

онирование и качество жизни больных шизофренией (клинико-социальные и психологические аспекты) : автореф. дис. на соискание научной степени канд. мед. наук: 14.00.18 / Мухаметшина Зульфия Фарвазовна. - Уфа, 2009. - С. 13.
Смашна О.Е. Синдромогенез параноїдної шизофренії, коморбідної з соматичною патологією: автореф. дис. на

здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: 14.01.16 / Смашна Олена Євгенівна. - К., 2012. - 20 с.

Точилов В.А. Классификация психических расстройств / В.А. Точилов // Психиатрия. Национальное руководство. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - С. 291-305.

Функциональный диагноз при эндогенных психических заболеваниях /

[Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., Аристова Т.А. и др.]. - СПб, 2011. - 38 с.

Шизофрения, коморбидная с артериальной гипертензией: современное состояние проблемы / Подвигин С.Н., Ширяев О.Ю., Алехина О.Д., Шаповалов Д.Л. // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. - 2013. - № 35. - С. 1-6.

Марункевич Я.Ю.

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ДИАГНОЗА У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Резюме. При изучении функциональных диагнозов 325 мужчин, больных параноидной шизофренией с разными вариантами соматической коморбидности были выявлены значимые различия. В структуре внутренней картины болезни у пациентов без коморбидной соматической патологии чаще выявлялись анозогностический и индифферентный типы (62,9% и 14,3%), а у больных с наличием сопутствующих соматических заболеваний - ипохондрический и тревожный типы ВКБ (50,9% и 23,6%, и 50,9% и 20,9% соответственно). В структуре типов приспособительного поведения для больных без коморбидной патологии характерным оказалось преобладание регрессивного, конфликтного и дезадаптивного типов (58,1%, 7,6% и 14,3%), а для больных с соматической коморбидностью - дезорганизованного и аггравационно-рентного типов (25,5% и 7,3%, и 24,5% и 10,9% соответственно). Коморбидная соматическая патология несколько снижает уровень адаптивных ресурсов личности и увеличивает удельный вес инверсного их уровня, однако это влияние не является определяющим и должно рассматриваться в контексте общего воздействия психической и соматической патологии на психическое состояние индивида.

Ключевые слова: шизофрения, функциональный диагноз, коморбидная соматическая патология

Marunkevych Ya.Yu.

FEATURES OF FUNCTIONAL DIAGNOSIS IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA WITH CONCOMITANT SOMATIC PATHOLOGY

Summary. In the study of functional diagnoses 325 male with paranoid schizophrenia with different types of comorbid somatic disorders were significant differences. In the structure of the internal picture of disease in patients without comorbid somatic disorders were more prevalent anosognosical and indifferent types (62,9 % and 14,3 %), and in patients with comorbid somatic disorders - hypochondriac and anxious types of the internal picture of disease (50,9% and 23,6%, and 50,9% and 20,9% respectively). In the structure of types of adaptive behavior in patients without comorbid pathology characterized by the predominance of regressive, conflict and maladaptive types (58,1%, 7,6% and 14,3%), and in patients with somatic comorbidity - disorganized and aggravation type (25,5% and 7,3%, and 24,5% and 10,9% respectively). Comorbid somatic pathology lightly reduces the level of adaptive resources of individual and increases the proportion of inverse level of resources, but this effect is not significant and should be considered in the context of the overall impact of mental and somatic pathology on the mental state of the individual.

Key words: schizophrenia, functional diagnosis, comorbid somatic disorders.

Стаття надійшла до редакції 24.04. 2014 р.

Марункевич Ярослава Юріївна - асистент кафедри психіатрії та наркології Вінницького медичного університету ім. М. І. Пирогова; +38 097 219-05-42; slavunchik87@mail.ru

© Шаламай М.О., Сторожук І.В.

УДК: 616.988-053.2

Шаламай М.О., Сторожук І.В.

Кафедра педіатрії № 2 Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

ОСОБЛИВОСТИ РОТАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ВІКУ

Резюме. В роботі представлені результати обстеження 120 дітей молодшого віку з ротавірусною інфекцією, які знаходились на стаціонарному лікуванні в інфекційному боксованому діагностичному відділенні Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні. Ідентифікацію вірусу проводили за допомогою високочутливого, специфічного, швидкого (10 хвилин) та простого у використанні cito-тесту імунохроматографічного аналізу. Ротавірусна інфекція у дітей молодшого віку переважно мала важкий перебіг. Провідний симптомокомплекс хвороби складався з інтоксикації, гемодинамічних розладів, гастроінтестинальних порушень, катаральних явищ, дегідратації різного ступеня важкості.

Ключові слова: діти, ротавірусна інфекція, клініка, діагностика.

Вступ

Вірусні інфекції з кишковим синдромом залишаються однією з актуальних проблем у дітей раннього віку. Серед них - ротавірусна інфекція (РВІ), яка з високою ча-

стотою зустрічається в усіх країнах, і, є найбільш частим збудником важкої діареї зі зневодненням у дітей до 3 років. Даний збудник є причиною ≈30-50% гастроенте-

ритів, що потребують госпіталізації і інтенсивної регідратації [Дзюблик, 2004]. Ротавірусна інфекція - висококонтагіозна гостра кишкова інфекція з широким розповсюдженням ротавірусу в навколишньому середовищі. Встановлено, що головним механізмом інфікування дітей ротавірусами є фекально-оральний, тобто це хвороба "брудних рук". Ще один вірогідний і найбільш розповсюджений шлях зараження - через воду (річкову, колодязну, водопровідну) [Булавка та ін., 2002]. Ротавіруси надзвичайно стійкі до дії фізико-хімічних чинників та найбільш широко вживаних дезінфікуючих засобів. Вони тривало зберігаються на руках, на будь-яких поверхнях у приміщеннях лікувально-профілактичних закладів, відділень інтенсивної терапії, медичних лабораторій, палат, у фекаліях - від кількох тижнів до 7 місяців. Здебільшого саме ці властивості зумовлюють високий ризик нозокоміального інфікування ротавірусами хворих та ослаблених дітей в умовах стаціонару. При нозокоміальному поширенні ротавіруси викликають не тільки важкі дегідратуючі діареї, але й порушують імуногенез, сприяють розвитку вторинного імунodefіциту, патологічної колонізації умовно-патогенними бактеріями, що циркулюють в стаціонарі, розвитку інфекційних розладів травного каналу, синдрому мальабсорбції [Makino et al., 2006].

Пік захворюваності РВІ приходить на зимовий період, особливо в період з січня до березня. Погіршення епідеміологічної ситуації в нашій країні, можливість заносу та поширення ротавірусів в дитячі колективи та стаціонари вимагають поглибленого вивчення факторів ризику інфікування ротавірусами, особливостей перебігу, застосування швидких та надійних діагностичних тест-систем, профілактики РВІ [Дзюблик та ін., 2005]. Тому, *метою* дослідження є характеристика клінічних проявів та діагностики РВІ у дітей молодшого віку.

Матеріали та методи

Під спостереженням перебувало 120 пацієнтів з РВІ віком до 5 років, які знаходились на стаціонарному лікуванні в інфекційному боксованому діагностичному відділенні Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні за період 2008-2010р.р. Діагноз РВІ усім пацієнтам підтверджували за допомогою імунохроматографічного аналізу (ІХА) методом експрес-діагностики з ротавірусним діагностиком "Ротатест"; це тест з високою чутливістю та специфічністю. Традиційно відомі вірусологічні та серологічні методи нами були відкинута як тривалі і високо вартісні. Швидкі тести ІХА недорого вартісні, не вимагають спеціального обладнання, умов застосування та кваліфікації персоналу. Для здійснення дослідження відбирали 0,5г фекалій дитини у пробірку із буферним розчином, збовтували її при кімнатній температурі та поміщали у цю суспензію фекалій стрічку тесту. Облік результату тесту проводили, згідно з інструкцією, через 10 хвилин. Поява двох ліній рожевого кольору (контрольної лінії та лінії результату) на білій центральній зоні тесту ІХА засвідчували позитивний резуль-

тат, тобто наявність у зразках фекалій ротавірусів. Нами дана висока позитивна оцінка даному методу виявлення ротавірусів, що допомагає вчасно і швидко підтвердити попередній діагноз. Усім пацієнтам проведені загальноклінічні, біохімічні, бактеріологічні обстеження, УЗД органів черевної порожнини, ЕКГ, консультативні огляди ЛОР-лікарем та гастроентерологом. Інші обстеження проводились за показами.

Результати. Обговорення

Загальний стан пацієнтів при поступленні в стаціонар, у яких було діагностовано РВІ, оцінювався як важкий (81%) та середньоважкий (29%), переважно за рахунок швидкого зневоднення організму та розвитку ексикозу. Важкий загальний стан в середньому тривав впродовж $3 \pm 1,2$ діб. Більша половина пацієнтів з РВІ, які поступили на стаціонарне лікування у Вінницьку обласну дитячу клінічну лікарню, попередньо лікувались амбулаторно (45%), або в районних стаціонарах області (16% хворих). Близько третини пацієнтів поступили в стаціонар за терміновими показами в перші 24 години від початку захворювання.

Клінічні прояви РВІ характеризувався гострим початком у 28,7% випадків. У 71,3% хворих відмічали поступовий розвиток інфекційного процесу протягом 2-4 діб. Батьки 9% пацієнтів чітко відмічали обтяжений епідеміологічний анамнез по РВІ (контакт своєї дитини з хворим, що переніс ротавірусну інфекцію). Це підтверджує думку про можливість виділення ротавірусу клінічно здоровими індивідуумами, які перенесли РВІ. Більшість батьків заперечували контакт дитини з інфекційними хворими впродовж останніх трьох тижнів до поступлення в стаціонар. Нами відмічено, що у 6% пацієнтів на РВІ захворіли дорослі члени сім'ї (вже після того як дитина поступила в стаціонар), в деяких з них хвороба мала важкий перебіг і необхідність стаціонарного лікування. Тому, ми підтримуємо основні вимоги до попередження РВІ: при її виникненні в сім'ї потрібно ізолювати хворого, забезпечити його індивідуальним посудом, рушником, регулярно та ретельно мити руки; ротавірус швидко гине при кип'ятінні, тому питну воду потрібно обов'язково кип'ятити.

Ранніми та найчастішими клінічними проявами РВІ були прояви інтоксикаційного синдрому різного ступеня важкості. Так, гіпертермія (вище 38°C) відзначалась у 93% пацієнтів (\approx у третини температура варіювала в межах 39-40°C) зі значним відсотком наявності "блідої" гіпертермії. Середня тривалість періоду лихоманки становила $2 \pm 1,4$ доби. Максимальні значення температурної реакції мали місце в першу-другу добу перебування в стаціонарі. У більшості дітей спостерігались млявість, слабкість, зниження тону м'язів, мляве ссання або відмова від їжі та вживання рідини, сонливість, періодична капризність та неспокій. У дітей першого року життя нерідко відмічались сухість шкіри та слизових оболонок, западання великого тім'ячка. При загально-

му огляді відмічали наявність гемодинамічних розладів (блідість шкіри та слизових різного ступеня вираженості, мармуровість шкірних покривів) у 77% пацієнтів. У 18% пацієнтів на тлі токсикозу з ексикозом відзначено значний акроціаноз. У 21% пацієнтів гемодинамічні розлади супроводжувались порушенням серцевої діяльності (тахікардією, приглушенням серцевих тонів).

Провідними симптомами РВІ були гастроінтестинальні розлади: нудота, зригування, блювання, незасвоєння ентерального харчування, які відмічали у 61% пацієнтів. У 48,6% хворих гастроінтестинальні порушення з'являлись в першу добу захворювання, інколи випереджаючи появу діареї, або розвивались одночасно з нею. Частота блювання 1-4 кратне у більшості випадків, лише 9% пацієнтів мали багаторазове блювання. Одним із ведучих симптомів РВІ була діарея, яку відзначали у 98 пацієнтів. З перших днів її відзначали у 77 хворих, в більш пізні строки - у 22 хворих. Випорожнення були рідкі, жовтого або коричневого кольору, які в наступні дні могли змінюватись на жовто-зелені. Інколи, у дітей першого року життя, стул міг бути майже знебарвленим. Частота випорожнень варіювала від 3-4 до 10-14 разів на добу, у 5 випадках частота стулу впродовж доби була 20 разів. Середня тривалість діарейного синдрому становила $8 \pm 2,8$ днів. Водянистими випорожнення були протягом $5 \pm 1,3$ днів. Часто в калі знаходились слиз та неперетравлені грудочки. Поряд з діареєю у більшості дітей з РВІ мали місце біль, здуття та урчання живота.

РВІ часто супроводжувалась симптомами гострого респіраторного захворювання, але здатність ротавірусів до розмноження в слизовій дихальних шляхів сумнівна. Нами спостерігалась наступна клініка ураження дихальних шляхів: заложеність носа, слизові виділення з носових ходів, біль та першіння в горлі, головний біль. Симптоми ураження верхніх дихальних шляхів могли випереджати симптоми ураження ШКТ, як це відміча-

лось у 23% випадків, або нашаровувались на симптоми РВІ (39% пацієнтів).

Нами відмічено, що на початку захворювання у переважної кількості хворих в загальному аналізі крові мали місце наступні зміни: прискорена ШОЕ, помірний лейкоцитоз або нормальна кількість лейкоцитів зі зрушенням лейкоформули вліво, які на тлі лікування могли змінюватись на абсолютний чи відносний лімфоцитоз. У 57,9% пацієнтів ротавіруси визначались в асоціації з умовно-патогенними бактеріями: *Staphylococcus*, *E.coli*, *Proteus*, *Citrobacter*, *Kl.Pneumonie* *E.aerogenes*. У 12,9% пацієнтів виявлено гриби роду *Candida albicans*. Усі наші пацієнти з РВІ були виписані з одужанням на 5-9 добу від початку лікування.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Для специфічної діагностики ротавірусної інфекції та вірусологічного моніторингу у дітей доцільно використовувати швидкі тести на основі імунохроматографічного аналізу. Тести прості у застосуванні, не вимагають спеціального обладнання та спеціальних умов для проведення, характеризуються високою чутливістю та специфічністю (більше 96%), дозволяють отримати надійний якісний результат за 10 хвилин.

2. Особливістю ротавірусної інфекції у дітей молодшого віку є важкий перебіг захворювання з симптомами інтоксикації, діареї, блювання, катаральних явищ, дегідратації I-III ступеня. На тлі ротавірусної інфекції має місце активація умовно-патогенної флори, що в подальшому потребує корекції та контролю виявлених порушень.

На нашу думку, перспективою для подальших досліджень є виявлення здатності формування госпітальних штамів ротавірусів та вивчення резистентності їх до найбільш поширених дезінфікуючих розчинів і антисептиків, які застосовуються в дитячих стаціонарах.

Список літератури

- | | | |
|--|---|--|
| Булавка Л.В. Роль об'єктів довкілля у розповсюдженості ротавірусної інфекції / Л.В. Булавка, В.І. Бондаренко, В.І. Задорожна // Довкілля та здоров'я. - 2002. - № 2. - С. 35-38. | посібник для лікарів. - Олпрінт. - Київ. - 2004. - 116 с. | тинська О.В., Костенко О.О.] Інформаційний лист. - № 247, Київ. - 2005. |
| Дзюблик І.В. Ротавірусна інфекція / І.В. Дзюблик : навчально-методичний | Застосування швидких імунохроматографічних тестів в діагностиці ротавірусної інфекції у дітей в спеціалізованих дитячих лікувальних закладах / [Дзюблик І.В., Ковалюк О.В., Обер- | Haemorrhagic shock and encephalopathy associated with rotavirus infection / [Makino M., Tanabe Y., Shinozaki K., Matsuno S.] // Acta Paediatric. - 2006. - № 165(5). - P. 632-634. |

Шаламай М.А., Сторожук І.В

ОСОБЕННОСТИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

Резюме. В работе представлены результаты обследования 120 детей младшего возраста с ротавирусной инфекцией, которые находились на стационарном лечении в инфекционном боксированном диагностическом отделении Винницкой областной детской клинической больницы. Идентификацию вируса проводили с помощью высокочувствительного, специфического, быстрого (10 минут) и простого в использовании cito-теста иммунохроматографического анализа. Ротавирусная инфекция у детей младшего возраста преимущественно имела тяжелое течение. Ведущий симптомокомплекс болезни состоял из интоксикации, гемодинамических расстройств, гастроинтестинальных нарушений, катаральных явлений, дегидратации разной степени тяжести.

Ключевые слова: дети, ротавирусная инфекция, клиника, диагностика.

Shalamai M.A., Storozhuk I.V.

FEATURES ROTAVIRAL INFECTION AT EARLY AGE CHILDREN

Summary. There are results of the examination of the 120 early-age children with rotaviral infection who were on the stationary treatment in the infection box-diagnostic department of Vinnitsa regional clinical children hospital. Identification of the virus was made

with usage of high sensitive, quick (10 min) and simple cito-test immunochromatographic analysis. Rotaviral infection at early age children mainly has severe degree of the clinical course. The leading symptomocomplex consists of the intoxication, hemodynamic and gastrointestinal disorders, catarrhal effects, dehydration of different degrees.

Key words: children, rotaviral infection, clinical course, diagnostics.

Стаття надійшла до редакції 1.04.2014 р.

Шаламай М.О. - кафедра педіатрії № 2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова.

Сторожук І.В. - кафедра педіатрії № 2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова.

© Фурман В.Г.

УДК: 612.017.1:616-008.64

Фурман В.Г.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра педіатрії № 2 (вул. Пирогова 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

ГЕМОФАГОЦИТАРНИЙ ЛІМФОГІСТІОЦИТОЗ - КЛІНІЧНИЙ ПРИКЛАД В ПЕДІАТРІЇ

Резюме. Розглянуто особливості клінічного перебігу гемофагоцитарного лімфогістіоцитозу (ГЛГ). Встановлено, що даний синдром супроводжується лихоманкою, гепатолієнральним синдромом, змінами в аналізі крові у вигляді панцитопенії, відхиленням від норми біохімічних показників: зниження рівнів тригліцеридів та фібріногену, підвищення рівня ферритину та наявністю гістіоцитів з гемофагоцитуючими макрофагами в кістковому мозку.

Ключові слова: діти, гемофагоцитарний лімфогістіоцитоз.

Вступ

За останніх 20 років накопичено великий клінічний матеріал, котрий свідчить про успіхи в лікуванні гістіоцитозу у дітей. Останні досягнення в цій області пов'язані не тільки із вдосконаленням діагностики, але завдяки застосуванню сучасних методів протокольної хіміотерапії. Частота виникнення захворювання у світі складає близько 2 випадки на 1 млн. дітей у віці від 0 до 15 років щорічно. Гістіоцитоз є групою захворювань, рідкісних та різноманітних за своїм перебігом, які об'єднані проліферативними процесами моноцитарно-макрофагальної системи [Brusa et al., 2002; Grois et al., 2005]. Система фагоцитуючих мононуклеарів є однією із головних складових імунної системи, функцією якої є антигенпрезентація та клітинна цитотоксичність. Макрофаги є важливими "ендокринними" клітинами, котрі продукують компоненти системи комплемента, фактори системи згортання крові, ензими та їх інгібітори, компоненти екстрацелюлярного матриксу. Функції макрофагів модулюються цитокінами, або пептидними гормонами та у відповідь на стимуляцію секретують інтерлейкін-1, інтерлейкін-6, фактор некрозу пухлини. Макрофаги характеризуються наявністю специфічних поверхневих рецепторів на мембрані, за допомогою яких вони ідентифікують і зв'язують імуноглобуліни G і E, імунні комплекси і компоненти системи комплемента. Макрофаги знаходяться практично у всіх тканинах організму, забезпечуючи імунну відповідь організму на попадання інфекційних агентів. Неконтрольована активація макрофагів призводить до нерегульованого фагоцитозу клітин крові [Охотникова и др., 2008]. Одним із варіантів атипової відповіді є розвиток гістіоцитарного проліферативного синдрому реактивного та пухлинного характеру. Головні форми дитячого гістіоцитозу згруповані в 3 класи за походженням клітин [Favara et al., 1997].

I клас: гістіоцитарні синдроми, пов'язані з патологією дендритних клітин (гістіоцитоз із клітин Лангерганса, ювенільна ксантогранульома); II клас: гістіоцитарні синдроми, пов'язані з патологією макрофагів (гемофагоцитарний лімфогістіоцитоз: генетичний або сімейноспадковий, спорадичний - синус - гістіоцитоз з масивною лімфаденопатією); III клас: злоякісні захворювання (пухлини системи кровотворення) - пов'язані з патологією моноцитів - моноцитарна лейкемія; пов'язані з патологією дендритних клітин - злоякісні гістіоцитози; пов'язані з патологією макрофагів - дисеміновані або локалізовані.

Неконтрольована активація макрофагів і зумовлений цим нерегульований фагоцитоз клітин крові та їх попередників є тією відмінністю гемофагоцитарного синдрому - рідкого, спадкового або набутого захворювання, при якому клітинна імунна відповідь відбувається шляхом дефектної цитотоксичної активності T - лімфоцитів і натуральних кілерів (NK - клітин) [Ramanap, Schneider, 2003].

Спадковосімейний або первинний гемофагоцитарний лімфогістіоцитоз - аутосомно-рецесивне захворювання, в генезі якого, відіграє мутація в гені перфорино, яка зустрічається в 20-40 %. Вторинний гемофагоцитарний лімфогістіоцитоз - синдром макрофагальної активації з гемофагоцитозом, які розвиваються у результаті імунної активації системи мононуклеарних фагоцитів (наприклад індукованою тяжкою інфекцією). Цей стан описано в імуноскомпроментованих пацієнтів в асоціації з вірусною, бактеріальною та паразитарною інфекціями, в зв'язку з чим використовується термін "гемофагоцитарний синдром асоційований з інфекцією". Однак більшість хворих з ГЛГ не мають доказа-