

жительность терапии варьирует от 2-х до 6 и более недель. Возможны рецидивы тиротоксикоза при снижении дозы глюкокортикоидов или их отмены. Тяжелые случаи амиодарониндуцированного тиротоксикоза типа II требуют тироедэктомии [3, 5].

#### **Исходы побочных тироидных эффектов амиодарона**

После перенесенного деструктивного тиротоксикоза, обусловленного приемом амиодарона, у части больных развивается перманентный гипотироз, требующий постоянной заместительной терапии препаратами левотироксина. Использование в дальнейшем высоких доз йода у лиц, перенесших деструктивный тиротоксикоз или амиодарониндуцированный гипотироз, может приводить к гипотирозу. При этом восстановление функции ЩЖ достигается после элиминации избытка йода [3, 5].

#### **Выводы**

1. Для предупреждения побочных тироидных эффектов амиодарона нежелательно использование данного препарата в лечении больных с исходной аутоиммунной патологией ЩЖ, наличием диффузного и узлового зоба, нарушениями функции ЩЖ. Одним из известных противопоказаний к приему амиодарона является наличие талассемии.

2. Перед длительным лечением амиодароном мы рекомендуем ультразвуковое исследование ЩЖ и определение ТТГ и АТГПО в сыворотке крови. Оптimalен контроль сывороточных концентраций ТТГ не реже 1 раза в 3 мес. на фоне применения амиодарона.

3. В случае появления клинических признаков тироидной дисфункции необходимо определение ТТГ, свободных фракций Т3 и Т4, определение IL-6 и проведение меди-каментозных проб с тионамидами и глюкокортикоидами.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Глюкокортикоиды при амиодарониндуцированном тиреотоксикозе / Л. Барталена [и др.] пер. А. Е. Шведовой // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. — 2008. — Т. 4. — № 2. — С. 33–34.
2. Влияние амиодарона на структуру и функцию щитовидной железы / Е. Н. Гринева [и др.] // Проблемы эндокринологии. — 2008. — Т. 54. — № 3. — С. 17–21.
3. Данилова, Л. И. Болезни щитовидной железы и ассоциированная с ними патология / Л. И. Данилова. — Минск: Нагасаки, 2005. — 430 с.
4. Свириденко, Н. Ю. Кардиальные и эндокринные аспекты применения амиодарона в современной практике лечения нарушений ритма сердца: метод. пособие / Н. Ю. Свириденко. — М., 2005.
5. Treatment of amiodarone-induced thyrotoxicosis, a difficult challenge: results of a prospective study/ L. Bartalena [et al] // J. Clin. Endocrinol. Metab. — 1996. — Vol. 81. — P. 2930–2933.

**УДК 616.33-002.44-07-08-053.2**

### **СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ**

**Козловский А. А., Груздева М. А., Протосеня А. А., Покульневич Н. А.**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**Учреждение**

**«Гомельская областная детская клиническая больница»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Последние десятилетия характеризуются стремительным ростом распространенности среди детей воспалительных заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки, которые, несмотря на последние достижения педиатрии в этой области, имеют устойчивую тенденцию к дальнейшему увеличению [1]. Болезни органов пищеварения занимают второе место в структуре детской заболеваемости. В структуре заболеваний органов пищеварения на язвенную болезнь приходится от 1,7 до 16 % [1].

Установлено, что хронические заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки часто начинаются в дошкольном и раннем школьном возрасте, рецидивирующее течение

ние болезни приводит к выраженным анатомо-морфологическим изменениям пищеварительной системы и в дальнейшем к потере трудоспособности и инвалидизации взрослого населения. Многие исследователи отмечают, что обращаемость детей в лечебно-профилактические учреждения по поводу болезней органов пищеварения не отражает истинной распространенности этой патологии — около 70 % гастроэнтерологических заболеваний у городских и 90 % у сельских детей выявляется при проведении специальных исследований [2]. С наибольшей частотой хронические заболевания верхних отделов пищеварительного тракта диагностируются в возрасте 5–6 и 9–12 лет [3, 5].

Тревожным фактором является изменение на современном этапе характера течения патологического процесса в гастродуоденальной зоне, проявляющееся в отсутствии типичной клинической картины, нередко в стертом, малосимптомном течении заболевания [4, 5]. Сочетанный характер гастроэнтерологической патологии имеется у большинства обследованных больных (от 60 до 90 %) [5].

Перечисленные аспекты заболеваний органов пищеварения у детей подчеркивают взаимосвязь и взаимообусловленность современных проблем детской гастроэнтерологии. Высокий уровень распространенности хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей, в том числе и язвенной болезни, и в ряде случаев недостаточная эффективность проводимого лечения и связанные с этим вероятные неблагоприятные последствия определяют актуальность дальнейшего изучения механизмов развития этой патологии, проведения лечебно-профилактических мероприятий на качественно новом уровне, основываясь на принципе строгой индивидуализации при назначении лекарственных препаратов.

#### ***Цель исследования***

Изучение особенностей течения язвенной болезни у детей и выявление наиболее эффективных методов медикаментозного лечения данного заболевания.

#### ***Материалы и методы***

Исследование было ретроспективным. Проанализированы 40 историй болезни детей, находившихся на стационарном лечении в педиатрическом отделении № 1 Гомельской областной детской клинической больницы с января 2009 г. по октябрь 2010 г. с диагнозом язвенная болезнь. У 37 детей (92,5 %) диагностирована язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у 3 детей (7,5 %) — язвенная болезнь желудка, причем у 1 ребенка (2,5 %) выявлены множественные язвы желудка.

Статистическую обработку полученных результатов проводили при помощи программ «Statistica» 5,5 и «Microsoft Excel 2002». Выборки были репрезентативными, не имели значительных различий по возрасту и полу детей. Оценивалось процентное соотношение (%), среднее (M) и ошибка (m) среднего.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного исследования установлено, что язвенная болезнь чаще встречалась у мальчиков — 21 человек (52,5 %), чем у девочек — 19 человек (47,5 %) ( $p > 0,02$ ). Количество городских и сельских детей было равным (по 20 человек). У 7 пациентов (17,5 %) язвенная болезнь была выявлена впервые. В результате проведенного исследования установлено, что дебют заболевания у мальчиков отмечается в возрастной группе старше 12 лет, у девочек — старше 10 лет, что связано с гормональными перестройками в детском организме.

Отягощенный по язвенной болезни наследственный анамнез наблюдался у 25 детей (62,5 %). Наиболее часто отягощенная наследственность отмечалась по отцовской линии — у 15 пациентов (60,0 %).

При оценке физического развития по центильным таблицам выявлено, что у 35 детей (87,5 %) с язвенной болезнью физическое развитие было среднее, выше среднего, высокое и очень высокое; дисгармоничное и резко дисгармоничное физическое развитие отмечено у 5 пациентов (12,5 %).

При анализе жалоб установлено, что всех больных (100 %) беспокоили боли в животе, диспептический синдром диагностирован у 31 пациента (77,5 %), астеновегетативный — у 12 (30,0%) (таблица 1). Снижение аппетита в 4 раза чаще встречалось у девочек, чем у мальчиков ( $p < 0,005$ ). Все симптомы желудочной диспепсии (тошнота, рвота, отрыжка) достоверно коррелировали между собой ( $p < 0,03$ ) и встречались достоверно чаще с увеличением возраста ребенка ( $p < 0,05$ ). Снижение аппетита и головная боль достоверно чаще отмечались у детей старше 12 лет ( $p < 0,001$ ).

Таблица 1 — Характеристика жалоб у детей с язвенной болезнью

Характер жалобы	Количество детей	%
Боли в животе	40	100,0
Изжога	18	45,0
Тошнота, рвота	18	45,0
Отрыжка	10	25,0
Снижение аппетита	9	22,5
Головная боль, головокружение	5	12,5
Неустойчивый характер стула	2	5,0

В стационаре всем пациентам проводились общеклинические методы исследования, ультразвуковое исследование гастропанкреатодуоденальной зоны и эзофагогастродуоденоскопия с прицельной биопсией слизистой оболочки. Эндоскопическое исследование выполнялось всем пациентам при поступлении и перед выпиской. После проведения углубленного обследования у всех пациентов выявлена сопутствующая патологии желудочно-кишечного тракта. Хронический гастрит, хронический гастродуоденит диагностированы у 37 больных (92,5 %), катаральный рефлюкс-эзофагит — у 9 (22,5 %), дискинезия желчевыводящих путей — у 32 (80 %), аномалии развития желчного пузыря — у 9 детей (22,5 %).

Учитывая высокий процент обсемененности слизистой оболочки *Helicobacter pylori* при язвенной болезни у детей, всем пациентам была назначена эрадикационная терапия. Для лечения использовались 4 схемы терапии (таблица 2).

Наиболее быстро эпителизация язвенного дефекта и выписка больного из стационара наблюдалась при использовании схемы лечения № 3 (10 дней), при использовании схемы лечения № 1 пребывание детей в стационаре было наиболее длительным — 12 дней. На наш взгляд, это связано с первичной резистентностью *Helicobacter pylori* к метронидазолу [4].

Таблица 2 — Схемы лечения больных язвенной болезнью

Номер схемы лечения	Медикаментозные препараты
1	Омепразол + амоксициллин + метронидазол + де-нол
2	Омепразол + амоксициллин + кларитромицин + де-нол
3	Омепразол + кларитромицин + нифуроксазид + де-нол
4	Омепразол + алюмаг + мотилион

### Выводы

1. Язвенная болезнь встречается одинаково часто как у детей, проживающих в городе, так и у детей из сельской местности, причем у мальчиков чаще, чем у девочек.
2. Наиболее часто у детей встречается язва луковицы двенадцатиперстной кишки (92,5 %).
3. Отягощенная наследственность по заболеваниям пищеварительной системы отмечается у 62,5 % детей, причем чаще по отцовской линии (60 %).
4. Наиболее часто у больных с язвенной болезнью (87,5 %) отмечалось среднее, выше среднего, высокое и очень высокое гармоничное физическое развитие.
5. Для детей с язвенной болезнью характерна высокая частота (100 %) сочетанной патологии желудочно-кишечного тракта (дискинезия желчевыводящих путей, хронический гастродуоденит и др.).

6. Наиболее эффективной схемой лечения язвенной болезни у детей является схема с включением омепразола, кларитромицина, нифуроксазида, де-нола.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусов, Ю. В. Педиатрическая гастроэнтерология: новейший справочник / Ю. В. Белоусов. — М.: Эксмо, 2006. — 704с.
2. Исаков, В. А. Хеликобактериоз / В. А. Исаков, И. В. Домарадский. — М.: Медпрактика-М, 2003. — 412 с.
3. Козловский, А. А. Основы детской гастроэнтерологии / А. А. Козловский. — Минск: Технопринт, 2002. — 180 с.
4. Козловский, А. А. Особенности современного течения язвенной болезни у детей / А. А. Козловский, С. К. Лозовик // Проблемы здоровья и экологии / Ежеквартальный научно-практический журнал. — 2009. — № 1. — С. 51–55.
5. Сичинава, И. В. Возрастные особенности клинических и эндоскопических проявлений различных форм гастродуоденита у детей / И. В. Сичинава, А. В. Горелов // Российский педиатрический журнал. — 2009. — № 6. — С. 15–19.

УДК: 371.214:681.3.012

## ВНЕДРЕНИЕ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В УЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС

Козловский А. А., Козловская М. М., Ходулева С. А., Мельник В. А.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

### *Введение*

Конец XX в. ознаменовался быстрым развитием информационных и компьютерных телекоммуникационных систем, что привело к появлению новых педагогических форм и методов работы — мультимедийных технологий.

Мультимедийные технологии — это новые информационные технологии, обеспечивающие работу с анимированной компьютерной графикой, текстом, речью и высококачественным звуком, неподвижными изображениями и движущимися видео [1, 3, 4]. Данные технологии создают психологические условия, способствующие лучшему восприятию и запоминанию материала с включением подсознательных реакций обучающегося. Проведение занятий с использованием рассматриваемых технологий способствует активизации правого полушария головного мозга, отвечающего за ассоциативное мышление, интуицию, улучшает психоэмоциональное состояние обучаемых [2, 5].

Преимущество мультимедийных технологий заключается в возможности использования интерактивного взаимодействия лектора одновременно как с программно-аппаратным средством, предполагающим обмен текстовыми командами и ответами, так и со студенческой аудиторией, воспринимающей и задающей вопросы. В результате можно следить за обратной эмоциональной связью и при необходимости останавливать демонстрацию мультимедийной лекции. Внедрение мультимедийных демонстраций позволяет разнообразить педагогический процесс, сделать его отличным от традиционного образования.

Использование мультимедийных технологий значительно усложняет деятельность преподавателя. Подготовка такой лекции требует от преподавателя не только свободного владения учебным материалом, но и специальных знаний в области современных информационных технологий, навыков работы с техническими средствами. Таким образом, в связи с применением мультимедийных технологий в образовательном процессе происходят существенные изменения в характере преподавательской деятельности, роли и функции преподавателя в учебном процессе.

Для создания условий педагогически активного информационного взаимодействия преподавателя и студента, совершенствования образовательного процесса нового типа целесообразно применять мультимедийный программно-методический комплекс (МПК), включающий в себя прикладные программные продукты, базы данных по соответствующим предметным областям, инновационные методические материалы, всесторонне поддерживающие учебный процесс. Элементами такой системы, наряду с комплектом электронных дидактических средств, полиграфическими изданиями могут являться и видеокурсы лекций. Состав МПК определяется в зависимости от дисциплины, ее места в учебном плане, связи