

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Казанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Сборник тезисов
Двенадцатой межрегиональной учебно-практической
конференции обучающихся
«ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ.
РАСШИРЕНИЕ ГОРИЗОНТОВ»



Казань
3-4 апреля 2023 года
Содержание

Заключение: одно из основных составляющих крепкого здоровья – режим дня. Ответственность за своё здоровье у школьников должны воспитывать родители, показывая собственным примером стремление к здоровому образу жизни, одним из элементов которого является соблюдение режима дня. Для школьников старшего возраста культура здорового образа жизни должна стать стилем жизни. По результатам данного исследования планируется разработка образовательных брошюр для данной категории лиц, которые можно будет использовать для самостоятельного изучения подростками и их родителями, а также во время проведения классных часов.

РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ «OVERLAP-СИНДРОМ: АУТОИММУННЫЙ ГЕПАТИТ 1 ТИПА, ПЕРВИЧНЫЙ СКЛЕРОЗИРУЮЩИЙ ХОЛАНГИТ. ФИБРОЗ ПЕЧЕНИ F2. БОЛЕЗНЬ КРОНА

Шакирова Р.Р., Садриева А.И.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.м.н., ассистент кафедры госпитальной педиатрии
Хабибрахманова З.Р.

Введение. Синдром перекреста («overlap syndrome») – мало изученное аутоиммунное заболевание печени, редко выявляемое у детей. При аутоиммунном гепатите (АИГ) overlap-синдром встречается в 10% случаев. АИГ с чертами первичного склерозирующего холангита (ПСХ) встречается в 7-14% случаев всех АИГ; в сочетании с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК): 80% - с язвенным колитом, 10–15% - болезнью Крона. Клинические проявления синдрома разнообразны, что затрудняет своевременную диагностику и требует назначение комбинированной патогенетической терапии.

Цель. Изучение особенностей течения Overlap-синдрома у пациента с АИГ/ПСХ, фиброзом печени F2, болезнью Крона, а также с сопутствующей пищевой аллергией (не Ig E опосредованной) на белок коровьего молока и глютен.

Методы. Исследование проводилось посредством осмотра пациента, анализа медицинской документации и изучения литературы.

Результаты. Мальчик, 7 лет. В возрасте 3 лет родители впервые обратились к врачу с жалобами на периодические боли в животе в околопупочной области, ахолию стула, был выставлен диагноз «Острая ВЭБ инфекция, период реконвалесценции». Находился на лечении в стационаре с диагнозом: «Гепатит умеренной степени активности, недифференцированный. Перекрестный синдром (АИГ/ПСХ?) ВЗК с ранним началом?», без существенной динамики. Для дальнейшего ведения пациента был госпитализирован в ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологий». Жалобы сохранялись, в биохимическом анализе крови уровень АЛТ - 421 Ед, АСТ - 304 Ед, кальпротектин – 1156, маркёры аутоиммунных заболеваний положительные. Выписан с диагнозом «Хронический криптогенный гепатит с холестатическим компонентом умеренной степени активности». В межгоспитальный период отмечалась примесь крови в стуле до 2 раз в месяц. После проведения эластографии: фиброз F1 по METAVIR, колоноскопии с биопсией - картина болезни Крона.

На момент обследования: состояние средней степени тяжести. Обнаружено увеличение печени +5 см, консистенция эластичная. В биохимическом анализе крови: АЛТ – 158 Ед, АСТ – 67,7 Ед. Сенсибилизация к белкам коровьего молока – 12000 МЕ/мл, глютену – 8376 МЕ/мл. По данным УЗИ ОБП: признаки гепатомегалии с диффузными изменениями паренхимы печени. Выставлен основной диагноз: «Overlap-синдром: Аутоиммунный гепатит 1 типа, минимальная степень активности, первичный склерозирующий холангит. Фиброз печени F2. Болезнь Крона, тотальное поражение восходящей, слепой, терминального отдела подвздошной кишки». Сопутствующий диагноз: «Пищевая аллергия, не IgE опосредованная (белок коровьего молока, глютен). ДЖВП. Вторичные изменения поджелудочной железы».

Лечение: стол №4 с соблюдением безмолочной, безглютеновой диеты, с целью нутритивной поддержки на фоне безмолочной диеты – лечебная смесь на основе аминокислот, месалазин, преднизолон, алмагель, урсодезоксихолевая кислота, карсил, тыквеол, аевит, калия и магния аспаргинат, препараты кальция, колекальциферол, калия йодид, лиофизат бактерий.

Заключение. При комбинации заболеваний печени, значительно ухудшающих прогноз заболевания, вероятно, имеет место общность нарушений регуляции ключевых генетических, иммунных компонентов по оси «кишечник–печень», требующих дальнейшего изучения.

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ». ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ НИЗКОРОСЛОСТИ РЕБЕНКА НА ПЕДИТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.

Грачунова О.Д.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научные руководители - С.Я. Волгина, д.м.н., профессор, Н.А. Соловьева, к.м.н., доцент

Актуальность. Под термином низкорослость подразумевается значительное снижение роста у детей и взрослых. Среди всех случаев 20% приходится на эндокринно-зависимые варианты задержки роста, остальные 80% – на эндокринно-независимые. Качество жизни во взрослом возрасте зависит от своевременности постановки диагноза. Поэтому выявление подобных пациентов среди детей является очень важным этапом в цепи мероприятий, направленных на улучшение состояния здоровья.

Цель. На примере клинического случая провести анализ поиска причин низкорослости у пациента.

Материал и методы. Анализ амбулаторной карты и истории болезни ребенка с низкорослостью.

Результаты. Родители 5-летнего ребенка обратились к участковому врачу-педиатру с жалобами на отставание в росте от сверстников. Мальчик от 1 беременности, протекающей без патологии, естественные 1 роды, срочные. Масса тела при рождении 3250 г, рост – 50 см. Перенесенные заболевания: ОРВИ 3-5 раз в год. Аллергоанамнез не отягощен, профилактические прививки согласно календарю. Наследственный анамнез не отягощен. Рос и развивался в