

**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.*

антибиотика улучшается общее состояние больного, температура снижается до нормы в течение 3 - 4 суток, одышка и хрипы в легких уменьшается на 5 - 6 день лечения. Скорость разрешения клинических и лабораторных признаков при внебольничной пневмонии у детей отмечено: лихорадка 2 - 4 дня, кашель 4 - 9 дня, тахикардия 2 - 3 дня, тахипное 2 - 4 дня, гипоксемия 2 - 6 дня, крепитация 3 - 6 дня, лейкоцитоз 3 - 4 дня, С-реактивной протеин 1 - 3 дня, культура крови 1 - 2 дня. Бактериологические посевы крови и мокроты были отрицательными на фоне введения антибиотиков. Общая длительность назначения антибиотиков составлял 5 - 7 дней, потом переводили на пероральный приём антибиотика ещё на 2 - 4 дня. Длительность антимикробной терапии зависела от тяжести заболевания, этиологического характера, наличия и отсутствия осложнений. Анализ и оценка ближайших и отдаленных результатов лечения внебольничной пневмонии у детей показало, что с выздоровлением выписано 50 детей, у 7 детей отмечено затяжное течение заболевания, что потребовало повторного применения пероральной антибиотикотерапии. Ответ на антимикробную терапию зависит от иммунной реактивности, тяжести заболевания, причинного патогена, длительности пневмонии по данным рентгенографической картины. Цефтриаксон оказывает прямое бактерицидное действие на широкий спектр грамположительных, грамотрицательных, аэробных и анаэробных микроорганизмов, включая устойчивые штаммы. Использование цефтриаксона способствует более быстрой положительной динамике, сокращает длительность антибиотикотерапии и общую продолжительность лечения, что в конечном итоге даёт значительный экономический эффект. **Выводы:** Таким образом, клиничко - лабораторный контроль при проведении антибактериальной терапии при внебольничных пневмониях у детей в периоде инфильтративных изменений улучшает исходы заболевания. Антибактериальная терапия с учётом микробиологического пейзажа и скорости разрешения, клинических и лабораторных признаков при внебольничной пневмонии у детей является важным компонентом в лечении внебольничной пневмонии у детей.

### НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ

Ким А.А., ассистент СамМИ

Кафедра внутренних болезней №1 и фтизиатрии (зав. каф. - проф. Тоиров Э.С.)

Научный руководитель: ассистент Саидова М.А.

**Цель работы:** Выделение возрастных особенностей клинических проявлений у детей. **Материалы и методы исследования:** Проведено исследование больных 318 детей, находящихся на стационарном лечении в детском отделении Самаркандского областного противотуберкулезного диспансера. Выделены 4 группы заболевших туберкулезом детей: в I вошли 73(23%) пациентов раннего возраста (от 0 до 3 лет), во II 155(49%) дошкольников (от 4 до 6 лет), в III 65(20.2%) ребенка младшего школьного возраста (от 7 до 11 лет), в IV группу 25(7.8%) пациента среднешкольного или пубертатного возраста (от 12 до 14 лет). В сформированных группах проанализирована структура клинических форм и проявлений туберкулеза. **Результаты:** У детей всех групп в клинической структуре преобладал туберкулез органов дыхания (93%). В группе дошкольников изолированное специфическое поражение органов дыхания наблюдалось выше, чем у детей первых трех лет жизни (90% и 82%) и у пациентов III группы (90% и 81%). В IV группе изолированный туберкулез органов дыхания встречался реже, чем у больных раннего (80% и 85%) и дошкольного (80% и 88%) возраста. У детей пубертатного возраста бактериовыделение отмечалось выше, чем у пациентов остальных групп (7.2% и 1.1%). Среди форм туберкулеза органов дыхания во всех группах сравнения преобладал туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (ТВГЛУ), удельный вес которого составлял от 41% до 86.6%. У детей пубертатного возраста ТВГЛУ диагностировался в 2 раза реже, чем у остальных пациентов 41% и 85%, а у дошкольников чаще, чем у больных первых трех лет жизни (88.4% и 80.6%). Первичный туберкулезный комплекс (ППК) встречался у детей в разных возрастных группах с частотой от 8.2% до 16.3%, у больных среднего школьного возраста он регистрировался выше, чем у остальных пациентов (25.3% и 12.8%), а у школьников реже, чем у детей раннего возраста (8.3% и 14.3%) и у детей из III группы (8.3% и 16.2%). Очаговая и инфильтративная формы туберкулеза органов дыхания диагностировались только в III и IV группах. У детей пубертатного возраста по сравнению с пациентами младшего школьного, в 6 раз чаще регистрировался очаговый туберкулез. Туберкулезный плеврит у детей среднего школьного возраста развивался чаще, чем во II группе. (2.8% и 0.2%). Осложненное течение туберкулеза органов дыхания в разные возрастные периоды отмечалось с частотой от 2.1% до 12.3%. У детей раннего и пубертатного возраста в три раза чаще, чем у детей дошкольного и младшего школьного возраста (10.2% и 3.4%). **Выводы:** У детей первых трех лет жизни, по сравнению с детьми остальных возрастных групп, туберкулез органов дыхания в 3 раза чаще имел осложненное течение. У детей дошкольного возраста (от 4 до 6 лет) туберкулезный процесс протекал наиболее благополучно. В структуре туберкулеза органов дыхания у 8 этих детей чаще встречался туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, в 2 раза реже первичный туберкулезный комплекс, в 3 раза реже - бактериовыделение. У больных в возрасте от 7 до 11 лет осложненное течение туберкулеза органов дыхания отмечалось в 2 раза чаще, чем у дошкольников, и в 2 раза реже, чем у пациентов раннего и пубертатного возраста. У детей пубертатного возраста по сравнению с детьми 7-10 лет, в 6 раз чаще регистрировался очаговый и инфильтративный туберкулез легких. Также у детей дошкольного и младшего школьного возраста, чаще имели место осложненное течение туберкулеза органов дыхания.

### ИЗУЧЕНИЕ ФЕНОТИПИЧЕСКОЙ НЕОДНОРОДНОСТИ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХАРАКТЕРА АЦЕТИЛИРОВАНИЯ

Кириак В.Г., Хильчевская В.С., врач-интерн по специальности «педиатрия» I года обучения, БГМУ

Кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней (зав. каф. - профессор Колоскова Е.К.)

Научный руководитель: профессор, д.м.н. Безруков Л.А.

Современные исследования, посвященные оценке риска развития бронхиальной астмы (БА) на основе определения типа ацетилирования больных, отличаются противоречивостью и низкой информативностью. В клинических экспериментах одновременное изучение по нескольким критериям заболевания (степень тяжести, отдельные симптомы или синдромы, наличие осложнений, результаты параклинических данных) затрудняет формирование групп наблюдения, поскольку первичные клинические данные не всегда оказываются однородными в пределах групп, которые укладываются в данные критерии. Поэтому на этапе подготовки первичных данных для оценки неоднородностей выборки больных БА часто используют кластерный анализ. **Цель работы:** Проанализировать клиничко-параклинические особенности тяжелой персистирующей бронхиальной астмы у школьников в зависимости от их ацетиляторного статуса путем проведения кластерного анализа. **Материал и методы исследования:** С соблюдением принципов биоэтики на базе пульмонологического отделения Областной детской клинической больницы (г. Черновцы) обследовано 53 ребенка, больных тяжелой персисти-

рующей бронхиальной астмой. Диагноз заболевания и его тяжесть верифицировали на основании действующих национальных и международных регламентирующих документов. Средний возраст обследованных детей составил (12,7±0,4) лет, преобладали мальчики (64,1%) и жители сельской местности (58,5%). Среди больных тяжелой персистирующей БА I клиническую группу составили 28 детей с быстрыми ацетиляторными механизмами, во II клиническую группу вошло 25 пациентов с тяжелой БА и медленным ацетиляторным статусом. **Результаты:** Результаты кластерного анализа когорты детей школьного возраста с тяжелой персистирующей БА в зависимости от типа ацетилирования доказали неоднородность данного фенотипа заболевания. Среди детей с быстрым типом ацетилирования выделено 3 кластера. Для детей I кластера был свойственен недостаточный контроль заболевания на фоне базисной терапии с выраженной активностью воспалительного процесса в бронхах и гиперэозинофилией индуцированной мокроты. Особенностью больных II кластера является течение заболевания с тяжелыми приступами за счет склонности к бронхоспазму в ответ на неспецифические факторы и тяжелой гипервосприимчивости бронхов к гистамину. Дети III кластера были склонны к избыточной массе тела и atopической реактивности, с тяжелыми обострениями ан фоне выраженной лабильности бронхов. Во II клинической группевыделено 2 кластера, представители которых склонны к тяжелым обострениям с недостаточным контролем заболевания. У детей I кластера относительно меньшие показатели гиперреактивности бронхов при имеющемся клеточном субстрате воспалительного процесса обуславливались активными процессами ремоделирования стенки бронхов и отсутствием адекватного ответа на специфические и неспецифические стимулы. У детей II кластера клинические особенности реализовались на фоне atopической реактивности за счет воспаления и гипервосприимчивости дыхательных путей. **Выводы:** Кластерный анализ результатов комплексного клинико-анамнестического и параклинического обследования школьников с фенотипом тяжелой бронхиальной астмы продемонстрировал её неоднородность, связанную с характером ацетиляторных процессов, что требует дифференцированного подхода при проведении лечебных мероприятий.

### ОСОБЕННОСТИ КАПИЛЛЯРОСКОПИИ НОГТЕВОГО ЛОЖЕ У ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ЖКТ

Кисиль Н.Г.

Кафедра педиатрии, неонатологии и перинатальной медицины (зав. каф. – д.м.н. Нечитайло Ю.Н.)

Научный руководитель: профессор Нечитайло Ю.Н.

Болезни желудочно-кишечного тракта у детей и подростков являются достаточно распространенными заболеваниями. Функциональные нарушения (ФН) желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) занимают одно из ведущих мест в структуре патологии органов пищеварения. Не вызывает сомнений полиэтиологичность возникновения ФН ЖКТ у детей. Не последнюю роль в возникновении заболевания играет вегетативная дисфункция. Любые изменения функционирования органа приводят к изменению параметров микроциркуляции (МЦ) крови, которая играет важную роль в транспорте биологических жидкостей и обмене веществ. Нарушения микроциркуляции могут быть ранними признаками, а при длительном действии – стойкими и часто единственными признаками заболевания. Изменения в системе МЦ ЖКТ тесно коррелируют с изменениями в МЦ сосудов конъюнктивы, слизистой оболочки рта и капилляров ногтевого ложа. **Цель работы:** Исследование особенностей микроциркуляции сосудов ногтевого ложа у детей с функциональными расстройствами ЖКТ. **Материал и методы исследования:** В гастроэнтерологическом отделении КМУ «Детская городская клиническая больница» г.Черновцы обследовано 60 детей с функциональными заболеваниями органов желудочно-кишечного тракта: у 26 (43 %) детей диагностирована функциональная диспепсия, 20 (33 %) – функциональные расстройства желчного пузыря, 14 детей (23%) – синдром раздраженного кишечника. В исследовании использовались: антропометрический, клинический, лабораторно-инструментальные методы исследования. Всем детям проведено биомикроскопическое исследование капилляров ногтевого ложа с помощью цифрового микроскопа «Olympus» (Япония) с 400-кратным увеличением. **Результаты:** При проведении биомикроскопии капилляров ногтевого ложа оценивались периваскулярные, сосудистые и внутрисосудистые изменения. У большинства обследованных (88 %) капилляры ногтевого ложа имели стандартную U-подобную форму с параллельным размещением капилляров. У 7 пациентов (12 %) наблюдали изменение формы капилляров (раздвоенные, гигантские, микропетли, клубочки). Периваскулярный участок у всех детей был розового цвета, отеки и кровоизлияния отсутствуют. При оценке сосудистых и внутрисосудистых изменений выявлено: у 12 детей (20 %) наблюдалась патологическая извилистость капилляров, у 24 (40 %) – локальная спазмированность капилляров, у 9 (15 %) – изменение калибра капилляров, 11 (18 %) – феномен «сладжирования», у 8 (13 %) – изменение артерио-венозного соотношения. **Выводы:** Таким образом, при микроскопической оценке ногтевого ложа у детей с ФН ЖКТ фиксировались в первую очередь сосудистые и внутрисосудистые изменения микроциркуляции. Метод микроскопии можно рекомендовать как дополнительный неинвазивный метод обследования детей с заболеваниями ЖКТ.

### ОБОСНОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ КЛАСТЕРНОГО АНАЛИЗА

Климович Е.Н., студентка VI курса медицинского факультета, Кухта О.Я., ассистент, Гарас Н.Н., ассистент БГМУ  
Кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней (зав. каф. – д.м.н. Колоскова Е.К.)

Научный руководитель: проф. Безруков Л.А.

**Цель работы:** Повышение эффективности лечения тяжелой бронхиальной астмы у детей с учетом ее фенотипической неоднородности с учетом проведенного кластерного анализа. **Материалы и методы исследования:** С соблюдением принципов биоэтики на базе пульмонологического отделения областной детской клинической больницы (г. Черновцы, Украина) обследовано 57 детей, больных тяжелой персистирующей бронхиальной астмой. С целью выявления фенотипических особенностей тяжелой бронхиальной астмы использовался кластерный анализ. Формирующими признаками кластерного анализа выступили компоненты комплексного обследования: клинико-анамнестические характеристики (тяжесть первого дня обострения, генеалогический индекс по atopическим заболеваниям), показатели эффективности базисного лечения по АСТ-тесту, относительное содержание эозинофилов в индуцированной мокроте и характеристики неспецифической гиперреактивности бронхов (по значениям показателя лабильности бронхов, провокационной дозы гистамина и дозозависимой кривой). **Результаты:** По результатам кластерного анализа показателей комплексного обследования больных тяжелой персистирующей бронхиальной астмой детей выделено три подгруппы пациентов с различными фенотипическими характеристиками и эффективностью лечения заболевания. Показано, что недостаточная эффективность базисной терапии отмечается у детей, больных тяжелой бронхиальной астмой с неэозинофильным вариантом заболевания (содержание эозинофилов индуцированной мокроты 2,2±1,3%) и медленными ацетиляторными механиз-