

Горбатюк І. Б.

КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ОКРЕМИХ ЛАБОРАТОРНИХ ПОКАЗНИКІВ ПРИ ТОНЗИЛОФАРИНГІТАХ У ДІТЕЙБуковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
(науковий керівник - д.мед.н. Іванова Л. А.)

Відсутність ранніх достатньо інформативних діагностичних критеріїв нестрептококових тонзилофарингітів у дітей призводить до необґрунтованого призначення антибіотикотерапії, що сприяє зростанню резистентності патогенних мікроорганізмів, ризику виникнення небажаних реакцій на антибіотики, а також підвищення вартості лікування.

Мета дослідження: для оптимізації лікування гострих тонзилофарингітів у дітей вивчити діагностичне значення окремих клініко-парклінічних тестів у верифікації нестрептококової етіології захворювання.

На базі інфекційного відділення ОДКЛ м. Чернівці обстежено 99 дітей, що знаходились на стаціонарному лікуванні з приводу гострих тонзилофарингітів. Першу (I) групу сформували 66 пацієнтів із гострим тонзилофарингітом нестрептококової етіології. До другої (II) клінічної групи увійшло 33 дітей з гострим стрептококовим тонзилофарингітом. Про стрептококову етіологію захворювання свідчив позитивний результат культурального дослідження матеріалу із зіву.

При оцінці показників загального аналізу крові встановлено, що кількість еритроцитів у пацієнтів I групи склала $4,2 \pm 0,1$ Т/л при рівні гемоглобіну - $129,7 \pm 1,8$ г/л, а в групі порівняння ці гематологічні показники виявились наступними - $3,9 \pm 0,1$ Т/л ($p < 0,05$) та $121,8 \pm 2,6$ г/л ($p < 0,05$). Слід зазначити, що інших вірогідних відмінностей, зокрема за такими показниками як кількість лейкоцитів, зсув лейкоцитарної формули, ШОЕ у пацієнтів груп порівняння виявлено не було. Водночас, встановлено, що середній вміст лейкоцитів в крові менше $8,9 \times 10^9$ /л реєструвався у 57,6% пацієнтів I групи та у 48,8% представників другої ($P < 0,05$). Чутливість цього лабораторного тесту у виявленні нестрептококового тонзилофарингіту склала 57,6%, специфічність - 55,6%, передбачувана цінність позитивного результату - 54,1%, негативного - 59,1%. Доведено, що відносний ризик нестрептококової етіології ГТФ при реєстрації у хворого менше $8,9 \times 10^9$ /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).

Таким чином, показники загального аналізу крові у хворих із синдромом тонзилофарингіту не можуть бути самостійно використані для верифікації етіології процесу через їх недостатню діагностичну цінність.

Довга І. І., Данилюк Л. М.

ОСОБЛИВОСТІ ВИЯВЛЕННЯ, ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ МУКОВІСЦИДОЗУ У ДІТЕЙ В ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІТернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського, Тернопіль, Україна
Кафедра педіатрії з дитячою хірургією
(науковий керівник - к.мед.н. Синицька В. О.)

Муковісцидоз у дітей раннього віку є найбільш частою спадковою поліорганною патологією, що характеризується вираженою генетичною гетерогенністю та клінічним поліморфізмом. На сьогодні в Україні це захворювання залишається медико-соціальною проблемою, пов'язаною зі значними моральними, фізичними й матеріальними затратами сім'ї, органів охорони здоров'я і суспільства в цілому.

Мета роботи: вивчити ранні симптоми муковісцидозу у дітей для своєчасної діагностики, визначення подальшої тактики лікування та покращення якості і тривалості життя дітей.

Матеріали та методи: обстежено 18 дітей із муковісцидозом різних форм на базі Тернопільської обласної дитячої клінічної лікарні. Виявлення захворювань у даних дітей фіксувалось як у перші місяці життя, так і в перші роки життя. Враховуючи те, що деяким дітям діагноз виставлено після багатьох років лікування рецидивів бронхообструктивного та диспепсичного синдромів, вирішено приділити більше уваги раннім симптомам для своєчасного виявлення даної патології. Під нашим спостереженням знаходилися усі діти, які мали підозру на дану патологію, а також ті, які вже протягом декількох років хворіють на муковісцидоз змішаної, легеневої та панкреатичної форми. Усі пацієнти проходили генетичне обстеження для уточнення діагнозу у Львівському Західно-українському спеціалізованому дитячому медичному центрі, а при повторних загостреннях вони уже госпіталізувалися в ТОДКЛ, де проводилася корекція лікування.

Клінічно у всіх пацієнтів спостерігалася блідість шкірного покриву, млявість, погана надбавка у вазі, розлади стільця, часті респіраторні епізоди з бронхообструктивним синдромом, який супроводжувався постійним малопродуктивним нападоподібним кашлем з густим мокротинням. Порушення дихальної функції мало тенденцію до неухильного прогресування, з наростанням гіпоксії, симптомів легеневої (задишка в стані спокою, ціаноз) і серцевої недостатності (тахікардія, «легеневе серце»), розвитком деформації грудної клітки (килеподібна, бочкоподібна або лійкоподібна), зміни нігтів у вигляді годинникових скелець і кінцевих фаланг пальців за формою барабанних паличок.

Висновки. Рання діагностика муковісцидозу у дітей вкрай важлива для визначення тактики лікування і прогнозування результатів замісної та антибактеріальної терапії з метою попередження рецидивів та ускладнень.