

був періодичним і мав нападаподібний характер (21,9 %), рідше – ниочий, постійний (13,1 %). У деяких випадках біль характеризувався як стисний (9,5%) або розпираючий (7,3 %). Хронічний закріп у деяких хворих супроводжувався зміною характеру калових мас – 45,9 %. Найбільш характерною була поява щільного товстого калу (21,2 %), рідше – “овечого” (7,3 %), щільного тонкого (7,3 %). У 7,3 % дітей відзначалась домішка до калу переважно алої крові, у 2,9 % хворих – слизу. При пальпації найбільш характерним клінічним симптомом виявилось ущільнення, спазмованість і підвищена чутливість сигмоподібної кишки, зареєстрована у 77,4 % хворих. Розлита пальпаторна болючість по ходу товстої кишки виявилась у 47,4 % дітей; у 6,6 % пацієнтів пальпація живота супроводжувалась бурчанням по ходу товстої кишки.

КЛІНІКО-ГЕМАТОЛОГІЧНІ КРИТЕРІЇ ТЯЖКОСТІ КИШКОВИХ ТОКСИКОЗІВ У ДІТЕЙ

*В.І. Грищенко, С.Ф. Стафурін, Є.А. Сіліна, Т.М. Пахольчук, О.В. Конакова,
О.В. Усачова (Запоріжжя)*

З метою об'єктивізації оцінки ступеню тяжкості токсикозу у хворих на гострі кишкові інфекції (ГКІ) дітей перших 5 років життя ми звернулися до методу математичного обчислювання клінічних симптомів та гематологічних показників.

Нами було обстежено 151 дитина віком від 1 місяця до 5 років, які переносили ГКІ різного ступеню тяжкості (з легким ступенем – 15, середньотяжким – 62, тяжким – 74). За допомогою бактеріологічних та вірусологічних методів дослідження етіологія захворювання була встановлена у 109 дітей. Шигельоз було діагностовано у 18 обстежених, сальмонельоз – у 3, ешеріхіоз – у 2, ГКІ, обумовлену умовнопатогенною флорою – у 82, ротавірусний гастроентероколіт – у 4. У 42 хворих етіологію захворювання встановити не вдалось.

Для визначення ступеня тяжкості токсикозу у дітей при ГКІ ми застосували метод математичного обчислювання найбільш інформативних клінічних ознак, який був запропонований А.В. Папаяном і Е.К. Цибулькіним (1984). Гематологічні показники, які свідчили про наявність токсикозу у дітей при ГКІ, ми визначали за лейкоцитарним індексом інтоксикації (ЛІІ), індексом зсуву лейкоцитів крові (ІЗЛК) та лімфоцитарним індексом (І_{лім}).

При статистичній обробці результатів математичного обчислювання клінічних ознак токсикозу, ми отримали наступні дані: у дітей з легкими проявами токсикозу середній сумарний діагностичний коефіцієнт склав $-9,8 \pm 3,3$ балів; з середньотяжкими – $+2,37 \pm 0,75$ балів ($p < 0,05$); з тяжкими – $+22,6 \pm 0,1$ балів ($p < 0,01$). Тобто, мала місце чітка тенденція до зростання показника, що

вивчався, з негативних значень при легкому токсикозі до позитивних – при середньотяжкому та тяжкому. При цьому проявам тяжкого токсикозу у хворих на ГКІ відповідав сумарний діагностичний коефіцієнт, який перевищував +15 балів. Легкість та швидкість математичного обчислювання наведеного показника дає можливість з перших часів перебування у стаціонарі хворої на ГКІ дитини об'єктивно оцінити ступень тяжкості кишкового токсикозу в неї. Перевищення ж сумарним діагностичним коефіцієнтом +15 балів повинно розглядатися як небезпечний показник і дитина для лікування направляється до відділення невідкладної та реанімаційної терапії.

Індекси гематологічних показників у хворих на ГКІ дітей також коливалися відносно різних ступенів тяжкості токсикозу. Так при легкому токсикозі ЛШ сягав $1,65 \pm 1,0$, при середньотяжкому – $2,37 \pm 0,4$, а при тяжкому – $2,21 \pm 0,38$; ІЗЛК – $1,45 \pm 0,79$, $2,1 \pm 0,4$ та $1,58 \pm 0,24$ відповідно; $I_{\text{лім}}$ – $1,49 \pm 0,59$, $1,37 \pm 0,2$ та $1,0 \pm 0,15$ відповідно.

Аналіз отриманих результатів оцінки гематологічних індексів вказує на той факт, що при середньої тяжкості токсикозу відмічається тенденція до зростання кількості не лише нейтрофілів загалом, а і молодих популяцій на тлі зниження кількості лімфоцитів. В той же час при наявності клінічних ознак тяжкого токсикозу відбувається виснаження лейкоцитарного ростку крові, про що свідчить зниження як індексу зсуву лейкоцитів крові, так і лімфоцитарного індексу. Відмічені особливості гематологічних зсувів у хворих на ГКІ дітей при різних ступенях тяжкості токсикозу можуть бути використані не лише для його оцінки, а й для прогнозування перебігу кишкової інфекції у дітей.

Наведені вище результати математичного обчислювання найбільш інформативних клінічних ознак токсикозу у дітей хворих на гострі кишкові інфекції та аналіз деяких гематологічних індексів вказують на їх інформативність щодо оцінки тяжкості токсикозу, що необхідно для вирішення питання про призначення адекватної терапії, та можливості прогнозування подальшого перебігу захворювання.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА “СУЗАКРИМ” В ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Н.Н. Каладзе, А.К. Загорулько, Т.А. Аскари (Симферополь)

Нарушения в системе сурфактанта легких играют существенную роль в патогенезе бронхиальной астмы (БА). Применение препарата экзогенного сурфактанта призвано восстановить дефицит эндогенного сурфактанта. Исследован фосфолипидный состав конденсата выдыхаемого воздуха (КВВ), собранного у 60 детей, страдающих БА, при поступлении на стационарное лечение и перед выпиской. 30 детей, составивших основную группу, получа-