

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

ДІЄТОТЕРАПІЯ ЯК АЛЬТЕРНАТИВНИЙ МЕТОД ЛІКУВАННЯ АУТИЗМУ У ДІТЕЙ*Горовцова М.В.**Науковий керівник: асистент кафедри, к.м.н., О.А. Строй
Національний медичний університет імені О.О.Богомольця і
Кафедра педіатрії №1 (зав. каф. - д.м.н., професор О.В. Тяжка)
м.Київ, Україна*

Актуальність: аутизм належить до числа найбільш розповсюджених розладів психіки та поведінки дитячого віку, які призводять до високого рівня інвалідизації.

Розлади аутистичного спектру (РАС) маніфестують у ранньому дитинстві і спостерігаються протягом всього життя людини, зумовлюючи обмеження її соціального функціонування.

За даними МЗ України, захворюваність на РАС з 2006 по 2010 рр. зросла в 2,5 рази.

Згідно з сучасними уявленнями, аутизм є поліетіологічним захворюванням, походження якого пов'язане з негативним впливом навколишнього середовища, порушенням обміну речовин, імунологічними факторами, обтяженою спадковістю.

Незважаючи на це, методи лікування РАС розроблені недостатньо.

Найрозповсюдженішою є медикаментозна терапія, психокорекція, медико-соціальна реабілітація. Як додатковий метод можна застосовувати спеціальні дієти, зокрема з виключенням глютену і казеїну, які засновані на тому, що діти з аутизмом можуть мати високу чутливість саме до цих білків.

Відомо, що пацієнти, які використовували безглютенову і безказеїнову дієту, мали значний прогрес в розвитку, порівняно з іншими.

Висновок: таким чином, безглютенову і безказеїнову дієту можна розглядати як альтернативний метод лікування РАС, проте немає однозначних наукових доказів їх ефективності і безпечності, що потребує подальших досліджень.

АЛЕРГІЧНІ УРАЖЕННЯ НИРОК У ДІТЕЙ*Загородній М.П., Богород О.В*, Миронов П.Ф., студ. 5 курсу
Кафедра педіатрії з курсом медичної генетики СумДУ, СОДКЛ**

Діагноз алергічного ураження нирок виставляється набагато рідше, ніж зустрічається. Розвиток дифузного ураження нирок може бути зумовлений неінфекційним фактором, наприклад профілактичними щепленнями, переохолодженням, укусами бджіл, комарів, вживанням харчових алергенів. При загальних алергозах може відмічатися еозинофілурия, яка відображає стан алергії сечовивідних шляхів.

На основі аналізу медичної документації дітей, що лікувалися у СОДК (як амбулаторно, так і в стаціонарі) за останні 5 років нами було встановлено, що у дітей раннього віку з явищами алергічного діатезу, розвиток нефротичної форми нефриту може бути пов'язаним із вживанням в їжу облігатних алергенів (шоколад, цитрусові).

Нами відмічено, що макро- та мікрогематурія супроводжує лікування деякими препаратами. Це можуть бути як діагностичні йодвмістні препарати для рентгенологічних досліджень, так і інші хімічні речовини, за рахунок зниження кровотоку, гострого канальцевого некрозу чи обструкції канальців.

Механізм розвитку гематурії включає порушення в системі коагуляції (гепарин, аспірин), ураження канальців (пеніцилін, гентаміцин, сульфаніламід). Нефротоксичний синдром можуть викликати препарати з такою дією (солі золота, ртуть вмісті препарати, гентаміцин, тетрациклін, саліцилати, ізоніазид, вітамін Д, яд грибів, стрептоміцин, ванкоміцин. При цьому симптоматика включає в себе протеїнурию, гематурію, олігоурию, некроз ниркових канальців на розвиток ниркової недостатності.

При явищах полінозу у дітей часто встановлюється протеїнурия, яка веде до нефротичного синдрому. Частно нефротичний синдром у дітей розвивається на фоні

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.