

15. Braunvald E. ACE inhibitors.-A cornerstone of the treatment of heart failure. N. Engl. J. Med. 1991. -Vol. 325, N4. -P. 351-353.
16. Шапаренко Г.П. Внутрішньосерцева гемодинаміка і ремоделювання серця при гіпертонічній хворобі 2 та 3 стадії//Укр. кардіол. журн., 1998.-N 7-8.-С.22-24.
17. Жариков О.Й., Оришин Н.Д. Ремодювання і дисфункція міокарда шлуночків при артеріальній гіпертензії//Укр. кардіол. журн., 1998.-N 6.-С.48-54.
18. Марес В.Ю. Изменение стратегии лечения хронической сердечной недостаточности. Время бета-адреноблокаторов//Кардиология, 1998.-Т.33.-N 12.-С.4-11.
19. Меерсон Ф.З., Уголев А.А. Нарушение мембранного транспорта кальция как общее звено патогенеза различных форм недостаточности сердца//Кардиология, 1980.-Т.20.- N 1.-С.68-75.
20. Меерсон Ф.З. Адаптация, стресс и профилактика.-М.:Наука, 1981.-279 с.
21. Рязенко В.В. Применение бета-адреноблокаторов при дилатационной кардиомиопатии. 2. Положительные эффекты и механизмы действия бета-адреноблокаторов//Укр. кардіол. журн., 1999.-N 4.-С.76-81.

УДК 616.9-06:616.831.9-008.6]-079.4

КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ТА ДЕЯКІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ МЕНІНГОКОКОВОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ

О.І.Сміян, проф.; Т.П.Винда, доц.; О.І.Хоменко, лікар; Н.В.Цубіна, студ.*

(*Сумська обласна дитяча клінічна лікарня)

ВСТУП

Серед усіх соціальних завдань, які стоять перед медичною наукою і службою практичної охорони здоров'я України, найбільш важливим є зниження захворюваності та смертності дітей, особливо раннього віку. У зв'язку з цим менінгококова інфекція у дітей має велику актуальність і є важливою соціально-економічною проблемою, тому що фактично некерована способами специфічної профілактики і характеризується високим епідемічним потенціалом, відсутністю тенденції до зниження захворюваності (6,8⁺-0,8 на 100 тис.населення), труднощами діагностики на ранніх етапах хвороби. Це захворювання характеризується важкістю клінічного перебігу; розвитком важких постінфекційних ускладнень, які призводять до інвалідизації (15,3%); недосконалістю етіотропної терапії; високою летальністю (22,4%) [1-3].

Метою даного дослідження було вивчення особливостей клінічного перебігу та лікування менінгококової інфекції на сучасному етапі.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

Під спостереженням упродовж 1996-1998 рр. перебували 26 дітей (11 хлопчиків та 15 дівчаток) з менінгококовою інфекцією віком від 1 року до 14 років, які лікувалися у відділеннях інтенсивної терапії та інфекційному відділенні № 3 Сумської міської дитячої клінічної лікарні.

Для вивчення ефективності проведеного лікування виділено три групи хворих, які отримували різну за обсягом антибактеріальну терапію. Першу групу складало 13 дітей, яким на тлі традиційного симптоматичного лікування застосовували левоміцетин, другу групу - 9 дітей, яким призначали ампіцилін або комбіновану антибактеріальну терапію (левоміцетин з гентаміцином, левоміцетин з ампіциліном, ампіцилін з гентаміцином). До третьої групи увійшло 4 дитини, яким з першого дня госпіталізації призначали цефалоспорини III покоління (цефтріаксон, цефтаксим).

Хворі усіх груп були в основному однотипними за віком, клінічними проявами перебували в стаціонарі в однакових умовах та отримували

ідентичну терапію. Діагноз у всіх випадках був верифікований з переліком основних клінічних симптомів, даних лабораторно-інструментального дослідження. Поряд з ретельним вивченням анамнезу захворювання та ідентифікацією провідних симптомів та синдромів, характерних для даної патології у дітей були проведені спеціальні бактеріологічні методи дослідження.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Серед дітей, які спостерігалися, 11 (42,3 %) мешкали в м. Сумах, решта 15 (57,7 %) - у сільській місцевості. Половину хворих склали діти першого року життя. Найчастіше захворювання спостерігалися в зимово-весняний період (76,9 %, $p < 0,05$), що можна пояснити зниженням у цей період імунних сил організму.

Бактеріологічно діагноз підтверджено тільки у 6 дітей (23,1 %). Такий низький відсоток виділення *N. meningitidis* можна пов'язати з антибактеріальною терапією, яка була розпочата на догоспітальному етапі та швидкою загибеллю менінгококу у зовнішньому середовищі.

Менінгококова інфекція - захворювання з широким діапазоном клінічних проявів: від легких уражень носоглотки до важких септицемій та вражень нервової системи.

Клінічний перебіг менінгококової інфекції у дітей, які знаходилися під спостереженням, був різноманітним. У одного хворого ми спостерігали менінгококовий назофарингіт, тоді як менінгіт був стрептококової етіології (зі слизової зівя виділена *N. meningitidis*, а з ліквору - стрептокок). У двох хворих - прояви менінгококового назофарингіту в поєднанні з менінгітом без менінгококцемії.

Генералізовані форми менінгококової інфекції (менінгіт, менінгококцемія або їх поєднання) спостерігалися у 92,3 % ($p < 0,05$) дітей першого року життя.

Менінгококцемія без ураження мозкових оболонок була встановлена у 9 (34,6 %) дітей, з яких 5 (19,2 %) померли. Крім симптомів загальної інтоксикації, цей стан виявлявся елементами рясної геморагічної висипки, часто відмічались зливання елементів, іноді некрози.

У решти 14 (53,8 %) дітей менінгококцемія поєднувалась із запальним ураженням мозкових оболонок. Це підтверджувалося наявністю елементів висипки різного характеру, менингеальних знаків та зміною складу ліквору. У більшості дітей захворювання починалося гостро, клінічні прояви на догоспітальному етапі нагадували клініку ГРВІ. У маленьких дітей про менінгіт свідчили пульсація тім'ячка, гіперестезія, ригідність потиличних м'язів, у більш старших - ригідність потиличних м'язів і симптоми Кергіга та Брудзинського. У дітей часто спостерігалися головний біль, блювання, підвищення температури тіла. Гарячка різного ступеня і тривалості спостерігалася практично в усіх хворих. У лікворі відмічалася клітинно-білкова диссоціація, майже в половині випадків плеоцитоз був більшим 10 тисяч і це були 100 % нейтрофіли. У крові - лейкоцитоз зі зрушенням формули вліво, підвищення ШОЕ.

У одного хворого, 2,5 місяці, перебіг захворювання ускладнився венікулітом. Ця дитина після лікування в інфекційному відділенні № 3 була переведена в неврологічне відділення для проведення відновлювальної терапії.

Середній термін перебування дітей у відділенні ІТАР склав 5 днів, а середня тривалість лікування в стаціонарі - 22 дні.

У 5 дітей (19,2 %) захворювання закінчилося летально, з них троє - діти до 1 року, а двоє - діти 4 та 14 років. В усіх померлих дітей відмічалися множинні зливні геморагічні висипання, клінічні прояви інфекційно-токсичного шоку III ступеня та гострої надниркової недостатності, виражені клініко - лабораторні прояви ДВЗ-синдрому. При поступанні у чотирьох із них була нормальна кількість лейкоцитів у крові, але з вираженим паличкоядерним зсувом вліво, що свідчило про наявність у них вираженої енергії.

Проведений аналіз ефективності антибактеріальної терапії показав, що левоміцетин у вигляді монотерапії як стартовий антибіотик у дозі 100 мг/кг на добу внутрішньовенно було призначено 13 хворим протягом 1-3 днів до стабілізації гемодинамічних показників. Варто зазначити, що у 5 з них мало місце значне погіршення клінічного аналізу ліквору на фоні застосування левоміцетину 5 дітей померли, тому що поступили у відділення ІТАР у дуже важкому стані. Їм також було призначено левоміцетин (як антибіотик вибору в такому стані). Очікуваного ефекту також не було досягнуто.

Серед хворих, яким на 2-3-й день захворювання замість левоміцетину було призначено пеніцилін у дозах від 300 до 500 тисяч ОД/кг на добу в 6-8 прийомів, кінцева санація ліквору, яка дозволяла відмінити антибактеріальну терапію, була досягнута лише у двох хворих (7,7 %), іншим потрібно було проводити третій курс антибактеріальної терапії.

У дітей другої групи, після призначення комбінованої антибактеріальної терапії, санація ліквору проходила повільно і потребувала призначення другого курсу антибактеріальної терапії. З цієї метою 8 хворим дітям призначали ампіцилін та гентаміцин, а іншим 8 хворим - цефалоспорино III покоління (цефотаксим, цефтріаксон).

Середня тривалість антибактеріальної терапії при лікуванні за класичною схемою (левоміцетин, пеніцилін, антибіотики резерву) склала в середньому 21 день. У більшості (76,9 %) хворих при застосуванні високих доз левоміцетину, пеніциліну спостерігались ятрогенні ускладнення у вигляді дизбактеріозу, кандидозу.

У чотирьох хворих (третя група) стартовим антибіотиком для лікування менінгококкової інфекції був використаний цефтріаксон, цефотаксим. Ліквор був санований на 9-й день, і антибіотик було відмінено. Середній термін перебування дітей у відділенні ІТАР склав 3,5 доби, середня тривалість лікування в стаціонарі - 16,5 дб.

ВИСНОВКИ

Таким чином, найчастіше менінгококкова інфекція вражає дітей першого року життя, причому у них вона перебігає у вигляді генералізованої форми, а саме менінгококцемії або менінгококкового менінгіту і менінгококцемії, більш тяжко, з вираженими симптоми загальної інтоксикації, високою летальністю.

Нормоцитоз з паличкоядерним зрушенням у клінічному аналізі крові у хворих із тяжким загальним станом можна вважати прогностично несприятливою ознакою.

Враховуючи недостатню ефективність левоміцетину та пеніциліну у лікуванні менінгококкової інфекції необхідно провести більш глибоке клінічне дослідження з використанням цефалоспоринів III покоління як стартових антибіотиків при генералізованих формах менінгококкової інфекції, в тому числі і у хворих з інфекційно-токсичним шоком і синдромом Уотерхауса-Фридеріксена.

SUMMARY

The clinical-laboratory valuation carried out during the meningococcal infection with the children at the modern period testifies about the necessity of the change of the traditional approaches for the treatment.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Богатырёва Э.Г., Кудрявцев А.Е., Сенейкина С.В. Анализ причин неблагоприятных исходов осложнённых форм менингококковой инфекции у детей // Менингококковый и гнойный менингит. - М.: Медицина, 1990. - С.119-122.
2. Єлісеєва І.В. Бабіч С.М., Білозерський В.І., Новохатній О.Ю., Фьодорова Л.Г. Роль соціальних та екологічних факторів в епідемічному підвищенні захворюваності на менингококову інфекцію // Дитячі інфекції. - Київ, 1995. - Вид. 23. - С.80-85.
3. Луцки Б.Д. Прогнозирование исходов и коррекция лечения бактериальных менингитов с использованием иммунологического материала // Менингококковая инфекция и гнойные менингиты. - М., 1990. - Т.2. - С.118-119.

УДК 616.89-008

ОСТРЫЕ ПСИХОГЕННЫЕ НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ СУИЦИДАЛЬНЫМИ ДЕЙСТВИЯМИ, КАК РЕАКЦИЯ НА СТРЕССОВЫЕ СИТУАЦИИ МЕЖДУ СЕКСУАЛЬНЫМИ ПАРТНЕРАМИ

Е.Н.Харченко, проф.; Р.В.Животовский, студ.; А.Е.Скульбеда, студ.

Неуклонный рост острых психогенных психотических расстройств как реакция на стрессовые ситуации, наблюдаемый в большинстве стран мира, в том числе и нашей, заставляет относить данную проблему к одной из наиболее актуальных в современной психиатрии [1-3]. Особая значимость темы обусловлена часто сопутствующими данной реакции различными аутоагрессивными действиями, в частности, суицидальными попытками, совершаемыми преимущественно в молодом возрасте сексуальными партнерами как в семейной жизни, так и вне брака [4-6].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Клинико-психологическое исследование сексуальных партнеров молодого возраста, перенесших преходящие ситуационные реакции с наличием суицидальных действий.

ЗАДАЧИ РАБОТЫ

Изучение причинных факторов, приводящих указанных лиц к аномальным формам поведения в стрессовых ситуациях, выявление способов совершения суицидальных попыток, а также клинические характеристики преходящих ситуационных расстройств.

ОБЪЕКТ ИССЛЕДОВАНИЯ

Группа лиц молодого возраста (18-25 лет) в количестве 112 человек (54 мужчины, 58 женщин), поступивших в психиатрический стационар с диагнозом преходящее ситуационное расстройство с суицидальной попыткой. В процессе предварительной клинической дифференциации 15 больным из общего числа был установлен неточный предварительный диагноз (7 человек