

Проблемы лимфаденоидного глоточного кольца у детей, болеющих подчелюстными и шейными лимфаденитами

Л.Ф. Матюха, О.С. Михнушева, А.Е. Кононов, С.В. Стрельцова

¹Национальная медицинская академия последиplomного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев

²Городская детская клиническая больница № 1, г. Киев

В практической деятельности педиатры и семейные врачи ежедневно диагностируют заболевания, сопровождающиеся увеличением лимфатических узлов (ЛУ). В случае острого или хронического воспаления ЛУ используют термин «лимфаденит» (МКБ-Х: острый лимфаденит – L04; неспецифический лимфаденит – I88). В случаях достоверно не установленной этиологии увеличения ЛУ на этапе предварительной диагностики или для выделения ведущего симптома заболевания употребляют термин «лимфаденопатия» (МКБ-Х: увеличение лимфатических узлов неуточненное – R59.9). Выделяют периферические ЛУ, расположенные в шейной области (подбородочные, подчелюстные, шейные, впереди и сзади по ходу грудино-ключично-сосцевидной мышцы, надключичные, задние и передние ушные, затылочные). У детей первого года жизни увеличение ЛУ регистрируют редко. В возрасте от 3 до 10 лет частота лимфаденопатий (ЛАП) повышается, затем снижается. Целью нашей ра-

боты было изучение состояния ЛОР-органов у детей с подчелюстными и шейными лимфаденитами. Пациенты предъявляли следующие жалобы: на боль в подчелюстной области и передней поверхности шеи, дискомфорт, першение и боль в горле, повышение температуры тела, заложенность носа, насморк, затрудненное дыхание носом. Подчелюстные и шейные лимфадениты протекают на фоне снижения реактивности организма. Несмотря на то что подчелюстные и шейные лимфатические узлы не являются регионарными для небных миндалин, воспалительные процессы лимфаденоидного глоточного кольца (хронический тонзиллит, аденоидит) могут оказывать неблагоприятное воздействие на развитие шейных (25%) и подчелюстных лимфаденитов (43,75%). Санация хронических очагов инфекции должна являться приоритетом в работе первичного звена здравоохранения в профилактике развития подчелюстных и шейных лимфаденитов.

Использование гематологических анализаторов в клинике семейной медицины

С.Г. Ситало

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»

Особую роль в диагностике заболеваний в практике семейного врача отводят изучению морфологического и биохимического состава периферической крови, с помощью которого можно получить представление о количестве и качестве ее форменных элементов, оценить состав плазмы, содержание в ней продуктов азотистого, липидного, пигментного, углеводного и минерального обменов. В настоящее время в практике существуют два метода проведения общего анализа крови: мануальный (ручной) и посредством применения гематологических анализаторов.

В целом весь ряд гематологических анализаторов по виду выполняемых исследований можно разделить на три класса.

К первому классу относятся полуавтоматические анализаторы, выполняющие анализ по небольшому числу показателей, обычно по 6–9, и без дифференцирования лейкоцитов на субпопуляции (ERMA PCE 90, Япония).

Ко второму классу относятся 10–20-параметровые автоматические анализаторы, дифференцирующие лейкоциты на три субпопуляции (PCE 90 Vet/HTI, США).

К третьему классу относятся так называемые 5DIFF автоматические анализаторы, дифференцирующие лейкоциты по пяти популяциям и позволяющие определять до 28 параметров и более (CellDyn 3700/Abbott, США).

Для оснащения клинико-диагностических лабораторий

первичного звена предпочтение отдано автоматизированным гематологическим анализаторам, работа которых основана на кондуктометрическом методе, который позволяет получить до 18 параметров крови с определением трех популяций лейкоцитов (лимфоциты, клетки средних размеров, гранулоциты). При использовании такого анализатора определяют: эритроцитарные параметры – RBC (количество эритроцитов), HGB (концентрация гемоглобина), HCT (гематокрит), MCV (средний объем эритроцита), MCH (среднее содержание гемоглобина в эритроците), MCHC (средняя концентрация гемоглобина в эритроците), RDW (ширина распределения эритроцитов по объему); тромбоцитарные параметры – PLT (количество тромбоцитов), MPV (средний объем тромбоцита), PCT (тромбокрит), PDW (ширина распределения тромбоцитов по объему). лейкоцитарные параметры – WBC (количество лейкоцитов), GR (гранулоциты – относительное и абсолютное количество), LY (лимфоциты – относительное и абсолютное количество), MO (моноциты – относительное и абсолютное количество); гистограммы (распределение клеток по объему) – эритроцитарная, тромбоцитарная, лейкоцитарная.

Использование данных анализаторов позволяет семейному врачу получить достаточно данных для диагностики заболеваний на уровне первичного звена и назначения патогенетически обоснованного лечения.