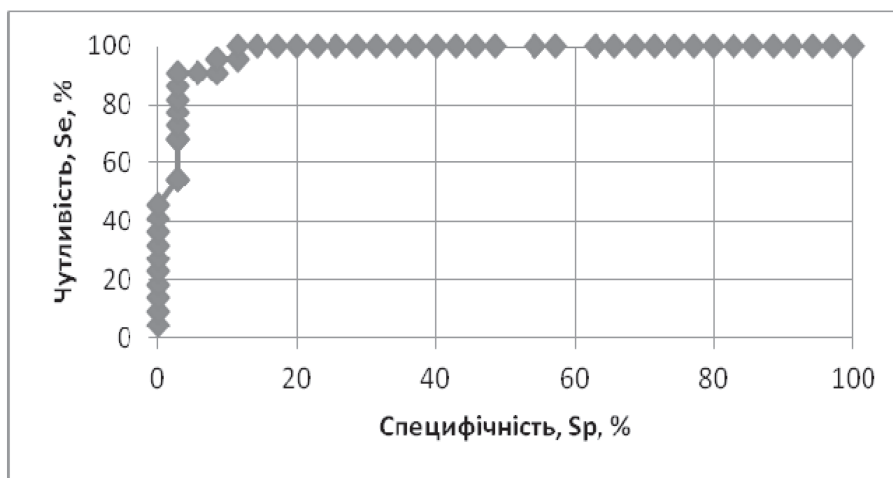




доношених умовно здорових новонароджених дітей (III група). Встановлення тяжкості порушень соматичного та неврологічного статусів проведено з використанням шкали гострої фізіології новонароджених – Score for Neonatal Acute Physiology Perinatal Extension (SNAP-PE). Критеріями відбору до груп дослідження була максимальна оцінка за шкалою SNAPPE більше 15 балів під час перебування у ВІТН. Діагностика ГПН у новонароджених проведена згідно рекомендацій міжнародної групи експертів Kidney Disease: Improving Global Outcomes з модифікацією J. G. Jetton та D. J. Askenazi з урахуванням двох критеріїв: збільшення рівня креатиніну сироватки крові більш ніж на 26,5 мкмоль/л протягом послідовних двох досліджень, проведених через 48 годин, та/або рівня погодинного діурезу менше 0,5 мл/кг/год. протягом 6 годин.

Рівень ліпокаліну сечі, асоційованого з желатиназою нейтрофілів, у хворих дітей I групи обстеження склав $371,8 \pm 25,58$ мкг/г креатиніну, у новонароджених II групи – $729,6 \pm 16,65$ мкг/г креатиніну, у дітей групи контролю – $67,7 \pm 6,76$ мкг/г креатиніну ($p_{I-II} < 0,05$, $p_{I-III} < 0,05$, $p_{II-III} < 0,05$).

У ході дослідження проведено аналіз операційної характеристичної кривої (Receiver Operating Characteristic Curve, ROC) з розрахунком відповідних статистичних показників для визначення діагностичної та прогностичної цінності ліпокаліну сечі, асоційованого з желатиназою нейтрофілів щодо встановлення ГПН у доношених новонароджених дітей. На рис. представлено ROC-крива для даного показника.



Встановлена висока чутливість (100%) та специфічність (91,4%) визначення ліпокаліну, асоційованого з желатиназою нейтрофілів, у сечі при діагностиці ГПН у критично хворих доношених новонароджених дітей. Висока діагностична цінність даного показника підтверджена діагностичною точністю 94,7% та високим індексом AUROC (0,97) при $p < 0,001$; висока прогностична цінність – високими значеннями прогностичної цінності позитивного результату (88,0%) та негативного результату (100,0%). Пороговим рівнем ліпокаліну сечі, асоційованого з желатиназою нейтрофілів, який свідчить про формування ГПН у доношених новонароджених дітей з клінічними проявами тяжкої перинатальної патології встановлено значення вище 589 мкг/г креатиніну.

Враховуючи високу прогностичну та діагностичну цінність, автором рекомендовано використання даного методу ідентифікації ГПН у практиці відділень інтенсивної терапії новонароджених.

Безрук В.В., Безрук Т.О.*

ІНВАЛІДНІСТЬ ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ, ЩО СПРИЧИНЕНА ХВОРОБАМИ СЕЧОСТАТЕВОЇ СИСТЕМИ

Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини

*Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб**

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Характеризуючи показники «здоров'я» та «соціального благополуччя» населення, у будь-якій країні світу, варто відмітити, що одним з найбільш «несприятливих» показників є дитяча інвалідність.

Мета дослідження – аналіз динаміки дитячої інвалідності в Чернівецькій області та частки інвалідності, що спричинена хворобами сечостатевої системи. Матеріалом для даного дослідження були офіційні статистичні дані (звітна документація про стан нефрологічної допомоги дітям Чернівецької області за період з 2006 по 2015 рр.) та дані Центру медичної статистики МОЗ України; у роботі використано інформаційно-аналітичний, статистичний методи.

Впродовж останніх років у Чернівецькій області спростерігався незначний ріст рівня дитячої інвалідності з 21,74% (2013 р.) до 22,10 (2015 р.), що склало +1,7%, при загальнодержавному показнику за 2015 р. – 20,16% (рис.).



25

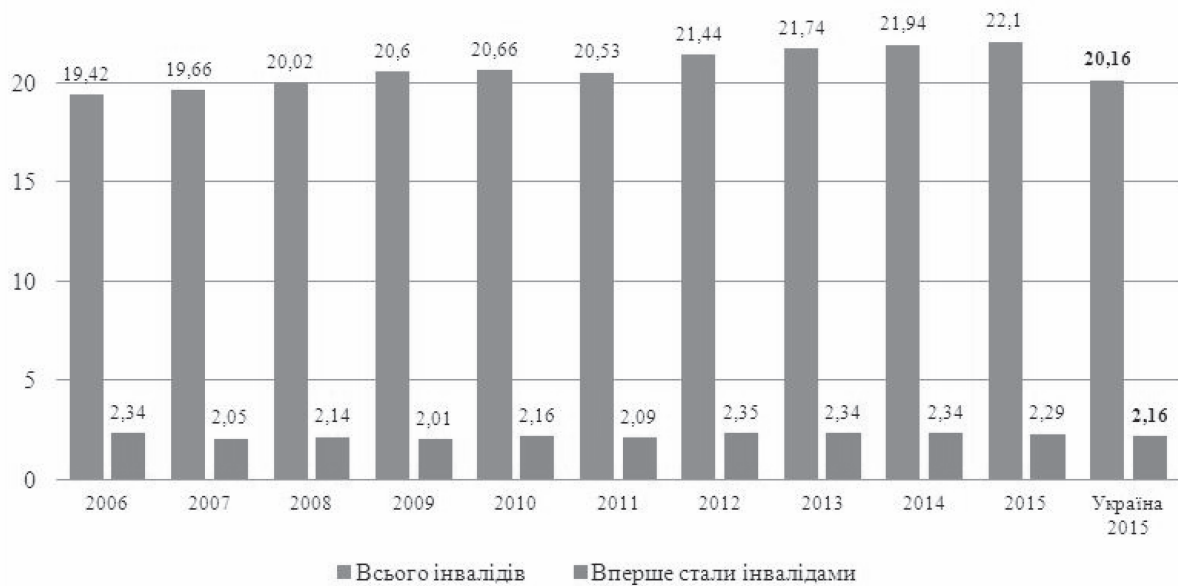


Рис. Динаміка дитячої інвалідності (%) у Чернівецькій області (2006-2015 рр.)

Незважаючи на те, що у структурі причин дитячої інвалідності в Чернівецькій області (2015 р.) істотну частку складають вроджені аномалії (29,9% – 6,63‰) та хвороби нервової системи (18,0% – 3,97‰), з порушенням функції ЦНС і розладами психіки та поведінки, ендокринної системи (6,2% – 1,38‰) та хвороб органів дихання (2,7% – 0,60‰) проведений системний аналіз засвідчив (2009-2015 рр.) збільшення показника нефрологічної інвалідності (+28,6%) та її частки у загальній структурі дитячої інвалідності регіону (+23,1%) (див. табл. 1); збільшення, у регіоні, сумарної частки дітей-інвалідів старшого шкільного та підліткового віку (до 70,4% у 2015 р.), інвалідність яких спричинена хворобами сечостатевої системи (див. табл. 2).

Таблиця 1.

Динаміка показників інвалідності дитячого населення Чернівецької області, що спричинена хворобами сечостатевої системи

Найменування класів хвороб	2009 р.		2012 р.		2015 р.		Динаміка 2009 / 2015 (%)	
	на 10000 дітей до 18 років, (‰)	питома вага, (%)	на 10000 дітей до 18 років, (‰)	питома вага, (%)	на 10000 дітей до 18 років, (‰)	питома вага, (%)	на 10000 дітей до 18 років, (‰)	питома вага, (%)
Хвороби сечостатевої системи	2,8	1,3	2,4	1,1	3,6	1,6	+28,6	+23,1
з них первинна інвалідність хвороб сечостатевої системи	0,4	1,7	0,2	0,9	0,4	1,7	0,0	0,0

Таблиця 2.

Віковий та гендерний розподіл дітей-інвалідів Чернівецької області, інвалідність яких спричинена хворобами сечостатевої системи

Віковий та гендерний розподіл хворих дітей	2009 р.		2012 р.		2015 р.	
	абс.	питома вага, (%)	абс.	питома вага, (%)	абс.	питома вага, (%)
до 3-х років	4	7,8	1	2,2	2	2,9
від 4-х до 6-ти років	6	11,8	7	15,9	8	11,9
від 6-и до 10-ти років	10	19,6	10	22,7	10	14,9
від 10-ти до 15-ти років	13	25,5	17	38,6	28	41,8
старше 15-ти років	18	35,3	9	20,5	19	28,6
хлопці	30	58,9	24	54,5	30	44,7
дівчата	21	41,2	20	45,5	37	55,2
Всього	51	100,0	44	100,0	67	100,0