

нии профилактического осмотра. 3 (27,3 %) детям диагноз был выставлен на I стадии заболевания, 1 (9,1 %) — на II стадии, III — у 4 (36,3 %) детей и у 3 (27,3 %) — IV стадия медуллярного рака. У 6 (54,5 %) были метастазы в регионарные лимфатические узлы (N1), у 2 (18,2 %) — отдаленные метастазы медуллярного рака (M1) и у 3 (27,3 %) детей опухоль от 1 до 2 см находилась в пределах щитовидной железы (pPT1NoMo).

Хирургическое лечение было выполнено 11 детям. У 9 (81,2 %) больных была произведена тотальная тиреоидэктомия, которая дополнялась центральной илилатеральной лимфодиссекцией на одной или обеих сторонах. У 2 (18,2 %) детей была выполнена гемитиреоидэктомия. В 8 (72,3 %) наблюдениях использовалась послеоперационная химиолучевая терапия. За исследуемый период умерло 5 (42 %) человек от основного заболевания (2 человека на четвертой стадии, 3 человека на третьей стадии). Средняя продолжительность жизни с онкологическим заболеванием составила 4,6 лет (от 1 до 9 лет). У 1 ребенка наблюдалась 9 летняя выживаемость.

Выводы:

1. Медуллярный РЩЖ — это заболевание, которое наиболее характерно для подросткового возраста.

2. Анализ результатов комплексного обследования показал, что клинические симптомы медуллярного рака у детей малоинформативны и малоспецифичны и проявляются только на поздних стадиях заболевания.

3. Заболевание в детском возрасте протекает агрессивно и характеризуется многофокусным ростом с высокой склонностью к диссеминации, что существенно влияет на прогноз в дальнейшем.

4. Продолжительность жизни больных при медуллярном РЩЖ в большей степени зависит от распространения и локализации опухолевого процесса, чем от возраста, пола и соматических особенностей детского организма.

ЛИТЕРАТУРЫ

1. Технологии визуализации в медицине. В 3 кн. Кн. 3. Диагностика опухолей щитовидной железы у детей / М. В. Фридман [и др.]. — Минск: ОИПИ НАН Беларуси, 2007.
2. Фридман, М. В. Рак щитовидной железы как актуальная клиничко-морфологическая проблема / М. В. Фридман // Медицинская панорама. — 2007. — № 7.
3. Thyroid carcinoma after Chernobyl: latent period, morphology and aggressiveness / E. D. Williams [et al.] // British Journal of Cancer. — 2004.

УДК 616.988.55-053.2-071.3:612.6.057

ВОЗРАСТНЫЕ И ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА У ДЕТЕЙ

Павлюкова М. О., Мишина Я. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. Л. Красавцев

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В последние годы в Республике Беларусь отмечается увеличение числа случаев заболевания инфекционным мононуклеозом (ИМ). Так, заболеваемость инфекционным мононуклеозом среди детей в возрасте до 17 лет в 2009 г. составила 65,2 случая на 100 тыс. детского населения, в 2010 г. этот показатель составил — 74,4 [2].

По современным представлениям ИМ является полиэтиологическим заболеванием, вызываемым тремя вирусами из семейства герпесвирусов: Эпштейна-Барр вирусом (ЭБВ), цитомегаловирусом (ЦМВ) и вирусом герпеса человека 6 типа (ВГЧ-6) [4].

ИМ относится к группе детских инфекций, рассматриваемых как болезнь иммунной системы и оказывающих существенное влияние на формирование здоровья детей. ИМ способен вызывать значительные нарушения в иммунном статусе макроорганизма: изменение количества и свойств отдельных популяций лимфоцитов и гранулоцитов, нарушение функциональной активности моноцитов/макрофагов, дисбаланс продукции интерферонов и других цитокинов. В случаях отсутствия полного синдрома комплекса ИМ, особенно у детей раннего возраста, ошибки диагностики на догоспитальном этапе составляют от 40 до 90 %, что требует совершенствования тактики обследования больных с учетом возможной полиэтиологичности заболевания [1].

Цель

Изучить клинико-лабораторные проявления инфекционного мононуклеоза у детей и подростков различного возраста и пола.

Материалы и методы исследования

Нами проведен ретроспективный анализ 60 медицинских карт больных в возрасте от 1 года до 18 лет, находившихся на стационарном лечении в инфекционной больнице г. Гомеля с диагнозом «инфекционный мононуклеоз, типичное течение, средней степени тяжести», в период с января по декабрь 2012 г. Медицинские карты отбирались методом случайной выборки, в соответствии с изучаемой возрастной категорией.

Пациенты были разделены на две возрастные группы: от 1 года до 6 лет — 30 (50 %) человек и от 6 до 18 лет — 30 (50 %) человек. Среди детей 1 группы (1–6 лет): девочек 12 (40 %), мальчиков 18 (60 %). Среди детей 2 группы (6–18 лет): девочек 10 (33,3 %), мальчиков 20 (66,7 %). Для верификации диагноза использовались клинические, лабораторные исследования, данные УЗИ, ПЦР исследование, статистический анализ.

Результаты исследования и их обсуждение

Полная клиническая картина инфекционного мононуклеоза (лихорадка, полиаденит, ангина, в периферическом анализе крови появление атипичных мононуклеаров, лейкоцитоз) наблюдалась в 75 % случаев. Все пациенты были доставлены в стационар в состоянии средней степени тяжести.

Полиаденит отмечался у 80 % всех детей обеих групп. Среди детей первой группы (1–6 лет) полиаденит отмечался у 80 % (58,3 % среди девочек, 94,4 % у мальчиков). Среди детей второй группы (6–18 лет) у 80 % (среди девочек полиаденит встречался у 90 %, среди мальчиков — у 75 %).

Повышение температуры выше 38 °С отмечалось у 52 % детей, средняя температура у всех детей обеих возрастных групп была 38,2 °С. Среди детей 1 группы у 56,7 % была повышена температура выше 38,0 °С, среди девочек этой группы температура выше 38,0 °С была у 38,3 %, среди мальчиков этой группы 38,9 % (значение статистически значимо ($p < 0,05$) при сравнении с группой девочек (1–6 лет), $\chi^2 = 2,03$). Температура выше 38,0 °С была у 50 % детей 2 группы (6–18 лет), среди девочек этой группы у 60 %, среди мальчиков — у 45 %.

Клинически поражение печени проявлялось в виде гепатоспленомегалии в 43 % случаев, из них среди детей 1 группы у 56,7 %, среди девочек 1 группы — у 66,7 %, среди мальчиков 1 группы — у 50 %. Среди детей 2 группы у 30 % была выявлена гепатоспленомегалия (среди девочек 30 %, среди мальчиков у 30 %).

При лабораторном исследовании у 40 (67 %) больных были выявлены признаки цитолиза — повышение АлАТ и АсАТ. Повышение АлАТ наблюдалось у 37 (61 %) среди всех исследуемых детей, из них среди первой группы у 15 (50 %) детей, среди 2 группы у 22 (73,3 %) детей. Повышение АсАТ наблюдалось у 39 (65 %) среди всех исследуемых детей, из них среди 1 группы у 18 (60 %) детей, среди 2 группы у 21 (70 %) детей. Показатели тимоловой пробы оказались повышенными у 28 (47 %) пациентов, из них среди детей 1 группы у 12 (40 %) пациентов. Среди детей 2 группы у 16 (53,3 %) пациентов.

В общем анализе крови лейкоцитоз отмечался у 23 (38,3 %) исследуемых, среди детей 1 группы у 10 (30 %) человек, среди девочек данной группы эти изменения отмечались у 7 (58,3 %) (значение статистически значимо ($p < 0,05$), при сравнении с группой мальчиков (1–6 лет), $\chi^2 = 1,98$), среди мальчиков у 3 (16,7 %). Среди детей 2 группы лимфоцитоз отмечался у 13 (43,3 %) детей, из них среди девочек у 4 (40 %) человек, среди мальчиков у 9 (45 %) детей.

Лимфоцитоз отмечался у 37 (62 %) детей, среди детей 1 группы у 13 (43,3 %) человек, среди девочек данной группы он отмечался у 5 (41,7 %), среди мальчиков у 8 (44,4 %). Среди детей 2 группы лимфоцитоз отмечался у 24 (80 %) детей, среди девочек — у 8 (80 %) человек, среди мальчиков у 16 (80 %) детей (значение статистически значимо ($p < 0,05$) при сравнении с детьми первой группы, $\chi^2 = 2,66$), таким образом, лимфоцитоз встречался преимущественно у детей старшей группы: 24 (80 %) пациента.

Диагноз инфекционного мононуклеоза подтверждался с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР) и обнаружения в периферическом анализе крови атипичных мононуклеаров. У 66 % была обнаружена ДНК. Среди детей 1 группы ДНК ВЭБ была обнаружена у 40 %, среди девочек этой группы ДНК ВЭБ была обнаружена у 33,3 %, среди мальчиков 1 группы обнаружена у 44,4 %. Среди детей 2 группы — у 36,7 %, среди девочек 2 группы — у 30 %, среди мальчиков 2 группы — у 40 %. В периферической крови атипичные мононуклеары были обнаружены у 40 (66,7 %) детей, из них среди 1 группы — у 17 (56,7 %) детей, среди 2 группы — у 23 (76,7 %) детей.

Выводы

У детей первой группы заболевание протекало с повышением температуры тела до 40,0 °С, значительным увеличением лимфатических узлов, при этом повышение температуры выше 38,0° С чаще отмечалось у мальчиков первой группы. Поражение печени и селезенки в виде гепатоспленомегалии наблюдалось чаще среди детей 1 группы. Признаки цитолиза — повышение АЛАТ и АсАТ — наблюдалось чаще у детей 2 группы. Статистически значимо чаще лейкоцитоз встречался у девочек в предшкольном возрасте (1–6 лет). Лимфоцитоз статистически чаще наблюдался у детей школьного возраста (6–18 лет).

ЛИТЕРАТУРА

1. Учайкин, В. Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей / В. Ф. Учайкин. — М.: ГЕОТАР-Медицина, 2004. — С. 22.
2. Кудин, А. П. ВЭБ-инфекция у детей: учеб.-метод. пособие / А. П. Кудин. — М., 2006. — 31 с.
3. Радионова, О. В. Инфекционный мононуклеоз: Клиника, новые подходы к диагностике и терапии у детей: пособие для врачей / О. В. Радионова, О. А. Аксенов, А. А. Букина. — СПб., 2000. — С. 22.
4. Лабораторная диагностика инфекционного мононуклеоза у детей / Е. В. Новосад [и др.] // Матер. IV конгр. педиатров-инфекционистов России. — М., 2005. — С. 193.

УДК 616.2-022.6-036.11-053.2-084

ПРОФИЛАКТИКА ОРВИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Павлюкова М. О., Полторан Д. И., Рычкова А. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. А. Козловский

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) — особая группа заболеваний, которая по удельному весу в структуре инфекционной патологии как детей, так и взрослых прочно занимает одно из ведущих мест. Значимость проблемы обусловлена также высоким риском развития серьезных осложнений [1]. ОРВИ приводят к структурным