

Чтобы в большем объеме иностранные студенты-первокурсники приобретали положительные эмоции, наш вуз предлагает иностранным студентам быть задействованными в университетских клубах по интересам, а также различных мероприятиях, которые являются одним из внешних факторов адаптации. Анализ результатов анкетирования показал, что русскоязычные респонденты больше всего учувствуют в спортивных секциях и соревнованиях, англоязычные - в культурных (32,4%, n=24) мероприятиях.

Исходя из вышеперечисленного, можно сделать вывод о том, что, в целом иностранные студенты 1 курса ФИУ удовлетворены процессом адаптации к жизни в университете и стране, т.к. они считают среду для адаптации в ГрГМУ благоприятной - 32,9 % (n=31), неблагоприятной - только 13,8%, а 53,2% ещё не определились.

Проблемы адаптации распределились следующим образом среди русскоязычных и англоязычных респондентов соответственно: психологические – 22,7% и 8,5% (чувство одиночества из-за отсутствия родных), климатические – 17,4% и 55,4% (высокая влажность воздуха, холодная температура, укорочение светового дня в осенне-зимний период), академические (языковые) – 13,6% и 38%, физиологические – 9,1% и 14,1% (раздражительность и потеря веса или набор веса из-за стресса, усталость или бессонница, дорогие медикаменты и лечение), экономические 14,3 и 15,9% (нехватка денег на питание и проживание, на отдых и развлечения), социальные – 0% и 2% (недоброжелательное отношение людей в общественном транспорте).

Процесс адаптации иностранных студентов к образовательной среде вуза должен быть организованным, целенаправленным, комплексным. Эту задачу выполняет деканат ФИУ совместно с кураторами групп 1-2 курсов, с лидерами национальных землячеств.

#### **Литература**

1. Витенберг, Е. В. Социально-психологические факторы адаптации к социальным и культурным изменениям : дис. кан. псих. наук: 19.00.05 / Е.В. Витенберг. – СПб., 1995. – 130 с.
2. “Вместе в будущее”: совместный проект белорусских и иностранных студентов [Электронный ресурс] / Минский государственный лингвистический университет. – Режим доступа: <http://www.brsu.by>. – Дата доступа: 19.09.2015.

## **ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ**

**Даукиш И.А., Муратходжаева А.В., Хакимова У.Р.**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан

**Актуальность.** Острые респираторные заболевания у детей (ОРЗ) относятся к числу наиболее распространенным болезням, как у детей, так и взрослых. Максимальная частота ОРЗ у детей отме-

чается в возрасте от 6 месяцев до 3 лет и составляет от 4 до 8 заболеваний в год, среди школьников снижается до 2 – 6 случаев в год.

**Цель.** Определить эффективность и безопасность проведения противовоспалительной терапии у детей при ОРЗ.

**Методы исследования.** Под наблюдением находились 138 детей в возрасте от 6 месяцев до 6 лет. Клиника респираторных заболеваний проявлялась общими (лихорадкой, ознобом, недомоганием, потерей аппетита и др.) и местными симптомами (затрудненным носовым дыханием, ринореей, гиперемией зева, болью в горле, отеком миндалин, осиплостью голоса, кашлем, признаками ларинготрахеита, бронхита и т.д.). Характер клинической картины ОРЗ зависит от патогенных свойств возбудителя, но также обусловлен возрастом ребенка, состоянием его иммунитета. Острые респираторные инфекции в большинстве случаев имеют вирусную этиологию, но в ряде случаев присоединяется бактериальное инфицирование. В 42 (30,4%) случаях была подтверждена бактериальная этиология при проведении ПЦР-диагностики, причем у 32 (23,2%) детей возбудителями были *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*; у 10 (7,2%) – *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*. При сочетанной этиологии клинические проявления ОРЗ характеризовались более выраженной симптоматикой, в виде ларинготрахеита, бронхита.

Лечение острых респираторных заболеваний направлено на воздействие этиологического фактора и проведение патогенетической, симптоматической терапии. При назначении этиотропной терапии учитывается возраст ребенка, клиническая картина, эпидемиологическая обстановка. При вирусной этиологии назначались противовирусные препараты прямого действия с учетом возраста ребенка (римантадин, озельтамавир, занамивир, арбидол, инозин пранобекс и др.) и опосредованного действия (интерфероны, индукторы интерферона и др.).

При наличии признаков присоединения бактериальной инфекции (нарастание тяжести заболевания в начальном периоде, отсутствие признаков улучшения в течение 48 – 72 часов, развитие осложнений), особенно у детей раннего возраста, назначались антибактериальные препараты преимущественно перорального приема. Симптоматическая терапия включает жаропонижающие и противоболевые средства, назальные деконгестанты, противокашлевые препараты, солевые растворы для носа, витамины и др.

Наблюдаемые дети были разделены на две группы: 1-ая контрольная (55 детей) и 2-ая группа (83 ребенка), в которой помимо этиотропного лечения (противовирусной и антибактериальной по показаниям), симптоматической терапии назначали противовоспа-

лительные средства (Сиресп, фенспирида гидрохлорид в дозе 4 мг/кг/сутки). Фенспирида гидрохлорид (Сиресп) по химическому строению и фармакологическим свойствам не относится к нестероидным противовоспалительным средствам и глюкокортикоидам. Его противовоспалительное действие осуществляется путем ингибирования активности фосфолипазы  $A_2$ , но, в отличие от кортикостероидов, фенспирид не усиливает синтез белка – ингибитора фермента фосфолипазы  $A_2$ , а тормозит её активность, блокируя транспорт ионов кальция в клетку. Недостаточное поступление ионов кальция в клетку приводит к снижению активности фосфолипазы  $A_2$ , замедляет каскад трансформации арахидоновой кислоты, уменьшает синтез простагландинов, лейкотриенов, тромбосана, и таким образом уменьшает воспалительную реакцию. Противовоспалительный эффект фенспирида проявляется в регуляции образования и действия других медиаторов воспаления (гистамин, цитокины), снижает миграцию клеток воспаления, что уменьшает альтерацию (изменение функции и строения) эпителия респираторного тракта. Фенспирид блокирует  $H_1$ – гистаминовые рецепторы, оказывая антигистаминное и противоотечное действие, ингибирует  $\alpha_1$  – адренорецепторы, которые стимулируют секрецию вязкой слизи.

**Результаты и их обсуждение.** Исследования показали, что при применении противовоспалительной терапии длительность всех клинических симптомов, наблюдаемых в начале заболевания, сокращалась на 3 - 4 дня. У детей контрольной группы в 43% случаев наблюдались симптомы ларинготрахеита и бронхита, тогда как у детей, получавших Сиресп (фенспирид), признаки ларинготрахеита и бронхита отмечались у 15% детей, в основном у детей раннего возраста. В группе детей с применением противовоспалительной терапии сухой кашель на 2-3 день заболевания трансформировался во влажный без применения симптоматической терапии, длительность его сокращалась до 7-8 дней, признаки выздоровления констатировались на 7- 8-ой день (65%) и 10-ый день (35%). У детей контрольной группы кашель продолжался до 10-14 дней и более, выздоровление происходит 7 – 8-ой день – у 30% детей, а у остальных (70%) – на 10 -15-ый день.

У всех детей отмечалась хорошая переносимость Сиреспа (фенспирида), лишь в 1-ом случае (1,8%), у ребенка с признаками аллергической настроенности организма отмечались невыраженные аллергические кожные проявления в течение 2-х дней.

Применение противовоспалительной терапии (фенспирид) при острых респираторных заболеваниях у детей способствует снижению отека с уменьшением образования и выделения секрета, улучшению мукоцилиарного транспорта. В связи с этим наблюдается быстрая трансформация сухого кашля во влажный, сокращается

длительность кашля. Применение противовоспалительного лечения оказывает положительное влияние на динамику клинической симптоматики, уменьшая развитие ларинготрахеитов и бронхитов, сокращается длительность заболевания.

**Выводы.** Назначение Сиресп (фенспирида) при острых респираторных заболеваниях у детей обеспечивает контроль за развитием воспаления слизистой респираторного тракта, способствует более быстрому устранению клинических симптомов и выздоровлению.

#### Литература

1. Геппе Н.А. Воспаление при респираторных инфекциях у детей – мишень воздействия фенспирида //Педиатрия. – 2008. - №3. – С. 25-29
2. Геппе Н.А. Применение Эреспала (фенспирида)при острых респираторных заболеваниях у детей: эффективность и безопасность (результаты исследования по программе «ЭЛЬФ») //Вопросы современной педиатрии. – 2005. – Т.4. - №2. - С. 53-58.
3. Дворецкий Л.И. Эффективность противовоспалительной терапии при острых респираторных вирусных инфекциях у взрослых в амбулаторной практике: результаты программы «ЭСКУЛАП» // Consillium Medicum. – 2006. - №10. – С. 26 – 29.
4. Зайцева О.В. Современные подходы к лечению острых респираторных инфекций у детей. Возможности системной противовоспалительной терапии //Вопросы современной педиатрии. -2008. –Т.7. - №4. - С. 93 – 98.
5. Козлов В.С. Роль воспаления в патогенезе респираторных заболеваний //Consillium Medicum. – 2003. - Т.5. - №3. - С.213 -225.
6. Петрова С.И., Панютина Я.В. Патогенетическая терапия респираторных заболеваний у детей // Педиатрия. – 2015. - Т. 94. - №2. - С.193-198.

## АРТРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ И ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЛЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ.

*Дашкевич Д.Ю., Лашковский В.В.*

УО "Гродненский государственный медицинский университет"

**Актуальность.** Одними из наиболее распространенных повреждений опорно-двигательного аппарата у детей являются травмы коленного сустава. Коленный сустав – самый крупный в организме человека. Это сложная биомеханическая система с большим количеством анатомических структур подверженных повреждениям.

Закрытые повреждения коленного сустава у детей составляют от 5 до 13% до 20% от всех пациентов, нуждающихся в экстренной госпитализации в травматологические отделения [1, 3, 4]. Сложность определения механизма травмы у детей, негативное отношение маленьких пациентов к клиническому исследованию, наличие в полости коленного сустава большого количества рентгеннегативных анатомических образований делают диагностику повреждений коленного сустава достаточно сложной.

Использование современных неинвазивных методов обследования, таких как магнитно-резонансная томография (МРТ) и ультразвуковое исследование суставов (УЗИ) – значительно улучшило верификацию внутрисуставных повреждений структур коленного су-