

DOI 10.36074/24.07.2020.v2.29

КОРЕКЦІЯ ПАТОЛОГІЧНИХ ЗРУШЕНЬ У ДІТЕЙ З ІНФЕКЦІЙНИМ МОНОНУКЛЕОЗОМ

ORCID ID: 0000-0001-6834-0771

Зарецька Аліна Вячеславівна

аспірант кафедри дитячих інфекційних хвороб
Одеський національний медичний університет

УКРАЇНА

Інфекційний мононуклеоз (ІМ) широко розповсюджене захворювання серед дитячого населення, так на сьогодні у світі реєструється від 50 до 100 випадків захворювання на 100 000 населення [1].

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, більше 90% населення Землі, вже до 18 років, інфікуються одним або декількома клінічно значущими представниками герпесвірусів 1,2,6 та 8-го типів, варіцелли зостер, цитомегалавірусом (ЦМВ), вірусом Епштейна-Барр (ВЕБ) [2,3]. Більш того, інфікованість дітей герпесвірусом 6-го типу (ВГЛ-6) вже до 5-ти років складає 77% [1,3,4], а ЦМВ - 60% [5].

Лікування інфекційного мононуклеозу у дітей все ще залишається неоднозначною проблемою. Високоєфективна терапія ІМ в дітей до теперішнього часу залишається не вирішеним питанням. Відсутність ефективних схем лікування захворювання викликано не тільки поліетіологічністю та різноманіттям клінічних проявів інфекційного мононуклеозу, але й відсутністю даних щодо етіотропного й патогенетичного лікування. Так в протоколі №13 наказу МОЗ №354 від 2004 року за показаннями рекомендована симптоматична терапія ІМ у вигляді жарознижуючих, дезінтоксикаційних засобів, оральних антисептиків, антигістамінних препаратів та інших [6]. Застосування глюкокортикостероїдів і антибіотиків регламентовано протоколом тільки при тяжкому перебігу хвороби і наявності бактеріальних ускладнень. Противірусна терапія, інтерферони та індуктори інтерферонів в протокол не включені.

Опираючись на публікації українських та іноземних дослідників, щодо ефективності медичного лікарського засобу з противірусною, протимікробною та антибактеріальною дією гіпорамін при герпесвірусних інфекціях 1,2,3 та 5-го типів, ми вирішили застосувати його в комплексному лікуванні інфекційного мононуклеозу різної етіології та тяжкості в дітей [7].

Дослідження проводилось на базі Одеської міської клінічної інфекційної лікарні протягом 2016 – 2019 рр. Було обстежено 400 дітей віком від 10 міс. до 12 років з лабораторно підтвердженим діагнозом інфекційний мононуклеоз. Серед них маркери гострої форми ВЕБ інфекції були виявлені у 136 (33,17±2,32)% дітей, ЦМВ – у 37 (9,02±1,41)%; ВГЛ-6 – у 12 (3,17±0,86)% та їх різна асоціація (МІКСТ) – у 215 (52,19±2,47)% дітей.

Групу дослідження склали 100 дітей, в віці від 3 до 12 років, які мали перебіг інфекційного мононуклеозу середньої тяжкості та тяжкий. Серед них 60 дітей (основна група) з інфекційним мононуклеозом отримували в комплексному лікуванні медичний лікарський засіб гіпорамін, та 40 дітей (контрольна група), які отримували стандартну терапію інфекційного мононуклеозу відповідно до протоколу №13 наказу МОЗ №354.

У всіх хворих, основної та контрольної груп, початок захворювання був гострим. Загальний стан 78,0% дітей було розцінено як середньотяжкий та 22,0% як тяжкий. Ознаки інтоксикації у вигляді млявості, слабкості, підвищеної втоми спостерігались у всіх дітей (100% основної та контрольної групи), а головний біль, нудота та блювота – в 80% дітей в групах спостереження.

Дітям основної групи окрім стандартної терапії було призначено медичний лікарський засіб гіпорамін, який вони приймали внутрішньо (одну пігулку доповного розсмоктування тримають в ротовій порожнині). Дітям у віці від 6-ти до 12-ти років призначали по 1 пігулці 3-4 рази на день, дітям від 3-х до 6-ти років – по ½ пігулці 2-4 рази на день.

Тривалість застосування залежала від тяжкості перебігу інфекційного мононуклеозу: діти з тяжким перебігом захворювання приймали медичний лікарський засіб гіпорамін з першого дня захворювання до 3-х тижнів, а з середньотяжким – до 10 днів.

При вивченні тривалості основних клінічних симптомів інфекційного мононуклеозу в дітей основної і контрольної групи було встановлено, що в середньому інтоксикація спостерігалась у дітей основної групи протягом ($5,4 \pm 0,3$) днів, що достовірно менше в порівнянні з контрольною групою ($7,2 \pm 0,3$) днів, $p < 0,05$ (Таблиця 1.).

Лихоманка (субфебрильна, фебрильна, висока), яка супроводжувала перебіг ІМ в усіх дітей в досліджуваних групах в середньому тривала ($5,3 \pm 0,2$) доби в дітей основної групи та ($6,5 \pm 0,2$) діб – в контрольній, $p < 0,05$.

Гострий тонзиліт з нашаруваннями на мигдаликах у дітей з основної групи спостерігався протягом ($5,6 \pm 0,3$) днів, а в дітей з контрольної – ($6,9 \pm 0,3$) днів, $p < 0,05$.

Тривалість полілімфаденопатії, також мала відмінність в тривалості в дітей основної групи та контрольної ($24,1 \pm 0,4$) та ($28,4 \pm 0,4$) днів відповідно, $p < 0,05$.

Збільшення печінки і селезінки було виявлено у ($96,7 \pm 2,3$)% й ($93,3 \pm 3,22$)% хворих відповідно в основній та у ($95 \pm 3,44$)% й ($77,5 \pm 6,6$)% відповідно в контрольній групі дітей. Тривалість гепатомегалії в середньому в дітей основної групи склала ($29,6 \pm 0,6$) днів, а в контрольній ($30,9 \pm 0,6$). Схожа тенденція була відзначена в тривалості спленомегалії у дітей основної та контрольної груп ($27,4 \pm 0,5$) та ($28,1 \pm 0,7$) діб відповідно).

Таблиця 1

Тривалість основних клінічних проявів ІМ у дітей при різних схемах терапії

Клінічні прояви	тривалість в днях	n	Основна група	n	Контрольна група	p
Інтоксикація		60	$5,4 \pm 0,3$	40	$7,2 \pm 0,3$	$p < 0,05$
Лихоманка		60	$5,3 \pm 0,2$	40	$6,5 \pm 0,2$	$p < 0,05$
Гострий тонзиліт		60	$5,6 \pm 0,3$	40	$6,9 \pm 0,3$	$p < 0,05$
Полілімфаденопатія		60	$24,1 \pm 0,4$	40	$28,4 \pm 0,4$	$p < 0,05$
Гепатомегалія		58	$29,6 \pm 0,6$	38	$30,9 \pm 0,6$	$p > 0,05$
Спленомегалія		56	$27,4 \pm 0,5$	31	$28,1 \pm 0,7$	$p > 0,05$
Екзантема		6	$5,1 \pm 0,3$	3	$5,4 \pm 0,3$	$p > 0,05$

Примітка: розрахунок проводився за χ^2 , різниця між показниками достовірна при $p < 0,05$.

Результати клінічного спостереження за дітьми, які отримували в складі комплексного лікування інфекційного мононуклеозу лікарський засіб гіпорамін, свідчать про зменшення тривалості терміну перебування в стаціонарі з 14 ± 2 до 10 ± 2 днів, скорочення синдрому інтоксикації, лихоманки, тонзиліту, лімфаденопатії, в порівнянні з дітьми контрольної групи, $p < 0,05$. Також

спостерігалась тенденція до скорочення періоду нормалізації розмірів печінки та селезінки, однак відмінності були недостовірними ($p > 0,05$).

Застосування протівірусної лікарської речовини гіпорамін в дітей з інфекційним мононуклеозом ВЕБ, ЦМВ, ВГЛ-6 типу та МІКСТ етіології різного ступеня важкості сприяє зниженню тривалості основних клінічних симптомів захворювання, поліпшує загальний стан дитини та скорочує тривалість перебування в стаціонарі з 14 ± 2 до 10 ± 2 днів.

Невизначеним залишається питання, щодо використання глюкокортикостероїдів (ГКС) при ІМ. До сьогодні немає чітких критеріїв використання ГКС. Так, в протоколі №13 Наказу МОЗ 354 від 2004 р., глюкокортикостероїди можна використовувати при тяжкому перебігу інфекційного мононуклеозу.

Задля перевірки обґрунтованості застосування ГКС в дітей із тяжким перебігом інфекційного мононуклеозу ми визначили групу дітей з тяжким перебігом захворювання (88 дітей). Контрольну групу склали 40 дітей з тяжким перебігом ІМ (ретроспективний аналіз архівних даних), в комплексному лікуванні яких не застосовувались ГКС.

Виявленій групі дітей з тяжким перебігом ІМ ми застосовували преднізолон від 3-х до 5-ти мг/кг протягом від 7-ми до 10-ти днів двічі на день (вранці о 10:00 2/3 добової дози та ввечері о 18:00—1/3) внутрішньовенно поряд із проведенням інфузійної терапії з застосуванням реополіглюкіну, 5% розчину глюкози, 0,9% фізіологічного розчину. Преднізолон вводили в терапевтичній дозі до досягання покращення загального стану дитини до середньої тяжкості з подальшим зниженням дози на 25% в день. Середня тривалість застосування ГКС складала 8 ± 2 доби.

При порівнянні симптомів інфекційного мононуклеозу в дітей з тяжким перебігом, які отримували глюкокортикостероїди (Рис 1.) та контрольної групи були виявлені відмінності в тривалості та інтенсивності лихоманки, інтоксикації, тонзиліту та лейкоцитозу.

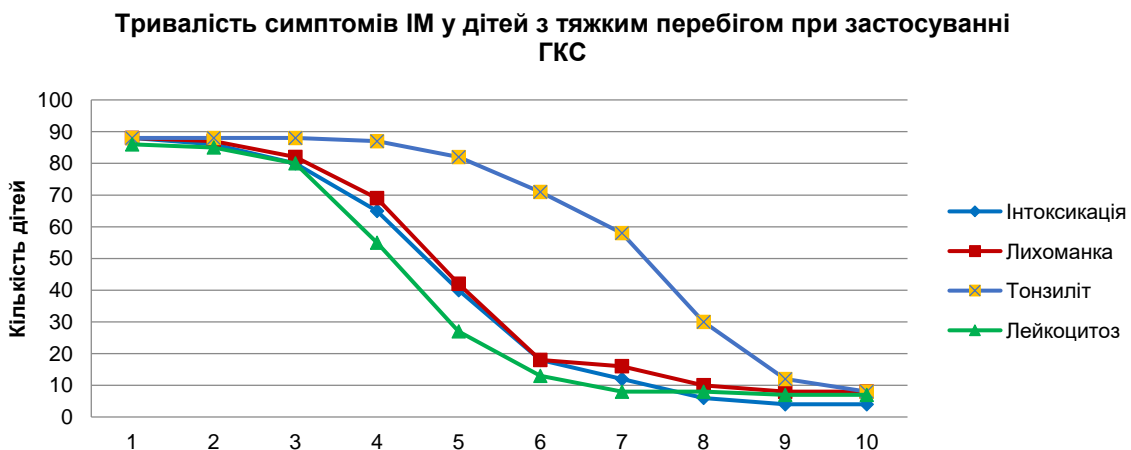


Рис 1. Тривалість симптомів ІМ у дітей з тяжким перебігом при застосуванні глюкокортикостероїдів (основна група спостереження).

Отримані дані засвідчили, що в дітей, які отримували ГКС температура тіла в середньому нормалізувалась на $3,38 \pm 2,13$ добу (93,18%), а в дітей контрольної лише на $4,27 \pm 2,5$ добу (90,0%), (Рис 2.). Інтоксикація тривала в дітей з тяжким перебігом інфекційного мононуклеозу при застосуванні ГКС $3,17 \pm 1,9$ днів (90,9%), а в дітей контрольної групи - $4,15 \pm 2,5$ (87,5%). При огляді

ротоглотки пацієнтів основної та контрольної групи вже на $4,16 \pm 2,3$ (98,86%) та $4,24 \pm 2,5$ (90,0%) день відповідно, спостерігались ознаки лише фарингіту. Нейтрофільний лейкоцитоз виявлявся протягом $3,16 \pm 2,1$ діб (90,9%) в дітей які в комплексному лікуванні отримували ГКС та $4,68 \pm 2,6$ діб (85,0%) без їх використання.

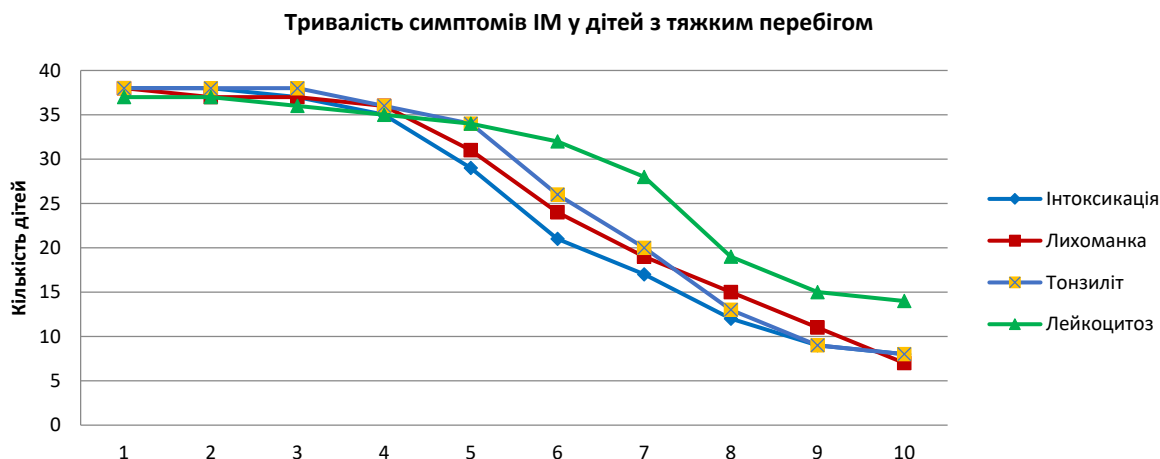


Рис 2. Тривалість симптомів ІМ у дітей з тяжким перебігом без використання глюкокортикостероїдів (група контролю).

Таким чином, як видно з Рис 1. та Рис 2. в дітей з тяжким перебігом інфекційного мононуклеозу, яким призначався преднізолон в комплексній терапії, вже на 3-тю добу лікування в 93,75% загальний стан розцінювався як середньої тяжкості, ($p < 0,05$).

Отримані дані при порівнянні тривалості симптомів тяжкого перебігу інфекційного мононуклеозу в дітей свідчать, що застосування ГКС достовірно скорочує тривалість інтоксикації (90,9%), лихоманки (93,18%) а також зменшує лейкоцитоз (90,9%) $p < 0,05$.

Таким чином, тяжкий перебіг інфекційного мононуклеозу різної етіології в дітей є достовірним критерієм для обов'язкового включення в комплексне лікування ГКС за схемою протягом 7 - 10 днів, $p < 0,05$.

Висновки.

Результати проведеного дослідження засвідчили, що включення в комплекс терапії інфекційного мононуклеозу різної етіології (ВЕБ, ЦМВ, ВГЛ-6, МІКСТ) та ступеня тяжкості в дітей медичного лікарського засобу з противірусною, протигрибковою та антибактеріальною дією гіпорамін, сприяє зниженню тривалості та виразності основних клінічних симптомів із скороченням їх в середньому на 1,5 – 2 дні.

Використання глюкокортикостероїдів при тяжкому перебігу ІМ показало їх ефективність. Так тяжкий перебіг захворювання є достовірним показником для обов'язкового включення до комплексного лікування інфекційного мононуклеозу різної етіології (ВЕБ, ЦМВ, ВГЛ-6 та МІКСТ) глюкокортикостероїдів за схемою: від 3-х до 5-ти мг/кг на добу за преднізолоном внутрішньовенно двічі на добу (в 10:00 та 18:00), при цьому 2/3 дози вранці та 1/3 ввечері протягом 7-10 діб, $p < 0,05$.

Список використаних джерел:

- [1] Виговська, О. В., Шадрін, В. О. & Крамарьов, С. О. (2014). Клініко-біохімічні особливості ураження печінки у дітей з Епштейна – Барр вірусною інфекцією. *Современная педиатрия*, 5, 149-151.

- [2] Борак, В. П., Романюк, Л. Б., Кравець, Н. Я. & Борак, В. Т. (2016). До питання про герпетичну інфекцію як актуальну проблему сьогодення. *Актуальна інфектологія*, 2, 53-58.
- [3] Bao, L., Cowan, M. J., Dunham, K., Horn, B., McGuirk, J., Gilman, A., & Lucas, K. G. (2012). Adoptive immunotherapy with CMV-specific cytotoxic T lymphocytes for stem cell transplant patients with refractory CMV infections. *Journal of immunotherapy (Hagerstown, Md.: 1997)*, 35(3), 293–298. <https://doi.org/10.1097/CJI.0b013e31824300a2>.
- [4] Bennett, NJ. & Domachowske, J. (2018). *Pediatric mononucleosis and Epstein-Barr virus infection*. Взято з: <http://emedicine.medscape.com/article/963894overview>
- [5] Ahmed, A. (2014). Immunopathology of CMV Co-Infection: Review. *MOJ Immunol*, 1(3), 00017. doi. <https://doi.org/10.15406/moji.2014.01.00017>.
- [6] Про затвердження Протоколів діагностики та лікування інфекційних хвороб у дітей. №354 протокол 13. (2004).
- [7] Krepkova, L.V., Bortnikova, V.V., Dzhavakhyan, M.A. & Sokol'skaya, T. A. (2009). Toxicological characterization of new medicinal forms of hiporamin (gel and liniment). *Khimiko-Farmatsevticheskii Zhurnal* 43, 350. <https://doi.org/10.1007/s11094-009-0290-3>.

DOI 10.36074/24.07.2020.v2.30

МЕТОДОЛОГИЯ ОБУЧЕНИЯ ОСНОВАМ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Кузнецова Татьяна Васильевна

врач стоматологического отделения
*Коммунальное Некоммерческое предприятие
«Макаровская центральная районная больница»
Макаровского районного Совета*

ORCID ID: 0000-0003-2836-217X

Зайцева Евгения Михайловна

канд. мед. наук, доцент кафедры детской терапевтической
стоматологии и профилактики стоматологических заболеваний
Национальный медицинский университет им. А. А. Богомольца

ORCID ID: 0000-0002-7240-6822

Шапвалова Анна Ивановна

канд. мед. наук, ассистент кафедры детской терапевтической
стоматологии и профилактики стоматологических заболеваний
Национальный медицинский университет им. А. А. Богомольца

УКРАИНА

Одним из основных факторов развития наиболее распространённых стоматологических заболеваний (кариеса и гингивита) [1-6] является негативное воздействие микробных ассоциаций зубной бляшки на твёрдые ткани зуба и ткани пародонта [7-10]. В основе эффективной профилактики развития этих заболеваний лежит комплексное воздействие на этиологические составляющие [11-13], среди которых гигиена полости рта (ПР) является приоритетным направлением в решении этого вопроса [14, 15]. Поэтому гигиеническое воспитание населения является основой стоматологической профилактики в разных возрастных группах [16, 17].

Гигиеническое воспитание среди подростков, которое включает *санпросвет* работу и обучение *методам гигиены* ПР, направлено в первую