

начинающегося в катаральный период как проявление кори и осложнения со стороны органов дыхания с развитием пневмонии, тогда как во II группе это осложнение ограничилось лишь развитием бронхита. В I группе чаще отмечались пятна Филатова-Коплика даже в период высыпания, более частые нарушения со стороны висцеральных органов. В катаральном синдроме выявлено достоверно частое развитие конъюнктивита в I группе, тогда как катаральные проявления кори — кашель, ринорея чаще отмечались во II группе.

**Выводы:** таким образом, выявлена высокая восприимчивость к кори всех возрастных категорий, отмечена «классичность» течения со сменой периодов. А волнообразный подъём заболеваемости каждые 4–5 лет должны вызывать настороженность у врачей первичного звена и у родителей. Рекомендуется проведение санитарно-просветительных работ среди населения о важности вакцинации.

#### Литература

1. Цвиркун О.А. Эпидемический процесс кори в различные периоды вакцинопрофилактики.

## ТЕЧЕНИЕ КОКЛЮША У РЕБЕНКА 2-Х МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ НА ФОНЕ РИНОВИРУСНОЙ, ПАРАГРИППОЗНОЙ И ВРОЖДЕННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

*Гаджимагомедова Н.Г., Гусейнова Н.М.*

Научные руководители: к. м. н., доцент Каплина Т.А., к. м. н., доцент Суховецкая В.Ф.  
Кафедра инфекционных заболеваний у детей им. проф. М.Г. Данилевича  
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

**Актуальность исследования:** в Санкт-Петербурге показатели заболеваемости детского населения по коклюшу в 2017 г. составили 65,9/100 тыс. нас. Тяжелые формы коклюша и негладкое течение чаще отмечаются у детей первых месяцев жизни с микстинфекцией [1, 2, 3].

**Цель исследования:** оценить течение коклюша на фоне риновирусной, парагриппозной и врожденной ЦМВ инфекции у ребенка 2-х мес. жизни.

**Материалы и методы:** клинико-лабораторный анализ медицинской карты стационарного больного ребенка в возрасте 2-х месяцев с сочетанной бактериально-вирусной инфекцией (коклюш + ВЦМВИ + Рино- + Парагрипп), находившегося на лечении в ДГКБ № 5 им. Н.Ф. Филатова (СПб) в 2018 г.

**Результаты:** ребёнок переведен из ДГБ № 4 с диагнозом: бронхиолит. От I беременности, роды на 39 недели, m — 3020 г, рост — 50 см, Апгар — 8/9 б. Поступил на поздних сроках заболевания (2 неделя судорожного периода коклюша), в тяжёлом состоянии. Отечность лица и век. Вялый, кашель приступообразный, с гиперемией лица, цианозом, репризами, нарушением ритма дыхания (задержками). В лёгких жёсткое дыхание, влажные рассеянные мелкопузырчатые хрипы. Одышка. На II нед. СПК частота приступов до 29 за сутки, на III нед. — 26, на IV нед. — 24, на V нед. — 22, на VI нед. — 20. В течение 25 дней отмечался субфебрилитет (37,5–38,0 С). Коклюш подтвержден ПЦР — *V. pertussis* (+). В гемограмме: тромбоцитоз —  $524 \times 109/\text{л}$ ; лейкоцитоз —  $15,4 \times 109/\text{л}$ ; лимфоцитоз — 69%. ПЦР крови на ДНК ЦМВ (+). ИФА крови на антитела IgM и IgG ЦМВ (+); ПЦР мазка из ВДП: риновирус и вирус парагриппа 3 типа — положительно. КТ головного мозга: картина резидуальных изменений. Rg органов грудной клетки — явления бронхита.

**Выводы:** наличие микстинфекции бактериально-вирусной этиологии у 2-х мес. ребенка способствует более тяжелому течению коклюша, осложненному нарушениями ритма дыхания, отечным синдромом, длительным субфебрилитетом (до 25 дней) и удлинению периода судорожного кашля до 8 недель. Дети первых месяцев жизни нередко заражаются коклюшем в семье от близких родственников, у которых заболевание нередко протекает в атипичных формах, в связи с чем своевременно не диагностируется (при обследовании матери ребенка на коклюш ПЦР — *V. pertussis* (+), что приводит к поздней диагностике и госпитализации ребенка в стационар, а, следовательно, является причиной негладкого и осложненного течения заболевания.

### Литература

1. Руководство по инфекционным болезням у детей. Учайкин В.Ф., Шамшева О.В., ГЭО-ТАР-МЕДИЯ. 2018. 828с.
2. «Инфекционные болезни у детей». Под ред. В.Н. Тимченко, Анненкова И.Д, Бабаченко И.В., СПб. Спец. Лит. 2012. 623 с.
3. Руководство по инфекционным болезням. Под ред. Ю.В. Лобзин. СПб. Часть 1. 2000. 178 с.

## ВЛИЯНИЕ ВЭБ-МОНОНУКЛЕЗА НА РАЗВИТИЕ НЕЙРОЭНДОКРИННОЙ ДИСФУНКЦИИ

*Гасанова С.Х., Васильёнова Я.С., Ярмолицкая Е.А.*

Научный руководитель: ассистент Федорова А.В.

Кафедра инфекционных заболеваний им. профессора М.Г. Данилевича

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

**Актуальность исследования:** в последнее время отмечается рост заболеваемости ВЭБ-моноклеозом. На фоне иммунной дисфункции, вызванной пролиферацией вируса, может происходить нарушение нейроэндокринной регуляции и развитие патологических процессов в эндокринных органах — щитовидной железе, половых органах и др. [1, 2].

**Цель исследования:** оценить влияние инфекционного моноклеоза на гипофиз и ткани половых органов.

**Материалы и методы:** обработаны медицинские карты 32 детей до 10 лет, у которых был подтвержден диагноз ВЭБ-моноклеоз в 2015 году в инфекционном отделении Клиники СПбГПМУ. У данных детей были взяты образцы крови: пролактин, фолликулостимулирующий гормон, лютеинизирующий гормон, 17-гидроксипрогестерон, тестостерон.

**Результаты:** в исследовании были проанализированы медицинские карты 13 девочек и 19 мальчиков. В показателях крови были различные отклонения. В период разгара был повышен пролактин у 14 (43%) детей, 17-гидроксипрогестерон у 13 (40%) детей, тестостерон у 14 (73%) мальчиков. В период ранней реконвалесценции: пролактин был повышен у 13 детей (40%) — из них оставался повышен у 7 (50%) детей, а у 6-ти (33%) детей он повысился впервые. 17-гидроксипрогестерон был повышен у 2-х детей (6%), тестостерон — у 13 детей (40%) мужского пола. Фолликулостимулирующий и лютеинизирующий гормоны были в пределах нормы.

**Выводы:** Эпштейна-Барр вирусная инфекция влияет на функцию гипофиза и опосредованно влияет на половые органы. Это особенно важно для оценки влияния вируса на репродуктивные органы. Повышение пролактина в женском организме воздействует на лютеиновую фазу менструального цикла, а в мужском оказывает влияние на количество рецепторов к лютеинизирующему гормону на клетках Лейдига, вследствие этого у молодых людей влияет на процессы контролируемые выработкой тестостерона и содержание его в крови [3].

### Литература

1. Тимченко В.Н., Хмилевская С.А. Болезни цивилизации (корь, ВЭБ-моноклеоз). Руководство для врачей. 2017 г.
2. Irma Virant-Klun and Andrej Vogler In vitro maturation of oocytes from excised ovarian tissue in a patient with autoimmune ovarian insufficiency possibly associated with Epstein-Barr virus infection *Reprod Biol Endocrinol.* 2018; 16: 33.
3. Шабалов Н.П. Диагностика и лечение эндокринных заболеваний у детей и подростков. СПб., 2018.