

ною або «аортальною» у 76 (85,4 %; 95 % ДІ 77,6–92,4 %) і 13 (14,6 %; 95 % ДІ 7,6–22,4 %) випадках відповідно, збільшення розмірів тіні серця відзначено у 80 (89,9 %; 95 % ДІ 83,8–96,2 %) хворих.

Проведені лабораторні дослідження дітей, хворих на ГІМ, виявили таке: загальний аналіз крові показав наявність анемії у 20 (22,5 %; 95 % ДІ 14,3–31,7 %), підвищення ШОЕ (до 20 мм/год) — у 44 (49,4 %; 95 % ДІ 38,6–59,4 %), лейкоцитозу (до 10 тис. од.) — у 54 (60,7 %; 95 % ДІ 50,9–71,1 %), збільшення вмісту еозинофілів — у 37 (41,6 %; 95 % ДІ 31,7–52,3 %) дітей.

Біохімічні показники активності запального процесу були підвищеними: рівень α_2 -глобулінів — у 58 (65,2 %; 95 % ДІ 55,1–74,9 %), γ -глобулінів — у 64 (71,9 %; 95 % ДІ 62,7–81,3 %), С-реактивного білка — у 80 (89,9 %; 95 % ДІ 83,8–96,2 %) і серомукоїду — у 63 (70,8 %; 95 % ДІ 86,6–80,4 %) пацієнтів.

У дітей із ГІМ спостерігалася підвищена активність саркоплазматичних ензимів і коензимів у сироватці крові: серцевих фракцій лактатдегідрогенази — у 83 (93,3 %; 95 % ДІ 87,7–98,3 %) і креатинфосфо-

кінази — у 62 (69,7 %; 95 % ДІ 60,5–79,5 %) випадках.

Висновки

1. При обстеженні дітей, хворих на ГІМ, було виявлено переважання позакардіальних скарг у групах дошкільного та молодшого шкільного віку і переважання кардіальних скарг у пацієнтів старшого віку. Найбільш частими позакардіальними скаргами були нарікання на стомлюваність (80,9 %; 95 % ДІ 72,8–89,2 %), загальну слабкість (57,3 %; 95 % ДІ 46,7–67,3 %), головний біль — (47,2 %; 95 % ДІ 36,6–57,4 %) та поганий апетит (23,5 %; 95 % ДІ 15,1–32,8 %); серед кардіальних — скарги на біль колючого (44,9 %; 95 % ДІ 34,7–55,3 %) та ниючого (28,1 %; 95 % ДІ 18,7–37,3 %) характеру, серцебиття та перебої (34,8 %; 95 % ДІ 26,5–44,0 %) у ділянці серця.

2. У дітей старшого віку в клінічній картині ГІМ при об'єктивному обстеженні превалюють такі симптоми, як порушення серцевого ритму у вигляді тахікардії (66,3 %; 95 % ДІ 56,1–74,9 %) і екстрасистолії (25,8 %; 95 % ДІ 16,9–35,1 %), тобто більше виражений аритмічний варіант перебігу міокардиту.

3. У дітей дошкільного та молодшого шкільного віку більше виражений больовий варіант перебігу міокардиту: превалювання скарг на біль у ділянці серця (56 %; 95 % ДІ 45,7–66,3 %) у клінічній картині поряд з ослабленням тонів (50,6 %; 95 % ДІ 40,6–61,4 %) і розширенням меж серця вліво (49,4 %; 95 % ДІ 38,6–59,4 %).

ЛІТЕРАТУРА

1. Амосова Е. Н. Миокардиты / Е. Н. Амосова // Международный медицинский журнал. — 2000. — № 1. — С. 22–25.

2. Басаргина Е. Н. Патогенетические основы лечения сердечной недостаточности у детей / Е. Н. Басаргина // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2003. — № 1. — С. 38–44.

3. Діти, жінки та сім'я в Одеській області. Статистичний збірник / відп. за випуск І. Г. Шевченко. — Одеса, 2005. — 204 с.

4. Дорошенко Б. Г. Сучасні принципи лікування інфекційного міокардиту / Б. Г. Дорошенко, П. С. Назар // Український кардіологічний журнал. — 2003. — № 1. — С. 27–33.

5. Кардіологія дитячого і підліткового віку: наук.-практ. посіб. / П. С. Мощич, Ю. В. Марушко, С. О. Бабко [та ін.]; за ред. П. С. Мощича, Ю. В. Марушка. — Вінниця: Вища школа, 2006. — 422 с.

6. Myocarditis: emergency department recognition and management / W. J. Brady, J. D. Ferguson, E. A. Ullman, A. D. Perron // Emerg. Med. Clin. North. Am. — 2004. — Vol. 22, N 4. — P. 865–885.

УДК 616.34-002-053.5

Ю. П. Харченко, И. В. Юрченко, С. А. Еременко

СОВРЕМЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ РОТАВИРУСНОГО ГАСТРОЭНТЕРИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Одесский национальный медицинский университет

Одна из актуальных проблем педиатрии — острые кишечные инфекции (ОКИ). Это связано как с высокой частотой заболеваемости, так и с тяжелым течением, склонностью к генерализации процесса. Острые кишечные инфекции

— наиболее частая группа заболеваний, которые регистрируются у детей раннего возраста. Одним из ведущих этиологических возбудителей ОКИ у детей называют ротавирус.

Ротавирусная инфекция (РВИ) в большинстве стран

Европы входит в первую десятку наиболее опасных инфекционных болезней наряду с ВИЧ-инфекцией, гепатитом С, туберкулезом. Заболевание широко распространено во многих странах мира, составляя в развивающихся странах око-



ло половины всех кишечных расстройств у детей первых двух лет жизни. По мнению большинства специалистов, занимающихся эпидемиологией и клинико-эпидемиологическими особенностями вирусных гастроэнтеритов, только ротавирусными гастроэнтеритами в мире ежегодно заболевают более 134 млн человек, госпитализируют 1,8 млн, а погибают около 1 млн больных, причем более половины из них составляют дети [1].

В развитых странах мира доля РВИ среди всех ОКИ составляет от 35 до 65 % (Австралия, Великобритания, Германия, Испания, Франция, США, Канада, Япония и многие другие) [2; 3]. В странах СНГ среди детей и взрослых гастроэнтериты регистрируют во многих регионах России, странах Закавказья, Украины, Прибалтики, Средней Азии и других территорий.

На третьем году жизни у 90 % детей находят антитела к ротавирусу группы А, что свидетельствует о широком распространении этой инфекции. Во время заболевания ротавирусным гастроэнтеритом в организме человека вырабатывается специфический иммунитет, который усиливается при каждом последующем контакте с вирусом [4].

Зарегистрированные в 1995–1996, 2003 гг. в Киеве вспышки внутрибольничной РВИ и вспышка водного происхождения в Одессе в 2000–2001 гг. с вовлечением в эпидемический процесс большого количества людей разных возрастных групп обуславливают угрозу возникновения новых вспышек и подчеркивают актуальность этой инфекции.

Ротавирусы относятся к семейству *Reoviridae*, вирусные частицы имеют диаметр от 65 до 75 нм, внешний вид напоминает колесо с широкой ступицей, короткими спицами и четко очерченным ободом,

поэтому их называют ротавирусами (лат. *Rota* — колесо).

Главным источником ротавирусной инфекции является больной гастроэнтеритом, выделяющий с фекалиями весьма значительное количество вирусных частиц, а также здоровые вирусоносители: дети из организованных коллективов и стационаров, взрослые, прежде всего медицинский персонал роддомов, соматических и инфекционных отделений. Вирус обнаруживается в фекалиях с первых дней развития клинических симптомов, его максимальное выделение отмечается в первые 3–6 дней от начала болезни.

Основным механизмом передачи ротавирусной инфекции считается фекально-оральный. В последнее время широко обсуждается вопрос о возможности воздушно-капельного механизма передачи ротавирусной инфекции, на что указывает наличие катаральных явлений у 50–75 % детей в начале ротавирусного гастроэнтерита [4; 5].

Цель нашего исследования — оценка частоты возникновения ротавирусных гастроэнтеритов, особенностей их клинического течения и параклинических показателей у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования

Были проанализированы результаты клинического и лабораторного обследования 1683 детей в возрасте от 20 дней до 60 мес., которые находились на стационарном лечении в Одесской городской инфекционной клинической больнице с диагнозом острый гастроэнтерит или острый гастроэнтероколит в период с января 2009 г. по декабрь 2010 г. Материал для исследований — испражнения детей, которые собирались в одноразовые пластиковые контейнеры в первые сутки пребывания ребенка в ста-

ционаре. Антиген ротавируса группы А в испражнениях определяли методом ИФА с помощью тест-систем “IDEIA Rotavirus”. Всем детям проводили общеклинические исследования (общий анализ крови, мочи, копрограмма), бактериологическое исследование испражнений на патогенную и условно-патогенную флору. Диагноз был поставлен на основании анализа клинико-эпидемиологических данных, результатов бактериологических и серологических исследований, а также выявления антигена ротавируса.

Результаты исследования и их обсуждение

За период с января 2009 г. по декабрь 2010 г. были исследованы пробы испражнений 1683 детей со спорадической заболеваемостью ОКИ. У 750 (44,6 %) детей с помощью метода ИФА был выявлен антиген ротавируса группы А, что говорит о значительном удельном весе ротавируса в этиологической структуре ОКИ у детей раннего возраста. Среди обследованных детей было 398 мальчиков и 352 девочки.

Согласно нашим данным, высокая заболеваемость ротавирусной инфекцией наблюдается в течение всего года, как в летние (15–38 %), так и в зимние месяцы, когда было зарегистрировано наибольшее количество больных ротавирусным гастроэнтеритом (62–67 %). В группе с выявленным ротавирусом было 615 детей, проживающих в городе, и 133 ребенка из сельской местности (рис. 1).

При анализе возрастной структуры пациентов с ротавирусной инфекцией выявлено, что чаще всего заболевания регистрировали среди детей первых двух лет жизни — 452 (60,2 %) ребенка, при этом в возрасте до 1 года было выявлено 194 (25,8 %) ребенка, от 1–2 лет — 258 (34,4 %), от 2–5 лет — 298 (39,7 %). Коли-



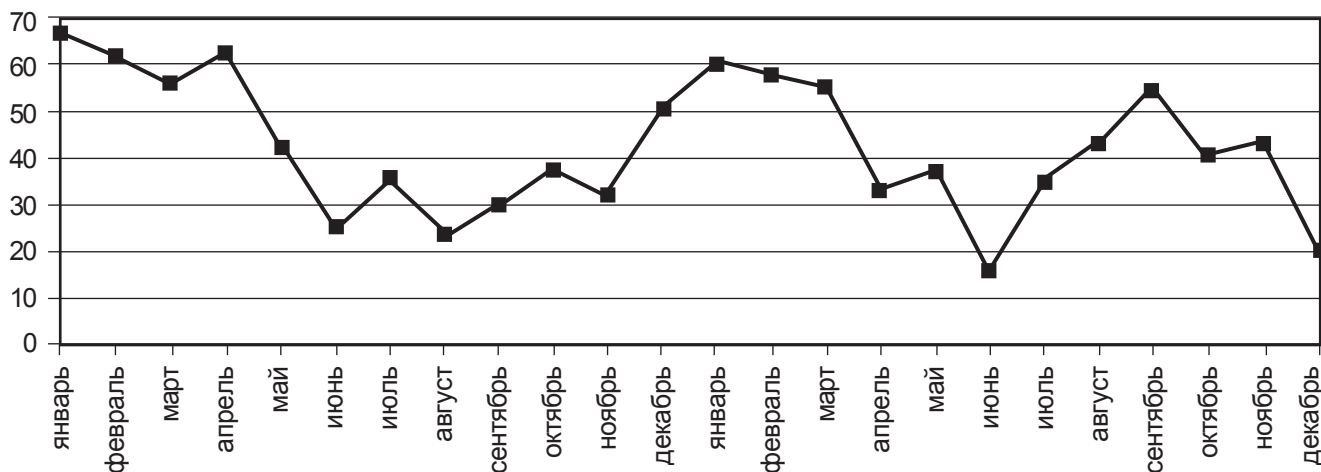


Рис. 1. Частота заболеваемости больных ротавирусным гастроэнтеритом детей за период наблюдения (2009–2010 гг.)

чество детей первого полугодия жизни составило 8,2 %, что, возможно, объясняется защитой организма ребенка антителами, полученными трансплацентарно или с молоком матери.

Клиническая симптоматика заболевания характеризовалась повышением температуры тела, интоксикацией, признаками дегидратации, рвотой, поносом, катаральными явлениями (табл. 1).

По нашим наблюдениям, температура тела от 38 до 39,8 °С наблюдалась у 625 детей (83,3 %) (рис. 2). При легком течении болезни повышение температуры в течение суток наблюдалось в 64,1 % случаев, до 3 дней — в 27,8 % и более 3 дней — в 8,1 % детей. Повышение температуры до более высоких цифр сопровождалось более выраженными

проявлениями интоксикации. Практически у всех детей отмечалась слабость, сонливость (85,4 %), они отказывались от еды и питья (98,1 %).

Диарейный синдром наблюдался у 731 (97,4 %) ребенка. Он возникал на 1-е–3-и сутки от начала заболевания и продолжался до 3 дней у 614 (83,9 %) детей и свыше 3 дней — у 117 детей (16,1 %). Типичными были обильные испражнения желтого или желто-зеленого цвета частотой 1 раз в сутки у 85 (11,6 %) детей, 2–5 раз в сутки — у 476 (65,1 %), свыше 5 раз — у 170 (23,2 %) пациентов.

Рвота возникла у 654 (87,2 %) детей, в течение 1 дня — в 52 % случаев, в течение 2–3 дней — в 31 % и свыше 3 дней — в 17 % случаев. Однократная рвота наблюдалась у 197 (30,1 %) детей, от 2–5 раз в сутки — у 362 (55,3 %) детей и многократная (более 5 раз в сутки) — у 95 (14,6 %) детей.

Респираторный синдром как один из характерных синдромов для данного инфекционного заболевания фиксировался у 486 (64,8 %) детей. Клинически он проявлялся в виде заложенности носа, кашля, гиперемии задней стенки глотки, миндалин.

В 25,1 % случаев наблюдалось легкое течение болезни,

в 74,9 % — средней степени тяжести. Случаев тяжелого течения болезни не зарегистрировано.

При исследовании анализа периферической крови у 45,8 % детей отмечались изменения в виде лейкоцитоза, нейтрофилеза со сдвигом лейкоцитарной формулы влево на фоне увеличения скорости оседания эритроцитов. Более значительные изменения со стороны периферической крови отмечались у пациентов с вирусно-бактериальной ассоциацией. Изменений в общем анализе мочи у обследованных больных выявлено не было.

При бактериологическом исследовании испражнений установлено, что в 33,8 % случаев отмечается сочетание ротавирусной инфекции с патогенной и условно-патогенной флорой (шигелла, сальмонелла, протей, стафилококк).

При копрологическом исследовании воспалительные изменения наблюдались в 30,6 %, наличие слизи — в 59,8 %, увеличение количества мышечных волокон — в 10,4 %, крахмала — в 64,9 %, непереваренной клетчатки — в 80,5 % случаев.

Выводы

1. При исследовании испражнений детей до 5 лет, госпитализированных с диагно-

Таблица 1

Клинические проявления ротавирусного гастроэнтерита у детей, %

Симптом	Частота встречаемости
Диарея + рвота + лихорадка	65,70
Диарея + рвота	23,30
Диарея + лихорадка	7,50
Рвота + лихорадка	6,60
Катаральные явления	64,80





Рис. 2. Продолжительность клинических симптомов у детей с ротавирусным гастроэнтеритом: 1 — 1 день; 2 — 2–3 дня; 3 — свыше 3 дней

зом острый гастроэнтерит или гастроэнтероколит, в 44,6 % случаев был выявлен антиген ротавируса группы А, что свидетельствует о широком распространении ротавирусной инфекции среди детей этой возрастной группы.

2. Заболеваемость ротавирусной инфекцией регистрируется на протяжении всего года, при этом наибольшее количество случаев приходится на холодное время года (до 70 %).

3. Среди заболевших ротавирусным гастроэнтеритом или гастроэнтероколитом 2/3 составили дети первых 2 лет жизни, при этом количество детей до 1 года регистрировалось в 25,8 % случаев.

4. Наиболее часто в клинической картине отмечался типичный симптомокомплекс: сочетание диарейного синдрома и рвоты на фоне лихорадки (65,7 % случаев), реже отмечалось сочетание диарейного синдрома и рвоты без повышения температуры тела (24,3 %), а также катаральные явления (64,8 %).

5. В большинстве случаев клинические симптомы сохранялись не более 3 дней от начала болезни, что позволяет утверждать о преимущественно легком и среднетяжелом течении болезни.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Burden of Rotavirus Diseases in European Union Countries* / M. Soriano-Gabarro, J. Mrukowicz, T. Vesika-

ri, Th. Verstraeten // *The Pediatric Infectious Disease Journal*. — 2002. — Vol. 25, N 1. — P. 7–11.

2. *Global Illness and Deaths Caused by Rotavirus Disease in children* / V. D. Parashar, E. G. Hummelman, J. S. Bresee [et al.] // *Emerg. Infect. Dis.* — 2003. — Vol. 9. — P. 565–572.

3. *Nosocomial Rotavirus Infection in European Countries. Burden of Rotavirus Diseases in European Union Countries* / O. Gleizes, U. Desselberger, V. Tatochenko [et al.] // *The Pediatric Infectious Disease Journal*. — 2003. — Vol. 25, N 1. — P. 12–21.

4. *Васильев Б. Я. Острые кишечные заболевания. Ротавирусы и ротавирусная инфекция* / Б. Я. Васильев, Р. И. Васильева, Ю. В. Лобзин. — СПб., 2000.

5. *Водный путь передачи возбудителя ротавирусной инфекции* / В. И. Сергеев, Н. Б. Вольдшмидт, Е. В. Сармометов [и др.] // *Эпидемиологические и инфекционные болезни*. — 2004. — № 6. — С. 17–20.

УДК 616.12-008.331.1-092:616.379-008.9-056.7

В. В. Школьник, В. Д. Немцова, Ю. Н. Шапошникова

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ В РАЗВИТИИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Харьковский национальный медицинский университет

Наблюдаемый во многих странах рост случаев метаболического синдрома (МС), ожирения и сахарного диабета 2 типа (СД2Т) формирует опасную, клинически сложную ситуацию, что может замедлить или даже остано-

вить прогресс в лечении сосудистых заболеваний, наметившийся в последние годы. В настоящее время в качестве ключевой этиологической категории в патогенезе МС рассматривается инсулинорезистентность (ИР) [1–3].

