

же возрастными различиями фармакокинетики и фармакодинамики [1]. Особого внимания требует безопасность лекарственных препаратов, применяемых в педиатрии.

Цель исследования: изучение вспомогательных веществ в составе назальных лекарственных препаратов, используемых в педиатрической практике и представленных на современном фармацевтическом рынке Российской Федерации.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ Анатомо-терапевтическо-химической классификации (АТХ) Регистра лекарственных средств России, Государственного реестра РФ и специальной литературы по вопросам медицины и здравоохранения.

Результаты: Результаты проведенного нами исследования показали, что в состав большинства назальных лекарственных препаратов, применяемых в педиатрии, входят антимикробные вещества (консерванты). Применение консервантов в составе лекарственных препаратов для детей является нежелательным [2]. Результаты анализа литературных данных показали, что лучшей переносимостью при использовании в качестве консервантов в назальных лекарственных препаратах характеризуются четвертичные аммониевые соли. При назначении препаратов детям важно учитывать то, что некоторые из них содержат в своём составе различные эфирные масла способные оказывать неблагоприятное действие на детский организм. Повышенного внимания при необходимости применения детям раннего возраста заслуживают препараты, которые не содержат опасных вспомогательных веществ.

Таким образом, совершенствование лекарственных препаратов для лечения заболеваний у детей следует проводить в направлении создания лекарственных препаратов без консервантов.

Выводы: в результате проведенного нами исследования установлено, что многие лекарственные препараты, назначаемые детям, содержат консерванты и другие вспомогательные вещества, не всегда являющиеся безвредными. Применение указанных препаратов может привести к развитию нежелательных реакций. В связи с этим, в педиатрической практике предпочтение следует отдавать препаратам без консервантов или препаратам, содержащим в качестве консерванта соли четвертичных аммониевых соединений.

Литература

1. Гизингер О.А., Щетинин С.А., Коркмазов М.Ю. и др. Комплексный подход к диагностике и терапии инфекционных патологий ЛОР-органов у детей // Педиатрический вестник Южного Урала 2017 № 1. С. 37–42.
2. Колосова Л.В. Гунар О.В. К вопросу об антимикробных консервантах лекарственных препаратов для детей // Вестник РУДН, Серия Медицина. 2016. № 1. С. 123–128.

СЕКЦИЯ ОФТАЛЬМОЛОГИИ

АНАЛИЗ СРОКОВ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ СО СТОРОНЫ ОРГАНА ЗРЕНИЯ, У БОЛЬНЫХ СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Ткаченко И.С., Матвеева Н.Н.

Научный руководитель: ассистент Зайцев Н.А., к. м. н., доцент Шаповалова А.Б.

Кафедра офтальмологии

Кафедра госпитальной терапии с курсом эндокринологии

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность исследования: в настоящее время, такие осложнения сахарного диабета, как диабетическая ретинопатия (ДР) и осложнённая катаракта (ОК) занимают ведущее место среди причин (до 90%), приводящих к значительному снижению остроты зрения в популяции экономически развитых стран, и имеет высокий уровень инвалидизации населения [1].

Цель исследования: провести анализ сроков появления различных видов поражения органа зрения, как осложнения сахарного диабета 2 типа у взрослых пациентов по данным их анкетирования.

Материалы и методы: в исследование были включены 16 пациентов, больных СД 2 типа в стадии декомпенсации. Был проведен сбор анамнеза по заранее сформированным, специализированным анкетам. Кроме этого, всем пациентам проведены такие исследования, как, визометрия, биомикроскопия переднего отрезка глаза и офтальмоскопия.

Результаты: по данным анкетирования, стаж СД: менее 1 года (6,25%), 1–4 года (25%), 5–10 лет (37,5%), 11–15 лет (18,75%), более 26 лет (6,25%) и 1 случай впервые выявленного СД2 типа (6,25%). 9 пациентов (56,25%) были осмотрены офтальмологом впервые. Жалобы: снижение остроты зрения (ОЗ) (43,75%), снижение ОЗ и нечеткость изображения (18,75%), мелькание «мушек» (ММ) и резкие приступы затуманивания зрения (18,75%), ММ (6,25%), ММ и диплопия (6,25%). Появление признаков изменения органа зрения, как следствие СД, в 56,25% случаев (1 группа), согласно опросу: 25% случаев при стаже СД 5–10 лет, реже в остальных случаях. Диабетических офтальмологических осложнений не выявлено (ДОО) у 43,75% (2 группа). ДР выявлена у пациентов первой группы в 55,56%, при течении СД в среднем $5,5 \pm 3,03$ лет от начала заболевания. Осложнённая катаракта обнаружена у 77,78% пациентов в сроки, в среднем $8 \pm 4,47$ лет от момента диагностирования и начала лечения СД, и, причем, носила лишь частичный характер.

Выводы: По данным анкетирования, офтальмологические осложнения органа зрения достоверно чаще выявлялись при более длительном течении СД 2 типа, в среднем на сроке $6,75 \pm 1,17$ лет от начала заболевания и проявлялись преимущественно в виде осложненной, частичной катаракты и непролиферативной ретинопатии.

Литература

1. Дедов И.И., Шестакова М.В. Сахарный диабет и артериальная гипертензия / И. Дедов. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. 344 с.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ОСНОВНЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПРОДУКЦИИ И СТАБИЛЬНОСТИ СЛЕЗНОЙ ПЛЕНКИ У ДЕТЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Кудрявцева П.В.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Бржеский В.В., ассистент Баранов А.Ю.
Кафедра офтальмологии
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность исследования: в настоящее время, в связи с быстрым развитием технологий и широким внедрением гаджетов в повседневную жизнь, в том числе и среди лиц детского и подросткового возраста, большую значимость приобретает вопрос стабильности прероговничной слезной пленки [2].

Цель исследования: определить взаимосвязь основных диагностических параметров продукции и стабильности слезной пленки у детей разного возраста.

Материалы и методы: параметры продукции и стабильности слезной пленки, определялись при помощи проб Норна, Ширмера, Джонса и методом ОКТ-менискометрии [1].

Результаты: было обследовано 2 группы пациентов в возрасте от 7 до 10 лет и от 14 до 17 лет без патологии вспомогательного аппарата и переднего отрезка глаза. Выявлено, что у детей в возрасте 7–10 лет время разрыва прероговничной слезной пленки составляет $15,6 \pm 0,8$ с, у детей в возрасте 14–17 лет отмечено повышение данного показателя до $21,1 \pm 2,0$ с. При этом диагностические полоски для теста Ширмера у обеих групп за 5 минут смачивались в диапазоне 19–28 мм; При проведении пробы Джонса разность результатов в меньшую сторону составила 5 ± 1 мм. Высота слезного мениска у всех испытуемых колеблется в интервале 217–490 мкм, что соответствует норме и аналогично таковым показателям у взрослых.

Выводы: анализ полученных результатов демонстрирует, что показатели слезопродукции зависят от возраста, (чем младше ребенок, тем ниже показатель слезопродукции) и диагностические параметры взаимосвязаны друг с другом (при максимально смоченной тест-полоски Ширмера — 25 мм, наибольшая высота слезного мениска — 490 мкм и наоборот, при промокании тест-полоски на 20мм высота слезного мениска составляет — 218 мкм).