Таблиця 1. Результати психологічного тестування дітей з головним болем перенапруження

	Перша група	Друга група
Тест Спілбергера:	бали	бали
Особистісна тривожність	32,7 ± 4,17	44,8 ± 7,47
Реактивна тривожність	35,5 ± 6,18	45,8 ± 5,2
шкала Гамільтона (HDRS-14)	25 ± 4	35 ± 4

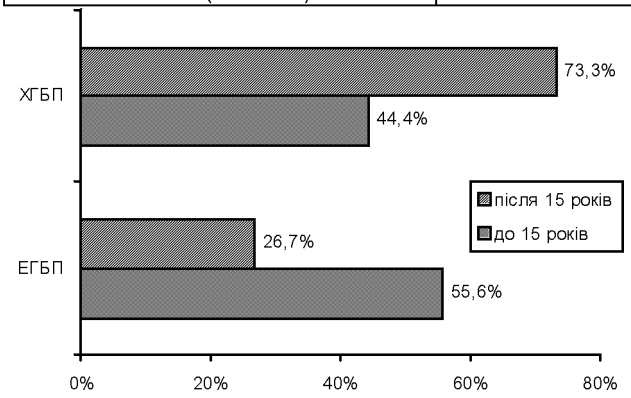

Рис. 1. Вікова структура головного болю перенапруження.

Вивчення стану вегетативно нервово системи показало, що у всіх 120 дітей з ГБП спостерігалися ознаки вегетативно дисфункці : у 47,6 % – нейроциркуляторна, у 25,8 % – вегетовісцеральна, у 20,8 % – вегетосудинна, у 5,8 % – пароксизмальна вегетативна недостатність. У дітей віком від 8 до 15 років частіше зустрічався вегетовісцеральний варіант вегетативно дисфункці , а у дітей старше 15 років переважала частота нейроциркуляторно дисфункці .

Слід підкреслити, що ХГБП, типовий для дітей друго групи, супроводжувався більш вираженими полісистемними проявами вегетативно дисфункці : розвитком абдомінального кардіального та респіраторного синдромів. Для абдомінального синдрому характерне – періодичний біль в животі, порушення моторики кишечника, дискінезі жовчовивідних шляхів, для кардіального – аритмі , метаболічні зміни міокарда та кардіалгія, для респіраторного – відчуття нестачі повітря, часте позіхання.

Варіабельність ритму серця у дітей характеризувалася зниженням загально спектрально потужності та активацією симпатоадреналово системи, при цьому слід відмітити, що у дітей з ХГБП ці зміни були більш яскраво виражені.

При аналізі реоенцефалограм достовірно різниці між показниками у першій і другій віковій групі не було виявлено, у більшості пацієнтів були незначні зміни церебрально гемодинаміки, які свідчили про функціональні порушення в системі мозкового кровообігу. Під час проведення електроенцефалографі у 33,3 % дітей друго віково групи виявлено наявність десинхронізованого α-ритму, зі слабо вираженими реакціями активаці при фотостимуляці , патологічних (Δ, θ, β-2) ритмів, які представлені переважно у передніх відділах головного мозку. Аналогічні зміни в першій віковій групі спостерігалися лише у 16 % дітей.

Серед коморбідних станів домінували симптоми дисфункці біліарного та дигестивного трактів. Дискінезі жовчовивідних шляхів було виявлено у 36 % старшо віково групи та у 22,2 % молодшо віково групи, рефлюксна хвороба у 26,6 % старшо віково групи та у 15,5 % молодшо віково групи, порушення моторики шлунково-кишкового тракту спостерігалось у ~20% дітей обох вікових груп. З високою частотою до 26,7 % у старшій віковій групі зустрічалася функціональна кардіопатія, яка в основному була представлена пролапсом мітрального клапана, аритміями, метаболічними змінами міокарда та супутньою кардіалгією.

Психометричне тестування включало тест Спіліберга в модифікаці Ханніна для визначення рівня реактивно та особистісно тривоги та опитування за шкалою Гамільтона (HDRS-14) для визначення рівня тривожності. Отримані результати значною мірою визначалися характером ГБП, типовим для першо (ЕГБП) та для друго (ХГБП) вікових груп (табл.1).

Наведені дані свідчать, що у дітей віком від 15 до 18 років (друга вікова група) спостерігалося зростання рівня тривожності, що пояснюється збільшенням частоти ХГБП.

ВИСНОВКИ Проведене дослідження вказує, що з віком змінюється структура головного болю перенапруження, якщо у дітей до 15 років переважає ЕГБП, то в дітей після 15 років в основному спостерігається ХГБП.

Аналіз клінічно картини різних варіантів ГБП дозволяє виявити чітку закономірність – в міру зростання тяжкості больового синдрому значно зростає питома вага тривожно симптоматики та маніфестують прояви вегетативно дисфункці . Таким чином, у міру хронізаці больового синдрому в його реалізацію включається все більше механізмів, які не тільки взаємно обтяжують перебіг патологічного процесу, але і значною мірою змінюють його клінічні прояви та перебіг. Ще з молодшого шкільного віку біль голови поступово наростає за частотою, інтенсивністю і обтяжується більш вираженими проявами вегетативно дисфункці , змінами мозкового кровообігу та психологічними розладами.

ЛІТЕРАТУРА

1. Майданник В.Г. Вегетативні дисфункці у дітей // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1998. – № 4. – С. 5-10.

2. Headache classification committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders (second edition). Cephalalgia. – 2004. – № 24. – P. 1-160.

3. Kristjansdottir G., Wahlberg V. Headache. – 1993. – Vol. 33. – P. 376-380.

4. Russel M. B. Cephalalgia. – 2001. – Vol. 21. – P. 778-780.

Климнюк С.І., Романюк Л.Б., Калатай Н.Р., Дронова О.Й.

ЕКОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ РЕСПІРАТОРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ, ЩО ЧАСТО І ТРИВАЛО ХВОРІЮТЬ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

ЕКОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ РЕСПІРАТОРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ, ЩО ЧАСТО І ТРИВАЛО ХВОРІЮТЬ – У 23 дітей, що часто і тривало хворіють, досліджено мікрофлору ротоглотки, виділено патогенні та умовно-патогенні штами мікроорганізмів і вивчена х чутливість до антибіотиків, зформовано рекомендаці щодо санаці хронічних вогнищ інфекці та профілактики респіраторних захворювань.

ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ – У 23 детей, которые часто и длительно болеют, исследовали микрофлору ротоглотки, выделено патогенные и условно-патогенные штаммы микроорганизмов и изучена их чувствительность к антибиотикам, сформулированы рекомендации по санации хронических очагов инфекции и профилактике респираторных заболеваний.

ECOLOGICAL ASPECTS OF RESPIRATORY DISEASES DEVELOPMENT IN FREQUENTLY AND LINGERING ILL CHILDREN – 23 frequently and lingering ill children were examined. The pathogenic and opportunistic microorganisms of oral microflora were investigated and their sensitivity to antibiotics was studied. Sanitation recommendation concerning chronic foci of infection and prophylaxis of respiratory diseases were formulated.

Ключові слова: розвиток, респіраторні захворювання, діти, мікрофлора.

Ключевые слова: развитие, респираторные заболевания, дети, микрофлора.

Key words: development, respiratory diseases, children, microflora.

ВСТУП На сучасному етапі розвитку та реорганізаці системи охорони здоров'я Укра ни дуже гостро постає питання про ефективність та систематичність надання допомоги дітям, які часто та тривало хворіють, в умовах педіатрично дільниці. Дана проблема має як медичний, так і соціальний характер. Медичний аспект полягає у дослідженні причин даного явища. Дані літератури свідчать, що спектр патологі , яка найчастіше зустрічається у даного контингенту дітей, включає вірусні та бактеріальні інфекці , що передаються переважно повітряно-крапельним шляхом [1, 2, 5]. Остання умова має вирішальне значення в патогенезі захворювань, які виникають у організованих колективах (дитячі садки та школи). Багато педіатрів вважають, що активація інфекційних агентів пов'язана із загальним ослабленням імунітету внаслідок соматично патології [3, 5, 6]. Зважаючи на це, доцільним було б дослідити структуру мікрофлори ротоглотки у дітей, що часто і тривало хворіють.

Водночас теперішній стан довкілля спричиняє негативний вплив на організм дитини завдяки різноманітним факторам. З одного боку, це несприятлива екологічна ситуація, що відбивається на функціонуванні імунно системи, знижуючи активність захисних сил, а з іншого – циркуляція у навколишньому середовищі велико кількості антибіотикорезистентних штамів, що утруднює лікування багатьох інфекційних захворювань [3, 4]. Останнє в основному зумовлене безконтрольним застосуванням антибактеріальних препаратів для лікування респіраторних епізодів, особливо в амбулаторних умовах, та необґрунтованим використанням антибіотиків для профілактики тих самих хвороб.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Мета нашого дослідження – вивчення особливостей захворюваності дітей, які часто і тривало хворіють, і спробувати з'ясувати причини цих процесів. Опрацьовано амбулаторні карти дітей, проаналізовано частоту виникнення респіраторних епізодів, наявність соматичних захворювань. У дітей молодшого віку брали до уваги перебіг пренатального та раннього неонатального періоду. Всім дітям в амбулаторних умовах проведено забір матеріалу стерильним тампоном із ротоглотки в період видимо клінічно ремісі . Проведено посів на поживні середовища з виділенням чисто культури патогенних та умовно-патогенних мікроорганізмів та визначення чутливості збудників до антибіотиків диско-дифузійним методом.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА Х ОБГОВОРЕННЯ Для дослідження було відібрано 23 дитини, в анамнезі яких відмічались часті респіраторні захворювання, протягом останніх двох років. У структурі обстежуваних кількість дівчаток і хлопчиків була майже рівною – 12 (52,17 %) та 11 (47,83 %) відповідно. За віком серед обстежених переважали дошкільнята та молодші школярі (4-7 років) – 15 (65,20 %). Дітей молодшого віку (1-3 роки) і школярів середнього та старшого віку (8-14 років) було порівну (по 4 – 17,25 %).

У 12 (52,17 %) дітей відмічалась фонова хронічна соматична патологія, серед яко левову частку складали захворювання гепатобіліарно зони – 8 (34,50 %), а саме – дискінезія жовчовивідних шляхів, хронічний холецистохолангіт; у 2 (8,7 %) – відмічались алергічні прояви: риніт та дерматит; 4 (17,25 %) страждали від патологі нирок: дисметаболічну нефропатію, пієлонефрит; в 1 (4,30 %) дитини респіраторні прояви перебігали на фоні дефіцитно анемі ; у 2 (8,70 %) відмічено адено дні вегетаці I-II ступеня. 6 (26,10 %) дітей дошкільного віку народились від матерів з обтяженим акушерським анамнезом.

Узагальнивши попередні дані, слід сказати, що контингент дітей, що часто та тривало хворіють, не залежить від статі, респіраторні захворювання у половини з них розвиваються на тлі соматично патологі , переважно печінки та нирок, у дітей раннього віку відіграє роль ускладненого перебігу вагітності у матері, наслідком частих захворювань верхніх дихальних шляхів є гіперплазія лімфо дно тканини.

Оскільки мікрофлора ротоглотки є потенційним джерелом ендогенного інфікування, а також показником імунологічного стану організму, зміни складу – це свідчення порушення балансу між макроорганізмом в цілому та його мікрофлорою. Оскільки у дітей, котрі часто та тривало хворіють, здебільшого виникали фарингіти, риніти, отити, трахе ти, ГРВІ, етіологічними чинниками яких є інфекційні агенти, то логічно буде припустити, що збудники цих хвороб локалізуються саме в цьому біотопі дитячого організму.

Проведене дослідження показало, що мікрофлора ротоглотки була представлена різними штамами стафілокока (St. aureus – 7 (30,43 %), St. epidermidis – 2 (8,70 %)), стрептококами (Str. haemoliticus – 6 (26,10 %), Str. viridans – 2 (8,70 %), Str. pyogenes – 2 (8,70 %)), мікрококами (M. luteus – 3 (13,04 %)). Слід зазначити, що у 7 (30,43 %) обстежених ідентифіковано E. coli – 5 (21,74 %) та ентерококи – 2 (8,70 %), які є представниками алохтонно флори і найімовірніше занесені з біотопу кишківнику. Таких дітей слід перевірити на наявність гельмінтів. В 8 (34,78 %) пацієнтів діагностовано асоціаці потенційно патогенних мікроорганізмів. Лише у 6 (26,10 %) дітей не виявлено патогенних мікроорганізмів на час обстеження, хоча всім дослідження проводили на тлі повного соматичного здоров'я.

Отже, 76,90 % дітей є носіями патогенно флори, яка, ймовірно, стає причиною частих захворювань. Вони потребують санаці антибактеріальними препаратами. Провівши аналіз анамнестичних даних, ми виявили, що у 96 % дітей вже призначали антибіотики для лікування інфекцій ротогорла одноразово або і кілька разів. Найчастіше призначали пероральні препарати, а саме еритроміцин та його аналоги, ампіцилін. Це зумовило необхідність визначення антибіотикочутливості виділених штамів.

Результати визначення антибіотикочутливості засвідчили високу активність стосовно стафіло- та стрептококів цефалоспоринів та пеніцилінів, помірну – аміноглікозидів та левоміцетину. Практично всі досліджені мікроорганізми були малочутливими чи резистентними до еритроміцину, що може бути зумовлено широким застосуванням макролідів для лікування захворювань органів дихання та формуванням у коків вторинно резистентності до них (табл. 1).

Таблиця 1. Чутливість мікрофлори ротоглотки до антибіотиків

антибіотик / мікроорганізм	Цефатаксим	Еритроміцин	Левоміцетин	Ампіцилін	Канаміцин
St. aureus	65 %	3 %	43 %	43 %	28 %
St. epidermidis	84 %	2 %	18 %	36 %	76 %
Str. haemoliticus	44 %	-	26 %	69 %	29 %
Str. viridans	5 %	-	12 %	76 %	35 %
Str. pyogenes	45 %	5 %	18 %	52 %	15 %

Оцінка чутливості мікробів до антибіотиків та вивчення х фармакокінетики в організмі хворого є основними лабораторними показниками, які при х аналізі дозволять прогнозувати ефективність антибактеріально терапі . Крім того, результати визначення антибіотикочутливості можуть використовуватись як маркер, що дозволить виявляти та контролювати зміни антибіотикограми збудників у дітей, котрі часто і тривало хворіють у динаміці, ефективніше та спрямованіше призначати препарати цього ряду для санаці вогнищ хронічно інфекці і запобігти виникненню гострих інфекцій бактеріально етіології .

ВИСНОВКИ 1. Розвиток частих респіраторних захворювань у дітей суттєво не залежить від віку та статі, але у половини з них відмічається хронічна соматична патологія, що може спричиняти відносний імунодефіцит.

2. У 73,9 % в період повного об'єктивного здоров'я з ротоглотки виділено патогенні та умовно-патогенні мікроорганізми, частіше стафіло- та стрептококи, що свідчить про формування хронічного вогнища інфекці , що, очевидно, найперше спричиняє виникнення респіраторно патологі .

3. Виділені штами чутливі до антибіотиків пеніцилінового ряду, цефалоспоринів та малочутливі чи резистентні до макролідів, які попередньо часто призначались для лікування дітей.

4. Діти, котрі часто і тривало хворіють, потребують постійного моніторингу структури біотопу ротоглотки та контролю антибіотикограми виділено флори з врахуванням результатів для подальшого лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Тарасова Г.А., Страчунский А.В. Особенности микрофлоры носоглотки и функциональное состояние среднего уха у детей // Вестник отоларингологии. – 2000. – № 4. – С. 30-32.

2. Окулич В.К., Ситников В.П., Кунецкий В.С. Характеристика видового состава микрофлоры миндалин у детей районов радионуклидного загрязнения // Иммунология, аллергология, инфектология. – 1999. – № 1. – С. 109-110.

3. Татаченко В.К., Котосова Л.А. Антибактериальная терапия острых пневмоний // Рос. вест. перитнат. и пед. – 1997. – № 5. – С. 49-55.

4. Сидоренко С.В. Антибактериальная терапия: кризис жанра или свет в конце тоннеля // Рус. мед. журнал. – 2003. – Т.11, № 18. – С. 997-1001.

5. Неретина А.Ф., Сычева Е.К., Ульянова Л.В., Болышева Г.С. Микрофлора ротоглотки при острых респираторных заболеваниях у детей // Детские инфекции. – 2007. – № 1. – С. 22-24.

6. Учайкин В.Ф. Диагностика, лечение и профилактика гриппа и острых респираторных заболеваний у детей: Пособие для врачей. – М., 2005. – 14 с.

П'ятночка І.Т., Корнага С.І., Корнага Н.В.

РЕЗУЛЬТАТИ ПРОБИ МАНТУ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ З РІЗНОЮ ГРУПОВОЮ І РЕЗУС-ПРИНАЛЕЖНІСТЮ КРОВІ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

РЕЗУЛЬТАТИ ПРОБИ МАНТУ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ З РІЗНОЮ ГРУПОВОЮ І РЕЗУС-ПРИНАЛЕЖНІСТЮ КРОВІ – В статті приведені результати туберкуліново чутливості 1552 хворих на вперше діагностований туберкульоз легень з різною груповою та резус-приналежністю крові. Реакція на пробу Манту з 2 ТО ППД-Л була більш виражена у осіб II(A) групи і також з Rh(-) порівняно з пацієнтами інших груп і Rh(+) приналежністю крові.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОБЫ МАНТУ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С РАЗЛИЧНОЙ ГРУППОВОЙ И РЕЗУС-ПРИНАДЛЕЖНОСТЬЮ КРОВИ – В статье приведены результаты туберкулиновой чувствительности 1552 больных впервые диагностированным туберкулезом легких с различной групповой и резус-принадлежностью крови. Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л была более выражена у лиц II(A) группы и также с Rh(-), по сравнению с пациентами других групп и Rh(+) принадлежностью крови.

RESULTS OF MANTOUX TEST IN LUNG TUBERCULOSIS PATIENTS WITH VARIOUS BLOOD GROUPS AND THE RHESUS-FACTOR – The results of tuberculin sensitivity of 1552 patients with the first diagnosed lung tuberculosis with various blood groups and the rhesus-factor are given in the article. Reaction to Mantoux test with 2 TU PPD-L was the most expressed at individuals with II(A) group and also with Rh(-), in comparison to patients with other groups and Rh(+).

Ключові слова: туберкульоз, проба Манту, група і резус-приналежність крові.

Ключевые слова: туберкулез, проба Манту, группа и резус-принадлежность крови.

Key words: tuberculosis, Mantoux test, group and rhesus-factor.

ВСТУП За останні роки відбулися значні зміни в епідеміології , патоморфології , перебігу туберкульозу. Значно почастішала хіміорезистентність збудника туберкульозу і зросла частота супутньо патології [1]. Все це, до певно міри, зумовлено соціально-економічними факторами, станом довкілля, широким застосуванням хіміопрепаратів, поведінкою людини і, як наслідок, зміною реактивності організму людини взагалі і специфічно зокрема, що простежується як у інфікованих, так і у хворих на туберкульоз [2, 3]. До речі, сприйнятливість до туберкульозу, як і його перебіг, зумовлюється не лише факторами зовнішнього середовища, властивостями збудника туберкульозу, але і генетичними чинниками, які відіграють суттєву роль в патогенезі туберкульозу [4, 5, 6]. В цьому аспекті важливим є вивчення туберкуліново чутливості у хворих на туберкульоз легень з різною груповою і резус-приналежністю крові, що було метою нашого дослідження.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Інтерпретація туберкуліново чутливості проводилася за результатами проби Манту з 2 ТО ППД-Л у 1552 хворих на вперше діагностований туберкульоз легень, які перебували на стаціонарному лікуванні в обласному протитуберкульозному диспансері. Із загально кількості хворих переважали особи чоловічо статі – 1126 (72,55 %), вік пацієнтів коливався від 13 до 73 років. Первинні форми туберкульозу (туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів, первинний туберкульозний комплекс) діагностовані у 78 (5,03 %), дисемінований – у 303 (19,52 %), вогнищевий – у 346 (22,29 %), інфільтративний туберкульоз і казеозна пневмонія – у 648 (41,75 %), туберкульома – у 24 (1,55 %), фіброзно-кавернозний (в т.ч. циротичний) – у 20 (1,29 %) і туберкульозний плеврит – у 133 (8,57 %) осіб. Мікобактері туберкульозу виділяли 676 (43,50 %), порожнини розпаду спостерігалися у 621 (40,01 %) хворих.

РУЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА Х ОБГОВОРЕННЯ Пробу Манту з 2 ТО ППД-Л проводили в перші дні перебування хворого в стаціонарі, результати оцінювали через 72 години. Гіперергічні реакці констатовані у 103 (6,64 %), позитивні – у 1301 (83,33 %), сумнівні – у 30 (1,93%) і негативні – у 118 (7,60 %) пацієнтів. Середній розмір інфільтрату (папули) у туберкулінпозитивних становив (13,36±0,10) мм, у хворих чоловічо статі – (13,32±0,12) мм, жіночо – у (13,47±0,19) мм, ($p>0,05$). Сумарний відсоток позитивних і гіперергічних реакцій, починаючи з дитячого віку поступово, а після 40 років закономірно зменшувався ($p<0,001$). В дитячому віці він становив 96,72 %, а понад 60 років – 84,80 %; найвищий був у хворих з первинними формами туберкульозу, найнижчий – у пацієнтів з дисемінованим і