

©Н. О. Гевкалюк

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ГРВІ, З ПРОЯВАМИ ЗАХВОРЮВАННЯ В РОТОВІЙ ПОРОЖНИНІ

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ГРВІ, З ПРОЯВАМИ ЗАХВОРЮВАННЯ В РОТОВІЙ ПОРОЖНИНІ. Результати клініко-епідеміологічних досліджень підтверджують відомості про те, що частота захворюваності, тяжкість перебігу ГРВІ, виникнення ускладнень із проявами в порожнині рота залежать від соціального середовища, яке визначається станом здоров'я батьків, перенесеними та супутніми захворюваннями дитини, рядом біологічних факторів, здатних змінювати рівень сприйнятливості до респіраторних вірусів.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ОРВИ, С ПРОЯВЛЕНИЯМИ ЗАБОЛЕВАНИЯ В РОТОВОЙ ПОЛОСТИ. Результаты клинико-эпидемиологических исследований подтверждают ведомости о том, что частота заболеваемости, тяжесть течения ОРВИ, возникновение осложнений с проявлениями в полости рта зависят от социальной среды, которая определяется состоянием здоровья родителей, перенесенными и сопутствующими заболеваниями ребенка, рядом биологических факторов, способных изменять уровень восприимчивости к респираторным вирусам.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL STUDY OF CHILDREN WITH ARVI DISEASE WITH MANIFESTATIONS OF DISEASE IN THE ORAL CAVITY. The results of clinical and epidemiological studies have shown that the incidence, severity course of ARVI, with displays of complications in the mouth depends on the social environment, which is defined as the state of parents health wrapped and comorbidities child several biological factors that change the level of susceptibility to respiratory viruses.

Ключові слова: епідеміологія, гострі респіраторні вірусні інфекції, порожнина рота, діти.

Ключевые слова: эпидемиология, острые респираторные вирусные инфекции, полость рта, дети.

Key words: epidemiology, acute respiratory infections, mouth cavity, children.

ВСТУП. Гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) займають ведучі позиції в структурі інфекційної патології населення більшості країн Європи, їх випереджають тільки хронічні рецидивні герпесасоційовані інфекції та вірусні гепатити [2, 3, 8, 9, 12, 14]. ГРВІ – велика група етіологічно неоднорідних гострозаразних вірусних захворювань, з-поміж яких грип, безперечно, найтяжчий [1, 8, 11]. Епідеміологія грипу своєрідна і не має аналогів серед інших інфекційних захворювань. Починаючи циркулювати серед населення, новий варіант вірусу не залишається стабільним: його глікопротеїди з року в рік зазнають антигенного дрейфу, який призводить до того, що вироблений імунітет забезпечує лише частковий захист від захворювання [2, 8, 9, 14].

В епідемічний процес щорічно буває втягнутий практично кожен шостий житель України, причому діти хворіють на грип у 4 рази частіше, ніж дорослі [3, 8]. Групою ризику, за даними ВООЗ [14], є діти до 2-х років, саме в цьому віці грип перебігає особливо тяжко, частіше розвиваються ускладнення. Імунна система дітей і підлітків України сьогодні формується під впливом несприятливої інфекційної ситуації, що зумовлено надзвичайно високим ризиком анте- і неонатального інфікування [2, 5–7, 13]. Збудник інфекції передається повітряно-краплинним шляхом – найлегшим із чотирьох відомих механізмів зараження, що дає змогу збудникові грипу в разі відсутності імунітету швидко розповсюджуватись у континентально-і навіть глобальному масштабах [1, 8, 9, 14].

Наведені дані слугують переконливим підтвердженням актуальності та практичної доцільності вдоскона-

лення системи епідеміологічного нагляду за цими інфекціями, оптимізації системи імунного захисту організму людини від грипу і ГРВІ.

Мета роботи – вивчити фактори ризику, що визначають та впливають на тяжкість перебігу захворювання на ГРВІ, частоту виникнення ускладнень у порожнині рота.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Проведено клініко-епідеміологічне дослідження 1137 дітей, хворих на ГРВІ, які перебували на лікуванні в інфекційно-боксованому відділенні Тернопільської обласної дитячої клінічної лікарні впродовж 2010–2013 років. Для виявлення факторів ризику, вивчення особливостей перебігу ГРВІ обстежено 384 хворих віком від 3 місяців до 12 років, з яких 318 дітей (82,81 %) мали ураження тканин порожнини рота. Із цієї групи обстежених легку форму захворювання діагностовано у 52 дітей, середньотяжку – в 185, тяжку – в 81 дитини. Контрольну групу склали діти відповідних вікових груп, хворі на ГРВІ, без ознак ураження органів порожнини рота (66 чол.).

З анамнезу життя вияснили вік дитини, захворювання та стани, що передували виникненню ГРВІ, перенесені в різному віці захворювання. Отримували також відомості про перебіг вагітності матері даною дитиною, екстрагенітальні захворювання матері під час вагітності, вид вигодовування дитини в грудному віці, шкідливі звички дитини, інформацію про житлово-побутові умови, в яких проживає сім'я, дотримання санітарно-гігієнічного режиму житла та наявність у дитини відповідних предметів особистої гігієни.

При огляді дитини відмічали ступінь живлення, стан шкірних покривів, червоної облямівки губ, регіонарних

лімфатичних вузлів. Визначали вираження симптомів інтоксикації центральної нервової системи. При огляді порожнини рота звертали увагу на стан її слизової оболонки: наявність набряку, гіперемії, наявність та локалізацію висипань у порожнині рота, стан ділянок слинних залоз, наявність набряку тканин, що оточують залозу, та її інфільтрацію. Заповнювали зубну формулу, визначали відповідність її віку дитини.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.

Встановлено, що в структурі основних інфекційних вірусних захворювань найбільша питома вага (71,43 %) припадає на ГРВІ. Для планування профілактичних заходів та своєчасного їх проведення чималий інтерес викликає вивчення сезонності захворювання. Наші дослідження показали, що ГРВІ зустрічається протягом року, однак з різною частотою. Питома вага захворюваності на ГРВІ залежала від сезону, рівня захворюваності на грип та інші ГРВІ, віку дітей і повноти діагностики.

За результатами вірусологічного дослідження методом полімеразної ланцюгової реакції, в загальній структурі ГРВІ у дітей в епідемічний період велику питому вагу складав грип (28,93 %). Парагрип посідав друге місце (23,90 %) в структурі вірусних уражень, причому, як правило, у дітей перших двох років життя. Майже в половині обстежених (47,17 %) мала місце змішана вірусна інфекція, в етіологічній структурі якої переважали віруси грипу В (36,81 %) та аденовіруси (17,23 %), що виявлялись у поєднанні. Спалахи захворювань частіше виникали у сім'ях, де одночасно або послідовно один за одним хворіло кілька членів сім'ї.

Однак питома вага окремих нозологічних форм у структурі ГРВІ в дітей не постійна, їх частота залежить від епідемічної ситуації, віку дітей та ін. Так, у міжепідемічний період по грипу захворюваність, за результатами полімеразної ланцюгової реакції підтвердженого діагнозу грипу, складала 11,64 %, а найбільша захворюваність на ГРВІ була зумовлена аденовірусами (21,38 %), респіраторно-синцитіальними (РС) вірусами (20,75 %), парагрипозними вірусами (18,55 %) та змішаними вірусними інфекціями. У дітей першого року життя частіше діагностували РС-інфекцію, в дітей вікової групи 8–12 років – риновірусну інфекцію.

Відомо, що вірулентність вірусу визначається численними факторами організму: конституцією, віком, природним і набутим імунітетом та ін. [1, 2, 5]. Сприйнятливість дітей різних вікових груп до ГРВІ неоднакова. Вивчення вікової структури хворих показало, що діти перших місяців життя хворіють рідко, оскільки перебувають у відносній ізоляції, і багато з них зберігає пасивний імунітет, переданий від матері трансплацентарно. Проте і грудні діти можуть хворіти на ГРВІ, якщо уроджений імунітет виявився ненапруженим або повністю відсутнім. Розподіл хворих на ГРВІ за тяжкістю захворювання серед дітей різних вікових груп представлено в таблиці 1.

Діти першого року життя склали 26,10 % від усіх обстежених нами. У них частіше, ніж в інші вікові періоди, виникають ускладнення основного захворювання. Так, у 24,32 % обстежених виникали ускладнення ГРВІ у вигляді стенозувального ларинготрахеобронхіту (11,0 % випадків), бронхопневмоній (9,12 % випадків), ураження нирок (4,72 % випадків).

Вікова категорія наступної групи (1–3 роки) серед числа обстежених нами дітей була особливо великою, їх частка складала 60,06 % від усіх випадків ГРВІ. Слід відмітити, що для дітей віком від 1 до 3 років є характерною тяжка форма грипу (59,16 % випадків). Найвища захворюваність спостерігається серед дітей, які відвідують дитячі дошкільні заклади (65,72 %), що вказує на контагіозність даного захворювання.

Зважаючи на те, що адекватна опірність організму чужорідним агентам залежить від фізичного розвитку дитини, ми встановили, що серед дітей першого року життя основна частина (61,45 % випадків) за фізичним розвитком належала до нормотрофіків, у 21,69 % випадків визначалась гіпотрофія. Проте в 16,86 % обстежених дітей цієї вікової групи спостерігали підвищене живлення. Накопичення номінальної маси тіла, очевидно, можна пояснити нераціональним штучним вигодовуванням дитини, неповноцінним та незбалансованим за вмістом основних харчових інгредієнтів. Підтвердженням цього може бути наявність у 22,90 % із числа обстежених цієї групи дітей залізодефіцитної анемії різного ступеня тяжкості, що встановлено проведеними лабораторними дослідженнями [4].

У дітей віком від 1 до 3 років кількість обстежених із гіпотрофією складала 31,93 %, у віковій групі 4–7 років – 18,75 %. Отримані результати пояснюються нераціональним та незбалансованим харчуванням дітей, одноманітністю їжі в зимовий період, виснаженням компенсаторних механізмів, обтяженим алергологічним анамнезом на харчові продукти, супутніми захворюваннями.

Наявність в обстежених нами дітей супутньої патології, на фоні якої виникають ГРВІ, заслуговує на особливу увагу. Більше половини дітей (51,26 %) страждають від різних соматичних захворювань, які, можливо, і поглиблюють зміни під час респіраторних епізодів. Так, серед фонові соматичної патології обстежених у 18,87 % дітей діагностують залізодефіцитну анемію, в 14,47 % – алергічні стани, в 13,52 % – захворювання ЛОР-органів, в 1,73 % – дисбактеріоз кишечника, в 1,72 % – інші захворювання та стани.

Аналізуючи отримані дані, можна припустити, що фонові соматична патологія у дітей з респіраторними вірусними інфекціями, частота ускладнень ГРВІ можуть залежати від бактеріальної флори, яка паразитує в ротоглотці за наявності хронічної ЛОР-патології. Дисбіотичні зміни шлунково-кишкового тракту можуть бути як на-

Таблиця 1. Розподіл хворих на ГРВІ за тяжкістю захворювання серед дітей різних вікових груп (%)

Форма тяжкості ГРВІ	Вікова група			
	до 1 року (n=83)	1–3 роки (n=191)	4–7 років (n=32)	8–12 років (n=12)
Легка	19,28	17,80	31,25	33,33
Середньотяжка	67,47	23,04	46,88	58,34
Тяжка	13,25	59,16	21,87	8,33

слідком неконтрольованого приймання антибіотиків, так і причиною порушення засвоєння харчових інгредієнтів.

Враховуючи повідомлення про імунний статус дітей, які часто хворіють, ми виявили, що в 61,64 % дітей в анамнезі життя відмічаються захворювання: часті ГРВІ – 33,65 % випадків, алергічні стани – 11,32 %, дитячі інфекційні захворювання – 8,49 %, захворювання органів шлунково-кишкового тракту – 4,72 %, травми – 3,46 %. Відомо, що часті ГРВІ можуть несприятливо впливати на стан здоров'я дітей, знижуючи їх захисно-адаптаційні можливості та сприяючи формуванню хронічних вогнищ інфекції, в тому числі в порожнині рота [3, 6, 10].

Відомо, що тяжкість перебігу захворювання визначається ступенем прояву загальної інтоксикації, в тому числі гіпертермії. Аналіз клінічних проявів ГРВІ показав, що у 89,62 % випадків захворювання починалось із підвищення температури тіла: в 62,58 % випадків – у межах 39–41,5 °С, у 26,73 % випадків – до 38–39 °С, у 10,69 % випадків – 37–38 °С. Найчастіше відмічалось 3–4-денне підвищення температури тіла (71,70 % випадків), рідше – 2–3-денне (28,30 % випадків).

Підвищення температури тіла передувало появі риніту та катарального запалення СОПР, а тривалість її збігалась з періодом виражених загальних та місцевих симптомів захворювань. Аналіз клінічних проявів ГРВІ в ротовій порожнині дітей показав, що розвиток клінічної симптоматики запалення органів і тканини порожнини рота визначається у 89,31 % випадків із числа хворих на ГРВІ дітей у вигляді катарального стоматиту, який проявлявся гіперемією, набряком слизових оболонок ясен (у 86,79 % випадків – катаральний гінгівіт), губ, щік, посиленням судинним рисунком (88,46 %), геморагіями (43,71 %), виникненням дрібних міхурців із геморагічним чи геморагічно-серозним ексудатом (21,38 %), відбитків зубів на слизовій оболонці язика, щік по лінії змикання зубів (рис. 1). У всіх обстежених мали місце ознаки гострого вірусного сіаладеніту, спричиненого вірусом грипу, однієї або кількох малих слинних залоз різного ступеня тяжкості.

Ранньою ознакою початку захворювання була специфічна зерниста енантема слизової оболонки м'якого піднебіння, яку частіше відмічали при грипі, спричиненому вірусом типу В (у 41,98 % випадків). Динамічне спостереження за хворими на ГРВІ дітьми показало, що зміни слизової оболонки порожнини рота хоч не мали строго специфічного характеру, однак вираження їх визначало-

ся тропністю респіраторних вірусів до певних систем та тканин, що варто розглядати як симптом хвороби, який відображає вплив загальних і місцеводіючих факторів.

Клінічна симптоматика проявів ГРВІ в ротовій порожнині дітей посилювалась прорізуванням тимчасових зубів. Із числа обстежених ми виокремили групу дітей, що часто хворіють, оцінка відповідності зубної формули віку яких показала таке. У дітей, які часто хворіють, у 37,3 % випадків виявлено затримку прорізування тимчасових зубів, що в 1,3 раза перевищувало цей показник у дітей, хворих на ГРВІ, які не мали в анамнезі частих епізодів респіраторних захворювань, та в 2,1 раза відносно показників здорових дітей.

Відомо, що повторні ГРВІ суттєво впливають на розвиток дитини, призводячи до ослаблення захисних сил організму, формування хронічних вогнищ інфекції, алергізації організму, перешкоджаючи проведенню профілактичних щеплень, затримуючи психомоторний та фізичний розвиток дитини.

Враховуючи несприятливий вплив на здоров'я дітей загального стану здоров'я матері, перебіг вагітності та родів, вид вигодовування новонароджених і дітей першого року життя, ми провели анкетування матерів хворих дітей (рис. 2).

Ми виявили, що у 26,10 % випадків вагітність даною дитиною перебігала з гестозом I половини та у 10,38 % – з гестозом II половини вагітності. В 17,61 % випадків мали місце екстрагенітальні захворювання матері. Виявлені чинники з боку матері, очевидно, впливають на негативні зміни резистентності організму дитини ще до її народження.

Відомо, що грудне вигодовування для немовляти є не лише оптимальним за вмістом поживних інгредієнтів харчуванням, але й важливим фактором захисту [3, 6, 13]. Підкреслюючи значення грудного вигодовування та грудного молока як фізіологічного імунного препарату, ми встановили, що тільки у 28,62 % випадків діти перебували на грудному вигодовуванні до 6-місячного віку. Водночас значна частина дітей (41,19 % випадків) перебувала на змішаному та штучному вигодовуванні вже з 1-місячного віку, що може призводити до порушення основної функції мікробіоти шлунково-кишкового тракту – захисної відносно потенційно хвороботворних мікроорганізмів, сприяючи формуванню дисбіотичних змін та викликаючи порушення засвоєння харчових інгредієнтів.



Рис. 1. Вираження місцевих симптомів захворювання на ГРВІ в щелепно-лицевій ділянці та порожнині рота.

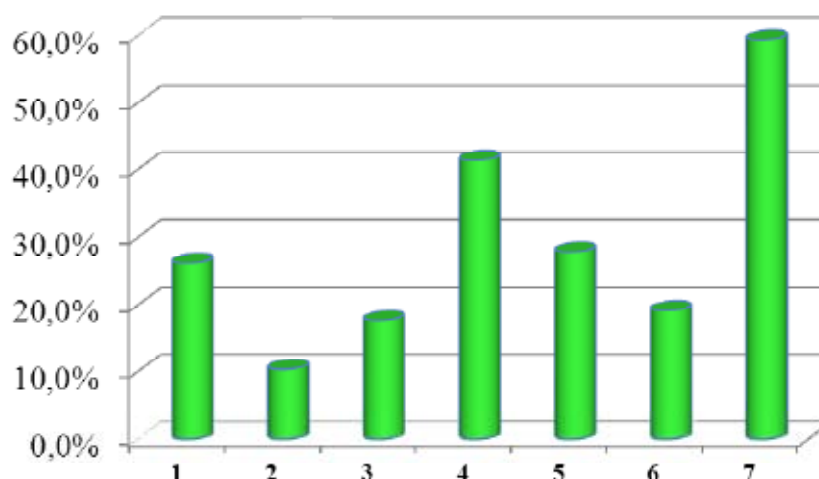


Рис. 2. Антенатальні та медико-соціальні фактори у дітей, хворих на ГРВІ (% до інтерв'юваних): 1 – гестози I половини вагітності; 2 – гестози II половини вагітності; 3 – екстрагенітальні захворювання матері; 4 – штучне вигодовування; 5 – незадовільні житлово-побутові умови; 6 – відсутність власних предметів особистої гігієни; 7 – шкідливі звички дитини.

При аналізі соціально-гігієнічних факторів виявлено, що житлово-побутові умови, в яких проживає дитина, у 27,67 % випадків розцінювались як незадовільні, а житлова площа на одного члена сім'ї була нижчою за санітарно-гігієнічні норми. У 12,58 % випадків санітарно-гігієнічний режим житла був незадовільним, у 19,18 % випадків діти не мали власних предметів особистої гігієни (рушника, зубної щітки та ін.). 59,43 % інтерв'юваних відмітили наявність шкідливих звичок у дітей.

Отже, результати епідеміологічних досліджень підтверджують відомості про те, що частота захворюваності, тяжкість перебігу ГРВІ, частота виникнення ускладнень із проявами в порожнині рота залежать від соціального середовища, яке визначається станом здоров'я батьків, перенесеними та супутніми захворюваннями дитини, рядом біологічних факторів, що змінюють рівень сприйнятливості до респіраторних вірусів. З огляду на епідеміологічну значимість грипу, інших гострих респіраторних

вірусних інфекцій, проявом яких є ураження органів та тканин порожнини рота, залишається актуальною розробка сучасних методів діагностики та лікування дитячої інфекційної стоматологічної патології.

ВИСНОВОК. Вивчення поширеності гострих респіраторних вірусних інфекцій дозволяє визначити їх частоту, структуру, частоту виникнення ускладнень із проявами в порожнині рота, зв'язок із численними медико-біологічними, соціально-гігієнічними й екологічними факторами, обґрунтувати правильне планування профілактичних та організаційних заходів. Усе це підтверджує необхідність постановки питання про розробку та впровадження в медичну практику лікувально-профілактичних заходів.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Подальші дослідження будуть спрямовані на вивчення біологічних факторів, що змінюють рівень сприйнятливості до респіраторних вірусів організму дітей та визначають клінічні прояви захворювання в ротовій порожнині.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Андрейчин М. А. Інфекційні хвороби в загальній практиці та сімейній медицині / за ред. М. А. Андрейчина. – Тернопіль : ТДМУ, 2010. – 500 с.

2. Антипкін Ю. Г. Актуальні питання вакцинації дітей / Ю. Г. Антипкін // Перинатология и педиатрия. – 2008. – № 4. – С. 11–12.

3. Проблема інфекційної захворюваності залишається актуальною проблемою системи охорони здоров'я та держави / О. О. Бобильова, С. П. Бережнов, Л. М. Мухарська [та ін.] // Сучасні інфекції. – 2008. – № 1. – С. 4–10.

4. Гевкалюк Н. О. Аналіз основних показників «червоної

крові» в дітей, хворих на ГРВІ / Н. О. Гевкалюк, В. В. Щерба, Л. Д. Белінська // Український стоматологічний альманах. – 2012. – № 5. – С. 13–15.

5. Гребенюк Н. В. Основні збудники внутрішньоутробної, інтранатальної та постнатальної інфекції у дітей різного віку / Н. В. Гребенюк, В. Ф. Мислицький // Буковинський медичний вісник. – 2009. – Т. 13, № 4. – С. 85–89.

6. Грицай С. А. Влияние перинатальных факторов риска на формирование кандидозной инфекции у новорожденных и детей 1-го года жизни / С. А. Грицай // Современная стоматология. – 2006. – № 2. – С. 66–69.

7. Гуртовой Б. Л. Внутриутробные бактериальные и

вирусные инфекции плода и новорожденного / Б. Л. Гуртовой, Л. С. Анкирская, Л. В. Ванько // *Акушерство и гинекология*. – 1994. – № 4. – С. 20–26.

8. Крамарев С. О. Епідемія грипу в Україні / С. О. Крамарев // *З турботою про дитину : наук.-практ. журн. для педіатрів*. – 2010. – № 1. – С. 9.

9. Міроненко А. П. Стратегії та стадії контролю грипу / А. П. Міроненко, В. О. Мухопад // *Інфекційні хвороби*. – 2001. – № 2. – С. 55–58.

10. Савичук Н. О. Клініка, діагностика та лікування гострого герпесу порожнини рота у дітей : навч.-метод. посіб. / Н. О. Савичук, Н. М. Антонова. – К. : Поліграф-Сервіс, 2012. – 110 с.

11. Флетчер Р. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины / Р. Флетчер, С. Флетчер, Э. Вагнер ; пер. с англ. Ю. Б. Шевелева. – 3-е изд. – М. : Медиа Сфера, 2010. – 352 с.

12. Barnett J. M. Zanamivir susceptibility. Monitoring and characterization of influenza virus. Clinical isolates obtained during phase / J. M. Barnett, A. Gagmon, D. Gor [et al.] // *Antimicrob. Agents and Chemother.* – 2003. – Vol. 23. – P. 78–87.

13. Newburg D. Protection of the neonate by the innate immune system of developing gut and of human milk / D. Newburg, W. A. Walker // *Pediatric Research*. – 2004. – Vol. 61, No. 3. – P. 2–8.

14. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, The world health report 2008 : primary health care now more than ever. – WHO. – 2008. – 152 p.

Отримано 04.03.16