

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

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.

Моноцитоз спостерігається при використанні галоперідолу, гризеофульвіну, а також при отруєнні сполуками фосфору та тетрахлоретаном.

Еозинофілія спостерігається у дітей при лікуванні протитуберкульозними препаратами, пеніцилінами, сульфаніламидами та протисудомними засобами.

Еозинопенія виникає при лікуванні глюкокортикоїдами, нікотиновою кислотою, використанням адреналіну.

Базофілія виникає у дітей при використанні антитиреоїдних препаратів та естрогенів.

Базопенія спостерігається у дітей, які одержують хіміотерапію при онкопатології, глюкокортикоїди, тіопентал-натрію, у пацієнтів при частому використанні рентгенологічного обстеження.

Ми розуміємо, що у своїй роботі ми проаналізували не всі препарати, що впливають на гематологічні показники. Врахування впливу ліків на гематограму допоможе клініцисту вірно оцінити адекватність обстеження та призначити адекватну терапію.

### ПСЕВДОАЛЕРГІЯ У ДІТЕЙ

*Загородній М.П., доцент, Шабло І.А. \*, Ваганян А.Г. – студ.4 курсу,  
Кафедра педіатрії з курсом медичної генетики СумДУ, СОДКЛ\**

Завдання нашого дослідження – встановлення диференційних критеріїв алергії та псевдоалергії на основі аналізу медичної документації за останні 5 років та літературних публікацій з даної проблеми. На 1 випадок істинної алергії, по даним Хацкеля С.Б. (2000) припадає до 8 випадків псевдоалергії.

Псевдоалергія – це патологічний процес, який клінічно подібний до алергії, проте не має імунологічної стадії розвитку. Решта стадій – визволення чи утворення медіаторів та стадія клінічних проявів повністю ідентичні. Проте необхідно мати на увазі, що є реакції, які не мають нічого спільного ні з алергією ні з псевдоалергією. Так, наприклад, при дефіциті лактази розвивається клінічна картина подібна на таку при алергії чи псевдоалергії.

Основним критерієм псевдоалергії вважається наявність патохімічної стадії захворювання, де взаємодіють така ж медіатори, як і в істинній алергії.

Початок захворювання псевдоалергії, як правило, після 1 року, в той час як алергічні реакції частіше проявляються до 1 року (атопія). При псевдоалергії виражені загострення відмічаються рідко, а ремісії зазвичай тривалі. В той же час при атопії захворювання мають рецидивуючий перебіг з неповними ремісіями. При псевдоалергії відсутня виражена залежність клінічних проявів від дії причино-значущого алергену. При цьому клінічні прояви стану залежать від дози медикаменту чи кількості вжитого продукту.

Для псевдоалергії не характерна перехрестна гіперчутливість, яка спостерігається при атопії. Крім того для псевдоалергії не характерний розповсюджений дифузний процес, не характерна наявність алергодерматитів.

Для псевдоалергії у дітей не зустрічається еозинофілія. Проведені скарифікаційні чи прик-тести зазвичай негативні. Рівень загального сироваткового IgE у дітей нормальний або помірно підвищений (при атопії - значно підвищений).

Відомо, що фармакологічні ефекти псевдоалергії викликають біологічні аміни (гістамін, що попадає з квашеної капусти, консервів, тирамін – сирів, томатів, оселедців, серотонін – від бананів чи ананасів, фенілетиламін від шоколаду, горіхів), кофеїн та нітрати.

У дітей псевдоалергічні реакції можуть виникати на продукти, які є лібераторами гістаміна. Такими продуктами частіше всього виступають, за нашими спостереженнями білок яєць, раки, полуниці, томати, шоколад, риба річна та заморожена, ананаси, арахіс, сосиски, рибні та м'ясні консерви. Багато медикаментів (ненаркотичні анальгетики, рентгенконтрастні речовини, плазмозамінюючі розчини) частіше всього ведуть до розвитку псевдоалергії, а не алергічних реакцій.

Більшість алергенів можуть приводити до розвитку як алергічних так і псевдоалергічних реакцій (Lessof M.H, 1986). Причому причиною псевдоалергічних реакцій можуть бути не