



УДК 616.915-053.1-071

DOI: 10.22141/2224-0551.14.1.2019.157878

Колоскова О.К.¹, Іванова Л.А.¹, Поліщук М.І.², Гопко Н.В.³, Гарас М.Н.¹¹Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна²Департамент охорони здоров'я Чернівецької обласної державної адміністрації, м. Чернівці, Україна³ДУ «Чернівецький обласний лабораторний центр МОЗ України», м. Чернівці, Україна

Вроджений кір (клінічний випадок)

For cite: Zdorov'e Rebenka. 2019;14(1):40-43. doi: 10.22141/2224-0551.14.1.2019.157878

Резюме. У статті подано узагальнення міжнародних практичних рекомендацій і закордонного клінічного досвіду спостереження за дітьми, народженими матерями, які хворіли на кір у різні строки вагітності; наведені міжнародні критерії діагнозу «вроджений кір», а також власний досвід ведення одного з клінічних випадків вродженого кору під час спалаху 2017–2018 років в умовах обласної дитячої клінічної лікарні.

Ключові слова: вроджений кір; тактика; лікування; новонароджений; вагітність

Вступ

Наразі проблема кору для України залишається актуальною, оскільки спалахи інфекції, що розпочались із червня 2017 року, досі не вщухають. Основною причиною захворюваності стала відсутність щеплень у переважної більшості осіб, які захворіли. Чернівецька область залишається лідером за кількістю хворих на кір у 2018 році та посідає 5-ге місце в Україні після Львівської, Івано-Франківської, Закарпатської та Тернопільської областей [1].

Починаючи з 2000-х років спалахи кору на території Чернівецької області спостерігалися у 2006 та 2012 роках. Теперішній, доволі потужний спалах розпочався восени 2017 року і триває дотепер. На жаль, можна констатувати, що дана тенденція є відображенням 5–6-річного хвилеподібного підйому захворюваності, що характерне для популяції з низьким охопленням вакцинацією. За період спалаху (з 01.01.2017 р. по 19.12.2018 р.) у Чернівецькій області зареєстровано 3472 випадки кору, серед яких 2368 випадків у дітей (68,2 %). У лікувально-профілактичні заклади області госпіталізовано 1623 хворих, серед них 816 дітей. За вказаний період у регіоні на кір перехворіли 35 вагітних, 150 дітей віком до першого року життя, зокрема новонароджені. Наявність випадків захворювання у

немовлят свідчить про формування неімунного прошарку в жінок фертильного віку. Слід зазначити, що частка нещеплених або таких, які отримали лише 1 дозу вакцини КПК (кір, паротит, краснуха), серед осіб, які захворіли на кір, сягає 70 % [2].

Реєстрація випадків вродженого кору під час спалаху в області ще раз підкреслює необхідність проведення заходів посиленої імунізації підлітків та осіб молодого віку, що знизить захворюваність на кір серед вагітних.

Уроджений кір уперше описаний 1920 року. Унаслідок того, що випадки захворювання жінок під час вагітності трапляються рідко, офіційна статистика вродженого кору відсутня, а вплив вірусу на захворюваність матері та плода чітко не визначений, хоча трансплацентарна гематогенна передача збудника кору є доведеною. Уроджений кір — це всі випадки, коли ознаки хвороби реєструються у немовляти при народженні, а також ті, коли набута внутрішньоутробно інфекція проявляється висипанням упродовж перших десяти діб життя. Інкубаційним періодом при вродженому кору вважають час від появи екзантеми у матері до появи висипних елементів у новонародженого [3].

Метою роботи було оптимізувати діагностичну та лікувальну тактику у випадку вродженого кору в

умовах спалаху на прикладі аналізу клінічного випадку.

Наводимо один **клінічний випадок** із власного досвіду.

Вагітна М., 1990 р.н., надійшла 24.01.2018 р. до інфекційного відділення обласної клінічної лікарні з діагнозом «Кір, типовий перебіг, середньої тяжкості. Вагітність 37–38 тижнів».

Хвора переведена з відділення патології вагітності міського пологового будинку № 1, де перебувала на лікуванні з 22.01.2018 р. із діагнозом: «Вагітність I/I, 37–38 тижнів, головне передлежання. Ознаки ізоімунізації. УЗ-ознаки внутрішньоутробної інфекції (ВУІ) плода. Анемія вагітних легкого ступеня. Кардіомегалія. Багатовузловий зоб II ступеня, тиреотоксикоз середнього ступеня у стадії медикаментозної компенсації (у 2009 році прооперована в Українському НПЦ ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин, проведена правобічна екстрафасціальна гемітиреоїдектомія, резекція нижнього полюсу лівої частки). Варикозна хвороба вен нижніх кінцівок. Кандидозний вагініт».

З анамнезу відомо, що вагітна двічі перебувала на стаціонарному лікуванні в гінекологічному відділенні та відділенні патології вагітності центральної районної лікарні через загрозливий аборт у 15–16 тижнів та УЗ-ознаки ВУІ, ізоімунізацію за АВО.

20.01.2018 р. у вагітної реєструвалось підвищення температури тіла, катар верхніх дихальних шляхів, кон'юнктивіт. 24.01.2018 р. у жінки діагностовано кір, типовий перебіг середньої тяжкості (консультована інфекціоністом), через що здійснено переведення до інфекційного відділення обласної клінічної лікарні м. Чернівці. 29.01.2018 р. о 19:00 вагітна оглянута акушером-гінекологом і у зв'язку з початком пологів була переведена до пологового будинку м. Чернівці.

Дитина народилась 29.01.2018 р. у терміні гестації 38 тижнів шляхом екстреного кесарського розтину (дистрес плода у пологах, що загрожує життю). Пологи відбувались на 6-й день від появи корової висипки. Стан дівчинки після народження задовільний, оцінка за шкалою Апгар 7–8 балів. Маса тіла при народженні 3400 г, зріст 55 см, окружність голівки 35 см, грудей — 33 см. У пологовій залі дитина отримала первинну медичну допомогу при народженні згідно з протоколом. До грудей прикладена у першу годину після народження. Температура тіла у перші дві години після народження 36,7 °С, гучний крик, шкіра рожева, чиста, проте у ділянці плеча та передпліччя обох рук білувата висипка, злущування епітелію. Попередній клінічний діагноз: період адаптації доношеної дівчинки від матері, яка перехворіла на кір. Загроза ВУІ, гемолітичної хвороби новонароджених (ГХН)? Рекомендоване сумісне перебування матері з дитиною, грудне годування. 30.01.2018 р. дитина консультована дитячим інфекціоністом, який вказує на наявність сухості та лущення шкіри обох верхніх кінцівок, а також рекомендує сумісне перебування матері та дитини, грудне годування, спостереження в динаміці. У пологовому будинку дитині з метою профілактики геморагічно-

го синдрому однократно внутрішньом'язово введено 0,1 мл вітаміну К у вигляді фітоменадіону, через 25 годин після народження у зв'язку з появою небезпечної жовтяниці розпочата фототерапія (рівень загального білірубину — 93,14 мкмоль/л, прямого — 3,52 мкмоль/л, непрямого — 89,62 мкмоль/л із погодинним приростом 5,48 мкмоль/л). У загальному аналізі крові (30.01.2018 р.): лейкоцити — 28,2 Г/л, гемоглобін — 194 г/л, еритроцити — 5,27 Т/л, гематокрит — 60,1 %, тромбоцити — 213 Г/л. У динаміці показники гемограми (31.01.2018 р.): лейкоцити — 17,5 Г/л, гемоглобін — 152 г/л, еритроцити — 4,09 Т/л, гематокрит — 45,0 %, тромбоцити — 207 Г/л. Рівень С-реактивного білка 30.01.2018 р. та 31.01.2018 р. становив ≤ 6 мг/л та ≥ 12,0 мг/л відповідно. Група крові дитини А(II), Rh+.

Наступного дня, 30.01.2018 р., дитина оглянута консилиумом лікарів-неонатологів і дитячих інфекціоністів. Стан новонародженої розцінений як задовільний. Крик гучний. Смокче груди активно. Шкіра з ділянками злущення епідермісу на верхніх і нижніх кінцівках. Неврологічний статус без змін. Дихання в легенях пурильне, хрипи не вислуховуються. Живіт м'який. Печінка виступає з-під краю реберної дуги до 1,5 см. Випорожнення було. Вирішено: зважаючи на відсутність чітких клінічних ознак захворювання у новонародженої від матері, хворої на кір, для верифікації вродженого кору та напрацювання подальшої лікувальної тактики та протиепідемічних заходів провести вірусологічне дослідження сечі дитини (у перші три доби життя), а також серологічне дослідження з визначенням рівня імуноглобулінів класу М (IgM) до вірусу кору. У разі позитивних результатів дослідження вирішити питання про переведення дитини у відділення повітряно-крапельних інфекцій обласної дитячої клінічної лікарні (ОДКЛ). У разі ж негативних результатів — проведення пасивної імунопрофілактики та виписки дитини на дільницю з подальшим спостереженням за нею. Рекомендовано продовжити грудне вигодовування дитини, проводити динамічне спостереження з моніторингом вітальних функцій кожні три години.

На третю добу життя, 31.08.2018 р., стан дитини задовільний, температура тіла 36,8 °С, догодується зцідженим грудним молоком по 35–40 мл, крик гучний, шкіра жовтянична, поодинокі елементи плямистого висипу на руках, м'язовий тонус задовільний, рефлекси новонародженого жваві, залишок пуповини сухий, пупкова ранка суха, дихання ритмічне 42/хв, частота серцевих скорочень (ЧСС) — 142 за хвилину. Діагноз: «Вроджений кір? Неонатальна жовтяниця, не можна виключити ГХН за АВО».

Того самого дня дитина госпіталізована до інфекційного боксованого відділення повітряно-крапельних інфекцій ОДКЛ м. Чернівці. Стан дитини при надходженні відносно задовільний. Аксилярна температура тіла — 36,7 °С, ЧСС — 136/хв, частота дихання — 40/хв. Дитина спокійна, сон не порушений. Вигодується зцідженим грудним молоком та періодично сумішшю Nan (за дитиною доглядає бабуся, мати залишилась у пологовому будинку), з'їдає по 30–40 мл, об'єм утримує. Температура тіла стабільна в

межах норми. Фізіологічні рефлексії періоду новонародженості викликаються, м'язовий тонус задовільний. Шкірні покриви та видимі слизові із жовтушним відтінком, пуповинний залишок у скобі. На шкірі щік, тулуба та нижніх кінцівок поодинокі папули рожевого кольору на тлі вираженої сухості шкіри (ймовірно, фізіологічна еритема новонародженого). Над легеньми пуерильне дихання. Тони серця ритмічні, звучні. Живіт м'який, не здутий. Печінка та селезінка не збільшені. Випорожнення жовтого кольору, сечовипускання часте. При госпіталізації встановлено попередній діагноз: «Контакт по кору. Ризик реалізації ВУІ, жовтяниця новонародженого. Кір?».

З урахуванням наявності атипичної висипки у дитини, що народжена хворою на кір матір'ю, повторно проведено дослідження крові для визначення за допомогою імуноферментного аналізу (ІФА) ІgM до вірусу кору. У подальшому стан новонародженої залишався задовільним. Лихоманки, катару дихальних шляхів, кон'юнктивіту та нових елементів висипу на шкірі у дитини не було. Клінічно з боку внутрішніх органів патологічних змін не виявлено. Дитині проведено комплекс клінічно-лабораторних обстежень. При огляді отоларинголога, невролога, офтальмолога відхилень у стані здоров'я немовляти не виявлено. При ехокардіографічному обстеженні діагностовано відкритий овальний отвір. За результатами ультразвукового дослідження органів черевної порожнини та нейросонографії — без патологічних змін. Загальний аналіз крові (01.02.2018 р.): гемоглобін — 189 г/л, еритроцити — 5,6 Т/л, колірний показник — 0,98; лейкоцити — 16,8 Г/л; мієлоцити — 3 %; паличкоядерні нейтрофіли — 17 %; сегментоядерні нейтрофіли — 49 %; еозинофіли — 4 %; лімфоцити — 23 %; моноцити — 4 %; швидкість осідання еритроцитів — 5 мм/год. У динаміці (07.02.2018 р.) результати гемограми виявилися такими: гемоглобін — 154 г/л; еритроцити — 5,1 Т/л; колірний показник — 0,9; лейкоцити — 12,0 Г/л; паличкоядерні нейтрофіли — 3 %; сегментоядерні нейтрофіли — 42 %; еозинофіли — 4 %; лімфоцити — 39 %; моноцити — 14 %; тромбоцити — 377 Г/л. За показниками загального аналізу сечі та копрограми патологічних змін не виявлено. При бактеріологічному дослідженні калу патогенних мікробів кишкової групи тако само не виявлено.

При дослідженні рівня ІgM до вірусу кору методом ІФА у сироватці крові дитини на другу добу життя отримано сумнівний результат — 0,335. На восьму добу життя результат серологічного дослідження рівня антитіл до вірусу кору виявився позитивним — 1,9, що попри відсутність типових проявів захворювання доводило факт внутрішньоутробного інфікування дитини. З урахуванням епідеміологічного анамнезу, результатів серологічного дослідження (наявність ІgM до вірусу кору) сформульовано заключний клінічний діагноз: «Вроджений кір, безсимптомна форма». У відділенні дитина знаходилась лише під спостереженням і не отримувала медикаментозного лікування. 09.02.2018 р. (на 11-ту добу життя) дитина у задовільному стані виписана додому під спостереження дільничного педіа-

тра. За повідомленням із дільниці упродовж першого півріччя життя дівчинка не мала суттєвих відхилень у своєму розвитку від вікової норми.

Обговорення

Перебіг кожного з відомих періодів постнатального кору в разі уродженої інфекції має певні особливості. Інкубаційний період у цьому випадку становив 6 діб (при вродженій інфекції це проміжок часу між появою екзантеми в матері та у новонародженого), що, загалом, збігається з даними літератури [4]. Інкубаційний період при материнській інфекції (під віремії з висипкою за 6 днів до пологів у нашому випадку) до розвитку атипичного захворювання у дитини (6 днів у матері) значно коротший, ніж при набутому кору, тому що фаза інфікування та реплікації вірусу в дихальних шляхах оминається, а має місце пряма «внутрішньовенна» інокуляція материнського вірусу в матері.

Як і при вродженій вітряній віспі, спектр клінічних проявів уродженого кору варіює від легкої форми з транзиторною висипкою та відсутністю плям Копліка до швидкої смертельної недуги [5]. Водночас, за даними літературних джерел, у разі маніфестного перебігу уродженого кору, екзантема попри відсутність катару специфічної енантеми, етапності та чіткого макулопапульозного характеру висипу зберігає дифузність локалізації, а не обмежується певними ділянками [4, 5]. Саме тому атипичний висип у перші дві доби життя на шкірі рук і ніг дитини, який вже наприкінці другої доби життя супроводжувався злушенням епідермісу, був розцінений як фізіологічна еритема новонародженого.

Незважаючи на атипичний перебіг, діагноз вродженого кору верифіковано за допомогою серологічних методів дослідження — наявність у сироватці крові новонародженого ІgM до вірусу кору, кількість яких зростала у динаміці. У той же час, попри сумнівний і позитивний результати дослідження ІgM до вірусу кору у сироватці крові нашого пацієнта, показники наявних досліджень із цього питання здебільшого підтверджують високий ризик отримання хибнонегативних результатів, внаслідок цього рекомендовано підтвердження уродженої інфекції на першу добу життя, виявлення РНК вірусу кору методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) у слині, слизу глотки, крові та/або сечі, що у вітчизняних реаліях здебільшого є малодоступним, а результат — відтермінованим [6, 7]. Саме відтерміноване встановлення діагнозу за умови безсимптомного перебігу та обмежений, часто дискусійний, міжнародний досвід ведення таких дітей [3, 8, 9] обтяжували рішення щодо лікувальної тактики у цьому випадку.

Небезпека летальних результатів уродженого кору пов'язана в першу чергу з ранніми ускладненнями та пізніми наслідками захворювання. У новонароджених частіше виникають вторинні бактеріальні ускладнення: пневмонія, отит, піодермія, флегмона, цистит, ентероколіт. При тяжкому перебігу захворювання перинатальна смертність сягає 20–30 % у доношених, а

серед недоношених може зростати до 50 % і переважно є наслідком корової пневмонії. Тяжкість ускладнень часто не корелює з вираженістю клініки, вони можуть спостерігатися навіть за умови субклінічного перебігу [5]. Зважаючи на даний факт, батьки мають бути чітко поінформовані про ознаки життєзагрозливих станів у немовлят, а дільнична служба повинна проводити активний неодноразовий патронаж даного контингенту пацієнтів після виписки зі стаціонару.

Відомо, що інфікування вірусом кору дитини віком до одного року, а тим більше у перинатальному періоді, є фактором ризику розвитку підгострого склерозуючого паненцефаліту, що може бути пояснене незрілістю головного мозку та анатомо-фізіологічними особливостями нервової системи в дитячому віці [10, 11]. Тому, на нашу думку, доцільним буде спостереження дітей, які перенесли вроджений кір, дитячим невропатологом.

Висновки

1. Наведений клінічний випадок наочно демонструє особливості перебігу вродженого кору в умовах сьогодення та доводить необхідність при підозрі на внутрішньоутробне інфікування не тільки повторного тестування сироватки крові новонародженого на наявність специфічних для кору антитіл IgM та IgG, а також виявлення РНК вірусу кору методом ПЛР мазків із глотки чи зі зразків сечі.

2. Можливість раннього встановлення факту інфікування новонародженого вірусом кору на першій добі життя дасть змогу проводити своєчасні лікувально-профілактичні заходи, зокрема за умови безсимптомного перебігу.

3. З метою своєчасного виявлення ранніх і відтермінованих ускладнень, а також наслідків уродженого кору доцільним вважаємо рекомендувати активний лікарський патронаж упродовж першого місяця після

виписки дитини на дільницю та спостереження у дитячого невропатолога в ранньому віці.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при підготовці даної статті.

References

1. Center for Public Health of the Ministry of Health of Ukraine. Operational data on measles incidence 12/11/2012 to 12/18/2018. Available from: <https://phc.org.ua/news/show/pokazniki-zahvoryuvanosti-na-kir-zalishayutsya-visokimi-lishe-vakcinaciya-mozhe-viberegiti-vid-naslidkiv-hvorobi>.
2. State Enterprise Chernivtsi Regional Laboratory Center of the Ministry of Health of Ukraine. On the state of incidence of measles in the Chernivtsi region. Available from: http://www.guchernses.gov.ua/kir_21.12.2018.html.
3. Ohji G, Satoh H, Satoh H, Mizutani K, Iwata K, Tanaka-Taya K. Congenital measles caused by transplacental infection. *Pediatr Infect Dis J*. 2009 Feb;28(2):166-7. doi: 10.1097/INF.0b013e3181818a5d83.
4. Vasylieva NA, Tomashivska TV, Buzko EF, Dyvoniak OM, Chornota ID, Yevtushenko OB, Korol ZV. Measles in newborns. *Infectious Diseases*, 2013;(3):98-100. doi: 10.11603/1681-2727.2012.3.513.
5. Gershon AA. Chapter 22 - Chickenpox, measles, and mumps. In: Remington JS, Wilson CB, Baker CJ, eds. *Infectious Diseases of the Fetus and Newborn Infant*. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2006. 722-723 pp. doi: 10.1016/B0-72-160537-0/50024-4.
6. Go H, Hashimoto K, Imamura T, et al. An extremely low body weight infant born to a mother with measles. *J Perinatol*. 2010 Feb;30(2):146-8. doi: 10.1038/jp.2009.111.
7. Marquez J, Acosta L, Fernandez M. Measles in a Neonatal Unit during Epidemic Period in 2011. *Advances in Infectious Diseases*. 2012;2(4):119-121. doi: 10.4236/aid.2012.2.4020.
8. Public Health England. *Guidelines for Post-Exposure Prophylaxis for Measles, August, 2017*. London: Public Health England; 2017. 23 p.
9. Casalegno JS, Huissoud C, Rudigoz R, Massardier J, Gaucherand P, Mekki Y. Measles in pregnancy in Lyon France, 2011. *Int J Gynaecol Obstet*. 2014 Sep;126(3):248-51. doi: 10.1016/j.ijgo.2014.03.021.
10. Sawaishi Y, Abe T, Yano T, Ishikawa K, Takada G. SSPE following neonatal measles infection. *Pediatr Neurol*. 1999 Jan;20(1):63-5.
11. Cruzado D, Masserey-Spicher V, Roux L, Delavelle J, Picard F, Haenggeli CA. Early onset and rapidly progressive subacute sclerosing panencephalitis after congenital measles infection. *Eur J Pediatr*. 2002 Aug;161(8):438-41. doi: 10.1007/s00431-002-0979-8.

Отримано 15.01.2019 ■

Колоскова О.К.¹, Иванова Л.А.¹, Полищук М.И.², Гопко Н.В.³, Гарас М.Н.¹

¹Высшее государственное учебное заведение Украины «Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы, Украина

²Департамент здравоохранения Черновицкой областной государственной администрации, г. Черновцы, Украина

³ГУ «Черновицкий областной лабораторный центр МЗ Украины», г. Черновцы, Украина

Врожденная корь (клинический случай)

Резюме. В статье представлено обобщение международных практических рекомендаций и зарубежного клинического опыта наблюдения за детьми, рожденными матерями, больными корью, в разные сроки беременности; приведены международные критерии диагноза «врожденная корь».

Описан собственный опыт ведения одного из клинических случаев врожденной кори во время вспышки 2017–2018 годов в условиях областной детской клинической больницы.

Ключевые слова: врожденная корь; тактика; лечение; новорожденный; беременность

O.K. Koloskova¹, L.A. Ivanova¹, M.I. Polishchuk², N.V. Hopko³, M.N. Haras¹

¹Higher State Education Institution of Ukraine "Bukovinian State Medical University", Chernivtsi, Ukraine

²Department of Health Care of Chernivtsi Regional State Administration, Chernivtsi, Ukraine

³SI "Chernivtsi Regional Laboratory Centre of MH of Ukraine", Chernivtsi, Ukraine

Congenital measles (clinical case)

Abstract. The article reviews the international practical recommendations and clinical experience of monitoring children born by mothers suffering from measles in different terms of pregnancy. The paper considers the international criteria for the diagnosis of congenital measles. The authors describe the

experience of a clinical case of congenital measles during the outbreak in 2017–2018 in the Regional Pediatric Clinical Hospital.

Keywords: congenital measles; tactics; treatment; newborn; pregnancy