

2. Балтайгіс Ю.В., Заверний Л.Г., Мельник В.М. та ін. Летальність при гострій непрохідності кишечника та шляхи її зниження. Гостра непрохідність кишечника: Матер. XIX з'їзду хірургів України.-Харків, 2000.-С.116-117.
3. Беляев Л.Б., Юдин Е.В., Скоробогатов В.М., Пикуза В.И. Острая кишечная непроходимость как проблема неотложной хирургии // Науч.-практ.конф.: Тез.докл.-М., 1998.- С. 37-38.
4. Бойко В.В., Криворучко И.А., Бруснищана М.П. та ін. Особенности современной хирургической доктрины при лечении больных с острой непроходимостью кишечника // Харківська хірургічна школа.-2004.-№1-2.-С.6-8.
5. Брискин Б.С., Смаков Г.М., Бородин А.С., Марченков А.Д. Обтурационная непроходимость при раке ободочной кишки // Хирургия.-1999.-№5.-С.37-40.
6. Ерюхин И.А., Петров В.П., Ханевич М.Д. Кишечная непроходимость.-СПб: Питер, 1999.-448с.
7. Луцки Б.Д., Матвійчук Б.О., Ястремська О.О. та ін. Клініко-лабораторні критерії діагностики синдрому ендогенної інтоксикації у хворих з гострою кишковою непрохідністю // Лаб.діагност.-2003.-№1.-С.38-41.

THE THERAPEUTIC MANAGEMENT IN ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION

F.H.Kulachek, N.H.Kovalchuk, P.I.Sydorchuk, O.O.Karliichuk, Daraghmeh Mohammad

Abstract. The results of treating 239 patients with acute intestinal obstruction have been analyzed. Obstruction diagnosis was implemented on the basis of the findings of clinico-radiologic, ultrasonic and endoscopic methods of investigation. Conservative therapy turned out to be effective in 122 patients. 105 patients underwent surgical intervention. Postoperative complications occurred in 16 cases.

Key words: acute intestinal obstruction, treatment.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Buk. Med. Herald. – 2005. – Vol.9, №3. – P.103-105

Надійшла до редакції 28.12.2004 року

УДК 616.21-002.2-053.2-092

С.А.Левницька

ПОКАЗНИКИ МІКРОСОЦІАЛЬНОГО СТАТУСУ ТА СІМЕЙНОГО АНАМНЕЗУ ЯК ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ХРОНІЧНОГО СИНУЇТУ В ДІТЕЙ

Кафедра факультетської хірургії, ЛОР та очних хвороб (зав. – проф. І.Ю.Полянський)
Буковинського державного медичного університету

Резюме. Наведені результати обстеження 50 дітей, хворих на хронічний гнійний синусит, 75 дітей, хворих на гострий гнійний синусит та 40 практично здорових дітей. Встановлено, що куріння батьків не впливає на розвиток у дитини хронічного синуситу. Ні зайнятість батьків, ні їх освіта, ні матеріальна забезпеченість вірогідно не впливали на ймовірність виникнення хронічного синуситу в дитини. Для дітей, хворих на хронічний синусит, більш характерними виявилися наявність менших братів чи сестер у родині та ранній початок відві-

дування дитячих дошкільних закладів у порівнянні з їх здоровими однолітками. У родинах дітей, хворих на хронічний синусит, вірогідно частіше виявляються хронічні запальні захворювання верхніх та нижніх дихальних шляхів. Матері таких дітей значно частіше мають анатомічні аномалії будови носової порожнини.

Ключові слова: хронічний гнійний синусит, гострий гнійний синусит, сімейний анамнез, фактори ризику.

Вступ. Хронічний гнійний синусит (ХГС) – один із найбільш поширених видів хронічної патології верхніх дихальних шляхів у дітей, яка за своєю частотою поступається лише аденоїдним вегетациям [4].

Для виникнення хронічного синуситу потрібні загальні та місцеві умови. До загальних умов виникнення ХГС відносять стан індивідуальної реактивності організму та конституційні особливості, стан імунної системи, шкідливі фактори зовнішнього середовища [3]; до місцевих - порушення функції співусть біляносових пазух та пригнічення активності миготливого епітелію.

Сприяти виникненню та підтримці ХГС можуть активне та пасивне куріння [6] та низький соціальний статус хворого [7].

Передумовою виникнення ХГС у дитини є зміна мікробіоценозу носоглотки. Відразу після народження дитини носоглотка колонізується автохтонною облігатною флорою (коринебактерії, нейсерії, зеленячий стрептокок). У той же час відбувається колонізація мікроорганізмами із "великої трійки": стрептококом пневмонії, паличкою інфлюенци та *Moraxella catharalis*. Колонізація основними мікробними агентами синуситу від-

бувається одразу після народження. До 2 років життя в 44% дітей має місце повна колонізація носоглотки паличкою інфлюєнці, у 78% - *Moraxella catharalis*. До 12 місяців життя в 70% дітей носоглотка колонізована хоча б одним з трьох основних респіраторним антигеном [2]. Факторами ризику колонізації носоглотки дитини респіраторними патогенами є схильність до рецидивних середніх отитів, слабкість місцевої імунної відповіді та повторне надходження респіраторної інфекції [8]. Вищі рівні колонізації носоглотки респіраторними патогенами виявлені в дітей, що відвідують дошкільні установи та мають вдома молодших братів чи сестер [9]. Одним із факторів ризику розвитку хронічного синуситу вважають відвідування дитиною дошкільних закладів у країнах СНГ або їх аналогів (day care center) за кордоном [10,11].

Мета дослідження. Вивчити показники мікросоціального статусу та сімейного анамнезу як можливі фактори ризику хронізації запального процесу в біляносових пазухах у дітей.

Матеріал і методи. Під спостереженням знаходилося 165 дітей віком від 3 до 17 років, які були розподілені на три групи. До першої групи ввійшло 50 дітей, хворих на ХГС у стадії загострення. У другу групу ввійшли 75 дітей, які поступили на стаціонарне лікування в ЛОР-відділення з ознаками гострого гнійного синуситу (ГГС). Третю (контрольну) групу склали 40 практично здорових дітей, у яких при оториноларингологічному обстеженні не було діагностовано патології верхніх дихальних шляхів та вуха. Віковий розподіл дітей у групах показаний у табл.1. Як видно з даних таблиці, групи дослідження були зіставлювальні за віком, переважно в дослідження були включені діти дошкільного та молодшого шкільного віку.

Матеріалом дослідження були записи в амбулаторних картах дітей та їх батьків, результати анкетувань батьків, а також заключення суміжних спеціалістів (алергологів, пульмонологів, дільничних педіатрів та терапевтів). Одержані результати статистично оброблені методами варіаційної статистики з використанням непараметричного критерію χ^2 [1].

Результати дослідження та їх обговорення. При дослідженні показників мікросоціального статусу дитини ми намагалися виявити соціальні показники, які гіпотетично могли б сприяти розвитку хронічного запального процесу у верхніх дихальних шляхах.

Одним з факторів ризику розвитку ХГС є пасивне куріння, оскільки тютюновий дим пригнічує роботу війчастого епітелію та погіршує його захисну та дренажну функції. Проте дослідження куріння батьків не виявило статистично значимої різниці показника серед груп спостереження (табл. 2)

Можливим соціальним фактором ризику виникнення ХГС може бути матеріальний статок родини, оскільки від нього залежить можливість

вибору медикаментів без огляду на їх вартість, проведення своєчасного оздоровлення та санаторно-курортного лікування, достатня вітамінізація раціону дитини, відповідні побутові умови. При визначенні показника соціального добробуту ми поділили його на три градації: задовільне, незадовільне та вище середнього. Проведене дослідження засвідчило, що ХГС однаково часто трапляється в дітей як із матеріально забезпечених родин, так і родин із незадовільними показниками соціального добробуту (табл. 3).

Одним із факторів, що визначають можливість догляду за дитиною та створення їй відповідних побутових умов, є зайнятість батьків. Наше дослідження не виявило вірогідної різниці між зайнятістю батьків серед груп спостереження (табл. 4). У дітей другої групи в 50,7% працювали обоє батьків, тоді як серед першої групи в половині випадків працевлаштованим виявився лише один із батьків.

При вивченні рівня освіти батьків дітей трьох груп були встановлені вірогідні відмінності між освітою батьків дітей першої та другої груп. Вищу освіту мали 50% батьків першої, 28% батьків - другої та 40% батьків - третьої груп. Середню освіту мали 26% батьків першої, 50,6% батьків - другої та 40% батьків - третьої груп.

Таким чином, ні матеріальна забезпеченість, ні зайнятість батьків, ні їх рівень освіти не асоціював із імовірністю виникнення ХГС у дитини. Не знайшли ми також зв'язку між пасивним курінням та виникненням хронічного синуситу.

При вивченні сімейного анамнезу ми звертали увагу на наявність інших дітей у родині, оскільки вони можуть бути носіями умовно-патогенної мікрофлори та джерелом інфікування. З груп спостереження були вибрані діти у віковому діапазоні 3-8 років. Проте тільки при порівнянні першої та контрольної груп (табл. 5) встановлено, що діти на ХС частіше мали братів та сестер.

Колонізація верхніх дихальних шляхів основними респіраторними патогенами в дитини відбувається залежно від частоти контактів слизової оболонки з мікроорганізмами, тому певне значення може мати вік, коли дитина почала відвідувати дитячі установи. Проведене дослідження засвідчило (табл. 6), що діти, хворі на ХГС, вірогідно раніше починають відвідувати дитячі дошкільні установи в порівнянні з дітьми на ГГС на дітьми контрольної групи.

При вивченні показників сімейного анамнезу ми дослідили наявність хронічних захворювань верхніх дихальних шляхів у родині (табл. 7). Нами встановлено, що серед рідних дітей, хворих на ХГС значно частіше траплялися хронічні запальні процеси носової порожнини, біляносових пазух, глотки, гортані, як у порівнянні з контрольною групою, так і при порівнянні з дітьми, хворими на ГГС.

Вивчення розповсюдженості хронічних захворювань нижніх дихальних шляхів у родинах

Таблиця 1

Розподіл дітей за віком

	3-5 років	6-8 років	9-11 років	12-14 років	15-17 років
Перша група (n=50)	10	19	13	3	5
Друга група (n=75)	15	29	20	6	5
Третя група (n=40)	8	16	10	3	3
Всього	33	64	43	12	13

Таблиця 2

Дослідження пасивного куріння серед пацієнтів

Діапазон ознаки	Перша група (n=50)	Друга група (n=75)	Третя група (n=40)
Батьки курять	40	54	25
Ні	10	21	15

$$\chi^2_{1-III}=0,645; p=0,422; \chi^2_{1-III}=2,576; p=0,108; \chi^2_{II-III}=0,698; p=0,404.$$

Таблиця 3

Показник соціального добробуту

Діапазон ознаки	Перша група (n=50)	Друга група (n=75)	Третя група (n=40)
Задовільне	37	51	34
Незадовільне	6	9	1
Вище середнього	7	15	5

$$\chi^2_{1-III}=0,767; p=0,681; \chi^2_{1-III}=2,957; p=0,228; \chi^2_{II-III}=4,571; p=0,102.$$

Таблиця 4

Робота батьків

Діапазон ознаки	Перша група (n=50)	Друга група (n=75)	Третя група (n=40)
Працює один із батьків	25	21	16
Працюють обоє батьків	13	38	16
Батьки не працюють	12	16	8

$$\chi^2_{1-III}=8,515; p=0,014; \chi^2_{1-III}=2,000; p=0,368; \chi^2_{II-III}=1,822; p=0,402.$$

Таблиця 5

Наявність інших дітей у сім'ї

Діапазон ознаки	Перша група (n=19)	Друга група (n=44)	Третя група (n=24)
Є брати чи сестри	14	20	9
Німає	5	24	15

$$\chi^2_{1-III}=3,196; p=0,074; \chi^2_{1-III}=4,221; p=0,04; \chi^2_{II-III}=0,142; p=0,706.$$

Таблиця 6

Відвідування дитячих дошкільних установ

Діапазон ознаки	Перша група (n=50)	Друга група (n=75)	Третя група (n=40)
До 3 років	30	29	8
3 роки і старше	12	37	22
Не відвідували	8	9	10

$$\chi^2_{1-III}=8,157; p=0,017; \chi^2_{1-III}=14,974; p=0,000; \chi^2_{II-III}=5,657; p=0,059.$$

Таблиця 7

Наявність хронічних захворювань у родині

Ознака	Перша група (n=50)	Друга група (n=75)	Третя група (n=40)
Захворювання верхніх дихальних шляхів	34	31	6
$\chi^2_{1-III}=7,512; p=0,006; \chi^2_{1-III}=24,658; p=0,000; \chi^2_{II-III}=7,901; p=0,005$			
Захворювання нижніх дихальних шляхів	31	25	8
$\chi^2_{1-III}=8,844; p=0,003; \chi^2_{1-III}=14,299; p=0,000; \chi^2_{II-III}=1,662; p=0,197$			
Анатомічні аномалії будови порожнини носа в матері	30	21	11
$\chi^2_{1-III}=11,428; p=0,000; \chi^2_{1-III}=8,199; p=0,004; \chi^2_{II-III}=0,026; p=0,872$			
Алергічні захворювання	12	20	4
$\chi^2_{1-III}=0,016; p=0,900; \chi^2_{1-III}=2,099; p=0,147; \chi^2_{II-III}=3,437; p=0,064$			

досліджуваних дітей (табл. 7) засвідчило, хронічні захворювання бронхолегеневої системи траплялися в сім'ях дітей, хворих на ХГС, вірогідно частіше в порівнянні із сім'ями дітей, хворих на ГГС та із сім'ями дітей контрольної групи.

Дослідження будови носової порожнини в матерів досліджуваних дітей показало, що серед матерів дітей, хворих на ХГС вірогідно частіше мали місце викривлення носової перегородки

(табл. 7) у порівнянні з матерями дітей, хворими на ГГС та матерями дітей контрольної групи.

Проте при дослідженні алергічних захворювань у родині виявилось (табл. 7), що останні однаково часто трапляються в усіх трьох групах спостереження.

Отже, вивчення сімейного анамнезу показало, що в родинях дітей, хворих на ХГС, вірогідно частіше трапляються хронічні запальні захворювання верхніх та нижніх дихальних шляхів. Матері таких дітей значно частіше мають анатомічні аномалії будови носової порожнини.

Висновки

1. При вивченні показників мікросоціального статусу встановлено, що куріння батьків не впливає на захворюваність дитини на ХГС.

2. Хронічний синусит однаково часто трапляється як у дітей з матеріально забезпечених, так і малозабезпечених родин. При цьому ні зайнятість батьків, ні їх освіта вірогідно не впливали на ймовірність виникнення ХГС у дітей.

3. Для дітей, хворих на ХГС, більш характерними виявилися наявність менших братів чи сестер у родині та ранній початок відвідування дитячих дошкільних закладів у порівнянні з їх здоровими однолітками.

4. У родинях дітей, хворих на ХГС, вірогідно частіше трапляються хронічні запальні захворювання верхніх та нижніх дихальних шляхів. Матері таких дітей значно частіше мають анатомічні аномалії будови носової порожнини.

Перспектива подальших досліджень. Подальше визначення можливих факторів ризику розвитку хронічного запального процесу біляносових пазух в дітей та розробка на основі виявлених закономірностей алгоритму діагностично-лікувальної тактики дозволить покращити діагностику та якість лікування дітей, хворих на ХГС.

Література

1. Гланц Стентон. Медико-біологическая статистика. Пер. с англ. – М.: Практика, 1999. – 459 с.
2. Крюков А.И., Сединкин А.А., Алексанян Т.А. Лечебно-диагностическая тактика при остром синусите // Вест. оториноларингол. – 2002. – №5. – С. 51-56.
3. Пальчун В.Т., Кафарская Л.И., Полякова Т.С., Гуров А.В. Динамическое исследование антибиотикорезистентности микробного фона в оториноларингологическом отделении // Вест. оториноларингол. – 2004. – №1. – С. 53-56.
4. Тімен Г.Е. Діагностика і лікування гострого верхньощелепного синуситу в дітей // Мистецтво лікування. – 2004. – №1(007). – С.24-27.
5. Pawankar R, Nonaka M, Yamagishi S, Yagi T. Pathophysiologic mechanisms of chronic rhinosinusitis // Immunol Allergy Clin North Am. – 2004. – Vol.24, №1. – P. 75-85.
6. Ramadan NH, Hinerman RA Smoke exposure and outcome of endoscopic sinus surgery in children // Otolaryngol Head Neck Surg. – 2002. – Vol.127, №6. – P. 546-548.
7. Chen Y, Dales R, Lin M. The epidemiology of chronic rhinosinusitis in Canadians // Laryngoscope. – 2003. – Vol. 113, №7. – P.1199-1205.
8. Garcia-Rodrigues JA, Fresnadillo Martinez MJ Dynamics of nasopharyngeal colonization by potential respiratory pathogens // J. Antimicrob. Chemother. – 2002. – Vol.50, suppl. S2. – P. 59-73.
9. Yagci A, Ilki A, Akbenlioglu C, Ulger N, Inanli S, Soyletir G, Bakir M. Surveillance of Haemophilus influenzae among respiratory tract samples of Turkish children // Int. J. Antimicrob. Agents. – 2003. – Vol.22, №5. – P.548-550.
10. Forssell G, Hakansson A, Mansson NO Stay at child day care center is the most significant risk factor of respiratory tract infection among 2-5 years old children // Lakartidningen. – 2002. – Vol.99, №23. – P. 2649-2650.
11. Forssell G, Hakansson A, Mansson NO Risk factors for respiratory tract infections in children aged 2-5 years // Scand. J. Prim. Health Care. – 2001. – Vol.19, №2. – P. 122-125.

INDICATORS OF THE MICROSOCIAL STATUS AND FAMILY ANAMNESIS AS RISK FACTORS OF THE DEVELOPMENT OF CHILDREN'S CHRONIC SINUSITIS

S.Levyts'ka

Abstract. The results of examining 50 children with chronic purulent sinusitis, 75 children with acute purulent sinusitis and apparently healthy children have been adduced. It has been established that parents' smoking does not influence on the development of chronic sinusitis. Neither parents' being busy, nor their education and material well-being, probably, influenced on the likelihood of the onset of chronic sinusitis in a child. The presence of younger brothers or sisters in the family and an early beginning of attending children's day care centers compared with healthy children of the same age was more typical of children afflicted with chronic sinusitis. Chronic inflammatory diseases of the upper and lower respiratory airways are, probably, more common for the families of children, suffering from chronic sinusitis. The mothers of such children more often suffer from anatomical abnormalities of the structure of the nasal cavity.

Key words: chronic purulent sinusitis, acute purulent sinusitis, family anamnesis, risk factors.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Buk. Med. Herald. – 2005. – Vol.9, №3. – P.105-108

Надійшла до редакції 21.03.2005 року