

Міністерство освіти та науки України  
Сумський державний університет  
Медичний інституту



# АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical  
Medicine

**Збірник тез доповідей**  
IV Міжнародної науково-практичної конференції  
Студентів та молодих вчених  
(Суми, 21-22 квітня 2016 року)

**ТОМ 2**

Суми  
Сумський державний університет  
2016

## СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ І ПОШИРЕНІСТЬ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ ТРАВЛЕННЯ У ДІТЕЙ

*Ганін Д.В., студент 5 курсу (ЛС-106)*

*Науковий керівник – проф. Маркевич В.Е.*

*Сумський державний університет,*

*кафедра педіатрії з курсом медичної генетики*

У сучасних класифікаціях стани, що виникають в різних системах організму людини, підрозділяють на органічні і функціональні. Органічні зміни пов'язані з пошкодженням структури органу або системи органів, ступінь їх вираженості прояв може коливатися в найширших межах. При функціональних порушеннях зазначених ушкоджень не знаходять, що призвело до сумнівів в тлумаченні сутності даної групи станів. Згідно широко поширеним визначенням функціональні порушення шлунково-кишкового тракту (ШКТ) по D.A.Drossman (1994), вони представляють собою «різноманітну комбінацію гастроінтестинальних симптомів без структурних або біохімічних порушень». Інтерес на наш погляд представляла поширеність функціональних порушень шлунково-кишкового тракту серед дітей які поступили у відділення СОДКЛ, а також їх види та сприятливі фактори. Проведений нами аналіз даних за 2012-2014 рік показав, що патологія шлунково-кишкового тракту зустрічалася з частотою від 22,7% до 33,5%. З них в середньому близько 48% склали захворювання жовчного міхура, а від 18,3 до 23,7% склали захворювання шлунку і кишечника. Слід зазначити, що число «функціональних» діагнозів при госпіталізації склало в середньому 17% (аліментарний гастрит, синдром ацетонемічного блювання та ін.) від всієї патології шлунково-кишкового тракту. Надалі, при проходженні стаціонарного обстеження у більшості дітей з функціональними змінами виявлялися органічні порушення. При цьому частота підтверджених «функціональних» діагнозів знижувалася до 3%. Таким чином, можливо, що дані про широку поширеність функціональних розладів шлунково-кишкового тракту у дітей є перебільшеними, а в більшості випадків їх наявність обумовлено соматичною патологією.

## ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ПАРАКЛІНІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ПРИ НЕСТРЕПТОКОКОВИХ ТОНЗИЛОФАРИНГІТАХ У ДІТЕЙ

*Горбатюк І. Б.*

*Науковий керівник – д. мед. н. Іванова Л. А.*

*ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»*

*Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб*

З метою вивчення діагностичної цінності показників загального аналізу крові (ЗАК) та результатів імунологічного дослідження крові у дітей з нестрептококовими тонзилофарингітами для оптимізації стартового етіотропного лікування, сформовано першу (I) групу спостереження з 66 пацієнтів із гострим тонзилофарингітом (ГТФ) нестрептококової етіології; другу (II) клінічну групу склали 32 дітей із діагнозом «стрептококовий ГТФ». Стрептокова етіологія захворювання підтверджена позитивним результатом культурального дослідження мазку із зіву на стрептокок. Всім дітям окрім загальноклінічного дослідження проведено визначення вмісту в сироватці крові ІЛ6 та ІЛ8. При оцінці результатів ЗАК вдалося встановити вірогідну різницю лише за кількістю еритроцитів: I група –  $4,2 \pm 0,1 \cdot 10^{12}/л$ , II група –  $3,9 \pm 0,1 \cdot 10^{12}/л$  ( $P < 0,05$ ); та рівнем гемоглобіну в крові: I група –  $129,7 \pm 1,8$  г/л, II група –  $121,8 \pm 2,6$  г/л ( $P < 0,05$ ). Було проаналізовано також вміст ІЛ-6 та ІЛ-8 у сироватці хворих. Відмічено, що нестрептококовий чинник ГТФ у дітей збільшує ризик реєстрації нормальної концентрації ІЛ-6 у сироватці крові відносно представників другої групи, зокрема, показник відносного ризику становить 1,4 (95%ДІ 1,0-1,7) при співвідношенні шансів (СШ) 1,8 (95%ДІ 1,0-3,2). Водночас, встановлено, що нестрептококова етіологія ГТФ в дітей асоціювала зі зниженням концентрації ІЛ-8 у сироватці крові (менше 15,0 пг/мл) відносно групи дітей із ГТФ зумовленого БГСА наступним чином: відносний ризик – 1,7 (95%ДІ 1,4-2,0), абсолютний ризик – 0,2, при СШ 2,7 (95%ДІ 1,3-5,0).