Власова О.В.

ЗАСТОСУВАННЯ ДІАГНОСТИЧНИХ ШКАЛ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА НЕОНАТАЛЬНИЙ СЕПСИС

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
Буковинський державний медичний університет

На частоту виникнення сепсису, характер його перебігу та наслідки захворювання впливають численні фактори, зокрема, екологічна обстановка в місцях проживання батьків хворих дітей. Несприятливий вплив факторів зовнішнього середовища, особливо у сенситивні періоди внутрішньоутробного розвитку плоду, може спричиняти структурні, метаболічні і генетичні зміни, які підвищують схильність до інфекційних захворювань після народження дитини

Метою роботи було оцінити тяжкість стану новонароджених, хворих на неонатальний сепсис за різних умов впливу екофакторів низької інтенсивності. Обстежено 260 хворих на неонатальний сепсис, народжених від батьків, які проживали в різних екологічних умовах. Для оцінки тяжкості перебігу неонатального сепису використані шкали SNAPII, SNAPPEII. Для оцінки органної дисфункції використовували шкали PELODII, SOFA, PEMOD, CRIB. Сепсис у новонароджених, батьки яких проживали в місцях із несприятливою екологічною обстановкою, характеризується більшою тяжкістю перебігу патологічного процесу, ніж у хворих групи порівняння. Щоб підтвердити даний висновок, нами проведена оцінка тяжкості перебігу захворювання у 1-й день лікування за допомогою ймовірнісно-діагностичних і орієнтувально-прогностичних систем. Таким чином при використанні вказаних орієнтовно-ймовірнісних діагностичних систем для оцінки тяжкості захворювання в більшості хворих основної групи виявлено більш тяжкий стан, що підтверджується також тим, що при виборі розподільчих точок для CRIB – 9 і більше балів, SNAP – 15 і більше, SNAP II – 10 і більше балів, SNAPPEII – 21 і більше балів, PEMOD – більше 7 балів, PELOD – 9 балів і більше та SOFA – 5 і більше, при оцінці важкості хворих було виявлено міжгрупову відмінність. Так, наведена констеляція балів оцінки тяжкості порушень загального стану за системою CRIB встановлена у основній групі у 36,6% дітей, а у групі порівняння – у 23,3% випадків ($P<0,05$). Відповідно наведена оцінка тяжкості порушення стану новонароджених за системою SNAP була відмічена у 50,0% і 11,5% випадків ($P<0,05$), за шкалою SNAPII – у 70,0% і 46,1% хворих ($P<0,05$), SNAPPEII – у 36,6% і 26,9% дітей ($P>0,05$), PEMOD- у 50% і 30,7% новонароджених ($P>0,05$), PELOD- у 80,0% і 30,8% пацієнтів ($P>0,05$), SOFA – у 80,0% і 7,7% ($P<0,05$) спостережень.

Отже оцінка тяжкості порушення загального стану новонароджених груп порівняння у 1-й день захворювання показала, що за усіма шкалами, окрім SNAPPEII та PEMOD, відмічений більш тяжкий стан хворих основної клінічної групи.

Гінгуляк М.Г.

АЛЬТЕРНАТИВНІ ПІДХОДИ ДО ЗНИЖЕННЯ ГІПЕРРЕАКТИВНОСТІ БРОНХІВ У ДІТЕЙ З ПОВТОРНИМИ ЕПІЗОДАМИ ОБСТРУКЦІЇ БРОНХІВ

Кафедра педіатрії та медичної генетики
Буковинський держаний медичний університет

Гіперреактивність - являє собою підвищену в порівнянні з нормою відповідь на який-небудь подразник.

В випадку гіперреактивності бронхів подразнення (аерозолями хімічних медіаторів чи холінергічних агентів, токсичними газами, алергенами, холодним чи сухим повітрям та ін.) відбувається при вдиханні повітря, а інтенсивність відповіді вимірюється звуженням просвіту бронхів invivo, гіперреактивність дихальних шляхів займає центральне місце в патогенезі бронхіальної астми.

Метою нашої роботи було оцінити ефективність альтернативних лікувальних заходів направлених на зниження підвищеної реактивності бронхів у дітей з повторними епізодами