



визначення вмісту в сироватці крові інтерлейкіну-6 та інтерлейкіну -8 за допомогою імуноферментного аналізу з використанням стандартного набору реагентів. Нестрептококова етіологія захворювання підтверджена негативним результатом бактеріологічного дослідження змиву з мигдаликів та задньої стінки глотки.

При оцінці результатів загального аналізу крові у пацієнтів груп спостереження вдалося встановити вірогідну різницю лише за кількістю еритроцитів та рівнем гемоглобіну в крові. Зниження вмісту еритроцитів та рівня гемоглобіну в крові хворих на стрептококовий тонзилофарингіт можна пояснити більш виразним інтоксикаційним синдромом з тенденцією до розвитку анемії. Виявлена чітка тенденція до відсутності лейкоцитозу в периферичній крові пацієнтів з нестрептоковою етіологією ГТФ. Так середній вміст лейкоцитів в крові менше  $8,9 \times 10^9/\text{л}$  реєструвався у 57,6% пацієнтів I групи та у 48,8% представників другої ( $P < 0,05$ ). Чутливість цього лабораторного тесту у виявленні нестрептокового тонзилофарингіту складала 57,6%, специфічність (СП) – 55,6%, передбачувана цінність позитивного результату (ПЦПР) – 54,1%, негативного (ПЦНР) – 59,1%. Водночас, встановлено, що відносний ризик нестрептокової етіології ГТФ при реєстрації у хворого менше  $8,9 \times 10^9/\text{л}$  лейкоцитів периферичної крові склав 1,7 (95%ДІ 0,9-2,9), абсолютний ризик – 0,1 при співвідношенні шансів – 1,7 (95%ДІ 0,9-2,9).

Встановлено, що у 80,7% хворих з ГТФ нестрептокової етіології відмічалася зниження вмісту інтерлейкіну -8 у сироватці крові (менше 15,0 пг/мл), тоді як у другій групі воно траплялося лише у 61,2% випадків ( $P < 0,05$ ). Порівняльний аналіз вмісту інтерлейкіну – 6 у сироватці крові дітей із ГТФ різної етіології показав, що рівень даного цитокіну, що синтезує білки гострої фази запального процесу в організмі, суттєво не відрізнявся, однак, відмічено чітку тенденцію до його зниження у хворих з нестрептоковим ГТФ. Встановлено, що при реєстрації в сироватці крові хворих на тонзилофарингіт вмісту ІЛ-6 в межах вікової норми відносний ризик нестрептокової етіології захворювання становить 1,4 (95%ДІ 1,0-1,7) при співвідношенні шансів 1,8 (95%ДІ 1,0-3,2). Показники діагностичної цінності даного лабораторного тесту, щодо виявлення нестрептокового ГТФ відносно гострого тонзилофарингіту стрептококового генезу виявились наступними: ЧТ – 80,7%, СП – 38,8%, ПЦПР – 56,8%, ПЦНР – 66,7%. Водночас, встановлено, що нестрептококова етіологія гострого тонзилофарингіту в дітей асоціювала зі зниженням концентрації інтерлейкіну -8 у сироватці крові (менше 15,0 пг/мл) відносно групи дітей із ГТФ зумовленого БГСА наступним чином: відносний ризик – 1,7 (95%ДІ 1,4-2,0), абсолютний ризик – 0,2, при співвідношенні шансів 2,7 (95%ДІ 1,3-5,0).

Враховуючи неоднорідність показників діагностичної цінності, наведені вище параклінічні тести можуть бути використані лише комплексно із іншими клінічно-параклінічними критеріями діагностики гострого нестрептокового тонзилофарингіту.

Таким чином, у хворих із гострим нестрептоковим тонзилофарингітом реєструвався вірогідно вищий рівень еритроцитів та гемоглобіну в сироватці крові порівняно з пацієнтами із стрептоковою етіологією захворювання. У 80,7% хворих з гострим нестрептоковим тонзилофарингітом відмічалася зниження вмісту інтерлейкіну -8 у сироватці крові (менше 15,0 пг/мл), тоді як у групі пацієнтів із стрептоковою етіологією захворювання воно траплялося лише у 61,2% випадків ( $P < 0,05$ ). Нестрептококова етіологія гострого тонзилофарингіту в дітей асоціювала зі зниженням концентрації інтерлейкіну -8 у сироватці крові (менше 15,0 пг/мл) відносно групи дітей із ГТФ зумовленого БГСА наступним чином: відносний ризик – 1,7 (95%ДІ 1,4-2,0), абсолютний ризик – 0,2, при співвідношенні шансів 2,7 (95%ДІ 1,3-5,0). При реєстрації в сироватці крові хворих на тонзилофарингіт вмісту ІЛ-6 в межах вікової норми, відносний ризик нестрептокової етіології захворювання становить 1,4 (95%ДІ 1,0-1,7) при співвідношенні шансів 1,8 (95%ДІ 1,0-3,2).

**Ковтюк Н.І., Міхєєва Т.М.**

### **СОЦІАЛЬНІ ФАКТОРИ ТА ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ДІТЕЙ**

*Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буквинський державний медичний університет»*

Якість життя є характеристикою фізичного, психічного, емоційного і соціального функціонування дитини, в основі якого лежить суб'єктивне сприйняття. Соціальні фактори формування здоров'я дітей та підлітків включають в себе як популяційні чинники, так і мікросоціальні. В значній мірі воно залежить від основних соціально-побутових компонентів життя родини. Сімейні особливості: соціальний статус, здоров'я і спосіб життя батьків, матеріальне становище, рівень освіти, психологічний клімат сім'ї. Усі вони безпосередньо впливають на здоров'я дітей. Окрім того сім'я прищеплює дітям поведінкові стереотипи, що визначають в подальшому житті дитини не тільки наявність або відсутність шкідливих звичок, але і ставлення до всіх інших складових здорового способу життя.

На сьогоднішній день має місце значне зростання поширеності серед дітей шкільного віку девіантних форм поведінки: близько 20% дітей у віці 10 - 11 років і більше 60% у віці 15 - 17 років курять; близько 35% дітей у віці 10 - 11 років і більше 70% у віці 15 - 17 років вживають алкогольні напої.

Метою роботи був аналіз взаємозв'язків між якістю життя дітей шкільного віку та соціальними чинниками, що впливають на їх здоров'я і спосіб життя.

До дослідження було залучено 100 сімей, вибірка сформована рандомізовано, анкетування анонімне. Вік дітей, що брали участь у дослідженні - 11-17 років. Використовували дескриптивний дизайн дослідження із одномоментним зрізом для формування вибірки, окремі показники аналізувалися у порівнянні між групами. Якість життя дітей оцінювали за адаптованими україномовними опитувальником CHQ-CF87. За іншою анкету



(АК-96) оцінювали такі підрозділи: загальний стан та самооцінка здоров'я, поведінка, психоемоційне функціонування, соціальна та родинна активність, взаємовідносини, заняття спортом, аналізувалися особливості сну та харчування дітей. Статистичну обробку результатів проводили за стандартними методами варіаційної статистики та кореляційного аналізу.

Проведено аналіз соціального портрету родини – склад учасників дослідження: повні сім'ї – 78 %, неповні – 22 %. Вік матерів на період народження обстежених дітей склав: до 19 років – 9 %, від 20 до 29 років – 77 %, 30 років і вище – 14 %. Вищу освіту мають 15,5 % батьків і 22,4 % матерів; середню – 44,4 % батьків і 43,4 % матерів; неповну середню – 40,1 % і 34,2 %, відповідно. На час проведення дослідження на тривалій роботі за кордоном перебували в 6,9 % випадків матері, в 15,4 % – батьки та в – 11,7 % обоє батьків. Догляд за дитиною частіше всього виконують бабусі, а в окремих випадках далекі родичі та сторонні люди. Матеріальні можливості сім'ї розцінюють як низькі 3,2 %, середні – 66,3 %, вище середніх – 30,5 % дітей.

Розгляд чинників, що характеризують умови життя дитини, показав, що проживають в окремій квартирі – 7,6 % сімей, в приватному будинку – 89,7 %, у кімнаті в гуртожитку – 1 %, орендують житло 2,2 % сімей. Наявність у батьків шкідливих звичок, що впливають на здоров'я дітей, була наступною: алкогольні напої періодично вживають 15,8 % матерів і 34,1 % батьків. Залежності між вживанням алкоголю батьками і рівнем їх освіти не виявлено. Курили до вагітності – 16 % матерів і 74 % батьків. Зараз курять – у 70 % сімей, причому в 8,5 % випадків – обоє батьків. Батьки з вищою освітою курять в 1,5 рази менше, ніж із середньою. Серед опитаних старшокласників постійно курять 14 %, пробували раніше чи курять іноді 30 %. У сім'ях, де батьки курять, у дітей ця шкідлива звичка зустрічається в 3,14 рази частіше, в порівнянні з не «पालючими» сім'ями. У сім'ях, де мати має вищу освіту, серед старшокласників палять в 3,02 рази менше, ніж у сім'ях матерів із середньою освітою. Взаєморозуміння між членами родини існує лише в 36,4 % сімей та в 51,4 % його немає взагалі. Стосунки між членами сім'ї розцінили як гарні 67,7 %, не погані – 14,7 %, погані – 4,4 % опитаних дітей.

В цілому, середня оцінка показника ЯЖПЗ за анкетною CF87 в обстеженій групі дітей склала  $78,5 \pm 0,6$  %. Звертає на себе увагу наявність достатньо великої групи дітей (10,5 %) із значно зниженим рівнем ЯЖПЗ. Цікавим виявився аналіз взаємозв'язків окремих складових показників якості життя між собою та з іншими показниками. Негативний кореляційний зв'язок виявлено із високою успішністю ( $r = -0,37$ ,  $p < 0,05$ ), палінням батьків ( $r = -0,22$ ,  $p < 0,05$ ), зниженим апетитом ( $r = -0,22$ ,  $p < 0,05$ ) та наявністю покарання дитини батьками ( $r = -0,17$ ,  $p < 0,05$ ).

Таким чином, на сьогодні сформувалася особлива структура мікросоціального середовища, в якій переплелися сімейні, комунікативні, фізіологічні та економічні фактори, що впливають на ЯЖПЗ школярів. У зв'язку з частою відсутністю батьків на території України, у них зростає потреба у сімейній підтримці. Найбільш важливими чинниками впливу на ЯЖПЗ дитини виявився показник якості сну та взаєморозуміння і підтримка в родині.

**Колоскова О.К., Білоус Т.М., Микалюк Л.В.**

## **РЕЗУЛЬТАТИ ВНУТРІШНЬО-ШКІРНИХ АЛЕРГОПРОБ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ**

*Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Метою роботи було оцінити результати внутрішньо-шкірних алергопроб зі стандартними небактеріальними алергенами у дітей, хворих на бронхіальну астму.

Оцінка результатів внутрішньо-шкірних алергопроб зі стандартними небактеріальними алергенами у вигляді середнього розміру папули (у мм) проводилася у двох групах порівняння. Першу з них (I група) сформували 52 школярів, що отримували лікування з приводу нападу БА та вирізнялися повноцінним генотипом  $GSTT1-M1+$ , оскільки в них були присутні щонайменше по одній копії неушкоджених алелів відповідних генів. До складу II групи увійшли 66 хворих, у яких визначалася відсутність активності однієї чи обох досліджуваних ізоформ  $GSTT1$  та  $GSTM1$  внаслідок делеційного поліморфізму, а їх генотип визначався як  $GSTT1+M1-$ ,  $GSTT1-M1+$  або  $GSTT1-M1-$ .

Отримані результати відображають, на наш погляд, так званий «атопічний марш» у вигляді зменшення шкірної гіперчутливості негайного типу до харчових алергенів з віком дитини ( $8,08 \pm 1,92$  мм у I групі проти  $9,79 \pm 2,09$  мм у II групі,  $p > 0,05$ ), та її зростання щодо аероалергенів. З іншого боку, чітке перевищення розмірів папули у реакції негайного типу зі стандартними епідермальними аероалергенами (у I групі –  $12,89 \pm 1,11$  мм, у II групі –  $16,58 \pm 1,39$  мм,  $p < 0,05$ ), у першу чергу – побутовими ( $19,09 \pm 1,16$  мм проти  $16,0 \pm 1,33$  мм,  $p = 0,05$ ), у хворих на БА дітей із делеційним поліморфізмом генів  $GSTT1$  та  $GSTM1$ , мабуть, відображувало порушення процесів детоксикації ксенобіотиків внаслідок функціональної неповноцінності глутатіон-S-трансфераз. Непрямо це підтверджував обернений характер взаємозв'язку максимального розміру папули у шкірній реакції з харчовими алергенами із вмістом у сироватці крові ІЛ-5 ( $r = -0,69$ ,  $P < 0,05$ ), що, у свою чергу, обернено корелював із кількістю формазан-позитивних еозинофілів у стимульованому НСТ-тесті ( $r = -0,47$ ,  $P < 0,05$ ) та прямо асоціював із концентрацією загального Іg E в сироватці крові ( $r = 0,52$ ,  $P < 0,05$ ) хворих із делеційним поліморфізмом досліджуваних генів глутатіон-S-трансферази. У цих хворих із виразнішою папулою у пробі з