

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

Таким чином, необхідність вивчення функціонального стану серцево-судинної системи в дітей, хворих на хронічний тонзиліт, в умовах фізичного навантаження є найважливішим превентивним заходом для запобігання прогресуванню захворювання в подальшому.

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ В ДІТЕЙ

*Бинда Т. П., доцент, Абдуллаєва Н. Ф., магістрант
Сумський державний університет,*

Кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами ПП і ДІ

Метою роботи було вивчення клініко-епідеміологічних особливостей перебігу інфекційного мононуклеозу (ІМ) у дітей м. Суми за 2013–2014 роки. Під спостереженням знаходилося 56 дітей віком від 6 міс. до 18 років. Віковий склад госпіталізованих був наступним: дітей у віці до 1 р. – 1 (1,8 %), з 1 до 2 р. – 12 (21,4 %), з 2 до 3 р. – 9 (16,1 %), з 3 до 6 р. 19 (33,9 %), старше 6 р. – 15 (26,8 %). Отже частіше (73,2 %) захворювання виявлялося у дітей дошкільного віку. Хлопчики склали 57 %, дівчатка – 43 %. Діагноз підтверджували виявленням у хворих антитіл класу Ig M до VCA/ВЕБ. Основна частина хворих госпіталізована в осінню (33,9 %) і зимову пори року (23,2 %). Госпіталізація хворих здебільшого була пізньою. У перші 3 дні захворювання госпіталізовано лише 41 % пацієнтів, до кінця 1-го тижня – 36 %, на 2-му тижні – 23%. За результатами аналізу карт стаціонарних хворих пізня госпіталізація була обумовлена амбулаторним лікуванням гострих респіраторних вірусних захворювань або тонзиліту. У більшості хворих захворювання розпочалося із закладеності носа (84 %), болю в горлі (79 %), збільшення лімфатичних вузлів (84 %). Підвищення температури тіла виявлялося у 54 хворих, у 41 (73 %) – вона утримувалась до 3 днів, у 11 (20 %) – 4–5 днів, у 2 (4 %) – 6–7 днів. Збільшення підщелепних лімфатичних вузлів відзначалося у 47 хворих: передньошийних – у 29 (52 %), підщелепних у 14 (25 %). Лакунарний тонзиліт зареєстровано у 44 (79 %) хворих. Екзантема виявлялася у 5 (9 %) дітей. Гепатолієнальний синдром зареєстровано у 41 (73 %) пацієнта, у решти – ізольоване збільшення печінки (14 %) або селезінки (5 %). У клінічному аналізі крові виявлено лейкоцитоз (48 %), лімфоцитом (100 %) і моноцитоз (52 %). У біохімічному аналізі крові тільки в 1 хворого відзначено підвищення вмісту білірубину, у 17 (30 %) – АСТ, у 15 (27 %) – АЛТ, у 18 (32 %) – тимолової проби. При проведенні специфічної діагностики у 18 (32 %) пацієнтів виявлені антитіла класу Ig M до VCA/ВЕБ.

Отже, на інфекційний мононуклеоз частіше хворіли діти дошкільного віку чоловічої статі в осінню і зимову пори року. Відсутність у частини хворих характерних симптомів потребує застосування комплексу специфічного обстеження для встановлення етіології захворювання.

ЛЕЙКЕМОЇДНІ РЕАКЦІЇ У ДІТЕЙ

*Богданова Г.В., Загородня А.П., Мінакова Н.Б.
Сумська обласна дитяча клінічна лікарня*

Задачею нашого дослідження було на основі даних літератури та особистих спостережень встановити основні відмінності між лейкемоїдними реакціями та лейкозами.

Лейкемоїдні реакції- це не захворювання, а реактивні стани, зміни в складі крові, подібні з кротиною крові при лейкозах, інші пухлини і які не трансформуються в пухлину, яку нагадують. Зустрічаються в дитячому віці, провокуються вірусами, токсинами гельмінтів, продуктами розпаду клітин (при гемолізі сепсисі) та інш. Лейкемоїдні реакції можуть бути одно-, двох- та трьоххресткові, мієлоїдного, еозинофільного, лімфоїдного, моноцитарного типу. До них відносяться також симптоматичні еритроцитози.

Для лейкемоїдних реакцій (ЛР) характерним є перед клінікою наявність захворювання чи інтоксикації, що рідко спостерігається при лейкозах. При ЛР на відміну від лейкозу