

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

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,  $(78,6 \pm 6,4)$