

# Український Науково- Медичний Молодіжний Журнал

**НАУКОВО-ПРАКТИЧНЕ ВИДАННЯ**

Матеріали 64 Міжнародної науково-практичної конференції студентів і молодих вчених «Актуальні проблеми сучасної медицини», 3-4 листопада 2010 р., Україна, Київ



СПЕЦІАЛЬНИЙ  
ВИПУСК №4

**2010**

ISSN 1996-353X

U L R I C H ' S  
P E R I O D I C A L S D I R E C T O R Y . c o m

*The global source for periodicals information since 1932*



З анамнезу відомо, що до 4-х років дитина росла та розвивалась за віком. У лютому 2005 р. після помилкової дворазової вакцинації проти поліомієліту, впродовж місяця розвинулася анемія 2-го ступеня, після проведеного адекватного лікування рівень гемоглобіна повернувся до норми. Після вакцинації почав відставати в рості, почастишали застудні захворювання, що супроводжувалися появою герпетичних висіпок на губах та крилах носа. Протягом 2005 року дитина страждала на фурункулез. У 2006 році діагностували холецисто-холангіт, виявили лямбліоз, була проведена адекватна терапія, стан хворого покращився. З 2007 року відмічас нічний кашель. У травні 2009 року переніс бронхопневмонію. Зі слів матері продовж останніх років на тілі з'являлись висипки алергічного генезу. У червні 2010 за місцем проживання був встановлений діагноз: бронхіальна астма, респіраторний алергоз, хронічна герпесвірусна інфекція.

Об'єктивно: стан відносно задовільний. Дитина активна. Правильної будови тіла. Шкіра чиста тілесного кольору, нормальний тургор, достатньо зволожена; на задній поверхні шиї спостерігається сітка розширених капілярів – симптом Франка, що свідчить про наявність бронхо-легеневої патології. Підшелепні лімфовузли 1x1 см, еластичні не болючі, не спаяні зі шкірою та оточуючими тканинами, інші групи лімфовузлів до 0,3 см у діаметрі. Задня стінка глотки помірно гіперемійована, мигдалики не збільшені, нальоту немає. У легенях перкуторно: притуплення у міжлопаточній ділянці; аускультативно: везикулярне дихання, хрипів немає. Частота дихання 22 за хв. Тони серця чисті, скорочення ритмічні. Живіт м'який не болючий, печінка та селезінка не збільшені.

На рентгенограмі легень: посилений бронхо-легеневий малюнок, наростання інфільтративних процесів у легенях.

Мати К. 36 років звернулася з подібними скаргами на утруднений вдих, нічний кашель, 3 роки тому був поставлений діагноз бронхіальна астма, лікування не поліщило стану хворої. З анамнезу життя відомо, що всі перенесені застудні захворювання супроводжувалися герпетичними висипаннями губ та дужок носа.

На оглядовій рентгенограмі легень: посилений бронхо-легеневий малюнок, наростання інфільтративних процесів у легенях.

На основі даних лабораторного дослідження та рентгенограми легень, у хлопчика Н. 8 років та його матері К. 36 років, професором був встановлений діагноз: саркоїдоз, легенева форма, хронічний перебіг.

**Висновок.** На даному клінічному прикладі можна прослідкувати залежність розвитку саркоїдозу від хронічної герпесвірусної інфекції та генетичної схильності. А також помилки та питання що виникають під час постановки діагнозу саркоїдозу.

**Conclusion:** The clinical example of this can be seen between the development of sarcoidosis from a chronic herpes virus infection and genetic shlynosti. A also bugs and issues that arise during the diagnosis sarkoidozis.

## ПРИЧИНИ ГІПЕРДІАГНОСТИКИ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

### CAUSES OF OVERDIAGNOSIS OF VIRAL HEPATITIS AT THE PREHOSPITAL STAGE

Безродна О.В. / O. Bezrodna

Науковий керівник: д.м.н., доцент О.А. Голубовська  
Національний медичний університет  
імені О.О. Богомольця

Кафедра інфекційних хвороб  
(зав. каф.: д.м.н., доц. Голубовська О.А.)  
м. Київ, Україна

Гіпердіагностика вірусних гепатитів на догоспітальному етапі продовжує мати місце. Обувлено це тим, що один з провідних симптомів, як-то наявність жовтяниці, для багатьох лікарів виступає на перший план при цій нозології. Поза увагою лишаються критерії, які б змогли допомогти в проведенні правильної диференційної діагностики.

**Мета** – виявити причини розбіжності попередніх і заключних діагнозів хворих, що направлені до гепатитного відділення КЛ №15 м. Києва.

Аналіз даних госпіталізації та виписки хворих за минулий рік виявив: з 355 хворих, направлених до клініки з попереднім діагнозом вірусний гепатит, у 90 хворих (25%) після проведення комплексного обстеження, включаючи маркерну діагностику, діагноз був змінений. Найбільшу кількість змінених діагнозів склали захворювання з ураженням гепатобілярної зони: загострення хронічного токсичного (алкогольного/медикаментозного) гепатиту – 44 (49%), обтураційна жовтяниця – 11 (12%), хронічний гепатит неуточної етіології – 8 (9%), жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ), загострення калькульозного холециститу (без ознак обтурації на момент госпіталізації) – 6 (7%), неалкогольний стеатогепатит – 4 (5%), новоутворення головки підшлункової залози – 2 (2,2%), загострення хронічного панкреатиту – 3 (3,1%). У 6 (7%) хворих вперше діагностовано синдром Жильбера. Меншу групу склали захворювання з ураженням інших систем: гострий цілонефрит – 2 (2,2%), розрив кістки жовтого тіла – 1 (0,9%), нижньодольова пневмонія – 2 (2,2%), гострий сепсис – 1 (0,9%).

**Висновок.** Гіпердіагностика вірусного гепатиту мала місце у 25% випадків. Основними її причинами є переоцінка значення жовтяниці, недостатньо ретельний аналіз анамнезу та об'єктивних даних, а саме: наявність больового синдрому напередодні появи жовтяниці, зв'язок з порушенням дісти та дані анамнезу життя з вказівкою на наявність ЖКХ при обтураційній жовтяниці; тривалість захворювання та різке схуднення (більше 8-10кг) за останні декілька місяців без вираженого больового синдрому в разі пухлин головки підшлункової залози; вживання напередодні захворювання гепатотоксичних препаратів або алкоголю в разі появи токсичного гепатиту.

**Summary:** Overdiagnosis of viral hepatitis according to analyzed data took place in almost 25% of cases. That can be explained by overvalue of jaundice and insufficient analysis of the anamnesis and objective data at the prehospital stage.