

Міністерство освіти та науки, молоді та спорту України  
Міністерство охорони здоров'я  
Сумський державний університет  
Медичний інституту



# АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical  
Medicine

**Збірник тез доповідей**  
III Міжнародної науково-практичної конференції  
Студентів та молодих вчених  
(Суми, 23-24 квітня 2015 року)

Суми  
Сумський державний університет  
2015

загальний стан часто не порушений, болі в кістках та суглобах відсутні (при лейкозах – часто, інколи різко виражені).

Збільшення периферичних лімфофузлів для ЛР, на відміну від лейкозів, не характерно, геморагії на шкірі та слизових при ЛР зазвичай відсутні. Крім того при ЛР у дітей вкрай рідко відмічається збільшення печінки та селезінки, явища анемії. В той же час при лейкозах дані симптоми завжди виражені.

На відміну від лейкозів у дітей із ЛР зрушення в лейкограмі до незрілих клітинних елементів (лімфобластів, мієлоцитів) спостерігається вкрай рідко, так же як і тромбоцитопенія.

Критеріями діагностики лейкомоїдних реакцій є:

- зрушення вліво формули в гемограмі до мієлоцитів та промієлоцитів із значним числом палочкоядерних нейтрофільних метамієлоцитів (нейтрофільний тип);
- збільшення більше 20% кількості еозинофілів в периферичній крові та кістковому мозку з підвищенням числа еозинофільних метамієлоцитів, мієлоцитів чи промієлоцитів;
- збільшення більше 15% в периферійній крові кількості моноцитів з наявністю промоноцитів;
- зростання до 70% в периферійній крові числа лімфоцитів;
- зростання кількості плазматичних клітин в мієлограмі та поява їх в периферійній крові (більше 2%).

В залежності від переважання тих чи інших клітин крові виділяють лейкомоїдні реакції мієлоїдного типу (найбільш частий тип ЛР), а також лімфоцитарного типу (лімфоцитарного та моноцитарно-лімфоцитарного).

До лімфоцитарної реакції мієлоїдного типу частіше ведуть інфекції (сепсис, бешиха, скарлатина, пневмонія, дифтерія, туберкульоз, гнійно-септичні захворювання), а також прийом глюкокортикоїдів, отруєння угарним газом, прийом сульфаніламідів. Причиною виникнення ЛР еозинофільного типу служать в основному гельмінти (трихінельоз, опісторхоз, аскаридоз, стронгілоїдоз, фасціольоз). Інколи причиною виникнення ЛР можуть бути колагенози, алергози неясної етіології, лімфогрануломатоз, імунодефіцитні стани та ендокринопатії. В периферійній крові у дітей з лейкомоїдною реакцією еозинофільного типу відмічається лейкоцитоз (до  $40-50 \times 10^9/\text{л}$  з високою еозинофілією (60-90%) за рахунок зрілих форм еозинофілів.

Діагноз виставляється на основі клініки та даних лабораторного обстеження. У важких випадках необхідні дослідження пунктату кісткового мозку, лімфовузів, селезінки. Прогноз залежить від основного захворювання і у більшості випадків сприятливий.

Особливої терапії ЛР не потребує. Проводиться лікування основного захворювання, яке призвело до ЛР.

Так чином, відмічені особливості дозволять своєчасно діагностувати ці реактивні стани і вчасно проводити необхідні терапевтичні заходи.

## **ДИСФУНКЦІЇ ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ У ДІТЕЙ**

*Васильєва О.Г., Кожина Р.К., Сердюк Я.В., Міхно Т.В.*

*СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами пропедевтичної педіатрії і дитячих інфекцій*

У практиці педіатра все частіше зустрічаються функціональні розлади жовчовивідних шляхів. Незважаючи на функціональний характер даної патології, вона супроводжується болем і диспепсичними розладами, особливо вираженими в дитячому віці, що погіршує якість життя дитини.

Метою роботи було вивчення клініко-анамнестичних особливостей дисфункцій жовчовивідних шляхів (ДЖВШ) у дітей. Нами було обстежено 42 дитини віком від 5 до 17 років з даною патологією, які перебували на лікуванні у педіатричному відділенні СМДКЛ.

У 100 % цих дітей основний діагноз був хронічний гастродуоденіт. У  $(30,95 \pm 7,22)$  % хворих була обтяжена спадковість по виразковій хворобі шлунка та 12-палої кишки.  $(61,9 \pm 7,6)$  % дітей в анамнезі мали прояви харчових та медикаментозних алергічних реакцій,  $(78,6 \pm 6,4)$

% хворих до одного року перебували на штучному вигодовуванні, (35,7±7,5) % дітей перенесли гостру кишкову інфекцію, (78,6±6,4) % мали хронічні вогнища інфекції, (47,6±7,8) % хворих часто хворіли на ГРВІ та отримували антибактеріальну терапію. Майже у 5 % дітей був діагностований лямбліоз, майже чверть хворих мали неврологічні порушення. (90,5±4,6) % дітей порушували режим та якість харчування.

При розвитку ДЖВШ у 100 % дітей з'являлися болі в правому підребер'ї, частіше після прийому їжі, при фізичному або емоційному навантаженні. Болі різного характеру - колючі, переймоподібні, розпираючі або відчуття тяжкості в правому підребер'ї. У більшості хворих після прийому жирної або смаженої їжі можлива поява нудоти або блювання. Больовий синдром, дискомфорт часто у дітей призводить до зниження апетиту, відмови від їжі, що спричиняє втрату ваги, зниження активності дитини.

Таким чином, збір анамнестичних даних та детальний огляд хворого, допомагають ранній діагностиці та призводять до своєчасно призначеного лікування дисфункцій біліарного тракту.

## ПОКАЗНИКИ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ДІТЕЙ З НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТІЛА ТА ОЖИРІННЯМ

*Васильєва О.Г., Овечкіна Я.В., Сміян О.І.*

*СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами пропедевтичної педіатрії і дитячих інфекцій*

Останнім часом ожиріння стало глобальною епідемією. За даними ВООЗ за останні 30 років кількість людей, що страждають на ожиріння збільшилась у два рази. В 2013 році 42 мільйони дітей у віці до 5 років мали надлишкову вагу чи ожиріння.

Метою роботи було вивчення змін рівнів артеріального тиску (АТ) у дітей з надмірною вагою та ожирінням. На базі педіатричного відділення СМДКЛ було обстежено 112 дітей віком від 6 до 17 років - 63 дитини з надмірною вагою (група I), 49 хворих з ожирінням (група II) та 20 практично здорових дітей відповідного віку та статі (контрольна група). Оцінка проводилася за вентильними таблицями, запропонованими ВООЗ. Отримані дані вираховувалися статистично.

Нами було встановлено, що у дітей I і II груп достовірно менша кількість хворих із нормальним АТ, що визначається в діапазоні 10-89 перцентилів, ніж у дітей контрольної групи. У хворих з ожирінням лише (46,9±7,2) % дітей мали тиск у межах 10-89 перцентилів, серед дітей з надмірною вагою цей показник вищий – (71,3±6,2) %, тоді як у (95,0±6,3) % дітей групи контролю показники тиску були в межах вікової норми ( $p < 0,05$ ). Нами було виявлено, що кількість дітей з АТ, що відповідає предгіпертензії (90-95 перцентилів) приблизно однакова у I та II групах (23,8±5,4) % та (20,4±5,8) % ( $p > 0,05$ ) і є достовірно вищою, ніж у групі контролю – (5,0±5,0) % ( $p < 0,05$ ). Відсоток дітей із АТ, що відповідав 95 перцентилі+10 мм рт. ст. був достовірно вищим у дітей з ожирінням ((22,5±6,0) %), ніж у дітей з надмірною вагою ((4,8±2,7) %), ( $p < 0,01$ ). Діти з АТ, що вище за перцентиль 95+10 мм. рт. ст. спостерігалися лише у II групі хворих – (6,1±3,5) %.

Отже, у дітей як з надмірною вагою, так і з ожирінням, вже достовірно підвищуються рівні артеріального тиску, причому, у дітей з ожирінням ці рівні є достовірно вищими, ніж у дітей з надмірною вагою.