

to this the accomplished postoperative assessment of the safety of conventional and minimally invasive internal and external biliary decompression on the possible initiation and progression of liver postdecompressive dysfunction is given.

**Key words:** noncancer obstructive jaundice, methods of surgical biliary decompression, stage of postoperative safety, postdecompressive dysfunction of liver, critical moments of postdecompressive period.

Стаття надійшла до друку 04.06.2014 р.

Саволук Сергій Іванович - доктор медичних наук, доцент кафедри хірургії №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 0432 67-07-15; savoluk@meta.ua

© Король Т.Г.

УДК: 616 - 005.151 - 053:611.018.74: 616 - 008.6:615.03

Король Т.Г.

Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня (вул. Хмельницьке шосе, 108, м. Вінниця, Україна, 21029)

## КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПУРПУРИ ШЕНЛЕЙН-ГЕНОХА У ДІТЕЙ

**Резюме.** В Україні та світі актуальною залишається тема вивчення клінічних особливостей перебігу пурпури Шенлейн-Геноха у дітей. Протягом останнього десятиріччя реєструється збільшення змішаних форм захворювання, що мають рецидивуючий та хронічний перебіг. В процесі дослідження нами було комплексно обстежено 123 дитини, хворих на ПШГ. Отримані нами результати дозволили оцінити роль анамнестичних даних у розвитку захворювання, особливості клінічного перебігу та активності запального процесу у обстежених дітей в залежності від віку та статі.

**Ключові слова:** пурпура Шенлен-Геноха, клінічні особливості перебігу, діти.

### Вступ

Пурпура Шенлейна-Геноха (ПШГ) належать до групи системних васкулітів, що мають перебіг генералізованого мікротромбоваскуліту, в основі якого лежать асептичне запалення і дезорганізація стінок мікросудин, що пошкоджують судини шкіри і внутрішніх органів в системі мікроциркуляції [Лыскина, 2010]. Розвивається в віці від 5 місяців до 18 років. Найчастіше ПШГ зустрічається у дітей в віці від 4 до 8 років та діагностується у 20 - 25 на 10 000 дитячого населення [Кривошеєв, 2007; Непоч, 2002]. Клінічно проявляється геморагічним висипом на шкірі, який в деяких випадках ускладнюється формуванням виразок та некрозів, в поєднанні з пошкодженням суглобів, шлунково-кишкового тракту та нирок [Лыскина, 2010].

ПШГ є однією з актуальних проблем сучасної педіатрії, котра обумовлена складнощами у діагностиці на ранніх етапах, підвищенням захворюваності у всіх вікових групах, що може бути пов'язано з посиленням алергізуючої дії лікарських препаратів і харчових продуктів, наявністю хронічних інфекцій [Козарцова, 2007]. За даними ряду авторів, в останньому десятиріччі ПШГ проявляється більш важким, рецидивуючим перебігом, з переважанням змішаних форм. Часте залучення в патологічний процес нирок визначає важкість захворювання та його прогноз [Реброва, 2003]. Ступінь вираженості ниркового синдрому різний - від транзиторної еритроцитурії до розвитку Шенлейн-Геноха-нефриту, який в 20 - 30% випадків закінчується формуванням ХНН. Проблемаю залишаються рецидивуючі форми хвороби. За даними літератури, у 50 - 80% таких хворих зустрічаються бактеріальні, вірусні, паразитарні інфекції, які не тільки провокують початок, але й підтримують рецидиви та перехід в хронічну форму [Ozen, 2002].

Практично у всіх хворих на ПШГ на початку захво-

рювання виникає шкірна пурпура, але в деяких випадках їй передують суглобовий і абдомінальний синдроми, що стає причиною помилкового встановлення діагнозу [Борисова, 2011].

Саме тому, метою нашого дослідження було оцінити клінічні особливості перебігу ПШГ у дітей.

### Матеріали та методи

Для досягнення поставленої мети та завдань нами було обстежено 123 дитини з ПШГ віком від 1 до 18 років, які знаходились на лікуванні в онкогематологічному відділенні Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні. Для верифікації діагнозу ПШГ нами були застосовані такі методи дослідження: вивчення скарг, анамнезу захворювання, анамнезу життя, дані об'єктивного дослідження, комплекс лабораторних (загальноклінічних, біохімічних, серологічних, імунологічних) та інструментальних досліджень.

Під час обстеження хворих нами були ретельно вивчені скарги, детально зібраний анамнез захворювання та життя, визначена спадкова схильність та обтяженість алергологічного анамнезу, наявність хронічних джерел інфекції та схильність до частих гострих інфекційних захворювань. Враховуючи особливість перебігу ПШГ та клінічних проявів, проведений розподіл на форми (шкірна, шкірно-суглобова, змішана та змішана з ураженням нирок).

Усім дітям, що ввійшли в основну групу, були проведені детальні клінічна та загальнолабораторні обстеження. Виконано загальний аналіз крові, що включав в себе гемоглобін, еритроцити, лейкоцити, тромбоцити, ШОЕ.

Наявність ниркового синдрому визначали на основі результатів загального аналізу сечі з визначенням

білку, лейкоцитів, еритроцитів.

Біохімічні тести включали в себе кількісне визначення С-реактивного протеїну (СРП) латекс - турбидиметричним методом (аналізатор Cobas 6000) за допомогою тест - системи Roche Diagnostics (Швейцарія). Для оцінки порушення гемостазу визначались час згортання крові, рівень фібриногену, протромбіновий час (ПЧ), етаноловий тест, активований частковий тромбoplastиновий час (АЧТЧ) на коагулометрі LabAnalyt. Серологічні дослідження включили визначення циркулюючих імунних комплексів (ЦІК). З імунологічних методів проводили кількісне визначення рівня цитоплазматичних нейтрофільних антитіл класу IgG - ANCA (PR3) імуноферментним методом ELISA (твердофазний ІФА) на аналізаторі EUROIMMUN Analyzer 1 за допомогою тест - системи EUROIMMUN (Німеччина). Також твердо фазним імуноферментним методом ELISA за допомогою набору HumansVEGFR1/Fit-1 ми проводили кількісне визначення VEGF в зразках сироватки крові дітей.

Всім дітям контрольної та основної груп проводилось дослідження функціонального стану судинної стінки сонних та плечових артерій за допомогою ультразвукової доплерографії на УЗ-сканері "PhilipsHDIXE".

Статистична обробка отриманих нами результатів була проведена в пакеті "STATISTICA 6.1" (належить НДЦ ВНМУ ім. М.І. Пирогова, ліцензійний № ВХХR901E246022FA) із застосуванням параметричних і непараметричних методів оцінки отриманих результатів. Оцінювали правильність розподілу ознак за кожним з отриманих варіаційних рядів, середні значення кожної ознаки, що вивчалася, стандартні помилки та відхилення. Достовірними вважали різницю значень між незалежними кількісними величинами при правильному розподілі визначали за допомогою критерію Стьюдента для незалежних величин, а в інших випадках - за допомогою U-критерія Мана-Уїтні, а для даних, що наведені у відсотках, - точний метод Фішера. Достовірними вважали значення  $p < 0,05$ . Оцінку кореляційних зв'язків у хлопчиків і дівчаток проводили загалом з використанням параметричної статистики Пірсона ( $p < 0,05$ ), а в залежності від віку - із застосуванням непараметричної статистики Спірмена.

### Результати. Обговорення

У дітей основної групи обов'язково зверталась увага на спадкову схильність та обтяжений алергологічний анамнез. Дослідження анамнестичних даних та спадкового фактора засвідчило, що у 43 (34,67±4,78%) обстежених дітей був обтяжений сімейний анамнез, однак дівчатка мали обтяжений анамнез майже вдвічі частіше, ніж хлопчики.

Обтяжений алергологічний анамнез був у 35 (27,41±2,01%) дітей, що склало майже третину від усіх дітей основної групи. Можна відмітити, що алергічні реакції спостерігались майже в однаковій кількості у хлопчиків та дівчаток - 17 (28,81±2,07%) та 18 (28,12±4,5%) відповідно.

Не менш важливу роль у розвитку ПШГ відіграють хронічні вогнища інфекції (хронічний тонзиліт, хронічний аденоїдит, карієс), які були виявлені у 11 (8,87±2,85%) обстежених нами дітей. Однак більш схильними до розвитку хронічних інфекцій виявились дівчатка, яких було зареєстровано 9 (14,06±3,47%). Відмічено, що у 27 (21,77±4,14%) обстежених дітей спостерігали гостру або хронічну герпетичну інфекцію, переважно за рахунок CMV 14 (51,85±5,04%). У 9 (33,3±4,72%) дітей відмічали мікст інфекцію.

Аналізуючи анамнестичні дані, можна свідчити про те, що у 64 (51,61±5,02%) дітей, серед яких переважали дівчатка - 38 (59,37±4,93%), розвитку ПШГ передували гострі інфекційні захворювання, а у 26 (20,96±4,09%) обстежених дітей захворювання на ПШГ виникало спонтанно без видимої причини.

Тривалість захворювання від моменту виникнення перших клінічних проявів до госпіталізації в профільне відділення коливався від декількох годин до 3 тижнів. Тому ми провели аналіз ступеню активності ПШГ в залежності від тривалості захворювання до часу госпіталізації в онкогематологічне відділення Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні (ВОДКЛ). Для вивчення даного завдання, ми поділили період від початку захворювання до госпіталізації на групи: до 3 днів - госпіталізовано 56 дітей (45,52±5,01%), від 3 до 7 днів - 42 (34,14±4,74%), більше 7 днів - 25 (20,32±4,03%). Серед опитаних нами пацієнтів, найчастіше звертаються за медичною допомогою діти в перші дні захворювання - майже половина всіх госпіталізованих, вдвічі рідше ми реєстрували госпіталізацію при тривалості захворювання більше 7 днів. Слід зауважити, що в кожній групі переважає II ступінь активності, який в спостерігався у 72 дітей (58,53±4,95%), тоді як I ступінь - у 29 (23,57±4,26%) і III - лише у 22 (17,88±1,48%) пацієнтів.

Визначення клінічних форм ПШГ має суттєве значення для подальшого прогнозу захворювання та визначення тактики лікування. Для вивчення динаміки клінічних ознак ПШГ нами проведений ретроспективний аналіз результатів обстежень пацієнтів в дебюті захворювання.

Шкірний синдром зустрічається в усіх дітей, хворих на ПШГ і являється провідним у діагностиці захворювання. Нами проведений аналіз інтенсивності та вираження його в залежності від статі. Всі діти мали плямисто-папульозний висип, але висип з некрозами був лише у 8,47±2,79% хлопчиків та у 9,37±2,92% дівчаток, що не мало суттєвої відміни залежно від статі. За інтенсивністю висип поділяють на слабо виражений, помірний та інтенсивний. Згідно результатів проведеного нами аналізу, можна відмітити, що у переважній більшості обстежених нами дітей висип достовірно частіше був помірний та інтенсивний, що склало відповідно 42,37±4,95% і 50,84±5,04% у хлопчиків та 45,31±4,99% і 40,62±4,93% у дівчаток та не залежав від статі, а слабо виражений вдвічі частіше відмічався

**Таблиця 1.** Клінічні форми ГВ у дітей в залежності від віку.

Показник	Ознака	1 - 3	4 - 7	8 - 12	13 i >
Форма ГВ	Шкірна	15 (44,11±4,97)	12 (24,0±4,27)	12 (50,0±5,0)	10 (66,7±4,76)*
	Суглобова	15 (44,11±4,97)	29 (58,0±4,93)*	8 (33,3±4,72)	5 (33,3±4,72)
	Змішана	2 (5,88±2,36)	6 (12,0±3,24)	4 (16,7±3,74)*	-
	Змішана з ураженням нирок	2 (5,88±2,36)	3 (6,0±2,37)	-	-

Примітка. \* -  $p < 0,05$ .

**Таблиця 2.** Розподіл за ступенем активності в залежності від віку.

Показник	Ознака	1 - 3	4 - 7	8 - 12	13 i >
Ступінь активності	I	10 (29,41±4,56)	7 (14,0±3,46)	8 (33,3±4,72)	4 (26,67±2,22)
	II	19 (55,88±5,01)	30 (60,0±4,89)	12 (50,0±5,0)	11 (73,33±4,44)*
	III	5 (14,71±3,55)	13 (26,0±4,38)*	4 (16,7±3,74)	-

Примітка. \* -  $p < 0,05$  - з дітьми в інших вікових групах.

у дівчаток 9 (14,06±3,47%) проти 4 (6,78±2,52%) у хлопчиків ( $p < 0,05$ ).

В усіх пацієнтів, окрім оцінки вираження шкірного синдрому за статтю, ми провели аналіз інтенсивності його в залежності від віку. Можна відмітити, що в вікових групах від 1 до 3 років, від 4 до 6 років та від 13 до 18 років майже порівну переважав помірний та інтенсивний висип, який склав від 41,17±4,92% до 52,0±4,99%. А в групі від 8 до 12 років переважно висип був інтенсивний та спостерігався в 15 пацієнтів, що склало 62,5±4,87% від зареєстрованих дітей даної групи. Слабко виражений шкірний висип в кожній віковій групі зустрічався значно рідше та коливався в межах 6,04±2,37% - 17,64±3,82%.

Суглобовий синдром різної інтенсивності спостерігався у 55 (44,35±4,98%) обстежених нами дітей, причому найчастіше в патологічний процес залучаються один чи обидва гомілково-стуглові суглоби (у 75,95% дітей), значно рідше - у 15,2% і 8,86% ми діагностували ураження колінних та ліктьових суглобів, відповідно. Інші суглоби в патологічний процес залучались дуже рідко.

Закономірно, що клінічні прояви ПШГ у обстежених дітей залежали від форми захворювання. Тому для більш ретельного дослідження нами проведений аналіз клінічних форм ПШГ у дітей в залежності від статі. Нами встановлено, що шкірна форма достовірно частіше мала місце у дівчаток - 28 випадків (43,75±4,99%) проти 21 хлопчика (35,59±4,81%), а інші форми спостерігались майже порівну незалежно від статі: шкірно-суглобова - у 29 хлопчиків (49,15±5,01%) та у 28 дівчаток (43,75±4,99%), змішана - у 7 хлопчиків (11,86±3,24%) та 5 дівчаток (7,81±2,69%).

Встановлено, що у дітей хворих на ПШГ, достовірно частіше зустрічається шкірна та шкірно-суглобова

форма захворювання. Найрідше зустрічалась змішана форма з ураженням нирок - у 2 хлопчиків (3,39±1,81%) та у 3 дівчаток (4,68±2,12%) ( $p < 0,05$ ). У 16 (12,9±3,36%) дітей, обстежених нами, спостерігалась змішана форма ПШГ. У всіх спостерігався абдомінальний синдром, у 2 (12,5±3,31%) дівчаток відмічались шлунково-кишкові кровотечі.

Окрім розподілу клінічних форм в залежності від статі, нами були проаналізовані форми ПШГ у дітей в залежності від віку. Як видно з таблиці 1, у обстежених нами дітей віком від 1 до 3 років частіше діагностувались шкірна форма - у 15 дітей (44,11±4,97%) та шкірно-суглобова - у 15 (44,11±4,97%) проти 2 випадків зі змішаною формою (5,88±2,36%) та 2 зі змішаною з ураженням нирок (5,88±2,36%). У дітей від 4 до 7 років переважала суглобова форма - 29 випадків (58,0±4,93%), найрідше зустрічалась змішана форма з ураженням нирок - 3 (6,0±2,37%).

У дітей віком від 8 до 12 років та від 13 до 18 років переважала шкірна форма - у 12 дітей (50,0±5,0%) та відповідно 10 (66,7±4,76%), змішана форма була виявлена лише у 4 дітей (16,7±3,74%) у віці від 8 до 12 років. У дітей старше 13 років змішана та змішана форма з ураженням нирок серед обстежених нами хворих не була зареєстрована.

Наряду з особливостями клінічного перебігу ПШГ у дітей, ми аналізували ступінь активності захворювання. Слід відзначити, що достовірно частіше спостерігався II ступінь та склав більше 50% в усіх вікових групах: від 1 до 3 років - 19 дітей (55,88±5,01%), від 4 до 7 років - 30 (60,0±4,89%), від 8 до 12 років - 12 (50,0±5,0%), від 13 до 18 років - 11 (73,33±4,44%). I ступінь активності спостерігався вдвічі рідше. III ступінь активності був зареєстрований лише у четверті обстежених нами дітей і найчастіше спостерігався в віковому проміжку від 4 до 7 років - 13 (26,0±4,38%) випадків. У дітей старших 13 років III ступінь активності нами не був зареєстрований (табл. 2).

Беручи до уваги ступінь активності ПШГ у дітей в залежності від статі, можна засвідчити, що серед дітей, які знаходились на лікуванні в онкогематологічному відділенні Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні, дівчатка та хлопчики мали порівну I та II ступінь активності, а III ступінь відмічався у дівчаток на третину частіше, що склало 20,31±4,03%.

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. У 64 (51,61±5,02%) обстежених дітей, серед яких переважали дівчатка (59,37±4,93%), розвитку ПШГ передували гострі інфекційні захворювання.

2. Серед обстежених дітей обтяжений алергологіч-

ний анамнез виявлений у 35 (27,41±2,01%) дітей, у 11 (8,87±2,85%) - хронічні вогнища інфекції, ще у 27 (21,77±4,14%) пацієнтів спостерігалась гостра або хронічна герпетична інфекція.

3. Серед обстежених дітей, хворих на ПШГ, зустрічається переважно шкірна та шкірно - суглобова форми - 49 та 57 дітей відповідно, а в патологічний процес найчастіше залучаються один чи обидва гомілково-ступневі суглоби (75,95% дітей).

4. У обстежених дітей з ПШГ спостерігався найчастіше II ступінь активності процесу (>50%) в усіх вікових

групах, проте найчастіше від 8 до 12 років - 12 50,0±5,0% та від 13 до 18 років - 73,33±4,44%.

5. У понад 90% дітей з ПШГ відмічали гострий перебіг захворювання, у 96,61±6,21% хлопчиків та 93,75±2,55% дівчаток.

Перспективними залишаються подальші дослідження клінічних особливостей перебігу ПШГ у дітей, оскільки на основі уточнення отриманих даних можливим є удосконалення діагностичних заходів та пошук нових альтернативних програм лікування в складі базової терапії.

### Список літератури

- Борисова Е. В. К патогенезу геморрагического васкулита у детей / Е. В. Борисова // Педиатрия. - 2011. - №2. - С. 94 - 97.
- Козарезова Г. И. Геморрагический васкулит у детей / Козарезова Г. И. - Мн. : БелКМАПО, 2007. - С. 39.
- Лыскина Г. А. Некоторые аспекты развития, течения и лечения болезни Шенлейна - Геноха у детей / Г. А. Лыскина, Г. А. Зиновьева // Педиатрия. - 2010. - № 6. - С. 131 - 136.
- Новый подход к лечению пурпуры Шенлейна - Геноха / О. Кривошеев, С. Гуляев, А. Семеновых [и др.] // Врач. - 2007. - № 4. - С. 54 - 55.
- Сонина О. И. Роль инфекции в развитии и течения болезни Шенлейна - Геноха у детей / О. И. Сонина // Педиатрия. - 2008. - № 2. - С. 48 - 50.
- Третьякова О. С. Пурпура Шенлейна - Геноха у детей: клиничко - диагностические подходы / О. С. Третьякова // Дитячий лікар. - 2011. - № 5. - С. 8 - 15.
- Henoch - Schonlein purpura in adults: outcome and prognostic factors / E. Pillebout, E. Thervet, G. Hill [et al.] // J. Am. Soc. Nephrol. - 2002. - Vol. 13. - P. 1271 - 1278.
- Ozen S. The spectrum of vasculitis in children / S. Ozen // Best Pract. Clin. Reumatol. - 2012. - № 16. - P. 411 - 425.

**Король Т.Г.**

### КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПУРПУРЫ ШЕНЛЕЙН-ГЕНОХА У ДЕТЕЙ

**Резюме.** В Украине и мире актуальной остается тема изучения клинических особенностей течения пурпуры Шенлейна-Геноха у детей. В течение последнего десятилетия регистрируется увеличение смешанных форм заболевания, имеющие рецидивирующее и хроническое течение. В процессе исследования нами было комплексно обследовано 123 ребенка, больных ПШГ. Полученные нами результаты позволили оценить роль анамнестических данных в развитии заболевания, особенности клинического течения и активности воспалительного процесса у обследованных детей в зависимости от возраста и пола.

**Ключевые слова:** пурпура Шенлейн-Геноха, клинические особенности течения, дети.

**Korol T.G.**

### CLINICAL PECULIARITIES OF THE SCHONLEIN-HENOCH PURPURA OF CHILDREN

**Summary.** Studying of clinical features of Schonlein-Henoch purpura of the children is still an important problem in Ukraine and all over the world. During the last decade we recorded an increase of mixed forms of the disease with recurrent and chronic course. We examined 123 children patients with Schonlein - Henoch purpura. Our results allow us to assess the role of anamnestic data in the development of the disease, clinical course and inflammatory activity of the sick children according to their age and sex.

**Key words:** purple Shenlen-Henoch, clinical peculiarities, children.

Стаття надійшла до редакції 10.06.2014

Король Тетяна Григорівна - лікар-гематолог Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні; +38 067 464-86-17; tanya.korol.75@mail.ru

© Распутін В.В., Распутіна Л.В.

УДК: 159.923.31:616.12-008:616.89

**Распутін В.В., Распутіна Л.В.**

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21029)

## ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ: СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ, ОСОБЛИВОСТІ ПАТОГЕНЕЗУ ТА ЛІКУВАННЯ

**Резюме.** Метою роботи було вивчити стан проблеми психосоматичних розладів, їх поширеність, методи діагностики, методи корекції у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС). Встановлено, що різні психогенні симптоми виявляються у 50% населення, при чому з ними стикаються 80-95 % пацієнтів з різними формами ІХС. На сучасному етапі лікування ІХС суттєве місце посідають інтервенційні методи діагностики та лікування, що часто зумовлюють формування різних психосоматичних розладів та суттєво впливають на прогноз та якість життя цих хворих. Таким чином, вивчення поширеності, симптомів психосоматичних розладів, різних форм цих розладів, а також їх своєчасне та ефективно лікування дозволяють покращити курацію та якість життя цих пацієнтів.

**Ключові слова:** ішемічна хвороба серця, психосоматичні розлади, якість життя, інтервенційна кардіологія.