

62% студентов употребляет рыбу очень редко. 57% получает избыточное количество соли. 38% злоупотребляет жареной пищей. У 32% студентов ежедневно в рационе присутствуют каши.

73% студентов увлекается фастфудом. 64% студентов употребляет периодически спиртные напитки. Курят 50% юношей и 35% девушек.

#### **Выводы:**

1. Рецидивирующий болевой абдоминальный синдром у студентов медицинского ВУЗа встречается гораздо чаще, чем выставлен диагноз хронического заболевания органов желудочно-кишечного тракта.

2. Здоровый образ жизни ведут только 30% студентов-медиков.

3. Студенты, имеющие болевой абдоминальный синдром нуждаются в дополнительном обследовании для постановки диагноза и назначения соответствующего лечения.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Яковенко, Э.П. Абдоминальный болевой синдром: этиология, патогенез и вопросы терапии / Э. П. Яковенко // Лечащий врач. – 2001. – № 6. – С. 26–29

2. Ивашкин, В.Т. Нервные механизмы болевой чувствительности / В. Т. Ивашкин, Ю. О. Шульпекова // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2002. – № 4, Т. 12. – С. 16–20.

3. Абдоминальный болевой синдром: оптимальный подход к выбору лекарственного препарата / Э. П. Яковенко [и др.] // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2006. – № 2. – С.1–4.

## **ОСОБЕННОСТИ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА**

***Волкова О.А.***

*Гродненский государственный медицинский университет*

**Актуальность.** Среди сопутствующих эндокринных заболеваний у больных бронхиальной астмой ведущее место занимает ожирение. Количество больных астмой и ожирением стремительно возрастает в развитых странах. В современных условиях избыток массы тела является одним из наиболее распространенных состояний человека. Ожирение признано Всемирной организаци-

ей здравоохранения (ВОЗ) неинфекционной эпидемией нашего времени в связи с его широкой распространенностью среди населения, высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний, ранней инвалидизацией больных и преждевременной смертностью [1].

Проводимые в Гарвардском университете медицинские исследования показали, что у детей с избыточным весом случаи заболевания астмой встречались в 2 раза чаще, чем у детей с нормальным весом. Имеются результаты, свидетельствующие о том, что связанный с ожирением белок резистин (RELM) активно участвует в иммунологических реакциях приводящих к астме.

В связи с данным фактом, исследователи пытаются найти связь между бронхиальной астмой и ожирением. Ясно, что какая-то взаимосвязь существует, но может ли одно из этих состояний привести к другому? С одной стороны многие пульмонологи считают, что дети-астматики мало двигаются и поэтому набирают вес. Их противники придерживаются мнения, что у детей с избыточным весом развивается одышка и симптомы астмы вследствие их ожирения. С другой стороны предполагают, что избыточный вес может увеличивать давление и нагрузку на дыхательные пути в легких, приводя таким образом к их закрытию. Возможно также, что ожирение увеличивает восприимчивость организма к веществам в окружающей среде, которые вызывают астму [2].

Анализ восьми европейских когорт, проведенных специалистами (Global Allergy and Asthma European Network), и результатов опубликованных исследований из Швеции, Германии, Бразилии, Беларуси, Калифорнии США, а также результаты двух мета-анализов подтверждают дозозависимую ассоциацию между избыточным весом или ожирением и астмой.

Дети со склонностью к выраженному увеличению массы тела в раннем возрасте особенно подвержены риску развития астмы в течение первых 6 лет жизни. Наличие и продолжительное сохранение избыточного веса в младенчестве может быть даже более важным предиктором развития астмы в детстве, чем наличие лишнего веса в любом другом возрасте.

Ожирение не только увеличивает риск развития астмы, но и является фактором риска персистенции и тяжести симптомов астмы у детей и взрослых [3].

**Цель:** оценить клиническую эффективность применения ан-

тилейкотриенового препарата Монтелукаст 5 мг у детей с бронхиальной астмой.

**Материалы и методы.** В исследовании принимал участие 31 ребенок в возрасте 6-15 лет с верифицированным диагнозом БА и избыточной массой тела или ожирением: 1 группа (n=16) – дети, у которых в качестве базисной терапии применяли редкие возрастные дозы ИГКС (монотерапия ИГКС), 2 группа (n=15) – дети, у которых в качестве базисной терапии применяли средние возрастные дозы ИГКС и антилейкотриеновый препарат Монтелукаст 5 мг.

**Результаты и их осуждение.** Оценка эффективности терапии проводилась по улучшению параметров функции внешнего дыхания, а также по частоте использования пациентами  $\beta$ 2-агонистов короткого действия и клиническим критериям.

Таблица 1 – Динамика показателя ОФВ1 в процессе терапии

	1-е сутки	14-е сутки	30-е сутки
1 группа (n=16)	68,1±6,2%	77,5±5,9%	79,9±5,8%
2 группа (n=15)	69,9±5,6%	88,6±6,6	90,2±7,1%

В 1-й группе у пациентов, использующих монотерапию ИГКС кратность приема  $\beta$ 2-агонистов сократилась в 1,2 раза к 30-м суткам приема базисной терапии. Во 2-й группе пациентов, использующих комбинированную терапию ИГКС + Монтелукаст 5 мг кратность применения  $\beta$ 2-агонистов короткого действия для купирования симптомов БА к 30-м суткам применения уменьшилась в среднем в 2,6 раза по сравнению с началом лечения.

Пациенты второй группы, имеющие в качестве сопутствующей патологии аллергический ринит, отметили также положительный эффект на степень проявления клинических симптомов аллергического ринита, в особенности на уменьшение заложенности носа.

Пациенты обеих групп отметили отсутствие побочных эффектов и хорошую переносимость терапии.

Таким образом, полученные результаты, позволяют сделать следующие выводы:

1. Применение комбинированной базисной терапии (ИГКС+Монтелукаст) у детей с бронхиальной астмой и избыточной массой тела либо ожирением более эффективно по сравне-

нию с применением только ИГКС. Об этом свидетельствует более существенный прирост показателя ОФВ1 во 2-ой группе и более редкое использование препаратов для купирования приступов БА к 30-м суткам базисной терапии.

2. Преимущество применения комбинированной терапии ИГКС + Монтелукаст 5 мг обуславливается хорошей переносимостью, отсутствием побочных эффектов, возможностью снижения дозы ИГКС и дополнительным положительным эффектом на купирование симптомов сопутствующего аллергического ринита.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Метаболический синдром у детей / П. А. Сеницын [и др.] // Педиатрия. – 2008. – № 5. – С. 30–35.
2. Ключева, М.Г. Типы психосоматической конституции у подростков с бронхиальной астмой / М. Г. Ключева, А. И. Рывкин, И. Н. Троицкая // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2004. – № 3. – С. 22–25.
3. Картелишев, А.В. Вопросы ранней диагностики предрасположенности детей к конституционально-экзогенному ожирению / А. В. Картелишев // Педиатрия. – 2006. – № 4. – С. 3–8.

## АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ИЗОЛЯТОВ P.AERUGINOSA ГРОДНЕНСКОГО РЕГИОНА В 2016 ГОДУ

*Волосач О.С.<sup>1</sup>, Кузьмич И.А.<sup>2</sup>, Заяц Я.К.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Гродненский государственный медицинский университет,

<sup>2</sup>Гродненская областная инфекционная клиническая больница

**Актуальность.** В настоящее время инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП) вызывают все большую озабоченность практических врачей. Госпитальные штаммы возбудителей характеризуются повышенной вирулентностью и множественной антибиотикорезистентностью. Одним из ведущих возбудителей ИСМП является P.aeruginosa. В последнее время отмечена тенденция нарастания удельного веса заболеваний, вызванных данным возбудителем [1]. P.aeruginosa является причиной поздних вентиляционных пневмоний, инфекций мочевых путей, ожоговых ран, раневых и катетер-ассоциированных инфекций и др. [4]. Инфекции, вызванные данным микроорганизмом, характеризуются тяжелым течением и высокой летальностью. P.