

**XIV Конгресс
детских инфекционистов России**

**Актуальные вопросы
инфекционной патологии
и вакцинопрофилактики**

Материалы конгресса

**Москва
Ассоциация педиатров-инфекционистов
2015**

вождались приглушенностью сердечных тонов, систолическим шумом на верхушке. Имело место поражение опорно-двигательного аппарата в виде полиартралгий и артритов с вовлечением в патологический процесс одного сустава (44%), двух (24%) и более суставов (12%). Патология ЦНС проявлялась слабостью (77%), быстрой утомляемостью, головной болью (50%), раздражительностью и беспричинной плаксивостью (24%), нарушением сна. Мочевой синдром характеризовался протеинурией (46,5%), лейкоцитурией (25%), эритроцитурией (12,5%) и цилиндрурией (6,1%); признаки реактивного пиелонефрита по данным УЗИ обнаружены у 23% детей. В одном случае был выявлен орхит.

Диагноз бруцеллеза устанавливался на основании выделения гемокультуры *Br. melitensis* (у 44,5% больных) и положительных результатов серологических реакций с титрами антител 1:800 и выше в 32%, 1:100 — 1:200 — в 45% и 1:50 — в 13% случаев.

Таким образом, острый бруцеллез у детей в условиях гиперэндемичного региона характеризуется среднетяжелым и тяжелым течением, высокой частотой регистрации заболевания у мальчиков-подростков с развитием интоксикационного синдрома и очаговых воспалительных процессов как метастатического, так инфекционно-аллергического генеза.

6 Последствия перенесенного на первом году жизни неонатального гепатита у детей с врожденной цитомегаловирусной инфекцией

Т. А. Артемчик

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Республика Беларусь

Поражение печени у детей с врожденной цитомегаловирусной инфекцией (ЦМВИ) наблюдается у 40–63,3% случаев. Заболевание может иметь как острое, так и хроническое течение с развитием фульминантного гепатита или формированием цирроза печени.

Цель исследования: изучить последствия неонатального цитомегаловирусного гепатита на первом году жизни у детей с врожденной ЦМВИ.

В исследование было включено 80 детей с врожденной ЦМВИ, у которых неонатальный гепатит наблюдался в 19 (23,8%) случаев.

На первом году жизни 5 (26,3%) детям с гепатоспленомегалией, клинко-биохимическим синдромом холестаза и геморрагическим синдромом проведено морфологическое исследование ткани печени для определения наличия и степени выраженности фиброза, причем у 3 детей прижизненно была выполнена биопсия печени, а в 2 случаях проводилась аутопсия. Среди этих детей с врожденной ЦМВИ, неонатальным гепатитом, в 2 случаях наблюдался летальный исход, у 2 пациентов выявили хронический гепатит с фиброзом 2 степени, характеризовавшийся гепатоспленомегалией, повышением активности печеночных трансаминаз, синдромом холестаза, в 1 случае сформировался цирроз печени.

Таким образом, цитомегаловирусный гепатит у детей при врожденной ЦМВИ протекает в различных вариантах. Острый (неонатальный) гепатит характеризуется развитием персистирующего гепатита с благоприятным течением. Хронический цитомегаловирусный гепатит проявляется гепатоспленомегалией, синдромом цитолиза, ультразвуковыми и морфологическими изменениями. Формирование цирроза печени в исходе перенесенной на первом году жизни врожденной ЦМВИ происходит редко.

7 Особенности течения гепатитов у детей с врожденной цитомегаловирусной инфекцией

Т. А. Артемчик, А. А. Астапов

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Республика Беларусь

Учитывая гепатотропность цитомегаловируса (ЦМВ), целью исследования явилось изучить особенности течения гепатита у новорожденных детей с врожденной цитомегаловирусной инфекцией (ВЦМВИ). В исследование было включено 80 детей с ВЦМВИ. Всем пациентам проведено комплексное обследование, которое включало общий анализ крови, биохимический анализ крови с определением общего билирубина (ОБ), свободного и связанного билирубина, печеночных ферментов аланинаминотрансферазы (АлАТ), аспартатаминотрансферазы (АсАТ), гаммаглутамилтранспептидазы (ГГТП), щелочной фосфатазы (ЩФ), гемостазиограмму, ультразвуковое исследование органов брюшной полости с доплерографией. Развитие гепатита наблюдалось у 19 (23,8%) новорожденных с ВЦМВИ и характеризовалось синдромом цитолиза: медианные значения уровня печеночных ферментов АлАТ составили 102 (76–122) Ед/л с преобладанием АсАТ — 134 (107–195) Ед/л, что свидетельствует о глубоком поражении гепатоцитов, а также гепатомегалией и в 14 (73,7%) случаях протекало с желтухой, ахоличным стулом, гепатоспленомегалией. Медианные значения содержания билирубина составили 161 (94–209) мкмоль/л с увеличением свободного до 131 (96–230) мкмоль/л и связанного билирубина в пределах 49 (27–74) мкмоль/л. Уровень ГГТП был повышен до 156 (128–184) ед/л, ЩФ — до 907 (607–1202) ед/л. В 3 (15,8%) случаях детям с высоким риском развития фиброза печени с гепатоспленомегалией, геморрагическим синдромом, признаками портальной гипертензии, была выполнена биопсия печени. Морфологические изменения в печени характеризовались формированием внутриклеточного и внеклеточного холестаза с расширением желчных капилляров и воспалительной инфильтрацией протоков, а также умеренной портальной инфильтрацией и фиброзом.

Таким образом, цитомегаловирусный гепатит у детей с ВЦМВИ проявляется желтухой, гепатоспленомегалией, повышением активности печеночных трансаминаз, синдромом холестаза.

8 Особенности гипербилирубинемии у детей с врожденной цитомегаловирусной инфекцией в неонатальном периоде

Т. А. Артемчик, А. Ю. Секерина

Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Актуальность. Врожденная цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ) занимает одно из ведущих мест в структуре перинатальной заболеваемости и характеризуется разнообразием клинических проявлений. Частым проявлением манифестной формы врожденной ЦМВИ у новорожденных детей является гипербилирубинемия.

Цель работы: проанализировать лабораторные признаки желтухи у новорожденных с врожденной ЦМВИ.

Материал и методы. Изучены клинико-лабораторные параметры у 45 новорожденных детей, у которых в позднем неонатальном периоде имел место синдром гипербилирубинемии. Новорожденные были разделены на 2 группы: основную (19 детей с врожденной ЦМВИ) и контрольную (26 детей без ЦМВИ). Результаты исследования обработаны при помощи программного обеспечения «Statistica 10.0».

Результаты и их обсуждение. В основной группе медиана общего билирубина была достоверно ниже и составила 162,5 (98–214) против 204,9 (164,9–237) мкмоль/л в контрольной группе ($p < 0,05$). Медиана уровня непрямого билирубина в основной группе по сравнению с группой контроля составила 98,5 (68–170) мкмоль/л против 184,8 (146,7–212,8) мкмоль/л, уровень прямого билирубина был 66,8 (41,6–85) мкмоль/л против 21,4 (17,5–23,8) мкмоль/л. Повышение ферментов печени отмечалось у 10 детей (52,6%) основной группы и у 2 детей (7,7%) в контрольной группе, что достоверно различалось ($p = 0,01$). Медиана уровня аланинаминотрансферазы (АлАТ) в основной группе — 65,4 (72–155) Ед/л, что достоверно выше ($p < 0,05$), чем в контрольной группе 24,5 (18–36) Ед/л.

Выводы. Синдром гипербилирубинемии у новорожденных детей с врожденной ЦМВИ характеризуется преобладанием фракции прямого билирубина и ферментемией за счет повышения фермента аланинаминотрансферазы.

9 Синдром крупа и бронхообструкции при гриппе у детей

В. С. Афанасьева, Е. А. Кольцова, Е. Г. Головачева, О. И. Афанасьева

ФГБУ «НИИ гриппа» МЗ РФ, Санкт-Петербург, Россия

В результате мониторинга последних эпидемий гриппа (2012–2015 гг.) отмечено, что возникновение ложного крупа и бронхообструктивного синдрома у детей при гриппе не является редким явлением.

Цель: Установить частоту и клинико-иммунологические особенности стеноза гортани и бронхообструкции при гриппе у детей.

Обследовано 1077 детей в возрасте от 1 года до 17 лет с установленной вирусной природой заболевания. Из них грипп был подтвержден методом ПЦР у 375 пациентов (34,8% случаев). Стеноз гортани на фоне гриппа регистрировался в 37,1% случаев, как правило, у пациентов до 9–10 лет, тогда как бронхообструктивный синдром развивался в разных возрастных группах, составляя 23,5% случаев.

В сыворотке крови определяли содержание цитокинов *IL-1 β* , *IL-4*, *IL-8* и *IFN- γ* в динамике заболевания с расчетом коэффициентов соотношения *IL-4/IFN- γ* и *IL-8/IFN- γ* .

Результаты. При гриппе с синдромом крупа у детей в начале заболевания содержание *IL-1 β* и *IL-4* составляло более 100 и 50 пг/мл, соответственно. Снижение этих показателей в 2–3 раза на 2 сутки коррелировало со снижением температурной реакции и купированием стеноза гортани, тогда как при ОРВИ не гриппозной этиологии стенозирующий ларинготрахеит сохранялся до 4–5 суток без динамики содержания этих цитокинов. Бронхообструктивный синдром при гриппе формировался при увеличении содержания *IL-4* и *IL-8* на фоне незначительного повышения *IL-1 β* (до 50 пг/мл), что сопровождалось температурной реакцией не более 38,0°C и свидетельствовало о недостаточности иммунной защиты. У пациентов с повторными эпизодами крупа и/или вирусиндуцированной бронхообструкцией (рецидивами на фоне выздоровления) отмечался низкий уровень *IFN- γ* (< 30 пг/мл) и высокое содержание *IL-4* (> 60 пг/мл) и *IL-8* (> 80 пг/мл) с коэффициентами соотношения *IL-4/IFN- γ* — больше 3, а *IL-8/IFN- γ* — больше 4, причем без существенной динамики к периоду реконвалесценции.

Заключение. Развитие синдромов крупа и/или бронхообструкции на фоне гриппа у детей зависит от особенностей динамики цитокиновых реакций, ориентируясь на которые, представляется возможным прогнозировать повторные эпизоды стенозов гортани или бронхообструкции с целью коррекции терапии.

10 Поражение поджелудочной железы у детей при острых кишечных инфекциях и острых вирусных гепатитах, по данным УЗИ

З. Т. Ахметова, Л. У. Рашидова

КГМА, Караганда, Казахстан

Трудности дифференциальной диагностики патологических изменений поджелудочной железы (ПЖ) связаны с комбинированной патологией органов системы пищеварения, неспецифичностью клинической симптоматики поражения ПЖ, а также отсутствием единого метода, отражающего функциональные и морфологические характеристики ПЖ. Поэтому диагностика поражений ПЖ у детей сопряжена с большими сложностями. Отсутствие унификации объясняет обилие сходных диагнозов («реактивный панкреатит», «панкреатопатия» и т.д.), отсутствующих в МКБ-Х. Это влечет за собой существенные затруднения в терапевтической тактике этих состояний. В итоге, в основном лечение сводится к применению препаратов поджелудочной железы.

Мы обследовали методом ультразвукового исследования (УЗИ) 600 детей от 3-х до 14-ти лет. У 400 из них при поступлении диагностировалась острая кишечная инфекция, у 200 — гепатиты А или В. У всех детей мы выявляли при УЗИ увеличение ПЖ, в 2–3 раза превышающее нормальное. За счет отека экзогенность ткани ПЖ снижалась. Вирсунгов проток был в