

МАТЕРИАЛЫ

*71-й научно-практической конференции
студентов и молодых ученых
с международным участием*

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ»**

Самарканд 18-19 мая 2017 г.

летальных исходов при сердечно-сосудистых заболеваниях. Цель исследования: изучить особенности клинических проявлений ревматической лихорадки у детей. Материал и методы исследования: Проведен анализ 41 историй болезней больных ОРЛ, госпитализированных в ДГКБ №2 г. Алматы, в возрасте от 6 до 15 лет, средняя длительность заболевания 24,7±7,2мес. При обследовании применялись стандартные клинико-анамнестические, лабораторные (ОАК, АСЛ-О, КФК, ЛДГ, СРБ), инструментальные (ЭКГ (n=40), ЭхоКГ (n=31), Р ОКГ (n=35)) методы. Результаты и их обсуждение: У 61,0% больных в анамнезе имелась перенесенная ангина. В дебюте заболевания 56,1% больных отмечали болезненность и припухлость суставов, у 24,4% – боли в области сердца, у 12,2% – повышение температуры тела. При поступлении жалобами были болезненность и отечность суставов (87,8%); утомляемость, общая слабость (65,9%), боли в области сердца (43,9%), повышение температуры тела (39,0%). Общее состояние по заболеванию расценивалось как тяжелое в 73,2%, среднетяжелое – в 26,8% случаев. Объективно ведущим клиническим синдромом был кардит (90,2%), с экстракардиальными проявлениями: артралгия (63,4%), артрит (43,9%), интоксикация (56,1%). В структуре ревмокардита: эндомиокардит (73,1%), миокардит (17,1%). Лабораторно ускоренная СОЭ наблюдалась в 26,8% случаев, лейкоцитоз (17,1%) с нейтрофилезом (63,4%), повышения уровней СРБ (41,2%), АСЛ-О (90,6%), КФК (90,9%), ЛДГ (52,9%). На ЭхоКГ снижение сократимости миокарда отмечено у 92,9%, гипертрофия миокарда ЛЖ у 35,7%, поражение МК у 96,8% больных, при этом у 51,6% наблюдался ПМК с регургитацией 1 степени. На ЭКГ: нарушение процессов реполяризации в 35,0%, синусовая тахикардия в 45,0%, нарушение проводимости миокарда (неполная блокада правой ножки пучка Гиса) в 42,5%. Расширение тени сердца на Р ОКГ выявлено у 62,9%, усиление легочного рисунка у 68,6% больных. Выводы: Наряду с высокой клинической активностью суставного синдрома поражение эндо-миокарда при ревматической лихорадке обуславливает тяжесть течения заболевания. Своевременное обследование и лечение пациентов со стрептококковой инфекцией, знание клинической симптоматики острой фазы ревматической лихорадки снижает частоту формирования пороков сердца.

ИКСОДОВЫЙ КЛЕЩЕВОЙ БОРРЕЛИОЗ У ДЕТЕЙ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Гарабажиу Т.В., интерн ФГБОУ ВО ИГМА

Кафедра детских инфекций (зав. каф. – доц. Поздеева О.С.

Научный руководитель: доц. Мохова О.Г.

Цель исследования: Выявить клинико-эпидемиологические особенности иксодового клещевого боррелиоза (ИКБ) у детей в Удмуртской Республике. Материал и методы исследования: для решения поставленной цели было изучено 98 историй болезни детей, находившихся на лечении в Республиканской клинической инфекционной больнице города Ижевска за период с 2001 по 2016 гг с диагнозом ИКБ. Клинико-эпидемиологические особенности заболевания изучали в зависимости от клинической формы: эритемная форма ИКБ была диагностирована у 40 детей (40,8%) и безэритемная форма – у 58 детей (59,2%). Эритемная форма ИКБ. Большинство случаев заболевания зарегистрировано в июне-июле - 21 человек (52,5%), из них в июне заболели 9 детей (22,5%), а в июле 12 (30%). У 34 (85%) пациентов был зафиксирован укус клеща, у 1 ребенка (2,5%) сняли ползающего клеща с головы. Инфицированность клещей боррелиями была подтверждена у 7 (17,5%) детей. Инкубационный период у 27 человек (67,5%) составил до 14 дней (до 7 дней – у 15 детей (37,5%), от 7 до 14 дней – у 12 детей (30%)). Чаще болели дети старше 7 лет – 18 человек (45%). Лабораторное подтверждение заболевания методом ИФА было получено у 15 человек (37,5%). Локализация эритемы во всех случаях совпадает с местом укуса. Средний размер эритемы составил 6,0 см в диаметре. Катаральные симптомы отмечались у 2 детей (5%). Повышение температуры от 37,1С до 40,0 С наблюдалось у 28 детей (70%), средние показатели составили 38,2С. Регионарный лимфаденит наблюдался у 34 детей (85%). Кардиопатия зарегистрирована у 8 детей (20%). Экстренную антибиотикопрофилактику получили 9 человек (25%): защищенные аминопенициллины были назначены 1 (11,1%) ребенку, макролиды – 4 (44,4%), супракс – 1 (1,11%), тетрациклины – 3 (33,3%). Безэритемная форма ИКБ. В 100% случаев диагнозов подтвержден ИФА. Большинство случаев заболевания также зарегистрировано в июне-июле 40 человек (69%), из них в июне заболели 15 детей (25,9%), в июле 25 (43,1%). У 45 (77,6%) пациентов был установлен укус клеща, у 5 (8,6%) детей - укус не зафиксирован (ползал по телу). Инфицированность клещей боррелиями была подтверждена у 9 (15,5%) детей. Инкубационный период от 8 до 14 дней наблюдался у 15 детей (15,9%), у 12 (20,7%) составил более 22 дней. Чаще болеют дети старше 7 лет – 38 (65,5%). Катаральные симптомы отмечались у 13 детей (22,4%). Повышение температуры от 37,2С до 40,0С отмечалось у 41 (70,7%) пациента, среднее значение при этом составило 38,7. Развитие регионарного лимфаденита наблюдалось у 32 детей (55,2%). Поражение ЦНС наблюдалось у 4 (6,9%) пациентов, кардиопатия у 11 (19%). Экстренную антибиотикопрофилактику получили 15 детей (25,9%): аминопенициллины в том числе защищенные были назначены 8 (53,3%) пациентам, азитромицин 4 (26,7%), супракс 2 (13,3%), тетрациклины 1 (6,7%). Выводы: Характерна весенне-летняя сезонность с повышением заболеваемости в июне-июле. В возрастной структуре преобладают дети старше 7 лет. Локализация мигрирующей эритемы совпадает с укусом клеща с развитием регионарного лимфаденита. Экстренная антибиотикопрофилактика чаще проводилась макролидами. У пациентов с безэритемной формой наблюдалось удлинение инкубационного периода, более выраженные проявления интоксикационного синдрома с повышением температуры, поражение ЦНС, 4 раза чаще развитие респираторно-катарального синдрома. Экстренная антибиотикопрофилактика чаще проводилась аминопенициллинами.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ДЛЯ УДЕРЖАНИЯ КОНТРОЛЯ НЕАТОПИЧЕСКОГО ФЕНОТИПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ С УЧЕТОМ АЦЕТИЛЯТОРНОГО СТАТУСА

Гукалов А.А., студент 5 курса 18 группы мед. факультета №2 ВГУЗ БГМУ

Кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней (зав. каф. – проф. Колоскова Е.К.)

Научный руководитель: доц. Тарнавская С.И.

Цель исследования. Оценить эффективность контролирующей противовоспалительной терапии ингаляционными глюкокортикостероидами (ИГКС) у детей, больных неатопической бронхиальной астмой (БА) в зависимости от ацетиляторного полиморфизма. Материал и методы исследования: Проведено комплексное клинико-иммунологическое обследование I-II уровня 45 детей, страдающих неатопической бронхиальной астмой. Всем детям определяли генетический маркер - тип ацетилирования по методу В.М. Пребстинг - В.И. Гаврилова в модификации Тимофеевой. Сформированы 2 клинические группы: I группа - 22 пациента с неатопическим вариантом заболевания и медленным ацетиляторным фенотипом (средний возраст пациентов - 12,6±0,6 года, доля мальчиков - 59,1±1,6%), II группа - 23 больных неатопической БА с быстрым характером ацетилирования (средний возраст пациентов - 12,5±0,6 года; (p>0,05), доля мальчиков - 65,2±2,0%; (p>0,05). По основным клиническим признакам группы наблюдения были сопоставимы. Эффективность контролирующей терапии бронхиальной астмы в клинических группах сравнения оценивалась в баллах, при этом уменьшение суммы баллов свидетельствовало об эффективности этой терапии, а увеличение - о снижении уровня контроля бронхиальной астмы. Результаты и их обсуждение: В результате проведенных исследований установлено, что соотношении больных с условно удовлетворительным уровнем клинического контроля заболевания (сумма баллов<12) и с близкими к норме показателями спирографии (сумма баллов<4) в первой

группе составил: до курса лечения ИГКС 42,8% и 54,3%, а после проведенного лечения - 78,6% ($P < 0,05$) и 88,9% ($P < 0,05$) соответственно. Таким образом, у детей при наличии медленного типа ацетилирования на фоне терапии ИГКС отмечалось достижения клинического благополучия и существенное улучшение клинических и спирографических показателей контроля заболевания. В тоже время отмечено, что соотношение больных с условно удвоительным уровнем клинического контроля заболевания при наличии быстрого ацетилирующего фенотипа (сумма баллов < 12) и с близкими к норме показателями спирографии (сумма баллов < 4) составляла: до курса лечения ИГКС 33,3% и 33,3%, а после проведенного лечения - 33,3% ($P > 0,05$) и 50,0% ($P > 0,05$) соответственно. Таким образом, выраженный контролирующий эффект ингаляционных глюкокортикостероидов отмечали у больных при наличии медленного ацетилирующего статуса, о чем свидетельствовало увеличение на 57,6% относительного риска и на 45,0% абсолютного риска удержания контроля неатопического фенотипа бронхиальной астмы, при минимальном количестве больных, которых необходимо пролечить для достижения хотя бы одного положительного результата - 1,7. Выводы: Наличие медленного ацетилирующего статуса у больных с неатопической бронхиальной астмой повышало шансы удержания контроля над заболеванием с помощью ингаляционных глюкокортикостероидов.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО СТЕНОЗИРУЮЩЕГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА

Дербенева А.П., Мошкина М.В., студентки 518 группы леч. факультет,
Бирюкова Е.В. студентка 522 группы леч. факультет ФГБОУ ВО ИГМА
Кафедра детских инфекций (зав. каф. – доц. Поздеева О.С.
Научный руководитель: к.м.н. Лекомцева О.И.

Острый стенозирующий ларинготрахеит (ОСЛТ) – это синдром ОРВИ с преимущественным поражением гортани и трахеи, ведущим симптомом которого является затрудненное прохождение воздуха через гортань. ОСЛТ является одним из важных жизненно угрожающих состояний в педиатрической практике. Цель исследования: изучить клинико-этиологические особенности острых и рецидивирующих форм ООЛТ у детей, особенности лечения детей в г. Ижевске и г. Глазове для дальнейшего совершенствования лечения этих больных. Задачи: изучение историй болезни пациентов с ОСЛТ, анализ результатов исследования клинического материала ДИБО ГКБ №7 г. Ижевска и ЦРБ г.Глазов за 2016 год. Сравнение полученных данных. Материал и методы исследования: На базе ДИБО ГКБ №7 г.Ижевска были изучены 26 историй болезни с ОСЛТ, на базе ЦРБ г. Глазов были изучены 24 истории болезни. Анализ полученных данных. Результаты и их обсуждение: На базе ДИБО ГКБ №7 из 26 пациентов с ОСЛТ: мальчики - 77%, девочек – 23%. По возрасту: младенческая группа – 38%, ясельная группа – 31%, дошкольная группа – 23%, младшая школьная группа – 8%. По особенностям клинической картины: I степень стеноза – 31%, II степень стеноза – 69%, одышка – 84%, стридор – 23%, дисфония – 84%, кашель – 77%, хрипы – 15%, цианоз – 8%, вялость – 46%, фебрильная лихорадка – 46%, гиперемия зева – 100%, увеличение миндалин 1 степени – 31%, увеличение миндалин 2 степени – 54%, насморк – 23%. По клиническому анализу крови: эритроциты, гемоглобин, тромбоциты в пределах нормы - 100%; лейкоцитоз – 31%, лейкопения – 31%, лимфопения – 31%, лимфоцитоз – 31%, нейтрофилы больше нормы – 31%, нейтрофилы меньше нормы – 31%; моноциты больше нормы – 23%; СОЭ больше нормы – 61%, СОЭ меньше нормы – 23%. По проводимому лечению: ингаляционные глюкокортикостероиды (пульмикорт) – 84%, противовирусные препараты: виферон – 54%, анаферон – 8%, арпелфлю – 8%; антибактериальные препараты: цефтриаксон -31%, цефураксим – 15%, флемоксин -8%; антигистаминные препараты: цетрин – 8%, зодак – 23%, лоратадин – 8%, супрастин – 15%; противокашлевые препараты: синекод -8%, муколитики: лазолван – 46%, амброксол – 54%; бронхолитики: атровент – 8%, эреспал – 8%; адrenomиметик: оксиметазолин – 61%. На базе ЦРБ г. Глазов из 24 пациентов с ОСЛТ мальчиков - 95%, девочек - 5%. По возрасту: младенческая группа – 25%, ясельная группа – 35%, дошкольная группа – 35%, младшая школьная группа – 5%. По особенностям клинической картины: все показатели схожи. По клиническому анализу крови: эритроциты, гемоглобин, тромбоциты в пределах нормы; лейкоцитоз – 25%, лейкопения – 25%, лимфопения – 60%, лимфоцитоз – 16%, нейтрофилы больше нормы – 83%, нейтрофилы меньше нормы – 9%; моноциты больше нормы – 16%, моноциты меньше нормы – 24%; СОЭ больше нормы – 66%, СОЭ меньше нормы – 16%. По проводимому лечению: глюкокортикостероиды: пульмикорт – 92%, преднизолон – 33%; противовирусные препараты: виферон – 41%, ацикловир – 16%, кагоцел – 33%; антибактериальные препараты: цефотаксим - 16%, клацид – 8%, левомецетин -8%, азитромицин -8%, амоксицилин – 25%; антигистаминные препараты: зодак – 16%, супрастин – 33%; противокашлевые препараты: стоптуссин – 16%, синекод -8%; муколитики: лазолван – 16%, амброксол – 25%; бронхолитики: беродуал – 83%, бронхолитин – 50%, эуфиллин – 16%, эреспал – 8%; адrenomиметик: оксиметазолин – 50%; дезинфицирующие растворы – мирамистин - 33%, хлоргексидин – 16%; миотропные спазмолитики: но-шпа – 33%; жаропонижающие: парацетамол – 8%.

ВРОЖДЕННЫЙ ВЫВИХ БЕДРА – ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ

Джалолов Д.А., студентка 112 группы пед. факультета СамМИ

Кафедра микробиологии, вирусологии, иммунологии, медицинской биологии и генетики (зав. каф. – доц. Вахидова А.М.)

Научный руководитель: Балаян Э.В.

Цель исследования: Наследуется как аутосомно-доминантный признак. Экспрессивность изменчива. Средняя пенетрантность составляет 25%. Частота встречаемости врожденного вывиха бедра составляет более 3%. Данное заболевание встречается у девочек в 5–10 раз чаще, чем у мальчиков. Односторонний вывих бедра встречается в семь раз чаще двустороннего. Врожденный вывих бедра – это самая тяжелая форма дисплазии тазобедренного сустава. Материал и методы исследования: данные родильных домов и поликлиник. Результаты и их обсуждение: Дисплазия тазобедренного сустава – это порок развития суставной поверхности тазобедренного сустава – вертлужной впадины. При этом патологии впадина уплощенная, головка бедренной кости недоразвита, связки и капсула сустава слабые. Вывих бедра происходит когда возникает смещение головки бедра кнаружи и вверх. При этом головка оказывается за пределами вертлужной впадины. Эффективность лечения врожденного бедра зависит от своевременности начатого лечения. Диагноз врожденного вывиха ставится уже в родильном доме. Основные симптомы дисплазии тазобедренных суставов и врожденного вывиха бедра: ограничение отведения одного или обоих бедер ребенка. Этот симптом определяется следующим образом: ножки ребенка сгибают под прямым углом в тазобедренных и коленных суставах и разводят в стороны до упора. В норме угол отведения бедер 160 – 180°. При дисплазии тазобедренных суставов он уменьшается. Если у ребенка симптомы врожденного вывиха бедра, то необходимо срочно обратиться к детскому ортопеду. Не излеченная дисплазия тазобедренного сустава у детей может привести к развитию диспластического коксартроза у взрослых. Диагностика и лечение детей с предвывихом, подвывихом и вывихом бедра должна производиться в первые 3 месяца жизни, более поздние сроки принято считать запоздалыми. Врожденный вывих бедра вызывает хромоту или «утиную» походку у ребенка сразу после начала ходьбы. При лечении необходимы манипуляции на тазобедренных суставах ребенка. Цель манипуляций - вправление головки бедра, и удержание в правильном положении путем растяжения приводящих мышц бедра. Для лечения врожденного вывиха бедра у детей старше одного года применяются специально