

занимается только 47% студентов. Ежедневно на свежем воздухе находится 75% студентов, их прогулка составляет в среднем 1–2 часа. Правильный режим питания имеет 35% студентов. Большая часть студентов готовят себе сами. Не завтракает дома 42% студентов. Только 33% студентов ежедневно употребляет с пищей овощи и фрукты. 62% студентов употребляет рыбу очень редко. 57% получает избыточное количество соли. 38% злоупотребляет жареной пищей. У 32% студентов ежедневно в рационе присутствуют каши. 73% студентов увлекается фастфудом. 64% студентов употребляет периодически спиртные напитки. Курят 50 % юношей и 35% девушек.

Таким образом, БАС встречается гораздо чаще, чем выставлен диагноз хронического заболевания органов желудочно–кишечного тракта. Здоровый образ жизни ведут только 30% студентов–медиков. Студенты, имеющие болевой абдоминальный синдром нуждаются в дополнительном обследовании для постановки диагноза и назначения соответствующего лечения.

#### **Литература:**

1. Яковенко, Э.П. Абдоминальный болевой синдром: этиология, патогенез и вопросы терапии / Э.П.Яковенко // Лечащий врач. – 2001. – № 6. – С. 26–29

### **ПЕРВИЧНАЯ ДИАГНОСТИКА ЛЕЙКОЗОВ У ДЕТЕЙ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ**

Добренко О.В., Рыбинская В.А.

Гродненский государственный медицинский университет  
2–я кафедра детских болезней

Научный руководитель – к.м.н., ассистент Конюх Е.А.

Среди гемобластозов у детей первое место занимают острые лейкозы (ОЛ), при этом до 85% всех случаев лейкозов имеют лимфоидное происхождение (Кривошеина Е.Л., 2005). Пик заболеваемости ОЛ регистрируется у детей в возрасте от 2 до 5 лет, и данный возрастной интервал начала болезни ассоциирован с более благоприятным прогнозом ее течения (Bhojwani D., 2009).

**Цель исследования:** проанализировать эпидемиологические и клиничко-лабораторные данные при первичной диагностике острого лейкоза у детей.

**Объект и методы исследования.** Для анализа отобраны медицинские карты (ф. № 003/у) детей, госпитализированных в соматические отделения УЗ «ГОДКБ» в 2010–2015гг., у которых при первичном обследовании диагностирован острый лейкоз. Проведен анализ возрастного и полового состава пациентов, оценка жалоб при поступлении, клинической и лабораторной картины заболевания.

**Результаты.** За период с 2010 по 2015 годы в отделениях УЗ «ГОДКБ» было обследовано и направлено в РНПЦ детской онкогематологии и иммунологии (ДОГиИ) 25 детей с ОЛ. Из них 1 ребенок – годовалого возраста, дети 2–6 лет составили 64% (16 человек), 7–10 лет – 16% (4 ребенка), 11–18 лет – 16% (4 человека). Распределение по полу было следующим: 15 мальчиков, 10 девочек. При оценке клинических проявлений установлено, что жалобы на длительный кашель были у 37,5%, насморк – у 16,6%. У 83,3% обследуемых отмечалось повышение температуры, из них у 65% – до фебрильных цифр. 37,5% пациентов отмечали боль в суставах при движении. При объективном обследовании увеличение подчелюстных и заднешейных лимфатических узлов было выявлено менее чем у половины детей – в 45,8% случаев, полилимфоаденопатия встречалась у третьей части обследуемых (36,3%). Практически у половины детей диагностирована гепатоспленомегалия, при этом увеличение селезенки у детей с острым лейкозом встречалось чаще: в 50% случаев, гепатомегалия – в 45,8%. Боли в животе беспокоили 12,5% детей. При оценке состояния кожных покровов у 29,1% отмечались петехиальная сыпь и экхимозы. 8,3% пациентов указывали на рецидивирующие носовые кровотечения. Следует отметить, что у 64,9% пациентов клинические проявления отмечались менее 1 месяца до момента выявления заболевания.

Результаты лабораторных методов исследования показали, что анемия и тромбоцитопения отмечается в 62,5% случаев. Лейкопения и лейкоцитоз встречались в одинаковом про-

центе случаев (по 29,1%), у остальных пациентов уровень лейкоцитов оставался в пределах нормы. У 54,1% детей отмечались признаки нейтропении. Повышение СОЭ было у 87,5% детей. По нашим данным лишь у 20,8% детей в периферической крови встречались бластные клетки, что позволяло направлять пациентов в РНПЦ ДОГиИ для дальнейшего обследования и типирования лейкоза без предварительной пункции костного мозга. Остальным детям выполнена миелограмма для подтверждения диагноза. Количество бластных клеток в пунктате составляло от 51 до 88% у разных пациентов. Дальнейшее обследование и лечение проводилось в РНПЦ ДОГиИ.

Таким образом, среди пациентов с ОЛ преобладают мальчики (1,5:1). Чаше ОЛ манифестирует в возрасте 2–6 лет. Клиническая картина при ОЛ у детей разнообразна, однако дифференциальной диагностики требует длительный кашель, артралгии, боли в животе, геморрагическая сыпь. Наиболее частыми клиническими проявлениями ОЛ являются лимфаденопатия (практически в 80% случаев) и гепатоспленомегалия (до 50% детей). Лабораторными признаками ОЛ при первичной диагностике в большинстве случаев являются анемия, тромбоцитопения (62,5%) и увеличение СОЭ (87,5%).

## ОСОБЕННОСТИ МИКРОБНОЙ КОЛОНИЗАЦИИ МЛАДЕНЦЕВ В ОТДЕЛЕНИИ ПАТОЛОГИИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Дожина Н.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
2-я кафедра детских болезней

Научный руководитель – к.м.н., доц. Янковская Н.И.

**Актуальность.** Современная интенсивная помощь новорожденным невозможна без применения антибиотиков, ко многим из которых в настоящее время резистентны штаммы многих возбудителей [1].

**Цель исследования** – провести анализ особенностей микробной колонизации младенцев в отделении патологии новорожденных.

**Методы исследования.** В исследование включены новорожденные различного гестационного возраста с инфекционно-воспалительными заболеваниями. Проведен обзор использования антимикробных препаратов и анализ бактериологического исследования биологического материала (мазки из зева, носа, в ряде случаев – моча, кровь).

**Результаты и их обсуждение.** Проанализировано 380 карт стационарного пациента детей, находившихся на лечении в отделении патологии новорожденных. Доношенные дети составили 60%, недоношенные – 40%. Все дети были с внутриутробной инфекцией, получали антимикробные препараты. Средняя масса тела доношенных младенцев составила  $3350 \pm 450$  г, недоношенных –  $1650 \pm 500$  г.

Структура инфекционно-воспалительных заболеваний была следующей: с врожденной пневмонией – 370 младенцев, с сепсисом – 4, с инфекцией мочевыводящих путей – 6. 53,7% новорожденных поступили в отделение в первые трое суток жизни, что позволяет предположить врожденный характер заболевания.

При изучении микробного пейзажа у 22,1% обнаружена *Pseudomonas aeruginosa*, *Burkholderia cepacia*. В 39,8 % случаев выделены грамм(+) кокки (*Streptococcus pneumoniae*, *saprophitis*). Стафилококки (*S. capitis*, *epidermidis*, *hominis*, *maltophilia*, *haemolyticus*) были обнаружены у 76,3% новорожденных, из них почти у половины младенцев – *S. Epidermidis*. Ассоциация двух микроорганизмов имела место в 26,3% случаев. Это было сочетание клебсиллезной инфекции с грибковой, грамм(+) с грамм(-), стрептококка со стафилококком, стафилококка с синегнойной палочкой. Одинаково часто (10,5%) были обнаружены грибы типа *Candida* и *Klebsiella pneumoniae*. В 4% случаев – *Escherichia coli*. В 100% случаев *Pseudomonas aeruginosa* и *Escherichia coli* были чувствительны к амикацину. Стафилококки – к ванкомицину.