

суттєво переважали особи чоловічої статі (БА – 67,3 %, АД – 66,6 %).

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

Перебіг БА в сучасних екологічних умовах визначає достатньо висока поширеність супутньої патології. Зокрема, хронічна патологія травної системи (33,9 %), вогнища хронічної інфекції (30,3 %), алергічні захворювання (26,9 %), що ускладнюють перебіг основного захворювання. Встановлено, що на тлі БА формується вторинна імунопатія, порушується метаболізм сполучнотканинних елементів на користь переведення синтезу грубоволокнистих білків [2], котрі в комплексі сприяють формуванню інших видів патології. А тому, проведено цілеспрямоване визначення активності процесів остеосинтезу у дітей із БА. Встановлено, що у 45,4 % випадків (за даними денситометричного дослідження) спостерігається остеопенія різного ступеня тяжкості. Остеопенія II ступеня та остеопороз визначався лише у дітей віком старше 10 років із персистуючим середнім або тяжким перебігом ядухи; суттєвий вплив на ступінь недостатньої мінералізації кісткової тканини мали: використання препаратів системної дії (в т.ч. глюкокортикостероїдів, метилсантинів), стать та вік пацієнта, тривалість хвороби.

Проблема АД розглядалася з погляду на те, які фактори здатні сенсibiliзувати дитину за умов, що спадковості не має вирішального значення. Вдалося з'ясувати, що найбільш потужним провокуючим фактором є переведення дитини на штучне (або змішане) вигодовування, яке здебільшого припадало на 1,5-2-місячний вік. Типові зміни з боку шкіри супроводжувалися у 62,3 % випадків постійною

сверблячкою, в решті випадків – періодичною. Поширеність патологічного процесу на шкірі була здебільшого локалізована, а у випадках генералізованого процесу спостерігалися розлади з боку травного каналу (запори, дисбактеріоз), дефіцитні анемії, рахіти I-II ступенів. Викликає інтерес яким чином зміни з боку шкіри впливають на синтезуючу здатність шкіри (власне вітаміну Д), а з цим і на активність метаболізму сполучної тканини.

**ВИСНОВОК** Екологічна несприятливість зумовлює мультифакторіальний вплив на хвору дитину, а тому ті тенденції, що вимальовувалися останніми роками в структурі і клініці atopічних захворювань, не можна вважати остаточними. Багатогранність впливу зовнішніх чинників на систему гомеостазу при atopічній патології потребують ґрунтовних досліджень.

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Балаболкин И.И. Современные проблемы детской аллергологии // Педиатрия. – 1997. – №2. – С. 5-8.
2. Банадига Н.В. Клініко-патогенетичні аспекти хронічних і рецидивуючих неспецифічних бронхолегеневих захворювань у дитячому віці та їх лікування: Автор дис. ... -мед. наук. – Київ, 1999. – 36 с.
3. Вельтишев Ю.Е. Экологически детерминированная патология детского возраста // Росс. вестник перинатологии и педиатрии. – 1996. – №2. – С. 5-12.
4. Горосенко Н.Г., Ласиця О.І., Калужна Л.Д. Методологічні підходи у вирішенні проблеми atopічного дерматиту на сучасному етапі // Астма та алергія. – 2002. – №1. – С. 54-57.
5. Ефимова А.А. Экология и здоровье детей // Педиатрия. – 1995. – №4. – С. 49-50.

УДК 615.8–053.2:614.877

Голубова Т.Ф., Прочан В.Н.

**САНАТОРНО-КУРОРТНЕ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З ТОКСИКОДЕРМІЄЮ**

**Український НДІ дитячої курортології і фізіотерапії**

САНАТОРНО-КУРОРТНЕ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З ТОКСИКОДЕРМІЄЮ – Вивчено стан здоров'я 40 дітей з токсикодермією, що поступили на санаторно-курортне лікування з Першотравневого району Миколаївської області (регіону з токсичним забрудненням). Виявлені у більшості дітей зміни у вигляді астеничного синдрому, периферичного складу крові, зниження показників мукозального, дисбалансу клітинного і гуморального імунітету, підвищення напруження регуляторних систем з переважанням активності симпатичного відділу вегетативної нервової системи, зміни психоемоційного стану є підставою розробки методики комплексної дії ентросорбції і лазеротерапії. Достатньо висока ефективність проведеного санаторно-курортного лікування (85,7–89,5 %) дозволяє рекомендувати запропоновану методику лікування для практичної охорони здоров'я.

САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ТОКСИКОДЕРМИЕЙ – Изучено состояние здоровья 40 детей с токсикодермией, поступивших на санаторно-курортное лечение из Первомайского района Николаевской области (региона, пострадавшего от токсического загрязнения). Выявленные изменения в виде наличия у большинства детей астенического синдрома, периферического состава крови, снижения показателей мукозального, дисбаланса клеточного и гуморального иммунитета, повышения напряжения регуляторных систем с преобладанием активности симпатического отдела вегетативной нервной системы, изменения психоземонального состояния явились основанием разработки методики комплексного воздействия энтеросорбции и лазеротерапии. Достаточно высокая эффективность проведенного санаторно-курортного лечения (85,7–89,5 %) позволяет рекомендовать предложенную методику лечения для практического здравоохранения.

SANATORIUM TREATMENT OF CHILDREN WITH TOXICODERMIA – Health status is studied in 40 children with toxicodermia, who arrived to the sanatorium treatment from Pershotravneve district of Mykolaiv region (region of toxic contamination). Such changes as presence at most children of asthenic syndrome, peripheral composition of blood, decrease of immunity indices, increase of tension of regulatory systems with predominance of the activity of sympathetic part of vegetative nervous system served as a background for the development of the method of complex influence of enterosorption and laser therapy. High efficiency of the conducted sanatorium treatment (85,7–89,5 %) allows to

recommend the offered method of medical treatment for the practical health protection.

**Ключові слова:** діти, санаторно-курортне лікування, токсикодермія.  
**Ключевые слова:** дети, санаторно-курортное лечение, токсикодермия.  
**Key words:** children, sanatorium treatment, toxicodermia.

**ВСТУП** Всі діти, що потрапили в техногенну, природну катастрофу або будь-яку іншу надзвичайну ситуацію, вважаються потерпілими [2-4]. Тому в рамках НДР "Вивчення стану здоров'я і розробка медичних технологій відновлення здоров'я і санаторно-курортного лікування дітей, потерпілих від екологічних, техногенних катастроф і надзвичайних ситуацій" № держ. реєстрації 0102U002788 проведено вивчення стану здоров'я дітей з токсикодермією, що поступили на санаторно-курортне лікування.

За останні десятиріччя сталося кілька надзвичайних випадків, серед яких одними з найкрупніших (після Чорнобильської) є токсичне забруднення гептілом в Першотравневому районі Миколаївської області. Техногенні, природні і антропогенні катастрофи – основна причина масової загибелі і страждань населення, виникнення гострих і хронічних, патологічних і непатологічних, психічних, психосоматичних і соматичних розладів [5]. Залежно від характеристик ушкоджуючого чинника (його інтенсивності, раптовості виникнення, тривалості дії) в організмі дитини виникає в різній мірі вираженості комплекс неспецифічних і специфічних змін. Внаслідок техногенних катастроф, окрім самої трагедії, негативних інформаційних повідомлень, в атмосфері, як правило, потрапляють різні шкідливі чинники (радіонукліди, отруйні хімічні речовини і т.д.), які впродовж

довгого часу діють на людський організм і призводять до значних змін здоров'я як дорослого, так і дитячого населення.

Метою роботи є комплексна оцінка соматичного і психічного здоров'я дітей, які постраждали від токсичного забруднення, і розробка методики їх комплексного відновного лікування на санаторно-курортному етапі.

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ** Під наглядом знаходилося 40 дітей з токсикодермією, що поступили вперше (19 дітей) і повторно (21 дитина) на санаторно-курортне лікування з Першотравневого району Миколаївської області.

Окрім загального клінічного обстеження, (яке проводилося педіатром у всіх дітей, що поступають на санаторно-курортне лікування), хворі обов'язково оглядалися вузькими фахівцями (ЛОП-лікарем, неврологом, ортопедом і психологом) з динамічним проведенням у них клініко-лабораторних досліджень, що включають розгорнений аналіз крові і визначення за Л.Х. Гаркаві співвідношення лімфоцитів та сегментоядерних нейтрофілів, яке дозволяло судити про стан адаптивних систем організму дитини (стан спокійної, підвищеної активації, реакція тренування або стресу). Вміст імуноглобулінів А, М, G вивчався методом радіальної імунодифузії, рівень комплекменту оцінювався по 100 % гемолізі, відносний вміст Т- і В-лімфоцитів досліджувався в реакції розеткоутворення. Визначали рівень циркулюючих (ЦІК) імунних комплексів, РТМЛ з використанням уніфікованих методик.

Всім дітям проводили оцінку статусу вегетативної нервової системи з використанням адаптованого варіанту спеціалізованої таблиці, що включає 51 діагностичну ознаку (А.М. Вейн з співавт. 1981 р., Н.А. Белоконь з співавт. 1987 р.), визначали вегетативну реактивність за допомогою кардіоінтервалографії в стані спокою і при функціональних навантаженнях (кліноортостатична проба). Математична обробка даних здійснювалася в реальному масштабі часу з використанням розроблених в інституті програмно-апаратних комплексів на ПЕОМ.

При оцінці психічного статусу у дітей використовувалися методики: визначення конституційних рис – тест Айзенка дитячий, тест явної тривожності Маккендлесса і диференційованої самооцінки функціонального стану, що дозволяє за допомогою дитини оцінити її самопочуття (втомлюваність), настрій, активність, інтерес, комфортність

Обстеження дітей проводили під час поступлення у санаторій і після санаторно-курортного лікування, використовуючи при цьому раніше запропоновану оцінку стану здоров'я дітей, що поступають з регіонів РНЗ [1].

Враховуючи характер пошкоджуючого чинника і стан дітей, на фоні кліматотерапії і санації хронічних осередків інфекції всім дітям проведена методика комплексної дії, що включає питний режим (мінеральна столова вода по 150,0 мл. 3 рази на день), приймання ентеросорбенту (спіруліну) по 0,5 г 2 рази на день протягом 3-х тижнів, черезшкірної лазерної дії апарата СМ "КОМБІ" з довжиною хвилі 0,63 мкм і потужністю 22,5 мвт на виході дефлектора на кубітальну вену з поступовим збільшенням часу експозиції з 5 до 10 хвилин і потужності з 50 до 100 %, 8 процедур на курс, що проводяться через день.

#### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При первинному надходженні (через 1-1,5 місяця після токсичної дії) у всіх дітей був встановлений діагноз токсикодермії. З клінічних проявів у 2 дітей спостерігалися поодинокі затухаючі елементи на руці та в ділянці живота, що не супроводжувалися свербінням і не турбували дітей. З супутніх захворювань у 11 (52,3 %) дітей були різні зміни з боку травного тракту, як правило, у вигляді дискінезій жовчовивідних шляхів. В такому ж відсотку випадків (52,3 %) визначені хронічні осередки інфекції верхніх дихальних шляхів (хронічний тонзиліт, риніт, фарингіт). У 6 дітей виявлена вегетативна дисфункція, у 4 – дифузне збільшення щитоподібної залози I ступеня, у 7 – порушення постави і у 4 – сколіотична хвороба I і II ступеня.

Для цієї групи дітей характерними були скарги на підвищену втомлюваність (41,7 %), головний біль переважно мігреноподібного характеру (57,1 %), періодичний біль в животі і ногах (по 16,7 %), запаморочення (50,1 %), часті і поодинокі кардіалгії (33,4 %). Показники периферичної крові характеризувалися відносним лімфоцитозом, помірно вираженим лейкоцитозом (у 30,1 % дітей показники вмісту лейкоцитів були вищими за вікову норму), у 43,2 % дітей вищався зсув формули білої крові вліво, помірно виражена еозинofilія; у 57,1 % дітей виявлено зниження вмісту еритроцитів нижче за вікову норму, у 20,1 % – зниження вмісту гемоглобіну. 65,0 % дітей знаходилося в зоні підвищеної активації (за індексом Л.Х. Гаркаві). Спостерігалось напруження клітинної ланки імунітету (у 16,7 % дітей виявлено підвищення вмісту комплекменту, у 12,5 % дітей – Т-лімфоцитів, в 14,3 % випадків – реакції гальмування лейкоцитів). Встановлено підвищення напруження регуляторних систем з переважанням активності симпатичного відділу вегетативної нервової системи (у 26,3 % дітей виявлений гіперсимпатикотонічний тип вегетативної реактивності, у 31,6 % дітей був високий індекс напруження – інтегральний показник кардіоінтервалографії). За даними психологічного тестування у 33,3 % дітей був визначений високий рівень невротизму і тривожності (20,8 %), наявність високих показників втомлюваності, дратівливості, зниження показників інтересу, комфортності.

Під впливом комплексної дії ентеросорбції і лазерної терапії у дітей відмічена позитивна динаміка загального стану, що виражалася зменшенням скарг в 1,8 раза, у достовірному підвищенні вмісту гемоглобіну, сегментоядерних нейтрофілів при тенденції зниження відносної кількості лімфоцитів. Про згасання початково підвищених захисних реакцій свідчила нормалізація вмісту комплекменту, Т-лімфоцитів, показників реакції гальмування лейкоцитів. Показники гуморального імунітету змінювалися в діапазоні вікових норм з тенденцією до зниження його початкового рівня. В 1,2 раза зменшилася кількість дітей, що знаходяться в зоні підвищеної активації (за рахунок переходу їх в зону спокійної активації). Визначалося зниження напруження регуляторних систем за рахунок зменшення активності симпатичного відділу, наростання ваготропного ефекту і збільшення вегетативної реактивності як сприятливого чинника, що свідчить про адекватність санаторно-курортного лікування. Поліпшувалися показники сенсомоторної реакції: достовірно зменшувався час реакції на слухові з (0,43±0,01) до (0,38±0,018) с;  $p < 0,05$ ) і колірні з (0,34±0,06) до (0,31±0,05) с подразники. Виявлено також достовірне зниження дратівливості, тенденція до зниження тривожності.

При повторному перебуванні на санаторно-курортному лікуванні у всіх дітей у виписці з амбулаторної карти вказувалася перенесена токсикодермія, але в одному з них не було її клінічних проявів. Із супутніх захворювань у 11 (57,8 %) дітей виявлено захворювання травного тракту у вигляді ДЖВМ, у 5 (26,3 %) – захворювання верхніх дихальних шляхів (хронічний тонзиліт, риніт і фарингіт), у 3 (15,7 %) – захворювання органів опори і руху – (порушення постави і сколіотична хвороба).

Діти в меншому відсотку випадків пред'являли скарги на головний біль мігреноподібного характеру (10,5 %), підвищену втомлюваність (26,3 %). Турбували іноді кардіалгії (дітей з частими кардіалгіями не було). Достатньо багато (63,1 %) дітей, які пред'являли скарги на біль в животі, 15,8 % – на нудоту.

Виявлені позитивні зміни периферичної крові під впливом першого курсу санаторно-курортного лікування зберігалися і під впливом повторного лікування. Спостерігалось достовірне зростання гемоглобіну, підвищення вмісту сегментоядерних нейтрофілів, добре виражена тенденція зменшення еозинofilії.

У зоні підвищеної активації знаходилося менше дітей (45,6 %), при цьому коефіцієнт був середньо статистично

нижчим, ніж у дітей, що поступили на перший курс санаторно-курортного лікування ( $1,27 \pm 0,13$ , проти  $1,50 \pm 0,16$ ). Під впливом проведеної терапії виявлено подальше його зниження, що свідчило про перехід більшої частини дітей у групу спокійної активації (з  $1,27 \pm 0,13$  до  $1,01 \pm 0,16$ ).

Імунні показники при повторному надходженні знаходилися в діапазоні вікових норм, під впливом лікування визначалося достовірне збільшення показників комплекменту (порівняно з початковими показниками), достовірне поліпшення показників мукозального імунітету (секреторного імунoglobуліну А з  $(22,0 \pm 3,05)$  до  $(29,7 \pm 2,09)$  мг/л;  $p < 0,05$ ).

Порівняно з першим, після повторного санаторно-курортного лікування виявлені менші зміни таких показників, як вегетативна реактивність, індекс напруження, але тенденція до зниження напруження регуляторних систем зберігалася. Достовірно зменшилися показники втомлюваності і дратівливості (порівняно з першим разом), достовірно збільшувалися показники інтересу, покращали показники комфортності, що може свідчити про поліпшення загального стану обстежуваних дітей.

Ефективність (визначена за допомогою комплексної бальної оцінки клінічних і лабораторно-функціональних показників) санаторно-курортного лікування з використанням методики комплексної дії (питний режим, ентеросорбція з методикою черезшкірної лазерної дії з метою підвищення адаптаційно-компенсаторних реакцій) при першому надходженні склала 85,7 %, при повторному – 89,5 %.

**ВИСНОВКИ 1.** Для дітей, що знаходяться під тривалим впливом токсикантів, характерний астеничний синдром, наявність великого числа супутніх захворювань; зміни

захисних і адаптаційно-приспосувальних механізмів у вигляді відносного лімфо- і лейкоцитозу, еозинofilії, зниження показників мукозального, дисбалансі клітинного і гуморального імунітету, підвищенні напруження регуляторних систем з переважанням активності симпатичного відділу вегетативної нервової системи; змін психоемоційного стану (наявність високих показників втомлюваності, дратівливості, зниження показників інтересу, комфортності).

2. Проведене санаторно-курортне лікування з включенням в нього методики комплексної дії посиленого питного режиму, ентеросорбції і лазеротерапії сприяє нормалізації показників, що в цілому визначає достатньо високу (85,7 – при первинному і 89,5 % – при повторному санаторно-курортному лікуванні) ефективність заходів, що проводяться.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Критерії ефективності оздоровлення і санаторно-курортного лікування дітей із зон з радіонуклідним забрудненням: Н.П. Дриневский, Т.Ф. Голубова, В.І. Лисенко і співавт.: Метод. рекомендації. – Київ, 1993. – 26 с.
2. Наказ №180/115 від 14.05.2001 "Про затвердження Положення про медико-психологічну реабілітацію рятувальників аварійно-рятувальних служб та осіб, що постраждали внаслідок надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру і Положення про центри медико-психологічної реабілітації" Зареєстровано в Міністерстві юстиції України від 15 серпня 2001 р. за №701/5892.
3. Постанова Кабінету Міністрів України "Про єдину державну систему попередження і реагування на надзвичайні ситуації техногенного і природного характеру" 3.08.1998, № 1198.
4. Постанова Кабінету Міністрів України "Про порядок класифікації надзвичайних ситуацій". 15.07.1998. – № 1099.
5. Ськайлек Р. Психосоціальні наслідки катастроф // Кризисні події і психологічні проблеми людини. – Мінськ, 1997. – С. 28-48.

УДК 616.993.192.1-08-053.2

Пипа Л.В.

## ЕТИОТРОПНА ТЕРАПІЯ ВРОДЖЕНОГО ТА НАБУТОГО ТОКСОПЛАЗМОЗУ У ДІТЕЙ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

ЕТИОТРОПНА ТЕРАПІЯ ВРОДЖЕНОГО ТА НАБУТОГО ТОКСОПЛАЗМОЗУ У ДІТЕЙ – Вивчалась ефективність антипротозойного препарату "Фансидару" у дітей з токсоплазмозом. Порівняльний аналіз лікування дітей тиндурином (в комбінації з сульфадимезином) і фансидаром показав більш високу активність останнього. Призначення фансидару проводилось з урахуванням швидкості процесів ацетилювання в організмі хворих дітей, що сприяло підвищенню ефективності лікування та зменшенню побічних проявів етіотропної терапії до 3,7 % (до визначення швидкості процесів ацетилювання побічна дія фансидару зустрічалась у 23 % хворих дітей, тиндурину в поєднанні з сульфадимезином – у 55 % випадків).

ЕТИОТРОПНА ТЕРАПІЯ ВРОДЖЕНОГО І ПРИОБРЕТЕННОГО ТОКСОПЛАЗМОЗА У ДІТЕЙ – Изучалась эффективность антипротозойного препарата "Фансидар" у детей с токсоплазмозом. Сравнительный анализ лечения детей тиндурином (в комбинации с сульфадимезином) и фансидаром показал более высокую эффективность последнего. Назначение фансидару проводилось с учетом скорости процессов ацетилирования в организме больных детей, что способствовало эффективности лечения и уменьшению побочных действий этиотропной терапии до 3,7 % (до определения скорости процессов ацетилирования побочные эффекты встречались у 23 % больных детей, которые получали фансидар, и в 55 % случаев – при назначении тиндурина с сульфадимезином).

ETIOTROPIC THERAPY OF CONGENITAL AND ACQUIRED TOXOPLASMOSES IN CHILDREN – The investigation of the effectiveness of antiprotzoal preparation "Fansidar" in children with toxoplasmosis was carried out. Comparative analysis of children treatment by tindurin in combination with sulphadimezine and fansidar has shown higher effectiveness of the last one. Administration of fansidar to children was conducted individually depending on acetylation phenotype that contributed to reducing of the side effect of preparation up to 3,7 % (before determining of the acetylation rate the side effects were found in 23 % of children who received fansidar) and in 55 % of children whom tindurin with sulfadimezine was administered.

**Ключові слова:** токсоплазмоз, лікування, діти.

**Ключевые слова:** токсоплазмоз, лечение, дети.

**Key words:** toxoplasmosis, treatment, children.

**ВСТУП** Токсоплазмоз – це вроджене або набуте хронічне паразитарне захворювання з тривалим перебігом, частим ураженням центральної нервової системи (ЦНС), органа зору та інших органів і систем [1]. Токсоплазмозна інфекція може сприяти мертворожденню, ранньому перериванню вагітності, народженню дітей з аномаліями розвитку, особливо зі сторони центральної нервової системи і органа зору, або може проявитися через роки специфічним ураженням очей, прогресуючою олігофренією, що надає цій інфекції особливого соціального значення [3, 10].

Своєчасна раціональна етіотропна терапія гострої токсоплазмозної інфекції здатна відносно швидко перевести маніфестне захворювання в латентне (інапарантна форма), тобто привести до клінічного одужання. При хронічному перебігу токсоплазмозу збудник менше піддається дії хіміотерапевтичних препаратів, тому хвороба важко піддається лікуванню, часто рецидивує [6, 7]. Однак препарати, які використовуються для лікування токсоплазмозу, особливо САП та похідні піриметаміну, токсичні [2]. Вони мають виражені побічні дії або зовсім не переносяться хворими. Антибіотики, які призначаються для лікування токсоплазмозу, особливо при ураженні ЦНС та органа зору (спіраміцин, кліндаміцин, азитроміцин), мають значно слабшу антипротозойну дію порівняно з піриметамінами та сульфаніламидами [6, 8].