

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

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, нікотиною 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

тільки самі харчові продукти, але і хімічні речовини, які добавляються в продукти (фарбники, консерванти, коректори смаку та випадково попадаючі в них).

В патогенезі псевдоалергії діють 3 групи механізмів: гістаміновий, порушення активності комплементу та порушення метаболізму арахідонової кислоти. Причому у кожному конкретному випадку переважає один із механізмів.

На гістаміновий механізм впливає як стимуляція його утворення (поліміксин-В, декстран, рентгенконтрастні речовини, риба, томати, полуниця, шоколад), так і порушення механізмів інактивації гістаміну а чи попадання його з продуктами (сири, ковбаси, шоколад, консерви). Одним з фактоів підвищення в крові рівня гістаміну та інших біологічно активних амінів є дисбактеріози, що супроводжуються збільшенням кишкової мікрофлори з декарбоксілюючою активністю, що веде до утворення із гістидину, фенілетіламіну тирозину відповідних амінів – гістаміну, фенілетіламіну та тираміну.

Проведення диференційної діагностики між алергічними реакціями та псевдоалергією дозволяє використовувати адекватне комплексне лікування та дибитися кращих результатів.

ОСОБЛИВОСТІ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ В КРИТИЧНИХ СТАНАХ

*Зінченко К. О. студентка, Попова Т. М. викладач педіатрії, лікар-неонатолог
Сумський медичний коледж*

Проблема виконання програми ППХ новонароджених дітей у критичних станах, і на сьогодні, залишається важливою та постійно потребує внесення змін.

Парентеральне харчування—це внутрішньовенне введення амінокислот, жирів, вуглеводів разом з мікроелементами та вітамінами.

Показання до повного парентерального харчування:

1. Неможливість ентерального харчування у новонароджених з хірургічною патологією ШКТ (кила пупкового канатика, гастрошизис, ускладнені анастомози, синдром короткої кишки);

2. Підозра на некротизуючий ентероколіт;

3. Недоношені діти з масою тіла менше 1500,0 г, на неповному ентеральному харчуванні;

4. Усі новонароджені, які до кінця першого тижня життя не отримують фізіологічну норму їжі.

Компоненти парентерального харчування: вуглеводи і спирти, жири, білки, сольові розчини, вітаміни, мікроелементи та анаболічні гормони.

Моніторинг під час проведення повного парентерального харчування:

1. Контроль кількості введеної рідини і діурезу;

2. Маса тіла;

3. Обвід голови, довжина тіла;

4. Розрахунок калоражу і компонентного складу введеної рідини;

5. Клінічний аналіз крові;

6. Посів крові на бактеріальну флору;

7. ЕКГ і вимірювання АТ;

8. Глюкоза в крові і сечі;

9. Біохімічний аналіз крові.

Ускладнення при повному парентеральному харчуванні: метаболічні, механічні, інфекційні.

Дослідницька робота.

Аналіз 25 історій розвитку новонароджених:

4(16%) – доношені діти;

21(84%) – недоношені діти:

- 3(12%) – мт=500,0-1000,0г;

- 14(56%) – мт=1000,0-1500,0г;