

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

© Колектив авторів, 2012
УДК 616.915-053.31

**Н.А. Васильєва, Т.В. Томашівська, Є.Ф. Бузько, О.М. Дивоняк, І.Д. Чорнота,
О.Б. Євтушенко, З.В. Король**

КІР У НОВОНАРОДЖЕНИХ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського,
Тернопільська міська дитяча комунальна лікарня

Описано два випадки кору у новонароджених, матері яких захворіли на кір у перший тиждень після пологів. Висловлено припущення про зараження вагітних незадовго до пологів і трансплацентарну передачу вірусу плоду з реалізацією захворювання у дітей в ранньому неонатальному періоді.

Ключові слова: кір, вагітність, новонароджені.

Кір, у минулому розповсюджена інфекція дитячого віку, на сьогодні належить до керованих інфекцій, оскільки Національним Календарем щеплень передбачено імунізацію всього населення в певні вікові періоди. Імунізація є ефективною при охопленні вакцинацією не менше ніж 95 % дитячого населення, що забезпечує колективний імунітет. Виконання прийнятої в Україні «Загальнодержавної програми імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб на 2009-2015 рр.» є проблематичним через необґрунтовані відмови від вакцинації, що призводить до зменшення імунного прошарку і робить можливими спалахи інфекційних захворювань.

Ґрунтуючись на успіхах вакцинації, Європа вважала себе вільною від кору, однак у 2008 р. у Франції зареєстровано 17 тисяч підтверджених випадків кору [1], а з січня по листопад 2011 р. у 29 країнах Європейського Регіону – 32154 випадки [2].

В Україні після початку планової імунізації проти кору в 1968 р. досягнуто різке зниження захворюваності, хоча і зберігається періодичність спалахів кожних 5-7 років [2]. За даними Держсанепідслужби України, станом на 14 травня 2012 р. з початку року зареєстровано 9333 випадки захворювання на кір. Найбільша кількість випадків захворювання відзначається у західних регіонах країни. Серед дітей м. Тернополя за 2010-2011 рр. випадків захворювання на кір не було. Проте за 5 міс. 2012 р. в області переохворіло даною патологією 871 особа, з них дітей 524, у тому числі першого року життя 29. В інфекційному відділенні ТМДКЛ у 2012 р. вже проліковано 112 хворих, з них 45 дітей м. Тернополя, 67 дітей з районів Тернопільської області.

Вважають, що діти першого півріччя життя на кір (та інші «дитячі» інфекції) не хворіють, оскільки отримують відповідні специфічні антитіла від переохворілої або щепленої матері трансплацентарно [3] і з грудним молоком при природному вигодовуванні.

В літературі описані поодинокі випадки кору у новонароджених [4], матері яких переохворіли на кір під час вагітності, в т.ч. не дивлячись на те, що дитина зразу після народження отримала специфічний імуноглобулін [5]. Ймовірно, у цих матерів антитіл не було, інакше вони самі не захворіли б на кір і тому не змогли забезпечити імунний захист плода і новонародженого. Є також повідомлення про новонароджену дитину з екстремально низькою масою тіла, в якій методом *Real-time PCR* виділено вірус кору з усіх біологічних рідин, як і у хворої на кір матері [6].

Кір у вагітних асоціюється з викиднями та передчасними пологами, проте аномалії розвитку плода не описані; при захворюванні матері незадовго до пологів у дитини можливий тяжкий вроджений кір [1]. Плацентарна королева інфекція призводить до випадків смерті плода [7].

Протягом квітня-травня 2012 р. нам довелося спостерігати 2 випадки кору у новонароджених дітей.

Дівчинка К., вік 11 днів (15.04.2012 р.н.), жителька Підгаєцького району Тернопільської області. Медична карта стаціонарного хворого №487-і.

Поступила на стаціонарне лікування у ВАІТ Тернопільської міської дитячої комунальної лікарні 26.04.2012 р. як контактна з хворою на кір матір'ю, з діагнозом ГРВІ, гіпертермічний синдром. Скарги родичів на підвищення температури тіла у дитини до фебрильних цифр (38 °С), зригвання після кожного годування. Маса тіла при поступленні в стаціонар 2750 г.

Анамнез захворювання: захворіла напередодні, 25.04.12 р., коли підвищилась температура тіла до фебрильних цифр.

Анамнез життя: дитина від I неускладненої вагітності, I термінових пологів. Маса при народженні 2500 г, з пологового будинку виписана на 4-й день. Вигодовування до хвороби матері грудне, на даний час штучне (суміш Ніпп).

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

Профілактичні щеплення в пологовому будинку проти гепатиту В, туберкульозу.

Епіданамнез: мати захворіла 23.04.12 р. на 8-й день після пологів, госпіталізована 26.04 з приводу кору (1-й день висипань).

Дитина знаходилась під постійним спостереженням неонатолога, дитячого інфекціоніста, анестезіолога, консультувана неврологом, ЛОР. На тлі жовтяниці новонародженого (шкірні покриви та видимі слизові з жовтушним відтінком; білірубін загальний 80,51, прямий 31,56, непрямий 48,95 мкмоль/л при нормальній активності амінотрансфераз) гарячка на фебрильних цифрах утримувалась протягом 11 днів, були помірні катаральні явища – утруднене носове дихання, слизисті виділення з носа, гіперемія кон'юнктив і слизової ротоглотки, 29.04 приєдналось покашлювання.

1.05 на 5-й день перебування в стаціонарі (6-й день хвороби) з'явилися плямисті яскраво-червоного кольору висипання на обличчі, за вухами, на шиї. До кінця доби висипання поширились на верхню частину тулубу. Діагностовано кір, типовий, період висипань. 2.05 висипання розповсюдились по всьому тілу, на верхні і нижні кінцівки. Вже у другій половині доби спостерігалось збліднення висипань на обличчі. Висипка утримувалась до 5.05, а з 7.05 з'явилось дрібно-висівкове лущення на обличчі.

3.05 (8-й день хвороби) відзначено погіршення загального стану, періодично малопродуктивний кашель, задишка, ЧД 48-50 за 1 хв, сатурація 91 %, ЧСС 152/хв. Легкий періоральний ціаноз. Перкуторно: коробковий звук з вкороченням у нижніх відділах. Аускультативно: на тлі жорсткого дихання крепітація з обох боків, більше справа, поодинокі сухі свистячі хрипи. У дитини діагностовано та рентгенологічно підтверджено правобічну вогнищево-зливну бронхопневмонію з кардіоваскулярним та бронхообструктивним синдромами, ДН II ст. Перебіг пневмонії сприятливий. 7.05 дитину переведено в інфекційне відділення для подальшого спостереження і лікування. 10.05 стан дівчинки відносно задовільний, виражена позитивна динаміка, маса тіла 3100 г. 11.05 на вимогу матері дитина виписана з покращенням додому під нагляд дільничного педіатра.

Дані лабораторного обстеження. Кількість еритроцитів нормальна при зниженні рівня гемоглобіну до 105 г/л і кольорового показника до 0,85. Клінічні прояви пневмонії супроводжувались нейтрофілієм лейкоцитозом (до $29,4 \times 10^9$ /л) зі зсувом лейкоцитарної формули вліво (п/я 22 %, мієлоцити 3 %, юні 4 %). Токсична зернистість нейтрофілів +++, наявність плазматичних клітин (4:100). ШОЕ залишалась в межах норми. Загальний аналіз сечі без патологічних змін. Серологічне обстеження на IgM до вірусу кору не проводилось.

Лікування: противірусні препарати – свічки вібуркол 1/2×2 р./д, лаферобіон 150 тис.×2 р./д per rectum; афлубін 1 кр.×3 р/д. 3 дня госпіталізації проводилась антибактерійна терапія цефотаксимом 140 мг в/в×2 р. 5 днів, після діаг-

ностування пневмонії – заміна на цефепім 150 мг в/в×2 р. (9 днів) у комбінації з амікацином 20 мг в/м×2 р. (7 днів). З метою імунокорекції застосовано біовен моно 25 мл в/в 3 доби поспіль з 1.05. Додатково тіотриазолін 0,5 мл в/в, фуцис ДТ 1/4 табл. 1р./д, вітаміни, пробіотики. Термін перебування в стаціонарі 15 днів.

Заключний клінічний діагноз: кір, типовий, тяжкий, ускладнений правобічною вогнищево-зливною бронхопневмонією з кардіоваскулярним та бронхообструктивним синдромами, ДН II ст. Маловагова дитина щодо гестаційного віку. Неонатальна жовтяниця. Перинатальне ураження ЦНС гіпоксично-ішемічного генезу. Синдром вегетативно-вісцеральних дисфункцій, гострий період. Анемія змішаного генезу легкого ступеня.

Дитина В., дівчинка, вік 12 днів (06.05.2012 р.н.), жителька Тернопільського району Тернопільської області. Медична карта стаціонарного хворого № 550-і.

Госпіталізована у ВАІТ Тернопільської міської дитячої комунальної лікарні 18.05.2012 р. об 11³⁵ як контактна з хворою на кір матір'ю, з діагнозом ГРВІ, назофарингіт. Кір (?), катаральний період. Скарги родичів на підвищення температури тіла до субфебрильних цифр (37,9 °С), нежить.

Анамнез захворювання: захворіла 17.05, коли вперше підвищилась температура тіла до субфебрильних цифр.

Анамнез життя: дитина від I фізіологічної вагітності, I термінових пологів. Маса при народженні 3200 г, з пологового будинку виписана на 4-й день. Вигодовування: до 9-ї доби (день госпіталізації матері) грудне, на даний час штучне (суміш «Малютка»).

Профілактичні щеплення отримала в пологовому будинку проти гепатиту В, туберкульозу.

Епіданамнез: мати захворіла 11.05, на 5-й день після пологів – піднялась температура тіла до субфебрильних цифр (37,9 °С), з'явилися нежить, покашлювання. З 17.05 дрібно-плямисті висипання на обличчі (1-й день висипань). 18.05 при огляді інфекціоніста констатовано поширення висипань на тулуб, в ротовій порожнині наявні плями Копліка-Філатова. Діагностовано кір, типовий, період висипань.

Дитина знаходилась під щоденним спостереженням неонатолога, дитячого інфекціоніста, анестезіолога, консультувана неврологом, отоларингологом. Тривалість гарячки на субфебрильних цифрах 3 доби. Мали місце помірні катаральні явища – утруднене носове дихання, слизисті виділення з носа, помірна гіперемія слизової оболонки задньої стінки глотки; проявів кон'юнктивіту не було.

18.05 о 14⁰⁰ в 1-й день перебування в стаціонарі (2-й день хвороби) виникли плямисті яскраво-червоного кольору висипання на обличчі, за вухами, на шиї, які до кінця доби поширились на верхню частину тулуба. Діагностовано кір, типовий, період висипань, середньої тяжкості. 19.05 висипання спостерігались на тулубі, верхніх та нижніх

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

кінцівках. 20.05 (4-й день хвороби) висипання регресують. Висипка утримувалась до 21.05, тоді ж з'явилося дрібно-висівкове лущення на обличчі, тулубі. 22.05 (6-й день хвороби) шкірні покриви чисті, бліді.

20.05 відмічено погіршення стану, приєднався вологий малопродуктивний кашель. ЧД 48/хв, сатурація 95 %, ЧСС 146/хв. Перкуторно: коробковий звук. Аускультативно: на тлі ослабленого дихання з обох боків по передній і задній поверхні вислуховуються крепітуючі хрипи, більше справа. У дитини діагностовано як ускладнення кору правобічну вогнищеву бронхопневмонію, ДН I ст. (рентгенологічно підтверджено). Перебіг пневмонії сприятливий, не ускладнений. 23.05 дитину переведено в інфекційне відділення для подальшого спостереження і лікування. 29.05 дитина в задовільному стані (з масою тіла 3900 г) по закінченні періоду заразності виписана під нагляд дільничного педіатра.

Дані лабораторного обстеження. Кількість еритроцитів відповідає віковій нормі при зниженні рівня гемоглобіну до 94 г/л (у день виписки). Клінічні прояви пневмонії супроводжувались лейкоцитозом (до $13,1 \times 10^9$ /л) без зміни лейкоцитарної формули. Відзначено наявність плазматичних клітин (4:100). ШОЕ залишалась в межах норми. Біохімічний аналіз крові та загальний аналіз сечі без патологічних змін.

Серологічне обстеження на IgM до вірусу кору не проводилось.

Лікування: протівірусні препарати – свічки лаферобіон 150 тис. $\times 2$ р./д *per rectum*; афлубін 1 кр. $\times 3$ р./д. З дня госпіталізації проводилась антибактерійна терапія цефотаксимом 150 мг в/в $\times 2$ р. (10 днів) у комбінації з амікацином 25 мг в/м $\times 2$ р. (7 днів). З метою імунокорекції застосовано біовен моно 25 мл в/в 3 доби поспіль з 22.05. Додатково салін краплі в ніс, дезінтоксикаційна терапія – реосорбілакт, розчин натрію хлориду 0,9 %, вітаміни, пробіотики. Термін перебування в стаціонарі – 11 діб.

Заключний клінічний діагноз: кір, типовий, тяжкий ускладнений перебіг. Правобічна вогнищева пневмонія, гострий перебіг, неускладнена, ДН I ст.

Найбільш імовірно, мало місце внутрішньоутробне зараження, оскільки інтервал між початком хвороби у матері та дитини (підвищення температури тіла) 2 доби (у першому випадку) і 6 діб (у другому), а хвора людина епідеміологічно небезпечна для оточуючих лише, починаючи з останніх двох діб інкубаційного періоду. При тривалості інкубаційного періоду кору 9-17 діб можна припустити, що зараження матері відбулось незадовго до пологів і тоді ж вірус трансплацентарно потрапив до плоду, а захворювання у матерів реалізувалось після пологів, а в дітей – в ранньому неонатальному періоді.

Дані літератури підтверджують, що у випадку захворювання на кір жінки в останні дні вагітності вірус виявляють також у плаценті [7].

З клінічних особливостей перебігу кору в описаних новонароджених можна відмітити відсутність плям Копліка-Філатова, укорочений період висипань при збереженні етапності та наявність плазматичних клітин у крові. Останнє знайшло підтвердження і в літературі [8].

У лікуванні новонароджених з метою імунокорекції і дезінтоксикації був використаний полівалентний імуноглобулін для внутрішньовенного введення – біовен моно (Біофарма, Київ), який забезпечує захист від широкого кола збудників [9].

Отже, захворювання на кір можна очікувати в усіх вікових групах населення, у тому числі у новонароджених дітей, особливо якщо матері раніше не хворіли на кір або не були щеплені.

Література

1. Measles in pregnancy: A review / [M. Guillet, C. Vauloup-Fellous, A.G. Cordier et al.] // J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris). – 2012. – Vol. 41, N 3. – P. 209-218.
2. Колесникова І.П. Орієнтовочний прогноз захворюваності корью в Україні в 2012 году / І.П. Колесникова, Г.А. Мохорт // Клиническая инфектология и паразитология. – 2012. – № 1 (01). – С. 46-53.
3. Кашуба В.Н. Противокоревой иммунитет у взрослых и передача его новорожденным / В.Н. Кашуба, Н.А. Васильева // Вопр. охр. мат. и дет. – 1981. – Т. 26, № 9. – С. 6-8.
4. A case of congenital measles during the 2010 South African epidemic / [A. Dramowski, A. Bekker, G. Kirsten et al.] // Ann. Trop. Paediatr. – 2011. – Vol. 31, N 2. – P. 185-188.
5. Congenital measles caused by transplacental infection / [G. Ohji, H. Satoh, H. Satoh et al.] // Pediatr. Infect. Dis. J. – 2009. – Vol. 28, N 2. – P. 166-167.
6. An extremely low body weight infant born to a mother with measles / [H. Go, K. Hashimoto, T. Imamura et al.] // J. Perinatol. – 2010. – Vol. 30, N 2. – P. 146-148.
7. Measles and pregnancy / [O. Anselem, V. Tsatsaris, E. Lopez et al.] // Presse Med. – 2011. – Vol. 40, N 11. – P. 1001-1007.
8. Быстрякова Л.В. Инфекционные экзантемы у детей / Л.В. Быстрякова. – Л.: Медицина, 1982. – 216 с.
9. Васильева Н.А. Имуноглобулин для внутрішньовенного введення: використання, механізм дії, ускладнення / Васильева Н.А. // Інфекційні хвороби. – 1999. – № 1. – С. 42-47.

MEASLES IN NEWBORNS

N.A. Vasylyeva, T.V. Tomashivska, E.F. Buzko, O.M. Dyvonyak, I.D. Chornota, O.V. Yevtushenko, Z.V. Kordol

SUMMARY. We describe two cases of measles in newborns whose mothers were ill by measles in the first week after birth. It is assumed that infection of pregnant shortly before birth and transplacental transmission of the fetus with the implementation of disease in children in the early neonatal period.

Key words: measles, pregnancy, newborn children.

Отримано 27.06.2012 р.