

The study highlights the Measles epidemiology characteristics according to the cycles, territories, and age and social-professional groups, disease seasonality worldwide and in Kazakhstan.

Key words: Measles, epidemiology characteristics.

УДК 616.9-053.2/6-575.2

ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Г.К. Садыбакасова

НПО «Профилактическая медицина», г. Бишкек

В работе приведены результаты изучения эпидемиологических, клинических особенностей цитомегаловирусной инфекции в Кыргызской Республике за 2003-2008 гг.

Ключевые слова: цитомегаловирусная инфекция, дети, беременность, ИФА.

Цитомегаловирусная инфекция (CMV) – это заболевание, протекающее в острой, латентной или хронической формах, характеризующееся разнообразными клиническими проявлениями с преимущественным поражением гематопозитической системы.

Цитомегаловирус (герпетический вирус 5-го типа) относится к семейству Herpes viridae (род Cytomegalovirus). Впервые выделен и описан в 1956 году М. Smith. В настоящее время известны 3 штамма вируса: Davis, АД-169 и Keeg. Все 3 штамма этиологически значимы для человека. Цитомегаловирус отнесен к группе бесспорных вирусных тератогенов [4].

Вирус тропен к паренхиматозным органам эпителиального генеза, легким и печени, ганглиарным клеткам головного мозга, а также высокой чувствительностью к CMV обладают клетки эпителия мелких протоков слюнных желез. Кроме того, возможно инфицирование костного мозга, лимфоузлов, ЖКТ, гениталий, клеток крови.

Инфицированность отмечается у детей первых пяти лет жизни. На аутопсии частота CMV – инфекции колеблется от 2,2% у детей, умерших в возрасте от 7 до 30 суток, до 63,4% у умерших во втором полугодии.

Источником инфекции могут являться носители CMV или больные. Передача вируса происходит через биологические жидкости и выделения: кровь, мочу, отделяемое носоглотки, спинномозговую жидкость, грудное молоко, околоплодные воды, цервикальный и вагинальный секрет, сперму.

Механизм развития CMV зависит от возраста, пути заражения и инфицирующей дозы, генетических особенностей макроорганизма и от состояния иммунной системы в момент инфицирования.

Механизмы и пути передачи CMV:

- фекально-оральный механизм, для которого характерны бытовой путь передачи вируса через загрязненные руки, различные предметы обихода, используемые для питья, еды, игр, курения и т.д.;

- аспирационный механизм, при котором ведущую роль играет воздушно-капельный путь передачи инфекции;

- контактный механизм, когда инфекция передается через поврежденные кожные покровы, мацерированные слизистые, при парентеральных манипуляциях, гемотрансфузиях, трансплантации органов и тканей, при пересадке костного мозга и почек. Инфицирование возможно и при трансфузии серопозитивной (инфицированной) крови серонегативным или иммуноослабленным реципиентам, в том числе беременным и недоношенным новорожденным. Особенно велик риск инфицирования детей при переливаниях крови или повторных гемотрансфузиях от эпидемически опасных доноров. Передача CMV происходит при половых контактах и при поцелуях. По данным научной литературы, в экономически развитых странах специфические CMV -антитела в крови определяются у 10-20% детей, у 40% взрослых до 35 лет и у 99% населения после 50 лет жизни. В странах с низким социально-экономическим уровнем количество инфицированного населения значительно выше уже с более раннего возраста. Вскоре после рождения инфицируется от 3 до 5% детей, а после посещения школы - 40-80% детей [2];

- вертикальный механизм передачи обеспечивает переход возбудителя от матери к плоду. Данный механизм определяет развитие внутриутробной инфекции (ВУИ). При этом различают антенатальное (трансплацентарный или гематогенный путь

передачи) и интранатальное (восходящий путь - при прохождении плода через инфицированные родовые пути матери). Следует отметить, что интранатальная передача ВУИ происходит в 10 раз чаще, чем антенатальная. По данным Комитета экспертов ВОЗ, 40-60% всех новорожденных инфицируются CMV интранатально, и только 0,5-2,5% антенатально [3]. Риск ВУИ у плода, за счет CMV, при первичном заражении матери во время беременности составляет 40-50%. При латентном течении CMV, без обострений, во время беременности вероятность возникновения ВУИ у плода практически отсутствует. В послеродовом периоде эпидемиологическая опасность матери для новорожденного все еще сохраняется, что связано с возможностью передачи вируса через грудное молоко (20% серопозитивных матерей имеют CMV в грудном молоке и 76% их детей оказываются инфицированными), а также бытовым путем при нарушении гигиенических норм.

По нашим данным, распространенность CMV в республике превышает ВПГ. Среди детей от рождения до 6 месяцев жизни IgG-анти CMV выявлялись в 93,3% как факт пассивной передачи антител от матери, а среди беременных в разные сроки беременности этот показатель составлял $90,6\% \pm 8,1$ ($p < 0,01$), что не имеет достоверных различий с вышеуказанной возрастной группой детей.

В последующем, с 7 до 12 месяцев жизни, наблюдалось снижение иммунозащитенности к CMV в связи с утратой материнских антител. Присутствие IgG-анти CMV составило 82,4%, а затем в возрасте 1-2 года жизни - 52,5%. Среди практически здоровых беременных в возрасте от 19 до 35 лет г. Бишкек, не имеющих жалоб на состояние здоровья, наличие маркеров острой CMV было выявлено методом ИФА в $1,6\% \pm 3,2$ ($p < 0,01$).

Среди женщин с патологией беременности число серопозитивных на IgM-анти CMV достигало $20,3\% \pm 10,5$ ($p < 0,01$). Причем, среди этой группы беременных чаще всего наблюдалась сочетанная ВПГ и CMV инфекции в $15,3\% \pm 9,4$ ($p < 0,01$) случаев.

Обследование новорожденных, а также детей, находящихся на грудном вскармливании, рожденных от матерей с патологией беременности, показало наличие в 4,2% случаев маркера острой CMV -инфекции в сыворотке крови, причем в одном случае клиническая картина CMV возникла в течение 1-го месяца жизни ребенка, что характерно для неонатального или постнатального заражения.

У CMV нет «собственного клинического лица» [3]. Клиническая картина CMV зависит, прежде всего, от форм инфекции: первичное заражение, реинфекция или активация латентного вируса. У иммунокомпетентных лиц первичное инфицирование

CMV не сопровождается клиническими симптомами. Лишь у 5% взрослых CMV при первичном инфицировании протекает как острый локализованный процесс с гриппоподобной симптоматикой, иногда появляются симптомы мононуклеоза: лихорадка, катаральные явления, увеличение шейных и подчелюстных лимфатических узлов, а также отек и болезненность околоушных слюнных желез [1]. У иммунонекомпетентных лиц, в том числе беременных и новорожденных, развивается генерализованная форма CMV, которая при первичном инфицировании протекает тяжелее, чем при обострении латентной или хронической инфекции. При этом поражаются легкие, почки, желудочно-кишечный тракт, печень, ЦНС, глаза, а также надпочечники, поджелудочная железа, селезенка и лимфатические узлы. У женщин возможно поражение урогенитального тракта.

Степень поражения плода не всегда соответствует степени тяжести заболевания у матери. Так, тяжелые поражения плода имеют место и в случаях легкого или интранатального течения заболевания у матери и даже при латентном вирусоносительстве. Такая неопределенность поведения CMV диктует необходимость тщательного лабораторного контроля, который необходимо назначать врачам семейной медицины, акушер-гинекологам и педиатрам при обследовании беременных и новорожденных.

CMV развивается, как правило, в условиях первичного или вторичного иммунодефицита и отнесена к группе оппортунистических инфекций. В последнее время становится все очевиднее, что и сама цитомегаловирусная инфекция является причиной иммуносупрессии. CMV – пневмонии – одна из причин высокой смертности у больных СПИДом. Считается, что CMV является причиной хронического отторжения трансплантата. Ряд авторов рассматривают CMV как потенциально онкогенный ДНК – содержащий вирус [4].

Цитомегаловирусная инфекция (CMV) является одной из наиболее частых причин осложненного течения беременности, родов, внутриутробного инфицирования, врожденной патологии плода и новорожденного, перинатальной заболеваемости и смертности [1].

В Кыргызской Республике показатели младенческой смертности достаточно высокие. За период 1991-2000 гг. они колебались в пределах от 31,9 до 22,7 на 1000 родившихся. По данным республиканского патологоанатомического бюро, среди причин перинатальной смертности внутриутробные инфекции стоят на втором месте. На третьем месте находятся пороки внутриутробного развития, связанные напрямую с тератогенным эффектом инфекций, прежде всего вирусных. Внутриутробные

аномалии обнаруживаются у 3-4% новорожденных. В последние годы врожденные пороки развития усложнились и приобрели множественный и многосистемный характер.

Внутриутробная CMV – инфекция занимает существенное место в патологии плода и новорожденных детей и является одной из наиболее часто диагностируемых в данном возрасте. В то же время, Н.Ю. Власенко (2003) отмечает рост внутриутробных инфекций, которые в настоящее время являются основной причиной смерти новорожденных, более чем в 5 раз только за последние 8 лет. Особую актуальность заболевание имеет в детском возрасте в связи с высоким уровнем инфицированности, возможностью развития тяжелых клинических форм и прогностически неблагоприятных последствий в отдаленном будущем, даже при субклинических вариантах течения. В США у 1-2% всех новорожденных CMV определяется в моче при рождении. Частота выявления антител к CMV у женщин в разных странах варьирует от 40 до 100%, а выделение CMV из шейки матки имеет место почти у 10% здоровых женщин. Актуальность цитомегаловирусной инфекции возрастает и в связи с ухудшением качества окружающей среды, приводящего к нарушениям системы иммунитета [4].

Женщины детородного возраста с отягощенным акушерским анамнезом подлежат обследованию на наличие цитомегаловирусной инфекции.

Рекомендуемые методы лабораторных исследований – иммуноферментный анализ (ИФА) на маркеры (IgM и IgG) анти ВПГ и ЦМВ в сыворотках крови признан высокоспецифичным (99-100%) и чувствительным (95-99%) методом исследования с минимальной затратой времени (4-6 часов) на постановку реакции и получение результатов;

При необходимости женщинам назначается иммунокорректирующая терапия, направленная на предупреждение поражения плода будущей планируемой беременности. Последующая беременность рекомендуется по достижении стойкой ремиссии процесса.

Литература

1. Сидорова И.С. Чериненко И.Н. Внутриутробные инфекции: хламидиоз, микоплазмоз, герпес, цитомегалия // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 1998. - №3. – С. 7-13.
2. Орджоникидзе Н.В. Тютюнник В.А. Цитомегаловирусная инфекция и беременность // Акушерство и гинекология. – 2002. - №3. – С. 59-63.
3. Кузьмин В.Н. Диагностика, лечение и профилактика цитомегаловирусной инфекции у беременных // Лечащий врач. 2002. №11. - С. 22-25.
4. Краснов В.В., Малышева Е.Б. Цитомегаловирусная инфекция (скрытая угроза): Пособие для врачей. Нижний Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2004. – 64 с.

Қырғыз Республикасында балалардағы цитомегаловирусты инфекция

Г.К. Садыбакасова

Жұмыста 2003-2008 жж. Қырғыз Республикасындағы цитомегаловирусты инфекциясының эпидемиологиялық, клиникалық ерекшеліктерін зерттеудің нәтижелері келтірілген.

Түйінді сөздер: цитомегаловирусты инфекция, балалар, жүктілік, ИФА.

Citomegalovirusnaya infection beside детей in Kyrgyzskoy Republic

G.K. Sadybakasova

In work are brought results of the study epydemiological, clinical particularities цитомегаловирусной to infections in Kyrgyzskoy Republic for 2003-2008rr. Key words: cytomegalovirus infection, children, pregnancy, IFA.

Key words:

УДК 616.022.1/.3/.574.1

ВНЕПОСЕЛКОВОЕ И ВНУТРИПОСЕЛКОВОЕ ЗАРАЖЕНИЕ ГЛПС ВО ВСПЫШКЕ В ЗАПАДНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ В 2005-2006 ГОДАХ

Г. Сарыбаева¹, А. Дмитриевский², Р.А. Сентова

Программа Прикладной эпидемиологии, Региональная программа
Си Ди Си/Центральная Азия, Казахстан¹; Си Ди Си, Центрально-Азиатский офис²

Впервые в Казахстане были получены свидетельства внепоселкового и