

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСУ У ДІТЕЙ ПРИ ІНФЕКЦІЙНОМУ МОНОНУКЛЕОЗИ ЕПШТЕЙНА-БАРР ВІРУСНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

**Н.С. Кириця, О.В. Виговська, С.О. Крамарєв,
Т.М. Камінська, О.В. Головач**

Резюме. *Вивчали частоту, структуру астеничного синдрому у дітей-реконвалесцентів інфекційного мононуклеозу Епштейна-Барр вірусної етіології. У більшості дітей було діагностовано АС, який проявлявся помірно вираженими емоційно-лабільними розладами; когнітивними розладами; соматичними розладами; мали місце симпатичні впливи; вегетативна реактивність; наявність стресу діагностовано у 41,8%, депресії – 14,9%, тривожності – 43,3%; у 52,2% дітей відмічається напруження механізмів адаптація, у 22,4% – незадовільна адаптація, у 25,4% – задовільна адаптація.*

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

Астеничний 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 [1–2]. Найбільш часта причина розвитку АС вірусна [3]. Тригерними факторами астеничного синдрому є вірус Епштейна-Барр (ЕБВ), цитомегаловірус, вірус простого герпесу ½ типу, вірус герпесу VI типу, вірус Коксакі, вірус гепатиту С, ентеровіруси, ретровіруси [4]. Дебют АС нерідко пов'язаний з гострим грипоподібним захворюванням [5].

АС включає в себе прояви всіх форм порушення вегетативної регуляції – підвищена стомлюваність і виснаження з вкрай нестійким настроєм, ослабленим самовладанням, нетерплячістю, непосидючістю, порушенням сну [6]. Основний прояв даного синдрому – стан стійкої неадекватної втоми при повсякденній активності, що супроводжується зниженням енергії, необхідної для забезпечення нормальної життєдіяльності [7–9]. Інтерес і складність АС полягає в тому, що він є комплексною медичною, психологічною і педагогічною проблемою.

Компонентами астеничного синдрому є:

1) Когнітивні розлади: неуважність, утруднення концентрації на завданнях та згадування, що суб'єктивно називається «погана» пам'ять. У хворих АС більше страждає короточасна 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 випорожнень, підвищення температури тіла (переважно до субфебрильних цифр), м'язові болі, пітливість вночі [10–13].

Мета роботи: дослідження проявів АС у дітей реконвалесцентів інфекційного мононуклеозу (ІМ) ЕБВ-етіології на основі комплексного клініко-інструментального обстеження.

Матеріали та методи

Обстежували 67 дітей реконвалесцентів після 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.

Використані такі методи дослідження: серологічні; клінічні; оцінка емоційного статусу за допомогою методу кольорових виборів (адаптований варіант кольорового тесту Люшера), визначення ступеню тривожності у балах; вивчення концентрації та стійкості уваги (модифікація методу П'єрона-Рузера), коректурна проба Брудона (оцінка психомоторних реакцій: активної уваги, переключення уваги та виснаження); виявлення розладів короткочасної і довготривалої пам'яті, що відображає рівень астенії за допомогою методики 10 слів і піктограми; оцінка функціонального стану серцево-судинної системи; оцінка вегетативного гомеостазу; оцінка функціональних резервів за величиною адаптаційного потенціалу (АП).

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 ІМ 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 втратливості 86,6% (58 дітей), нестійкості емоційного фону 67,2% (45 дітей), підвищеної тривожності 64,2% (43 дітей), нестійкості уваги 77,6% (52 дітей), відволікаючості 52,2% (35 дітей), порушенням 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 дисгонії. 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. Клінортостатична 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 гами 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.

Висновки

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

2. Астенічний 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.

Література

1. Дороженко И. Синдром хронической усталости / И. Дороженко // Врач. – 2001. – № 7. – С. 7–8.
2. Марценковский И.А. Астенический синдром. Континуум состояний: от психического и физического истощения до хронической слабости и астенической несостоятельности / И.А. Марценковский // Здоровье Украины. – 2011.
3. Мороз И.Н. Новое в диагностике и лечении синдрома хронической усталости / И.Н. Мороз, А.А. Подколзин // Профилактика старения. – 1999. – № 1.
4. Панков Ю.В. Соматоформные расстройства и вегетососудистая дистония у детей и подростков / Ю.В. Панков, Е.В. Неудахин, И.Г. Морено. – М., 2010. – С. 12.
5. Петров Н.Н. Психиатрия для всех. Курс для неспециалистов / Н.Н. Петров. – 2002.
6. Синдром хронической усталости и иммунной дисфункции / В.М. Ручко, Л.И. Махлай, С.В. Борисевич, А.А. Махлай // Вопросы вирусологии. – 2001. – Т. 46. – № 3. – С. 46–48.
7. Тополянский В.Д. Психосоматические расстройства / В.Д. Тополянский, М.В. Струковская. – М.: Медицина, 1986. – 384 с.
8. Хайтович М.В. Синдром хронічної втоми у дітей з вегетативними дисфункціями / М.В. Хайтович, О.В. Чернишова // 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.
9. Artsimovich N.G. // Theses of Symposium with International Participation Current Problems of Clinical and Experimental Psychoneuroimmunology. Tomsk, Russia, 1992; 1: 80–2.
10. Bell E.J., McCarthy R.A., Riding M.H. // J. R. Soc. Med. 1988; 81: 329–31.
11. Buchwald D., Komaroff A.L. // Rev. Infect. Dis. 1991; 13(1): 12–8.
12. CDC, Chronic Fatigue Syndrome (CFS), Symptoms. Cdc.gov. Retrieved 2011–01–28.
13. Vanuxem P. Ammonium et fatigue, in «Asthenies physiques», Serratrice G., (Ed.) / P. Vanuxem, D. Vanuxem, J. Dufлот, E. Fornaris // Expansion Scientifiquе Francaise (Paris), 1990. – P.49–57.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ ЕПШТЕЙНА-БАРР ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Н.С. Кириця, О.В. Виговская, С.О. Крамарев, Т.М. Каминская, О.В. Головач

Резюме. Изучали частоту, структуру астенического синдрома у детей-реконвалесценто́в инфекционного мононуклеоза Епштейна-Барр вирусной этиологии. У большинства детей был диагностирован АС, который проявлялся умеренно выраженными эмоционально лабильными расстройствами; когнитивными расстройствами; соматическими расстройствами; имели место симпатические влияния; вегетативная реактивность; наличие стресса диагностировано у 41,8%, депрессии – 14,9%, тре-

возможности – 43,3%; у 52,2% детей отмечается напряжение механизмов адаптации, у 22,4% – неудовлетворительная адаптация, у 25,4% – удовлетворительная адаптация.

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

FEATURES OF PSYCHO-NERVOUS STATUS AMONG CHILDREN WITH INFECTIOUS MONONUCLEOSIS DUE TO EPSTEIN-BARR AETIOLOGY

N. Kyrytsya, O. Vygovska, S. Kramarev, T. Kaminska, O. Holovach

Summary. Studied frequency, structure of adynamic syndrome in children after infectious mononucleosis associated with EBV. In most children it was diagnosed AS which showed up mildly expressed emotionally disorders; by cognitive disorders; by somatic disorders; vegetative reactivity; the presence of stress is diagnosed in 41,8%, depressions – 14,9%, to the anxiety – 43,3%; in 52,2% children tension of mechanisms is marked adaptation, in 22,4% is unsatisfactory adaptation, in 25,4% is satisfactory adaptation.

Keywords: adynamic syndrome, infectious mononucleosis, EBV, emotionally disorders, vegetative homeostasis, state of memory, mechanisms of adaptation.

УДК 616.993.1-093:535.37

ОПТИМІЗАЦІЯ МІКРОСКОПІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ЛЯМБЛІОЗУ МЕТОДОМ ПОЛЯРИЗОВАНОЇ ФЛЮОРЕСЦЕНЦІЇ

М.Т. Ковальчук, Н.А. Васильєва,
М.І. Шкільна, О.В. Покришко

Резюме. У статті дається обґрунтування доцільності вдосконалення мікроскопічного паразитологічного аналізу, зокрема на основі люмінесцентних методів.

Ключові слова: лямбліоз, діагностика, паразитоскопія дуоденального вмісту, поляризована флюоресценція.

Лямбліоз серед дітей і дорослих набуває дедалі більшого поширення. Невипадково вказана паразитарна недуга продовжує залишатися актуальною медико-соціальною проблемою. За даними експертів ВООЗ, щорічно у світі лямбліозом заражаються 200 млн людей [1], а в Україні кількість інвазованих лямбліями серед дорослих сягає приблизно 10%, серед дітей, і особливо, дошкільного віку – до 40% [2].

Гостроти проблемі надає недостатня ефективність протипаразитарної терапії, недосконалість системи її оцінки. Останнє вимагає розроблення не