

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

5. Изучение эффективности полидана в комбинации с тим азидом при терапии ВИЧ-инфекции / Папуашвили М.Н., Пинегин Б.В., Щелканов М.Ю., Мацевич Г.Р. // Иммунология. – 2003. – № 3. – С. 132-140.

6. Norris Ph. J., Rosenberg E.S. Cellular immune response to human immunodeficiency virus // AIDS. – 2001. – Vol. 15, Suppl. 2. – S16-S21.

7. Pantaleo G., Walker B. Retroviral Immunology: Immune response and Restoration. – Totova, New Jersey, 2001.

8. Мочевой синдром у ВИЧ-инфицированных больных в стадии СПИДа / Гоженко А.И., Горобец О.П., Гойдик В.С. и др. // Нефрология. – 2008. – № 4 (12). – С. 54-58.

9. Пієлонефрит у ВІЛ-інфікованих хворих у стадії СНІДу / Гоженко А.І., Горобець О.П., Гойдик В.С. та ін. // Дерматовенерологія. Косметологія. Сексопатологія. – 2008. – № 1-2 (11). – С. 233-236.

10. Особенности структурных изменений в корковом веществе почек у больных СПИДом при сопутствующем пиелонефрите / Насибуллин Б.А., Гоженко А.И., Горобец О.П., Михальчук В.Н. // Вісник морфології. – 2009. – № 1 (15). – С. 47-50.

VIOLETION OF HOMEOSTASIS IN HIV-INFECTED PATIENTS

A.I. Hozhenko, O.P. Horobets, V.S. Hoydyk, H.P. Horobets, N.S. Hoydyk, O.B. Kvasnytska

SUMMARY. Studied violation of homeostasis in 100 HIV-infected of patients in the stage of AIDS which were on stationary treatment in Odessa regional Center on a prophylaxis and fight against AIDS. It was set that for patients poliorganing insufficiency which makes progress depending on the degree of immunological insufficiency takes a place AIDS. And it in same queue a question puts appropriately that next to specific antiretrovirus therapy and fight against infectious complications it is needed to extend specific therapy of poliorganing insufficiency, that it is especially important presently when possibilities of specific therapy grow.

Key words: homeostatic indexes, HIV-infection/AIDS, level CD4+-T-lymphocytes, poliorganing insufficiency.

Отримано 31.08.2009 р.

© Жаркова Т.С., 2010
УДК 616.98:579.842.15]-036-053.3

Т.С. Жаркова

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СУЧАСНОГО ШИГЕЛЬОЗУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Харківський національний медичний університет

Сучасний шигельоз у дітей раннього віку найчастіше реєструють у гастроентероколітній формі середнього і тяжкого ступеня. Захворювання починається гостро із симптомів інтоксикації, діарейного синдрому та швидкого розвитку ексикозу. Превалює шигельоз с гладким перебігом. Виявлені діагностичні параметри, які дозволяють на ранніх етапах патологічного процесу діагностувати клінічний варіант перебігу шигельозу.

Ключові слова: шигельоз у дітей, клінічні форми.

Кишкові інфекції займають одне з провідних місць в інфекційній патології дитячого віку та є значною соціально-економічною проблемою багатьох країн [1]. За даними ВООЗ, у світі на них щорічно хворіють більше двох мільярдів людей [2].

У структурі цих недуг шигельоз, за деякими даними, становить не менше 70-90 % [3]. Ця патологія є причиною смерті близько одного мільйона людей у світі щорічно [4, 5]. Рівень захворюваності на шигельоз в Україні за останнє десятиріччя, за даними різних авторів, виріс на 40-47 %, що пов'язано з рядом об'єктивних і суб'єктивних чинників [6-8].

У сучасних соціально-економічних умовах під впливом факторів довкілля змінюються і мають свої особливості як інфекційний процес, так і біологічні, антигенні, імуногенні та інші особливості збудників, а також імунобіологічні властивості дитячого організму, що безумовно позначається на перебігу недуги [9].

Мета роботи – удосконалення діагностики та прогнозування перебігу сучасного шигельозу у

дітей раннього віку на підставі вивчення його клінічної картини.

Пацієнти і методи

Під спостереженням в ОДІКЛ м. Харкова перебували 98 дітей, хворих на шигельоз, віком від одного місяця до трьох років; з них 17 (17,3 %) – першого року життя, 41 (41,8 %) – віком 1-2 роки та 40 (40,8 %) – 2-3 роки. Хлопців було 57 (58,2 %), дівчат – 41 (41,8 %). Верифікація діагнозу опиралась на ретельний аналіз анамнестичних, епідеміологічних, клінічних даних і результатів загальноприйнятого лабораторного обстеження. На підставі бактеріологічного дослідження калу хворих та серологічного – крові виявлено, що захворювання були спричинені бактеріями роду *Shigella sonnei* у 54 (55,1 %) дітей, *S. flexneri* – у 44 (44,9 %).

Результати досліджень та їх обговорення

Вивчення епідеміологічного анамнезу показало, що у 57 випадках (58,2 %) зараження було пов'язано з молоком і молочними продуктами, у 2 (2,04 %) – з м'ясними виробами, у 19 (19,4 %) – близькі родичі були інфіковані шигелами, у решти дітей визначити джерело збудника не вдалося.

Дослідження даних анамнезу життя дозволило виявити несприятливі фактори преморбідного фону хворих. Встановлено, що у 79 випадках (80,6 %) діти були народжені від вагітності, ускладненої загрозою переривання та гестозом I та/або II половини, анемією. 22 дитини (22,4 %) народилися з масою менш ніж 3000 г, 51 (52 %) – 3000-3600 г та 15 (15,3 %) – більш ніж 3600 г. 30 дітей (30,6 %) першого року життя були переведені на раннє штучне вигодовування. Анемія спостерігалася у 22 дітей (22,4 %), у 19 (19,4 %) – були прояви алергії. 77 дітей (78,6 %) перенесли у минулому одне або декілька захворювань: 67 (68,4 %) – гострі респіраторні інфекції, 8 (8,2 %) – гострий бронхіт, 1 (1,0 %) – пневмонію, 9 (9,5 %) – кишкові інфекції, 3 (4,5 %) – дисбактеріоз кишечника.

Хворі ушпитальювалися на (2,49±0,15) доби від маніфестації захворювання. У 42 (42,9 %) дітей спостерігали середній, у 56 (57,1 %) – тяжкий ступінь захворювання.

Залежно від клінічної форми, яку визначали за рівнем ураження травного каналу, хворі розподілилися наступним чином: в 11 (11,2 %) відмічався гастроентерит, у 8 (8,2 %) – ентероколіт, у 79 (80,6 %) – гастроентероколіт. Гастрит, ентерит та коліт як окремі топічні форми шигельозу не реєструвались.

Захворювання починалось гостро, характеризувалось проявами інтоксикації та порушеннями з

боку травного каналу у всіх дітей, діарейним синдромом у 89 (90,8 %) та швидким розвитком ексикозу різного ступеня тяжкості в 97 (99,0 %). При госпіталізації у 86 (87,8 %) дітей підвищувалася температура тіла: до 38 °С – у 22 (22,4 %), в межах 38,1-39,0 °С – у 38 (38,8 %), вище 39,1 °С – у 23 (23,5 %). Порушення з боку травного каналу виявили у вигляді блювоти у 90 (91,8 %), частіше багаторазової у – 76 (77,6 %), ніж одноразової – 5 (5,1 %), у 89 (90,8 %) – порушення частоти випорожнення та наявності патологічних домішок: слизу – у 69 (70,4 %), зеленого кольору – 17 (17,4 %), крові – 3 (3,1 %), неперетравлених грудочок їжі – 5 (5,5 %). Порушення моторики травного каналу реєстрували у вигляді здуття живота в 14 (14,3 %) дітей, у 50 (51,0 %) – спостерігали гурчання кишечника та спазм сигмоподібної кишки. Симптоми зневоднення організму проявлялися сухістю слизових оболонок у 79 (80,6 %) дітей, сухістю шкіри – в 11 (11,2 %), її мармуровістю – у 4 (4,1 %), зниженням тургору шкіри – у 22 (22,5 %), зниженням діурезу – у 37 (37,8 %). За наявністю та яскравістю цих симптомів, згідно із сучасними протоколами діагностики та лікування інфекційних хвороб у дітей МОЗ від 09.07.04. № 354, встановлювали ступінь тяжкості ексикозу хворих: I ступінь реєстрували у 31 (31,6 %), II – у 55 (56,2 %), III ступінь – у 12 (12,2 %).

Для покращення прогнозування перебігу шигельозу на ранніх етапах ми проаналізували клінічну картину захворювання залежно від перебігу. Всіх хворих розділили на дві групи, репрезентативні за віком, статтю та іншими показниками. У першу групу увійшли 66 (67,3 %) дітей з гладким перебігом (ГП) шигельозу, у другу – 32 (32,7 %) з хвилеподібним (ХП).

Виявлено, що у дітей, народжених з масою менше 3000 г та більше 3600 г, частіше реєструється шигельоз з ХП.

При ГП шигельозу частіше реєстрували тяжку форму захворювання (39-59,8 %), ніж середньотяжку (27-40,6 %), при ХП – 17 (53,1 %) та 15 (46,9 %) відповідно.

Встановлено, що найчастіше на сучасному етапі у дітей раннього віку реєструється гастроентероколітна форма шигельозу незалежно від перебігу.

Підвищення температури тіла вище 39,1 °С частіше реєстрували у дітей, хворих на шигельоз, з ГП – 19 (28,8 %) порівняно з ХП – 4 (12,5 %), блювання також частіше відмічали при гладкому перебігу шигельозу – у 60 (90,9 %) і 21 (65,6 %) відповідно.

Кратність випорожнень до 7 разів на добу траплялася з однаковою частотою в обох групах спо-

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

стереження, 8-15 разів на добу – дещо частіше реєструвалася при ГП шигельозу, ніж при ХП – відповідно у 18 (27,3%) проти 7 (21,9 %), почастишання випорожнень більше 15 разів на добу також частіше спостерігали у дітей з ГП шигельозу – у 3 (4,5 %) порівняно з ХП – 1 (4,1 %).

У 7 (10,9 %) дітей з ГП шигельозу виявлено здуття живота, при ХП – також у 7 (21,9 %). Гурчання кишечника та спазм сигмоподібної кишки спостерігали у 37 (56,1 %) дітей з ГП шигельозу, та у 13 (40,6 %) дітей з ХП хвороби.

Симптоми зневоднення організму та порушення гемодинаміки у вигляді сухості слизових обо-

лонок та сухості шкіри при ГП шигельозу реєстрували у 55 (83,3 %) дітей та у 8 (12,1 %); при ХП шигельозу – у 75 (79,0 %) та 3 (9,4 %) відповідно; зниження тургору шкіри – у 18 (27,3 %) хворих з ГП та у 7 (21,9 %) – з ХП; мармуровість шкіри – у 3 (4,5 %) дітей з ГП та в 1 (3,1 %) – з ХП; зниження діурезу у 25 (37,9 %) – з ГП і 12 (37,5 %) – з ХП. Майже з однаковою частотою реєстрували ексикоз у хворих обох груп. Однак тяжкість його проявів відрізнялась. Так, у хворих з ГП частіше виявляли симптоми ексикозу II ступеня – у 40 (60,6 %) випадках, а у хворих на шигельоз з ХП перебігом – I ступеня у 15 (46,9 %, табл. 1).

Таблиця 1

Основні клінічні прояви шигельозу в дебюті хвороби

Симптом	Перебіг				Всього хворих, n=98	
	гладкий, n=66		хвилеподібний, n=32			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Прояви інтоксикації	66	100,0	32	100,0	98	100,0
Підвищення температури тіла	59	89,4	27	84,4	86	87,8
до 38 °С	14	21,2	8	25,0	22	22,4
38,1-39 °С	26	39,4	12	37,5	38	38,8
вище 39,1 °С	19	28,8	4	12,5	23	23,5
Блювання	60	90,9	21	65,6	81	82,6
одноразове	4	6,1	1	3,1	5	5,1
багаторазове	56	84,8	20	62,5	76	77,6
Частота випорожнень						
до 7 разів на добу	41	62,1	20	62,5	61	62,2
8-14 разів на добу	18	27,3	7	21,9	25	25,5
15 та > разів на добу	3	4,5	1	1,1	4	4,1
Характеристика випорожнень						
кашкоподібні	3	4,4	3	9,4	6	6,1
рідкою кашкою	54	81,8	22	68,8	76	77,7
зі збільшеною кількістю води	19	28,8	8	25	27	27,6
із домішками						
слизу	45	68,2	24	75,0	69	70,4
зеленого кольору	8	12,1	9	28,1	17	17,4
крові	1	1,5	2	6,3	3	3,1
неперетравленої їжі	2	3,0	3	9,4	5	5,1
Здуття живота	7	10,9	7	21,9	14	14,3
Гурчання кишечника та спазм сигмоподібної кишки	37	56,1	13	40,6	50	51,0
Симптоми зневоднення						
сухість слизових оболонок	55	83,3	24	75,0	79	80,6
сухість шкіри	8	12,1	3	9,4	11	11,2
зниження тургору шкіри	18	27,3	7	21,9	25	25,5
мармуровість шкіри	3	4,5	1	3,1	4	4,1
зниження діурезу	25	37,9	12	37,5	37	37,8
Ексикоз	65	98,5	32	100,0	97	99,0
I ступеня	16	24,2	15	46,9	31	31,6
II ступеня	40	60,6	14	43,8	55	56,1
III ступеня	9	13,6	3	9,4	12	12,2

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Прояви інтоксикації в дебюті у хворих на шигельоз в середньому тривали 3-4 доби та достовірно ($p < 0,05$) довше спостерігалися при ГП захворювання. Підвищена температура тіла хворих реєструвалась протягом перших 2-3 діб, блювання тривало 1-2 доби, здуття живота – 1-3 доби, гурчання кишечника та спазм сигмоподібної кишки – 2-3 доби. Порушення характеристики та частоти випорожнень тривали при шигельозі з ГП вірогідно на одну добу довше (4-5 діб), ніж при ХП. Симптоми зневоднення організму спостерігали протягом 2-4 діб.

У дітей з ХП шигельозу після короткого періоду поліпшення (1-2 дні) на 5-7-у добу перебування в стаціонарі відмічалось погіршення загального стану. Знову з'явилися симптоми інтоксикації, гіпертермія, повторна блювота, здуття живота, гурчання кишечника та/або спазм сигмоподібної кишки, збільшення частоти випорожнення з патологічними домішками, реєстрували симптоми дегідратації. При повторному бактеріологічному дослідженні випорожнень визначали продовження виділення шигел. Цим хворим було призначено повторний курс антибактеріальної терапії. У зв'язку з останнім діти з ХП шигельозу перебували у стаціонарі достовірно довше, ніж з ГП ($14,09 \pm 0,43$ та $10,5 \pm 0,50$ доби відповідно).

У всіх хворих дітей захворювання закінчувалось видужанням.

Висновки

1. Частіше на шигельоз хворіють діти раннього віку (переважно хлопчики 1-3 років). На теперішній час збудниками шигельозу у Харківському регіоні частіше є *S. sonnei*, рідше *S. flexneri*. Захворювання розвивається переважно у дітей, які мають несприятливий преморбідний фон. Сучасний шигельоз у дітей раннього віку незалежно від перебігу найчастіше реєструють у гастроентероколітній формі середнього і тяжкого ступеня, рідше гастроентеритній та ентероколітній. Захворювання починається гостро із симптомів інтоксикації, діарейного синдрому та швидкого розвитку ексикозу.

2. Шигельозу з ГП в дебюті хвороби більш притаманне підвищення температури тіла хворих до фебрильних цифр ($38,1-40,1^\circ\text{C}$), багаторазове блювання. Характерне збільшення частоти випорожнень до 7 разів на добу, незначний відсоток випадків наявності у калі патологічних домішок; гурчання кишечника та спазм сигмоподібної кишки, II ступінь ексикозу та симптоми порушення гемодинаміки.

3. При шигельозі з ХП частіше характерний несприятливий преморбідний фон, підвищення температури тіла у дебюті до субфебрильних цифр, багаторазове блювання, наявність в калі патологічних домішок у вигляді слизу, крові, неперетравлених грудочок їжі, а також здуття живота, I ступінь дегідратації організму, швидке зникнення симптомів інтоксикації, дисфункції травного каналу та проявів ексикозу с наступним їх рецидивом через 1-2 дні.

Література

1. Ющук Н.Д., Бродов Л.Е. Острые инфекционные диареи // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2000. – № 8. – С. 22-28.
2. Крамарев С.О. Підходи до антибактеріальної терапії гострих кишкових інфекцій у дітей // Здоров'я ребенка. – 2006. – № 1. – С. 85-87.
3. Андрейчин М.А., Копча В.С. Шигельоз // Здоров'я України. – 2007. – № 21. – С. 50-51.
4. Возианова Ж.И. Пищевые токсикоинфекции // Сучасні інфекції. – 1999. – № 2. – С. 108-116.
5. Загальний реактивний потенціал організму дітей, хворих на шигельоз / Бобровицька А.І., Кузнецов С.В., Манжела Л.Я. та ін. // Інфекційні хвороби. – 2005. – № 3. – С. 49-51.
6. Возианова Ж.И. Инфекционные и паразитарные болезни: В 3 т. – К.: Здоров'я, 2000. – Т. 1. – 904 с.
7. Racecadotril in the treatment of acute watery diarrhea in children / Salazar-Lindo E., Santisteban-Ponte J., Chea-Woo E., Gutierrez M. // N. Eng. J. Med. – 2000. – V. 343. – P. 463-467.
8. McDonald J.R., Thielman N.M. Infectious diarrhea in developed and developing countries // J. Clin. Gastroenterology. – 2005. – Vol. 39, Issue 9. – P. 757-773.
9. Копча В.С., Деркач С.А., Йовко І.Г. Епідемічний моніторинг захворюваності шигельозом у різних областях України // Інфекційні хвороби. – 2005. – № 4. – С. 49-53

CLINICAL CHARACTERISTICS OF MODERN SHIGELLOSIS IN EARLY AGE CHILDREN

T.S. Zharkova

SUMMARY. Modern shigellosis in young children irrespective of the course is determined to occur most often in moderately severe and severe forms as gastroenterocolitis. The disease has an acute onset with symptoms of intoxication, diarrhea and fast developing dehydration. The ratio of shigellosis with smooth course to that with wave-like course is 3:1. Diagnostic parameters allowing to diagnose the clinic type of the course of shigellosis at early stages of the pathologic process are found.

Key words: shigellosis in children, clinical forms.

Отримано 11.11.2009 р.