

## **ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА И ФАКТОРЫ РИСКА ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ**

Дубачинская Н.И.

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Пахольчук О.П.  
Запорожский государственный медицинский университет  
Кафедра факультетской педиатрии

Все чаще перед клиницистами возникает проблема ведения пациентов с медикаментозной аллергией, что связано как с понижением уровня здоровья нации, так и с неконтролируемым использованием медикаментов самими пациентами. Часто пациенты и их родители гипердиагностируют лекарственную аллергию, что затрудняет ведение таких пациентов. Разработка детального алгоритма позволит верно верифицировать диагноз и избежать повторения реакций в будущем. Целью работы было детерминировать вероятные факторы риска развития аллергических реакций на медикаменты у детей, оценить диагностическую ценность анамнестических данных, определить перспективы дальнейших исследований. Материалы и методы. 65 детей с лекарственной аллергией в анамнезе (со слов родителей и/или по данным первичной документации) возрастом от 3 до 17 лет были включены в исследование (средний возраст 9 лет [CI 95% 5;14]) Из них - 45 (69%) мальчики и 20 (30,7%) девочки. Пациентам и родителям проводилось интервью-анкетирование, которое включало сбор демографических, анамнестических данных и уточнение характера реакций на медикаменты. Немедленные реакции диагностировали, если они развивались менее чем через 6 часов после введения медикамента, замедленные - через более чем 6 часов. Возможные факторы риска рассчитывали с помощью корреляционного анализа. Результаты. В ходе исследования были проанализированы 72 реакции на медикаменты у 65 детей, преимущественно на антибиотики, НПВС, сиропы. В 32% случаев была отмечена реакция на пенициллиновый ряд, в 13,8% - цефалоспориновый ряд, 7,6% - НПВС, 10,7% - поливитамины, 7,6% - сиропы. 18 детей (27%) реагировали более чем на 1 препарат. Среди всех указанных реакций преобладали немедленные (n=35, 53,8%), которые проявлялись преимущественно в виде мелкопятнистопапулезной сыпи (53,8%). Семейный аллергологический анамнез значительно коррелировал с реакциями на медикаменты ( $r=0,5$ ). Выводы. Беталактамы антибактериальные препараты, особенно в сиропной форме чаще отмечаются как причина аллергических реакций на медикаменты у детей. Пациенты склонные к реакциям гиперчувствительности чаще имеют лекарственную аллергию, чем дети без аллергологического анамнеза.

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КАРЦИНОИДНОГО ПАПИЛЛОМАТОЗА ГОТТРОНА**

Ена С.А.

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Макурина Г.И.  
Запорожский государственный медицинский университет  
Кафедра дерматовенерологии и косметологии с курсом дерматовенерологии и эстетической  
медицины ФПО

Карциноидный папилломатоз Готтрона является редким, мало изученным дерматозом. С целью подтверждения диагноза были изучены этиология, патогенез, клиническая картина, гистологическая верификация дерматоза у пациента, находившегося на лечении с стационаре КУ «Запорожского областного кожно-венерологического диспансера ЗОГА». Материалы и методы: пациенту Б., 62 лет, страдающему указанным дерматозом на протяжении 2 лет, были проведены общеклинические исследования, биохимические. Для подтверждения диагноза была проведена диагностическая биопсия кожи с последующим патогистологическим ее изучением. В результате проведенных мероприятий пациенту установлен диагноз карциноидного папилломатоза Готтрона, назначена терапия цитостатиками, терапия сопровождения. Проведен контроль лечения в динамике через 3 месяца. Выводы. Изучена этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика карциноидного папилломатоза Готтрона, предложена и дана оценка эффективности методов терапии данного дерматоза.

## **РЕАКЦИЯ ГОМЕОСТАЗА НА ПОЧЕЧНУЮ КОЛИКУ**

Жабер Саид

Научный руководитель: д.мед.н. Бачурин Г.В.  
Запорожского государственного медицинского университета  
Кафедра урологии, лучевой диагностики и терапии

Цель исследования: повысить качество оказания первой помощи больным почечной коликой в проблеме профилактики острого пиелонефрита. Материал и методы. Под наблюдением было 50 больных с почечной коликой калькулезного генеза. Возраст от 22 до 83 лет. Мужчин 29, женщин 21. Методы: клинические, лабораторные, биохимические, УЗИ, КТ. Результаты и их обсуждение. При исследовании замечено, что довольно часто изменение гомеостаза зависит от сроков возникновения почечной колики. Так у лиц молодого и среднего возраста уже в первые часы с момента появления колики изменения со стороны крови были довольно выраженными больше, чем у лиц пожилого возраста. Лейкоформула характеризовалась увеличенным количеством лейкоцитов в среднем 16,4·10<sup>9</sup> (22-44 года), 18,8·10<sup>9</sup> (45-59 лет) и 20,0·10<sup>9</sup> (больше 60 лет). Следует отметить, что у лиц (больше 60 лет)

количество лейкоцитов нарастало параллельно с длительностью заболевания. Наблюдались изменения и со стороны АЛТ и АСТ. У лиц молодого и среднего возрастов они составляли соответственно 1,6 мкмоль и 0,6 мкмоль. Охарактеризовать лейкоцитурию не всегда удается правильно, так как закупорка мочеточника почки препятствуют прохождению мочи. СОЭ имела тенденцию к повышению лишь не ранее чем через 4-6 часов с момента приступа до 63 мм/ч (22-44 года) до 65 мм/ч (больше 60 лет). Уровень креатинина фактически превышал норму на 18,02% (норма 105,6 мкмоль). Всем больным назначалась консервативная терапия (спазмолитики, водная нагрузка, физиотерапия). Если конкремент самостоятельно не отходил, то использовали УРС, экстракцию, ДЛТ или КЛТ. Выводы: Почечная колика калькулезного генеза вызывает целый ряд изменений со стороны показателей гомеостаза с первых часов заболевания и через 8-12 часов с момента начала приступа колики у лиц больше 60 лет.

### **ДИНАМИКА МАРКЕРОВ НЕКРОЗА МИОКАРДА ДО И ПОСЛЕ ИНТРАКОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ.**

Жерновая О.С., Иржавская Ю.В.

Научный руководитель: д.мед.н. Кечин И.Л.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра внутренних болезней №1

Введение. Комплекс белка образован тремя белками: тропонином ТпN, образующим связь с тропомиозином; тропонином I (ТпI), ингибирующим активность АТФ и тропонином С, обладающим сродством к ионам  $Ca^{2+}$ . При некрозе миокарда повышение ТпI в крови отмечается через 4-6 часов и достигает максимума на 2-е сутки ИМ. Референсное значение ТпI - 2 нг/мл, выше которого диагностируют инфаркт миокарда. Изоэнзим МВ креатинфосфокиназа (МВ-КФК) также является маркером некроза миокарда. Динамика активности МВ-КФК активно используется в кардиологии для диагностики инфаркта миокарда. Цель работы. Определить диагностическое значение изменений содержания в венозной крови ТпI и активности МВ-КФК при чрезкожном коронарном вмешательстве (ЧКВ) с проведением коронарографии без и с внутрикоронарной имплантацией элuting-стента (сиралимус). Материал и методы. В Запорожском областном центре сердечно-сосудистых заболеваний обследовано 22 пациента (м.16, ж.6, возраст-54,65±4,3 лет) с ИБС, стабильной стенокардией напряжения III ФК по данным тредмил теста (протокол Bruce). 10 пациентам проведена коронарография, 11 - коронарография с имплантацией 1-го внутрикоронарного стента. Исследовали в венозной крови до и через 24 часа после ЧКВ активность кардиоспецифичного изоэнзима МВ-КФК (набор реактивов фирмы Elecsys, лаборатория ЗОЦССЗ, референсное значение - до 25 ед/л) и содержание ТпI (хемилюминесцентный анализ, лаборатория «Евролайф», референсное значение 0- 2 нг/мл). Анализ результатов проводили с помощью критерия парных сравнений Вилкоксона: из значений до исследования попарно вычисляли разницу (d) после исследования. Отдельно суммировали разницу для положительных и отрицательных значений, нулевые значения не учитывали и определяли Tz (сумма разниц в исследовании). Сравнивали это значение с «критическим» Tкр из специальной таблицы, входом в которую является число сравниваемых пар. Статистически значимым считали при Tz < Tкр.

#### **Результаты исследования**

Группы	До ЧКВ		ЧКВ без стентирования		ЧКВ со стентированием	
	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.
ТпI / нг/мл	1 1,35± 0,031	0, 1,66± 0,014	1. 1,71± 0,023*	2,05± 0,012*	2,58± 0,011*	2,37± 0,009*
МВ КФК, Ед/л	12,6 ±0,15	14,1±0,09	23,19±0,16*	25,1±0,12*	25,4±0,14*	24,3±0,27*

\* -статистически значимые различия

Вывод. После стентирования активность маркеров некроза у мужчин и женщин превышала их исходные значения. При индивидуальном анализе выявлено повышение активности МВ КК у 25%, ТпI - у 29 % обследованных более чем в 1,5 раза. У всех пациентов, имеющих повышенное активности изофермента МВ-КК или ТпI после коронарного стентирования, не отмечалось клинических, ЭКГ и иных признаков, указывающих на развитие ишемических осложнений. Повышение содержания ТпI после коронарного стентирования прямо-пропорционально взаимосвязано с повышением активности МВ-КФК. Наличие боковых ветвей в месте имплантации стента является независимым предиктором повышения уровня ТпI в первые сутки после коронарного стентирования у больных ИБС. Обсуждается клиническая значимость обнаруженных изменений.

### **ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМом НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

Жураев Б.Н.

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Рахимов З.К.

Бухарский филиал ТГСИ, Узбекистан

Кафедра челюстно-лицевой хирургии

Цель. Изучение особенностей патогенеза гнойно-воспалительных осложнений переломов нижней челюсти (НЧ). Материалы и методы. Под наблюдением в отделении челюстно-лицевой хирургии в период с 2004 по 2007 гг. находились 60 больных с гнойно-воспалительными осложнениями переломов