

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ
Topical Issues of Theoretical and Clinical Medicine

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ
V Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених
(м. Суми, 20-21 квітня 2017 року)

Суми
Сумський державний університет
2017

ІНФЕКЦІЙНИЙ МОНОНУКЛЕОЗ У ДІТЕЙ

Абдулаєва Н.Ф., лікар, Сухарєва В.А. студ. 5-го курсу, Ємець О.М., лікар

Науковий керівник: к.мед.н., Бинда Т. П.

Сумський державний університет, кафедра педіатрії

Мета: вивчити особливості перебігу інфекційного мононуклеозу (ІМ) у дітей на сучасному етапі.

Методи. Діагноз підтверджували визначенням ДНК вірусу в крові та слині методом ПЛР і по виявленню специфічних антитіл – IgM до капсидного антигену, IgG – до ядерного антигену Епштейна-Барр вірусу методом імуноферментного аналізу.

Матеріали. Під наглядом знаходилося 106 дітей з ІМ у віці від 1 до 18 років, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в МДКЛ м. Суми.

Результати. Гендерний фактор не впливав на клінічні і гематологічні особливості захворювання. Хлопчики на ІМ хворіли у 1,5 рази частіше, ніж дівчатка (60 % і 40 % відповідно, $p < 0,01$). Захворювання частіше виявлялося в дітей у віці від 1 року до 6 років життя (64 %, $p < 0,001$), а серед цієї вікової категорії чисельно переважали діти у віці від 1-го до 3-х років (42 %; $p < 0,05$). На другому місці за частотою захворювання знаходилися діти у віці від 3-х років до 6-ти років і з 6-ти до 14 років ($p < 0,05$). У грудному (2 %) і підлітковому віці (7 %) діти хворіють рідко ($p < 0,001$). Пік захворювання приходився на осінь (35,9 %, $p < 0,05$). Захворювання частіше розпочиналося гостро (92,5 %, $p < 0,001$) і мало середню ступінь тяжкості (94,3 %, $p < 0,001$). Опорними клінічними ознаками ІМ були гарячка (93,4 %), системна лімфаденопатія (52,8 %), ураження носогорла, а саме аденоїдит (80,2 %), ураження ротоглотки у вигляді гнійного тонзиліту (86,8 %); гепатомегалія (100%) з підвищенням рівня АсАТ (35,9 %) і АлАТ (32,1 %), спленомегалія (40,6 %) і рідше екзантема (21,7 %). У клінічному аналізі крові при даному захворюванні виявлялися лейкоцитоз (72,6 %), зрушення вліво (83,0 %), моноцитоз (10,4 %), атипіві мононуклеари (100 %), підвищення ШОЕ (100 %).

Висновок. Отже, поліморфізм клінічних проявів ІМ викликає певні труднощі у своєчасній діагностиці захворювання і призводить до діагностичних помилок на до госпітального етапі.

ПОКАЗНИКИ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ, ЩО СТРАЖДАЮТЬ НА АЛЕРГІЧНИЙ РЕЦИДИВУЮЧИЙ ОБСТРУКТИВНИЙ БРОНХІТ

Анциферова І.В., студентка 5 курсу (ЛС-204)

Науковий керівник: доц. Зайцев І.Е.

Сумський державний університет, кафедра педіатрії

Актуальність. Результати досліджень дають можливість науково обґрунтувати прогноз стану здоров'я дітей в майбутньому.

Мета. Вивчити особливості фізичного розвитку у дітей дошкільного віку, що страждають на алергічний рецидивуючий обструктивний бронхіт.

Матеріал і методи. Обстежені 50 дітей, що страждають на алергічний рецидивуючий обструктивний бронхіт: хлопчики - 27, дівчатка - 23. У кожного обстеженого проводився загально-клінічний огляд, вимірювалися маса, довжина тіла і коло грудей. Вік хворих був в межах від 3 до 6 років, у тому числі у віці 3 роки - 9 (18,0%), 4 роки - 11 (22,0%), 5 років - 14 (28,0%), 6 років - 16 (32,0%).

Результати і обговорення. Аналіз клінічних проявів показав, що у хворих дітей переважаючим симптомом хвороби були нападopodobний кашель. Рецидиви зазвичай виникали кілька разів в місяць. Рецидивуючий обструктивний бронхіт часто поєднувався з явищами вегетодистонії. У пацієнтів часто відзначалася еозинофілія в периферичній крові. Тривалість хвороби знаходилася в межах від декількох місяців до 6 років і більше. Тривалість хвороби до 2-х років була у 24 (48,0%) пацієнтів, від 3 до 5 років - у 16 (32,0%), понад 5 років

- у 10 (20,0%). Таким чином, у більшості - 26 (52,0%) хвороба тривала впродовж тривалого періоду.

За нашими даними, алергічний рецидивуючий обструктивний бронхіт поєднувався з іншими алергічними реакціями: харчовою алергією - у 20 (40,0%), атопічним дерматитом - у 17 (34,0%) і лікарською алергією - у 13 (26,0%) пацієнтів.

У механізмі формування і розвитку алергічного рецидивуючого обструктивного бронхіту генетичні чинники зустрічалися у 34 (68,0%) пацієнтів, алергічний діатез - у 30 (60,0%), фокальні інфекції - у 38 (76,0%), штучне вигодовування першому році життя - у 41 (82,0%). Показники росту були нижчі аналогічних показників стандарту у хлопчиків на 6,1-9,5%, а у дівчаток - на 2,6-6,2%. Показники маси тіла опинилися нижчі аналогічних показників стандарту для хлопчиків - на 3,4-6,6%, а у дівчаток - на 7,4-18,1%, а показники кола грудей були нижчі аналогічних показників у хлопчиків на - 2,6-4,2%, а у дівчаток - на 2,1-3,6% ($P < 0,05$).

Висновок. У дітей, що страждають алергічними рецидивуючими обструктивними бронхітами відзначається відставання фізичного розвитку, який проявляється в наявності дефіциту довжини і маси тіла, а також кола грудей. Тому у комплексі причин, що мають значення у відставанні фізичного розвитку дітей, істотна роль належить алергічним рецидивуючим обструктивним бронхітам.

ОСОБЛИВОСТІ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ

Бігун Наталія, Михалейко Людмила

Науковий керівник: ас. А.А. Мальська

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
кафедра пропедевтики педіатрії і медичної генетики*

Актуальність. Останніми роками в Україні, як і в інших країнах світу, внаслідок порушення харчування, а також погіршення екологічного стану навколишнього середовища спостерігається значне підвищення поширеності захворювань шлунково-кишкового тракту (ШКТ) у дітей. При цьому 83% усіх захворювань ШКТ у дітей складає гастродуоденальна патологія.

Мета. визначити частоту виникнення гастроентерологічних захворювань у дітей різної вікової категорії.

Матеріали та методи. Дослідження проводились на базі Львівської обласної дитячої клінічної лікарні (ЛОДКЛ) «Охматдит». Опрацьовано статистичні і медичні карти 140 стаціонарних хворих, що перебували в I дитячому відділенні за період жовтень - листопад 2016 року. Проведено статистичний аналіз результатів.

Результати. Під час обстеження у 41 пацієнта був виявлений хронічний гастродуоденіт (у віці 13-18 років – 23 дитини, 8-12 років – 14 дітей, 4-7 років – 4 дитини); функціональний розлад шлунка(ФРЖ) у 37 пацієнтів (у віці 13-18 років – 7 дітей, 8-12 років – 17 дітей, 4-7 років - 13 дітей.); гастро-езофагальний рефлюкс у 19 пацієнтів (у віці 13-18 років – 11 дітей, 8-12 років – 7 дітей, 4-7 років – 2 дитини); доліхосигма у 13 пацієнтів (у віці 13-18 років – 3 дитини, 8-12 років – 10 дітей); виразкова хвороба 12-палої кишки в 3 пацієнтів; ерозивний гастрит у 2 пацієнта та ерозивний гастродуоденіт у 3 пацієнтів; ерозивний езофагіт у 2 пацієнтів; ерозивний бульбіт у 4 пацієнтів; ерозивний дуоденіт у 3 пацієнтів; хронічний холецистит в 2 пацієнтів; дискінезія жовчевивідних шляхів у 5 пацієнтів та виявлено 6 пацієнтів з ожирінням III ступеню, у яких гастроентерологічна патологія спостерігається як ускладнення.

Висновки. Дані, які ми отримали під час цього дослідження свідчать про те, що серед усієї гастроентерологічної патології у дітей найчастіше зустрічається хронічний гастродуоденіт (41 дитини), який переважає у дітей віком 13-18 років (23 дитини). На другому місці, по частоті виявлення, знаходиться функціональний розлад шлунка (37 дітей), який