

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России

Dr. S. S. S.
Boleynova O.V.
✍

Кафедра детских болезней педиатрического факультета

Научно-исследовательская работа на тему:

«Удельный вес аллергопатологии на участке»

Выполнила:

Студентка 5 курса 1 группы

педиатрического факультета

Закинян Алина Артаковна



Волгоград 2018

Оглавление

Введение	3
Цель и задачи научно-исследовательской работы	6
Методы исследования.....	7
Основные определения и понятия	7
Теоретическая часть научно-исследовательской работы	12
Роль врача-педиатра.....	12
Собственное исследование	16
Выводы	18
Список литературы.....	21

Введение

Эпидемический рост аллергических заболеваний за последние 30-40 лет очевиден. Результаты многочисленных российских и зарубежных эпидемиологических исследований объективно отражают неуклонное увеличение аллергопатологии, особенно у детей.

Распространение астмы у детей и подростков в промышленно развитых странах возросло в 3-4 раза за последние 20 лет .

Развитие аллергии – сложный и многофакторный процесс, зависящий не только от генетической предрасположенности, но и от воздействия пищевых и аэроаллергенов окружающей среды, а так же от ряда неспецифических факторов (курение, загрязнение воздуха, инфекции).

Очевидно, имеет место комплексное воздействие различных факторов окружающей среды на организм человека, их переплетение, потенцирование. Изучение этих механизмов чрезвычайно важно для фундаментальной и прикладной аллергологии, поскольку может дать ключ к эффективной профилактике.

В основе респираторных аллергических заболеваний лежит хроническое персистирующее воспаление слизистой оболочки и подслизистого слоя дыхательных путей, имеющее иммунологическую природу и возникающее в результате генетических предпосылок и сенсibilизации организма.

Гиперреактивность бронхов и связанный с нею синдром бронхиальной обструкции при астме является лишь следствием аллергического воспаления дыхательных путей.

Доказано, что специфические воспалительные изменения бронхиального дерева сохраняются даже на фоне клинического благополучия.

Следовательно, наиболее рациональным является применение регулярного профилактического лечения, направленного на предупреждение развития симптомов болезни, а не на купирование уже возникшего обострения.

Современный терапевтический подход к респираторным аллергиям основывается на использовании фармакологических средств, способных подавлять хронический воспалительный аллергический процесс.

Продумано и повсеместно внедрено лишь традиционное лечение, которое, безусловно, с учетом патогенеза заболевания, является базисным, но не обеспечивает длительного воздействия на все механизмы патологического процесса.

Кроме того, имеет значение рост лекарственной непереносимости, а так же наличие серьезных побочных эффектов у многих препаратов, использующихся для купирования клинических проявлений.

Повреждающее действие городских поллютантов и других загрязнителей воздушной среды на органы дыхания может способствовать подавлению системы местной защиты против вирусных и бактериальных агентов, облегчать проникновение аэроаллергенов через поврежденную слизистую, поддерживая острое и хроническое бронхолегочное воспаление. По данным литературы, в экологически неблагоприятных регионах распространенность бронхиальной астмы среди детского населения в 1,8 раз выше. Выявлена четкая зависимость между уровнем загрязнения окружающей среды и показателями заболеваемости острой пневмонией, рецидивирующими ларинготрахеитами, бронхитами, хроническими болезнями легких.

В местностях, где экологическая обстановка связана с выбросами вредных химических веществ, показатели заболеваемости органов дыхания значительно превышают аналогичные данные в контрольных зонах; частота респираторных заболеваний у детей в промышленных районах выше, чем в сельской местности. Армянскими исследователями выявлена прямая, статистически достоверная, средней силы корреляционная связь между загрязнением атмосферного воздуха г. Еревана и заболеваемостью детей бронхиальной астмой. Ковзель Е.Ф. (2003) обнаружил положительную корреляционную связь между концентрацией оксида углерода, оксидов азота и углеводородов, загрязняющих атмосферный воздух с одной стороны и распространенностью астмоподобных симптомов с другой.

В Азербайджане распространенность аллергических заболеваний у детей, проживающих в экологически неблагоприятных условиях, в 1,8 раз превышает те же показатели у детей из экологически благополучной зоны.

Полученные данные подтверждают актуальность использования в лечении респираторных аллергозов мероприятий, направленных на улучшение качества воздушной среды, элиминацию аллергенов и других аэрополлютантов и организма ребенка.

Аллергия — повышенная чувствительность организма к воздействию некоторых факторов окружающей среды (химических веществ, микробов, пищевых продуктов), называемых аллергенами. Аллергия лежит в основе так называемых аллергических болезней, к которым, как считают, предрасположено более 2/3 населения планеты. Аллергические заболевания не заразны, но предрасположенность к ним наследуется.

Если в семьях родителей ребенка были случаи аллергических заболеваний и один из родителей страдает им, вероятность развития у ребенка этого состояния составляет 50 %. Если аллергия есть у обоих родителей — более 75 %.

Все аллергены можно разделить на ряд групп: биологические (микробы, вирусы, грибки, гельминты, вакцины); лекарственные (аллергическую реакцию может вызвать практически любой препарат — кодеин, аспирин, пенициллин и др.); бытовые (домашняя пыль, в которую входят пылевые частички с ковров, одежды, белья, частички домашних насекомых и др.); пыльцевые (пыльца растений); пищевые аллергены (любые пищевые продукты) и промышленные.

Наиболее раннее проявление пищевой аллергии — экссудативный диатез, который может проявиться у ребенка уже на 2-й неделе жизни и в течение нескольких месяцев перейти в другую форму кожного заболевания.

Аллергия поражает почти все органы и ткани детского организма:

кожу — в виде экземы, нейродермита, крапивницы;

глаза — в форме конъюнктивита;

нос — в форме аллергического ринита;

легкие — в форме бронхиальной астмы;

почки — в виде гломерулонефрита;
сердце — в форме ревматизма;
кости — в форме артритов;
кишечник — в форме дискинезий;
кровь — в форме анемий, лейкопений.

При соприкосновении с аллергеном в организме человека развивается аллергическая реакция, которая носит специфический характер. По времени появления аллергические реакции принято делить на 2 группы: реакции немедленного и реакции замедленного типа.

Реакции немедленного типа могут проявиться через 15-20 мин после воздействия специфического аллергена в виде кожных волдырей, спазмов бронхов и др.

К аллергическим реакциям замедленного типа относят анафилактический шок, крапивницу, бронхиальную астму и многие другие болезни.

Аллергия развивается не во всех случаях контакта с аллергеном. Определенную роль играют наследственность, состояние эндокринной и нервной систем.

Цель и задачи научно-исследовательской работы

Цель: Изучить спектр аллергических заболеваний на участке врача-педиатра

Задачи:

1. Изучить спектр аллергических заболеваний по данным амбулаторных карт и по обращаемости.
2. Установить факторы, определяющие уровень заболеваемости аллергопатологии.
3. Рассчитать удельный вес аллергопатологии на участке врача-педиатра

Методы исследования

Амбулаторные карты (№112/у) пациентов ГУЗ «ДКП № 15» Центрального района Волгограда педиатрического отделения №2. Участок №13

При анализе карт пациента особая роль уделялась выявлению доклинической стадии заболевания. Выясняя историю развития заболевания, акцент делался на давность заболевания, первые симптомы, динамику признаков заболевания, ранее проведенное лечение и его эффективность, переносимость лекарственных препаратов при их назначении.

Основные определения и понятия

Аллергопатология весьма часто проявляется в виде острых реакций на действие аллергенов, например, в ответ на прием лекарственных средств или пищи, на ужаление и укусы насекомых, вдыхание аллергенов домашней пыли и т.д.

Эти реакции манифестируют, как уже говорилось, в виде местных проявлений, обусловленных как путем поступления аллергена, так и локализацией тканей/органов-мишеней (что связано с сосредоточением в них тучных клеток, высокой проницаемостью барьеров, и т.д.). Эти проявления могут быть представлены в виде реакции кожи (сыпь, волдыри) или слизистых оболочек (повышенная секреторная активность, в бронхах — бронхоспазм, в пищеварительном тракте — кишечные расстройства). Они могут проявляться на системном уровне в виде анафилактического шока (табл. 1.).

Таблица 1. Системные и местные клинические проявления аллергии

Заболевания и синдромы	Аллерген	Путь поступления	Вторичные клетки-	Проявления
------------------------	----------	------------------	-------------------	------------

мишени

Системные

Анафилактический шок

Сыворотка, лекарственные средства, яды насекомых

Парентеральный (особенно внутривенный)

Эндотелий сосудов, клетки крови

Расширение сосудов, повышение их проницаемости, выпот жидкой части крови в ткани гипотония

Крапивница

Пищевые продукты, яды насекомых

Подкожный, рег о\$

Эндотелий сосудов, клетки крови

Гиперемия, волдыри, кожная сыпь эритема, зуд

Преимущественно местные

Аллергические ринит и конъюнктивит

Пыльца

Ингаляционный

Эндотелий сосудов, эпителий слизистых оболочек

Гиперемия слизистых оболочек, гиперпродукция слизи и других

				секретов, насморк
Бронхиальная астма	Пыльца, пыль и другие аэро- аллергены	Ингаляцион ный	Гладкие мышцы и эпителий бронхов эндотелий сосудов	Бронхоспазм усиление продукции слизи, хроническое воспаление бронхов
Атопический дерматит	Лекарственные средства и кра- сители	Контактный, рег о\$	Эпидермис, эндотелий сосудов	Хроническое воспаление кожи
Пищевая аллергия	Пищевые про- дукты	Рег о\$	Энтероциты, гладкие мышцы, эндотелий сосудов	Диарея, тош- нота, рвота крапивница, возможен ана- филактичес- кий шок
Отек Квинке	Лекарственные средства, яды насекомых	Парентераль- ный, рег о\$	Эндотелий сосудов	Отек лица и шеи

Сенная лихорадка

В качестве особого заболевания рассматривают сенную лихорадку, причиной которой служит аллергия к пыльце. В основе патогенеза сенной лихорадки лежат реакции, подобные описанным выше. В результате непостоянного действия причинного фактора (сезонное пыление растений) заболевание проявляется в определенные временные интервалы, четко ограниченные сезоном пыления. Типичное проявление сенной лихорадки — усиленное выделение носовой слизи и слезотечение, развитие риноконъюнктивита.

Аллергический ринит

В отличие от сенной лихорадки, при аллергическом рините действие аллергенов проявляется систематически, вне временных ограничений вследствие их постоянного присутствия в окружении пациента (домашняя пыль, перхоть или шерсть домашних животных и др.). Основное проявление аллергического ринита — хронический насморк, постоянная заложенность носа. Аллергический ринит часто переходит в бронхиальную астму.

Атопическая бронхиальная астма

Атопическая форма бронхиальной астмы — наиболее частое и тяжелое аллергическое заболевание. Именно быстрый рост заболеваемости бронхиальной астмой в первую очередь определяет социальную значимость проблемы расширения алергопатологии. Бронхиальная астма представляет собой в первую очередь воспалительное заболевание бронхов. В связи с особенностями строения лимфоидной ткани, ассоциированной с бронхами (высокое содержание тучных клеток и гуморальных факторов, определяющих Т_H2-ориентацию иммунных процессов), локальное воспаление обычно приобретает характер Т_H2-зависимого процесса с преобладанием эозинофильной инфильтрации и преимущественной секрецией Т_H2-цитокинов (№-4, №-5, №-13). Главное проявление этого сдвига — склонность к развитию бронхоспазма как реакции на действие аэроаллергенов. В силу хронического воспалительного характера заболевания в его патогенезе ведущая роль принадлежит не столько тучным клеткам и продуктам их дегрануляции, сколько факторам поздней фазы аллергических реакций

немедленного типа, ассоциированным с эозинофильной инфильтрацией. Выделяющиеся при этом цитокины и другие гуморальные факторы определяют важный патогенетический процесс — формирование гиперреактивности бронхов. Со временем повышается восприимчивость гладкой мускулатуры бронхов к действию различных факторов (не всегда специфических аллергенов), при этом развивается спастическая реакция. Следующий этап прогрессирования бронхиальной астмы связан с процессом ремоделирования слизистой оболочки. Атрофия эпителиального слоя и гипертрофия соединительной ткани и мышечного слоя бронхов способствуют сужению их просвета, делают менее надежным эпителиальный барьер и дополнительно повышают реактивность гладких мышц. В связи с ослаблением барьерной функции эпителия бронхов часто происходит присоединение инфекционного поражения. Под его влиянием иммунные процессы в бронхах могут приобретать черты ТЫ-зависимости. Несмотря на создание широкого арсенала средств, позволяющих контролировать заболевание, оно остается тяжелой инвалидизирующей патологией и способствует присоединению эмфиземы и воспалительного поражения интерстициальной ткани легких.

Атопический дерматит

Атопический дерматит — главная форма аллергопатологии, затрагивающей кожу. Это хронический процесс, основанный на аллергическом воспалении. При атопическом дерматите происходит инфильтрация дермы эозинофилами и другими клетками, привлекаемыми при аллергическом воспалении. В очагах поражения присутствуют также тучные клетки, Т-лимфоциты (преимущественно $CD4^+$ Т-клетки), секретирующие $IL-4$, $IL-5$ и $IL-13$. Реакция тучных клеток сопровождается их дегрануляцией и освобождением гистамина, что служит основой для одного из главных симптомов заболевания — кожного зуда. При атопическом дерматите поражается эпителиальный слой кожи, который подвергается атрофическим и дегенеративным изменениям. Дерма гипертрофирована и инфильтрирована клетками аллергического воспаления,

прежде всего эозинофилами и тучными клетками. В связи с повреждением эпидермиса, обусловленным как его атрофией, так и механическим повреждением (расчесы), к дерматиту часто присоединяются инфекционные поражения кожи. Они служат важным фактором переключения иммунных процессов на ТГ-зависимый путь. На поздних стадиях атопический дерматит имеет смешанную иммунологическую основу в связи с сочетанным действием продуктов ТГ- и ТГ2-клеток.

Теоретическая часть научно-исследовательской работы

Рост аллергической заболеваемости, отсутствие тенденции к снижению летальности от острых аллергических реакций, существенное влияние сенсibilизации организма на течение хронических болезней выдвигают проблему аллергической патологии на одно из первых мест в современной медицине (Балаболкин И.И., 1998). Анализ литературы свидетельствует о неуклонном нарастании частоты аллергических заболеваний за последнее десятилетие (Ильина Н.И., 2001, Незабудкин С.Н., 2001). Различные исследования подтверждают увеличение частоты пищевой аллергии, атопического дерматита и бронхиальной астмы (Шамова А.Г., 2001, Дрожжев М.Е., 2001 и др.)

Роль врача-педиатра

Участковый врач-педиатр оказывает первичную медико-санитарную помощь контингенту, сформированному преимущественно по территориальному принципу и на основе свободного выбора врача пациентами. Цель работы участкового педиатра заключается в сохранении здоровья, снижении заболеваемости и смертности детей всех возрастов, обеспечении оптимального физического и нервно-психического развития детей.

1. обеспечение контактов и преемственности в работе с врачами женской консультации для наблюдения за беременными женщинами, особенно из группы риска;
2. рекомендаций по специфической и неспецифической профилактике
3. составление плана прививочной работы и контроль за его выполнением, осуществление вместе с другими специалистами реабилитации взятых на учет детей
4. направление детей на лечение в стационар, в случае необходимости принятие всех мер для экстренной госпитализации больного
5. информирование руководства поликлиники о случаях, когда по каким-то причинам тяжелобольной ребенок остается не госпитализированным
6. отбор и соответствующий учет детей, нуждающихся по состоянию здоровья в санаторном и курортном лечении.

Актуальным является вопрос наблюдения и лечения детей с аллергическими заболеваниями на педиатрическом участке. В задачи педиатра, помимо осмотров, входит выявление семейных факторов риска формирования АД и БА (очаги инфекции в семье, условия быта, особенности питания семьи, психологический климат в семье). Диагностика отклонений в состоянии здоровья детей, назначение диеты, базисной и симптоматической терапии, согласование рекомендаций других специалистов (гастроэнтеролога, отоларинголога, невропатолога, дерматолога, эндокринолога и др.) в рамках единой реабилитационной программы для каждого ребенка, профилактическая работа в семье – вот те основные ключевые моменты работы врача-педиатра с данной группой детей.

При динамическом наблюдении детей с аллергическими заболеваниями кратность осмотров педиатром в периоде обострения – 1 раз в 2–3 дня, затем – 1 раз в 7–10 дней. В периоде ремиссии – 1-й год 1 раз в 3 месяца, 2-й год 1 раз в 3–4 месяца, 3-й год 1 раз в 6 месяцев.

Значительная часть больных с легкими формами аллергических заболеваний может быть обеспечена адекватным лечением при обращении к участковым

педиатрам. Они должны поставить диагноз, провести дифференциальную диагностику, дать общие рекомендации по коррекции питания и контролю за гигиеной жилища, начать терапию для снятия обострения, при неэффективности назначенной терапии проконсультировать у аллерголога, при тяжелом течении дать направление на стационарное лечение и обследование. В периоде ремиссии обеспечить проведение аллергологического обследования у специалиста-аллерголога.

Больные со среднетяжелыми и тяжелыми формами аллергических заболеваний нуждаются в специализированной помощи (иммунолога-аллерголога, пульмонолога).

В амбулаторных условиях тактика ведения детей раннего возраста должна включать следующие моменты:

Дети первого года жизни наблюдаются педиатром, в задачу которого входит постановка диагноза, проведение дифференциальной диагностики, назначение лечения.

При сомнении педиатра в правильности диагноза или сохранении, несмотря на проводимое лечение, обострения заболевания продолжительностью более 1 месяца – консультация детского аллерголога, пульмонолога или дерматолога.

При легком течении аллергического заболевания амбулаторное обследование и лечение у педиатра. Проводимые мероприятия направлены на сохранение естественного вскармливания, восстановления пищеварения и всасывания, коррекцию неврологических нарушений.

Возможные ошибки врача на этом этапе.

Рекомендации прекратить естественное вскармливание. Пассивная тактика при наличии персистирования заболевания, ожидание самопроизвольного

выздоровления. Ограничение или отказ от использования наружных или ингаляционных КС при наличии показаний. Недооценка показаний к назначению гипоаллергенных смесей (гидролизатов). Необоснованное или длительное назначение элиминационных диет с неполноценным набором пищевых ингредиентов ребенку или кормящей матери. Необоснованный отвод от профилактических прививок. Проведение вакцинации без соответствующей подготовки.

Вакцинация детей, страдающих аллергическими заболеваниями.

Создание специфического противoinфекционного иммунитета у больных детей является важной задачей здравоохранения. Дети, страдающие аллергическими заболеваниями, должны быть привиты в соответствии с национальным календарем профилактических прививок (приказ МЗ № 229 от 27.06.01). Для сведения к минимуму поствакцинальных реакций и создания надежного иммунитета необходимо учитывать следующее:

Характер возможной сенсибилизации пациента (белок куриного яйца, антибиотики, дрожжи, желатин и т.д.); Состав используемых вакцин (стабилизаторы, адьюванты и т.д.); Возможное проведение пациенту с аллергическим заболеванием АСИТ, курсов лечения гистаглобулином либо ГКС. Выполнение безопасной и эффективной вакцинации пациентов с аллергическими заболеваниями предусматривает следующие положения: Индивидуальный подход к вакцинации пациентов с разработкой индивидуального графика вакцинации; Предпочтительное проведение вакцинации календарными и внекалендарными вакцинами в стадии стойкой ремиссии, либо спустя 2 недели – 1 месяц после купирования обострения; Если больной с аллергическим заболеванием получает ГКС, то необходимо поставить вопрос об ограничении выбора вакцин, либо об изменении сроков вакцинации; (так, при пероральном или парентеральном введении ГКС в дозе 2 мг/кг/сут преднизолона длительностью 14 и более дней вакцинация может быть проведена не ранее чем через месяц после окончания курса лечения; если доза гормонов и продолжительность их введения

меньше указанных выше, то вакцинация проводится либо сразу по окончании гормонотерапии, либо – по эпидпоказаниям – на фоне гормонотерапии; местное использование гормональных средств не препятствует проведению вакцинации); Если больному с аллергическим заболеванием проводится лечение гистаглобулином, то профилактические прививки следует назначать не ранее 1,5–2 мес после окончания лечения; Больным с сочетанной аллергопатологией, получающих курс АСИТ, можно проводить прививки, отменив за 1,5–2 мес до вакцинации курс АСИТ, и продолжить его через 2 месяца после вакцинации; Создавая индивидуальный график вакцинации пациентов с аллергопатологией, следует предусматривать одновременное введение нескольких вакцин, что сокращает длительность вакцинации, но не увеличивает риск поствакцинальных осложнений; При возможности выбора вакцинных препаратов целесообразно использовать комбинированные, а не моновакцины; Следует подходить к выбору вакцинных препаратов с учетом сенсibilизации больного с аллергопатологией, поскольку состав разных вакцин для профилактики одной и той же инфекции может быть разным в зависимости от страны-изготовителя (таблица); Абсолютным противопоказанием для дальнейшей вакцинации детей является указание на развитие анафилактического шока на введение любого вакцинного препарата; На ранний поствакцинальный период (до 1 мес) не следует планировать больному с аллергопатологией проведение каких бы то ни было диагностических исследований *in vivo* с использованием аллергенов.

Собственное исследование

Практика проходила в ГУЗ «ДКП № 15» Центрального района Волгограда педиатрическом отделении №2. Участок №13.

Зоны обслуживания:

- ул.Ткачева(7б, 9,11,13,13а,15,15а,17)

-ул.Двинская (8,10,11,11а,12,13,13а,14)

-ул. Новороссийская(77)

-ул. Рокоссовского (42,44)

Количество детей на участке-850; из них первого года жизни -300 ;

Мальчиков -450; девочек -400;

Удельный вес аллергопатологии на участке

$$\text{Удельный вес} = \frac{\text{Часть целого}}{\text{Целое}} \times 100\%$$

Всего детей на участке 850; из них с аллергопатологией 19 детей:

-Атопический дерматит-2 (мальчик 1 год 5мес ; мальчик 14 лет);

-Бронхиальная астма- 5 (девочка-2 года; мальчик-3 года, мальчик 5 лет; девочка-13 лет; девочка 17 лет);

-Диатез-2 (мальчик-3 мес, девочка-5 мес);

-Пищевая аллергия -8 (девочка- 2 мес; мальчик-8 мес; мальчик-2года; девочка-3,5 года; девочка-5,5лет; девочка-8 лет; мальчик-9 лет; мальчик-11 лет);

-Сенная лихорадка-1(девочка 10 лет);

-Холодовая аллергия-(1 девочка 16 лет);

Удельный вес=2,23



Вывод

Миллионы людей страдают аллергическими заболеваниями. В России до сих пор не могут сосчитать людей, страдающих той или иной формой аллергии.

По самым оптимистичным данным, таких в стране около 10%. Согласно более пессимистичной версии статистики, эта цифра достигает 30%, и скорее всего именно она является корректной, в этом уверены ведущие врачи-аллергологи страны.

Нужно отметить, что аллергические заболевания в отличие от многих других хронических заболеваний начинаются в молодом возрасте.

Ребенок, страдающий бронхиальной астмой и экземой, лишен многих радостей в детстве и дальнейшей жизни. О его физических и нравственных страданиях в течение всей жизни знают только его близкие и лечащий врач.

Смертельные исходы при укусах насекомых или введении аллергенного медикамента в настоящее время нередки.

Тяжелое астматическое состояние, длящееся 3--4 дня, также может закончиться смертью больного. Конечно, по сравнению с числом больных аллергическими заболеваниями процент смертности от них невелик. В старости тяжесть аллергических проявлений увеличивается из-за присоединения осложнений, от которых страдает больной.

При бронхиальной астме повторные инфекции дыхательных путей приводят к возникновению обструкционной эмфиземы легких. Инфекции, кроме того, усиливают сенсibilизацию организма: например, при повторных инфекциях дыхательных путей аллергическая ринопатия превращается в гиперпластический синусит, который практически неизлечим.

Лучшим методом лечения аллергических болезней является полное прекращение контакта с выявленным аллергеном. Если контакт с аллергеном прекратить невозможно, то следует применить активную специфическую и неспецифическую терапию, которая за 50 лет сделала большие успехи по сравнению с лечением таких болезней, как инфекционный неспецифический полиартрит и сосудистые заболевания.

Аллергические тесты позволяют выявить специфический аллерген при многих аллергических заболеваниях кожи и дыхательных путей. Специфическая гипосенсibilизация дает хороший терапевтический эффект. Применение глюкокортикоидов дало медицине мощное оружие в борьбе с тяжелыми аутоаллергическими заболеваниями, ранее считавшимися неизлечимыми. Разумное применение этих препаратов при тяжелых аллергических заболеваниях на протяжении всей жизни больного позволяет вернуть «в строй» многих больных, ранее считавшихся безнадежными.

Последнее слово науки в аллергологии еще не сказано. В настоящее время ведутся исследования по изучению веществ, которые могут тормозить биосинтез гистамина и ускорять его разрушение. Применение депо-аллергенов позволяет уменьшить количество инъекций при специфической гипосенсибилизации больного.

Представляют интерес случаи спонтанного излечения некоторых аллергических заболеваний, когда клинические симптомы исчезают без всякой видимой причины или при остром инфекционном заболевании. Механизм этих спонтанных ремиссий или полного выздоровления еще не изучен.

В настоящее время достигнуты успехи в лечении многих аллергических болезней, и это позволяет оптимистически смотреть в будущее.

Список литературы

1. Аллергические болезни у детей / Под редакцией М. Я. Студеникина, И. И. Балаболкина.-М., 2016 г.
2. Аллергология в схемах и таблицах. Ярилин А. А. Санкт-Петербург, 2014г.
3. Поликлиническая педиатрия. Конспект лекций. Дроздова М.В., Дроздов А.А. 2010 г.
4. Учебное пособие для врачей подготовлено Маюн Л.Б, Гаймоленко И.Н. – Чита,2012.- 68 с
5. Волкова Л.И., Штейнгардт Ю.Н. Медицина и общество, врач и пациент в 21 веке //Российский медицинский журнал. -2013. - №6. - С. 9-10.
6. Ярилин А.А.. Иммунология.2010 г.
7. Вакцинология - Медуницын Н.В. - Практическое пособие 2014 г.
8. Доказательная аллергология-иммунология - Колхир П.В. - Практическое пособие 2015год.

Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренная рабочей программой производственной практики «Производственная клиническая практика (помощник врача детской поликлиники, научно-исследовательская работа)» обучающегося 5 курса по специальности 31.05.02 Педиатрия 1 группы

Закичная Анна Артаковна

Работа выполнена на соответствующем требованиям программы практики методологическом уровне. Автором поставлена конкретная, достижимая к выполнению цель исследования. Задачи позволяют полностью достичь поставленной цели. Стиль изложения материала логичен. Автором проанализированы основные источники литературы по данной теме.

В ходе проведенного анализа недостатков не выявлено.

Все разделы логично и последовательно отражают все вопросы по решению задач, поставленных в работе.

Автор демонстрирует хорошее знание современного состояния изучаемой проблемы, четко и ясно изложены все разделы.

Обзор литературы основан на анализе основных литературных источников, отражает актуальные и нерешенные проблемы изучаемой области медицины.

Объем и глубина литературного обзора указывают на удовлетворительное знание автора об исследуемой проблеме.

Последовательность изложения соответствует поставленным задачам. В обсуждении результатов исследования подведены итоги работы, дан глубокий анализ, свидетельствующий о научной зрелости автора. Сформулированные выводы логично вытекают из имеющихся данных. Работа написана простым литературным языком, автор не использовал сложных синтаксических конструкций, материалы изложены связно и последовательно. В целом работа заслуживает положительной оценки.

Фактический материал обширен, статистически грамотно обработан и проанализирован.

Выводы соответствуют полученным результатам, логически вытекают из анализа представленного материала, обоснованы и подтверждены результатами статистического анализа.

Работа представляет собой завершённое научное исследование.

Руководитель практики:



О.В. Полякова