

3. Концентричний тип змін ЛШ частіше визначався у чоловіків з успадкованою схильністю до АГ (88,7 %), а також з вегетативними порушеннями регуляції діяльності серця у вигляді зниження парасимпатичних і відносного зростання симпатичних впливів у стані спокою (вночі), з надмірною реактивністю симпатичної та недостатньою реактивністю парасимпатичної компоненти ВСР у ранковий період.

4. Ексцентричний тип змін ЛШ частіше визначався у чоловіків з надлишковою масою тіла (38,7 %), порушеннями циркадіанних індексів ЧСС і вегетативних впливів на діяльність серця.

5. Одержані результати можна використовувати для розробки методів вегетативної корекції у чоловіків молодого віку

з високим нормальним АТ та першим ступенем АГ з метою профілактики прогресування уражень серця.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. *Оценка распространенности ремоделирования миокарда при артериальной гипертензии с применением различных эхокардиографических критериев* / А. О. Конради, Д. А. Захаров, А. Г. Рудоманов, Е. В. Шляхто // Артериальная гипертензия. — 2001. — Т. 7, № 1. — С. 20-27.

2. *Шляхто Е. В., Конради А. О., Моисеев О. М.* Молекулярно-генетические и клеточные аспекты ремоделирования сердца и сосудов при гипертонической болезни (обзор) // Тер. архив. — 2004. — № 6. — С. 51-56.

3. *Вплив частоти серцевих скорочень на клінічний перебіг і ефективність комбінованої терапії хворих на артеріальну гіпертензію з урахуванням типу геометрії лівого шлуночка* / О. Г. Даценко, М. І. Яблучанський, І. Г. Крайз, Н. Ю. Усань

// Одес. мед. журнал. — 2003. — № 2. — С. 34-37.

4. *Шляхто Е. В., Конради А. О.* Причины и последствия активации симпатической нервной системы при артериальной гипертензии // Артериальная гипертензия. — 2004. — Т. 9, № 3. — С. 81-88.

5. *Left Ventricle Hypertrophy* / Ed. by D. J. Sheridan. — Churchill Livingstone, 1998. — 209 p.

6. *Сучасна діагностика та лікування гіпертрофії лівого шлуночка у хворих на артеріальну гіпертензію: Метод. рекомендації* / Щ. Г. Купчинська, Є. П. Свіщенко, Ю. М. Сіренко та ін. — К., 2002. — 24 с.

7. *Heart rate variability. Standards of measurement, physiological, and clinical use. Task Force of European Society of Cardiology and The North American Society of Pacing and electrophysiology* // Europ. Heart J. — 1996. — Vol. 17. — P. 354-381.

8. *Рязанов А. С., Смирнова М. Д., Юренев А. П.* Гипертрофия миокарда левого желудочка. Вопросы патогенеза // Тер. архив. — 2000. — № 2. — С. 72-77.

УДК 616.98-053.2/6

Ю. П. Харченко, А. М. Михайлова, Г. О. Проскуріна

## КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ У ДІТЕЙ ПІВДНЯ УКРАЇНИ

Одеський державний медичний університет

Проблема інфекційного мононуклеозу (ІМ) у дітей як найбільш частого та типового прояву Епштейна — Барр вірусної (ЕБВ) інфекції стає у наш час все більш актуальною. В першу чергу це пов'язано з практично абсолютною розповсюдженістю циркуляції вірусу Епштейна — Барр серед населення земної кулі, яка сягає 80,5–100 %, а також з тим, що захворюваність на інфекційний мононуклеоз за останні 10 років значно зросла [1].

Так, за даними Міської клінічної інфекційної лікарні м. Одеси, за останні 20 років захворюваність на ІМ зросла в 60 разів (рисунок). Це пояснюється

як дійсним ростом захворюваності, так і тим, що перебіг ІМ став більш тяжким, і кількість госпіталізованих хворих збільшилася.

На ІМ хворіють переважно діти. В загальній захворюваності на їх частку припадає 70–80 % [2]. Для України притаманна двопікова захворюваність, коли більшість хворих — це діти віком до 5 років та підлітки 14–17 років [3]. На клінічний перебіг ІМ у дітей в Україні накладає суттєвий відбиток аварія на ЧАЕС [4].

Наприкінці 80-х років ХХ сторіччя вважали, що захворюваність на ІМ дітей до дворічного віку майже неможлива,

однак в останні роки спостерігається велика кількість захворювань на ІМ серед дітей до 2 років [5]. Почастішали випадки захворювання дітей першого року життя.

**Метою** даного дослідження є виявлення та наукове обґрунтування клінічних та епідеміологічних особливостей перебігу інфекційного мононуклеозу в дітей Півдня України.

#### Матеріали та методи дослідження

Під наглядом знаходилося 160 дітей, хворих на типову форму ІМ, віком від 0 до 18 років, 102 хлопчики та 58 дівчаток.



У всіх досліджуваних хворих діагноз ІМ було підтверджено за допомогою полімеразної ланцюгової реакції та імуноферментного аналізу за стандартними методиками у вірусологічній лабораторії ОблСЕС.

Задля виявлення особливостей перебігу ІМ у дітей використовувались основні клінічні (опитування, огляд, перкусія, пальпація, аускультация) та параклінічні методи (загальний аналіз крові та сечі, біохімічний аналіз крові), ЕКГ.

Статистична обробка отриманих даних проводилася за допомогою програми Microsoft Excel 2000 на ПЕОМ Pentium III.

### Результати дослідження та їх обговорення

Згідно з отриманими даними, 3,39 % пацієнтів хворіють на атипичну форму ІМ, але такі випадки були виключені з даного дослідження.

Захворювання вражає переважно хлопчиків (63,75 %). Серед досліджуваних хворих дітей першого року життя було 2,5 %; пацієнтів від 1 року до 5 — 39,38 %, причому 90 % з них — діти 2 років; підлітків від 15 до 18 років — 25,62 %.

Привертає увагу важлива епідеміологічна особливість інфекційного мононуклеозу у дітей Півдня України. Так, на відміну від класичного зимово-весняного підйому захворюваності на ІМ, у Південному регіоні спостерігається виразний підйом захворюваності в теплі місяці року — з липня по жовтень. На наш погляд, це пояснюється загальним зниженням популяційного імунітету під впливом інсоляції на фоні дії малих доз радіації.

Аналіз клінічного перебігу ІМ у дітей Півдня України засвідчує, що:

- у 71,88 % хворих спостерігався ІМ середньої тяжкості;
- у всіх 160 пацієнтів захворювання супроводжувалось інтоксикацією різного ступеня виразності. Так, у 97,5 % випадків хворі скаржилися на

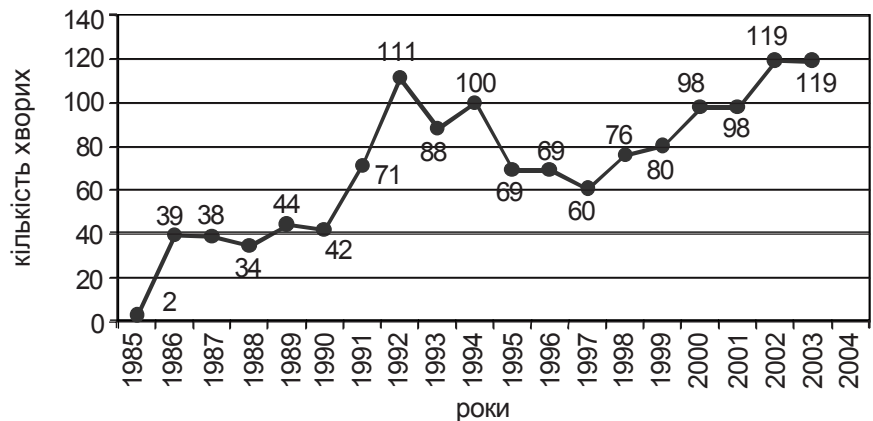


Рисунок. Загальна кількість хворих на інфекційний мононуклеоз за останні 20 років (за даними архіву МКІЛ м. Одеси)

слабкість, 91,25 % пацієнтів відмічали відсутність апетиту;

- гіпертермія спостерігалась у 98,13 % хворих та зберігалась не довше 10-го дня хвороби (в середньому —  $5 \pm 2$  дні);

- ангіна спостерігалась у 83,75 % хворих. До кінця першого тижня хвороби мигдалики звільнялися від нальоту у 40,3 % хворих;

- лімфаденопатія спостерігалась у 93,75 % випадків. У 25,47 % хворих вона перебігала за типом мікрополіаденії, у інших збільшувались окремі групи лімфовузлів;

- порушення носового дихання спостерігалось у 80,63 % хворих та розвивалось в 1-шу–2-гу добу від початку захворювання у 90,7 % з них, у більшості випадків зберігаючись не довше 10 днів; 11,88 % пацієнтів скаржилися на хропіння під час сну;

- гепатомегалія відмічалась у 1,5 разу частіше, ніж спленомегалія, зберігалась довше, збільшення печінки сягало більших цифр, ніж збільшення селезінки. Так, у наших дослідженнях збільшення печінки на 1–2 см спостерігалось у 79,38 % пацієнтів, спленомегалія до 0,5–1 см була виявлена у 47,5 % хворих. Тривалість спостереження гепатомегалії в більшості випадків не перевищувала 20 днів, спленомегалії — 10 днів. У дітей дошкільного віку гепатоспленомегалія є незначною та зберігається недовго — близько тижня, тимчасом як старшим дітям притаманне

більш тяжке ураження печінки та селезінки;

- екзантема спостерігалась у 20,63 % випадків порівняно з 13–15 % — за даними літератури [1]. Цей факт пояснюється тим, що діти Півдня України більше схильні до алергічних реакцій порівняно з дітьми інших областей. Але на протигагу загальнорозповсюдженій думці про зв'язок між появою висипки та використанню у лікуванні ампіциліну, в нашому дослідженні жодного такого випадку виявлено не було;

- з боку серцево-судинної системи відзначалися мінущі порушення у вигляді аритмії або тахіаритмії, тахікардії, легкого систолічного шуму на верхівці та в т. Боткіна, які розцінювалися як легка форма «інфекційного серця». У міру одужання ці зміни зникали. У 1,88 % досліджуваних дітей спостерігався міокардит середнього ступеня тяжкості. Ускладнень з боку інших органів та систем, зокрема з боку нервової та дихальної систем, не спостерігалось;

- у загальному аналізі крові: до початку лікування у 72,5 % пацієнтів спостерігався помірний лейкоцитоз, що сягав в окремих випадках 26,3–32,0 Г/л. Після проведеного лікування в 45,25 % спостерігалися нормальні показники лейкоцитів;

- у лейкоцитарній формулі у більшості досліджених хворих (94,38 %) був виявлений значний лімфоцитоз. У 52,5 %



Таблиця

**Особливості клініки інфекційного мононуклеозу у дітей Півдня України (порівняно з літературними даними)**

Показники	Клінічні дані, %	Літературні дані, %
Загальні		
Сезонність	липень-жовтень	холодні місяці
Вік хворих		
до 1 року	2,5	0
1–2 роки	35,63	17
11–14 років	9,38	23,04
15–18 років	25,62	10,12
Ступінь тяжкості		
легкий	17,5	8,9
середній	71,88	78,1
тяжкий	10,62	13
Клінічні		
Лімфаденопатія		
всього	93,75	100
тяжка	5,63	35
Гепатомегалія	79,38	90
Спленомегалія	47,5	62,2
Екзантема	20,63	13–15
Лабораторні		
Лейкоцитоз (до 32 Г/л)	72,5	90
Атипові мононуклеари	95,63	100

дітей лімфоцитоз при виписуванні був вищий, ніж до початку лікування;

— атипові мононуклеари були виявлені у 95,63 % хворих (порівняно зі 100 % виявлення за літературними даними);

— показник ШОЕ зростав більш ніж у половини хворих.

### Висновки

Таким чином, клінічна картина інфекційного мононуклеозу у дітей Півдня України, за

нашими даними, має такі особливості (таблиця): відбувся ріст захворюваності в 20 разів після аварії на ЧАЕС і в 3 рази за останні 15 років; пік сезонної захворюваності змістився із зимових на літні місяці; захворювання вражає дітей більш молодшого віку, не виключаючи немовлят; спостерігається більш легкий перебіг захворювання з відсутністю злоякісних форм; наявна переважно слабка виразність реакції лім-

фатичних вузлів; частота гепатомегалії нижча за типову на 10 і 15 % відповідно; почастишали випадки алергічних проявів у вигляді екзантем; відзначено відносно високий рівень лейкоцитозу і лімфоцитозу в периферичній крові; трапляються випадки ІМ без виявлення в лейкоцитарній формулі атипових мононуклеарів.

### ЛІТЕРАТУРА

1. *Инфекционный мононуклеоз: Клиника, новые подходы к диагностике и лечению* / В. В. Иванова, О. В. Родионова, А. А. Букина и др. // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. — 2001. — № 1. — С. 56-61.

2. *Клиника и диагностика инфекционного мононуклеоза у детей грудного возраста* / Е. И. Краснова, А. В. Васюнин, Н. А. Никифорова, А. С. Поздняков // Детские инфекции. — 2004. — № 1. — С. 6-10.

3. *Ачкасова Т. А. Состояние иммунитета при инфекционном мононуклеозе у детей* // Медицина сегодня и завтра. — 2003. — № 2. — С. 32-38.

4. *Шаповалова Г. А., Мінков І. П. Імунологічна реактивність дітей і підлітків з контрольованих у зв'язку з аварією на ЧАЕС районів (огляд літератури)* // Перинатологія та педіатрія. — 2000. — № 4. — С. 45-49.

5. *Ачкасова Т. А., Богадельников І. В., Горішняк Л. Х. Інфекційний мононуклеоз — хвороба чи маркер імунodefіциту* // ПАГ. — 2001. — № 4. — С. 63-64.

УДК 616.366-002.43-085.24

О. С. Хухліна

## ГЛУТАРГІН — ЕФЕКТИВНИЙ ЗАСІБ ЛІКУВАННЯ І ПРОФІЛАКТИКИ ПРОГРЕСУВАННЯ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ НА ФОНІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ТИПУ 2

Буковинський державний медичний університет, Чернівці

Сучасні дослідження в галузі гепатології вказують на те, що серед багатьох патогенетичних механізмів розвитку та

прогресування неалкогольного стеатогепатиту (НАСГ), що виникає на фоні синдрому інсулінорезистентності (ІР),

істотну роль відіграють порушення вуглеводного обміну внаслідок відносної інсулінової недостатності, гіпер- та дис-

