

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

70

МАТЕРИАЛЫ НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ С МЕЖДУНАРОДНЫМ
УЧАСТИЕМ

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ



Самарканд 27 мая 2016 г.

при общеклиническом исследовании патологии не выявлено. Физическое развитие больных соответствовало их возрасту. У этих детей цистовыделение колебалось от 0,5 до 0,7 и в среднем составило 0,6 цист в поле зрения. При субклинической форме лямблиоза, к которой нами отнесено 78 детей в возрасте от 3 до 15 лет, наиболее часто наблюдались нерезко выраженные боли в животе (у 66 из 78-84,6%), синдром «кишечной» (у 52-66,7%) и реже «желудочной» (у 25-32,1%) диспепсий. Физическое развитие детей с субклинической формой лямблиоза оценивали методом центильных таблиц. Масса тела у детей с субклинической формой лямблиоза чаще было средней (у 64 из 78 – 82,0%), а ниже средней у 8 из 78 (10,2%), выше средней у 4 из 78 (5,1%) детей. Цистовыделение при субклинической форме колебалось от 0,7 до 2,2, в среднем составляло 1,5 цист в поле зрения. Под нашим наблюдением находилось 62 больных с клинически выраженной формой лямблиоза в возрасте от 3 до 15 лет. По сравнению с субклинической формой у больных у этой группы и у всех детей наблюдались более интенсивные боли в животе, проявления «желудочной» и «кишечной» диспепсии. Средней масса тела была у 37 из 62 детей (59,7%), ниже средней у 17 (27,4%), а у 7 низкой (11,2%). Естественно, что при клинической форме лямблиоза чаще (у 24 из 62 – 38,7%) отмечалось дистармоничное развитие. При клинически выраженной форме лямблиоза цистовыделение колебалось от 2,2 до 2,8, в среднем составляло 2,5 цист в поле зрения. **Выводы:** Таким образом, лямблиоз особенно у детей клинически проявляется многообразием – от чистого лямблионосительства до тяжёлых форм. Клинически целесообразно выделять латентную, субклиническую и клиническую форму лямблиоза, так как наряду с единой противоямблиозной медикаментозной терапией, требуется диетолечение.

ОПТИМИЗАЦИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ У ДЕТЕЙ

Тамбризов М.Ф., студент 709 группы пед. факультета СамМИ,
Азимова О.Т., студентка 701 группы леч. фак. ТМА, Ильясова С. студентка 309 группы стом. фак. СФ ТашСИ,
Саидвалиева С.А., студентка 514 группы пед. факультета СамМИ
Кафедра педиатрии №1 (зав. каф. - профессор Шавази Н.М.)
Научный руководитель: профессор Шавази Н.М.

Частота встречаемости наджелудочковой пароксизмальной тахикардии у детей по данным различных авторов широко варьирует, составляя 1 случай на 5000-10000 детей, летальность составляет 1-3%. Несмотря на бурное развитие кардиологии, появление большого числа рекомендаций по лечению аритмий и внедрение в повседневную практику общепризнанных стандартов, проблема лечения данной категории больных не теряет своей актуальности и заставляет постоянно искать новые пути ее решения. Организация медицинской помощи детям нередко сталкивается с рядом полностью или частично нерешенных вопросов, одним из которых является наличие побочных явлений у ряда антиаритмических препаратов. В этой связи необходим поиск эффективного и безопасного антиаритмического препарата у детей. **Цель работы:** Оптимизация вопросов лечения наджелудочковой пароксизмальной тахикардии у детей. **Задачи:** Оценить эффективность аденозинтрифосфата в сравнении с другими антиаритмическими препаратами при лечении наджелудочковой пароксизмальной тахикардии. **Материал и методы исследования:** Было обследовано 26 больных с наджелудочковой пароксизмальной тахикардией, которых распределили на 2 группы: 1-ю группу составили 14 детей получавших амиодарон в качестве стартового антиаритмического препарата. Во 2-ю группу вошли 12 больных, которые получали АТФ в качестве стартового препарата. У всех пациентов проводили анамнестические, клинические, общелабораторные исследования. К специальным методам отнесли: ЭКГ, ЭХО-КГ, определение сатурации (SpO₂). **Результаты:** Распределение детей по возрасту и полу показало, что в основном дети поступали в возрасте от 5 до 10 лет (57,7%) и 10-16 лет (30,8%), девочек было больше (61,5%). Провоцирующими факторами вызвавшего данный синдром являлись: острая респираторная инфекция 10 (38,5%), ВСД 6 (23,1%), неврозы 4 (15,4%), органические поражения сердца 3 (11,5%), гипертензионный синдром 2 (7,7%), Синдром WPW – 1 (3,8%). В 1-й группе больных с суправентрикулярной пароксизмальной тахикардией применение амиодарона показало неоднозначные результаты: у 9 пациентов наступило купирование приступа в течении 30-60 минут, у 4 - отсутствовала положительная динамика ЭКГ картины, а у 1 пациента присоединилась блокада правой ножки пучка Гиса. Во 2-й группе применение АТФ показало следующие результаты: у 10 больных ведение АТФ привело к купированию приступа в течении 60 минут, а у 2-х в связи дополнительно вводили другие антиаритмические препараты в связи с неэффективностью применения АТФ. **Выводы:** Антиаритмическим препаратом выбора лечения наджелудочковой пароксизмальной тахикардии у детей является АТФ, ввиду его безопасности, низкой токсичности и высокой эффективности по сравнению с другими антиаритмическими препаратами.

АССОЦИАЦИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ФЕНОТИПОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБЩЕГО ИММУНОГЛОБУЛИНА Е СЫВОРОТКИ КРОВИ

Тарнавская С.И., Климович К.Н., студенты 6 курса БГМУ
Кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней (зав. каф. – профессор Колоскова Е.К.)
Научный руководитель: профессор Безруков Л.А.

Разнообразие и гетерогенность фенотипов бронхиальной астмы (БА) у детей обуславливает клинико-параклинические особенности течения заболевания и требует индивидуализированного подхода к лечебно-профилактическим мероприятиям. **Цель работы:** Оценить особенности клинического течения и маркеры атопии у детей с разными фенотипами бронхиальной астмы в зависимости от воспалительных паттернов крови. **Материал и методы исследования:** Проведено комплексное обследование 120 детей, страдающих БА. В зависимости от содержания гранулоцитов крови сформированы 4 клинические группы. I группу составили 34 ребенка, болеющих БА с гипогранулоцитарным воспалительным паттерном крови (содержание эозинофилов крови < 250 клеток/мм³ и нейтрофилов < 5000 клеток/мм³) (средний возраст – 13,7±2,6 лет, доля мальчиков – 64,7%), II группу составили 60 детей, страдающих БА с эозинофильным воспалительным паттерном крови (содержание эозинофилов крови > 250 клеток) (средний возраст – 11,8±0,4 года, доля мальчиков – 70,0%), в III группу вошли 14 больных с нейтрофильным паттерном воспалительного ответа (содержание нейтрофилов крови ≥ 5000 клеток/мм³) (средний возраст – 12,6±0,7 года, доля мальчиков – 64,3%), IV группу составили 12 больных с гипергранулоцитарным паттерном воспалительного ответа (содержание эозинофилов крови ≥ 250 клеток/мм³ и нейтрофилов ≥ 5000 клеток/мм³) (средний возраст – 14,9±1,9 лет; доля мальчиков – 58,3%). По основным клиническим характеристикам группы наблюдения были сопоставимы. **Результаты:** Анализ полученных результатов показал, что содержание общего иммуноглобулина Е в сыворотке крови детей I, II, III, IV клинических групп составляло 568, 737, 571 и

887 МЕ/мл ($p > 0,05$) соответственно. Полученные результаты продемонстрировали, что у представителей IV клинической группы содержание общего иммуноглобулина E (IgE) в сыворотке крови было в 1,6 раза выше, чем у детей с гипогранулоцитарным и нейтрофильным воспалительным фенотипом, и в 1,2 раза выше в сравнении с эозинофильной БА. Наличие гипергранулоцитарного фенотипа БА повышает относительный риск увеличения содержания общего IgE более 568 МЕ/мл в крови в сравнении с гипогранулоцитарным фенотипом в 2,0 раза (95% ДИ: 1,6-2,6) при соотношении шансов – 3,8 (95% ДИ: 2,1-6,9). Во все время показано, что у больных с наличием гипергранулоцитарного воспалительного паттерна крови показатели содержания общего IgE в сыворотке крови достоверно коррелируют с клиническими показателями тяжести течения заболевания (в частности с дневными симптомами астмы, частотой использования β_2 -агонистов, ограничением физической активности: $r = 0,9$; $p < 0,05$). У представителей I та II клинических групп данные связи оказались слабее. Так, при наличии эозинофильного фенотипа концентрация общего IgE в сыворотке умеренно коррелировала с тяжестью приступа ($r = 0,5$; $p < 0,05$), частотой использования β_2 -агонистов ($r = 0,4$; $p < 0,05$) и показателями лабильности бронхов ($r = 0,4$; $p < 0,05$), а у пациентов с гипогранулоцитарным фенотипом – с ограничением физической активности детей ($r = 0,5$; $p < 0,05$). Однако при нейтрофильном фенотипе астмы указанные связи между концентрацией общего IgE в сыворотке крови и клинико-параклиническими показателями тяжести не установлено, что, в целом, совпадает с данными литературы. **Выводы:** 1. Наличие гипергранулоцитарного фенотипа бронхиальной астмы повышает шансы увеличения содержания общего иммуноглобулина E в сыворотке крови более 568 МЕ/мл в 3,8 раза. 2. При наличии гипергранулоцитарного фенотипа астмы показатели содержания общего иммуноглобулина E в сыворотке крови достоверно коррелировали с клиническими показателями тяжести болезни ($r = 0,9$; $p < 0,05$).

ФАКТОРЫ РИСКА, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Терентьева Е.С., Ярославцева Н.В., студентки 508 группы пед. факультета УГМУ

Кафедра поликлинической педиатрии и педиатрии ФПК и ПП (зав. каф. – д.м.н. Царькова С.А.)

Научный руководитель: к.м.н. Дашевская Н.Д.

Цель работы: Изучить факторы риска, клинику, методы обследования, лечения у детей раннего школьного возраста с ожирением, наблюдающихся у эндокринолога на амбулаторно - поликлиническом этапе за последние 5 лет. **Материал и методы исследования:** Проведен ретроспективный анализ 38 амбулаторных карт детей 5 – 8 лет с диагнозом – ожирение, находящихся на диспансерном учете у участкового эндокринолога детской поликлинике №1 ДГКБ № 11 за период с 2010 по 2015 гг. Отбор проводился методом случайной выборки. Изучена поло - возрастная характеристика детей, структура перинатальных и наследственных факторов риска, жалоб, клинической картины, результатов обследования и лечения. Эффективность лечения оценивалась по динамике ИМТ. **Результаты:** При исследовании амбулаторных карт было выявлено, что ожирением чаще страдают девочки – 21 ребенок (55,2%), мальчики страдают в меньшей степени – 17 детей (44,8%). При исследовании факторов риска перинатального периода, как факторов риска развития ожирения, выявлено, что наиболее часто встречались: перинатальное поражение центральной нервной системы (ППЦНС) (44,7%), внутриутробная гипоксия плода (44,7%), фето - плацентарная недостаточность (ФПН) (10,5%), имели значение и такие факторы как маловодие, недоношенность 1 – 2 ст., крупный плод. При анализе наследственных факторов риска, были выявлены: ожирение (21%), сахарный диабет 2 типа (21%), менее значимыми были гипертоническая болезнь, тиреоидная патология. Основной жалобой были избыточная масса тела и повышенная утомляемость. Наряду с этим имели место гинекомастия, повышенный аппетит к вечеру, жажда и потливость. При объективном осмотре были выявлены: избыточное отложение подкожно - жировой клетчатки, стрии, увеличение щитовидной железы (ЩЖ), выпадение волос. На основании клинических данных был поставлен диагноз: ожирение 1 – 2 ст. у 21 больного (55,2%) и ожирение неуточненной степени у 17 детей (44,7%). Лабораторное и инструментальное обследование больных включало: биохимию крови (липидный спектр, сахар), тиреоидный комплекс (ТТГ, СТ4), инсулин крови (ИРИ), пролактин (ПРЛ), кортизол, тестостерон, фолликулостимулирующий гормон (ФСГ), эстрадиол, УЗИ (ЩЖ, надпочечников, грудных желез). Основой лечения ожирения у наших детей были немедикаментозные методы: лечебное питание (92,1%) с ведением дневника (42,1%) и адекватные физические нагрузки (92,1%), что соответствует рекомендациям. В результате проведенного лечения динамика ИМТ меняется в положительную сторону в 15 случаях (39,4%), в отрицательную в 10 случаях (26,3%), не изменялся в 13 (34,2%). **Выводы:** Таким образом, при анализе формулировки диагнозов детей, преобладает ожирение неуточненной степени тяжести (44,7%), что свидетельствует о том, что врачи недостаточно компетентны в оценке степени тяжести ожирения. В подавляющем большинстве случаев назначенное обследование и лечение соответствует рекомендациям. Достоверных изменений ИМТ у детей не наблюдается, поскольку положительная и отрицательная динамика регистрируется в практически равном соотношении. Факторы риска, выявленные при обследовании и их учет при лечении не повлияли на положительный результат лечения.

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ О ВИЧ/СПИД ГОРОДСКИХ ШКОЛЬНИКОВ И СТУДЕНТОВ ИЖЕВСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тропынина Е.М., Потеряева О.А., студентки 407 группы пед. факультета

Ижевская государственная медицинская академия

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения (зав. каф. д.м.н. Попова Н.М.)

Научный руководитель: доцент, к.м.н. Толмачев Д.А.

Цель работы: Проанализировать знание среди школьников 10-11 классов и студентов Ижевской государственной медицинской академии (ИГМА) 1 и 4 курса лечебного и педиатрического факультетов заболевания ВИЧ и СПИД, и пути их передачи. **Материал и методы исследования:** Была разработана анкета и опрошено 205 человек, из них 50 человек – учащиеся 10-11 классов г.Янаул Республики Башкортостан, 50 человек – студенты 1 курса педиатрического факультета ИГМА, 50 человек – студенты 4 курса педиатрического факультета ИГМА, 55 человек – студенты 4 курса лечебного факультета ИГМА. **Результаты:** На основании социологического опроса выявлено: заболевание ВИЧ/СПИД известно 96% школьникам, и 100% студентам, неизвестно 4% школьникам. О ВИЧ они узнали: 1) из СМИ/рекламы – 28% школьников, 31,9% студентов 1 курса пед.ф., 25,8% студентов 4 курса пед.ф., 25,2% студентов 4 курса леч.ф.; 2) из научной литературы – 12% школьников, 8% студентов 1 курса пед.ф., 17,5% студентов 4 курса пед.ф., 20,3% студентов 4 курса леч.ф.; 3) в школе/академии на занятиях – 26% школьников, 35,2% 1 курс пед.ф., 30,8% 4 курс пед.ф., 31,5% 4 курс леч.ф.; 4) рассказы родителей – 13% школьников, 13,6% 1 курс пед.ф., 5% 4курс пед.ф., 6,9% 4 курс леч.ф.; 5) лично столкнулись с данными забо-