

Горбан Б.В., Галицька В.О.

ПОШИРЕНІСТЬ УРОДЖЕНОГО ГІПОТИРЕОЗУ В ДІТЕЙ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра педіатрії та медичної генетики

(науковий керівник - к.мед.н. Ризничук М.О.)

Вступ. Первинний уроджений гіпотиреоз (ПУГ) має відносно високу частоту в різних популяціях, яка становить у середньому 1:3000 новонароджених. За даними ВООЗ, в умовах дефіциту йоду живуть більше 2 млрд людей, серед них у 740 млн – виявлений ендемічний зоб. Ця проблема дуже актуальна для України, де понад 70% густонаселених територій мають різну ступінь дефіциту йоду в біосфері. Йоддефіцитною територією також є і Чернівецька область. Частка дітей, в яких на підставі неонатального скринінгу підозрюється уроджений гіпотиреоз, є досить чутливим маркером наявності в навколишньому середовищі зобогенних чинників, головним із яких є дефіцит йоду. Як відомо, дефіцит йоду проявляється підвищеним рівнем тиреотропного гормону (ТТГ) гіпофіза, який визначається при неонатальному скринінгу.

У зв'язку з цим метою нашого дослідження було вивчення поширеності уродженого гіпотиреозу (УГ) у дітей та підлітків Північної Буковини.

Матеріал і методи. Проаналізовано «Карту амбулаторного хворого» та «Медичну карту стаціонарного хворого» дітей, хворих на уроджений гіпотиреоз за 2015 р.

Результати. У Чернівецькій області поширеність гіпотиреозу в цілому за досліджуваний період становила в середньому 0,32%, що не перевищує загальноукраїнського показника – 0,34%. У структурі поширеності ендокринної патології гіпотиреоз займає сьоме місце (0,3%) серед усієї ендокринної патології. На диспансерному обліку перебувало з УГ 28 дітей. Частота у різних районах Чернівецької області дітей із УГ була різною, а саме: найбільше дітей на УГ зареєстровано у м.Чернівці – 9 осіб (32,1%), на другому місці за частотою трапляння УГ є Сторожинецький район, у якому проживає 5 дітей (17,9%) хворих на УГ. По троє дітей із УГ проживають у Сокирянському та Хотинському районах (по 10,7%). По двоє дітей трапляються у Новоселицькому та Путильському районах (по 7,1%). На останньому місці за частотою знаходяться Кіцманський, Заставнівський, Кельменецький, Герцаївський райони, у яких УГ трапляється по 1 випадку (3,5%). Усі діти отримують замісну терапію тиреоїдними гормонами.

Висновки. Поширеність уродженого гіпотиреозу в Чернівецькій області за досліджуваний період становить у середньому 0,32%. Найвища частота уродженого гіпотиреозу трапляється в дітей, що мешкають у м.Чернівці (32,1%).

Горбатюк І.Б.

ДО ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ НЕСТРЕПТОКОКОВИХ ТОНЗИЛОФАРИНГІТІВ У ДІТЕЙ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

(науковий керівник - д.мед.н. Іванова Л.А.)

Необгрунтоване призначення антибіотикотерапії при гострих тонзилофарингітах (ГТФ) у дітей, зумовлене труднощами, які виникають у клініцистів при ранньому виявленні етіологічного чинника захворювання.

З метою вивчення діагностичного значення загальноклінічних та параклінічних показників у верифікації нестрептококової етіології тонзилофарингітів у дітей для оптимізації їх лікування сформовано першу групу спостереження з 66 пацієнтів із ГТФ нестрептококової етіології. Другу (II) клінічну групу склали 32 дітей із діагнозом «стрептококовий гострий тонзилофарингіт». Стрептокова етіологія захворювання підтверджена позитивним результатом культурального дослідження мазку із зіву на стрептокок. Клінічний стан хворих на ГТФ оцінювали за модифікованою шкалою МакАйзека. Всім дітям крім загальноклінічного дослідження проведено визначення вмісту в сироватці крові інтерлейкіну- 6 та 8. За основними клінічними характеристиками групи порівняння були зпівставимі.

Встановлено, що загальна сума балів за шкалою МакАйзека, що не перевищувала 2 бали, реєструвалась у 15,2±4,4% осіб I групи та лише у 6,2±4,2% хворих групи порівняння. Встановлено, що при гострому нестрептококовому тонзилофарингіті у дітей концентрації інтерлейкіну -6 в сироватці крові відповідає віковій нормі, водночас реєструється зниження вмісту інтерлейкіну –8. Доведено, що у дітей із проявами ГТФ для визначення тактики стартового лікування можна використовувати наступний клінічно-параклінічний комплекс: загальна сума балів за шкалою Мак-Айзека менше 2, рівень інтерлейкіну – 6 в сироватці крові у межах вікової норми (10,0 пг/мл) та вміст ІЛ-8 в сироватці крові менше 15 пг/мл. При реєстрації зазначеного тонзилофарингіту збільшується майже в 3 рази.

Таким чином, для ранньої діагностики етіології ГТФ у дітей слід використовувати комплексний підхід, що дозволить визначити тактику лікування та уникнути поліпрагмазії.