

## **МАТЕРИАЛЫ**

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

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ  
СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ»**

*Самарканд 18-19 мая 2017 г.*

пирамидальную форму с основанием, обращённым к плевре (19 больных), в случае долевого пневмония он повторял форму доли (2 больных). В 106 наблюдениях эхографически визуализировались безвоздушные очаги округлой и неправильной формы пониженной эхогенности с гиперэхогенными прерывистыми, радиально идущими к центральному отделам лёгкого линейными структурами с реверберациями и эхотенью за ними (заполненные воздухом бронхи) и гиперэхогенными разветвленными бронхов в виде «веточек». У 19 больных с полисегментарной пневмонией при динамическом эхографическом контроле в легочном инфильтрате в пределах одной или нескольких долей появилось несколько анэхогенных мелких включений, размеры которых не превышали 2-4 мм. (формирующиеся очаги деструкции лёгочной ткани). Данная эхографическая картина коррелировала с отрицательной динамикой клинического процесса. При последующих контрольных УЗИ данные очаги постепенно уменьшались в размерах и количестве, а затем исчезли. Выводы: Таким образом, по нашим данным диагностическая точность эхографии в диагностике острых неосложнённых пневмоний составила 96,7+1,3%, а обзорной рентгенографии 80,2+3,0%. Эхография позволила определить характер затемнения при рентгенографии и при обнаружении воспалительного инфильтрата – провести контроль в динамике лечения, без применения повторных рентгенологических исследований.

#### **АНАЛИЗ ПРИЧИН УВЕЛИЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ У ДЕТЕЙ САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ**

Усупов А., студент 601 группы леч. факультета, Ким А.А.

Кафедра внутренних болезней №1 и фтизиатрия (зав. каф. – проф. Тоиров Э.С.) СамМИ

Научный руководитель: Ходжаева С.А.

Цель исследования: Проанализировать причины развития туберкулеза у детей в условиях района, неблагополучного по заболеваемости взрослого населения. Материал и методы исследования: Отчетные данные из историй болезни детей Тайлякского района Самаркандской области за последние 3 года, получивших лечение в детском отделении Самаркандского Областного Противотуберкулезного Диспансера. Постановка диагноза осуществлялась на сборе анамнеза, объективном обследовании, проведении иммунологических тестов (Манту, Диаскин-тест), лабораторных и цифровых флюорографических исследованиях, рентгенотомографических и других диагностических методов по показаниям. Результаты и их обсуждение: Нами были проанализированы данные 150 детей с клиническими формами первичного туберкулеза. У 140 (93%) детей был диагностирован туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. У 10 (7%) детей был выявлен первичный туберкулезный комплекс. У 28 (18%) из 150 детей туберкулезный процесс был в фазе уплотнения и кальцинации. Иммунологические тесты были проведены у 113 (75%) пациентов. Из них у 45 (40%) проведена проба с использованием Диаскин-теста, остальным 68 (60%) пациентам Проба Манту 2ТЕ. Положительный результат на Диаскин-тест у 43 (96%) больных, сомнительный у 2 (4%) больных. Отрицательных результатов нет. Результаты пробы Манту 2ТЕ следующие: гиперэргический у 4 (6%); положительный у 45 (66%); сомнительный у 8 (9%) больных. Цифровая флюорография позволила установить диагноз у 37 (25%) пациентов. Необходимость в выполнении КТ возникла у 26 пациентов, у остальных пациентов цифровая флюорография была дополнительным методом для уточнения локализации и объема поражения. Детей вакцинированных БЦЖ оказалось 134 (89%), не вакцинированных 16 (11%) из 150. Эффективность вакцинации оценивалась и по величине поствакцинального рубца. У 8 детей поствакцинальный знак отсутствовал, у 45 (36%) оказались малые рубцы (до 3 мм). Выводы: 1. Выполнение иммунологических тестов в 113 (75%) случаев удалось выявить заболевание, что указывает на его значимость в выявлении туберкулеза у детей. 2. Цифровая флюорография оказалась решающей в выявлении «малых форм» у 47 из 150 больных. 3. Отсутствие или неэффективная вакцинация БЦЖ является высокозначимым фактором риска в развитии туберкулеза у детей.

#### **ДИНАМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО СТЕНОЗИРУЮЩЕГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА**

Яковлев А.А., Зайнетдинов М.Р., студенты 517 группы леч. факультета

Кафедра детских инфекций (зав. каф. – доц. Поздеева О.С.) ФГБОУ ВО ИГМА

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: оценить эффективность лечения ОСЛТ ингаляционными глюкокортикостероидами (ИГКС). Задачи: произвести измерения различных показателей (SaO<sub>2</sub>, ЧСС, ЧДД) в процессе терапии. Материал и методы исследования: В клинических условиях на базе ДИБО БУЗ УР ГКБ №6 МЗ УР обследовано 36 детей с ОСЛТ. Из них 26 (72%) мальчиков и 10 (28%) девочек, в возрасте от 2 до 6 лет. Из них 10 (28%) поступают повторно 7 мальчиков и 3 девочки. Измерения сатурации проводились пульсоксиметром Little Doctor MD300C33. Результаты и их обсуждение: Все дети поступали ночью, в интервале от 2 до 6 утра. Исследование всех показателей проводилось в течение первых 24, 48 часов. В качестве ургентной патогенетической терапии все пациенты получали ИГКС (будесонид) через небулайзер. У большинства пациентов (28) наблюдалось увеличение SaO<sub>2</sub>, у 8 детей, которые входили в группу повторно поступающих обнаружен низкий уровень сатурации – менее 85% (78% – 83%), которых плохо отвечал на ингаляции. Ко 2 суткам у 30 исследуемых уровень сатурации составлял 95% и более. А у 6 детей, был менее 90%. По данным ПЦР выявлено, что у 14 (40%) детей причиной крупа послужил вирус парагриппа, у 6 детей (17%) гриппа, этиология остальных случаев ОСЛТ остается не ясной. Для всех детей в момент поступления и в течение первых суток характерно наличие тахикардии (свыше 15% от нормы), и увеличение ЧДД (свыше 20% от возрастной нормы). Для пациентов с низкой сатурацией кислорода характерно длительное сохранение тахипноэ (до 3 суток после поступления). Выводы: Таким образом выявлено, что ОСЛТ в большей степени подвержены мальчики. Все пациенты поступают в ночное время. Основным этиологическим фактором был вирус парагриппа, и гриппа. У детей, поступающих с ОСЛТ повторно, значительно выше резистентность к базовой терапии. У поступающих первично эффективность терапии близка к абсолютной. Изменения ЧДД достоверно коррелирует с изменением SaO<sub>2</sub>. Достоверной корреляции между тахикардией и уровнем SaO<sub>2</sub> нет.

#### **ОСОБЕННОСТИ БРОНХОСПАСТИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ НА ДОЗИРОВАННУЮ ФИЗИЧЕСКУЮ НАГРУЗКУ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПАТТЕРНОВ КРОВИ**

Ярема И.В., студент 5 курса 2 группы мед. факультета №4 ВГУЗ БГМУ

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

Научный руководитель: доц. Тарнавская С.И.

Цель исследования. С целью оптимизации комплексного лечения детей, больных бронхиальной астмой (БА), ретроспективно исследовать показатели бронхоспастической реакции на дозированную физическую нагрузку (ДФН) 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/мм<sup>3</sup> и нейтрофилов < 5000 клеток/мм<sup>3</sup>) (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/мм<sup>3</sup>) (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/мм<sup>3</sup> и нейтрофилов ≥ 5000 клеток/мм<sup>3</sup>) (средний возраст – 14,9±1,9 лет; доля мальчиков – 58,3%). По основным клиническим характеристикам группы наблюдения были сопоставимы. Оценку реакции бронхов на дозированную физическую нагрузку (ДФН) проводили согласно рекомендациям с дальнейшим подсчетом индекса бронхоспазма (ИБС): ИБС = ((ОФВ1 исх. – ОФВ1 после ДФН) / ОФВ1 исх.) × 100%. Результаты и их обсуждение: Анализ полученных результатов показал, что индекс бронхоспазма у детей I, II, III, IV групп составил соответственно 9,7±0,6%, 13,4±0,8%, 11,5±1,4%, 23,6±1,8% (р I,III:IV<0,05). Проведенный последующий анализ позволил установить, что выраженный бронхоспазм (ИБС>20,0%) почти в два раза чаще встречался у детей с нейтрофильным воспалительным паттерном крови. Так, показатели ИБС>20% у больных групп наблюдения отмечались в 3,4%, 20,0%, 42,9%, 36,3% случаев в I, II, III и IV клинических групп соответственно. Следовательно, при наличии нейтрофильного воспалительного паттерна крови преобладал процесс бронхоспазма в ответ на дозированную физическую нагрузку, что совпадает с данными литературы. Однако нами не установлено никаких достоверных корреляционных связей между показателями ИБС и клинико-параклиническими особенностями данного фенотипа, кроме наличия прочной связи с интенсивностью дезобструктивной терапии (r = 0,8, p<0,05). Показатели риска регистрации выразительного бронхоспазма (ИБС> 20,0%) при наличии нейтрофильного воспалительного паттерна крови по сравнению с гипогранулоцитарным фенотипом составили: относительный риск (ОР) - 2,5 (95% ДИ:0,8-7,3) при соотношении шансов (СШ) - 21,3 (95% ДИ: 6,7-67,5), по сравнению с эозинофильным фенотипом: ОР - 1,6 (95% ДИ: 1,1-2,6) при СШ - 3,0 (95% ДИ: 1,6 -5,6). Выводы: Наличие нейтрофильного воспалительного паттерна крови у детей, страдающих бронхиальной астмой повышало шансы выраженного бронхоспазма в ответ на дозированную физическую нагрузку по сравнению с гипогранулоцитарным паттерном – в 21,3 раза, а в сравнении с эозинофильным вариантом воспалительного ответа – в 3,0 раза.

### ENSURING A HEALTHY DIET IN KINDERGARTENS

Baxtiyorova Ya.D., Sadridinova M.A., pediatric faculty 3 course 313 group  
Department public health and health management (head of department - Iskandarova Sh.T.)  
Supervisor: Fayziyeva M.F.

Actuality: Very important is the proper organization of nutrition of children in pre-school organizations. Nutrition - is the most important component of the general culture of a healthy and safe way of life of pupils. Promoting healthy eating habits should start from the earliest stages of raising a child in kindergarten and continuing throughout all the years, taking into account the age approach. Aim: Examine the culture of nutrition of pre-school aged children and the organization of nutrition in preschool institutions. Develop recommendations for improving the quality of nutrition (for PO staff and parents). Materials and methods: The survey, a statistical method. Working with POs staff and parents and the internet. The results of studies: Based on a survey conducted in kindergartens, 19 workers of PO about 60 parents and 29 children were interviewed, we have found that the fortification is carried out once a week, served such dishes as samsa, soups, cereals, cakes with pumpkin. As a result of interview of kitchen staff we found out that, for every day they have drawn up a balanced diet menu, which is based on natural products (carrot juice apples, homemade compote of apricots peaches, fresh fruit, dairy products are given in the afternoon). Despite all this we found out that 70% of children of younger groups refuse to eat meals prepared based on cabbage, and in older groups it shows- 55%, barley dishes do not eat about 75% of children of all age groups. In addition, it was found that around 10% of parents offering after giving hot snack for the children whose parents take after 6 pm. We found that the reason for the refusal of children of food in PO is the monotony of eating at home, the parents do not teach children to certain vegetables, such as pumpkin, cabbage and beets. In addition, it was found that around 10% of parents propose that after lunch they recommend giving hot meals, for children whose parents take after 6 pm. We found that the reason for the refusal of children of food in PO is the monotony of eating at home, the parents do not teach children to certain vegetables, such as pumpkin, cabbage and beets. Conclusions: To conduct sanitary educational work among parents, improve health literacy of parents and inform parents about the necessity of a balanced diet and at home for children.

### CHOOSING THE RIGHT SHOES FOR CHILDREN

Chartayeva A.E., pediatric faculty 3rd year 313 -group  
Department public health and health management (head of dep. - Iskandarova Sh.T.)  
Supervisor: Fayziyeva M.F.

Actuality: Health and Beauty legs of our children depends directly on the shoe they wear. Formation of the stop occurs in children from birth to 7-8 years. From the first days of life the baby's muscles, ligaments, joints should work actively. Until the year baby mom helps massage the inside and outside foot improves blood circulation and muscle tone. But the child grows up, becomes active and mobile, and the very trains muscle and joint stop device. And here is my mother's care - to choose the right shoes for your baby. The deformation of the feet occur mainly in the process of wearing shoes that are not too well-matched - it is either too narrow or too pointed, or vice versa is very wide. When walking, the foot slides to toe, leading to severe pinching leg. Especially safe wearing pointed shoes with high heels. Since the children's shoes should ensure proper development of the foot and prevent flat. Aim: evaluation of the effectiveness of training of parents to choose the shape and style of children's shoes. Materials and Methods: the study included children undergoing scheduled scan at a reception at the pediatrician from September to December 2016 based on the number of outpatient clinics in TashPMI 25. Children age: up to 3 months 11 - 44%; 6 to 9 months - 36%; up to 1 year - 5 - 20%. Parents were shown different versions of the shoe and explained that toddlers and older kids have heel and place at the fingers - is wider. Therefore, children's shoes (even to the detriment of fashion) Socks should be broad, allowing fingers move freely. Narrow sock compresses the soft tissue, blood circulation, contributes to an uneven distribution of the load. The more aligned with the inner edge of the shoe, the better, because in this case the thumb is in its natural position and not his shyness with the other fingers. Results: during this period, the children has decreased in numbers flatfoot less ill, they were more active and more physically developed. In children, increased endurance and decreased susceptibility to disease. And improve the motor skills of the child, improved metabolism, a positive effect on physical and psychological development of young children. This feature can be checked, by folding in half boots. If the sock is easy contact with the heel, it's all right. All the experts are unanimous in asserting that any children's shoes needed a little heel. It is involved in the formation of gait and not allow the kid fall back. At first his boots height should not exceed 5-7 mm. And when the child begins to walk confidently and even running, the heel increases. So, for two years it can grow up to six centimeters. Conclusion: the training of parents to choose the shape and style of children's shoes, especially a positive effect on the child's gait, joints and bones are well developed, and the entire load has not got the spine and spinal curvatures little expressed.