

Мета дослідження – апробувати методи імунохроматографічного аналізу (ІХА) та модифікованої реакції зв'язування комплекменту (м-РЗК) для експрес-діагностики респіраторних вірусних інфекцій, включаючи ентеровіруси, та порівняти їх ефективність з класичними методами діагностики (ПІФ, ПЛР, культуральний).

Обстежено 100 дітей у віці 1-12 років з клінічними проявами РВІ легкого та середнього ступеня важкості, серед яких 50% мали інтестинальний синдром. Для верифікації вірусів грипу А і В, аденовірусів, РС-вірусів застосовували методи ІХА, ПІФ, ПЛР. Для верифікації ентеровірусної інфекції застосовували культуральний метод з використанням курячих ембріонів (HEL) та м-РЗК із застосуванням полі- та моновалентних ентеровірусних діагностичних сироваток на імуноферментному аналізаторі. Матеріалом для обстеження були змиви та зіскоби з носоглотки; на ентеровіруси – кров, фекалії. За результатами проведених досліджень РВІ верифіковано у 63 (63%) дітей, у т.ч. грип А – у 10 (10%), грип А+В – у 4 (4%), АД-інфекція – у 8 (8%), РС-інфекція – у 18 (18%), ентеровірусна – у 15 (15%), серед них серотипи ентеро 68-71 – у 7, ЕСНО – у 5, Коксакі В – у 3, мікст-РВ-інфекція – у 8 (8%), асоціація грипу А з аденовірусом – у 3 та грипу А з РС-вірусом – у 5. Доведено, що поряд з класичними методами діагностики (ПІФ, ПЛР, культуральний) доцільно застосовувати в практичній діяльності нові експрес-методи для діагностики РВІ, про що свідчить отримання високого відсотку співпадання етіологічного діагнозу (85% в порівнянні з ПЛР та культуральним та 95% в порівнянні з ПІФ). Головною перевагою методу ІХА є постановка діагностичної проби без транспортування, «біла ліжка» хворого, швидкий результат (5-10 хвилин). Метод м-РЗК дозволяє верифікувати діагноз на ранній стадії захворювання (1-3 доби) на відміну від культурального (28 діб) і дає можливість виявити не тільки антиген ентеровірусу, але і його серотип.

ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ ІЗ ВРОДЖЕНИМ ТОКСОПЛАЗМОЗОМ


¹ Резніченко Ю.Г., ¹ Лебединець О.М., ² Хацко О.С., ² Кириченко О.І., ² Летошко Л.В.

¹ Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

² КУ «Запорізька обласна клінічна дитяча лікарня» Запорізької обласної ради, м. Запоріжжя

Враховуючи зростання поширеності патології серцево-судинної системи у дітей та дорослих, визначення факторів ризику її формування є актуальним. Одночасно залишається високою частота інфікування вагітних агентами групи TORCH-інфекцій. Це обумовлює необхідність вивчення особливостей стану серцево-судинної системи у дітей із внутрішньоутробними інфекціями.

Метою дослідження було охарактеризувати стан серцево-судинної системи у дітей першого року життя з вродженим токсоплазмозом. Під наглядом перебувало 113 дітей першого року життя: 20 дітей із вродженим токсоплазмозом без вроджених вад серця, кардитів, 45 дітей, хворих на кардити на фоні вродженого токсоплазмозу, 20 дітей, хворих на кардити на фоні інфекцій вірусно-бактеріальної етіології без клініко-лабораторних проявів інфекцій TORCH-групи (контрольна група порівняння) та 28 здорових дітей (контрольна група). Всім дітям проведено комплексне клініко-інструментальне обстеження з включенням ехокардіографії, холтеровського моніторингу ЕКГ, дослідження катехоламінів та інсуліну в еритроцитах.

У дітей із вродженим токсоплазмозом без вроджених вад серця, кардитів, виявлено порушення ритму, провідності й реполяризації міокарда, активацію симпатоадреналової системи а також морфологічні зміни з ремодельованням міокарда лівого шлуночка серця за концентричним типом. У дітей, хворих на кардити, як на фоні вродженого токсоплазмозу, так і на фоні вірусно-бактеріальних інфекцій, в періоді маніфестації захворювання виявлялись однотипні, без достовірної різниці відносно етіології інфекції, на фоні якої розвинувся кардит, морфофункціональні зміни серцево-судинної системи. Через 12 місяців від початку лікування у дітей, хворих на кардити на фоні вродженого токсоплазмозу, на відміну від дітей, хворих на кардити без проявів інфекцій TORCH-групи, у яких ехокардіографічні показники, за винятком достовірного збільшення відносної товщини стінок лівого шлуночка,  наблизилися до показників здорових дітей, характерним було збереження ремодельовання міокарда лівого шлуночка за концентричним типом у 76,7% дітей зі збільшенням відносної товщини стінок ($0,51 \pm 0,02$ у.о.), маси ($28,42 \pm 1,76$ г) та індексу маси ($70,59 \pm 4,34$ г/м²) міокарда лівого шлуночка, підвищення депонування катехоламінів та інсуліну в еритроцитах. Порушення ритму серця, провідності та реполяризації, підвищення симпатичних впливів на ритм серця виявлялись через 12 місяців в обох групах дітей, хворих на кардити (підвищення стрес-індексу, індексів централізації та вагосимпатичної взаємодії), але були достовірно більш виражені при кардитах на фоні вродженого токсоплазмозу.

Отримані дані свідчать про особливості морфогенезу міокарда та його провідної системи у дітей на фоні вродженого токсоплазмозу та збереження морфофункціональних змін серцево-судинної системи на тлі неадекватних компенсаторних процесів протягом тривалого часу від початку лікування у дітей з кардитами на фоні вродженого токсоплазмозу, що є обґрунтуванням необхідності проведення довготривалої терапії серцево-судинних порушень при вродженому токсоплазмозі. Сформовані внаслідок вродженого токсоплазмозу морфофункціональні зміни являють собою несприятливий фон для формування серцево-судинної патології в дитячому віці та в подальшому житті.