

5. Доборджинидзе Л.М. Метаболические факторы риска у женщин с преждевременной ишемической болезнью сердца / Л.М. Доборджинидзе, А.С. Нечаев, Н.А. Грацианский // Кардиология. – 1999. – Т.39, № 9. – С.31-39.
6. Ильяш М.Г. Артериальная гипертензия после менопаузы / М.Г. Ильяш, Е.Г. Несукай // Український кардіологічний журнал. – 1999. – № 2. – С.21-24.
7. Митченко Е.И. Опыт применения препарата Кардонат у больных с артериальной гипертензией и дислипидемией / Е.И. Митченко, В.Ю. Романов // Український медичний часопис. – 2007. – № 5 (61). – С.73-77.
8. Нетяженко В. З. Ішемічна хвороба серця у жінок: особливості факторів ризику / В. З. Нетяженко, О. М. Барна // Український кардіологічний журнал – 2004. – № 1. – С.5-9.
9. Brochier M.L. Coronary heart disease risk factors in women / M.L. Brochier, P. Arwidson // Eur. Heart J. – 1998. – V.19 (Suppl A). – P.45-52.
10. Douglas P.S. The evaluation of chest pain in women / P.S. Douglas, G.S. Ginsburg // N. Engl. J. Med. . – 1996. – V.334, N 20. – P.1311-1315.
11. Rosenfeld J. Heart disease in women. Gender-specific statistics and prevention strategies for a population at risk / J. Rosenfeld // Postgrad.Med. – 2000. – Vol.107, N 6. – P.28-34.
12. Smits S.C. AHA/ACC Guidelines for preventing heart attack and death in patients with atherosclerotic cardiovascular disease: 2001 Update. A statement for healthcare professionals from the American Heart Association and the American College of Cardiology / S.C. Smith, S.N. Blair, R.O. Bonow et. Al. // J. Amer. Coll. Cardiology. – 2001. – №38. – P. 1581-1583.

Уфименко

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА, В СОЧЕНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ У ЖЕНЩИН И ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ .

Ефименко А.В.

Ишемическая болезнь сердца и артериальная гипертензия остаются основными причинами инвалидности и смертности в Украине. В статье приведены современные данные об особенностях клинического течения ишемической болезни сердца, в сочетании с артериальной гипертензией у женщин и влияние комбинированной гипополипидемической терапии.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, дислипидемия, комбинированная гипополипидемическая терапия.

Стаття надійшла 20.08.2010 р.

THE FEATURES OF COURSE OF THE CORONARY HEART DISEASE, ASSOCIATED WITH ARTERIAL HYPERTENSION IN WOMEN AND INFLUENCE OF COMBINED GIPOLIPIDEMIC THERAPY.

Yefimenko A.V.

Coronary heart disease and arterial hypertension are the most important cause of disability and death in Ukraine. In the article there are modern approaches to the features of clinical course of the coronary heart disease, associated with arterial hypertension in woman and influence of combined gipolipidemic therapy.

Key words: coronary heart disease, arterial hypertension, dyslipidemia, combined gipolipidemic therapy.

УДК: 616.832.21 – 002 – 053.3/5

В.У. Ільченко, А.В. Ефименко, С.Х. Воробйєвська, Л.Б. Дубоградська, К.Ю. Прудубувий,
В.Д.З. України «Українська медична роматологічна асоціація», м.Полтава

АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОБЛЕМИ ПОЛІОМІЄЛІТУ У ДІТЕЙ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

У зв'язку з погіршенням епідситуації з поліомієліту у світі перед нами поставлене завдання не допустити випадків захворюваності на поліомієліт і вчасно виявити циркуляцію дикого вірусу, як у зовнішньому середовищі, так і серед дитячого населення. Результати аналізу статистичних і літературних даних дозволять скоригувати дії лікарів у вирішенні питання попередження захворюваності на поліомієліт серед дітей Полтавської області.

Ключові слова: діти, поліомієліт, профілактика.

Робота є фрагментом науково-дослідної роботи «Моніторинг стану здоров'я, фізичного, нервово-психічного розвитку передчасно народжених дітей з низькою масою, які народились у Полтавській області за останні 10 років (2007 рік),» номер державної реєстрації 0107U001583.

Глобальна ініціатива по ліквідації поліомієліту у світі розпочалась в 1988 році. Метою Глобальної ініціативи є: перервати передачу дикого поліовірусу, досягти ліквідації поліомієліту, допомагати розвитку системи охорони здоров'я по укріпленню регулярної імунізації та систематичного епіднагляду за інфекційними хворобами. Число випадків захворюваності на поліомієліт знизилось, в порівнянні з 1988 роком, більш ніж на 99%. Близько

350000 випадків зареєстровано в 1988 році, тоді як у 2006р. - захворіло 1997 чоловік. У 2007 році було проведено 164 заходи щодо додаткової імунізації. У 27 країнах було імунізовано більше 400 мільйонів дітей. У 2008 році тільки чотири країни в світі – Афганістан, Індія, Нігерія і Пакистан – залишаються ендемічними по поліомієліту, тоді як у 1988р. число таких країн перевищувало 125. Поліовірус легко імпортується в країну, яка є вільною від поліомієліту і швидко може розповсюдитись серед неімуних груп населення. Ризик зараження поліомієлітом дітей в будь-якій країні залишається до тих пір, поки в світі буде реєструватись хоч один випадок інфікування дитини даним вірусом. В 2003-2005 рр. у 25 країнах вільних від поліомієліту були повторно інфіковані завезеними випадками. За повідомленнями Всесвітньої організації охорони здоров'я в світі погіршилась епідемічна ситуація з поліомієліту. У Таджикистані станом на 1 червня 2010 року зареєстровані 564 випадки гострого в'ялого паралічу, з яких у 183 випадках лабораторно підтверджена наявність дикого поліовірусу типу 1. Випадки інфікування населення диким вірусом виявлені і в Росії. 18 червня 2010 в Женеві заплановано новий Стратегічний план на 2010-2012рр. щодо ліквідації дикого поліовірусу [10,11]. Поліомієліт - це гостра ентеровірусна антропонозна інфекція, характеризується ураженням нервової системи з розвитком млявих паралічів і парезів, запальними змінами слизової оболонки носоглотки та кишок. Етіологія: збудник –Poliovirus родини Picornaviridae містить РНК сферичної форми вірусу. Розрізняють три серотипи. Збудник стійкий до фізичних та хімічних чинників, довгий час виживає у фекаліях, стічних водах, на овочах, у молоці. Інактивується під час кип'ятіння під дією 2-3%розчину хлораміну. Для поліовірусів характерна особлива тропність до рухових нейронів сірої речовини спинного мозку,що отримало відображення і в назві (грец. Polios-сірий, myelos-мозок). Поліомієліт - антропонозне кишкове захворювання. Джерелом інфекції є хвора людина або вірусосій. Головний резервуар диких (не вакцинних) штамів вірусів поліомієліту є кишечник дітей раннього віку. Механізм передачі інфекції - фекально-оральний, який реалізується аліментарним шляхом, але можливий і повітряно-краплинний механізм передачі. Сприйнятливість до вірусу низька. Тільки в 0,2-1% осіб які заразилися розвивається паралітична форма хвороби. У віковій структурі переважають діти дошкільного віку. Після вакцино-профілактики серед захворілих спостерігають збільшення частки підлітків і дошкільних [1,2,5].

Таблиця 1

Провідні симптоми та патогенез [7,9]

Симптоми	Патогенез
Пропасниця (початковий період)	Вірусемія
Катаральні явища	Ураження епітеліальних клітин і лімфатичного апарату дихальних шляхів
Розлад випорожнень (початковий період)	Реплікація вірусу в клітинах тонкої кишки
Пітливість	Ураження вегетативної нервової системи судинорухового центру
Висип різного характеру(у початковий період буває рідко)	Ураження судин і периваскулярних просторів
Розлад сечовипускання	Ураження поперекового відділу спинного мозку з наступною атонією сфінктера сечового міхура
Біль у м'язах,парестезія	Ураження чутливих корінців спинного мозку
Гемодинамічні порушення, похолодання кінцівок, ціаноз	Ураження судинорухового центру з наступним парезом судин. Порушення вегетативної інервації
Зміни частоти і ритму пульсу коливання АТ	Ураження судинорухового центру. Міокардит(у пізніші терміни)
Задишка, ядуха	Ураження дихальних м'язів. Ураження ІХ-ХІІпар черепних нервів з порушенням ковтання виділення секрету його інспірація. Серцево-судинні порушення.
Парези паралічі	Ураження рухових клітин і центрів згодом - атрофія м'язів
Асиметричність парезів і паралічів	Мозаїчність нерівномірність розподілу і розмноження вірусів у нервових структурах
Порушення ковтання і фонації	Ураження рухових ядер ІХ-Х і пар черепних нервів
Параліч мімічних м'язів (частіше симетричний)	Ураження ядер лицьового нерва-VІІпара
Менінгеальний синдром (звичайно в початковий період)	Набряк інфільтрація оболонок мозку

Класифікація

- Інапаратні форми(безсимптомні)- припадає д 90% усіх випадків
- Абортивна форма("мала хвороба")
- Менінгеальна (не паралітична) форма
- Паралітичні форми: спінальна, бульварна, понтанна, змішана Інкубаційний період 2-35 днів.

Паралітична форма має 4 стадії: 1 стадія – препаралітична, 2 стадія – паралітична, 3 стадія – відновна, 4 стадія – рецидуальна (залишкових явищ).

Клініка: Безсимптомна форма – вірусосійство без клінічних проявів, діагностується тільки на підставі результатів, основне джерело інфекції, після цієї форми виробляється стійкий імунітет.

Абортивна форма – триває 7- 10 днів. Починається з раптового підвищення температури до 38,5 – 39,5 зниження апетиту, загального нездужання, головного болю. Можливий біль у горлі, гіперемія слизової оболонки ротоглотки. Можливі симптоми дисфункції кишок: нудота, блювання. Неврологічні симптоми відсутні. Закінчується одужанням.

Менінгеальна форма – у перші 2-5 днів ця форма не відрізняється від абортивної, потім температура знижується до норми, як виявляється закінчилась тільки 1 фаза – ”мала хвороба”.

Через 1- 3 дні починається 2 фаза ”велика хвороба”, а інколи навіть без перерви починається 2фаза. Раптово виникає головний біль, нудота, блювання, яке не приносить полегшення і розвиваються менінгеальні симптоми. Характерний біль у спині та кінцівках, гіперестезія шкіри, біль за ходом нервових стовбурів. Хворий набуває вимушеного положення – симптом триніжка (дитина не може сидіти, не підпираючись руками позаду сідниць), симптом поцілунку колін (не може доторкнутися губами до зігнутого коліна). У частини хворих одночасно виникає м'язова слабкість, але вона не досягає ступеня паралічів. Під час спинномозкової пункції, що поліпшує стан хворого, вдається одержати прозору рідину, що витікає під тиском і має плеоцитоз лімфоцитарного характеру. Перебіг цієї форми доброякісний. Клінічне одужання із санацією спинномозкової рідини настає в більшості хворих на 2-4 тижні, але астеничний синдром може зберігатися ще кілька днів.

Спінальна форма – розвивається внаслідок ураження мотонейронів у передніх рогах спинного мозку. Розвиткові всіх паралітичних форм передують препаралітична стадія, яка за перебігом нагадує ”малу хворобу”. У дітей спостерігається зниження температури протягом 2-4 днів часто спостерігається період уявного благополуччя. Паралічі виникають раптово і формуються дуже швидко, переважно в проксимальних відділах кінцівок, частіше нижніх. М'яві паралічі з низьким м'язовим тонусом, гіпо – і арефлексією мають асиметричний, мозаїчний характер, при цьому атрофія м'язів одних груп і спазм м'язів антагоністів призводить до утворення функціональних, а пізніше і органічних контрактур.

Найтяжчі прояви мають спінальні форми з ураженням міжреберних м'язів і діафрагми, що супроводжується розвитком дихальної недостатності, приєднанням вторинної інфекції. Якщо уражений шийний відділ, хворий не може утримати голову у вертикальному положенні.

Тривалість паралітичного періоду 1-2 тижні. Потім настає – відновний період. Раніше і найшвидше відновлюється діяльність тих м'язів, які були уражені пізніше. Найбільше відновлення відбувається протягом 2 тижнів. В уражених м'язах довго виявляється знижений тонус, арефлексія, атонія. Уражена кінцівка відстає в рості, зв'язковий апарат суглобів втрачає свій тонус, суглобові хрящі атрофуються, що сприяє частковим вивихам. Відновна стадія триває активно 3-6 місяців, а потім сповільнюється і триває 1-1,5 року. На стадії залишкових явищ спостерігається кіфоз, лордоз, сколіоз, грижі черевної стінки, ”кінська” ступня, залишкові м'яві паралічі, відставання кінцівок в рості іноді деформація кінцівок.

Бульбарна – найтяжча форма. На тлі клініки ”малої” хвороби виникають неврологічні симптоми: горизонтальний ністагм, ураження ядер ІХ-Х пар черепних нервів, супроводжується порушенням ковтання, фонації, дихання стає клетотливим, голос глухим, мова дизартрична, експіраторна задишка, ціаноз.

Стан ще більше погіршується, коли уражаються дихальний і судинно-руховий центр.

Понтинна форма – характеризується ураженням ядра лицевого нерва. Настає повний або частковий парез або параліч мимічних м'язів аж до амимії.

Клініка супроводжується згладженістю носогубної складки, неповним закриттям ока і розширенням очної щілини на боці ураження, зміщенням кута рота в здоровий бік. На відміну від неврити лицевого нерва немає болючості, збережена чутливість. Поліомієліт у щеплених дітей характеризується легким перебігом. Часто без продромального періоду або він не значно виражений. У привитих дітей поліомієліт виникає у тих випадках, коли специфічний імунітет до кінця не сформувався, недотримання термінів і кількості вакцинацій і ревакцинацій, недотримання умов вакцинації (основа – здорова дитина). Однак навіть поствакцинальний імунітет, обумовлює легкий перебіг захворювання і сприятливий прогноз [9,12].

Діагностика [3,4,6]:

- ✓ Вірулосологічне дослідження фекалій (беруть 2 проби, зберігають у холодильнику при низьких температурах до 72 годин; повторно беруть збір через 48годин).
- ✓ Вірулосогічне дослідження носоглоткових змивів (в перші 7-10 днів).
- ✓ Дослідження ліквору.
- ✓ Серологічна діагностика (РЗК, РПГА).

Лікування:

- Хворі направляються на госпіталізацію до інфекційної лікарні.
- Забезпечити спокій (хворі повинні лежати).
- У гострий період рекомендовано теплові процедури (гаряче укутування, озокерит, парафінові апплікації), суворо дозований масаж уражених м'язів.
- Позитивний результат: В/В уведення гамаглобуліну з розрахунком 0,5мл/кг маси тіла протягом 2-3 днів.
- Для зменшення внутрішньо-черепного тиску В/В уведення 20% розчину глюкози, діуретиків, 40% розчину уротропіну та проведення люмбальної пункції.
- Для боротьби з болем анальгін, броміди.
- З 3-4 тижня прозерин (від 0,0005 до 0,001 г 2 р/д або 0,1-0,2 в/м), дібазол (0,001-0,005 г на добу), галантамін до 20-30 днів.
- Фізіотерапія, ЛФК, ортопедичне лікування.
- Санаторно-курортне лікування в Євпаторії.

Приміщення, в якому перебував хворий провітрюють і опромінюють УФ променями. За контактними у вогнищі встановлюють медичне спостереження.

Активна профілактика:

Щеплення проти поліомієліту проводять у 3 місяці тричі через 30 днів. В 3 і 4 місяці вводять ППВ, а потім ОПВ. Перші два щеплення треба обов'язково виконувати ін активованою вакциною, тому що оральна - може викликати асоційований поліомієліт. Ревакцинація проводиться в 18 місяців, у 6 років та у 14рр. ОПВ – п'ять крапель під язик у 5 місяців, а потім ревакцинація у 18 місяців; 3, 6 та 14 років за відсутності протипоказань до ОПВ. Після щеплення ОПВ пропонують обмежити ін'єкції, парентеральні втручання, планові операції протягом 40 днів, забороняють контактувати з хворими та ВІЛ-інфікованими. Охоплені вакцинацією діти по Полтавській обл. у 3міс. – 87,7%; у 18міс. – 85,5%; у 6р. – 84,4; 14р. – 79,9%. Згідно серологічних досліджень, проведених у 2009р. потрібно відмітити позитивну динаміку наявності колективного імунітету у дітей Полтавської обл. (згідно звітів обл.СЕС) до поліовірусу 3-го типу та збільшення питомої ваги дітей з титром антитіл нижче захисного показника до поліовірусу 1-го типу.

Таблиця 2

Питома вага дітей Полтавської обл. з титром антитіл до поліомієліту нижче захисного показника

Тип вірусу	2009р.	2008р.	2007р.	2006р.	2005р.
1 тип	8,75%	1,2%	0%	2,5%	6,7%
2 тип	2,5%	0%	1,7%	2,5%	0,7%
3 тип	3,75%	4,9%	8,6%	30%	28%

Висновок

Таким чином, у зв'язку з погіршенням епідситуації з поліомієліту в світі перед нами поставлено завдання не допустити випадків захворювання на поліомієліт та своєчасно виявити циркуляцію дикого вірусу, як в зовнішньому середовищі так і серед дитячого населення.

Перспективи подальших розробок в даному напрямку. Отримані результати аналізу статистичних та літературних даних дозволять скоригувати дії лікарів у вирішенні питання запобігання захворюваності на поліомієліт серед дитячого населення Полтавської області.

Література

1. Возіанова Ж. І. Інфекційні та паразитарні хвороби. // Ж. І. Возіанова — К. : Здоров'я, 2000. - Т. 1-854с.
2. Лобзин Ю. В. Руководство по инфекционным болезням. // Лобзин Ю. В. — СПб: Фолиант, 2000. — 674 с.
3. Накази МОЗ України по запобіганню захворюваності на поліомієліт у дітей (№96 від 1998р., №196 від 1998р.).
4. Звітні матеріали Полтавської обласної СЕС (2005-2009рр.).
5. Крамарев С.О. Інфекційні хвороби у дітей (клінічні лекції) / Крамарев С.О. – К. : Моріон. – 2003. – 479с.
6. Матеріали науково-практичної конференції від 22.06.2010 «Глобальна ініціатива по ліквідації поліомієліту». - Полтава. - 25с.
7. Справочник по инфекционных болезнях у детей. / Под ред. Л. А. Тришковой, С. А. Богатырёвой, К., - 1990.
8. Справочник по инфекционных болезнях у детей. / Под ред. И. В. Богдельникова, А. В. Кубышкина, М. В. Лободы, К. -Симферополь, - 2008.
9. Руководство по инфекционным болезням у детей / Под ред В.М. Учайкина.- М., -1998.
10. «Пам'ятка про запобігання поліомієліту» МОЗ України від 04.06.2010.
11. Порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контролю якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів (затверджений наказом МОЗ України № 48 від 03.02.2006).
12. Медицина дитинства / За ред. П. С. Мошича. – т. 3.- К., - 1999.

Успішність

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ПОЛИОМИЕЛИТА В ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Ильченко В.И., Пиккуль Е.В., Воронянська С.А., Джугашвили Л.Б., Прилуцкий К.Ю.

В связи с ухудшением эпидситуации по полиомиелиту в мире перед нами поставлено задание не допустить случаев заболеваемости на полиомиелит и своевременно выявить циркуляцию дикого вируса, как во внешней среде так и среди детского населения. Результаты анализа статистических и литературных данных позволят скорректировать действия врачей в решении вопроса предупреждения заболеваемости на полиомиелит среди детей Полтавской области.

Ключевые слова: дети, полиомиелит, профилактика.

Стаття надійшла 22.06.2010 р.

URGENCY OF PROBLEM OF POLIOMYELITIS IN CHILDREN AT THE PRESENT STAGE

Il'chenko V.I., Picul E.B., Voronyanskaya S.A., Dgugashvili L.B., Priluckiy K.Yu.

In connection with deterioration of epidemiological situation on poliomyelitis in the world before us the task is put: to not admit cases of sick rate on poliomyelitis, was well-timed to tap circulation of wild virus both in an environment and among children. Results of the analysis of statistical and literary data allow to correct actions of doctors in the decision of a question of the prevention of sick rate on poliomyelitis among children of the Poltava region.

Key words: poliomyelitis, children, prophylaxis