**Кириченко Лідія Миколаївна. Медикаметозна алергія у інфікованих та хворих на туберкульоз дітей (частота, структура, діагностика, прогнозування ризику розвитку) : Дис... канд. наук: 14.01.29 – 2006**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **Кириченко Л.М. Медикаментозна алергія у інфікованих та хворих на туберкульоз дітей (частота, структура, діагностика, прогнозування ризику розвитку). –**Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.29 – клінічна алергологія. – Інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського АМН України, Київ, 2006.Дисертацію присвячено проблемі медикаментозної алергії (МА) у інфікованих мікобактеріями туберкульозу (МБТ) та хворих на туберкульоз дітей, її поширеності, клінічним проявам, впливу на перебіг туберкульозного процесу, методам діагностики та прогнозуванню ризику її розвитку.Для вирішення цієї проблеми було вивчено частоту та структуру МА у даної категорії хворих дітей, її клініко-імунологічні особливості, діагностику за допомогою шкірного прик-тесту (ПТ) та лабораторних методів дослідження (реакції інгібіції міграціїї лейкоцитів (ІМЛ), методу імунотермістометрії (ІТМ)), розроблено критерії прогнозування ризику розвитку МА.Доведено високу інформативність лабораторних методів дослідження (реакції ІМЛ, методу ІТМ) та ПТ з медикаментозними алергенами в діагностиці МА, а також доцільність застосування секвенціального статистичного аналізу для визначення рівня ризику виникнення МА перед початком протитуберкульозної хіміотерапії або хіміопрофілактики. |

 |
|

|  |
| --- |
| У дисертації наведене теоретичне узагальнення і нове вирішення наукової і практичної задачі клінічної алергології – підвищення якості діагностики та профілактики медикаментозної алергії у інфікованих та хворих на туберкульоз дітей шляхом застосування прик-тесту і лабораторних тестів з медикаментозними алергенами та розроблення критеріїв прогнозування ризику її розвитку.1. Медикаментозна алергія є важливою медичною та соціально-економічною проблемою у дітей, що потребують лікування або хіміопрофілактики з приводу туберкульозу. Вона розвивається у 5,72% дітей, що проходили лікування в стаціонарних умовах з приводу туберкульозу, а також у 2,68% дітей, що отримували хіміопрофілактику в амбулаторних умовах з приводу інфікування МБТ. Середні терміни перебування пацієнтів із проявами медикаментозної алергії в стаціонарі збільшуються на 12 ліжко-діб, що призводить до суттєвих економічних збитків.2. Частота розвитку медикаментозної алергії у дітей з туберкульозом не залежить від статі і дещо частіше зустрічається у вікових групах від 4 до 6 років та від 0 до 3 років (9,58% та 8,24% спостережень відповідно). Вона найбільш часто виникає у дітей з туберкульозом внутрішньогрудних лімфатичних вузлів (17,39%), туберкульозним менінгітом (13,33%), плевритом (12,96%), первинним туберкульозним комплексом (12,66%), туберкульозною інтоксикацією (10,81%) та рідше з іншими формами туберкульозу.3. Медикаментозна алергія у хворих на туберкульоз дітей в 55,75% випадків проявляється ураженнями шкіри, в структурі яких переважають макулопапульозний дерматит (22,12%), кропив’янка та ангіоневротичний набряк (22,12%), рідше відмічається розвиток ізольованого свербіжу шкіри (7,08%), багатоформної ексудативної еритеми (2,65%) та ексфоліативного дерматиту (1,77%). У 35,40% дітей з туберкульозом виникають гематологічні прояви медикаментозної алергії у вигляді ізольованої еозинофіліії. Значно рідше серед хворих дітей відмічаються медикаментозна лихоманка, органоспецифічні ураження печінки і нирок, анафілактичний шок та васкуліт. У інфікованих МБТ дітей також частіше виникають шкірні прояви медикаментозної алергії у вигляді макулопапульозного дерматиту, кропив’янки та ангіоневротичного набряку.4. В етіологічній структурі медикаментозної алергії у дітей з туберкульозом переважають вітаміни групи В, стрептоміцин, ізоніазид, рифампіцин. Значно рідше в якості чинників її розвитку виступають етамбутол, бета-лактамні антибіотики (пеніциліни, цефалоспорини), піразинамід. В перерахунку на всіх осіб, які отримували певний препарат, медикаментозну алергію частіше викликали стрептоміцин, рифампіцин та бета-лактамні антибіотики. Розвиток медикаментозної алергії у інфікованих МБТ дітей з її клінічними проявами найбільш часто викликали ізоніазид та інші похідні (фтивазид) ГІНК, полівітамінні препарати. Рідше в якості чинників розвитку виступали етамбутол, силімарин та адаптогени. В перерахунку на всіх дітей, які отримували певні препарати з метою хіміопрофілактики, медикаментозну алергію частіше викликали етамбутол та ізоніазид.5. В більшості випадків медикаментозна алергія у хворих на туберкульоз дітей розвивається за І типом імунопатологічних реакцій (76,99%) за класифікацією Джелла-Кумбса. У 5,31% обстежених мають місце реакції ІІІ, у 8,85% – реакції ІV, у 0,88% – І-ІІІ та у 7,96% – ІV типу. У інфікованих МБТ дітей вона також частіше розвивається за І типом реакцій або за його безпосередньою участю.6. Діагностика медикаментозної алергії у дітей, інфікованих МБТ та хворих на туберкульоз, повинна базуватися на поглибленому збиранні алергологічного анамнезу, проведенні шкірного прик-тесту та лабораторних методів дослідження (метод імунотермістометрії та реакція інгібіції міграції лейкоцитів) з 1-2% розчинами лікарських препаратів.7. З метою прогнозування ризику виникнення медикаментозної алергії у інфікованих МБТ або хворих на туберкульоз дітей доцільно застосовувати секвенціальний статистичний аналіз. При наявності високого ступеня ризику розвитку медикаментозної алергії у дітей слід проводити її профілактику перед початком хіміотерапії або хіміопрофілактики туберкульозу. |

 |