

БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЛАРИНГОТРАХЕИТОМ

Сорокопыт З.В.¹, Гаевская Е.А.², Сидоренко Н.С.², Семёнов С.А.¹

¹ УО «Гродненский государственный медицинский университет»

² УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница»

г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Острый обструктивный ларинготрахеит (ООЛТ). Является клинической формой острых респираторных инфекций как вирусной, так и бактериальной этиологии, особенно у детей младшего возраста, что обусловлено тропностью возбудителей и анатомо-физиологическими особенностями дыхательных путей. ООЛТ относится к жизнеугрожающим состояниям и его исход определяется своевременностью и адекватностью проводимых лечебных мероприятий [1]. В Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (МКБ-10) острый обструктивный ларинготрахеит выделен в качестве самостоятельной нозологической формы – J04.2 [4].

Наиболее часто острый обструктивный ларингит развивается у детей раннего возраста. Причинно значимыми возбудителями ООЛТ являются респираторные вирусы, причем до 80% случаев это вирусы парагриппа [1]. Возрастные анатомо-физиологические особенности гортани и трахеи (малый диаметр преддверия и воронкообразная форма гортани; высокое расположение и непропорционально короткие голосовые складки; гипервозбудимость мышц-аддукторов, замыкающих голосовую щель; обилие лимфоидной ткани и сосудов при недостаточном развитии эластических волокон в слизистой оболочке и подслизистом слое; податливость хрящей, гиперпарасимпатикотония) предрасполагают к развитию заболевания у детей первых лет жизни. Кроме этого, развитию ООЛТ могут способствовать избыточная масса тела, недоношенность, аллергический фенотип и некоторые другие факторы [3]. Исход обструктивного ларинготрахеита при своевременной диагностике и адекватном лечении благоприятный. Примерно 5% детей требуется госпитализация в стационар, причем 1-3% госпитализированных может понадобиться искусственная вентиляция легких. В случае поздней диагностики при стенозе гортани 3-4 стадии и невозможности интубации возможна смерть от асфиксии [2, 3, 5].

Цель: анализ биохимических показателей крови у детей с различной степенью тяжести острого обструктивного ларинготрахеита.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 67 карт стационарных пациентов (ф. 003у-07) с ООЛТ, находившихся на лечении в отделении анестезиологии и реанимации Гродненской областной детской клинической больницы. Все дети были обследованы согласно клиническим протоколам, утвержденным

Министерством здравоохранения Республики Беларусь. Для статистического анализа данных применяли программу STATISTICA 10.0. Количественные данные, распределение которых не являлось нормальным, приводились в виде медианы, 25,0% и 75,0% квартилей. Для оценки различий количественных признаков между двумя независимыми группами использовался критерий Манна-Уитни. Различия считались достоверными при значении $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ 67 карт стационарных пациентов детского возраста позволил сформировать две репрезентативные группы с учетом степени тяжести заболевания (стеноза гортани). В первую (I) группу были включены 25 детей с 0-1 степенью стеноза, во вторую (II) – 42 ребенка с 1-2 степенью. Стеноз 3 степени тяжести в анализируемой выборке диагностирован не был. Анализ возрастной структуры установил, что заболевание чаще регистрировалось у детей в возрасте от 1 до 2 лет – 25 (37%) и в 2-3 года – 21 (32%), чем на первом году жизни – 11 (16%) и старше 3 лет 10 (15%) без статистически значимых различий. Повторный эпизод стеноза гортани констатирован у 10 (15%) детей, причем более 2-х эпизодов отмечено у 4 (6%) из них. На неблагоприятный аллергический анамнез указывали лишь 16 (24%), тогда как большинство 51 (76%) отрицали наличие пищевой, бытовой и иной сенсибилизации, $p < 0,05$. Все пациенты поступали в клинику по экстренным показаниям, при этом абсолютное большинство из них доставлено бригадами скорой медицинской помощи 62 (94%) и лишь 5 (6%) – по направлению участкового врача в связи с ухудшением состояния, $p < 0,05$. Лечение больных ООЛТ начинали сразу после установления клинического диагноза и степени стеноза гортани.

Анализ некоторых биохимических показателей крови (Ме (Q1;Q3)) у большинства обследованных пациентов не выявил отклонений от возрастной нормы: общий белок, г/л 64,87 (44,00;76,00); мочевины, ммоль/л 4,59 (1,30;11,70), креатинин, мкмоль/л 41,66 (17,00;64,00), глюкоза, ммоль/л 6,95 (4,80;11,50), билирубин, мкмоль/л 7,68 (2,70;14,00), АсАТ Ед/л 38,59 (18,00;59,00), АлАТ Ед/л 25,48 (7,00;62,00), калий ммоль/л 4,24 (3,31;5,54), натрий, ммоль/л 135,94 (110,00;145,00), хлор ммоль/л 103,46 (98,00;110,00).

Сравнительный анализ показателей биохимического анализа крови (БАК) у детей обеих групп, представлен в таблице 1.

Таблица 1 – Биохимические показатели крови у детей с ООЛТ и различной степенью стеноза гортани

Биохимические показатели	Стеноз гортани 0-1 ст. n=25	Стеноз гортани 1-2 ст. n=42	p
Общий белок г/л	60,33±4,63	56,20±5,71	$p > 0,05$
Мочевина ммоль/л	3,67±0,90	2,75±3,15	$p > 0,05$
Креатинин мкмоль/л	42,53±15,53	39,76±11,62	$p > 0,05$

Билирубин мкмоль/л	7,54±3,17	8,87±4,12	p> 0,05
Глюкоза ммоль /л	4,37±1,34	3,79±0,14	p> 0,05
АсАТ Ед /л	30,32±14,96	34,29±1,37	p> 0,05
АлАТ Ед /л	26,41±14,47	35,99±12,77	p> 0,05
Калий ммоль/л	5,09±2,60	4,98±2,03	p> 0,05
Натрий ммоль/л	138,69±4,27	141,35±2,24	p> 0,05
Хлор ммоль/л	101,34±4,47	107,23±2,06	p> 0,05

Выводы.

1. Все обследованные пациенты поступали в стационар по экстренным показаниям. Большинство из них были в возрасте от 1 до 3 лет.
2. Большинство детей с острым обструктивным ларинготрахеитом имели стеноз гортани 1-2 степени.
3. Отягощенный аллергический анамнез не имел значимого вклада в этиологию и клинику данного заболевания.
4. Анализ биохимических показателей крови у большинства обследованных пациентов не выявил отклонений от возрастной нормы и статистически значимых различий при различной степени стеноза гортани.

ЛИТЕРАТУРА

1. Геппе Н.А. Острый обструктивный ларингит (круп) у детей: диагностика и лечение (по материалам клинических рекомендаций) / Н.А. Геппе [и др.] // РМЖ. – 2014. – № 14 (1006). – С. 72-77.
2. Заплатников А.Л. Острый обструктивный ларингит: тактика врача-педиатра / А.Л. Заплатников // Участковый педиатр. – 2016. – № 5. – С. 2-3.
3. Круп у детей (острый обструктивный ларингит): клинические рекомендации. – М., 2014 – 68 с.
4. Международная классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; 10-й пересмотр. Все мирная Организация Здравоохранения, Женева, 1995. Пер. с англ., в 3 томах. – М.: Медицина, 1995.
5. Царькова С.А. Острый стенозирующий ларинготрахеит у детей / С.А Царькова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2016. – №61 (1). – С. 96-103.

АНДРОГЕННЫЙ ПРОФИЛЬ У ЖЕНЩИН С АКНЕ НА ФОНЕ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗА ЯИЧНИКОВ

Сюсюка В.Г., Сергиенко М.Ю., Макурина Г.И., Ершова Е.А.

*Запорожский государственный медицинский университет,
г. Запорожье, Украина*

Гиперандрогения (ГА) – наиболее распространенная эндокринопатия у женщин, при которой в организме повышается синтез и активность гормонов андрогенового ряда (мужских половых стероидов). Этим