

В.Д. Москалюк

РЕСПІРАТОРНО-СИНЦИТІАЛЬНА ІНФЕКЦІЯ ВОРГАНІЗОВАНОМУ КОЛЕКТИВІ: КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА

Буковинський державний медичний університет

Вивчено клініко-епідеміологічні особливості перебігу респіраторно-синцитіальної інфекції у військовослужбовців строкової служби, які перебували на стаціонарному лікуванні в інфекційному відділенні базового військового госпіталю. Встановлено, що найбільше випадків захворювання зареєстровано в грудні 2003 р. Хвороба зберігала типовий характер. У 38 (18,0 %) хворих був легкий ступінь недуги, у 153 (77,3 %) – середній, у 10 (4,7 %) – тяжкий. У 5 (2,4 %) хворих з тяжким ступенем захворювання розвинулися ускладнення: гострий отит – 1, гострий синусит – 2, гострий бронхіт – 2. У 3 (1,4 %) пацієнтів спостерігалось загострення супутньої патології (хронічний бронхіт – 2, хронічний синусит – 2).

Гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) займають перше місце у світі серед всіх захворювань, вони завдають значної шкоди здоров'ю людей і економіці країни [1, 2]. ГРВІ зумовлюють 10-50 % тимчасової непрацездатності населення. Для них характерний розвиток тяжких ускладнень [3]. Не є винятком і респіраторно-синцитіальна інфекція (РС-інфекція), яка почасти ускладнюється пневмонією, ураженням ЦНС тощо [4]. Клінічно виражені форми РС-інфекції у дорослих перебігають частіше із симптомами ураження верхніх дихальних шляхів, проявом чого є чхання, нежить, кашель, біль в горлі. Захворювання часто супроводжується помірним підвищенням температури тіла, іноді гарячки може не бути. В період розпалу захворювання може з'являтися кон'юнктивіт, склерит. Задня стінка глотки і м'яке піднебіння набряклі, гіперемійовані [2].

Особливістю РС-інфекції порівняно з іншими ГРВІ є триваліший перебіг, в середньому до 10 днів, але можливі варіанти (від 1 до 30 днів), кашель зберігається довше за інші симптоми [2, 5]. У частини хворих (частіше це пацієнти з імунодефіцитом) РС-інфекція може також перебігати з ураженням бронхів, бронхіол, легень [2].

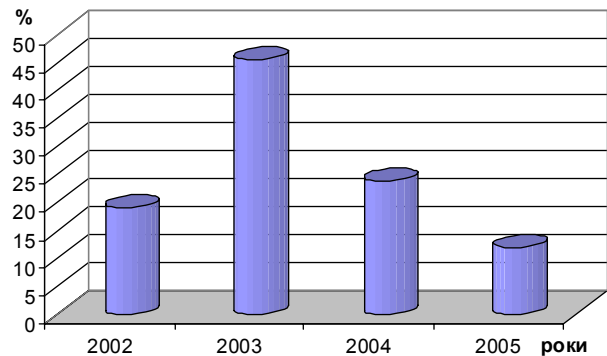
РС-інфекція сприяє активації хронічної інфекції (загострення хронічного бронхіту, пневмонії). Пневмонія, гнійний отит можуть бути і наслідком суперінфікування бактерійною флорою хворих, проте при РС-інфекції вторинна бактерійна флора відіграє значно меншу роль, ніж при інших ГРВІ [2].

У літературі є поодинокі роботи, присвячені вивченню респіраторно-синцитіальної інфекції.

Тому метою дослідження було вивчити клініко-епідеміологічні особливості перебігу респіраторно-синцитіальної інфекції у військовослужбовців строкової служби на сучасному етапі.

Матеріали і методи

Проведено клініко-епідеміологічний аналіз захворюваності на РС-інфекцію за період з 2002 по 2005 рр. серед військовослужбовців строкової служби, чоловічої статі, віком від 18 до 22 років, які перебували на стаціонарному лікуванні в базовому інфекційному відділенні військового госпіталю м. Чернівців. Етіологія РС-інфекції була підтверджена на основі виявлення антитіл класу IgM в мазку з ротоглотки і носа методом ІФА, частково – підтверджувалася люмінесцентним методом.



Мал. 1. Динаміка захворюваності на РС-інфекцію (2002-2005 рр.)

Результати досліджень та їх обговорення

Усі хворі перебували на стаціонарному лікуванні протягом грудня-березня. Найбільше хворих було у грудні 2003 р. (мал. 1).

46 (22,8 %) пацієнтів були госпіталізовані на перший день недуги, 145 (72,2 %) – на другий день і 10 (5,0 %) – на третій день хвороби.

На контакт з хворими на ГРВІ вказували 75 (37,3 %) госпіталізованих. Решта пацієнтів хворобу пов'язували з переохолодженням. Спалах захворювання, на нашу думку, зумовила скупченість військовослужбовців (казармене проживання, поповнення новим призовом, переохолодження тощо).

У хворих, які були ушпиталені в перший день хвороби, спостерігався виражений інтоксикаційний синдром, що проявлявся ознобом, підвищенням температури тіла до субфебрильних цифр у 132 (65,6 %), до фебрильних – у 69 (34,2 %). У 142 (70,6 %) пацієнтів спостерігався кон'юнктивіт, у 48 (23,8 %) – набряк і гіперемія задньої стінки глотки та м'якого піднебіння. У 164 (81,5 %) пацієнтів відмічався нежить, у 66 (32,8 %) – нападopodobний кашель, періодичні напади задухи, задишка, ціаноз. 32 (16,0 %) хворих турбувала біль у горлі.

Практично у всіх хворих була тахікардія, у 74 (36,8 %) аускультативно визначалася глухість серцевих тонів і зниження АТ. Перкуторно в легенях у 24 (12,0 %) виявлялися емфізематозні ділянки, а при аускультатії на фоні жорсткого дихання у 32 (16,0 %) вислуховувалися різнокаліберні вологі та сухі хрипи. Ознаки ураження легенів і бронхів поєднувалися з явищами риніту, фарингіту.

При дослідженні крові у більшості хворих спостерігалася лейкопенія; у 16 (8,0 %) – лейкоцитоз, у поодиноких випадках – нормоцитоз.

За даними рентгенографії виявлялись перибронхіальні ущільнення.

У 38 (18,0 %) хворих встановлено легкий ступінь недуги, у 153 (77,3 %) – середній, у 10 (4,7 %) – тяжкий.

У 5 (2,4 %) хворих з тяжким ступенем захворювання розвинулися ускладнення: гострий отит – 1, гострий синусит – 2, гострий бронхіт – 2. У 3 (1,4 %) пацієнтів спостерігалася загострення супутньої патології (хронічний бронхіт – 2, хронічний синусит – 2).

Тривалість хвороби, в середньому, становила 10-12 днів.

Висновки

1. Протягом 2002-2005 рр. спостерігався спалах респіраторно-синцитіальної інфекції серед військовослужбовців строкової служби Чернівецької області, при цьому пік захворюваності зареєстровано у 2003 р.

2. Хвороба зберігала типовий характер. У 38 (18,0 %) хворих встановлено легкий ступінь захворювання, у 153 (77,3 %) – середній, у 10 (4,7 %) – тяжкий.

3. У 5 (2,4 %) хворих з тяжким ступенем недуги розвинулися ускладнення: гострий отит – 1, гострий синусит – 2, гострий бронхіт – 2.

4. У 3 (1,4 %) пацієнтів спостерігалася загострення супутньої патології (хронічний бронхіт – 2, хронічний синусит – 2).

Література

1. Андрейчин М.А. Гострі респіраторні хвороби (лекції). – Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. – 38 с.
2. Возианова Ж.И., Ковалева Н.М. Острые респираторные заболевания (клиника, диагностика, лечение) // Сучасні інфекції. – 1999. – №1. – С. 16-22.
3. Диагностика, терапія і профілактика інфекційних хвороб в умовах поліклініки / За ред. М.А. Андрейчина. – Львів: Медична газета України, 1996. – 352 с.
4. Карпухин Г.И., Карпухина О.Г. Диагностика, профилактика и лечение острых респираторных заболеваний. – СПб.: Гиппократ, 2000. – 180 с.
5. Ленева И.А., Соколова М.В., Федякина И.Т. и др. Использование иммуноферментного анализа для изучения действия противовирусных препаратов на репродукцию респираторно-синцитиального вируса // Вопр. вирусол. – 2002. – Т. 47, № 2. – С. 42-45.

RESPIRATORY-SYNCYTIAL INFECTION IN AN ORGANIZED BODY PEOPLE: CLINICO-EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS

V.D. Moskaliuk

SUMMARY. The author has studied the clinico-epidemiological peculiarities of the course of respiratory-syncytial infection in servicemen of statutory service who were under inpatient treatment at the infectious department of the basic military hospital. It has been established that the largest number of cases of the disease was registered in December 2003. The disease

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

preserved a typical character. 38 (18,0 %) patients were characterized by a mild course of the disease, 153 (77,3 %) by a medium degree of severity, in 10 (4,7 %) the course was severe. In 5 (2,4 %) patients with a severe course of the disease

developed complications: acute otitis – 1, acute sinusitis – 2, acute bronchitis – 2. Exacerbation of concomitant pathology (chronic bronchitis – 2, chronic sinusitis – 2) was observed in 3 (1,4 %) patients.

© Шаповалова І.О., 2006
УДК 616.988.73-22.578.36

І.О. Шаповалова

ВПЛИВ КОМБІНАЦІЇ ЦИКЛОФЕРОНУ, ГЛУТАРГІНУ ТА ЕНТЕРОСОРБЦІЇ НА КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ ПІДЛІТКІВ, ЯКІ ПЕРЕНОСИЛИ ГОСТРИЙ ТОНЗИЛІТ

Луганський державний медичний університет, Український науковий центр МОЗ та АМН України

Досліджено вплив циклоферону, глутаргіну та ентеросорбції на клініко-імунологічні показники у підлітків, які перенесли гострий тонзиліт (ГТ). Встановлено, що включення комбінації цих препаратів до комплексу лікування цієї патології сприяє швидшій ліквідації клінічних ознак захворювання та відновленню імунного гомеостазу.

У сучасних умовах захворюваність на ГТ серед дітей і підлітків перебуває на другому місці в загальній структурі інфекційної патології після ГРВІ та грипу, причому відмічено тенденцію до підвищення частоти виникнення рецидивів захворювання та формування низки ускладнень, що пов'язують з наявністю у цих осіб вторинного імунодефіциту [1, 2].

За останні десятиріччя все більше значення в патогенезі повторних (рецидивних) тривалих і хронічних інфекційних процесів надається порушенням імунної реактивності організму – формуванню вторинних імунодефіцитних станів і пригніченню природної антиінфекційної резистентності, особливо у підлітків, які проживають в екологічно несприятливих регіонах з високим рівнем забруднення довкілля ксенобіотиками й радіонуклідами [3, 4].

За даними літератури, традиційна антибактерійна терапія у підлітків, які перехворіли на ГТ, недостатньо ефективна і забезпечує лише тимчасове покращення загального стану [4]. Тому акту-

альним питанням для клінічної практики є пошук нових препаратів для лікування підлітків, які перехворіли на ГТ. У цьому плані нашу увагу привернула можливість використання для лікування цих контингентів комбінації глутаргіну, циклоферону та ентеросорбції.

Циклоферон – імуноактивний препарат, що володіє значною інтерфероніндукувальною активністю, а також протизапальними властивостями. У клінічній практиці відзначена здатність циклоферону регулювати антигілоутворення, природну кілерну активність Т-лімфоцитів і стимулювати фагоцитоз поряд з активною протизапальною дією [5, 6].

Глутаргін – принципово новий гепатопротектор, який володіє сильною антитоксичною дією. За хімічним складом є сіллю L-аргініну і глутамінової кислоти [7, 8]. Глутаргін має антитоксичну дію, яка реалізується шляхом активації перетворення ам'яку в сечовину. Крім того, препарат покращує енергетичний обмін через первинне накопичення клітинної енергії, коригує кислотно-лужний стан за рахунок нормалізації лужного запасу крові. Його антиоксидантна та мембраностабілізуюча дія забезпечується через здатність знижувати рівень продуктів ПОЛ, а також стабілізувати мембрани гепатоцитів за рахунок зниження активності цитолітичних ферментів [6-8].

Клініко-патогенетичний ефект поєданого введення циклоферону та глутаргіну суттєво пе-