

2. Bykov, Yu. V. (2009). Treatment resistant depressions. Stavropol, 77.
3. Mazo, G. E., Gorbachev, S. E., Petrova, N. N. (2008). Treatment resistant depression: Modern approaches for Diagnosis and Treatment. Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. 2, 87–95. Available at: http://www.med.spbu.ru/archiv/vest/8_2/2_10.pdf
4. Goldenko, O. N. (2010). Socially-psychological adaptation of patients with recurrent depressive disorders. Arkhiv psikhiatrii, 16 (1), 33–36.
5. Vovin, R. Ya. Aksenova, I. O., Kyune, G. E.; Vovin, R. Ja., KJune, G. E. (Eds.) (1989). Problems of psychosis chronization and ways for overcoming treatment resistance (in model of depressive states). Moscow: Meditsina, 182.
6. Al-harbi, K. S. (2012). Treatment-resistant depression: therapeutic trends, challenges, and future directions. Patient Preference Adherence, 2012:6, 369–388. doi: 10.2147/ppa.s29716
7. Bacherikov, A. M., Denysenko, M. M. (2010). Clinical-psychopathological, pathopsychological peculiarities and principles for prevention of a suicidal behavior in patients with endogenous and exogenous depressions. Ukrain's'kyi Visnyk Psykhonevrolohii, 18 (4), 56–60.
8. Maruta, N. O., Bacherikov, A. M., Tkachenko, T. V. et al (2011). Diagnostics of hidden suicidal intent in patients with mental disorders: method. recommendations. Ministry of Health, 17.
9. Prishlyak, V. I., Filts, O. O. (2008). Some peculiarities of the clinic of chronic depressions in the context of basic psychopathologic mechanism of their formation. Zhurnal psikhiatrii i meditsynskoy psikhologii. 1 (18), 55–61.
10. Keller, M. B. (2005). Issues in treatment-resistant depression. J. Clin. Psychiatry, 66, 5–12.
11. Podkorytov, V. S., Chayka, Yu. Yu. (2002). Depression and resistance. Zhurnal psikhiatrii i meditsynskoy psikhologii, 1 (9), 118–124.
12. Moroz, S. M. (2004). Some parameter of depression resistance development. Arkhiv psikhiatrii, 10 (1), 105–108.
13. Fava, M. (2003). Diagnosis and definition of treatment-resistant depression. Biological Psychiatry, 53 (8), 649–659. doi: 10.1016/s0006-3223(03)00231-2
14. Pidkorytov, V. S. (2008). Modern approaches in treatment of depressions resistant to pharmacotherapy. Ukrain's'kyi Visnyk Psykhonevrolohii, 16 (2), 55–58.
15. Souery, D., Papakostas, G. I., Trivedi, M. H. (2006). Treatment-resistant depression. J. Clin. Psychiatry, 67, 16–22.
16. Dikaya, T. I. (2011). Clinical and psychopathological features and dynamic aspects of protracted and chronic endogenous depression. Vesnik Rossiyskoy AMN, 4, 19–25.
17. Vertogradova, O. P., Petuhov, V. V. (2005). Protracted depression: regularities of formation, prognosis and therapy. Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya, 15 (4), 18–22. Available at: http://psychiatr.ru/files/magazines/2005_12_scp_803.pdf
18. Aksenova, I. O. (1980). Clinic and therapy of chronic treatment resistant and endogenous depressions. Leningrad, 22.
19. Smulevich, A. B. (2002). Treatment of resistant prolonged endogenous depression Psikhiatriya i psikhofarmakologiya, 4, 128–132.
20. Nemeroff, C. B. (2007). Prevalence and management of treatment-resistant depression. J. Clin. Psychiatry, 68, 17–25.

Дата надходження рукопису 11.06.2015

Рахман Людмила Володимирівна, кандидат медичних наук, доцент, кафедра психіатрії, психології та сексології, Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, вул. Пекарська, 69, м. Львів, Україна, 79010

Маркова Маріанна Владиславівна, доктор медичних наук, професор, кафедра сексології та медичної психології, Харківська медична академія післядипломної освіти, вул. Корчагінців, 58, м. Харків, Україна, 61176

E-mail: mariannochka1@ukr.net

УДК 616.2-002.6-036.1:616.323-053.2

DOI: 10.15587/2313-8416.2015.50551

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ У ПОЄДНАННІ З ПАТОЛОГІЄЮ ГЛОТКОВОГО МИГДАЛИКА

© О. І. Сміян, Є. В. Дмитрова, О. Г. Васильєва

Досліджувалися відмінності клінічного перебігу гострих респіраторних вірусних інфекцій у дітей дошкільного віку на фоні патології глоткового мигдалика. Виявлено домінуючі симптоми, що проявлялися закладеністю носа, нічним вологим кашлем, хрипіння та зниження слуху, біллю у вухах, поліаденопатією, лихоманкою із тривалістю понад 3 днів

Ключові слова: респіраторні вірусні інфекції, аденоїдні вегетації, хронічний аденоїдит, клінічні симптоми, діти

Aim: to study clinical features of the clinical course of an acute respiratory viral infection in conjunction with pathology of pharyngeal tonsil in children of preschool age.

Methods: generally clinical; Laboratory and instrumental; Statistical.

Separation of viral infection was done using the methods of lumicroscopy and polymerase chain reaction from nasopharynx lavage.

Statistical processing of received results was carried out with the help of standard statistical computer system «Microsoft Excel» (2007) adapted for medical and biological studies.

Result: In the clinical presentation of respiratory viral infection prevailed rhinorrhea, short cough, subfibriliter with usual duration near 3 days. On the contrary in children with acute respiratory viral infections with pathology of the pharyngeal tonsil prevailed stuffiness in nose, productive cough, snore and decrease of hearing, ear ache, polyadenopathy. Fever had fibril and hectic character with duration more than 3 days. Dyspeptic syndrome was demonstrated more intensively in children with acute respiratory viral infections with pathology of the pharyngeal tonsil and characterized with thickening on tongue, periodic ache in stomach, meteorism, constipation, stool instability.

Conclusions: The main syndromes in the clinical presentation of an acute respiratory viral infection were: intoxicational, catarrhal and dyspeptic. In children with pathology of the pharyngeal tonsil the clinical course of ARVI was more evident with long course and increase of the frequency of complications of ARVI

Keywords: respiratory viral infections, adenoid vegetations, chronic adenoiditis, clinical symptoms, children

1. Вступ

За даними більшості епідеміологічних досліджень, гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) займають перше місце у світі серед інфекційних захворювань і становлять 95 % від усіх інфекцій. ВООЗ подає дані щорічної реєстрації близько 1,5 млрд випадків гострих респіраторних захворювань [1–5].

Лімфоглоткове кільце та слизова оболонка ротової порожнини входять до першої ланки імунної відповіді у дітей. Слизова оболонка глоткового мигдалика забезпечує зігрівання, зволоження повітря та бере участь у синтезі імунокомпетентних клітин [6–8]. Гіпертрофія глоткового мигдалика проявляється фізіологічним збільшенням лімфаденоїдної тканини, розміщеної у верхньому відділі глотки. В той самий час аденоїдит характеризується гострим, бохронічним запаленням глоткового мигдалика. При тривалому його запаленні формується хронічний аденоїдит (ХрА) [9, 10].

Перебіг ГРВІ залежить від віку дитини, стану місцевої та загальної імунної відповіді, а також від тропності збудника та преморбідного фону дитини. Для більшості дітей клінічний перебіг гострих респіраторних вірусних інфекцій має типовий характер та проявляється інтоксикаційним, катаральним, гіпертермічним та диспептичним синдромами [11, 12]. Поряд з тим, клінічна картина ГРВІ у дітей змінюється на фоні патології глоткового мигдалика та потребує детального вивчення [13–16].

2. Обґрунтування дослідження

Стан здоров'я дитячого населення на Україні за останні роки погіршився. Стрімко підвищилася захворюваність дітей на ГРВІ, збільшилася частота хронічної патології, підвищилися показники ускладнень ГРВІ та летальності від них [1, 3]. Враховуючи варіабельність збудників, преморбідний фон дитини, наявність хронічного джерела інфекції та стану імунної системи дитини актуальним стає питання прогнозу перебігу ГРВІ та профілактики їх ускладнень у дітей [4, 17, 18]. Використання лабораторних методів ідентифікації збудників ГРВІ (ПЛР, ІФА) покращують діа-

гностику та тактику ведення хворих дітей, в той самий час широке їх використання в практичній медицині обмежене. Отже, актуальним стає виявлення особливостей клінічного перебігу ГРВІ у дітей з патологією глоткового мигдалика.

3. Мета дослідження

Вивчення особливостей клінічного перебігу гострої респіраторної вірусної інфекції у поєднанні з патологією глоткового мигдалика у дітей дошкільного віку.

4. Матеріали і методи дослідження

Нами було обстежено 98 дітей віком від 3 до 7 років, хворих на гострі респіраторні вірусні інфекції. Дослідження проводилося на базі КУ «Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди».

Усі діти обстежені в першу добу захворювання та поділені на три групи. До I групи увійшло 33 пацієнти з діагнозом гостра респіраторна вірусна інфекція, II групу склали – 33 дитини, хворі на гострі респіраторні вірусні інфекції на фоні аденоїдних вегетацій, III групу – 32 пацієнти, хворі на гострі респіраторні вірусні інфекції на фоні хронічного аденоїдиту. Всі діти консультовані дитячим отоларингологом для підтвердження діагнозу.

Методи дослідження:

- Загальноклінічні;
- Лабораторно-інструментальні;
- Статистичні.

Виділення вірусної інфекції встановлювали методами люмінескопії та полімеразної ланцюгової реакції з носоглоткового змиву. Так, методом мюммінескопії виявлені збудники аденовірусної інфекції, грипу. Поряд з цим, визначення генетичного матеріалу вірусів виконувалося методом полімеразної ланцюгової реакції.

Статистична обробка отриманих результатів проводилася за допомогою стандартної статистичної комп'ютерної системи «Microsoft Excel» (2007), адаптованої для медико – біологічних досліджень.

5. Результати дослідження

Серед обстежених дітей хворих на ГРВІ було 45,9 % хлопчиків і 54,1 % дівчаток. Достовірні відмінності за статевими ознаками були відсутні.

При вивченні спадкового анамнезу обстежених дітей з'ясовано, що у 51 (52,04 %) пацієнта найближчі їхні родичі мали хронічну патологію верхніх дихальних шляхів. Так, більшу половину склали батьки дітей III групи, порівняно з I (15,68 %) та II (31,37 %) групами. Паління родичів найчастіше зустрічалось у дітей III групи та майже, у 50% близьких II групи з відповідною достовірністю ($p < 0,001$). При аналізі сімейного статусу встановлено, що у 13 ((40,63±8,82) %) дітей III групи в сім'ї проживало понад дві дитини.

Із анамнезу життя з'ясовано, що ускладнений перебіг вагітності відмічався у 51(52,04 %) випадку, найчастіше серед жінок III групи ((84,38±6,52) %), порівняно з вагітними I групи ((24,24±7,58) %, $p < 0,001$) та II групи ((48,48±8,83) %, $p < 0,01$). Анемію під час вагітності діагностували достовірно частіше у матерів III групи ((63,64±8,50) %), ніж серед жінок I ((12,12±5,77) %, $p < 0,001$) і II групи((36,36±8,50) %, $p < 0,05$). Прояви раннього гестозу достовірно частіше виявлялися у вагітних жінок III групи((75±7,78) %), ніж у жінок з I ((9,09±5,08) %, $p < 0,001$) і II групи ((39,39±8,64) %, $p < 0,01$). Прояви пізнього гестозу, також, домінували у вагітних жінок III групи ((71,88±8,08) %), порівняно з вагітними I групи ((15,15±6,34) %, $p < 0,001$) і II групи ((39,39±8,64) %, $p < 0,01$). Найчастіше хворіли на ГРВІ вагітні з III ((65,63±8,53) %) групи порівняно з жінками I ((21,21±7,23) %, $p < 0,001$) та II групи ((33,33±8,33) %, $p < 0,01$).

З анамнезу відомо, що розродження шляхом кесаревого розтину відмічалось з однаковою достовірністю у породіль II групи ((24,24±7,58) %) і III групи (25±7,78) %, ($p < 0,05$), порівняно з I ((6,06±4,22) %). Неонатальна жовтяниця виявлена, майже, у половини (46,88±8,96) % новонароджених III групи. Перинатальне ураження ЦНС достовірно частіше діагностували у представників III групи ((75±7,78) %), порівняно з пацієнтами I ((24,24±7,58) %, $p < 0,05$) і II групи ((48,48±8,83) %, $p < 0,001$).

На грудному вигодовуванні з усіх груп знаходилась 61 (62,24 %) дитина, а на штучному вигодовуванні – 37 (37,75 %) пацієнтів. Більшість на штучному вигодовуванні були діти II групи((42,42±8,74) %, $p < 0,05$) та III групи ((56,25±8,91) %, $p < 0,05$) відповідно.

При опитуванні усі пацієнти скаржилися на підвищення температури та кашель (100 %), у половини з них ми відмічали нежить (48,97 %), закладеність носа (51,02 %), біль при ковтанні (52,04 %) та головний біль (54,08 %).

Катаральний синдром у дітей I групи (87,88±5,77) % проявлявся ринореєю. В той же час, закладеність носу достовірно частіше ($p < 0,001$) зустрічалась у дітей III групи ((87,50±5,94) %), ніж у

пацієнтів I ((12,12±5,77) %) та II((54,55±8,80) %) груп (табл. 1).

Найчастіше серед симптомів катарального синдрому зустрічався кашель, який мав сухий та вологий характер. У дітей, хворих на ГРВІ достовірніше ($p < 0,001$) домінував денний сухий кашель (28 (84,85±6,34) %), порівняно з дітьми, що хворіли на ГРВІ на фоні аденоїдних вегетацій (11 (33,33±8,33) %) та дітьми з ГРВІ на фоні хронічного аденоїдиту (4 (12,50±5,94) %). Поряд з тим, у більшості хворих дітей на ГРВІ на фоні хронічного аденоїдиту, кашель мав вологий характер (20(62,50±8,70) %), на відміну від дітей, що хворіли на ГРВІ на фоні аденоїдних вегетацій (12 (36,35±8,50) %, $p < 0,05$) і хворих дітей на ГРВІ (5 (15,15±6,34) %, $p < 0,001$). У дітей, хворих на ГРВІ у поєднанні з аденоїдними вегетаціями, всі види кашлю зустрічалися з однаковою частотою ($p > 0,05$).

У пацієнтів, хворих на ГРВІ, на фоні хронічного аденоїдиту достовірно часто ($p < 0,001$) знижувався слух (23 (71,88±8,08) %), ніж у дітей, хворих на ГРВІ (3(9,09±5,08) %) та хворих на ГРВІ у поєднанні з аденоїдними вегетаціями (14 (42,42±8,74) %). Було встановлено, що хрипіння проявилось, як провідний симптом у дітей з ГРВІ на фоні хронічного аденоїдиту (28 (87,50±5,94) %), порівняно з дітьми, хворими на ГРВІ (4 (12,12±5,77) %) і хворими на ГРВІ у поєднанні з аденоїдними вегетаціями (18 (54,55±8,80) %) з достовірністю ($p < 0,001$).

Біль у горлі спостерігався майже у половини (49,6±4,39) % пацієнтів з однаковою тривалістю та інтенсивністю у всіх обстежених групах .

Середня тривалість катарального синдрому у дітей I групи ((5,51±0,32) діб, $p < 0,001$), порівняно з дітьми II групи ((7,18±0,26) діб) та III групи ((7,43±0,37) діб).

При вивченні інтоксикаційного синдрому у дітей, він більш виражений був у хворих II та III груп (табл. 1).

Підвищення температури тіла відмічалось у усіх обстежених дітей. Поряд з тим, лихоманка фебрильного характеру достовірно частіше ($p < 0,05$) діагностувалась у дітей II групи ((54,55± 8,80) %, ($p < 0,05$)), порівняно з I ((24,24±7,58) %) та III ((28,13±8,08) %) групами. Серед пацієнтів I групи достовірніше спостерігалась лихоманка субфебрильного характеру ($p < 0,05$). В той же час, у дітей III групи достовірно частіше виявлялася лихоманка тривалістю більше 3-х діб, ніж серед дітей I групи ((15,15±6,34) %) та II ((42,42±8,74) %) групи відповідно.

При об'єктивному дослідженні аускультативно у всіх дітей вислуховувалося жорстке дихання над усією поверхнею легень.

При пальпації периферичних лімфатичних вузлів встановлено, що їх розмір коливався від 5 до 8 мм, частіше лімфатичні вузли мали еластичну консистенцію, були безболісними, не спаяними зі шкірою та навколишньою клітковиною. Крім того, нами проаналізовано середню кількість лімфатичних вузлів у дітей обстежених груп. Отримані дані представлені в табл. 2.

Таблиця 1

Основні клінічні симптоми у дітей, хворих на гострі респіраторні вірусні інфекції

Клінічні синдроми	I група, (n=33)		II група, (n=33)		III група, (n=32)	
	n	%	n	%	n	%
Інтоксикаційний:						
зниження апетиту	11	33,33±8,3 p ₁₋₂ <0,05	20	60,61±8,64 p ₂₋₃ <0,05	27	84,38±6,52 p ₁₋₃ <0,001
загальна слабкість	9	27,27±7,87 p ₁₋₂ <0,05	18	54,55±8,8 p ₂₋₃ <0,01	27	84,38±6,52 p ₁₋₃ <0,001
роздратованість	9	27,27±7,87 p ₁₋₂ <0,05	18	54,55±8,8 p ₂₋₃ <0,05	25	78,13±7,42 p ₁₋₃ <0,001
плаксивість	5	15,15±6,34 p ₁₋₂ <0,05	13	39,39±8,64 p ₂₋₃ <0,05	21	65,63±8,53 p ₁₋₃ <0,001
головний біль	10	30,30±8,12 p ₁₋₂ <0,05	18	54,55±8,8 p ₂₋₃ <0,05	25	78,13±7,42 p ₁₋₃ <0,001
Катаральний:						
сухий кашель	28	(84,85±6,34 %) p ₁₋₂ <0,001	11	(33,33±8,33 %) p ₂₋₃ <0,05	4	(12,50±5,94 %) p ₁₋₃ <0,001
вологий кашель	5	15,15±6,34 p ₁₋₂ <0,05	12	36,36±8,50 p ₂₋₃ <0,05	20	62,50±8,70 p ₁₋₃ <0,001
нічний кашель	0	0	10	30,30±8,12 p ₂₋₃ <0,05	8	25,00±7,78 p ₁₋₃ <0,05
ринорея	29	87,88±5,77 p ₁₋₂ <0,001	15	45,45±8,80 p ₂₋₃ <0,01	4	12,50±5,94 p ₁₋₃ <0,001
закладеність носа	4	12,12±5,77 p ₁₋₂ <0,001	18	54,55±8,80 p ₂₋₃ <0,05	28	87,50±5,94 p ₁₋₃ <0,001
хропіння	4	12,12±5,77 p ₁₋₂ <0,001	18	54,55±8,80 p ₂₋₃ <0,05	28	87,50±5,94 p ₁₋₃ <0,001
зниження слуху	3	9,09±5,08 p ₁₋₂ <0,01	14	42,42±8,74 p ₂₋₃ <0,05	23	71,88±8,08 p ₁₋₃ <0,001
біль у вухах	5	15,15±6,34 p ₁₋₂ <0,05	13	39,39±8,64 p ₂₋₃ <0,01	23	71,88±8,08 p ₁₋₃ <0,001
Гіпертермічний:						
Фібрильна лихоманка	8	24,24±7,58 p ₁₋₂ <0,05	18	54,55±8,80 p ₂₋₃ <0,05	9	28,13±8,08 p ₁₋₃ >0,05
гектична лихоманка	0	0	8	24,24±7,58 p ₁₋₂ <0,01	7	21,88±7,42 p ₁₋₃ <0,01
субфібрильна лихоманка	25	75,76±7,58 p ₁₋₂ <0,001	7	21,21±7,23 p ₂₋₃ <0,05	16	50,00±8,98 p ₁₋₃ <0,05
тривалістю до 3 днів	28	84,85±6,34 p ₁₋₂ <0,05	19	57,58±8,74 p ₁₋₂ <0,001	6	18,75±7,01 p ₁₋₃ <0,001
тривалістю більше 3 днів	5	15,15±6,34 p ₁₋₂ <0,05	14	42,42±8,74 p ₂₋₃ <0,001	26	81,25±7,01 p ₁₋₃ <0,001
Диспепсичний:						
нашарування на язиці	6	18,18±6,82 p ₁₋₂ <0,05	15	45,45±8,80 p ₂₋₃ <0,001	28	87,50±5,94 p ₁₋₃ <0,001
періодичний біль у животі	6	18,18±6,82 p ₁₋₂ <0,05	14	42,42±8,74 p ₂₋₃ <0,01	25	78,13±7,42 p ₁₋₃ <0,001
метеоризм	5	15,15±6,34 p ₁₋₂ <0,05	13	39,39±8,64 p ₂₋₃ <0,05	21	65,63±8,53 p ₁₋₃ <0,001
закрепи	0	0	7	21,21±7,23 p ₂₋₃ >0,05	9	28,13±8,08 p ₁₋₃ <0,01
нестійкий стілець	0	0	15	45,45±8,80 p ₂₋₃ >0,05	18	56,25±8,91 p ₁₋₃ <0,01

Примітки: p – достовірність розбіжностей; p₁₋₂ – між показниками хворих дітей на ГРВІ та хворих дітей на ГРВІ на фоні аденоїдних вегетацій, p₁₋₃ – між показниками хворих дітей на ГРВІ та хворих дітей на ГРВІ на фоні ХрА; p₂₋₃ – між показниками хворих дітей на ГРВ на фоні аденоїдних вегетацій та хворих дітей на ГРВІ на фоні ХрА

Таблиця 2

Середня кількість пальпованих периферичних лімфатичних вузлів у дітей, хворих на гострі респіраторні вірусні інфекції

Групи лімфатичних вузлів	I група, (n=33)	II група, (n=33)	III група, (n=32)
Потиличні	0,90±0,05 p ₁₋₂ <0,01	1,36±0,12 p ₂₋₃ <0,05	1,65±0,08 p ₁₋₃ <0,001
Підщелепні	0,95±0,03 p ₁₋₂ <0,001	1,72±0,07 p ₂₋₃ <0,001	2,00±0,00 p ₁₋₃ <0,001
Навколоушні	1,12±0,09 p ₁₋₂ <0,01	1,54±0,08 p ₂₋₃ <0,05	1,81±0,07 p ₁₋₃ <0,001
Передні шийні	0,21±0,07 p ₁₋₂ <0,001	0,93±0,04 p ₂₋₃ <0,05	1,4±0,12 p ₁₋₃ <0,001
Задні шийні	0,27±0,07 p ₁₋₂ <0,001	1,12±0,05 p ₂₋₃ <0,001	1,53±0,08 p ₁₋₃ <0,001

Примітки: p – достовірність розбіжностей; p₁₋₂ – між показниками хворих дітей на ГРВІ та хворих дітей на ГРВІ на фоні аденоїдних вегетацій, p₁₋₃ – між показниками хворих дітей на ГРВІ та хворих дітей на ГРВІ на фоні ХрА; p₂₋₃ – між показниками хворих дітей на ГРВІ та хворих дітей на ГРВІ на фоні аденоїдних вегетацій та хворих дітей на ГРВІ на фоні ХрА

Таким чином, у дітей III групи та II групи частіше пальпувалися множинні лімфатичні вузли в кожній регіональній групі, ніж у дітей I групи.

Диспептичний синдром більш виражений був у дітей III групи. Так, нашарування на язичі достовірно частіше зустрічалося у дітей, що хворіли на ГРВІ на фоні хронічного аденоїдиту ((87,50±5,94) %), порівняно з пацієнтами хворими на ГРВІ ((18,18±6,82) %) і хворими дітьми на ГРВІ у поєднанні з аденоїдними вегетаціями ((45,45±8,80) %). Періодичні болі у животі діагностувалися у дітей III групи ((78,13±7,42) %) достовірно частіше ніж у дітей, що хворіли на ГРВІ на фоні аденоїдних вегетацій (p<0,01) та хворих дітей на ГРВІ (p<0,05). Поряд з цим, закрепи та нестійкість стільця зустрічалися з однаковою частотою у дітей, що хворіли на ГРВІ у поєднанні з аденоїдними вегетаціями та на фоні хронічного аденоїдиту.

Серед ускладнень, у дітей, хворих на ГРВІ, домінував бронхіт ((21,21±7,23) %) у дітей хворих на ГРВІ на фоні аденоїдних вегетацій частіше виявляли отит ((57,58±8,74) %) та тонзилофарингіт ((30,30±8,12) %), в той же час, у дітей, хворих ГРВІ на фоні хронічного аденоїдиту відмічали риносинусит((87,50±5,94) %) та отит ((93,75±4,35) %).

У загальному аналізі крові в більшості дітей відмічалось прискорення ШОЕ (p<0,05), зниження сегментоядерних нейтрофілів (p<0,05) та зростання відносної кількості лімфоцитів (p<0,05). Найвищий рівень ШОЕ відмічався у пацієнтів III групи (табл. 3).

При рентгенологічному обстеженні у 25 дітей встановлено діагноз бронхіту. З них майже половина ((48,48±8,83) %) пацієнтів – представники II групи. В той же час, при рентгенографії нижніх пазух носа, у ((87,50±5,94) %) дітей III групи встановлено діагноз риносинуситу.

Таблиця 3

Показники периферичної крові у дітей, хворих на гострі респіраторні вірусні інфекції

Показники	I група, (n=33)	II група, (n=33)	III група, (n=32)
Лейкоцити, 10 ⁹ /л	6,24 ± 0,24 p ₁₋₂ <0,001	9,30±0,28 p ₂₋₃ <0,001	11,09±0,34 p ₁₋₃ <0,001
ШОЕ, мм/год.	5,57±0,22 p ₁₋₂ <0,05	8,93±0,44 p ₂₋₃ <0,05	10,4±0,47 p ₁₋₃ <0,05
Паличкоядерні нейтрофіли, %	2,09±0,15 p ₁₋₂ <0,001	3,75±0,11 p ₂₋₃ <0,001	4,56±0,2 p ₁₋₃ <0,001
Сегментоядерні нейтрофіли, %	37,24±1,54 p ₁₋₂ <0,05	40,03±1,32 p ₂₋₃ <0,05	34,65±0,16 p ₁₋₃ <0,05
Лімфоцити, %	50,27±1,09 p ₁₋₂ <0,05	51,33±1,62 p ₂₋₃ <0,05	56,31±0,38 p ₁₋₃ <0,05
Моноцити, %	1,96±0,14 p ₁₋₂ <0,001	2,63±0,13 p ₂₋₃ <0,05	3,09±0,17 p ₁₋₃ <0,001
Еозинофіли, %	3,12±0,16 p ₁₋₂ <0,05	3,6±0,1 p ₂₋₃ <0,001	4,5±0,08 p ₁₋₃ <0,001

Примітки: p – достовірність розбіжностей; p₁₋₂ – між показниками хворих дітей на ГРВІ та хворих дітей на ГРВІ на фоні аденоїдних вегетацій, p₁₋₃ – між показниками хворих дітей на ГРВІ та хворих дітей на ГРВІ на фоні ХрА; p₂₋₃ – між показниками хворих дітей на ГРВІ та хворих дітей на ГРВІ на фоні аденоїдних вегетацій та хворих дітей на ГРВІ на фоні ХрА

В етіологічній структурі вірусної інфекції переважали вірус парагрипу- 24 (24,49 %), РС – вірус 18(18,37 %), риновіруси–16(16,33%), а також мали місцекоронавіруси-9 (9,18 %), грип А-9 (9,18 %), грип В-9 (9,18 %), аденовіруси–8 (8,16 %) та метапневмовірус-5 (5,10 %). За етіологією обстежені групи виявилися однорідними (p>0,05).

6. Обговорення результатів дослідження

За результатами проведеного дослідження виявлено, що у дітей з преморбідним фоном клінічна картина ГРВІ мала більш тяжкий перебіг та тривалість. У обстежених дітей, інтоксикаційний синдром проявлявся зниженням апетиту, плаксивістю, роздратованістю, загальною слабкістю та головним болем. Серед катарального синдрому у дітей, хворих на гострі респіраторні вірусні інфекції на фоні аденоїдних вегетацій, достовірно частіше відмічалися нічний кашель, ринорея. В той самий час, у дітей, хворих на гострі респіраторні вірусні інфекції, на фоні хронічного аденоїдиту домінували вологий кашель, закладеність носу, хрипіння та біль у вухах. Гіпертермічний синдром у дітей, хворих на гострі респіраторні вірусні інфекції на фоні аденоїдних вегетацій достовірно частіше проявлявся фебрильною лихоманкою. Поряд з цим, субфебрильна температура тіла з тривалістю понад три доби виявлялася у більшості дітей, хворих на гострі респіраторні вірусні інфекції на фоні хронічного аденоїдиту. У дітей, хворих на гострі респіраторні вірусні інфекції з патологією глоткового мигдалика, серед проявів диспептичного синдрому домінували нашарування на язичі, періодичний біль у животі, метеоризм, закрепи, нестійкість стільця. Найчастіші ускладнення у обстежених дітей з патологією глоткового мигдалика, хво-

рих на ГРВІ були тонзилофарингіт, отит та риносинусит, що можливо пов'язано з частими загостреннями хронічної патології, порушенням місцевого імунітету, пізнім «стартом» загальної імунної відповіді та потребує більш детального вивчення.

7. Висновки

Таким чином, в ході обстеження дітей дошкільного віку, хворих на ГРВІ з патологією глоткового мигдалика клінічний перебіг ГРВІ мала наступні відмінності:

1. У дітей, хворих на ГРВІ з патологією глоткового мигдалика, серед факторів ризику найчастіше зустрічалися: патологічний стан під час вагітності (анемія вагітної, ранній та пізній гестоз, паління родичів, хронічна патологія верхніх дихальних шляхів у батьків), перинатальний період (розродження шляхом кесаревої розтину, перинатальне ураження ЦНС, неонатальна жовтяниця), штучне вигодовування та перебування в сім'ї понад 2 дітей.

2. Серед етіологічних збудників ГРВІ домінували вірус парагрипу, РС – вірус, а також риновіруси.

3. Провідними синдромами в клінічній картині гострої респіраторної вірусної інфекції були: інтоксикаційний, катаральний та диспептичний. У дітей II та III груп клінічний перебіг ГРВІ був більш вираженим з тривалим перебігом та збільшенням частоти ускладнень ГРВІ.

4. У клінічному аналізі крові у дітей, хворих на ГРВІ з обтяженим преморбідним фоном достовірно частіше відмічалось зростання ШОЕ, лейкоцитоз та нейтрофілоз, за рахунок збільшення кількості паличкоядерних нейтрофілів.

Література

1. Делягин, В. М. Острые респираторные заболевания у детей [Текст] / В. М. Делягин // Consilium medicum. Педиатрия. – 2009. – № 1. – С. 24–32.

2. Карнеева, О. В. Профилактика острых инфекций у детей [Текст] / О. В. Карнеева // Педиатрическая фармакология. – 2009. – Т. 6, № 5. – С. 11–13.

3. Савенкова, М. С. Многоликая острая респираторная инфекция: от основных возбудителей к выбору препаратов [Текст] / М. С. Савенкова // Лечащий врач. – 2011. – № 3. – С. 1–8.

4. Селькова, Е. П. Новые технологии в профилактике и лечении острой респираторной вирусной инфекции [Текст] / Е. П. Селькова // Consilium medicum. – 2007. – Т. 9, № 1. – С. 72–74.

5. Смян, О. І. Сучасні етіопатогенетичні та клініко-діагностичні особливості перебігу гострих респіраторних вірусних інфекцій у дітей [Текст] / О. І. Смян, Т. П. Бинда, Є. В. Дмитрова // Журнал клінічних та експериментальних медичних досліджень. – 2013. – Т. 1, № 3. – С. 328–336.

6. Быкова, В. П. Аденоиды и аденоидиты в физиологии и патологии детского возраста [Текст] / В. П. Быкова, О. А. Бруевич, О. В. Паюшина // Архив патологии. – 2007. – Т. 69, № 4. – С. 50–55.

7. Вавилова, В. П. Перспективы местной антибактериальной терапии Биопароксом в программе профилактики обострений хронического аденоидита у детей, посещающих

дошкольные учреждения [Текст] / В. П. Вавилова // Педиатрия. – 2003. – № 4. – С. 81–86.

8. Вавилова, В. П. Роль Биопарокса в программе профилактики гипертрофии носоглоточной миндалины и обострений хронического аденоидита у часто болеющих ОРВИ детей [Текст] / В. П. Вавилова, Н. К. Перевощикова, Т. И. Гарашенко // Новые медицинские технологии. – 2004. – № 11. – С. 17–19.

9. Чистякова, В. Р. Аденоиды [Текст] / В. Р. Чистякова. – М., 2008. – С. 705–715.

10. Пухлик, Б. М. Затрудненное носовое дыхание [Текст] / Б. М. Пухлик // Клин. иммунол. Аллергол. Инфектол. – 2010. – № 2. – С. 21–28.

11. Майданник, В. Г. Пробиотики: перспективы применения в детском возрасте [Текст] / В. Г. Майданник // Международный журнал педиатрии, акушерства и гинекологии. – 2013. – Т. 4, № 3. – С. 62–80.

12. Смян, А. И. Клинические проявления диспепсического синдрома у детей, больных острыми респираторными вирусными инфекциями, на фоне аденоидных вегетаций [Текст]: материалы VI конгресса педиатров стран СНГ / А. И. Смян, Т. П. Бында, Е. В. Дмитрова. – Минск, 2014. – С. 134–135.

13. Столяров, Д. И. Разработка комплексной диагностики и контроля лечения хронического аденоидита, ассоциированного с дисбиозом кишечника [Текст]: автореф. дис. ... д-р мед. наук / Д. И. Столяров. – Болезни уха, горла, носа. – Тверь, 2010. – 18 с.

14. Столяров, Д. И. Факторы риска развития хронического персистирующего аденоидита и клинико-функциональная характеристика больных [Текст] / Д. И. Столяров // Российская ринология. – 2008. – № 2. – С. 50–51.

15. Bjornson, C. L. Croup in the paediatric emergency department [Text] / C. L. Bjornson, D. W. Johnson // Paediatrics & Child Health. – 2007. – Vol. 12, Issue 6. – P. 473–477.

16. Checchia, P. Identification and management of severe respiratory syncytial virus [Text] / P. Checchia // American Journal of Health-System Pharmacy. – 2008. – Vol. 65, Issue 23. – P. 7–12. doi: 10.2146/ajhp080439

17. Lin, C.-D. Association of adenoid hyperplasia and bacterial biofilm formation in children with adenoiditis in Taiwan [Text] / C.-D. Lin, M.-H. Tsai, C.-W. Lin, M.-W. Ho, C.-Y. Wang, Y.-A. Tsou et. al // European Archives of Oto-Rhino-Laryngology. – 2011. – Vol. 269, Issue 2. – P. 503–511. doi: 10.1007/s00405-011-1704-x

18. Юлиш, Е. И. Противовирусная терапия у ликуванні гострих респіраторних захворювань у дітей [Текст] / Е. И. Юлиш // Современная педиатрия. – 2013. – № 5 (53). – С. 75–79.

References

1. Delyahyn, V. (2009). Acute respiratory disease in children. Consilium medicum. Peditria, 1, 24–32.

2. Karneeva, A. V. (2009). Prevention of fear of infections in children. Pediatric pharmacology, 6 (5), 11–13.

3. Savenkova, M. S. (2011). The Many Faces of acute respiratory viral infection: from major pathogen for drugs. Attendingdoctor, 3, 1–8.

4. Selkova, E. P. (2007). New technologies in the Prevention and Treatment of acute respiratory viral infection. Consilium medicum, 9 (1), 72–74.

5. Smiian, A. I., Bynda, T. P., Dmitrova, E. V. (2013). Modern etiopathogenetical, clinical and diagnostic peculiarities of acute respiratory viral infections in children. *Journal of clinical and experimental medical research*, 1 (3), 328–336.
6. Bykova, V. P., Bruevich, A. (2007). Adenoids and adenoiditis in physiology and pathology of childhood. *Archives of Pathology*, 69 (4), 50–55.
7. Vavylova, V. P. (2003). The prospects local antibiotic Byoparoks in the program of prevention of exacerbations of chronic adenoiditis children at tending pre-school institutions. *Pediatrics*, 4, 81–86.
8. Vavylova, V. P., Perevoshchikov, N. K., Garashchenko, T. I. (2004). Bioparox role in the program Prevention hypertrophy of nasopharyngeal tonsils and adenoids exacerbations of chronic SARS in sickly children. *New medical technology*, 11, 17–19.
9. Chistyakova, V. R. (2008). Adenoids. *Moscow*, 705–715.
10. Puhlyk, B. M. (2010). Difficulty in nasal breathing. *Klyn. immunol. Allerhol. Infektol.*, 2, 21–28.
11. Maydannik, V. G. (2013). Probiotics: the prospects application in children will be rewarded. *International Journal of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology*, 4 (3), 62–80.
12. Smiian, A. I., Bynda, T. P., Dmitrova, E. V. (2014). Clinical manifestations dyspeptic syndrome in children, acute respiratory virus infection on background of adenoid vegetations. «Rebenok and society: the problem of health, nutrition and development». *Minsk*, 134–135.
13. Stolyarov, D. I. (2010). Development to integrated diagnosis and monitoring treatment chronic adenoiditis, associated with intestinal dysbiosis. *Tver*, 18.
14. Stolyarov, D. I. (2008). Risk factors for chronic persistent adenoiditis, clinical and functional characteristics of the patients. *Russian Rhinology*, 2, 50–51.
15. Bjornson, C. L., Johnson, D. W. (2007). Croup in the paediatric emergency department. *Paediatrics & Child Health*, 12 (6), 473–477.
16. Checchia, P. (2008). Identification and management of severe respiratory syncytial virus. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 65 (23), 7–12. doi: 10.2146/ajhp080439
17. Lin, C.-D., Tsai, M.-H., Lin, C.-W., Ho, M.-W., Wang, C.-Y., Tsou, Y.-A. et al (2011). Association of adenoid hyperplasia and bacterial biofilm formation in children with adenoiditis in Taiwan. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 269 (2), 503–511. doi: 10.1007/s00405-011-1704-x
18. Yulysh, E. I. (2013). Antiviral therapy in the treatment of acute respiratory diseases in children. *Modern pediatrics*, 5 (53), 75–79.

Дата надходження рукопису 09.06.2015

Сміян Олександр Іванович, доктор медичних наук, професор, кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами ПП та ДІ, Сумський державний університет, вул. Троїцька, 28, м. Суми, Україна, 40022
E-mail: smiyana@ukr.net

Дмітрова Євгенія Василівна, аспірант, кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами ПП та ДІ, Сумський державний університет, вул. Троїцька, 28, м. Суми, Україна, 40022

Васильсва Олена Геннадіївна, кандидат медичних наук, асистент, кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами ПП та ДІ, Сумський державний університет, вул. Троїцька, 28, м. Суми, Україна, 40022

УДК: 612.017:616.9-053.2

DOI: 10.15587/2313-8416.2015.50227

СТАН ГУМОРАЛЬНОЇ ЛАНКИ ІМУННОЇ СИСТЕМИ В ДІТЕЙ З МОНО- ТА МІКСТ-ВАРІАНТАМИ РОТАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ

© К. О. Сміян-Горбунова, Т. П. Бинда, О. І. Сміян

Робота присвячена дослідженню гуморальної ланки імунної системи в дітей з моно- та мікст-варіантами ротавірусної інфекції. При дослідженні динаміки гуморального імунітету в гострий період захворювання виявлено зниження концентрації Ig A та підвищення Ig M і Ig G. Період реконвалесценції характеризувався підвищенням Ig M, з боку інших показників покращання не відбувалось

Ключові слова: гострі кишкові інфекції, ротавірусна інфекція, діарея, гуморальний імунітет, імуноглобулін A, імуноглобулін M, імуноглобулін G, діти імунна система

Connection of an immune system with infection agents defines the further development of infectious diseases especially rotavirus infection (RVI). The state of immune system before the beginning of disease and an adequacy of immune answer to causative agent defines the possibility of disease and its heaviness, duration of an acute period, cyclicity, time of pathogens elimination and period of reconvalence. The humoral link is one of important components of immune system.