

ББК 5я43
УДК 61(063)
М 42

М 42 «Медична наука та практика в умовах сучасних трансформаційних процесів». Збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції (м. Львів, 25-26 квітня 2014 року): – Львів: ГО «Львівська медична спільнота», 2014. – 104 с.

У збірнику представлені матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Медична наука та практика в умовах сучасних трансформаційних процесів».

Усі матеріали подаються в авторській редакції.

ББК 5я43
УДК 61(063)

© Автори статей, 2014
© Львівська медична спільнота, 2014

Ричкова Т. А.
кандидат медичних наук,
доцент кафедри пропедевтики педіатрії
з доглядом за хворими

Таловерова Л. І.
кандидат медичних наук,
доцент кафедри пропедевтики педіатрії
з доглядом за хворими
ДЗ «Луганський державний медичний університет»
м. Луганськ, Україна

ОСОБЛИВОСТІ ІНТЕГРАЛЬНИХ ГЕМАТОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ДІТЕЙ

У практиці кожного лікаря виникає питання про оцінку стану хворої дитини та вирішення питання про подальшу тактику спостереження на дому або в стаціонарі. У прийнятному відділенні для кожного пацієнта необхідно приймати рішення про доцільність госпіталізації до профільного відділення або у відділення реанімації та інтенсивної терапії. Як правило, лікар, маючи певний досвід, «за враженням» визначає ступінь тяжкості пацієнта або визначає тяжкість стану «за захворюванням». Усе це не завжди відповідає дійсному стану дитини, а неадекватна оцінка тяжкості стану і, як наслідок, несвочасна невідкладна допомога призводять до неприємних наслідків [2, с. 115].

Актуальним є пошук оптимального діагностичного алгоритму з використанням уніфікованих стандартів, доступних, високочутливих і специфічних діагностичних методів. У цьому аспекті в наукових колах обговорюється питання розширення діагностичних і предикторних можливостей розгорнутого аналізу крові [1, с. 56]. По суті, мова йде про можливість багатогранної оцінки динаміки гомеостазу та ефективності проведеного лікування за даними загального клінічного аналізу крові, який виконується в усіх без винятку лікувальних установах, включаючи сільські фельдшерсько-акушерські пункти та центральні районні лікарні [3, с. 51]. Для об'єктивізації оцінки загального стану пацієнтів та оцінки ступеню тяжкості ендогенної інтоксикації (ЕІ) запропоновано ряд індексів, в яких використані показники лейкоцитарної формули, тобто про вираженість запального процесу та ефективність проведеної терапії можна судити за змінами лейкоцитарної формули з урахуванням інших гематологічних показників [3, с. 53].

Лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ) визначають за формулою Я.Я. Кальф-Каліфа, як показник процесів тканинної деградації та рівня ендогенної інтоксикації ЕІ:

$$\text{ЛІІ} = \frac{(4 \times \text{мієлоцити} + 3 \times \text{юні} + 2 \times \text{палички} + \text{сегменти}) \times (\text{плазматичні клітини} + 1)}{(\text{лімфоцити} + \text{моноцити}) \times (\text{еозінофіли} + 1)}$$

Однак ЛІІ не враховує загальну кількість лейкоцитів, знеособлює деякі показники загального аналізу крові – наприклад швидкість зсідання еритроцитів (ШЗЕ), яка підкреслює характер і перебіг запального процесу. Водночас, лейкоцитоз і ШЗЕ не завжди збігаються з підвищенням ЛІІ. Показники ЛІІ коливаються протягом 4-12 годин в межах 30-45%, а часом змінюються в 2-3 рази в той чи інший бік, що залежить від ефективності проведеної терапії.

Описано декілька модифікацій розрахунку ЛІІ, по-перше, модифікований лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІм), В.К. Островського та співавторів (1983):

$$\text{ЛІІм} = \frac{\text{мієлоцити} + \text{плазматичні клітини} + \text{юні} + \text{палички} + \text{сегменти}}{\text{лімфоцити} + \text{моноцити} + \text{еозінофіли} + \text{базофіли}}$$

Даний індекс більш прийнятний і достовірний, оскільки використовує співвідношення рівня всіх клітин крові, що підвищуються і знижуються при запальних захворюваннях без будь-яких додаткових коефіцієнтів, що об'єктивно відображає суть процесів. Даний індекс достовірніше ЛІІ і дозволяє стежити за ступенем ЕІ, ефективністю проведеної терапії.

Крім ЛІІ в різних модифікаціях був запропонований індекс резистентності організму (ІРО), в який ЛІІ входить як один з компонентів:

$$\text{ІРО} = \frac{\text{ЛІІ, тис./л}}{\text{вік хворого} \times \text{ЛІІ}}$$

Також існує індекс співвідношення лейкоцитів і ШЗЕ (ІЛШЗЕ) [3, с. 57]. За показниками ІЛШЗЕ можна судити про наявність інтоксикації, пов'язаної з інфекційним (зниження індексу) або аутоімунним (підвищення індексу) процесом:

$$\text{ІЛШЗЕ} = \text{лейкоцити} \times \text{ШЗЕ} / 100$$

У дітей існують певні вікові коливання показників клінічного аналізу крові, що вірогідно обумовлює вікові відмінності інтегральних гематологічних показників.

Тому метою нашої роботи було дослідження ЛІІ Я.Я. Кальф-Каліфа, ЛІІм у модифікації В.К. Островського та співавторів, ІРО та ІЛШЗЕ у здо-

рових дітей різних вікових груп з метою отримання вікових норм даних показників.

Матеріали і методи. Під наглядом перебувало 62 дитини II-ої групи здоров'я віком від 4 до 12 років (дівчаток – 50,0% (31/62), хлопчиків – 50,0% (31/62), які були розподілені на дві вікові підгрупи: 4-6 років – медіана (Me) віку 5,09 років (4,63; 6,0), 7-12 років – Me віку становила 8,41 (7,42; 9,56). Лабораторне обстеження включало клінічний аналіз крові із підрахунком абсолютних показників лейкоцитарної формули. Статистичну обробку результатів дослідження проводили за допомогою статистичного пакету STATISTICA 8.

Результати та їх обговорення. При оцінці виду розподілу отриманих даних за допомогою критерію Шапіро-Уїлкі встановлено, що більше половини показників мали розподіл відмінний від нормального, що обґрунтувало застосування непараметричних методів статистичної обробки даних.

Результати розрахунку інтегральних гематологічних показників здорових дітей надано в таблиці.

Таблиця

Інтегральні гематологічні показники здорових дітей, n=62

Показник	Підгрупа I, n=29	Підгрупа II, n=33	p_U
ЛП	0,28 (0,22; 0,38)	0,45 (0,29; 0,61)	0,0012
ЛПм	0,89 (0,79; 1,00)	1,22 (1,13; 1,33)	0,0000
ІРО	127,00 (99,73; 179,24)	128,89 (91,18; 160,46)	0,9045
ІЛШЗЕ	0,31 (0,23; 0,53)	0,35 (0,29; 0,45)	0,6415

Примітка: p_U – рівень значущості критерію Манна-Уїтні

Як свідчать дані таблиці, спостерігаються вікові відмінності ЛП та ЛПм ($p_U < 0,05$), для ІРО та ІЛШЗЕ таких відмінностей не знайдено ($p_U > 0,05$).

Перспективи подальших досліджень. Планується застосування інтегральних гематологічних показників при оцінці ступеня ЕІ у дітей із суглобовою патологією.

Висновки

1. Оцінка гематологічних індексів більш інформативна, ніж вивчення простої гемограми.

2. У дітей спостерігається вікова залежність лейкоцитарного індексу інтоксикації та модифікованого лейкоцитарного індексу інтоксикації ($p_U < 0,05$).

Список літератури:

1. Діагностичні можливості загального аналізу крові в оцінці імунологічної реактивності при розлитому перитоніті в осіб похилого й старечого віку / Б.І. Слонецький, М.В. Максименко, С.Г. Керашвілі, І.В. Вербицький // Запорожский медицинский журнал. – 2011. – Т.13, №6. – С. 56-57.
2. Кусельман А.И. Оценка состояния тяжести больных детей / А.И. Кусельман, Г.А. Самсыгина // Педиатрия. – 2012, Т.91, № 4. – С. 115-121.
3. Сперанский И.И. Общий анализ крови – все ли его возможности исчерпаны? Интегральные индексы интоксикации как критерии оценки тяжести течения эндогенной интоксикации, ее осложнений и эффективности проводимого лечения / И.И. Сперанский, Г.Е. Самойленко, М.В. Лобачева // Здоровье Украины, – 2009. – № 6 (19). – С. 51-57.

Козлова Е. И., Синькевич Н. С., Захаренко Н. Н.
студентки педиатрического факультета
Белорусский государственный медицинский университет
г. Минск, Республика Беларусь

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕВЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Актуальность: Наиболее распространенной патологией ССС на сегодняшний день является ишемическая болезнь сердца, которая может проявиться тремя путями: стенокардия, инфаркт миокарда, внезапная смерть.

Основной причиной ишемической болезни сердца является атеросклеротическое поражение коронарных артерий, которое наблюдается у 95% больных ИБС. Если кратко охарактеризовать патогенез атеросклероза, то это заболевание связано с нарушением липидного обмена и повышенным уровнем холестерина, ЛПНП, а также триацилглицеролов в плазме. Избыток ЛПНП утилизируется с участием макрофагов в стенке сосудов. Следствием этого является накопление холестерина в интима сосудов и формирование атеросклеротических