,25±5,70), рідко двобічної (2,33±2,33%) та ДН 1ст. (25,58±6,73). Із супутніх захворювань також для дітей переважали анемія 1ст. (6- 13,95±5,35%) та афтозний стоматит (7 -16,25±5,70%).

Важливим тестом адаптаційної здатності дитячого організму є дослідження гемопоезу. Нами було проведено аналіз гемограми у дітей у порівнянні з контрольною групою.

Таблиця 9

Характеристика гемограм дітей із коровою інфекцією

Параметри	2 гр (n=44) Абсолютні/М±m	Контрольна група(n=25) Абсолютні/М±m	p
Гемоглобін г/л	122,00±1,93	147,84±1,78	p<0,05
Еритроцити (x10 ¹² /л)	4,95±0,1	4,75±0,05	
Лейкоцити (x10 ⁹ /л)	12,16±0,43	6,66±0,49	p<0,05
ШОЕ мм/год.	10,84±0,75	5,77±0,61	p<0,05
Тромбоцити (тис/мкл)	283,19±11,28	196,00±97,43	p<0,05
Палички%	1,85±0,24	1,1±0,2	p<0,05
Сегменти%	42,33±2,71	57,24±0,61	p<0,05
Еозинофіли%	3,72±0,56	2,27±0,31	
Лімфоцити%	48,32±4,11	35,18±0,51	p<0,05
Моноцити%	5,05±0,88	3,49 ±0,32	

За результатами дослідження, у дітей спостерігається вірогідна різниця у рівнях паличкоядерних елементів периферійної крові (1,85±0,24% та контрольною групою 1,10±0,20%, p<0,05) між даними у дітей досліджуваного контингенту та контрольною групою. Вірогідно нижчими були рівні гемоглобіну у дітей (122,00±1,93 та контрольною групою 147,84±1,78г/л, p<0,05), що підтверджує супутню патологію анемії

1 ступеня у дітей. Рівень тромбоцитів вірогідно нижчий у контрольній групі від даних групи (196,00±97,43 проти 283,19±11,28тис/мкл). Поряд із цим усі показники гемограми дітей спостереження були у межах вікової норми.

Ми також провели біохімічне дослідження венозної крові дитячого контингенту. Дані біохімічного обстеження представлені в таблиці 11.



Таблиця 11

Біохімічний аналіз дітей із коровою інфекцією

Параметри	2 група	Контрольна група	p
	(n=41) Абсолютні/М±m	(n=25) Абсолютні/М±m	
Білірубін загальний ммоль/л	5,86 ±0,35	11,05±0,81	P<0,05
Білірубін прямий ммоль/л	2,27 ±0,31	1,44±0,90	P<0,05
Білок загальний ммоль/л	63,10 ±0,84	67,72±1,15	
Альбумін г/л	42,14±0,66	47,69±0,49	
АЛТ ммоль/л	33,24±2,17	24,27±1,12	P<0,05
АСТ ммоль/л	64,29±2,10	31,23±2,26	P<0,005
АСТ/ АЛТ	1,9	1,3	p<0,05
Креатинін ммоль/л	26,4±1,76	64,64±3,84	P<0,05
Сечовина ммоль/л	2,81 ±0,62	3,24±0,21	
Лужна фосфатаза ммоль/л	342,52± 27,39	163,42±23,74	P<0,005
Тимолова проба, ум.од.	5,12±0,11	0,82±0,22	P<0,001
Альфа-амілаза, ммоль/л	16,76±1,47	12,26±1,21	
Глюкоза, ммоль/ла	5,11±0,47	3,35±0,39	

Як бачимо з таблиці 11, спостерігається абсолютна нижча різниця у рівнях загального білка, альбуміну. Показники рівня загального білка були нижчими у порівнянні з контрольною групою (63,10 ±0,84г/л проти 67,72±1,15г/л). У контрольній групі були дещо вищими показники альбумінів (відповідно 47,69±0,49% проти 42,14±0,66%).

Також у дітей виявлялись вірогідно вищі окремі біохімічні показники, зокрема, АЛТ (33,24±2,17ммоль/л та в контрольній групі – 24,27±1,12; p<0,05), АСТ (64,29±2,10 ммоль/л відповідно в порівнянні з контрольною групою – 31,23±2,26,P<0,005), лужної фосфатази (342,52± 27,39ммоль/л та в порів-

нянні з контрольною групою – 163,42±23,74 ммоль/л) та тимолової проби (5,12±0,11 ум.од. та в порівнянні з контрольною групою – 0,82±0,22 ум.од., P<0,001). Коефіцієнт де Рітиса (АСТ/ АЛТ) відомий в літературі як адаптаційний тест для метаболічних процесів (норма 1,33±0,42) за нашими даними дещо підвищений, 1,9, – свідчить про незначне порушення метаболічних процесів.

Доцільно було здійснити гемостазіограму у діте, оскільки геморагічним синдромом супроводжуються інфекції, викликані ендотеліотропними збудниками, до яких відноситься і збудник корі. Можуть виникати як вазопатії, так і інфекційний васкуліт.

Таблиця 12

Гемостазіограма дітей із коровою інфекцією

Параметри	2 група	Контрольна група(n=20)	p
	(20)Абсолютні/М±m	М±m	
ТЧ (11,0-17,8 сек)	11,72±0,14	11,08±0,10	
АТ (71-115%)	141,78±5,92	101,10±3,44	P _{1,2} <0,001 P _{1,3} <0,05
МНВ (0,9-1,2)	0,90±0,01	1,11±0,01	
ПІ (80-120%)	110,80±1,40	84,25±0,34	
АЧТЧ (25-39 сек)	27,52 ±0,50	28,21±0,14	
Фібріноген (200-500 г/мл)	229,40±18,16	281,43±2,63	P _{1,2} <0,001 P _{1,3} <0,001
Гематокрит (37-47%)	0,42±0,01	0,39±0,01	



Як видно за даними гемостазіограми спостерігаються підвищення АТ у групі дослідження ($141,78 \pm 5,92$ відповідно до контрольної групи $101,10 \pm 3,44\%$, $P_{1,2} < 0,001$, $P_{1,3} < 0,05$). Укорочення МНВ може свідчити про надлишок фібриногена. Також спостерігається вірогідна різниця між групами та контрольною групою за рівнем фібриногену ($229,40 \pm 18,16$ г/мл відповідно з контрольною групою $281,43 \pm 2,63$ г/мл, $P_{1,2} < 0,001$, $P_{1,3} < 0,001$).

Висновки

Переважає кількість дітей проживає у сільській місцевості, зверталися за медичною допомогою після 3-го дня захворювання, що можна пояснити віддаленістю мешкання від лікарні. Переважає більшість дітей знаходилася на стаціонарному лікуванні 6-10 днів ($36(89,14 \pm 6,28)\%$). Для дітей досліджуваного контингенту в майже рівних частинах спостерігалися фебрильний та піретичний типи лихоманки. Тривалість лихоманки у ді-

тей складала $5,38 \pm 0,32$ днів. Клінічна картина кору характеризується лихоманкою, млявістю, слабкістю, дрібноп'ятнистою висипкою, почервонінням кон'юнктив, кашлем, задишкою, слизистими виділеннями з носа та загальними скаргами на слабкість і млявість, що в нашому дослідженні спостерігалася у 100% хворих. Для дітей з досліджуваного контингенту переважали ускладнення у вигляді однієї пневмонії, рідко двобічної та ДН 1ст. Із супутніх захворювань також для дітей превалювали анемія 1ст. та афтозний стоматит.

Показники гемограми дітей спостереження були у межах вікової норми. Виявлялись вірогідно вищі окремі біохімічні показники, зокрема, АЛТ, АСТ лужної фосфатази та тимолової Коефіцієнт де Рітца (АСТ/АЛТ) за нашими даними дещо підвищений, 1,9, що свідчить про незначне порушення метаболічних процесів.

Резюме. Були вивчені та проаналізовані клініко-лабораторні характеристики дітей із кором, які перебували на стаціонарному лікуванні в ОКІЛ ($n=44$). Клінічна характеристика представлена лихоманкою, дрібноп'ятнистою висипкою, почервонінням кон'юнктив, кашлем, задишкою, слизистими виділеннями з носа та загальними скаргами на слабкість і млявість, що в нашому дослідженні спостерігалася у 100% хворих. У досліджуваного контингенту виявлено порушення біохімічних показників, гемограми дітей були в межах референтних величин.

Ключові слова: діти, кір, клінічна картина, біохімічні показники.

Clinical and paraclinical characteristics of the children with measles.

O. M. Horlenko, V. M. Polyak-Tovt

Summary. Were studied and analysed clinical and paraclinical signs in the children with measles, which were on stationary treatment in OKIL ($n=44$). Clinical characteristics is presented a fever, cough, shortness of breath, mucous excretions from a nose and general complaints a weakness and languor. There were in our the research observed in 100% patients. At the probed contingent was identified disorders of biochemical indexes.

Key words: children, measles, clinical symptoms, biochemical indexes.

ЛІТЕРАТУРА

1. Мойсеєва Г.В. Епідеміологія кору в Україні і сучасний стан проблеми / Г.В. Мойсеєва, Л.М. Чудна, С.І. Брижата, І.В. Демчишина // Інфекційні хвороби. – 2011. – № 1. – С.16–21., 93.
2. Ильина С.В. Особенности современного эпидемического процесса кори в условиях промышленного города / С.В. Ильина, Л.А. Степаненко, В.Т. Киклевич, Е.Д. Савилов // Вопросы современной педиатрии. – 2006. – № 5. – С.723., 77.
3. Подолук О.О. Динаміка захворюваності на кір у Києві за останні 15 років / О.О. Подолук, О.А. Гудзенко // Інфекційні хвороби – загальномедична проблема: матеріали 7 з'їзду інфекціоністів України, 27-29 вересня 2006 р. – Тернопіль: Укрмедкн., 2006. – С.306–308., 60.
4. Савилов Е.Д. Техногенное загрязнение окружающей среды – новый фактор риска инфекционной патологии / Е.Д. Савилов // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2011. – № 2. – С.4–8., 94.
5. Чудна Л.М. Характеристика епідемічної ситуації з кору в Україні / Л.М. Чудна, С.І. Брижата, Г.В. Мойсеєва [та ін.] // Профілактична медицина. – 2009. – № 2. – С.18–21., 104.