

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

ниркового дизембріогенезу. Алергічна реакція 1 типу може вести до розвитку гормоночутливого нефротичного синдрому. У цих дітей відмічаються високі рівні IgE в сироватці крові та позитивні шкірні проби з алергенами.

При інтерстиціальному нефриті метаболічного генезу клінічні прояви алергії та обтяжлива спадковість по алергії зустрічаються ще частіше. Хоча потрібно відмітити, що в багатьох випадках при цьому діагностується псевдоалергія. При псевдоалергії призначаються протиалергічні та мембранотропні засоби, патогенетична терапія кристалоурії (Игнатова М.С., Вальтищев Ю.Е.).

При повільному розвитку набрякового синдрому у дітей раннього віку батьки не завжди адекватно оцінюють цей стан. Часто симптоми пояснюють як надлишкова повнота дитини.

Таким чином, своєчасне встановлення алергічного компоненту при нефротичному синдромі дозволяє провести необхідні дослідження та призначити адекватну корекцію лікувальними засобами.

ОЦІНКА ПОКАЗНИКІВ ФОРМУЛИ КЛІНІЧНОГО АНАЛІЗУ КРОВІ У ДІТЕЙ

Загородній М.П., доцент, Бондаренко В.П., Ковальова Н.Я., Гелих В.В. студ. 6 курсу
Кафедра педіатрії з курсом медичної генетики СумДУ, СОДКД**

Завданням нашого дослідження було систематизувати зміни основних показників клінічного аналізу крові у хворих дітей різного віку. Для оцінки основних показників формули здорових дітей використовували довідник Маркевича В.Е. та співавторів „Морфофункціональні та біохімічні показники у дітей і дорослих” Київ-Суми 2002.

Як відомо, проведення клінічного аналізу крові є обов'язковим згідно протоколів більшості дитячих захворювань.

Лейкоцитоз, пов'язаний із збільшенням вмісту нейтрофілів, характерний для всіх гострих інфекційних запальних захворювань та хронічних в стадії загострення. Така ж картина спостерігається при протозойних інфекціях (малярії), характерна і для трихомонадоза, для гострих та хронічних мієлолейкозів. Такі ж зміни наявні при злоякісних новоутвореннях у фазі деструкції пухлин та при еритромієлозах. Подібні зміни є і після гострих крововтрат та на ранніх етапах післяопераційного періода при великих хірургічних втручаннях, при відторгненні трансплантату (наприклад нирки) в період розпалу процесу, при коматозних станах (уремічна, діабетична, ниркова кома), при інтоксикації окисом вуглецю, миш'яком та при епілепсії.

Лейкоцитоз, пов'язаний з переважним збільшенням вмісту лімфоцитів, характерний на заключному етапі інфекційних та запальних захворювань, для більшості вірусних захворювань, при гострих та хронічних лімфатичних лейкоміях (лімфобластозах), при важкому тиреотоксикозі, при тривалому опроміненню малими дозами радіації.

Лейкоцитоз із переважним збільшенням вмісту в крові еозинофілів є характерним для гельмінтозів (трихоцефальозі, стронгілоїдозі, аскаридозі, ехінококозі, опісторхозі, лямбліозі) до утворення оболонок паразиту в тканинах (в остальні періоди лише збільшення процентного вмісту еозинофілів). Також еозинофільний лейкоцитоз спостерігається при респіраторних алергозах, при еозинофільних інфільтратах, при колагенозах, при еозинофільному лейкозі, при сімейно-конституційній еозинофілії.

Нейтрофільна лейкопенія характерна для тяжких інфекційних та запальних процесів (сепсис, перитоніт) у фазі декомпенсації захисних сил, при деяких хронічних запальних захворювань у фазі відносної ремісії (туберкульоз, гонорея), при авітамінозах (цинга, пелагра), при кахексії, дистрофії, голодуванні, при цитостатичній хворобі, при хронічній доброякісній сімейній (спадковій) нейтропенії, при доброякісній гранулоцитопенії дитячого віку, при циклічній нейтропенії, при аутоімунних лейкопеніях, при хронічній бензойній інтоксикації, при В12 дефіцитах, при гіперхромній макроцитарній анемії, при лейкопенічних варіантах гострих лейкозів, при лейкопенічних формах хронічного лімфолейкоза.

Лейкопенія, обумовлена зниженням вмісту в крові лімфоцитів спостерігається при тяжкій формі променевої хвороби, при цитостатичній хворобі, при СНІДі тяжкої заключної стадії хвороби, при хронічному алейкемічному мієлозі, при лейкопенічних формах хронічного лімфолейкозу.

Моноцитоз спостерігається при мононуклеозі, моноцитарному лейкозі, вірусному гепатиті, туберкульозі, аутоімунних процесах.

Моноцитопенія характерна для тяжких септичних процесів, лейкозів.

Нейтрофілія без зрушення вліво характерна для фізичних та емоційних навантажень, прийом їжі, при судомах, епілепії, для ранніх стадій неускладнених пухлин, при введенні ліків, при не тяжких тиреотоксикозах.

Нейтрофілія при зрушеннях вліво спостерігається при запальних процесах, інфекційних та протозойних захворюваннях, сепсисі, ендокардитах, розпадах пухлин.

Нейтропенія характерна для тяжкого перебігу запального процесу, при токсичній дії інфекції та аутоімунних процесах, В12 дефіцитній анемії, авітамінозах, кахексії, голоданні.

Еозинофілія характерна для інфекцій в період розгорнутої клінічної картини (скарлатина, гонорея), глистних інвазій, алергічних захворювань на початку та в кінці захворювання, запальних та аутоімунних процесах, злоякісних новоутвореннях, туберкульозі, хворобах шкіри, лейкозах, спадкових еозинофіліях, В12 дефіциті.

Еозинопенія спостерігається в період продрому та на ранніх стадіях інфекційного процесу, при тяжких формах захворювання, при інтоксикації хімічними сполуками, тяжкими металами.

Базофілія спостерігається при хронічному мієлолейкозі (паралельно з еозинофілією), еритремії, хронічному виразковому коліті, еритродермії.

Плазмоцитоз спостерігається при гострих інфекціях, наприклад корі.

Використання даних особливостей формули крові дітей дозволить більш ефективно проводити дифдіагностику захворювань у дітей, призначати адекватне лікування.

ВПЛИВ МЕДИКАМЕНТІВ НА ГЕМАТОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ

Загородній М.П., Гапієнко О.І., Романовська Ю.М.**

*Кафедра педіатрії з курсом медичної генетики СумДУ, СОДКЛ**

В більшості випадків діагностика захворювань у дітей базується на даних клініки, лабораторних та інструментальних дослідженнях. В багатьох випадках гематологіні зміни у хворих важко пояснити наявним патологічним процесом. У лікарів появляється певна недовіра до одержаних результатів обстеження і щоб пересвідчитися в об'єктивності результату лікарі призначають повторні обстеження. При цьому у багатьох випадках при аналізі лабораторних даних не аналізується вплив призначеного лікування на гематологічні показники. В даній роботі ми намагалися проаналізувати які зміни в гематограмі найчастіше викликають ті чи інші препарати, що призначалися дітям при стаціонарному лікуванні у СОДКЛ за останні 5 років (на основі експертних оцінок медичних карт вибувших із стаціонару, даних літератури).

Нейтрофіліоз переважно спостерігається при лікуванні дітей глюкокортикостероїдами, препаратами наперстянки, хлоратом калія, крім того таку ж дію мають солі важких металів, етиленгліколь, стан гіпоксії, яди комах.

Нейтропенія спостерігається у дітей, які одержують протипухлинні препарати, транквілізатори, антидепресанти, сульфаніламідни, антиуреїчні препарати, протисудомні медикаменти, вітамін А, деякі антибіотики (левоміцетин, ампіцилін, стрептоміцин), метронідазол.

Лімфоцитоз відмічаються у дітей, які лікуються галоперідолом, аміносалициловою кислотою, нікотинамідом. Подібні явища спостерігаються також при отруєнні солями свинцю, тетрахлоретаном.

Лімфопенія спостерігається при лікуванні хворих L-аспарагіназою, глюкокортикостероїдами, нікотиновою кислотою, при багаторазовому рентген-обстеженню.