

лечения пациентов с бактериальным менингитом при наличии положительного эффекта от проводимой антибактериальной терапии концентрация D-лактата в спинномозговой жидкости в течение 2-4 дней снижается в 1,3-4,2 раза, что может применяться в качестве критерия эффективности антибактериальной терапии и необходимости ее коррекции.

Литературные ссылки

1. D(-)Lactate measurement in cerebrospinal fluid for rapid diagnosis of bacterial meningitis / N. Eynard [et al] // *Biologie prospective. Comptes rendus du 8e Colloque de pont-a-Mousson* – 1993:139-42.
2. Determination of D-lactate by enzymatic methods in biological fluids: study of interferences / M. Ramon [et al.] // *Clinical Chemistry*. – 1997. №43. – P. 1010-1015.
3. D-Lactic acid in synovial fluid. A rapid diagnostic test for bacterial synovitis / J. Gratacós [et al] // *J Rheumatol* – 1995;22:1504-1508.
4. D-Lactic acid measurements in the diagnosis of bacterial infections / S.M. Smith [et al.] // *J Clin Microbiol* – 1989;27:385-388.
5. Ewaschuk, J.B. D-Lactate in Human and Ruminant Metabolism / J.B. Ewaschuk, J.M. Naylor, G.A. Zello // *Journal of Nutritional*. – 2005. – №3. – P. 1619-1625.

Сергиенко Е.Н., Германенко И.Г.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГРИППА А (H₁N₁-2009) У ДЕТЕЙ В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

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

Актуальность. Грипп представляет собой важную медицинскую, социальную и экономическую проблему здравоохранения во всем мире [1]. В зависимости от эпидемиологической обстановки его доля в структуре острых респираторных вирусных инфекций составляет до 20-40% [2,3]. Вирусы гриппа могут вызывать как спорадические случаи, так эпидемии и пандемии. Как известно, пандемии гриппа в мире были связаны с появлением нового антигенно измененного (реассортированного) вируса гриппа А, для которого характерна неоднородность поверхностных антигенов (гемагглютинина и нейраминидазы). Так, появление нового штамма вируса гриппа А –

H₁N₁-swine в 2009 г. привело к развитию пандемии, которая по сравнению с уже известными Всемирной организацией здравоохранения была признана умеренной [3,4]. По имеющимся литературным данным новый штамм вируса гриппа А (H₁N₁) / Калифорния /07/2009 в ближайшие годы будет циркулировать, вызывая сезонные эпидемии наряду с субтипом H₃N₂ [1,5].

Цель исследования – представить клинические особенности гриппа А (H₁N₁-2009) у детей в разных возрастных категориях.

Материалы и методы. Наблюдение проводилось за 118 пациентами в возрасте от 1 месяца до 18 лет, находившимися на лечении в УЗ «Городская детская инфекционная клиническая больница» и «3-я Городская детская клиническая больница» г. Минска, с клиническим диагнозом «Грипп А (H₁N₁-2009)».

С целью изучения возрастных особенностей течения гриппа А (H₁N₁-2009) пациенты были разделены на 3 группы: 1-я группа – дети до 1 года жизни (n=17), 2-я группа – 1-3 года (n=44), 3-я группа – старше 4 лет (n=57).

У всех пациентов диагноз подтвержден исследованием назофарингеальных мазков на наличие вируса гриппа А (H₁N₁-2009) методом ПЦР, которое проводилось в лаборатории гриппа и гриппоподобных заболеваний РНПЦ ЭМ (зав. лабораторией Грибкова Н.В.).

Результаты. Все пациенты поступали в стационар на 1-2 сутки от начала заболевания, однако достоверно чаще дети 1-й группы – на 1-е сутки (1-2) болезни (2-я группа – 2 (1-4), 3-я группа – 2 (1-3) при $p_{1,2}=0,048$ и $p_{1,3}=0,039$), что можно объяснить как настороженностью родителей и более ранним обращением за медицинской помощью, так и показаниями к госпитализации в стационары с признаками острой респираторной инфекции – пациенты первого года жизни.

Более высокие значения максимальной температуры, как основного симптома заболевания, достоверно чаще наблюдаются у пациентов в возрасте старше 4-х лет при статистически более низких у детей первого года жизни ($T_1 - 38,6$ (38,5-39), $T_2 - 39,0$ (39,0-39,4), $T_3 - 39,3$ (39,0-39,9) при $p_{1,2}=0,048$, $p_{1,3}=0,0007$, $p_{2,3}=0,023$). Средняя длительность лихорадки во всех группах составила 4 дня и не имеет статистических различий.

Респираторный синдром приблизительно с одинаковой частотой (94%, 95%, 98%, соответственно) зарегистрирован во всех возрастных группах ($p_{1,2}=0,657$, $p_{1,3}=0,945$, $p_{2,3}=0,819$). Однако кашель значительно реже развивался у пациентов в 1-й группе (65%) по сравнению со 2-й (89%) ($p=0,071$) и достоверно реже – с 3-й (89%) ($p=0,039$). Длительность катаральных проявлений составила 7–8,5 дней и не имела статистически значимых различий в сравниваемых группах.

Достоверно чаще основными клиническими формами заболевания у детей первого года жизни были ринофарингит (29% против 7% и 9%) при $p_{1,2}=0,050$, $p_{1,3}=0,029$, $p_{2,3}=0,991$ и обструктивный бронхит (29% против 5% и 9%) при $p_{1,2}=0,022$, $p_{1,3}=0,029$, $p_{2,3}=0,664$, а у детей во 2-й и 3-й группах – фаринготрахеит/ринофаринготрахеит (63% и 57% против 30%) при $p_{1,2}=0,034$, $p_{1,3}=0,039$, $p_{2,3}=0,704$.

Геморрагический синдром статистически значимо более часто наблюдался у пациентов до 1-го года (29%, 7% и 2%, соответственно, при $p_{1,2}=0,05$ и $p_{1,3}=0,002$), развитие судорог на фоне фебрильной температуры зарегистрировано в 7% случаев только у детей в возрастной группе (1–3 года). Наличие таких неспецифических симптомов, как слабость, вялость, сонливость, снижение аппетита регистрировались чаще в 1-й группе (24%) при 11% и 12% во 2-й и 3-й группах ($p_{1,2}=0,425$, $p_{1,3}=0,449$, $p_{2,3}=0,866$), однако не имело достоверных различий. Жалобы на головную боль, боль в мышцах, пояснице предъявляли дети старше 2-х лет. Симптомы поражения ЖКТ регистрировались во всех возрастных группах с частотой 12%, 18% и 9%, соответственно, при $p_{1,2}=0,825$, $p_{1,3}=0,919$, $p_{2,3}=0,271$. Наличие осложнений практически с одинаковой частотой зарегистрировано во всех возрастных группах (24%, 34% и 26%) и не имеет достоверных различий. Однако тяжелое течение заболевания статистически значимо более часто (29%) отмечалось у пациентов возрастной группы до 1 года, в группе 1-3 года – 9% и старше 4 лет – 11% ($p_{1,2}=0,045$, $p_{1,3}=0,050$, $p_{2,3}=0,923$), что было обусловлено наличием токсикоза и требовало проведения инфузионной терапии с целью дезинтоксикации или признаков дыхательной недостаточности.

Заключение. Таким образом, проведенный анализ клинических проявлений гриппа А гриппа А (H₁N₁-2009) в разных возрастных категориях позволил выделить особенности течения заболевания у детей первого года жизни.

Синдром лихорадки характеризуется следующим:

- у всех детей повышение температуры тела, однако у детей первого года жизни лишь в 82% случаев отмечалась фебрильная лихорадка, что достоверно ниже, чем у детей старше 1 года (100% и 96%, соответственно) при $p_{1,2}=0,028$, $p_{1,3}=0,137$;
- длительность лихорадки составляет 4 (2-6) дня, что не имеет различий с детьми 2 и 3 групп;
- более низкими значениями максимальных температур – 38,6 (38,5-39)°С против 39,0 (39,0-39,4)°С и 39,3 (39,0-39,9)°С в группах пациентов 1-3 года и старше 4 лет ($p_{1,2}=0,048$, $p_{1,3}=0,0007$);
- повышение температуры сопровождается наличием таких неспецифических симптомов, как слабость, вялость, сонливость,

снижение аппетита у каждого четвертого пациента (24%) при 11% и 12% во 2-й и 3-й группах, что, однако, не имеет статистических различий ($p_{1,2}=0,425$, $p_{1,3}=0,449$, $p_{2,3}=0,866$).

Респираторный синдром характеризуется:

- наличием заложенности носа или ринита у большинства пациентов (82%) и кашля в 65% случаев, развитие которого регистрировалось реже, чем во второй возрастной группе (89%) ($p=0,071$), и достоверно реже – в третьей (89%) ($p=0,039$);
- длительность катаральных проявлений составила 7 (5-9,5) дней, что не имеет различий с детьми 2 и 3 групп;
- достоверно чаще основными клиническими формами заболевания у детей первого года жизни были ринофарингит ($p_{1,2}=0,050$, $p_{1,3}=0,029$) и обструктивный бронхит ($p_{1,2}=0,022$, $p_{1,3}=0,029$).

Среди других проявлений гриппа установлено наличие *геморрагического синдрома* в виде мелкоточечной геморрагической или петехиальной сыпи на коже туловища, лица, конечностей, чего не наблюдалось у пациентов старше 1 года жизни ($p_{1,2}=0,05$ и $p_{1,3}=0,002$),

Развитие осложнений зарегистрировано у каждого четвертого ребенка (24%) до 1 года жизни с гриппом А (H₁N₁-2009).

В каждом третьем случае (29%) состояние при поступлении в стационар было тяжелое, что достоверно выше, чем в группах пациентов старшего возраста ($p_{1,2}=0,045$, $p_{1,3}=0,050$). Тяжесть заболевания была обусловлена либо наличием токсикоза, либо признаков дыхательной недостаточности разной степени.

Литературные ссылки

1. Bender, J.M. Influenza virus infection in infants less than three months of age / J.M. Bender, K. Ampofo, P. Gesteland // The Pediatric Infection Disease Journal. – 2010. – № 1. – P. 6-9.
2. Clinical and epidemiologic characteristic children hospitalized with 2009 pandemic H1N1 influenza A infection / S. Kumar [et al.] // The Pediatric Infection Disease Journal. – 2010. – Volume 29, № 7. – P. 591-594.
3. Clinical and microbiologic features associated with novel swine-origin influenza A pandemic 2009 (H1N1) virus in children / P.A. Bryant [et al.] // The Pediatric Infection Disease Journal. – 2010. – Volume 29, № 8. – P. 694-698.
4. Clinical presentation of influenza in unselected children treated as outpatients / H. Silvernoinen [et al.] // The Pediatric Infection Disease Journal. – 2009. – Volume 28, № 5. – P. 372-375.
5. Clinical profile of swine flu in children at Puducherry / P. Sriram [et al.] // Indian J. Pediatr. – 2010. – №7. – P. 1093-1095.