

виявлено у 7 жінок (22,5%), уреоплазма – 23 жінок (74,2%), мікоплазма – 6 жінок (19,3%), кишкова паличка – 3 жінок (9,7%). Після проведеного лікування у вагітних 1 групи спостерігалась наступні результати: стрептокок піогенний – 6,4%, уреоплазма – 12,9%, мікоплазма – 6,5%, кишкова паличка – 3,2%.

У вагітних з маловоддям, що спричинене інфікуванням нижніх статевих шляхів до проведеного комплексного лікування спостерігався дефіцит захисної мікрофлори – лактобацил. Кількісні показники висіву захисної мікрофлори 1 групи до лікування не досягали рівня норми та складали 10^2 – 10^4 КУО/мл. Рівень захисної мікрофлори у 29,1% вагітних після лікування мав тенденцію до відновлення й становив 10^5 – 10^7 КУО/мл, а в 70,1% ці показники співпадали з результатами 2 групи й досягали рівня норми – 10^7 – 10^9 КУО/мл. Отримані вище результати свідчать про ефективність проведеного лікування та нормалізацію стану мікробіоценозу нижніх статевих шляхів вагітних з маловоддям.

5. ОКРЕМІ ІМУНОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ ЯК ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ГОСТРИХ ТОНЗИЛОФАРИНГІТІВ У ДІТЕЙ SELECTED IMMUNOLOGICAL MARKERS AS A DIAGNOSTIC CRITERIA OF ACUTE TONSILLOPHARYNGITIS IN CHILDREN

Горбатюк І.Б.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Іванова Л.А.

Буковинський державний медичний університет

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

м. Чернівці, Україна

Вступ. Розвитку ускладнень гострого тонзилофарингіту (ГТФ) найчастіше сприяє несвоєчасне або недоцільне призначення стартової етіотропної терапії. Невідповідність антибіотикотерапії ГТФ збуднику, що його викликав, зумовлена труднощами, які виникають у клініцистів при ранньому виявленні етіологічного фактора даного захворювання.

Мета роботи. Вивчити діагностичне значення показників резерву НСТ-тесту нейтрофілів у верифікації гострих стрептококових тонзилофарингітів у дітей.

Матеріал і методи. Для досягнення мети сформовано першу (основну) групу із 10 дітей із діагнозом «стрептококовий гострий тонзилофарингіт». До другої клінічної групи увійшло 16 пацієнтів із гострими тонзилофарингітами нестрептококової етіології. Стрептококова етіологія захворювання була підтверджена позитивними результатами стрептотесту та культурального дослідження мазку із зіву.

Результати. При аналізі показників резерву НСТ-тесту нейтрофілів крові хворих груп порівняння, який визначається як різниця між даними стимульованого та спонтанного НСТ-тесту за ЦХК, виявлено, що у дітей основної групи даний показник був у 2 рази меншим, ніж у групі порівняння (відповідно $0,15 \pm 0,06$ у.о. та $0,31 \pm 0,05$ у.о., $p > 0,05$). Отримані дані підтверджують думку про виснаженість метаболічних можливостей нейтрофілів крові у пацієнтів із наявною стрептококовою інфекцією. Резерв НСТ-тесту нейтрофільних лейкоцитів крові менше 0,15 у.о. за ЦХК відмічався у $37,5 \pm 4,5\%$ хворих на стрептококовий ТФ та у $26,0 \pm 3,9\%$ пацієнтів із ТФ не стрептококової етіології. Показники діагностичної цінності даного лабораторного тесту, щодо виявлення стрептококового ТФ по відношенню до ТФ не стрептококового генезу виявились наступними: ЧТ – 37,5%, СП – 74%, ППЦ – 59,1%, НПЦ – 54,2%, відносний ризик – 1,3 [95% ДІ: 1,0-2,0], співвідношення шансів – 1,7 [95% ДІ: 1,0-3,1], атрибутивний ризик – 0,13.

Висновки. Показник резерву НСТ-тесту менше 0,15 у.о. у хворого на гострий тонзилофарингіт є одним із ранніх діагностичних критеріїв стрептококової етіології захворювання. Враховуючи недостатню чутливість та специфічність цього параклінічного тесту, його доцільно використовувати для верифікації стрептококового тонзиліту лише в комплексі з іншими показниками обстеження.