

АСТЕНІЧНИЙ СИНДРОМ У ДІТЕЙ-РЕКОНВАЛЕСЦЕНТІВ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ ЕПШТЕЙНА-БАРР ВІРУСНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Кириця Н.С.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, м. Київ, Україна

Ключові слова: астенічний синдром, інфекційний мононуклеоз, Епштейна-Барр вірус, емоційно-лабільні розлади, вегетативний гомеостаз, стан пам'яті, механізми адаптації.

Вступ. Астенічний синдром (АС) — це синдром підвищеної втомлюваності, виснаженості, втрати здатності до тривалого фізичного та розумового навантаження, що характеризується кількісними змінами функціонального стану та викликається надмірними витратами енергетичних речовин і медіаторів ЦНС [1-3]. Найбільш часта причина розвитку АС – вірусна [4]. Тригерними факторами астенічного синдрому є вірус Епштейна-Барр, цитомегаловірус, вірус простого герпесу 1/2 типу, вірус герпесу VI типу, вірус Коксаки, вірус гепатиту С, ентеровіруси, ретровіруси [5]. Дебют АС нерідко пов'язаний з гострим гриппоподібним захворюванням [6].

Численні дані вказують на те, що при АС спостерігаються як кількісні так і функціональні імунологічні порушення [12]. Серед об'єктивних показників описують зниження IgG за рахунок, перш за все, G1- і G3-класів, числа лімфоцитів з фенотипом CD3 і CD4, природних кілерів, підвищення рівня циркулюючих комплексів та антивірусних антитіл різного типу, підвищення β-ендорфіну, інтерлейкіну-1 та інтерферону, а також факторів некрозу пухлини [4]. У більшості хворих з АС виявлено зменшення числа і/чи зниження функції природних кілерів. Таким чином, вважається, що зміна фенотипу імунокомпетентних клітин і дисфункція природних кілерів – загальні прояви астенічного синдрому.

На жаль, точних даних щодо розповсюдженості АС серед дитячого населення України немає. Проте вважається, що за останні роки кількість випадків цієї патології значно збільшилась не лише в Україні, а й в усьому світі. За зведеними даними різних авторів поширеність АС в популяції коливається в межах 1-10% (С.Н. Kim et al., 2005). Вважають, що це пов'язано з прискореними темпами життя, урбанізацією, економічною та екологічною нестабільністю, підвищеною вимогливістю батьків до дитини та іншими факторами [2].

Астенічний синдром включає в себе прояви всіх форм порушення вегетативної регуляції – підвищена стомлюваність і виснаження з край нестійким настроєм, ослабленим самовладанням, нетерплячістю, непосидючістю, порушенням сну [7]. Основний прояв даного синдрому – стан стійкої неадекватної втоми при повсякденній активності, що супроводжується зниженням енергії, необхідної для забезпечення нормальної життєдіяльності [8-10].

Інтерес і складність АС полягає в тому, що він є комплексною медичною, психологічною і педагогічною проблемою.

Компонентами астенічного синдрому є:

1) когнітивні розлади: неуважність, утруднення концентрації на запам'ятовування та згадування, що суб'єктивно називається “погана” пам'ять. У хворих з АС більше страждає короткочасна пам'ять. В звичайній розмові такі хворі не можуть підібрати правильні слова (дистонія чи усна дислексія);

2) втома: такі хворі відчувають себе втомленими після виконання звичайної роботи, яка раніше не була для них важкою. Крім того, виявляється і втома після сну, загальна слабкість в стані спокою;

3) емоційно-лабільні розлади: вразливість, втрата психічної рівноваги, нетерплячість, нестабільність настрою, відчуття немотивованого неспокою;

4) вегетативні розлади;

5) соматичні розлади: головний біль, розлади випорожнення, підвищення температури тіла (переважно до субфебрильних цифр), м'язові болі, пітливість вночі [11-14].

Метою роботи було дослідити прояви астенічного синдрому у дітей реконвалесцентів інфекційного мононуклеозу Епштейна-Барр вірусної етіології на основі комплексного клініко-інструментального обстеження.

Матеріал дослідження. 67 дітей реконвалесцентів інфекційного мононуклеозу ЕБВ-етіології віком 4–15 років, що перебували в гострому періоді захворювання на стаціонарному лікуванні в Київській міській дитячій клінічній інфекційній лікарні, а після виписки із стаціонару під диспансерним спостереженням впродовж 1 місяця в клініці кафедри дитячих інфекційних хвороб НМУ ім. О.О. Богомольця.

Методи дослідження.

1. Серологічні: визначення IgM VCA EBV, IgG VCA EBV, IgG EA EBV, IgG EBNAV методом ІФА, визначення ДНК EBV в крові, слині методом ПЛР.

2. Клінічні: загальна слабкість, підвищена втомлюваність, вразливість, нестабільність настрою, емоційна лабільність, відчуття немотивованого неспокою, постійна втома, утруднення виконання звичайної роботи, зниження або втрата здатності до тривалого фізичного і розумового навантаження, порушення уваги та пам'яті, розлади сну.

3. Оцінка емоційного статусу за допомогою: методу кольорових виборів (адаптований варіант кольорового тесту Люшера), визначення ступеню тривожності у балах.

4. Вивчення концентрації та стійкості уваги (модифікація метода П'єрона-Рузера), коректурна проба Брудона (оцінка психомоторних реакцій: активної уваги, переключення уваги та виснаження).

5. Виявлення розладів короткочасної і довготривалої пам'яті, що відображає рівень астенії, проводилося за допомогою методики 10 слів і піктограми.

6. Оцінка функціонального стану серцево-судинної системи – визначення частоти серцевих скорочень (ЧСС), діастолічного та систолічного артеріального тиску (ДАТ, САТ).

7. Оцінка вегетативного гомеостазу здійснюється визначенням вихідного вегетативного тону, вегетативної реактивності, варіанту вегетативного забезпечення.

8. Оцінка функціональних резервів здійснюється за величиною адаптаційного потенціалу (АП). $АП = 0,011ЧСС + 0,014САТ + 0,008ДАТ + 0,014В + 0,009МТ + 0,009Р - 0,27$, де АП – адаптаційний потенціал; ЧСС – частота серцевих скорочень; САТ – артеріальний тиск систолічний; ДАТ – артеріальний тиск діастолічний; В – вік; МТ – маса тіла; Р – ріст.

Результати дослідження та їх обговорення. Під спостереженням знаходилось 67 дітей у віці від 4 до 15 років: 4-7 років – 5 (7,5%), 8-11 років – 20 (29,8%), 12-15 років – 42 (62,7%), з них хлопчиків – 25 (37,3%), дівчаток – 42 (62,7%) реконвалесцентів інфекційного мононуклеозу ЕБВ-етіології.

Всім дітям проводилось дослідження стану вегетативного гомеостазу, психологічні тести, оцінювання функціональних резервів. Діти обстежувались через 1-2 тижні після надходження до стаціонару.

В результаті опитування дітей та батьків у більшості дітей (77%) було діагностовано АС, який проявлявся помірно вираженими емоційно-лабільними розладами у вигляді швидкої втомлюваності 86,6% (58 дітей), нестійкості емоційного фону 67,2% (45 дітей), підвищеної тривожності 64,2% (43 дітей), нестійкості уваги 77,6% (52 дітей), відволікаємості 52,2% (35 дітей), порушення сну 29,9% (20 дітей). Когнітивні розлади проявлялися зниженням пам'яті у 44,8% (30 дітей), соматичні розлади характеризувалися загальною слабкістю 80,6% (54 дітей), головним болем 35,3% (24 дітей), зниженням апетиту 92,5% (62 дітей), розладами стільця 23,9% (16 дітей).

Індекс Кердо, таблиця А.М. Вейна і співавторів та коефіцієнт Хільденбрандта дозволили визначити наявність внутрішньосистемної дистонії. У більшості досліджених переважали симпатичні впливи 62,7% (42 дитини), парасимпатичні – 34,3% (23 дітей), ейтонія – 3,0% (2 дітей). Вегетативна реактивність визначалась за допомогою око-серцевого рефлексу (Дан'їні-Ашнера), у більшості пацієнтів вегетативна реактивність понижена 64,2% (43 дітей), у 11 дітей (16,4%) – нормальна, у 13 дітей (19,4%) – підвищена. Кліноортостатична проба показала гіперсимпатикотонічний тип вегетативної забезпеченості у 42 дітей (62,7%), а у 11 (16,4%) дітей був асимпатикотонічний тип вегетативної забезпеченості, тоді як 14 (20,9%) – мали нормальну вегетативну забезпеченість.

За допомогою тестів на виявлення розладів короткочасної і довготривалої пам'яті було визначено, що рівень

короткочасної пам'яті у більшості пацієнтів середній 50,7% (34 дитини), високий у 10,5% (7 дітей), низький у 38,8% (26 дітей). Рівень довготривалої пам'яті високий у 41,8% (28 дітей), середній у 46,3% (31 дітей) і низький у 11,9% (8 дітей). Для оцінки емоційних розладів використовувався адаптований варіант кольорового тесту Люшера. При проведенні тестування враховувались наступні показники: перший та останній кольори в кольоровому ряді, коефіцієнт сумарного відхилення від аутогенної норми, показник вегетативного коефіцієнта, коефіцієнт тривожності та напруження. Було виявлено статистично значиме відхилення переважно обраної кольорової гама від аутогенної норми 77,6% (52 дітей). У переважній більшості дітей тест показав наявність стресу 41,8% (28 дітей), депресії 14,9% (10 дітей), тривожності 43,3% (29 дітей). Оцінюючи функціональний резерв за величиною адаптаційного потенціалу, у 35 дітей (52,2%) відмічається напруження механізмів адаптація, у 15 дітей (22,4%) – незадовільна адаптація, у 17 дітей (25,4%) – задовільна адаптація.

Досвід практичного застосування дослідження проявів астеничного синдрому після перенесених вірусних інфекційних захворювань, мають низка авторів: Єршова І.Б., Осичнюк Л.М., Мочалова Г.О. (Луганськ), Михайлова О.В. (Саратов), Мокіна Т.В. (Нижній Новгород). Ми ж вивчали астеничний синдром у дітей, що перенесли активні форми ЕБВ інфекції.

Всі автори використовували одні й ті ж самі методики, в наших дослідженнях додатково оцінюється величина адаптаційного потенціалу та стан серцево-судинної системи.

Проведене дослідження показало, що у дітей, які перенесли вірусні інфекційні захворювання, є в різному ступені вираженості симптоми астеновегетативного синдрому у вигляді психоемоційних (втомлюваність, тривожність, емоційна нестійкість, відволікання, порушення сну) і соматоневрологічних (головний біль, запаморочення, зниження апетиту, диспепсія) порушень. У більшості обстежених дітей, реконвалесцентів інфекційного мононуклеозу ЕБВ-етіології відмічається напруження механізмів адаптація.

Дослідження клініко-лабораторних ознак астеничного синдрому при інфекційному мононуклеозі та хронічній формі Епштейна-Барр вірусної інфекції потребує подальшого вивчення, оскільки наявність даної патології впливає на соціально-розумовий рівень дітей в подальшому, після хвороби.

Висновки.

1. У більшості (77%) дітей-реконвалесцентів інфекційного мононуклеозу ЕБВ-етіології були виявлені клініко-лабораторні ознаки астеничного синдрому.

2. Астеничний синдром проявлявся когнітивними порушеннями (51%), емоційно-лабільними розладами (77%), вегетативними змінами (63%) та соматичними розладами (23%).

3. У більшості обстежених дітей, реконвалесцентів інфекційного мононуклеозу ЕБВ-етіології (52,2%) відмічається напруження механізмів адаптація.

*Рецензент: д.мед.н., професор
Крамарьов С.О.*

ЛІТЕРАТУРА

1. Дороженюк И. Синдром хронической усталости // *Врач*. – 2001. – № 7. – С. 7-8.
2. Майданник В.Г., Н.М. Сотниченко, 2001; J. G. Dobbins et al., 1997; М.Е. Garralda et al., 2002; A. Bourrillon et al., 2002.
3. Марценковский И.А. Астенический синдром. Континуум состояний: от психического и физического истощения до хронической слабости и астенической несостоятельности // *Здоровье Украины* – 2011.
4. Мороз И. Н., Подколзин А. А. Новое в диагностике и лечении синдрома хронической усталости // *Профилактика старения*. 2009. № 1.
5. Панков Ю.В., Неудахин Е.В., Морено И.Г. Соматоформные расстройства и вегето-сосудистая дистония у детей и подростков. Москва-2010, С. 12.
6. Петров Н.Н. Психиатрия для всех. Курс для неспециалистов. 2008.
7. Синдром хронической усталости и иммунной дисфункции /В.М. Ручко, Л.И. Махлай, С.В. Борисевич, А.А. Махлай // *Вопросы вирусологии*. - 2011.- Т.46., №3.- С.46-48.
8. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. М.: Медицина, 1986. – 384 с.
9. Хайтович М.В., Чернишова О.В. Синдром хронічної втоми у дітей з вегетативними дисфункціями // *Матеріали науково-практичної конференції “Наукові та практичні питання педіатрії та шляхи їх вирішення”* (Київ, 12-13 травня 2003 р.) // ПАГ.- 2003. – № 2 (додаток).- С. 5-6.
10. Artsimovich N.G. // *Theses of Simposium with International Participation Current Problems of Clinical and Experimental Psychoneuroimmunology*. Tomsk, Russia, 1992; 1: 80-2.
11. Bell E.J., McCarthey R.A., Riding M.H. // *J. R. Soc. Med.* 1988; 81: 329-31.
12. Buchwald D., Komaroff A.L. // *Rev. Infect. Dis.* 2011; 13(1): 12-8.
13. CDC, *Chronic Fatigue Syndrome (CFS), Symptoms*”. Cdc.gov. Retrieved 2011.
14. Vanuxem P., Vanuxem D., Dufлот J.C., Fornaris E. Ammonium et fatigue, in “*Asthenies physiques*”, Serratrice G., (Ed.). *Expansion Scientifique Francaise*. Paris, 1990.- P.49 – 57.

АСТЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ-РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ЭПШТЕЙНА-БАРР ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Кирица Н.С.

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

Резюме. Изучали частоту, структуру астенического синдрома у детей-реконвалесценто́в инфекционного мононуклеоза Эпштейна-Барр вирусной этиологии. Оценивали состояние сердечно-сосудистой системы, вегетативный гомеостаз у детей с Эпштейна-Барр вирусной инфекцией, у которых наблюдается астенический синдром. Результаты исследований позволяют утверждать, что астенический синдром – частое осложнение инфекционного мононуклеоза Эпштейна-Барр вирусной этиологии.

Ключевые слова: астенический синдром, инфекционный мононуклеоз, Эпштейна-Барр вирус, эмоционально-лабильные расстройства, вегетативный гомеостаз, состояние памяти, механизмы адаптации.

ASTHENIC SYNDROME IN CONVALESCENTS OF INFECTIOUS MONONUCLEOSIS EPSTEIN-BARR VIRUS ETIOLOGY

Natalia S. Kyrytsia

National O.O. Bogomolets medical university, Kiev, Ukraine

Summary. Studied frequency, structure of asthenic syndrome in convalescents of infectious mononucleosis Epstein-Barr virus etiology. Estimated the state of the cardiovascular system, vegetative homeostasis for children with Epstein-Barr by a viral infection, that has an asthenic syndrome. The results of researches allow to assert that an asthenic syndrome is frequent complication of infectious mononucleosis Epstein-Barr of virus etiology.

Key words: fatigue syndrome, infectious mononucleosis, Epstein-Barr virus, emotionally labile disorder, autonomic homeostasis, memory status, mechanisms of adaptation.