

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ**

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ**

ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ



**ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ
«XXI АСР – ИНТЕЛЕКТУАЛ АВЛОД АСРИ»
ШИОРИ ОСТИДАГИ
«ТИББИЁТНИНГ ДОЛЗАРЪ МУАММОЛАРИ»
МАВЗУСИДАГИ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ**

ТЕЗИСЛАР ТЎПЛАМИ



Тошкент - 2015

EXTRACTION AND NON-EXTRACTION TREATMENT OF MALOCCLUSION AT CHILDREN.

**Azizova M.S., Gulyamov S.S.
Tashkent Pediatric Medical Institute**

Purpose: The comparative characteristic treatment of orthodontic patients with extraction and non-extraction of the teeth.

Materials and methods: Depending on type of malocclusion, orthodontist may recommend various treatments, which can include braces, removable appliance and extra oral force. To our study, we used extraction and non-extraction method of class 3 malocclusion. The local ethics committee of Tashkent Pediatric Medical institute department of Otorhinolaryngology and Stomatology Tashkent, Uzbekistan approved the study design. 50 patients between 7-18 years old with class 3, between January 2012 and 2014 were studied. 30, which in control group with extraction to correct malocclusion, and 25 used non-extraction treatment. Patients were controlled every month.

Results: Results shows that patients with a concave profile, we advise extraction treatment than non-extraction with extra-oral force, it is difficult to reach good result without extraction at the children without good cooperation. All patients had controlled addictions, which could aggravate process treatment, after elimination of addictions treatment was satisfactory and in short terms.

Conclusion: We consider extraction method to be a safe and effective for malocclusion treatment. We recommend this as a suitable alternative method of malocclusion. Thus it is worth to remember that an effective treatment of a class 3 malocclusion depend on the reason if the reason this heritable that can be gained the best effect by method of orthognathic surgery after the end growth of patient or child.

STUDY OF HEART RATE VARIABILITY IN SUBJECTS WITH FAMILY HISTORY OF HYPERTENSION.

Asomov M.I., Kadirova G.G.

Tashkent Pediatric Medical Institute

Introductions: Hypertension (HT) is a major silent disease affecting young people because of their hereditary and modern lifestyles. Target organ damages occur before hypertension is diagnosed. Many offspring of HT parents show early changes in their cardiovascular autonomic functions. Heart rate variability (HRV) is a noninvasive, practical and reproducible measure of autonomic nervous system function. Heart rate variability (HRV) provides a window to understand the cardiac autonomic balance.

Aim: To quantify and to compare the HRV among the normotensive young male offspring without family history of hypertension (control group, $n = 20$, age 22.4 ± 1.4) with family history of hypertension (study group $n = 30$, age 20.5 ± 1.9).

Method: 30 subjects with family history of hypertension, 20 subjects without family history of hypertension. Blood pressure, heart rate (HR), indices of short term HRV during supine rest and quiet standing, HR variation during timed controlled deep breathing was compared between the two groups.

Results: There were significant difference in low frequency (LF) power, HF power, total power. LF and HF expressed also in normalized units at rest and standing. In time domain standard deviation of normal to normal RR interval (SDNN) at supine rest and standing were significant. Respiratory sinus arrhythmia (RSA), HF in normalized units, deep breathing difference (BDD) and the ratio of maximum RR to minimum RR were also significant in the control group than study group. In the present study there was an increased sympathetic and decreased parasympathetic activity in the study group.

Conclusions: Measurement of HRV and its components is of major interest for medical practitioners and public health specialists, in order to predict and evaluate the risk of cardiometabolic events related to lifestyle factors. These findings which were underwent in subjects of two groups are an early markers of cardiovascular autonomic impairment in subjects with family history of hypertension.

MODERN APPROACH TO THE DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF CRANIOPHARYNGIOMAS IN CHILDREN

Ibragimov S.X., Fayzullayev R.B.
Tashkent Pediatric Medical Institute

Craniopharyngiomas are congenital brain tumor, which develop from of embryonic cells of epithelial structure of pituitary tract. Among the tumors of the hypothalamic-pituitary region the most common in children is craniopharyngioma, which consists 5-17% of all intracranial tumors. Craniopharyngiomas are the most widespread supratentorial tumors in children. Despite the fact that there are a large number of publications currently devoted to various aspects of the issues of diagnostics and surgical treatment of craniopharyngiomas in children, these tumors remain one of the most complicated problems of child neurooncology. Deep location of these tumors close to vital structures, a variety of topographic - anatomic variants, particularly histobiology determine the significant complexity of surgical treatment of craniopharyngiomas.

Purpose: To study the results of treatment of children with craniopharyngiomas by analyzing results of examination and optimize surgical tactics.

Materials and methods: We analyzed the result of treatment of 42 patients who were treated in Republic Research Centre of Neurosurgery during the period of 2013-2014 years. Age of patients ranged from 1 to 18 years (average: 10.3), there were 23 females (54,8%) and 19 males (45,2%). Among patients 33 (78.7%) were newly diagnosed. The reminder 9 children (21.4%) were admitted due to relapse of craniopharyngiomas. All patients were fully examined. Among them 41 (97.6%) patients were examined by MRI. The other 1 patient was examined by CT.

Results and discussion: When we analyzed case histories of patients, we revealed that, patients with craniopharyngiomas have a wide variety of disorders. We subdivided complaints of patients into 4 groups: Firstly, the most patients had common brain signs, which include headache, dizziness, nausea, vomiting. 28 (66.6%) patients complain to headache. Second group is endocrinological disorders which were occurred in 23 (54.7%) patients. Next group is ophthalmologic complaints - in 42.8% (18) patients. Last group is mental and developmental retardation which is revealed in 5 (11.9%) patients.

34 (80.1%) patients are operated in our Centre. 8 (19%) children were not operated and treated with X-ray alone. In postoperative period 14 (33.3%) children received X-ray therapy. In 8 (23.5%) patients tumor was removed totally, in 17 (50%) – subtotal, in 3 (8.8%) partial. To 6 (17.6%) patients carried out puncture of craniopharyngeal cyst.

In our observation 24 (57.1%) patients had good outcome, in 9 (21.4%) patients occurred relapse of craniopharyngiomas. 7 (16.6%) patients was not followed up. Mortality rate was 4,8% (2 patients).

Conclusion: Total tumor removal supplemented with X-Ray therapy decline quantity of relapses in postoperative period.

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL FEATURES OF AFFECTIVE DISORDERS IN CHILDREN WITH AUTISTIC SPECTRUM DISORDERS

Irmukhamedov T.B.

Tashkent Pediatric Medical Institute

Topicality. Study of regularities of mental development is one of the priority areas of research in recent years. This is especially important for children with autistic disorder. Studies of this area have shown that specific developmental disorders of mental functions in children with autistic disorder (pervasive developmental disorder) are associated with a primary deficit of affective sphere. Described the most typical options of autistic disontogenesis, which reflect the difficulty of forming the basic mechanisms of affective organization of behavior and consciousness (O.S. Nikolskaya, 1985).

The purpose of research is study the clinical and psychological characteristics of affective disorders in children with autism spectrum disorders.

Material and methods. The work was examined 36 children with autism spectrum disorders (29 boys and 7 girls) between the ages of 6 to 12 years. Examined patients were on inpatient and outpatient treatment in the City Children's psycho-neurological center. It was formed a control group for comparison. The control group consisted of 45 healthy children (28 boys), pupils of mass schools from 6 to 12 years. The study used clinical and psychopathological, clinical and catamnestic methods. To assess the signs of autism spectrum disorder was used an adapted questionnaire for parents of children with autism spectrum disorders.

The results of the study. Retrospective analysis of the development of children with autism spectrum disorders and the ability to monitor the characteristics of their interaction with the surrounding allowed to confirm and classify affective disorders in the early stages of autistic disontogenesis. Comparative analysis of the affective sphere in normal and autistic disontogenesis used to confirm the importance of the full formation in the earliest stages of affective interaction of mother with its baby, the content of which is the emotional and social development. Autistic disorders have trouble of maintaining the activity of the child in contact with others and the regulation of its affective states that in the control group provides the ability to separate adult and modulate its affective experiences, change their sign, gradually complicate their structure. Failure, omission or misstatement orientation of the child to emotional assessment of close adult leads to the fact that the limited positive impressions remain for him too exciting and rapidly induce satiety, neutral ones does not begin to attract attention, and the intensity of the negative that prevail, cannot be reduced. The features of the affective sphere associated with the intensive development of positive selectivity child - design preferences, habits, learning the proper order of things, the stability of themselves and others, which takes place under the supervision of an adult emotional in the control group. Limitations of self-regulation of the child, a strong trend in the prevalence of individual experience negative selectivity and the inability of its compensation in separation from loved ones experience leads to abnormal development of its individual affective adaptation mechanisms in autism spectrum disorder.

Conclusions. Thus, it is possible to make a conclusion about violation of affective sphere and adaptive behavior in children with autism spectrum disorders, deficiency of the conditions of formation of their own positive experience of life in the environment, and under changing circumstances. Affective disorders in children with autism spectrum disorders are manifested in violation of the regulation of adult activity and maintain affective stability of the child.

CLINICAL AND DYNAMIC PECULIARITIES OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER

Irmukhamedov T.B.

Tashkent Pediatric Medical Institute

Relevance. The problem of autism spectrum disorders in children is still relevant because of the severe social exclusion of patients. Based on the understanding of children autism as a pervasive disorder, autism is now considered as a distortion of mental development. The focus of the specialists are now not so much manifestations of deficiency of certain mental abilities of an autistic child, how many violations of the general laws of development of forms of its interaction with the outside world and with the close human. It is shown that progress in understanding of the nature of infantile autism can be achieved only in the knowledge of a single logic violation of affective and cognitive development of the child (B.Hermelin & N.O'Conner, 2005; Nikolskaya O.S., 2009).

The purpose of the study is analysis of clinical and dynamic characteristics of children with autism spectrum disorders.

Material and methods. It was examined 36 children with autism spectrum disorders (27 boys and 9 girls) between the ages of 6 to 12 years. Examined patients were on inpatient and outpatient treatment in the City Children's psycho neurological center. It was formed a control group for comparison. The control group consisted of 45 healthy children (28 boys), pupils of mass schools from 6 to 12 years. The study used clinical and psychopathological, clinical and catamnestic methods. To assess the signs of autism spectrum disorder was used an adapted questionnaire for parents of children with autism spectrum disorders.

Results and discussion. Analysis of clinical and dynamic characteristics of autistic disorders showed the gender and age patterns of development process and allowed to identify common and distinctive features of the main diagnostic criteria. Regardless of age and gender persist in children with autism spectrum disorder of all age groups disorder of social functioning (violation of peer relationships, lack of empathy for others, emotional reciprocity). The most volatile diagnostic criterion of this group - the possibility of establishing eye contact - common in all children up to 5 years, and to 12 years in violation of 75%. Violation of communication with others, manifested inability to establish a dialogue and the difficulty of forming role-playing games, is found in all children and not be overcome spontaneously. Delayed speech formation observed in autistic children up to 5 years in 85.7% of cases. By age 12 aborted speeches is marked half of the children. At the age before 12 verbal stereotypes detected in 71.4% of children. Inprogradiental process was registered in 63.3% of cases in children with autism spectrum disorder. Continuously sluggish during the process was registered in 24.6% of cases. 25.3% of families which had children with autism spectrum disorder had a history of mental disorders.

Conclusions. Analyzing the data, we can make a conclusion about a low level of social adaptation in children with infantile autism disorder at the time for psychiatric help. It was frequently communicative disorders like suffer of dialogic speech function, inability to initiate or maintain a conversation. Based on these results, we can assume that behavioral disturbances lead to disorders of communication, decrease with age.

RHEUMATOLOGICAL PATIENTS INTESTINE MICROFLORA AND NATURE OF ITS MODIFICATION WHILE NSAID THERAPY

Karimov M.Sh., Tukhtaeva N.Kh.

Tashkent Medical Academy

It is widely known that for non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAID) ulcerogenic side effect is intrinsic, conditioned by activity oppression (COX-1).

However, COX-1 oppression mediated synthesis of gastrocytoprojective prostaglandins is not a single mechanism of ulcerogenic complications occurrence, as the basis for implementing anti-inflammatory effect of NSAID series provides other mechanisms as well demonstrating such pharmacodynamic effect.

The objective of this research is to study NSAID (indomethacin, nimesil) affect in comparison with anti-microbe drugs (tarivid) for growth of main representatives of intestine microflora in vitro.

Materials and methods of research. "Lysis" degree assessment has been carried out in vitro for representatives of intestine flora while applying indomethacin, nimesil, as well as tarivid by disc-diffusion technique.

Outputs. Research results demonstrated that applied NSAID, just like known antimicrobe drug, oppresses growth of most representatives of intestine flora. However unlike tarivid, nimesil basically does not affect the growth of aurococcus, fungi, actinomycetes and Candida fungus. Unlike nimesil, indomethacin makes some affect on growth of aurococcus. Besides this, both drugs of NSAID group also affect the growth of Pseudomonas colonies. It is also interesting that if tarivid affects primarily the growth of pathogenic and conditional pathogenic intestine flora, then NSAID, especially indomethacin, drastically oppresses the growth of intestine saprophytic flora (Table 1).

№	Groups f microbes	No drug	Nimesil	Indomethacin	Tarivid
1	Candida fungus	+	-	-	5,0± 0,2
2	Actinomycetes	+	-	-	12,0±0,5
3	Fungi	+	-	-	5,0±0,2
4	Aurococcus	+	-	6,0 ± 0,2	18,0±0,7
5	StaphylococcusEpidermis	+	5,0±0,2	12,0 ± 0,5	18,0±0,6
6	Staphylococcus of group A	+	6,0±0,3	10,0±0,3	20,0±0,6
7	Staphylococcus of group D	+	8,0±0,2	12,0±0,4	20,0 ±0,4
8	Escherichia LP	+	6,0 ± 0,3	8,0 ± 0,2	25,0 ±0,7
9	Escherichia LN	+	6,0 ± 0,3	6,0 ± 0,3	20,0 ±0,5
10	Pseudomonas	+	-	-	20,0 ±0,5
11	Diphtheroid	+	10,0±0,3	14,0±0,2	22,0±0,3
12	Klebsiella	+	6,0±0,2	8,0±0,3	25,0±0,8
13	Proteus	+	6,0±0,1	8,0±0,3	20,0±0,4
14	Lactobacilli	+	6,0±0,1	10,0±0,2	21,0±0,5
15	Bifidus bacteria	+	5,0±0,1	10,0±0,2	18,0±0,4

This research provides following conclusions:

1. NSAID, like other antimicrobe drugs, oppresses in vitro intestine microflora growth.
2. NSAID, unlike other antimicrobe drugs, rather expressively oppresses growth of saprophytic flora representatives.

VALUE OF LEUKOCYTE INDEX OF INTOXICATION AT CHILDREN WITH VIRAL HEPATITIS A

Makhmudov D.L., Usmanova L.B.
Tashkent Pediatric Medical Institute

Actuality: The VHA is one of the most widely used in the world of intestinal infections. WHO reports on approximately 1.4 million. HAV cases recorded annually. On average, the direct and indirect costs associated with the infection can reach 2,459 US dollars for each case in the adult and US \$ 1,492 - a child. Costs associated with viral hepatitis were evaluated annually in the world from 1.5 to 3 billion. US dollars.

Objective: Using LII assess the severity of endogenous intoxication (EI) in patients with CAA, to calculate the probability of complications and determine the tactics of GPs in relation to these patients.

Material and Methods: We conducted clinical trials on the basis of GIBN^{№5} children's department of Tashkent. Conducted a retrospective analysis of 50 case histories of patients who left the hospital with a diagnosis of HAV and analysis of 15 case histories of patients are at this moment in treatment. Calculation LII we produced the formula YY Kalf - Kalifa

Results: EI, like any morning sickness - is cascading, phasic capable of progression generalized process caused by accumulation in the bloodstream of toxic substances in concentrations exceeding the functionality of natural systems neutralization with consequent damage to other organs and body systems. This damage, in turn, significantly modify the structure and function of cellular and subcellular membranes, causing a second wave of intoxication and closing the vicious circle of the critical state. LII is by far the most common index of intoxication in various sectors medicine. Normal value LII ranges from $0,62 \pm 0,09$ to $1,6 \pm 0,5$ усл. ed. Increase this index indicates an increase in the level of EI and activation processes of decay. LII $2,7-3,7 \pm 0,67$ conv. u corresponds to a mild degree of intoxication, $3,6-4,8 \pm 0,53$ conv. u - The average degree, $5,8-8,5 \pm 1,4$ - severe, $LII > 8.6$ cond. u indicates very severe EI. In the course of our analysis revealed that the LII in patients with mild hepatitis A was increased within 15% of normal. In moderate and severe course of viral hepatitis A LII increased to 20-25% of normal. It should be noted that the peripheral blood fully reflect the severity of the clinical course of the disease.

Conclusion: LII is promising in assessing the severity of viral hepatitis A, the effectiveness of the therapy, gives an indication of the severity of the inflammatory process and the associated EI. Using LII in the complex compared with the clinical manifestations of the disease in the field of SAP and the joint venture will help to identify patients with severe CAA and guide them in the hospitals, and patients with mild treated as outpatients, thereby reducing the annual public cost of fighting the disease.

CHANGES OF CLINICAL AND BIOCHEMICAL PARAMETERS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C, TAKING INTO ACCOUNT THE TYPE OF THERAPY

Makhmudov DL Abdullaeva U.U., Tadgijev B.M.
Tashkent Pediatric Medical Institute

Actuality: According to the WHO, to date, there are about 170 million. Infected with hepatitis C virus in Uzbekistan, according to the data for 2010, the incidence rate of the population was 34.3 per 100 thousand. Population, and among children with 1.84 100 thousand. The infection is caused by the hepatitis C virus is a major cause of chronic liver disease. Viral hepatitis occupy a leading position in infectious diseases of man.

The aim of the work was to study the comparative effectiveness of mono- and combination of pathogenetic therapy of patients with chronic hepatitis C (CHC) and the effect of treatment on clinical and biochemical parameters. The study included 23 patients with chronic hepatitis C, aged 22 to 54 years. The average length of stay of 14 bed-days.

Results: The first group consisted of 9 persons receiving monotherapy α -interferon (3 million altevir 3 times a week.). The second group consisted of 7 people who were assigned combination therapy α -interferon and ribavirin. The third group of 7 people received pathogenetic therapy (hepatoprotectors). Initially, in all groups of patients in 21 bolnyh (91.3%) cases have been complaints of pain and heaviness in the right upper quadrant, in 20 patients (86.9 = 87%) showed an increase in the liver by an average of 2 cm, in 6 patients (26%) indicated nausea, loss of appetite. Of biochemical parameters in 5 patients (21.7%) patients with serum total bilirubin was increased on average 4.5 times, 3 times in ALT, AST 2.1 times in 3 patients (13%) patients had a decrease in PB and in 4 patients (17.3%) increase in performance thymol. As a result of treatment in a hospital in the first group in 7 patients (77.7%) patients occurred normalization of biochemical parameters in 7 patients (66.6%) had a decrease in the liver, the almost complete absence of complaints, however, 1 patient (11.1 %) remained dyspeptic symptoms such as nausea and loss of appetite. In the second group there were no clinical manifestations with a persistent reduction of biochemical parameters in 6 patients (85.7%) patients. In the third group, reduction of biochemical parameters was observed in 3 patients (42.8%), but in 4 patients (57.1%) patients remained heaviness in the right upper quadrant, decreased appetite and efficiency.

Conclusion: Thus, the most rapid positive dynamics normalization of clinical and biochemical parameters was observed in patients during combination therapy with recombinant α -interferon and nucleoside drugs. When used in the treatment of monotherapy and pathogenetic therapy determined the lowest percentage of positive response to treatment.

PECULARITIES OF INDICES FOR LABORATORY INSTRUMENTAL STUDY IN CHILDREN WITH JUVENILE RHEUMATOID ARTHRITIS.

Musaeva B. B., Umarnazarova Z.E.
Tashkent pediatric medical institute.

Actuality. Juvenile rheumatoid arthritis is a disease, in pathogenesis of that together with immune system the important part belongs to hemostasis. At present it is known, that one of the leading elements in pathogenesis of occurrence and progressing disease, is complex disorders of microcirculatory hemodynamics and rheological properties of blood. The varied directions of changes in indices of hemostasis make difficult the diagnosis.

The aim of study: to study peculiarities of indices for laboratory instrumental researches in children with juvenile rheumatoid arthritis.

Material and methods of study: 22 patients with juvenile rheumatoid arthritis at the age from 3 to 18 years were examined, among them were 10 girls (45,5%) and 12 boys (54,5%). The duration of disease was from 2 months to 7 years. The diagnosis juvenile rheumatoid arthritis was made at present not less 4 main diagnostic criteria of arthritis. All patients were taken general blood analysis, urinalysis and stool, biochemical blood analysis, coagulogram and also instrumental ways (roentgenography of damaged joints, ECA, EcoCT, USI).

Results. Our complex studies showed that 17 children (77,3%) were diagnosed articular form of disease and 5 children (22,7%) had articular visceral shape. Among patients the slow progressing course of disease was in 14 (63,6%) children, quickly progressing were in 8 patients (36,4%), vascular thrombocytar disorders at 13,6% patients were revealed with presence of petechial rash, 18,1% children marked episodes of epistaxis. The data of clinical symptoms are typical for thrombocytar dysfunctions. At high activity of process, firstly, the indices of vascular thrombocytar hemostasis elements that was characterized with change of thrombocytes number. 36,4% patients marked increase of thrombocytes. Among the examined 18,1% patients revealed changes in morphology of erythrocytes and leucocytes as anisocytosis and poikilocytose. 20 (91%) children revealed hypochromic anemia, 9 (41%) children have leucocytosis, 8 (36,4) have acceleration of erythrocytes sedimentation rate. Together with disorder of vascular thrombocytar elements of hemostasis, 36,4% patients with fast progressing course of disease revealed activation of coagulational hemostasis, that witnessed on increase of fibrinogens level. At X-ray study of joints 36,4% patients revealed juxta-articular osteoporosis and constriction of articular slit. At USI 18 patients (81,8%) marked reactive changes of liver, 4 patients (18,2%) revealed chronic cholecystitis, 8 children (36,3 %) revealed conglomerates of kidneys salts. On ECG 15 patients (68,2%) revealed disorder of cardiac rhythm.

Thus, disorder of different elements for hemostasis system in patients with juvenile rheumatoid arthritis can have various course: from vasculothrombocytar disorders from increase level of thrombocytes to microthrombovasculitis, so at administration medication it is necessary to evaluate the initial hemostasis indices and to carry out laboratory monitoring of indices data on the background of the treatment.

DEEP FLUORIDATION OF HARD DENTAL TISSUES AND ADVANTAGES, INDICATIONS FOR USE IN CLINICAL PRACTICE AFTER THE APPLICATION OF THE BRACKET SYSTEMS IN CHILDREN.

**O.A. Pulatov, M.S. Azizova, N.S. Madaminova
Tashkent Pediatric Medical Institute**

Introduction Fluoride is most important preventive chemical agent because it promotes remineralization. The effect of fluoride is largest for smooth surface relatively small for pits and fissures. Fluoride reduces enamel solubility, thereby reducing the capacity for Ph neutralization by dissolved minerals implying that the bacterial acids may diffuse deeper into the fissures (1). Using long time brackets becomes ph changes and then demineralization.

Materials and methods The study design was approved by the local ethics committee of Tashkent Pediatric Medical Institute department of Otorhinolaryngology and Stomatology Tashkent, Uzbekistan. 120 patients between 14-16 years old with bracket system between January 2013 and 2014, 60 on which in control (bracket system used deep fluoridation method with fluoride lacquer) group and 60 used Nanoflour group. Informed and consent was obtained from each subjects allowing randomization, using random number table, prior to research. Patients with anomalies of dentition, crowding the upper and lower teeth of dentition and teeth malocclusion of upper and lower jaws was fixated with bracket system. Ph – metry showed us low-pH solutions pH 5.97 ± 0.02 in two groups. Radioactivation neutron method (determination of the mineral composition of enamel and dentin). Institute of Nuclear Physics, Tashkent, Uzbekistan.

Raster Electron ion Scanning Microscope Quanta Hitachi H-600. Gave us to see demineralization degree of dentin and enamel layers.

Results. Age difference between two groups was significant. Using deep fluoridation in control group showed us perfect remineralisation of dentin and enamel layers.

Conclusion. We consider deep fluoridation method to be a safe and effective alternative to demineralization after using bracket system. We recommend this as a suitable alternative method of Bracket System.

USING OF INHIBITORS OF FDE-5 AND ANTOGONISTS OF RECEPTORS FOR ENDOTHELIN-1 IN THERAPY OF HIGH PULMONARY HYPERTENSION IN CHILDREN (REVIEW OF LITERATURE SOURCES)

Pulatova R.N., Yunusova R.T., Saliev B.H., Usmanova N.A.
Tashkent Pediatric Medical Institute

Actuality. Ventricular Septal Defect (VSD) is the most frequent congenital pathology of heart and is revealed in average from 9 to 25% in children with congenital heart diseases (L.A.Bokeria, et al. 2001, W.Novick et. al., 2005). Some unsolved and disputable problems of treatment of the RPH are still actual because of development of threatening and dangerous complications of natural course of VSD (L.A. Bokeria, et al. 2001). Less researchings were devoted in studying the regression of dynamics of pulmonary hypertension.

Aim of study. The analysis of experience and results of surgical treatment of the ventricular septal defect and about using the modern technologies of treatment RPH in children by viewing of the literature sources.

Tasks of study. 1.To determine influence of preoperative medication therapy on state of hemodynamics for pulmonary circulation

2.To carry out data analysis of home and foreign literature on near and late results efficacy of therapy HPH in children.

Result of study. Coming from pathogenesis of PH, the tasks of PH therapy are:

1. Vasodilatation is relaxation of smooth muscles in pulmonary vessels;
2. Prevention or regression remodeling of pulmonary vessels;
3. Chronic anticoagulation is prevention embolism of pulmonary vessels and/or thrombosis in-situ. In treatment PH at modern stage the number of drugs are used: 1. Calcium antagonist; 2. Anticoagulant; 3. Oxygen therapy; 4. Prostaglandins and their analogues;5. Antagonists of endothelin' receptors; 6. Inhibitors of phosphodiesterase. Thus, endothelin-1 plays one of the leading parts in formation and progressing of PH and congenital heart diseases. It predetermines the important role of endothelin-1 receptors' blockators in PH therapy. Bosentan was the first blockator of receptors for endothelin-1 A and B- types for per oral intake. In prospective and randomized studies it was determined it's ability to decrease pressure in PA, lung's vascular resistance and improve cardiac ejection in patient of III-IV functional class. The dose of bosentan is 62,5 mg., 2 times in a day at the beginning, in 4 weeks of therapy at good tolerance the dose is doubled. The main result of therapy with bosentan became increase of survival during the year (96%) and 2 years (89%). Last time for pulmonary vasodilatation the sildenafil in hibitor of phosphodiesterase 5' type is used. Using of it is comfortable on the account of oral intake, just a few side effects and relatively less prices. The literature data witness on successful using sildenafil by patients with reactive PH. Little data on administration sildenafil in childhood point to selected reduction of pressure in pulmonary artery. The efficiency of sildenafil was proved in patients with congenital heart disease and right-to-left shunt. It is supposed that the drug can be effective in patients with PH of thromboembolic origin.

Conclusion. Thus, at present some success is reached in treatment RPH in children with congenital heart diseases. The most suitable by the literature sources is long use bosentan with sildenafil, that increase the percent of patients' survival for year, and, often to 2 years , increasing efficiency of treatment residual PH in presurgical correction of defect.

PECULARITIES OF CLINICAL FUNCTIONAL CHANGES IN CARDIOVASCULAR SYSTEM AT DIABETES MYELITIS TYPE 1 IN CHILDREN

Sadirkhodjaeva A.A., Ashurova D.T.

Tashkent Pediatric Medical Institute

Actuality. Medical social significance of diabetes myelitis 1 Type is determined by the increase of morbidity and development of chronic complications, taking to disability and mortality in young age. At present time at D.M.1 Type in child`s age the life time of patients is lower than population`s mean. The main causes of death are cardiovascular complications and sudden cardiac death.

Aim of study. On the base of complex study to research structural and functional state of cardiovascular system at DM1 Type in children from 5 to 18 years old, depending on age and disease`s length.

The task of study. To research peculiarities of clinical symptomatics of damage for cardiovascular system at DM 1 Type in children.

Materials and methods of study. We examined 55 patients at the age from 5 to 18 years in child`s department RSSPMCE with DM 1 Type and the length of disease from 1 month to 15 years old. Among the examining children were 32 girls (58,18%) and 23 boys (41,81%). The diagnosis DM 1 Type was made on the base of classification and diagnosis criteria of WHO with the account of anamnestic information, together with clinical sings and data of laboratory studies.

Results of study. Being under our observation children with DM 1 Type, were admitted to the clinic at different phase of carbon exchange compensation. 21 patients (38,18%) had subcompensation stage, 30 patients (54,54%) had decompensation stage, 3 patients (5,54%) had compensation stage, and, 1 patient (1,81%) DM 1 Type was revealed for the first time.

At examination of cardiovascular system the patients marked complaints: breathlessness was in 5 patients (9,09%), palpitation in 13 patients (23,63%), pains or unpleasant feelings in heart area were in 18 patients (37,72%). At objective study of cardiovascular system there were marked: tachicardia was in 11 patients (20%), bradicardia was in 1 patient (3,63%). At auscultation of heart it was revealed the dullness of heart sounds in 43 patients (78,18%), in 12 patients (21,81%) the heart sounds are clear. Systolic murmur on the apex was marked in 28 patients (50,9%).

At electrocardiographic examination of children with DM 1 Type it was revealed: normal synus rhythm was in 22 patients (40%), synus arrhythmia was in 3 patients (5,45%), synus tachicardia was in 26 patients (47,27%), synus bradicardia was in 4 patients (7,27%), 47 patients (85,45%) marked metabolic changes in myocard, and, 2 patients (3,63%) marked blocking or right peduncle for bundle of His.

Conclusions. At DM 1 Type in childhood the preclinical stages of cardiovascular complications, those are characterized with malsymptomic clinical course at the beginning period of disease and progressing development of dystrophic process in myocardium at continous course of DM that, on ECG examination it is determined as metabolic changes in myocardium.

OPTIMIZATION OF COMBINED ANESTHESIA IN PLASTIC CHILD SURGERY

Ubaydullaev S.B., Usmanova G.M.

Tashkent Pediatric Medical Institute

Actuality. Anesthesia in children differs from anesthesia in adults mainly due to anatomical - physiological and psychological characteristics of the child. Specificity of some surgical procedures in children has a definite significance. The volume and dimensions of the various anatomical structures and organs of a child is much smaller than in adults. Questioning anesthesia for plastic surgery attaches great importance, especially elaborately to the choice of anesthesia in burn treatment makes it a fact that the psychic of patients is often seriously injured during the disease, and surgery is sometimes necessary to perform in several stages.

The purpose of the study. Determine the best option of anesthesia study of the influence of the combined balanced anesthesia for surgical correction of post-burn scar deformities in children.

Materials and Methods: The study was conducted in 20 children (1-18 years) with scar deformities of the skin prepared for plastic surgery. Examined the general state of children, including peripheral (ACD, ADD, MAP, Dynamo HR) and central (echocardiography) hemodynamics, acid-base status of blood (ABS) (pH, pCO₂, pO₂, BE.). Patients were divided into 2 groups: the first group carried out a balanced intravenous anesthesia with mechanical ventilation on the basis of GHB (80-100 mg/kg) (10 children); in the second - a balanced intravenous anesthesia with mechanical ventilation based on propofol (2 mg/kg) was carried out. In all groups, premedication was standardized and was constructed from the classic combination of anticholinergic (atropine 0.025 mg/kg), sedative (sibazon-0.4-0.5 mg/kg), and antihistamines (dimedrol 0.1-0.5 mg/kg) intramuscularly 30-40 minutes prior to anesthesia. Induction of anesthesia was performed with ketamine 5 mg/kg intramuscularly. Myoplegia carried through arduan (0.06 mg/kg). Artificial lung ventilation (ALV) was performed apparatus Dräger Fabius Germany in normoventilation (pCO₂=34-38 mm.Hg.V.). Hemodynamic monitoring was conducted monitor UTAS (Ukraine). All of surgery were not accompanied by significant blood loss and intraoperative complications.

Results and Discussion: Comparison of TG and PG showed that the first group of reduction DT, ADD, MAP, heart rate of 15% in patients: heart rate after intubation was significantly decreased by 9.3% compared with progeny. On traumatic stage this indicator does not have significant differences from baseline. Similarly, the figures are as at the stage of the operation and after extubation. Projection fraction (EB) after intubation was significantly below the initial level and amounted to 97.2% of the initial value. On stage and traumatic after extubation rate was significantly higher initial EB 1.8 and 2.1%. At the stage of the operation, this figure was not significantly different from the initial value, the need to introduce GHB (100 mg/kg). Significant changes in the ABS stages of observation have been identified. Integrated indicator of acid-base status pH proved to be stable and not significantly changed at all stages of the study. Not significantly changed and the value of the partial pressure of carbon dioxide in arterial blood pCO₂. Patients 2 groups were observed decline in TG and PG: heart rate after intubation was significantly decreased by 4.3% compared with progeny. Similarly, this figure looks and traumatic phase and the operation and after extubation. ABS at the stages of observation not revealed: pH proved to be stable and not significantly changed at all stages of the study, pCO₂ arterial blood credibly was not changed.

Conclusion. Thus, the use of combined balanced anesthesia of propofol is optimal when selecting one anesthesia correction after burn dermal plastic deformation in childhood.

**COMPARATIVE EFFICACY AND SAFETY OF COMBINATION
PERINDOPRIL/AMLODIPINE AND AMLODIPINE MONOTHERAPY IN
HYPERTENSIVE PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME**

Uzokov J.K.

Tashkent Medical Academy

Background: The blockage of the RAS through ACEIs aids in slowing down the processes of endothelial dysfunction and subsequent atherosclerosis. ACEIs reduce angiotensin II production and suppress the degradation of bradykinin. This results in reduced oxidative stress, improved vasodilation and improved endothelial function. The renin-angiotensin system (RAS) is a common link between hypertension and comorbidities of obesity and metabolic syndrome (MS). CCBs inhibit the flow of extracellular calcium through ion-specific channels that span the cell wall. This causes vascular smooth muscle cells to relax and thereby results in vasodilation, blood pressure lowering and reduced peripheral arterial resistance.

Aim: Assessment the antihypertensive efficacy and safety of the combination perindopril with amlodipine versus amlodipine alone in self-identified patients with second stage hypertension patients with MS.

Material and methods: We have assessed 82 patients with MS who have second stage hypertension, aged 47-64 years old (mean: 54 ± 6). Patients, newly diagnosed and treatment naive or taking three or fewer antihypertensive drugs with a mean sitting systolic blood pressure (m-SBP) of 161-200 mm Hg were randomized to receive perindopril/amlodipine 4/5 mg or amlodipine 5 mg for 1 week; force-titrated to perindopril/amlodipine 8/10 mg or amlodipine 10 mg, for an additional 7 weeks. Overall, 82 MS patients had and m-SBP ranging from 166.0 to 166.7 mm Hg. Least-square mean reductions from 1 week to 8 weeks in m-SBP, the primary efficacy variable, were significantly higher with perindopril/amlodipine than with amlodipine in MS subjects (-38.2 mm Hg vs. -29.1 mm Hg; $P < 0.001$).

Conclusion: Both treatments were well tolerated. Perindopril/amlodipine 8/10 mg is more effective than amlodipine 10 mg in patients with second stage hypertension and MS.

INFLUENCE CHARACTER OF INTESTINAL WORM INVASION ON RATE DEVELOPMENT OF BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN WITH BRONCHO – OBSTRUCTIVE SYNDROME

**Khodjaeva.I.A., Karimova M.N.
Tashkent Pediatric Medical Institute**

Bronchial asthma takes one of the leading place among all allergic pathology. By date of epidemiologic studies from 2 to 13% children's population suffers from this disease, and, last years the prevalence bronchial asthma goes on development.

Aim: to study influence character of intestinal flora in children with broncho-obstructive syndrome on development bronchial asthma.

Material and methods of study: the research included 68 patients, suffering from acute obstructive bronchitis were 28 children, 41,2%, relapsing bronchitis was in 15 children, 22%, bronchiolitis was in 7 children, 10,3% pneumonia was in 18 children, 26.5%. Patients were in age from 3 to 15 years. All children were separated into 2 groups.

1 Group(main) were 30(62.5%)children with determined diagnosis bronchial asthma, in anamnesis having course with broncho-obstructive syndrome. 2 group(control) were 20(29.4%) children, suffering from above mentioned disease, and, they recovered without any complications.

Results of study: Our researches showed that all children from 1 group had risk factors of development for bronchial asthma in anamnesis. Particularly 26(86.6%) from them had burden hereditary anamnesis, 14(46.6%) had domestic allergy, 2(40%) had food allergy, 7(23.3%) pollen allergy, 4(13.3%), drug allergy. 7(23.3%) had domestic animals, 19 (63.3%) in laboratory they proved presence one or several forms worm invasions lambliosis, ascaridosis, enterobiosis. It should be shown that 22 (73.3%) patients from this group had simultaneously several risk factors, being above mentioned before.

It was determined, that children from control group had also predisposition to development bronchial asthma. In anamnesis 4(22.2%) of them had predisposition to allergic diseases, 5(27.7%) of them had food allergy, 2(11.1%) had allergy on pollen, 1 (5.5%) had allergy on drugs, 11(61.1%) of them had domestic animals, 2(11.1%) had eggs of worms in feces analysis.

Conclusion: By the results of study it was revealed that presence of worm invasion in children's intestines with predisposition risk factors of bronchial asthma together with "main" causes is important promoting mechanism in development of given pathology. Thus, with the aims of prevention development for bronchial asthma in children from risk group, it is necessary to pay attention to presence accompanying intestinal pathology in given patients.

MONITORING OF CHILDREN BORN WITH RETINOPATHY OF PREMATURITY OF MOTHERS WITH GESTATIONAL HYPERTENSION

Yuldasheva Z.B, Khamraeva L.S.
Tashkent Pediatric Medical Institute

Relevance. Preterm infants constitute a group at high risk of perinatal mortality, with ocular pathology in the first place can lead to a dramatic reduction of up to complete blindness and thus further aggravate the already difficult situation. Therefore, retinopathy of prematurity (ROP) is the leading cause of childhood blindness and low vision, remains the focus of ophthalmologists around the world for decades. One of the causes of retinopathy of prematurity (ROP) is the mother of gestational hypertension.

The purpose and objectives of the study. Monitoring of children born with retinopathy of prematurity of mothers with gestational hypertension.

Material and methods. A total of 40 premature infants (including 13 boys and 7 girls) between the ages of 2 to 30 days, born to mothers with gestational hypertension Republican Perinatal Center. Ophthalmologic examination of premature infants with ROP include an external examination, fundus retinal photo- graphic camera RetCam and ophthalmoscopy with binocular indirect ophthalmoscope.

Results and discussion. Gestational age preterm infants was 28 to 32 weeks and birth weight of 750-3200 m. All the children identified retinopathy of prematurity in various stages (according to international classification of retinopathy of prematurity, 1980.). A survey showed that 21 (52.5%) preterm infants RN 1 stage in 12 (30%) PH 2 stage in 5 (12.5%) PH 3 stages in 2 (5%) pH 4 stages.

Conclusion. Gestational hypertension is a significant cause of premature births. Thus the risk of developing retinopathy of prematurity is greatly increased.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ALLERGIC RHINITIS IN CHILDREN WITH IRON DEFICIENCY ANEMIA

**Yusupova S.R, Djabbarova D.R
Tashkent Pediatric Medical Institute**

Objective: The aim of our study was to evaluate the clinical efficacy of the drug in the form of Avamis nasal spray in 50 patients between the ages of 7 to 14 years. Of these, 32 acute allergic rhinitis, chronic relapsing at 8 rhinitis, atopic rhinitis in 10. Disease duration was 7-18 days.

Material and methods: a core group consisted of patients with allergic rhinitis. Clinical manifestations of rhinorrhea, itching, and conjunctivitis. Clinical effect of using the drug Avamis in 40 patients, with a significant improvement of the patients had already 2-3 days of treatment. In 48 patients with chronic recurrent allergic rhinitis diagnosed clinical effect on the second day of treatment, decreased and disappeared completely rinnoyeya and itching. Patients receiving treatment with Avamis, there was no drowsiness, decreased performance and concentration. Two patients with allergic rhinitis complained of dry mouth.

Results and discussion: to assess the therapy the patients were divided into 2 groups: I group of 25 patients who received conventional therapy (antibiotics administered / m + symptomatic therapy). Group II 25 patients who received conventional therapy + extra spray Avamis. Evaluation results of the study were evaluated on the following criteria: Regression rinoskopicheskoy pattern of inflammation in group I happened on the 5th day of treatment, in group II on day 2 of treatment.

Conclusions: Thus, the foregoing leads to the following conclusions Avamis- highly effective agent for the treatment of acute and chronic allergic diseases. The maximum effect is obtained by hay fever with clinical appearances rinokonyuktivita. The drug can be successfully used in combination in patients with allergic rhinitis. An important advantage is the lack of preparation Avamis hypnotic and sedative effects when used in therapeutic doses.

ОСЛОЖНЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА У ДЕТЕЙ

Абдувалиева М.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Сахарный диабет (СД) относится к числу наиболее распространенных хронических заболеваний, как среди взрослого населения, так и среди детей и подростков. У детей это заболевание характеризуется острым началом, абсолютной инсулиновой недостаточностью, склонностью к кетоацидозу и развитию сосудистых микроангиопатий. Это в свою очередь приводит к ранней инвалидизации, снижению продолжительности жизни и значительному увеличению смертности в молодом возрасте. Эпидемиологические исследования в различных странах свидетельствуют об увеличении заболеваемости СД среди детей за последние два десятилетия.

Цель исследования: по литературным данным изучить характер осложнений у детей.

Материалы и методы исследования: анализ литературных источников за последние 10 лет, касающихся научных исследований среди детей, больных с сахарным диабетом.

Результаты исследования: Течение сахарного диабета у детей крайне лабильно и характеризуется склонностью к развитию опасных состояний гипогликемии, кетоацидоза и кетоацидотической комы.

Гипогликемия развивается вследствие резкого снижения сахара в крови, вызванного стрессом, чрезмерной физической нагрузкой, передозировкой инсулина, несоблюдением режима питания и т. д. Гипогликемической коме обычно предшествует вялость, слабость, потливость, головная боль, ощущение сильного голода, дрожь в конечностях. Если не принять меры к повышению сахара крови, у ребенка развиваются судороги, возбуждение, сменяющееся угнетением сознания. При гипогликемической коме температура тела и АД в норме, отсутствует запах ацетона изо рта, кожные покровы влажные, содержание глюкозы в крови < 3 ммоль/л.

Диабетический кетоацидоз является предвестником грозного осложнения сахарного диабета у детей - кетоацидотической комы. Его возникновение обусловлено усилением липолиза и кетогенеза с образованием избыточного количества кетоновых тел. У ребенка нарастает слабость, сонливость; снижается аппетит; присоединяются тошнота, рвота, одышка; появляется запах ацетона изо рта. При отсутствии адекватных лечебных мер кетоацидоз в течение нескольких дней может перерасти в кетоацидотическую кому. Данное состояние характеризуется полной утратой сознания, артериальной гипотонией, частым и слабым пульсом, неравномерным дыханием, анурией. Лабораторными критериями кетоацидотической комы при сахарном диабете у детей служат гипергликемия > 20 ммоль/л, ацидоз, глюкозурия, ацетонурия.

Реже, при запущенном или некорригированном течении сахарного диабета у детей, может развиваться гиперосмолярная или лактатацидемическая (молочнокислая) кома.

Заключение. Таким образом, развитие сахарного диабета в детском возрасте является серьезным риск-фактором возникновения ряда отдаленных осложнений: диабетической микроангиопатии, нефропатии, нейропатии, кардиомиопатии, ретинопатии, катаракты, раннего атеросклероза, ИБС, ХПН и др..

ПРИМЕНЕНИЕ ТОПИРАМАТА У БОЛЬНОГО С СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ, ДЦП ДИПЛЕГИЧЕСКАЯ ФОРМА

Абдукадырова И.К., Агзамова Н. В.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: Сочетание двух заболеваний (ДЦП и эпилепсии) утяжеляет их течение и прогноз, что делает проблему актуальной в детской неврологии. Детский церебральный паралич (ДЦП) -патология, связанная с нарушением последовательности прохождения фаз онтогенетического развития. По данным Gururaj A.K. etal. (2003) ЭЭГ исследование у больных ДЦП выявляет фокальные эпилептиформные разряды с вторичной генерализацией в 39,3%. Некоторые исследователи полагают, что прогноз течения эпилепсии определяется формой детского церебрального паралича. Другие считают, что ДЦП ведёт к утяжелению течения эпилепсии и её фармакорезистентности, а эпилептический процесс в свою очередь усиливает двигательные и интеллектуальные нарушения у данной группы больных.

Цель: Представить случай применения Топирамата у ребенка с симптоматической эпилепсией с миоклоническими судорогами, ДЦП диплегическая форма, ЗПМР.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находился больной А-в Д. 10 лет с диагнозом “Симптоматическая эпилепсия с миоклоническими судорогами, ДЦП диплегическая форма, ЗПМР”.

Результаты и обсуждения. Ребенок поступил с жалобами на приступы миоклонических судорог, ограничение движения в конечностях, на отставание в психомоторном развитии. Из анамнеза: во время беременности у матери наблюдались анемия средней степени, гестоз, ОРВИ, загрязнение околоплодных вод. Ребенок родился с асфиксией, в 5 месяцев впервые наблюдались судорожные припадки. Ребенок состоит на учете у невропатолога получает амбулаторное и стационарное лечение. При объективном обследовании: тетрапарез по спастическому типу, страбизм, приступы провоцируются первым резким прикосновением, глубокая задержка психомоторного развития. Консультация окулиста: горизонтальный нистагм, расходящееся косоглазие, снижение остроты зрения, недоразвитие сетчатки, дисплазия зрительных нервов.

Инструментально: ЭхоЭГ – картина внутричерепной гипертензии. МРТ – признаки рубцово-атрофических изменений в обеих теменных долях. В целях антиконвульсантной терапии мы назначили Топиримат (Топепсил). На фоне лечения Топираматом в течении 2 месяцев уменьшались приступы миоклонических судорог.

Вывод: Представленный случай показывает, что риск развития судорожных приступов и эпилепсии особенно высок у детей с ДЦП, что приводит к ухудшению интеллектуальных нарушений, которые существовали и ранее. При монотерапии Топироматом наблюдается значительные удлинение времени возникновения приступов и ослабления раздражения на тактильные воздействия.

МУДДАТГА ЕТМАЙ ТУЎУЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАРДА ҚОРИНЧАЛАР ИЧИҚОН ҚУЙИЛИШИГА ОЛИБ КЕЛУВЧИ САБАБЛАР ТАҲЛИЛИ

Абдуллаева Б.С., Юсупбекова А.Ю., Шоикрамов Ш.Ш.

Тошкент Педиатрия Тиббиёт Институти

Мавзунинг долзаблиги: Неонаталогиянинг асосий муоммолардан бири янги туғилган чақалоқларда бош миянинг зарарланишидир. Қоринчалар ичига қон қуйилиши – турли касалликлар асорати натижасида келиб чиқади. Бу эса болаларнинг ногиронлигига ва баъзида эса ўлимига сабаб бўлади. Қоринчалар ичи қон қуйилиши, айниқса, чақалоқларнинг туғилиш вақтида ва муддатига етмай туғилган чақалоқларда кўп учрайди.

Ишнинг мақсади: Эрта неонатал даврда муддатига етмай туғилган чақалоқларда қоринчалар ичи қон қуйилишига олиб келувчи сабабларни таҳлил қилиш.

Материал ва услублар: Тадқиқот Тошкент шаҳар перинатал марказининг чақалоқлар жонлантириш бўлимида ўтказилди. 30 та янги туғилган чақалоқларда клиник-лаборатор таҳлиллار кўриб чиқилди ва таҳлил қилинди. Муддатига етиб туғилган чақалоқлар битта гуруҳга, муддатига етмай туғилган чақалоқлар иккинчи гуруҳга ажратилди.

Натижалар ва уларнинг таҳлили: Текшириш натижаларига кўра, гестацион ёши 38 дан 43 ҳафтагача бўлган чақалоқлар (биринчи гуруҳ) 15 тани, 28 дан 37 ҳафтагача бўлган чақалоқлар (иккинчи гуруҳ) 15 тани ташкил этди. Туғилгандаги вазнига кўра, уларнинг 16 таси (53%) 2500 - 4000 г. ва 14 таси (47%) 800 - 2500 г. вазн билан туғилган. Шулардан гестацион ёши 38-43 ҳафтали чақалоқларда қоринчалар ичи қон қуйилиши 4 та (27%) I – даража, 2 та (13%) II-даража аниқланди, III-даража аниқланмади. 28 - 37 ҳафтали чақалоқларда қоринчалар ичи қон қуйилиши I-даража 4 та (26%), II-даража 6 та (40%), III- даража 3 та(20%) чақалоқларда аниқланди. Туғилгандаги вазнига кўра 800 – 2500 г.ли чақалоқлардан 13 тасида (93%) қоринчалар ичи қон қуйилиши аниқланди. Текширилган гуруҳларда акушерлик ҳамиладорлик анемия, таксикоз, ҳар хил гинекологик касаллик, соматик касалликлар фонида 22 та (73%) аёлларда кечган ва уларнинг 14 тасида (86%) аёлларда муддатга етмай туғилган чақалоқлар аниқланди. Муддатига етмасдан туғилиш кучли руҳий зўриқиш натижасида 1 та соғлом аёлда аниқланди, бу соғлом аёлларнинг 13% ини ташкил этади.

Хулоса: Юқоридаги натижалар шуни кўрсатадики, қоринчалар ичи қон қуйилиши гестацион ёши 28 - 37 ҳафталик чақалоқларнинг 13 таси (87%) да ҳамда, 800 - 2500 г. чақалоқларнинг 13 таси (93%) да аниқланди. Бу эса чақалоқларда мия ичи қон қуйилишларининг учраш эҳтимоли онанинг ҳамиладорлик вақтидаги турли гинекологик ва соматик касалликлари натижасида чақалоқнинг муддатига етмасдан туғилиши ва туғруқ жараёнида туғруқни енгиллаштириш мақсадида турли воситалардан фойдаланиш эканлигини кўрсатади.

ЗАКРЫТЫЙ СПОСОБ РЕПОЗИЦИИ ЧРЕЗ – И НАДМЫШЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Абдумажидов Р. А., Турсунов Б.С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность Переломы в области локтевого сустава у детей составляют около 50% от переломов верхней конечности, 27% от всех переломов костей (Баиров Г.А, Ормантаев К.С. и др).

У 40% пострадавших детей чрез-и надмышелковыми переломами плечевой кости отмечалась безуспешная закрытая репозиция, у 17% наблюдали вторичное смещение костных отломков под гипсовой повязкой (Умаров О.М, Дехканов К.М. и др). Осложнения при лечении чрез-и надмышелковых переломов у детей достигали до 30% и заключались в контрактурах локтевого сустава, деформациях и нервно-сосудистых нарушениях.

Цель: Улучшить результаты консервативного лечения больных с чрез-и надмышелковыми переломами плечевой кости у детей.

Материал и методы исследования. За последние четыре года чрез-и надмышелковыми переломами плечевой кости в травматологическом отделении 2-й клинической детской хирургической больницы г Ташкента лечились 37 больных в возрасте от 1,5 г до 18 лет, причем у 30 больных отмечался разгибательный и у 7-сгибательный тип перелома, 22 мальчика и 15 девочек. После тщательного клинического осмотра всем больным производилась рентгенография локтевого сустава в 2-х проекциях; фас и профиль. 23 больным с чрез-и надмышелковым переломами плечевой кости закрытая репозиция производилась обычным традиционным способом, т.е. после обезболивания костные отломки сопоставлялись путем тяги и противотяги. У 14 детей сопоставление отломков осуществлялось без никакой тяги и противотяги, принятой в клинике способом. Для этого поврежденная конечность сгибалась в локтевом суставе и строго ориентируясь на рентгенограммы в начале устранялось ротационное смещение, затем боковое и в последнюю очередь – передне заднее, причем обращали внимание на признаки Маркса, Лобовой и треугольник Гютера. Гипсовая повязка от основания пальцев до плечевого сустава накладывалась в положении возможного сгибания в локтевом суставе при разгибательных, и в положении разгибания под углом 150-160° при сгибательных переломах в зависимости от возраста ребенка на 18-21 день. После снятия гипсовой повязки проводились реабилитационные мероприятия по общепринятыми методами.

Результаты и обсуждение. Отдаленные результаты изучены в сроки от 6 месяцев до 2 лет у 10 больных, леченными традиционным и 10 леченным по способу клиники. У первой группы у 2-х больных приходилась произвести открытую репозицию и у 3-х детей отмечалась контрактура в локтевом суставе в пределах 20-30°. Больные второй группы особых жалоб не предъявляли, вели обычный образ жизни, ось конечностей была правильной, объем движений в суставах в пределах нормы. Существенных различий по сравнению со здоровой стороной не наблюдали. Мы считаем об окончательных результатах необходимо судить хотя бы через 6-8 месяцев и больше после оказания помощи при чрез-и надмышелковых переломах плечевой кости у детей.

Заключение. Учитывая простоту, общедоступность, атравматичность и вполне удовлетворительные отдаленные результаты предложенного закрытого способа репозиции чрез-и надмышелковых переломов плечевой кости у детей его можно шире рекомендовать в практическую медицину.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ У ДЕТЕЙ

Абасов Ё.Т., Золотова Н.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность проблемы. Переломы костей предплечья по частоте занимают первое место как среди переломов других сегментов верхней конечности (69,6%), так и по отношению к повреждениям других локализаций опорно-двигательного аппарата (44%) (А.А.Корж, Н.С.Бондаренко, 1994, Г.А.Баиров 2000).

Цель исследования. Определить частоту встречаемости диафизарных переломов костей предплечья у детей по данным 2ГДКХБ.

Материал и методы исследования. Мы провели анализ частоты встречаемости диафизарных переломов костей предплечья у детей за 2014г. За данный период времени через стационар прошло 62 ребенка. Наибольшее количество больных пришлось на возраст от 7 до 14 лет, причем мальчиков было в 4 раза больше, чем девочек. Среди всех переломов костей предплечья на первом месте стояла лучевая кость, реже – изолированные переломы локтевой кости, и среднее между ними место занимали переломы обеих костей предплечья.

Основными методами диагностики были клинические и инструментальные методы исследования. Диагноз ставился на основании характерных признаков перелома, а локализация, вид перелома и смещение костных отломков уточнялись по рентгенограммам области перелома в 2-х проекциях.

Результаты исследования. Основной причиной переломов диафиза костей предплечья была бытовая травма (65%) и спортивная (35%). Большинство больных поступали в стационар впервые 24 часа (78%), остальные до 3-х суток. Позднее поступление (22%) больных было связано с обращением их в другие стационары города.

Большая травматизация диафизов костей предплечья основана на анатомо-физиологических особенностях данной локализации, которая способствует возникновению данных переломов. Необходимо иметь в виду, что значительная роль принадлежит межкостной мембране предплечья. Поэтому в зависимости от уровня перелома, во время и после репозиции, придавать предплечью определенное положение для полного расслабления межкостной мембраны и восстановлению правильной оси конечности. Это создает главное условие для предотвращения вторичного смещения отломков, благоприятного заживления перелома и максимального сокращения сроков восстановления функции конечности.

При лечении применялись как консервативные, так и оперативные методы. Консервативные методы лечения были основными. Если при проведении контрольной рентгенограммы подтверждалось вторичное смещение костных отломков, ставились показания к внутрикостному остеосинтезу (25%). с последующим наложением гипсовой повязки в среднефизиологическом положении (супинации) на 4 недели.

Заключение. На основании вышеизложенного следует, что при лечении переломов диафиза костей предплечья необходимо учитывать особенности данной локализации и определения показаний к каждому из методов лечения.

При индивидуальном подходе, применяя соответствующие методы лечения, можно получить хорошие результаты в подавляющем большинстве случаев.

ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С НЕВРОТИЧЕСКИМ ЭНУРЕЗОМ

Аббосова Д.С.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность. В последнее десятилетие отмечается стремительный рост числа непсихотических психических нарушений в детско-подростковой популяции. Сложившаяся ситуация обусловлена, прежде всего, влиянием социально-экономических и экологических факторов (Н.Н.Буторина, 2002; И.Я.Гурович, 2002; Ю.А.Александровский, 2000). К одному из наиболее распространенных в детском возрасте системных расстройств, нарушающих социальное функционирование, относится невротический энурез. Согласно данным исследователей, распространенность энуреза среди населения в зависимости от возраста варьирует в широком диапазоне - от 0,5 до 28% (А.В.Папаян, 2008; А.М.Mabrouk., 2003; Y.Kanaheswari, 2003; G.Can, с соавт., 2004; E.Gur, с соавт., 2004; B.S.Wadic, 2004).

Цель и задачи исследования – исследование характерологических и поведенческих особенностей детей с невротическим энурезом в возрасте 5-6 лет.

Материал и методы исследования. Проведено обследование 45 детей обоего пола в возрасте от 5 до 10 лет с невротическим энурезом, получавших лечение в городском детском психоневрологическом центре. Анализ симптомов и динамики психических нарушений, причин их возникновения квалифицировался в соответствии с критериями диагностики по международной классификации психических болезней (МКБ-10) В ходе исследования использованы клиничко-психопатологический метод исследования.

Результаты исследования и их обсуждение. Исследование характерологических и поведенческих особенностей 23 детей основной группы в возрасте 5-6 лет со слов родственников позволило выделить три подгруппы: астенический, возбудимый и уравновешенный рисунок поведения. Дети с возбудимым поведением составили – 19 случаев (82,61%). Они отличались сверхподвижностью, непреодолимым интересом к окружающему миру, требовали постоянного ухода и наблюдения. Легко раздражались, по незначительному поводу капризничали, чаще на фоне утомления, в вечернее время. Любая деятельность сопровождалась эмоциональным перевозбуждением с яркими аффективными реакциями, громким плачем, криком, моторным компонентом. Контакт со сверстниками сопровождался агрессией, импульсивными поступками. Подобный рисунок поведения предпосылкой к формированию возбудимых патохарактерологических черт в подростковом возрасте. Соматовегетативные нарушения, представленные диспепсией, гипергидрозом, нарушениями сна, аллергическими реакциями, были установлены практически во всех случаях возбудимого типа. Дети с астеническим рисунком поведения составили незначительную часть группы (2 детей – 8,69%). Внешне они проявляли застенчивость, робость, пугливость, плаксивость и тревожность, чувствовали себя спокойно лишь в непосредственной близости с мамой или людьми из непосредственного окружения, плохо адаптировались к новым условиям, отличались малой инициативностью и самостоятельностью, ограниченную коммуникативную активность. Дети с уравновешенным поведением также составили незначительную часть группы (2 детей – 8,69%). Спокойный нрав детей не доставлял родителям забот при уходе за ними.

Заключение. Таким образом, поведенческие и характерологические особенности детей с невротическим энурезом представлены тремя подгруппами: астенический (8,69%), возбудимый (82,61%) и уравновешенный (8,69%) рисунок поведения, формирование которых на раннем этапе онтогенеза может быть обусловлена влиянием конституциональных факторов.

БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ ПИЕЛОНЕФРИТ КЕЧИШЕНИ ОЛДИНДАН АЙТИБ БЕРИШДА ҚОНДАГИ ЭРИТРОПОЭТИН МИҚДОРИНING АҲАМИЯТИ

**Абдуразакова Ш.А., Агзамова Ш.А.
Тошкент педиатрия тиббиёт институти**

Сурункали пиелонефрит (СП) сийдик чиқариш тизимининг энг кўп учрайдиган касаллиги бўлиб, муаммонинг долзарблиги СП нинг болалар орасида кўп тарқалганлиги, чўзилувчан, рецидивли кечишига мойиллиги, эрта ногиронликка олиб келиши, ҳамда патологиянинг латент шакллари устун келиши билан тушунтирилади, бу эса кейинчалик сурункали буйрак етишмовчилигининг (СБЕ) ва артериал гипертензиянинг ривожланишига олиб келади (Паунова С.С., 2014, Doganis D., et al. 2007). Сийдик тизими аъзолари касалликлари оқибатида бирламчи ногиронликнинг сабаблари орасида СП нинг улуши 21-25% ни ташкил қилмоқда. СП билан оғриган болаларда камқонлик тубулоинтерстициал тўқиманинг ремоделлашуви ва нефросклероз оқибатида юзага келувчи етакчи синдромлардан бири бўлиб ҳисобланади. (Приходько М.А. ва б., 2011, Moranne O., 2008). Бу ўринда, эритропоэтин (ЭПО) продукциясининг нисбий ёки абсолют етишмовчилиги камқонлик ривожланишининг бош омили бўлиб, буйрак интерстицияси шикастланишининг маркерларидан биридир. ЭПО про- ва эритробластлар пролиферацияси ва дифференциациясини регуляция қилади, эритроид хужайралар ва ретикулоцитларда гемоглобин синтезини тезлаштиради. У унга сезгир бўлган хужайраларда гем ва глобин, эритроцитлар цитоскелетининг шаклланишида иштирок этувчи эритропоэтинли и-РНК ва энзимлар синтезини “ишга туширади”, суяк кўмиги эритропоэтик тўқимасида қон оқимини ва ретикулоцитларнинг қонга чиқишини кўпайтиради (Зинчук В.В. ва б., 2012, Provatorpoulou S.T., et al. 2011). Инсон организмида эритропоэтиннинг ишлаб чиқарилиши унинг гени транскрипцияси даражасида бошқариб борилади. Гипоксия эритропоэтин синтез қилувчи хужайралар сонини оширувчи табиий физиологик стимул бўлиб, буйрак тўқимасининг гипоксиясида эритропоэтин миқдори ошади. Бу эса ўз навбатида етарли гемопоэзни таъминловчи кучли компенсатор механизмдир (бу даврда анемия аниқланмайди). Аммо, интерстиция гипоксиясикучайган сариперитубуляр фибробласт функцияси зиён кўради ва эритропоэтин продукцияси кескин пасаяди.

Муҳокама. СП да анемиянинг патогенези мураккаб бўлиб, охиригача ўрганилмаган. Шунинг учун нефроген камқонлик ривожланиши предикторларининг қидируви ва СП шаклланишининг эрта босқичларидаёқ унинг ривожланиши бўйича хавф гуруҳининг шаклланиши етакчи ҳисобланади. Қатор тадқиқотчилар СП да эритроида эрта ва катта бузилишларни, ҳатто анемия йўқлигида – эритроцитлар осмотик ва кислотали резистентлигининг пасайиши, улар ҳаёти давомийлигининг қисқариши ва самарасиз эритропоэзнинг кучайишини кўрсатадилар.

Хулоса. Бугунги кунда СП муаммоси билан боғлиқ илмий изланишнинг асосий йўналиши, бу касалликнинг СБЕ босқичигача зўрайишига олиб келувчи бошқариладиган омилларни излаб топишдир. Мавжуд текширувлар шундай омиллардан бири сифатида анемияни кўрсатадилар. Анемиянинг турли предикторлари ёритилган, бироқ амалий қўллаш учун яроқли бўлган улар таъсири даражасининг миқдорий характеристикаси мавжуд эмас. Эндоген эритропоэтиннинг миқдори анемия генезида асосий ролни ўйнайди. Шунга боғлиқ ҳолда нафақат анемиянинг шаклланишида, балки СП нинг кечишини олдиндан белгилашда эритропоэтиннинг ролини ўрганиш долзарб ҳисобланади. Буйраклар инкретор функцияси, хусусан эритропоэтин продукциясининг бузилиши динамикаси интерстициал тўқима склерозининг ривожланиши ва продуцент-хужайраларнинг нобуд бўла бориши, СП кечиши ва СБЕ шаклланишининг диагностик ва прогностик мезонларини кенгайтиради.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ОЦЕНКА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПЛЕЧЕВОЙ АРТЕРИИ У КУРИЛЬЩИКОВ

Абдурахимов Ф.А., Розыходжаева Г.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

В последнее десятилетие наблюдается повышенный интерес к изучению вазорегулирующей функции эндотелия, которая страдает при атеросклерозе и его факторах риска (артериальная гипертензия, сахарный диабет, гиперхолестеринемия, гипергомоцистеинемия, курение), острых коронарных синдромах (острый инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия), в постменопаузальном периоде, а также у лиц, употребляющих наркотические средства.

Цель работы: оценить функцию эндотелия у курильщиков с помощью пробы с реактивной гиперемией.

Материалы и методы. Методом анкетирования и опроса были отобраны 30 здоровых мужчин 20-35 лет, которые до даты исследования курили не менее 10 сигарет в день в течение не менее 2 лет (основная группа) и 15 здоровых некурящих мужчин. При предварительном исследовании анализировались данные анамнеза и результаты общеклинического обследования (измерение артериального давления (АД), пульса, роста, веса и индекс массы тела (ИМТ)). Всем исследуемым был проведен опросник К. Fagerstrom «Степень никотиновой зависимости», а так же проба с реактивной гиперемией (Celermajer и соавт., 1993) для изучения эндотелийзависимой вазодилатации плечевой артерии. Измерения диаметра плечевой артерии (ПА) и скоростных показателей функции эндотелия будут проводиться на УЗ сканере высокого разрешения SonoscapeSSI-5000 с линейным датчиком 7,5МГц. С целью минимизации факторов, влияющих на результаты исследования, все измерения проводились утром между 8:00 и 10:00 ч. утра после не менее 10-часового голодания и воздержания от курения. Для сравнения использовался классический метод определения эндотелиальной функции (ЭФ) с помощью пробы реактивной гиперемии.

Результаты исследования. Проведение компрессионной пробы с последующим восстановлением кровотока на правой плечевой артерии, приводило к увеличению просвета сосуда у всех обследуемых больных в среднем на 12,5%. Отмечалось уменьшение процента прироста диаметра у курильщиков, что может говорить об ухудшении эндотелийзависимых механизмов регуляции сосудистого тонуса в процессе табачной зависимости. Парадоксальная реакция в виде стойкого уменьшения просвета сосуда после проведения декомпрессии наблюдалась у 5 мужчин.

Выводы. Таким образом, дисфункция эндотелия в настоящее время может рассматриваться в качестве раннего маркера развития и прогрессирования атеросклероза. Толщина комплекса интима медиа у курильщиков тесно коррелирует с количеством выкуриваемых сигарет.

ОСОБЕННОСТИ ЭКГ ИЗМЕНЕНИЙ У ДЕТЕЙ ПРИ ДИФфуЗНОМ ЗОБЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Абдурахманова Д.Ф., Ходжиметов Х.А.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт.

Актуальность. Как известно диффузный зоб у детей очень часто сопровождается патологией сердечно-сосудистой системы, механизмы развития и исходы которых, на сегодняшний день до конца не изучены. Метаболические расстройства, вследствие нарушения уровня тиреоидных гормонов, приводит к морфологическим и функциональным патологическим изменениям миокарда ребенка. При этом ранняя диагностика путем проведения ЭКГ, позволяет уже на ранних этапах проводить целенаправленную терапию.

Цель исследования. Изучить ЭКГ картину у детей с диффузным зобом щитовидной железы.

Задача исследования. Определить клинические и функциональные параметры сердечно-сосудистой системы у детей с диффузным зобом.

Материал и методы исследования. В основу исследования вошли 20 детей с диффузным зобом в возрасте от 8 до 12 лет из них девочек 12 (60%), 8 мальчиков (40%). Исследование проводилось в детском отделении в РСНПМЦЭ, в период с сентября 2014 по март 2015 года. Все больные в основном жаловались на обильное потоотделение, периодические колющие боли в области сердца. Со слов родителей, дети были раздражительны, апатичны, необщительны.

Всем детям в первую очередь проводилось ЭКГ диагностика, которая при необходимости дополнялась другими инструментальными и лабораторными исследованиями.

Результаты исследования. По данным наших исследований после проведения ЭКГ диагностики наблюдалась следующая картина: У 85%(17)детей имелся синдром тахи и брадиаритмии, нарушение процесса реполяризации отмечался у 15%(3), неполная блокада передней ветви правой ножки пучка Гиса- у 25%(5), депрессия сегмента ST-у 10%(2), укорочение интервала PQ- у 20%(4).

Выводы. Полученные данные обосновывают необходимость проведения обязательного ЭКГ обследования у детей с подозрением на наличие диффузного зоба, что позволит оптимизировать раннюю диагностику и коррекцию сердечно-сосудистых нарушений, в детском отделении.

ОЦЕНКА ЗНАЧИМОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ РАННЕЙ И ПОЗДНЕЙ ФОРМАХ СЕПСИСА НОВОРОЖДЕННЫХ.

Абдурахмонова С.З., Сулейманова Л.И., Исмаилова М.А.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт.

Актуальность. Бактериальные инфекции занимают первое место в структуре неонатальной заболеваемости и составляют 36% неонатальной смертности (ВОЗ, 2005 г).

Цель исследования. Провести анализ факторов риска на развитие ранних (РСН) и поздних форм сепсиса (ПСН) новорожденных в зависимости от гестационной зрелости и пола новорожденных.

Пациенты и методы. В наших исследованиях проведен ретроспективный анализ 85 новорожденных с диагнозом сепсис новорожденных (СН). Группу РСН составили 65 новорожденных и группу ПСН - 20 новорожденных со сроками гестации от 22 до 42 недель. По гестационному возрасту дети распределились следующим образом: 22–27 недель – 4 ребенка (4,7%), 28–31 недель – 20 детей (23,5%), 32–37 недель – 30 детей (35,3%), более 37 недель – 31 новорожденных (36,5%). Общее количество девочек составило 36,5%, мальчиков 63,5%.

Результаты. Сравнительный анализ зависимости СН от половой принадлежности и гестационного возраста показал, что в I группе исследования прослеживается статистическая достоверность превалирования по мужскому полу (66,2% против 33,8%). Количество мальчиков было в 2 раза выше равноценно в группе доношенных и недоношенных детей. Во II группе ПСН нами не выявлено достоверной разницы по половому признаку: в группе доношенных детей мальчики составили 55%, а девочки 45%. Полученные данные коррелируют с рекомендациями Американской Академии Педиатров по приоритетности факторов риска сепсиса новорожденных. Число летальных случаев в наших исследованиях составило 55,3%, в основном летальные исходы превалировали в группе недоношенных детей – 83%, среди доношенных летальность составила 17%. При 76,6% летальных случаев РСН отмечалось превалирование мальчиков (69,4% против 30,6%). При ПСН летальность была в 3 раза ниже (23,4%), однако соотношение мальчиков к девочкам во II группе составило 72,7% к 27,3%. Оценка летальных случаев по половому признаку в подгруппах доношенных и недоношенных показала, что самая высокая летальность отмечается среди недоношенных мальчиков с ПСН (63,6%), что в 7 раз выше в сравнении с доношенными данной группы (9,1%). Частота летальности в подгруппе недоношенных мальчиков с РСН также оказалась выше на 44% относительно доношенных с РСН (11,1%). По сравнению с подгруппой умерших доношенных девочек относительно недоношенных с РСН было статистически значимо выше (25% относительно 8,3%), не было достоверных отличий в сравнении подгруппой недоношенных девочек с ПСН (27,3%). Случаев смерти доношенных девочек в группе ПСН не регистрировалось.

Выводы. Следовательно, мужской пол (мальчики) и недоношенность являются достоверно приоритетными факторами риска развития и летальности РСН, независимо от сроков гестации, а также должны учитываться в алгоритме диагностики сепсиса новорожденных.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ С СОПУСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Абдурахмонова Б.Р., Пулатова Ш.М., Ходжиметова Ш.Х., Гулямова М.А
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Неонатальная гипертензия может быть обусловлена дисбалансом систем, вовлеченным в регуляцию артериального давления. Это проявляется сочетанием высокого сердечного выброса, повышенной вязкостью крови, высоким периферическим сосудистым сопротивлением, повышенной активностью симпатической нервной системы, барорефлекторными реакциями и нарушением соотношения вазоконстрикторов и вазодилататоров.

Целью работы явилось определения артериальной гипертензии у новорожденных с сопутствующей патологией.

Материалы и методы: Под наблюдением находилась 26 новорожденных детей с различной патологией. У которых измерялось артериальное давление в динамике в течение суток. Артериальное давление измерялось осциллометрическим методом неонатальным монитором в режиме непрерывного суточного мониторирования с интервалом измерения в 30 – 60 мин.

Результаты и обсуждения: Наибольшая частота синдрома артериальной гипертензии была выявлена в группе новорожденных с массой тела 1000-1500 г. (53%), наблюдавшихся в ОРИТН. Нозологическими формами, сопровождавшимися подъемом артериального давления в пределах 106-77 рт.ст. (в норме 70\50 рт.ст.) были в дневное время (12 часов дня): травматическое поражение ЦНС (66,6%), ВУИ (56,3), ВПС (46,7%), гипоксически-геморрагическое поражение ЦНС (43,5%), гипоксически-ишемическое поражение ЦНС (41,8%), заболевания дыхательной системы (39,7%), ВПР мозга (20%), НЭК (18,2).

Заключение: Синдром артериальной гипертензии является частой проблемой среди новорожденных с травматическим поражением ЦНС и ВУИ. Отмечено наибольшее количество случаев выраженной и длительной артериальной гипертензии наблюдалось у детей с массой при рождении 1000-1500 г. (52,9%), и в большинстве случаев является вторичной по отношению к патологиям поражения центральной нервной системы.

КЛИНИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ОБУСЛАВЛИВАЮЩИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНОЕ ТЕЧЕНИЕ ДЕГИДРАТАЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Абдурашидов В.Ш., Гулямов Р.О.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность: Ранее смертность детей от дегидратации занимало 3 позицию в структуре их смертности. За последние 10 лет эта позиция значительно сместилась в сторону улучшения. Во многом, это является результатом внедрения в клиническую педиатрическую практику рекомендаций ВОЗ по распознаванию и оказанию неотложной помощи при диарейных заболеваниях. Однако, выявляются случаи, когда, несмотря на их выполнение, все равно развивается неблагоприятное течение и исход при диарейных заболеваниях. В первую очередь, это ситуации, зависящие от этиологического фактора, отличающегося патогенностью. Однако, вероятно, существуют эндогенные факторы, обусловленные особенностями фоновых состояний.

Цель: выявить и определить структуру фоновых состояний детского организма, обуславливающее неблагоприятное течение и исход дегидратации при диарейных заболеваниях у детей

Пациенты и методы: Нами было проведено исследование случай-контроль на ретроспективном материале состоящим из 98 историй болезней детей, умерших при лечении диарейного заболевания и 102 историй болезней с благоприятным исходом. Критериями включения были наличие признаков диарейного заболевания, дегидратации, выполнение рекомендаций ВОЗ (планы А, Б, В, противошоковые мероприятия при шоке с наличием и без тяжелой дистрофии). Критериями исключения были заболевания с высокой долей смертности и хирургические и эндокринологические случаи. Было анализированы все анамнестические и клинические показатели в обеих группах приведенные в историях болезней. Были вычислены чувствительность, специфичность, отношение шансов.

Результаты исследования: Были выявлены факторы с репрезентативностью группы (20 и более случаев) отношением шансов более единицы (повышенный риск) для следующих факторов: возраст до 6 месяцев (чувствительность - 62 %, специфичность - 53 %), возраст 6 - 12 месяцев (чувствительность - 59 %, специфичность - 44 %), дистрофия 2 степени (чувствительность - 55 %, специфичность - 33 %), дистрофия 3 степени (чувствительность - 74 %, специфичность - 69 %), гипокалиемия с парезом кишечника (чувствительность - 68 %, специфичность - 57 %), гипонатриемия с концентрацией натрия в сыворотке крови более 140 ммоль/л и в моче менее 10 ммоль/л (чувствительность - 60 %, специфичность - 51 %), скорость нарастания гипонатриемии менее чем 12 часов (чувствительность - 84 %, специфичность - 64 %), содержание мочевины в сыворотке крови более 9 (чувствительность - 52 %, специфичность - 40 %), гиперкалиемия 6,0-6,5 ммоль/л (чувствительность - 54 %, специфичность - 42 %) и высокими зубцами Т (чувствительность - 55 %, специфичность - 44 %), широкий QRS комплекс (чувствительность - 77 %, специфичность - 63 %), наслаивание сегмента S-T на зубец Т (чувствительность - 59 %, специфичность - 43 %) на электрокардиограмме.

Выводы: Выявленные факторы достоверно прогнозируют неблагоприятный исход течения диарейного заболевания у детей раннего возраста и требуют дальнейших исследований по разработке вмешательств для их коррекции.

ВЗАИМОСВЯЗЬ НАРУШЕНИЙ СНА И ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА.

Абдусаламова С.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

Актуальность. Объективное изучение ночного сна у больных с хронической ишемией мозга представляет не только академический интерес, но также имеет достаточно серьезное практическое значение в плане выработки лечебных, реабилитационных мероприятий, в оценке прогноза заболевания и улучшения качества жизни пациентов.

Цель исследования: по литературным данным изучить взаимосвязь нарушений сна и цереброваскулярных заболеваний.

Материалы и методы исследования: анализ литературных источников за последние 10 лет, касающихся научных исследований среди больных с цереброваскулярными заболеваниями.

Результаты исследования: На основании проведенного анализа установлено, что для всех форм и стадий хронической ишемии мозга (ХИМ) характерны грубые расстройства механизмов как генерации сна и его стадий, так и их поддержания, проявляющиеся в сокращении длительности сна, частых пробуждениях, продолжительных включениях бодрствования и дремоты среди ночи, дисбалансе между отдельными стадиями сна.

В формировании структурных изменений сна, кроме основной причины ХИМ, определенный вклад вносит исходная особенность регуляции цикла “сон-бодрствование”. Важным является также и то, что к проблеме нарушений сна присоединяется проблема нарушений дыхания во сне у этих больных. От 20 до 40% больных ХИМ имеют патологическое число апноэ - гипопноэ во сне. Синдром апноэ во сне определяется как потенциально летальное состояние, характеризующееся множественными эпизодами остановок дыхания во сне и сочетающееся с повторными эпизодами взрывного храпа и дневной сонливостью. Каждый эпизод апноэ сопровождается повышением АД. Связанная с этим артериальная гипертензия характеризуется преимущественным повышением диастолического давления, также наблюдается циклическое колебание давления в легочной артерии.

Клинически значимая правопредсердная недостаточность развивается у 12%-13% пациентов с синдромом апноэ. Для больных с синдромом апноэ характерны ночные нарушения сердечного ритма. Практически у всех пациентов во время эпизода апноэ наблюдается синусовая аритмия с выраженной брадикардией вплоть до короткого периода асистолии, которая резко сменяется тахикардией после его окончания. У пациентов возможна выраженная предсердная и желудочковая экстрасистолия, преходящая атриовентрикулярная блокада разных степеней, суправентрикулярная и желудочковая тахикардия. Вероятно, эти нарушения возникают на фоне значительного снижения сатурации кислорода у пациентов с сопутствующей сердечно- легочной патологией, особенно на фоне ХИМ.

Заключение. Таким образом, нарушения сна во время хронической ишемии мозга могут протекать с сочетанным синдромом апноэ, а также в виде ночного ухудшения поведения, ночных блужданий и неадекватности, нарушающих сон больного, тем самым ухудшая качество жизни. Однако при сочетании нескольких факторов, разрушающих сон у больного с хронической ишемией мозга, могут возникнуть более тяжелые расстройства поведения. Развивается подобное состояние поздним вечером либо ранним утром и связано с расстройством циркадных ритмов.

КОМБИНИРОВАННЫЕ МЕТОДЫ АНЕСТЕЗИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНЫХ АНАЛГЕТИКОВ ПРИ УРОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ

Ж.Х. Авазов, А.С. Юсупов

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт.

Актуальность: Урологические операции являются средне и высокотравматичными вмешательствами, так как проведение анестезии нередко осложняет использование литотомического положения больного на операционном столе, трансуретральный доступ. Особое значение в поддержании гомеостаза имеет состояние сердечно-сосудистой системы. В связи с высокотравматичностью урологических операций, применение центральных анальгетиков с адекватной комбинацией препаратов гипнотического ряда и оценкой ее эффективности у детей является наиболее актуальной проблемой на сегодняшний день.

Целью исследования явилось изучение изменений показателей центральной и периферической гемодинамики в условиях центральной анальгезии промедолом при урологических операциях у детей.

Материалы и методы: Исследование проводилось у 24 детей в возрасте от 3 до 14 лет с предстоящими урологическими операциями. Состояние детей соответствовало ASA-I-II ст. Стандартная премедикация, состоявшая из назначения атропина сульфат (0,1%-0,01 мг/кг), седуксена (0,5%-0,3 мг/кг) и промедола (1%-0,2 мл на год жизни) была проведена во всех наблюдениях и обеспечивала состояние полного психоэмоционального покоя. Были изучены две комбинированные методики анестезии. В 1-ом варианте индукция была осуществлена в/в введением оксибутирата натрия (в дозе 100 мг/кг), промедола (в дозе 1-2 мг/кг). Миоплегия проводилась ардуаном (в дозе 0,06 мг/кг). ИВЛ проводилась ручным или автоматическим способом в режиме нормо-или умеренной гипервентиляции. Во 2-ом варианте при всех прочих равных условиях дозирования вводили Сибазон (в дозе 0,5 мг/кг) и Фентанил (в дозе 0,005 мг/кг). Поддерживающие дозы всех препаратов составляли $\frac{1}{2}$ часть от основной.

Результаты и обсуждение: В обеих группах после премедикации, под воздействием атропина сульфат отмечалось учащение ЧСС и сухость слизистых, однако при этом кожные покровы оставались розовыми, частота и глубина дыхания не изменялись. Выраженных изменений АД также не отмечалось. Течение вводного периода и периода поддержания анестезии во 2 группе характеризовались гладким клиническим течением, тогда как в 1 группе отмечался гиподинамический тип кровообращения, который компенсировался адекватной инфузионной терапией. Хотя зрачки оставались суженными, склеры влажными, сохранялась слабая реакция зрачков на свет. Тоны сердца оставались ясными, пульс на периферических сосудах был среднего наполнения и напряжения. Параметры центральной и периферической гемодинамики в течение периода поддержания анестезии, у пациентов 2 группы, существенно не изменялось по сравнению с таковыми в 1 группе. Экстубация трахеи произведена при появлении адекватного спонтанного дыхания, однако в 1 группе пациентов продолжительность периода пробуждения было 128 ± 24 минут.

Выводы: Центральная анальгезия промедолом характеризовалась гиподинамическим типом кровообращения, который компенсировался адекватной инфузионной терапией и обеспечивала эффективную анестезиологическую защиту детского организма от операционной травмы.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПАПИЛЛОМАТОЗА ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ

Авлиёкулов Х.Х., Карабаев Х.Э.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Проблема папилломатоз гортани (ПГ) у детей остается одной из актуальных в современной детской оториноларингологии. Значимость проблемы связана с тем, что поражая гортань, папилломатозный рост приводит к сужению ее просвета, нарушению жизненно важной функции - дыхательной, а также голосообразования. До настоящего времени не существуют методы профилактики ПГ, а вопросы лечения этого заболевания во многом остаются нерешенными. Инфицирование, как правило, происходит перинатально, вследствие аспирации вагинального содержимого, в котором находятся вирусы. В большинстве случаев заболевание развивается в первые годы жизни ребенка, чаще, начиная с 6 мес. и часто встречается в 3-5 летнем возрасте. Инкубационный период папилломавируса составляет от 6 мес. до нескольких лет.

Целью исследования явилась разработка научно-обоснованных методов диагностики и лечения папилломатоза гортани у детей.

Материал и методы. Обследованы 30 детей в возрасте от 1 года до 15 лет с диагнозом папилломатоз гортани. В зависимости от локализации процесса больные были распределены на три группы.

Диагноз папилломатоза гортани устанавливали после комплексного клинко-лабораторного и инструментального исследования с применением операционного микроскопа.

Во всех случаях клиническим симптомом заболевания был охриплость голоса различной степени выраженности, по поводу чего в основном больные обращались за помощью. Абсолютное большинство (73,0%) детей в начале обращались к педиатру с жалобами на дисфонию, кашель и данное состояние в основном оценивалось как проявление воспалительных заболеваний верхнего дыхательного тракта. Педиатрами всем больным назначалось лечение в соответствии с ошибочно установленным диагнозом. В последующем, в связи с неэффективностью от проведенного лечения, больные обращались к оториноларингологу и первично было выявлено наличие папилломатоза гортани. В наших наблюдениях степень дисфонии и появление признаков нарушения дыхания зависели от многих факторов, и в первую очередь, от формы и локализации папилломатозного процесса. Стеноз гортани особенно прогрессировал при локализации папилломы в области голосовых складок и в подскладочном пространстве.

В последующем всем больным назначались: Лакто флор в/м по схеме, интерферон по 2-3 капли 4 раза в день в нос, аевит по 1 капсуле 2 раза в день.

Катамнестические наблюдения за оперированными больными в течение 2-х лет показали, что у 16(53,3%) больных рецидив папилломатоза не отмечено, у 8(26,7%) удлинялся межрецидивный период, у 6(20,0%) детей раннего возраста (1-3год) продолжались частые рецидивы заболевания.

Выводы. Целесообразно проводить удаление различных форм папилломатоза гортани эндоларингиально, с местным и общим использованием противовирусных и иммуномодулирующих препаратов. Неэффективность комплексной терапии регистрируется в основном у детей раннего возраста.

ДОПЛЕРОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ У ДЕТЕЙ

Акилова Н.Ш., Фазылов А.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. По некоторым оценкам среди всех причин слепоты первичная открытоугольная глаукома занимает второе место в мире. Известно, что в патогенезе глаукомы имеют значение два фактора риска прогрессирования заболевания. Это фактор повышенного внутриглазного давления и сосудистый фактор, который реализуется через нарушение кровоснабжения зоны диска зрительного нерва, что приводит к гибели его волокон и, следовательно, к необратимой слепоте. В современных клинических условиях появилась возможность использовать ультразвуковые методы исследования для определения состояния микроциркуляции глаза и скорости кровотока в сосудах, питающих ткани глаза.

Цель исследования. Изучение скорости кровотока в некоторых орбитальных сосудах для выявления возможных отклонений у больных первичной открытоугольной глаукомой.

Материалы и методы: в основу исследования положены данные комплексного обследования 18 детей с первичной открытоугольной глаукомой в возрасте от 2 недель жизни до 3 лет.

Измерение проводили на УЗ-аппарате линейным датчиком с частотой 7,0 МГц, используя дуплексный режим сканирования. Проводились исследования спектра кровотока в глазничной артерии и задних коротких цилиарных артериях. Регистрировали доплеровский спектр кривой и оценивали пиковую систолическую скорость (V_{max}), конечную диастолическую скорость (V_{min}) и индекс резистентности (RI). Всем больным дополнительно проводили тонографию для оценки гидродинамических показателей глаза - внутриглазного давления (P_o), коэффициента легкости оттока жидкости из глаза (C) и уровня продукции влаги передней камеры (P).

Результаты исследования. Среди всех пациентов в комплекс диагностики, которых было включено доплерографическое исследование, была выявлена глазничная артерия с носовой стороны от зрительного нерва после его пересечения. Кривая доплеровского спектра сдвига частот в глазной артерии характеризовалась высоким систолическим пиком с хорошо выраженной инцизурой и систолической составляющей - двухфазный поток. Особенностью спектра было отсутствие инцизуры - монофазный поток.

Согласно полученным данным выявлено снижение пиковой систолической скорости кровотока ($0,41 \pm 0,05$ против $0,29 \pm 0,08$; $P < 0,05$), конечной диастолической скорости кровотока ($0,08 \pm 0,01$ против $0,001 \pm 0,001$; $P < 0,05$) и повышение индекса резистентности ($0,64 \pm 0,04$ против $0,78 \pm 0,05$; $P < 0,05$) в глазничной артерии по сравнению с возрастной нормой. Аналогичные изменения регистрировались в задних коротких цилиарных артериях. Особенно важно подчеркнуть частое отсутствие регистрации кровотока в диастолу в задних коротких цилиарных артериях у детей с данной патологией, что может приводить к резкому снижению перфузии волокон зрительного нерва, а глаукоматозное повреждение зрительного нерва может быть связано именно с гипоперфузией его в области диска. Тонографические показатели свидетельствовали о повышении внутриглазного давления у всех обследованных детей, снижении коэффициента легкости оттока жидкости из глаза при практически неизменном уровне продукции влаги передней камеры. По-видимому, увеличение внутриглазного давления приводит к повышению периферического сопротивления сосудов глаза по гипертоническому типу, что, в свою очередь, изменяет характер фазового тока крови по сосуду.

Заключение. Таким образом, проведенные нами исследования свидетельствуют о высокой чувствительности ультразвуковой доплерографии и возможности ее применения в диагностике глаукомы у детей.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ В РАННИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ

Алимов А.А., Тохиров Ш.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: Изучение обстоятельств ухудшения состояний после кардиохирургических операций, на данном этапе развитие кардиореанимации становится достаточно актуальным, что связано с достаточно большим процентом формирующихся осложнений.

Цель исследований: уменьшение гемодинамических осложнений раннего послеоперационного периода у детей оперируемых по поводу врожденных пороков сердца.

Материалы и методы: Обследовано 20 (2-5 лет) больных, оперированных по поводу врожденных пороков сердца (ВПС) «бледного» типа в условиях умеренной гипотермии. О состоянии сердечно-сосудистой системы (ССС) судили по числу сердечных сокращений в 1 мин. и артериальному давлению (АД) в мм рт. ст., центрального венозного давления (ЦВД), объем циркулирующей крови (ОЦК) в мл/кг, проведены исследования минутного объема сердца (МОС) в л/мин., сердечный индекс (СИ) в л/мин/м² и общее периферическое сопротивление (ОПС) в дин/сек/см⁻⁵. Производился систематический электрокардиографический контроль.

Результаты и обсуждения: Изменения изучаемых показателей гемодинамики в течение первых суток по сравнению с дооперационными данными у всех больных характеризуются учащением пульса на 36—42%, наиболее выраженным у детей в возрасте 2-5 лет. В последующие дни послеоперационного периода наблюдали постепенное урежение пульса. Изменения АД при неосложненном послеоперационном периоде были незначительны и не выходили за пределы физиологической нормы. Одновременно с увеличением пульса наблюдали увеличение минутного объема сердца на 10—58%. Наибольшее увеличение минутного объема сердца наблюдали также у детей в первые сутки после коррекции клапанного стеноза легочной артерии и аортального стеноза. В последующие дни после операции средние величины минутного объема сердца постепенно снижались, однако к концу наблюдаемого периода оставались все же несколько увеличенными по сравнению с дооперационным уровнем. При анализе показателей гемодинамики нами отмечены адекватные колебания периферического сопротивления при соответствующих изменениях минутного объема сердца. В ответ на повышение минутного объема сердца отмечалось падение общего периферического сопротивления. Послеоперационное уменьшение общего периферического сопротивления свидетельствует о снижении общего сосудистого тонуса по сравнению с дооперационным уровнем. Объем циркулирующей крови у всех больных был повышен в течение всего наблюдаемого периода. Наибольшее увеличение объема циркулирующей крови отметили на 5-е послеоперационные сутки (на 20—26%).

Выводы: Суть нарушений гемодинамики послеоперационного периода сводилась к более выраженной тахикардии (66%), к некоторому увеличению артериального давления и резкому повышению венозного давления (на 54%), более значительным колебаниям МОС и ОПС. Таким образом, изучение основных показателей сердечнососудистой системы после хирургической коррекции врожденных пороков сердца на различных этапах послеоперационного периода свидетельствует об умеренных изменениях центральной гемодинамики. Наблюдаемые нами изменения гемодинамики стоят в прямой зависимости от тяжести операционной травмы, адекватности анестезии и своевременности восполнения кровопотери, от степени коррекции порока, от характера течения послеоперационного периода.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ФИБРОЗА ЗАДНЕЙ КАПСУЛЫ ХРУСТАЛИКА У ДЕТЕЙ.

Алимова М.Б., Хамраева Л.С., Алиярова Ф.Т.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Патология хрусталика занимает одно из ведущих мест в мире в структуре слепоты и слабовидения. (Егорова Э.В. и др., 2003, LundstromM., 2002). Среди причин инвалидности заболевания хрусталика составляют 12-18%. Основные клинические варианты, приводящие к инвалидности- различные виды катаракт (26%), осложнённая афакия (17%) и осложнённая артифакция (57%). В настоящее время в детской офтальмологии наиболее часто встречающимся осложнением является фиброз задней капсулы хрусталика (вторичная катаракта), приводящий к ощутимым изменениям зрительных функций.

Целью нашего исследования является изучение факторов, влияющих на развитие фиброза задней капсулы хрусталика у детей после экстракции катаракты в зависимости от вида катаракты.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 15 пациентов (20 глаз), оперированных в глазном отделении клиники ТашПМИ в возрасте от 6 месяцев до 12 лет с афакией, артифакцией и фиброзом задней капсулы хрусталика различной степени. Из них у 33% (5 больных) произведена экстракапсулярная экстракция травматической катаракты, у 67% (10 больных) произведена экстракапсулярная экстракция врождённой катаракты.

Результаты. У детей с травматической катарактой фиброз задней капсулы развился через 1-1,5 месяца и имел III степень, у больных с врождённой катарактой помутнение задней капсулы развилось через 3-4 месяца и классифицировалось как фиброз задней капсулы I степени. Считаем, что травматический характер помутнения хрусталика усиливает пролиферацию клеток Эльшнига и способствует более быстрому развитию фиброза задней капсулы хрусталика.

Вывод. Одним из факторов риска развития фиброза задней капсулы хрусталика у детей является травма органа зрения.

СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ СОЧЕТАННОЙ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА

Алимханов О.О., Кадырова Г.Г.

Ташкентский Педиатрический Медицинский институт

Актуальность: структурные изменения крупных сосудов при артериальной гипертензии (АГ) сопутствующие с сахарным диабетом (СД) в настоящее время не достаточно изучены и являются предметом дискуссии.

Цель работы: Оценить ремоделирование сонных артерий и степень поражения атеросклерозом брахицефальных артерий на экстракраниальном уровне у пациентов АГ и СД.

Материалы и методы исследования: Обследовано 74 пациентов в возрасте от 49 до 60 лет (средний возраст $51 \pm 0,6$ лет). Больные были разделены на 3 группы. Группа 1- пациенты с изолированной АГ II стадии, 22 человек. Группа II- пациенты с сочетанием АГ и СД, 28 человек. 3- группа сравнения, 23 человек - практически здоровые лица. Лицам всех групп проводилось цветное дуплексное сканирование плечеголовного ствола, общих, внутренних, наружных сонных артерий, позвоночных артерий, оценивались диаметры, поток, толщина комплекса интима – медиа (КИМ). Статистический анализ проводили с помощью программы «Statistica».

Результаты: По нашим данным у практически здоровых лиц (группа 3) диастолический диаметр правой общей сонной артерии (ПОСА) составил $5,5 \pm 0,55$ мм, толщина комплекса интима – медиа ПОСА – $0,55 \pm 0,1$, отношение КИМ/просвет сосуда- $0,1 \pm 0,01$. В группе 1 диаметр правой общей сонной артерии (ПОСА) составил $7,7 \pm 1$ мм ($p1-3 < 0,000$), толщина комплекса интима – медиа ПОСА – $0,67 \pm 0,1$ ($p1-3 < 0,000$), отношение КИМ/просвет сосуда- $0,09 \pm 0,01$. В группе 2 ПОСА составил $7,2 \pm 0,79$ мм ($p2-3 < 0,000$), толщина комплекса интима – медиа ПОСА – $0,67 \pm 0,15$ ($p2-3 < 0,000$), отношение КИМ/просвет сосуда- $0,09 \pm 0,02$. При изолированной АГ брахиоцефальные артерии на экстракраниальном уровне поражены атеросклерозом в 25% случаев (атеросклеротические бляшки у 10,7%, утолщение КИМ у 14,3%); в группе здоровых в 20 % случаев (атеросклеротические бляшки у 10%, утолщение КИМ у 10%); в группе 2 66% случаев $p2-4 < 0,000$ (атеросклеротические бляшки у 44%, утолщение КИМ у 37%, в 11% утолщение КИМ сочеталось с атеросклеротическими бляшками).

Выводы: При сравнение с группой здоровых при АГ и СД выявлено статистически достоверное увеличение диаметра общих сонных артерий, утолщение КИМ. Увеличение диаметра происходит пропорционально увеличению КИМ во всех группах, так как отношение КИМ/просвет сосуда остается таким же, как в группе здоровых. Процент поражения атеросклерозом сосудов шеи при АГ с СД значительно выше и составляет 78%.

СТРУКТУРА ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ.
Алиярова Ф.Т., Хамраева Л.С., Гулямова.Г.М., Арипова Г.М
Ташкентский Педиатрический Медицинский институт

Актуальность. Анализ структуры заболеваний органа зрения позволит улучшить раннюю диагностику и лечение офтальмопатологии у детей, обеспечит доступность, качественность, своевременность оказания специализированной помощи, сформировать стратегические и тактические направления деятельности здравоохранения

Цель. Сравнительный анализ нозологической структуры офтальмологических больных, обратившихся в глазной кабинет консультативно-диагностической поликлиники (КДП) клиники ТашПМИ за период с 2013 по 2014 годы.

Материал и методы. Нами проведен мониторинг данных амбулаторных карт 9959 больных, из них в 2013 году обратились 3575, в 2014 - 6384 пациента соответственно. Всем пациентам были проведены параклинические и офтальмологические методы исследования (визиометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия).

Результаты. Средний возраст пациентов составил $5 \pm 1,02$ лет. Мальчиков было 45,65 %, девочек- 54,35 %. В 2013 году детей с катарактой было 551 (15,41%), с глаукомой 208 (5,81 %), с косоглазием 951 (26,60%), с патологиями век 484 (13,5 %), заболеваниями сетчатки и зрительного нерва 301 (8,41 %), заболеваниями роговицы 198 (5,53 %), с аномалиями рефракции 861 (24,08%) случая соответственно. В 2014 году детей с катарактой было 601 (9,41 %), с глаукомой 232 (3,63 %), с косоглазием 1012 (15,85%) , с патологиями век 490 (7,67%), с заболеваниями сетчатки и зрительного нерва 315 (4.93%), с заболеваниями роговицы 201 (3.14 %), с аномалиями рефракции 742 (11.62%) случая соответственно.

Вывод. Сравнительный анализ выявил следующие: в 2014 году уменьшилось число обращений детей с глаукомой на - 2.18% , с катарактой на- 6% , с косоглазием на - 10.75%, с патологиями век на-5.83% соответственно, тогда как количество детей с аномалиями рефракции возросло на -12.46 % , с заболеваниями сетчатки и зрительного нерва на- 3.49 % и роговицы на- 2.39 % соответственно.

МАКТАБГАЧА ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ ЎРТА ОТИТНИНГ КЕЧИШИГА САЛБІЙ ТАЪСИР КЎРСАТУВЧИ ОМИЛЛАР

Алланазаров Ғ.Ш., Бобохонов Ғ. К.
Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги: Сурункали йирингли ўрта отит (СЙЎО) барча ёшдаги кишиларда учрайди ва у айниқса, болалар ва ўсмирлар орасида кенг тарқалган. Охирги йилларда унинг кўпайиши кузатилмоқда. Аксарият бемор болалар вақтида аниқланмай қолиб кетадилар ёки касаллик кечки босқичларда ёки асоратланган ҳолатларда ташхисланади. Ушбу далил ва сурункали йирингли ўрта отит (СЙЎО) ни турли асоратлар билан намоён бўлиши уни беморлар ҳаётига хавф солувчи ва тиббиёт амалиёти учун катта сарф харажат талаб этувчи касалликлар қаторига киритилишига асос бўлади.

Мақсад: Мактабгача ёшдаги болаларда сурункали йирингли ўрта отитнинг кечишига салбий таъсир кўрсатувчи омилларни ўрганиш ва таҳлил қилиш.

Тадқиқот материаллари ва текшириш усуллари: Тадқиқот изланишларимиз ТошПМИ клиникаси ЛОР-бўлимида, Педиатрия илмий маркази ЛОР-бўлимида ўтказилди. Текширишда жами 70 та 3 ёшдан 7 ёшгача бўлган болалар ташкил этди, шулардан 50 (71%) та бола- сурункали йирингли ўрта отит (СЙЎО) ташхиси билан даволанган бемор болалар - асосий гуруҳни ва таққословчи гуруҳни 20 (29%) та соғлом бола ташкил этди. Барча болаларда умумклиник текширув: ҳар бир бемор боланинг шикоятлари, болалар ва уларнинг ота-онасидан олинган анамнестик маълумотлар, умумий қон таҳлили, оториноларингологик текширув (отоскопия, риноскопия, фарингоскопия, ларингоскопия, бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари рентгенографияси ёки КТ си) ўтказилди.

Тадқиқот натижалари: Сурункали йирингли ўрта отит (СЙЎО) касаллигининг кечишига салбий таъсир этувчи омиллар ўрганилганда қуйидагилар аниқланди. Текширилган беморларда камқонлик юқори фоизда – 42 (85%), унинг шаклларида эса II 23 та (54%) даражаси бошқаларига нисбатан кўп учради. Гельминтозларнинг ҳам юқори фоизда 26 (51%) учраши организмнинг аллергизация ҳолатини кучайишига ва унинг иммун-биологик резистентлигини ўзгаришига олиб келади. Тишлар кариеси- 20 (40,8%) учради. У организмдаги инфекция ўчоғи сифатида аҳамият касб этади.

Хулоса. Сурункали йирингли ўрта отит (СЙЎО) нинг беморлар орасида ривожининг нисбий хавфи энг кўп даражада камқонлик ва халқум касалликлари, 1,8-4,1 баробарга даражада оиланинг моддий аҳволига, ирсий омилларга, оилада кўп болаларни бўлишига, гельминтозларга, бурун ва ёндош бўшлиқлари ҳамда тишлар кариеси касалликларига, 5-9 баробарга бундай хавф аллергик, кулоқ ва хиқилдоқ касалликларга бевосита боғлиқ ҳолда бўлади.

МАКТАБ ЁШИГАЧА БОЛАЛАРДА ҚУЛОҚ, ТОМОҚ ВА БУРУН КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ УЧРАШИ

Алланазаров Ғ.Ш., Бобохонов Ғ. К.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги: Илмий манбалар кўрсатадики, сўнгги йилларда сурункали йирингли ўрта отит касаллигига мутахассисларнинг қизиқиши тобора ортиб бормокда. Боиси бу касаллик дунёнинг барча мамлакатларида муҳим тиббий ижтимоий муаммога айланган. Сурункали йирингли ўрта отит касаллиги (СЙЎО) барча ёшдаги кишиларда учрайди ва у айниқса, болалар ва ўсмирлар орасида кенг тарқалган. Охирги йилларда унинг кўпайиши кузатилмокда. Аксарият бемор болалар вақтида аниқланмай қолиб кетадилар ёки касаллик кечки босқичларда ёки асоратланган ҳолатларда ташхисланади.

Тадқиқот мақсади: Мактаб ёшигача болаларда сурункали йирингли ўрта отитнинг учрашини ўрганиш.

Тадқиқот материали ва текшириш усуллари: Тадқиқот изланишларимиз ТошПМИ клиникаси ЛОР-бўлимида ва Педиатрия илмий маркази ЛОР-бўлимида ўтказилди. Текширишда жами 70 (100%)та 3 ёшдан 7 ёшгача бўлган болалар ташкил этди, шулардан 50 (71%) та бола- сурункали йирингли ўрта отит ташхиси билан даволанган бемор болалар - асосий гуруҳни ва таққословчи гуруҳни 20 (29%) та соғлом бола ташкил этди. Асосий гуруҳ 50 та (71%) болалар ёшга кўра 3 гуруҳга тақсимланди - 1 гуруҳ- 3-4 ёш – 13 та (26%), 2 гуруҳ – 4-5 ёш – 17 та (34%), 3 гуруҳ – 5-7 ёш – 20 та (40%) ни ташкил этди. Барча болаларда умумклиник текширув: ҳар бир бемор боланинг шикоятлари, болалар ва уларнинг ота-онасидан олинган анамнестик маълумотлар, умумий қон тахлили, оториноларингологик текширув (отоскопия, риноскопия, фарингоскопия, ларингоскопия, бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари рентгенографияси ёки КТ си, кўрсатма асосида сўрғичсимон ўсимта рентгенографияси) ўтказилди.

Тадқиқот натижалари: (шифоҳона маълумотлари бўйича) текширувда бўлган 50 (71%) болаларда сурункали йирингли ўрта отитнинг учрашининг тахлили қилинганда ҳар учала гуруҳ болаларида олинган натижалар қуйидагилардан иборат бўлди. Сурункали тонзиллит- (СТ)- 2 (15,3%), 1 (5,8%) ва 1 (5%) гуруҳларга мувофиқ ҳолда ($P<0,05$), танглай муртаклари гепертрофияси (ТМГ)- 2 (15,3%), 1 (5,8%) ва 2 (10%) ($P>0,05$), сурункали ринит (СР)- 1 (7,6%), 3 (17,6%) ва 4 (20%) ($P>0,05$), бурун тўсиғининг қийшиқлиги (БТҚ)- 3 (23%), 4 (23,5%) ва 3 (15%) ($P<0,05$), вазомотор ринит (ВР) - 2 (15,3%), 4 (23,5%) ва 4 (20%) ($P>0,05$), сурункали синусит (СС)- 3 (23%), 3 (17,6%) ва 4 (20%) ($P>0,05$), сурункали сальпингоотит (ССО)- 1 (7,6%), 1 (5,8%) ва 2 (10%) ($P>0,05$) гуруҳларга мувофиқ ҳолда қайд қилинди.

Хулоса. Ўрганилаётган касалликлар орасида энг кўп ҳалқум ва бурун бўшлиғи касалликлари қайд қилинади. Ҳар учала ёш гуруҳларида олинган натижалар қиёслаб чиқилганда эса, бурун бўшлиғи ва бурун ёндош бўшлиқлари касалликлари ёш гуруҳларида ортиб боришига мувофиқ ҳолда ишонарли тарзда ошиши кузатилди.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ КОРОТКИХ СООБЩЕНИЙ В ПРОПАГАНДЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Аманов А.Б., Искандарова Ш.Т., Абдурахимов З.А.,
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: в соответствии с статистикой на конец 2014 года, по оценкам экспертов, в мире насчитывалось 8 миллиардов абонентов мобильной связи. При этом 95% стран мира имеют мобильные сети. Мобильные технологии широко применяются во всем мире. Также они все шире применяются для укрепления здоровья, пропаганде здорового образа жизни и профилактики заболеваний. MobileHealth (мобильное здравоохранение) -это новый метод информационно-коммуникационных технологий для улучшения пропаганды и профилактики заболеваемости. Мобильный телефон потенциально мощный инструмент для изменения поведения, потому что он широко доступен, недорогой и мгновенный. Инновации MobileHealth (mhealth) были разработаны ВОЗ для решения целого ряда проблем, таких как улучшение и удобство в получении информации о больном, скорость и точность диагностических тестов, мониторинг хронических заболеваний, приверженность к лечению. Текстовые сообщения –это короткая форма общения, передаваемые между мобильными телефонами, и они как правило, не могут превышать 160 символов в одном смс сообщении. Текстовые сообщения демонстрируют большой потенциал в качестве инструмента для улучшения системы здравоохранения по нескольким причинам; доступен практически для каждой модели мобильного телефона, цена относительно мала, его использование является широко распространенным, не требует большой технологической опыт, и широко применяется в различных отраслях.

Цель исследования: изучение возможности коротких сообщений в пропаганде здорового образа жизни путем внедрения стандартов Мобильного здравоохранения (Mhealth).

Материалы и методы: поиск и статистическая обработка литературы по использованию MEDLINE (США Национальная библиотека медицины, Национальные институты здравоохранения, Бетесда, штат Мэриленд), CochraneLibrary (Wiley ИЛ, Malden, штат Массачусетс), GoogleScholar (Google, MountainView, Калифорния) и PubMed (США Национальная медицинская библиотека, Национальный институт здоровья, Bethesda, Maryland). Отбор респондентов использующих мобильную сеть, изучения их здоровья, группировка их по интересующим вопросам. Разработка передаваемой информации для каждой группы отдельно. Изучение и последующая статистическая обработка

Полученные результаты: из 30 статей, найденных из обширного поиска, 17 статьи, представляющие 12 исследований, соответствовали критериям исследования. 12 научно-исследовательских исследований в данном обзоре представлены 17 статьями. Из 12 исследований применение текстовых сообщений в качестве платформы 5 были для пропаганде здорового образа жизни, 7 для контроля за заболеваемостью. Втрёх из 12 исследований сообщалось об отсутствии, разницы между первичной и конечными исследованиями, следовательно, результаты были неубедительные. В 8 из 9 исследований было установлено, доказательство подтверждающие эффективность текстовых сообщений в качестве инструмента для пропаганды здорового образа жизни и профилактики заболеваний.

Выводы. Таким образом, результаты по изучению возможностей коротких сообщений в пропаганде здорового образа жизни путем анализа зарубежного опыта свидетельствует об эффективности текстовых сообщений в качестве инструмента для профилактики заболеваний.

МЕСТО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЛУЧЕЗАПЯСТНОГО СУСТАВА И КИСТИ

Арифджанов С.А., Рустамова У.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. В последние годы во всех экономически развитых странах отмечается рост травматизма, в структуре которого повреждения кисти в связи с ее особым функциональным значением в производственной деятельности человека занимают наиболее важное место. Большой удельный вес диагностических ошибок (21%), плохие функциональные исходы лечения связаны не только с тяжестью повреждений и заболеваний, тонкостью физиологической функции кисти, сложностью анатомического строения, но и с проблемой выявления патологии мягкотканых структур кисти.

Цель исследования. Изучить характерные особенности ультразвукового исследования в диагностике повреждений лучезапястного сустава и кисти

Материалы и методы исследования. В работе представлены данные ультразвукового исследования 15 пациентов с повреждениями лучезапястного сустава и кисти в возрасте от 18 до 35 лет. Ультразвуковые исследования мягкотканых структур кисти, к которым относятся сухожилия, нервы, связочный аппарат, выполнялись с помощью ультразвуковых сканеров, оснащенных мультислотными линейными датчиками с частотой от 7 до 17 МГц, что обеспечивало оптимальную визуализацию исследуемых образований.

Результаты исследования. УЗИ лучезапястного сустава является достаточно дешевым, быстрым и информативным методом исследования при повреждениях связочного аппарата лучезапястного сустава, сухожилий сгибателей и разгибателей пальцев и запястья, а также для диагностики защемления нервов. Среди обследованных повреждения сухожилий пальцев было диагностировано у 5 больных (33,3%), повреждения мягких тканей лучезапястного сустава у 8 пациентов (53,3%). Методика УЗИ лучезапястного сустава позволила также диагностировать переломы мелких костей запястья (40%), которые не всегда могут быть распознаны при проведении рентгеновского исследования. Гиалиновый хрящ, покрывающий суставные поверхности лучезапястного сустава, по данным УЗИ в норме был гипэхогенным и примыкал к гиперэхогенному корковому слою кости. При наличии умеренного количества жидкости в полости сустава от поверхности хряща отражалось тонкое и яркое эхо (признак «поверхности хряща»), которое наблюдалось у 33,3% (5) пациентов. В норме жидкость или выпот в лучезапястном суставе здоровой кисти отсутствует. При продольном ультразвуковом сканировании сухожилия пальцев выглядели как линейные фибриллярные, чередующиеся между собой гипер- и гипэхогенные структуры, имеющие наиболее интенсивный сигнал в месте перехода в кость. Об их повреждении свидетельствовало увеличение расстояния между ладонной поверхностью фаланги пальца и сухожилием сгибателя, а также наличие подсухожильной гематомы в месте повреждения этих связок. Данные повреждения были установлены у 66,7% (10) больных.

Выводы. Таким образом, преимуществом УЗИ лучезапястного сустава и кисти является возможность диагностировать изменения связочного аппарата и сухожилий с визуализацией, которая недоступна или, по крайней мере, такая же, как и при МРТ. Очень важным моментом является возможность динамического исследования: в момент проведения УЗИ лучезапястного сустава можно просить пациента делать движения, при которых исследуемая патология становится очевидной.

ДИНАМИКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Асадов Н.З. Эгамбердиева Д.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Распространенность острого коронарного синдрома (ОКС) и высокая частота его осложнений обуславливают актуальность изучения данного синдрома. В европейских странах на 1000 жителей ежегодно возникает 5 случаев ОКС. По данным Американской ассоциации сердца, в 2006 г. первичный эпизод ОКС произошёл у 700 тыс. жителей США. Каждый эпизод ОКС характеризуется резким увеличением риска опасных для жизни осложнений и смерти. Доля умерших в течение 6 мес. после ОКС, по разным данным, составляет около 12-13%.

Цель. Оценить динамику функциональных изменений миокарда у пациентов с острым коронарным синдромом в зависимости от исхода ОКС.

Материалы и методы. Было обследовано 35 пациентов с острым коронарным синдромом в возрасте от 45 до 65 лет, с симптоматикой ОКС, возникшей в течение 24 часов. У всех больных определены изменения маркеров развития некроза на основании тропонинового теста, регистрации изменений ЭКГ в виде уширения зубца Q более 0,03 с или подъема сегмента ST $\geq 0,1$ мВ в 2-х или более смежных отведениях или инверсии зубца T $\geq 0,1$ мВ в отведениях с преобладающим зубцом R. В исследование не включали пациентов с сердечной недостаточностью III-IV ФК по NYHA на момент начала исследования, сахарным диабетом, дисфункцией щитовидной железы. Всем пациентам в течение 3-5 дней после поступления в стационар и через 6 месяцев были проведены электрокардиография, эхокардиография, оценка вариабельности сердечного ритма (BPC) и дисперсии интервала QT (dQT), суточное мониторирование ЭКГ (ХМ). В зависимости от исхода ОКС все пациенты были разделены на следующие группы: с нестабильной стенокардией – 14 человек, с инфарктом миокарда без зубца Q – 9 и с зубцом Q – 12 пациентов. В течение всего срока наблюдения больные получали ингибитор АПФ, статины, бета-блокатор и аспирин. Для сравнения величин использовались непараметрический критерий знаков, статистика Вилкоксона и Манна-Уитни. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$. Статистическую обработку данных осуществляли с применением пакета STATISTICA.

Результаты. При сравнении исходных данных по показателям dQT (Q-Td, Q-Tcd, Q-Tcdn) в исследуемых группах пациентов различий выявлено не было. По показателям, отражающим изменения гемодинамики (КДР, КСР, КДО, КСО, ФВ%, ДЛА), BPC (TP, LF/HF, %VLF, %LF, %HF, RRNN, SDNN) показал отсутствие каких-либо различий между группами. Через 6 месяцев у больных, перенесших инфаркт миокарда, отмечена положительная динамика показателей BPC (%HF, $p=0,01$; SDNN, $p=0,01$), dQT (Q-Td, $p=0,02$), эхокардиограммы (КДО ЛЖ, $p=0,04$; ФВ, $p=0,006$). Между группами Q и non-Q инфаркта существенной разницы не выявлено. У пациентов с нестабильной стенокардией, несмотря на наличие положительных тенденций, достоверных изменений анализируемых показателей не обнаружено.

Выводы. В результате оценки проведённых исследований отмечено, что патологические процессы в миокарде, происходящие при ОКС, имеют одинаковый характер при разных вариантах исхода. Достоверная положительная динамика основных анализируемых показателей после 6 месяцев наблюдения выявлена только у пациентов с инфарктом миокарда и не зависит от типа инфаркта (Q, non-Q).

ВЛИЯНИЕ ЦИТОПРОТЕКТОРА ЭЛФУНАТА НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЦА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ.

Асадов Н.З Эгамбердиева Д.А

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Проблема совершенствования лечения острой коронарной патологии остается одной из ведущих в современной кардиологии. Главной задачей в лечении острого коронарного синдрома (ОКС) является сохранение жизнеспособности миокарда и скорейшее восстановление его функциональной активности. Одним из ведущих механизмов повреждения и нарушения функции кардиомиоцитов в условиях ишемии служат процессы свободнорадикального окисления, значительная активация которых инициируется гипоксией. Значимым способом сохранения жизнеспособности ишемизированного миокарда является снижение потребности кардиомиоцитов в кислороде.

В этой связи, применение кардиоцитопротекторов, обладающих антиоксидантными свойствами и способными сократить потребность клетки в кислороде представляется весомым дополнением к традиционной терапии ОКС. В настоящее время имеются сведения об эффективности цитопротекторов при инфаркте миокарда (ИМ).

Цель исследования. Оценить влияние цитопротектора (элфуната) на течение и исход острого коронарного синдрома.

Методы исследования. В клиническое исследование были включены две рандомизированные группы пациентов по 20 человек, поступивших в РСНПМЦТ в первые часы развития острого коронарного синдрома: 1-я группа с подъемом сегмента ST на ЭКГ, 2-я - без подъема ST. Критерии рандомизации: пол, возраст, наличие ХСН и её стадия до развития ОКС.

Результаты исследования. Включение элфуната в состав традиционной терапии у больных ОКС без подъема ST приводило к ускорению нормализации параметров внутрисердечной гемодинамики на госпитальном этапе. Так, скорость трансмитрального потока Е начинала увеличиваться уже с 5-го дня терапии на 20%, к 10-му дню на 30% и к 22-м суткам на 39% ($p < 0,05$). В контрольной подгруппе скорость трансмитрального потока Е увеличивалась значительно позже: к 22-му дню и только на 19% ($p < 0,05$).

Терапия элфунатом приводила к дальнейшему восстановлению показателей диастолической функции левого желудочка у больных в группе ОКС без подъема ST, что подтверждалось снижением уровня конечного диастолического давления (KDD) на 20% ($p < 0,05$). В группе сравнения за период наблюдения параметры трансмитрального потока улучшались медленнее. В частности, уровень KDD уменьшился на 11% ($p < 0,05$).

Параметры систолической функции левого желудочка (ЛЖ) у больных ОКС без подъема ST за период наблюдения изменялись также с положительной динамикой. Так в первые сутки отмечалась низкая фракция выброса и невысокий ударный индекс. При лечении элфунатом значение фракции выброса увеличивалось на 5,3%, на 10,9% и на 15,9% - к 5-м, 10-м и 20-м сут, соответственно, а в контрольной подгруппе только к моменту выписки показатель фракции выброса увеличился на 6,7% ($p < 0,05$ для различий между группами).

Выводы. Применение элфуната в составе комплексной терапии больных ОКС благоприятно влияет на течение и исход острого коронарного синдрома, позволяет улучшить систоло-диастолическую функцию миокарда ЛЖ, что подтверждается возрастанием скорости потока по пику Е, снижением уровня KDD, повышением ФВ по сравнению с контрольной группой.

БОЛАЛАРДА ЭПИДЕМИК ПАРОТИТ ИНФЕКЦИЯСИНING ЗАМОНАВИЙ ШАРОИТДА ЙЎЛДОШ КАСАЛЛИКЛАР ФОНИДА КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИНИ ЎРГАНИШ.

Аслонов Р.О . Умаров Т.У
Тошкент Педиатрия Тибиёт Институт

Мавзунинг долзарблиги: Эпидемик паротит дунёда кенг тарқалган юқумли касаллик бўлиб касалликнинг асосий клиник симптоми қулоқ олди безининг зарарланиши бўлсада аммо унинг кўплаб ижтимоий ва соғлиқ учун қолдиқ асоратларга олиб келиши долзарб муаммолигича сақланмоқда. Инсон организми бу бир бутун системаки унинг бир кичик қисмининг носозлиги натижасида баъзида кечаётган жараёнлар умуман бошқа натижа ва кўриниш касб этиши мумкин шу сабабли болаларда эпидемик паротит касаллигининг йўлдош касалликлар билан қай тарзда кечишини ўрганиш долзарб муаммолардандир.

Мавзунингмақсади: Болаларда эпидемик паротит инфекциясининг турли клиник шакллариининг замонавий шароитда йўлдош касалликлар фонида кечишини ўрганиш.

Текширув материаллари ва усуллари:Текширув эпидемик паротит(тепки) билан оғриган 30 та бемор болалар(1-16 ёш)да олиб борилади. Текширув анамнестик ва клиник белгилар, қоннинг биокимёвий таҳлиллари, пешоб таҳлили, УТТ маълумотлари ва йўлдош касалликлари бор болаларнинг тор мутахасислар кўрик маълумотлари натижаларидан олинган маълумотлари ва уларнинг таҳлили асосида олиб борилади..

Олинган натижалар ва уларнинг таҳлили: Болаларда эпидемик паротит касаллигининг йўлдош касалликлар билан қай тарзда кечишини ўрганишда касалларимизни пириморбид фон, кўшимча ёхуд йўлдош касалликлар бор беморлар 1 гуруҳ-15 та бемор болалар, йўлдош касалликлар йўқ 15 та беморлар 2 гуруҳ қилиб олинди. Эпидемик паротитнинг ўрта оғир кечуви 1-гуруҳда 2-гуруҳга нисбатан 30% кам, оғир кечуви эса 30% га кўпроқ, асаб-безли шакли 10% кўп, безли шакли эса 10% кам, тепкининг асоратсиз шакллари 25% кам, тепкининг асоратли шакллари эса 25% кўпроқ кузатилди. Эпидемик паротит касаллигида асосий клиник симптомларнинг гуруҳлардаги ҳолатини қиёслайдиган бўлсак,бунда 1-гуруҳда 2-гуруҳга нисбатан ҳолсизлик 5%га, иситмалаш 15%га, иштаҳанинг пасайиши 35%га, кўнгил айланиши 25%га, қайт қилиш 20%га, қорин оғриғи 25%га, инжиклик 5%га, ич кетиш 2 гуруҳда умуман йўқ, менингиал белгилар мусбатлилиги 5% га кўпроқ, битта сўлак безининг шиши 20%га камроқ, бир неча сўлак безининг шиши 20%га кўпроқ, чайновда оғриқ 20%га кўп, Мурсу белгисининг мусбалилиги 15%га ва оғиз қуриши белгилари 25% га кўпроқ эканлиги аниқланди.

Хулоса: Бундан кўринадикки тепкининг йўлдош касалликлар бор бемор болаларда(1 гуруҳ) нисбатан оғирроқ(30%),асоратли шакллари кўпроқ (25%) ва асаб-безли шакллари кўпроқ (10%) кузатилади экан.1гуруҳ да касалликнинг асосий клиник белгилари ҳолсизлик, иситмалаш, иштаҳа пасайиши, кўнгил айланиши, қайт қилиш, қорин оғриғи,инжиклик, ич кетиш чайновда оғриқ, Мурсу белгисининг мусбалилиги ва оғиз қуриши белгилари нисбатан узокроқ ва аниқроқ намоён бўлдики бу эпидемик паротитнинг пириморбид фон, кўшимча ёхуд йўлдош касалликлар бор беморларда оғирроқ кечишини ва битта сўлак безининг шиши камроқ, бир неча сўлак безининг шиши эса кўпроқ кузатилишини кўрсатди. Бундан хулосалар шуки пириморбид фон, кўшимча ёхуд йўлдош касалликлар бор беморлар болаларда касалликнинг давоси ва парваришида алоҳида ёддошувни ва тор мутахасислар кўриги ва маслаҳатини инобатга олган ҳолда олиб бориш кераклилиги аниқланди.

К ЛЕЧЕНИЮ ПЕРЕЛОМОВ ПЯСТНЫХ КОСТЕЙ И ФАЛАНГ ПАЛЬЦЕВ У ДЕТЕЙ

Ахматов М.Р., Турсунов Б.С.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность проблемы: кисть как орган, участвующий в повседневной деятельности, наиболее часто подвергается травматическим повреждениям на производстве и в быту. Повреждения кисти у детей составляют до 46.6% всех травм опорно-двигательного аппарата (Охотский В.П., Мигулева И.Ю., 2006). Среди разнообразных повреждений кисти переломы костей кисти занимают более 30%. В общей структуре переломов костей кисти на пястные кости приходится 35%, проксимальные фаланги - 23%, средние - 13%, дистальные - 20%. Особую проблему представляют многокомпонентные повреждения кисти, включающие нарушение целостности кожных покровов, повреждение сухожильно-связочного и нервно-сосудистого комплексов. Актуальность лечения повреждения костей кисти обусловлена не только сложностью анатомо-функционального строения кисти, но и высоким процентом ошибок диагностики и лечения (более 20%). При несвоевременной диагностике и неадекватном лечении при этой патологии, во взрослом состоянии, наступает стойкое снижение трудоспособности и даже снижение бытовой адаптации.

Цель исследования: улучшение результатов лечения переломов пястных костей и фаланг пальцев у детей путем выбора наиболее благоприятного метода фиксации костных отломков.

Материал и методы исследования: нами анализированы результаты обследования и лечения 70 пациентов с переломами пястных костей и фаланг пальцев у детей, которые лечились в клинике Ташкентского педиатрического медицинского института в период с 2012 по 2015 года. Кадастр пациентов был следующим: мальчиков 55 (78,6%), девочек 15 (21,4%). Средний возраст составил 14,5 лет. Использованы: клинический, рентгенологический и функциональный методы исследования. Использована минимизированная фиксация костных отломков в пределах пораженного сегмента, с целью начала ранней разработки смежных суставов.

Результаты и обсуждения: для удобства восприятия использовали следующую систему оценки: отлично, хорошо, удовлетворительно и неудовлетворительно. Результаты оценивались по 7 критериям с выставлением оценок от 1 до 5. 1-наличие или отсутствие боли; 2-степень консолидации костных отломков; 3-анатомическое соотношение костных отломков; 4-объём движений в суставах кисти; 5-восстановление основных видов захвата; 6-трофические нарушения повреждённого сегмента; 7-нуждаемость больного в дальнейшем лечении. Отличным результат считался только в том случае, если пациент на момент осмотра не испытывал никаких затруднений, связанных с последствиями травмы. Хороший - последствия травмы не сказываются на выполнении повседневной деятельности. Удовлетворительный - последствия травмы затрудняют и ограничивают физические нагрузки на кисть. Неудовлетворительный - функциональная непригодность кисти при выполнении обычных физических нагрузок. Отдаленные результаты лечения прослежены в сроки от 6 месяцев до 2 лет. Стабильная функциональная фиксация костных отломков у больных с переломами костей кисти позволила сократить в 2,5 раза сроки лечения больных и начать восстановительное лечение с 1 - 3 суток от начала лечения.

Выводы: таким образом, раннее восстановительное лечение привело к тому, что в отдалённом периоде после травмы хороший и отличный результат был равен 96%. По причине нарушения ортопедического режима удовлетворительный и неудовлетворительный результат был у 4% пациентов.

ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФИЦИРОВАННОСТИ ВИРУСОМ ГЕПАТИТА В ПАЦИЕНТОВ С ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Ахмедов Л.Э., Даминова М.Н., Абдуллаева О.И.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Пациенты с онкогематологическими заболеваниями (ОГЗ) относятся к группе особого риска инфицирования HBV. Высокая частота их инфицирования обусловлена большим объёмом гемотрансфузий, парентеральных вмешательств и иммуносупрессией, развивающейся после курсов химиотерапии. Распространенность маркеров инфицированности HBV среди больных с ОГЗ варьирует в широких пределах и, по данным разных авторов, составляет от 3,9 до 97%. В большинстве случаев присоединение ВГВ заставляет прерывать терапию гематологического заболевания вследствие угрозы развития печёночной недостаточности. В результате вынужденных перерывов и нарушений протокола лечения существенно возрастает частота рецидивов ОГЗ.

Цель исследования – определить частоту инфицирования HBV пациентов с онкогематологическими заболеваниями.

Материалы и методы исследования Ретроспективно проанализированы истории болезней 55 пациентов в возрасте от 1 года до 14 лет с ОГЗ. Диагноз онкогематологическим заболеваниям устанавливали на основании анализа результатов миелограмм, иммуногистохимического. Цитохимического и цитогенетического исследований. Диагноз ВГВ, приобретенного в результате проведения лечебных мероприятий, устанавливали путём ИФА для выявления HBsAg с использованием отечественных и зарубежных коммерческих тест-систем.

Результаты. По результатам анализа историй болезней маркеры инфицирования HBV выявлены у 6 (10,91%) из 55 обследованных. Возраст пациентов, инфицированных HBV, составлял от 3 до 14 лет (в среднем $10,5 \pm 1,2$ года). Согласно полученным результатам, частота появления маркеров инфицирования HBV не меняется в зависимости от формы ОГЗ, выявляемого у пациентов. В результате проведенного анализа историй болезней было установлено, что инфицирование HBV регистрировалось у больных в сроки от 24 до 32 мес после начала лечения. Большая часть пациентов - 4 (66,7%) из 6 были инфицированы в течении 1-го года после постановки диагноза, у 1 (16,7%) ВГВ был диагностирован в течении 2-го года лечения, и у 1 (16,7%) – в течении 3-го года после проведения ПХТ.

Заключение. Частота инфицирования HBV пациентов с онкогематологическими заболеваниями составила 6 (10,91%) Вакцинопрофилактика ВГВ, проводимая онкогематологическим больным, до начала ПХТ, способствует созданию защитной концентрации специфических антител к началу проведения гемозаместительной терапии.

БОЛАЛАРДА СЕНСОНЕВРАЛЭШИТИШЗАИФЛИГИНИНГ УЧРАШ ДАРАЖАСИ.

Ахмедов М.А. Умаров Х.У.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги: Сенсонеувралэшитиш заифлиги (СЭЗ)оториноларингологиядаги долзарб муаммолардан биридир. Бутун жахон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотиға кўра ер юзасида 6% аҳоли эшитиш заифлиги билан касалланган бўлиб, бу ижтимоий мулоқатни қийинлаштиради, бундан 74 % ни сенсонеувралэшитиш заифлигини ташкил этади. (Загорянская М.Е., Румянцева М.Г., 2007й.).

Мақсад: сурункали сенсонеуврал эшитиш заифлигини турли ёшдаги болалар орасида учраш даражасини аниқлаш.

Текширув материаллари: Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий амалий тиббиёт маркази “ЛОР аъзоларининг туғма ва орттирилган касалликлари” бўлимида 2014-2015 йиллар давомида мурожаат қилган беморларнинг касаллик тарихлари ўрганиб чиқилди.

Текширув натижалари: беморлар касаллик тарихидан олинган маълумотлар шуни кўрсатадики, умумий ЛОР касалликлари билан хасталанган беморлар 1976 (100%) тани ташкил этди. Шундан 1247 (63%) таси СЭЗ билан касалланган беморлар, 657 (53%) таси амбулатор шароитида мурожаат этганлар. 590 (47%) таси стационар шароитдаги беморлардир. Касалхонадаги беморлардан 586 (98%) таси СЭЗ ни ташкил қилади. Шулардан: 1 ёшгача бўлган беморлар 17 (3%) та, 2-5 ёшгача 445 (76%) та, 6-14 ёшгача 123 (21%) тани ташкил этади. Эшитишни текширишда қуйидаги текширув усулларида фойдаланилди: анамнезни ўрганиш, отоскопия, ҚЛЧЭП, тимпанометрия, акустик рефлексометрия.

Хулоса: юқоридаги олинган натижалар шуни кўрсатадики 2-5 ёшгача бўлган болаларда СЭЗ бошқа ёшдагиларга нисбатан кўпроқ учрайди.

ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА У ШКОЛЬНИКОВ КАК ФАКТОР РИСКА В РАЗВИТИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

М.А. Ахмедова, И.Б.Ражабов, Р.Н. Тахирова

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Введение: Несмотря на целый ряд аспектов проблемы «Охраны здоровья детей» разрешен, которые применительно к оценке факторов риска развития соматических дисфункций у детей с разными соматотипами, всё ещё сохраняет свою актуальность. И это требуют дальнейшего изучения особенности функционирования органов и систем организма

Целью данного исследования явилось изучение распространенности артериальной гипертензии у школьников с избыточной массой тела в г. Ташкента Республики Узбекистана для разработки основных направлений профилактического вмешательства.

Материал и методы: Проведено эпидемиологическое исследование популяции школьников 7-14 лет, выбранных по методу случайной выборки. Кардиологическим скринингом было охвачено 64 школьников (33 мальчиков и 31 девочки). Все школьники были разделены на группы по возрасту и полу. У всех детей определялся хронологический возраст на момент обследования. Обследование проводилось с применением стандартизованных методов и включало: предварительный расспрос, данных анамнеза о наличии жалоб; антропометрию с определением индекса массы тела ($ИМТ=кг/м^2$) взяты рекомендации ВОЗ; трехкратное измерение артериального давления стандартизованным методом (АД); Масса тела считалась избыточной, значения ИМТ превышали значения от 25 до 30 $кг/м^2$, и считалось ожирением, если $M + 2\delta$ его значения были выше.

Результаты: В результате проведенного исследования школьников распространенность артериальной гипертензии в популяции мальчиков составила 12,7%, девочек - 8,2%. Учеников с ожирением выявлено около 5%: 5,3% мальчиков и 4,2% девочек; с избыточной массой тела - около 9,2%. Среди школьников с избыточной массой тела встречаемость артериальной гипертензии наблюдалась значительно чаще (более, чем в 2 раза), особенно среди школьников с ожирением - у мальчиков почти в 3 раза, у девочек - в 4 раза чаще. Жалобы, характерные для функциональной вегетативной дисфункции, имели около 80% обследованных детей. Выявление жалоб наблюдалась чаще среди школьников с избыточной массой тела более чем на 5%, с ожирением - на 7,5%, чем с должнствующей массой тела. Процессы роста, являясь физиологическими, не должны сопровождаться значительными расстройствами. Отклонения от нормального течения возрастной эволюции сердечно-сосудистой системы у школьников с избыточной массой тела и ожирением, причиной обусловлены. Корреляционный анализ показал прямую статистически достоверную связь между АД, ИМТ и жалобами: головокружением ($p=0,04$), плохим сном ($p=0,05$), чувством нехватки воздуха ($p=0,004$), сердцебиением ($p=0,07$), раздражительностью и головной болью ($p=0,08$).

Закключение: Высокая распространенность артериальной гипертензии, с избыточной массой тела и ожирениями, функциональной кардиоваскулярной патологии определяют необходимость изучения влияния этого фактора на формирование нарушений сердечно-сосудистой системы уже в младшего школьного возраста.

КИЧИК МАКТАБ ЁШИДАГИ БОЛАЛАРДА ТУҒМА ЮРАК КАСАЛЛИКЛАРИДА ЮРАК ҚОН-ТОМИР ТИЗИМИ ФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИ

М.А. Ахмедова, И.Б.Ражабов, Р.Н.Тахирова
Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Долзарблиги. Охирги йилларда жуда кўп мутахассисларимизни бола организмнинг жисмоний ривожланиши ва ўсиши, органларнинг функционал ҳолатига боғлиқ муаммолар қизиқтириб қўйди. Айниқса кичик мактаб ёши ва ўсмирлик даврларидаги болаларда антропометрик кўрсаткичларининг динамик равишда ўзгариб бориши, юрак қон-томир касалликларидаги функционал ҳолатини баҳолаш янада чуқурроқ текширувлар олиб беришни талаб этади.

Мақсад – кичик мактаб ёшидаги болаларда юрак қон-томир тизими фаолиятини ўрганиш ва туғма юрак нуқсонларида (ТЮН) гормоник ривожланиш ҳолатини аниқлаш.

Методик усуллар. Текширувда кичик мактаб ёшидаги болалар 2та гуруҳга ажратилди. I гуруҳ соғлом болалар - 22та (7-11 ёш), II гуруҳ – 25та шу ёшдаги болалар, ТЮН гемодинамик бузулиши билан, ТошПТИ клиникаси кардиоревтатология бўлимида даволанаётган беморлар ташкил этди. Текширувлар барча ўрнатилган усулларда олиб борилди: дастлабки анамнез йиғиш, юрак ЭКГ ва УЗИ таҳлиллари, антропометрия, тана вазни индексини (ТВИ) аниқлаш, ВОЗ тавсияларидан фойдаланилди.

Натижалар муҳокамаси. Бизнинг текширувимизда кичик мактаб ёшидаги соғлом ва юрак нуқсонлари билан туғилган болалар бўлиб, I ва II гуруҳларни ташкил этди. Бу гуруҳларда морфологик белгиларини бир бири билан солиштириб кўрганимизда кўкрак, бош ва елка айланаси, қўл ва оёқ узунликлари, тери ости ёғ қатламларида аҳамиятли фарқлар аниқланди. II гуруҳ болаларида морфологик ва антропометрик кўрсаткичлар нисбатан жуда паст (ТВИ<20). I гуруҳ болаларида гормоник ривожланиши 86%, дисгормоник ривожланиши эса 14%ни ташкил этди. II гуруҳда эса гормоник ривожланиши 3%, дисгормоник ривожланиши эса 97%ни ташкил этди. Шунингдек натижалар шуни кўрсатдики, 57% беморда систолик ва диастолик қон босимининг пасайиши ($88,79 \pm 1,01$, $52,97 \pm 0,73$ ва нормада $88,58 \pm 1,12$, $50,40 \pm 0,88$), 43% беморда эса аксинча кўтарилиши ($91,2 \pm 2,9$, $55,26 \pm 0,91$) кузатилди. Маълумки, кичик мактаб ёшли болаларда юрак фаолияти ва гемодинамик кўрсаткичларига симпатик тизими фаолияти устун туради. Таҳлиллар натижасида I гуруҳда юрак қисқариш тезлиги (ЮҚТ) деярли патологик ўзгармади, II гуруҳда эса ЮҚТ 37% беморда ёшига нисбатан секинлашганлиги, 42% беморда эса тезлашганлиги аниқланди.

Шундай қилиб, болаларни жисмоний ва функционал ҳолатини баҳолашда, юрак нуқсонлари билан туғилган болаларда, соғлом болаларга нисбатан, дисгормоник ривожланиши ва юрак қон-томир тизимида эса функционал ҳолатининг юқори даражада патологик ўзгаришлари кузатилади.

Хулоса. Юқоридаги кўрсатмаларга асосланиб шуни таъкидлаш мумкин: юракқон-томир тизими туғма касалликларида морфофункционал патологик ўзгаришлар даражаси юқори ва бу эса нохуш оқибатларга олиб келади.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КАЧЕСТВУ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Ахмедова Ш.У., Ахмедова М.А.*

Ташкентский педиатрический медицинский институт,

*Ташкентский Государственный педагогический университет им.Низами

Актуальность. «Достижение благородных целей, стоящих перед народом Узбекистана, будущее страны, ее процветание и благоденствие, то, какое место она займет в мировом сообществе в XXI веке, – все это зависит, прежде всего от того, каким вырастет наше подрастающее поколение», президент Республики Узбекистан И.А.Каримов. Повышение качества подготовки студентов является одной из актуальных проблем мировой и отечественной педагогической науки и практики. Современный подход является способом достижения нового качественного образования, и это определяет направление изменения образовательного процесса, его приоритеты.

Целью настоящего исследования явилось, анализ проблемы современного профессионального образования, как путь решить ряд таких проблем в образовательном процессе, которые до сих пор остаются нерешенными в рамках существующих образовательных технологий.

Результаты. Одним из перспективных направлений в плане решения этой задачи является осуществление компетентностного подхода средствами модульных технологий. Компетентностный подход олицетворяет сегодня инновационный процесс в образовании, соответствует принятой в большинстве развитых стран общей концепции образовательного стандарта и прямо связан с системами контроля его качества. Современные требования к подготовке специалиста профессионального образования складываются под влиянием ситуации на рынке труда, а также таких процессов, как ускорение темпов развития общества и повсеместной информатизации среды. При этом специалиста профессионального образования должен иметь:

- развитые интеллектуальные способности, позволяющие эффективно находить информацию для решения профессиональных задач с учетом социально-экономических факторов;
- умение действовать рационально, использовать компьютерную технику, владеть иностранным языком,
- владеть современными технологиями и отвечать за результаты труда, иметь предпринимательскую и социальную направленность мышления;
- владение навыками сотрудничества и коммуникативности, умениями управлять коллективом;
- принятие этических, правовых норм, регулирующих отношение к человеку, обществу, природе в соответствии с гражданско-патриотическими ценностями личности;
- поддержание здорового образа жизни.

Таким образом, качество подготовки специалиста профессионального образования, где критерием выступает профессиональная компетентность, сегодня рассматривается с позиции рекомендаций Государственных образовательных стандартов.

ОСОБЕННОСТИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА ВО ВСПОМОГАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЕ

Ахмедова Ш.У., Ахмедова М.А.*

Ташкентский педиатрический медицинский институт

*Ташкентский Государственный педагогический университет им.Низами

Актуальность. Главным приоритетом государственной политики Узбекистана определена забота о воспитании гармонично развитого, физически и духовно зрелого поколения. Под руководством Президента Ислама Каримова в нашей стране уделяется большое внимание вопросам укрепления здоровья населения, охраны материнства и детства, адресной помощи нуждающимся людям. В рамках Государственной программы «Год здорового ребенка» масштабы этой работы еще более расширяются. Одним из самых деликатных направлений в педагогической науке и образовательной практике является область коррекционной педагогики. Еще десять лет назад вряд ли бы кто из педагогов, светил отечественной науки, задумался об организации специальной помощи детям с ограниченными возможностями в условиях массовых детских садов и обычных общеобразовательных школ. Сегодня организация системы коррекционного обучения и воспитания, социальной адаптации и интеграции детей с нарушениями психофизического развития – одна из актуальнейших и наиболее сложных теоретических и практических проблем.

Целью явился анализ структуры учебного процесса и особенности реализации его во вспомогательной (коррекционной) школе.

Результаты исследования подтверждают огромное значение учебного процесса в коррекции недостатков ребёнка во вспомогательной школе, ведущую роль коррекции в обеспечении развития детей вспомогательных школ и подготовки их к жизни. Вместе с разнообразием конкретных методических путей в учебном процессе есть психолого-педагогические принципы:

- ✓ введение в содержание обучения разделов, которые предусматривают восполнение пробелов предшествующего развития, формирование готовности к восприятию наиболее сложного программного материала;
- ✓ использование методов и приёмов обучения с ориентацией на «зону ближайшего развития» ребёнка, создание оптимальных условий для реализации его потенциальных возможностей;
- ✓ коррекционная направленность учебного процесса, обеспечивающего решение задач общего развития, воспитания и коррекции познавательной деятельности и речи ребёнка, преодоление индивидуальных недостатков развития;
- ✓ определение оптимального содержания учебного материала и его отбор в соответствии с поставленными задачами.

Таким образом, основным методом учебного процесса во вспомогательной школе должна стать организация постоянной активной предметно – практической деятельности детей на всех уроках.

КЛИНИКО-ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНОГО С ВРОЖДЁННОЙ ГЕРПЕС ВИРУС ИНФЕКЦИЕЙ

Аюпова Д.Ш., Агзамова Н.В

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: Проблема острого нарушения мозгового кровообращения у детей на сегодняшний день является актуальной. Это связано с увеличением распространенности ОНМК у детей с тяжелыми неврологическими исходами. Определение причин ОНМК в детстве вызывает значительные трудности, так и ОНМК у детей 25-35% случаев испытанных при различных ошибочных диагнозах, и диагнозом не всегда можно определить причину, что негативно влияет на тяжесть, прогноз и искажает эпидемиологические параметры. Среди причин и факторов риска ОНМК особое внимание должно направляться на перинатальной инфекции, особенно инфекции, вызванных вирусами семейства герпеса. С одной стороны, герпес, с другой цитомегаловируса или менингоэнцефалита которое является непосредственной причиной ОНМК у детей; более того – герпес может вызвать многочисленные нарушения со стороны других органов, то есть экстра церебральных факторы. Важно отметить, что сопутствующее внутриутробная инфекция, хроническая гипоксия усугубляет патологические изменения в кровеносных сосудах, увеличивая тяжесть течения.

Цель: Представить клинико-фармакологического наблюдение ребёнка с последствиями ОНМК, синдромом нейрорефлекторной возбудимости и с врождённой ТОРЧ инфекцией.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находился больной Б.М. 4,5 месяца с диагнозом последствия ОНМК, синдром нейрорефлекторной возбудимости, последствия ТОРЧ. Врождённая герпес вирусная инфекция.

Результаты: Ребёнок поступил с о слов матери с жалобами на беспокойство, плаксивость, плохой сон. Из анамнеза во время беременности у матери был токсикоз с угрозой в 1 триместре беременности с анемией II степени и простуда в 36 недель. Из ТОРЧ инфекций герпес вирус был положительным с высоким титром IgM и IgG на 24 неделе беременности. При осмотре ребёнок беспокоен, рефлексы повышены.

В инструментальных МРТ исследованиях были признаки соответствующие последствиям ишемии левой лобно- теменной области с вентрикуломегалией. Гипогенезия мозолистого тела.

Назначено лечение Вифероновые свечи 1 (по 1 свече 2 раза в сутки), Пантогамом, Глицином и Коэнзим Композит и вели наблюдение в течение 2х месяцев. В результате лечения динамика была положительная. Ребёнок стал более спокоен. Сон нормализовался. Титр герпес инфекции относительно понизился.

Вывод: Представленный случай показывает, что лечение Вифероном при врождённой герпес вирус инфекции в динамике понизил титр герпес инфекции. И впоследствии это улучшило эффективность лечения неврологических патологий.

ВАРИАНТЫ КОСТНОЙ ДЕСТРУКЦИИ ПО ДАННЫМ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ СПОНДИЛИТЕ

Бабаджанов Ф.К., Рашидов З.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность темы. В Республике Узбекистан эпидемиологическая ситуация по внелегочному туберкулезу остается напряженной с тенденцией к росту (Тилляшайхов М.Н., Назиров П.Х., 2014). Туберкулезный спондилит (ТС) занимает первое место в структуре туберкулеза костей и суставов (Назиров П.Х. 2012). Более 80% больных туберкулезом позвоночника выявляются в запущенных и осложненных стадиях заболевания, с прогрессирующими, трудно поддающимися лечению процессами, с деформацией позвоночного столба, паравертебральными абсцессами и спинномозговыми расстройствами.

Цель исследования. Определить характерные признаки туберкулезного спондилита (ТС) по данным мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ).

Материал и методы исследования. Нами изучены МСКТ, выполненные 60 больным с различными формами ТС. Поражение одного позвонка наблюдалось у 1 (1,7±1,7%), двух – у 34 (56,7±6,4%), трех – у 16 (26,6±5,7%), четырех и более – у 1 (1,7±1,7%), невозможно сосчитать – у 8 (13,3±4,4%) больных.

Результаты. Использование КТ в диагностике ТС позволило уточнить распространенность, характер и степень поражения костной ткани, в том числе дуг и отростков, на ранних стадиях выявить костную деструкцию с секвестрами, которые могут мигрировать в окружающие мягкие ткани, позвоночный канал, в абсцессы больших поясничных мышц.

Среди различных вариантов костной деструкции позвонков на поперечных срезах МСКТ нами выделены три наиболее характерных для ТС:

1) очаговый тип деструкции, который характеризуется одним или несколькими округлыми участками разрушенных костных балок с четкими склерозированными контурами и одним или несколькими плотными секвестрами внутри очага деструкции; зона склероза вокруг очага деструкции может варьироваться от узкого ободка, подчеркивающего контур деструкции, до уплотнения всего остатка тела позвонка;

2) тело позвонка разрушено в значительной степени и на поперечных срезах КТ представлено в виде большого количества хаотично расположенных плотных костных фрагментов, часть которых может мигрировать в прилежащие мягкие ткани;

3) деструкция по типу кариеса, когда периферические отделы тела позвонка «изъедены» либо поверхностно, либо более глубоко без образования секвестров.

Частота встречаемости очагового типа деструкции на КТ составила 85,1±5,9%, это наиболее характерный для ТС тип деструкции. Периостальная реакция наблюдалась в 33,3±7,0% случаев, и характеризовалась формированием костных «скоб» в 28,3±4,9% из них, преимущественно в поясничном отделе позвоночника, где формирование костных «скоб» можно расценивать как компенсаторный механизм, направленный на стабилизацию позвоночного столба.

Распространение деструкции на дуги позвонков наблюдалось в 18,3±5,7% случаев и выявлялось лучше всего на МСКТ. Связанные с деструкцией позвонка мягкотканые абсцессы обычно более распространены, чем костные разрушения, спускались через толщу большой поясничной мышцы в полость малого таза на бедро и хорошо выявлялись на аксиальных срезах в виде образований низкой плотности (около +20-30 HE). На ранней стадии формирования абсцесса отмечалась инфильтрация жировой прослойки вокруг тела позвонка. Кальцинаты внутри или на границе абсцессов - характерный признак ТС. В ряде случаев абсцессы распространялись кзади в мягкие ткани спины с исчезновением нормальных межмышечных жировых прослоек.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТИВОРЕЦЕДИВНОЙ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ.

Байахмедов Ф.Ф., Хаитов К.Н

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования - изучение терапевтической эффективности, безопасности лекарственного средства Гистаглобулин при применении его в терапии у больных псориазом.

Материалы и методы исследования. Обследованы 30 пациентов (14 женщин и 16 мужчины) больных псориазом. Длительность заболевания составляла от 2 месяцев до 10 лет. У всех больных диагностирован вульгарный псориаз. У 24 больных кожный процесс носил распространенный характер, у 6- ограниченный.

Результаты исследования. Больные с псориазом находящиеся в периоде ремиссии заболевания были разделены на 2 группы в зависимости от получаемого лечения. Больные 1-группы (16 больных) получали Гистаглобулин по схеме, 2-группа (14 больных) находилась под сравнительным наблюдением. Гистаглобулинотерапия проводилась по возрастающей схеме, инъекции производились внутривенно, в область плеча, 1 раз в 4-5 дня, в виде обкалываний по типу «лимонной корки». Больные получили 2 курса Гистаглобулинотерапии с перерывом 2 месяца. При наблюдении в течение 18 месяцев за состоянием больных обеих групп в 1-й группе отмечалось наступление стойкой, длительной ремиссии заболевания у 12 (75%) пациентов, у остальных 4 (25%) больных отмечались рецидивы заболевания, но межрецидивный период удлинился до 6 месяцев, тогда как обострение заболевания у больных 2-группы было отмечено у всех пациентов с межрецидивным периодом от 2 недель до 5 месяцев. Клиническая выраженность при очередном обострении была с меньшей выраженностью клинических симптомов псориаза, чем при предыдущем рецидиве. У больных 2-й группы клиническая выраженность при очередном обострении была такой же или более выраженной, распространенной, с проявлением нарастающих высыпаний.

Выводы. Учитывая, что псориаз – это хронически-рецидивирующее заболевание, которое характеризуется частыми рецидивами и выраженными клиническими проявлениями в виде узелковых и бляшечно-узелковых высыпаний с серебристо-белого цвета чешуйками на их поверхности, зудом, одним из важных и необходимых условий является достижение стойкой и долговременной ремиссии, с отсутствием клинических проявлений и зуда. Изучение эффективности терапии Гистаглобулином, доказывает необходимость проведения данной разновидности противорецидивного лечения в периоде ремиссии псориаза для улучшения качества жизни больных, с созданием комфортных условий жизнедеятельности.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНЫХ МЕТОДОВ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ.

Байахмедов Ф.Ф., Хаитов К.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования — оценить эффективность и переносимость препаратов «Псоркьюр» в составе комплексной терапии вульгарного псориаза.

Материалы и методы: На базе Областного дерматовенерологического диспансера г.Ташкента изучена терапевтическая эффективность, переносимость препарата "Псоркьюр". Основными компонентами капсулы «Псоркьюр» являются Псоралея лецинолистная, Кассия тора, Мелия азедарах, Эмбелия смородовая. Под наблюдением в основной группе находились 20 пациентов (14 мужчин и 6 женщин), которые, кроме традиционной терапии, получали ежедневно 2 раза в день препарата «Псоркьюр». Лечение больных проводилось амбулаторно и в стационарных условиях (амбулаторно-14, стационарно-6). Возраст больных колебался от 3 до 18 (в среднем $10,8 \pm 4,6$) лет. Длительность заболевания составила от 1 года до 6 лет (в среднем $3,8 \pm 2,2$ года). Индекс распространенности и тяжести псориаза PASI составил минимально 22 максимально 60 (среднее показатели были равны $44,5 \pm 9,5$). Выраженность клинических симптомов была следующей: интенсивность шелушения от незначительной, умеренной до значительной; степень выраженности эритемы от слабой, умеренной, значительной до очень выраженной; инфильтрация от слабо выраженной, умеренно выраженной до значительно выраженной. Высыпания локализовались на голове, туловище, нижних и верхних конечностях. Всем наблюдаемым больным проводили лабораторное обследование, включавшее общий анализ мочи, общий анализ крови, биохимический анализ крови, ультразвуковую диагностику патологии внутренних органов, а также по показаниям консультацию терапевта. В группу сравнения вошли 10 больных, которые получали традиционную терапию без включения препаратов «Псоркьюр». Индекс распространенности и тяжести псориаза PASI составил минимально 25 максимально 58 (среднее показатели были равны $45,3 \pm 6,3$)

Результаты: Длительность лечения составляла не более 3-х недель. Положительная динамика псориатического процесса отмечалась уже на 4-й день терапии в виде уменьшения гиперемии (в 100% случаев), инфильтрации (в 72%) и шелушения (в 69%). На 12 день отмечалось медленное уплощение папул, исчезновение зуда. Полный регресс высыпаний наблюдался на 19-21 день от начала лечения. Указанная клиническая эффективность данного препарата подтверждается динамикой индекса PASI в виде снижения последнего минимально 3 максимально 5 (среднее значение $3,06 \pm 1,2$). Отрицательной динамики показателей общего анализа крови, мочи, биохимических, иммунологических показателей в период терапии препаратом "Псоркьюр" не отмечено. В группе сравнения динамикой индекса PASI в виде снижения последнего минимально 9 максимально 15 (среднее значение $11,6 \pm 3,2$)

Вывод: Таким образом, препарат Псоркьюр, эффективен в комплексной терапии псориаза у детей. Препарат улучшает ее состояние кожи, способствует регрессу высыпаний, повышает эффективность противовоспалительной терапии в периоде обострения, продлевает период ремиссии, в конечном счете, значительно улучшает качество жизни пациентов.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВУЛЬГАРНЫХ УГРЕЙ

Бакиева Н.Х., Юлдашев М.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Вульгарные угри (ВУ) встречаются у 60-95% лиц 15-20 летнего возраста и у 30-35% мужчин и женщин в возрасте от 35 до 40 лет. Клинические проявления вульгарных угрей обусловлены поражением сально-волосяных фолликулов обструктивного и/или воспалительного характера вследствие эндогенных (гиперандрогения) и экзогенных (механические, термические, наружный уход) причин. Развитие воспалительных изменений в сально-волосяном фолликуле и пролиферацию условно-патогенных микроорганизмов может поддерживать изменение бактерицидности гидролипидной мантии кожи вследствие разнообразных эндогенных факторов (эндокринопатии, заболевание желудочно-кишечного тракта и др.) В связи с выявляемыми системными нарушениями организма рекомендуется использовать термин «угревая болезнь», который указывает на взаимосвязь воспалительных изменений кожи с функционированием других органов и систем.

Цель и задачи: Провести комплексное обследование и установить взаимосвязь между степенью тяжести ВУ и патологией в ЖКТ.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находились 22 больных (мужчин-16, женщин-6) в возрасте от 17 до 25 лет с папуло-пустулезной формой вульгарных угрей. Было проведено клинко-лабораторное обследование, по показаниям больные проконсультированы врачами смежных специальностей (гастроэнтеролог, аллерголог, эндокринолог, педиатр) Оценку лабораторных исследований проводили согласно Международной системе единиц.

Полученные результаты: установлена корреляционная взаимосвязь между тяжестью и распространенностью ВУ с патологией ЖКТ. Согласно полученным результатам проводилась поэтапная коррекция выявленных нарушений совместно со смежными специалистами. Длительность коррекции ЖКТ зависела от тяжести и давности процесса.

Обсуждение: патогенетически обоснованная коррекция, основу которой составила диетотерапия, оказывала свое положительное действие уже с первых дней терапии. Учитывая, что коррекция и лечение органов ЖКТ процесс многоступенчатый и длительный, индивидуально разрабатывалась схема для каждого пациента. Эффективность данного метода нами оценивалась по длительности ремиссии, которая отмечалась более чем у 72% пациентов.

Выводы: Учитывая, какую сильную психологическую травму для пациентов приносит ВУ, рекомендуем уже на ранних этапах развития процесса комплексное обследование, с целью предотвращения перехода из легкой формы в тяжелую.

ИЗМЕНЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК

Бакирова М.А., Ахмедова Н.Р.

Ташкентский Педиатрический медицинский институт

Двусторонне направленные взаимоотношения сердца-почки, при котором патофизиологические нарушения в одном из них может приводить к дисфункции другого, определено понятием «кардиоренальный синдром». У детей поражение сердца и почек широко распространены и часто сосуществует, повышая риск осложнений, сложность лечения и смертность.

Цель: Изучить сердечно-сосудистые изменения при заболеваниях мочевыделительной системы.

Материалы и методы исследования: Под нашим наблюдением находились 40 больных от 3 до 15 лет. Распределение детей по полу: 16(43%) мальчиков и 24(57%) девочек. Всем больным проведены сбор анамнестических данных, клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования (ЭКГ, УЗИ почек).

Результаты. Среди обследованных детей зарегистрированы следующие заболевания почек: 51% острый гломерулонефрит, 43% хронический гломерулонефрит и 6% пиелонефрит.

В результате проведенных исследований были установлены следующие изменения со стороны сердечно-сосудистой системы: нестабильное артериальное давление у 64% детей с острым гломерулонефритом, у 47% детей, страдающих хроническим гломерулонефритом. У остальных больных изменение артериального давления не выявлено. Аускультативно глухость сердечных тонов, функциональные и грубый систолический шумы отмечались у 85% больных с заболеваниями почек. При рентгенологическом исследовании грудной клетки у 12% больных выявлено расширение границ сердечной тени влево. Такое изменение больше отмечалось у детей с хроническим гломерулонефритом. У остальных наблюдаемых на рентгенограмме изменений не выявлено. На электрокардиограмме у всех больных наблюдался синусовый ритм. У 78 % больных с острым и хроническим гломерулонефритом и 89% с пиелонефритом выявлена синусовая тахикардия, 65% синусовая аритмия, 21% синдром преждевременной реполяризации желудочков, 2% экстрасистолы. Признаки гипертрофии левого желудочка больше всего были характерны для хронического гломерулонефрита, и составили 43%. Метаболические изменения в миокарде выявлены у 63% больных с хроническим и острым гломерулонефритом и у 35% больных с пиелонефритом. Лабораторные показатели у 82% больных характеризовались наличием разной степени анемии. Ускорение скорости оседания эритроцитов выявлено у 78% больных. Анализы мочи соответствовали заболеванию (протеинурия, макро- ва микрогематурия, гипо- ва изостенурия, лейкоцитурия, бактериурия и т.д.).

Таким образом, изменения со стороны сердечно-сосудистой системы при патологии почек связаны с нарушениями обмена веществ и выведения продуктов конечного обмена и более характерны для детей с хроническим гломерулонефритом.

КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ОЗОНО-КИСЛОРОДНОЙ СМЕСИ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГНОЙНЫМ МЕЗОТИМПАНИТОМ.

Бахадирова И.Б., Карабаев Х. И.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность: Гнойный мезотимпанит остается до конца не решенной проблемой оториноларингологии, оставляющей ряд вопросов, как теоретического, так и практического плана. Основную сложность при лечении данного заболевания представляет достижение стойкой ремиссии в короткие сроки. Консервативная терапия больных гнойным мезотимпанитом до настоящего времени является ведущим методом лечения. Применение озono-кислородной смеси в клинической медицине основано на ее известных антимикробных, противовирусных, трофических и мембраностабилизирующих свойствах.

Цель исследования: Разработать патогенетически обоснованные клинко-лабораторные критерии эффективности местного использования озono-кислородной смеси в лечении детей гнойным мезотимпанитом.

Задачи исследования: Изучить динамику клинических показателей и отоскопической картины у больных с гнойным мезотимпанитом в процессе обработки барабанной полости озono-кислородной смесью.

Материал и методы исследования: В ЛОР-отделении клиники ТашПМИ нами обследовано 25 больных с гнойным мезотимпанитом. Оценивали отоскопическую картину под отоскопом. Слуховую функцию исследовали с помощью акуметрии и камертональных исследований.

Результаты и обсуждения: для оценки проводимой терапии больных разделили на 2 группы: I группа 15 больных которые получали традиционную терапию + дополнительно обработка барабанной полости озono-кислородной смесью, II группа 10 больных, которые получали традиционную терапию. В группе I отмечались более высокие темпы регресса воспалительного процесса, особенно в первой половине курса. Так, уже после третьей процедуры у 46% больных удалось добиться полного прекращения выделений из уха, а к шестой процедуре озонотерапии - не предъявляли каких-либо жалоб 89,7%. В II группе регресс большинства симптомов происходил медленнее, некоторые из них сохранялись и после окончания лечения, что обусловило меньший процент пациентов, выписанных с клиническими признаками улучшения.

Заключение: Анализируя показатели длительности ремиссии, пришли к выводу что длительность ремиссии при использовании комплексной терапии возрастает в 2,5-3 раза. Высокая бактерицидная и противовоспалительная способность озono-кислородной смеси дают возможность использовать данный раствор в комплексном лечении гнойного мезотимпанита, как весьма эффективное и доступное лекарственное средство. Разработанный алгоритм комплексного лечения больных гнойным мезотимпанитом может быть рекомендован для широкого использования.

ЧАСТОТА И ХАРАКТЕР ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.

Бобоха Л.Ю., Хамраева Л.С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. В структуре детской инвалидности поражения нервной системы составляют около 50 %, при этом 70–80 % случаев приходится на перинатальные поражения. По данным исследований, проведенных зарубежными офтальмологами, перинатально пострадавшим был почти каждый второй слепой ребенок (45,1%) и каждый третий ребенок из числа всех слабовидящих - инвалиды по зрению (36,8%).

Цель исследования. Определить частоту и характер офтальмопатологии при перинатальном поражении ЦНС.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе глазного и неврологического отделений клиники ТашПМИ. Нами было обследовано 50 больных (100 глаз).

Всем детям были проведены офтальмологические (визометрия, тонометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия, УЗИ сканирование в А- и в В-режимах), лабораторные и инструментальные методы исследования, а также консультации узких специалистов.

Результаты. Из обследованных мальчиков было 33(66%), девочек 17(34%). Наибольшую часть составили мальчики в возрастной группе от 4 недель до 1 года. Наиболее часто наблюдались гипертензионно-гидроцефальный синдром и синдром ликворной дистензии (18%); синдром двигательных нарушений (16%), синдром задержки психического речевого развития и задержки моторного развития (16%) и малая мозговая дисфункция (ММД) (16%), детский церебральный паралич (ДЦП) (12%) и оставшиеся проценты принадлежат астено-невротическому и судорожному синдромам и эпилепсии.

Офтальмологические изменения у детей с сочетались с гидроцефальным синдромом в 6 % случаев, с астено-невротическим синдромом в 7%, с синдромом ликворной дистензии 11%, с судорожным синдромом в 6%, эпилептическим синдромом 4%, с синдромом задержка психомоторного развития и задержка речевого развития в 16%, синдромом двигательных расстройств в 15%, с ММД в 18% и с ДЦП в 12% случаев. Глаукома, обнаруженная у 16 детей чаще встречалась при синдроме ликворной дистензии в 31 % случаях и гипертензионно-гидроцефальном синдроме в 19% случаях, а катаракта, выявленная у 16 детей наиболее часто встречалась при синдроме ММД и ДЦП, при синдроме ликворной дистензии в 6% случаев и при гипертензионно-гидроцефальном синдроме в 13% случаях соответственно.

Вывод. Таким образом, было установлено, что наиболее часто наблюдались гипертензионно-гидроцефальный синдром и синдром ликворной дистензии. Наиболее частая глазная патология при них - глаукома, тогда как катаракта наиболее часто наблюдалась при синдроме ММД и ДЦП.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛОЖНЫХ КИСТ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ

Бобохонов М.Г.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Как справедливо указывают ряд авторов (И.С.Гурьев, 2003; В.М.Свистушкин, М.В.Руденко, 2004), сообщений о современных консервативных методах лечения ложных кист до обидного мало. Достаточно отметить, что в журнале Международной и Европейской ассоциаций ринологов «Rhinology» с 2003 по 2013 г. не опубликована ни одна статья, посвященная ложным кистам и их лечению.

Авторы основное внимание уделяют одонтогенным, эмбриогенным и секреторным кистам (M.A.Chobilon 2004; DiPasquale, C.Shermerato, 2006; S.Seno 2009).

Исследователи, занимающиеся проблемой лечения больных ложными кистами верхнечелюстной пазухи (ВЧП), признают доминирующее значение аллергического фактора в их происхождении. тем не менее в литературе имеются единичные сообщения о современных антиаллергических методах их лечения.

Цели и задачи исследования. Провести сравнительную оценку комбинированного лечения ложных кист ВЧП при применении местного топического гормонального препарата «Flutínex» и антигистаминного препарата третьего поколения «Аналлергин».

Материал и методы исследования. В период 2011-2014 годы под нашим наблюдением находились 25 пациентов с кистами ВЧП в возрасте от 12 до 42 лет. Из них 7 детей, 18 взрослых. Кисты верхнечелюстных пазух были выявлены случайно при рентгенографии и МСКТ придаточных пазух носа (ППН) врачами диагностами и были направлены к ЛОР специалисту. Так как в большинстве случаев (23 пациента) больные не предъявляли жалобы со стороны ЛОР органов, 2 пациента жаловались на небольшие слизистые выделения из носа в течении дня и закладывание носа перед сном. Нами было проведено превентивное консервативное лечение: Флютинекс по 1 дозе в каждую ноздрю в течении 2 месяцев, Аналлергин по 1 таблетке на ночь 10 дней.

Результаты исследования. При повторной мультиспиральной компьютерной томографии у 14 пациентов кисты исчезли, у 10 больных кисты на 1/3 сократились преведущего их размера. У двух больных, предъявлявших жалобы на заложенность носа перед сном и небольшое выделения из носа, жалобы исчезли. У одного больного мы не наблюдали сокращения кисты.

Вывод. Проведенное нами исследование подтверждает мнение многих авторов об аллергической природе ложных кист околоносовых пазух. И применение местных топических гормональных препаратов в сочетании с антигистаминными препаратами в лечении ложных кист околоносовых пазух 56% случаев приводит к полному выздоровлению, а в 40% случаев приводит к сокращению кисты и к снижению симптомов проявления кист ВЧП носа.

БОЛАЛАРДА ЎЧОҚЛИ АЛОПЕЦИЯ КАСАЛЛИГИДА ХАЁТ СИФАТИ ИНДЕКСИНИНГ АҲАМИЯТИ

Валиев А.А.

Тошкент Педиатрия Тиббиёт Институтини

Ўчоқли алопеция болалар тери касалликлари орасида нисбатан кенг тарқалган касаллик бўлиб, тери патологияларининг 4%ини, сочлар билан боғлиқ бўлган зарарланишларнинг 4-8%ини ташкил этади. Касаллик келиб чиқишининг асосий сабабларидан нейроген, эндокрин, иммунологик, микроциркулятор, метаболик ўзгаришларнинг ва сурункали инфекция ўчоқлари мавжудлигининг таъсири катта аҳамиятга эга.

Изланишимизнинг мақсади - ўчоқли алопеция касаллиги клиник кечишининг болалар ҳаёт сифати индекси (CLQDI) таъсирини ўрганиш ва аҳамиятини аниқлаш.

ТошПТИ клиникаси болалар дерматологияси бўлимида ўчоқли алопеция касаллигининг турли клиник шакллари билан хасталанган 34 та 5 ёшдан 14 ёшгача бўлган болалар ўрганилди. Беморларнинг 21(61,8%) тасида алопециянинг ўчоқли шакли, 6(17,7%) тасида – субтотал, 4(11,7%) тасида – тотал ва 3(8,8%) тасида – универсал клиник шакллари ташхисланди. Барча беморларда саволнома асосида CDLQI индекси тўлиқ ўрганилди, ёш болаларда эса саволнома жавоблари ота-оналар ёрдамида аниқланди. CDLQI индекси натижаларидан маълум бўлишича, охириги ҳафта давомида касаллик клиник белгилари (сочлар тўкилган ўчоқлар) барча беморларни ҳавотирга солиб, уларнинг кайфияти, дўстлари билан муносабатларига салбий таъсир кўрсатган, болалар сайр қилиш, спорт билан шуғулланиш, баъзан мактаб ва боғчага боришдан бош тортганлар. Бош сочли қисмидаги сочлар тўкилган ўчоқларни беркитиб юриш учун 25(73,5%) та бемор ёз фаслида ҳам бош кийимларини кийиб юришга мажбур бўлган.

Ўчоқли алопециянинг клиник манзараси кучайиб боришига нисбатан касалликнинг турли клиник шаклларида энг юқори кўрсаткич 30 баллни ташкил этиши мумкин бўлган CDLQI индексининг кўрсаткичлари даражаси ҳам мос равишда ўзгариши аниқланди: ўчоқли шаклида – $17,4 \pm 2,6$ балл, субтотал шаклида – $21,3 \pm 2,6$ балл, тотал шаклида – $24,5 \pm 1,3$ балл, универсал шаклида – $28,7 \pm 0,6$ балл. Юқори CDLQI индекси кўрсаткичлари, айниқса катта ёшдаги беморларда, касалликнинг болалар ҳаёт сифатига салбий таъсир кўрсатишидан далолат берди. Изланишда аниқланган натижаларни касалликнинг турли шакллари билан хасталанган беморларни самарали даволашда комплекс даво усуллари ишлаб чиқишда эътиборга олиш лозим.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОПЕНИИ/ОСТЕОПОРОЗА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Д.М. Вафин., Н.Н.Золотова

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность проблемы. В последние годы отмечается ухудшение соматического здоровья детей и подростков, а также увеличение числа детей с дисгармоничным развитием (Крукович Е.В. с соавт., 2004; Баранов А.А. с соавт., 2006). Несовременная диагностика метаболических нарушений кости приводит к формированию патологических изменений со стороны скелета, кифозу, ювенильному остеопорозу (Меркулов В.Н. с соавт., 2002; Михайлов Е.Е. с соавт., 2003; Boot A.M. et al., 1997).

Цель исследования. Изучение иммунного статуса и возможность его коррекции у детей из группы риска по поводу остеопении/остеопороза переломов нижних конечности.

Материал и методы исследования. Материал исследования основывается на диагностике и лечении 48 детей в возрасте от 3 до 14 лет получивших лечение во 2ДГКХБ за последние 3 года, которые составили 19% от общего количества больных в группе риска остеопении/остеопороза (соответствие физическому развитию, частые простуды, низкая физическая активность). Чаще травмировались мальчики (71%) в возрасте от 7 до 14 лет (46%), причиной переломов нижних конечностей в основном была уличная травма 28 (58%), на втором месте стояла бытовая травма 14 (29%), 6 (12) другие виды травмы. Всем больным (48) проводилась рентгенография сегментов костей нижних конечностей в 2-х проекциях и исследовался иммунный статус группы риска.

Результаты и обсуждение. В первые сутки после травмы наблюдались выраженные изменения уровней показателей иммунного статуса, особенно при переломах бедренной кости. Исследование иммунного статуса проводилось на 1-3 сутки, 7 и 14 сутки. При данном виде повреждений наблюдалось снижение популяции Т-лимфоцитов на 64% (до $21,83 \pm 1,87$), Т-активные на 33% (до $20,25 \pm 0,55\%$). Регуляторные субпопуляции Тх и Тс были снижены соответственно на 43% и 37% составили $19,75 \pm 0,99\%$ и $12,0 \pm 1,03\%$. На основании полученных данных становится очевидным, что глубина изменения иммунного статуса отражается при повреждениях в основном при переломах бедренной кости. Всем больным помимо базисной терапии назначали препараты, повышающие иммунный статус. В качестве иммуностимуляторов, начиная с 4 дня больные получали – комплевит по 2-3 драже ежедневно в течение 3 недель. Только под влиянием стимулирующего эффекта комплевита на 7 сутки была отмечена тенденция к нормализации иммунологических параметров. Однако, даже к концу наблюдения на 14 сутки, не наступало полной нормализации параметров иммунного статуса, что указывает на необходимость более длительного наблюдения за больными (до 21 дня).

Выводы. Таким образом, диагностика остеопении/остеопороза представляет собой актуальную и многогранную проблему. Поэтому решение данной проблемы требует совершенствование методов диагностики, определения комплекса инструментальных и лабораторных методов, позволяющих адекватно оценивать проявления снижения костной прочности с разработкой достоверных методов мониторинга за последствиями остеопении/остеопороза.

НЕИОНИЗИРУЮЩИЕ МЕТОДЫЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ

Вахидова Н.Т., Юсупалиева Г.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. На сегодняшний день появились новые технологии и методы диагностики пневмоний, в том числе неионизирующие технологии, особенно актуальные в детской практике. По данным ВОЗ 2013 года, пневмония является главной причиной смертности детей во всем мире. Ежегодно пневмония является причиной смерти 1 млн. детей в возрасте до 5 лет. Это больше чем СПИД, малярия и корь вместе взятые. В Узбекистане 2012 году показатели болезни органов дыхания составляли - 17105,94а среди детей –48156,46 случаев на 100тыс. населения;В 2013 году эти показатели заметно возросли, 17863,57 и 50127,98 соответственно.«Золотым стандартом» диагностики пневмоний до сих пор остается рентгенография органов грудной клетки (Баранов А.А., 2007; Ларионов Е.И., 2002). Но по прежнему лучевая нагрузка является проблемой педиатрической диагностики. Новые технологии последнего десятилетия постепенно решают эту проблему. К примеру, ультразвуковое исследование (УЗИ), а также магнитно-резонансная томография занимают ведущее место в визуализации очагов инфильтрации при пневмониях у детей (Васильева Н.П., 2002; Васильев А.Ю., Ольхова Е.Б., 2008;T.Rupprecht, 2002; PeltolaV., 2008)

Цель. Совершенствование клинико-лучевой диагностики пневмоний у детей путём использования неионизирующих, неинвазивных методов эхографии и магнитно-резонансной томографии.

Материалы и методы. Обследованы 40 детей от 1 до 18 лет (25 детей с пневмонией и 15 практически здоровых детей контрольной группы). Детям с пневмониями были проведены, комплексная эхография легких с доплерографией, рентгенологические исследования в клинике ТашПМИ и МРТ исследования на аппарате «MAGNETOMOPENVIVA» с магнитно - резонансной индукцией 0,2Тс компании Siemens.

Результаты. У 22 детей при помощи УЗД удалось подтвердить диагноз пневмонии и провести контроль лечения и тем самым снизить лучевую нагрузку. При эхографическом исследовании воспалительный инфильтрат лёгкого визуализировался в виде паренхиматозного гипоехогенного участка с чёткими ровными наружными контурами. Внутрилегочные контуры были нечёткими за счёт граничащей с инфильтратом воздушной лёгочной паренхимой. Форма пневмонического очага была различной. В случае очаговой пневмонии он имел округлую, но чаще неправильную форму, при очагово-сливных формах отмечались безвоздушные очаги пониженной эхогенности, которые сливались друг с другом, при полисегментарной имел пирамидальную форму с основанием, обращённым к плевре, в случае долевой пневмонии он повторял форму доли. Использование доплеровских методик позволила дополнить серошкальные данные о заболевании. Выявлены изменения в виде воздушной бронхограммы и наличия очага инфильтрации –усиление сосудистого рисунка. У 3-х больных выявлены рентгеннегативные пневмонии, а также глубокое расположение очага инфильтрации, что не позволило рентгенологически и при УЗД постановление диагноза, в следствии чего им было проведено МРТ исследование при котором удалось выявить очаги инфильтрации.

Выводы. Показанием к ультразвуковому исследованию при подозрении на пневмонию у детей служили: выявление воспалительных изменений в лёгких; мониторинг эффективности проводимого лечения. Детализирована эхографическая семиотика острой пневмонии в зависимости от клинической формы, способствующая своевременной диагностике и коррекции лечебных мероприятий. Показаниями к МРТ исследованию были, наличие рентгеннегативных пневмоний и дети с неоднозначной рентгенокартиной пневмоний при рентгенологическом и УЗД.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ЛИМФОКИН-ПРОДУЦИРУЮЩЕЙ СПОСОБНОСТИ Т-ЛИМФОЦИТОВ К ПИЩЕВЫМ АЛЛЕРГЕНАМ ПРИ СИНДРОМЕ ЭНТЕРОКОЛИТА, ИНДУЦИРОВАННОГО БЕЛКАМИ ПИЩИ.

Геллер С.И., Камилова А.Т., Кошанова Г.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: Пищевая аллергия- это наиболее распространенное заболевание среди пациентов в возрасте до 2 лет. Согласно статистике в данную патологию вовлечено минимум 6-8% детей раннего возраста [HwangJ-B, SohnSM, KimAS. Prospectivefollow-uporalfoodchallengeinfoodprotein-inducedenterocolitissyndrome. ArchDisChild 2009]. Пищевая аллергия может развиваться по нескольким патогенетическим вариантам: IgE-ассоциированному, смешанному и клеточно-опосредованному. Именно последний механизм лежит в основе синдрома энтероколита, индуцированного белками пищи. В связи с этим возрастает диагностическая значимость тестов, направленных на определение лимфокин-продуцирующей способности Т-лимфоцитов к пищевым аллергенам.

Цель исследования: определить диагностическую значимость лимфокин-продуцирующей способности Т-лимфоцитов к пищевым аллергенам при синдроме энтероколита, индуцированного белками пищи у детей.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 18 пациентов в возрасте от 4 месяцев до 5 лет с диагнозом синдром энтероколита, индуцированного белками пищи. Для окончательного подтверждения диагноза нами было использовано специфическое иммунологическое исследование - определение лимфокин-продуцирующей способности Т-лимфоцитов к аллергенам. Сущность данного метода заключается в обнаружении и определении концентрации лимфотоксина в надосадочной жидкости культур Т-лимфоцитов, полученной после стимуляции клеток пищевыми антигенами. В случае положительной реакции происходит изменение длины волны тестируемого образца на спектрофотометре по сравнению с опытной пробой. Количество лимфотоксина выражается в условных токсических единицах (UTE). [Мирзамухамедов Д.М. Диагностическое значение лимфотоксина у детей с atopической бронхиальной астмой. Методические рекомендации. Ташкент. 1989, 16 с].

Результаты: Оценка результатов исследования лимфокин-продуцирующей способности Т-лимфоцитов к пищевым аллергенам позволили выявить «пятерку» наиболее популярных антигенов для наших пациентов. Так, чаще всего у детей наблюдалась сенсibilизация к белку куриного яйца и коровьему молоку (15/87% обследуемых), к цитрусовым (13/75%), говядине (10/62,5%), мясу курицы (9/50%). Моноаллергия к какому-то определенному виду пищи присутствовала лишь в единичном случае, что еще раз подтверждает наличие перекрестных реакций между продуктами. Была произведена оценка колебания токсичности лимфоцитов к определенным аллергенам, например, 18-30 UTE для коровьего молока, 25-60 UTE для мяса курицы и 50-70 UTE для говядины, куриного яйца и цитрусовых. Нам удалось установить связь между причинным фактором и возрастом детей. Так, у большинства детей (10/55%) до года таковым являлось коровье молоко, после введения прикорма спектр продуктов расширялся (куриное яйцо, говядина и курятина, цитрусовые). После года отмечен рост влияния цитрусовых, который составил 11/61%.

Вывод: Применение теста по определению уровня лимфотоксина с использованием подозреваемого аллергена при энтероколите индуцированного белками пищи у детей, позволяет не только уточнить генез, но и способствует раннему выявлению болезни.

ДИНАМИКА СТРУКТУРЫ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Гозиев О., Хайдарова Д., Абдуллаева У.У.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность: Острые кишечные инфекции (ОКИ) до настоящего времени занимают ведущее место в инфекционной патологии детского возраста, уступая по заболеваемости только гриппу и острым респираторным инфекциям.

Цель исследования: сопоставление динамики структуры острых кишечных инфекций

Материалы и методы: нами проведен ретроспективный анализ историй болезни детей, находившихся на стационарном лечении в отделении детской инфекционной больницы № 4 Шайхонтаурского района г. Ташкента. Все больные дети были подвергнуты клиническому и развернутому бактериологическому исследованию. За период с 2010 по 2015 год.

Результаты исследования. За весь период наблюдения прослеживается тенденция уменьшения доли больных шигеллезом, нуждающихся в стационарных условиях лечения. В среднем шигеллез составил 10,5% в группе пациентов с острыми кишечными инфекциями. Максимальная доля шигеллеза пришлась на 2010 год, а минимальная – на 2011 год и составила соответственно 22,3 и 2,6%. Аналогичная ситуация наблюдается и в отношении сальмонеллеза, в целом данная инфекция составила 9,6% в группе острых кишечных инфекций. Максимальная доля сальмонеллеза отмечена в 2010 и 2012 годах, соответственно 12,2 и 12,0%. Минимум пациентов с сальмонеллезом наблюдался в 2013 г., он составил 4,3%. Эшерихиоз и иерсиниозы занимали в отдельные годы от 1,7 до 2,3% соответственно. Значительной группой остаются острые кишечные инфекции неустановленной этиологии, которые в среднем составили 31,0%. На фоне снижения заболеваемости шигеллезом их доля возросла с 19,4% в 2010 г. до 41,2% в 2011 г.

Внедрение современных средств верификации диагнозов острых кишечных инфекций вирусной этиологии позволило выявить возрастающую роль ротавирусной инфекции, доля которой составила в среднем 4,7%, а в 2010 и 2011 годах она увеличилась до 6,7 и 7,1% соответственно, но после внедрения в национальный календарь прививок вакцины против ротавируса в 2014 году, отметилась резкая снижение частоты встречаемости данной патологии.

Заключение. Следует отметить тенденцию снижения доли больных острыми кишечными инфекциями бактериальной этиологии, прежде всего шигеллезом, нуждающихся в стационарном этапе наблюдения. Значительной остается группа пациентов острыми кишечными инфекциями неустановленной этиологии с тенденцией к небольшому увеличению как в процентном отношении, так и в абсолютных цифрах за период пятилетнего наблюдения. Сальмонеллез остается стабильно актуальной инфекцией. Внедрение вакцинации против ротавирусной инфекции позволило значительно снизить заболеваемость данной патологией.

ЗНАЧЕНИЕ ФЕНОТИПИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ В ДИАГНОСТИКЕ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У ДЕТЕЙ.

Голубина И.В, Джубатова Р.С, Хамзаев К.А

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность: Гипертрофическая кардиомиопатия представляет собой наследуемое по аутосомно-доминантному типу заболевание с неполной пенетрантностью и вариабельной экспрессивностью, в основе которого лежат мутации в генах, кодирующих белки саркомера. Аутосомно-доминантный механизм наследования предполагает, что мутации, приводящие к развитию заболевания, располагаются на неполовых хромосомах (аутосомах) и проявляются фенотипически при наличии хотя бы одной копии мутантного аллеля. Основываясь на этом факте, ранняя диагностика станет эффективнее.

Целью исследования было - оценить значимость фенотипических признаков для диагностики кардиомиопатий у детей.

Методы исследования: Под наблюдением находилось 20 детей с гипертрофической кардиомиопатией в возрасте от 1 года до 17 лет на базе приемного отделения РНЦЭМП. Нами проведена оценка фенотипических признаков таких, как – голубые склеры, аномалии развития завитка и противозавитка (ушная раковина), короткая шея, сандалевидная щель, широкая переносица, гипертелоризм.

Полученные результаты: Из 20 обследованных детей в возрасте от 1 года до 17 лет с гипертрофической кардиомиопатией у 13 детей (65%) были выявлены такие фенотипические признаки как голубые склеры, аномалии развития завитка и противозавитка, у 5 детей (25%) отмечались такие признаки как: короткая шея, широкая переносица и у 2 детей (10%) были выявлены такие признаки как гипертелоризм, сандалевидная щель.

Вывод: Фенотипические признаки, наряду с другими показателями могут свидетельствовать о возможности развития кардиомиопатии у детей. В связи с этим, при подозрении на развитие гипертрофической кардиомиопатии необходимо оценивать наличие вышеперечисленных фенотипических признаков детей.

СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ГЕПАТИТАМИ

Давидходжаева А.А., Юсупалиева Г.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. По данным различных авторов хронический гепатит имеет полисиндромное течение и вовлекает в патологический процесс многие органы и системы, в том числе и центральную нервную систему. Определение параметров центральной гемодинамики у детей, в зависимости от стадии хронического процесса в печени, возможно только с помощью ультразвуковой ангиографии.

Цель работы: Изучение состояния церебральной гемодинамики у детей с хроническим вирусным гепатитом (ХВГ) в зависимости от активности патологического процесса в печени.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 66 ребенка в возрасте от 3 до 18 лет с ХВГ. В соответствии с диагнозом больные были подразделены на 3 группы: 22 - с ХВГ низкой активности, 22 - с ХВГ умеренной степени активности и 22 - с выраженной степени активности. Диагноз больных основывали на классификации экспертов ВОЗ (Лос-Анджелес, 1996). Всем больным проводилось ультразвуковое дуплексное исследование кровотока в экстра - (внутренние сонные и позвоночные артерии) и интракраниальных (средние мозговые артерии (СМА)) сосудах. Проводилась оценка таких параметров кровотока, как максимальная и минимальная линейная скорость кровотока (см/с), коэффициент асимметрии максимальной линейной скорости кровотока между правой и левой стороной (%), значения индексов резистентности и пульсативности (усл.ед.).

Результаты. Функциональные нарушения мозговой гемодинамики на уровне интракраниального отдела СМА были выявлены у 35 больных и проявлялись изменениями скоростных характеристик кровотока, а также лабильностью индексов, характеризующих периферическое сопротивление. При анализе скоростных характеристик кровотока у 22 детей с ХВГ выраженной активности выявлялась гемодинамически значимая контрлатеральная асимметрия кровотока. Статистически достоверных изменений параметров церебральной гемодинамики у детей с ХВГ минимальной и умеренной степени активности не отмечалось. Однако выявлена тенденция к изменению параметров церебральной гемодинамики в экстра- и интракраниальных отделах. Так у больных с ХВГ выраженной степени активности констатировалась контрлатеральная гемисферная асимметрия линейная скорость кровотока по СМА на фоне снижения индексов резистентности и пульсативности. Данный факт указывал на системное снижение артериального сосудистого сопротивления на микроциркуляторном русле.

Выводы. Таким образом, у детей с ХВГ высокой активности отмечается бессимптомное изменение параметров церебральной гемодинамики, характерное для дисциркуляторной энцефалопатии.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИИ МАДЕЛУНГА У ДЕТЕЙ

Давронов С.Х., Ходжанов И.Ю.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность темы. Деформация Маделунга - это специфическое искривление дистального метадиафиза предплечья с деформацией лучевой кости к ладонной поверхности кисти и девиацией в локтевую сторону, при этом происходит нарушение роста лучевой кости в длину, следствием чего является подвывих головки лучевой кости к тылу кисти. В последнее время количество переломов у детей стало значительно увеличиваться и тем самым увеличивается и деформации (Kuner E.H., Munst P., 1990; Eric R., Beng B., 2006). По данным многих авторов среди всех травм у детей до 75% составляют переломы костей предплечья (Canale S.T., 1997; Qairul I.H., Kareem B.A., Tan A.B., Harwant S., 2001). Главной особенностью переломов костей предплечья у детей являются самые разнообразные повреждения тех участков костей предплечья, за счет которых осуществляется основной рост костей: эпифизеолизы и остеоэпифизеолизы. В связи с большим содержанием молодой хрящевой ткани, обладающие достаточной упругостью, детские эпифизы изолированным повреждениям подвергаются значительно реже, по сравнению с метафизами и часто приводят к разным деформациям.

Цель. Улучшение результатов лечения детей с деформациями Маделунга, путем дифференциации методов корригирующих операций.

Материал и методы исследования. Исследования проведены у 20 пациентов с деформацией Маделунга на базе 2-ГКХДБ и НИИТОМЗ РУз за 2013-2015 г. Для исследования мы определили группы детей в возрасте до 10 лет 9 больных и 11 больных до 16 лет, среди них 8 мальчиков и 12 девочек, где у 10 больных с деформации были на правой руке, а у 10 больных на левой верхней конечности. По степени деформации у 6 больных деформации были с 1 степенью, у 7 больных со 2 степенью деформации и у 7 больных с 3 степенью деформации. По виду остеотомии больные распределены следующим образом; Z-образная остеотомия произведена 7 больным, 8 больным косая остеотомия и 5 больным клиновидно- дифференцированная остеотомия по нашей методике с наложением аппарата Илизарова. Срок фиксации наружных фиксаторов зависела от возраста больных, и колебался от 65 дней до 102 дня.

Результаты исследования. Результаты лечения больных по трем основным направлениям, наличие боли в лучезапястном суставе, косметический эффект, и конечно функция сустава. Результаты проведенных остеотомий- при «Z»-образной остеотомии хорошие результаты наблюдали у 78% случаев, при косой остеотомии этот показатель оказался до 82%, при нашей методике положительные хорошие результаты составили 95%. Все больные дети операцию переносили хорошо, сроки фиксации по нашей методике оказались значительно меньше, работа функции кисти и лучезапястного сустава восстановилась полностью без каких либо остаточных явлений. Учитывая, вышеописанное мы предполагаем данный метод показал свое превосходство, и мы с уверенностью можем рекомендовать его на широкое применение в медицинской практике.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КАТАРАКТ С ЗАДНИМ ЛЕНТИКОНУСОМ

Джураев Н.А., Сайдазимов А.А., Бабаджанова Л.Д.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность. Лентиконус представляет собой выпячивание в области переднего или заднего полюса хрусталика, что ведет к развитию неправильного миопического астигматизма высокой степени, который практически не поддается коррекции с помощью очков. Более чем в 1/3 случаев на глазах с врожденной катарактой (ВК) отмечаются различные по характеру и выраженности изменения в виде врожденных помутнений, асферичности, дефекта задней капсулы (задний лентиконус), требующих проведения хирургического вмешательства для профилактики развития обскурационной или рефракционной амблиопии. Поэтому изучение результатов лечения лентиконуса имеет важное научное и практическое значение.

Целью нашего исследования является анализ эффективности хирургических вмешательств при врожденных катарактах с задним лентиконусом.

Материалы и методы. Нами проведен анализ результатов хирургического лечения 16 детей (16 глаз), прооперированных по поводу врожденной катаракты в сочетании с задним лентиконусом. Среды всех обследованных детей мальчиков было 7 (43,7%), девочек – 9 (56,3%). Возраст детей от 6 месяцев до 9 лет. Вне зависимости от указанных изменений современная технология хирургии детской катаракты с первичной имплантацией ИОЛ у детей состояло из следующих этапов: тоннельного разреза, переднего капсулорексиса, аспирации — ирригации ядра и масс хрусталика, эндокапсулярной имплантации гибких ИОЛ, шовной фиксации разреза.

Результаты. Хирургическая тактика при экстракции ВК с имплантацией ИОЛ на глазах с задним лентиконусом определялась степенью его выраженности и отличалась диаметром проведения переднего капсулорексиса и методикой удаления хрусталиковых масс. Так диаметр проведения переднего капсулорексиса колебался от 3,0 мм до 5,0 мм. Такой дифференцированный подход к выбору диаметра был обусловлен высоким риском самопроизвольного вскрытия задней капсулы хрусталика при выраженном ее анатомическом дефекте и значительном выпадении измененного стекловидного тела в переднюю камеру (25 %), что определяло необходимость имплантации ИОЛ на переднюю капсулу хрусталика в цилиарную борозду. Для удаления хрусталиковых масс применяли наиболее щадящую по отношению к истонченной задней капсуле методику вискохирургии. Использование высокомолекулярных вискоэластиков, обладающих высокой когезивностью, позволяло полно удалять вязкие хрусталиковые массы за счет растяжения капсульного мешка и «выталкивания» их из-под радужки благодаря образованию комплекса вискоэластик + массы, который легко, быстро и атравматично удалялся аспирацией — ирригацией с сохранением задней капсулы. Имплантацию в капсульный мешок удалось осуществить у большинства детей с истончением задней капсулы (75 %).

Выводы. Применение дифференцированной технологии хирургии врожденных катаракт, сочетающихся с врожденными изменениями прозрачности и формы задней капсулы хрусталика позволяет провести внутрикапсулярную имплантацию ИОЛ даже при наличии выраженного заднего лентиконуса, избежать развития операционных и послеоперационных осложнений, улучшить качество реабилитации пациентов с ВК при осложненных формах хрусталика.

ХАРАКТЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАРТИНЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Дусмухамедова З.Т., Фазылов А.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Сложности визуализации патологии поджелудочной железы (ПЖ), трудности дифференциальной диагностики, особенно на ранних стадиях заболевания, в сочетании с повсеместным и неуклонным увеличением частоты заболеваний придают этой проблеме высокую степень актуальности.

Цель исследования. Изучить характерные особенности ультразвуковой диагностики поджелудочной железы при хроническом панкреатите (ХП).

Материалы и методы исследования. Проведено обследование 23 пациентов с хроническим панкреатитом, в том числе 16 мужчин и 7 женщин. Возраст пациентов составлял от 18 до 60 лет.

Результаты исследования. При обследовании больных хроническим панкреатитом в 4 (17,4%) наблюдениях была выявлена кальцифицирующая форма, в 7 (30,4%) - панкреатические псевдокисты, в 2 (8,7%) - хронический панкреатит с преимущественным поражением головки поджелудочной железы (псевдотуморозный), в 1 (4,3%) - липоматоз поджелудочной железы, в 9 (39,1%) - начальные стадии хронического панкреатита. По нашим наблюдениям, размер ПЖ при ХП может изменяться в зависимости от стадии и фазы заболевания. Увеличение железы обусловлено обострением панкреатита, а уменьшение - прогрессирующим фиброзом. В большинстве наблюдений подобные трансформации имели равномерный характер, но в 2 случаях определялось локальное увеличение головки более 4 см. При ультразвуковом исследовании контуры железы были неровными за счет втяжений и выпуклостей, обусловленных альтеративно-воспалительным процессом. В начальных стадиях развития ХП контуры ПЖ четкие, ровные, и у железы обычная форма. Акустическая картина структуры ПЖ отличалась гетерогенностью. Определялось чередование участков сниженной, нормальной и повышенной эхоплотности. При длительном течении ХП появлялись участки с усиленной эхоплотностью. Кальцификация ПЖ косвенно свидетельствует о тяжести и длительности ХП. Кальцинаты в паренхиме выглядят как яркие гиперэхогенные вкрапления, при размерах более 1 мм они давали тонкую акустическую тень. Конкременты в протоке определялись редко, и они часто сочетались с дилатацией Вирсунгова протока. В наших наблюдениях кальцифицирующие формы ХП встретились у 4 больных. ХП с преимущественным поражением головки (псевдотуморозный) выделяли в отдельную клинико-морфологическую форму из-за особенностей диагностики и хирургического лечения. При УЗИ кроме увеличения головки более 5 см отмечались неровные контуры и неоднородная структура из-за включения кальция или наличия псевдокист. Среди 4 пациентов с псевдотуморозным панкреатитом у 1 зарегистрирована билиарная гипертензия с дилатацией холедоха, а у 2 имелось одновременное расширение и панкреатического, и общего желчного протоков. У 1 больного при «головчатом» ХП и у 1 - при очаговых изменениях поджелудочной железы на основании УЗИ не удалось провести дифференциации между ХП и опухолевым поражением ПЖ.

Выводы. Таким образом, ультразвуковые методы исследования позволяют своевременно диагностировать хронический панкреатит, а так же установить тяжесть и длительность течения.

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ГОЛОВЧАТОГО ВОЗВЫШЕНИЯ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Ёдгоров Б.К., Ганиев А.К.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность. Локтевой сустав представляют собой сложную структуру, как в анатомическом, так и в функциональном плане. Также следует отметить, что переломы данной области также не всегда однозначны как бы оно не казалось на самом деле. Особое звено в такой неоднозначности принадлежит переломам головчатого возвышения плечевой кости. Встречаемость данного перелома в структуре переломов области локтевого сустава по данным разных авторов составляет от 3 до 20% (Т.Н. Каллаев, Н.О. Каллаев 2001, А.И.Крупаткин 2004.). Кроме того существует ряд тактических предложений по поводу лечения переломов головчатого возвышения. В большинстве публикаций основным показанием к оперативному лечению является ротация смещенного костного фрагмента.

Цель: определить показания к хирургическому лечению переломов головчатого возвышения плечевой кости у детей.

Материал исследования: материалом исследования послужили архивные данные 37 пациентов с переломами головчатого возвышения плечевой кости поступивших в отделение детской травматологии клиники ТашПМИ, а также 2-ГДХКБ города Ташкента.

Результаты. В ходе исследования выявлено, различная степень смещения костных отломков при переломах головчатого возвышения. При этом мы в зависимости от степени смещения костных отломков всех пациентов разделили на три группы (рабочая классификация):

- 1-группа перелом головчатого возвышения без смещения костных отломков 11 детей;
- 2-группа перелом головчатого возвышения с незначительным смещением (в пределах 30° - 40°) костных отломков 12 детей;
- 3-группа перелом головчатого возвышения со смещением костных отломков с компонентом ротации отломка более 40° - 14 детей.

Лечение таких пациентов проводилось по ниже следующей тактике: при переломах без смещения костных отломков обычно накладывалась задняя гипсовая лонгета по традиционному методу. При переломах со смещением костных отломков в пределах 30° - 40° (2 группа) сначала была произведена закрытая репозиция и наложение гипсовой лонгеты. Пациенты с переломами головчатого возвышения со смещением костных отломков более чем 30° - 40° (3 группа), лечились тоже традиционным методом – сначала была произведена закрытая репозиция и наложение гипсовой лонгеты. Если не удаётся сопоставить костные отломки, то применяли оперативный метод лечения с применением металл фиксации костных отломков на своем ложе. Лечение переломов без смещения при не соблюдении правила протекало в большинстве случаев со вторичным смещением. Переломы соответствующие 2 группе по рабочей классификации, имели тенденцию к смещению костных отломков, даже после 2 недель со времени перелома, что приводит к неправильному сращению или к осложнению. Таким больным очень трудно было восстановить нормальный сустав.

Выводы: в прогностическом плане, переломы головчатого возвышения без смещения костных отломков благоприятны лишь в том случае, если пациенты правильно соблюдают абсолютно все рекомендации врача, при не соблюдении которых тоже может возникнуть риск смещения костных отломков. Переломы головчатого возвышения плечевой кости с неудовлетворительным стоянием, а также со смещением костных отломков требуют оперативного вмешательства и металлоостеосинтеза, и тем это лучше, чем раньше будет выполнена операция независимо от степени смещения и ротации костных отломков. Тем самым, мы предлагаем проведение оперативного лечения переломов головчатого возвышения уже при наличии незначительного смещения костных отломков.

ДИНАМИКА МОЗГОВОГО ПЕРФУЗИОННОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННЫХ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ.

Ёдгорова С.И., Нурмухамедов Х.К.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность: Повышение внутричерепного давления часто встречается в хирургической практике, что может значительно усложнять течение периоперационного периода, увеличивая риск развития осложнений, длительность восстановления после операции, ухудшая исход заболевания.

Цель исследования: Определить влияние анестезии на основе севофлюрана в сравнении с анестезией пропофола на внутричерепное давление и мозговое перфузионное давление по данным офтальмодинамометрии центральной вены сетчатки в периоперационный период абдоминальных операций у детей.

Материалы и методы. Обследовано 18 (1-14 лет) больных, которым в плановом порядке выполнялись распространённые оперативные вмешательства на органах брюшной полости (дивертикул Меккеля, кишечная непроходимость, некротический язвенный энтероколит). Внутричерепное давление (ВМД) определяли неинвазивным способом, измеряя давление центральной вены сетчатки (ДЦВС) электронным офтальмодинамометром ЭО-2 (в горизонтальном положении больного после местной анестезии склеры 2% раствором лидокаина гидрохлорида и расширения зрачков 0.5% раствором мидриацила). Мозговое перфузионное давление (МПД) определяли как разницу между средним АД и ВМД ($МПД = САД - ВМД$, мм.рт.ст.)

Результаты и обсуждение: При проведении тотальной внутривенной анестезии (ТВА) в подгруппе с нормальным ВМД достоверного изменения данного показателя зафиксировано не было. В подгруппе с ВМГ наблюдалось постепенное снижение данного показателя, когда к концу анестезии ВМД снизилось до границы нормы (с исходных 15 до 10 мм.рт.ст.) к концу операции. При проведении комбинированной анестезии севофлюраном (КАС), в подгруппе с нормальным ВМД, также достоверного изменения не отмечено, в подгруппе с ВМГ увеличение к концу анестезии составило 56% по сравнению с исходным значением (с 16 до 25 мм.рт.ст.) Значения среднего артериального давления (САД) до начала анестезии были достоверно выше в подгруппах с исходной ВМГ, его динамика на этапах исследования характеризовалась снижением после индукции анестезии на 8% и 10% в подгруппах с нормальным ВМД и на 21% и 22% в подгруппах с повышенным ВМД. В дальнейшем САД оставалось стабильным во всех подгруппах. При анализе МПД в подгруппах с нормальным ВМД отмечалось умеренное его снижение до 15% независимо от метода анестезии. В условиях исходной ВМГ изменения этого показателя имели другую динамику. Так, при проведении КАС МПД после индукции анестезии снизилось на 35% (с 80 до 52 мм.рт.ст), после чего оставалось стабильным в пределах от 50 до 60 мм.рт.ст. При проведении ТВА снижение МПД после индукции анестезии составило 24% (с 85 до 64 мм.рт.ст.), в дальнейшем достоверных изменений данного показателя не отмечено.

Выводы: У пациентов с внутримозговой гипертензией проведение КАС приводит к дальнейшему увеличению ВМД и снижению МПД, что связано со значительном увеличением времени послеоперационного восстановления сознания. Тотальная внутривенная анестезия на основе пропофола и фентанила обеспечивает стабильность мозговой гемодинамики и является методом выбора у пациентов с повышенным ВМД.

РОЛЬ ЦИФРОВОЙ МАММОГРАФИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ёкубова М.А., Исамухамедова М.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Проблема диагностики и лечения рака молочной железы остается одной из актуальных в современной онкологии и главной – в маммологии рака молочной железы является самым распространенным онкологическим заболеванием у женщин, структуре онкологической патологии. Патология рака молочной железы занимает первое место, при этом смертность достигает 50%, что связано с его поздней диагностикой. По данным статистики (стат. обработка) заболеваемость РМЖ в Узбекистане занимает 11 место среди онкологической патологии. На сегодняшний день ведущим среди методов комплексной диагностики РМЖ является рентгенологическая маммография, которая является «золотым стандартом» в диагностики различных заболеваний молочной железы, в том числе и малых форм рака, что объективно отражает характер возрастных, функциональных, патологических изменений молочной железы.

Целью исследования: Определить рентгенологические критерии доброкачественных и злокачественных изменений молочной железы.

Материал и методы исследования: Маммографическое обследование проводилось на базе Областного онкологического диспансера. Под наблюдением находились 64 женщины в возрасте от 16 до 75 лет, обратившихся за врачебной помощью по поводу заболевания молочной железы. Исследование проводилось на аппарате: «ВМ-2В MammographyX-raysystem» в прямых и боковых проекциях или прицельно.

Результаты: Среди обследованных 64 женщин: у 29 (46,0%) больных выявлены злокачественные опухоли молочной железы; у 19 (30,0%) доброкачественная и дисгормональные гиперплазии; у 16 (24,0%) женщин патологий со стороны молочной железы не выявлено. При маммографическом исследовании РМЖ визуализировалась в виде объемного образования неправильной формы, без четких границ, с тяжами в окружающей ткани высокой плотности, с наличием микрокальцинатов в самой опухоли или в смежных областях. А при доброкачественных опухолях (чаще фиброаденомы) выявлялись образования правильной формы с четкими, ровными контурами, однородной массы.

Вывод: Таким образом, при анализе данных можно сделать следующее заключение: методом маммографии можно выделить РМЖ в доклинической стадии. Улучшение диагностики РМЖ с применением цифровой маммографии, оценка степени распространенности РМЖ позволит выбрать правильную тактику ведения лечения больных с заболеваниями молочной железы.

АДАПТАЦИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ, ИЗВЛЕЧЕННЫХ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Ерназарова Б.Ж., Гулямова М.А., Ходжиметова Ш.Х.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. В последние годы все большее внимание исследователей привлекают к себе новорожденные , извлеченные путем кесарева сечения. В то же время в литературе недостаточно освещены вопросы , касающиеся непосредственных , ближайших и отдаленных результатов родоразрешение путем операции кесарева сечения для ребенка , а данные , характеризующие адаптацию и развитие детей , извлеченных путем повторного кесарева сечения , практически отсутствуют.

Цель. Изучить период адаптации, извлеченных при повторных операциях кесарева сечения.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 20 новорожденных детей , рожденных путем кесарева сечения от матерей с рубцом на матке. Необходимость повторного кесарева сечения была обусловлена анатомо-функциональной несостоятельностью рубца на матке, неправильным положением плода, клинически узким тазом и другими ситуациями, создавшими угрозу разрыва матки.

Результаты и обсуждения. При изучении состояния здоровья и процессов адаптации у детей, извлеченных путем кесарева сечения, был выявлен ряд особенностей.

При этом дети при повторных операциях кесарева сечения. чаще рождались в состоянии асфиксии и на 5-ой минуте жизни 42% новорожденных детей имели оценку по шкале Апгар 7 баллов и ниже.

По – видимому у новорожденных, извлеченных после повторной операции кесарева сечения, запаздывает становление дыхательных функции и сердечно – легочной адаптации, что вызывает более длительное, состояние гипоксии в остром периоде адаптации.

Заслуживают внимания данные, полученные при изучение физического развития исследуемых детей. Анализ случаев рождения детей с нарушениями физического развития после повторных операций кесарева сечения показал, что масса тела при рождении составило в среднем 3000 г., длина тела 51,4 см, масса - ростовой коэффициент составило 60. Детей рожденных к тенденцией к понижению питания составило 21%, а с отчетливым снижением питания 45%. Величина потери первоначальной массы тела составило в среднем 8% . Однако ,не смотря на более позднюю выписку из родильного дома 71% детей не восстановили первоначальную массу тела. Наличие послеоперационного рубца на матке является фактором риска возникновения фетоплацентарной недостаточности с нарушением внутриутробного развития плода.

Выводы. Таким образом, кесарево сечение является небезразличным вмешательством для плода. Исключая родовой стресс, данная операция определяет характерные особенности ранней постнатальной адаптации – напряженное течение и склонности к переходу транзитных состояний в патологические.

ИММУННЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ РИНОСИНУСИТОМ

Жабборов О.И., Расулова Н.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. За последние несколько лет значительно возросло внимание детских оториноларингологов и педиатров к проблеме риносинусита у детей. Эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что распространенность заболеваний носа и околоносовых пазух у детей составляет 28–30% среди всех заболеваний верхнего отдела дыхательных путей, причем 50% детей, став взрослыми, продолжают страдать от данных заболеваний. Рецидивирующий риносинусит нередко приводит к нарушениям иммунной системы, снижает качество жизни, а также ведет к развитию серьезных осложнений со стороны других органов. Роль исходного состояния иммунной системы в прогнозировании иммунного ответа находится на стадии изучения.

Цель исследования: изучить особенности иммунного статуса детей с рецидивирующим риносинуситом.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 36 детей с рецидивирующим риносинуситом, которые составили основную группу. Клинически рецидив болезни проявляется преимущественно местными симптомами в виде затрудненного носового дыхания и выделений из носа. Наряду с этим имелись и жалобы общего характера: недомогание, вялость, слабость, тяжесть в голове. Течение заболевания характеризовалось частыми и длительными рецидивами. При эндоскопии слизистая оболочек носовых раковин имела бледную окраску. Раковины увеличивались в объеме, заполняя всю полость носа. Слизисто-гнойное отделяемое, из среднего носового хода, стекало в носоглотку и в преддверие носа.

В качестве контроля использовали показатели иммунологических исследований 15 практически здоровых детей (контрольная группа).

Иммунологическое обследование включало в себя изучение клеточного и гуморального иммунитета.

Результаты и их обсуждение. При исследовании иммунной системы детей основной группы показатели иммунного статуса отличались от параметров контрольной группы. Однако они свидетельствовали о наличии дисбаланса в активации иммунной системы в ответ на воздействие патогенных агентов.

У детей с рецидивирующим риносинуситом отмечается 2-х кратное снижение лейкоцитов по сравнению с контрольной группой ($3,13 \pm 1,8$ против $6,9 \pm 0,60$) на фоне достоверного повышения относительных и снижение абсолютных лимфоцитов ($P < 0,001$).

Отмечалось снижение функциональной активности Т-лимфоцитов. Т клеточное звено иммунитета у детей с ХРС характеризуется достоверным снижением CD3 как абсолютного, так и относительного числа ($P < 0,01$) на фоне достоверного повышения CD4 и CD8 ($P < 0,05$). Дисбаланс данных показателей отразился на уровне ИРИ, который так же достоверно был снижен у детей с ХРС по сравнению с контрольной группой ($P < 0,05$).

Кроме того, было понижено содержание естественных цитотоксических клеток (CD 16+). Увеличивалось содержание фагоцитирующих нейтрофилов (до $68,83 \pm 4,37\%$, абсолютное их количество до $2,09 \pm 0,34 \times 10^7$ л). Так же наблюдался дисбаланс в В-клеточном звене иммунитета, который характеризовался повышением показателей субпопуляций CD20 ($P < 0,05$).

При изучении гуморального звена иммунитета у детей с ХРС наблюдается достоверное снижение показателей IgA, IgM, IgG, которые отличались от контрольных цифр почти в 1,5 раз ($P < 0,05-0,001$).

Заключение. Выявленная направленность иммунных сдвигов и их выраженность указывают на важную патогенетическую роль иммунных механизмов в развитии и прогрессировании рецидивирующих риносинуситов у детей.

БОЛАЛАРДА ҚАЙТАЛАНУВЧИ РИНОСИНУСИТЛАРНИ КОНСЕРВАТИВ ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ ОШИРИШ.

Жабборов О.И., Расулова Н.А.

Тошкент Педиатрия Тиббиёт Инститuti

Долзарблиги. Оториноларингологиянинг долзарб муаммоларидан бири бўлган параназал синуситлар комплексли профилактик чора тадбирларни ўтказилишига қарамасдан ЛОР –аъзолар хасталиклари орасида ўртача 70% ни ташкил қилмоқда.(Пальчун В.Т., 2008).

Болаларда биринчи ўринда ғалвирсимон бўшлиқларининг яллиғланиши турса, кейин бошқа бўшлиқларнинг хасталиклари учрайди. Шунини таъкидлаш лозимки, болаларда бўшлиқларнинг алоҳида касалланиши (моносинусит) камдан кам кузатилиб, асосан бир пайтнинг ўзида бир нечтасининг қўшалок яллиғланиши (полисинусит) учрайди. Синуситларнинг ривожланишида беморларда аксарият ҳолларда сурункали ринит, бурун тўсиғи деформацияси ва аденоидлар каби касалликларнинг мавжудлиги муҳим ўрин эгаллайди.

Эпидемиологик маълумотлар шунини кўрсатадики болаларда барча юқори нафас йўллари касалликлари орасида 28-30% ни бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари касалликлари эгаллайди. Ҳар бир бола йилига 6-8 мартагача ЎРВИ билан касалланади, бу ўз навбатида риносинусит билан асоратланади. Ҳар йили бурун ёндош бўшлиқлари билан касалланган беморлар сони 1,5-2% га ошади.

Қайталанувчи риносинуситлар кўпинча иммун системанинг бузилиши натижасида келиб чиқади, бу бошқа органларда салбий асоратлар ривожланади ва ҳаёт фаолияти пасаяди.

Дори-дармонларни парентерал қабул қилиш ва бурун ёндош бўшлиқларини ювиш етарли клиник самара бермайди, чунки организмнинг иммун фаолияти пасайган бўлади. Иммуностимуляторларни қўллаш самарали усул ҳисобланади. Юқоридаги айтиб ўтилган маълумотларга асосланиб, болаларда қайталанувчи риносинуситларни консерватив даволашни такомиллаштириш замон талабидир.

Ишнинг мақсади. Болаларда қайталанувчи риносинуситларни иммуностимуляторлар билан даволашни такомиллаштириш.

Илмий иш материали ва услублари. ТошПМИ клиникаси ЛОР бўлимида 3 ёшдан 14 ёшгача бўлган 50 та бемор болалар ҳар томонлама чуқур текширилиб, кўриқдан ўтказилди. Беморларнинг шикоятлари ва анамнези йиғилиб, иммунологик усул, бурун ёндош бўшлиқларини рентгенологик ва зарурият бўлганда компьютер томографияси, шунингдек статистик таҳлил усуллари ўтказилди.

Натижалар ва уни муҳокамаси. Текширилган беморлар 3 та гуруҳга ажратилди. Уларнинг 24 (48%) нафарини 5 ёшгача болалар ташкил этса, 18 (36%) нафарини 5-7 ёшли болалар, қолган 8 (16%) нафарини мактаб ёшидаги болалар ташкил этади. Беморларни даволашда ананавий усул билан бир қаторда иммуностимуляторлар (циклоферон) қўлланилди.

Иммуностимуляторлар(циклоферон) қўллаб, етти кун мобайнида динамик кузатув олиб борилди. Қўлланилган даво усули натижасида кўпчилик беморларда (94,7%) клиник ва рентгенологик ижобий ўзгаришлар кўрилди. Даволанишдан 14 кундан сўнг беморлар қайта иммунологик текширувдан ўтказилди ва уларнинг 85%да иммунологик кўрсаткичлар нормага яқинлашганини кузатдик.

Шундай қилиб, олинган натижалар шунини кўрсатдики, қайталанувчи риносинуситлар билан оғриган болаларда иммуностимуляторлар(циклоферон) қўлланилган даволаш усули болалар амалиётида юқори самара олиш имкониятини яратди ва натижаларда рецидив ҳолатларини камайтириш кузатилди.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ЭПИМЕТАФИЗА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ.

Жураев Б.У., Ходжанов И.Ю.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Лечение переломов дистального отдела плечевой кости, является проблемной лечення характера переломов, трудности репозиции и стабильной фиксации. Консервативно лечение длительной гипсовой иммобилизацией не всегда дают требуемого результата по восстановлению функции сустава.

Целью нашей работы являлось изучить результатов оперативного лечения переломов дистального отдела плечевой кости.

В отделениях последствие травм НИИТО РУз в последствие травм в 2014 году прооперированно 74 больных с переломами дистального отдела плечевой кости из них мальчиков 41 (55,4%), девушка 33 (44,5%). Переломы правой плечевой кости 42, левой плечевой кости 32. По возрасту распределилось от 3 до 18 лет. 16 (21,6%) от 3 до 6 лет. 44 (59,5%) от 6 лет до 13 лет. От 13 и старше 14 (18,9%). Среди повреждений преобладали закрытые 72 (97,2%), открытые переломы 2 (2,8%). По классификации АО/ASIF преобладали переломы типа В 1.2.3..С1.2.3.. Выбор оперативного лечения производился с учетом типа перелома возраста больного, наличием сопутствующей соматической патологии. Закрытый компрессионный дистракционный остеосинтез спицевыми аппаратами проводилось 43 (58,1%), больным. Оперативные вмешательства проводилось под общей анестезией, после закрытой репозиции под контролем ЭОПа вводились спицы по унифицированной системе наложения аппарата наружной фиксации. Открытый остеосинтез проводилось 31 (41,9%) больным. Открытая репозиция с восстановлением суставной поверхности плечевой кости с точной идентификацией отломков. Стабилизацию отломков производится фиксации винтами и аппарате. Операция завершается остеосинтезом локтевого отростка. В послеоперационном периоде да стихания острых болей конечность иммобилизовалась косыночной повязкой. Со 6-7 дня назначалась физиотерапевтические процедуры на область локтевого сустава. Результаты показали что у больных оперированных открытым методом консолидация наступила в среднем через 6-7 недель. У 45 больных достигнуто удовлетворительное восстановление функции локтевого сустава. У 3 больных отмечалось контрактура локтевого сустава.

Выводы: Применение накостного остеосинтеза при данном типе переломов обеспечивает точную репозицию отломков с восстановлением суставной поверхности дистального конца плечевой кости, стабильный остеосинтез отломков после операционную разработку движений в локтевом суставе.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ГОЛОВКИ МЫШЦЕЛКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ.

Жураев Б.У., Ходжанов И.Ю.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Переломов головки мыщелка плечевой кости у детей составляют 16-23% от числа всех переломов костей локтевого сустава. Широкая распространенность переломов, многообразие клинических проявлений, высокая травматичность локтевого сустава, а также сложность анатомического строения дистального плечевой кости, наличие множества ядер окостенения и неравномерность их развития затрудняют своевременную диагностику подобных повреждений, а мало эффективность общепринятых методов лечения, нередко сопряженных с множественными осложнениями, поиск более рациональных методов, обеспечивающих точную репозицию и стабильную фиксацию отломков.

За период с 2014 г до 2015 г в Ташкенте УзНИИТО лечились 79 детей с переломами головки мыщелка плечевой кости в возрасте от 2 года до 10 лет. Из них мальчиков 42 (53,1%) девочек 37 (46,8 %). Наиболее часто переломы головки мыщелка плечевой кости встречались в возрасте от 4 до 11 лет. Повреждение правой руки отмечены у 44 (55,6%) левой у 35 (44,3%) пострадавших. Удельный вес закрытых переломов составил 92% открытых 8% , причем среди открытых переломов чаще наблюдались вторично-открытые переломы. Чрезмыщелковые переломы отмечены у 60 (75,9%) больных, а надмыщелковые у 14 (17,7%) то есть в соотношении 7,3: 1.

При переломах головки мыщелка плечевой кости без смещения костных отломков вполне достаточно фиксации поврежденной руки гипсовой лонгетой в течение 2-3 недель. Таких случаев было 11 что составило 16,4% от общего числа наблюдаемых больных. Эти больные считались в основном амбулаторными и наблюдались в поликлиниках. При смещении костных отломков мы начинали лечение показанием к оперативному лечению больных были переломы с четкой симптоматикой расстройства функции сосудисто-нервного пучка, первично и вторично переломы с выраженными расхождениями отломков, а также переломы с интерпозицией мягких тканей. Открытая репозиция и остеосинтез спицами Киршнера применяли у всех больных. Спицы удаляли через месяц. В нашей клинике широко применяется открытая репозиция костных отломков путем остеосинтеза аппаратом Илизарова по методике клиники НИИТО МЗРУз. При переломах головки мыщелка плечевой кости у детей со смещением отломков под внутривенным наркозом производим открытую ручную репозицию костных отломков. Под ЭОП контролируем состояние костных отломков, после чего накладываем аппарат Илизарова из двух полуколец. Остаточные смещения костных отломков устраняем путем distraction и компрессии, а также натягиванием спицы с упорной площадкой. Этот метод применялся у 14 больных. Через 3-4 недели демонтировали аппарат Илизарова, больным рекомендовали ЛФК локтевого сустава.

Заключение: анализ результатов лечения детей с переломами головки мыщелка плечевой кости показал, применение рациональных методов лечения снижает риска развития. Вторичных смещений отломков, развития пара артикулярных процессов в мягких тканях. Применение консервативных методов при лечении головки мыщелка плечевой кости с грубыми смещениями костных отломков приводит к развитию контрактуры локтевого сустава. Открытый остеосинтез аппаратом Г.А. Илизарова сокращает срок реабилитации на 3-4 недели.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ВЫСШЕЙ КОРКОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И СТЕПЕНИ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ К ОБУЧЕНИЮ В ШКОЛЕ ДЕТЕЙ 6 ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА

Н.М.Заиров, Г.К.Садыкова, Ш.А.Кудратов
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность: Познавательная, умственная деятельность и эффективность обучения ребенка зависит от уровня зрелости корково-подкорковых взаимоотношений, внутрислоушарных, междислоушарных интеграций и системной организации процессов переработки информации (Айрапетьянц Э.Ш. 1986, Гусев Е.И.1986). Анализ литературных данных по изучаемому вопросу показал ряд противоречивых мнений о состоянии готовности высших корковых функций детей в возрасте 6 лет к обучению в школе, что послужило поводом для проведения данного исследования.

Цель исследования: Оценить степень развития высших корковых функций и подготовленности к обучению в школе.

Материал и методы исследования: В данное исследование были включены 80 детей в возрасте 6-7-лет. Они были разделены в 2 группы. Основную группу составили 50 детей 6 летнего возраста, а в контрольную группу были включены 30 детей в возрасте 7 лет. Для оценки высших корковых функций у исследуемых детей были использованы следующие методики: Минитест оценки психического состояния (MMSE), специальный опросник для изучения степени психологической подготовленности.

Результаты и их обсуждение: Результаты MMSE показали, что у 40 детей (80%) основной группы было выявлено отсутствия нарушений когнитивных функций, что составляло по балльной шкале 28-30 баллов. У 10 детей (20%) балльная оценка составила 24-27 баллов и у них были выявлены когнитивные нарушения. Напротив этому, у 25 детей (83,3%) в контрольной группе было выявлено отсутствия нарушений когнитивных функций, у 5 детей (16,7%) было выявлен когнитивный дефицит. Оценка результатов данного исследования у детей с основной группы по отдельным критериям показало, что у 8 (16 %) детей был выявлен дефицит восприятия, у 6 (12%) детей нарушения ориентации, у 7 (14%) детей дефицит памяти, у 5 (10%) детей речевые нарушения, у 10 (20%) детей нарушения внимания и счета. В контрольной группе у 4 (13%) детей был выявлен дефицит восприятия, у 3 (10%) детей нарушения ориентации, у 3 (10%) детей дефицит памяти, у 2 (6,6%) детей речевые нарушения, у 5 (16,6%) детей нарушения внимания и счета.

По данным специального опросника у детей в основной группы были выявлены следующие результаты: у 10 (20%) детей были зафиксированы нарушения внимания, воображения, наглядно-схематического мышления и мелкой моторики рук, у 4 (8%) детей нарушения образно и словесно-логического мышления, у 6 (12%) детей дефицит математического и пространственного восприятия, у 7 (14%) детей нарушения вербальной памяти, у 9 (18%) детей нарушения связанной и письменной речи, у 7 (14%) детей нарушения личностной идентификации, школьной мотивации. В контрольной группе у 5 (16,6%) детей были зафиксированы нарушения внимания, воображения, наглядно-схематического мышления и мелкой моторики рук, у 2 (6,6%) детей нарушения образно и словесно-логического мышления, у 3 (10%) детей дефицит математического и пространственного восприятия, у 3 (10%) детей нарушения вербальной памяти, у 4 (13,3%) детей нарушения связанной и письменной речи, у 3 (10%) детей нарушения личностной идентификации, школьной мотивации.

Выводы: Исходя из вышеизложенных данных, можно сделать заключение о том, что, состояние высших корковых функций и психологических способностей у детей 6 и 7-летнего возраста статистически достоверно не отличаются. Следовательно, 6-летних детей которые отвечают требованиям данных исследований можно допустить к обучению в школе.

ОЛТИ ВА ЕТТИ ЁШЛИ БОЛАЛАРНИНГ МАКТАБГА ТАЙЁРЛИГИ ДАРАЖАСИ

Н.М.Заиров , Г.К.Садикова

Тошкент Педиатрия Тиббиёт институти

Долзарблиги: Болалар мактабга боришларидан аввал мажбурий бўлган текширувлардан ўтказиладилар, айниқса, бу 6 ёшли болалар учун тегишли бўлиб, ёши мактаб ёшига тўлганлиги сабабли 7 ёшли болалар нейропсихологик текширувдан четда қоладилар.

Тадқиқот мақсади: 6 ва 7 ёшли болаларни нейропсихологик жиҳатдан мактабга тайёргарлик даражасини ўрганиш.

Материал ва услублари. Керн-Йирасек тести бўйича 62 нафар 7 ёшли ва 38 нафар 6 ёшли болалар текширувдан ўтказилдилар. Тест натижалари максимал 5 балли система билан баҳоланди ва умумий балл ҳисобланиб чиқилди. Бу тест боланинг майда моторикасини ривожланиш даражаси, ёзув кўникмаларини эгаллаб олишга тайёргарлиги, фазовий ориентация, қўлнинг ҳаракат координацияларининг ривожланиш даражасини баҳолайди.

Натижалар ва таҳлил: Керн-Йирасек тести бўйича 6 ёшли болалар ўрта ҳисобда $10,66 \pm 0,06$ балл тўплаганлар, уларнинг 2 нафари 5 балл тўплаган бўлиб, мактабга тайёр деб топилди. Бу гуруҳдаги болаларнинг тўплаган баллари қуйидагича бўлди: биринчи топшириқ бўйича 5 баллни 8 (21,05%) болалар, 4 балл 19 (50%) болалар, 3 баллни 7 (18,4%) нафар бола, 2 баллни 4 (10,5%) нафар болалар тўплаган. 7 ёшли болалар бу топшириқ бўйича пастроқ балл олганлар, бу топшириқ бўйича умумий ўрта балл $3,4 \pm 0,02$ ни ташкил этган. Улардан 2 (3,21%) нафари 1 балл, 15 (24,2%) нафари 2 балл, 16 (25,8%) нафари 3 балл, 14 (22,6%) нафари 4 балл, 15 (24,2%) нафари 5 балл тўплаган. Бу топшириқ бўйича болалар эрақ киши расмини ёддан чизиб беришлари керак бўлган, каттароқ ёшдаги болаларда майда деталларга эътибор юқорироқ бўлган - одам юзидаги, кийимидаги деталлар, қўлларидаги бармоқлар чизилган. Иккинчи топшириқ бўйича ёзма ёзилган уч сўздан иборат сўзлар бирикмаси болага берилиб, ундан шу ёзувни ўхшатиб кўчириш сўралганда, бу топшириқни каттароқ ёшли болалар яхшироқ бажарган: улар сўзлар ўртасидаги масофани сақлаган ҳолда кўчириб олганлар, сўзлар горизонтал бўйича текис ёзилган. Кичикроқ ёшдаги болалар иккинчи топшириқ бўйича $3,89 \pm 0,024$ балл тўпладилар. Учинчи тошириқ бўйича нуқталар гуруҳини чизиш сўралган, кичикроқ ёшдаги болалар бу нуқталарни чизишда уларни бир-бирига нисбатан жойлашуви, улар ўртасидаги масофага риоя қилинмаган. Шу сабабли кичикроқ ёшдаги болалар каттароқ ёшдаги болаларга нисбатан кўпроқ балл тўпладилар. Улар тўплаган балл ўртача $3,42 \pm 0,034$ балл тўплаганлар, каттароқ гуруҳ болалари ўртача $2,68 \pm 0,018$ балл тўпладилар.

6 ёшли болаларнинг 27 (75%) нафарида мактабга ўрта тайёргарлик даражаси деб баҳоланди, 9 (25%) нафари тайёр эмас деб топилди. 7 ёшли болаларнинг 12 (19,3%) нафари мактабга тайёрлик даражаси юқори, ўрта даражадаги тайёрлик 35 (56,5%) болада, паст даражадаги тайёрлик 15 (24,2%) болада аниқланди.

Хулоса: Демак, текширилган 6 ёшли болаларнинг 25%и (7% и мактабгача таълим муассасаси тарбияланувчиси, 18%и мактабгача таълим муассасаси тарбияланувчисимас) мактабга тайёр эмас, 7 ёшли болаларнинг 100%и мактабга турли даражада тайёр деб топилди.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЭРИТРОЦИТАРНЫХ ИНДЕКСОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ПНЕВМОНИЙ.

Заирова И.Г., Файзиева З.Б., Рахманкулова З.Ж.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Все большее применение в клинической практике находит вычисление эритроцитарных индексов, позволяющих получить ценную информацию о состоянии гематологического статуса. Состояние эритроцитарной системы при тяжелых формах пневмоний, сопровождающихся дефицитом кислорода в тканях, имеет важное значение.

Цель исследования. Оценить состояние эритроцитарной системы у новорожденных детей с тяжелыми формами пневмоний.

Пациенты и методы. Проведено обследование 28 новорожденных детей, находящихся в отделении патологии новорожденных на базе городской детской больницы №5. Основную 1-группу составили новорожденные с крайне тяжелым состоянием, во 2-группу вошли новорожденные с тяжелым состоянием. Определяли содержание гемоглобина, эритроцитов, эритроцитарных индексов: средний объем эритроцитов (MCV), среднее содержание гемоглобина в эритроцитах (MCH), ширина распределения эритроцитов по объему (RDW), гематокритный показатель (HCT).

Результаты. Среди новорожденных детей с пневмонией и крайне тяжелым состоянием было 7 доношенных и 11 недоношенных детей, а среди детей с тяжелым состоянием - 4 доношенных и 7 недоношенных. У детей обеих групп пневмония протекала на фоне гипоксически-ишемического перинатального поражения ЦНС. У новорожденных детей 1-ой группы среднее содержание гемоглобина составило $139,4 \pm 7,7$ г/л, число эритроцитов $4,2 \pm 0,16 \times 10^{12}$ г/л. Показатели эритроцитарных индексов у детей при тяжелом состоянии составили: MCV - $88,5 \pm 1,9$ фл, MCH - $31,8 \pm 0,8$ пг, RDW - $49,3 \pm 3,1$ фл, HCT - $39,8 \pm 3,2$ %.

При пневмонии с крайне тяжелым состоянием содержание гемоглобина составило $157,7 \pm 8,3$ г/л, число эритроцитов $4,4 \pm 0,24 \times 10^{12}$ г/л., эритроцитарные индексы имели следующие значения: MCV - $97,4 \pm 2,1$ фл, MCH - $33,2 \pm 1,3$ пг, RDW - $56 \pm 4,8$ фл, HCT - $49,78 \pm 3,1$ %.

Заключение. Таким образом, у новорожденных детей течение тяжелых форм пневмонии происходит на фоне перинатального поражения ЦНС. У новорожденных детей с тяжелыми формами пневмонии происходит угнетение эритроцитарной системы, выраженное более резко при крайне тяжелых состояниях.

ВЛИЯНИЕ TORCH-ИНФЕКЦИЙ У МАТЕРЕЙ НА АДАПТАЦИЮ, РОЖДЕННЫХ ОТ НИХ ДЕТЕЙ

Зайнутдинова Д.Р., Азимова Н.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Самое серьезное испытание для организма женщины — это период беременности, в который обостряются хронические заболевания и легко присоединяются инфекции, к ослабленному организму. Наличие бактериальной и вирусной инфекции у беременной женщины является фактором риска для развития различных патологических состояний у плода и новорожденного, к данной группе относятся TORCH – инфекции. Изучение их влияния на адаптацию детей является актуальной и дискуссионной проблемой современной медицины.

Цель исследования: по литературным данным изучить влияние TORCH-инфекции у матерей на адаптацию, рожденных от них детей.

Материалы и методы исследования: анализ литературных источников за последние 10 лет, касающихся научных исследований по изучению влияния TORCH-инфекции у матерей на адаптацию их детей.

Результаты исследования: TORCH-инфекции и их сочетание с соматическими заболеваниями зачастую являются причиной неонатальной смертности, тяжелых поражений центральной нервной системы (ЦНС), других органов и тканей, аномалий в развитии ребенка, и в конечном итоге, оказывают весьма негативное воздействие на репродуктивное здоровье нации и демографические показатели. TORCH-инфекцию следует рассматривать во взаимосвязи: «мать-дитя», поскольку передача инфекционных агентов в процессе внутриутробного развития или родов приводит к формированию пороков развития плода, тяжелых нервно-психических и соматических расстройств.

Врожденные пороки развития (ВПР) представляют важнейшую медицинскую и социальную проблему. Актуальность их изучения обусловлена значительным удельным весом данной патологии в структуре младенческой, перинатальной смертности и детской инвалидности.

Пороки развития центральной нервной системы представляют обширную полиэтиологическую группу нарушений раннего и позднего онтогенеза.

В большинстве случаев удастся установить мультифакториальную природу врожденных аномалий. В связи с этим, остается актуальным поиск наиболее информативных факторов риска их формирования, позволяющих прогнозировать вероятность данной патологии и планировать профилактические мероприятия по предотвращению рождения детей с врожденными дефектами. Доказано, что значительный вклад в возникновение врожденных пороков развития у детей вносит исходное состояние здоровья родителей, неблагоприятное воздействие окружающей среды, инфекции, наследственная отягощенность.

Выводы: таким образом, недостаточность сведений, касающихся исходов ВПР ЦНС, особенностей течения и частоты выявления основных неврологических синдромов, развивающихся при аномалиях развития подтверждает актуальность данной проблемы и заинтересованность в результатах исследований. А увеличение частоты рождения детей с различными аномалиями развития ЦНС требует применения комплексного подхода к диагностике риска развития пороков ЦНС в ранние сроки и, соответственно, разработки мер профилактики их развития.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ПОВЕРХНОСТНОГО КАРИЕСА КОНТАКТНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

Закирходжаева З.С., Махкамова Ф.Т.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность: В настоящее время обращение к проблеме кариеса зубов в научном исследовании для многих не предоставляется перспективным, поскольку этому посвящены сотни прикладных и фундаментальных работ прошлого столетия.

Среди нерешенных проблем организации стоматологической помощи детям в последние годы выделяется проблема высокой частоты контактных форм кариеса зуба (В.К. Леонтьев, Г.Г. Ашуров 1994 г.).

Кариес контактных поверхностей молочных зубов является не только высоко распространенным в наше время, но и дающим наиболее частые осложнения, главной причиной пульпита и периодонтита. Он наиболее трудно диагностируется и наиболее тяжело лечится.

Среди средств профилактики кариеса однозначно признаны наиболее эффективными. Фторирование питьевой воды и пищевых продуктов, рациональное питание, герметизация фиссур, глубокое фторирование твердых тканей зубов, различные средства и способы гигиенического ухода за полостью рта.

Однако по разным причинам эти средства либо не используются, либо оказываются недостаточно эффективными. Этим и объясняется высокий уровень распространенности и интенсивности кариеса.

Поэтому своевременная профилактика и эффективное лечение кариеса молочных зубов являются одной из наиболее актуальных задач современной стоматологии.

Цель исследования: Совершенствование методов диагностики и лечения кариеса контактных поверхностей молочных зубов.

Материалы и методы исследования:

Было проведено обследование и лечение 20 детей в возрасте от 3 до 7 лет. Анализ наших наблюдений свидетельствует о целесообразности применения цемента-AquaMeron у 80%, 18 детей эффективным лечением и профилактике поверхностного кариеса контактных поверхностей молочных зубов у детей. Клиническое обследование полости рта проводили по стандартной схеме заполнением индивидуальной карты, определением значения индекса ГИ, КП и рентгенологическим методом.

Результаты исследования: При анализе полученных результатов, при обследовании полости рта пациентов мы отметили отсутствие прироста новых кариозных полостей, а так же положительный симптом скольжения зонда.

Вывод: При помощи цемента- AquaMeron было улучшено эффективность лечения кариеса контактных поверхностей молочных зубов.

ЛЕЧЕНИЕ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРА НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ШИНЕ

Зохиров А.Р., Турсунов Б.С.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность. Диафизарные переломы бедра у детей относятся к наиболее частым и тяжелым переломам и составляют 26,3-30,1 от общего числа детей с повреждениями скелета (Баиров Г.А., Ходжанов И.Ю. и др.) Основным методом лечения является консервативный по причине малоинвазивности, относительной безопасности, меньшего риска инфекционных осложнений. С этой целью наибольшего применения нашли иммобилизация тазобедренной гипсовой повязкой, вытяжения по Шеде и на шине Белера.

Лечение скелетным вытяжением сопряжено с рядом трудностей. Вытяжение обычно выполняют на шине Белера изначально предназначенной для больных старшего возраста, а “приспособление” ребенка с переломом бедра под шину имеет определенное значение в неудачах (Волков М.В., Тер Егизаров Г.М. и др.). При таком вытяжении достичь точной репозиции не редко не удается, поэтому типичны неустраивающиеся отломков, остаточные угловые смещения, смещение по длине и ширине.

Цель. Улучшить результатов лечения, применяя видоизмененную функциональную шину. Лечение диафизарных переломов бедра у детей в клинической больнице ТашПМИ проводилось на функциональной шине (IAP 2003 0100, 03.02.2003 г. РПВ РУз. Турсунов Н.Б., Ходжаев Р.Р., Турсунов Б.С.), которая позволяет выполнять тракцию с заданными углами видами смещения проксимального отломка. Шина содействует раскрытию всех преимуществ способа вытяжения: длину и ширину бедра подбирают индивидуально по длине бедренного сегмента здоровой стороны. С помощью транспортиров устанавливают необходимый угол сгибания в бедре, соответствующий антекурвации проксимального отломка на профильном рентген снимке. При варусном отклонении отломка, в соответствии с ним конечность отводят в тазобедренном суставе. Вертикальной раме придают необходимую высоту. После обезболивания через дистальный метадиафиз бедра проводят спицу Киршнера, концы её закрепляют дугой. Конечность укладывают на шину, производят закрытую ручную репозицию костных отломков и подвешивают груз через ролики. Боковыми ограничителями бедро фиксируют на уровне перелома.

Материал и методы исследования. За 2010-2014 в клинике ТашПМИ находились на лечении 36 детей с диафизарными переломами бедра, из них 14 девочек и 22 мальчика. У 22 больных перелом располагался в области с/3, у 9- в/3 и у 5 больных н/3. Всем больным производилась рентгенография поврежденной бедренной кости в 2^x проекциях, антропометрическое и клиническое исследования.

Результаты и обсуждение. 20 больных лечились традиционным способом на шине Белера в последующем накладывалась кокситная гипсовая повязка. Остальные 16 больных вылечены на функциональной шине клиники и далее на видоизмененной гипсовой повязке, вполне хорошими и удовлетворительными результатами.

У больных, леченных традиционным методом на шине Белера и кокситной повязкой, хотя результаты были удовлетворительными у 8 детей отмечались остаточные явления в виде угловых и ротационных смещений, смещений по ширине.

Заключение. В заключении следует отметить, что функциональная шина при лечении переломов бедра отвечает всем требованиям патогенеза смещений костных отломка и может быть шире рекомендована в клиническую практику.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Ибодуллаева Ш., Кошанова Г.А.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Проблема лекарственной аллергии - выдвинулась на одно из первых мест в медицине благодаря росту числа лекарственных аллергических реакций, увеличению тяжести их проявлений.

Целью нашей работы явилось изучение структуры и особенностей клинических проявлений лекарственной аллергии у обследованных детей.

Материалы и методы исследования. Нами изучены истории болезни 30 детей раннего возраста, находящихся с диагнозом лекарственная аллергия в отделении аллергологии ГКДБ №1 г. Ташкента.

Результаты. Наиболее частыми причинными факторами в возникновении аллергических реакций на медикаменты являлись антибиотики – 63,3 % (19 детей). Высокая частота аллергии к антибиотикам пенициллинового ряда объясняется не только их аллергенностью, но и чрезвычайно широким, нередко шаблонным применением в педиатрической практике. Аллергия на сульфаниламидные, антигистаминные препараты и новокаин определялась одинаково часто - в 25,8% , и значительно реже, чем на антибиотики. Бронхоспазмолитические и жаропонижающие препараты также вызывали аллергические реакции у одинакового числа детей, доля каждой из этих групп среди больных с лекарственной аллергией составила 21%. Витамины явились причиной аллергических реакций в 12,9% наблюдений. Проанализировав структуру клинических реакций на медикаменты у часто болеющих детей, мы пришли к выводу, что большинство из них протекало в виде кожного синдрома - 66,7% ($p < 0,05$). Кожные проявления были представлены сыпями (мелко-, крупно-пятнистыми, макуло-папулезными) - 33,3%, крапивницей (12,8%), отеком Квинке (7,6%), обострением атопического дерматита (12,8%). Обострения рецидивирующего обструктивного бронхита как проявление аллергии на медикаменты встречались реже - 20,9%, в 5,1% мы наблюдали сочетание кожного и бронхообструктивного синдрома. Клиническая симптоматика со стороны органов пищеварения (диарея, рвота, увеличение печени), отмечена в 3 наблюдениях; у I ребенка симптомом лекарственной аллергии была лихорадка, у I - стенозирующий ларинготрахеит.

Выводы. Выявленные показатели распространенности лекарственной аллергии рекомендуется учитывать при организации республиканской педиатрической аллергологической службы.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

А.В. Ибрагимов, О.М. Усмонов

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. В настоящее время эхинококкоз легких (ЭЛ) остается серьезной медицинской проблемой, актуальность которой обусловлена стойкой тенденцией к росту заболеваемости в эндемических очагах, поздней диагностикой, увеличением количества осложненных форм, большим количеством пациентов с сочетанными поражениями, ростом числа больных двухсторонними локализациями.

Цель. Улучшение результатов диагностики различных форм эхинококкозом легких у детей.

Материалы и методы исследования. Нами проведен ретроспективный анализ историй болезни 37 детей оперированных по поводу ЭЛ в отделении торакальной хирургии 2 ГДХКБ за период 2010 по 2013 г. в возрасте от 2 до 16 лет. Всем больным произведены общие клинические, лабораторные, эндоскопические, ультразвуковые, рентген и КТ исследования.

Результаты исследования и обсуждение. Мальчиков было - 28(75.6%), девочек - 9(24.4%). Правостороннее поражение легкого эхинококкозом наблюдалось чаще, чем левостороннее – 22(59.5%) и 11(29.7%) соответственно, двустороннее поражение – в 4(10.8%) случаев больных. Рентгенологическое исследование (35), УЗИ (7); у 17 пациентов в сомнительных случаях атак же с целью дифференциальной диагностики применена КТ.

Вывод. Таким образом, из существующих многочисленных методов исследования легкого ни один не является универсальным, т.е. каждый из них имеет свои преимущества и недостатки, определенный диагностический диапазон и противопоказания. Комплексное последовательное использование клинических, рентгенлучевых, ультразвуковых, КТ методов в соответствии с принципом “от простого к сложному” позволяет правильно установить диагноз и оценить тяжесть состояния больного.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОБИОТИКА ЭНТЕРОЛ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Ибрагимов Д.Б., Даминова М.Н., Абдуллаева О.И.
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Многими исследователями отмечены разнообразные патологические изменения у больных СД 1 типа со стороны почек, печени, желудка и многосторонние нарушения функции и морфологии кишечника. Некоторые гастроэнтерологи отводят значительное место в патогенезе поражений желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) больных сахарным диабетом изменениям кишечного микробиоценоза.

Цель нашего исследования. Применение пробиотика энтерола в комплексной терапии микробиоценоза кишечника детей с сахарным диабетом 1 типа.

Материалы и методы исследования. В настоящей работе представлены результаты клинико-бактериологического обследования 33 детей с сахарным диабетом 1 типа, в возрасте от 4 до 15 лет, находящихся под наблюдением у эндокринологов. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц. Диагноз СД 1 типа верифицировали с учетом клинических признаков периодической гипергликемии (повышенная потребность в жидкости, полиурия, эпизоды сухости во рту), анамнестических данных (перенесенные эпизоды кетоацидоза или кетоацидотическая кома, абсолютная зависимость от инсулинотерапии, установленный ранее клинический диагноз СД 1 типа).

Результаты и обсуждение. При изучении микробиоценоза кишечника у всех обследованных нами детей с СД 1 типа, выявлены, изменения в составе кишечной флоры выраженного или умеренного характера. Лишь у 5 (15,2%) имелись незначительные дисбиотические отклонения. Глубокие дисбиотические изменения наблюдались при декомпенсированном СД 1 типа (соответственно у 42,4% и 21,2% больных), а при компенсированном СД 1 типа (соответственно у 36,4 и 6,06%).

Эффективность комплексного лечения дисбиотических изменений с применением пробиотика энтерола у детей с сахарным диабетом 1 типа, оценивалась по результатам бактериологического анализа. Проведенные исследования показали, что однократный курс комплексного лечения вызывал коррекцию бактериоценоза кишечника, приведя ее к почти нормальным показателям. В результате проведенного лечения, дисбиотические изменения кишечника наблюдались в 63,64%, а через 7 недель после начала лечения нормальный микробиоценоз кишечника установился у 81,82% обследованных детей с СД 1 типа. Полученные данные указывают на то, что у всех 33 детей с СД 1 типа основной группы установлен более существенный положительный клинический эффект, чем у пациентов группы сравнения: достоверно быстрее нормализовался стул ($3,4 \pm 0,4$ и $5,5 \pm 0,3$ суток, $p < 0,05$), исчезали боли в животе ($3,8 \pm 0,2$ и $4,5 \pm 0,2$ суток, $p < 0,05$), прекращались диспептические явления ($3,7 \pm 0,2$ и $5,4 \pm 0,3$ суток, $p < 0,05$). Полученные нами данные количественного и качественного состава микрофлоры кишечника у детей с СД 1 типа, выявили, что у всех обследованных нами детей, в микрофлоре кишечника имеются дисбиотические изменения. Особенностью дисбиотических изменений у детей с сахарным диабетом 1 типа можно считать уменьшение количества анаэробов, увеличение количества условно-патогенной флоры; лактозонегативных кишечных палочек, особенно грибов рода Кандида и протей.

Вывод. На фоне применения Энтерола установлены положительные сдвиги в микрофлоре кишечника: увеличивалось количество лиц с нормальными показателями биоценоза или слабыми явлениями дисбиоза кишечника.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ДЕТЕЙ, БОЛНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМИ ОНИХОДИСТРОФИЯМИ

Ибрагимов С.З., Хаитов К.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Одним из широко распространенных, хронически протекающих и трудно поддающихся лечению дерматозов является псориаз. Наряду с высыпаниями на коже туловища и волосистой части головы, примерно у 7% больных псориазом наблюдаются поражения ногтей. Ониходистрофии являются также социальной проблемой, приводящей к потере нормальной жизнедеятельности, ухудшающей качество жизни пациентов.

Целью проведенного исследования послужило изучение терапевтической эффективности препарата «Актовегин» крем при псориатических ониходистрофиях у детей.

Под нашим наблюдением находились 42 пациента с папулезно-бляшечным псориазом в прогрессирующей стадии заболевания в возрасте от 4 до 18 (в среднем $11,4 \pm 3,4$) лет с длительностью заболевания от 1 до 6 лет (в среднем $2,9 \pm 1,5$ года). У всех больных кожно-патологический процесс носил распространенный характер, с поражением от 20 % до 70 % кожного покрова, у 25 больных была поражена волосистая часть головы. Индекс оценки ногтевых поражений - NAPI на момент поступления составлял от 22 до 48 баллов (среднее значение $32,4 \pm 6,5$). Больные были распределены на 2 группы в зависимости от получаемого лечения. 1-группе (20 больных) помимо традиционной общей терапии (антигистаминные, десенсибилизирующие, гепатопротекторная, витаминотерапия), местно назначались стероидные мази и витамин «А», 2- группе (22 больных) с вышеуказанными препаратами была проведена наружная терапия кремом «Актовегин». «Актовегин» крем оказывает комплексное метаболическое действие, связанное с входящими в его состав аминокислотами, микро- и макроэлементами которые способствуют улучшить работу внутриклеточных ферментных систем, усиливает синтетические процессы и тем самым, стимулирует анаболизм. В результате улучшается регенерация тканей, происходит репарация повреждений. «Актовегин» наносили тонким слоем на ногтевую пластинку и околоногтевые валики 2 раза в день в течение 2 месяцев. По сравнению с 1-й группой больных у детей 2-й группы положительный эффект в виде уменьшения ломкости отмечался уже на 12–14-й день лечения, на 30–45 дни после начала лечения уменьшились явления подногтевого гиперкератоза, онихогрифоза, онихолизиса, точечных углублений ногтей. Клиническое улучшение у пациентов 2-й группы наступало на 25–30 дней раньше, чем в 1-й группе. Показатели индекса NAPI на 30-й день терапии в 1-й группе составили – (в среднем $17,5 \pm 4,4$) во 2-й группе – (в среднем $13,2 \pm 3,4$), на 60-й день лечения: в 1-й группе больных составляли – (в среднем $9,9 \pm 2,1$) баллов, во 2-й группе – (в среднем $5,1 \pm 2,0$) баллов, что свидетельствует о значительной эффективности комплексной наружной терапии псориатических ониходистрофии с применением крема «Актовегин».

Таким образом, применение крема «Актовегин» в лечении псориатических ониходистрофий, способствует, укорачивает сроки клинического выздоровления на 25–30 дней.

СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ.

Ибрагимов Ф.Ю., Якубова Ф.Х.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность исследования: Основным последствием ухудшения эпидемиологической ситуации среди взрослого населения является увеличение числа детей, впервые инфицированных туберкулёзом.

Первым этапом заболевания является туберкулезное инфицирование, или вираж, - впервые положительная туберкулиновая реакция у практически здорового ребенка (без симптомов интоксикации и локальных изменений). Вираз туберкулиновых проб редко сопровождается клинической симптоматикой, проявление инфекции может ограничиться пара специфическими изменениями и функциональными нарушениями, без исхода в локальный туберкулез или развитием легочного туберкулеза.

Многие из этих факторов у больных детей туберкулезом могут приводить к развитию заболеваний полости рта детей. Однако исследование посвященных изучению факторов риска развития стоматологических заболеваний у больных детей туберкулезом малочисленно.

Цель исследования: Установить влияние туберкулёза на состояние полости рта у детей от 7-14 лет.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находились 56 детей, лечившихся в РСНПЦ фтизиатрии и пульмонологии. Дети будут разделены на две группы, первая группа находящиеся в периоде первичного туберкулезного инфицирования и вторая группа дети, не имеющие в анамнезе виража туберкулиновой пробы.

Эффективность лечения больных оценивали по динамике клинических симптомов, показателю гигиенического индекса (ГИ), оценка состояния десны, степень кровоточивости десен (КД) гигиенический индекс ОНI-S по Грин-Вермильону. Исследования проводились до и после лечения.

Результаты и обсуждение. Исследования показали, что дети, находящиеся в периоде первичного туберкулезного инфицирования имели шансы заразиться туберкулезной волчанкой в 2 раза чаще, чем дети, не имеющие в анамнезе виража туберкулиновой пробы. По данным нашего исследования туберкулезная волчанка локализовалась на слизистой оболочке альвеолярного отростка (38%), в области твердого и мягкого неба (33%) и на деснах (29%).

Закключение. На основании проведенных исследований можно сделать следующие выводы:

1. Туберкулез полости рта детей и подростков чаще является первичным и поражает как верхнюю так и нижнюю челюсти в отличие от туберкулеза полости рта взрослых, который является вторичным, после присоединившейся инфекции в виде туберкулеза легких.

2. Чаще всего дети, имеющие в анамнезе вираз туберкулиновой пробы заражаются туберкулезной волчанкой, чем дети, не имеющие такого виража.

ВОЗМОЖНОСТИ ВРЕМЯ-ПРОЛЕТНОЙ (ТОF) МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ АНГИОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Ибрагимов С.Н., Ахмедов Б.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Магнитно-резонансная ангиография головного мозга в последнее время все больше внедряется в клиническую практику для диагностики таких патологических изменений сосудов, как артериовенозные мальформации. МРА позволяют оценить узел артериовенозных мальформаций (АВМ), афферентные сосуды и венозный дренаж в соответствии с градацией Spetzler - Martin. Но в настоящее время МР-семиотика АВМ головного мозга до конца еще не изучена.

Цель исследования. Совершенствование диагностики артериовенозных мальформаций головного мозга с использованием время-пролетной магнитно-резонансной ангиографии.

Материал и методы. Работа основана на анализе результатов обследования 25 пациентов с АВМ головного мозга и 14 людей без патологии головного мозга в период с 2013 по 2015 г. Обследование проводилось в частной клинике JacksoftMedicalDiagnosticServices на МРТ аппарате 1.5 Тесла фирмы GeneralElectrics. Среди обследованных пациентов преобладали женщины (55,2%). Мужчин было 11 (44%), женщин – 14 (56%). Возраст больных варьировал от 15 до 49 лет.

Результаты и их обсуждение. Выявлялись «малые» АВМ – 9 (36%), «средние» и «большие» - 11 (44%) и 5 (20%) больных соответственно. АВМ чаще всего располагались в теменной и затылочной долях - 7 (28%) и 5 случаев (20%) соответственно. Правосторонняя локализация наблюдалась в 56%, левосторонняя - в 44%. Разрыв мальформации наблюдали у 4 пациентов (16%). Характер кровоснабжения АВМ оценивался по количеству участвующих в «питании», артериальных бассейнов (ПМА, СМА, ЗМА). Так АВМ кровоснабжающиеся из одного бассейна встречались у 16 (64%) пациентов, из двух – у 6 (24%) и из трех артериальных бассейнов у 3 (12%) больных. По характеру венозного оттока, дренирование в систему поверхностных вен наблюдалось у 13 (52%) пациентов; в систему глубоких вен - у 8 (32%) и смешанный вариант, отмечался у 4 (16%) больных. МРТ с МРА позволяла с предельной точностью у 22 пациентов (92%) определить размеры самого узла АВМ, питающие сосуды, направление дренажных вен у 24 пациентов (96%), что крайне важно при предоперационной оценке мальформации.

Выводы. Использование бесконтрастной время-пролетной МРА является эффективным методом исследования в случае диагностики артериовенозных мальформаций головного мозга. Комплекс МРТ и МРА являются высокоинформативными методами исследования, позволяющими определить объем и тактику лечебных хирургических мероприятий и отказаться от использования высокоинвазивных методов обследования больных.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ УЗКО СПЕКТРАЛЬНОГО ИНФРАКРАСНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ У ДЕТЕЙ

А.А. Иброхимов, А.И. Хасанов, С.С. Гулямов, О.А. Пулатов
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Исследования, проводимые в стоматологии, свидетельствуют о том, что проблема заболеваний слизистой оболочки полости рта актуально. По данным международных стоматологов при этих заболеваниях в детском возрасте больше встречаются острые герпетические стоматиты. Исследователи в последние годы среди причин рецидивирования выделяют дефицит гуморального и клеточного звеньев иммунитета, что позволяет считать ОГС (острый герпетический стоматит) не только вирусными, но и в значительной мере иммунологическими заболеваниями (Бикбулатов Р.М. и соавт. 2000; Мельниченко Э.М., 2005). У детей, страдающих этой формой заболевания, как правило, отсутствуют изменения в крови, иногда только к концу болезни появляется незначительный лимфоцитоз (у детей 1-3 лет количество лимфоцитов и в норме составляет до 50 %).

Использование инфракрасного излучения в детской стоматологии позволяет снижать патогенные микроорганизмы, вирусы, устранить нарушения обменных процессов, нормализует гормональный баланс в организме, поможет избежать заболевания слизистой оболочки полости рта. (Р. Рахимов 2005 г).

Цель. Повышение эффективности лечения герпетического стоматита у детей с применением инфракрасного излучения.

Материалы и методы исследования. В ходе исследования было обследовано 30 детей с проявлениям ОГС 1 типа в поликлинике ТашПМИ и в 3 Клинике Ташкентского Стоматологического Института. При помощи ИФА проводили исследования. У 20 детей показатели ИФА положительные результаты. Мы их разделили на две группы:

1 Лечение при помощи народных методов (фурацилин, ромашка, кератопластикой, противовирусные препараты).

2 Лечение народными средствами и керамическими лампами (GI, RC, RV)

Результаты и обсуждение исследования. Впервые у детей 2-5 летнего возраста в детской стоматологии для лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта применился метод ИНФРА-Р терапии.

По этапно у детей проводили серий инфракрасного излучателя К, Z, R, П инфра-р терапии. Во время лечения наблюдалось улучшение регенерации слизистой оболочки и кровеносных сосудов полости рта у детей при остром герпетическом стоматите.

Выводы. ИНФРА-Р терапия является не инвазивным, быстрым и доступным методом лечения при остром герпетическом стоматите у детей. А также это основной метод лечения всех воспалительных заболеваний в детской хирургической стоматологии и отсутствие лучевой нагрузки позволяет выполнить неограниченное количество манипуляций у детей в данной патологии.

ХАРАКТЕРНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Иноятова И.Ш.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Особое место среди заболеваний у детей занимают пре- и перинатальные поражения нервной системы, которые в настоящее время диагностируются у 85% доношенных и почти у 100% недоношенных детей. Частота патологии центральной нервной системы (ЦНС) у новорожденных составляет по данным разных авторов от 60 до 80%. В США и других, технологически развитых странах частота гипоксико-ишемической энцефалопатии (ГИЭ) составляет 1-8 случаев на 1000 родов. При воздействии вредных факторов в ранние сроки беременности часто возникают повреждения нервной системы, сердца, легких и других систем плода. Степень гипоксии и толерантность нервной системы к гипоксическому воздействию у каждого новорожденного индивидуальна, в связи, с чем и тяжесть церебральных расстройств также различная

Цель исследования. Изучить экстрагенитальный анамнез, осложнения течения беременности и родов у женщин, а также оценку состояния новорожденных детей с ППНС.

Материалы и методы исследования: в основу исследования были положены данные экстрагенитального анамнеза, осложнения течения беременности и родов у 30 женщин и оценка состояния рожденных ими детей с ППНС.

Результаты исследования: при анализе анамнестических данных установлено, что дети с ППНС родились в основном у молодых матерей, находящихся в благоприятном для деторождения возрасте от 20 до 25 лет (63,3%), после 1 беременности и 1 родов – 18 (66,7%). По мнению многих авторов у первородящих женщин высок риск травматизации новорожденных. Анализ частоты отдельных неблагоприятных антенатальных факторов риска развития ППНС у новорожденных выявил, что обследованные женщины имели отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Обращает внимание на то, что анемия (73,3%), гестозы (36,7%), хронические специфические инфекции (33,3%) и эндокринные расстройства встречались с наибольшей частотой по сравнению с другими неблагоприятными факторами. У большинства беременных имело место сочетание нескольких повреждающих факторов в виде острых инфекционных заболеваний (26,7%), инфекции мочеполовой системы (26,7%), цитомегаловирусной инфекции, токсоплазмоза, хламидиоза (33,3%), многоводие (16,7%).

Патологические роды наблюдались почти у 83,3% женщин, что подтверждает установленный факт активного участия плода в возникновении и развития родовой деятельности. Длительно страдающий в утробе плод, бывает пассивен в процессе родов. Это ведет к нарушению родового акта и сопровождается наслоением интранатального поражения ЦНС.

Заключение. Таким образом, в возникновении ППНС у новорожденных большое значение имеют антенатально повреждающие факторы. Выявленные в ходе анамнестического анализа наличие гестозов у матерей, свидетельствует как о факторе высокого риска мозгового поражения ребенка, т.к. основным патогенетическим звеном гестозов является нарушение микроциркуляции и возникновение тканевой гипоксии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭЛЮДРИЛА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Иргашева У.А.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность проблемы. С внедрением в медицинскую практику антибиотиков внимание к антисептикам ослабело, а сфера их применения необоснованно сузилась. Однако более чем 50-летний опыт применения антибиотиков не смог сдержать увеличения распространенности местных инфекционных процессов, не сократил срок лечения гнойных заболеваний.

Цель исследования. Изучить клинической эффективности антисептического препарата элюдрила местного действия в лечение хронического тонзиллита у больных с сахарным диабетом.

Методика обследования включала отоларингологический осмотр, бактериологический посев из глотки на микрофлору и чувствительности к элюдрилу. Для достижения поставленной цели были обследованы 30 больных в возрасте 35-65 лет хроническим тонзиллитом в сочетании сахарным диабетом. Все пациенты были распределены на 2 группы – основную (15 пациента) и контрольную (15 больных). Промывание лакун миндалин проводилось методом, который был предложен Н.В. Белоголовым.

Для лечения больных был использован разработанный фармацевтической компанией “EUROMEDEX” (Франция) антисептический препарат местного действия элюдрил. Он обладает противовоспалительным, противогрибковым, обезболивающим и также ранозаживляющим действием.

Местное лечение хронического тонзиллита включало промывание небных миндалин с раствором элюдрила течение 10 дней.

Результаты. До начала исследования выраженность всех симптомов, как объективных, так и субъективных, у больных были примерно одинаковы. После проведенного курса комплексной терапии проводился контрольный бактериологический посев. Микробиологическое исследование показало восстановление нормального микробиоценоза небных миндалин после лечения у 13 (93%) больных основной группы и лишь у 7 (46%) больных контрольной группы.

Выводы. Таким образом, консервативные лечения ХТ у больных СД при помощи препаратом элюдрила путем промывания лакун небных миндалин оказывает существенный эффект для достижения более длительной ремиссии течения СД.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНИЛЛИТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.

Иргашева У.А.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность проблемы. Проблема хронического тонзиллита и его осложнений остается по-прежнему актуальной. Если изучению сердечно - сосудистых заболеваний, патологии почек и нижних конечностей у пациентов с СД посвящено достаточно много работ, то состояние ЛОР - органов при СД остается недостаточно изученным (Митин Ю.В., Щербак А.В., 2008; Балаболкин М.И., 2010; Muller M., 2013).

Обострения хронического тонзиллита способствуют манифестации латентного или декомпенсации явного СД. Глубокие нарушения обмена веществ при СД, в свою очередь благоприятствуют обострениям хронического тонзиллита. Таким образом, создается порочный круг.

Актуальность данной проблемы очевидно, если учесть, что хронический тонзиллит, по разным данным встречается у 13,5-60,6% больных сахарным диабетом и является наиболее частым сопутствующим заболеванием (Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Кремская В.М., 2009).

Цель работы: Изучить особенности течения хронического тонзиллита у больных сахарным диабетом.

Методика обследования включала отоларингологический осмотр, бактериологический посев из глотки на микрофлору. Для достижения поставленной цели были обследованы 30 больных лиц женского 12 (40%), мужского пола 18 (60%), в возрасте от 40 до 65 лет хроническим тонзиллитом в сочетании сахарным диабетом. Все пациенты были распределены на 2 группы – основную (15 пациента) и контрольную (15 больных). Из них у 4 (13,3%) простая форма, у 15 (50%) больных токсико-аллергическая форма 1 ст. и у 11 (36,7%) токсико-аллергическая форма 2 ст. Длительность заболевания диабетом – от 5 до 20 лет. Из обследованных СД у 6 (20%) больных стадия компенсации, у 13 (43,3%) субкомпенсация и у 11 (36,7%) больных стадия декомпенсация.

Результаты. Согласно нашим наблюдениям, совпадающим и данным литературы, обострения ХТ на фоне СД протекало вяло, симптомы выражены слабо (56%) больных. Следует отметить, что хронический тонзиллит чаще встречался при субкомпенсированном 12 (40%) и декомпенсированном диабете 18 (60%).

Установлено, что микробный пейзаж небных миндалин у обследованных составляло - у 5 (13,3%) больных - монофлорой, а ассоциации микрофлор обнаружены у 25 (86,7%) больных.

Сравнительный анализ полученных данных показывает, что у всех обследованных больных достаточно высокий уровень обнаружения аэробной микрофлоры 25 (83,3%), анаэробная микрофлора составляла 5 (16,7%).

Выводы. Хронический тонзиллит на фоне сахарного диабета протекает с частыми обострениями и способствует развитию тяжелых форм течения основного заболевания. Сочетанное течение хронического тонзиллита и сахарного диабета характеризуется выраженными микробиологическими нарушениями и в большинстве случаев (89,2%) выявляется ассоциация микробов.

РЕСПИРАТОРНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ОСТЕОСИНТЕЗА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Исломов М.С. Нурмухамедов Х.К

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность. Изучение особенностей анестезии при травматологических операций у детей определило наиболее важные и резервные пути улучшения дыхательной и гемодинамической функции организма. Разработанные методики селективной аппликации (ВЧ ИВЛ) указанных методов к независимому или зависимому легкому отличаются приемственностью к отдельно проводимой хирургической операции.

Цель исследования. Анализ и результаты предлагаемой концепции вентиляционного обеспечения для травматологических операциях остеосинтеза нижних конечностей у детей.

Материалы и методы. Исследовали системную и легочную гемодинамику методами предпульмональной (ПТ) и транспульмональной (ТП) термоделиции у 34 (3-12 лет) детей при остеосинтезе большеберцовой и малоберцовой костей (травма), при осуществлении внутривенной анестезии (кетамин+фентанил+дроперидол). Изучали параметры функции легких (ФЛ), КЩС, электролиты, общий белок.

Результаты и обсуждение. На начальном этапе, основные параметры, характеризующие динамику кровообращения, газообмена и внесосудистую жидкость в легких, в условиях анализируемого ИВЛ, при травматологических операциях приводит к нарушениям транскапиллярного газообмена, а именно газообменной функции легких, водного баланса легких, повышению легочного сосудистого сопротивления и нагрузке правых отделов сердца.

Проведение основного этапа операции остеосинтеза в условиях ИВЛ обеих легких, сопровождается резким нарушением V/Q , повышением прекапиллярного и легочно-артериального сопротивления, легочной гипертензией, депрессией сократительной функции сердца, нарушением метаболизма легочной ткани.. При этом повышаются капиллярное сопротивление (до $0,702 \pm 0,01$ мм.рт.ст), давление в легочной артерии (до $29 \pm 3,3$ мм.рт.ст) и объем легочного шунтирования (до $34,5 \pm 2,6\%$) от МОС. Вдвое увеличивается общая вода легких (с $2,1 \pm 0,18$ мл/кг до $4,4 \pm 0,6$ мл/кг), что создает повышенную нагрузку для правого сердца с повышением работы правого желудочка (с $0,46 \pm 0,001$ до $0,67 \pm 0,08$ кг.м/м²).

На завершающем этапе, выполняемой на вентилируемом легком, отмечается прогрессирование отрицательных эффектов традиционной ИВЛ, выражающееся в увеличении интерстициальной и клеточной фракции общей внесосудистой жидкости легких., повышении давления в легочной артерии, преобладания перфузии над вентиляцией, в росте сосудистых сопротивлений в системе малого круга и увеличении нагрузки на правые отделы легких.

Высокочастотная ИВЛ, в отличии от традиционной, не вызывает компрессионной деформации микрососудов легких и способствует их функционированию в более благоприятных условиях, близких к условиям самостоятельного дыхания. При микроэмболии легочной артерии ВЧ ИВЛ активно воздействует на микроциркуляторное русло легких путем раздробления жировых эмболов влиянием ВЧ-резонансных колебаний дыхательной струи на микроциркуляторное русло с последующим пассажем фрагментации эмболов в систему легочных вен.

Выводы. Безопасность детей при операциях остеосинтеза нижних конечностей требует соответствия способов поддержки газообмена и методов анестезии адекватным особенностям хирургических манипуляций, обеспечивающих оптимальное состояние газообмена, легочной и системной гемодинамики.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ НАВИГАЦИЯ ПРИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПОДКЛЮЧИЧНОЙ ВЕНЫ У ДЕТЕЙ

Исламов Ф.К., Розыходжаева Г.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Пункция и катетеризация центральных сосудов с использованием ультразвуковой навигации не только повышает успех и сокращает время проведения манипуляции, но что более важно, при этом снижает количество осложнений, что собственно, является давно известным фактом и исследования последних лет, лишь в очередной раз подтвердили это.

Цель работы. Изучить возможность и эффективность применения ультразвуковой навигации при выполнении катетеризации подключичной вены (ПВ) в детской реанимационно-анестезиологической практике.

Материалы и методы. Обследовано более 20 детей при катетеризации подключичной вены с неотложными состояниями, в возрасте от 1 мес до 18 лет с массой тела от 2,6 до 74 кг. Для исследования использовались ультразвуковые сканеры Sonoscape SSI 5000 и ChisonQ 5 (портативный) конвексными и линейными датчиками 5,0-7,5 МГц. В своей практике мы применяли статическую и динамическую методики ультразвукового наведения. При статической методике проводили контрольное УЗИ с визуализацией интересующих сосудов выполнялось непосредственно перед пункцией подключичной вены, разметка на коже наносилась до стерилизации операционного поля. Динамическая методика отличалась от статической тем, что на операционное поле устанавливался стерильный датчик и пункция сосуда проводилась под ультразвуковым наведением в режиме реального времени

Результаты

исследования. По данным ультразвукового исследования нами определена глубина расположения исследуемого сосуда (ПВ) от поверхности тела, также оценена средняя длина ствола ПВ в медиальном направлении от предполагаемой точки пункции, которыми катетеризация выполнялась с использованием ультразвуковой навигации. При проведении комплексной эхографии подключичной области, в серошкалином режиме нами выявлены следующие наиболее достоверные эхоанатомические характеристики подключичной вены: ровные наружные контуры (у 91,7%); ровная внутренняя поверхность стенки (90%); анэхогенное содержимое в просвете (100%); полная сжимаемость вены при компрессии датчиком, позволяющая исключить внутрипросветные образования (тромбы) (93,3%). Возможность дифференциации слоистой эхоструктуры стенки ПВ при комплексной эхографии была связана с особенностями телосложения детей. Дифференциация слоистой эхоструктуры стенки ПВ справа была лучше ввиду большей протяженности ее стенок в медиальном направлении от точки предполагаемой пункции. Наилучшая эхографическая визуализация слоев стенки ПВ выявлялась нами при умеренной компрессии датчиком.

Выводы: Таким образом, ультразвуковой контроль КПВ позволяет значительно увеличить вероятность успешного завершения процедуры, значительно снизить количество осложнений, а также необходимость множественных попыток пункции вены.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

Исламова М.Х.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность. Принимая во внимание тот факт, что психогенно обусловленные психические нарушения у женщин в климактерическом возрасте являются следствием нарушения механизмов адаптации (Л.В. Киласония, 2006) с вовлечением в процесс как центральных звеньев нейроэндокринной системы (гипоталамус, аденогипофиз), так и периферических (кора надпочечников, щитовидная железа и др.), некоторые авторы считают необходимым проводить комплексную терапию, направленную на урегулирование нейромедиаторных функций, которая осуществляется с помощью применения психофармакологических препаратов (В.Д. Менделевич, 2004). Психотерапия является обязательным компонентом полноценной терапевтической работы при многих заболеваниях и, особенно, в случаях психогенно обусловленных психических расстройств у женщин в климактерическом возрасте (Макаров В.В., 2001).

Цель и задачи исследования – проведение психотерапевтической коррекции психических нарушений у женщин в климактерическом периоде.

Материал и методы исследования. Психотерапевтическая коррекция являлась основным методом лечения пациенток. Все больные были разделены на две группы. Пациентки контрольной группы (27 человек) получали стационарное лечение без психотерапевтической коррекции. Пациенткам основной группы (38 человек) проводилась индивидуальная психотерапия, основными методами которой были: рациональная и суггестивная психотерапия, аутогенная тренировка.

Результаты исследования и их обсуждение. Контрольную и основную группы составили больные без четкой акцентуации характера (15-39,47% и 10-37,04%), с акцентуацией по сенситивному типу (8-21,05% и 7-25,93%), с акцентуацией по эпилептоидному (8-21,05% и 6-22,22%) и по истероидному типу (7-18,42% и 4-14,81%). На первом этапе проведения психотерапевтической коррекции 50,63% больных отметили улучшение состояния в виде «прилива сил», улучшения настроения, «появления вдохновения», несмотря на отсутствие перемен в структуре основных жалоб. У этих пациенток усилилось желание работать с собой, помочь другим членам группы и соседкам по палате. Выраженность данных проявлений отмечалась преимущественно у женщин без четкой акцентуации характера (32,91%), меньше - с акцентуацией по сенситивному типу (15,19%). У истероидных и эпилептоидных личностей - 1,27% и 1,27% соответственно. У оставшихся 10,13% человек изменений, как в психическом, так и в соматическом состоянии не отмечалось. В дальнейшем у 86,10% происходила нормализация психофизического состояния в виде стабилизации эмоционального фона, снижения раздражительности, тревожности, улучшения общего самочувствия, нормализации сна. После окончания лечения в основной и контрольной группах эффект расценивался как «значительное улучшение состояния» у 36,84% и 18,52% больных без четкой акцентуации характера, у 21,05% и 25,93% пациенток с акцентуацией по сенситивному типу, у 18,42% и 7,41%, 13,16% и 11,11% по эпилептоидному и истероидному типам соответственно.

Заключение. Таким образом, приведенные данные позволяют сделать вывод о высокой клинической эффективности психотерапевтической коррекции в группе больных женщин с психогенными расстройствами в климактерическом периоде. Полученные результаты отражают эффективность терапии и реабилитации психопатологических расстройств у пациенток в климактерическом периоде и позволяют рекомендовать их для внедрения в практику лечебно-оздоровительных мероприятий в лечебных учреждениях психиатрического и гинекологического профилей.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СВИЩЕВЫХ ФОРМ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Исмадияров Б.У., Эргашев Б.Б., Эшкабилов Ш.Д.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Атрезия пищевода (АП) относится к угрожающим жизни порокам развития, частота которой составляет от 1:4500 до 1:2440 новорожденных. Не смотря на успехи в диагностике и лечение атрезии пищевода у новорожденных, сохраняется большое число послеоперационных осложнений у 40-60% оперированных больных. Летальность в настоящее время остается высокой и по данным различных авторов составляет от 20 до 80% случаев.

Цель исследования: Улучшение результатов хирургического лечения свищевых форм АП у новорожденных.

Материалы и методы исследования: Изучены результаты диагностики и лечения 30 новорожденных со свищевыми формами АП, находившихся в отделении неонатальной хирургии РПЦ. Из них у 9 (30%) детей отмечено множественные пороки развития (МВПР). Методы исследования включали общеклинические, антенатальная УЗИ плода, зондирование пищевода, проба Элефанта, контрастное рентгенологическое исследование пищевода, нейросонография, ЭхоКГ.

Результаты: В период с 2014 по 2015 года нами наблюдалось 30 детей с АП, находившиеся на лечении в отделение неонатальной хирургии. Из них у 28 (93,3%) выявлена АП с дистальным трахео-пищеводным свищом (ТПС), изолированная АП выявлена у 2 (6,7%) больных. При изучении характера оперативных вмешательств выяснилось, что наложение прямого анастомоза пищевода «конец в конец» с перевязкой нижнего ТПС проводилось в 27 (90%) случаях, наложение прямого анастомоза пищевода «конец в конец» с перевязкой верхнего и нижнего ТПС у 1 (3,3%) новорожденного. 21 (70%) новорожденным первичный анастомоз пищевода выполнена с использованием однорядных непрерывных швов через все слои (викрил 6/0), а 7 (23,3%) новорожденным – с использованием однорядных узловых швов.

При этом несостоятельность анастомоза у группы детей с использованием однорядных узловых швов отмечена в 2 (28,5%) случаях, а у больных с непрерывным швом – только в 1 (4,8%) случае. Всего в послеоперационном периоде из 30 оперированных детей выжило 22 (74%).

Причинами летальных исходов явились позднее поступление, аспирационная бронхопневмония и ее осложнения. Основными причинами смертности детей были сопутствующая соматоневрологическая патология, родовые травмы, недоношенность и МВПР. Отягощающими факторами являются неправильная транспортировка новорожденного, гипотермия, эксикоз.

Выводы: Таким образом, результаты лечения свищевых форм атрезии пищевода у новорожденных зависят от своевременной постановки диагноза, адекватной предоперационной подготовки и выбора оптимальных методов хирургической коррекции.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ГИРУДОТЕРАПИИ ПРИ ТРАНЗИТОРНЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ АТАКАХ У БОЛЬНЫХ

Исмадиярова З.Д., Мирджурев Э.М., Абдумавлинова Н.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность темы. Высокие показатели заболеваемости, инвалидизации и смертности от сосудистых заболеваний головного мозга делают их изучение актуальной и основной проблемой клинической неврологии. Одним из грозных предвестников мозгового инсульта являются транзиторные ишемические атаки (ТИА). Приблизительно у трети больных после перенесенной ТИА развивается инсульт (более чем в 20% случаев в течение первого месяца и до 42% - в течение первого года). ТИА предшествуют атеросклеротическому инсульту в 50% случаев, кардио- эмболическому - в 11-30%, лакунарному - в 11-14% случаев. Вероятность развития инсульта после ТИА строго коррелирует с их частотой и возрастом пациента. В каждое последующее десятилетие жизни вероятность инсульта в 1,5 раза выше, чем в предыдущее.

Цель исследования: Оптимизация гирудотерапии у больных с транзиторными ишемическими атаками.

Материалы и методы исследования: Изучены результаты диагностики и лечения 32 больных с ТИА в возрасте от 25 до 70 лет, поступивших на стационарное лечение в неврологическое отделение Городской клинической больницы №1 г.Ташкента. методы исследования включали клиническая картина ТИА с полным регрессом очаговой и общемозговой неврологической симптоматики в течение 24 часов. Ультразвуковое и транскраниальное доплерография, клинико-лабораторные методы исследования.

Результаты: В период с 2014 по 2015 года нами наблюдалось 32 больных с ТИА в возрасте от 25 до 70 лет, поступивших на стационарное лечение в неврологическое отделение Городской клинической больницы №1 г.Ташкента. Обследованные больные были разделены на 2 группы. В первую группу (основную) была включены 17 больных с ТИА, которым на фоне базисной терапии (за исключением антикоагулянтов и антиагрегантов) было проведена гирудотерапия. Во вторую группу (группа сравнения) включены 15 больных с ТИА, получавших только базисную терапию.

После курсового лечения клиническая улучшение составило 14 (82,4%) больных основной группы, тогда как в группе сравнения составило 9 (60%). Частота и выраженность головных болей уменьшились в 15 (88,2%) случаев, против 11 (73%) в группе сравнения. В течение первых 3 месяцев интенсивность головокружения снизилась у 14 (82,4%), а у 3 (17,6%) – оно практически исчезло. В основной группе ни у одного больного не развился ишемический инсульт. У сравнительной группе наблюдались у 3(20%) больных развился ишемический инсульт.

Выводы: Таким образом, результаты применения гирудотерапии у больныхс ТИА, показывает положительное влияние на регресс общемозговой симптоматики и не развития ишемического инсульта.

ОПТИМИЗАЦИЯ ВСКАРМЛИВАНИЯ НОВорожденных С ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ.

Кабулова А.У., Тухтаева У.Д., Гулямова М. А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Для маловесных и незрелых детей с недостаточной выраженностью сосательного рефлекса, повышенной потребностью в энергии на единицу массы тела, несовершенством пищеварительной функции желудочно-кишечного тракта необходим поиск оптимальных методов вскармливания.

Цель исследования: оценить эффективность вскармливания маловесных и незрелых новорожденных в родильном доме и оптимизировать режим кормления для профилактики постнатальных осложнений.

Пациенты и методы. Для оценки эффективности исключительно грудного вскармливания у детей с ВУИ проведена сравнительная оценка методов вскармливания и влияние их на постнатальную адаптацию. Все дети разделены на 3 группы: I группа — 15 детей с ВУИ, находившихся на исключительно грудном вскармливании; II группа — 15 детей, которые помимо грудного вскармливания получали докорм в виде смеси «Пре НУТРИЛАК»; III группа - 30 детей с находившиеся только на смеси «Пре НУТРИЛАК».

Результаты. В первой группе 25 % детей адаптировались после рождения удовлетворительно и были выписаны домой в ранние сроки на 4 сутки жизни. У 26 % детей отмечалось умеренное нарушение процессов постнатальной адаптации (выписка на 6–7 день жизни). 49 % детей были переведены в палату интенсивной терапии для лечения по поводу гипербилирубинемии, неврологических и метаболических расстройств, каждый третий из них переведен на долечивание в отделение патологии новорожденных II этапа выхаживания.

Так же 25 % детей второй группы после рождения адаптировались удовлетворительно и были выписаны домой в ранние сроки. У 13 % детей отмечалось умеренное нарушение процессов постнатальной адаптации. 62 % детей были переведены в палату интенсивной терапии с последующим переводом на долечивание в отделение патологии новорожденных.

После рождения у 50% детей третьей группы наблюдалось удовлетворительное адаптирования, и эти дети были выписаны домой в ранние сроки. У 25 % детей отмечалось умеренное нарушение процессов постнатальной адаптации. И лишь 25 % детей были переведены в палату интенсивной терапии с последующим переводом на долечивание в отделение патологии новорожденных. Каждому ребенку этой группы был составлен индивидуальный режим вскармливания, с использованием специализированной смеси «Пре НУТРИЛАК», с учетом контрольного взвешивания и расчета питания энергетическим методом.

Заключение. Таким образом, новорожденные с ВУИ нуждаются в индивидуальном режиме вскармливания.

ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВАРЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ГНОЙНО - СЕПТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.

**Кабулова А.У., Тухтаева У.Д., Гулямова М.А., Ходжиметов Х.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт.**

Цель: изучить динамику клинических симптомов функциональных расстройств пищеварения у недоношенных новорожденных детей с ГЗС при различных видах вскармливания.

Материалы и методы исследования: под наблюдением находилось 40 недоношенных новорожденных. Все новорожденные были подразделены на 2 группы: 1-ю составили 20 новорожденных, получавших грудное молоко, а 2-ю - 20 новорожденных, получавших адаптированные смеси.

Результаты исследования: в ходе наблюдения было установлено, что кишечные колики среди всех функциональных расстройств пищеварения у новорожденных наиболее часто наблюдались в первые 7 дней жизни в 1-й группе, что составило 68 %, а во 2-ой они наблюдались в 100 % случаев. К 14 дню количество детей с коликами уменьшилось в 1-й группе до 52 %, а во 2-ой 86 %. Метеоризм в первые 7 дней жизни преобладал у новорожденных в 1-й группе, что составило 88%, а 2-й 60 %. На 14 дни жизни метеоризм наблюдался у одинакового количества детей в обеих группах и составил по 53 %. Частота срыгивания у детей в 1-й группе наблюдалось у 68 %, а во 2-ой 40 %. Количество детей со срыгиванием к 14 дню было одинаково в обеих группах, что составило по 73 % детей. Запоры у новорожденных в первые 7 дней жизни отмечались, как в 1-ой, так и во 2-ой группах у одинакового количества детей (по 16 %). На 14 дни жизни количество детей с запорами увеличилось 3 раза у детей в 1-ой группы – 48 %, во 2-ой группе их число оставалось в том же количестве – 16 %. Патологические примеси в стуле в первые 7 дней жизни наблюдались в 1-ой группе у 57 %, а во 2-ой у 87 % детей. На 14 дни жизни количество детей с патологическими примесями в стуле увеличилось во 2-ой группе до 100 %, а в 1-ой оставалось прежним.

Выводы: таким образом, клинические симптомы функциональных расстройств пищеварения, чаще наблюдались в группе новорожденных, получавших специализированную смесь недоношенных, что ещё раз подтверждает тот факт, что грудное молоко является не имеющим себе равных способов обеспечения идеального питания для новорожденных.

ЗНАЧЕНИЕ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРИ РАЗВИТИИ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ.

**Кадырова Н.Х., Жолилова З.Х., Салахитдинова Ш.Ш., Насирова У.Ф.
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт**

Актуальность. В последние годы отмечена стойкая тенденция к увеличению рождаемости во всем мире. Однако, одновременно отмечается увеличение числа новорожденных детей с низкой, очень низкой и экстремально низкой массой тела, у которых вероятность развития клинических проявлений респираторного дистресс-синдрома (РДС) крайне высока (Шабалов Н.П., 2011; Фомичев М.В., 2011;). Также респираторные нарушения развиваются преимущественно у недоношенных детей (Геппе Н.А. и соавт., 2009; Пестрикова Т.Ю. и соавт., 2010).

Цель. Изучить влияние морфофункциональных особенностей недоношенных на тяжесть течения РДС.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 66 недоношенных новорожденных детей в РСЦАиГ в отделении реанимации и интенсивной терапии. Морфофункциональная зрелость плода оценивалась по центильным таблицам и шкале Болларда. Степень тяжести РДС оценивалась по шкале Сильвермана. Срок гестации обследованных недоношенных детей составил 26-37 недель.

Результаты исследования. Изучались морфофункциональные особенности недоношенных детей страдавших РДС. Выявлено, что у 13(20%) детей гестационный возраст был 26-28 недель, 31(46%) недоношенных родилось на 29-32 неделе беременности и у 22(34%) новорожденных срок гестации составил 33-37 недель.

Среди недоношенных детей с РДС отмечалось преобладание мужского пола. Мальчиков было 46(69%), девочек 20(31%).

При оценке морфофункциональной зрелости по центильным таблицам и шкале Болларда было выявлено, что из 66 обследованных детей 47(71%) не соответствовали фактическому сроку гестации, 14(21%) соответствовали сроку гестации и 5(8%) новорожденных имели крупный вес.

Тяжесть течения РДС была оценена по шкале Сильвермана. Результаты показали, что у 18(27%) недоношенных новорожденных РДС протекал в средней тяжести. Они набрали по 5 баллов. 40(61%) детей были оценены в 6-9 баллов, что соответствовало средней тяжести РДС и 8(12%) новорожденных страдали тяжелой степенью, что соответствовало 10 баллам.

Заключение. При обобщении результатов нами были выявлены некоторые факторы риска развития РДС у недоношенных новорожденных, а именно маленький срок гестации, мужской пол и морфофункциональная незрелость плода, которые непосредственно повлияли на тяжелое течение РДС.

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНОГО С ВТОРИЧНЫМ ВНОВЬ ВЫЯВЛЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ИНДУЦИРОВАННЫМ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИЕЙ

Кадырова З.С., Ахмедова Ш.У.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Под нашим наблюдением в отделении диабетической нефропатии находился больной Т.Е. 1975 г., поступивший с жалобами: сухость во рту, жажда, общая слабость, частые мочеиспускания, боли по правой половине лица. Предварительный диагноз: Сахарный диабет, вторичный, вновь выявленный индуцированный иммуносупрессивной терапией. Сопутствующий диагноз: Невралгия I ветви тройничного нерва. Состояние после пересадки почки от октября 2014 г.

Из анамнеза: сахарным диабетом болеет в течении 1- 1,5 месяца, сахароснижающие препараты не принимал. С 2010 года выявлен поликистоз почек. С 2011 года начал получать программный гемодиализ в городском нефрологическом центре. 16.10.2014 была проведена операция по пересадки почки (в Индии). В настоящее время принимает иммуносупрессивную терапию с целью профилактики отторжения трансплантата (препараты: програф 4 мг, преднизолон). Ухудшение состояния отмечает с 15.01.2015 года. Получал стационарное лечение в Республиканской клинической больнице № 1 МЗ РУз Центра трансплантации почек с 2.02.2015 по 9.02.2015 года. После установления диагноза сахарного диабета поступил в отделение диабетической нефропатии РСНПМЦ Эндокринологии с вышеуказанными жалобами. Аускультативно в легких везикулярное дыхание. Сердечные тоны ясные, ритмичные. АД 110/60 мм.рт.ст., Пульс 72 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание свободное, частое, безболезненное. В общем анализе крови патологических изменений не наблюдается. СОЭ-15 мм/ч. В анализе коагулограммы гематокрит- 54%, ПТИ-110%. Биохимический анализ крови-АЛТ-36 U/L, АСТ-23 U/L, альбумин 30,7 г/л, общий белок-61,6 г/л, билирубин-17,4 мкмоль/л, мочевины 2,4 ммоль/л, креатинин-80,3 ммоль/л. Общий анализ мочи: относительная плотность мочи 1030, определяются следы белков, лейкоциты 9-10 в поле зрения. Колебание гликемии натощак 13,5-15,6 ммоль/л. Больному назначена инсулинотерапия Лантус 12 ЕД в 8:00, Актрапид 8:00 4 ЕД, 13:00 4 ЕД, 17:00 4 ЕД, антибактериальная, обезболивающая, противовоспалительная терапия, и препараты улучшающие проводимость нервных волокон. В ходе лечения больно правой стороне лица сохранялась, присоединилась отечность левой стороны лица, и после осмотра ЛОР-врача поставлен диагноз: Правосторонний острый фронтальный гайморит с осложнением реактивный отек правого века. После проведенной терапии, отек снят. Выставлен окончательный диагноз: Сахарный диабет вторичный, вновь выявленный индуцированный иммуносупрессивной терапией. Сопутствующий диагноз: Состояние после пересадки почки от октября 2014 г. Правосторонний острый гайморит фронтальный.

Больной выписан в относительно удовлетворительном состоянии. Рекомендовано лечение в специализированном ЛОР отделении, инсулинотерапия, иммуносупрессивная терапия и дальнейшее наблюдение у эндокринолога с целью коррекции инсулинотерапии.

Заключение. Применение современных иммуносупрессивных препаратов (неорала или прографа) приводит к нарушениям в углеводном обмене, оказывает существенное влияние на секрецию инсулина, чаще всего при его высокой концентрации в плазме крови, и тем самым может способствовать к развитию инсулинорезистентности (Лазарева К.Е., Москва-2010). Назначение инсулинотерапии у данного пациента (т.к. ранее была проведена трансплантация почки) рекомендовано для профилактики развития диабетической нефропатии.

АНАЛИЗ ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МИКСТ ГЕПАТИТОВ

Кадырходжаева Х.А., Шаджалилова М.С.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность. Микст-гепатиты – серьезная клиническая и экономическая проблема системы здравоохранения и встречаются часто вследствие общности факторов риска инфицирования, демонстрируют высокую частоту хронизации, быстрые темпы формирования цирроза печени и высокий риск опухолевой трансформации ГЦК, обусловленным наряду с другими факторами, как синергическим взаимодействием вирусов, так независимым влиянием каждого из вирусов на течение болезни. Представляет практическую значимость обоснование роли эпидемиологических факторов в развитии инфекционного процесса и системный анализ состояний больных при микст-гепатитах. Анализ этих нерешенных вопросов, имеющих важное теоретическое и практическое значение, посвящена настоящая работа.

Цель исследования: Анализ причинно-следственных факторов и клинико-лабораторных показателей микст - гепатитов.

Материал и методы исследования. Всего нами были обследованы 76 человек, больных микст - гепатитом, в возрасте от 16 до 60 лет, находившихся на стационарном лечении в гепатитном отделении клиники НИИ ЭМИЗ РУз. При проведении анализа учитывались эпидемиологический анамнез, анамнез жизни и анамнез развития болезни, также характер течения заболевания и вид инфекционного агента. Были использованы клинические, биохимические, серологические, инструментальные и статистические методы диагностики.

Результаты. При сборе эпидемиологического анамнеза установлено, что 26 (72%) больных ХВГВ отмечали ранее перенесенный ОВГВ, у 4 (15%) больных были парентеральные вмешательства в виде внутривенных вливаний различных препаратов, у 12 (46%) - стоматологические процедуры, у 4 (15,4%) – операционные вмешательства, у 2(8%) – различные гемотрансфузии. Из всех обследованных у 59 больных диагностированы микст - гепатиты В+Д этиологии, у 14 больных микст-гепатиты В+С и у 3 больных В+С+Д микст-гепатиты. При распределении больных в зависимости от пола больных, было установлено что микст гепатиты чаще встречались среди мужчины в возрасте от 25-44 лет. Заболевание в большинстве случаев регистрировалось среди сельского населения, что и показывает недостаточное соблюдение меры профилактики парентеральных гепатитов. Среди больных женского пола в большинстве случаев развитие микст-гепатита связывали с родами - «кесарево сечением». Клиническая картина у большей части больных независимо от активности патологического процесса в печени проявлялась астеновегетативным и болевым синдромами. При микст-гепатитах на фоне большей выраженности синдрома желтухи синдром цитолиза носил монотонный характер. При распределении больных по показателям активности АЛТ и АСТ у больных с микст-гепатитами В+Д чаще выявлено умеренная, а у группы больных В+С – низкая. У 6 больных развивались осложнения ДВС синдром, у 2 больных- гепаторенальный синдром и у 8 больных – цирроз печени.

Выводы. Основными эпидемиологическими особенностями микст-гепатитов в настоящее время является преобладание среди заболевших лиц молодого возраста, а также значительный удельный вес больных мужского пола. Современное клиническое течение микст-гепатитов существенно различаются, что может быть использовано при диагностике различных форм вирусных гепатитов и для последующей разработки программы борьбы с данной патологией и ее профилактики.

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ С ЛЁГКОЙ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Каландарова Ю.Б., Шарипова Ф.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Проблема умственной отсталости и интеграции лиц с интеллектуальным недоразвитием в общество является одной из наиболее значимых в современной психиатрии. Это связано как с достаточно большой распространенностью умственной отсталости, составляющей 1-3% населения земного шара (О. Шпек, 2003; Л.М. Шипицына, 2005) и тенденцией к увеличению в последние десятилетия числа лиц с умственной отсталостью, особенно ее легких форм, так и с трудностями воспитания, трудового обучения и высоким риском дезадаптации умственно отсталых. По распространенности психической патологии детского возраста умственная отсталость оказывается на втором месте (31%), а в подростковом возрасте выходит на первое место (50,3%, из них 80% - легкие формы), что связано как с поздней выявляемостью умственной отсталости, так и со стабильностью патологических изменений при данных нарушениях, благодаря чему происходит их количественное «накопление», приводящее к преобладанию этой патологии в структуре психических заболеваний (А.А. Корсунский, 2001; Е.В. Макушкин, 2006).

Цель и задачи исследования - изучение поведенческих расстройств у детей с лёгкой умственной отсталостью.

Материалы и методы исследования. В условиях стационарного отделения Городского Детского Психоневрологического центра клинико-психопатологическим и патопсихологическим методами исследования («Дом-дерево-человек», «Кинетический рисунок семьи») было обследовано 12 детей в возрасте от 7-11 лет с диагнозом: легкая умственная отсталость. Критериями отбора служили поведенческие нарушения у детей с лёгкой умственной отсталостью.

Результаты исследования и их обсуждение. В формировании поведенческих расстройств у умственно отсталых детей существенную роль играет неблагоприятное психосоциальное развитие и нарушение процесса социализации, которые выражаются в различных формах детско-подростковой дезадаптации уже в раннем возрасте, например, в усвоении социальных ролей, учебных программ, норм, требований. В Международной классификации психических и поведенческих расстройств 10-го пересмотра (МКБ-10) под шифром F91 «Расстройства поведения» у детей и подростков подробно описаны симптомы, когда имеет место повторяющееся и стойкое поведение, при котором нарушаются права других людей или важнейшие соответствующие возрасту социальные нормы или правила. Такое поведение наблюдалось 6 месяцев и включало следующие проявления: у 6 (50%) больных клинически первые признаки проявлялись в виде необычно частых для своего возраста вспышек гнева, частых споров со взрослыми, частых активных отказов выполнять требования взрослых, преднамеренно делали вещи досаждающие другим людям, проявлениями задиристого поведения. 2 детей преднамеренно разводили огонь с риском или желанием причинить серьезный ущерб. Дромомания наблюдалась у 4 обследуемых больных.

Закключение. Проведенное исследование показало, что у детей с лёгкой умственной отсталостью неблагоприятное психосоциальное развитие и нарушение процесса социализации способствует возникновению поведенческих расстройств в виде частых споров со взрослыми, проявлениями задиристого поведения, преднамеренного разведения огня с риском или желанием причинить серьезный ущерб, дромомании.

ЗНАЧИМОСТЬ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У ДЕТЕЙ.

Камалова О.З. Абдуразакова З.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Инфекционный эндокардит (ИЭ) – тяжелое инфекционное (чаще бактериальное) системное заболевание с первоначальным поражением клапанов сердца и пристеночного эндокарда, которое сопровождается бактериемией, деструкцией клапанов, эмболическим, тромбгеморрагическим, иммунокомплексным поражением внутренних органов и без лечения приводит к смерти. ИЭ у детей и подростков (в отличие от взрослых) – весьма редкое, а у грудных детей редчайшее заболевание, частота которого составляет 3,0–4,3 случая на 1 млн. населения в год. В то же время по данным, поступающим из крупных медицинских центров Европы и США, удельный вес ИЭ среди детей и подростков в специализированных стационарах постепенно нарастает, что связывают с увеличением числа операций на сердце при врожденных пороках, постоянным расширением спектра инвазивных диагностических и лечебных медицинских манипуляций. (Демин А.А., Скопин И.И., Соболева М.К. 2003.)

Цель исследования. Определить значимость диагностических критериев инфекционного эндокардита у детей.

Материалы и методы исследования. В работе проведены клиничко-лабораторные обследования среди 20 детей и подростков с первичным и вторичным ИЭ, проходивших лечение в клинике ТашПМИ и 5 Городской детской больницы г. Ташкента в 2013-2015 года. Средний возраст больных составил 12 лет 3 месяца (от 6 месяцев до 17 лет). Из них дети до 1 года – 1, 3 – 10 лет – 5, 11 – 16 лет – 8 человек. Диагностика инфекционного эндокардита складывалась из основных критериев – данных эхокардиографии, вспомогательных – лихорадка выше 38С, наличие предрасполагающих заболеваний сердца, т.е. диагноз инфекционный эндокардит был вероятен.

Результаты. Распределение пациентов в зависимости от области поражения: аортальный клапан (АК) – 4(28,6%), трикуспидальный клапан (ТК) – 3(21,4%), митральный клапан (МК) – 1(7,1%), МК и АК – 1(7,1%), МК и ТК – 1(7,1%), экстравальвулярный ИЭ 4(28,6%). Предрасполагающие заболевания (врожденные пороки сердца) выявлены у 9(64,26%) детей, из них двустворчатый аортальный клапан — 33,3%, дефект межжелудочковой перегородки – 44,4%, тетрада Фалло – 11%, врожденная митральная недостаточность 11%. Большинство больных предъявляло жалобы на утомляемость, одышку при физической нагрузке, потливость, боли в области сердца, лихорадку. У 3(21,4%) пациентов наблюдалась недостаточность кровообращения 2А – 3А степени. В общем анализе крови выявлены анемия, увеличение СОЭ. Рост бактерий был обнаружен в одном анализе, что связано с поступлением пациентов на фоне уже проводимой антибактериальной терапии. Антибактериальная терапия назначалась эмпирически и проводилась комбинацией аминогликозидов с цефалоспорином 2-4 поколения.

Выводы. Важным методом диагностики инфекционного эндокардита является эхокардиография, позволяющая определить признаки инфекционного процесса путем выявления вегетации. У детей чаще всего поражается аортальный клапан, а также велико количество экстравальвулярной локализации при наличии септальных дефектов сердца. Остается значимой проблемой то, что затруднено выявление и типирование возбудителя, для более адекватного проведения противомикробной терапии. Антимикробная терапия во всех случаях должна быть назначена эмпирическим путем сразу после установления диагноза с последующей корректировкой после получения результатов микробиологического исследования. Исход заболевания во многом зависит от адекватного противомикробного лечения и своевременного определения показаний к оперативному лечению.

ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ КОНЬЮНКТИВИТОМ

Камалов Н.З., Бузруков Б.Т., Туракулова Д.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Аллергия – гиперчувствительность организмов к какому-либо веществу. Конъюнктивиты это воспалительная реакция слизистой оболочки глаза на вредные воздействия. Сегодня практически каждый человек, хотя бы раз в жизни, сталкивается с этой проблемой. Распространенность аллергических заболеваний так велика, что по праву заслужила титул болезней цивилизации. Аллергию на глазах может вызывать все, что угодно – продукты питания, средства бытовой химии, косметика, не говоря о домашних животных, растениях и т.п.

Цель исследования – изучение некоторых параметров иммунной системы у детей с аллергическим конъюнктивитом (АК).

Материалы и методы. Были обследованы 18 детей в возрасте от 4 до 6 лет, страдающие аллергическим конъюнктивитом. Контрольную группу составили 15 практически здоровых детей в том же возрасте. Определяли содержание субпопуляций лимфоцитов и уровень иммуноглобулинов G, A, M и E.

Полученные результаты. У больных детей число CD3, CD4, CD16 клеток было достоверно снижено ($P<0,001$), а уровень CD8-лимфоцитов повышен по сравнению с показателями контрольной группы. Фагоцитарная активность нейтрофилов у детей с АК была достоверно ниже контрольных значений ($P<0,05$). Для В-системы иммунитета характерным было увеличение числа CD19-лимфоцитов у детей основной группы ($P<0,01$), что свидетельствует о преобладании активности гуморальных механизмов иммунитета. Для АК характерно повышенная концентрация IgG и IgM ($P<0,01$). Уровень IgA при этом был снижен ($P<0,01$). У детей с АК наблюдалась гиперпродукция общего IgE, уровень которого в сыворотке крови был повышен более чем в 2 раза ($P<0,001$).

Выводы. Таким образом, результаты по изучению аллергических конъюнктивитов у детей свидетельствуют о нарушении физиологических процессов и выраженных иммунологических сдвигах, способствующих развитию осложнений. Следует отметить, что аллергические заболевания представляют собой весьма актуальную проблему уже по причине их широкой распространенности. И наблюдаемые при АК иммунологические нарушения можно квалифицировать как вторичное иммунодефицитное состояние.

ДИАГНОСТИКА ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ ДО 1 ГОДА

Карабаева Г.М., Ортикбоева Ш.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность темы. Дисплазия тазобедренных суставов встречается в 10–12 % случаев всей ортопедической патологии у детей до 1 года. Поздно выявленные случаи приводят к вывиху бедра при вертикализации ребенка. Исходы данной патологии весьма разнообразны: от разных стадий коксартроза до вывихов бедра с формированием неартроза и значительными функциональными нарушениями вплоть до инвалидности.

Цель исследования. Улучшить раннюю диагностику дисплазии тазобедренных суставов у детей до 1 года.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ наблюдения и лечения 65 детей в возрасте от 1 месяца до 2 лет с диагнозом: дисплазия тазобедренных суставов по данным отделения детской УзНИИТО. При первичном осмотре классические клинические признаки дисплазии тазобедренных суставов, такие как асимметрия ягодичных и паховых складок, ограничение отведения в тазобедренном суставе, симптом Маркса-Ортолани, относительное укорочение конечности при одностороннем поражении) выявлены у 44 детей (67,7 %). У 14 детей (21 %) в возрасте от 2 до 10 месяцев признаки дисплазии тазобедренных суставов выявлены на скрининговом УЗ исследование проводилось на аппарате ESCOTEMYLAB – 40 (угол α менее 60° , угол β более 55° , замедление оссификации головки бедра, закругление лимбуса, выпуклая форма крыши вертлужной впадины, степень костного покрытия головки бедра менее 1,0). В то время как классические клинические признаки заболевания отсутствовали. Следует отметить, что у 7 (10,7%) пациентов выявлен синдром мышечной гипотонии и объем отведения в тазобедренных суставах был избыточным. Двое детей наблюдались и лечились эндокринологом по поводу врожденного гипотиреоза. У всех детей выявлены рахитоподобные симптомы. Поражение суставов во всех случаях было двусторонним.

Результаты. УЗИ-скрининга были подтверждены рентгенологическим исследованием таза в прямой проекции. У 8 пациентов обнаружено замедление оссификации и латерализация головок бедренных костей, недоразвитие крыш вертлужных впадин (ацетабулярный угол более 30°), вальгусная форма шеек бедренных костей, превышающая физиологическую норму. У 4-х детей заболевание выявлено после 6 месячного возраста, то есть с началом вертикализации, в связи с чем сформировались подвывихи бедер. Двое пациентов прооперированы после 1 года.

Выводы: Скрининговая УЗИ-диагностика тазобедренных суставов у детей до 3-х месяцев оправдана в связи с существованием атипичных (клинически скрытых) форм дисплазии. При наличии УЗИ-признаков дисплазии необходимо проводить рентгенологическое исследование тазобедренного сустава в прямой проекции.

ПРИМЕНЕНИЕ МОНТЕЛУКАСТА НАТРИЯ ПРИ КАШЛЕ ПРИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Кариева Ш.А, Джубатова Р.С, Хакимов Д.П

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: Кашель относится к наиболее частым симптомам в педиатрической практике. Кашель входит в первую пятерку причин, вынуждающих пациента обратиться за медицинской помощью (EuropeanRespiratorySociety, 2010). В частности, такое широко распространенное заболевание, как ОРВИ, почти всегда сопровождается кашлем. ДискуSSIONируется вопрос об участии в остром воспалении дыхательных путей лейкотриенов.

Цель: Изучить эффективность применения монтелукаста натрия у детей с острыми воспалительными заболеваниями органов дыхания

Материалы и методы: Проведен анализ результатов лечения 60 больных детей, поступивших в РЭНЦМП с кашлем и острыми расстройствами дыхания, в возрасте от 7 лет до 14 лет. У всех детей изучались анамнестические данные, клинические проявления кашля и острых расстройств дыхания, характер и динамика. Проводили пикфлоуметрию на фоне лечения монтелукастом натрия.

Результаты: Было обследовано 60 больных детей в возрасте от 7 до 14 лет с острыми респираторными заболеваниями легкой и средней степени тяжести с клинической картиной ринита, фарингита, ларингита, трахеита, бронхита или их сочетания. Монтелукаст натрия получали 40 пациентов: в виде монотерапии – 15 детей, в комбинации с антибиотиком – 25. Продолжительность терапии составляла 7 дней, при недостаточном эффекте терапии продлевали до 10 дней. Монтелукаст натрия назначали из расчета 4 мг детям до 10 лет и 10 мг детям старше 10 лет в сутки. У 5 больных детей ПСВ > 90% от должной величины – норма; у 10 больных детей ПСВ = 80-89% от должной величины – условная норма, пациент нуждается в динамическом наблюдении; у 15 больных детей ПСВ = 50-79% от должной величины – умеренное снижение, пациенту требуется усиление терапии; у 10 больных детей ПСВ < 50% от должной величины – резкое снижение, больному необходима госпитализация.

Вывод: Исследование эффективности монтелукаста натрия в лечении острых респираторных заболеваний сопровождающихся нарушением пиковой скорости выдоха подтверждает значимое участие лейкотриенов в развитии этого процесса. Его можно рекомендовать к применению при лечении острых воспалительных заболеваний органов дыхания.

РЕВМАТОИД АРТРИТЛИ БЕМОРЛАРДА Н. PYLORI МИҚДОРИ ВА ДАВОЛАШ ДАВОМИДА УНИНГ ДИНАМИКАСИ.

Каримов М.Ш., Тухтаева Н.Х.

Ташкент тибийёт академияси

Ревматоид артрит (РА) – бириктирувчи тўқиманинг сурункали аутоиммун яллиғланиш касаллиги бўлиб, асосан бўғимларнинг зўрайиб боровчи эрозив полиартрити сифатида намоён бўлади. Бунинг оқибатида бўғимнинг тузилиши ва функцияси жиддий талофат кўради, ҳамда РА даволашда ишлатиладиган дори воситалари ошқозон ичак системаси, буйрак, ва жиярга салбий таъсир курсатади. Бу эса ревматоид артрит касаллигини нафақат тиббий, балки улкан ижтимоий муаммо эканлигини кўрсатиб беради.

Текшириш мақсади: Ревматоид артрит (РА) билан хасталанган беморлар меъдасида Н. Pylori ни аниқлаш ва дори терапияси таъсирида узгаришини баҳолаш.

Текшириш материаллари ва методлари: РА касаллигини даволаш мақсадида яллиғланишга қарши ностероид дори воситалари (ЯКНДВ), глюкокортикостероидлар (ГКС) ва ЯКНДВ билан ГКС ни бирга қабул қилаётган 32 та бемор текширувдан утқазилди. Ошқозондан олинган биопсия материаллари Н. Pylori учун текширувдан утқазилди.

Олинган натижалар: 32 та РА билан беморлардан 10 таси ЯКНДВни, 5 таси ГКС ва қолган беморлар ЯКНДВ билан ГКС комбинациясини қабул қилган.

Биопсия материаллари микробиологик текширишда даволанаётган беморларни 85% ни ошқозонида *Helicobacter pylori* (Н. pylori) борлиги ва аксарият беморларда меъда шиллик қаватида юқори микдорларда бўлиши аниқланди. Шу билан бирга, юқоридаги узгаришлар фақат ЯКНДВ қабул қилган беморлар гуруҳида кўпроқ учради. Яъни, бу асоратлар, ГКС қабул қилган беморлардан 4 сида учраса, ЯКНДВ қабул қилган беморнинг 28 тасида учради.

Шундай қилиб, **олинган натижалар** РА хасталигига дучор бўлган кўпчилик беморлар меъдаси шиллик қаватида Н. Pylori мавжудлигини ва унинг микдори ушбу касаллик этиологияси ва утқазилаётган даво турига боглиқ эканлиги маълум бўлди.

ИЗМЕНЕНИЯ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.

Каримов М.М.

Ташкентская Медицинская Академия

Одним из важнейших критериев хронической болезни почек (ХБП) является состояние скорости клубочковой фильтрации (СКФ). Анализ публикаций свидетельствует о том, что прогноз при ХБП существенно зависит от её величины. Вместе с тем, скрининг и диагностика ХБП не могут быть основанные только на расчёте СКФ, ибо этот показатель в значительной мере связан с другими заболеваниями и патологическими состояниями.

Наряду со СКФ в диагностике и мониторинге ХБП придаётся изучению состояния экскреции белка, в том числе и показателю альбуминурии/ протеинурии.

В литературе имеются сведения о том, что риск развития ХБП при метаболическом синдроме (МС) достаточно высок и возрастает по мере увеличения компонентов МС от 0,9 % при наличии одного компонента до 9,2% если присутствуют все пять компонентов МС.

Цель: Оценка скорости клубочковой фильтрации и Клиренса креатинина у больных ХБП в зависимости от массы тела.

Материалы и методы исследования: обследовано 97 больных ХБП у которых имело место повышенное содержание креатинина ($165 \pm 7,83$ мкмоль/л) в крови и, в качестве группы сравнения 95 человек с нормальными показателями креатинина ($85 \pm 5,12$ мкмоль/л). Средний возраст больных составил $39 \pm 8,7$ лет.

Все больные получали базисное лечение ХБП, включающие диету с ограничением белка, средства корригирующие нарушенные параметры гомеостаза, гипотензивные препараты, антианемические препараты и др.

Рассчитывали: СКФ по формулам Cockcroft- Gault, MDRD; индекс массы тела (ИМТ), площадь поверхности тела.

Результаты: по полученным данным, между СКФ, Кк и массой тела имеется определённая связь. При оценке СКФ, было показано, что по мере увеличения массы тела нарастает также и СКФ по методам Cockcroft- Gault, MDRD.

В литературе было сказано, что снижение СКФ происходит по причине уменьшения числа действующих нефронов и может служить показателем уменьшения массы функционирующей почечной паренхимы.

Из полученных результатов, можно выявить, что креатинин образуется в основном в мышечных тканях в процессе метаболизма креатина. В связи с этим, степень образования креатина напрямую связана с объёмом мышечной массы. В условиях сниженной мышечной массы образование креатинина уменьшается, а его уровень в плазме крови становится ниже, чем при аналогичных показателях клубочковой фильтрации и нормальной массы мышц.

С целью оценки значения массы тела на СКФ был проведён анализ в группе лиц с нормальным уровнем креатинина. Абсолютные показатели СКФ в группе лиц с нормальными значениями креатина были выше, чем в группе повышенным уровнем креатинина. Прирост СКФ по методу Cockcroft- Gault между группами с низким ИМТ и ожирением у больных с повышенным уровнем креатинина составил 29 мл/мин, прирост между этими показателями по методу MDRD всего 17 мл/мин.

Эти данные свидетельствуют о том, что метод определения СКФ по методу MDRD даёт меньший разброс показателей, чем метод Cockcroft- Gault, как среди больных ХБП с повышенным уровнем креатинина, так и среди лиц с нормальными его значениями.

Выводы: 1. Оценку состояния скорости клубочковой фильтрации у больных хронической болезнью почек следует проводить с учётом массы и поверхности тела.

2. При анализе скорости клубочковой фильтрации, её изучение целесообразно проводить по формуле MDRD (приведенной к нормальной поверхности тела), чем обычной формуле

ИЗУЧЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ НЕЗАМЕНИМЫХ АМИНОКИСЛОТ В КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК.

Каримов М.М.

Ташкентская Медицинская Академия

Цель работы. Оценка эффективности назначения кетоаналогов незаменимых аминокислот в коррекции содержания в крови незаменимых аминокислот, некоторых показателей метаболизма и скорости клубочковой фильтрации у больных с хронической болезнью почек.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 129 больных с ХБП средний возраст которых составил $36 \pm 7,5$ лет. Диагноз ХБП выставлялся на основании критериев KDOQI (2002), в которой выделяется 5 стадий этого заболевания. Больные 5 стадией ХБП в исследование не включались.

Все больные получали базисное лечение ХБП, включающие диету с ограничением белка, средства корригирующие нарушенные параметры го-меостаза, гипотензивные препараты, антианемические препараты и др.

Аминокислотный состав крови изучали методом количественной высокоэффективной тонкослойной хроматографии (ВЭТСХ), применяемого для определения широкого спектра аминокислот [11]. Количественному измерению подлежали следующие аминокислоты: DL-метил-оксо-2-кальций валеринат, метил-4-оксо-2-кальций валеринат, оксо-2-фенил-3-кальций пропионат, метил-оксо-2-кальций бутират, DL-гидрокси-2-кальций метилбутират, L-лизина моноацетат, L-треонин, L-триптофан, L-гистидин, L-тирозин.

С целью коррекции нарушенного нутритивного статуса 67 больным, наряду с базисной терапией, назначали кетоаналоги аминокислот в виде препарата Кетостерил (Проренал, Prorenal, NovellPharmaceuticalLaboratories)

Результаты: Установлено что в результате лечения произошли определённые изменения в содержании незаменимых аминокислот в крови обследованных больных. Применение кетостерила привело к повышению содержания в крови всех незаменимых аминокислот.

Вместе с тем, наиболее выраженная и достоверная положительная динамика отмечалась в отношении таких аминокислот как валин, изолейцин, треонин, триптофан и фенилаланин. Это означает, что в результате лечения улучшились такие физиологические процессы (связанные с метаболизмом этих аминокислот) как антиапоптотические эффекты, улучшение мышечного метаболизма, положительное влияние на углеводный обмен, повышение снабжения тканей кислородом, повышение энергетического обеспечения организма.

Выводы: Таким образом у больных ХБП протекающей со снижением СКФ применение комплекса кетоаналогов незаменимых аминокислот способствует улучшению аминокислотного состава крови. Однако, этот эффект в большей степени связан с увеличением в крови изолейцина, триптофана, валина и фенилаланина.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНОСОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА.

Каримов А.М., Раимкулова Н.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является острейшей медико-социальной проблемой, относящейся к приоритетам национальных систем здравоохранения большинства стран мира. По данным эпидемиологических исследований, ХСН в мире страдают более 22 млн. человек, а число госпитализаций, связанных с декомпенсацией сердечной недостаточности (СН) и смертность неуклонно возрастают

Цель исследования. Определить факторы риска развития сердечнососудистых осложнений, клинических и функциональных взаимоотношений у больных хронической сердечной недостаточностью ишемического генеза

Результаты. Исследование проводилось в РСНПМЦ с 2013 года среди 40 больных с ХСН ишемического генеза.

Факторами, способствующими развитию сердечно-сосудистых осложнений у больных ХСН ишемического генеза в течение трех лет, в нашем исследовании явились, возраст старше 60 лет (10%), длительность сердечной недостаточности более 2 лет (15%), IV ФК ХСН (24%), индекс массы тела больше 30 кг/м² (50%), систолическое артериальное давление менее 120 мм рт. ст. (12%), число сердечных сокращений более 70 уд/мин (65%), анемия (55%), гиперурикемия (18%), общий холестерин более 5,0 ммоль/л (14%), скорость клубочковой фильтрации менее 80 мл/мин/1,73м² (15%), уровень С-реактивного белка более 1,5 мг/л (20%), фракция выброса левого желудочка менее 40% (18%), отсутствие приверженности терапии и необходимость приема мочегонных препаратов (50%).

Выводы Присутствие большого числа факторов риска (ФР), высокая распространенность сердечно-сосудистых заболеваний, недостаточная эффективность проводимой терапии способствуют неуклонному росту сердечно-сосудистых осложнений (ССО) у больных ХСН. Следовательно, выявление и коррекция потенциально обратимых ФР развития ССО у больных ХСН являются важнейшей клинической проблемой.

АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО АДЕНОИДИТА У ДЕТЕЙ

Каримов Ж.С., Мухитдинов У.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Проблема хронического аденоидита ввиду её медицинской и социальной значимости находится в центре внимания отоларингологов многие годы.

В настоящее время хронический аденоидит продолжает занимать одно из первых мест среди инфекционно-воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей у детей. Этим заболеванием страдает 4,3% детей в возрасте от 3 до 14 лет. У детей дошкольного и младшего школьного возраста патология глоточной миндалины составляет 74,3% в структуре заболеваний уха, горла, носа. В структуре заболеваний верхних дыхательных путей доля хронического аденоидита составляет 20-50%.

Неблагоприятные эффекты хронического аденоидита на здоровье ребенка многообразны: они нарушают нормальный процесс дыхания, формируют характерные изменения лица, приводят к опасности развития осложнений со стороны жизненно важных органов: патологии сердца, почек. В настоящее время доказана тесная связь заболеваний бронхо-легочной системы у детей с аденоидитами.

Цель исследования: изучить анамнестические данные детей больных хроническим аденоидитом

Материалы и методы исследования: в исследовании принимали участие 75 детей в возрасте 3-11 лет. Было сформировано 2 группы: 50 детей с диагнозом хронический аденоидит (основная группа) и 25 практически здоровых детей (контрольная группа).

Средний возраст пациентов основной группы составил $7,5 \pm 0,84$ лет. Длительность анамнеза заболевания колебалась от шести месяцев до 5 лет, в среднем $3 \pm 0,5$ лет.

Сопутствующими заболеваниями были: гипертрофированные небные миндалины 2 степени у 26%, 1 степени у 9%, 3 степени 4%, признаки хронического тонзиллита обнаружены у 16%.

Результаты исследования. При анализе анамнестических данных нами было установлено, что у родителей детей основной группы достоверно чаще наблюдались хронический тонзиллит и гипертрофия аденоидов ($p < 0,05$ в обоих случаях), что свидетельствует о наследственной предрасположенности к формированию данной патологии.

Выявленная нами в основной группе более высокая частота осложнений беременности у матери ($p < 0,05$) может быть одной из причин нарушения органогенеза плода, влиять на дифференцировку органов и клеток его иммунной системы, в том числе и глоточной миндалины.

Кроме того, у детей основной группы чаще отмечались перинатальные осложнения ($p > 0,05$), анемия и энцефалопатия, раннее искусственное вскармливание ($p < 0,05$ и $p < 0,001$, $p < 0,01$, соответственно) и проявления атопического дерматита ($p < 0,001$), что можно отнести к факторам, предрасполагающим к развитию хронической патологии.

Более чем у 20% детей с хроническим аденоидитом отмечался неблагоприятный аллергический фон. Так, в анамнезе этих детей отмечались проявления атопического дерматита, обструктивного бронхита.

Развитие заболевания большинство родителей связывает с началом посещения детского дошкольного учреждения (89,4%). К группе часто болеющих детей было отнесено 80,0% обследуемых основной группы, что достоверно выше показателя контрольной группы ($p < 0,001$).

Заключение. Установлено, что развитие хронического аденоидита и гипертрофии аденоидов у детей связано с наследственной предрасположенностью, неблагоприятным течением перинатального и адаптивного периода в дошкольном учреждении.

БОЛАЛАРДА ЎТКИР ИЧАК ИНФЕКЦИЯСИДА ГЕМОЛИТИК-УРЕМИК СИНДРОМ ВА ЎТКИР БУЙРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИНИ ИНТЕНСИВ ДАВОЛАШ.

Каримов У.Ғ., Джубатова Р.С., Маматкулов Б.Б.
Тошкент Педиатрия Тибиёт Инститuti

Долзарблиги: Ўткир ичак инфекцияларида интенсив даволаш кенг қамровли ёндашув асосида олиб борилишига қарамасдан, 3 ёшгача бўлган болаларда мазкур касалликнинг оғир асоратлар билан кечиши, шунингдек гемолитик-уремик синдром(ГУС) ва ўткир буйрак етишмовчилигининг(ЎБЕ) учраши ортиб бормокда.

Мақсад: Болаларда ўткир ичак инфекциясида ГУС ва ЎБЕ нинг юзага келишининг ўзига хослигини ўрганиш ва шу асосда даво тактикасига қиёсий баҳо бериш.

Материал ва олинган натижалар: Биз Республика Шошилиноч Тез Тибиий Ёрдам Илмий Маркази (РШТЁИМ)нинг болалар реанимацияси бўлимида ўткир буйрак етишмовчилигининг ренал шакли билан даволанган 13 та бемор касаллик тарихини ўргандик. Ретроспектив анализ натижалари шуни кўрсатадики муружат қилган бемор болаларнинг ёши 6 ойдан 3 ёшгача бўлиб, ўртача 1,7 ёшни ташкил қилди. Мос равишда ўғил болалар 5 та, қизлар 8 та. Барча беморларда касаллик ўткир диарея синдроми билан бошланган. Шифохонагача бўлган продромал давр 1 кундан-5кунгачани ташкил қилган. Барча беморлар Республикаимизнинг чекка вилоятларидан ўткир буйрак етишмовчилиги, анурия фазасида касалликнинг 3-7 кунлари келтирилган. Беморларнинг 8 тасида ўткир ичак инфекцияси ГУС билан асоратланган, 5 тасида ГУС инкор этилган бўлиб, дегидратация ҳисобига ЎБЕ ривожланган. ГУС нинг кечиши – гемоглобиннинг қондаги конценрацияси кескин камайиб кетиши (50г/л дан паст), тромбоцитопения, анурия, қонда азот қолдиғи маҳсулотларининг кескин ошиши билан ифодаланди. Қонда мочевина, креатинин микдорининг ортиши ГУС ҳолатида, ГУС йўқ ЎБЕ бор болаларга нисбатан баландроқ эканлиги (мос равишда ўртача 32.2 млмоль/л; 340 мкмоль/л га 28 млмоль/л ва 300 мкмоль/л) аниқланди. Барча беморларда неврологик бузилишлар инжиқлик, уйқучанлик, мушаклар тонусининг пасайиши ҳолида кузатилди. Шиш синдроми 9 та болада кузатилди. Гипертензия учта ҳолатда аниқланди. Гемотрансфузия, плазматрансфузия ГУС ўтказган беморларнинг барчасига ўтказилган. Барча беморларга инфузион даво, антибактериал даво ва бошқа интенсив даво муолажалари билан паралел равишда гемодиализ муолажаси ўтказилган бўлиб, ўртача сеанслар сони мос равишда 7 га 5 ни ташкил қилган. Гемодиализга кўрсатма бўлиб ўткир ренал блок,гиперкалемия, гипергидратация ҳисобланган. Энг кам диализ олган беморлар сони 1 та бўлиб, унга 2 марта гемодиализ сенси ўтказилган. Энг кўп гемодиализ олган беморлар 2 та бўлиб, уларга 11 мартадан гемодиализ сеанси ўтказилган. Бу ҳолатни иккала беморда ҳам асоратланган зотилжам, ГУС ҳолида, ануриянинг 5-7 кунлари келиб тушганганлиги билан изохлаш мумкин. Даволаниш натижасида барча беморларда буйрак иш фаолиятининг тикланишига эришилган. Диурез тикланиш даври ўртача 9 кунни ташкил қилган. Битта беморда диурез тикланиши фонида гипертензия, мочевина – креатинин микдорининг меъёрдан стабил ортиб турганлиги кузатилган. Бу бемор кейинги даво учун болалар нефрологи назоратига ўтказилган.

Хулоса: Ўткир ичак инфекцияси натижасида юзага келган ЎБЕ да касалликнинг эрта даврларда бошланган гемодиализ муолажаси натижасида оғир асоратларнинг олдини олиш мумкин деб ҳисоблаймиз. Касаллик оқибатларининг ГУС мавжуд бўлган беморлар ва ГУС йўқ беморларда кескин фарқи аниқланмади. Бу эса ҳар икки ҳолатда ҳам даволаш тактикаси кескин фарқ қилмаслигидан далолат беради.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХЛАМИДИЙНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Каримова З.К., Кошанова Г.А., Тухтаева О.Т.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Внебольничные пневмонии – самая большая группа пневмоний, с которой каждодневно приходится сталкиваться практическому врачу в амбулаторной практике и стационаре. Несмотря на постоянное совершенствование методов диагностики и доступность современных высокоэффективных антимикробных препаратов, внебольничная пневмония по-прежнему занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваемости и смертности от инфекционных болезней в развитых странах.

Цель исследования. Изучить клинико-лабораторные особенности хламидийной пневмонии у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования. Нами проанализированы результаты динамического наблюдения и лабораторно-инструментального обследования 20 детей, рожденных от матерей с хламидиозом в возрасте от 1 месяца до 3-х лет. Обследование включило: сбор анамнестических данных, оценка настоящего соматического статуса, клиническое и параклиническое обследование.

Результаты. Наши наблюдения показали, ринит чаще всего встречался у больных с хламидийной пневмонией (80,0%), обычно появлялся с 1-го дня болезни и выражался у 5 большинства детей в заложенности носа и нарушении носового дыхания. У части больных наблюдались небольшие или умеренные слизисто-серозные, или слизистогнойные выделения из носа. Отметим также и наличие одышки у большинства детей – 60%. Из внелегочных проявлений при хламидийной пневмонии – макуло-папулезная сыпь (15%) и рвота (20%). Также у 5-10% больных атипичными пневмониями наблюдался конъюнктивит. При физикальном обследовании у пациентов изменения в легких, характерные для уплотнения легочной ткани, определялись не всегда. В частности, укорочение перкуторного звука наблюдалось у 15% больных. У больных хламидийной пневмонией чаще аускультировались жесткое дыхание и влажные хрипы, реже – ослабленное дыхание и сухие хрипы. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки у 60% пациентов с хламидийной пневмонией отмечались очаговые изменения в легких. В 15% случаев наблюдалось интерстициальное поражение легких.

Выводы. Информативными клиническими критериями для диагностики хламидийных пневмонии являются: дыхательная недостаточность, ослабление дыхания при аускультации, наличие ринита и семейный характер заболевания.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТА РОЗУВАСТАТИНА И АТОРВАСТАТИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХСН ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Каримов А.М., Аляви Б.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель: Сравнение эффективности розувастатина и аторвастатина при лечении больных с ХСН ишемического генеза.

Материал и методы: С целью оценки эффективности розувастатина нами обследовано 30 больных ИБС, разделенных на 2 группы: 1) основная – 15 пациентов (10 – перенесшие инфаркт миокарда, 5 – с стабильной стенокардией без инфаркта миокарда); 2) группа сравнения – 15 пациентов, сопоставимая с 1 – группой по возрасту, полу, структуре нозологий. На фоне стандартизированной терапии (бета-блокаторы, нитраты, ингибиторы АПФ, антиагреганты) пациенты 1 группы принимали розувастатин (Мертенил, Gedeon -Richter, Венгрия) в дозе 10-20 мг/сут. Пациенты 2 группы – аторвастатин в аналогичной дозе. Контрольное исследование крови на содержание общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов высокой (ХСЛПВП) и низкой (ХСЛПНП) плотности, триглицеридов (ТГ), глюкозы и печеночных проб проводилось через 14 и 30 и 60 дней от начала приема статинов. Прием лекарства осуществлялся ежедневно вечером, после ужина.

Результаты: Исходно у всех пациентов отмечалось повышение атерогенных фракций липидов. На 14 день исследования в 1-ой группе наблюдалось достоверное ($p < 0,05$) снижение ОХС (с $6,5 \pm 0,4$ до $5,8 \pm 0,3$ ммоль/л), ХСЛПНП (с $3,0 \pm 0,15$ до $2,5 \pm 0,2$ ммоль/л) и ТГ (с $4,1 \pm 0,3$ до $3,8 \pm 0,5$ ммоль/л), повышение ХС ЛПВП (с $0,9 \pm 0,04$ до $1,15 \pm 0,06$ ммоль/л). В группе сравнения значительных изменений атерогенных фракций липидов мы не наблюдали: ОХС (с $6,6 \pm 0,4$ до $6,5 \pm 0,3$ ммоль/л), ХСЛПНП (с $3,2 \pm 0,15$ до $3,0 \pm 0,2$ ммоль/л) и ТГ (с $4,2 \pm 0,3$ до $4,10 \pm 0,5$ ммоль/л), ХС ЛПВП (с $0,9 \pm 0,04$ до $0,9 \pm 0,06$ ммоль/л) (все $p > 0,05$). В обеих группах сдвигов печеночных проб и гликемического профиля не отмечено. На 30 день исследования в основной группе у 11 пациентов содержание ОХС, ХСЛПНП и ТГ нормализовалось, печеночные пробы и гликемический профиль – без изменений. В то же время в группе сравнения нормализацию уровня атерогенных фракций липидов мы наблюдали лишь у 5 пациентов, умеренное повышение уровня трансаминаз крови в 3 случаях.

Заключение: Таким образом, розувастатин более эффективно снижает уровень ХСЛПНП с достоверным повышением ХСЛПВП, по сравнению с аторвастатином.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ АНЕСТЕЗИИ СЕВОФЛУРАНОМ ПРИ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ

Касимов У. О., Юсупов А. С.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность: Несмотря многочисленных методов анестезии в детской практике до сих пор продолжается поиск альтернатива новых методов анестезии, что свидетельствует необходимости дальнейшего изучения рассматриваемой проблеме. В связи с этим вопросы безопасности, эффективности, адекватности и полноценности анестезии в операции у детей свидетельствует высокой актуальности рассматриваемой проблемы.

Последние годы ознаменовались повышенным интересом методам комбинирование анестетиков, который может стать оптимальном методом анестезии в детской практике. Применение комбинированием анестетиков позволяет риск неоправданного расходы анестезиологических препаратов, уменьшение их кумуляцию, снижение частоту развитие побочных эффектов, обеспечить гемодинамическую стабильность во всех этапах хирургических вмешательств.

Цель исследования: Провести оценку адекватности и эффективности течения комбинированная анестезия с севофлураном при пластических операциях врожденных расщелин верхней губы и нёба (ВРГиН) у детей.

Материалы и методы: Обследованы 26 (3-8 лет) оперированных детей в условиях комбинированная анестезия с севофлураном, которые были госпитализированы с целью коррекции ВРГиН. Премедикация (за 30 мин) проводилась стандартной методикой (атропин, димедрол, сибазон) по возрастной дозировке. Индукция в наркоз осуществлялось внутривенным путем (кетамин + сибазон в возрастных дозировках), с последующем ингаляцию газонаркотической смеси. Интубация трахеи проводилась после миоплегия дитилин (2мг/кг) + ардуана (0,08 мг/кг). Поддержание анестезии осуществлялось 100% O₂ + севофлуран 0,85-1,4 об%. Интраоперационная анальгезия – фентанил в возрастных дозировках. Изучены показатели периферическая (АД_с, АД_д, АД_{ср}) и центральная гемодинамика (ЭхоКГ), системного газообмен (SatO₂) на всех этапах оперативного вмешательства.

Результаты исследования: Длительность анестезии в среднем составила 110±10 мин. Индукция в наркоз севофлураном была быстрой (45-50 с), хорошо переносилась больными. Показатели гемодинамики и респираторной функции у всех детей оставались стабильными на всех этапах анестезии и операции. Во время индукции спонтанной двигательной активности не наблюдалось. Следует отметить при комбинированном анестезии с севофлураном, что ни в одном случае не было выявлено значимого снижения артериального давления, которое потребовало бы проведения корректирующих мероприятий.

Заключение: Анестезиологическое обеспечение операций по поводу врожденных аномалий верхней губы и твердого неба более эффективно применением комбинированной анестезии с севофлураном.

ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВИТИЛИГО У ДЕТЕЙ
Кадилов Ш.А, Юлдашев М.А.
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность. Механизмы развития витилиго, на сегодняшний день остаются все еще не достаточно изученными, несмотря на длительные и всесторонние исследования ведущиеся в этом направлении многими авторами. В настоящее время наиболее актуальным является разработка эффективного лечения.

Цель исследования. Разработка этапного лечения витилиго в зависимости от стадии заболевания.

Материалы и методы. Нами были обследованы 45 детей в возрасте от 5 до 14 лет, которые были подразделены на 3 группы в зависимости от стадии заболевания: 1- прогрессирующая, 2 – стационарная и 3 регрессирующая. Было проведено клинко-лабораторное обследование, по показаниям больные проконсультированы врачами смежных специальностей (гастроэнтеролог, аллерголог, эндокринолог, педиатр) Оценку лабораторных исследований проводили согласно Международной системе единиц.

Полученные результаты. Заболевания органов ЖКТ среди обследованных пациентов были выявлены у 91%, гепатобилиарной системы – 32%, интоксикация ЦНС – 16%, анемия 12%. На основании полученных данных нами проводилось лечение основу которых составили:

1. при прогрессирующей стадии: коррекция выявленных сопутствующих заболеваний, диета, антиоксиданты (витамины А и Е, селен), микроэлемент Zn, антигистаминные препараты II поколения, витамины группы В, гепатопротекторы растительного происхождения, десенсибилизирующие (Натрий тиосульфат), местно: негалогенизированные стероидные крема и мази (Локатоп), фотозащитные крема (SPF-30, 50).
2. стационарной стадии: диета, Купир, витамины группы В, микроэлемент Zn, ферменты поджелудочной железы (энзистал, креон), местно: утром фотозащитные крема, вечером фотосенсибилизаторы (псорален), мезотерапия (микропапульная методика).
3. регрессирующей: диета, ПУВА-терапия, мезотерапия (микропапульная методика).

Обсуждение. Проведенные этапные лечебные мероприятия витилиго у детей оказало:

1. при прогрессирующей стадии на более раннюю стабилизацию основного процесса
2. стационарной на более раннее регрессирование гипо- и депигментаций.
3. регрессирующей: выраженное и стабильное появление островков репигментаций, периферического сужения границ, отсутствия новых гипо- или депигментаций.

Выводы. Патогенетически обоснованное и этапное лечение витилиго, характеризуется выраженным позитивным и стойким эффектом: начиная от стабилизации и восстановлению пигментации.

ЭТИЛ СПИРТИДАН ЗАҲАРЛАНИШ ҲОЛАТЛАРИДА СУД ТИББИЙ БАҲОЛАШ МЕЪЗОНЛАРИ

Ф.А. Кожалепесова, Н.М. Буранкулова, Н.Х. Муродов
Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги: Маълумки бугунги кун суд тиббиёти, тиббиётнинг бошқа соҳалари сингари ривожланиб бормоқда. Шунинг баробарида бир қанча қийин ва муаммоли масалалар ҳам бугун суд тиббиёти амалиётида ўз ечимини топмоқда.

Шулардан бири бу заҳарланишлардир. Ҳар хил турдаги спиртли ичимликларнинг истеъмол қилиниши натижасида аҳоли ўртасида спиртли ичимликлардан турли хилдаги заҳарланишлар кузатилмоқда.

Бундай ҳолатларда суд тиббиёти экспертларининг олдида эса этил спирти ва унинг суррогатларидан заҳарланишларда организмда мавжуд спирт миқдори ва унинг заҳарланиш даражаси каби саволлар кўндаланг бўлиши табиий албатта.

Шулардан келиб чиқиб суд тиббиёти амалиётида мавжуд бир қатор усуллардан фойдаланга ҳолда заҳарланишларнинг оғирлик даражаси ва миқдори аниқ кўрсаткичлар асосида амлга ошириш талаб этилмоқда.

Тадқиқот мақсади: Этил спирти ва унинг суррогатлари билан заҳарланишларда оғирлик даражасини белгиловчи меъзонларни ишлаб чиқиш.

Тадқиқот объекти ва усуллари: Биз тадқиқотларимизни амалга ошириш учун 30 нафар эркак ва аёл жинсига мансуб этил спирти билан заҳарланиш оқибатида вафот этган мурдаларнинг хулосаларни ўрганилди.

Тадқиқот усули сифатида эса биз ретроспектив текширув усулларидан фойдаланилди.

Муҳокама: Биз Тошкент шаҳар суд тиббиёти экспертизаси бюроси 2- шахобчасида 2013 йиллар давомида этил спирти ва унинг суррогатларидан заҳарланиш туфайли вафот этган 30 нафар эркак ва аёл жинсига мансуб (12 нафар аёллар ва 18 нафар эркаклар) мурдаларининг экспертиза хулосалари ва уларда мавжуд паталогоанатомик ўзгаришлар, шунингдек лаборатор текширув натижаларини таҳлил қилиш жараёнида амин бўлдики, кшп ҳолларда мурдаларда ўлимга олиб келувчи этил спиртининг қондаги миқдори ўртача 5-8 %ё ни ташкил этган.

Шунингдек патанатомик текширувлар натижалари шуни кўрсатдики кўп ҳолатрада этил спирти билан заҳарланиш оқибатида вафот этган мурдаларда бош мия шиши кузатилади.

Хулоса: Хулоса ўрнида шуни таъкидлаш лозимки этил спирти ва унинг суррогатлари билан заҳарланиш ҳолатларида ўлимга олиб келувчи этил спиртининг қондаги ўртача миқдори 5%ё ни ташкил этади.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ АНГИОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ НЕФРОТУБЕРКУЛЕЗОМ

Кутумов Х.Ю., Рашидов З.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования - определить информативность ультразвуковой ангиографии в оценке функционального состояния почек при туберкулезе и разработать эхоангиографические критерии определения объема оперативного лечения больных нефротуберкулезом.

Материал и методы исследования Обследовано 103 больных с различными формами нефротуберкулеза. Ультразвуковое исследование почек проводилось на аппаратах Интерскан-250 (Hormann Medizintechnik Zwonitz GmbH, Германия), EUB-6000 (Hitachi, Япония) и Logiq-9 (GE HC, США) с использованием линейного и конвексного датчиков (частота 3,5 МГц) в режиме триплексного сканирования с использованием импульсноволновой доплерографии и энергетической доплерографии (ЭД). Ультразвуковое исследование почек выполняли по технологии, описанной в литературе. Определяли размеры почек, оценивали их контуры, эхогенность и толщину паренхимы, структуру чашечно-лоханочной системы, наличие, количество, характер и размеры образований. Степень васкуляризации паренхимы оценивалась в режиме ЭД. Полноценным кровотоком считался, когда визуализировались междолевые артерии в паренхиме почки, сниженным – если имело место единичное число сосудов в корковом слое паренхимы, фрагментарным – в случае, если в каком-то участке паренхимы кровотоком не визуализировался, эхографически считался не определяющимся – когда интратаналый кровотоком не визуализировался.

Результаты При папиллитах полноценный кровотоком наблюдался в 90,1%. При посттуберкулезных гидронефрозах полноценный кровотоком имел место лишь в 9 (23,1%) наблюдениях. В остальных случаях кровотоком был сниженным – в 66,7%, фрагментарным - в 35,9% и не определялся – в 10,2% наблюдений. При кавернозном поражении в 27 (90%) наблюдениях имел место фрагментарный кровотоком, в 20 (66,7%) – кровотоком был снижен и в 3 (10%) – кровотоком не определялся. При поликавернозном поражении в 13 (76,5%) наблюдениях кровотоком не определялся, и в 4 (23,5%) - был резко снижен и фрагментарен. При нефроциррозах в 11 (91,7%) наблюдениях кровотоком не определялся. Для выявления взаимосвязи между результатами ультразвуковой ангиографии (УА), радиоизотопной ренографией и экскреторной урографией проведен корреляционный анализ. Как показал анализ, между отсутствием визуализации кровотока, «выключенной» рентгенологически почкой и афункциональным типом кривой при радиоизотопной ренографией имеется прямая сильная связь ($r=1$, $p<0,02$). Между снижением кровотока по данным УА и сниженной выделительной функцией на экскреторных урограммах, также выявлена прямая сильная связь ($r=0,87$, $p<0,05$). Гистологическое исследование удаленных почек подтвердило результаты УА почек. Диагностическая информативность УА почек в оценке функционального состояния составила: чувствительность – 88,5% , специфичность - 86,7%, точность – 86,7%.

Выводы. Таким образом, ультразвуковая ангиография при нефротуберкулезе является высокоинформативным методом в оценке почечного кровотока.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ ПОЛИКЛИНИКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Мадаминова Н.С, Пулатов О.А

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность: В Узбекистане пока отсутствуют системы комплексной компьютеризации медицинского учреждения, и сейчас идет подготовка к их созданию. Это связано не только с дороговизной создания такой системы, но и со сложностью формализации деятельности медицинского учреждения. Однако развитие компьютерных и коммуникационных технологий, а также постоянное уменьшение стоимости компьютерной техники сделало технически и финансово возможным создание таких систем.

Целью данной работы явилась разработка программного обеспечения для введения автоматизированного учета пациентов в стоматологической поликлинике.

Материалы и методы исследования:

- На базе поликлиники №56, ТашПМИ проводился мониторинг качества заполнения амбулаторных карт медицинскими работниками.
- Регистрация пациентов, создание электронной амбулаторной карточки и заполнение ее данными о пациенте.
- Оценка индивидуального тестирования населения в стоматологической поликлинике.
- Для создания программного обеспечения использовали реляционную модель данных, среда программирования Delphi, СУБД Oracle.

Результаты и обсуждение исследования: Результаты анализа показали, что информатизация работы врачей приводит к существенным изменениям количественных и качественных показателей их деятельности. Объем прироста по всем перечисленным показателям составил 7-12%, а суммарный прирост выработки УЕТ за двухлетний период превысил 20%. Данные изменения констатируются не только относительно показателей, характеризующих работу данного терапевтического отделения стоматологической поликлиники в предшествующие годы, но и в сравнении с показателями других отделений поликлиники.

Анализ результатов анкетирования в поликлинике №56, ТашПМИ показал, что субъективное восприятие качества медицинской поликлинической помощи существенно зависит от времени ожидания врачебного приема. Соответственно этому, высокая оценка качества медицинского обслуживания в стоматологической поликлинике в значительной мере связана с информационной поддержке работы регистратуры и врачей терапевтического отделения.

Вывод: На основании полученных результатов сформулировано обоснованное заключение о том, что применение информационных технологий в практике поликлинического обслуживания обеспечивает повышение количественных показателей эффективности врачебной деятельности

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ И ДИСБИОЗА КИШЕЧНИКА КАНДИДОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Маликова Ф., Таджиев Б.М.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность: Несмотря на достигнутые успехи в совершенствовании диагностики и лечебной тактики, острые кишечные инфекции (ОКИ) остаются широко распространёнными заболеваниями - их переносят ежегодно не менее 500 тысяч детей. В последние два десятилетия наблюдается значительный рост частоты грибковых инфекций, наиболее распространёнными возбудителями которых являются грибы рода *Candida*, относящиеся к условно патогенным микроорганизмам и выделяемые с кожных покровов и слизистых оболочек здоровых людей. В настоящее время известно около 180 видов *Candida*, из которых наибольшее значение имеет *C.albicans* (до 62-95% всех случаев кандидоза). Возбудителями заболевания также могут быть *C.glabrata*, *C.tropicalis*, *C.parapsilosis* и др.

Цель: изучение особенностей клиники острых кишечных инфекций на фоне кандидоза кишечника.

Материалы и методы: Нами проводилось клиническое обследование 30 больных детей раннего возраста, у которых длительное время наблюдалась кишечная дисфункция в виде диареи, находившихся на стационарном лечении в отделении детской инфекционной больницы № 4 Шайхонтаурского района г. Ташкента. Все больные дети были подвергнуты клиническому и развернутому бактериологическому исследованию.

Результаты: Среди детей, больных острыми кишечными инфекциями; заболевания, причинно обусловленные грибами рода *Candida*, составили 8%. Наиболее часто заболевание данной этиологии выявлены у детей первого года жизни (18,1%). Пищевые отравления кандидозной этиологии не имеют патогномоничных проявлений. Для них характерно острое начало болезни, сочетание умеренно выраженных симптомов интоксикации с многократной рвотой, умеренно выраженными абдоминальным болевым и редким диарейным синдромами. Для острых кишечных инфекций кандидозной этиологии характерно сочетание умеренно выраженной лихорадки, других симптомов интоксикации, поражение кишечника по типу гастроэнтерита, энтерита, гастроэнтероколита, нечастое развитие абдоминального синдрома и гемоколита. От инвазивных кишечных инфекций острые кишечные инфекции кандидозной этиологии отличает меньшая выраженность интоксикации, от вирусных диарей - большая частота развития абдоминального синдрома. Выбор терапии острых кишечных инфекций кандидозной этиологии зависит от топике поражения желудочно-кишечного тракта: при преимущественном поражении верхних отделов оптимально сочетание пероральной регидратации и энтеросорбента или пробиотика (аципола); при развитии гастроэнтероколита, энтероколита, а также наличии внекишечных проявлений кандидоза дополнение стартовой антибактериальной терапии антимикотиком флуконазолом способствует укорочению длительности основных симптомов поражения желудочно-кишечного тракта, нивелированию внекишечных проявлений, санации организма от грибов рода *Candida*.

Выводы: С целью уточнения этиологии ОКИ показано широкое внедрение в рутинную практику бактериологических методов исследования, позволяющих идентифицировать грибы рода *Candida*. У детей, больных острыми кишечными инфекциями кандидозной этиологии, протекающих с поражением верхних отделов ЖКТ целесообразно проводить стартовую терапию, предусматривающую сочетание пероральной регидратации и энтеросорбентов (смекта, неосмектин) или пробиотиков.

БОЛАЛАРДА СИСТЕМАЛИ ҚИЗИЛ ЮГУРИК ВА ЮВЕНИЛ РЕВМАТОИД АРТРИТ КАСАЛЛИКЛАРНИ НЕВРОЛОГИК АСОРАТЛАРИНИ ДИФФЕРЕНЦИАЛ-ДИАГНОСТИК КРИТЕРИЯЛАРИ.

**Маматқурбонов Ш.Б., Зияходжаева Л.У.
Тошкент педиатрия тиббиёт институти**

Долзарблиги. Системали қизил югурик (СҚЮ) ва ювенил ревматоид артрит (ЮРА) касалликлари коллагеноз касалликлар гуруҳига киритилади. Коллагеноз касалликлари – артритлар, тери тошмалари ва ички аъзолар шикастланиши каби клиник белгилар билан кечувчи касалликлардир. Бу касалликлар айниқса, мактаб ёшидаги болалар орасида кенг тарқалган. Бош ва орқа мия, периферик нерв тизими, мускулларни шикастланиши ҳамма коллагеноз касалликлар учун хос белги (А.С.Петрухин, 2008). Дастлаб коллаген толаларда, бириктирувчи тўқимада тарқоқ ўзгаришлар аниқланади. СҚЮ да неврологик ва психик асоратлар 69% (N.Futrell, 1992й), 80% (R.Brey, 2002й), 88% (С.Мок, 2006й), 34,6% (Н.Ҳу, 2005), 92% (J.Hanly, 2004), 57,3% (G.Sanna, 2003й), 72% (А.Афелтра, 2003й), 60% (И.Зборовская, 2011й), 76,7 % (А.С.Петрухин, 2008й, шулардан психик бузилишлар 17%, деменция 15,7%, талваса 12%, бош мия жуфт нервлари дисфункцияси 11,4%, периферик невропатия 10,7%, мияча шикастланиши 3,6 % ва бошқалар). СҚЮ да эпилептик тутқаноқлар 20% (М.Стеинлин, 1995й), 42,8 % (W.Loh, 2000й), 84,4% (Н.Ҳу, 2006й).

ЮРА да неврологик асоратлар 58,3% (М.Мурзалиев, 2006й), 91% (С.Грошев, 2006й), 63,6% (С.Тоиров, Г.Хайдарова, 2002й, шулардан 24,3% вегетатив ва психосоматик бузилишлар, 15,9% астеник бузилишлар, 8,4% аффектив бузилишлар, 7,5% иппохондрик бузилишлар, 2,8% истерик бузилишлар ва 4,6% фикрлаш бузилишлари), 20% (А.С.Петрухин, 2008й) Ҳозирги вақтда коллаген толаларни шикастланиши дисгаммаглобулинемия, дисэнзиматоз, бириктирувчи тўқима мукополисахаридлари ва плазма оксиллари ўртасидаги нормал муносабатнинг бузилиши билан боғлиқ. Коллагенозларда юқори даражадаги неврологик бузилишлар қон томир деворидаги коллагенни шикастланиши билан тушунтирилади, айниқса миядаги. Томирдаги яллиғланиш жараёни коллагеноз касалликлар орасидаги клиник ўхшашликдир ва бу ўхшашлик уларни бирлаштиради. Патогенези ҳозирги вақтда тўлиқ ўрганилмаган, уни асосида иммун системани бузилиши, циркулятор иммун комплекси томир деворини зарарлаши ётади. Персистерловчи вирусли ёки сурункали бактериал инфекция патологик жараёни зўрайтиради. Шунинг учун ушбу масала мультидисциплинар клиник ва патофизиологик ёндошувларни талаб этади ҳамда нафақат кардиоревматология, дерматология, балки неврология доираларида ҳам ўрганилиши керак. Шу сабабли, ушбу масалага илмий ва амалий ёндошиш зарур.

Мақсад. Болаларда системали қизил югурик ва ювенил ревматоид артрит касалликларни неврологик асоратларини дифференциал-диагностик критерияларини ишлаб чиқиш.

Тадқиқот материаллари ва услублари. СҚЮ ва ЮРА касалликлари билан оғриган 60 та бемор болаларда текширув ўтказилади. Беморлар 2 гуруҳга бўлинади. Тадқиқотда клиник-неврологик статусни баҳолаш, неврологик асоратларни аниқлаш мақсадида инструментал (электромиография, электронейромиография, ЭЭГ (кўрсатма бўйича), ЭКГ) ва лаборатор (қонни умумий ва ревматологик таҳлил, умумий сийдик таҳлили) текширувларни ўтказиш.

Хулоса. Бу дифференциал-диагностик критерияларнинг ишлаб чиқилиши СҚЮ ва ЮРА касалликларида неврологик асоратларини эрта аниқланишига ва ногиронликни камайишига олиб келади.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА У БОЛЬНЫХ КРАНИОСТЕНОЗОМ

Маматов А.А., Умарова Р.Х., Ибрагимова Р.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Краниостеноз относится к группе остеодиспластических процессов, развивающихся вследствие патологических изменений черепно-мозговых швов. Проявляется преждевременным их синостозированием, нарушением роста отдельных или всех костей мозгового черепа, возникновением ряда деформаций. Необходимость изучения проблемы краниостеноза определяется тем, что большая часть больных с этим заболеванием нуждается в комплексном реконструктивном лечении, включающем в себя как сложные хирургические вмешательства в краниофациальной области, так и последующие ортодонтические мероприятия. Планирование сложнейших операций в черепно-челюстно-лицевой области при краниостенозе, прогнозирование результатов комплексного лечения невозможно без тщательного рентгенологического обследования больных. Значительная часть краниостенозов сочетается с нарушением формирования основания черепа и лицевых костей. В этих случаях развиваются грубые эстетические диспропорции лица и разнообразные функциональные нарушения со стороны зрения, дыхания, речи, слуха.

Цель работы. Изучение состояния лицевого отдела черепа у больных с разными формами краниостеноза.

Материалы и методы. Исследовано 100 больных краниостенозом, составивших опытную группу: 30 пациентов контрольной группы, не имеющих деформаций и аномалий черепа; 50 пациентов с врожденными сочетанными деформациями лицевого черепа. В работе был использован метод цифровой рентгенографии черепа в прямой и боковой проекциях.

Результаты. Краниометрический анализ рентгенологических материалов показал, что изменения лицевого отдела черепа являются почти закономерным фактом у всех этих больных и касаются, в основном, деформации нижней челюсти, височно-нижнечелюстного сустава, скуло-орбитального комплекса, средней и нижней трети лица. Установлено, что очень часто краниостеноз сопровождается пороками формирования зубов: у 35 больных отмечены аномалии количества, формы, размеров и положения отдельных зубов: у 19 из них обнаружена адентия, у 24 – ретенция, у 12 – дистопия. Основным, наиболее характерным проявлением краниостеноза является одно- или двухстороннее, но всегда асимметричное уменьшение размеров нижнечелюстной кости (нижняя микрогнатия) с уменьшением или полным отсутствием костных элементов височно-нижнечелюстных суставов, чаще с пораженной стороны. Со стороны других отделов лицевого скелета были отмечены следующие изменения: у всех пациентов наблюдалась асимметрия правой и левой половины средней зоны лица. У 18 человек были уменьшены размеры тела скуловой кости. К вторичным изменениям мы отнесли также уменьшение толщины этих отделов нижней челюсти и скуловой дуги, изменение формы бугристости в области нижнечелюстного угла, что обусловлено как аномалией формирования жевательных мышц, так и изменениями мест их прикрепления. В качестве непостоянно встречающихся рентгенологических симптомов можно отметить также следующие: 12 больных имели менее выраженную по сравнению со здоровой стороной скуловую дугу. На стороне поражения у 17 человек были несколько уменьшены размеры верхнечелюстной пазухи по высоте и во фронтальной плоскости. У 1 больного глазница с пораженной стороны располагалась значительно ниже, чем со здоровой. У всех больных этой группы пирамиды височных костей располагались симметрично. Различия наблюдались со стороны носовидных отростков.

Выводы. Таким образом, изучение лицевого черепа с помощью цифровой рентгенографии у больных с краниостенозом дает возможность своевременно диагностировать осложнения данной патологии.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ОРВИ И ОСТРОГО СИНУСИТА У ДЕТЕЙ

Матниёзова М.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Чаще всего острый синусит развивается на фоне ОРВИ. Результаты исследований подтверждают, что синусит вирусной этиологии связан в основном с теми же респираторными вирусами, что и ОРВИ практически при любом ОРВИ в процесс в той или иной степени вовлекаются околоносовые пазухи. Исследование с использованием компьютерной и магнитно-резонансной томографии позволяет выявить признаки синусита в 95% случаев ОРЗ.

Цель исследования: изучить взаимосвязь ОРВИ и синуситов у детей

Материалы и методы исследования: в основу исследования положены данные обследования 25 больных синуситами. Возраст детей в среднем составил $10,6 \pm 0,8$ лет (от 2 до 14 лет). Среди обследованных мальчики составили 56% (14 детей), а девочки – 44% (11 детей). В зависимости от формы воспаления была выделена группа с катаральными синуситами — 9 детей (36%) и гнойными синуситами - 16 (64%). Обследование больных начинали с общего осмотра с учетом всех правил, принятых в клинической медицине. Всем детям были проведены общепринятые клинические исследования.

Результаты исследования: при анализе анамнестических данных нами было установлено, что во всех случаях развитие синуситов было связано с ОРВИ. Общие симптомы ОРВИ и синусита включают классические признаки воспаления слизистой оболочки полости носа и, за исключением боли, ограничиваются местными проявлениями (затруднение носового дыхания, выделения из носа слизистого, реже слизисто-гнойного характера, нарушение обоняния). При присоединении болевого синдрома (головная (лицевая) боль в области лба либо в области проекции пазухи) необходимо заподозрить развитие синусита (особенно в случае усиления боли при наклоне головы).

Развитие синусита при ОРВИ обычно наблюдалось после 5-го дня заболевания, особенно после предшествующего улучшения, а симптомы ОРВИ сохранялись в течение >10 дней.

Отмечались длительная субфебрильная температура, бледность кожных покровов, похудание, вялость, повышенная утомляемость, плохие аппетит и сон, кашель, шейный лимфаденит, синева под глазами. Дети были раздражительными, капризными. У 21,4% детей развился рецидивирующий трахеобронхит, упорно рецидивирующий конъюнктивит и кератит. Совокупность этих симптомов определяют как хроническую синусогенную интоксикацию.

Дети жаловались на затруднение носового дыхания, усиленную носовую секрецию, головную боль разного характера преимущественно во второй половине дня, утомляемость, снижение обоняния, плохую сообразительность, отставание в учебе в школе.

Своевременное назначение комплексной терапии при ОРВИ прерывает этиопатогенетический каскад развития синусита. Комбинированное противовирусное, антибактериальное, иммуномодулирующее, муколитическое и противовоспалительное действие современных фитопрепаратов позволяет использовать последние в качестве монотерапии легких и среднетяжелых форм ОРВИ как этиопатогенетически обоснованное лечение, имеющее целью не только устранение симптомов, но и профилактику острого РС, особенно у пациентов группы риска.

Заключение. Таким образом, ОРВИ и синусит находятся в прямой причинно-следственной взаимосвязи, объединены общностью симптомов.

**МАНЕВР МОБИЛИЗАЦИИ АЛЬВЕОЛ
ПРИ ПАРЕНХИМАТОЗНОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ.
Махамбетов И.Ж., Юлдашева С.А.
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт**

Актуальность. Паренхиматозная дыхательная недостаточность (ПДН) проявляется стойкой гипоксемией, вызванной коллабированием больших групп нестабильных альвеол. Данный синдром проявляется ухудшением тяжести состояния детей, нарастающей дыхательной недостаточностью (ДН), ухудшением процессов вентиляции легких.

Для устранения проявлений ПДН применяются различные методики, среди которых положительное давление в конце выдоха (ПДКВ) имеет наибольшее преимущество. Однако данная методика постоянно совершенствуется, изменяются параметры и режимы, направленные не только на открытие альвеол, но и на удержание их в открытом состоянии во время вдоха.

Цель исследования. Определение оптимальные параметры ПДКВ для эффективной мобилизации альвеол при гипоксемии, вызванной ПДН.

Материалы и методы. Исследовано 34 ребенка (3-7 лет) с выраженными проявлениями ПДН различной этиологии, среди которых пневмония (69%), сепсис (8%), острый респираторный дистресс синдром (ОРДС -8%). По тяжести состояния (АРАСНЕП) и способам устранения гипоксемии пациенты были разделены на 3 группы: 1- устранение гипоксемии повышением SatO_2 (12 детей), 2- «щадящая» модифицированная методика ПДКВ (11), 3- «агрессивная» методика ПДКВ (12). Проводили мониторинг АД, ЭКГ, ЧСС, пульсоксиметрии (SatO_2), исследовали КЩС, центральную гемодинамику (ЦГ)

Результаты и обсуждение. Проведение «щадящего» приема мобилизации альвеол (1 группа) привело к существенному увеличению индекса оксигенации и нормализации SatO_2 , (в течении 1 часа удалось повысить SatO_2 до безопасного уровня), со снижением показателей АД, ЧСС, но степень тахикардии была ниже достоверного значения.

У пациентов 2 группы устранить гипоксемию удалось намного быстрее, без дальнейшего нарастания ее в дальнейшем, что показало эффективность «щадящей» методики, с достаточно положительным снижением гемодинамических показателей, уровня давления в легочной артерии. Уровень КЩС стабилизировался уже на 40 мин.

У пациентов 3 группы легкие были в значительной степени повреждены, что по шкале LIS составило $2,35 \pm 0,1$ ($1,55 \pm 0,1$ во 2 группе), соответствующее умеренному поражению легочной ткани. Использовать традиционные методы не было возможности, индекс интоксикации не повышался выше 200 (420 в норме). Несмотря на применение «агрессивного» приема у пациентов не отмечалось стойкого и клинически значимого снижения АД, сердечного выброса (СВ) и сердечного индекса (СИ). Это относилось и к пациентам, которым проводилась инотропная поддержка до начала методики мобилизации альвеол. На высоте приема мобилизации отмечалось брадикардия, после окончания - пульс учащался, с последующим снижением степени тахикардии. После проведения приема происходило достоверное увеличение транспорта кислорода, что свидетельствовало не только об улучшении оксигенирующей функции легких, но и о том, что прием мобилизации альвеол не оказывал значимого отрицательного действия на центральную гемодинамику.

Выводы. Приемы мобилизации альвеол в процессе ИВЛ быстро и значительно улучшают оксигенацию артериальной крови при острой ПДН, вызванной коллабированием легких, не вызывают стойких нарушений центральной гемодинамики, несмотря на повышение внутригрудного давления.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ

Махкамова О.Д., Юсупалиева Г.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. В Республике Узбекистан заболеваемость пневмонией и их осложнениями продолжает оставаться на высоких показателях и не имеет тенденции к снижению, в структуре общей заболеваемости и по республике составили 3,07 (Статистические материалы о деятельности учреждений здравоохранения Республики Узбекистан в 2012 г.). При этом среди зарегистрированных заболеваний показатели болезней органов дыхания в детском возрасте на 100000 населения имеют склонность к явному возрастанию. В 2010 г. показатели болезни органов дыхания составили всего - 15740,6, а среди детей - 23008,7. В 2011 г. - 16207,2 и 23959,3. В 2012 г. - 17105,9 и 24580,3 соответственно (Статистические материалы о деятельности учреждений здравоохранения Республики Узбекистан в 2012 г.).

Цель. Определение диагностической эффективности осложнений пневмоний у детей путём использования методов сонографии.

Материалы и методы исследования: В основу работы положены результаты обследования 30 детей. Обследование включала в себя подробный сбор анамнеза, физическое исследование, анализы крови, комплексную сонографию проводили в клинике ТашПМИ на ультразвуковых аппаратах Соноскейп 5000.

Результаты исследования. Абсцессы легкого у 5 больных эхографически сначала определялись в виде безвоздушного участка паренхимы легкого с ослаблением или отсутствием сосудистого рисунка (аваскулярный). В последствии в структуре легочного инфильтрата появился участок пониженной эхогенности легочной ткани (деструктивные изменения), который в течение нескольких дней приобретал четкие контуры. Его содержимое становилось анэхогенным, что свидетельствовало о формировании абсцесса. Эмпиема плевры (пиоторакс) была диагностирована у 15 больных. Основным эхографическим признаком эмпиемы являлось разделение двух сигналов от плевральных листков анэхогенным участком однородной или неоднородной структуры, представляющим собой содержимое плевральной полости. У 10 больных комплексным исследованием были установлены патологические воздушные скопления в плевральной полости: пиопневмоторакс и пневмоторакс. При пиопневмотораксе эхографически в плевральной полости, наряду анэхогенным жидким содержимым, мы визуализировали воздух в виде отдельных пузырьков, представленных короткими линейными или дугообразными гиперэхогенными сигналами.

Вывод. Эхографическая семиотика ранних признаков скопления выпота в плевральных синусах, формирующегося абсцесса, эмпиемы, пневмоторакса и пиопневмоторакса способствовала своевременной диагностике и коррекции лечебно-оздоровительных мероприятий.

ДОЛГОВРЕМЕННОЕ ВЛИЯНИЕ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Машарибова Н.И., Тахирова Р.Н.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность исследования. Рациональное вскармливание в детском возрасте является важнейшим фактором сохранения здоровья детей и их оптимального физического и нервно-психического развития.. В настоящее время для оптимального роста, развития и здоровья детей ВОЗ рекомендует исключительно естественное вскармливание в течение первых 6 месяцев жизни. Для удовлетворения своих возрастающих потребностей дети раннего возраста должны получать адекватный прикорм при сохранении естественного вскармливания до 2 лет и более .

Цель исследования: Изучить долговременное влияние грудного вскармливания на состояние здоровья детей дошкольного возраста

Методы исследования: Проведен статистический анализ по данным годовых отчетов клиники ТашПМИ, а также обследованы 54 детей. Анализировались анамнестические, клинико-лабораторные параметры и данные архивных материалов.

Результаты исследования. Нами было обследовано 54 детей с 4 до 6-летнего возраста. Выявлено долговременное влияние вида вскармливания на соматическое развитие детей. Так, количество детей, получавшее грудное вскармливание, среди этих детей составило 28, и получавшее искусственное вскармливание составила 26 детей. Среди детей, получавших искусственное вскармливание, часто болеющие дети были выявлены в дошкольном возрасте в 67% случаев, в младшем школьном - в 33%. Аллергические заболевания и низкий уровень гемоглобина отмечены в раннем и дошкольном возрасте в 69%, в младшем школьном - в 31%. Наряду с этим, у детей раннего возраста, получавших искусственное вскармливание, по сравнению с грудным в 3 раза чаще были отмечены заболевания органов пищеварения, в 2 раза чаще - аллергические заболевания, в 1,5 раза чаще — низкий уровень гемоглобина. Удельный вес часто болеющих детей в дошкольном возрасте в 1,5 раза выше. У детей раннего возраста, получавших грудное вскармливание, задержка развития активной речи отмечена в 11% случаев в городе. А у детей, получавших искусственное вскармливание, составила 45%. Низкий уровень логического мышления выявлен у этих детей в дошкольном возрасте в 16%, а у детей получавших грудное вскармливание составил всего 3%, соответственно; задержка развития речи - в 21% и в 2% случаев.

Заключение. Полученные данные о состоянии здоровья детей, находившихся на различных видах вскармливания, указывают на необходимость дополнительной профилактики аллергических заболеваний, железодефицитной анемии, дисбактериоза кишечника у детей, особенно переведенных на искусственное вскармливание.

ЗНАЧЕНИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ УШИБАХ И РАСТЯЖЕНИЯХ КОЛЕННОГО СУСТАВА ОСЛОЖНЕННЫХ ГЕМАРТРОЗОМ

Масумов Ж.Х., Болтаева Н.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Уточнения диагностики переломов и закономерностей повреждений различной локализации важно для определения тактики лечения прогноза вопросов. При этом большое значения имеет рентгенологическое исследования.

Цель исследования. Изучить рентгенологические данные этих повреждений как основных критериев при определении степени и характера тяжести телесных повреждений.

Материал и методы. Сообщение основано на анализе 175 больных с ушибами и растяжениями связочного аппарата коленного сустава осложненных гемартрозом. В работах использовались методы обычной рентгенографии и кислородной артрографии. Каждому больному производилась обзорная рентгенография в двух проекциях, а при необходимости в трех проекциях, сравнительная рентгенография обоих коленных суставов при одном и том же режиме съёмки. В динамике проводилась кислородная артрография и изучалось состояние неповрежденных тканей под действием внутрисуставной оксигенотерапии.

Результаты исследования. По изученным данным на основании обычных рентгенограмм в боковой проекции можно судить о состоянии заднего отдела капсулы сустава. В таких случаях ориентируются по форме светлой полосы отражающей тени жировой клетчатки, примыкающей к задней стенке капсулы, а также по положению пателлы, которая, если она есть, при наличии выпота смещается кзади. Это можно сказать и по отношению надколенника, который также при наличии выпота смещается кпереди. Смещение надколенника мы наблюдали у 76 больных с II-III степенью выраженности гемартроза. Рентгенологическим признаком повреждения мягких тканей с кровоизлиянием в полость сустава является расширение суставной щели, которое часто наблюдали у больных, поступивших в поздние сроки после травмы, тогда когда развивалось реактивное воспаления в суставном хряще, а также у больных с III степенью гемартроза. Установлено, что кислородная артрография является эффективным и необходимым диагностическим методом обследования.

Выводы. Таким образом, результаты приведенных данных свидетельствуют о том, что рентгенологические исследования повреждений мягких тканей коленного сустава, осложненных гемартрозом, являются важным вспомогательным методом для правильной дифференциальной диагностики внутрисуставных повреждений и раннего их выявления.

КАРДИОРЕНАЛЬНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.

Мехмонова Н.Б. Гаффарова Ф.К.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт.

Актуальность. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одной из наиболее значимых медицинских, экономических и социальных проблем XXI века. Взаимосвязь между патологией сердечно-сосудистой системы и почками интенсивно изучается, что привело к созданию концепции кардиоренального синдрома. Установлено, что снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) является независимым фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. В свою очередь, сердечно-сосудистые заболевания являются независимым фактором риска развития хронической болезни почек. При хронической болезни почек (ХБП) увеличение общей и сердечнососудистой смертности наблюдается даже при умеренном снижении функции почек.

Цель исследования: Изучить влияние ХБП на изменение циркадного колебания АД у больных с ХСН IIА стадией, ФК II по NYHA.

Задачи исследования: Изучить особенности суточного профиля артериального давления у больных с хронической сердечной недостаточностью ХСН IIА стадией, ФК II по NYHA, ассоциированной с хронической болезнью почек.

Материал и методы: Обследованы 30 больных ХСН IIА стадией, ФК II по NYHA. Среди обследованных мужчин было 18, женщин – 12. Средний возраст $52,5 \pm 4,2$ года. 15 больных не было сопутствующей патологии почек (I группа). Сопутствующие ХБП диагностированы у 15 больных (II группа). Всем больным было проведено полное клиническое обследование, суточное мониторирование АД и исследована скорость клубочковой фильтрации. Суточное мониторирование АД проводилось с помощью портативного монитора. Исследование скорости клубочковой фильтрации проводилось по Ребергу.

Результаты исследований: При мониторировании АД в I группе больных нормальные цифры АД были выявлены у 11 (73,3%) больных, АД в пределах 140/90 мм рт. ст. – у 4 (26,7%) больных. СКФ в пределах 80-90 мл/мин была у 8, 70-59 мл/мин у 7 больных данной группы. Значительные различия выявлены в степени ночного снижения (СНС) как САД, так ДАД у больных с разной СКФ. Степень ночного снижения САД у больных с СКФ ≥ 90 мл/мин составила $2,1 \pm 2,9\%$, против $4,8 \pm 4,7\%$ у больных СКФ ≤ 90 мл/мин, СНС ДАД составили $4,4 \pm 3,6\%$ и $5,6 \pm 4,1\%$ соответственно. Во II группе больных нормальные цифры АД выявлены у 6 (40%), АД в пределах 140/90-160/95 –мм.рт.столб., у 9 (60%) больных. СКФ в пределах 60-70 мл/мин, была у 1, 40-59 мл/мин у 8, 30-39 мл/мин у 6 больных. СНС САД составила $4,8 \pm 9,6\%$ у больных с СКФ $60 \leq$ мл/мин, против $8,7 \pm 7,7\%$ у больных с СКФ $\leq 40-59$ мл/мин. СНС ДАД составили $9,4 \pm 9,6\%$ и $13,6 \pm 9,1\%$. Степень ночного снижения ДАД коррелировала с возрастом больных. Как среди больных с ХСН IIА стадии, ФК II по NYHA, ассоциированной с ХБП, так и среди больных с ХСН IIА стадии ФК II по NYHA с сохраненной функцией почек при исследовании СМАД часто отмечались эпизоды гипотонии: для САД - у 41,4% и 42,9% больных, для ДАД - у 70,7% и 71,4% больных соответственно.

Выводы. Суточное мониторирование артериального давления у больных с хронической сердечной недостаточностью, ассоциированной с хронической болезнью почек, характеризуется неблагоприятным гемодинамическим профилем артериального давления и высокой частотой эпизодов артериальной гипер- и гипотензии, способных оказать негативное влияние на прогноз заболевания.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ ВО СНЕ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ.

Миноварова Ч.А. Гаффарова Ф.К

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт.

Актуальность. В последние годы активно изучается проблема нарушений дыхания во сне (НДС) в связи с тем, что накапливается все больше данных о значении НДС в развитии сердечно-сосудистой патологии, в том числе фатальных осложнений. В частности, большое внимание уделяется синдрому обструктивного апноэ во сне (СОАС) как состоянию, наиболее четко ассоциированному с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ). Одной из главных проблем, затрудняющих выяснение причин и - следствий взаимоотношений во влиянии СОАС на сердечно-сосудистую заболеваемость, является коморбидность, особенно частое сочетание СОАС с ожирением, нарушениями метаболизма и артериальной гипертензией (АГ).

Цель исследования. Определение влияния синдрома ночного апноэ на суточные колебания артериального давления у больных артериальной гипертензией и ожирением.

Задачи исследования: Изучить показатели суточного колебания АД у больных с артериальной гипертензией и ожирением. Изучить показатели суточного колебания АД у больных с артериальной гипертензией и ожирением в сочетании СОАС. Изучить влияние СОАС на течение артериальной гипертензии и ожирения.

Материалы методы обследования: Были обследованы 20 больных АГ и сопутствующим ожирением и СОАС леченных в 7 ГКБ. Из них 10 больных АГ и ожирением- I группа больных и 10 больных АГ с сопутствующим ожирением и наличием СОАС- II группа. Диагноз СОАС устанавливали с помощью анамнеза больного, родственников, мониторинговой пульсоксиметрии. У всех больных проведено полное клиническое обследование. Проведено суточное мониторирование АД, вычисление индекса массы тела. СОАС и СМАД изучали с помощью портативного монитора пациента. Измерение АД проводили каждые 15 минут в дневное время и каждые 30 минут в ночное время. Индекс массы тела вычисляли по формуле расчета индекса Кетле.

Результаты исследования: Среди обследованных больных мужчин было 12, женщин 8. Средний возраст больных составлял $56,95 \pm 5,04$ лет. ИМТ у больных I группы был $31,7 \pm 1,4$. При суточном мониторировании АД в I группе больных артериальной гипертензией и ожирением средние показатели составили АДс- $122,3 \pm 3,5$ мм.рт.ст, АДн- $120 \pm 5,9$ мм.рт.ст, АДд- $128 \pm 3,31$ мм.рт.ст. Во II группе больных артериальной гипертензией с ожирением и наличием СОАС ИМТ в среднем был $33,85 \pm 1,8$. При суточном мониторировании АД средние показатели составили: АДс- $132,05 \pm 4,02$ мм.рт.ст, АДн- $131 \pm 6,2$ мм.рт.ст, АДд- $129 \pm 3,7$ мм.рт.ст.

Выводы. Как показали наши исследования больные артериальной гипертензией с ожирением и наличием СОАС характеризуются неблагоприятным течением АГ по сравнению с больными без нарушений дыхания во сне. У них чаще наблюдалось повышение АД в ночное время и утренние часы. Особенностью артериальной гипертензии у больных с синдромом обструктивного апноэ во сне и ожирением является отсутствие ночного снижения АД. У больных АГ, ожирением и СОАС индекс массы тела был выше, чем у больных без СОАС.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Миралиева Н.З., Даминова М.Н., Алиева Г.Р.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

В последние годы, несмотря на сохраняющийся комплексный характер терапии острых кишечных инфекций, значительно изменилась тактика лечения больных, приоритетным направлением которой является щадящее использование антибактериальных препаратов на фоне средств, влияющих на состояние микробиоценоза кишечника.

Целью нашей работы явилось изучение эффективности использования энтерофурила в терапии острых кишечных инфекций у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования Проведен анализ клинических и лабораторных данных 40 больных, в возрасте от 1 мес до 3 лет. Группу сравнения составили 30 детей аналогичного возраста и пола, которые получали фуразолидон и 3-я группа была без антибактериальных препаратов. Энтерофурил назначался в возрастной дозировке в виде суспензии (по 2,5-5 мл 3 раза в день) или в виде капсул (по 200мл 3 раза в день) курсом 7 суток. Фуразолидон назначался в обычной возрастной дозировке.

Диагноз ОКИ верифицировался на основании клинического осмотра больных, бактериологического исследования кала, общего и биохимического анализов крови.

Лабораторные методы исследования включали проведение общего анализа крови, мочи,

Результаты и их обсуждение. Все больные получали стандартную комплексную терапию, включающую диету с пребиотиками, пробиотиками, оральную или парентеральную дезинтоксикацию и регидратацию в зависимости от тяжести состояния и симптоматические средства. У детей 1-й группы более быстро, чем во 2-й группе сравнения, улучшалось общее состояние, наблюдалось исчезновение симптомов интоксикации, лихорадки, исчезала вялость, быстрее восстанавливался аппетит, тошнота, рвота, нормализовался стул. Достоверная разница имела место в сроках купирования рвоты и кишечной колики (метеоризма) ($1,4 \pm 0,23$ и $3,9 \pm 0,52$) ($p < 0,05$). Нормализация частоты стула под влиянием энтерофурила произошла к 4-5-му дню у 38(95%) больных, во 2-й группе сравнения у 20(66,7%) детей.

Положительная динамика симптомов в основной 1 группе позволила сократить сроки пребывания больных в стационаре до $7,0 \pm 0,3$ дня, что меньше, чем во 2-й группе, - $9,4 \pm 0,5$ дня ($p < 0,05$).

При исследовании кала на дисбактериоз было выявлено, что у детей, получавших энтерофурил, имели место дисбиотические нарушения 2-3-й степени в виде достоверного снижения уровня бифидо и лактобактерий (у всех больных) и роста условно-патогенной микрофлоры-флоры, одного вида или в ассоциации: эшерихий (50%), клебсиеллы (20%), протей (50%), золотистого стафилококка (40%), грибов рода Кандида (60%).

Установлено, что положительная динамика как общих, так и местных проявлений заболевания в первые 3 дня лечения наступала несколько быстрее у пациентов основной 1 группы, которым был назначен внутрь энтерофурил на фоне базисной терапии, чем у больных, получавших только базисную терапию без антибактериальных препаратов. Клиническая эффективность терапии энтерофурилом расценена как «хорошая» у 36 (90%) больных основной группы и у 19 (63,3%) группы сравнения, «удовлетворительная» - у детей не получавших антибактериальную терапию, 6(40%).

Выводы. Проведенные исследования показали, что применение энтерофурила в стартовой антибактериальной терапии острых кишечных инфекций у подавляющего большинства детей приводит к достоверно более быстрой положительной динамике как общих, так и местных клинических симптомов.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ АНЕСТЕЗИИ ПРИ УРОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ

К.В Мукинова

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Цель исследования: Выработать оптимальный вариант анестезиологического обеспечения урологических операций у детей поддержанием гемодинамической стабильности.

Методы и материалы: Исследование проводилось у 40 детей в возрасте от 3 до 14 лет, которые были разделены на две группы аналогичные по полу, возрасту и антропометрическим данным: по 20 человек в каждой. Все дети принадлежали к группе риска по ASA I и II. Всем пациентам выполнялась стандартная премедикация. Больным первой группы использовалась комбинация пропофола (в дозе 3 мг/кг) с кетамин (в дозе 4-5 мг/кг), больным второй группы использовалась комбинация фентанила (0,005 мг/кг) с дроперидолом (0,3-0,4 мг/кг). После введения мышечных релаксантов производилась интубация трахеи, и больные были переведены на ИВЛ. Продолжительность хирургического вмешательства составляло 60 ± 12 минут. Состояние гемодинамики оценивалось исследованием показателей центральной гемодинамики методом ЭхоКГ, мониторингом измерения АДс, АДд, АДср, ЧСС и SaO₂ (аппарат «Такаока»). В послеоперационном периоде время пробуждения и время восстановления сознания оценивалось с помощью балльной системы оценки пробуждения после анестезии (Aldrete J.A, Kronlik D.). Результаты были зарегистрированы и сравнены в двух группах.

Результаты: Проведение анестезиологического пособия комбинацией фентанила с дроперидолом сопровождалось снижением ЧСС – на 14,2 %, АДс – на 13,4%, АДд - на 9,2% по сравнению с группой, где проводилась анестезия комбинацией пропофол - кетамин на основных этапах анестезии. Показатели центральной гемодинамики оставались относительно стабильными в обеих группах исследуемых больных. Период восстановления когнитивных функций продолжался дольше во второй группе. Постнаркозный период проходил с достаточно быстрой реверсией сознания в первой группе (на $25,0 \pm 1,15$ минут).

Выводы: Таким образом, анестезиологическое обеспечение урологических операций с применением комбинации пропофол-кетамин характеризовалось относительной стабильностью гемодинамических показателей и ранним пробуждением больных в послеоперационном периоде.

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ПОЧЕК ПРИ АВТОМОБИЛЬНОЙ ТРАВМЕ

Муродов Н.Х, Кузиев О.Ж, Хван О.И.

Ташкентский медицинский педиатрический институт

В судебной медицине, несмотря на высокую частоту встречаемости травмы живота в экспертной практике, до сих пор отсутствуют надежные диагностические критерии оценки степени тяжести таких травм, что свидетельствует об актуальности этой проблемы.

В связи с этим **целью** данного исследования явилось выявление частоты повреждений органов брюшной полости и забрюшинного пространства и установление методов их диагностики.

Материалы и методы. Материалами для исследования послужили 63 истории болезни лиц, получавших лечение по поводу травм органов брюшной полости и забрюшинного пространства, полученных в результате автотравм, на базе Республиканского центра экстренной медицинской помощи в 2010 году, а также 91 архивные заключения судебно-медицинских экспертиз живых лиц, по поводу данных повреждений за 2010 год на базе Ташкентского городского бюро СМЭ.

Результаты исследования. Анализ судебно-медицинских экспертиз, содержащих судебно-медицинские диагнозы повреждений органов брюшной полости и почек у лиц, получивших травмы при дорожно-транспортных происшествиях, показал, что, при тупой травме тела, чаще всего повреждаются почки, после них наиболее частыми являются повреждения печени и селезёнки. Распределение по обстоятельствам получения повреждений показало, что 37 (41%) были пешеходами, 22 (24%) – пассажирами, 32 (35%) – водителями. В 3-х случаях водители были в состоянии алкогольного опьянения. В 4-х случаях в состоянии алкогольного опьянения были пешеходы. Сочетанные травмы головы, грудной клетки, внутренних органов с переломами конечностей наблюдались в абсолютном большинстве случаев (80,7%) у пешеходов. При этом было выявлено, что клинические проявления травм этих органов могут проявляться с сильным запозданием, и пострадавший может не ощущать каких-либо резких болезненных проявлений травмы определённый промежуток времени. Наиболее часто при диагностике повреждений применялось эхографическое исследование внутренних органов, что позволяло идентифицировать травму и интактную зону даже при отсутствии клинических проявлений травмы. Кроме того, данные эхографического исследования позволяли выявить глубину и объём полученных повреждений.

Выводы: Чаще всего наиболее тяжелые повреждения при дорожно-транспортных происшествиях получают пешеходы. Сочетанные травмы чаще наблюдаются у пешеходов, тогда как изолированные повреждения внутренних органов чаще наблюдались у водителей и пассажиров. При тупой травме тела чаще всего повреждаются почки, после повреждений почек наиболее частыми являются повреждения печени и селезёнки. Эхографическое исследование позволяет идентифицировать травму и интактную зону даже при отсутствии клинических проявлений травмы. С целью внедрения в повседневную экспертную практику рекомендуется УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства во всех случаях проведения судебно-медицинской экспертизы живых лиц с целью констатации тупой травмы.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛИДЕЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Мусаев Ж.З., Маннанов А.М

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность темы: Атопический дерматит (АД) представляет собой важную медико-социальную проблему, которая обусловлена высокой распространенностью и неуклонным ростом заболеваемости. Распространенность заболевания среди детей экономически развитых стран колеблется от 10 до 28%. В общей структуре кожных заболеваний у детей раннего возраста доля АД достигает 63% (Короткий Н.Г, 2003). Раннее начало непрерывно-рецидивирующее течение, увеличение частоты тяжелых форм заболевания значительно снижают качество жизни (КЖ) пациентов.

Цель исследования. Провести клиническое исследование и изучить эффективность препарата Элидел в лечении детей раннего возраста с атопическим дерматитом (АД).

Материалы и методы. В исследование было включено 65 больных АД, в возрасте от 2 месяцев до 2 лет.

Системная терапия АД проводилась в соответствии с тяжестью течения дерматоза и включала применение антигистаминных, десенсибилизирующих и седативных препаратов, антиоксидантов, энтеросорбентов. В период исследования исключалось применение системных и топических глюкокортикостероидных препаратов. У пациентов всех групп в качестве топической монотерапии использовали крем Элидел (1% пимекролимус) – новый нестероидный противовоспалительный препарат, селективный ингибитор синтеза цитокинов, 2 раза в сутки. Длительность курса составила 2 – 4 недели.

Эффективность лечения оценивали по снижению выраженности субъективных симптомов, динамики изменения данных параметров под влиянием терапии после 5, 15, 30 дня лечения. Результаты исследований проводили по индексу SCORAD.

Полученные результаты. Клинические улучшения после окончания терапии было зарегистрировано у 58 из 65 пролеченных больных АД, причем у 38 достигнута клиническая ремиссия процесса, у 20 – значительное улучшение. Эффективное действие Элидела отмечалось уже в первую неделю применения, когда площадь поражения кожи, выраженность симптомов АД, интенсивность зуда уменьшались в 1,5 – 1,7 раза.

Обсуждение. Благоприятная динамика регресса проявлений АД в процессе терапии и после её окончания, снижение выраженности объективных симптомов (отек, гиперемия, наличие папулезных высыпаний, корок), а также уменьшение интенсивности зуда и нарушений сна отражались и в значительном снижении показателя интегративного индекса SCORAD с $63,7 \pm 5,1$ до $18,8 \pm 2,6$. наибольший клинический эффект был достигнут у детей первого полугодия жизни. Ни у одного ребенка не было зарегистрировано побочных эффектов.

Выводы. Таким образом, проведенное клиническое исследование показало эффективность использования Элидела у 89,23% пациентов АД, что позволяет широко использовать его в комплексном лечении АД у детей раннего возраста.

**БОЛАЛАРДА ЭШЕРИХИОЗИНФЕКЦИЯСИННИНГ
ҲАР ХИЛ КЛИНИК ШАКЛЛАРИНИНГ ЎЗИГА ХОС КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ**
Мусаев С.А., Рихсиева Г.М., Усмонов Р.А
Тошкент Педиатрия Тиббиёт Инститuti

Мавзунинг долзарблиги: Болаларда ўткир ичак юқумли касалликлари барча юқумли касалликлар ўртасида асосий ўринлардан бирини сақлаб туриши билан давом этмоқда. ЖССТ маълумотида кўра ҳар йили диарея касаллиги билан 1-1,2 млрд киши касалланиб, шундан 4 млнга яқин кишида ўлим ҳолати кузатилган уларнинг кўп қисмини эрта ёшдаги болалар ташкил этиши бу касалликнинг эрта ёшдаги болаларда кечиш хусусиятларини ўрганиш ва янги, самарали даво чораларини аниқлаш муаммолигича сақланмоқда. Эшерихиоз инфекцияси шартли патоген микроблар сифатида учраши маълум, ҳозирда билиб- билмай антибиотикларнинг кенг қўламда ва палапартиш қўлланиши эшерихиоз инфекциясининг, дисдиознинг келиб чиқишини кўпайтирмоқдаки бу мамлакатимиз ва бутун дунё шифокорлари олдидаги долзарб муаммодир.

Мавзунинг мақсади: Болаларда эшерихиоз инфекциясининг ҳар хил клиник шакллариининг ўзига хос кечиш хусусиятларини ўрганиш.

Текширув материаллари ва усуллари: Назоратимизда 40 та бемор Эшерихиоз ташхиси тасдиқланган 3-ойликдан 6-ёшгача бемор кузатилди, шундан 3ойликдан-2 ёшгача 24(60%) та ва 2-6 ёшлилар 16(40%)тани ташкил этди.

Олинган натижалар ва уларнинг таҳлили: Беморларнинг эпидемиологик таҳлил қилинганда қуйидагилар аниқланди: Контакт йўли билан юқиш 10(25%), озиқ-овқат маҳсулотларидан 20 (50%), ҳамда 10(25%) беморда юқиш йўли номаълумлигича қолди. Беморларнинг ёш бўйича тақсимот хусусиятларида шундан 3ойликдан-2 ёшгача 24(60%) та ва 2-6 ёшлилар 16(40%)тани ташкил этди.

Беморларни овқатлантириш турига қараб, кўкрак сути билан озиқлантириладиганлари 32(62.7%), аралаш овқатлантиришда 12(23.5%), ҳамда суний овқатлантиришда 7(13.8%). Ташхисни асослаш учун бактериологик 37(72,6%) та беморда ва ПЦР 19(37,3%) беморда ташхисот усулларида мусбат натижалар олинди. Эшерихиоз касалигини йил фаслларига бўлиқлиги ўрганилганда қуйидагилар кузатилди ёз – куз фаслларида эшерихиоз моно инфекция ҳолатида кузатилса, баҳор фаслида ротавирус ёки коравируслар билан микст инфекция ҳолатида кузатилди. Барча беморлар касалликни ўткир бошланиши билан шифохонага мурожаат қилган.

Хулоса: Хулоса қиладиган бўлсак эшерихиоз инфекциясининг юқиш йўлларида катта қисмини касалликнинг озиқ-овқат маҳсулотларидан 28 (54,9%) юқиш кузатилди. Текшувимиздаги бемор болаларнинг ёш бўйича тақсимот хусусиятларида шундан 3ойликдан-2 ёшгача 24(60%) та ва 2-6 ёшлилар 16(40%) касб этди бу касаликнинг 2ёшгача бўлганларда касаллик кўпроқ касалланиш кузатилди. Беморларни овқатлантириш турига қараб таҳлилимизда кўкрак сути билан таъбий озиқлантириладиганлари 32(62.7%) кўпроқни ташкил қилди. Ташхисотидаги фарқларда касалликнинг қўзғатувчисини аниқлашда бактериологик усул етакчилик қилди

ВИДЕОЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ У ДЕТЕЙ С АБСАНСНОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Мустафакулов М.А., Максудова Х.Н.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность. Одной из самых распространенных форм эпилепсии является детская абсансная эпилепсия (ДАЭ) – форма генерализованной эпилепсии, проявляющаяся малыми припадками (petitmal, абсансы) и наличием на электроэнцефалографии (ЭЭГ) специфического паттерна.

Появление технологии видео-ЭЭГ-телеметрии позволило проводить чрезвычайно точную клинико-ЭЭГ-корреляцию при типичных и атипичных абсансах, что на сегодняшний день является наиболее качественным и информативным методом диагностики эпилептиформной активности, что дает возможность установить более четкий диагноз и назначить рациональную схему антиэпилептической терапии.

Целью исследования явилось выделение основных дифференциально-диагностических критериев детской абсансной эпилепсии путем применения видео-ЭЭГ-мониторинга.

Материалы и методы. Обследован 51 ребенок (3-12 лет), из которых у 29 была верифицирована абсансная эпилепсия детского возраста (с атипичными приступами), у 22 – эпилепсия с типичными приступами, которым проводилось ЭЭГ исследование с наличием генерализованных комплексов пик-волн частотой 3 Гц; видео-ЭЭГ-мониторинг (система видео-ЭЭГ-мониторирования) проводилась в течение 2 часов в состоянии активного и пассивного бодрствования, в течение дневного сна и после пробуждения, с проведением функциональных проб. Исследование проводилось с использованием 24 электродов по системе «10-20» с референтным ушным электродом. Дополнительные электроды: ЭМГ, ЭКГ, ЭОГ.

Результаты и обсуждение. Предварительно проведенные исследования, анализ полученных обычных данных ЭЭГ у детей выявил широкий спектр нарушений биоэлектрической активности головного мозга – определенной очаговости и неспецифическими изменениями. Это позволило разделить пациентов на 2 группы в зависимости от типа ЭЭГ: 1 группу (атипичные абсансы) составили дети (ДАЭ) с условно нормальной ЭЭГ- у которых на фоновой записи отмечалось наличие неспецифической медленоволновая активность, низкомплитудный тета-ритм в лобных отведениях с частотой 6 Гц, был локализован фронтально, определялась медленная активность в затылочных отведениях с частотой 3-4 Гц, не превышающей основной ритм более чем в 1,5 раза. Своеобразен был синусоидальный аркообразный ритм в переднецентральных отведениях с пробегами в среднем 6-8 с и частотой 5-7 Гц (центральный ритм Циганека). Периодическое замедление в теменно-центральных отведениях с частотой 4-7 Гц (теменной тета-ритм Дузе). 2 группу (типичные абсансы) составили дети с нормальной ЭЭГ с соответствующим возрасту задним доминантным ритмом, правильным распределением переднезаднего градиента и отсутствием очаговых изменений.

Несмотря на наличие структурной основы, результаты ЭЭГ оказались недостаточно информативными в отношении очаговых нарушений биопотенциалов головного мозга и в детекции эпилептической активности в целом. Продолженный видео-ЭЭГ мониторинг позволил зарегистрировать пароксизмальное событие с дальнейшим определением характера события с учетом клинико-электроэнцефалографических коррелятов присущие ДАЭ, что выявило у больных (39) эпилептиформную активность чаще исходящих из лобных и височных отделов коры головного мозга.

Выводы. Продолженный видео-ЭЭГ-мониторинг позволяет выявить эпилептиформные изменения на ЭЭГ, их характер и выраженность, что значительно влияет на дальнейшую стратегию лечения. На сегодняшний день видео-ЭЭГ-мониторинг является наиболее информативным методом в диагностике типичных и атипичных форм детской абсанс эпилепсии.

ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ДЕТЕЙ

Мухамедханова М.И.

Ташкентский Педиатрический медицинский институт.

Актуальность. В течение последних двух десятилетий независимые исследования в смежных областях медицины (неврологии, эпилептологии, психиатрии и педиатрии) привели к выделению практически одной и той же группы патологии, характеризующейся наличием у больных эпилепсией выраженной перманентной дисфункции головного мозга, проявляющейся поведенческими, психическими и нейропсихологическими нарушениями без эпилептических припадков, сочетающимися с устойчивой эпилептиформной активностью в ЭЭГ. В связи с чем рабочая группа по классификации и терминологии международной противэпилептической лиги внесла в проект новой классификации эпилептических синдромов рубрику эпилептических энцефалопатий; в этот раздел классификации отнесены эпилепсии и эпилептические синдромы, при которых эпилептиформные нарушения приводят к прогрессирующей мозговой дисфункции. Эти расстройства составляют, по данным литературы в зависимости от формы от 5 до 40% поведенческих, психических и нейропсихологических расстройств и до 3–10% всех эпилептических расстройств.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинических особенностей эпилептической энцефалопатии у детей.

Материалы и методы: нами было исследовано 10 детей в возрасте от 3 до 15 лет с диагнозом эпилептическая энцефалопатия. В данной работе использовались общеклинические, неврологические и инструментальные методы исследования (ЭЭГ).

Результаты и обсуждение: у детей с эпилептической энцефалопатией больные поступали с жалобами на отставание в психо-речевом развитии (30%), энурез (40%), логоневроз (10%), нарушение психики и поведения (40%). У 15,4% детей с эпилептической энцефалопатией диагностирован синдром Леннокса, у 10% - синдром Гасто и у 10% синдром Веста. При объективном обследовании наблюдались субклинические признаки рефлексорного гемисиндрома без патологических знаков, слабые знаки орального автоматизма, симптом Хвостека, повышение глубоких рефлексов, мышечная гипотония.

Неврологический статус характеризовался у 50% (5) больных с эпилептической энцефалопатией выраженным интеллектуальным дефицитом, аутизмом, грубой задержкой психомоторного развития. У 40% (1) больных наблюдалось гиперактивное поведение, отставание в обучении в школе относительно своих сверстников, драчливость, расторможенность, когнитивные нарушения. Клинико-неврологическое исследование у 50% (5) выявило рассеянную очаговую симптоматику с выраженным интеллектуальным дефицитом. У данных больных наблюдались генерализованные и полиморфные судорожные припадки. На ЭЭГ данных детей было выявлено гигантно-амплитудная остро-медленно волновая и спайк волновая дизритмия, гипсаритмия. У 4 детей (40%) по данным клинико-неврологического исследования не выявлено грубых очаговых неврологических расстройств, у них наблюдался гиперактивный тип поведения, отставание в обучении в школе. В данной подгруппе больных в анамнезе не было эпилептических припадков. На ЭЭГ выявлена высоко амплитудная стволовая и постоянная остро-медленно волновая дизритмия. Кроме того, у данной категории детей в семейном анамнезе встречались «малые» признаки эпилепсии.

Заключение. Таким образом, нами было выявлено, что при эпилептической энцефалопатии в неврологическом статусе часто преобладают интеллектуально-мнестические расстройства и легкие микроочаговые симптомы. По данным ЭЭГ-исследования у детей больных эпилептической энцефалопатией выявлялся очаг эпиактивности без грубых общемозговых изменений.

ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАНИЯ ОСТЕОПОРОЗА ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА И ОСТЕОХОНДРОЗА

Мухиддинов Б.М., Ибрагимова Р.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Большой интерес представляет вопрос об особенностях сочетания различных и во многом противоположных по своему характеру патологических изменений – остеопороза и остеохондроза.

Цель работы – определение особенностей дистрофических изменений межпозвонковых дисков в зависимости от возраста и пола в норме и при снижении минеральной плотности костной (МПК) ткани.

Материалы и методы. Для решения поставленных, задач были изучены результаты рентгеновского, рентгеноморфометрического и абсорбиометрического исследований позвоночного столба двух групп пациентов. В состав первой вошли 120 человек без клинических признаков остеопороза или остеохондроза, составивших часть популяционной выборки жителей г. Ташкента (60 мужчин и 60 женщин в возрасте 50 лет и старше – три равные по составу возрастные группы – 50-59, 60-69, 70 лет и старше). Вторую группу составили 60 пациенток - женщин с различной величиной минеральной плотности костной ткани, выявленной при абсорбиометрическом исследовании позвоночного столба, разделенные в зависимости от значения костной массы на три равные по составу группы (30-59, 60-79, 80 и более мг мм куб.). Средний возраст пациенток первой группы составил 65 лет, второй 61 и третьей 59 лет. Рентгенодиагностическое и рентгеноморфометрическое исследование проводилось по боковым спондилограммам грудного и поясничного отделов, выполненным с соблюдением ряда требований.

Результаты исследования. В результате обследования первой группы – условно здоровых пациентов, не имевших клинических или лучевых признаков остеопороза или остеохондроза, определена зависимость ширины межпозвонковых дисков от возраста и пола. У мужчин и женщин в норме отмечается закономерное и более выраженные в старшей возрастной группе отличие ширины межпозвонковых пространств в нижележащих сегментах позвоночного столба. В среднем они на 0,3-0,5 мм больше, чем расположенные выше. У мужчин изменений ширины межпозвонковых пространств в связи с возрастом не отмечено. У женщин в возрасте 50-69 лет высота межпозвонковых дисков также не менялась. Их величина в этом возрасте было на 7,6±2,2% меньше, чем у мужчин. Однако в старшей возрастной группе (70 лет и более), у женщин определено значительное, достоверное и закономерное расширение межпозвонковых пространств, более выраженное в нижних сегментах позвоночного столба и составившее в целом 14,4±2,4%. Вероятнее всего, что это расширение связано с разным уровнем естественного, возрастного снижения костной массы, которое, как известно, в норме у женщин выражено в два раза больше, чем у мужчин. Сходные по характеру данные были получены при исследовании распространенности субхондрального остеосклероза и костных разрастаний. Здесь также отмечалось отсутствие заметных изменений в возрасте 50-69 лет и значительное и достоверное снижение их распространенности в самой старшей возрастной группе.

Выводы. Распространенность рентгеновских признаков дистрофических изменений межпозвонковых дисков связана с величиной минеральной плотности кости, при уменьшении МПК их частота снижается. Снижение МПК сопровождается снижением эластических свойств межпозвонковых дисков.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У ДЕТЕЙ ОСЛОЖНЕННЫМ ПАРАТОНЗИЛЛИТОМ

Мухримова Ш.З.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность. Паратонзиллит развивается как осложнение хронического тонзиллита в фазе обострения. По данным авторов больные с паратонзиллитом составляют в среднем 11,5% (Бобров В.М., 2001). Несмотря на сложный инфекционно-аллергический патогенез хронического тонзиллита, первичным фактором в его развитии является инфекция.

Целью настоящего исследования является изучение клинической эффективности лимфотропной терапии хронического тонзиллита у детей, больных с паратонзиллитом.

Методика обследования включала подробный сбор жалоб и анамнеза больных, общеклинический и оториноларингологический осмотры, рентгенографию придаточных пазух носа.

Проведено лечение 34 детей в возрасте от 3-х до 14 лет с хроническим тонзиллитом, осложненным паратонзиллитом. Из них: 18 больные составляли основную группу и получали линкомицин+гидрокортизон лимфотропно, путем подкожной инъекции в область угла нижней челюсти один раз в сутки, в течение 3 дней. Контрольную группу составили 16 детей, которые получали внутримышечного введения цефтриаксона 3 раза в день и полоскание глотки с антисептическим раствором хлорофиллипта.

Динамические наблюдения показали, что на фоне лимфотропной терапии у больных основной группы уменьшилась отечность небных миндалин и дужек, исчезли признаки регионарного лимфаденита. Купировалось болевой симптом и тризм жевательных мышц. Параллельно этому, регрессировали симптомы очаговой интоксикации. Улучшение общего самочувствия и местной фарингоскопической картины наступало у больных основной группы, к 3-4 дню лечения, а у контрольной группы к середине второй недели.

Вывод: Положительный эффект от использования предлагаемого способа состоит в повышении эффективности способа путем достижения высоких и стабильных концентраций антибиотиков в очаге воспаления, что приводит к сокращению времени лечения, удобстве введения - 1 раз в сутки.

РОЛЬ ЛУЧЕВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ БИЛИАРНОГО ТРАКТА

Нажмиддинов А.О., Болтаева Н.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Дисфункции желчного пузыря – относительно нечастые состояния, основным проявлением которых являются боли в верхнем правом квадранте живота и эпигастрии. Предлагаемые клинические диагностические критерии дисфункции желчного пузыря (ЖП) и сфинктера Одди (СФО) во всех руководствах дополняются лучевыми признаками, в частности, диаметром общего желчного протока (ОЖП) по данным эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ). Однако ЭРХПГ достаточно инвазивна, сопряжена с необходимостью введения в протоки контрастного препарата под давлением и чревата осложнениями. Поэтому на современном этапе развития радиологии в полне оправдан поиск информативных критериев состояния желчных путей и СФО, полученных неинвазивным путем.

Цель. Целью настоящего исследования явилось изучение диагностических возможностей неинвазивных методов визуализации (УЗИ и магнитно-резонансной томографии) в выявлении функциональных нарушений гепатобилиарной системы и адекватности их медикаментозной коррекции.

Материалы и методы. Комплексное клиничко-лабораторное и инструментальное обследование выполнено 48 пациентам. Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости и фиброгастродуоденоскопию (ФГДС) в периоды обострения и ремиссии выполнили всем больным, рентгеновскую компьютерную томографию (РКТ) – 9 больным и магнитно-резонансную томографию (МРТ) – 15 пациенту. В комплексном лечении пациентов использовали препарат с пребиотическим действием эубикор.

Результаты. Полученные результаты изучали с применением современных методов математико-статистического анализа. Анализ полученных результатов показал, что дисфункциональные нарушения ЖП и СФО характеризуются целым рядом особенностей. Так, кроме правоподреберного болевого синдрома, сочетающегося с тошнотой и рвотой, по данным биохимических исследований для них были характерны увеличение активности АЛТ, АСТ и щелочной фосфатазы (практически в 2 раза). По данным рутинного УЗИ и РКТ патология билиарной системы не выявлялась. Однако при выполнении проб с пищевой нагрузкой отмечалось расширение ОЖП по данным УЗИ не менее чем на 2-4 мм, при этом сократительная способность ЖП была снижена (фаза сокращения удлинена, остаточный объем увеличен). МРТ с использованием бесконтрастной магнитно-резонансной холангиопанкреатографии (МРХПГ) позволила выявить более тонкие структурные изменения желчных протоков. Применение МРХПГ также позволило исключить органическую патологию большого дуоденального сосочка. Включение в комплексное патогенетическое лечение кроме спазмолитиков, желчегонных и комбинированных препаратов пребиотика эубикора способствовало более стойкому клиническому эффекту.

Заключение. Таким образом, диагностика дисфункциональных нарушений ЖП и СФО должна основываться не столько на методе исключения, сколько на выработке четких клиничко-лучевых критериев. Наибольшей информативностью, сочетающейся с неинвазивностью и отсутствием лучевой нагрузки, отличается МРХПГ. Перспективы МРХПГ стать «золотым стандартом» диагностики дисфункциональных расстройств билиарного тракта связаны с использованием специальных контрастных препаратов. Комплексный анализ данных клиничко-лучевой диагностики в совокупности с обобщением лабораторных данных способствует выбору оптимальной стратегии лечения этой группы пациентов.

ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЛИЦ, РАБОТАЮЩИХ ПО СМЕННОМУ ГРАФИКУ

Назирова М.Х., Рузметова И.А., Эрназарова М.М., Эгамбердиева Д.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: артериальная гипертензия может приводит к развитию осложнений, поэтому важно выявить АГ на раннем этапе и оценить вариабельность артериального давления (АД) у лиц, работа которых связана с ночными сменами.

Цель работы: анализ показателей суточного мониторирования артериального давления (СМАД) работающих по сменному графику.

Материалы и методы исследования: Под наблюдением находилось 52 чел., из них 46 мужчин и 6 женщин, средний возраст $44,2 \pm 1,6$ лет. Помимо общеклинических методов исследования проводилось СМАД с анализом показателей: среднее систолическое и диастолическое АД за день и за ночь- САДд и САДН, ДАДд и ДАДН, индексы времени (ИВ) АД, нагрузка систолическим и диастолическим давлением за сутки (НСАДС, НДАДС), день и ночь, вариабельность и степень ночного снижения (СНС) САД и ДАД, тип суточного профиля (СП) АД.

Результаты исследования: По уровню «офисного» АД сформировано 4 группы: I- оптимального, II- нормального, III- высокого нормального АД, IV- (АГ) I степени. С повышением «офисного» АД (в III и IV группах) возрастали: САД и ДАД за день и ночь ($p < 0.05$). ИВ САД и ДАД за день и ночь ($p < 0.05$). НСАД и НДАД за сутки, день и ночь ($p < 0.05$). Вариабельность АД не отклонялась от нормы, СНС САД и ДАД не имела различия в группах ($p > 0,5$). Во всех группах преобладал тип «dipper», редко встречался «nightpeaker». Нарушения СПАД отмечено у лиц пожилого возраста.

Выводы: При воздействии вредных производственных факторов (ночные смены) для выявления наличия АГ необходимо осуществлять СМАД с целью коррекции выявленных изменений АД и первичной профилактики сосудистых осложнений.

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

Нарходжаева Ш. Б., Аманов Ш.Э.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Хронический гнойный средний отит (ХГСО)- заболевание среднего уха характеризующееся наличием перфорации барабанной перепонки, периодическими выделениями из уха и прогрессирующим снижением слуха.

Цель – оптимизация хирургического способа лечения ХГСО.

Хирургическая санация среднего уха выполняется в экстренном или плановом порядке в зависимости от наличия местных или общих осложнений.

В плановом порядке хирургическое вмешательство у больных ХГСО проводится при отсутствии проявлений осложнений и преследует цель ликвидации хронического гнойно-воспалительного очага с полости среднего уха с целью профилактики краниальных осложнений. При осуществлении данной процедуры нередко хирургу удается одновременно восстанавливать целостность барабанной перепонки и восстанавливать цепь слуховых косточек. Однако, особенно при распространенных кариетических процессах в сочетании инвазивной формой холестеатомы лучше выполнять – операцию в двух этапах.

При обострении ХГСО или наличии местных (лабиринтит, парез или паралич лицевого нерва, мастоидит) или угрожающих жизни общих осложнений (сепсис, менингит или менингоэнцефалит, тромбоз сигмовидного синуса, абсцессы мозга и мозжечка), особенно когда интраоперационно выявляются инвазивные формы холестеатомы с наличием свища на промоториальной стенке барабанной полости целесообразно проведение хирургии в нескольких этапах. Поэтому хирургический способ операции выбирается на операционном столе основываясь на интраоперационные находки.

На сегодняшний день имеется много видов saniрующих, реконструктивно-восстановительных и слухоулучшающих операций для реабилитации больных с хроническим гнойным средним отитом.

В мировой практике имеется опыт поведения одновременной реконструкции структур среднего уха при осложненных формах ХГСО. Наш практический опыт показывает о нецелесообразности такого подхода при осуществлении хирургии среднего уха, учитывая saniрующие и клинко-функциональные результаты в отдаленных катмнестических наблюдениях.

Резюмируя следует сказать, что до настоящего времени выбор метода хирургического лечения хронических гнойных средних отитов остается дискутабельными и требует дальнейших научных разработок.

ПРИНЦИПЫ КОНТРАЦЕПЦИИ У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Нафасова Н.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. В настоящее время принято считать, что способность к зачатию у женщин с СД такая же, как и у здоровых. Исходя из вышесказанного, не вызывает сомнений то, что женщины с СД должны планировать беременность заблаговременно и начинать с нормализации уровня глюкозы в крови, стабилизации и лечения экстрагенитальной и гинекологической патологий, что без использования современных методов контрацепции не представляется возможным.

Цель исследования: изучить принципы контрацепции у женщин с сахарным диабетом.

Материалы и методы исследования: в основе исследования положены данные 20 женщин репродуктивного возраста с СД. К моменту анкетирования 68,4% женщин с СД имели в анамнезе беременность, причем 77,1% из них — 2 беременности и более. Со всеми женщинами были проведены беседы с целью выяснения и установления методов контрацепции. Контрольную группу составили женщины без экстрагенитальной патологии.

Результаты исследования. На основании проведенного опроса было установлено, что репродуктивное поведение женщин с СД отличается от данных позитивным отношением к первой беременности, низким уровнем использования контрацепции, высокой частотой аборт, особенно самопроизвольных и по медицинским показаниям, высокой частотой патологии беременности, преждевременным родоразрешением, слабостью родовой деятельности, мертворождением и высоким процентом кесаревых сечений.

Контрацептивное поведение пациенток с СД характеризуется использованием преимущественно малоэффективных методов предупреждения от беременности (презерватив - 27,8%, прерванный половой акт - 11,2%) и крайне низким использованием - современных (ВМС - 8,3%, ОК - 3,8%). 48,9% женщин не используют контрацепцию вообще, что связано с неудовлетворительным информированием о возможностях современных методов предохранения от беременности.

Женщины с сахарным диабетом относятся к 1-й категории по использованию барьерных, естественных методов контрацепции и ВМС. Гормональной контрацепцией могут пользоваться женщины с СД как 1-го, так и 2-го типа, с длительностью основного заболевания не более 20 лет, не имеющие сосудистых и других осложнений основного заболевания и владеющие навыками самоконтроля.

При анализе частоты возникновения побочных реакций при использовании того или иного метода было установлено, что полученные данные не отличается от данных контрольной группы. Кроме того, выявлено лечебное действие гормональных методов контрацепции при масталгии, дисменорее и предменструальном синдроме.

Адекватное использование гормональной контрацепции у женщин репродуктивного возраста с СД не оказывает существенного системного влияния на углеводный обмен, липидный спектр крови, функцию почек и зрения, не приводит к появлению и/или прогрессированию диабетических микроангиопатий, при отсутствии сосудистых осложнений основного заболевания, наличии удовлетворительной компенсации углеводного обмена и хорошего или адекватного метаболического контроля

Заключение. Обученные пациентки с СД обладают высокой мотивацией поведения, что обеспечивает соблюдение режима приема ОК, их контрацептивную надежность и относительную безопасность. Только такой подход может способствовать безопасному применению различных контрацептивов у больных СД женщин, обеспечивать стабильно хорошее состояние и полноценную жизнь.

РЕЗУЛЬТАТЫ РАЦИОНАЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА.

Нафасова Н.Н., Махкамова Г.Г.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Репродуктивное здоровье — это состояние полного физического, умственного и социального благополучия при отсутствии заболеваний репродуктивной системы на всех этапах жизни. Одним из факторов, влияющих на состояние репродуктивной функции, является предупреждение нежелательной беременности. Сохранение и улучшение репродуктивного здоровья, планирование семьи и ответственное родительство способствуют рождению здоровых и желанных детей.

Цель исследования: изучения эффективности конституционального, индивидуального подхода к назначению комбинированных оральных контрацептивов (КОК).

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе Семейной поликлиники № 54, Юнусабадского района г. Ташкента с апреля 2013 по сентябрь 2014 года. Под наблюдением находилось 60 женщин, в возрасте от 25 до 40 лет, которым по результатам анкетирования, общего и гинекологического осмотра, лабораторных и инструментальных исследований, изучения психологических характеристик назначался один из КОК — Линдинет 20, Регулон или Новинет. Из 60 наблюдаемых женщин у 7 (11,6%) был отмечен избыточный вес, ИМТ 28-30. У 18 (30%) женщин были выявлены воспалительные заболевания малого таза (ВЗМТ), у 34 (57%) анемия легкой и средней степени, у 13 (22%) — функциональные нарушения яичников (ФНЯ), у 3 (5%) артериальная гипертензия.

Результаты и обсуждение: В результате исследования было отмечено, что при подборе Линдинета, Новинета, Регулона согласно конституции женщины у 5 из них отмечалось снижение веса до 3 кг. Разные показания к применению того или иного КОК обусловлены различными гестагенами, входящими в их состав. Так, Линдинет 20 содержит гестоден, который обладает 100% биодоступностью (первичная активность в плазме крови, отсутствие метаболических превращений) и антиминоминералокортикоидными свойствами. Регулон и Новинет содержат дезогестрел, характеризующийся выраженной прогестиновой активностью, высокой селективностью к рецепторам прогестерона и антиэстрогенными свойствами. Он метаболически нейтрален и не влияет на артериальное давление. Индивидуальный подбор КОК предполагает не только их назначение в соответствии с конституциональными особенностями, но и выбор режима дозирования — циклический или пролонгированный прием монофазных КОК. Исходя из характеристик нормального менструального цикла, нами было рекомендовано циклическое применение КОК в режиме 21+7, поскольку это позволяет сохранить чувствительность гипоталамо-гипофизарной системы женщины к гормональным воздействиям для дальнейшего наступления беременности. За время наблюдения было отмечено и оздоровление женщин принимавших КОК. Так число женщин с ВЗМТ снизилось до 5 и составило 8%, с анемией на фоне назначения противоанемического лечения до 19 (31%), артериальная гипертензия была отмечена у 2 женщин, у всех женщин с диагнозом функциональные нарушения яичников наблюдалась нормализация менструального цикла. У наблюдавшихся женщин за время наблюдения случаев беременности не было отмечено.

Выводы: индивидуальное назначение КОК женщинам фертильного возраста привело к снижению ВЗМТ в 3,6 раз, анемии в 1,8 раза и полному излечению функциональных нарушений яичников. Таким образом, конституциональный подбор КОК — это единая гармония: запланированная, желанная беременность, отсутствие аборт, нормализация циклических процессов, психосексуальная и гормональная гармония женщины.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПРОДОЛЬНОГО ПЛОСКОСТОПИЯ У ДЕТЕЙ.

Ни Г.В., Золотова Н.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность темы обусловлена частотой встречаемости продольного плоскостопия у детей, которая составляет по данным ряда авторов 67,3% (А.Н.Разумов, И.Е.Оранский 2004, Е.А.Великанова, Д.А. Ефимов, А.А. Тихонов 2006), отмеченный в основном у лиц молодого возраста и имеющий в настоящее время тенденцию к росту, определяет не только медицинскую, но и высокую социальную значимость этой проблемы (Котельников Г.П., Миронов С.П., 2008).

Цель. Совершенствование диагностики продольного плоскостопия у детей.

Материал и методы исследования. Материал исследования основан на объективном обследовании больных (60) в возрасте 4-14 лет, находившихся на лечении 2-ГКДХБ в отделении детской травматологии и ортопедии, в результате профилактического осмотра на предмет выявления продольного плоскостопия за период 2015-2016 г.г. Диагноз продольного плоскостопия ставился с 4-х лет, т.е. после окончания формирования продольного свода стопы.

При опросе больных были выявлены такие жалобы, как боль в ступнях, мышцах голени, быстрая утомляемость при ходьбе. Наряду с этим определяли время и характер нагрузки на стопы на протяжении дня, особенности и характер выполняемой работы, вероятные беспокоящие проблемы, в частности, особенности носимой обуви. Также уточнили семейный анамнез на наличие данного вида плоскостопия у родителей или близких родственников. Во время ортопедического осмотра особое внимание уделялось медиальному (внутреннему) своду стопы и подошвенной поверхности обеих стоп, определению формы стопы, взаимоотношения между задним, средним и передним отделами стопы, наличие выпячиваний и деформаций в области головки таранной, бугристости ладьевидной костей, переднего отдела и пальцев стопы.

Кроме клинической диагностики продольного плоскостопия нами применена компьютерная диагностика для статической обработки анализа и графической интерпретации полученных данных по нескольким вариантам разработанных программных форм: форма «Trajectory Graph» (отображает траекторию движения «вектора давления» для каждого шага), форма «2D Plane» (предоставляет двухмерную картину силовых и пространственных параметров движения), форма «3D Plane» (предназначена для визуализации трехмерной картины силовых параметров движения).

Результаты исследования. Полученные результаты клинических и инструментальных методов, позволили оценить функциональное состояние стоп, определить зоны чрезмерного подошвенного давления, локализацию скрытой патологии и составить объективную схему ортопедической коррекции с определением расположения и размеров разгружающих, амортизирующих и рессорно-поддерживающих элементов ортопедической стельки. Получаемая в результате биомеханических исследований информация служит основой для определения нормы, позволяет количественно определить степень нарушения локомоторной функции при различных патологических состояниях.

Заключение. Таким образом, несмотря на широко применяемые и известные методы диагностики продольного плоскостопия, компьютерная диагностика имеет значительные преимущества перед другими методами исследования, что позволяет детально изучить характер патологии, определить взаиморасположение костных структур и состояние сухожильно-связочного аппарата. Поэтому необходимо совершенствование диагностики плоскостопия и ее широкое внедрение в клиническую практику.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АДЕНОИДИТА У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЕЙ.

Ниязов Ш.Р., Хасанов М.М., Бахадирова И.Б.
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность темы. Аллергические заболевания являются актуальной проблемой практического здравоохранения и в последние десятилетия привлекают все более пристальное внимание врачей разных специальностей. Самой распространенной патологией ЛОР-органов в детском возрасте являются заболевания лимфаденоидного кольца глотки, их гипертрофия и воспалительные заболевания.

Вопрос о значении аденоидных вегетаций в патогенезе аллергии не является решенным до настоящего времени. Сочетание и взаимодействие аллергического ринита, аденоидита и бронхиальной астмы важная проблема современной аллергологии и оториноларингологии. Связь этих заболеваний требует серьезного изучения, в частности вопрос о влиянии аденоидитов на дальнейшее течение аллергического ринита.

Цель исследования. Определить в какой степени аллергия лежит в основе хронического воспаления лимфоидной ткани носоглотки у детей.

Материал и методы. Ретроспективно изучены истории болезни 53 детей в возрасте от 1 года до 14 лет, в анамнезе которых имеются аллергические риниты, на фоне хронического текущего аденоидита. У детей подробно изучался анамнез заболевания, длительность заболевания, этиологические факторы вызвавшие аллергию (бытовые и пыльцевые аллергены). Изучали, в какой степени аллергия лежит в основе хронического воспаления лимфоидной ткани носоглотки у детей. Провели комплексное аллергологическое обследование детей с хроническими аденоидитами включающим бактериологический посев из носоглотки и исследование крови на наличие специфических IgE антител к энтеротоксинам *Staphylococcus aureus*. Определили особенности эндоскопической картины лимфоидной ткани носоглотки у детей с аллергией. Изучалось влияние аллергических аденоидитов на дыхательную функцию методом передней активной риноманометрии. Кроме этого, исследовали слуховую функцию у детей с аллергическим аденоидитом.

Результаты и обсуждение. У всех детей выяснилось влияние аллергического фактора в основе хронического воспаления лимфоидной ткани носоглотки у детей. Проведено комплексное аллергологическое обследование детей с хроническими аденоидитами. Определены особенности эндоскопической картины лимфоидной ткани носоглотки у детей с аллергией. Характерными эндоскопическими признаками аллергических аденоидитов являются: бледно-розовый цвет аденоидных вегетаций, выраженная отечность и сглаженность борозд, слизистый характер отделяемого. Наиболее важным признаком можно считать лабильность в размерах глоточной миндалины, обусловленную течением аллергического процесса. Исследовано влияние аллергических аденоидитов на дыхательную функцию методом передней активной риноманометрии. Исследована слуховая функция у детей с аллергическим аденоидитом.

Выводы: развитие и течение хронических аденоидитов у 11 детей, что составило 20,7% случаев обусловлено аллергическим состоянием. У 44 детей наиболее часто причинно-значимыми аллергенами являются бытовые, что составило 83%, а у 30 детей (56,6%) пыльцевые аллергены. У 17 детей (в 32,1% случаев) с аллергическими аденоидитами выявлено снижение слуха. Определяется «флюктуирующий» характер тугоухости, за счёт выраженного отека лимфоидной ткани носоглотки. Исследования методом передней активной риноманометрии позволяют объективно оценивать динамику функции носового дыхания на фоне проводимого лечения.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ

Ниязов Ш.Р., Мухитдинов У.Б.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность: В соответствии со статистикой Всемирной организации здравоохранения по индустриально развитым странам число детей в возрасте до 16 лет, страдающих нарушениями слуха различной этиологии, в России превышает 600 тыс. (Загорянская М.Е. с соавт., 1998).

Недооценка степени снижения слуха у детей чревато большими проблемами в дальнейшем. Если в первый год жизни это влияет на развитие речи, познавательных и социально-эмоциональных навыков, то в дальнейшем от состояния слуха зависит социальная адаптация ребенка, проблемы с видом обучения, что играет роль в выборе профессии в конце концов в направленности жизни человека. Длительное и значительное снижение слуха отмечается при хроническом гнойном среднем отите, особенно, отягощенным холестеатомным процессом.

Цель исследования: совершенствование методов ранней диагностики с разработкой не инвазивного способа выявления холестеатомного процесса в полостях среднего уха у детей, страдающих хроническим гнойным средним отитом.

Материал и методы исследования: Обследованы и проанализированы 186 детей с хроническим гнойным средним отитом.

Результаты и их обсуждения: Ведущая роль в этиологии хронического гнойного среднего отита у детей играли Грамположительные кокки, среди которых лидируют коагулазанегативные стафилококки (CNS). Микробный пейзаж возбудитель воспалительных процессов в полостях среднего уха у детей в период наблюдения представлен в основном монокультурами. Наибольшей активностью к CNS обладают следующие антимикробные препараты – ванкомицин, тиенам, ципрофлоксацин, оксациллин, линкомицин, левомецитин.

Течение холестеатомного процесса в полостях среднего уха у детей отличается малосимптомностью с наличием «немного» периода, что приводит к большему распространению деструктивного процесса. Несмотря на агрессивный характер данного процесса и склонность к рецидивированию, он отличается относительной доброкачественностью за счет более редкого разрушения анатомически важных структур среднего уха (крыша барабанной полости и антрума, канала лицевого нерва и стенок полукружного канала), что отражается на частоте отогенных внутри черепных осложнений. При отоскопии с большой долей вероятности можно предположить наличие холестеатомы в полостях среднего уха при непосредственном выявлении ее, обнаружении грануляций и полипов, выступающих через перфорацию барабанной перепонки в ненапрянутой части, также при умеренном или обильном количестве гнойного отделяемого среднего уха с ихорозным запахом, что встречается в 2,5 раза чаще при холестеатомных, чем при кариозно-грануляционном процессе в полостях среднего уха у детей.

Выводы: Приведенные клинические признаки наличия холестеатомного процесса в полостях среднего уха позволят надо госпитальном этапе обследования ребенка ориентировать врача о целесообразной тактике лечения.

СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Ниязова М.Б., Гаффарова Ф.К., Раимкулова Н.Р.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность. Острый коронарный синдром (ОКС), развившийся в результате нарушения целостности атеросклеротической бляшки с последующим тромбообразованием может привести к нарушению центральной гемодинамики и развитию сердечнорасширительной недостаточности.

Цель исследования. Изучение показателей центральной гемодинамики при ОКС.

Материал и методы. Обследованы 40 больных ОКС, леченных в 7 ГКБ. Из них мужчин 24, женщин – 16. Средний возраст больных $54,3 \pm 5,6$ лет.

Больные были разделены на 2 группы: I группа- 18 больных ОКС с элевацией сегмента ST, II группа – 22 больных ОКС без элевации сегмента ST. Группу сравнения составили 10 больных со стабильной стенокардией II-III ФК.

Всем больным проводили полное клиническое обследование, также изучали липидный спектр крови, тропонин I, ЭКГ в 12 стандартных отведениях. Определяли показатели острофазовых реакций (С реактивный белок, фибриноген, интерлейкин I, интерлейкин 6 и фактор некроза опухоли α). Показатели центральной гемодинамики изучали по данным ЭхоКГ в двухмерном и доплеровском режимах при поступлении и на 5 й день поступления после трансформации ОКС. По ЭхоКГ оценивали показатели центральной гемодинамики: КДО, КСО, УО, ФВ, МО, СИ.

Результаты. Изучение показателей центральной гемодинамики в I группе больных показали статистическое достоверное увеличение КДО($162,4 \pm 6,2$ мл, $p > 0,01$), КСО- ($102,5 \pm 3,8$ мл, $p > 0,01$), снижение УО- ($58,2 \pm 2,2$ мл, $p > 0,05$) ФВ- ($37,3 \pm 2,5\%$, $p > 0,01$), снижение МО- $3,9$ л/мин, СИ- $2,3$ л/мин/ m^2 было статистически недостоверным.

Во II группе больных выявлено статистическое достоверное увеличение КДО ($152,3 \pm 5,9$ мл, $p > 0,05$) КСО- ($86,4 \pm 4,1$ мл, $p > 0,02$), УО был в пределах нормальных показателей ($66,2 \pm 3,8$ мл), снижение показателей ФВ- ($43,1 \pm 18\%$, $p > 0,05$) МО- $4,1$ л/мин, СИ- $2,4$ л/мин/ m^2 было недостоверным.

В контрольной группе КДО был $116,2 \pm 3,4$ мл, КСО- $52,4 \pm 2,3$ мл, УО- $64,1 \pm 2,9$ мл, ФВ- $48,2 \pm 2,3\%$ МО- $4,6$ л/мин, СИ- $2,8$ л/мин/ m^2 .

В дальнейшем ИМ с зубцом Q диагностирован у 13, без зубца Q- у 19, нестабильная стенокардия (НС) – у 8 больных. Диагноз верифицирован в соответствии с критериями Всероссийского научного общества кардиологов (2007).

У 9 больных I группы ОКС с элевацией сегмента ST произошла трансформация в ИМ с зубцом Q, у 7 больных без зубца Q и у 2 больных в НС.

Во II группе больных трансформация ОКС соответственно в ИМ с зубцом Q у 5, без зубца Q – у 12 и у 5 больных в НС.

Выводы. Сравнительное изучение показателей центральной гемодинамики у больных ОКС с элевацией сегмента ST и без нее показало достоверное снижение ФВ у больных ОКС с элевацией сегмента ST по сравнению с больными ОКС без элевации и с контрольной группой.

Снижение ФВ у больных ОКС без элевации сегмента ST при поступлении по сравнению с контрольной группой также были статистически достоверным.

Приведенные данные позволяют заключить, что у больных ОКС с элевацией сегмента ST и без нее развиваются снижение показателей центральной гемодинамики более выраженные у больных ОКС с элевацией сегмента ST.

ОСЛОЖНЕНИЯ КОЛОСТОМИИ У ДЕТЕЙ

М.М.Насыров, М.М.Расулов
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

На сегодняшний день, несмотря на большое количество модификаций колостомирования, осложнения от них имеют высокий процент (Е.В. Михайлова, В.П. Петров, 2001, M.Levitt, A. Pena 2012). Увеличение частоты встречаемости данных осложнений легло в основу проведения нами исследования.

Цель: улучшение результатов колостомирования путем совершенствования выбора метода и уровня стомирования.

Материал и методы: Был проведен анализ случаев у 56 больных в возрасте от 3 мес до 14 лет. 40 (71,4%) колостом были наложены по месту жительства, остальные 16 (28,6%) – на базе клиники ТашПМИ и отделении хирургии РСНПМЦ Педиатрии за период с 2007 по 2014 годы. С диагнозом болезнь Гиршпрунга находилось 15 (26,8) больных с колостомой. Из них 6-ым пациентам была наложена колостома по Гирдаладзе, 2 пациентам подвесная колостома справа, 2 детям цекостома, 6 больным подвесная колостома слева и 19 больным была наложена одностовольная колостома по типу Гартмана методом гофрирования. 15 детям колостома была наложена по поводу аноректальной мальформации.

Результаты: У 3 (5,4%) больных с колостомой наложенной по Гирдаладзе отмечалось нагноение и расхождение краев раны. Мы связываем это осложнение инфицированием краев послеоперационной раны кишечным отделяемым. Стеноз стомы отмечался у 1 (1,8%) пациента с колостомой по методу Гирдаладзе. Причиной развития данного осложнения, по нашему мнению, можно считать: выведение конечного отдела ободочной кишки с натяжением, что привело к ретракции и рубцеванию краев кожной раны и возникновению стриктуры на уровне кожи; формирование узкого отверстия в мышечно-апоневротическом слое. Парастомальная эвентрация петель толстой кишки наблюдалась в 1 (1,8%) случае. Причиной образования эвентрации явилась неадекватная фиксация кишки. Эвагинация кишечника была отмечена у 4 (7,1%) больных. У 1 (1,8%) пациента с колостомой по Гирдаладзе, у 3 (5,4%) детей с правосторонней подвесной колостомой и у 1 (1,8%) ребенка с левосторонней подвесной колостомой. Развитие этого осложнения была связано с тем, что в брюшной полости был оставлен большой престомальный участок кишки. Синдром «отключенной» кишки развился у 1 (1,8%) пациента с колостомой по Гирдаладзе и у 1 (1,8%) пациента с цекостомой. Причиной данного осложнения явилось длительное носительство колостомы и не проведение тренировочных клизм отключенной кишки. Каловые камни в дистальном отделе толстой кишки развились у 7 (12,5%) пациентов с подвесной колостомой и 2 (3,6%) детей с цекостомой. Причиной развития данного осложнения, мы считаем, является недостаточная эвакуация калового содержимого из подвесной колостомы.

Заключение: Для максимального сохранения функции кишки, колостому целесообразно накладывать лишь на дистальную часть толстой кишки. Данная тактика в последующем исключает развитие проблем с определением объема резекции. У детей раннего возраста с болезнью Гиршпрунга, с острым течением целесообразно формировать по показаниям одностовольную колостому по типу Гартмана. Мы считаем, что не является целесообразным наложение колостомы на восходящий отдел толстой кишки, вследствие и развития в последующем синдрома «отключенной» кишки. Разгрузочные клизмы отключенной части кишки не приводят к развитию синдрома «отключенной» кишки и уменьшают развитие осложнений в послеоперационном периоде.

ВЫЯВЛЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ СВЯЗОЧНОГО АППАРАТА КОЛЕННОГО СУСТАВА С ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ ПРИ РЕНТГЕНОГРАФИИ

Насирова Н.М., Умарова Р.Х.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Повреждения коленного сустава относятся к частым травмам, их доля составляет от 25 до 40 % всех повреждений опорно-двигательной системы. Рентгенологические методы позволяют решить диагностическую проблему при травмах коленного сустава, а именно: выявить наличие «скрытых» и импрессионных переломов, ушибов костного мозга, повреждения связочно-капсульного аппарата, менисков, хряща.

Цель исследования. Выявление повреждений связочного аппарата коленного сустава с костными повреждениями.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 58 пациента с наличием в анамнезе травмы коленного сустава, с сохраняющимся болевым синдромом и «нестабильностью» в коленном суставе. Среди них было 25 мужчин и 33 женщин. Возраст обследуемых от 18 до 75 лет. Положительные пробы повреждения крестообразной связки определялись во всех случаях исследования.

Результаты и обсуждение. Было обследовано 58 пациента с повреждением передней крестообразной связки, из них у 11 обнаружилось также разрывы наружной коллатеральной связки, у 13 – внутренней коллатеральной связки. При этом у 18 человек (31,03 %) методом рентгенографии были диагностированы неполные внутрисуставные переломы дистального отдела бедренной кости и проксимального отдела большеберцовой кости. Из них у 12 человек диагностированы чистые импрессионные переломы (20,6 % от общего числа исследований и 66,6 % от числа выявленных переломов), и у 6 человек переломы по типу раскалывания и вдавления с раскалыванием (10,34 % от общего числа исследований и 33,3 % от числа выявленных переломов). У 16 пациентов (27,5 % от выявленных переломов) отмечалась импрессия в задних отделах латерального мыщелка большеберцовой кости, которая в 8 случаях сочеталась с импрессией по нагружаемой поверхности латерального мыщелка бедренной кости.

Выводы: Разрывы передней крестообразной связки почти в 20% случаев сопровождается повреждением костных структур, не выявляемых традиционными способами. Наиболее частой локализацией костных повреждений являются задние отделы латерального мыщелка большеберцовой кости.

КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕГАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Полвонов Р.О., Шарипова Ф.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. В последние десятилетия увеличивается рост заболеваемости шизофренией среди лиц молодого трудоспособного возраста, а также - удельный вес быстро прогрессирующих форм с формированием глубоких негативных изменений уже после первых 2-3 приступов (Berman L., Veigner B., Merson A. et al., 2007; Тиганов А.С., 2009). Особенности проявлений дефицитарной симптоматики являются основополагающими при диагностике болезни, а также напрямую связаны с лечением и реабилитацией, поскольку имеют отношение к мотивации больного на восстановление своего психического здоровья (Смулевич А.Б., 2007), однако специальные исследования в этой области немногочисленны, а в последние годы единичны (Смулевич А.Б., 2007; Шипилин М.Ю., 2001). Шизофрения, как тяжелое прогрессирующее заболевание является наиболее частой причиной инвалидизации психических больных, оказывает влияние не только на благополучие семьи больного, но и на медицинскую и социальную сферу обслуживания и все общество в целом (Мосолов С.Н., 2002). Данные ВОЗ (2006) показывают высокую распространенность шизофрении в Европейском регионе - 459,7 на 100 тыс. населения. В России, согласно официальным статистическим данным на 2006 г. зарегистрировано 360,1 на 100 тыс. населения больных шизофренией (Чуркин А.А., Творогова Н.А., 2008).

Цель и задачи исследования - изучение клинко-динамических особенностей негативных расстройств у больных параноидной шизофренией.

Материалы и методы исследования. Обследовано 15 больных с параноидной шизофренией. Использованы клинко-психопатологический, клинко-катамнестический, патопсихологический методы исследования (шкала PANSS).

Результаты исследования и обсуждение. У 43,4% больных расстройства в эмоциональной сфере проявлялись субъективно ощущаемым снижением интереса к разным сторонам жизни, эмоциональной сопричастности и сопереживания внешним событиям. 32 % обследуемых больных характеризовались ограничением круга эмоциональных контактов, признаками аутизма в эмоциональной сфере, эмоциональной монотонностью, стереотипностью, обедненностью, невыразительностью мимики и жестикуляции. Больные испытывали интеллектуальные затруднения, быстро истощались при выполнении привычных нагрузок, у них отмечалось сужение объема выполняемой ассоциативной деятельности. Эмоциональная уплощенность, холодность (вплоть до тупости) отмечалось у 24,6% больных.

Заключение. По мере утяжеления клинической картины эндогенного процесса и нарастания его прогрессивности происходит усложнение клинической картины негативной симптоматики, увеличение глубины поражения эмоциональных, волевых, ассоциативных функций, нарастание качественных изменений (симптомов «искажения»).

КЛИНИКО – ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ВНУТРИУТРОБНУЮ ГИПОКСИЮ

Перфилова В.В.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность. В структуре смертности взрослого населения на первом месте стоит патология сердечно – сосудистой системы, корни которой нередко уходят в детский возраст. Поэтому ранняя диагностика нарушений со стороны сердечно – сосудистой системы остается одной из актуальных проблем в медицине. У детей, перенесших перинатальную гипоксию, поражение сердечно – сосудистой системы регистрируется при физикальном и инструментальном исследовании у 40-70% детей. [Горбунова А. Н., Фанин А.С. 2009г]. Повреждения сократительного миокарда, проводящей системы и коронарных артерий могут оставаться на долгие годы в виде дефектов, в том числе и на микроструктурном уровне, и в последующем являться основой для формирования кардиальной патологии, манифестирующей в последующие годы.

Цель исследования: Изучить показатели сердечно – сосудистой системы и исследование сыворотки крови на Т – тропонин у детей, перенесших внутриутробную гипоксию.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением было 30 детей в возрасте от 1 года до 7 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении кардиоревматологии 4 ГКДБ. Дети были разделены на 2 группы: 1 группа от 1 года до 3 лет – 20 детей, 2 группа 4-7 лет – 10 детей. У всех детей было произведено тщательное изучение анамнестических данных, а также полное клиническое, инструментальное исследование сердечно-сосудистой системы, а также лабораторное исследование кардиоспецифического фермента в сыворотке крови.

Результаты исследования. При изучении анамнестических данных выявлены основные факторы риска в развитии функциональных нарушений сердечно – сосудистой системы: угроза прерывания беременности (10%), перенесение респираторно-вирусных и других инфекций во время беременности (8%), внутриутробная гипоксия плода (80%), слабость родовой деятельности (2%). При проведении электрокардиографии синусовая тахикардия наблюдалась у 20 (66,6 %) детей, синусовая брадикардия у 10 (33,4 %), неполная блокада правой ножки пучка Гиса у 29 (96,6%), атрио – вентрикулярная блокада 1 степени наблюдалась у 1 (3,4%). Биохимическое исследование сыворотки крови на Т-тропонин проводилось методом иммуноферментного анализа с использованием электрохемилюминесцентной технологии у 6 детей. Концентрация Т-тропонина у 4-х больных имела тенденцию к повышению активности фермента до $0,06 \pm 0,02$ ($X \pm sx$) нг/мл. Диапазон значений Т-тропонина у 2-х остальных детей значительно превышал пороговый уровень и составил $0,221 \pm 0,041$ нг/мл ($X \pm sx$).

Выводы. Полученные результаты подтверждают влияние внутриутробной гипоксии на нарушения сердечно – сосудистой системы функционального характера. Очевидно, что дети, у которых было выявлено повышение уровня кардиоспецифического фермента в сыворотке крови, должны были перенести более тяжелую внутриутробную гипоксию и острую интранатальную асфиксию.

Клинические и инструментальные проявления последствий внутриутробной гипоксии позволяют выделить детей в группу высокого риска по формированию сердечно-сосудистых заболеваний для осуществления индивидуального диспансерного наблюдения и проведения соответствующих лечебных мероприятий.

КОНТРОЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ КАПТОПРИЛА И СИЛДЕНАФИЛА ПРИ ВЫСОКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ.

Пулатова Р.Н., Юнусова Р.Т., Усманова Р.М.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность. Врожденные пороки сердца (ВПС), являясь распространенной патологией детского возраста, обуславливают высокую младенческую и детскую смертность. Около половины всех ВПС у детей составляют пороки с обогащением малого круга кровообращения. Основным способом лечения ВПС является хирургическая коррекция, однако наличие легочной гипертензии (ЛГ) резко увеличивает госпитальную летальность и существенно влияет на качество отдаленных результатов операций и качество жизни. ЛГ констатируется как повышение среднего давления в легочной артерии более чем 25 мм.рт.ст. в покое или 30 мм.рт.ст. при физической нагрузке. Каптоприл и силденафил на сегодняшний день являются основными базовыми препаратами в терапии по снижению высокой ЛГ (ВЛГ). Актуальным остается оптимальный контроль эффективности препаратов в практике врача при помощи наиболее доступных клинико-инструментальных методов исследования.

Цель исследования. Оценить результаты использования силденафила и каптоприла для определения обратимости ВЛГ у детей с ВПС с применением некоторых клинико-инструментальных показателей.

Задачи исследования. 1. Использование силденафила и каптоприла при ВЛГ с измерением ЧСС, АД и сатурации кислорода в крови. 2. Проведение анализа эффективности приема силденафила и каптоприла через сутки с помощью тех же клинико-инструментальных методов исследования.

Материалы и методы и результаты исследования. Нами были обследованы 34 больных с ВПС, осложненными ВЛГ; из них 23 девочки (67,6%) и 11 мальчиков (32,3%). Возраст обследованных больных составлял от 1 месяца до 3 лет. Структура ВПС была представлена следующими нозологическими формами: дефект межжелудочковой перегородки - 24 (70,5%), дефект межпредсердной перегородки - 4 (11,7%), комбинированные пороки - 6 (17,6%). Из обследованных больных 12 (35,2%) детей принимали комбинированно каптоприл и силденафил, 22 (64,7%) принимали только каптоприл. В период проведения исследований у больных измерялись: артериальное давление (АД), частота сердечных сокращений (ЧСС) и насыщение крови кислородом (SpO₂) с помощью пульсоксиметра. Больные принимали силденафил цитрат в дозе 1,5 мг/кг массы тела *per os*, но не более 50мг, а каптоприл в дозе 0,5 мг/кг массы тела. Через один день после приема препаратов были вновь измерены ЧСС, сатурация, АД. После приема препаратов не были зафиксированы изменения ЧСС, что являлось положительным моментом в терапии. Насыщение крови кислородом у пациентов до приема препаратов составило 81-97%, после приема препаратов 82-98%. Отсутствие увеличения сатурации крови после приема препаратов свидетельствует о необратимом поражении сосудов легких и нарушении их газообменной функции. Исходно у всех пациентов системное АД (САД) было от 84 до 90 мм.рт.ст., диастолическое АД (ДАД) от 52 до 60 мм.рт.ст. После приема препаратов САД составляло от 85 до 92 мм.рт.ст., ДАД от 52 до 60 мм.рт.ст.

Вывод. Таким образом, у пациентов не было зарегистрировано значительного снижения системного АД после приема препаратов, что свидетельствовало об отсутствии влияния препарата на сосуды большого круга кровообращения. Применение силденафила и каптоприла с использованием показателей ЧСС, АД и сатурация являются информативными неинвазивными методами контроля их эффективности и позволяют судить об обратимости ЛГ у детей с ВПС, что позволяет рассматривать предлагаемые клинико-инструментальные методы в качестве одного из определяющих операбельность пациентов с ВПС.

ФАКТОРЫ РИСКА РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ У ДЕТЕЙ ОТ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.

Пулатова Ш. М., Исмаилова М. А.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность. Частота встречаемости ретинопатии недоношенных (РН) составляет от 11% до 47% в разных странах мира. В структуре инвалидности по заболеванию органов зрения у детей РН составляет от 11 до 18%. Среди дошкольников этот показатель достигает 20%-30%.

Целью настоящей работы явилось выявление основных факторов риска на развитие РН в зависимости от характера многоплодной беременности (однойцовые или разнойцовые плоды).

Материалы и методы. На базе Республиканского Перинатального Центра проведен ретроспективный анализ историй болезни 28 новорожденных детей от многоплодной беременности (22 новорожденных из двойни, 6 новорожденных из тройни), вошедших в группу риска по развитию РН. Из них однойцовых пар - 7 и разнойцовых пар - 6. Возраст детей составлял от 28 до 34 недель и масса тела при рождении от 1100 до 2300 гр. Всем новорожденным проводилась респираторная терапия.

Детям были проведены следующие обследования: визометрия, наружный осмотр, биомикроскопия, пупиллометрия до и после закапывания мидриатиков, моно и бинокулярную офтальмоскопию, нейросонография, общие и биохимические анализы крови.

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что патологические изменения головного мозга тесно связаны с развитием РН. В группе детей с РН чаще выявились ПВК, ВЖК, ПВЛ (72% в группе с РН, 18% в группе без РН). У новорожденных с поражением ЦНС, диагностированной на первой неделе жизни, в 84% случаев наблюдалась РН, тогда как у остальных 16% детей с патологическими изменениями со стороны головного мозга выявленными на 3-4 неделях жизни, диагноз РН был исключен.

В группах разделенных на однойцовые и разнойцовые виды многоплодия, отмечались существенные различия по выявляемости РН. В группе однойцовых отмечалась 100% выявляемость РН у обоих близнецов, однако у первого плода из близнецов отмечалась более тяжелая степень относительно к рожденному вторым. Среди всех детей этой группы диагностировалась активная фаза РН "0" стадия у 17%; "1" стадия у 83%, из которых 17% протекали в виде «плюс болезни» и 17% закончились индуцированным регрессом. В группе разнойцовых РН наблюдалась у 25% обоих детей, а в 75% случаев РН отмечена только у одного из плодов. И в этой группе у перворожденных плодов также преобладала тяжелая форма РН. В группе тройни РН наблюдалась у 67% новорожденных ("0" стадия - 50%, "1" стадия - 50%). Анализ зависимости частоты встречаемости РН от гестации, в настоящем исследовании, показал что начиная с 34 х недель выявляемость РН резко снижается, у 6 детей со сроком гестации 34-35 недель были выявлены изменения на глазном дне, но диагноз РН был исключен.

Выводы. Многоплодная беременность, заканчивающаяся преждевременными родами, также является фактором риска на развитие РН. У новорожденных рожденных первыми при многоплодной беременности, возрастает риск развития тяжелой формы РН. Патологические изменения в головном мозге способствуют формированию РН у недоношенных детей от многоплодной беременности.

АНТЕНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА, ПРИВОДЯЩИЕ К РОЖДЕНИЮ НОВОРОЖДЕННЫХ С ЗВУР

**Расулова М.М., Жалилова З.Х., Раджабова В., Юнусова С.Э.
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт**

Актуальность: Проблема рождения новорожденных с задержкой внутриутробного развития (ЗВУР) представляет собой актуальную проблему в неонатологии, так как обусловлено значительной частотой данного состояния. Наряду с этим новорожденные с ЗВУР формируют контингент детей с высокой степенью риска по формированию различных заболеваний-пневмоний, анемий и др. Анализируемые состояния являются так же основой нарушения развития детей, их медико-биологической и социальной адаптации.

Цель: Установить влияние неблагоприятных факторов на течение беременности и рождение детей с ЗВУР.

Материалы и методы: Обследованы анамнестические данные течения беременности 30 матерей родивших новорожденных с ЗВУР со сроком гестации 38-40 недель.

Результаты исследования: Нами обследовано 30 новорожденных детей с ЗВУР. Выявлено, что новорожденные с ЗВУР чаще рождались от женщин моложе 20 лет (17,4%) и старше 32 лет (28%). Среди первородящих женщин были моложе 18 лет (27,5%) и старше 32 лет (22,1%). Так же новорожденные с ЗВУР рождались чаще от II-III беременности, но от I родов, вследствие наличия у данных матерей предшествующих выкидышей и медицинских аборт. Наблюдалось 5 выкидышей и 3 медицинский аборт. Состояние плода зависело так же от течения беременности. По нашим данным артериальная гипертензия отмечалась у 36% матерей, гестозы у 37,7%, угрозы прерывания беременности у 22,3%, анемию перенесли 46,6% женщин. Так же у обследованных матерей выявлены острые простудные заболевания – бронхит (13,2%), пневмония (11,7%), пиелонефрит (9,8%), кольпит (15,%).

Выводы: Анализ причин рождения детей с ЗВУР показал, что у женщин перенесших во время беременности различные патологические состояния возрастал риск развития ЗВУР, что необходимо учитывать при наблюдении за данной категорией женщин во время беременности.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Рахимов Б., Тошпулатов С., Набиева Н.Б.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность: Сальмонеллёзная инфекция, особенно в раннем детском возрасте, остаётся одной из основных проблем педиатрии, в связи с значительной частотой заболевания, тяжестью течения и трудностями терапии (Милютин Л.Н., 2002). Наиболее частой формой сальмонеллёзной инфекции в раннем детском возрасте является гастроинтестинальная форма, которая составляет около 95% случаев.

Цель: установление клинического значения изменений кишечной микрофлоры при сальмонеллёзе у детей раннего возраста.

Материалы и методы: Нами проводилось клиническое обследование 30 больных детей раннего возраста, у которых длительное время наблюдалась кишечная дисфункция в виде диареи, находившихся на стационарном лечении в отделении детской инфекционной больницы № 4 Шайхонтаурского района г. Ташкента. Все больные дети были подвергнуты клиническому и развернутому бактериологическому исследованию.

Результаты: Установлено значительное различие в нарушениях микробиотоза при заболеваниях, вызванных этими возбудителями. Из кала больных сальмонеллёзом, вызванным *S. typhimurium*, значительно чаще, чем у больных сальмонеллёзом, вызванным *S. enteritidis*, выделялись лактозонегативные и гемолитические кишечные палочки, в 100% случаев выделялась *Klebsiella pneumoniae* (у больных сравнимой группы лишь в 30% случаев), в 4 раза чаще и в статистически достоверном большем количестве обнаруживались грибы рода *Candida*. В то же время у больных с сальмонеллёзом, вызванным *S. typhimurium*, отсутствовали достаточно часто встречаемые при сальмонеллёзе *enteritidis* другие условно-патогенные аэробные бактерии. Лишь у 1 из 5 больных сальмонеллёзом *typhimurium* из кала высевались бифидобактерии, а бактероиды не высевались ни у одного больного. Столь выраженные нарушения микробиотоза кишечника в остром периоде сальмонеллёзной инфекции у детей раннего возраста, несомненно, должно сопровождаться развитием гипополивитаминоза, нарушением пищеварения и другими последствиями, снижающими резистентность макроорганизма, что в сочетании с выпадением антагонистической активности нормальной кишечной микрофлоры способствует развитию и персистенции сальмонелл. Одним из следствий нарушения нормального кишечного микробиотоза является селекция различных условно-патогенных бактерий, что в ряде случаев позволяет говорить о возникновении смешанной кишечной инфекции - сальмонеллёзной инфекции + инфекции, вызванной условно-патогенными бактериями.

Выводы: Таким образом, нарушение микробиотоза кишечника при сальмонеллёзной инфекции у детей раннего возраста вызывается как непосредственным антагонистическим воздействием сальмонелл на нормальную кишечную микрофлору, так и с неспецифическим воздействием возникающей воспалительной реакции.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЙЛЕНОНА (ЭПЛЕРЕНОНА) ПРИ ПОСТИНФАРКТНОМ КАРДИОСКЛЕРОЗЕ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.

Рахимова Н.Ф Гаффарова Ф.К Собиров Х.Г

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность. Антагонист альдостерона лайленон (эплеренон) в связи с её нейромодулирующим действием является эффективным при назначении больным ХСН с дисфункцией левого желудочка и фракцией выброса (ФВ) $\leq 40\%$. Добавление небольших доз лайленона к тщательно подобранной терапии сочетанием ИАПФ (или антагонистов АТ₁ рецепторов ангиотензина II - АРА), кардиоселективных β – адреноблокаторов (БАБ) ведёт к снижению смертности пациентов на 30%, а количество вынуждённых госпитализаций по поводу ухудшения течения ХСН на 36%. Улучшает состояние внутрисердечной гемодинамики

Цели исследования. Изучение эффективности лайленона в комплексной терапии у больных ХСН с дисфункцией левого желудочка.

Задачи исследования. Оценить эффективность лайленона на показатели центральной гемодинамики у больных ИБС, постинфарктным кардиосклерозом, осложненной хронической сердечной недостаточностью, получавших в комплексе стандартной терапии лайленон. Оценить эффективность показателей центральной гемодинамики у больных ИБС, постинфарктным кардиосклерозом, осложненной хронической сердечной недостаточностью получавших стандартную терапию без лайленона.

Материал и методы. Обследованы 30 больных ишемической болезнью сердца, постинфарктным кардиосклерозом, осложнённой ХСН III стадии, ФК III-IV по NYHA, леченных в 7 ГКБ. Среди обследованных мужчин 22, женщин – 8, средний возраст $67,2 \pm 5,6$ лет. Все больные были разделены на 2 группы. 20 больных получали лайленон в составе комплексной терапии-1 группа, 10 больных получали комплексную терапию без лайленона - 2 группа. Всем больным проводили полное клиническое обследование, ЭКГ, ЭхоКГ, изучали К, Na крови. Обследованные больные 1 группы в составе комплексной стандартной терапии получали лайленон в дозе 25 мг 1 раз в сутки утром в течении 2х недель. При недостаточной эффективности дозировку лайленона увеличили до 50 мг 1 раз в сутки у 6 больных.

Результаты. Изучение клинического состояния обследованных больных 1 группы, получавших лайленон в комплексе стандартной терапии показало значительное улучшение самочувствия, уменьшение одышки, отёков, уменьшение размеров печени, акроцианоза. Показатели центральной гемодинамики у больных, получавших лайленон в комплексе стандартной терапии показало, что после проведенного лечения имело место повышение показателей ФВ с 33% до 40%. У больных 2 группы не получавших лайленон в комплексе стандартной терапии улучшение показателей ФВ было незначительным с 32% до 35%. Гиперкалиемия у больных получавших лайленон в составе комплексной терапии не наблюдалось.

Вывод: Проведенное нами исследование показывает, что лайленон в комплексе стандартной терапии ХСН III стадии, ФК III - IV по NYHA является эффективней, значительно улучшает показатели гемодинамики.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА.

Д.М.Рашидов, Г.Р.Шукурова.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность. Роль сахарного диабета (СД) с развития заболеваний других органов и систем на сегодняшний день уже доказано. Возникновение и развитие патологических состояния органов полости рта у больных СД усугубляет его течение и на фоне сахарного диабета воспалительные процессы носят затяжной характер.

Целью нашей работы явилось изучение состояния органов полости рта у детей СД 1 типа.

Материалы и методы исследования нами были обследованы 30 детей (из них 15 мальчиков и 15 девочек) в возрасте от 9 до 15 лет получавших стационарное лечение в эндокринологическом центре РСНПМЦЭ.

Больные детей были обследованы по следующей методике: Изучение анамнеза и жалоб больных, общеклинического и стоматологического осмотра определение значение, КПУ.

Результаты и обсуждение исследования При обследовании слизистой оболочки полости рта у 29 детей были выявлены хронический кандидозный стоматит проявлявшейся следующими элементами: эрозии углов рта у- 23 больных, мацерация слизистой оболочки серовата белого цвета у -22 больных, эрозии и трещины на дне складки губ, митотическая заеду у-19 больных, гиперемия слизистой оболочки щеки, зева, нёба, языка – малиновый язык, десен у -27 больных, единичные точечные налеты белого цвета, которые легко отделяются при соскабливании, у-24 больных. У-28 больных детей СД были отмечены жалобы на периодическую сухость в полости рта связывала ее с повышением уровня сахара в крови. У-15 больных были отмечены кровоточивость десен, у- 3 с пародонтитом легкой степени, 7- больных средней со степени пародонтита и 5 –выявлены гипертрофический гингивит.

Среди заболеваний твёрдых тканей зубов почти у всех больных выявлен кариес в различном степени активности пульпит зарегистрирован у -22 больных, у -11 больных был выявлен периодонтит. Следует отметить что выраженность заболеваний зубов и слизистой оболочки полости рта у больных детей возрастала с увеличением степени тяжести и длительности СД.

Выводы. Таким образом частота поражения органов полости рта у больных детей СД зависть от степени тяжести и длительности текущего заболевания что диктует о необходимости проведения комплексной своевременной терапии.

ДЕРМАТОГЛИФИКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ДЕТЕЙ ПРИ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Рузиев Ш.И., Шамсиев А.Я.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Как известно, признаки дерматоглифики остаются неизменными в течение всей жизни человека. В настоящее время много работ посвящено изучению пальцевых и ладонных элементов дерматоглифики при заболеваниях, в происхождении которых играют роль генетические факторы. Эти работы преследовали поиск определённых генетических маркёров для выявления доли генетических компонентов при той или иной патологии. Результаты изучения кожного рельефа рук членов одной семьи, а также моно- и дизиготных близнецов, свидетельствуют о наследственном характере признаков дерматоглифики. При некоторых наследственных заболеваниях и нарушениях кариотипа человека, болезни Дауна и других хромосомных заболеваниях, наблюдаются изменения в структуре кожного рельефа пальцев, которые могут быть использованы в качестве дополнительного диагностического критерия.

Материалы и методы: Материалом для исследования послужили дерматоглифические отпечатки 50-и детей узбекской национальности (30 мальчиков и 20 девочек) в возрасте от 2-х до 17-и лет, страдающих сахарным диабетом и находившихся на лечении в НИИ эндокринологии МЗ РУз, и 20-и умерших от автотравмы детей (от 4-и до 15-и лет), которые также находились на учёте у эндокринологов по поводу ювенильного сахарного диабета. Контрольная группа включала 50 здоровых детей.

Отпечатки пальцев получали путём сканирования пальцев рук и ног, а также ладонной и подошвенной поверхности. Сканирование проводилось по разработанной нами методике сканирования пальцевых, ладонных и подошвенных отпечатков (патент № FAR 00802 от 25.03.2012 г.).

Результаты и обсуждение: Были идентифицированы пять типов узоров: двудельтовые – завитки и сложные узоры, однодельтовые – ульнарные (Lu) и радиальные (Lr) петли, бездельтовые – дуги (A). Для удобства сравнения собственных данных с литературными, все сложные узоры объединяли с завитками. Вычисляли индексы Фурогата (If), Полла (Ip), Данкмейера (Id), Камминса (Ic), Гейпеля (Ig), индекс интенсивности и дельтовый индекс (DL₁₀).

Так, в мужской выборке существует различие в распределении двух типов узоров: дуг и радиальных петель. У мальчиков, больных сахарным диабетом, дуги появляются на I, II, III, IV пальцах левой руки и на III, II, I пальцах правой руки, в то время как в контрольной группе на левой руке их вообще нет, а на правой руке встречаются на II и III пальцах. У девочек, больных сахарным диабетом, дуги встречаются на левой руке только на II, III пальцах, а с правой руки исчезают: в контрольной группе девочек дуги встречаются на I, II, III и IV пальцах обеих рук. Одновременно снижается процент встречаемости дуг и возрастает частота их носительства ($P < 0,05$).

Радиальные петли в группе больных диабетом женского пола определяются на IV пальцах рук, что в норме бывает очень редко, и исчезают с I, III пальцев левой руки, оставаясь на II пальце этой руки. В группе мальчиков, больных сахарным диабетом, радиальные петли сосредоточены на II и III пальцах, в то время как в группе здоровых детей – на III пальце. При этом наблюдается снижение частоты носительства радиальных петель и увеличение частоты их встречаемости в группах как мальчиков, так и девочек, больных сахарным диабетом.

Вывод: Полученные данные дерматоглифики при сахарном диабете у детей могут быть использованы как при диагностике сахарного диабета, так и при определении генетической предрасположенности к сахарному диабету при судебно-медицинской идентификации личности.

ФАКТОРЫ РИСКА, ПРИВОДЯЩИЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМУ ПОРАЖЕНИЮ ЦНС У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Рузметова Г.Б., Гулямова М.А., Ходжиметова Ш.Х.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Среди перинатальных поражений головного мозга ведущее место занимает цереброваскулярная патология. Одной из основных причин развития геморрагических и ишемических поражений головного мозга являются нарушения церебральной гемодинамики.

Цель. Изучения факторы риска, приводящие к геморрагическому поражению ЦНС у новорожденных детей.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 30 новорожденных с геморрагическими поражениями ЦНС. Был изучен акушерский анамнез матери и течение родов.

Результаты и обсуждения. Из акушерского анамнеза в ходе исследования было выявлено, что матеря, обследуемых новорожденных были фертильного возраста от 19 до 38 лет. Среди них первородящие составили – 30% , повторно родившие- 45%, многорожавшие 25%.С меньшей частотой встречались такие пренатальные факторы риска как: юный (до 18 лет)-12% или пожилой-6% возраст матери. У матерей, обследуемых новорожденных, отмечались аномалии течения беременности и родов.

Среди состояний в антенатальном периоде, приводящих к геморрагическим синдромам у новорожденных с различными перинатальными патологиями явилось высокая частота экстрагенитальных заболеваний 45%, TORCH инфекции – 56% и анемия 52% в 2 раза меньше встречались гестозы беременности – 26%, искусственные аборты и выкидыши 20%. Немаловажное значение имело маловодие 28%, острые и хронические урогенитальные инфекции. Из состояний, приводящих к геморрагическим синдромам при тяжелых перинатальных патологиях новорожденных со стороны ребенка явилась тяжелая асфиксия в родах 35%, хроническая внутриутробная гипоксия плода 26%, задержка внутриутробного развития 24%. Одну пятую часть рассматриваемых состояний явились внутричерепная родовая травма в 19%, синдром аспирации мекония 9%.

Выводы. Таким образом, исследования показали, что среди состояний, приводящих к геморрагическим расстройствам у новорожденных с тяжелой перинатальной патологией превалировала хроническая внутриутробная гипоксия плода и тяжелая асфиксия в родах.

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ У ДЕТЕЙ С ПОЛИТРАВМОЙ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ

Рустамов А.А., асс. Сафаров З.Ф.

Ташкенский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность. Несмотря на достижения современных медицинских технологий, летальность больных с политравмой, в том числе в результате автодорожного травматизма, остается высокой, составляя, по разным данным, от 14% до 40%. Для того чтобы принять решение и для улучшения исходных результатов оказания помощи пострадавшим с политравмой на разных этапах медицинской помощи, требуется анализ сложившейся ситуации и определить основные причины неблагоприятных исходов.

Цель исследования. Анализ причин летальности у пострадавших с политравмой на разных этапах медицинской помощи и в отделении реанимации стационара.

Материалы и методы исследования. Выполнен ретроспективный анализ результатов лечения 40 пострадавших детей с политравмами (24 мальчиков, 16 девочек, в возрасте 9 ± 6 лет), поступивших в отделение реанимации РНЦЭМП города Ташкента в 2012 году, которые госпитализированы бригадами скорой помощи службы скорой медицинской помощи. Из исследования были исключены пострадавшие дети с ведущими травмами черепа и позвоночника.

Результаты исследования. Общая летальность больных составила 17,5 % ($n=7$). У выживших детей ($n=33$) при поступлении тяжесть состояния по шкале АРАСНЕ II составила $8,4 \pm 8,9$ баллов, у умерших ($n=7$) – $17,3 \pm 7,3$ баллов. Повышение АРАСНЕ II ≥ 13 баллов имело чувствительность 79 % и специфичность 87 %, что свидетельствовало о неблагоприятном прогнозе. Выявлена зависимость летальности от возраста пострадавших: менее 7 лет – 14,3 %, 7-12 лет – 28,6 %, более 12 лет – 57,1 %. Среди умерших детей обнаружено два пика летальности: ранняя (в течение 1 суток лечения в отделении реанимации) – 42,9 % ($n=3$), поздняя (после 1 суток лечения в отделении реанимации) – 57,1 % ($n=4$). В группе «ранней летальности» пострадавшие поступали в отделение реанимации в крайне тяжелом состоянии (АРАСНЕ II $19,5 \pm 13,8$ балла), их гибель была обусловлена характером и тяжестью полученной политравмы. Пострадавшие в группе «поздней летальности» при поступлении в отделение реанимации имели меньшую степень тяжести состояния (АРАСНЕ II $15,7 \pm 6,2$). Летальность этих больных была обусловлена развитием вторичным инфицированием открытых ран до госпитализации. Не было выявлено достоверных различий в летальности у мальчиков и девочек, а так же при повреждениях различной локализации.

Выводы. Общая летальность больных с политравмой в отделении реанимации стационара соответствует мировым статистическим данным. Летальность больных с политравмой в отделении реанимации зависит от степени тяжести при поступлении. Также возрастает летальность при развитии вторичных инфицировании открытых ран до госпитализации.

ДАННЫЕ РЕНТГЕНОГРАФИИ ПРИ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ В ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ

Сагатова Н.Р., Абзалова М.Я.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность темы. Поясничные боли или боли в нижней части спины одни из наиболее распространенных патологических состояний. По данным экспертов ВОЗ, в США и странах Западной Европы их частота достигает 40–80%, а ежегодная заболеваемость – 5%. Чаще всего поясничные боли наблюдаются в возрасте 35–45 лет, однако 12–26% детей и подростков также жалуются на боли в пояснице.

Установлено, что у школьников после 14 лет дегенеративные заболевания позвоночника в бессимптомных случаях наблюдаются в 19–26% (то есть у четверти обследованных), при наличии симптомов – в 42–58% – получена положительная корреляция между дегенеративными изменениями дисков и болью в спине у подростков.

Цель исследования. Изучение структурно - функционального состояния позвоночно - двигательных сегментов поясничного отдела позвоночника у детей при наличии болевого синдрома после острой травмы.

Материал и методы. Проведен анализ клинических данных и рентгенограмм поясничного отдела позвоночника в стандартных проекциях после острой травмы у 30 ребенка возрастом от 3 до 16 лет.

Результаты. Несмотря на то, что дети поступали на обследование после острой травмы, травматические повреждения поясничного отдела позвоночника выявлены лишь у 15% обследованных и проявлялись компрессионными (83,6%) или компрессионно-оскольчатыми (16,4%) переломами тел поясничных позвонков. Диагноз компрессионных переломов ставился на основании следующих рентгенологических признаков: клиновидная деформация тела позвонка с уменьшением высоты в передних, реже в боковых отделах, увеличение сагиттального размера тела позвонка, наличие углового кифоза, полосы уплотнения структуры у детей старше 10 лет и угловой деформации переднего контура тела позвонка в боковой проекции. При компрессионно-оскольчатых переломах, кроме выше приведенных признаков, наблюдалось сужение межпозвонковой щели и повреждение краниальной замыкающей пластинки. Из поясничных позвонков переломы L1 отмечены в 38,9%, L2 – 16,7%; L3 – 22,2%; L4 – 16,7%; L5 – 5,5%. Среди патологических изменений позвоночно-двигательных сегментов поясничного отдела чаще всего у детей выявлялись аномалии развития (37,3%). Среди них встречались преимущественно аномалии формы и размеров суставных отростков (64,4%), которые в 42,3% случаев сочетались с изменением их наклона или положения (тропизма). Переходные позвонки отмечены у 17,8%; спондилолиз дуги L5 с наличием спондилолистеза выявлен у 6,7% пациентов. Дегенеративные изменения встречались преимущественно в возрасте 12–16 лет (60%), реже – в 9–11 лет (29,2%), до 9 лет – лишь в 10,8%. У 83% пациентов определялись признаки деформирующего спондилоартроза и только в 17% случаев – последний сочетался с начальными признаками остеохондроза преимущественно в сегментах L4–L5, L5–S1.

Заключение. Таким образом, причиной болей в пояснице у детей могут быть как травматические повреждения, так и заболевания (аномалии развития, дегенеративные изменения). Травма может быть провоцирующим моментом в клиническом проявлении последних. Отсутствие клинических проявлений аномалий развития и дегенеративных изменений у детей до случайной травмы можно объяснить значительными компенсаторными возможностями детского организма, однако в дальнейшем такие дети требуют динамического наблюдения, ограничения осевых физических нагрузок и проведения им профилактического лечения.

АППАРАТНО-ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОСЕВЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ФОНЕ ОСТЕОПОРОЗА.

Содилов С.А., Ходжанов И.Ю., Рузиев Н.Т.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Причины развития осевых деформаций нижних конечностей разнообразны. Приобретенные деформации суставов нижних конечностей у детей возникают после перенесенных травм от 3 до 10% (Шевцов В. И. др. 1996), воспалительных заболеваний, остеомиелита от 3 до 6% (Скворцов А.П. 2008.), рахита 17,2% (Волков М.В 1985.) и т.д.

За последний год под нашим наблюдением находились на лечении 16 больных с различными осевыми деформациями нижних конечностей в возрасте от 3 до 14 лет. Мальчиков было -9, девочек-7. В возрастном аспекте дети были разделены следующим образом: до 5 лет-7 больных, от 5 до 10 лет – 6 и 10 лет и старше-3. Оперативная коррекция деформации оси нижней конечности была проведена 10 больным, из них 6 больным для коррекции осевых деформаций и удлинения конечности применяли аппаратно-хирургический метод с наложением аппарата Илизарова и остеоперфорацией на вершине деформации, у больных производилась остеотомия с наращиванием треугольного регенерата. Оперативного лечения деформации нижних конечностей у детей, в первую очередь мы обращали внимание на степень травматичности метода, а затем, на возраст больного, характер, тяжесть и этиологию заболевания. Кроме того, результаты лечения зависят также от минеральной плотности костей. У 16 больных старше 5 лет проводили рентгенологическую денситометрию на денситометре “LunarDPXProGeneralElektronikUSA”, одно временно с этим определяли уровень кальция, фосфора и щелочной фосфатазы в сыворотке крови. Результаты денситометрии и биохимического анализа крови учитывали для выбора метода оперативного лечения у детей старше 7 лет. По этиологическому фактору больные были распределены следующим образом: 6 больных с последствием рахита, 4 больных с последствием остеомиелита, 4 больных с последствием травм и 2 больных с несовершенным остеогенезом позднего типа. Пациентам дошкольного возраста применяли перфоративный метод остеотомии с наложением аппарата Илизарова. Выбор метода остеотомии у детей старше 7 лет зависел от результатов денситометрического исследования. В случаях когда Z – критерий был ниже -2 SD у детей в возрасте от 7 до 10 лет также применяли перфоративный метод остеотомии. Когда Z-критерий был выше – 2 SD у детей этого возраста и старше применяли открытую остеотомию.

Аппаратно-хирургический метод заключался в наложении аппарата Илизарова на бедро и голень, перфорации берцовых костей спицей на уровне вершины деформации, последующей форсированной дистракцией в аппарате до разрыва кости и дальнейшей дозированной дистракцией до исправления деформации и выравнивания длины конечности при её укорочении в необходимом случае.

Результаты оперативного лечения были изучены у 10 детей. У 6 больных были получены хорошие результаты с исправлением оси конечности и полным объёмом движений в суставах. У 1 больного получили удовлетворительный результат с частичным рецидивом деформации, который был выявлен через полтора года после оперативного лечения.

Таким образом, в процессе лечения различных осевых деформаций нижних конечностей для выбора метода хирургического лечения целесообразно проведение денситометрического исследования, которое позволяет определить наличие остеопороза на ранних стадиях его развития, что даёт возможность начать раннее его лечение и предупредить рецидив деформации по мере роста ребенка.

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЕВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Содилов С.А., Ходжанов И.Ю., Рузиев Н.Т.

ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Деформации нижних конечностей относятся, по мнению многих ведущих ортопедов-травматологов, к наиболее часто встречающейся и тяжелой патологии, сопровождающейся значительным нарушением функции, косметическими дефектами, изменением социального статуса и образа жизни Алекберов Д.А.(2007).

Различные деформации нижних конечностей у детей наблюдаются 43,7% из всех деформаций скелета, из них 20.7% составляет деформации её оси, и сопровождаются значительными нарушениями функции, косметическими дефектами, изменением социального статуса и образа жизни.

За последние 1 года под нашим наблюдением находились на лечении 23 больных с различными осевыми деформациями нижних конечностей в возрасте от 3 до 14 лет. Мальчиков было 16, девочек-7. В возрастном аспекте дети были разделены следующим образом: до 5 лет -11 больных, от 5 до 10 лет -7 и от 10 лет и старше -5.

Оперативная коррекция деформации оси нижней конечности была проведена 13 больным, из них 7 больным для коррекции осевых деформаций и укорочения конечности применяли аппаратно-хирургический метод с наложением аппарата Илизарова и остеоперфорацией на вершине деформации, у 4 больных производилась остеотомия с наращиванием треугольного регенерата.

Аппаратно- хирургический метод заключался в наложении аппарата Илизарова на бедро и голень, перфорации берцовых костей спицей на уровне вершины деформации, последующей форсированной дистракцией в аппарате до разрыва кости и дальнейшей дозированной дистракцией до исправления деформации и выравнивания длины конечности при её укорочении в необходимом случае.

При использовании аппаратно- хирургического лечения с остеотомией на конечность накладывали аппарат Илизарова из трех колец, причем два кольца- в области деформированного сегмента конечности и одно дополнительное кольцо- в области средней трети бедра или голени. Затем послойным разрезом кожи и подлежащих мягких тканей обнажали метафизарную часть деформированной бедренной или большеберцовой костей и производили остеотомию. При этом варизирующую остеотомию бедренной кости производили для устранения вальгусной деформации нижних конечностей; шарнирную остеотомию в случаях осевых деформаций и отсутствия укорочения конечности ; косую остеотомию- для наращивания треугольного регенерата и коррекции деформации. Дистракцию начинали с третьего- четвертого дня после операции и продолжали до получения гиперкоррекции деформации на 4-5. При необходимости одновременно удлиняли конечность с запасом до 1 см.

Результаты лечения были изучены у 16 детей. У 12 больных были получены хорошие результаты с исправлением оси конечности и полным объемом движений в суставах. У 4 больных получили удовлетворительный результат с частичным рецидивом деформации, который был выявлен через года после оперативного лечения.

Таким образом, деформации нижней конечности у детей часто нуждаются в оперативном лечении. Среди оперативных методов лечения аппаратно-хирургическое лечение является малотравматичным и наиболее эффективным у детей даже младшего возраста при устранении осевых деформаций нижних конечностей.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА У ДЕТЕЙ

Садирходжаева А.А., Ашурова Д.Т.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность. Сахарный диабет 1 типа при условии манифестации заболевания в детском и подростковом возрасте характеризуется тяжелым течением и ранним появлением инвалидизирующих осложнений. СД, являясь одним из самых распространенных эндокринных заболеваний, в своем развитии неизбежно вовлекает в патологический процесс важнейшие органы и системы. По данным различных авторов смертность от сердечно-сосудистых осложнений составляет 35% у больных СД.1 типа и 75% у больных СД. 2 типа.

Цель исследования. Изучить структурно-функциональное состояние сердечно-сосудистой системы при СД.1 типа у детей 5-18 лет в зависимости от возраста и длительности заболевания.

Задача исследования. Изучить особенности клинической симптоматики поражения сердечно-сосудистой системы при СД.1 типа у детей.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 55 больных в возрасте от 5 до 18 лет в детском отделении РСНПМЦЭ с СД 1 типа и длительностью заболевания от 1го месяца до 15 лет. Среди наблюдаемых детей было 32 девочки (58,18%) и 23 мальчика (41,81%). Диагноз СД. 1 типа ставился на основании классификации и диагностики критериев ВОЗ с учетом анамнестических сведений, совокупности клинических признаков и данных лабораторных исследований.

Результаты исследования. Находившиеся под нашим наблюдением дети с СД. 1 типа поступали в клинику в различные фазы компенсации углеводного обмена. У 21 больного (38,18%) стадия субкомпенсации, у 30 больных (54,54%) стадия декомпенсации, у 3 больных (5,54%) стадия компенсации и у 1 го больного (1,81%) СД 1 типа впервые выявленный.

При обследовании сердечно-сосудистой системы у больных отмечалось: жалобы: одышка у 5 больных (9,09%), сердцебиения у 13 больных (23,63%), боли или неприятные ощущения в области сердца у 18 больных (37,72%). При объективном исследовании сердечно-сосудистой системы было отмечено: тахикардия у 11 больных (20%), брадикардия у 1 го больного (3,63%). При аускультации сердца было выявлено приглушенность сердечных тонов у 43 больных (78,18%), у 12 больных (21,81%) сердечные тоны ясные. Систолический шум на верхушке сердца отмечалось у 28 больных (50,9%).

Выводы. При СД. 1 типа в детском возрасте регистрируются доклинические стадии сердечно-сосудистых осложнений, которые характеризуются малосимптомным клиническим течением в начальном периоде заболевания и прогрессирующим развитием дистрофического процесса в миокарде при длительном течении СД.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ КОМОРБИДНОСТИ С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Садыкова А.А.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность. Значительный удельный вес в структуре психических заболеваний, коморбидных депрессии, занимают тревожные расстройства (Smalbrugge M. et al, 2005). В литературе широко описаны особенности психопатологической картины как депрессивных, так и тревожных расстройств, однако остаются малоизученными вопросы, касающиеся изменений клинических характеристик в результате взаимовлияния данных расстройств при их коморбидности (Мосолов С.Н, 2007, Kessler R.C et al, 2005). Представляются актуальными изучение клинико-динамических особенностей депрессивных расстройств коморбидных с тревожными расстройствами, с определением степени участия в их происхождении основных конституциональных характеристик пациентов, а также оценка уровня социальной адаптации и эффективности СИОЗС при терапии данной когорты пациентов

Цель и задачи исследования - выявление клинических особенностей при депрессивных расстройствах, сочетающихся с тревожными расстройствами, с учетом основных конституциональных факторов.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе пограничного отделения Городской клинической психиатрической больницы. Клинико-психопатологическим методом было обследовано 26 больных с депрессивными расстройствами. Средний возраст пациентов составил $45,5 \pm 12,7$ года. В качестве стандартизированных инструментов для оценки степени выраженности депрессии и тревоги, тяжести заболевания, уровня социальной адаптации у обследуемых пациентов нами использовались шкала депрессии Гамильтона (HDRS-17), шкала тревоги Гамильтона (HARS).

Результаты исследования и их обсуждение. Нозологическая структура тревожных расстройств была представлена следующим образом паническое расстройство (ПР) - 48,6%, генерализованное тревожное расстройство (ГТР) - 25,7%, другие смешанные тревожные расстройства (ДСТР)- 20,0%, агорафобия с паническим расстройством (ПР) - 4,3% и социальная фобия - 1,4%. В большинстве случаев (48,6%) депрессивные расстройства протекали в коморбидной связи с паническим расстройством. Уровень тревоги, оцененный при помощи HARS, у пациентов составил $29,6 \pm 6,9$ балла. Анализ синдромальной структуры депрессивных расстройств показал, что в обследованной группе чаще отмечались дисфорический (32,1%) и конверсионный (21,4%) синдромы. У 11,4% пациентов симптоматика депрессивного и тревожного расстройства возникала одновременно. Тревожные расстройства у таких пациентов были представлены двумя нозологиями ПР - 62,5% и ГТР - 37,5%. В большинстве случаев (67,2%) у пациентов депрессивное расстройство появлялось после тревожного расстройства. У 21,4% пациентов депрессивное расстройство предшествовало появлению тревожного расстройства.

Заключение. Таким образом, среди больных с депрессивными расстройствами у 32,6% пациентов выявляется коморбидное тревожное расстройство (ПР - 48,6%, ГТР - 25,7%, ДСТР- 20,0%, агорафобия с ПР - 4,3% и социальная фобия - 1,4%). Депрессивные расстройства часто протекают в коморбидной связи с тревожными расстройствами, при этом их коморбидное взаимодействие имеет определенный паттерн становления: тревожное расстройство предшествует появлению депрессивного расстройства (преобладающий вариант), тревожное расстройство развивается вслед за депрессивным расстройством, депрессивное и тревожное расстройства возникают одновременно

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МАЛЫХ АНОМАЛИЙ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

Садыкова Р.Р. Шарипова Р.Ф. Абдуразакова З.К.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность. В связи с широким распространением ультразвуковых методов исследования стали распознаваться минорные аномалии сердца, которые в детском возрасте в ряде случаев, могут являться морфологической основой функциональной кардиоваскулярной патологии [Орлова Н.В., 1999; М.А. Школьников, 1995, 1999].

Высокая распространенность заболеваний сердечно-сосудистой системы у детей обуславливает актуальность прогнозирования и первичной профилактики патологии, для чего должны формироваться так называемые группы риска путем отбора индивидуумов с повышенным риском заболевания [Школьников М.А., Леонтьева И.В. 2002.]. В этих группах целесообразно проведение профилактических мероприятий. С другой стороны, функциональные кардиопатии, имитируя органические изменения в сердце, являются причиной многих врачебных ошибок, гипердиагностики кардитов, пороков сердца. Дети длительно получают необоснованную противовоспалительную, антибактериальную терапию, их освобождают от занятий физической культурой. В последние годы наряду с функциональными кардиопатиями актуализирована проблема микроструктурных изменений в сердце.

Цель исследования. На основе клинко-доплерэхокардиографических исследований выявить распространенность малых аномалий сердца, определить их клиническое значение у детей проходивших лечение в клинике ТашПМИ за период с 2009 по 2014 гг..

Результаты исследования. При обследовании основных эхометрических показателей сердца. У 50 детей в возрасте 2-12 лет и у 15 детей в возрасте 2-15 лет с экстрасистолой проведена оценка распространенности малых аномалий сердца.

Комплексное обследование включало изучение анамнеза, клиническое обследование, доплерэхокардиографию и функциональные методы исследования: электрокардиографию, кардиоинтервалографию, велоэргометрию. Оценивали внешние малые аномалии развития.

Полученные данные поставили на повестку дня вопросы: малые аномалии сердца представляют собой вариант нормы, отражают функциональные отклонения, являются патологическим признаком или ярким свидетельством перехода количественных изменений в качественные? У детей наиболее часто выявлялись следующие малые аномалии сердца: смещение септальной створки 15%, трехстворчатого клапана в полость желудочка 18% в пределах 10 мм, нарушенное распределение хорд передней створки митрального клапана 24%, дилатация синусов Вальсальвы, 20% увеличенная евстахиева заслонка (более 1 см), 8% дилатация ствола легочной артерии, 9% пролабирование митрального клапана, 12% диагонально расположенные трабекулы в полости левого желудочка 15%.

Встречаемость малых аномалий сердца зависит от возраста и не является стабильной, что подтверждено ее различием в трех возрастных группах

Выводы. Эхокардиографическими критериями малых аномалий сердца явились конкретные структуры, визуализируемые в двух- и одномерном режимах эхосканирования, пограничные значения эхометрических показателей сердца.

Исследование выявило высокую распространенность малых аномалий сердца у детей - 98%

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ У ДЕТЕЙ

Сайдалиходжаев А.Б., Золотова Н.Н., Ходжанов И.Ю.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность. Переломы костей голени встречаются довольно часто. Тяжесть их определяется не только видом перелома, но и степенью повреждения мягких тканей, сосудов и нервов. Основным методом лечения данных переломов является консервативное лечение, к открытому сопоставлению отломков прибегают редко. Одномоментная ручная репозиция под наркозом при диафизарных переломах у детей выполняется в течении 5 дней после травмы и является самым простым методом.

При лечении переломов у детей необходимо достигнуть точного сопоставления фрагментов, но это полностью не удаётся, но не во всех случаях показано открытое сопоставление, т.к. с возрастом наступает восстановление формы и функции.

Такие смещения называют допустимыми, смещение по ширине на половину поперечника при диафизарных переломах голени во всех случаях следует устранить смещение по длине, угловые и ротационные смещения, чем старше ребенок, тем точнее и полнее должно быть сопоставление.

Материалы исследования. За последние два года в отделении детской травматологии НИИТО МЗ РУз и в отделении травматологии и ортопедии клиники ТашПМИ лечились 23 больных с переломами костей голени. Из них мальчиков 15, девочек 8. Возраст от 4 до 18 лет. Лечение зависало от вида и локализации перелома, изолированности повреждения, степени смещения.

Результаты исследования. Детям раннего возраста после репозиции костных отломков накладывали глубокую лонгетную повязку. При этом особое внимание давали тщательному моделированию повязки положению конечности; последняя сгибалась в коленном и голеностопном суставах в пределах 20°. Этим путём достигалось расслабление икроножных мышц. С первых дней осуществляли активные и пассивные движения в тазобедренном суставе на стороне поражения.

По мере спадания отека повязка почти ежедневно рассекалась и укреплялось турами мягкого бинта. На 6-7 день, убедившись клинически и рентгенологически в удовлетворительном стоянии отломков, повязку укрепляли циркулярно гипсовыми бинтами. На 3-4 день иммобилизации повязку заменяли, при этом конечность сгибали в коленном суставе в пределах 10°. Учитывая частые вторичные смещения под гипсовой повязкой, в эти же сроки производили контрольные рентгеновские снимки.

Скелетное вытяжение применено у 5 больных с неустойчивыми или неустойчивыми переломами. К этой группе относились винтообразные, косые и оскольчатые переломы со смещением.

Таким образом, переломы костей голени у детей являются сложными. Это связано со сложностью анатомического строения костей голени и трудностью вправления и удержания отломков. Лечение системой скелетного вытяжения костей голени у детей проводится строго по показаниям. Наиболее частыми в смещении фрагментов при переломах костей голени являются смещения по ширине в медиально-латеральном направлении, которые достигают до 2.3-3.0 см. Если диафизарный перелом костей голени не открытый, не оскольчатый то целесообразно применять консервативный метод лечения. Из вышеуказанных детей, у 20 больных применяли консервативный метод, с помощью чего получили достаточно хороший результат. У больных полностью восстановилась целостность кости и даже походка нормализовалась.

ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ШИЗОАФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Саидхонова Ф.А.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность. Интерес к психотическим расстройствам редко является центральным в психологических исследованиях последних лет (Martindale, 2000). В настоящее время, когда успехи современной психофармакологии продолжают подтверждать традиционную для медицины биологическую модель психозов, перед психологией встает вопрос о ее вкладе в разработку этой области психопатологии. Взаимодействие психогенных факторов и шизоаффективного расстройства, равно как и других расстройств шизофренического спектра, остаются и в настоящее время одним из сложных и дискуссионных вопросов клинической психиатрии (J. Parnasetal., 2005; I. C. Fraccon, 2005). В литературе недостаточно исследованы факторы, способствующие развитию шизоаффективного расстройства. Определение основных биологических и социально-психологических характеристик играет важную роль в установлении predisposing факторов развития шизоаффективного расстройства.

Цель и задачи исследования - изучение predisposing факторов риска к шизоаффективным расстройствам.

Материал и методы исследования. Клинико-психопатологическим методом было обследовано 22 больных (все женщины) возраста от 18 до 55 лет с диагнозом шизоаффективного психоза в соответствии с критериями МКБ-10 (F-25) для шизоаффективного расстройства.

Результаты исследования и их обсуждение. У 55,4% обследованных больных преморбидно преобладали личностные радикалы тормозимого круга. Чаще встречались шизоидные (28,4%), ананкастные и тревожные (22,9%) черты характера. Эксплозивные, паранойяльные, эмоционально неустойчивые, синтонные качества личности были свойственны до начала болезни отдельным больным. У больных в анамнезе были выявлены психические нарушения: тимопатические колебания настроения (83,8%), которые у большинства больных носили сезонный характер (59,4%) и проявлялись субдепрессиями или легкими гипоманиями. Гипомании возникали в виде очерченных периодов хорошего настроения с приливом душевных и физических сил. При этом расстройства не выходили за рамки субклинического уровня, не достигали степени развёрнутого маниакального синдрома, отсутствовала идеаторная ускоренность и двигательное возбуждение. Во время субдепрессий больные становились вялыми, сонливыми и угрюмыми, с трудом справлялись с работой, быстро уставали, всё делали «через силу», «превращались в пессимистов». Чаще всего колебания настроения носили сезонный характер, и больные умели их «прогнозировать». В анамнезе 35,1% больных отмечались психосоматические расстройства (бронхиальная астма, псориаз, синдром раздражённой толстой кишки и др.), в динамике этих состояний прослеживалась чёткая периодичность, как правило, сезонная. Эти состояния были близки к маскированным депрессиям.

Заключение. Таким образом, predisposing факторами к шизоаффективным расстройствам были тормозимые личностные особенности, тимопатические расстройства, часто с сезонным характером и склонность к психогенным депрессиям на протяжении жизни.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ХРУСТАЛИКА ПРИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

Сайдазимов А.А., Джураев Н.А., Бабаджанова Л.Д.
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность. Многие годы внимание общественности и исследователей привлекает проблема воздействия радиации на организм человека, в частности — на орган зрения. Помутнение хрусталика у людей, подвергшихся воздействию ионизирующего излучения, интересно в плане исследования потому, что именно хрусталик является наиболее восприимчивым к воздействию радиации. Имеются исследования развития «лучевых» катаракт как ближайшего детерминированного эффекта воздействия ионизирующего излучения, которые показали, что при дозах ниже 2 Гр «лучевые» катаракты не развиваются.

Цель. Изучить особенности биомикроскопических изменений лучевой катаракты.

Материал и методы. Нами проведена хирургическая коррекция 5 (5 глаз) пациентов с лучевой зрелой катарактой. Причинами которой были: ионизирующее облучение по поводу меланомы - 1 случай, ретинобластомы - 4 случая. Возраст детей на момент хирургической коррекции составлял от 11 до 15 лет.

Результат. Для лучевого осложнения типично появление задней катаракты. Помутнение начинается против зрачка у заднего полюса хрусталика, субкапсулярно, в заднем кортикальном слое. В дальнейшем помутнение распространяется под задней капсулой концентрические до экватора. В последнюю очередь наступает помутнение в переднем кортикальном слое, также под передней капсулой хрусталика. Постепенно усиливаясь, эти изменения приводят к полному помутнению хрусталика. После наступления такой полной катаракты хрусталик уже теряет свои характерные признаки. В редких случаях, когда отпускается массивная доза при сильном локализованном действии лучей и концентрированном направлении их непосредственно на хрусталик, помутнение может появиться в переднем кортикальном слое, где оно может быть даже резче выражено, чем в заднем кортикальном слое. Детальное биомикроскопическое исследование при помощи щелевой лампы показывает, что вакуоли, образующие помутнение хрусталика, состоят из мельчайших капелек, отдельных или сливающихся между собой.

Выводы. Одним из характерных отличительных признаков ЛК при осмотре в проходящем свете, является её чёткая ограниченность от окружающих тканей хрусталика. Вторым признаком, характерным для ЛК является место её локализации в определенном слое хрусталика, точнее, в наружных слоях задней коры (в исключительных случаях может быть в передней коре).

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ У ДЕТЕЙ

Сайдалиходжаев А.Б., Золотова Н.Н., Ходжанов И.Ю.
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность. В условиях механической травмы, сопровождающейся переломом костей, происходит потеря локомоторной активности. На сегодняшний день в травматологии актуальной остается задача полного функционального восстановления опорно-двигательного аппарата, в частности после переломов костей голени, составляющих 20-40% всех повреждений костей конечностей.

Материалы и методы исследования. За последние 2 года мы наблюдали 23 детей в возрасте 7-18 лет с переломами диафиза костей голени в клинике ТашПМИ и НИИТО МЗ РУз. Переломы обеих костей обнаружены у 11 детей, перелом только большеберцовой кости у 12 больных. Переломы обеих костей по виду чаще были поперечными и располагались на одном уровне, переломы большеберцовой кости- косыми и винтообразными.

У 3-х больных отмечался открытый, у остальных закрытые переломы. Рентген снимки производили в двух проекциях с захватом всего сегмента голени, в целях исключения перелома на другом уровне. У 12 больных выявлен перелом без смещения или с допустимым стоянием отломков.

Результаты и обсуждение. Объем лечения зависел от вида и локализации перелома, изолированности повреждения, степени смещения, возраста ребенка. Детям после репозиции отломков накладывали глубокую лонгетную повязку. Повязку тщательно моделировали, конечность сгибали в коленном и голеностопном суставах в пределах до 20° для расслабления икроножной мышцы.

По мере стихания отека, повязку укрепляли мягким бинтованием. К концу первой недели, убедившись в удовлетворительном стоянии отломков, повязку укрепляли гипсовым бинтованием. На 3-4 неделе гипсовую повязку заменяли в коленном суставе на 10°. В эти же сроки сделали контрольные рентгеновские снимки.

Скелетное вытяжение применяли у 5 больных с неустойчивым переломом. Во избежание повреждения ростковых зон спицу Киршнера проводили через пяточную кость.

Таким способом сравнительно легко и в течении относительно короткого времени добивались устранения смещения костных отломков, их удержания в репонированном состоянии, выравнивания оси голени. На 3-4 неделе вытяжение заменяли хорошо отмоделированной лангетно-гипсовой повязкой.

Общий срок иммобилизации зависел от уровня перелома и возраста больного. Учитывая анатомо-физиологические особенности строения голени, различия в кровоснабжении ее отделов, при прочих равных условиях переломы нижней трети большеберцовой кости в 1.5-2 раза дольше фиксировали по сравнению с переломами верхней трети.

Кроме того, имея в виду незначительное варусное положение голени в норме, старались такое же положение придать поврежденной конечности.

Отдаленные результаты лечения у 10 больных в сроки до 2 лет. В 97% наблюдений получен хороший и удовлетворительный результат.

Дети существенных жалоб не предъявляли, конечности при сравнении имели одинаковую длину и форму, отмечалось обычная походка.

Таким образом, хороший эффект от лечения можно связывать с вышеизложенной тактикой, заключавшейся в применении модифицированной шины Беллера, изолированного скелетного вытяжения за большеберцовую кость при переломе ее диафиза, тщательном моделировании повязки, в наблюдении в динамике, включающем поэтапный рентгеновский контроль.

СОСТОЯНИЯ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.

Салахитдинова Ш.Ш., Расулова М.М., Кадырова Н.Х., Насирова.У.Ф.
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность: Проблема фетоплацентарной недостаточности (ФПН)-одна из актуальных в современной неонатологии и акушерстве, поскольку эта форма патологии относится к наиболее распространенной и является тяжелым осложнением беременности и влияет на здоровье новорожденных.

При наличии у матери ФПН развитие плода сопровождается с внутриутробной гипоксией, что диктует необходимость наблюдения за данной группой новорожденных в связи с риском формирования поражения ЦНС. Неблагополучно протекающая беременность и роды, оказывают повреждающее действия на развитие нервной системы ребенка.

Цель: Изучить характер нарушений церебральной гемодинамики у новорожденных рожденных от матерей с фето-плацентарной недостаточностью

Материалы и методы исследования: Всего обследовано 20 новорожденных детей родившихся от матерей с ФПН в сроке гестации 36–42 недели. Проведены доплерографический скрининг и нейросонография. Обследование проводилось на базе РСНЦАиГ. Диагноз ФПН был выставлен на основании ультразвуковой фетометрии и параметров доплерометрического исследования, нарушения маточно-плацентарного кровотока. Родоразрешение в 5 случаях проводилось естественным путем, в 15 случаях - кесарево сечение.

Результаты исследования: При анализе новорожденные родились с оценкой по шкале Апгар 5-6 баллов на 1 минуте и 6-7 баллов - на 5 минуте, с весом 2750-4420гр. В большинстве случаев в первые сутки жизни в ультразвуковой картине головного мозга преобладал диффузный транзиторный отек 17(85%); мелкие односторонние кровоизлияния белого вещества 8(40%) и базальных ядер 11(55%); субэпендимальные гематомы 6(30%).

По данным ТКДГ в первые сутки жизни выявлено почасовое колебания ИР кровотока в бассейнах передней, средней и базилярной артерий. У 9(45%) детей повышение ИР до 0,77-0,83($\pm 0,04$) в бассейне передней мозговой артерии сопровождался снижением ИР в бассейне среднемозговой и базилярной артерий до 0,57-0,65($\pm 0,02$). В дальнейшем ИР в передней мозговой артерии выравнивался до 0,66-0,70($\pm 0,04$) к 3-м суткам жизни, тогда как ИР в средней и базилярной артериях поднимался до 0,74-0,78($\pm 0,04$), что по-нашему мнению соответствовало периоду повреждения стенок церебральных сосудов, приводящих к васкулопатии. В клинике преобладали: синдром угнетения ЦНС, снижение сосания 10(50%), вялость 11(55%), срыгивания 3(20%). Мониторинг среднесуточного артериального давления показал гипотонию у 3(20%) новорожденных в пределах 54,2 \pm 3,2/42,3 \pm 1,6мм.рт.ст. В периоде адаптации было отмечено, что у 3(20%) новорожденных физиологическая желтуха была затяжной, в 4(26%) случаях физиологическая убыль массы тела была более 9%; у 6 (40%) новорожденных уровень глюкозы крови составил $\leq 2,6$ ммоль/л и у 2(13,3%) новорожденных пуповинный остаток отпал в более позднем сроке (≥ 7 дней).

Заключение: Оценка и сопоставление данных истории болезни новорожденных детей, рожденных от матерей с ФПН, позволил выявить косвенную связь состояния здоровья и состояние церебральной гемодинамики новорожденных у данной группы. Были выявлены изменения в ИР мозговых сосудов, структурные поражения ЦНС (ВЖК), артериальная гипотония по результатам суточного мониторирования АД и признаки дизадаптации в раннем неонатальном периоде.

МОНИТОРИНГ ОБРАТИМОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Сарсенова А.Ж., Кощанова Г.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

В настоящее время необходимыми считаются периодические исследования ФВД (спирометрия) и мониторинга бронхиальной проходимости по данным пикфлоуметрии (ПФМ) для диагностики БА, оценки степени тяжести и контроля над заболеванием.

Цель исследования. Изучить особенности обратимости бронхиальной обструкции в зависимости от исходной проходимости бронхиального дерева у больных БА и периода заболевания.

Материалы и методы исследования. Мониторирование обратимости бронхиальной обструкции проведено 20-ти пациентам, находящимся на лечении в ГКДБ №1 г. Ташкента. При этом пикфлоуметрия осуществлялась ежедневно утром и вечером до и через 30 минут после ингаляции заранее выбранного для каждого больного наиболее эффективного бронхолитика.

Результаты. При динамическом наблюдении за пациентами выделено три варианта сочетания исходной (до употребления бронхолитика) 1 и второй (через 30 минут после употребления бронхолитика) 2, т.е. «парных» пикфлоуметрических кривых. Пятерым больным с первоначально установленной астмой средней степени установлен диагноз легкой степени этого заболевания. Во всех этих случаях назначение терапии в соответствии с легкой степенью заболевания (переход на монотерапию противовоспалительными средствами без бронхолитиков) не привело к ухудшению заболевания, а показатели пиковой скорости выдоха (ПСВ) стабильно соответствовали нормальным величинам. Трем пациентам с изначально диагностированной тяжелой степенью заболевания с помощью разработанного метода установлена астма средней степени тяжести. Применение терапевтического комплекса в соответствии с данной степенью тяжести заболевания (средние дозы ингаляционных стероидов и пролонгированный бронхолитик) имело положительный клинический эффект и не требовало дополнительного назначения системных стероидов либо комбинированной бронхолитической терапии, как при астме тяжелой степени.

Выводы. Таким образом, для объективизации диагностики степени тяжести бронхиальной астмы у детей рекомендуется осуществление мониторинга обратимости бронхиальной обструкции с её оценкой и сопоставлением с исходным уровнем бронхиальной проходимости (ПСВ) в периоде достижения контролируемого состояния.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТСКОГО ТРАВМАТИЗМА И ЕГО ЛЕЧЕНИЕ

И.Р.Сатаров, Н.Н.Золотова

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность проблемы. В последнее время отмечается рост детского травматизма, только за период с 2000 года количество травматических повреждений, полученных детьми, возросло более чем на 10 % области травматологии и ортопедии (С.П.Миронов 2002, Михайлова О.В. 2002). В структуре общей заболеваемости у взрослых и подростков травмы и отравления занимают второе место после болезней органов дыхания.

Материал и методы обследования. Работа основана на результатах обследования 84 больных за период с октября 2013 по апрель 2014 гг., получивших лечение в стационаре 2ГКДХБ г. Ташкента отделения детской травматологии и ортопедии. Повреждения чаще отмечались у мальчиков – 56 (67%). Большинство поступивших были в возрасте от 7 до 14 лет – 39 (46%). Причиной возникновения повреждений конечностей преимущественно были бытовые травмы – 57 (68%), на втором и третьем месте были школьная (17%) и уличная травмы (12%) соответственно. Большинство больных (58,9%) поступали в клинику с 1 до 3-х часов с момента травмы.

Результаты исследований. Особенности сотрясения головного мозга – 35(43%) у детей были появления вегето-сосудистых и соматических симптомов. Переломы ключицы отмечены у 6 (7%) больных, наиболее частый возраст от 7 до 14 лет – 5 (6%). В возрасте до 3-х лет данная травма не отмечена, от 3-7 лет была у одного больного (1%). Диагноз подтверждался рентгенограммой. У ребенка 5 лет, перелом был на среднем уровне с угловым смещением костных отломков и ему наложена 8 – образная гипсовая повязка, сроком на 4 недели. Из группы больных от 7 до 14 лет, угловое смещение отмечено у 3 больных, которым применен аналогичный метод фиксации ключицы. У 2 больных с типичным смещением костных отломков, накладывалась гипсовая повязка «полуобруч». Переломы плечевой кости были у 12 больных (14%) и локализовались в дистальном метафизе, в виде чрезмыщелковых переломов со смещением. На первом месте среди переломов костей конечностей находились переломы костей предплечья – 21 (25%). Переломы костей предплечья локализовались в диафизе средней трети – 4 больных (19%), нижней трети – 10 больных (48%), эпи- и остеоэпифизеолизах дистального конца предплечья – 7 больных (33%). Переломы костей предплечья со смещением костных отломков, лечили консервативно, в случаях со смещением и невозможностью закрыто репонировать, производили оперативное вмешательство с металлоостеосинтезом спицей Киршнера (2). Самая малочисленная группа представлена переломами бедренной кости – 4(5%). Данные повреждения в основном отмечены в возрасте от 3- 7 лет (75%). Основная локализация переломов бедренной кости на уровне верхней и средней трети. У детей в возрасте до 5 лет - 2 больных применяли лейкопластырное вытяжение на шине Беллера. В возрасте старше 5 лет (2 больных) применялось скелетное вытяжение, однако отрепонировать костные отломки не удалось, им было проведено оперативное вмешательство с применением интрамедуллярного металлоостеосинтеза. По частоте встречаемости переломы костей голени заняли 5 место и составили – 5 больных (6%), все были со смещением отломков, им проводилось скелетное вытяжение сроком на 4 недели.

Заключение. Анализ результатов стационарного лечения детей показал, что дети с травматическими повреждениями нуждаются в детальном клиническом и рентгенологическом обследовании, с целью определения показаний к одному, наиболее целесообразному методу лечения, всячески избегая перехода от одного способа лечения к другому у одного и того же больного без достаточных оснований.

ПРИМЕНЕНИЕ РАЦИОНАЛЬНОГО МЕТОДА ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Сафарбаев Б.Б., Ахмедов С.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Эпидемиологическими исследованиями последних лет (ВОЗ, 2009) выявлено, что от 38% до 42% всех пациентов, посещающих кабинеты соматических врачей, относятся к группе пациентов, страдающих психосоматических расстройств. Частота психосоматических расстройств достаточно высока и колеблется среди населения от 15 до 50%, а в общей медицинской практике — от 30 до 57% (Ю.Ю. Елисеев, 2003). В настоящее время описано 10 000 симптомов и нозологических форм различных заболеваний, и более трехсот медицинских специальностей существуют для того, чтобы справиться с этой патологией. Проблема психосоматических соотношений — одна из наиболее сложных проблем современной медицины, несмотря на то, что тесная взаимосвязь психического и соматического замечена и изучается на протяжении многих веков, со времен [Гиппократ](#) и Аристотеля. В первое время в психосоматической медицине преобладали психоаналитические концепции, согласно которым соматическое здоровье обусловлено состоянием психики (депрессивный аффект может способствовать телесному заболеванию у предрасположенной к этому личности, а чувство удовольствия — оказывать омолаживающее действие на тело). Существует большое количество теорий, описывающих причины и механизмы возникновения и развития психосоматических заболеваний с позиций различных научных школ (D.Friedman, 2002).

Цель и задачи исследования - изучение эффективности лечения психосоматических расстройств рациональным методом психотерапии.

Материал и методы исследования. Обследовано 20 больных с психосоматическими расстройствами в возрасте от 35-55 лет. Из методов исследования использован клиничко-психопатологический; экспериментально-психологический метод исследования (опросник Шмишека-Леонгарда, Гиссенский опросник).

Результаты исследования и обсуждение. В современной психиатрии данные расстройства объединены в большую группу психосоматических расстройств, т.е. связанных со стрессом дисфункций (по МКБ-10 – F-32; F-42-48), что объясняет их связь с концепцией невроза. При всех формах психосоматических расстройств наблюдаются расстройства в психической сфере, чаще всего эмоционального регистра. Эмоциональные расстройства были выявлены у 87% больных. Среди них больные с соматизированными депрессиями составляли 31%. Такой вариант психосоматических расстройств как психалгия встречался до 13% случаев. Больные были поделены на 2 группы: первой группе больных проводилась только медикаментозная терапия, а второй группе с применением рациональной психотерапии. В первой группе отмечалась улучшение состояния через 21 дней, во второй группе через 14 дней, что показывает укорочение продолжительности лечения на 34%.

Заключение. При параллельном применении рациональной психотерапии в лечении психосоматических расстройств наблюдается заметное укорочение длительности лечения и улучшения состояния больных.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПРИМЕНЕНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ.

**Собиров Х.Г. Рахимова Н.Ф. Гаффарова Ф.К, Турсунбаев А.К.
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт.**

Актуальность: Залог успешного лечения ОИМ у больных - как можно более быстрое восстановление проходимости окклюзированной коронарной артерии, задержка на каждый час приводит к потере одной жизни дополнительно на каждые 100 больных, леченных с помощью тромболитической терапии (ТЛТ) или чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ). Исходя из этого, оптимизация комплексной терапии ОИМ является достаточно трудной, но очень актуальной задачей.

Цель исследования: Изучение возможности реваскуляризации миокарда методами коронарной ангиопластики и стентирования в сравнении с системным тромболизисом в комплексной терапии острого инфаркта миокарда.

Задачи исследования: Оценить эффективность реваскуляризации миокарда методами коронарной ангиопластики и стентирования в комплексной терапии ОИМ. Провести оценку эффективности системного тромболизиса в комплексной терапии ОИМ у пациентов.

Материал и методы: Изучены истории болезни 30 пациентов перенесших ОИМ в период с 2012-2014г в возрасте $66,8 \pm 5,2$ лет леченных в 7 ГКБ и их анкетные данные по амбулаторным картам. Были разделены на 2 группы в зависимости от варианта терапии: 15 пациентам в комплексной терапии проведен системный тромболизис (критерии отбора: больные моложе 75 лет с клиникой ОИМ, некупирующийся нитроглицерином ангинозный приступ, от начала ОИМ менее 12 час, подъем сегмента ST на ЭКГ или «свежая» БЛНПГ) I группа, 15 пациентам в комплексной терапии ОИМ выполнены коронарная ангиопластика и стентирование (критерии отбора: некупирующийся нитроглицерином ангинозный приступ, по ЭКГ стойкие подъемы ST, обструкция или значимый стеноз сосуда, отвечающего за зону некроза) II группа.

Результаты исследования: Восстановление кровотока было достигнуто у 12 больных в I группе и у 14 больных во II группе. В I группе повторный ИМ развился у 2 больных, ОНМК развилось у 1 больного. Во II группе повторный ИМ развился у 1 больного. До лечения ЭКГ критерии недостаточности коронарного кровообращения встречались одинаково часто (в 100% случаев), то через 2 года исследуемый показатель, в обеих группах встречался в 25%. При ЭхоЭКГ случаев исследования в I группе больных ФВ при поступлении было 36,3%, перед выпиской через 2 недели 37,2%, а через год ФВ увеличилась на 12%, во II группе ФВ была соответственно 36,0%, 40,3% и 54,3%. У 1 больного I группы через 6 месяцев развился повторный ИМ, еще у 1 больного через 1 год и 3 месяца. Стенокардитические боли в I группе больных встречались у 8 больных, 7 больных проведено стационарное лечение в связи с НС и нарушением ритма сердца. У одного больного через 1 год и 5 месяцев развился ОНМК. Во II группе больных повторный ИМ развился через 1 год и 8 месяцев у 1 больного, стенокардитические боли беспокоили 5 больных, стационарное лечение в связи с НС получали 3 больных.

Выводы: Результаты лечения в группе пациентов, которым в комплексной терапии выполнены методы коронарной ангиопластики и стентирования, лучше по сравнению с результатами лечения пациентов, которым в комплексной терапии был проведен системный тромболизис, у них отмечалось меньше нефатальных повторных инфарктов миокарда и реже проявлялась ишемия миокарда в последующем.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ АНТИОКСИДАНТНОГО И ОКСИДАНТНОГО СТАТУСА ПРИ ПЕРИТОНИТЕ В РАННИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД У ДЕТЕЙ.

Собиров Э. Ж., Агзамходжаев Т.С

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность: известно, что развитие перитонита сопровождается интенсификацией процессов свободнорадикального окисления, напряжением антиоксидантной системы. Считается, что уровень конечных продуктов перекисного окисления липидов и активность ферментов антиоксидантной защиты коррелирует со степенью тяжести патологического процесса, что можно использовать в клинической практике в качестве прогностического критерия.

Цель исследования: изучить и проанализировать параметров антиоксидантного и оксидантного статуса при перитоните в ранний послеоперационный период у детей после хирургических операций.

Материалы и методы: обследовано 15 больных перитонитом в возрасте от 1 до 14 лет, находившихся на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии. Для выявления состояния антиоксидантного и оксидантного статуса у всех обследованных групп изучались следующие биологические объекты: сыворотка крови и эритроциты в сыворотки крови определялись общая антиоксидантная (ОАА) и оксидантная (ООА) активность, активность каталазы и концентрация тиобарбитуратовой кислоты активных продуктов – ТБКАП. Эритроциты служили средой, в которой исследовались ОАА и активность каталазы. Полученные данные сопоставлялись с динамикой концентрации гемоглобина, уровня гематокрита, количества форменных элементов крови, общей концентрации альбумина.

Результаты и их обсуждение: исследование выраженности нарушений динамики клинико-лабораторных показателей и параметров антиоксидантного и оксидантного статуса при перитоните с различной тяжестью состояния больных позволило выявить манифестирующие биохимические звенья развития интоксикации в ранний послеоперационный период. Достоверные различия, по сравнению с донорами, выявлены у больных реактивной стадии перитонита на 1 сутки наблюдения ($p < 0,05$): снижение активности каталазы и ОАА эритроцитов на 42% и на 21%, возрастание уровня ОАА сыворотки крови и ООА на 34% и на 24% соответственно. Концентрация ТБКАП увеличивалась в 2 раза. Аналогичная динамика этих клинико-биохимических параметров сохранялась и на 3 сутки после операции. Клинико-лабораторные параметры крови у больных перитонитом реактивной стадии на 1 сутки послеоперационного периода показали увеличение количества палочкоядерных нейтрофилов до 19% и снижение количества лимфоцитов до 10%, ОКА уменьшалась на 37% по отношению к группе доноров. На 3 сутки наблюдений больных перитонитом реактивной стадии ниже нормальных значений были концентрация гемоглобина, уровень гематокрита, количество лейкоцитов – в 1,5 раза, количество эритроцитов – в 1,4 раза, а количество сегментоядерных нейтрофилов – выше в 1,3 раза. ОКА снизилась в 1,4 раза, по сравнению с 1-ми сутками наблюдений.

Выводы: таким образом, у больных перитонитом прогностическим комплексом нарушений оксидантного статуса крови могут послужить уровень общей оксидантной активности крови и концентрации тиобарбитуратовой кислоты активных продуктов в сыворотки крови. В совокупности с общей антиоксидантной активностью и активностью каталазы в сыворотке крови и эритроцитах эти параметры характеризуют состояние системы «свободнорадикальное окисление – антиоксидантная защита» в крови

ВЛИЯНИЕ ЭНЗИМОТЕРАПИИ НА ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ БЕХТЕРЕВА

Сибиркина М.В., Каримов М.Ш.

Ташкентская Медицинская Академия

Анкилозирующий спондилоартрит (АС) занимает одно из первых мест среди ревматических заболеваний по числу инвалидности и потери трудоспособности. Поэтому в последнее время ведется активный поиск новых эффективных методов и средств лечения АС. Одним из них является метод системной энзимотерапии (СЭТ). Одним из основных свойств СЭТ является ее влияние на разрешение отека и воспаления, а также участие в модификации иммунного ответа. На основе вышеизложенного, целью данного исследования явилось изучение возможности применения системной энзимотерапии в лечении больных АС.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 97 больных СА (мужчин 80, или 82,5%, женщин 17, или 17,5%), средний возраст больных составил $39,4 \pm 1,1$ года. Длительность заболевания в среднем составила $12,9 \pm 1,1$ лет. I группу составляли 36 (35,3%) больных АС, получавших традиционное лечение, II группа - 45 (31,4%) представлена больными, которые на фоне традиционной терапии получали флогэнзим по 3 даже 3 раза/сут.

Обсуждение полученных результатов. При анализе полученных результатов обнаружена значительная динамика всех клинических показателей на фоне комплексной терапии с включением Флогэнзима. Так в группе больных, получавших Флогэнзим, интенсивность болевого синдрома снижалась по сравнению с показателем до лечения на 77,4%. Как показали результаты исследования продолжительность скованности в позвоночнике, пробы подбородок-грудина, Томайера и Форестье на фоне комплексной терапии снижались на 61,7%, 31%, 46,1% и 29,3% соответственно. Снижение этих показателей в группе больных АС, не получавших Флогэнзим, составило лишь 57,4%, 23%, 33,6% и 24,7% соответственно. Аналогичная динамика отмечалась в отношении функциональных проб, характеризующих подвижность грудного отдела позвоночника.

Сравнительный анализ эффективности терапии, использованной нами у больных АС, выявил преимущество комплексного лечения с включением Флогэнзима. При этом на фоне комплексной терапии СОЭ у больных АС с легкой ст. анемии снижался в 1,4 раза, достигая контрольного значения (показателя здоровых лиц), у больных АС со средней и тяжелой степенью анемии на 23 и 9% соответственно. При оценке содержания ЦИК у больных АС отмечалось достоверное снижение данного показателя по истечении курса терапии.

Однако у больных I группы снижение концентрации иммунных комплексов в процессе лечения составило 19,8 % у больных АС легкой, средней и тяжелой степенью анемии 15,6% и 13,5%, то у больных II группы этот показатель равнялся 55,6%, 40,5% и 34,7% соответственно. У больных АС, в комплексную терапию которых входил Флогэнзим, отмечалось нарастание концентрации гемоглобина и количества эритроцитов периферической крови в процессе лечения, в то время как у больных первой группы эти показатели изменялись незначительно. Как известно, снижение иммунологической активности АС приводит к уменьшению выраженности анемического синдрома за счёт различных механизмов. Одним из них является снижение концентрации провоспалительных цитокинов в сыворотке крови, что, по-видимому, имеет место в данном случае.

Выводы. Следовательно, в группе больных, в комплексную терапию, которых включался препарат Флогэнзим прослеживается тенденция к более выраженному регрессированию клинических признаков заболевания и анемии. Видимо, в основе положительного действия, применяемого способа лечения, лежит способность Флогэнзим оказывать действие на активность ряда провоспалительных цитокинов.

ВЛИЯНИЕ НПВС НА СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА ЖКТ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ РЕВМАТИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ

**Сибиркина М.В., Каримов М.Ш.
Ташкентская медицинская академия**

Известно, что человеческий организм содержит более 500 видов микроорганизмов, которые составляют в среднем 5% массы тела. Находясь в отдельных биотопах, эти микроорганизмы формируют своеобразную микро- экосистему, находясь в симбиозе с макроорганизмом, принимает непосредственное участие в регуляции многих физиологических реакций и процессов, включается в синтетические процессы организма, обеспечивает активацию иммунной системы за счет синтеза иммуноглобулинов, лизоцима, интерферона и цитокинов, усиливая активность пищеварительных ферментов и моторно-эвакуаторную функцию желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) - помогает перевариванию пищевых продуктов. Несмотря на сложную организованность и склонность к изменчивости микроэкосистема является легко ранимой и очень чувствительной к воздействию экзо - и эндогенных факторов. Доказано, что существенные изменения в микробиоценозе организма происходят после применения лекарственных средств. Однако характер влияния нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) на микробиоценоз отдельных биотопов остается не изученными.

Поэтому **целью** нашего исследования явилось изучение состояния микрофлоры кишечника у больных с ревматологическими болезнями фертильного возраста, применяющих НПВС.

Материалы и методы: под наблюдением находились 40 больных с ревматологическими болезнями (РБ), получающих НПВС. Средний возраст больных 30,6 лет, средняя длительность заболевания составила 5,2 лет. Больные для симптоматического лечения в основном принимали неселективные ингибиторы ЦОГ-II. Исследования микрофлоры ЖКТ проводились в биотопах желудка и кишечника методом запаиваемых целлофановых мешков [Н.А. Сомов, 1987], заполненных магистральным природным газом [Ш.К.Адилов], при температуре 37°C в условиях термостата в течение 2-3 суток.

Обсуждение полученных результатов. Результаты проведенных исследований выявили увеличение на фоне лечения НПВС общего количества анаэробов в желудке и снижение в кишечнике на 20% в отличие от анаэробов. Общее количество аэробов на фоне применения НПВС заметно увеличивается в желудке и кишечнике. По сравнению с контрольной группой на 35% и 24%, соответственно. Содержание бифидобактерий в желудке на фоне применения НПВС, увеличивается в 1,3 раза, в кишечнике в 1,8 раза, соответственно по сравнению с показателями у здоровых лиц. Количество лактобактерий как в желудке, так и в кишечнике у ревматологических больных - получавших НПВС снижается. Изучение сапрофитной флоры желудка и кишечника у обследованных больных выявило увеличение содержания пептострептококка в желудке в 3,7 раза, в кишечнике - 6,9 раза. *Staphylococcus epidermidis* 1,3 раза и 1,7 раза соответственно. В тоже время *staphylococcus saprophytes* и микроорганизмы, относящиеся к стрептококкам группы - «А» на фоне проводимого лечения не высевается. Микроорганизмы, относящиеся к стрептококку группы «Д» в биотопе желудка увеличиваются, а в биотопе кишечника существенно не изменяются. В желудочном биотопе появляются лактоза-позитивные *E. coli* и в 1,6 раза увеличивается титр лактоза - негативных *E. coli*. В кишечнике на фоне лечения НПВС наблюдается лишь повышение титра лактоза негативных *E. coli*, которые превышают значение контроля в 1,4 раза.

Выводы. Полученные результаты показывают наличие отчетливых дисбиотических изменений микробиоценоза желудка и кишечника у РБ получающих НПВС. Развитие дисбиотических изменений в изучаемых биотопах отражается на функциональной деятельности ЖКТ и отрицательно сказывается на течении основного заболевания за счет усиления аутоиммунных процессов.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ПОСТИНТУБАЦИОННЫХ СТЕНОЗОВ ГОРТАНИ И ТРАХЕИ У ДЕТЕЙ.

Сойибов А.Н.Усенов С.Н.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт.

Актуальность темы. Больные со стенозами полых органов шеи составляют 3% от всех оториноларингологических больных. (Ф.М. Хитров 1984). По данным отечественных и зарубежных авторов, в 75-95% случаев причиной стенозирования гортани и трахеи являются интубация, искусственная вентиляция легких (ИВЛ), трахеостомия. Стенозы этих органов выявляются у 20-25% больных, перенесших интубацию, ИВЛ и трахеостомию. А.Н. Наседкин 1999, П.В. Павлов 2001, В.Д. Паршин 2002. В качестве основного метода лечения таких больных применяются многоэтапные хирургические вмешательства с длительными периодами дилатации гортани и трахеи, требующие высокой квалификации хирурга. Проблема ранней диагностики, лечения и профилактики больных с постинтубационными стенозами гортани и трахеи имеет важное медицинское, социальное и экономическое значение.

Цель исследования: Определет оптимальный алгоритм диагностика и лечения с постреанимационными стенозами гортани и трахеи, направленный на раннее выявление патологических изменений в гортани и трахее.

Материалы и методы исследования: Комплексное обследование больных с постреанимационными стенозами гортани и трахеи, включающее в себя непрямую ларингоскопию, фиброла-ринготрахеоскопию, исследование функции внешнего дыхания и компьютерный анализ голоса.

Работа основана на результатах клинического обследования, консервативного и хирургического лечения 25 пациентов с постреанимационными стенозами гортани и трахеи различной этиологии, находившихся на лечении в клиника ТашПМИ с 2013 по 2014 гг. Возраст больных составлял от 3 до 16 лет.

Результаты исследования: У больных из разных групп клиническая характеристика, преимущественные методы обследования и лечения имели свои особенности. Лечение больных начинали проводить в реанимационном и продолжали в профильном отделении. В лечении больных применяли медикаментозную терапию, фонопедические упражнения, физиотерапевтические процедуры и хирургическое лечение. В качестве режущего инструмента использовали специальные микроинструменты для операций на гортани, радиоволновой нож и холодно - плазменный коагулятор.

При отсутствии роста грануляций в течение 7 дней, больных деканю-лировали. В случае повторного роста грануляций, в просвет трахеи устанавливали Т-образные силиконовые стенты, с которыми пациентов выписывали на срок от 3 до 10 месяцев. При повторном поступлении, больным проводили контрольный период и деканюляцию или пластику трахеального дефекта.

Выводы: Определены наиболее безопасные вмешательства у пациентов с постреанимационными стенозами гортани и трахеи - это холодно-плазменная коагуляция и радиочастотная хирургия. Комплексное лечение больных с постреанимационными стенозами гортани и трахеи, включающее фонопедический, физиотерапевтический, медикаментозный и хирургический методы, позволяет полностью восстановить дыхательную функцию у 92,7 % больных с данной патологией. Эндоскопический метод диагностики стенозов воздухопроводных путей у больных с постреанимационными стенозами гортани и трахеи является наиболее информативным в раннем постреанимационном периоде. Он позволяет своевременно диагностировать и предупредить развитие стенозирования гортани и трахеи. В силу своей мобильности он наиболее приемлем для больных, находящихся в реанимационных отделениях.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЖЕЛТУШНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ ПРИ ВУИ.

Сулейманова Л.И., Исмаилова М. А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность исследования: Внутриутробная инфекция является причиной всего спектра антенатальной патологии, включая пороки развития плода, формирование фетоплацентарной недостаточности и задержки внутриутробного развития. Одним из органов, который часто вовлекается в патологический процесс у новорожденных с ВУИ, является печень.

Цель исследования. Изучить особенности желтушного синдрома у доношенных и недоношенных новорожденных с ВУИ.

Материалы и методы. Было обследовано и проанализировано 43 новорожденных с ВУИ и 12 здоровых новорожденных детей. Все новорожденные были разделены на 2 группы: в I группе- 18 доношенных новорожденных. Во II группе – 25 недоношенных новорожденных со сроком гестации 26-36 недель. В отделении патологии новорожденных и отделении выхаживания недоношенных, дети поступали из родильных комплексов на 4-е - 7-е сутки после рождения, поэтому в среднем билирубин сыворотки крови определялся на 5 сутки. Нами проведена оценка уровня общего билирубина и его фракций, а также печеночных трансаминаз у наблюдаемых новорожденных.

Проведены тщательный сбор анамнеза, анализа крови, биохимия крови-общий билирубин и его фракций АЛТ, АСТ, УЗИ печени и желчного пузыря.

Результаты исследования. В результате проведенных исследований установлено, что у всех наблюдаемых нами детей, рожденных от матерей с ВУИ отмечался выраженный желтушный синдром. В структуре желтушного синдрома преобладала желтуха с непрямой гипербилирубинемией (76%). У остальных детей отмечалась гипербилирубинемия за счет прямой фракции(24%). Причиной непрямой гипербилирубинемии у инфицированных детей в большинстве случаев было нарушение конъюгационной функции печени, в 2-х случаях желтуха протекала под маской гемолитической болезни новорожденных. Прямая гипербилирубинемия отмечалось почти у каждого четвертого ребенка с желтушным синдромом и характеризовалась ранним её появлением, волнообразным характером желтухи, выраженной гепатоспленомегалией, печеночным геморрагическим синдромом, непостоянной ахолией, темно-желтым цветом мочи. Анализ выраженности гипербилирубинемии новорожденных показал что, повышение уровня непрямого билирубина среди недоношенных детей в 1,7 раза больше, чем у доношенных детей, а повышение прямого билирубина в 1,1 раза. В группе сравнения у троих детей (25%) было повышение билирубина за счет непрямой фракции. Повышение уровня фермента АЛТ у доношенных детей наблюдалось в 16,6% случаев, а у недоношенных детей в подавляющем большинстве 72%.

Почти у трети доношенных детей желтуха держалась до 2-х недель, у 50% – до 20 дней и более. Среди недоношенных детей желтуха длилась более 2 недель и у подавляющего большинства (75%) продолжались свыше 20 дней, у 40% до 20 дней жизни.

Выводы. Таким образом, у новорожденных детей, родившихся от матерей с ВУИ желтуха сохраняется более длительно, то есть, чем меньше был срок гестации, тем дольше держалась желтуха. Желтуха новорожденных, родившихся от матерей с ВУИ сопровождалась гепатоспленомегалией.

РЕНТГЕНОВСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕТОДОМ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Султанова Л.Р., Умарова Р.Х

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность темы. В Республике Узбекистан современной травматологии и ортопедии приоритетным направлением является разработка и внедрение в клиническую практику высокотехнологичных методов оперативного лечения больных. Один из таких методов — эндопротезирование тазобедренного сустава. Оно выполняется пациентам с различными патологическими изменениями сустава. Потребность в эндопротезировании в Узбекистане составляет не менее 600 в год. В среднем одна операция приходится на 50 человек населения, а с учетом того, что, как правило, пациентами являются люди старше 50 лет, то процентное отношение нуждающихся в эндопротезировании тазобедренного сустава в этой возрастной группе к остальным увеличивается многократно (проф. Б.В.Берлинер, Б.В.Шаварин, М.Ж.Азизов и др.). Показания для эндопротезирования тазобедренного сустава: перелом шейки бедренной кости, асептический некроз головки бедренной кости, дисплазии суставов, деформирующий остеоартроз, ревматоидный полиартрит и др.

Цель исследования. Изучить возможности методов лучевой диагностики в сопоставлении с клинико-лабораторными данными до и после эндопротезирования тазобедренного сустава.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач проведено комплексное клинико-лабораторного и лучевого обследования 60 пациентов с патологией тазобедренного сустава в возрасте от 50 до 80 лет. Все пациенты с патологией тазобедренного сустава до оперативного лечения разделены на две группы:

1 группа – 35 пациента с деформирующим остеоартрозом (ДОА) II – III степени

2 группа – 25 пациентов с повреждениями тазобедренного сустава

Всем пациентам выполнено эндопротезирование. Пациентам 1 группы – тотальное эндопротезирование, пациентам 2-ой группы – однополюсное эндопротезирование.

Результаты. При рентгенографии у 27 (75,0 %) человек с ДОА III ст. установлено снижение высоты рентгеновской суставной щели до 1,0 – 2,0 мм у 16 (44,4 %) пациентов, а у 9 (25,0 %) пациентов на отдельных участках сочленяющиеся поверхности соприкасались с формированием выраженных костных разрастаний по краям суставной впадины и головки бедренной кости. В субхондральных отделах головки и вертлужной впадины отмечаются отдельные поммеровские узелки (участки распавшейся хрящевой ткани, внедрённые под воздействием нагрузки в субхондральные отделы), склероз. У 5 (9,4 %) больных кистовидная перестройка головки бедренной кости сочеталась с выраженной дегенерацией суставных хрящей. У 9 (25,0 %) пациентов с асептическим некрозом головки бедренной кости выявлены типичные изменения: рассасывание костных фрагментов и возникновение кистоподобных элементов, окруженных зонной склероза, деформация головки (чаще – грибовидная у 6 (11,3 %) человек) вследствие импрессии, а также за счёт краевых костных разрастаний по суставным поверхностям. Высота суставных хрящей была снижена вследствие их дегенерации. Выявлен подвывих бедра вверх и наружу в 8 (15,0 %) случаях. В патологический процесс вовлекалась и суставная впадина с развитием субхондрального склероза и кист. Протрузия дна вертлужной впадины выявлена у 9 (25,0 %) пациентов.

Вывод. По результатам исследования доказано, что у лиц с деформирующим артрозом после эндопротезирования тазобедренного сустава в сроки 3 месяца, 1 год происходит адаптивная перестройка костной ткани прилегающей к эндопротезу и возникает дефицит костной массы в проксимальных зонах Груэна (при нормальных показателях фосфорно-кальциевого обмена), что является фактором риска развития поздних послеоперационных осложнений.

СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ.

Султанова З.Х. Рузметова Д.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Острый бронхообструктивный синдром (БОС) вирусной или вирусно-бактериальной этиологии имеет наибольшую частоту в детском возрасте. (Зайцева О.В.2005,Таточенко В.К.2000, Rylander E.,Ericson M. 2007). По данным Таточенко В.К. (2000) у каждого четвертого ребенка в процесс вовлекаются бронхи с продолжительным бронхообструктивным синдромом. Дыхательные расстройства при остром обструктивном бронхите могут быть разной степени тяжести и сопровождаться гипотонией и метаболическим ацидозом (Gassibba R.2004). В работах отечественных и зарубежных исследователей было показано, что именно сочетание вирусной инфекции (Чебуркин А.В. 2000, Panitch HB 2003, Jhawar S 2003), вегетативных нарушений (Вейн 1999, Шиляев В.В 2009, FairweatherD.2001) и острой гипоксии (Кондратьев В.А.2000, Dakhama A.2005), возникающих при бронхиальной обструкции у детей раннего возраста, оказывают патологическое воздействие на многие органы и системы ребенка, в том числе и на сердечно-сосудистую систему (BourletT.,2000,Fu Y.C., Chi C.S. 2004).

Цель исследования.Изучить особенности поражения сердечно-сосудистой системы у детей с бронхиальной обструкцией.

Результаты исследования.Проведенное исследование позволило установить, что острые респираторные заболевания у детей раннего возраста, протекающие с бронхообструктивным синдромом, наиболее часто ассоциированы с аденовирусной (21%), риносинцитиальной (24%) и микоплазменной (9%) инфекцией.

Показано, что острая бронхиальная обструкция инфекционного генеза у 33% детей первых лет жизни, сопровождалась изменениями со стороны сердечно-сосудистой системы на фоне повышения в сыворотке крови кардиоспецифических ферментов и тропонина, с развитием нарушений проводимости и ритма сердца, а также процесса реполяризации миокарда желудочков.

Показано, что острый период бронхиальной обструкции протекает у 45% детей раннего возраста с нарушением адаптации сердечно-сосудистой системы, для определения характера которой могут быть использованы следующие критерии: звучность сердечность тонов, соотношение ЧСС к ЧД, степень выраженности гипоксии (по уровню сатурации кислорода), уровень кардиоспецифических ферментов, электрофизиологические изменения, в виде нарушений ритма сердца и проводимости, данные ЭХО КГ, результаты рентгенологического исследования,

Выводы. Острый обструктивный синдром при инфекционных респираторных заболеваниях наряду с гипоксией (сатурация кислорода 89%) сопровождаются повышением процессов перекисного окисления липидов, снижением активности супероксиддисмутазы и уровня аскорбиновой кислоты в сыворотке крови, степень выраженности которых коррелирует с тяжестью течения заболевания.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПРИ БРЮШНОПОЛОСТНЫХ ОПЕРАЦИЯХ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Таганова Г.А., Абдусалиева Т.М

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Особенности незрелой системы восприятия боли у новорожденных (низкий порог боли, длительная реакция на боль, перехлест рецепторных полей, более широкие рецепторные поля, незрелая система нисходящего контроля боли) обуславливают их более высокую чувствительность у боли. Возросший интерес к проблеме послеоперационной боли у новорожденных объясняется выявленными тяжелыми последствиями неконтролируемой боли, перенесенной в период новорожденности.

Цель. Изучение уровня болевых ощущений по международным стандартам и установление адекватности обезболивающего эффекта фентанила в сочетании с сибазоном, с натрий оксибутиратом в послеоперационном периоде при брюшнополостных операциях у новорожденных.

Материалы и методы. Исследование проведено у 10 новорожденных в послеоперационном периоде хирургических операций. О состоянии центральной гемодинамики (ЦГ) судили по числу сердечных сокращений (ЧСС) в мин., и артериальному давлению (АД) в мм рт. ст., центрального венозного давления (ЦВД), объем циркулирующей крови (ОЦК) в мл/кг, и периферической (мониторное наблюдение АДс, АДд, АД ср, дыхание) гемодинамики, сатурации кислорода (SpO_2), уровня биохимических изменений крови (электролиты, КЩС).

Результаты и обсуждение. Новорожденный ребенок способен чувствовать боль и «сообщить» о ней через изменение своего поведения. Универсальной реакцией на острую боль у новорожденного ребенка является гримаса, движения конечностей и плач. При этом сочетание шести признаков: нахмуривание бровей, зажмуривание глаз, углубленные носогубные складки, открытый рот, движение стоп и плач встречалось в 93,5% случаев, и может быть использовано в выявлении боли в неонатальном периоде. 68,3% детей при обезболивании фентанила с сибазоном методом внутривенной анестезии; особенно это свойство выражено у фентанила. У 48,3% новорожденных. Комплексное изучение поведенческих реакций, физиологических показателей и лабораторных стрессовых тестов показало, что использование метода инфузии фентанила с сибазоном, фентанила с ГОМКом для послеоперационного обезбоживания, создает эффективную анальгезию после полостных и других травматичных операций в неонатальном периоде. Послеоперационное обезбоживание инфузией фентанила предпочтительно использовать у новорожденных детей на ИВЛ, в виду выраженного угнетения дыхания и седативный эффект у этого препарата, и отмену фентанила проводить за 20-24 часа до окончательного перевода ребенка на самостоятельное дыхание.

Вывод: Комплексное изучение поведенческих реакций, физиологических показателей и лабораторных стрессовых тестов показало, что использование фентанила в сочетании с сибазоном, с натрий оксибутиратом для послеоперационного обезбоживания, создает эффективную анальгезию после полостных и других травматичных операций в неонатальном периоде.

ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Тангибаева Ю. Абдуразакова З.К. Ташметова Б.Р.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) характеризуется выраженным клиническим полиморфизмом. Проявления ЮИА настолько разнообразны, что в последнее время о ревматологии говорят как о мультидисциплинарной проблеме, затрагивающей многие отрасли медицины. Наряду с развитием патологии суставов, являющейся основным признаком большинства ЮИА, в патологический процесс нередко вовлекаются внутренние органы и системы, что требует от ревматолога широких знаний в области различных медицинских специальностей. Орган зрения не является исключением, так как структуры глаза участвуют в воспалении при РЗ, особенно у детей, что предполагает согласованные действия ревматологов и офтальмологов в определении тактики лечения и наблюдения пациентов. Частота увеитов и других поражений глаз при системных и синдромных заболеваниях у детей варьирует от 2 до 27,4%. Среди них «ревматическое» поражение составляет около 56%.

Цель исследования. Определить особенности офтальмологических поражений при ювенильном идиопатическом артрите у детей находившихся на лечении в клинике ТашПМИ за период 2010-2014 гг.

Результаты исследования. Увеит при ЮИА обычно бывает передним, характеризуется симметричностью у 65% детей, асимптомным течением- 51%, может предшествовать артриту (8,6%), выявляется нередко лишь при осмотре на щелевой лампе. Именно при этой форме увеита развиваются серьезные осложнения такие, как катаракта- 61%, глаукома- 2,5%, лентовидная кератопатия-11%, синехии –спайки между радужной оболочкой и хрусталиком -37% что связано с поздним выявлением и неадекватным лечением. Осложнения, согласно литературным данным приводят к значительным нарушениям зрения, вплоть до развития слепоты у детей.

Выводы. Таким образом, системный вариант ЮИА в 18% сопровождается поражением органов зрения. Они довольно разнообразны по своим клиническим проявлениям, однако в ряде случаев имеют сходные симптомы. Особенности офтальмологических изменений при ЮИА таковы, что будучи похожими при разных нозологических формах, вызывает определенные трудности при постановке диагноза, особенно, если идет период становления болезни или поражение глаз предшествует другим клиническим симптомам. С другой стороны отмечается полиморфизм глазных изменений при одном и том же заболевании и частое их несоответствие «типичным» признакам, ранее описанным в литературе.

РАННИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В ХИРУРГИИ ВРОЖДЕННЫХ КАТАРАКТ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА.

Ташбекова С.С., Бабаджанова Л.Д..

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Основным звеном в лечении врожденных катаракт (ВК) является аспирация хрусталика с последующей коррекцией аметропии различными методами, одним из которых является имплантация ИОЛ. Анализ литературы показывает, что в структуре всех осложнений после аспирации ВК воспалительные реакции составляют от 6 до 48 % случаев.

Цель. Анализ ранних послеоперационных осложнений у детей младшего возраста после экстракции катаракты.

Материал и методы. Нами проанализированы результаты хирургического лечения 35 больных (50 глаз) в возрасте от 1 до 18 месяцев, оперированных в глазном отделении клиники ТашПМИ в период с 2012 по 2014 годы. В возрастном аспекте дети подразделены на 3 группы. Первую группу составили дети 6-8 месяцев – 6(17%), вторую 9-12 месяцев – 19(54%), третью 13-18 месяцев – 10(29%) случаев соответственно. Наиболее часто встречающимися видами катаракт были ядерные, полиморфные и диффузные. Проведены традиционные методы обследования. Для расчета ИОЛ применялась формула SRK-II, использовалась схема с учетом растущего глаза. Во всех случаях имплантирована мягкая ИОЛ. Катаракты удаляли методом аспирации и ирригации через тоннельные разрезы. При решении вопроса о технической возможности внутрикапсульной имплантации заднекамерной ИОЛ у детей раннего возраста большое значение имело соотношение толщины имплантируемой ИОЛ, зависящей от ее диоптрийности, и величины задней камеры глаза и капсульного мешка.

Результаты. Ранние послеоперационные осложнения были в виде отека роговицы и составили 4%(8 глаз), фибринная реакция наблюдалась в 3% случаев (5 глаз). Отложение пигмента и нитей фибрина у 3% (5 глаз). Данные осложнения в основном наблюдались в группе детей, где имплантация ИОЛ осуществлялась в цилиарную борозду, в связи различными причинами (повреждение задней капсулы, лентиконус и др). а на 32 глазах (64%), где была произведена интракапсулярная имплантация ИОЛ, послеоперационный период протекал адекватно.

Вывод. После удаления врожденной катаракты с одновременной имплантацией ИОЛ у детей грудного возраста, начального и конечного периодов раннего детства послеоперационное воспаление встречается, в среднем, в $9,6 \pm 0,5\%$ случаев и не имеет достоверных возрастных отличий.

ЦИФРОВАЯ ОБЪЕМНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ЛОБНЫХ ПАЗУХ

Тиллаева Н.Х., Пак Е.В.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Анатомия области лобно-носового соустья вариабельна и может осложняться добавочными клетками, такими как клетки *agger nasi*, фронтотомоидальные клетки четырех типов и *bulla frontalis*. Рентгенологическая оценка анатомических изменений необходима в предоперационной подготовке больных с патологией лобных пазух. Сохранение клеток, затрудняющих адекватный дренаж и вентиляцию лобной пазухи, может привести к рецидиву и хронизации воспалительного процесса в ней.

Цель исследования. Совершенствование методов диагностики пациентов с патологией лобных пазух путём применения цифровой объёмной томографии.

Материалы и методы исследования. Обследованы 32 пациента с воспалительными заболеваниями лобных пазух. Среди обследованных больных было 20 (62,5%) мужчин и 12 (37,5%) женщин в возрасте от 15 до 59 лет. Средний возраст пациентов составил до 35 лет – наиболее социально активный возраст. Воспалительный процесс в лобных пазухах сочетался с поражением других синусов. Проведенное обследование включало изучение жалоб и анамнеза, осмотр ЛОР-органов, клинико-лабораторное обследование. Всем больным проводилось рентгенологическое исследование околоносовых пазух (ОНП) в носоподбородочной и боковой проекции. Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) была произведена 12 пациентам, цифровая объёмная томография – 7.

Результаты и обсуждение. Анализ показал, что рентгенография ОНП в носоподбородочной проекции информативна для выявления патологии верхнечелюстных пазух. Однако в 20 случаях воспалительных заболеваний лобных пазух, рентгенологические данные, полученные при обзорной рентгенографии, заключались лишь в определении снижения пневматизации лобных пазух. По степени снижения пневматизации не всегда можно было с уверенностью сказать о степени тяжести поражения лобных пазух. У 3 пациентов лобные пазухи описывались как «прозрачные», несмотря на наличие воспалительного процесса в них. Рентгенография ОНП в носоподбородочной и боковой проекциях оказалась неинформативна в исследовании анатомии области лобно-носового соустья. При МСКТ возможно с достаточной уверенностью оценить степень поражения ОНП, однако аксиальная и коронарная проекции также не давали исчерпывающей информации о структурах остиомеатального комплекса и лобно-носового соустья. МСКТ была информативна в определении клеток *agger nasi*. Также можно предположить наличие фронтотомоидальных клеток и *bulla frontalis*. Определить тип фронтотомоидальных клеток, отличить их от *bulla frontalis*, оценить анатомию лобно-носового канала было возможно только на сагиттальных и приближенных к ним срезах. Лишь в 3 исследованиях из 22 имелась сагиттальная реконструкция. Но при реконструкции терялась четкость изображения и ни в один из срезов не попал лобно-носовой канал. При цифровой объёмной томографии возможность получить произвольное сечение зоны интереса и любую проекцию исследования позволило у всех больных выявить анатомические варианты, затрудняющие дренаж лобных пазух.

Заключение. Таким образом, цифровая объёмная томография явилась наиболее точным методом в оценке состояния лобных пазух. Относительная простота метода, низкая лучевая нагрузка по сравнению с МСКТ, наличие специализированного программного обеспечения позволяют рекомендовать его к широкому применению у пациентов с различными заболеваниями и состояниями лобных пазух на первом этапе диагностического поиска.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И КОСТНЫЙ МЕТАБОЛИЗМ У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Тилляева Д.М., Ахмедова Н.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Важным патогенетическим звеном ювенильного ревматоидного артрита (ЮРА) следует считать изменение костной ткани, связанные с такими патогенетическими факторами, как влияние хронического ревматического воспаления, характер проводимой терапии, степень функциональных ограничений, приводящих к уменьшению физической активности, необходимых для ремоделирования костной ткани.

Цель. Изучить взаимосвязи нарушений костного метаболизма со клиническими показателями у детей с ЮРА.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 29 детей, с ЮРА в возрасте от 2 до 18 лет, из которых 13 мальчиков (44,8 %) и 16 девочек (55,2 %) . Средняя продолжительность заболевания составила 36 месяцев. Всем больным проведены клиничко-лабораторные исследования. Инструментальные методы включали в себя рентгенографию суставов и компьютерную денситометрию, где определялись такие показатели как площадь сканирования (ВА), содержание минерала (ВМС), минеральная плотность костной ткани МПК (Z-score)

Результаты. Проведенные нами исследования показали, что у 79% больных развитию заболевания предшествовала острая вирусная инфекция. Ревматоидный артрит характеризовался в 82% случаев медленно-прогрессирующим течением. У 24,2% больных мы наблюдали олигоартикулярный, у 75,8% - полиартикулярный вариант течения заболевания. В зависимости от давности заболевания во время осмотра у 73% детей отмечалось симметричное поражение пястно-фаланговых и плюсно-фаланговых суставов и их веретенообразная деформация. Поражение коленных, локтевых и луче-запястных суставов отмечалось у 26% больных. Системные проявления ревматоидного артрита отмечены у 17 (58,6%) больных. По лабораторным данным у 65,5% больных отмечена анемия легкой степени, у 27,6% - анемия средней степени, у 89,6% больных – лейкоцитоз и ускорение СОЭ, положительный ревматоидный фактор у 29% больных. Уровень кальция в сыворотке крови был сниженным у 41%, на нижней границе нормы был у 59% больных. На рентгенограмме суставов в двух проекциях выявлены явления выраженного остеопороза с нечеткостью контуров суставов, костно-деструктивные изменения, неравномерное сужение суставной щели, а также субхондральный склероз суставных поверхностей суставов, зоны роста были открыты, отечность и инфильтрация мягких тканей. Изучение показателей компьютерной денситометрии у детей с разными вариантами артрита, сопровождающимися разной степенью суставного поражения, воспалительной активностью выявил ряд различий. У детей с полиартикулярным вариантом ЮРА по сравнению с детьми с олигоартикулярным вариантом выявлена тенденция к более низким ВА, ВМС и Z-score. Больные с системными вариантами ЮРА имели достоверно более низкую МПК по сравнению с больными с олигоартикулярным и полиартикулярным вариантами ЮРА.

Таким образом, более высокая воспалительная активность, степень суставного поражения и степень функциональных нарушений сопровождается снижением минеральной плотности костей и выраженными явлениями остеопении, остеопороза с сужением суставных щелей, субхондральным склерозом суставных поверхностей и костно-деструктивными изменениями.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ У БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПО ДАННЫМ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ

Толипова С.М., Ахмедов Б.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА) является хроническим системным воспалительным заболеванием неизвестной этиологии с прогрессирующим поражением суставов, которое начинается в возрасте до 16 лет и сохраняется в течение более чем 6 недель. В течение последних 10 лет, использование МР-томографических методов значительно улучшили оценку патологических изменений у взрослых пациентов с ревматоидным артритом. Несмотря на большое количество проведенных исследований у взрослых, опыт по использованию МРТ в оценке ЮРА ограничен.

Цель. Изучить возможности МРТ коленных суставов у больных ЮРА в оценке активности воспалительного процесса.

Материалы и методы. Исследованы 24 коленных суставов (КС) у 24 пациентов с ЮРА: 12 девочек и 12 мальчиков в возрасте от 5 до 16 лет. Пациенты были разбиты на 2 группы: 1 группа – пациенты с признаками активности заболевания, 2 группа – пациенты с признаками клинико-лабораторной ремиссии. В первую группу вошли 18 пациентов, средний возраст $8,9 \pm 2,76$ лет, средний стаж заболевания $24,71 \pm 25,81$ мес. Вторую группу составили 6 человек, средний возраст $9,6 \pm 4,19$ лет, средняя продолжительность заболевания $14,62 \pm 24,4$ мес. Исследование КС проводилось на МР-томографе (Vantage 1,5 T; Toshiba Medical Systems Europe). Использовались последовательности T1-ВИ, T2-ВИ, PDF-Sat. Все суставы исследовались в коронарных, сагиттальных и аксиальных сечениях. МР-томографические признаки синовита как показатель активности процесса (выпот и пролиферация синовия) оценивались по шкале с градацией от 0 до 3.

Результаты. Визуализация пролиферирующей синовиальной оболочки имела место в первой группе пациентов в 13 КС (72,22%). Толщина синовиальной оболочки варьировала от 1 до 11 мм (средняя толщина $4,579 \pm 3,079$ мм) и соответствовала градациям от 0 до 3. Во второй группе пациентов синовиальная оболочка визуализировалась в 1 КС (16,66%), ее толщина составляла 1 мм, что соответствует градации 0. Внутрисуставной выпот как проявление синовита был выявлен в обеих группах. В 1 группе жидкость обнаружена в 16 КС (88,89%), ее количество варьировало от 1 до 31 мм (средняя толщина слоя жидкости составила $7,4 \pm 6,87$ мм) и соответствовало градации от 1 до 3. Во 2 группе внутрисуставной выпот выявлен в 4 КС (66,66%), толщина слоя жидкости варьировала от 1 до 5 мм (средняя толщина $2,66 \pm 1,86$ мм) и соответствовала градации 1. Отек костного мозга выявлен в обеих группах: в 1 группе в 4 КС (22,22%), во 2 группе в 3 КС (50%).

Выводы. Выявлена статистически значимая разница толщины синовия между клиническими активными и неактивными суставами. Средняя толщина внутрисуставного выпота была статистически значимо больше в суставах пациентов с клинически активным заболеванием, по сравнению с пациентами в состоянии клинико-лабораторной ремиссии. Пациенты с признаками активности заболевания имели более выраженные утолщение синовия и количество выпота, чем пациенты в состоянии клинико - лабораторной ремиссии. Таким образом, МРТ, наряду с установлением морфологического субстрата поражения суставов, может быть использована для оценки активности воспалительного процесса у больных ЮРА.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ШКОЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ДЕТСКОГО ТРАВМАТИЗМА

Тохтаева Д.М., Назарова С.К., Назарова Н.И.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность исследования детский травматизм во всех странах становится предметом особой озабоченности широкого круга лиц и работников различных специальностей. В настоящее время от травм и несчастных случаев умирает во много раз больше детей, чем от детских инфекционных заболеваний. На основе проведенных научных исследований выявлено, что от травм в общей сложности умирают 9 %, это составляет 5 миллионов людей. Ежегодное количество травм детского возраста составляет 950 000, которые являются причиной смертности у 85% детей.

В возникновении повреждений существенное значение имеют анатомо-физиологические и психологические особенности детей, их физическое и умственное развитие, недостаточность житейских навыков, повышенная любознательность и т.п. Травмы, отравления и другие последствия воздействия отдельных причин по показателям заболеваемости, преждевременной смертности и инвалидности представляют огромную проблему в сфере охраны здоровья населения. При анализе детского и школьного травматизма отмечено, что каждая возрастная группа имеет свои особенности.

Цель исследования: Определить роль и значимость работы школьной медицинской сестры в профилактике детского травматизма, совершенствовать работу медицинской сестры, проводимую в данном направлении.

Задачи исследования: изучить актуальность проблемы школьного травматизма и определить основные причины, динамику и поло-возрастные особенности возникновения школьного травматизма на примере учащихся общеобразовательных школ №223, №205 Мирзо-Улугбекского района г.Ташкента, изучить формы и методы профилактики школьного травматизма осуществляемой медицинской сестрой, научно обосновать организацию работы школьной медсестры в профилактике школьного травматизма и детской инвалидности, разработать мероприятия по усовершенствованию работы школьной медицинской сестры направленной на снижение травматизма в школе.

Материалы и методы: Для определения роли и значимости работы школьной медицинской сестры в профилактике детского травматизма провели анкетирование школьников охваченных в исследование на предмет перенесенных травм по модифицированной нами скрининг анкете, статистическую обработку и изучение полученных материалов.

Результаты и обсуждение при проведении исследования и анализа результатов особенностей травматизма на примере учащихся общеобразовательных школ №223, №205 г.Ташкента установлены относительно высокие показатели травм, которое произошли в школьной обстановке, в классе, во дворе и других местах. По данным анкетного скрининга проводилась оценка здоровья детей, из числа которых были выделены лица, перенесшие травмы. На основе факторного анализа полученных показателей состояния здоровья 1689 школьников, выделили травмы по нозологиям, и определили основные причины возникновения школьного травматизма. При этом, 80 % травм происходит на переменах, 69,7% из них приходится на падения и бег, травмы на уроках физкультуры составили 19,8%.

Вывод. В целом, обобщая результаты первого этапа исследования выявлено, что причиной травматизма в школе в основном являются травмы происходящие на переменах, при этом большая часть получена вследствие бега или падения и небольшая часть травм получена во время занятий на физкультуре. Для дальнейшего продолжения исследования планируется дополнить изучение специфической литературы, определить динамику и половозрастные особенности возникновения школьного травматизма; изучить посезонные колебания травматизма.

КЛИНИКО – ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВЫХ ТОКСИКОИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

Тошпулатов С.А., Мирисмаилов М.М.

Актуальность. Благодаря проведению профилактических, противоэпидемических мероприятий в Республике Узбекистан за последние 20 лет резко снизились показатели острых кишечных инфекций. Особую важность для здравоохранения республики приобретает проблема пищевых токсикоинфекций. Но в отдельных регионах Республики и в г.Ташкенте ежегодно констатируются случаи пищевых токсикоинфекций с охватом взрослых и детских контингентов населения. Сложности решения проблемы ПТИ связаны с рядом особенностей и отличающихся от других кишечных инфекций: большим разнообразием клинических форм, а также полиэтиологичностью возбудителя (А.Г. Валиев соав. 2014г). В настоящее время недостаточно изучены особенности клинического течения пищевых токсикоинфекций, особенно у детей.

Цели исследования: В связи с этим поставлена цель – изучить клинко – эпидемиологические особенности пищевых токсикоинфекций у детей в зависимости от тяжести течения и от вида возбудителей.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 36 больных детей с пищевой токсикаинфекцией, находившихся на базе клиники НИИЭМИЗ РУ.

Результаты обследования: При эпидемиологическом анализе выявлено, что мясо употреблялось 8 (22.2%) больными, 7 (19.4%) молочные изделия, 3 (8,4%) –кондитерские изделия, у 18 (50%) - смешение продукты питания. Как правило, с признаками пищевых токсикоинфекций поступали дети более старшего возраста. При сопоставлении тяжести течения :заболевание протекало с легким течением у 28 (77,3%), средней тяжести течения у 6 (16%), тяжелое течение болезни у 4 (11%). У больных с ПТИ выявлена гастритическая форма болезни, у 26 (72,8%) гастроэнтеритическая, у 5 (14,2%) гастроэнтероколитическая форма болезни. У больных с ПТИ выявлены следующие условно -патогенные бактерии E.coli у 3 (8.3%) больных, Proteus mirabilis у 10 (27.8%), Salmonella у 3 (12.5%), у 20 (52.5%) больных не выявлен этиологический фактор.

Вывод: Таким образом, пищевые токсикоинфекции у детей характеризовались острым началом, коротким инкубационным периодом с выраженными проявлениями интоксикации, неоднократной рвотой, быстрым нарастанием симптомов обезвоживания, водянистым стулом.

ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С КОНВЕРСИОННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Туйчиев Ш.Т., Абдуллаева В.К.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность. Конверсионные расстройства представляют собой проблему медицинского и социального плана. Это обусловлено частотой встречаемости, как в обыденной жизни, так и в медицинских учреждениях. Распространенность их среди населения по данным различных авторов составляет от 0,5 до 2%, а в зависимости от рассматриваемого контингента ее показатель достигает до 15% (Семке В.Я., 2005). Развитие взглядов на конверсионные расстройства отражает эволюцию психиатрической мысли.

Конверсионные расстройства сохраняют многообразие клинической картины в психиатрической практике. Ее этиопатогенез, механизмы развития, симптомы, течение и лечение продолжают выдвигать много нерешенных теоретических и практических вопросов. В последние годы происходит социогенный патоморфоз психических расстройств (Александровский Ю.А., 2009; Семке В.Я., 2005; Перчаткина О.Э., 2009; Хохлов Л.К., 2010; Кгеи М.М., 2012) и изменение классификационных подходов в психиатрии, в том числе и при конверсионных расстройствах (Панкова О.Ф., 2006; Дмитриева Т.Б., 2013). Предпринимаются попытки размыwania клинических границ конверсионных расстройств и упразднения самого понятия этой болезни, хотя число конверсионных расстройств не сокращается (Семке В.Я., 2013).

Цель и задачи исследования: изучение функциональных нарушений у больных с конверсионными расстройствами

Материалы и методы исследования. Объектом исследования явились 23 женщин в возрасте от 20 до 45 лет, которые обследовались и лечились в городском психоневрологическом диспансере г.Ташкента с конверсионными расстройствами.

В работе использовались клинико-психопатологический метод исследования.

Результаты исследования и их обсуждение. Наблюдались функциональные расстройства чувствительности у 69,5% больных. Были представлены различными гипо- и гиперстезиями, болевыми синдромами. Функциональные нарушения органов чувств и речи проявлялись в виде расстройства зрения (скотомы, амвроз, сужение полей зрения), афонии, заикания, мутизма и встречались в 65,2%. Двигательные нарушения встречались в виде гиперкинезов (тики, блефароспазмы, мигания), астазии-абазии (65,2%). Симптомы обычно возникали по механизму «условной желательности или приятности», локализуясь в «месте наименьшего сопротивления» (перенесенные в прошлом заболевания) по механизму «бегства в болезнь». Нередко наблюдались пациенты, имитировавшие симптомы заболевания родственников и знакомых, что создавало определенные трудности при диагностике конверсионных расстройств.

Заключение. Таким образом, были выявлены функциональные расстройства чувствительности в виде нарушений органов чувств и речи, а также двигательных нарушений которые возникали по механизму «условной желательности или приятности». Имитирование симптомов заболевания родственников и знакомых создавало трудности при диагностике конверсионных расстройств.

СТРУКТУРА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С КОНВЕРСИОННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Туйчиев Ш.Т.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность. Конверсионные расстройства представляют собой сложную и разноликую форму пограничных нервно-психических расстройств, через призму которых преломляются многие теоретические и практические проблемы современной медицины, психологии, психотерапии, социологии и других смежных наук (Обидин И.Ю., 2007).

Современные проявления невроза существенно отличаются от впервые описанных в работах французских психиатров (Charcot J.M., 1877; Bernheim H., 1891; Жане П., 1911). Особенно отчетливо изменения клинической картины болезни прослеживаются при конверсионных расстройствах (Карвасарский Б.Д., 2010; и др.), о чем, в частности, свидетельствует и значительное уменьшение числа классических диссоциативных симптомов. В течение XX века ведущие синдромы и симптомокомплексы при конверсионных расстройствах подверглись существенным изменениям: от ведущих двигательных нарушений после первой и второй мировых войн, до астеноипохондрического синдрома и нарушений сердечной деятельности - в конце 50-х годов, фобического синдрома - в 70-х годах, вегетативных расстройств - в конце 80-х. В современной клинике истерических расстройств практически отсутствуют классические истерические синдромы. Симптоматика является полиморфной, что отражает стирание границ между отдельными формами неврозов. Ведущую роль приобретает тревожно-фобическая симптоматика, наблюдается смещение нарушений в аффективную сферу (Абабков В.А., 2005; Карвасарский Б.Д., 2010, и др.).

Цель и задачи исследования: изучение клинических особенностей психопатологических нарушений больных с конверсионными расстройствами.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования явились 18 женщин в возрасте от 20 до 45 лет, которые обследовались и лечились в городском психоневрологическом диспансере г.Ташкента с конверсионными расстройствами.

В работе использовался клинико-психопатологический метод исследования.

Результаты исследования и их обсуждение. В клинике конверсионных расстройств у пациентов наблюдались истероастенические, истеродистимические и истерофобические расстройства. Так, помимо ведущих диссоциативных расстройств, 94,5% случаев выявлялся астенический синдром; ипохондрические расстройства — 66,7%; депрессивные состояния различной степени выраженности — 94,5%.

Астения носит тотальный характер и проявляется повышенной утомляемостью (94,5%), раздражительностью (83,0%), неустойчивостью настроения (94,5%) и слезливостью (72,2%). На первый план выступает истощаемость нервных процессов, расстройство внимания (88,9%) и в связи с этим трудности в выполнении служебных обязанностей.

В подавляющем большинстве встречались алгические расстройства в виде головных болей (77,8%), которые имели давящий, сжимающий характер. Довольно часто (72,2%) встречался такой специфический симптом как оссалгии - боли по ходу костей, усиливающиеся в покое и в ночное время, нередко метеозависимого характера.

Заключение. Таким образом, ведущими клиническими признаками диссоциативных расстройств явились истероастенические, истеродистимические и истерофобические расстройства, в клинике астенического синдрома на первый план выступали истощаемость нервных процессов и расстройства внимания, что создавало трудности в выполнении служебных обязанностей.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ ТЕНДЕНЦИЯМИ ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Тураев Ж.П.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность. Одной из важных медико-социальных проблем современного общества ВОЗ выделяет проблему самоубийств (R F. Diekstra, 2006). На сегодняшний день общепризнано, что главным поставщиком самоубийств является депрессия (А. Б. Смулевич, 2001; Н. М. Жариков с соавт., 2007). Она является причиной 70% всех совершенных самоубийств (Ф. Дж. Яничак, Дж. М. Дэвис, Ш. Х. Прескорн и др., 2009; D. G. Jacobs, 1999). В настоящее время наблюдается рост числа завершённых суицидов, особенно среди женщин (Т.Б. Дмитриева, 2008). Кроме того, женщины в 2 - 4 раза чаще мужчин предпринимают незавершённые суицидальные действия (М. А. Лапицкий, С. В. Ваулин, 2000; А. А. Лопатин, 2000), предпочитая при этом приём больших доз медикаментов (М. А. Лапицкий с соавт., 2004; Т. Б. Дмитриева, 2008). Учитывая тот факт, что значительная часть суицидентов попадают в поле зрения психиатрической службы только после совершения аутоагрессивных действий, весьма актуальной становится диагностика аффективных расстройств, именно у этой категории населения, с целью более качественной помощи им в постсуицидальном периоде и построения более эффективной системы превенции повторных суицидальных действий.

Цель и задачи исследования – изучение клинических особенностей больных с суицидальными тенденциями при депрессивных расстройствах.

Материал и методы исследования. Клинико-психопатологическим методом обследовано 26 больных с депрессивными расстройствами в возрасте 25-45 лет, находившихся на стационарном лечении в городской клинической психиатрической больнице.

Результаты исследования и их обсуждение. По клинико-психологическим данным больные с высоким риском суицидальной попытки отличаются более высоким уровнем социального, физического и психического неблагополучия. суицидальные тенденции. Суицидальные тенденции у больных депрессиями возникают как при повторяющихся одностипных психотравмах, так и при длительных субъективно неразрешимых психотравмирующих ситуациях. У больных с единственной суицидальной попыткой провоцирующие факторы чаще носят временный характер и чаще отмечается сочетание ряда проблем, на фоне которых запуском суицидального действия служит случайное событие. Это лица с выраженной социальной дезадаптацией, глубоко переживающие свою отчужденность от общества, высоким уровнем самоотчуждения (самостигматизации), социальной интроверсией. Им присущи: нарциссизм, гиперсензитивность, зависимость, острота реагирования, снижение толерантности к психическим нагрузкам, выраженный комплекс неполноценности, заострение личностных черт, аморальность, неумение и нежелание нести ответственность за свои поступки, более выраженное снижение умственной трудоспособности, памяти и интеллекта, озабоченность своим соматическим состоянием и выраженная «субъективная депрессия» с тревогой, умственной притупленностью, навязчивыми размышлениями пессимистического содержания,

Заключение. Таким образом, у больных с суицидальными тенденциями при депрессивных расстройствах суицидальный конфликт формируется под влиянием как реальных жизненных обстоятельств, так и патологических переживаний. У больных с суицидальными попытками чаще выявляются конфликты, связанные с изменением жизненного стереотипа и собственной несостоятельностью, с тяжелыми психотравмами.

ИНТРА- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В ХИРУРГИИ НАБУХАЮЩЕЙ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ КАТАРАКТЫ.

Тураева Ш.Е., Бузруков Б.Т., Туракулова Д.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Травматические повреждения глаз являются одной из главных причин слепоты и инвалидности по зрению (Дегтярева Е.М. и соавтор., 2007;). Несмотря на многочисленные научные и практические разработки в области лечения травматических набухающих катаракт, данная проблема остаётся актуальной для детской офтальмологии, в основном из-за наличия послеоперационных осложнений. А также из-за не доработки реабилитационных (послеоперационных) мероприятий среди данной категории детей.

Цель. Анализ осложнений интра и послеоперационного периода у детей после экстракции набухающей травматической катаракты.

Материал и методы. Нами проанализированы результаты хирургического лечения 50 больных, оперированных в глазном отделении клиники ТашПМИ в период с 2012 по 2014 годы. Все больные в зависимости от срока полученной травмы и момента госпитализации были распределены на 2 группы. I группа – острая травма, больные обратившиеся в течение 1 суток с момента полученной травмы – 13 (26%) детей. II группа – больные, обратившиеся позже 1 суток с момента полученной травмы – 37 (74%) детей.

Результаты. Частота возникновения всех интраоперационных осложнений в первой группе составила 6%, во второй же 20% случаев. В первой исследуемой группе кровотечение в ходе операций наблюдалось в 1 случае (2%), во второй группе - в 2 случаях (4%). Выпадение стекловидного тела в ходе операции происходило в 2 (4%) и 8 (16%) случаях соответственно по группам. Среди ранних послеоперационных осложнений ведущее место в обеих группах занимает иридоциклит, который наблюдался у 3 пациентов первой группы (6%) и у 7 пациентов второй группы (14%). При биомикроскопии отмечался диффузный отек роговицы – 9 больных (18%), взвесь во влаге передней камеры 3 больных (6%). В первой группе гифема не наблюдалась, у второй группы гифема наблюдалась у 2 больных (4%). Отслойка сосудистой оболочки в раннем послеоперационном периоде встречалась у пациентов второй группы - в 2 случаях (4%). Макулярный отек и кератопатия в первой группе выявились одинаково - в 2 случаях (4%), а во второй группе - в 2 случаях (4%).

Вывод. Таким образом, проведенные исследования показали, что наиболее высокий процент осложнений после экстракции набухающей травматической катаракты. наблюдался во второй группе, т.е. у детей обратившихся за помощью позже 1 суток с момента полученной травмы.

СИНДРОМОЛОГИЯ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В ИНВОЛЮЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Тургунов К.Б.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность. Особенности психики у лиц позднего возраста являются благоприятной почвой для внешних вредных воздействий. Еще Furstner (1889) находил своеобразие депрессий позднего возраста в наличие следующих факторов: отсутствие двигательной заторможенности, наличие тревожного возбуждения, страхов, длительного двигательного беспокойства, обманов чувств, бредовых переживаний. Клиническая особенность поздних депрессивных расстройств рядом авторов объясняется влиянием самого возрастного фактора, инволюции (Н. Meyer, 2001). Депрессивные состояния позднего возраста описываются и в рамках психозов сосудисто-церебрального происхождения. Необходимо отметить, что многие специалисты при изучении сосудистых заболеваний головного мозга пришли к признанию сосудистого фактора как первопричинного, этиологического в возникновении соответствующих картин депрессии (Ефименко В.А., 2005).

Цель и задачи исследования – изучить синдромологию аффективных расстройств в инволюционном периоде.

Материал и методы исследования. Клинико-психопатологическим методом обследовано 36 больных с депрессивными расстройствами в возрасте 45-60 лет. Все больные проходили стационарное лечение в Городской клинической психиатрической больнице г.Ташкента.

Результаты исследования и их обсуждение. Астено-депрессивный синдром (23%), являющийся ведущим для данной возрастной патологии, появляется на более поздних стадиях основного заболевания, уже в сочетании с другими отчетливыми явлениями психоорганического синдрома и даже лакунарной деменции. Поскольку больные с явлениями деменции из исследования исключались, астено-депрессивный синдром представлен значительно меньше, чем тревожно-депрессивный (54%) в группе сосудистых депрессий. Тревожная депрессия характеризуется сосуществованием аффективных, когнитивных, моторных, сенсорных и вегетативных компонентов тревожной и депрессивной аффективных систем. Ипохондрические явления на этом возрастном этапе уже не проявляются, поскольку большинство пациентов имеют документально подтвержденные диагнозы органических страданий. Так, наблюдались лишь «остаточные явления» в виде отрывочных высказываний ипохондрического характера, лишенных систематики и не соответствующих критериям ипохондрического и соматоформного расстройства (18%). Конверсионно-истерическая симптоматика также не звучала в исследуемой группе, поскольку также подверглась возрастному и органическому патоморфозу.

Заключение. Таким образом, синдромология изучаемого явления представляется закономерной и психопатологически оправданной. Это аффективная патология, представленная депрессивными состояниями сосудистого генеза. Характерным течением сосудистой депрессии следует признать появление на инициальном этапе состояния тревожной симптоматики, с постепенным присоединением депрессивных симптомов. В развернутой стадии заболевания характерно сосуществование двух аффективных комплексов. В завершающей стадии наблюдается преобладание депрессии над тревогой.

ФАКТОРЫ РИСКА В ФОРМИРОВАНИИ И РАЗВИТИИ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ ИНВОЛЮЦИОННОГО ПЕРИОДА

Тургунов К.Б.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность. Проблема депрессий является одной из центральных в области геронтопсихиатрии. Это определяется, в первую очередь, высокой их распространенностью в пожилом и старческом возрасте (RothM., KayD.W., 2006). По данным Шахматова Н.Ф. (2001) частота депрессий среди других форм психической патологии неуклонно растет по мере старения и снижается лишь в периоде глубокой старости, уступая место деменциям. Особенности психики у лиц позднего возраста являются благоприятной почвой для внешних вредных воздействий. Среди факторов, определяющих особенности реагирующего организма (кроме конституции, возраста), большую роль играет его половая принадлежность. Учитывая вышеуказанное, дальнейшие исследования в направлении исследования роли факторов риска в развитии депрессивных состояний позднего возраста представляются актуальными.

Цель и задачи исследования - установление факторов риска в формировании депрессивных состояний инволюционного периода.

Материал и методы исследования. Клинико-психопатологическим методом обследовано 36 больных с депрессивными расстройствами в возрасте 45-60 лет. Все больные проходили стационарное лечение в Городской клинической психиатрической больнице г.Ташкента.

Результаты исследования и их обсуждение. Среди социальных факторов были выявлены семейные конфликты, дефицит активного досуга. Соматические факторы были представлены хроническими соматическими заболеваниями в качестве фактора предрасполагающего и провоцирующего. Фактор «внезапное начало соматического заболевания» 50% больных назвали провоцирующим для развития депрессивного состояния. Среди психических факторов отмечались агрессивность, гедонизм, чрезмерная эмоциональность в виде несдержанности в проявлении эмоций, ослабление контроля над проявлением аффекта, пассивное поведение и избегание. Пассивное поведение проявлялось в легком отказе от достижения поставленных целей, ограниченности потребностей, отсутствии амбиций. Часто пациенты отмечали, что подобная модель поведения характерна для них уже на протяжении многих лет. Большинство пациентов отмечали также, что избегающее поведение в конфликте характерно для них уже на протяжении десятилетий. Больные указывали на неоднократные неудачные попытки изменить режим дня, контролировать переизбыток, соблюдать диету, отказаться от спиртного, табака и т.п. На момент беседы многие больные продолжали высказывать ненастойчивые пожелания что-либо изменить в привычном укладе жизни, избавиться от каких-либо вредных привычек. В большинстве случаев на момент обследования отмечалось депрессивное сужение спектра бытовых удовольствий, отмечался отказ от вязания, выпечки, садоводства у женщин; рыболовства, ремёсел, чтения у мужчин. Спектр удовольствий был представлен в данной группе преимущественно умеренной алкоголизацией, как у мужчин, так и у женщин.

Заключение. Таким образом, факторами риска формирования депрессивных состояний инволюционного периода явились социальные: семейные конфликты, дефицит активного досуга; соматические: наиболее значимое хроническое соматическое заболевание в качестве фактора «почвы» и триггера; психические: агрессивность, гедонизм, чрезмерная эмоциональность, пассивное поведение и избегание. Спектр социальных, соматических и психических факторов значительно различается, значимых для формирования депрессивного состояния в инволюционном периоде взаимосвязан с клиническими симптомами соответствующих депрессивных состояний.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТЕЙ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРЕЛОМОВ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА

Турсунова Д.Б., Умарова Р.Х., Шанасирова Р.С.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность темы. В Узбекистане переломы позвоночника в детском и подростковом возрасте - это одна из актуальных проблем. По данным некоторых авторов (Мусаев Р.С., Шотурсунов Ш.Ш., Перфильев С.В) компрессионные переломы составляют от 1,5% до 3% всех травм костно-суставной системы. Диагностика таких повреждений связана со значительными трудностями (слабая выраженность клинических проявлений, нечеткость рентгенологических данных, вариабельность формы детских позвонков и их дисплазия). Несвоевременная, неадекватная диагностика ведет к неправильной тактике лечения, а в последствии грозит развитием различных осложнений. К таким осложнениям относят развитие нестабильности в травмированном отделе, патологические искривления позвоночного столба (кифосколиозы), радикулиты, раннее развитие дегенеративно-дистрофических изменений, а так-же достаточно редкие, но не менее значимые асептические некрозы тел позвонков.

Цель исследования. Сравнить возможности рентгенографии и МРТ в диагностике острых неосложненных компрессионных переломов у детей и подростков с острой травмой грудного и поясничного отделов позвоночника.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты 40 клинического, рентгенологического и МР-исследования пострадавших детей и подростков, находившихся на стационарном обследовании и лечении на отделении детской травматологии компрессионных переломов грудного и пояснично-крестцового отделов позвоночника. Рентгенографические исследования грудного отдела (40 исследований) и пояснично-крестцового отдела (2 исследования) выполнялись на рентгенодиагностическом аппарате на 2 рабочих места — Рентгенографии строго в прямой и боковой проекциях в горизонтальном положении больного с центрацией рентгеновского луча на Th 6-7 в грудном отделе и L2-3 в пояснично-крестцовом отделе. МР-исследования позвоночника этим пациентам проводилось Siemens (Германия). Использовали протоколы T1-ВИ в сагиттальной плоскости, T2-ВИ в коронарной, сагиттальной и аксиальной плоскостях с толщиной среза не более 3 мм.

Результаты. МРТ является золотым стандартом в диагностике компрессионных переломов, т. к. визуализируются не только состояние замыкательных пластинок и высота тел позвонков, а также состояние костного мозга. Отсюда можно сделать вывод о том, что точность рентгеновского метода в среднем составляет около 58% от точности МРТ. По какой причине возникают расхождения. Наличие вентральной клиновидности не всегда является критерием для постановки диагноза «свежего» компрессионного перелома. Многие диспластические явления рентгенологически могут быть аналогичны компрессионным переломам, что дает ложноположительные результаты. Наложение тени ребер и легочного рисунка могут смазывать рентгенологическую картину. Также банальные ошибки в подсчете тел позвонков могут давать расхождения в рентгенологических и МРТ исследованиях.

Вывод. По данным исследований наших исследований рентгенографический метод диагностирует лишь 58% компрессионных повреждений позвоночника у детей по сравнению с МРТ методом. С появлением МРТ-томографа в нашей больнице существенно улучшилась диагностика компрессионных переломов и их лечение. Наблюдения в нашей больнице в этом направлении будут продолжаться.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭХОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА В КОНЦЕ ПЕРВОГО ТРИМЕСТРА БЕРЕМЕННОСТИ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Турсунова Ш.Ш., Фазылова С.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность.

Одним из ведущих направлений государственной политики Республики Узбекистан в области охраны здоровья населения является осуществление программы «Охрана материнства и детства».

На сегодняшний день этап развития медицины в Узбекистане основным методом исследования в пренатальной диагностике является ультразвуковое как наиболее информативное, доступное, безопасное для беременной женщины.

Согласно данным института здоровья Министерства Республики Узбекистан заболеваемость детей до одного года врожденными аномалиями за 2014 год составила 0,50 на 100 000 детей.

Цель:

Изучение возможностей ультразвукового скрининга на уровне первичного звена здравоохранения согласно стандарту ультразвукового исследования в акушерстве.

Материалы и методы исследования.

Проведен ретроспективный анализ обследования 25 женщин в конце первого триместра беременности.

Ультразвуковое исследование проводилось на приборе Mindray DP 6900 (Китай), конвексным датчиком 3,5 МГц на уровне первичного звена здравоохранения. В конце первого триместра беременности проводилась ультразвуковая оценка жизнедеятельности (сердечной и двигательной) плода,

детальное изучение ультразвуковой анатомии экстраэмбриональных и провизорных органов, состояние внутреннего зева, параметральной области и позади маточно-позадишеечной области согласно стандарту эхографии в акушерстве (приказ МЗРУз №287 от 26.06.06). При изучении ультразвуковой анатомии в 11-14

недель беременности обращалось внимание на следующие анатомические структуры плода: целостность костей свода черепа,

симметричность форм сосудов и сплетений головного плода, четвертый желудочек мозга и полушария мозжечка, длину носовой кости, позвоночный столб, толщину воротникового пространства и четырехкамерный сердечек, размер и локализацию желудка, целостность передней брюшной стенки, наличие и локализацию мочевого пузыря, наличие, пропорциональность и положение конечностей.

Полученные результаты. В результате проведенных исследований акрания плода диагностирована у 2-х беременных женщин, экзэнцефалия у одной. У 5 беременных женщин выявлено расширение воротникового пространства у плода, и они были направлены на комплексное пренатальное обследование в скрининг-центр.

Кистозная гигрома шеи у плода у 1, у 3-х женщин диагностирована внутриутробная гибель эмбриона/плода, в двух случаях из которых она сочеталась с кистой пуповины. 7

беременным женщинам ультразвуковое исследование было произведено на сроках 9-10 недель в связи с угрозой выкидыша,

при этом у эмбриона отмечалось грыжевое выпячивание в области передней брюшной стенки в месте выхода пуповины и ниже. При динамическом ультразвуковом контроле на сроке 11-12 недель в 5 случаях дефекты передней

брюшной стенки не были подтверждены и эти измерения были расценены как физиологические и кишечные грыжи эмбриона.

В одном случае было подтверждено заключение гастрозиса и в одном случае диагностирован полный отсутствию передней брюшной стенки плода с полной эквентрацией внутренних органов (печени, кишечника, мочевого пузыря) и мнимыми кишечными петлями в сочетании с обструкцией мочевыводящих путей нижнего уровня, проявившийся в этот период мегацистисом.

Заключение. Таким образом, проведение ультразвукового исследования в конце первого триместра беременности позволяет своевременно формировать группу риска и выявлять аномалии развития плода на уровне амбулаторно-поликлинического звена, что значительно оптимизирует и облегчает деятельность специализированных центров.

РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ БРОНХИОЛИТА

Тухмирзаева А.А., Манашова А.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность темы. Острый инфекционный бронхолит чаще имеет вирусную (респираторно-синцитиальный вирус, аденовирус) этиологию. Эта патология преобладает у детей, особенно первого года жизни. У взрослых частота обструктивных повреждений малых дыхательных путей в связи с легочной инфекцией остается невыясненной. Инфекционный бронхолит, особенно его длительное течение и повторные эпизоды является одним из факторов развития облитерирующего бронхолита с организующейся пневмонией. Для диагностики бронхолитов у взрослых традиционная рентгенография грудной клетки малоинформативна. Компьютерная томография (КТ) грудной клетки, особенно ВРКТ, определяет изменения в более ранние сроки развития заболевания.

Цель исследования: оценить возможности экспираторной КТ в ранней диагностике острого инфекционного бронхолита у взрослых.

Материалы и методы исследования. Группу исследования составили 14 пациентов (12 женщин, 2 мужчин, средний возраст 37,2 года). Курильщики из них 7 (50,0%). Профессиональных вредностей не отмечено ни у одного человека. Все пациенты имели в анамнезе клинический эпизод респираторной вирусной инфекции за 7–18 дней до исследования. На стандартных рентгенограммах изменений не было найдено. Всем пациентам проведено КТ исследование грудной клетки.

Результаты. По данным стандартного исследования у 4 (28,6%) пациентов выявлены патологические изменения в легочной ткани: В одном случае (7,14%) обнаружена бронхопневмония. У двоих пациентов (14,3%) выявлены признаки бронхолита – симптом «дерева в почках». В одном наблюдении (7,14%) КТ картина соответствовала острой интерстициальной пневмонии (диффузное неравномерное уплотнение легочной ткани по типу «матового стекла»). У 10 пациентов (71,4%) по данным стандартной КТ не было обнаружено патологических изменений в легочной ткани. В этой группе дополнительно была проведена КТ на выдохе. Анализ КТ изображений выявил нарушения бронхиальной проходимости во всех 10 (100%) случаях. Результаты КТ расценены как поражение мелких бронхов с их обструкцией, что позволило клинически выставить диагноз «Острый бронхолит» у 10 пациентов и изменить тактику лечения.

Выводы. Таким образом, применение стандартной КТ легких у пациентов с клиникой осложнения ОРВИ позволяет достоверно исключить пневмонию. Применение КТ на следующем этапе диагностики является полезным для выявления бронхиальной обструкции на ранних сроках, что позволяет произвести своевременную коррекцию терапии, избежать излишней антибиотикотерапии.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РЕФРАКТУР У ДЕТЕЙ.

Ф.Б. Убайдуллаев, Н.Н.Золотова

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Сращение кости при переломе — закономерный биологический процесс, заканчивающийся восстановлением целостности и возобновлению физиологической функции. Недостаточные сращения в области переломов, приводят к повторным переломам (рефрактура) (Попсуйшапка А. К. О 1992, Lieberman J. R., et.al. 2002).

Материал и методы исследования. За период с 2012 по 2014 гг на лечении во 2ГКДХБ с рефрактурами костей конечностей находилось 46 больных. При изучении возрастных групп выявлено, что 81,8% детей относились к старшей возрастной группе.

Преимущественно поступали мальчики – 41 (89%) в возрасте от 7 до 14 лет – 37(81%). В исследования включены пациенты, с повторными переломами и репозициями, выполнявшимися по поводу вторичных смещений на сроках более чем 2-3 недели, т.е. в сроки, когда закончено формирование первичной костной мозоли. При анализе материала отмечено, что среди всех случаев замедленной консолидации 55,35% локализовались в зоне диафиза длинных трубчатых костей (плечевой, предплечья и бедренной). По уровням локализации рефрактур в костях конечностей превалировала средняя и нижняя треть – 20 (43%) и 21 (44%) соответственно.

Результаты исследования. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости относить к факторам риска по нарушению консолидации такие факторы, как старший возраст пациентов (7-14 лет) и диафизарная локализация переломов. Крепитация костных отломков и патологическая подвижность в области рефрактуры, выявлялась в 15% случаев, деформация определялась на определенном расстоянии от места перелома в обе стороны. Рентгенография позволяла судить о сращении кости на фоне повторного перелома. Однако наиболее информативным методом диагностики было ультразвуковое исследование. Оно проведено у 33 больных по 11 пациентов в каждой из групп больных с рефрактурой (плечевой кости, костей предплечья и бедренной кости). До 1 месяца в В-режиме: отмечалось усиление периостальной реакции со стороны надкостницы в виде утолщения надкостницы до 1-1,5 мм. Надкостница визуализировалась в виде непрерывной линейной структуры повышенной эхогенности, которая полностью перекрывала зону перелома к 21 суткам (эхо-признаки формирования периостальной мозоли).

Результаты доплерографического исследования кровотока в области формирования первичной и вторичной мозоли позволяли получить информацию о вновь образующихся сосудах. Изменения в скорости кровотока в сторону замедления в основном отмечены в области рефрактур бедренной кости: в проекции области задней большеберцовой артерии (ЗБА) и тыльной артерии стопы (ТАС) отмечены следующие показатели линейной скорости кровотока (ЛСК). ЗБА - V_{max} (м/с) $0,56 \pm 0,04$ (здоровое $0,35 \pm 0,03$); V_{min} (м/с) – $0,04 \pm 0,01$ (здоровое $0,08 \pm 0,01$); ТАС - V_{max} (м/с) $0,46 \pm 0,04$ (здоровое $0,16 \pm 0,03$); V_{min} (м/с) $0,09 \pm 0,01$ (здоровое $0,31 \pm 0,04$). На область повреждений нами применялась лазеротерапия аппаратом «Узор». Стимуляция репаративных процессов и улучшение микроциркуляции тканей отражалось в раннем восстановлении скорости кровотока в поврежденных сосудах нижних конечностей.

Заключение. Исследования и результаты лечения больных с рефрактурами позволяют проводить мониторинг за процессами консолидации в процессе лечения и проведения оптимизации методов лечения. Кроме этого в лечении должны обоснованно использоваться новые методы лечения и остеостимуляционные материалы.

ОЦЕНКА АДЕКВАТНОСТИ АНЕСТЕЗИИ У ДЕТЕЙ ПРИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ МЕТОДОМ БИСПЕКТРАЛЬНОГО ИНДЕКСА ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИИ

Усманов Р.Р., Тахиров Ш.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: Технология Биспектрального индекса предоставляет анестезиологам прямой и точный метод непрерывного мониторинга состояния головного мозга в течение всего периода анестезии. Этот индекс является результатом применения современной комплексной многокомпонентной методики обработки сигнала ЭЭГ, включающей биспектральный анализ, анализ спектральной мощности и анализ во временной области.

Целью исследований: является улучшение качества анестезии при кардиологических операциях у детей под контролем BIS-ЭЭГ и показателей центральной гемодинамики на различных этапах анестезиологического пособия с использованием комбинированной ингаляционной анестезии

Методы и материалы: обследовано 20 больных в возрасте от 2 до 5 лет, оперированных по поводу врожденных пороков сердца (ВПС), «бледного» типа в условиях умеренной гипотермии. Об адекватности проводимой анестезии судили по показаниям биспектрального индекса (BIS-индекс) с помощью монитора ЮМ-300. Регистрация БИ проводилась на всех этапах оперативного вмешательства – от момента поступления пациента в операционную до перевода в кардиореанимационное отделение. Нормативные показатели БИ: 90–100 % соответствуют ясному сознанию, 80–90 % – легкой седации, 60–80 % – глубокой седации, 40–60 % – хирургической стадии анестезии. О состоянии гемодинамики судили по числу сердечных сокращений в 1 мин. и артериальному давлению (АД) в мм рт. ст., центральному венозному давлению (ЦВД), объему циркулирующей крови (ОЦК) в мл/кг, проведены исследования минутного объема сердца (МОС) в л/мин., сердечный индекс (СИ) в л/мин/м². Производился систематический электрокардиографический контроль.

Результаты и их обсуждение: Используя значения биспектрального индекса, полученные в ходе исследования, можно представить основные тактические моменты при проведении анестезиологического пособия. При проведении премедикации отмечалось максимальное снижение БИ до показателей 91 %, в среднем – 95 %. Для того чтобы индекс не превысил значение 60 % после интубации трахеи, индукцию в анестезию проводили исходя из значений БИ, не превышающих 45 %. Основные этапы оперативного вмешательства проводились при показателе БИ 33–60 %, что является оптимальным для безопасности пациента во время общей анестезии и характеризуется стабильными показателями центральной гемодинамики. Проведение мониторинга на этапе выхода из анестезии обеспечивало возможность контролировать пробуждение пациента, совершать своевременные действия. Перевод на спонтанное дыхание с последующей экстубацией проводился при уровне БИ равным не менее 78 %, что обеспечивало адекватное восстановление спонтанного дыхания и должного уровня насыщения капиллярной крови кислородом. Перевод пациента в отделение реанимации осуществлялось при значениях БИ = 90 % и выше, что исключало возможность респираторной депрессии дыхания в ближайшем послеоперационном периоде.

Выводы: Таким образом, показатели БИ могут использоваться для комплексной оценки адекватности проводимого анестезиологического пособия и стандартизации ведения основных этапов наркоза. Применение BIS-монитора во время общей анестезии делает возможным осуществлять динамическую оценку угнетения глубины сознания и исключить поверхностную или чрезмерно глубокую седацию. Ориентируясь на показатели БИ, возможен индивидуальный подбор доз анестетиков, что позволяет добиться «мягкого выхода» из наркоза.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Усманов Х.С., Хикматуллаева Т.И.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность темы. В Республике Узбекистан рентгенологическое исследование по-прежнему является важнейшим диагностическим методом в медицине. В последние несколько лет доминирующей стала тенденция создания комплексов для «беспленочных» кабинетов и отделений рентгенодиагностики. Развитие электроники и вычислительной техники позволило оцифровывать и регистрировать рентгеновские изображения в электронном виде с последующим их анализом и обработкой на рабочей станции, входящей в состав автоматизированного рабочего места врача-рентгенолога.

Целью исследования. Дифференциальная диагностика выявленных рентгенологических изменений в легких у различных контингентов детей, направленных для исследования легких.

Материал и методы. Рентгенография органов грудной клетки была проведена 337 детям, из которых у 152 подозревалась пневмония. Рентгенологически пневмония была подтверждена у 89 пациентов, что составило 58% от выявленной патологии. У 63 (42%) детей выявлен бронхит, из них обструктивный - у 14 пациентов; у 4 пациентов был подозрение на туберкулез (в 1 случае первичный туберкулезный комплекс, в остальных – туберкулез внутригрудных лимфоузлов); у 5 человек выявлена другая патология.

Результаты. По данным наших наблюдений из 20 случаев микоплазменных пневмоний диффузные изменения в виде усиления и обогащения легочного рисунка выявлялись в 10 случаях, локальные паренхиматозные изменения 1-2-х сегментов у 14 пациентов. Неравномерные участки уплотнения легочной ткани, чередующиеся с участками локальных эмфизематозных вздутий, что свидетельствует об определенной давности процесса - у 6 пациентов. У детей до 3-х лет в 9 случаях имели место явления гиповентиляции в виде субсегментарных ателектазов или дистелектазов. У 13 детей отмечалось увеличение внутригрудных лимфоузлов регионарной зоне поражения (лимфоузлов оттока лимфы). 6 детей имели реакцию костальных и междолевых плевральных оболочек на уровне поражения.

Применяемые в диагностике рентгенологические исследования позволяют повысить качество диагностики за счет обеспечения оперативного и комплексного анализа больших объемов данных исследований; использования цифровой обработки изображений: изменения диапазона рентгеновской плотности, применения различных фильтров, выделения областей интереса, проведения геометрических и плотностных измерений; оперативного доступа к данным исследований, хранящихся в базе данных; возможности одновременной визуализации на одном рабочем месте результатов исследований, полученных на разных модальностях или в разное время с целью динамического наблюдения или ретроспективного анализа.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о высоком качестве рентгенологической диагностики на современном этапе, что позволяет говорить об уровне и характере поражения анатомических структур, провести адекватное лечение и курс реабилитации. Своевременная клинко-рентгенологическая диагностика, правильное лечение и отсутствие осложнений не вызывают сомнений в необходимости рентгенологического исследования легких по клиническим показаниям. Обязательное проведение рентгенологических исследований легких у подростков позволяет исключить врожденную патологию и заболевания, протекающие латентно.

**БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ
ПИЕЛОНЕФРИТНИНГ ЎТКИР ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ “А” КАСАЛИГИДА КЕЧИШ
ХУСУСИЯТЛАРИ**

**Файзиев Б.О., Юсупов А.С.
Тошкент педиатрия тиббиёт институти**

Муаммонинг долзарблиги. Вирусли гепатитлар рўйхатга олинган ҳоллар сони бўйича умумий юқумли касалликлар орасида етакчи ўринни эгаллайди. Кўп сонли касалланиш, кечиш асоратлари каби ҳолатлар билан ўзининг долзарблигини сақлаб қолмоқда. Болаларда вирусли гепатит А нинг асосий клиник кечиш хусусиятлари ўрганилганда пиелонефрит фон касалликлари бўлган боларда оғир кечиш тасдиқланилган. Биз 30 нафар ўткир вирусли гепатит А билан сурункали пиелонефрит касаллиги билан оғриган беморларни касаллик тарихини қўриб чиқилган, шу касалликнинг жинсга ва ёшга қараб клиник кечишига, оқибатига таъсирини ўрганилди. Олинган натижалар асосида, шулардан 18 нафари 3-7 ёшгача бўлган бемор болалар, 12 нафари 8-15 ёшли бўлган бемор болалар.

Текшириш усуллари. Беморлар 3-15 ёшгача (11 ўғил бола, 19 қиз бола) касалликнинг клиник кечишига, қараб объектиб кўрув маълумотлари аниқланди: астеновегетатив, диспепсик белгилар, ҳамда тери ва кўз склераларида сариқлик даражаси, психомотор ҳолати ўрганилди.

Лаборатор текширув усуллари : умумий қон сийдик тахлили; ферментлар фаоллиги (АЛТ); биохимёвий текширишлар; коагулограмма (ПТИ); серологик текшириш усуллари (ИФА); Буйрак функцонал ҳолатини ўрганувчи текшириш усуллари, Ничепаренко, ҳамда мочевина ва кратинин.

Беморларни объектив кўрув ўтказилганда уларни умумий аҳолига эътибор берилади ва касалликнинг фаоллик даражаси баҳоланади. Бундан ташқари беморларда асаб-рухий ва буйрак функционал ҳолатини ўрганилиб, улардаги ҳолсизлик аҳамият берилади. Бу ҳолатлар беморлардан сўраб –суриштириш орқали аниқланилади.

Ўрганилган беморларда касаллик юқори ва ўрта фаолликда кечганда кўпинча сариқлик синдроми ҳам кузатилади ва беморларда интоксикация белгилари, сариқлик даражаси интенсивлигига қараб ўта сезиларли белгилар аниқланди. 3-7 ёшда бўлган бемор болаларда 50 % кузатилган бўлса, 8-15 ёшда бўлган бемор болаларда 100% кузатилди.

Бундан ташқари беморларда асаб-рухий тизим ҳолатини ўрганиш мақсадида махсус психометрик тест ўтказилади, координацияси, қайфиятига ва нутқига аҳамият берилади. Бу ҳолатлар беморлардан сўраб-суриштириш орқали аниқланади. Беморларнинг координацияси текширилганда тик туриб юришга имконият бўлганлари 3-4 қадам юриб кўрилади, бош айланиши белгилар сўралди. Кузатувда 3-7 ёшли бемор болаларда асаб-рухий ўзгаришлар камроқ кузатилди, 8-15 ёшли бемор болаларда эса кўпроқ кузатилди.

Ферментлар фаоллиги (АлАт ва АсАт); кузатувлар натижасида 3-7 ёшли бемор болаларда ўртача АлАт-214,6 мкмоль/л, АсАт-186,4 мкмоль/л бўлса, 8-15 ёшли бемор болаларда ўртача АлАт-305,7 мкмоль/л, АсАт-227,1 мкмоль/л. Умумий билирубин 3-7 ёшлиларда 106,6 мкмоль/л, эркин билирубин-79,1 мкмоль/л, боғлангани-27,05 мкмоль/л. 8-15 ёшли бемор болаларда эса ўртача умумий билирубин 182,4 мкмоль/л, эркин билирубин 102,3 мкмоль/л, боғлангани 80,1 мкмоль/л.

Хулоса. Шундай қилиб ўтказилган синамалар ва кузатувлар натижасидан кўриниб турибдики 3-7 ёшли бўлган бемор болаларга нисбатдан 8-15 ёшли бўлган бемор болаларда ўткир вирусли гепатит билан сурункали пиелонефрит оғриган беморларда оғирроқ бўлиши ҳамда узокроқ давом этиши қондаги эркин юрган билирубинга боғлиқлиги, анализ текширувлардан малум бўлиб турибдики агарда қонда эркин билирубин миқдори кўп бўлса касалликнинг оғирроқ кўриниши ва асаб-рухий ўзгаришларга олиб келиши кузатилди. самарадорлиги касаллик клиник аломатлари ўзга-ришларининг динамикаси, ҳамда ўтказилаётган метобализм ва буйрак функциясини яхшиловчи даво турига ва уйғунлашишига боғлиқдир.

ХАРАКТЕР СОПУТСТВУЮЩИХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Файзиева З.Б., Зоирова И.Г., Рахманкулова З.Ж.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. В структуре перинатальной заболеваемости и смертности наиболее важное место занимают врожденные пороки сердца. Клиническое состояние новорожденных усугубляется при врожденных пороках сердца с обогащением малого круга кровообращения, как развитием легочной гипертензии, так и наличием тяжелой сопутствующей патологии.

Цель исследования. Установить характер сопутствующей патологии при врожденных пороках сердца с обогащением малого круга кровообращения у доношенных и недоношенных новорожденных, находящихся в отделении патологии новорожденных.

Пациенты и методы. Исследования проводились на базе городской детской больницы №5. Обследовано 50 новорожденных детей с врожденными пороками сердца с обогащением малого круга кровообращения, среди них было 30 доношенных и 20 недоношенных новорожденных.

Результаты. Среди ВПС с обогащением малого круга кровообращения из числа всех детей были выявлены: открытое овальное окно у 42%, открытый аортальный проток у 20%, дефект межпредсердной перегородки у 30%, дефект межжелудочковой перегородки у 54%, полная форма общей атриовентрикулярной коммуникации у 8%, транспозиция магистральных сосудов у 12%, общий артериальный ствол у 6%, частичный аномальный дренаж легочных вен у 4%, тотальный аномальный дренаж легочных вен у 8%. У всех новорожденных детей отмечались

Среди доношенных новорожденных 33,3% были дети с синдромом Дауна, у 20% детей отмечались другие малые пороки развития, у 30% - признаки морфофункциональной незрелости, у 100%-перинатальные поражения ЦНС, у 23,3% новорожденных развилась пневмония, у 6,6% сепсис, у 46,7% выявлялась длительная желтуха, у 23,3% -внутриутробные инфекции. У недоношенных детей в 10% случаев выявлялся синдром Дауна, у 40% отмечались малые пороки развития, у 100% детей - морфофункциональная незрелость, у 100%- перинатальные поражения ЦНС, у 45% - пневмония, у 54% длительная желтуха, у 15% - сепсис, у 30% -внутриутробные инфекции.

Заключение. Течение неонатального периода у новорожденных детей с ВПС зачастую сопровождается перинатальным поражением ЦНС, развитием пневмонии, сепсиса, что значительно ухудшает состояние новорожденных, особенно недоношенных детей, и может привести к тяжелым осложнениям.

ГЕПАТОРЕНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ КАК ВНЕПЕЧЕНОЧНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С

Файзуллаева С. А., Арипходжаева Ф.А.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт. Ташкент

Актуальность. Вирусные гепатиты В и С остаются серьезной проблемой здравоохранения и могут вызывать не только острые, но и хронические формы заболевания с переходом в цирроз и гепатоцеллюлярную карциному с летальным исходом. У большей части больных хронический гепатит С (ХГС) имеет низкую активность, при этом прогрессирования печеночного процесса характеризуется медленным темпом. Однако у HCV-инфицированных больных нередко отмечается поражение кожи, суставов, почек, периферической нервной системы, реже – легких, системы крови, желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), при этом в ряде случаев внепеченочные проявления, в первую очередь поражение почек, определяют прогноз заболевания.

Цель. Определить взаимосвязь гепаторенального синдрома с выраженностью патологического процесса у больных хроническим гепатитом С (ХГС).

Материал и методы. Под наблюдением находились 78 больных с диагнозом ХГС. Диагноз устанавливали на основании приказа МЗРУз № 5 от 05 января 2012 г. «О мерах по совершенствованию борьбы с вирусными гепатитами в Республике» и Международной классификацией вирусных гепатитов (Лос-Анджелес 1994 г). У всех больных проводились комплексное лабораторное и инструментальное обследование, которое включало клинические, биохимические исследования. Вирусологическую верификацию проводили методом ПЦР определили РНК HCV. и ИФА (анти- HCV).. Больные ХГС с хроническими заболеваниями почек в анамнезе были исключены из группы наблюдения. Функциональное состояние почек оценивалось на основании результатов общего анализа мочи, а также исследования в сыворотке крови мочевины и креатинина, клубочковой фильтрации и канальцевой - реабсорбции (проба Реберга).

Результаты и обсуждения. Результаты проведенного исследования показали, что из 78 обследованных больных ХГС гепаторенальный синдром диагностирован у 14 больных (17,9%). При сравнительном анализе клинического течения ХГС с ГРС (I группа) и без ГРС (II группа) установлено, что у больных I группы чаще регистрировались слабость и быстрая утомляемость, снижение аппетита, подташнивание, боли в пояснице и познание после внутривенных капельных процедур. Больные, как правило, не связывали эти ощущения с заболеваниями почек, так как ранее заболеваний почек у них не было, и относили эти симптомы к ХГС. В общем анализе мочи достоверных отличий по содержанию лейкоцитов между группами не было. Однако у больных I группы чаще обнаруживались протеинурия, эпителиурия и снижение клубочковой фильтрации. Сравнительный анализ выраженности гиперферментемии в группах больных с ГРС и без ГРС показал, что достоверной разницы в уровнях АЛТ в сыворотке крови больных I и II группы нет. Так в I группе средний уровень АЛТ – $1,27 \pm 0,08$, во II группе – $1,19 \pm 0,07$ ($p > 0,05$).

Выводы. Таким образом, в обследованной группе больных ХГС у 17,9% было диагностировано ГРС. Выраженность гиперферментемии у больных ХГС не взаимосвязана с ГРС. Учитывая частоту встречаемости ГРС при ХГС, отсутствие на фоне хронического заболевания печени опорных клинических симптомов, вовлечения почек в инфекционно-патологический процесс, практически врачам необходимо учитывать возможность развития ГРС для определения оптимальных схем обследования и терапии.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ДИСФУНКЦИЕЙ ПОЧЕК

Ходжанова Ш.И., Эгамбердиева Д.А.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) сопровождает и является исходом большинства сердечно-сосудистых заболеваний, оставаясь одной из главных причин высокого уровня инвалидизации и летальности больных. На прогноз и исход ХСН большое влияние оказывает функция почек. Доказано, что при хронической сердечной недостаточности (ХСН) снижается эффективный почечный кровоток, снижается эффективное фильтрационное давление в почках, в результате чего уменьшается клубочковая фильтрация.

Цель исследования. Изучение клинического течения заболевания у больных хронической сердечной недостаточностью с дисфункцией почек.

Материал и методы. Обследовано 40 больных, страдающих ХСН, из них 26 женщин и 14 мужчин, средний возраст составил $60,2 \pm 1,2$ лет. Все обследуемые были разделены на группы в зависимости от функциональных классов ХСН по классификации NYHA (1994). Больные ХСН ФК I ($n=12$), ФК II ($n=17$), ФК III ($n=11$). Контрольную группу составили 20 здоровых лиц. Не включались больные с сахарным диабетом. Для оценки клинического состояния больных пользовались шкалой оценки клинического состояния больных (ШОКС) и качество жизни определяли по Миннесотскому вопроснику качество жизни у больных с ХСН (MLYFO). Всем пациентам определяли уровень креатинина в сыворотке крови и скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле MDRD (Modification of Diet in Renal Disease Study).

Результаты исследования. У больных с ХСН ФК III по ШОКС сумма баллов превышала 8,5 баллов, у больных с ХСН ФК II-5,5-8,5 баллов, у больных с ХСН ФК I-3,5-5,5 баллов. В исследуемой группе у 12 больных с ХСН ФК I концентрация креатинина была в пределах нормальных значений (71-115 мкмоль/л), у больных с ХСН ФК II незначительно повышена (до 123-132 мкмоль/л), у больных с ХСН ФК III значительно повышена (>132 мкмоль/л). При расчете СКФ нормальные показатели СКФ (>90 мл/мин) выявлялись у 5 (12,5 %), снижение СКФ до 60-89 мл/мин отмечалось у 18 (45 %) больных, до 30-59 мл/мин у 17 (42,5 %) больных.

В контрольной группе концентрация креатинина в сыворотке крови была нормальной 27 (90 %) и незначительно повышенной у 3 (10 %) больных. При расчете СКФ нормальные показатели СКФ (>90 мл/мин) выявлялись у всех больных.

Выводы. Дисфункция почек при ХСН зависела от ФК больных и проявилась повышением уровня креатинина крови и снижением СКФ. Прогрессирование ХСН сопровождалось выраженным ухудшением клинического состояния больных по ШОКС и качество жизни, которое было более выражено у больных ХСН с дисфункцией почек.

СОСТОЯНИЯ ПРООКСИДАНТНОЙ И АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТАХ С

Хайруллина А.Х., Печеницина Т.В.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность: Неизменный и неослабевающий на протяжении многих лет интерес ученых всего мира к вирусным гепатитом объясняется тем, что несмотря на накопленный значительной объем знаний по многим вопросам ещё остаются недостаточно изученными состояния прооксидантной и антиоксидантной системы с учетом современных лабораторных методов исследования.

Цель исследования: изучение состояния прооксидантной и антиоксидантной системы при хроническом гепатите С (ХГС).

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находились 48 больных ХГС от 20 до 50 лет и 20 практически здоровых людей с отсутствием маркеров гепатитов. Диагноз ХГС выставлялся на основании анамнеза, результатов клинико-лабораторного обследования и наличия у больного анти-НСV (ИФА) и РНК- НCV (ПЦР). Больные были разделены на три группы по зарегистрированным генотипам вируса С. Группа I - генотипы 1a-1в – 27 больных, группа II – генотипы 2a-2в – 9 больных и группа III 3a – 12 больных.

Состояние прооксидантной системы изучали по содержанию как первичного продукта ПОЛ – диеновые кетоны и конъюгаты (ДК) (Гаврилова В.Б. и соавт., 1984), так и вторичного - малоновый диальдегид (МДА) (Л.И.Андреевой и соавт.,1988). Состояние антиоксидантной защиты определяли по показателям активности СОД, каталазы. Активность СОД определяли (Мхитрян В.Г. и соавт.,1978), активность каталазы (Коралика М.А. и соавт.,1988). Результаты исследования обработаны при помощи пакета программ Statistica 6.0 Microsoft и применением *t*-критерия Стьюдента.

Результаты и их обсуждения: Анализ полученных результатов показал, что у обследованных больных активизируется прооксидантная система. Так отмечаются достоверно высокие по отношению к контролю показатели как первичных продуктов ПОЛ – диеновых кетонов ($0,32 \pm 0,03$ и $0,67 \pm 0,06$ ед/мл соответственно) и диеновых конъюгатов ($1,07 \pm 0,06$ и $1,86 \pm 0,12$ ед/мл соответственно), так и вторичного – МДА ($2,50 \pm 0,05$ и $3,76 \pm 0,44$ нмоль/л). Изменения составляющих системы АОЗ в отличие от прооксидантной системы имеют разнонаправленный характер. Так, если активность каталазы повышалась, то активность СОД достоверно не отличалась от контрольных показателей. Обращает на себя внимание особенности изменения активности СОД в группах больных с разными генотипами вируса. У больных с генотипами 1a-1в активность СОД достоверно повышалась, при генотипах 2a-2в она достоверно снижалась, а в группах больных с генотипом 3a активность СОД не отличалась от контрольных показателей. При этом достоверной разницы в других изученных показателях между группами с различными генотипами вируса С не отмечалось.

Анализ показателей процессов ПОЛ обнаружил достоверное по отношению к контролю повышение у всех обследованных больных содержания, как первичных продуктов ПОЛ – ДК, так и вторичного – МДА. Достоверное увеличение по отношению к контролю уровня активности каталазы не сопровождается активацией СОД, что можно рассматривать как состояние дисбаланса в системе АОЗ. У обследованных больных ХГС обнаружен дисбаланс в активности систем ПОЛ и АОЗ, что определяет степень снижения клеточной устойчивости к повреждающему воздействию вируса С и подтверждает необходимость коррекции нарушений метаболизма в комплексной терапии ХГС.

Таким образом, у больных ХГС отмечается повышение уровней продуктов ПОЛ – диеновых кетонов, диеновых конъюгатов и МДА и разнонаправленность изменений составляющих АОЗ – каталазы, СОД; у больных ХГС изменения активности СОД взаимосвязаны с генотипом вируса.

ИМПЛАНТАЦИЯ ИОЛ ПРИ ВРОЖДЕННОМ ЗАДНЕМ ЛЕНТИКОНУСЕ

Хайталиев Ф.А, Бабаджанова Л.Д.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Специальных операций для экстракции катаракт, осложненных задним лентиконусом врожденным истончением задней капсулы и грыжеобразным выпячиванием хрусталиковых масс кзади в стекловидное тело, не разработано. Традиционная хирургия таких катаракт передним путем осложняется при удалении задних кортикальных слоев разрывом задней капсулы в месте ее истончения, попаданием остаточных хрусталиковых масс в стекловидное тело. В наблюдениях Горбань А.И, задний лентиконус изначально осложнился разрывом задней капсулы в зоне лентиконуса, что сопровождалось вывихом вещества хрусталика в стекловидное тело. Логично удалять врожденный лентиконус методом трансклиарной лентэктомии, который является основным при удалении осложненных типов врожденных катаракт. Главным недостатком данного вмешательства является отказ от имплантации искусственного хрусталика, так как в процессе операции, наряду с задней, которая обычно является опорой для ИОЛ, удаляется и передняя капсула хрусталика. Отсутствие капсулярной поддержки обуславливает недостаточную фиксацию «окулярной линзы, что может сопровождаться такими тяжелыми осложнениями, как смещение ИОЛ в полость стекловидного тела, либо падение в глазное дно.

Цель. Имплантировать ИОЛ при врожденном заднем лентиконусе.

Материал и методы. В отделении детской офтальмологии ТашПМИ разработана оригинальная технология хирургии катаракт при врожденном заднем лентиконусе с одномоментной имплантацией ИОЛ. Операция осуществляется следующим образом; первым этапом производится дозированная витрэктомия вокруг лентиконуса, затем иссекается лентиконус и через образовавшееся отверстие в задней капсуле хрусталика осуществляется аспирация хрусталиковых масс и удаление остатков задней капсулы по периферии. Передняя капсула сохраняется интактной. Передняя капсула при заднем лентиконусе, как правило прозрачна и не имеет каких-либо врожденных дефектов. Вторым этапом операции через склеро-роговичный, либо роговичный тоннель осуществляется имплантация заднекамерной ИОЛ. В иридоцилярную борозду с опорой на сохраненную переднюю капсулу хрусталика, которая в данном случае выполняет функцию задней капсулы. По оптимальной методике прооперировано 15 детей (5 - 14 лет) с монокулярной врожденной катарактой, осложненной задним лентиконусом. Острота зрения до операции колебалась в пределах 0,01- 0,14. Парный глаз был здоров. Катаракта была удалена с сохранением интактной прозрачности передней капсулы, что позволило имплантировать интраокулярную линзу в заднюю камеру между задней поверхностью радужки и передней капсулы удаленного хрусталика. Произведена имплантация мягкой ИОЛ "Acrysof (Alcon).

Результаты. Послеоперационный период протекали без осложнений. Острота зрения после операции без дополнительной коррекции повысилась до 0,3 - 1.0 у.

Вывод. В связи, сохранением передней капсулы ни в одном случае не получено выпадения стекловидного тела в переднюю камеру. Сохраненная передняя капсула также позволила избежать травматизацию радужной оболочки во время операции, что ликвидировало такое осложнение как кровоизлияние из ее сосудов.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АСТРОЦИТАРНЫХ ОПУХОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Хакимов М.Ю. Аманов Р.Д. Балтаев Ф.А.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Введение. Среди больных с первичными опухолями головного мозга абсолютное большинство (от 45 до 62 % по данным различных авторов) составляют пациенты с глиомами различной степени злокачественности, локализующиеся в больших полушариях. В свою очередь, среди астроглиальных новообразований больших полушарий наиболее часто встречаются 60% супратенториальных астроцитарных глиом у больных старше 16 лет, на втором месте анапластические астроцитомы - до 30%.

Нейроэпителиальные опухоли составляют около 50% всех наблюдений, наибольшая часть которых является глиомами, а 25% из них составляют астроцитомы с различной степенью злокачественности. Изучение наиболее злокачественных форм (анапластические астроцитомы, глиобластомы) является приоритетным направлением во многих нейрохирургических центрах мира; однако, несмотря на, безусловно достигнутые успехи в диагностике и лечении этой группы больных, окончательные результаты далеко не изучено.

Цель исследования: Изучение эффективности хирургического лечения астроцитарных опухоли головного мозга и изучение КТ в диагностике радикальности хирургического удаления астроцитарных глиом головного мозга, визуализации остатков опухолей супратенториальной локализации, проведение дифференциальной диагностики с постоперационными изменениями и осложнениями, изучение влияния гемостатических материалов на КТ картину в области ложа удаленной опухоли.

Материалы и методы исследования: Изучено 25 больных с астроцитарными опухолями головного мозга, подвергшиеся оперативному лечению, всем больным произведена трепанация черепа с удалением астроцитомы под микроскопическим инструментарии с изучением ранних постоперационных изменений в ложе удаленной опухоли, включая постоперационные осложнения, выполненных на базе отделения нейроонкологии республиканского научного центра нейрохирургии Республики Узбекистана. Возраст больных колебались от 16 до 55 лет.

Выводы: 1. В раннем послеоперационном периоде (второе и третье сутки) КТ являются высокоинформативными методиками в оценке радикальности оперативного вмешательства по поводу удаления астроцитарной опухоли. Применение КТ в раннем послеоперационном периоде в 82 % случаев позволяет с высокой достоверностью оценить картину послеоперационного ложа, исключить или подтвердить наличие остатков опухоли.

2. Применение КТ более предпочтительно в вторые сутки после операции у больных с Суржицелемв оценке степени радикальности удаления (тотальное, субтотальное) при в/в контрастного вещества в дозе 0,8-1,0 мл на 1 кг веса.

3. Контрольные КТ исследования целесообразно проводить через 3 месяца после операции, так как к этому времени исчезают все изменения.

ЗНАЧЕНИЕ ТОЛЩИНЫ ВОРОТНИКОВОГО ПРОСТРАНСТВА В ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА ПЛОДА

Хамдамов С.К., Юсупалиева Г.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. В последние годы отмечается, что расширение толщины воротникового пространства может быть не только эхографическим маркером хромосомных аномалий у плода, но и других аномалий таких как врожденные пороки сердца плода. В связи с этим данный эхографический маркер является показанием для динамического наблюдения сердца плода. Врожденные пороки сердца, являясь одним из распространенных пороков развития плода, встречаются с частотой 7-12 случаев на 1000 новорожденных. Тем не менее расширение воротникового пространства является показанием к детальному пренатальному эхокардиографическому исследованию сердца плода. Использование современных методик ультразвуковой диагностики на сегодняшний день позволяет своевременно выявлять данную патологию.

Цель. Целью данного исследования явилось изучение частоты врожденных пороков сердца при выявлении расширения толщины воротникового пространства.

Материалы методы. Исследование проводилось в Республиканском скрининг центре на ультразвуковом аппарате HD11 и EnVisor компании “Philips” с помощью широкополостных датчиков C5-2 с диапазоном частот 5-2 МГц и 3D8-4 с диапазоном частот 8-4 МГц

Результаты исследования. Обследование проведено у 93 беременных с наличием расширения толщины воротникового пространства у плода зарегистрированным в I триместре беременности. Возраст пациенток составлял от 19 до 38 лет. Среди них в 27(29%) случаях было диагностировано наличие ВПС. Расширение воротникового пространства без случаев ВПС был зарегистрирован в 66 (71%) случаях. В 18 (19%) случаях ВПС сочетались с множественными пороками развития.

Выводы. Результаты исследования показали значение толщины воротникового пространства, как эхографический маркер не только хромосомных аномалий, но и других аномалий развития в частности ВПС. Во всех случаях данные пороки были выявлены в ходе консультативного обследования показанием, которого являлось зарегистрированное при скрининговом исследовании расширение воротникового пространства в I триместре беременности.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНУСИТОМ.

Хамидова Р С

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Полипозный риносинусит - хроническое воспаление слизистой оболочки носа и околоносовых пазух, характеризующееся образованием и рецидивированием полипов. Из-за этого заболевания многие больные теряют трудоспособность, получают инвалидность, теряют физическую активность, что предшествует к резкому снижению качества жизни. В связи с этим изучения качества жизни больных при полипозном риносинусите, не вызывает сомнений.

Целью нашего исследования явилось, оценка качества жизни пациентов, применяющих топический глюкокортикостероид - Назонекс при полипозном риносинусите.

Материалы и методы исследования: исследование проводилось в ЛОР-отделении 7-ГКБ г.Ташкента. Под нашим наблюдением находилось 20 больных с полипозным риносинуситом в возрасте от 20-50 лет. Длительность заболевания составляло в среднем от 3 до 5 лет. Согласно инструкции Назонекс назначали по 50 мкг (1 доза) в каждую ноздрию 1 раз в сутки, утром, в течение месяца.

Критериями оценка качества жизни были: уменьшение выраженности симптомов полипозного риносинусита (заложенность носа, слизистые выделения из носа). После проведенного курса местного применением Назонекса, что значительно улучшало качество жизни пациентов, включая физическую и социальную активность.

По результатам лечения топическим глюкокортикостероидом - Назонекс удалось отметить эффект от лечения, который наступал после курса терапии. Из 20 (100%) больных хорошие результаты получены у 16 (80%), удовлетворительные у 4 (20%).

Таким образом, можно сделать вывод, что в арсенале оториноларингологов появился новый высокоэффективный противоаллергический препарат Назонекс для улучшения качества жизни пациентов с полипозным риносинуситом.

РОЛЬ НЕЙРОСОНОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ НЕЙРОТОКСИКОЗА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Хамраева И., Болтаева Н.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. На современном этапе нейросонография (НСГ) является наиболее перспективным методом из всех видов диагностики в перинатальном и новорожденном периоде. Основной причиной развития нейротоксикоза является нарушение мозгового кровообращения, которое приводит к повреждениям центральной нервной системы метаболического характера. Для оценки церебральной гемодинамики у детей раннего возраста последнее время всё чаще используется метод ультразвуковой доплерографии (НСГ).

Целью исследования. Применение современной диагностики повреждений ЦНС метода НСГ для разработки своевременной терапии нейротоксикоза у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Для выявления церебральных нарушений при нейротоксикозе нами было обследовано 31 больных детей раннего возраста до 1-го года с нейротоксическим синдромом на фоне ОРВИ и пневмонии. НСГ проводилась на ультразвуковом сканере SIM-5000, при этом измерялась ширина III желудочка головного мозга. При обследовании детей с помощью НСГ через большой родничок, структура головного мозга оценивалась во фронтальной и сагиттальной плоскостях датчиками 5-7,5 МГц. Размеры III желудочка головного мозга у детей в норме составляют 3-4 мм.

Результаты: НСГ в зависимости от заболевания оказались различными, но у всех поступивших больных отмечена внутричерепная гипертензия (ВЧГ) головного мозга. У детей I группы ВЧГ до 5,5-6,5 мм имела место преимущественно на фоне ОРВИ – у 5 детей, а при пневмонии у 6 детей с нейротоксикозом. Расширение III желудочка от 6,6-7,5 мм наблюдалось у 4 больных на фоне пневмонии и у 5 на фоне ОРВИ у детей II группы. Отмечено расширение размера III желудочка более чем на 7,6 мм в 7 случаях, причем причиной была пневмония и только в 4 случаях ОРВИ, у детей III группы. Это объясняется нарушением кровообращения, нарастанием отека и набухания головного мозга у детей раннего возраста при нейротоксическом синдроме.

Выводы: Таким образом, НСГ исследование позволяет своевременно выявить ВЧГ головного мозга и оценить состояние повреждения ЦНС. Применение данной диагностики дает возможность получить дополнительные объективные сведения, которые в совокупности с результатами клинического обследования дают возможность объективной оценки степени тяжести заболевания и своевременной тактики терапии при нейротоксикозе у детей раннего возраста.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАТЯЖНЫХ ФОРМ ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

Хасанов М.М.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт.

Актуальность. В последние годы наметился рост числа детей, страдающих кондуктивной тугоухостью, одной из наиболее частых причин которой являются острый и хронический средние отиты (Загорянская М.Е., Румянцева М.Г., 2002; Отвагин И.В., 2005). Еще более актуальной проблему острого среднего отита (ОСО) делает его распространенность в раннем детском возрасте: более 65% детей до 3 лет переносят ОСО хотя бы 1-2 раза, 35% детей болеют 3 раза и чаще (Богомильский М.Р., Чистякова В.Р., 2005).

Цель исследования. Определить эффективность парацентеза при лечении детей с острым средним отитом.

Материал и методы исследования. В основу работы положены результаты клинических наблюдений и лечения 30 детей с острым средним отитом в возрасте от 1 до 3 лет за период с 2013 по 2015 г.г.

Результаты исследования. У половины детей (50%) ОСО имел одностороннюю локализацию, у половины (33%) – двустороннюю. В 66% случаев у детей в исследуемой группе имел место острый средний гнойный отит. По-видимому, столь большая доля гнойного воспаления среднего уха была обусловлена тем, что в исследование включались дети, родители которых обратились за стационарной медицинской помощью.

Парацентез (миринготомия) по показаниям был произведен 14 детям (46,6%), самостоятельная перфорация имела место у 9 пациентов (30%). У 7 пациентов (23,3%) перфорация барабанной перепонки отсутствовала, а парацентез не выполнялся ввиду отсутствия показаний (воспаление расценивалось как катаральное) или отказа родителей ребенка от хирургического вмешательства.

Выводы. При анализе длительности постперфоративной стадии ОСО нами были получены следующие данные: средние показатели длительности оторреи при перфоративном ОСО является срок 5 дней, в случае выполнения парацентеза – 3 дня, средние сроки – $4,92 \pm 0,34$ дня и $3,43 \pm 0,21$ дня соответственно; допустимая, или типичная длительность гноетечения (верхняя граница «нормы»), по данным процентильной оценки, составила 7 дней.

ДРОПЛЕКС ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ.

Хасанов М.М., Хасанов С.А.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт.

Актуальность: Воспаление среднего уха является одним из самых частых заболеваний детского возраста. Это связано с условиями распространения инфекционного процесса из носоглотки в барабанную полость, поскольку в детском возрасте слуховые (евстахиевы) трубы короче, горизонтальнее и шире, чем у взрослых. Имеет значение и неумение ребенка опорожнять нос от накопившейся слизи. Кроме того, постоянным источником инфекции у детей являются аденоидные вегетации. Данные эпидемиологии острого среднего отита свидетельствуют о том, что частота заболевания среди детей составляет около 2%. В структуре оториноларингологических болезней острый средний отит занимает 15-20% [Солдатов И.Б. Лекции по оториноларингологии. М: Медицина 1994; 280.].

Проблема острого отита носит в определенной мере медико-социальный характер, поскольку воспаление среднего уха всегда протекает с нарушением слуховой функции кондуктивного характера и может переходить в хроническую форму и приводить к потере слуха. Социальный аспект тем острее, чем более выражены нарушения слуха у ребенка в отдаленные периоды после перенесенного острого среднего отита.

Цель: исходя из этого, целью нашего исследования явилось изучение клинической эффективности препарата дроплекс, при острых катаральных отитах у детей

Материал и методы: Для установления диагноза острого среднего отита и оценки эффективности лечения использовались общеклинические исследования, отомикроскопия. Практически у всех детей (у 36 из 38) в течение 4-7 дней регистрировались явления общие интоксикационные симптомы воспаления. Выраженный отоалгический синдром наблюдали у 30 больных детей. Отоскопическая картина характеризовалась отеком и набуханием барабанной перепонки, гиперемией - у всех детей.

Контролировали эффективность разового и курсового применения дроплекса. Эффективность действия препарата оценивали по балльной системе на основании 1) изменения выраженности болевых явлений: от 0 (отсутствие боли) до 4 (интенсивная боль) баллов; 2) изменения цвета барабанной перепонки (1 - серая, 2 - гиперемированная); степени гипervasкуляризации барабанной перепонки (1 - усиление кровенаполнения только в области рукоятки молоточка, 2 - на периферии, 3 - общая). Уменьшение болевых ощущений оценивалось у детей старшего возраста и наступало достаточно быстро - менее чем через 10 мин после введения препарата. Противовоспалительное действие дроплекса оценивалось на основании изменения цвета барабанной перепонки и степени гипervasкуляризации.

Выводы: Таким образом, ушные капли дроплекс являются препаратом 1-го ряда выбора у детей при острых средних отитах. Немаловажно, что своевременное назначение дроплекса, в комплексе с сосудосуживающими препаратами в нос и антибиотиков при бактериальной инфекции предупреждает развитие гнойных осложнений и позволяет избежать перфорации барабанной перепонки. Дроплекс должен помочь ЛОР врачам в выборе местного лекарственного средства, при лечении острого среднего отита и способствовать развитию профилактики у детей рецидивирующих и хронических форм среднего отита.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА.

Хасанов М.М., Бахадирова И.Б., Ниязов Ш.Р.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность темы: Значительная распространенность острых воспалительных заболеваний среднего уха у новорожденных и детей грудного возраста определяет актуальность данной проблемы. Частота острого воспаления среднего уха в структуре отоларингологических заболеваний составляет 15–20%, а среди заболеваний уха достигает 65–70%. На первом году жизни 44% детей переносят острый средний отит (ОСО) 1–2 раза, а 7–8% – 3 раза и более. Диагностика ОСО у новорожденных и детей грудного возраста достаточно сложна и сопряжена с рядом трудностей вследствие анатомо-физиологических особенностей, неспецифичности симптомов заболевания, стертости клинической картины, из-за неадекватной антибактериальной терапии. У новорожденных и детей грудного возраста классические признаки ОСО (боль, нарушение слуха, изменения барабанной перепонки), как правило, теряют свою достоверность. Поэтому диагноз может быть установлен только на основании комплексного клинического обследования включая отомикроскопию. Многие авторы считают, что наиболее верным диагностическим методом является отоскопия.

Цель исследования: оценка эффективности использования цифрового видеоотоскопа для диагностики острого воспаления среднего уха у новорожденных и детей грудного возраста.

Материал и методы исследования: Нами были обследованы 40 детей в возрасте от 7 дней до 1 года с направляющим диагнозом ОСО. Эти пациенты были разделены на 2 группы: 1-я – 12 детей в возрасте от 7 дней до 1 месяца, 2-я – 18 детей в возрасте от 1 месяца до 1 года. Контрольная группа 15 здоровых детей в возрасте до 1 года. Дети наблюдались нами как в условиях стационара, так и амбулаторно. Дети с острым воспалением среднего уха поступали под наше наблюдение на 2–8-й день от начала заболевания.

Результаты и их обсуждение: В начальной стадии заболевания гиперемия может отсутствовать, но уже через несколько часов появляется инъекция сосудов, а затем и гиперемия всей перепонки. Неперфоративные формы острого гнойного среднего отита выявлены нами у 42,9% новорожденных и у 45,5% детей грудного возраста. Перфоративные формы острого среднего гнойного отита у новорожденных и грудных детей наблюдались в 57,1% и 54,5% соответственно. Для отоскопической картины острого среднего катарального отита у новорожденных и грудных детей характерно наличие 2 из 5 симптомов: гиперемия барабанной перепонки, изменение ее цвета (белый, желтый), инфильтрация, нарушение подвижности, сглаженность или отсутствие светового рефлекса. При постановке диагноза острого среднего гнойного отита у детей данных возрастных групп следует ориентироваться на 3 из 5 следующих отоскопических признаков гиперемия барабанной перепонки, выбухание в задне-верхнем квадранте, непрозрачность (мутная), нарушение подвижности, наличие за барабанной перепонкой патологического содержимого.

Заключение: Использование цифрового видеоотоскопа наиболее актуально у новорожденных и грудных детей в связи со значительными трудностями при осмотре их с помощью рефлектора, ушной воронки и даже отоскопом. Цифровая видеоотоскопия является наиболее удобным, быстрым, неинвазивным и информативным методом диагностики острых воспалительных заболеваний среднего уха у новорожденных и детей грудного возраста.

МЕТОДЫ КОРОНАРОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ИШЕМИИ МИОКАРДА

Хикматов А.А., Баженова Т.Ф.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является одной из основных причин смертности населения развитых стран. Частота встречаемости ИБС нарастает с увеличением возраста, а смертность составила 26 % от всех случаев (2013).

В настоящее время достигнуты существенные успехи в консервативном лечении ИБС и её осложнений, однако у 20-25% больных с безболевогой формой ишемии миокарда медикаментозная терапия оказывается неэффективной, в связи с тем, возникает необходимость коррекции коронарной недостаточности путём использования методов коронарографии.

Цель: Оценить диагностическую значимость коронарографии в верификации безболевогой формы ишемии миокарда.

Материалы и методы: Коронарография была выполнена 20 больным без типичной клинической картины стенокардии для уточнения диагноза безболевогой формы ишемии миокарда, установленного по данным неинвазивных методов, исследования (ЭКГ покоя, ЭХО-КГ, функциональные нагрузочные тесты).

Результаты исследования: До проведения коронарографии все больные были стандартно обследованы на ЭКГ покоя, ЭХО-КГ, функциональные нагрузочные тесты. С помощью ЭКГ покоя были выявлены рубцовые изменения миокарда у 3 больных (15%), снижение кровоснабжения различных зон сердечной мышцы у 5 (25%). Рубцовые изменения подтверждены при ЭХО-КГ. Во время функциональных нагрузочных тестов использовались непрерывно возрастающие нагрузки. Проба считалась положительной при смещении сегмента ST более 1 мм в одном или нескольких отведениях. В нашем исследовании нагрузочные пробы были положительными в 11 случаях (55%), сомнительными – в 3 (15%) случаях, отрицательными – в 6 (30%) случаях. У всех исследуемых пациентов были выполнены коронарографии. Из них у 7 (35%) человек (1 группа) не было выявлено патологических изменений. У 5 (25%) (2 группа) – гемодинамически незначимые поражения (неровность контуров артерий, стенозы до 50%). Гемодинамически значимые поражения обнаружены у 8 больных (40%) (3 группа): 5 стенозов, 2 окклюзий артерий. У 2 пациентов из третьей группы были произведены коронарные ангиопластики, а одному было рекомендовано произвести операцию АКШ. В одном случае ангиопластика оказалась неудачной – из-за продолжительного поражения артерии осуществить реканализацию не представлялось возможным. Все удачные вмешательства оканчивались стентированием пораженных участков.

Вывод: Таким образом, безболевогой ишемию миокарда можно выявить с помощью инструментальных методов исследования. Но использование в диагностике лишь неинвазивных способов верификации может привести к диагностическим ошибкам. У больных с положительными результатами методов функциональной диагностики и наличием артериальной гипертензии нами было рекомендовано проводить, диагностическую коронарографию. Анализ рентгеноморфологии коронарных артерий открывает новые возможности в диагностике и лечении больных ИБС с «немой» ишемией миокарда.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ

**Хикматова М.А., Арипходжаева Ф.А.,
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт**

Актуальность: В мире проживает около 180 млн. людей, инфицированных вирусом гепатита С. Золотым стандартом лечения хронических поражений печени HCV – этиологии в настоящее время является комбинация интерферонов и рибавирина (противовирусная терапия).

Цель. Изучить эффективность и определить частоту и характер побочных эффектов (ПЭ) противовирусной терапии и у больных хроническим гепатитом С (ХГС).

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 57 больных с хроническим гепатитом С в возрасте от 19 до 45 лет. Из них мужчин было 24 (42%), женщин - 33 (58%). Диагноз ХГС выставлялся на основании анамнеза, клинических данных и положительных результатов ПЦР и ИФА. Генотипы вируса С распределились следующим образом: 1- у 21 больного (36,8%), 2 – у 24 больных (42,1%), 3 – у 12 больных (21,1%). Все больные получали ПВТ, включающую Альтевир - интерферон альфа-2b (Фармапарк, Украина) и рибавирин в дозах, рекомендуемых производителем.

Результаты и обсуждения. Анализ результатов клинических наблюдений показал, что у всех больных ПВТ сопровождалась развитием ПЭ. При этом 14 больных (24,5%) отказались от его продолжения, несмотря на снижение вирусной нагрузки. На 12 неделе лечения 14 больным (24,5%) мы сами были вынуждены прекратить введение препарата из-за нарастания, несмотря на проведение корригирующей терапии, анемии и тромбоцитопении, развития аутоиммунного тиреоидита. Следовательно, 28 больных (49,1%) из 57 начавших противовирусный курс были вынуждены прервать лечение из-за выраженности ПЭ. Анализ эффективности проводимой терапии в группе наблюдаемых больных показал, что у 18 больных, что составило 31,6%, на 12-24 неделях лечения РНК-НСV переставала обнаруживаться в крови и не обнаруживалась в течение последующих 12 месяцев наблюдения. К 12 неделе лечения у 11 больных (19,3%) не наблюдалась динамика в вирусной нагрузке, что было расценено как отсутствие вирусологического ответа на проводимую терапию.

Таким образом, в обследуемой группе больных ХГС положительный вирусологический ответ на проводимую ПВТ наблюдался у 31,6% больных, не ответили на терапию 19,3% больных и 49,1% больных из - за развившихся ПЭ не смогли довести терапию до логического конца, теряя при этом шанс на выздоровление.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ И ТЕЧЕНИЯ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИИ

Ходжаева Д.Х.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Проблема, связанная с медицинскими, социальными и экономическими последствиями хронического употребления психоактивных веществ (ПАВ), является актуальной и трудноразрешимой (Судаков С.К., 2009). Стремительный рост распространенности наркомании является в настоящее время «одной из острейших глобальных проблем, представляющих собой угрозу здоровью населения, экономике, социальной сфере, правопорядку во многих странах мира» (AticiC., CinelL., DorucN., EskandariG., OralU., 2005).

Цель и задачи исследования – изучить клинические особенности формирования и течения героиновой наркомании.

Материал и методы исследования. Было проведено исследование 28 больных с диагнозом: психические и поведенческие расстройства вследствие употребления опиатов (F11), синдром отмены, неосложненный (F11.30), не имеющие в анамнезе заболевания нервной системы. В качестве основных методов исследования использовались: клинико-психопатологический с последующей клинической верификацией врача-нарколога.

Результаты исследования и их обсуждение. Исследуя клинические особенности формирования и течения заболевания у обследованных больных выявили, что у большинства пациентов первое знакомство с наркотиками произошло в возрасте 16-17 лет (32,1%) и 18-20 лет (27,7%), высокий удельный вес обследованных с началом употребления наркотических веществ в возрастном периоде 13-15 лет (24,1%). Старше 20 лет начали употреблять наркотическое вещество 16,1% обследованных. Средний возраст начала употребления наркотических веществ в обследованной группе составил $17,4 \pm 0,4$ года. Мотивом первого употребления наркотического вещества чаще всего было намерение пережить эмоционально приятное состояние (42%), и поиск стимула и гиперактивации поведения (41%), реже наблюдалось любопытство (12,5%) и принуждение со стороны окружающих (4,5%). Среди обследованных преобладали лица, употребляющие высокие разовые дозы наркотического вещества, 40,3% принимали 5-10 г наркотического вещества за разовый прием и 34,8% обследованных - свыше 10 г. Анализ соотношения максимальной разовой дозы употребляемого наркотического вещества и длительности наркотизации показал, что большие дозы наркотического вещества 5-10 г. и свыше 10 г употребляют лица, длительностью заболевания которых составила 5-8 лет. Период от начала употребления наркотического вещества до появления признаков физической зависимости в обследованной группе проходил довольно в сжатые сроки. У 42% обследованных - в течение 3-5 месяцев от начала наркотизации, у 35,7% - в течение 1-2 месяцев, причем в этих группах преобладали лица, с длительностью заболевания 5-8 лет. Средняя продолжительность заболевания составила $5,73 \pm 0,27$ лет. В большинстве случаев (90,2%) у обследованных больных ранее наблюдались терапевтические ремиссии, но они были нестойкие и непродолжительные, в среднем $4,14 \pm 0,37$ месяцев.

Заключение. Таким образом, средний возраст начала употребления наркотических веществ в обследованной группе составил $17,4 \pm 0,4$ года. Средняя продолжительность заболевания составила $5,73 \pm 0,27$ лет. Мотивом первого употребления наркотического вещества чаще всего было намерение пережить эмоционально приятное состояние (42%), и поиск стимула и гиперактивации поведения (41%).

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИИ

Ходжаева Д.Х.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Героиновая зависимость в настоящее время является одной из наиболее актуальных проблем современной наркологии. (Найденова Н.Г., Власова И.Б. и др., 2002). Происходит неуклонное «омоложение» больных наркоманией (Северный А.А., Шевченко Ю.С., 2002). Большинство исследований посвящено эпидемиологическим, клиническим и социальным аспектам наркоманий (Кошкина Е. А., 2000; Иванец Н.Н., Винникова М.А., 2001; Пятницкая И.Н., 2002). Тогда как малоработанными остаются вопросы, связанные с изучением психопатологических нарушений при наркомании, особенно в абстинентный период.

Цель и задачи исследования – изучить социально-психологические факторы формирования героиновой наркомании.

Материал и методы исследования. Было проведено исследование 28 больных с диагнозом: психические и поведенческие расстройства вследствие употребления опиатов (F11), синдром отмены, неосложненный (F11.30), не имеющие в анамнезе заболевания нервной системы. В качестве основных методов исследования использовались: клиничко-психопатологический с последующей клинической верификацией врача-нарколога.

Результаты исследования и их обсуждение. Среди обследованных пациентов преобладали лица мужского пола (85,7%) по сравнению с женщинами (14,3%). Поскольку нами не обнаружено существенных различий в клинических проявлениях абстинентного синдрома у представителей обоих полов, то мы, в своем дальнейшем анализе не проводили разграничение больных по половому признаку. По возрастным характеристикам больные распределились следующим образом: до 20 лет - 14,3%, 21-22 года - 20,5%, 23-24 года - 33%, 25-26 лет - 12,5%, 27-30 лет - 10,7%, 31-35 лет - 5,3%, 36-40 лет - 1,7%, старше 40 лет - 1,7%. Средний возраст обследованной группы составил $24,3 \pm 0,5$ года. По уровню образования преобладали лица со средним 48,8% и средне специальным 32,1%. Лица с неполным средним образованием составили 22,3%, с начальным и высшим - 3,2% и 2% соответственно. Большинство обследованных не работали (87,5%) и не имели семьи (88,4%).

Изучение условий формирования опийной наркомании позволило определить роль социально-психологических факторов, а именно, микросоциального окружения в детстве, условий и типов воспитания наследственной отягощенности. Исследование микросоциального окружения в детстве показало, что большинство больных опийной наркоманией росли в неполных семьях (62,5%), из них 10,7% при наличии отчима или мачехи. При изучении типов воспитания было выявлено, что большее число обследованных больных имели патологическое воспитание (54,5%), среди которого преобладало воспитание по типу гипоопеки (26,8%) и «кумира» семьи (12,6%). У 35% обследованных выявлена наследственная отягощенность (18,7% - алкоголизмом, 16,3% - наркоманиями).

Заключение. Таким образом, обследованная группа больных героиновой наркоманией характеризовалась преобладанием лиц мужского пола, средний возраст составил $24,3 \pm 0,5$ лет. По образовательному уровню преобладают лица со средним образованием, не работающие и не состоящие в браке. В формировании заболевания обследованной группы сыграла совокупность неблагоприятных социально-психологических факторов, а именно воспитание в неполных семьях, аномальные типы воспитания.

ВОЗМОЖНОСТИ СОНОЭЛАСТОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ходжаева Н.А., Юсупалиева Г.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Узлы в щитовидной железе являются распространённым заболеванием. Большинство опухолей и узлов выявляются только при ультразвуковом сканировании. Но в последние годы внедрение в практику современного метода диагностики, соноэластографии, позволяет на ранних стадиях заболевания определить консистенцию ткани. И в свою очередь провести дифференциальную диагностику между доброкачественными и злокачественными узлами щитовидной железы.

Цель исследования. Оптимизация ранней дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных образований ЩЖ.

Материалы и методы. Исследования проводились в клинике «Andromed&Horev» на аппарате экспертного класса «Hitachi VisionPreirus», с функцией соноэластографии, с использованием линейного датчика L 74M, 5-13 МГц. Обследован 25 больных с доброкачественными и злокачественными образованиями ЩЖ.

Результаты исследования. Исследование проводилось в реальном масштабе времени при умеренном давлении датчиком. Размеры узловых образований составили от 10 до 40 мм. В ходе обследования больные были разделены на 2 группы: 1 группа больных, которым оперативное лечение не показано (коллоидные узлы) - 13 и вторая группа больных, которым оперативное лечение показано (аденома, дисплазия, подозрение на рак) - 12. При соноэластографии проводилась оценка коэффициента жесткости узловых образований. Во всех 12 случаях рака щитовидной железы коэффициент жесткости превышал 4. На эластограмме злокачественные образования кодировались в красный цвет. В 13 случаях доброкачественных образований щитовидной железы коэффициент жесткости был ниже 3. На эластограмме кодировались синим цветом. Кисты щитовидной железы визуализировались в виде образования синего цвета, с границей умеренной неправильной формы, повышенной эхогенности и имели неровные контуры. На эластограмме узелкового рака щитовидной железы определялись узелковые образования с участками обызвествления, контурами неправильной формы и полным отсутствием симптома нимба и изображались на эластограмме красным цветом с черными пятнами в центре, что указывало на его низкую эластичность.

Выводы. Таким образом, введение в алгоритм исследований щитовидной железы новой методики – соноэластографии, несомненно позволяет повысить информативность ультразвукового метода в дифференциальной диагностике образований. Информативность соноэластографии особенно высока для диагностики злокачественных образований небольшого размера и помогает в оценке сложных по структуре доброкачественных образований.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ

Ходжиметова Ш. Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Непереносимость лактозы – одна из важнейших педиатрических проблем. Лактазная недостаточность бывает первичной (наследственной) и вторичной (на фоне общей ферментативной незрелости). Первичная лактазная недостаточность – врожденный дефицит фермента лактазы, расщепляющий лактазу. Встречается у 6–10% населения Земли. Обычно при первичной лактазной недостаточности отмечается непереносимость молочных продуктов у кого-то из взрослых родственников ребенка (родителей, бабушки, дедушки, старших братьев или сестер). Вторичная лактазная недостаточность особенно распространена среди детей первого года жизни и часто является следствием дисбактериоза кишечника и незрелости поджелудочной железы.

Цель исследования: изучить клинические проявления лактазной недостаточности у детей

Материалы и методы исследования: в основу исследования положены данные обследования 40 детей в возрасте от 1 месяца до 3 лет. Все детям было проведено общепринятое клиническое обследование, с включением анализа кала на углеводы. Контрольную группу составили 15 детей аналогичного возраста.

Результаты исследования: При анализе анамнестических данных выявлены 17 факторов высокого атрибутивного риска развития интолерантности к лактозе у детей раннего возраста. Со стороны матери: хроническая фетоплацентарная недостаточность (61,82%), гестозы 1-й и 2-й половины беременности (38,22%), перенесенная ИМП (27,33%), ОРИ (24,56%), применение лекарственных препаратов во время беременности (22,48%), угроза прерывания беременности (21,66%), хронические заболевания ЖКТ (21,26%), слабость родовой деятельности и родостимуляция (21,26%). Со стороны ребенка: перинатальное поражение ЦНС (74,90%), наличие нарушения микробиоты толстой кишки (73,44%), явления пищевой гиперчувствительности (65,80%), перенесение острой кишечной инфекции (58,98%), раннее искусственное вскармливание (46,22%), свыше 4-6 эпизодов ОРИ за год (36,63%), повторные курсы антибактериальной терапии (33,34%), случаи пневмонии (26,47%), раздельное пребывание матери и ребёнка в роддоме (21,26%).

При оценке физического развития установлено, что у 88,5% пациентов основной группы имело соответствие весо-ростовых показателей возрастным нормам, у остальных отмечалась белково-энергетическая недостаточность легкой и умеренные степени. При оценке физического развития детей II группы, у 27,5% детей физическое развитие расценивалось как ниже среднего уровня, у 5% фиксировалась белково-энергетическая недостаточность легкой степени.

Клиника непереносимости лактазы у обследуемых детей в основной группы характеризовалась частым (8-10 раз) водянистым стулом, с кислым запахом, иногда пенистого характера, урчанием в животе. Более половины детей имели частые срыгивания, метеоризм; флатуленция и кишечные колики отмечались в более чем 90% случаев.

В контрольной группе содержания углеводов в кале составила в среднем $0,28 \pm 0,01\%$. У детей в основной группе незначительные отклонения от нормы встречались у 12,5%, их средние показатели составили 0,56%; средние отклонения составили $57,5\% - 0,96 \pm 0,02\%$; существенные отклонения отмечались у 30% детей – $1,8 \pm 0,2\%$.

Заключение: Комплексный анализ характера течения перинатального периода жизни ребенка, особенностей анамнеза первого года жизни позволяют выявить факторы высокого атрибутивного риска формирования интолерантности к лактазе у детей раннего возраста. Клиническая картина характеризуется частым (8-10 раз) водянистым стулом, урчанием в животе, флатуленцией и кишечными коликами.

КОМПЛЕКСНАЯ ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ПИЩЕВОДА

Хошимова М.Р., Баженова Т.Ф.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Патология желудочно-кишечного тракта занимает одно из первых мест в структуре заболеваний человека, причем немалая часть заболеваний этой системы приходится на долю различных поражений пищевода, в том числе и рак пищевода (РП). Рак пищевода в структуре всех злокачественных новообразований составляет 3%.

Целью исследования. Оптимизация комплексной лучевой диагностики рака пищевода

Материалы и методы. Исследования проводились на базе Республиканского научного центра онкологии, в отделении торакоонкологии. Всем пациентам проводилось рентгенологическое, эндоскопическое обследование и для уточнения характера процесса и определения дальнейшей тактики лечения по показаниям проводили компьютерную томографию. Для сравнительного анализа возможностей лучевых методов в диагностике рака пищевода была обследована группа больных в количестве 62 человек с предварительным диагнозом эзофагеальный рак.

Результаты. Среди обследованных лиц, злокачественные заболевания значительно чаще наблюдалось у мужчин, чем у женщин: 44 (71,0 %) и 18 (29,0 %) соответственно. Наибольшую группу составили пациенты старшего возраста (32,1%), вторая по численности группа — 50 - 59 лет (23,7%). Исследования показали разнообразие макроскопических форм роста рака пищевода. Экзофитный рак наблюдался у 15 больных (24,1 %), эндофитный у 5 (8,0 %), смешанная форма роста опухоли была определена у 42 (67,7 %) больных. В нашей выборке ЭГДС выполнена 50 пациентам. В 12 наблюдениях мы столкнулись с трудностями проведения эндоскопа через пищевод, пораженный опухолью. При эзофагоскопии установили характер роста опухоли, ее локализацию, протяженность и в 35 случаев выполнили биопсию. При рентгенологическом исследовании мы оценивали уровень поражения, распространение патологического процесса по протяжению, определяли состояние контуров и просвета пищевода, его пропульсивную способность и эластичность стенок. Наиболее характерными симптомами поражения пищевода опухолью в наших наблюдениях были ригидность стенки, нарушение прохождения контрастного вещества по пищеводу, атипичный рельеф слизистой оболочки, неровность контура или дефект наполнения (краевой, центральный). КТ - семиотика рака зависела от анатомической формы опухоли, стадии ее развития и нарушений функции, вызванной опухолью. При КТ экзофитный рак, также как и при обычном рентгенологическом исследовании, проявлялся узловым образованием, растущим из стенки в просвет органа.

Выводы. Таким образом, наше исследование показало, что каждый из методов лучевой диагностики, в равной степени и эндоскопический метод имеют свои преимущества и недостатки. Поэтому только комплексное применение методов лучевой и эндоскопической визуализации способно решить проблемы первичной диагностики рака пищевода и степень его распространения.

ОЦЕНКА КОСТНОЙ ПЛОТНОСТИ ПРИ БОЛЕЗНИ ПЕРТЕСА РЕНТГЕНОВСКОЙ ДЕНСИТОМЕТРИЕЙ

Хусанова Ф.Т., Абзалова М.Я.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Диагностика и лечение болезни Пертеса остается актуальной проблемой в детской травматологии и ортопедии. В силу отсутствия четкой клинической картины, особенно на рентгенологической стадии, поэтому создаются определенные трудности в ранней диагностике заболевания. В 20–25 % случаев формируется выраженная деформация головки бедренной кости, а затем развивается деформирующий коксартроз. Среди всех остеохондропатий инвалидность после болезни Пертеса составляет 40 %.

Цель исследования. Является оценить минеральную плотность костной ткани на разных стадиях развития болезни Пертеса, опираясь на результаты полученные при рентгеновской денситометрии.

Материалы и методы. Для достижения этой цели нами была использована методика остеоденситометрия бедренной кости с выделением «зон интереса». Денситометрию проводили на аппарате DMSSTRATOS 10 g-0462 у 40 детей, эффективная доза за исследование составляла 0,002 мЗв, средний возраст 5,5 лет с различной стадией заболевания. Анализ полученных данных проводился с помощью определения BMD (Bonemineraldensity) и BMC (Bonemineralcontent) характеристик в «зоне интереса» здоровой и пораженной конечности.

Результаты: Рентгенография суставов проводилась в прямой проекции и в положении Лауэнштейна с оценкой степени деформации головки и шейки бедренной кости. С первой стадией заболевания BMD шейки бедра составляла $0,65 \pm 0,07$ г/см³ с нормальной скелетной структурой головки бедренной кости на рентгенограммах. Со второй стадией – составляла $0,53 \pm 0,04$ г/см³ с умеренным склерозированием эпифизарной зоны головки и начальными признаками фрагментарного остеопороза в области шейки. С третьей стадией – $0,390 \pm 0,09$ г/см³ соответственно, рентгенологические признаки фрагментарного некроза головки и остеопороза шейки с увеличением суставной щели.

Выводы: Рентгеновская денситометрия позволяет объективно оценить степень минерализации костной ткани в проксимальном отделе бедренной кости и в области шейки бедра на разных стадиях заболевания. Тем самым повышает диагностическую эффективность метода на до рентгенологическом этапе и в момент течения болезни с уменьшением суммарной лучевой нагрузке этим пациентам.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ОЦЕНКА ТОЛЩИНЫ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА ОБЩИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Хушвактова З.С., Розыходжаева Г.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

По данным литературы распространенность ожирения среди детей и подростков в мире неуклонно растет, и в развитых странах за последние 20 лет она удвоилась (Ebbeling С.В. и соавт., 2002г.). Известно, что детское и подростковое ожирение, которое переходит затем во взрослый период, имеет более тяжелое течение, сопровождаясь выраженной прибавкой массы тела и частотой сопутствующих заболеваний, чем ожирение, дебютировавшее в зрелом возрасте (Аверьянов А.П., 2009г.). В связи с этим в современных условиях существует необходимость совершенствования подхода к диагностике ранних атеросклеротических изменений стенок артерий и разработки возрастных нормативов для здоровых детей и подростков.

Цель исследования: изучение толщины комплекса интима-медиа общей сонной артерии и её значения в оценке кардиоваскулярного риска у детей школьного возраста в зависимости от возрастного индекса массы тела.

Материалы и методы. Исследования проводились в Ташкентской городской семейной поликлинике №17. Нами были обследованы 32 условно здоровых детей и подростков. В начале исследования изучали антропометрические параметры (рост, масса тела) и определяли индекс массы тела по формуле: $ИМТ = M/P^2$, где М-масса тела (кг), Р-рост (см).

Ультразвуковое исследование ОСА проводилось по стандартной методике с помощью ультразвукового аппарата линейным датчиком с частотой 7.0-11.0 МГц в сосудистом режиме. Качественная оценка структуры сосудистой стенки включала анализ эхогенности и степени дифференцировки слоев комплекса интима-медиа ОСА.

Результаты исследования. На основе возрастного ИМТ были выделены 2 группы детей: 1) с нормальным весом (с нормальным возрастным ИМТ) – 15 детей; 2) с избыточным весом (выше 90-й процентиля возрастного ИМТ) – 17 детей. В первой группе поверхность интимы ОСА была ровной, сосудистая стенка четко дифференцировалась, толщина комплекса интима-медиа на всем протяжении визуализируемого участка была одинаковой. Во второй группе выявили умеренное утолщение ТИМ.

Выводы. Наличие таких факторов риска у детей и подростков, как артериальная гипертензия, отягощенная наследственность по атеросклерозу, ожирение, дислипидемия и проявления метаболического синдрома, влияет на эластические свойства сонной артерии, что

указывает на необходимость проспективного наблюдения за такими больными. Отягощенная наследственность по раннему развитию атеросклероза приводит к достоверному утолщению артериальной сосудистой стенки.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА У НОВОРОЖДЕННЫХ С ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЕЙ.

Цой Е.Г., Кабулова А.У., Рахманкулова З.Ж.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Несмотря на интенсивное изучение гипербилирубинемий новорожденных, многие механизмы последствий данного состояния остаются недостаточно изученными. К ним относятся нарушения качественного и количественного состава микрофлоры кишечника. В последние годы разработано большое количество биопрепаратов для коррекции микрофлоры кишечника, в том числе, приготовленных на основе местных штаммов бактерий выделенных у жителей нашего региона.

Целью исследования является. Изучить состав микрофлоры кишечника у новорожденных с гипербилирубинемией и разработать методы коррекции дисбактериоза кишечника.

Материалы и методы исследования. Всего для решения поставленных задач было обследовано 38 новорожденных, у которых отмечалось повышенное содержание билирубина в крови.

Результаты. Исследование микрофлоры кишечника показало, что у 95% новорожденных с гипербилирубинемией имеется наличие дисбактериоза кишечника I степени, который проявляется незначительным снижением количества бифидобактерий до 10^6 - 10^7 в 1 гр. фекалий, лактобактерий менее 10^5 , увеличением уровня лактозонегативных палочек более 20%, грибов рода *Candida* - 10^3 - 10^5 . С учетом выявленных микробиологических исследований была проведена коррекция дисбактериоза кишечника бактериальными препаратами "Бифидумбактерин-PL" (изготовленный на основе местного штамма *B. longum*) и Лактобактерин "Ором". Для оценки эффективности биокоррекции, были изучены результаты лечения обследуемых новорожденных с гипербилирубинемией. В зависимости от результатов микробиологических исследований больным новорожденным назначались эубиотики по схеме: по 2 дозы 2 раза в день за 30 мин до кормления, в течении 14 дней. В процессе лечения отмечалась динамика клинических показателей работы кишечника (регулярность стула, наличие метеоризма, характер кала). Контрольное микробиологическое исследование кала выполняли на 15-ый день применения эубиотиков. Результаты проведенного исследования у новорожденных с гипербилирубинемией показали увеличение анаэробных микроорганизмов: бифидобактерий до 10^8 - 10^9 , лактобактерий до 10^6 - 10^7 . Отмечалось значительное снижение количества факультативных микроорганизмов, особенно заметное в отношении лактозонегативных кишечных палочек, грибов рода *Candida* почти в 2-2,5 раза. Полученные результаты позволяют заключить, что использование эубиотиков "Бифидумбактерин-PL" и Лактобактерин "Ором" в качестве биокорректоров дисбиоза кишечника в комплексе с традиционной терапией способствует восстановлению бифидофлоры, нормализации уровня лактобактерий, уменьшению количества грибов рода *Candida* и лактозонегативных кишечных палочек.

Вывод. У 95% новорожденных с гипербилирубинемией в микрофлоре кишечника имеются дисбиотические изменения и установлена клиническая и микробиологическая эффективность биопрепаратов "Бифидумбактерин-PL" и Лактобактерин "Ором".

АНТЕНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ХОЛЕСТАЗА, СТРАДАЮЩИХ ДИСБАКТЕРИОЗОМ КИШЕЧНИКА

Цой Е.Г., Кабулова А.У., Рахманкулова З.Ж.

Ташкентский Педиатрический медицинский институт

Актуальность. Функции нормальной микрофлоры в организме человека являются жизненно важными и очень обширными. При наличии холестаза у новорожденных нарушается пассаж желчи по кишечнику, сопровождающийся разнообразными проявлениями нарушения пищеварения. Нерегулярное поступление желчных кислот может способствовать нарушению микробиоциноза тонкой кишки. Многочисленные исследования показали, что условия, в которых развивался ребенок в антенатальном периоде, влияют на возникновения холестаза.

Цель. Установить приоритетные факторы риска у новорожденных детей с синдромом холестаза и дисбактериозом кишечника.

Материалы и методы. Нами было обследовано 53 новорожденных детей. Все дети были разделены на 2 группы. В первую группу (основную) вошли 27 новорожденных детей, страдающие дисбактериозом кишечника с синдромом холестаза; вторую группу (сравнения) составили 26 новорожденных детей, страдающие дисбактериозом кишечника без синдрома холестаза.

Результаты. В ходе работы нами было проанализировано течение беременности матерей, родивших детей из групп наблюдения. Результаты наших исследований показали, что у подавляющего большинства женщин в обеих группах отмечалась анемия: у матерей первой группы 59,3%, а второй – 62,0%. Существенным фактом было то, что число женщин первой группы, перенесших во время беременности ОРВИ было 51,9%, что в 1,8 раз больше, чем во второй группе – 27,0%. Важно отметить, что у женщин в первой группы токсикозы встречались значительно чаще (51,9%), чем у женщин второй группы (20,0%). Угроза прерывания беременности в обеих группах была достаточно высокой, и составила в первой группе 44,4%, а во второй – 27,0%. Среди наблюдаемых нами матерей в обеих группах у значительной части во время беременности отмечалось обострение хронической соматической патологии, соответственно в первой группе 29,6%, во второй – 16,0%.

Заключение. В результате проведенного анализа антенатального развития новорожденных детей, было установлено, что дети обеих групп развивались в неблагоприятных условиях, особенно новорожденные с синдромом холестаза на фоне дисбактериоза кишечника. У детей первой группы превалировали такие факторы риска, как ОРВИ, токсикозы, угроза прерывания беременности, обострение хронической соматической патологии. У детей второй группы преобладала анемия.

ДИНАМИКА КОМОРБИДНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ДИСТИМИИ

Чельма Ю.Ю.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность. Создание в современных классификациях психических заболеваний новой категории «дистимическое расстройство» позволило объединить в рамках общего понятия многие формы затяжных непсихотических депрессий, относимые ранее к различным диагностическим группам. Но построение типологии дистимии проводится без учета динамики. Даже в катamnестических исследованиях, предполагающих изучение стереотипа развития этого расстройства, основное внимание уделяется статистическим показателям «выздоровления», «рецидивирования» или «хронификации» (Rounsaville B et al, 2002; Barret J., 2004, Kovacs M. et al, 2004, Gonzales L. et al, 2005; Spitzer R. et al, 2008), что позволяет получить данные о средней продолжительности дистимии, в то время как клинические характеристики не уточняются. В результате складывается противоречие между представлением о дистимии как о расстройстве, одним из отличительных признаков которого является хроническое течение, и малочисленностью исследований, направленных на изучение клинической структуры дистимических состояний в динамике.

Цель и задачи исследования – изучить динамику коморбидных нарушений при дистимии.

Материал и методы исследования. Клинико-психопатологическим методом обследовано 36 больных с дистимическими расстройствами в возрасте 22-59 лет. Все больные проходили стационарное лечение в Городской клинической психиатрической больнице г.Ташкента.

Результаты исследования и их обсуждение. В клинической картине дистимий в качестве не менее значимых, чем депрессивные, могут рассматриваться и коморбидные нарушения — патохарактерологические. У исследованных больных они выражаются в преувеличении жалоб на подавленность, демонстративном поведении. В процессе динамики состояний этого типа патохарактерологические расстройства не только не редуцируются, но наряду с гипотимическими приобретают персистирующий характер.

Для собственно дистимического этапа типично преобладание в структуре депрессии раздраженно-брюзгливого, сварливого настроения, недовольства. Постепенное амальгамирование аффективных и личностных расстройств, начинающаяся уже в дебюте, наиболее отчетливо проявляется на отдаленных этапах. Депрессивные проявления становятся «привычными» и субъективно воспринимаются как приобретенная черта характера. Для этапа исхода характерны дезактуализация психогенных — воздействий и постепенное изменение содержания депрессии, распространяющегося теперь на более широкие области. Формируется особое — мрачно-дисфорическое мировоззрение. В отличие от депрессивных идей несостоятельности, самоуничтожения, виновности содержанием идеаторных расстройств становится собственная неудачливость, приписываемая «сверхчувствительности», неспособности противостоять угнетающим обстоятельствам.

Заключение. Результаты проведенного исследования создают новые возможности для организации оптимальных лечебно-реабилитационных мероприятий при дистимических состояниях. Последние носят характер комплексных воздействий, обеспечивающих редукцию гипотимических и коморбидных с ними проявлений и дифференцируются в соответствии с типом расстройства и этапом его динамики.

КОМОРБИДНЫЕ ДИСТИМИИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Чельма Ю.Ю.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность. Актуальным аспектом проблемы является вопрос коморбидности дистимии с другими расстройствами. Тот факт, что аффективные нарушения в подобных случаях, как правило, сочетаются с психопатологическими образованиями неаффективного круга (Weissman M. et al, 2008; Sanderson S. et al, 2002; Keller M., Sessa F., 2002), интерпретируется неоднозначно. В ходе дискуссии высказываются прямо противоположные точки зрения — одни исследователи (Keller M., Shapiro R., 2002; Klein D. et al, 2008) трактуют наблюдающиеся при дистимии неоднородные клинические проявления как независимые, другие (Aklskal H., 2003; Weissman M. et al.2008) полагают, что дистимия «вторична» по отношению к расстройствам, «перекрывающим» ее симптоматику. Подобные расхождения в оценках в первую очередь связаны с различными подходами к вопросу о единстве и самостоятельности дистимического расстройства.

Цель и задачи исследования — изучить коморбидные дистимии психопатологические расстройства.

Материал и методы исследования. Клинико-психопатологическим методом обследовано 36 больных с дистимическими расстройствами в возрасте 22-59 лет. Все больные проходили стационарное лечение в Городской клинической психиатрической больнице г.Ташкента.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ психопатологических проявлений в рамках дистимических состояний с учетом их видоизменения в процессе динамики позволил выявить следующие зависимости. По своей клинической структуре дистимия представляет собой расстройство, образованное двумя составляющими. Собственно гипотимическим коморбидны стойкие образования других психопатологических рядов (соматопсихического, кататимического, патохарактерологического). Последние могут рассматриваться в качестве облигатного признака дистимии, отражающего его клиническое единство. В итоге клинической дифференциации с учетом как собственно гипотимических, так и неаффективных составляющих дистимического расстройства выделено три его типа. Первый тип — соматизированная дистимия (42,8%). Клиническая картина на инициальном этапе складывается из взаимодействия аффективных и тревожных расстройств при доминировании последних. Второй тип — кататимическая дистимия (13,8%). Картина дистимии этого типа включает не только собственно дистимические, но и ассоциированные с ними расстройства — проявления протрагированного реактивного симптомокомплекса. Третий тип — характерологическая дистимия. Характерологическая дистимия дебютирует картиной реактивной депрессии (43,4%).

Заключение. Таким образом, в структуре дистимического расстройства собственно гипотимическим коморбидны стойкие образования разных психопатологических рядов — соматопсихического, кататимического, патохарактерологического. Последние рассматриваются в качестве облигатного, дифференцирующего признака дистимии. При построении типологической модели дистимии с учетом видоизменения психопатологических проявлений в процессе эволюции (дебют — собственно дистимия — исход) выделено три типа изученного расстройства — соматизированная, кататимическая и характерологическая дистимия.

СТРУКТУРА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОБСЕССИВНО-ФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Шаикрамов Ш.Ш.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Проблема обсессивно-фобических расстройств (ОФР) в настоящее время достаточно актуальна. Несмотря на проводимые исследования и разработку новых методов психофармакотерапии, лечение больных данной категории остается сложной задачей. Кросскультуральные исследования показали, что данным расстройством страдают 3% популяции (Д.С.Джекобсон, 2005), так как оно может возникнуть в любом возрасте, но чаще в молодом. Манифестация клинически выраженных проявлений ОФР приходится на возрастной интервал от 10 до 24 лет (Rasmussen S., Eisen J.L., 2001). В данном возрасте заболевание может резко ограничить, пациента в социальном плане - затруднить обучение, приобретение социальных связей и навыков, снизить или потерять возможность овладеть высококвалифицированными навыками и др.

Цель и задачи исследования – изучить структуру психопатологических нарушений у больных с обсессивно-фобическими расстройствами.

Материал и методы исследования. Клинико-психопатологическим методом было обследовано 51 больной с ОФР в возрасте 18-55 лет. По МКБ-10 данные пациенты попадают в раздел «Преимущественно навязчивые мысли и размышления», «Преимущественно компульсивные действия» и «Смешанные обсессивные мысли и действия».

Результаты исследования и их обсуждение. Больных с навязчивыми размышлениями и образами было 16 (31,4%) человек. К этой группе были отнесены лица с навязчивостью контрастного и нелепого содержания. Появление их в сознании больного сопровождалось интенсивным отрицательным переживанием. Контрастные навязчивости — навязчивое чувство антипатии, хульные мысли — возникали непроизвольно, и их содержание резко контрастировало с истинными чувствами и поведением больных. Чувство страха было тесно связано с боязнью реализации данных представлений, а чувство вины - с ощущением собственной моральной неполноценности и уродства. Данная группа отличалась выраженностью в преморбиде вегетативных расстройств, в частности пароксизмальных, протекающих со страхом смерти. Особенностью симптоматики были явления психической и физической астении, которая являлась благоприятной почвой для развития обсессий, тревоги. Навязчивые опасения и страхи являются по своей природе фобическими образованиями (собственно фобиями). Больные, у которых в картине болезни преобладали навязчивые опасения и страхи - 35 (68,6%) человек. Они отличались такими чертами характера, как обязательность, исполнительность, тревожно-беспокойное отношение к заданиям. Наиболее типичными для них были боязливость, робость, склонность к преувеличению трудностей, часто возникающие сомнения и опасения. В обыденной жизни поведение таких лиц сопровождалось излишними опасениями и даже элементами ритуальности. В сознании больного присутствовали интенсивные тревожные страхи и твердое понимание их абсурдности. В отличие от сверхценных идей, при навязчивых страхах отсутствует полная уверенность в истинности патологических суждений, стремиться с ними бороться. При этих расстройствах пациент уверен в том, что содержание его страха бессмысленно, и в то же время допускает возможность, что тревога имеет смысл. В таких случаях больной не может прийти к одному мнению, что пролонгирует тревогу.

Заключение. Таким образом, в ходе исследования были выделены 2 группы больных с ОФР – больные с навязчивыми размышлениями и образами (31,4%) и больные с навязчивыми опасениями и страхами (68,6%), причем у больных первой группы все вышеописанные клинические формы отличались большей выраженностью симптоматики.

ПОДВЕРЖЕННОСТЬ ГИПНОТЕРАПИИ ЛИЦ С ОБСЕССИВНО-ФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Шаикрамов Ш.Ш., Ахмедов С.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. В последнее время в терапевтической практике невротических расстройств используется большое количество разных методик, однако одной из самой эффективной был и остаётся гипноз. Гипнабельность расценивается, как качество, при котором у индивида снижается способность сопротивления установкам психотерапевта и повышается эффективность их усвоения. Изучение этого вопроса является важной проблемой медицинской психологии, психиатрии пограничных психических расстройств и психотерапии.

Цель и задачи исследования: изучить закономерности глубины погружения в гипнотический транс пациентов с обсессивно-фобическими расстройствами.

Материал и методы исследования. Гипнотерапия была проведена 20 пациенткам в возрасте от 19 до 25 лет, находящимся на лечении в отделении пограничных психических расстройств ГКПБ ГУз г. Ташкента, с диагнозом – «обсессивно-фобическое расстройство». Средний возраст обследуемых составил 22 года.

Результаты исследования и их обсуждение. Вся группа, согласно учения В.М. Бехтерева (1911), анализировалась по степени погружаемости в следующие стадии: малый гипноз, гипотаксия, сомнамбулизм. В результате клинического анализа все обследуемые были поделены на 3 основные группы:

1. Группа повышенной гипнабельности (3 чел – 15%). В клиническом плане лица этой группы отличались незначительной выраженностью обсессивно-фобического синдрома и относительно коротким периодом заболевания (до 1-го года). В силу повышенной внушаемости они легко впадали в гипнотический транс, который быстро доходил до степени сомнамбулизма.

2. Группа средней гипнабельности (10 чел – 50%). Умеренно выраженные расстройства обсессивно-фобического невроза, непродолжительный период болезни (до 3-х лет) сочетались с высокой внушаемостью и невысоким уровнем интеллекта, что позволяло доводить их до степени гипотаксии, но достижение 3-й стадии было проблематичным.

3. Группа низкой гипнабельности (7 чел – 35%). В данной группе, несмотря на внушаемость прослеживались и длительный период болезни (до 5 лет), что обуславливало хронизацию, выраженность и стойкость обсессивно-фобического радикала, и что позволяло погружать их лишь в стадию малого гипноза.

Заключение. Таким образом, клинический анализ лиц с обсессивно-фобическими расстройствами выявил 3 основные группы: группа повышенной гипнабельности, группа средней гипнабельности, группа низкой гипнабельности. Выявленные в эмпирическом исследовании особенности личностной сферы, клиники и динамики невроза позволили прийти к выводу, что гипнабельность лиц с обсессивно-фобическими расстройствами варьирует и зависит от степени внушаемости, выраженности клинической картины и длительности заболевания.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПАТОЛОГИИ ВИЛОЧКОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Шамансурова И.А., Фазылов А.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Изучение морфологического и функционального состояния вилочковой железы (ВЖ), как у здоровых детей, так и при патологии проблема большой сложности в силу ограниченных возможностей методов ее исследования.

Цель исследования: изучить особенности диагностических критерий патологии вилочковой железы у детей, согласно анализу научной литературы.

Материалы и методы исследования: в основу исследования положены данные анализа литературных источников за последние 10 лет как отечественных, так и зарубежных авторов.

Результаты исследования: причины увеличения вилочковой железы у детей различны. Важна степень увеличения, данные диагностики, в целом состояние ребенка. Из-за особенностей топографии вилочковой железы (локализация в средостении, близкое расположение с легкими, сердцем, крупными сосудами), физикальное исследование имеет определенные трудности. В настоящее время для диагностики патологии ВЖ у детей раннего возраста все шире используется эхография. Ультразвуковое исследование является высокоэффективным, безопасным, относительно недорогим методом выявления патологии тимуса, позволяет проводить динамическое наблюдение за его состоянием. В многочисленных публикациях по применению УЗИ ВЖ отмечается высокая эффективность данного метода, практическое отсутствие противопоказаний для исследования, безопасность для пациента, позволяющая осуществлять динамическое наблюдение. Однако до настоящего времени отсутствуют единые нормативные критерии эхографической оценки ВЖ у детей, что препятствует более широкому внедрению метода в педиатрическую практику. В литературе имеются неоднозначные сведения об эхогенности и структуре ВЖ. Большинство авторов оценивают ВЖ как гомогенное образование, имеющее среднюю или сниженную эхогенность, с небольшим количеством точечных и линейных включений.

Заключение: существуют разноречивые сведения о способах определения размеров ВЖ в норме и при патологических состояниях, отсутствуют единые нормативные эхографические данные ВЖ у детей раннего возраста. Оценка ВЖ проводится по показателям одной доли, без учета состояния здоровья обследуемых детей. Описываемые в литературе эхографические данные о паренхиме ВЖ неоднозначные, носят противоречивый характер.

СУИЦИДАЛ ХОЛАТЛАРДА ДЕРМАТОГЛИФИК КУРСАТКИЧЛАРНИНГ СУД ТИББИЙ МЕЗОНЛАРИ

Шамсиев А.Я., Рузиев Ш.И.

Тошкент Педитрия Тиббиёт институти

Суд тиббиёти амалиётида жуда куплаб саволларга бугунги кунда кафт-бармоқ накшларига караб баҳо бериш, унинг амалий ахамиятини ошириб келмоқда. Шунингдек криминалистикада ҳам дерматоглифик курсаткичлар муҳим аҳамият касб этиб келмоқда.

Маълумки суд тиббиёти амалиётида суицидал ҳолатларни урганиш жараёнида қатор мавжуд морфологик белгилар ва қўшимча текширувлар натижалари асосида қўйилади. Махсус адабиётларда баён этилган суицидал ҳолатларда патоморфологик белгилари реал экспертиза амалиётида ҳар доим ҳам аниқланавермайди; бундан ташқари бу белгилар патогномиклик хусусиятига эга.

Тадқиқот объекти: Тадқиқот жараёнида уз жонига касд қилган 16 – 40 ёшлардаги эркек ва аёл жинсига мансуб 40 нафар мурдаларнинг (ҳаётлиги давомида ҳеч қандай психик касалликлар билан оғриманган) кафт бармоқ андозаларини таҳлил қилинди.

Тадқиқот предмети: Қўллардаги бармоқ накшларини ўрганишни қуйидаги методика бўйича, сканерлаш усули билан амалга оширилди. Сканерлаш усулида 600 dpi сифатли, bmp форматли оддий сканер - “EPSON perfection-200”ни қўллаган ҳолда, олинган дастурий маҳсулот

“Искандаров-Кузиев “ИК” усули фойдаланилиб, ушбу дастурий таъминот бўйича қирралар, кафт, бармоқ папиллярларининг аниқ таҳлили амалга оширилди.

Муҳокама: Унг ва чап қўллардаги ульнар (Lu) ва радиал (Lr) сиртмоқлар деярли бир – бирига мутаносиб тақсимланган. Агар чап қўлнинг 1- ва 2- бармоқларидаги гажаклар учраш частотаси узок бўлса, унда ўнг қўлнинг 1- бармоғида 2- бармоғига қараганда гажаклар учраш частотаси сезиларли қўп бўлади. Биз шунингдек қўлатувларимиз ва таҳлилларимиз жараёнида ҳар иккала қўлларда, кафт – бармоқ накшларида турли хилдаги накшларнинг узаро учраш частоталарини ҳам текшириб чиқишга мувофақ бўлдик.

Ушбу текширув шуни қўлатмоқдаки қўл бармоқларида ульнар сиртмоқ нисбатан қўп учрайди (ўртача 40%дан қўпқўп). Гажаклар эса икки ярим марта қўп (58%га қўп). Уз жонига касд қилишга мойиллиги бўлган инсонларда, оддий одамларга қараганда накш типларининг учраши ҳар иккала қўлда ҳар хиллиги текширувларимиз жараёнида уз тасдиғини топди.

Хулоса: Хулоса ўрнида шуни таъкидлаш лозимки юқорида эътироф этилган маълумотлар суд тиббиёти ҳамда криминалистика соҳасида суицидал ҳолатларни баҳолашда қўшимча маълумотлар тизими бўлиб хизмат қилиши мумкин.

КАНДЛИ ДИАБЕТДА ДЕРМАТОГЛИФИК КУРСАТКИЧЛАРНИНГ СУД ТИББИЙ МЕЗОНЛАРИ

Шамсиев А.Я., Рузиев Ш.И.
Тошкент Педитрия Тиббиёт институти

Сунги вақтларда айрим адабиётларда кафт-бармоқ андозалари ва уларнинг узига хос хусусиятларини кенг талкин қилиш мақсадида бир нечта илмий мақолалар чоп этилмоқда. Уларнинг узига хос хусусиятларини урганиш тиббиётнинг айрим йўналишлари учун асосий манбаа бўлиб хизмат қилаётганлиги сир эмас албатта. Шундай соҳалардан бири бу суд тиббиётидир.

Суд тиббиёти амалиётида жуда куплаб саволларга бугунги кунда кафт-бармоқ нақшларига қараб баҳо бериш, унинг амалий аҳамиятини ошириб келмоқда.

Маълумки суд тиббиёти амалиётида қандли диабет ташхиси қатор мавжуд морфологик белгилар ва қўшимча текширувлар натижалари асосида қўйилади. Махсус адабиётларда баён этилган қандли диабетнинг патоморфологик белгилари реал экспертиза амалиётида ҳар доим ҳам аниқланавермайди; бундан ташқари бу белгилар патогномиклик хусусиятига эга.

Тадқиқот объекти: Тадқиқот жараёнида қандли диабет билан оғриган 18-50 ёшлардаги эркек ва аёл жинсига мансуб 20 нафар беморлар ва 20 нафар тўсатдан ўлганларни (хаётлиги давомида қандли диабет билан оғриган) кафт бармоқ андозаларини таҳлил қилинди.

Тадқиқот предмети: Махсус биз томонимиздан таъсис этилган бўёкли усул (Искандаров А.И., Қўзиев О.Ж., Ҳамдамов А.М., Рўзиев Ш.И., Шаробиддинов З.Б., патент № FAP 00802,). Бўёкли усулида бармоқ ва кафт изларини олиш тирик шахсларда ҳам, мурдаларда ҳам штемпель мастикасига шимдирилган губка ёрдамида амалга оширилади, бу губка махсус ишлаб чиқилган ғилофда жойлашган бўлиб, унинг пастки қирраси қўл кафтининг шимдирилган губкада қулай жойлашиши учун атайлаб мослаштирилган.

Муҳокама: Унг ва чап қўллардаги ульнар (Lu) ва радиал (Lr) сиртмоқлар деярли бир текис тақсимланган. Агар чап қўлнинг 1- ва 2- бармоқларидаги гажаклар учраш частотаси яқин бўлса, унда ўнг қўлнинг 1- бармоғида 2- бармоғига қараганда гажаклар учраш частотаси сезиларли кам бўлади. Биз шунингдек кузатувларимиз ва таҳлиллариимиз жараёнида ҳар иккала қўлларда, кафт – бармоқ нақшларида турли хилдаги нақшларнинг узаро учраш частоталарини ҳам текшириб чиқишга мувофак бўлдик.

Ушбу текширув шуни қурсатмоқдаки қўл бармоқларида ульнар сиртмоқ кўп учрайди (ўртача 50%дан кўпроқ). Гажаклар эса икки марта кам (28%га яқин). Қандли диабет билан касалланган инсонларда, оддий одамларга қараганда нақш типларининг учраши ҳар иккала қўлда ҳар хиллиги текширувлариимиз жараёнида уз тасдиғини топди.

Хулоса: Хулоса ўрнида шуни таъкидлаш лозимки юқорида эътироф этилган маълумотлар ўлимдан сўнгги қандли диабет ташхисотида қўшимча маълумотлар тизими бўлиб хизмат қилиши мумкин.

ВЫБОР МЕТОДА ПЛАСТИКИ ПРОКСИМАЛЬНОЙ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ.

Ф.Х. Шаропов, Р.Ж.Юсупов

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность: Гипоспадия - самый частый порок развития мочеиспускательного канала у мальчиков. По данным литературы за последние годы отмечен значительный рост патологии среди новорожденных. Гипоспадия встречается в среднем у 1:200 новорожденных мальчиков. Проксимальная гипоспадия относится к наиболее сложным формам гипоспадии и встречается реже – 1: 1250 мальчиков. В доступной литературе описано более 300 методов оперативных вмешательств при гипоспадии проксимальных форм. Это свидетельствует о том, что на сегодняшний день не существует идеального способа оперативной коррекции и стандарта лечения.

Цель: Сравнительная оценка результатов хирургического лечения проксимальных форм гипоспадии.

Материал и метод: За период с 2010 по 2014г., в клинике Ташкентского Педиатрического Медицинского Института пролечено 37 детей с гипоспадией проксимальных форм. В возрасте до 5 лет - 24 детей, от 5 до 8 лет -13 мальчиков. Проводились следующие операции: Duplay-7(18.9%), Duckett-12(32.4%) и одномоментная балапениальная уретропластика-18(48.6%). В случаях значительно выраженной вентральной деформации, либо микропении первым этапом проводилась выпрямление полового члена, вторым этапом - операция Duplay. Балапениальная уретропластика у детей, состоит из формирования уретральной трубки которая выкривается из кожного лоскута ткани крайней плоти. С обязательным учетом размера лоскута в связи с выпрямлением полового члена после иссечения уретральной площадки и эмбриональной хорды. Затем лоскут мобилизуется с дорсальной поверхности переводится на вентральную. Проводится тубуляризация лоскута с наложением двойного уретрального шва. Дистальный отдел уретры выводится на головку и проводится гланулопластика с созданием меатального отверстия.

Результаты: Продолжительность наблюдения в послеоперационном периоде составила от 6 месяцев до 4-х лет. Несмотря на полученные удовлетворительные результаты по устранению порока, мы наблюдали некоторые косметические дефекты или незначительные функциональные нарушения. Осложнения наблюдались в виде меатостеноза и свища уретры. Проведена оценка всех методик, осложнения в виде свища уретры наблюдались при использовании методики Duplay-(14,3%), Duckett-16,7%, Балапениальная уретропластика-8,6%. Меатостеноз наблюдался при использовании методики Duplay-15.1%, Duckett-16%. Балапениальная уретропластика-6%. В отдаленном периоде после операции- Duplay наружное отверстие уретры возвращалось (ретракция) и головка приобретала изначальный расщепленный вид. Больные с перечисленными нарушениями нуждались в повторной операции. Урофлоуметрия проведена через 6 и 9 мес. после операции. Через 6 мес. после операции нами было отмечено снижение средней скорости мочеиспускания при использовании методики Duplay-3(42.9%), Duckett-5(41.6%), Балапениальная уретропластика-4(22.2%) на $\pm 3,6$ мл/сек. Через 9 мес. у 2 детей после методов Duplay-14.4%, Duckett-8.3% на урофлоуметрии показатели средней скорости мочеиспускания на $\pm 2,4$ мл/сек.

Выводы: Одноэтапная балапениальная уретропластика при проксимальных формах гипоспадии является наиболее эффективным методом операции.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ АНАТОМИЯ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Шеров А.С., Фазылов А.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. В настоящее время лучевые методы исследования составляют неотъемлемую часть диагностического поиска. К числу таких методов относится ультразвуковое исследование (УЗИ). Часто выбор лечебной тактики достаточно субъективен, так как эффективность доступных методов обследования имеет свои пределы. В то же время, для диагностики заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки необходимо знать ультразвуковую анатомию.

Цель исследования. Изучить ультразвуковую анатомию желудка и двенадцатиперстной кишки в норме.

Материалы и методы. Исследования проводились на базе кафедры Амбулаторной медицины, клинической радиологии, а также в отделении гастроэнтерологии 4-Городской клинической больницы им. И.Эргашева с помощью аппарата ультразвуковой диагностики «SonoscapeSSI-5000» исследованы 25 человек – без заболеваний желудочно-кишечного тракта. Использовали конвексные датчики с диапазоном частоты от 3,5 до 3,75 МГц. Для получения изображения желудка осуществлялись множественные поперечные, косые и продольные сечения в эпигастральной области, в левом и правом подреберьях.

Результаты исследования. На контрольной группе, состоящей из 35 здоровых людей, была изучена нормальная ультразвуковая анатомия желудка и двенадцатиперстной кишки, что позволило дифференцировать норму от патологии. В норме натощак в просвете желудка жидкость отсутствует или содержится в незначительном количестве (до 50 мл). Желудок визуализировалась в виде небольшого слоистого овального образования с гипоехогенным просветом. Просвет выглядело гипоехогенным за счёт жидкостного содержимого. При заполнении желудка жидкостью появлялась более отчётливое изображение. Кардиальный отдел желудка на поперечном сечении визуализировалась как эхонегативная циркулярная структура с эхогенной центральной частью. Тело желудка овальной формы с эхоплотными стенками и гипоехогенным просветом. Хорошо различались складки. Антральный отдел, при поперечном сканировании (по отношению к длиннику тела), выглядело как постепенно сужающийся цилиндр, который заканчивался гиперэхогенным кольцом (привратником). В поперечном сечении привратник определялся как кольцо. Периферическое кольцо визуализировалась как стенка желудка, а центральная часть - складки слизистой оболочки и содержимое. Толщина стенки пилорического отдела составлял не менее 4-5 мм. Ширина просвета привратника варьировалась от 17 до 24 мм. Наибольшая ширина просвета определялась в конце второй фазы эвакуации жидкости из желудка, т. е. через 20-30 минут от начала эвакуации. Снизу от желудка лежала поперечная ободочная кишка и её брыжейка, слева и снизу - левый изгиб ободочной кишки.

Луковица двенадцатиперстной кишки имела при различных функциональных состояниях щелевидную, треугольную, округлую или овальную форму. Эхографически луковица двенадцатиперстной кишки выглядело, при поперечном сканировании относительно продольной оси туловища, как эхоплотное кольцо с гипоехогенным просветом и содержащимися в просвете пузырьками воздуха. Стенки луковицы двенадцатиперстной кишки хорошо дифференцировалась, которая имела пять слоев, толщиной не более 4 мм. Отчётливо визуализировались складки.

Выводы. Таким образом, при ультразвуковом исследовании желудка и двенадцатиперстной кишки выделялось пять слоев стенки. Знание их характеристик позволяло избегать диагностических ошибок при исследовании больных.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Шайдозимова П.К., Тухтаева О.Т., Кошанова Г.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Уровень качества жизни пациентов гастроэнтерологического профиля в целом находится в зависимости от тяжести и длительности заболевания. Оценка качества жизни в педиатрической практике в настоящее время проводится значительно реже, чем у взрослых больных. Отчасти это связано с тем, что дети маленького возраста не могут сами заполнять опросники и не всегда способны ответить на сформулированные для взрослых вопросы. В то же время заполнение опросников родителями больных детей лишает этот метод одного из наиболее ценных качеств — объективности. Очевидно, что опросники для оценки качества жизни у детей должны быть адаптированы к конкретному возрасту.

Цель исследования. Оценка данных углубленного исследования КЖ больных хроническими воспалительными заболеваниями кишечника (ХВЗК).

Материалы и методы исследования. Все 32 пациента, входящие в группу углубленного исследования, в процессе наблюдения подвергались неоднократному анкетированию с применением специализированного опросника PedsQL. Проанализированы данные из истории развития ребенка (форма №112/у) и медицинских карт ребенка (форма №026/у).

Результаты. На основании полученных данных было установлено, что КЖ в наблюдаемой группе снижено по всем показателям (кишечным, системным, эмоциональным и социальным), которые составили $48,5 \pm 11$, $22,6 \pm 6,5$, $59,1 \pm 13$ и $24,3 \pm 7,5$, по сравнению с максимально возможными значениями (70, 35, 84 и 35 баллов соответственно). Как показали наши результаты, в период обострения ХВЗК, прежде всего, страдала кишечная функция. Результаты повторного анкетирования пациентов с ХВЗК на фоне проводимой терапии показали статистически достоверное повышение КЖ по кишечному фактору и общему результату ($p < 0,05$). По остальным показателям отмечена тенденция к повышению КЖ на фоне лечения, однако результаты были статистически недостоверными.

Выводы. Приведенные результаты оценки КЖ свидетельствуют о возможности использования этого метода как критерия эффективности лечения, а при необходимости коррекции проводимой терапии, что позволяет разработать тактику дальнейшего ведения больных, определение вариантов течения ХВЗК, прогноз заболевания и анализа отдаленных результатов.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕФОРМАЦИЙ ПРОКСИМАЛЬНОГО КОНЦА БЕДРЕННОЙ КОСТИ, РАЗВИВШИХСЯ ПОСЛЕ КОНСЕРВАТИВНОГО ВПРАВЛЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ.

Шокиров А.М., Ходжанов И Ю., Алпысбаев Х.Ш.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

К наиболее частым осложнениям при консервативном лечении врожденного вывиха и подвывиха бедра в настоящее время относят дистрофические процессы головки бедра. Дистрофические процессы головки бедренной кости (асептический некроз, эпифизеонекроз, аваскулярный некроз, остеохондропатия), по данным разных авторов, встречаются от 2,1 до 66 %. Причинами возникновения патологической перестройки головки бедра являются: травма головки бедра во время вправления вывиха, нарушение кровообращения в головке бедренной кости и шейке и нефизиологическое давление на головку, вызванное различными причинами (недостаточная центрация, нефизиологическое положение и продолжительная иммобилизация в гипсе). Основным способом лечения АНГБК является консервативный. Однако, неоправданно длительное и не всегда обоснованное консервативное лечение АНГБК нередко оказывается малоэффективным и даёт большой процент неудовлетворительных результатов (неполное восстановление формы и величины ГБК, ограничение движений в суставе, вторичные подвывихи) и как исход – ранний диспластический коксартроз. Проанализированы результаты лечения 93 детей в возрасте от 3 до 12 лет. У всех больных отмечалась многоплоскостная деформация проксимального конца бедренной кости IV типа по классификации Kalamchi-MacEwen: уменьшение или увеличение шеечно-диафизарного угла бедренной кости, вальгусное отклонение эпифиза, укорочение шейки бедра, высокое стояние большого вертела и отрицательное значение артикулотрохантерной дистанции. При рентгенологическом обследовании детей рентгенография ТБС производилась в передне-задней проекции при среднем положении бёдер и при внутренней ротации, в положении Лауэнштейна, а также в аксиальной проекции. На рентгенограммах измеряли показатели, характеризующие угловые величины тазобедренного сустава и ПКБК: угол вертикального наклона впадины, угол вертикального соответствия, ацетабулярный угол, шеечно-диафизарный угол, угол антеверсии, угол Альсберга, коэффициент костного покрытия, артикулотрохантерную дистанцию, трохантеротрохантерную дистанцию и артикуло-маловертельную дистанцию. При лечении пациентов применялись следующие виды оперативного лечения: внесуставная или открытая центрация головки бедренной кости с межвертельной деторсионно-варизирующей или деваризирующей остеотомией бедренной кости с пластикой вертлужного компонента или без нее, внесуставная или открытая центрация головки бедренной кости с межвертельной деторсионно-варизирующей или деваризирующей флексией или экстензионной остеотомией бедренной кости с низведением большого вертела в каудальном направлении. Результаты лечения проанализированы в срок от 8 месяцев до 6 лет. У всех больных исчезла хромота, внутренняя ротация нижних конечностей при ходьбе, улучшился объем движений в тазобедренном суставе. Улучшились рентгенометрические показатели, характеризующие соотношения впадины и головки бедренной кости, головкой, шейкой бедренной кости и большим вертелом: улучшилась центрация головки во впадине, шеечно-диафизарный угол составил 115-120, артикуло-трохантерная дистанция- 15,2+ \pm 2,3 мм.; угол Виберга -20+ \pm 4,2.

Таким образом, предложенные методики оперативного лечения деформаций проксимального конца являются достаточно эффективными вмешательствами, позволяющими улучшить клинические и рентгенометрические показатели тазобедренного сустава и тем самым расширить возможности реконструктивно-восстановительной оперативных вмешательств, многоплоскостных деформаций проксимального конца бедренной кости у детей.

УЗИ ДИАГНОСТИКА ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ АСЕПТИЧЕСКОМ НЕКРОЗЕ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ.

Шокиров А.М., Ходжанов И Ю.,

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Патология тазобедренных суставов некротического генеза представляют серьезную проблему современной клинической медицины и является причиной высокой инвалидизации детей (Селевостров П.В 2000. Огорев Е.В. 2006.)

Одним из наиболее существенных факторов влияющих на прогноз эволюции заболевания тазобедренных суставов являются полная и современная диагностика поражения сустава, особенно на ранних стадиях формирования патологического процесса. В патогенезе асептического некроза головки бедренной кости у детей особую роль играет сосудистые нарушения и его развития (Валиева К.Н. Исматуллаева М.Н. 2013). Асептический некроз головки бедренной кости является следствием нарушений кровотока и некроза элементов костного мозга головки бедренной кости. С появлением первых признаков нарушения кровообращения на головке бедра, костная ткань постепенно некротизируется и появляются островки остеонекроза. Рентгенологический признак асептического некроза большинство случаев выявляются через 6-7 месяцев от момента проявления аваскулярной зоны.

Ведущим методом диагностики асептического некроза головки бедренной кости до настоящего времени считалось рентгенологическое исследование, но этот метод является информативной только во второй стадии заболевания.

Для выявления ранних стадии асептического некроза головки бедренных кости требуется ультразвуковая исследование – УЗИ (Каримов Х.М. Хошимов А.Р. 2013)

Ультразвуковое исследование позволяет выявить патологию тазобедренного сустава в ранних стадиях заболевания.

С 2013 по 2014 в отделение произведено исследования у 102 детей и подростков у 30 детей обнаружено АНГБК, которые подвергались к оперативному лечению.

Применение УЗИ уменьшает количество оперативных вмешательств, одновременно предупреждает развитие деформирующего артроза, с последующим процесса инвалидизации.

**ЦЕЛИАКИЯ БИЛАН ОҒРИГАН БОЛАЛАРДА АНЕМИЯНИ
ТАШХИСЛАНИШИ ВА МОНИТОРИНГИНИ ЎТКАЗИЛИШИНING АҲАМИЯТИ**
Шухратова Д.Ж., Агзамова Ш.А.
Тошкент педиатрия тиббиёт институти

120 йил аввал - 1888 й. да S.J. Gee целиакиянинг (Ц) типик симптомларини (сурункали диарея, озиб кетиш, жисмоний ривожланишдан орқада қолиш ва анемия) таърифлаб берган. Бироқ, ҳозирги вақтда ҳам, Ц (целиакия- (глютенли энтеропатия): K90.0) асосан мальабсорбция синдроми билан намоён бўлувчи кам ўрганилган аутоиммун касаллик бўлиб қолмоқда. (Махнева А.Ф., 2010, Янкина Г.Н., 2014, Fasano A., 2009). Чет эл тадқиқотчиларининг маълумотларига кўра болаларда мальабсорбция синдромининг наслий шакллари ичида Ц биринчи ўринни эгаллаб, Европада болалар ўртасида унинг аниқ шакли частотаси 1:184, 1:250 ва яширини эса 1:6 нисбатда учрайди (Rodrigues A.F., et al., 2008, Rubio-Tapia A. et al., 2009). Қозоғистонда у болалар популяциясининг 1:262 (Махнева А.Ф., 2010, Шарипова М.Н., 2008), Ўзбекистонда (Тошкент региони) – 1:366 (Камилова А.Т., 2006) ни ташкил қилади. Амалиёт шифокорларининг Ц билан етарли даражада таниш бўлмаганлиги шу нарсага олиб келадики, ҳатто касалликнинг типик кечишида ҳам ташхис ўртача 11,7 йилдан сўнг қўйилади. Ц да ингичка ичак функциясининг бузилиши, баъзида ичакдан ташқари бузилишлар билан ниқобланиб, ҳар доим ҳам аниқ клиник симптоматика билан кечмайди. Буларнинг барчаси катта диагностик қийинчиликларни келтириб чиқаради. Шунингдек унификацияланган клиник-лаборатор алгоритмларнинг ҳам йўқлиги Ц диагностикаси қийинлигини оғирлаштиради, таклиф этиладиган лаборатор алгоритмлар эса ўзининг мураккаблиги ва етишиши қийин бўлганлиги учун амалдаги соғлиқни сақлашни қониктирмайди. Гематологик кўринишлар касалликнинг илк, атипик кечишида эса – ягона белгилари бўлиши мумкин (Семенова Е.В. ва б., 2012, Fisgin T., et al., 2004). Ц да гематологик намоён бўлишлар турличадир, бироқ улардан энг кўп учрайдигани – анемия, айнан эса темир танқислиги анемияси (ТТА) ва сурункали касалликлар анемияси (СКА). Ц да анемиянинг ривожланиши темир ва бошқа қатор нутриентлар сўрилишининг бузилиши, ҳамда цитокинлар фаоллигининг ошиши натижасида юзага келади. Медикаментоз коррекция қилиб бўлмайдиган темир танқислик ҳолати Ц манифестациясининг, айниқса болаларда, ягона симптоми бўлиши мумкин (Семенова Е.В. ва б., 2012). У 46% ҳолларда Ц нинг субклиник кечишида кузатилади. Ҳозирги вақтда Ц да СКА нинг ривожланишида цитокин механизмлари аҳамиятли рол ўйнаши мумкинлиги ҳақида етарли даражада ишонарли маълумотлар йиғилди. Бунда лимфоцитлар, макрофаглар ва ретикулоэндотелиал тизимнинг бошқа хужайралари томонидан ишлаб чиқарилувчи цитокинлар темир алмашинувининг ўзгаришига, эритроид хужайралар пролиферациясининг пасайишига, ҳамда эритропоэтин (ЭПО) продукцияси ва эритроцитлар яшаш давомийлигининг камайишига олиб келади.

Муҳокама: ЭПО эритропоэз – суяк кўмигида эритроцитларнинг етилиши, жараёнини регуляция қилувчи асосий цитокин бўлиб ҳисобланади. Адабиётлардан олинган маълумотларнинг таҳлили шуни кўрсатадики, Ц да СКА гепсидин-цитокинли механизм орқали суяк кўмиги эритропоэтин-сезгир хужайраларининг дифференцировкасини чақирадиган, эритропоэзни стимулловчи асосий омил - ЭПО продукциясининг анча пасайиши билан кечади. Шунга қарамай, Ц да ЭПО продукцияси ва анемиянинг ривожланишига тегишли бўлган саволлар ноаниқлигича қолмоқда.

Хулоса. Келтирилган маълумотларга кўра Ц да анемияни ташхислаш ва унинг мониторингини олиб бориш катта аҳамият касб этади. Бу ўринда зардобда ЭПО миқдорини аниқлаш тестидан фойдаланиш Ц билан оғриган болаларда анемия ривожланишини қиёсий ташхислашда ва самарали даволаш учун унинг мониторингини ўтказишда ўзининг амалий долзарблиги билан белгиланади.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ.

Эбраев А. Тангибаевой Ю.Ш.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Ювенильные идиопатические артриты представлены группой воспалительных заболеваний, поражающих опорно-двигательный аппарат. Самое распространённое заболевание среди них – ювенильный ревматоидный артрит – протекает у 20% детей с системными проявлениями, у 2-4% - с вовлечением глаз [Кузьмина Н.Н., Никишина И.П., Салугина 2004]. По мнению Насонова Е.Л. (2008), именно активность иммунного воспаления определяет характер клинических проявлений и необходимость ранней базисной терапии.

Цель исследования. Изучить клинические особенности и состояние периферической крови у детей с ЮИА.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе кардиоревматологического отделения клиники ТашПМИ. В исследование были включены 12 детей с диагнозом ЮИА и проведён ретроспективный анализ 16 историй болезни детей с диагнозом ЮИА проходивших лечение с 2010 по 2015 гг.

Результаты. Согласно анамнезу у 65% больных первыми симптомами заболевания являлись боль и припухлость в суставах.

С наибольшей частотой (у 65% пациентов) отмечались артриты мелких суставов кистей. 25% больных в качестве первого проявления болезни отмечали только артралгии, при этом у 70% пациентов артралгии наблюдались в крупных суставах.

Характерным также являлось повышение лабораторных показателей воспалительной активности заболевания. Увеличение СОЭ было отмечено у 75% больных и в среднем составляло 36,6 мм/ч, медиана 34,0 [27,5; 43,5] мм/ч. Повышение уровня СРБ встречалось практически с той же частотой - у (65%) пациентов, со средним показателем 22,8 мг/л, медиана 18,6 [8,1; 35,9].

В дебюте заболевания особенно характерным было поражение суставов кистей, причем наиболее часто в патологический процесс вовлекались лучезапястные суставы (50% случаев), несколько реже - 2-ые и 3-ьи пястно-фаланговые (40% и 30%) и проксимальные межфаланговые (30% и 25%) суставы.

Выводы. В диагностике ЮИА у детей большое значение имеют данные клинических симптомов заболевания и лабораторно-инструментальных методов исследования.

ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ЭНЗИМОПАТИЯХ ТОНКОЙ КИШКИ НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ У ДЕТЕЙ

Эгамбердиев С.Б., Умарназарова З.Е.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Особое место среди энзимопатий тонкой кишки (ЭТК) занимает целиакия, являющаяся наиболее неблагоприятным в прогностическом отношении заболеванием. Белково-энергетическая недостаточность и каскадные нарушения метаболических процессов, сопровождающая ЭТК, вызывает существенные структурно-функциональные и метаболические нарушения на всех уровнях организма, включая сердечно-сосудистую систему.

Целью исследования явилось изучение влияния метаболических нарушений при ЭТК на сердечно-сосудистую систему у детей.

Материал и методы. Обследовано 43 пациента с ЭТК в возрасте от 1 до 15 лет, госпитализированных в гастроэнтерологическое отделение РСНПМЦ Педиатрии. Степень тяжести патологического процесса и период заболевания оценивались комплексно с учетом всех основных клинических симптомов поражения кишечника, частоты и выраженности синдромов внекишечных проявлений заболевания.

Результаты. 43 больных с ЭТК были разделены на 2 группы в зависимости от диагноза заболевания. У 17 (39,5%) диагностирована целиакия (Ц) (врожденная ЭТК), у 26 (60,5%) - синдром полиферментной недостаточности (СПН) (приобретенная ЭТК), сформировавшийся на фоне тяжелых форм ОКИ и сопровождающийся полиферментной недостаточностью (в том числе непереносимостью глютена и дисахаридазной недостаточностью). У 12 (70,5%) детей диагностирована типичная форма целиакии. Атипичная форма целиакии установлена у 5 (29,4%) больных. У них развивались тяжелые вторичные метаболические нарушения, которые выходили на первый план, маскируя симптомы основного заболевания. Чаще всего это было нарушение фосфорно-кальциевого обмена с развитием тяжелого рахитоподобного синдрома, деформацией костей, болями в ногах, низкорослостью и анемией. Тяжелая форма заболевания наблюдалась у 7 (41,2%) больных с Ц, у 8 (30,7%) - с СПН. У детей с Ц и СПН дефицит массы тела достигал соответственно $31,6 \pm 1,3$ и $25,6 \pm 1,3\%$. Однако, тяжелое истощение имел почти каждый второй и каждый третий больной с Ц и СПН. Наиболее выраженный дефицит роста наблюдался у 12 (70,6%) детей с Ц. У 7 (26,9%) пациентов с СПН. При ЭТК довольно часто встречались осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы, которые ухудшали и утяжеляли общее состояние ребенка. Характерными симптомами для нарушения питания сердечной мышцы, обусловленного тяжелой белково-энергетической недостаточностью у детей с тяжелой формой (Ц) являлись тахикардия 15 (88,2%), одышка 3 (17,6%), цианоз носогубного треугольника 3 (17,6%), глухость сердечных тонов 14 (82,3%), систолический шум на верхушке сердца функционального характера 15 (88,2%) увеличение печени 3 (17,6%), потливость, похолодание конечностей, на ЭКГ- нарушение проводимости 5 (29,4), из них у 2 (11,7%) в виде синусовой брадикардии, у 1 (5,8%) ребенка регистрирована атриовентрикулярная блокада I степени, миокардиодистрофия у 5 (29,4%). Явления застойной пневмонии 3 (17,6%). Клиника сердечной недостаточности констатирована у 3 (17,6%). ВСД выявлена у 7 (41,2%).

Таким образом, основным механизмом дефицита веществ при целиакии является нарушение всасывания в тонкой кишке из-за атрофических изменений ее слизистой. Развившаяся при этом хроническая диарея, кроме дефицита массы тела, вызывает необратимые метаболические расстройства во всех органах и системах, в результате чего возникает полигландулярная недостаточность и полидефицитное состояние в организме.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЯ СТАТИЧЕСКИЙ ДЕФОРМАЦИЯ СКЕЛЕТА У ДЕТЕЙ

Эргашев Б.Н. Ходжанов И.Ю. Шарапов Р.Р
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Введение. Статическая деформация занимает до 26,4% среди всей ортопедической патологии и от 31% до 81,5% среди деформаций стоп. Она поражает в основном лиц молодого возраста (Краснов А.Ф. с соавт., 1998; Конюхов М.П. с соавт., 2003; Баиндурашвили А.Г., 2006; Abdel-Fattah M.M. et. al., 2006; Leung A.K. et. al., 2006; Pfeiffer M. et. al., 2006).

Врожденная плоско-вальгусная деформация стоп также не является редким диагнозом. По данным разных авторов, она составляет от 2,8% до 11,9% среди всех деформаций стоп и изначально связана с нарушением формы и расположением костей стопы (Бродко Г.А., 1991; Гафаров Х.З., 1995; Краснов А.Ф. с соавт., 1998; Конюхов М.П. с соавт., 2005; Blasier D., 1995; Drennan J.C., 1995; Bosker B.H. et. al., 2007).

Неэффективность мероприятий консервативного лечения при II-III степенях плоско-вальгусной деформации связана с выраженным многокомпонентным характером поражения стопы, следствием которого является не только уплощение сводов, но и отклонение биомеханической оси голеностопного сустава в подтаранном сочленении.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с статический деформацией стоп за счет применения современного способа хирургического вмешательства.

Материалы и методы исследования. Работа основана на изучении результатов хирургического лечения 14 пациентов (25 стопы) с плосковальгусной деформацией стоп и лечившихся в клинике НИИТО МЗ РУз. Распределение пациентов по полу: девочек было - 11 (20 стоп), мальчики - 3 (5 стоп). По возрасту пациенты распределились следующим образом: 10–12 года - 8, 13–18 лет - 4, старше 18 лет - 2. Все больные за период 2014 – 2015г. проходили компьютерно-подометрическое обследование в диагностическом отделении клиники НИИ травматологии и ортопедии МЗ РУз. Профессиональная система «Extra comfort» Pad Professional SA 1000 (производство Израиль) несложна в пользовании, точно определяет давления на стопу и представляет собой инструмент диагностирования. Система состоит из бароподометра с 1024 барочувствительными элементами.

Всем пациентам проводили подтаранный артрозрез (25 операции). Из подтаранных имплантатов применяли Kalix II (Newdeal, France), имплантат с самоблокирующим краем. Это бочковидный титановый имплантат с полиэтиленовым покрытием.

Заключения. Оперативное лечение плоскостопия у детей является менее травматичным, чем у взрослых и в большинстве случаев позволяет полностью исправить деформацию стопы ребенка. Оптимальным возрастом ребенка для оперативного вмешательства является 8-12 лет. Подтаранный артрозрез является малоинвазивным и малотравматичным методом хирургической коррекции статической деформации стоп. Подтаранный артрозрез с помощью имплантации эндортеза в sinus tarsi с коррекцией вальгусной и ротационной деформации. Как правило, данная операция дополняется укреплением сухожилия задней большеберцовой мышцы и удлинением ахиллова сухожилия.

Изучение отдаленных результатов в сроки от 1 до 2 лет после операции выявило положительный результат оперативного лечения у больных, что указывает на высокую эффективность подтаранного артрозреза.

СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У БОЛЬНЫХ ХСН
Эрназарова М.М., Назирова М.Х., Рузметова И.А., Эгамбердиева Д.А.
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность: Снижение СКФ и повышения концентрации креатинина сыворотки у больных ХСН являются сильными независимыми предикторами сердечно-сосудистой смертности. При снижении СКФ <44 мл/мин относительный риск смерти в 2,85 раза выше, чем при СКФ >76 мл/мин ($p < 0.001$). У больных ХСН при развитии дисфункции почек прогноз заболевания значительно ухудшается.

Цель работы: исследование функции почек у больных ХСН.

Материалы и методы исследования: материалы для написания данной работы послужил анализ 75 больных кардиологического отделения РСНПЦТ и МР в возрасте от 34 до 65 лет, из них 30 женщин (45,2%) и 45 мужчины (54,8%), госпитализированных с диагнозом ХСН. Диагноз больных соответствовал Национальным рекомендациям ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (2012г.). Критериями исключения являлись: первичная патология почек и почечных сосудов, аутоиммунные и онкологические заболевания. Проводился анализ анамнеза, клинических данных; биохимических показателей крови. Функция почек оценивалась по СКФ рассчитанной с помощью формулы Кокрофта-Голта.

Результаты и обсуждение:

Среди обследованных пациентов с ХСН у 39 (50,7%) человек выявлен нормальный уровень СКФ. Стоит отметить, что 24,8% ($n=19$) пациентов выявлен гиперфилтрация, которая приводит к индицированию и прогрессированию нефросклероза. Поэтому следует расценивать гиперфилтрацию, как начальные проявления развивающейся ХБП, вследствие ХСН. У 24,4% ($n=17$) выявлено снижение СКФ ниже 90 мл/мин/1,73м, что свидетельствует о прогрессирующем процессе ХБП, причем количество больных со сниженной СКФ достоверно увеличивалось. Снижение СКФ может быть обусловлено непосредственно нарушением процесса клубочковой фильтрации вследствие повреждения клубочков почек и/или потерей массы действующих нефронов (МДН).

**БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ
ҚАЙТАЛАНУВЧИ ЭШАКЕМИКАСАЛЛИГИНИ ДАВОЛАШДА
ГИСТАГЛОБУЛИННИНГ САМАРАДОРЛИГИ**

Эшдавлатов А.У.

Тошкент Педиатрия Тиббиёт Инститuti

Мавзуни долзарблиги. Бугунги кунда терининг аллергик касалликлари орасида сурункали эшакеми касаллигини кенг таркалганлиги ҳамда боллар орасида тез тез учраб тураётгани, касалликни сурункали кечиши, ремиссия даврининг қисқариб бораётганлиги, касаллик сабаби мултифакториаллиги касалликни даволашда бир қанча қийинчиликларни туғдирмокда.

Тадқиқод мақсади. Болаларда сурункали қайталанувчи эшакеми касаллигини даволашда гистаглобулин препаратини клиник самарадорлигини ўрганиш.

Текширув материаллари ва усуллари. Текширув учун сурункали қайталанувчи эшакеми билан хасталанган 33 нафар 2-16 ёшгача булган бемор болалар олинди. Улардан 14 таси қиз бола 19 таси ўғил болалар. Текширув клиник таҳлиллар асосида олиб борилди.

Олинган натижалар ва уларнинг таҳлили. Бемор болалар икки гурухга ажратилди. 1- асосий гурухга 17 та бемор болалар олинди. Уларга касалликни кузғалиш даврида базис даво (антигистамин даво, десенсибилизацион даво, абсорбентлар, стероид препаратлар) ҳамда касалликни турғун ремиссия вақтида гистаглобулин тери орасига елканинг пастки 1/3 қисми ташқи юзасига 0.3 мл хар 4 кунда бир, хар гал 0.1 мл ошириб умумий 5 та инъекция бир курс даво ўтказилди. 2-назорат гурухига 16 та бемор болалар олинди. Уларга касалликни кузғалиш даврида фақат базис даво (антигистамин даво, десенсибилизацион даво, ацорбентлар, стироид препаратлар) тайинланди, касалликни ремиссия вақтида назоратда бўлди.

Беморларда клиник белгилар иккинчи гурухга қараганда биринчи гурухда теридаги патологик жараённинг нисбатан сустлашганлиги, тошмаларни сонининг камлиги, терида кам сатҳ эгаллаганлиги, қичишишни сезиларли даражада камайганлиги ҳамда касаллик ремиссия даврини узайганлиги аниқланди.

Хулоса. Болаларда сурункали қайталанувчи эшакеми касаллигини даволашда базис давога қўшимча касалликни ремиссия даврида гистаглобулинли даво касалликни клиник белгиларини бирмунча енгил кечиши ва ремиссия даврини узайишига олиб келади.

ХАРАКТЕРИСТИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ КРАПИВНИЦЕЙ

Эшдавлатов А.У.

Ташкетский Педиатрический медицинский институт

Актуальность. В последние годы для оценки состояния здоровья населения, оценки качества медицинских профилактических и лечебных программ используется критерий качества жизни. Данная проблема в педиатрии весьма актуальна, поскольку здоровье детей относится к основополагающим факторам качества жизни населения. Поэтому ВОЗ уделяет большое внимание развитию науки о Качестве Жизни как важного инструмента при принятии решения о методах лечения, профилактики, научных исследований и подготовки медицинского персонала.

Согласно литературным данным крапивница занимает в структуре аллергической патологии до 40-70% в детском возрасте. Постоянное ограничение в питании ребенка определенных, зачастую любимых, продуктов питания приводит к нарушению качества жизни данного контингента больных.

Цель исследования. Оценить дерматологический индекс качества жизни (CDLQI) у детей, страдающих острой крапивницей (ОК) и хронической крапивницей (ХК).

Материалы и методы исследования. Проведено обследование 42 детей, больных ОК и ХК в возрасте от 2 лет до 16 лет, из них 28 мальчиков и 14 девочек. Контрольную группу составили 15 практических здоровых детей аналогичного возраста. Изучены критерии качества жизни рекомендованные ВОЗ. Анализ качества жизни проводился по русской версии американского опросника CDLQI.

Результаты исследования. Установлено, что аллергия у детей приводит к значительному снижению всех составляющих компонентов CDLQI -физического, эмоционального, социального и ролевого функционирования. Параметры CDLQI больных крапивницы по всем шкалам опросника CDLQI достоверно ниже, чем в контрольной группе. При сравнении CDLQI детей с 2 до 10 лет с позиции их родителей были обнаружены статистически значимые отличия в параметрах «психосоциального функционирования» (ПСФ), «общего качества жизни» (ОКЖ). Дети лучше оценивают свое ПСФ и ОКЖ, чем их родители, поэтому и суммарные показатели CDLQI, при оценке родителями получились хуже. У детей в возрастной подгруппе 10-16 лет при оценке CDLQI родителями и детьми, статистически достоверные различия в показателях ПСФ и ОКЖ не выявлялись.

Выводы. Таким образом, изучение качества жизни детей, больных крапивницей является важным критерием в оценке состояния ребенка, позволяет обеспечить индивидуальный мониторинг состояния больного, своевременную коррекцию проводимого лечения, что позволит повысить эффективность терапии и улучшить прогноз заболевания.

ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ САЛЬМОНЕЛЛ, ВЫДЕЛЕННЫХ В Г.ТАШКЕНТЕ, К АНТИМИКРОБНЫМ ПРЕПАРАТАМ

Эшов Р.Г., Касымов И.А.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность. Острые кишечные инфекции (ОКИ) продолжают занимать ведущее место в инфекционной патологии детского возраста, уступая по массовости, экономическому и социальному ущербу только острым респираторным заболеваниям и гриппу. По данным ВОЗ, в мире ежегодно болеют ОКИ более 1 млрд человек, из которых 65-70% составляют дети до 5 лет. Среди ОКИ бактериальной этиологии одно из ведущих мест в последние годы занимают сальмонеллезы. В последние годы увеличилась популяция сальмонелл устойчивых к антибиотикам. Определение антибиотикочувствительности возбудителя имеет экономическое и социальное значение. Рациональное применение чувствительных к бактерии сальмонелл антибиотиков, позволяет в короткие сроки купировать основные симптомы ОКИ, сокращает пребывание и продолжительность лечения больного в стационаре.

Целью настоящего исследования явилось изучение чувствительности к антимикробным препаратам сальмонелл выделенных от больных детей сальмонеллезом.

Материалы и методы: В основу работы положены полученные результаты лабораторного исследования 76 детей с диагнозом «сальмонеллез» в возрасте от 0 мес до 3 лет, находившихся на стационарном лечении в кишечном отделении клиники УЗНИИМИЗ. Диагноз «сальмонеллез» верифицирован бактериологическим методом. Бактериологическое исследование кала проводилось с первого дня госпитализации, по традиционной методике, до начала антибиотикотерапии, соблюдая все санитарно-эпидемиологические правила. Посев испражнений проводился на питательных среды-SS, висмут сульфатный агар. Чувствительность к антибиотикам осуществлялась с помощью дисков с антибактериальными препаратами фирмы HiMedia. Изучена чувствительность сальмонелл к 13 антибактериальным препаратам, широко используемым в лечении кишечных инфекций у детей, как прежних, так и последних поколений.

Результаты и обсуждение. Анализ чувствительности культур сальмонелл, выделенных из фекалий больных детей показал, что бактерия сохраняет высокую чувствительность *invitro* к шафтазу (цефепим/тазобактам) - 45%, максиму-47%, цiproфлорксацину- 35%, цефипин и амиоцину по 24%, слабо чувствительными к офлорксацину- 12%. В результате исследований установлено, что культур сальмонелл были резистентными к действию операза - 71%, амикацина- 71%, цiproфлорксацина- 59%, бактоцина-59%, менее резистентными к цефопреозону, пefлорксацину, ладефу, цефтриаксону по 12% каждое.

Выводы: Проведенный мониторинг антибиотикочувствительности позволяет корригировать антимикробную терапию сальмонеллезом у детей.

ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТОВ ДВУХ И ТРЕХВАЛЕНТНОГО ЖЕЛЕЗА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Эшмурзаева А.А., Сибиркина М.В
Ташкентская Медицинская Академия

Развитие анемии, несомненно, отрицательно сказывается на течении ревматоидного артрита (РА), обуславливая нарушение и/или усиливая имеющиеся сдвиги в окислительно-восстановительных процессах. Несмотря на сравнительно высокую частоту ассоциации анемии с РА, в рамках фармакотерапии данного заболевания не всегда предусматривается средства для коррекции анемии. Низкая приверженность к антианемическим лекарствам, ферропрепаратам в частности, прежде всего, связана с частыми нежелательными побочными эффектами от этих лекарств, особенно со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Данное обстоятельство диктует необходимость поиска новых подходов к коррекции анемии у больных РА, обладающих эффективностью при минимальном риске развития нежелательных побочных эффектов. В связи с этим **целью нашего исследования** было изучение показателей феррокинетики у больных РА в зависимости от применяемых железосодержащих препаратов.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 70 больных с диагнозом РА, средний возраст 49,7 лет, продолжительность заболевания от 1 до 15 лет.

Обсуждение полученных результатов. Результаты проведенных исследований показали, что у обследуемых больных до начала комплексного лечения ферропрепаратами, среднее значение Нв было $82,4 \pm 2,1$ г/л и СЖ $8,9 \pm 1,1$ ммоль/л, что соответствовало анемии средней степени тяжести. Применение в комплексной терапии РА ферропрепаратов оказывает заметное влияние на изучаемые параметры крови. Спустя 30 дней от начала лечения в 1 группе больных уровень гемоглобина повышается по сравнению с исходным на 20%, а во 2 группе больных – на 24%. Содержание СЖ в данном сроке наблюдения также претерпевает заметные изменения. Так, если содержание последнего в 1 группе больных увеличивается на 69,7%, то во 2 группе – на 80%, соответственно по сравнению с показателями до лечения. Наряду с позитивными сдвигами в лабораторных данных у обследуемых больных наблюдались редукция клинических признаков анемии.

Известно, что длительному применению препаратов железа препятствует наличие нежелательных эффектов, особенно со стороны гастро-интерстициальной системы. Этот вопрос становится особенно важным в условиях РА. Так как при РА в рамках симптоматической терапии широко применяются НПВС, для которых также является характерным гастродуоденальные побочные эффекты. Так у 10 больных 1 группы, которые в качестве ферропрепарата принимали 2-валентное железо, имели место проявления гастрита, во 2 группе больных, которые в качестве ферропрепарата принимали 3-валентное железа, лишь у 2 больных.

Выводы. Таким образом, комплексное лечение РА ассоциированного с ЖДА с применением пероральных железосодержащих препаратами сопровождается заметным восстановлением уровня гемоглобина и сывороточного железа. По данному эффекту препараты двух и трехвалентного железа существенно не отличаются. Однако у больных получавших препараты двухвалентного железа чаще отмечается проявление гастрита, что существенно снижает возможность осуществления эффективного курсового лечения ЖДА. Полученные результаты указывают на отчетливое преимущество Ферлатума у больных РА в плане безопасности.

**СОСТОЯНИЕ МИКРОФЛОРЫ ЖЕЛУДКА И КИШЕЧНИКА У ЛИЦ,
СТРАДАЮЩИХ РЕВМАТИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ НА ФОНЕ ПРИЕМА НПВС.
Эшмурзаева А.А., Сибиркина М.В.,
Ташкентская Медицинская Академия**

Желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) человека является одним из органов, ответственных за местную иммунную защиту организма от пищевых антигенов, вирусов, бактерий, токсинов и лекарственных препаратов. В слизистой оболочке кишечника находятся около 80% иммунно-компонентных клеток. Все это создает так называемую иммунную систему кишечника (GALT) – которая разделяет энтеральную и гуморальную среды организма. GALT – вырабатывает и секретирует ряд иммуноглобулинов (А.М.Е.Г). Если учесть, что нарушение равновесия нормальной микрофлоры под воздействием лекарственных препаратов непосредственно влияет на GALT, и опосредованно на весь иммунитет, а следовательно сказывается на течении любого аутоиммунного заболевания и, в частности, ревматоидного артрита.

В связи с этим **целью** нашего исследования было изучение в условиях *in vitro* степени «лизиса» известных микробных колоний под действием нимесила, индометацина и таривида у женщин фертильного возраста с РА.

Материалы и методы: под наблюдением находились 40 больных с ревматологическими болезнями (РБ), получающих НПВС. Средний возраст больных 30,6 лет, средняя длительность заболевания составила 5,2 лет. Исследования микрофлоры ЖКТ проводились в биотопах желудка и кишечника методом запаянных целлофановых мешков [Н.А. Сомов, 1987]. заполненных магистральным природным газом [Ш.К.Адилов], также изучена в условиях *in vitro* степень «лизиса» при применении нимесила, индометацина по сравнению с известным антибиотиком таривид - диско - диффузионным методом с последующим измерением зоны задержки роста в мм. **Результаты исследования.** Под воздействием известного противомикробного препарата таривид происходит «лизис» колоний практически всех использованных образцов микрофлоры. В то же время индометацин не оказывает существенного влияния на флору псевдомонасы, плесневых грибов, актиномицетов и грибов рода *Candida*, а нимесил наряду с выше указанными на колонии золотистого стафилококка. На остальные колонии микроорганизмов как индометацин, так и нимесил оказывают лизирующее действие, но заметно в меньшей степени, чем таривид. Так на фоне применения индометацина и нимесила диаметр «лизиса» колоний *staphylococcus epidermidis* был ниже, чем у таривиды 1,5 раза и 3,6 раза. *Streptococcus* группы «А» в 2 раза и 3,3 раза *Streptococcus* группы «Д» в 1,7 раза и 2,5 раза. Лактоза позитивные *E.Coli* в 3,1 раза и 4,2 раза и другие соответственно. Следовательно, индометацин оказывает лизирующее действие на колонии микроорганизмов заметно в меньшей степени, чем таривид, а нимесил в меньшей степени, чем индометацин. В целом, полученные данные свидетельствуют о том, что представленные группы микробов были высоко чувствительны к таривиду, менее чувствительными к действию индометацина и умеренно устойчивыми к действию нимесила.

Выводы. Следовательно, в условиях *in vitro* неселективные НПВС, как и противомикробные лекарственные средства могут оказывать губительные действия на микроорганизмы. Отличительной чертой их воздействия на микроорганизмы являются преимущественно губительное действие на нормальную микрофлору при отсутствии подобного действия на патогенную флору. Таким образом, результаты проведенных исследований позволяют рекомендовать применение пробиотиков и эубиотиков у РБ на фоне лечения НПВС для профилактики развития дисбиотических изменений и коррекции дисбиоза кишечника.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ СЕМИОТИКА ИЗМЕНЕНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПАРААРТИКУЛЯРНОЙ ЗОНЫ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Юлдашева И.В., Умарова Р.Х.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель работы. Выявить характер и структурные изменения мягкотканного компонента параартикулярной зоны у пациентов, которым было проведено эндопротезирование тазобедренного сустава в позднем послеоперационном периоде, с наличием болевой симптоматики по латеральной поверхности в/3 бедра.

Материалы и методы. За период 2011 года обследованы пациенты с наличием болевой симптоматики в области в/3 латеральной поверхности бедра и области п/о раны, которым ранее было проведено эндопротезирование тазобедренного сустава. Клиническая симптоматика на этапе предварительного диагноза соответствовала тендопатии ягодичных мышц. Обследованы 44 пациента, мужчин – 15, женщин – 29. Возраст пациентов колебался в диапазоне 43-72 лет. Исследование проводилось в сроках раннего и позднего послеоперационного катамнеза (от 3 месяцев до 1 года). УЗ исследование проводилось на аппарате ACCUVIX V – 10 с использованием линейного широкополосного датчика 5–12 МГц в серошкальной визуализацией и режима ЦДК.

Результаты. Использовалась стандартная методика УЗ исследования мягких тканей в области тазобедренного сустава и вертельной зоны в продольном и поперечном сечении. Обязательно исследовалась полость артификального сустава с целью определения патологического объема жидкости, как в нем, так и в окружающих зонах. В 4 (9 %) случаях значимых структурных изменений сухожилий ягодичных мышц в области вертела и патологических включений параартикулярной зоны не выявлено. Эхографическая картина структурных изменений сухожилий ягодичных мышц выявлена у 38 пациентов (91 %). Сонографически данные изменения характеризовались нарушением архитектоники в виде зон пониженной эхогенности, утолщением зон сухожильного комплекса в области энтеза. У 6 (15,8 %) пациентов, в этой же группе (в сроках катамнеза 1 год) лоцировались гиперэхогенные включения в зоне интереса, что трактовалась как признаки оссифицирующего тендинита. Из них в 2-х (5,3 %) случаях отмечалась достаточно выраженная васкуляризация в области паратенона, характерные для локальных воспалительных процессов. У остальных пациентов значимой патологической васкуляризации не наблюдалось и данные изменения характеризовались как варианты тендопатии сухожилий ягодичных мышц. Наряду с патологическими изменениями в области сухожильного комплекса в 5-и (11,4 %) случаях визуализировались жидкостные включения в небольшом объеме, с толщиной от 2,5 до 7,2 мм, протяженность 1,0 – 1,5 см. Эхографическая картина соответствовала вертельному бурситу. В 4-х случаях лоцировались образования гипоехогенного характера с четкими, ровными контурами, в мягких тканях по латеральной поверхности бедра в области послеоперационной раны в размерах от 2,5 до 4,0 см с сонографическими признаками серомы.

Выводы. Патологические эхоструктурные изменения области сухожилий ягодичных мышц наблюдались в 91 % случаев, т.е. клиническая картина в подавляющем большинстве соответствовала эхографическим изменениям. У 9 % исследуемых значимых изменений параартикулярной зоны не определялось, что потребовало дополнительных диагностических мероприятий. Ультразвуковой метод исследования дает значимую информацию о состоянии мягкотканного компонента параартикулярной зоны и позволяет достаточно четко верифицировать данные клинического диагноза и оптимизировать дальнейший лечебно-восстановительный процесс.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ И ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ МИГРЕНИ

Юлдашева М.М.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность работы. Мигрень – первичная форма цефалгии, проявляющаяся интенсивными, чаще односторонними приступообразными головными болями, которые сочетаются с неврологическими, вегетативными, желудочно-кишечными проявлениями. Согласно классификации головной боли II – 2004 г., введён термин «хроническая мигрень», которая является осложнением мигрени и относится к группе ХЕГБ (хронических ежедневных головных болей). Хроническая мигрень (ХМ) встречается в популяции от 0.4 до 2.4%. В группе ХЕГБ доля больных с ХМ составляет от 55% до 87% всех случаев. Провоцирующими факторами хронизации мигрени явились: во – первых: состояние длительного эмоционального напряжения, стрессы в личной жизни пациентов; во-вторых: злоупотребление лекарствами для купирования головной боли. Учитывая что, ХМ является фрагментом хронического болевого синдрома, в генезе развития данной формы цефалгии имеют место и психологические факторы. Кроме того, не исключено влияние органической патологии, включая патологию позвоночника, челюстно-лицевой области, сосудистой аномалии, а также такие фоновые заболевания как атеросклероз, гипертоническая болезнь и т.д. Все эти вопросы до настоящего времени не рассматривались как факторы риска хронической мигрени. Очевидна недостаточная изученность этиологии и патогенеза заболевания, с учётом возраста и пола. Показано, что совершенствование эффективных методов лечения делают изучение этой проблемы важным в практике лечащих врачей и здравоохранения в целом.

Цель исследования: Уточнения факторов риска развития хронической мигрени с учётом возраста и пола, а также дифференциальных подходов к лечению.

Задачи исследования: 1. Провести сплошное обследование больных на предмет выявления головной боли. 2. Изучить возрастно-половые особенности хронической мигрени с анализом фактора риска трансформации мигрени в хроническую. 3. Разработка комплексной терапии.

Материалы исследования. 1. Планируется обследовать 500 больных на предмет выявления головной боли. 2. Клиническим материалом послужит обследование 50 больных с установленным диагнозом «хроническая мигрень». 3. Контрольная группа 20 здоровых лиц.

Методы исследования. 1. Клинический неврологический осмотр. 2. Анкета головной боли. 3. Психологическое тестирование по тесту Спилбергера. 4. ЭЭГ. 5. УЗДГ БЦС. 6. МРТ.

Ожидаемые результаты. 1. Будут разработаны чёткие дифференциально-диагностические критерии хронической мигрени. 2. Будет составлена подробная дифференциально-диагностическая таблица между хронической мигренью, хронической головной болью напряжения и абзусной головной болью. 3. Будут выявлены основные факторы риска хронизации мигрени.

ЭРТА ЁШЛИ БОЛАЛАРДА ИСИТМА ВАҚТИДА БОЛА ҲОЛАТИГА БАҲО БЕРИШ.

Юсупбекова А.Ю., Абдуллаева Б.С., Маматқулов Б.Б.
Тошкент Педиатрия Тиббиёт Институти

Долзарблиги. Олинган статистик маълумотлар шуни кўрсатмоқдаки, қабул бўлимига шошилиш ёрдам сўраб мурожаат қилган беморларнинг 80% ни иситма ҳолати ташкил этади.

Мақсад. 0-3 ёшгача иситма билан шошилиш ёрдамга мурожаат қилган беморлар аҳволига қиёсий баҳо бериш ва кейинги даво тактикасини шу асосда белгилаб олиш.

Материал ва услублар. ТошПТИ клиникасига шошилиш ёрдам учун мурожаат қилган, иситмалаётган 47 та боланинг аҳволига Йельский шкаласи бўйича баҳо берилди.

Олинган натижалар. 2014 йил сентябрь-декабрь ойларида ТошПТИ клиникаси қабул бўлимига иситма билан шошилиш тиббий ёрдам учун мурожаат қилган 47 та беморларнинг ҳолати Йельский шкаласи бўйича баҳоланди. Мурожаат қилган болаларнинг ўртача ёши 1,6 ёшни ташкил этиб, уларнинг энг кичик ёшлиги 65 кунлик бўлиб, энг каттаси 3 ёшни ташкил этди. Иситма билан мурожаат қилган болаларнинг 33 тасида ЎРИ, 14 тасида ўткир зотилжамнинг шифохонадан ташқари тури кузатилган. Иситмалаш давомийлик муддати 3 соатдан 3 кунгача бўлиб, ўртача 1,5 кунни ташкил этди. Йельский шкаласи бўйича (овоз чинқириғи, ота-она стимуляциясига жавоби, уйқу тетиклиги, тери ҳолати, сувсизланиш ҳолати ва боланинг умумий эмоционал ҳолати) болалар ҳолатига баҳо бериш натижалари асосида болаларни биз уч гуруҳга тақсимладик. 1- гуруҳ - 15 та болада 6-10 балл (енгил ҳолат), 2-гуруҳ - 19 та болада 11-15 балл (ўрта оғир), 3-гуруҳ - 13 та болада 16 ва ундан юқори балл тўпланди. Юқори баллни болалар асосан тери қопламаларидаги ўзгаришлар ва эмоционал бузилишлар ҳисобига йиғишди. Барча беморларга Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги томонидан тавсия этилган “Иситма ҳолатидаги болаларга шошилиш тиббий ёрдам кўрсатиш стандартлари” бўйича (парацетамол, ибупрофен, аналгин+димедрол) ёрдам кўрсатилди.

1 - гуруҳ беморларнинг барчасида иситма сабаби ЎРИ бўлиб, кўрсатилган ёрдамдан кейин аҳволи яхшиланди ва амбулатор давога руҳсат берилди.

2 - гуруҳ беморларнинг 4 тасида иситма сабаби ўткир зотилжам билан изоҳланди. Улар шифохонада соматик бўлимга стационар давога ётқизилди. Қолганларда ЎРИ бўлиб, амбулатор давога чиқарилди.

3 – гуруҳ беморларидан 7 тасида иситма сабаби зотилжам бўлиб, уларнинг барчаси ҳолати оғирлиги боис интенсив даволаш бўлимига ўтказилди. 6 та болада иситма ҳолати ЎРИ билан изоҳланиб, ҳолат стабиллашгунча шок залида ёрдам кўрсатилди ва кейинги даво учун махсус шифохонага “103” хизмати ёрдамида транспортировка қилинди.

Хулоса. Йельский шкаласи бўйича иситмалаётган бола ҳолатига баҳо бериш натижалари ҳамма ҳолатда ҳам касалликнинг оғирлик даражасига мос келмайди. Бунда ҳаётий муҳим кўрсаткичлар фаолиятига баҳо бериш ва шу асосда бемор ҳолатига баҳо бериш устувор деб ҳисоблаймиз.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ ЯИЧЕК ПРИ КРИПТОРХИЗМЕ У ДЕТЕЙ.

Р.Ж.Юсупов, Ф.Х. Шаропов, К.П. Кучимов

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность проблемы: Крипторхизм – это аномалия эмбрионального развития, при которой к моменту рождения плода одно или оба яичка не опускаются из брюшинного пространства в мошонку. По данным исследования заболеваемость среди новорожденных мальчиков колеблется от 1,6 до 9,0% несмотря на проводимое лечение, 40% пациентов с двухсторонним и 10% с односторонним крипторхизмом страдает бесплодием (Никитина А.С., 2007). Вопрос выбора срока лечения крипторхизма, продолжает оставаться актуальной проблемой детской андрологии, хирургии и урологии. (Морозо). Существует множество противоречивых данных в отношении сроков проведения орхиопексии, но все исследователи сходятся на том, что надо производить до начала пубертата (Лавин Н., 1999; Ларин С.К., 2000; Shima H., 2007). Некоторые из них даже предлагают оперативное лечение в возрасте от 6 до 9 месяцев (McAleer I.M., 1995; Hadziselimovich F., 2001; Canavese., 2009).

Цель: улучшение результатов лечения больных с крипторхизмом за счет оптимизации сроков лечения путем исследования кровотока у детей разных возрастных групп.

Материалы и методы За период с 2012 по 2014 гг. на базе детского хирургического отделения Ташкентского Педиатрического Медицинского Института и Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра Педиатрии было обследовано с различными формами крипторхизма в возрасте от 1,5 до 12 лет. В зависимости от возраста пациентов они были разделены на 3 группы. 1-я группа дети до 4 лет, 2-я группа дети от 4 до 10 лет и 3-я группа старше 10 лет. Всем пациентам было выполнено УЗИ и доплерография тестикулярных сосудов.

Результаты. При сравнении размеров пораженных гонад отмечено: 1-я группа $0,52 \pm 0,20 (0,70 \pm 0,14)$, 2-я группа $0,75 \pm 0,18 (0,96 \pm 0,56)$, 3-я группа $1,19 \pm 0,56 (2,9 \pm 2,9)$ что объем пораженного яичка меньше, чем объем мошоночного яичка, при этом с возрастом разница в размерах более ощутима. При доплерографии гонад во всех случаях кровотока прослеживался до капсулы яичка. Однако скоростные характеристики кровотока, имели существенное различие у детей разных возрастных групп. Среди детей до 4-х лет довольно высокий (60,5%) процент с нормальными значениями индекса резистентности как пораженного, так и контралатерального яичка. Однако с возрастом нарушения кровообращения в яичке возрастают, появляются дети с пониженным значением индекса резистентности, а количество детей с нормальными показателями уменьшается (до 20%).

Заключение: Таким образом, что с годами развитие крипторхизированного яичка вес больше отстает от нормального. Объем паренхимы, а, следовательно, и количество сперматогенного эпителия уменьшается. Более ранние сроки выполнения хирургического лечения предупреждают развитию их.

ВЛИЯНИЯ СРОКОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ФЕРТИЛЬНОСТЬ ПРИ КРИПТОРХИЗМЕ.

Р.Ж.Юсупов, К.П. Кучимов М.Ю.Рузиев

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность проблемы: Крипторхизм – одна из наиболее распространенных аномалий полового развития, которая может привести к серьезным отдаленным осложнениям, таким как рак яичка или бесплодие [Морозов Д.А. и др., 2002]. Отсутствие яичка в мошонке встречается у 0,8-4% доношенных и 15-30% недоношенных новорожденных [Люлько А.В., 2005; Lee С., 2000; Hiort О. et al., 2005]. Бесплодием страдают от 38 до 100% мужчин, оперированных по поводу двустороннего крипторхизма, и 20-60% - по поводу односторонней формы [Окулов А.Б. и др., 2007; Cortes D., 2001; Wilkerson M.L. et al., 2001].

Цель: Уточнить особенности нарушения фертильности у лиц перенесших орхидопексии по поводу крипторхизма.

Материалы и методы в клиник базе ТашПМИ обследовано 21 мужчин в возрасте от 17 до 21 лет перенесшие оперативная лечения по поводу крипторхизма в детстве. В зависимости от формы крипторхизма больные были разделены на две группы 1 группа больных с односторонним крипторхизмом (n=15 брюшное 6 и паховое 9) 2-ая группа двухсторонним крипторхизмом (n=6). Пациенты с односторонним крипторхизмом, оперированные в возрасте до 4 лет (n=11) составили подгруппу 1А, с 4 до 10 лет (n=8) подгруппу 1В и старше 10 лет (n=3) подгруппу 1С. Аналогично были разделены на подгруппу пациенты с двухсторонним крипторхизмом 2А (n=4), 2В(n=2). Для оценки фертильного потенциала всем обследованным пациентам проведено: определение концентрации тестостерона и спермограмма.

Результаты: У всех обследованных нами пациентов уровень тестостерона находился в пределах нормы ($541,3 \pm 133,9$ нг/дл). Однако у больных, с двухсторонним крипторхизмом в анамнезе уровень тестостерона был ближе к нижним границам нормы и ниже, чем в первой группе ($211,3 \pm 79,9$ нг/дл). При сравнении показателей спермограммы в группах выявлены, у лиц с двухсторонним крипторхизмом наиболее выраженные изменения ($1,94 \pm 1,66$ млн/мл). Для сравнения фертильного потенциала больных с паховой и брюшной формой крипторхизма мы сопоставили данные спермологического исследования у этих пациентов и выявили резкие статистические значения ухудшение концентрации у пациентов с брюшной формой заболевания ($4,6 \pm 1,7$ млн/мл). При оценке фертильного потенциала в зависимости от сроков оперативного лечения отмечено что, основные показатели спермограммы в группах с односторонним крипторхизмом были снижены в подгруппах 1А к 1С. При исследовании спермограммы подгруппы двухсторонним крипторхизмом получено ухудшение подвижности и морфологии в группах 2А к 2В.

Вывод: Таким образом, более ранние сроки выполнения хирургического лечение предупреждает нарушение фертильности у детей с крипторхизмом.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ.

Юсупова С.Р., Джабборовва Д.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель работы: целью нашего исследования явилось изучение клинической эффективности препарата Авамис в форме назального спрея у 50 больных в возрасте от 7 до 14 лет. Из них у 32- острый аллергический ринит, у 8- хронический рецидивирующий ринит, у 10- атопический ринит. Продолжительность заболевания составила 7-18 дней.

Материал и методы исследования: основную группу составили больные с аллергическим ринитом. Клиническими проявлениями ринореи, зуд и конъюнктивит. Клинический эффект при использовании препарата Авамис у 40 больных, при этом значительное улучшение состояния больных отмечалось уже на 2-3 день лечения. У 48 больных с хроническим рецидивирующим аллергическим ринитом выявлен клинический эффект на 6-ой день лечения, уменьшился и полностью исчезло ринорея и зуд. У больных получивших лечение препаратом Авамис, не отмечалось сонливости, снижения работоспособности и концентрации внимания. Двое больных с аллергическим ринитом жаловались на сухость во рту.

Результаты и обсуждения: для оценки проводимой терапии больных разделили на 2 группы: I группа 25 больных, которые получали традиционную терапию (антибиотики вводили в/м + симптоматическая терапия).

II группа 25 больных, которые получали традиционную терапию + дополнительно спреем Авамис

Оценки результатов исследования оценивали по следующим критериям:

- Регрессия риноскопической картины воспаления в I группе произошла на 5 день лечения, во II группе на 2 день лечения.

Выводы: таким образом, выше изложенное позволяет сделать следующие выводы, Авамис- высоко эффективное средство для лечения острых и хронических аллергических заболеваний. Максимальный эффект получен при поллинозе с клиническими проявлениями риноконъюнктивита. Препарат можно с успехом применять в комбинации у больных с аллергическим ринитом. Важным достоинством препарата Авамис является отсутствие снотворного и седативного эффектов при использовании в терапевтических дозах.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ.

Юсупова С.Р. Джабборовва Д.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Аллергический ринит (АР) является одним из наиболее распространенных хронических заболеваний и глобальной проблемой здравоохранения. Распространенность у взрослых, по данным разных авторов, от 10 до 30%, в то время как несколько исследований оценивали распространенность АР у детей до 40% [1]. Такая высокая распространенность характерна для сезонного АР, процент встречаемости круглогодичного АР ниже и составляет до 13% [2].

Цель исследования. Определить клинические проявления АР на фоне железодифецитной анемии.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 24 ребенка в возрасте от 2 до 8 лет, с длительно существующими жалобами на густые слизистые выделения, заложенность носа, особенно в ночное время суток, родители более старших детей отмечали у них снижение обоняния, периодически возникали покраснение глаз и приступы чиханья. Данная клиническая картина соответствовала АР. Известно, что у 11 детей АР протекал на фоне железодифецитной анемии. Дети были распределены в 2 группы исследования, **первая** с АР без анемии, **вторая** с АР на фоне анемии.

Всем детям производились стандартный оториноларингологический осмотр, риноскопия с помощью гибкого фиброскопа «Pentax» с наружным диаметром 4 мм с целью оценки состояния околоносовых пазух.

Результаты исследования.

При риноскопии у всех пациентов определялось в полости носа большое количество слизистого отделяемого, слизистая оболочка полости носа была застойно гиперемирована с синюшным оттенком. В группе исследования у детей АР на фоне анемии слизистое отделяемое было с зеленоватым оттенком. В носоглотке у всех пациентов определялось умеренное разрастание лимфоидной ткани, скопление слизистого отделяемого, у 10% больных 2 группы исследования в носоглотке определялся налет.

У больных второй группы исследования отмечалась в 45% выраженная интоксикация, 20% фебрильная температура тела, озноб. Они жаловались на сильную головную боль и боль в глазу.

Выводы.

Анемия является предрасполагающим фактором для развития риногенных осложнений при аллергическом рините.

КЛИНИКО-ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПИЛОРОСПАЗМА И ПИЛОРОСТЕНОЗА У ДЕТЕЙ

Якубова Л.Т., Фазылов АА.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. В основе заболевания лежит врожденное нарушение морфологических структур пилорического жома желудка в результате разрастания циркулярного мышечного слоя и межоточной ткани, приводящие к стенозу привратника и нарушению проходимости в данном отделе желудочно-кишечного тракта.

Цель исследования явилось улучшение своевременной и уточненной диагностики пилороспазма и пилоростеноза у детей путем применения современных методов эхографии.

Материалы и методы исследования. Исследования проводились на базе кафедры Амбулаторной медицины, клинической радиологии в отделении лучевой диагностики и терапии клиники ТашПМИ с помощью ультразвукового диагностического аппарата «SonoscapeSSI-5000» были исследованы 30 детей с пилороспазмом (1 группа) и пилоростенозом (2 группа), а также 20 детей контрольной группы (3 группа).

Результаты. При незаполненном желудке сразу под левой долей печени до визуализации поджелудочной железы определялся пилорический отдел, представленный тубулярной структурой с гипоехогенными стенками. У 20 детей (100%) контрольной группы общая толщина не превышала 8,5 мм, а длина - 13мм. В поперечном срезе пищевод выглядел как округлое гипоехогенное образование с гиперэхогенным точечным сигналом в центре. Структура стенок пищевода была однородной, слои не дифференцировались. Пилорический отдел желудка представлялся вытянутой полостной структурой, стенки которой состоят из трех слоев: наружного тонкого гиперэхогенного – серозного, среднего гипоехогенного – мышечного и внутреннего эхогенного – слизистого. Толщина мышечного слоя самой дистальной части пилорического отдела желудка не превышало 3 мм, толщина слизистого на всем протяжении – 2 мм. У 18 детей (60%) пилорический канал долго находился в сокращенном состоянии, но утолщения мышцы не было выявлено. На фоне адекватной терапии через некоторое время определялся нормальный пассаж и неизменные стенки привратника желудка, что было характерно для пилороспазма. У 12 детей (40%) выявили удлинение привратника до 26 мм, сужение просвета канала и утолщение мышечного слоя до 7 мм. Та же в этой группе детей были отмечены: увеличение размеров желудка у 10 детей (83%), наличие в его просвете большого количества слизи, остатков пищи (иногда, несмотря на предварительную подготовку) у 9 детей (75%), появление перистальтических волн у всех исследуемых в этой группе.

Выводы. Таким образом, основными эхографическими критериями для постановки диагноза пилоростеноза являются демонстрация утолщенной пилорической мышцы на продольном и поперечном срезе, демонстрация длины пилорического канала, наличие содержимого в желудке. Учитывая неинвазивность и безвредность этого визуализационного метода, он стал очень востребованным в педиатрии. Отсутствие ионизирующего излучения позволяет при необходимости не ограничивать исследование по времени, а также повторять его сколько угодно часто. Также следует отметить, что на качество результатов при УЗИ, по сравнению с другими методами лучевой диагностики, значительно меньше сказываются такие особенности детского возраста, как психоэмоциональная возбудимость и выраженная подвижность

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, СОВЕРШИВШИХ АГРЕССИВНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

Якубова М.А.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность. В конце XX столетия проблема охраны психического здоровья женщин включена в ряд наиболее важных и приоритетных аспектов здравоохранения, выделенных Всемирной Организацией Здравоохранения (Davidson M., Weiser M., 2004; Corcoran C., Malaspina D., et al., 2005). Быстрый рост в последние годы исследований социальных аспектов жизни женщин увеличил и интерес к причинам совершаемых ими преступлений. В частности, возрос интерес к проблеме агрессивных правонарушений, совершаемых женщинами (Макушкин Е.В., 2006). Анализ литературных данных показывает, что проблема агрессивного поведения женщин с психическими расстройствами сложна и многогранна, в ней можно выделить несколько важных аспектов: клинический, социальный, юридический, судебно-психиатрический, каждый из которых нуждается в глубоком изучении (Дмитриева Т.Б., Сафуанов Ф.С., 2001; Кондратьев Ф.В., 2004).

Цель и задачи исследования – клинико-психопатологический анализ психических расстройств шизофрении у женщин, совершивших агрессивные действия.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе Городской клинической психиатрической больницы. Клинико-психопатологическим методом было обследовано 16 больных женщин шизофренией в возрасте 23-54 года, совершивших агрессивные действия против личности.

Результаты исследования и их обсуждение. Приступообразно-прогредиентный тип течения процесса при шизофрении отмечался в 66,7%, в 30,9% - непрерывный, в 2,5% отмечалась ремиссия. Выявились умеренная прогредиентность процесса (79%) и частота манифестации в молодом и зрелом возрасте (40,7%). Основными синдромами в период совершения агрессивных действий были параноидный - 34,6%, галлюцинаторно-параноидный - 23,5%, психопатоподобный - 29,6%, депрессивный - 29,6%. Включение в бредовые переживания детей и внуков отмечалось в 35,8%. Совершению агрессивных действий в 40,7% предшествовали конфликтные отношения в семьях с проявлениями агрессии и насилия. При депрессивно-параноидном синдроме агрессивные действия совершались на высоте депрессивного аффекта, сформировавшихся бредовых идей отношения, колдовства, отравления с присоединением синдрома деперсонализации и усилением тревоги и страха. При галлюцинаторно-параноидном синдроме агрессивные действия совершались на высоте бредовых переживаний с появлением идеаторного компонента синдрома психического автоматизма, который сопровождался большим аффективным напряжением. При психопатоподобном синдроме уже инициальный период болезни характеризовался отчетливыми нарушениями всего психического склада личности: утрачивались прежние интересы, происходило резкое обеднение эмоциональной сферы - больные становились черствыми, грубыми, жестокими, указанные изменения личности неуклонно нарастали.

Закключение. Клинико-психопатологический анализ психических расстройств у женщин, совершивших агрессивные действия, свидетельствует о ряде особенностей синдромаобразования при шизофрении. Специфический для женщин комплекс психогенно-травмирующих переживаний обусловлен социально-психологическими различиями, сцепленными с полом, и выражается в особой значимости переживаний личного и внутрисемейного характера. Наиболее криминогенными являются бредовые синдромы. При этом, независимо от нозологической принадлежности, особенностью бреда у женщин является включение в бредовые переживания детей и внуков.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ СТАФИЛОКОККОВОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Якубова Н., Рашидов Ф.А.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность: Острые кишечные инфекции (ОКИ) до настоящего времени занимают ведущее место в инфекционной патологии детского возраста, уступая по заболеваемости только гриппу и острым респираторным инфекциям. До настоящего времени стафилококковые инфекции (СИ) остаются серьезной проблемой практической педиатрии. Имеющиеся на сегодня сообщения свидетельствуют о прогрессирующем росте заболеваемости и смертности от данной патологии

Цель исследования: Явилось изучение особенностей клинического течения диарей, вызванных стафилококками у детей раннего возраста.

Материалы и методы: Нами проводилось клиническое обследование 30 больных детей раннего возраста, у которых длительное время наблюдалась кишечная дисфункция в виде диареи, находившихся на стационарном лечении в отделении детской инфекционной больницы № 4 Шайхонтаурского района г. Ташкента. Все больные дети были подвергнуты клиническому и развернутому бактериологическому исследованию.

Результаты: Все больные дети подвергнуты клиническому и развернутому бактериологическому исследованию. Из 30 больных детей мальчиков составили 16 (53,33%), девочек 14 (46,67%). Для проведения сравнительного анализа клинического течения стафилококкового энтероколита в процесс обследования были выделены три группы детей. Поступили в стационар с острым началом заболевания 88,8% детей. Из них у 92% обследованных больных была диагностирована среднетяжелая форма и у 8% – тяжелая форма. Среди обследованных больных преобладали больные с среднетяжелой формой болезни. В большинстве случаев – 84,4% больных детей госпитализировано на первой неделе болезни, что дало возможность проводить клиническое исследование и начать лечение в ранние сроки заболевания.

Изучение эпидемиологического анамнеза позволило установить контактный путь передачи инфекции у 11, пищевой – у 28 больных, у 1 из детей выявить источник инфекции не удалось. Анализ данных анамнеза жизни обнаружил наряду с дисбактериозом кишечника у 82,3% другие отягощающие факторы. Из них у 12,6% матерей пациентов беременность протекала с токсикозом в I и II половине, у 8,6% детей обнаружена асфиксия при родах, у 3 (2,0%) — гемолитическая болезнь новорожденных на фоне несовместимости по ABO системе. У большинства больных детей в анамнезе имелись: гипохромная анемия I - II степени, гипотрофия, рахит, перинатальная энцефалопатия, токсико-дистрофические состояния которые отягощали течение основного заболевания. У 11 детей острая кишечная инфекция протекала в виде энтерита, у 14 — в виде энтероколита, в том числе у 5 — с явлениями гемоколита. Дети второго полугодия жизни (чаще 9–12 мес.) имели клинику острого гастрита. У половины из них возбудитель (*Staphylococcus aureus*) был выделен из промывных вод желудка и рвотных масс.

Выводы: Исследования показали, что кишечные инфекции стафилококковой этиологии чаще встречаются у детей раннего возраста, особенно у детей с измененной реактивностью и неблагоприятным преморбидным фоном, и характеризуются тенденцией к развитию распространенных форм поражения желудочно-кишечного тракта, протекающих в тяжелой форме

КОМПЛЕКСНАЯ ЭХОГРАФИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА

Якубова Н. З., Розыходжаева Г. А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования: оптимизировать диагностику и дифференциальную диагностику новообразований глазного яблока.

Материалы исследования. Все пациенты с новообразованиями глазного яблока находились на обследовании в отделении офтальмоонкологии РОНЦ в период с 2013-2014гг. Исследования проводились на ультразвуковом аппарате «MedisonAccuvixXQ» используя линейный датчик с частотой 12 МГц. Всего обследовано 50 пациентов, с подозрением на новообразования глазного яблока для сопоставления информативности эхоофтальмографии, нами изучена ультразвуковая анатомия и особенности кровотока глаз.

Результаты исследования. Нами были проведены несколько этапов диагностического алгоритма; 1 этап. Ультразвуковую пространственную томографию глазного яблока и орбиты, осуществляли таким образом, чтобы плоскость сканирования располагалась перпендикулярно оси, проходящей через центр внутри глазного образования; 2 этап. На втором этапе исследования в В-режиме серой шкалы изучали структурную однородность УЗ - среза опухоли при помощи денситометрического анализа; 3 этап. Далее в В-режиме серой шкалы в комбинации с режимами ЦДК и ЭК осуществляли выделение опухоли вместе с участком хориоидеи, склеры или другой ткани глаза, при лежащей к ее основанию; 4 этап. На основе УЗ - среза выделенной анализируемой области формировали объемное изображение, а также поясok здоровых окружающих ретробульбарных тканей; 5 этап. При максимальном увеличении изображения, осуществляли виртуальную ротацию выделенного «сосудистого дерева» в объекте и анализировали ход каждого из сосудов 1 и 2 порядка, определяя их диаметр просвета, соотношение в опухоли, протяженность и топографию по отношению друг к другу и к магистральным сосудам глазного яблока и измеряли толщину хориоидеи.

Выводы. Таким образом, использованный алгоритм исследования, позволяет получить совокупность эхографических показателей, на основании которых можно дифференцировать опухоли от псевдоопухолей и происхождение некоторых опухолей хориоидеи.

МУНДАРИЖА

Azizova M.S., Gulyamov S.S.	EXTRACTION AND NON-EXTRACTION TREATMENT OF MALOCCLUSION AT CHILDREN.	3.
Asomov M.I., Kadirova G.G.	STUDY OF HEART RATE VARIABILITY IN SUBJECTS WITH FAMILY HISTORY OF HYPERTENSION	4.
Ibragimov S.X., Fayzullayev R.B.	MODERN APPROACH TO THE DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF CRANIOPHARYNGIOMAS IN CHILDREN	5.
Irmukhamedov T.B.	CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL FEATURES OF AFFECTIVE DISORDERS IN CHILDREN WITH AUTISTIC SPECTRUM DISORDERS	6.
Irmukhamedov T.B.	CLINICAL AND DYNAMIC PECULIARITIES OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER	7.
Karimov M.Sh., Tukhtaeva N.Kh.	RHEUMATOLOGICAL PATIENTS INTESTINE MICROFLORA AND NATURE OF ITS MODIFICATION WHILE NSAID THERAPY	8.
Makhmudov D.L., Usmanova L.B.	VALUE OF LEUKOCYTE INDEX OF INTOXICATION AT CHILDREN WITH VIRAL HEPATITIS A	9.
Makhmudov DL Abdullaeva U.U., Tadgijev B.M.	CHANGES OF CLINICAL AND BIOCHEMICAL PARAMETERS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C, TAKING INTO ACCOUNT THE TYPE OF THERAPY	10
Musaeva B. B., Umarnazarova Z.E.	PECULIARITIES OF INDICES FOR LABORATORY INSTRUMENTAL STUDY IN CHILDREN WITH JUVENILE RHEUMATOID ARTHRITIS.	11
O.A. Pulatov, M.S. Azizova, N.S. Madaminova	DEEP FLUORIDATION OF HARD DENTAL TISSUES AND ADVANTAGES, INDICATIONS FOR USE IN CLINICAL PRACTICE AFTER THE APPLICATION OF THE BRACKET SYSTEMS IN CHILDREN.	12
Pulatova R.N., Yunusova R.T., Saliev B.H., Usmanova N.A.	USING OF INHIBITORS OF FDE-5 AND ANTOGONISTS OF RECEPTORS FOR ENDOTHELINE-1 IN THERAPY OF HIGH PULMONARY HYPERTENSION IN CHILDREN (REVIEW OF LITERATURE SOURCES)	13

Sadirhodjaeva A.A., Ashurova D.T.	PECULARITIES OF CLINICAL FUNCTIONAL CHANGES IN CARDIOVASCULAR SUSTEM AT DIABETES MYELITIS TYPE 1 IN CHILDREN	14
Ubaydullaev S.B., Usmanova G.M.	OPTIMIZATION OF COMBINED ANESTHESIA IN PLASTIC CHILD SURGERY	15
Uzokov J.K.	COMPARATIVE EFFICACY AND SAFETY OF COMBINATION PERINDOPRIL/AMLODIPINE AND AMLODIPINE MONOTHERAPY IN HYPERTENSIVE PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME	16
Khodjaeva.I.A., Karimova M.N.	INFLUENCE CHARACTER OF INTESTINAL WORM INVASION ON RATE DEVELOPMENT OF BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN WITH BRONCHO –OBSTRUCTIVE SYNDROME	17
Yuldasheva Z.B., Khamraeva L.S	MONITORING OF CHILDREN BORN WITH RETINOPATHY OF PREMATURITY OF MOTHERS WITH GESTATIONAL HYPERTENSION	18
Yusupova S.R., Djabbarova D.R	DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ALLERGIC RHINITIS IN CHILDREN WITH IRON DEFICIENCY ANEMIA	19
Абдувалиева М.А.	ОСЛОЖНЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА У ДЕТЕЙ	20
Абдукадырова И.К., Агзамова Н. В.	ПРИМЕНЕНИЕ ТОПИРАМАТА У БОЛЬНОГО С СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ, ДЦП ДИПЛЕГИЧЕСКАЯ ФОРМА	21
Абдуллаева Б.С., Юсупбекова А.Ю., Шоикрамов Ш.Ш.	МУДДАТГА ЕТМАЙ ТУҒУЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАРДА ҚОРИНЧАЛАР ИЧИҚОН ҚУЙИЛИШИГА ОЛИБ КЕЛУВЧИ САБАБЛАР ТАҲЛИЛИ	22
Абдумажидов Р. А., Турсунов Б.С.	ЗАКРЫТЫЙ СПОСОБ РЕПОЗИЦИИ ЧРЕЗ – И НАДМЫШЦЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ	23
Абасов Ё.Т., Золотова Н.Н.	ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ У ДЕТЕЙ	24
Аббосова Д.С.	ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С НЕВРОТИЧЕСКИМ ЭНУРЕЗОМ	25
Абдуразакова Ш.А., Агзамова Ш.А.	БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ ПИЕЛОНЕФРИТ КЕЧИШИНИ ОЛДИНДАН АЙТИБ БЕРИШДА ҚОНДАГИ ЭРИТРОПОЭТИН МИҚДОРИНИНГ АҲАМИЯТИ	26

Абдурахимов Ф.А., Розыходжаева Г.А.	УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ОЦЕНКА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПЛЕЧЕВОЙ АРТЕРИИ У КУРИЛЬЩИКОВ	27
Абдурахманова Д.Ф., Ходжиметов Х.А.	ОСОБЕННОСТИ ЭКГ ИЗМЕНЕНИЙ У ДЕТЕЙ ПРИ ДИФФУЗНОМ ЗОБЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	28
Абдурахмонова С.З., Сулейманова Л.И., Исмаилова М.А.	ОЦЕНКА ЗНАЧИМОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ РАННЕЙ И ПОЗДНЕЙ ФОРМАХ СЕПСИСА НОВорожденных.	29
Абдурахмонова Б.Р., Пулатова Ш.М., Ходжиметова Ш.Х., Гулямова М.А	АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У НОВорожденных С СОПУСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЯ	30
Абдурашидов В.Ш., Гулямов Р.О.	КЛИНИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ОБУСЛАВЛИВАЮЩИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНОЕ ТЕЧЕНИЕ ДЕГИДРАТАЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	31
Абдусаламова С.Б.	ВЗАИМОСВЯЗЬ НАРУШЕНИЙ СНА И ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА.	32
Ж.Х. Авазов, А.С. Юсупов	КОМБИНИРОВАННЫЕ МЕТОДЫ АНЕСТЕЗИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНЫХ АНАЛГЕТИКОВ ПРИ УРОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ	33
Авлиёкулов Х.Х., Карабаев Х.Э.	СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПАПИЛЛОМАТОЗА ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ	34
Акилова Н.Ш., Фазылов А.А.	ДОПЛЕРОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ У ДЕТЕЙ	35
Алимов А.А., Тохиров Ш.М.	ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ В РАННИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ	36
Алимова М.Б., Хамраева Л.С., Алиярова Ф.Т.	ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ФИБРОЗА ЗАДНЕЙ КАПСУЛЫ ХРУСТАЛИКА У ДЕТЕЙ.	37
Алимханов О.О., Кадырова Г.Г.	СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ БРИХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	38

	СОЧЕТАННОЙ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА	
Алиярова Ф.Т., Хамраева Л.С., Гулямова.Г.М., Арипова Г.М	СТРУКТУРА ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ.	39
Алланазаров Ф.Ш., Бобохонов Г. К.	МАКТАБГАЧА ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ ЎРТА ОТИТНИНГ КЕЧИШИГА САЛБИЙ ТАЪСИР КЎРСАТУВЧИ ОМИЛЛАР	40
Алланазаров Ф.Ш., Бобохонов Г. К.	МАКТАБ ЁШИГАЧА БОЛАЛАРДА ҚУЛОҚ, ТОМОҚ ВА БУРУН КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ УЧРАШИ	41
Аманов А.Б., Искандарова Ш.Т., Абдурахимов З.А.	ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ КОРОТКИХ СООБЩЕНИЙ В ПРОПАГАНДЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ	42
Арифджанов С.А., Рустамова У.М.	МЕСТО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЛУЧЕЗАПЯСТНОГО СУСТАВА И КИСТИ	43
Асадов Н.З Эгамбердиева Д.А	ДИНАМИКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	44
Асадов Н.З Эгамбердиева Д.А	ВЛИЯНИЕ ЦИТОПРОТЕКТОРА ЭЛФУНАТА НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЦА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ.	45
Аслонов Р.О . Умаров Т.У	БОЛАЛАРДА ЭПИДЕМИК ПАРОТИТ ИНФЕКЦИЯСИНИНГ ЗАМОНАВИЙ ШАРОИТДА ЙЎЛДОШ КАСАЛЛИКЛАР ФОНИДА КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИНИ ЎРГАНИШ.	46
Ахматов М.Р., Турсунов Б.С.	К ЛЕЧЕНИЮ ПЕРЕЛОМОВ ПЯСТНЫХ КОСТЕЙ И ФАЛАНГ ПАЛЬЦЕВ У ДЕТЕЙ	47
Ахмедов Л.Э., Даминова М.Н., Абдуллаева О.И.	ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФИЦИРОВАННОСТИ ВИРУСОМ ГЕПАТИТА В ПАЦИЕНТОВ С ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	48
Ахмедов М.А. Умаров Х.У.	БОЛАЛАРДА СЕНСОНЕВРАЛЭШИТИШЗАИФЛИГИНИНГ УЧРАШ ДАРАЖАСИ.	49
М.А. Ахмедова, И.Б.Ражабов, Р.Н. Тахирова	ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА У ШКОЛЬНИКОВ КАК ФАКТОР РИСКА В РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	50

М.А. Ахмедова, И.Б.Ражабов, Р.Н.Тахирова	КИЧИК МАКТАБ ЁШИДАГИ БОЛАЛАРДА ТУҒМА ЮРАК КАСАЛЛИКЛАРИДА ЮРАК ҚОН-ТОМИР ТИЗИМИ ФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИ	51
Ахмедова Ш.У., Ахмедова М.А.*	СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КАЧЕСТВУ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ	52
Ахмедова Ш.У., Ахмедова М.А.*	ОСОБЕННОСТИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА ВО ВСПОМОГАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЕ	53
Аюпова Д.Ш., Агзамова Н.В	КЛИНИКО-ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНОГО С ВРОЖДЁННОЙ ГЕРПЕС ВИРУС ИНФЕКЦИЕЙ	54
Бабаджанов Ф.К., Рашидов З.Р.	ВАРИАНТЫ КОСТНОЙ ДЕСТРУКЦИИ ПО ДАННЫМ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ СПОНДИЛИТЕ	55
Байахмедов Ф.Ф., Хаитов К.Н	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТИВОРЕЦЕДИВНОЙ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ.	56
Байахмедов Ф.Ф., Хаитов К.Н,	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНЫХ МЕТОДОВ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ.	57
Бакиева Н.Х., Юлдашев М.А.	ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВУЛЬГАРНЫХ УГРЕЙ	58
Бакирова М.А., Ахмедова Н.Р.	ИЗМЕНЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК	59
Бахадирова И.Б., Карабаев Х. И.	КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ОЗОНО- КИСЛОРОДНОЙ СМЕСИ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГНОЙНЫМ МЕЗОТИМПАНИТОМ.	60
Бобоха Л.Ю., Хамраева Л.С.	ЧАСТОТА И ХАРАКТЕР ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.	61
Бобохонов М.Г.	КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛОЖНЫХ КИСТ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ	62
Валиев А.А.	БОЛАЛАРДА ЎЧОҚЛИ АЛОПЕЦИЯ КАСАЛЛИГИДА ҲАЁТ СИФАТИ ИНДЕКСИНИНГ АҲАМИЯТИ	63
Д.М. Вафин., Н.Н.Золотова	ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОПЕНИИ/ОСТЕОПОРОЗА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ	64
Вахидова Н.Т.,	НЕИОНИЗИРУЮЩИЕ МЕТОДЫЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ	65

Геллер С.И., Камилова А.Т., Кошанова Г.А.	ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ЛИМФОКИН-ПРОДУЦИРУЮЩЕЙ СПОСОБНОСТИ Т-ЛИМФОЦИТОВ К ПИЩЕВЫМ АЛЛЕРГЕНАМ ПРИ СИНДРОМЕ ЭНТЕРОКОЛИТА, ИНДУЦИРОВАННОГО БЕЛКАМИ ПИЩИ.	66
Гозиев О., Хайдарова Д., Абдуллаева У.У.	ДИНАМИКА СТРУКТУРЫ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ	67
Голубина И.В., Джубатова Р.С., Хамзаев К.А.	ЗНАЧЕНИЕ ФЕНОТИПИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ В ДИАГНОСТИКЕ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У ДЕТЕЙ.	68
Давидходжаева А.А., Юсупалиева Г.А.	СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ГЕПАТИТАМИ	69
Давронов С.Х., Ходжанов И.Ю.	УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИИ МАДЕЛУНГА У ДЕТЕЙ	70
Джураев Н.А., Сайдазимов А.А., Бабаджанова Л.Д.	ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КАТАРАКТ С ЗАДНИМ ЛЕНТИКОНУСОМ	71
Дусмухамедова З.Т., Фазылов А.А.	ХАРАКТЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАРТИНЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ	72
Ёдгоров Б.К., Ганиев А.К.	ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ГОЛОВЧАТОГО ВОЗВЫШЕНИЯ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ	73
Ёдгорова С.И., Нурмухамедов Х.К.	ДИНАМИКА МОЗГОВОГО ПЕРФУЗИОННОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННЫХ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ.	74
Ёкубова М.А., Исамухамедова М.А.	РОЛЬ ЦИФРОВОЙ МАММОГРАФИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	75
Ерназарова Б.Ж., Гулямова М.А., Ходжиметова Ш.Х.	АДАПТАЦИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ, ИЗВЛЕЧЕННЫХ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ	76
Жабборов О.И., Расулова Н.А.	ИММУННЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ РИНОСИНУСИТОМ	77
Жабборов О.И., Расулова Н.А.	БОЛАЛАРДА ҚАЙТАЛАНУВЧИ РИНОСИНУСИТЛАРНИ КОНСЕРВАТИВ ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ	78

Жураев Б.У., Ходжанов И.Ю.	НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ЭПИМЕТАФИЗА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ.	79
Жураев Б.У., Ходжанов И.Ю.	НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ГОЛОВКИ МЫШЦЕЛКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ.	80
Н.М.Заиров, Г.К.Садыкова, Ш.А.Кудратов	ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ВЫСШЕЙ КОРКОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И СТЕПЕНИ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ К ОБУЧЕНИЮ В ШКОЛЕ ДЕТЕЙ 6 ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА	81
Н.М.Заиров , Г.К.Садикова	ОЛТИ ВА ЕТТИ ЁШЛИ БОЛАЛАРНИНГ МАКТАБГА ТАЙЁРЛИГИ ДАРАЖАСИ	82
Заирова И.Г., Файзиева З.Б., Рахманкулова З.Ж.	КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЭРИТРОЦИТАРНЫХ ИНДЕКСОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ПНЕВМОНИЙ.	83
Зайнутдинова Д.Р., Азимова Н.М.	ВЛИЯНИЕ TORCH-ИНФЕКЦИЙ У МАТЕРЕЙ НА АДАПТАЦИЮ, РОЖДЕННЫХ ОТ НИХ ДЕТЕЙ	84
Закирходжаева З.С., Махкамова Ф.Т.	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ПОВЕРХНОСТНОГО КАРИЕСА КОНТАКТНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ	85
Зохиров А.Р., Турсунов Б.С.	ЛЕЧЕНИЕ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРА НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ШИНЕ	86
Ибодуллаева Ш., Кошанова Г.А.	ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	87
А.В. Ибрагимов, О.М. Усмонов	ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ	88

Ибрагимов Д.Б., Даминова М.Н., Абдуллаева О.И.	ПРИМЕНЕНИЕ ПРОБИОТИКА ЭНТЕРОЛ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА	89
Ибрагимов С.З., Хайтов К.Н.	КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ДЕТЕЙ, БОЛНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМИ ОНИХОДИСТРОФИЯМИ	90
Ибрагимов Ф.Ю., Якубова Ф.Х.	СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ, БОЛНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ.	91
Ибрагимова С.Н., Ахмедов Б.Р.	ВОЗМОЖНОСТИ ВРЕМЯ-ПРОЛЕТНОЙ (ТОF) МАГНИТНО- РЕЗОНАНСНОЙ АНГИОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА	92
А.А. Иброхимов, А.И. Хасанов, С.С. Гулямов, О.А. Пулатов	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ УЗКО СПЕКТРАЛЬНОГО ИНФРАКРАСНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ У ДЕТЕЙ	93
Иноятова И.Ш.	ХАРАКТЕРНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ	94
Иргашева У.А.	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭЛЮДРИЛА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	95
Иргашева У.А.	ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.	96
Исломов М.С. Нурмухамедов Х.К	РЕСПИРАТОРНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ОСТЕОСИНТЕЗА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ	97

Исламов Ф.К., Розыходжаева Г.А.	УЛЬТРАЗВУКОВАЯ НАВИГАЦИЯ ПРИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПОДКЛЮЧИЧНОЙ ВЕНЫ У ДЕТЕЙ	98
Исламова М.Х.	ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ	99
Исмадияров Б.У., Эргашев Б.Б., Эшкабилов Ш.Д.	РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СВИЩЕВЫХ ФОРМ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ	100
Исмадиярова З.Д., Мирджураев Э.М., Абдумавлянова Н.А.	РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ГИРУДОТЕРАПИИ ПРИ ТРАНЗИТОРНЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ АТАКАХ У БОЛЬНЫХ	100
Кабулова А.У., Тухтаева У.Д., Гулямова М. А.	ОПТИМИЗАЦИЯ ВСКАРМЛИВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ.	100
Кабулова А.У., Тухтаева У.Д., Гулямова М.А., Ходжиметов Х.А.	ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВАРЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ГНОЙНО - СЕПТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.	100
Кадырова Н.Х., Жолилова З.Х., Салахитдинова Ш.Ш., Насирова У.Ф.	ЗНАЧЕНИЕ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРИ РАЗВИТИИ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ.	100
Кадырова З.С., Ахмедова Ш.У.	ВЕДЕНИЕ БОЛЬНОГО С ВТОРИЧНЫМ ВНОВЬ ВЫЯВЛЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ИНДУЦИРОВАННЫМ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИЕЙ	100

Кадырходжаева Х.А., Шаджалилова М.С.	АНАЛИЗ ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МИКСТ ГЕПАТИТОВ	10
Каландарова Ю.Б., Шарипова Ф.К.	ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ С ЛЁГКОЙ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ	10
Камалова О.З. Абдуразакова З.К.	ЗНАЧИМОСТЬ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У ДЕТЕЙ.	10
Камалов Н.З., Бузруков Б.Т., Туракулова Д.М.	ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ КОНЬЮНКТИВИТОМ	10
Карабаева Г.М., Ортикбоева Ш.А.	ДИАГНОСТИКА ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ ДО 1 ГОДА	11
Кариева Ш.А, Джубатова Р.С, Хакимов Д.П	ПРИМЕНЕНИЕ МОНТЕЛУКАСТА НАТРИЯ ПРИ КАШЛЕ ПРИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	11
Каримов М.Ш., Тухтаева Н.Х.	РЕВМАТОИД АРТРИТЛИ БЕМОРЛАРДА Н. РУЛОРИ МИҚДОРИ ВА ДАВОЛАШ ДАВОМИДА УНИНГ ДИНАМИКАСИ.	11
Каримов М.М.	ИЗМЕНЕНИЯ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.	11
Каримов М.М.	ИЗУЧЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ НЕЗАМЕНИМЫХ АМИНОКИСЛОТ В КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК.	11
Каримов А.М. Раимкулова Н.Р.	ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНОСОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА.	11

Каримов Ж.С., Мухитдинов У.Б.	АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО АДЕНОИДИТА У ДЕТЕЙ	11
Каримов У.Ф., Джубатова Р.С., Маматкулов Б.Б.	БОЛАЛАРДА ЎТКИР ИЧАК ИНФЕКЦИЯСИДА ГЕМОЛИТИК-УРЕМИК СИНДРОМ ВА ЎТКИР БУЙРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИНИ ИНТЕНСИВ ДАВОЛАШ.	11
Каримова З.К., Кощанова Г.А., Тухтаева О.Т.	КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХЛАМИДИЙНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	11
Каримов А.М., Аляви Б.А.	СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТА РОЗУВАСТАТИНА И АТОРВАСТАТИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХСН ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА	11
Касимов У. О., Юсупов А. С.	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННАЯ АНЕСТЕЗИЯ СЕВОФЛУРАНОМ ПРИ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ	12
Кадиров Ш.А, Юлдашев М.А.	ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВИТИЛИГО У ДЕТЕЙ	12
Ф.А. Кожалепесова, Н.М. Буранкулова, Н.Х. Муродов	ЭТИЛ СПИРТИДАН ЗАҲАРЛАНИШ ҲОЛАТЛАРИДА СУД ТИББИЙ БАҲОЛАШ МЕЎЗОНЛАРИ	12
Кутумов Х.Ю., Рашидов З.Р.	ИНФОРМАТИВНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ АНГИОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ НЕФРОТУБЕРКУЛЕЗОМ	12
Мадаминова Н.С, Пулатов О.А	СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ ПОЛИКЛИНИКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ	12
Маликова Ф., Таджиев Б.М.	ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ И ДИСБИОЗА КИШЕЧНИКА КАНДИДОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ	12

Маматкурбонов Ш.Б., Зияходжаева Л.У.	БОЛАЛАРДА СИСТЕМАЛИ ҚИЗИЛ ЮГУРИК ВА ЮВЕНИЛ РЕВМАТОИД АРТРИТ КАСАЛЛИКЛАРНИ НЕВРОЛОГИК АСОРАТЛАРИНИ ДИФФЕРЕНЦИАЛ-ДИАГНОСТИК КРИТЕРИЯЛАРИ.	12
Маматов А.А., Умарова Р.Х., Ибрагимов Р.А.	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА У БОЛЬНЫХ КРАНИОСТЕНОЗОМ	12
Матниёзова М.Р.	ВЗАИМОСВЯЗЬ ОРВИ И ОСТРОГО СИНУСИТА У ДЕТЕЙ	12
Махамбетов И.Ж., Юлдашева С.А.	МАНЕВР МОБИЛИЗАЦИИ АЛЬВЕОЛ ПРИ ПАРЕНХИМАТОЗНОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ.	12
Махкамова О.Д., Юсупалиева Г.А.	УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ	13
Машарибова Н.И., Тахирова Р.Н.	ДОЛГОВРЕМЕННОЕ ВЛИЯНИЕ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	13
Масумов Ж.Х., Болтаева Н.Н.	ЗНАЧЕНИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ УШИБАХ И РАСТЯЖЕНИЯХ КОЛЕННОГО СУСТАВА ОСЛОЖНЕННЫХ ГЕМАРТРОЗОМ	13
Мехмонова Н.Б. Гаффарова Ф.К.	КАРДИОРЕНАЛЬНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.	13
Миноварова Ч.А. Гаффарова Ф.К.	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ ВО СНЕ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ.	13

Миралиева Н.З., Даминова М.Н., Алиева Г.Р.	КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	13
К.В Мукинова	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ АНЕСТЕЗИИ ПРИ УРОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ	13
Муродов Н.Х, Кузиев О.Ж, Хван О.И.	ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ПОЧЕК ПРИ АВТОМОБИЛЬНОЙ ТРАВМЕ	13
Мусаев Ж.З., Маннанов А.М	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛИДЕЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	13
Мусаев С.А., Рихсиева Г.М., Усмонов Р.А	БОЛАЛАРДА ЭШЕРИХИОЗИНФЕКЦИЯСИНИНГ ҲАР ХИЛ КЛИНИК ШАКЛЛАРИНИНГ ЎЗИГА ХОС КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ	13
Мустафакулов М.А., Максудова Х.Н.	ВИДЕОЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ У ДЕТЕЙ С АБСАНСНОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ	14
Мухамедханова М.И.	ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ДЕТЕЙ	14
Мухиддинов Б.М., Ибрагимов Р.А.	ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАНИЯ ОСТЕОПОРОЗА ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА И ОСТЕОХОНДРОЗА	14
Мухримова Ш.З.	ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У ДЕТЕЙ ОСЛОЖНЕННЫМ ПАРАТОНЗИЛЛИТОМ	14
Нажмиддинов А.О., Болтаева Н.Н.	РОЛЬ ЛУЧЕВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ БИЛИАРНОГО ТРАКТА	14

Назирова М.Х., Рузметова И.А., Эрназарова М.М., Эгамбердиева Д.А.	ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЛИЦ, РАБОТАЮЩИХ ПО СМЕННОМУ ГРАФИКУ	14
Нарходжаева Ш. Б., Аманов Ш.Э.	ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА	14
Нафасова Н.Н.	ПРИНЦИПЫ КОНТРАЦЕПЦИИ У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	14
Нафасова Н.Н., Махкамова Г.Г.	РЕЗУЛЬТАТЫ РАЦИОНАЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА.	14
Ни Г.В., Золотова Н.Н.	ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПРОДОЛЬНОГО ПЛОСКОСТОПИЯ У ДЕТЕЙ.	14
Ниязов Ш.Р., Хасанов М.М., Бахадирова И.Б.	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АДЕНОИДИТА У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЕЙ.	15
Ниязов Ш.Р., Мухитдинов У.Б.	СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ	15
Ниязова М.Б., Гаффарова Ф.К., Раимкулова Н.Р.	СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ	15
М.М.Насыров, М.М.Расулов	ОСЛОЖНЕНИЯ КОЛОСТОМИИ У ДЕТЕЙ	15
Насирова Н.М., Умарова Р.Х.	ВЫЯВЛЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ СВЯЗОЧНОГО АППАРАТА КОЛЕННОГО СУСТАВА С ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ ПРИ РЕНТГЕНОГРАФИИ	15
Полвонов Р.О., Шарипова Ф.К.	КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕГАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ	15

ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Перфилова В.В.	КЛИНИКО – ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ВНУТРИУТРОБНУЮ ГИПОКСИЮ	15
Пулатова Р.Н., Юнусова Р.Т., Усманова Р.М.	КОНТРОЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ КАПТОПРИЛА И СИЛДЕНАФИЛА ПРИ ВЫСОКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ.	15
Пулатова Ш. М., Исмаилова М. А.	ФАКТОРЫ РИСКА РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ У ДЕТЕЙ ОТ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.	15
Расулова М.М., Жалилова З.Х., Раджабова В., Юнусова С.Э.	АНТЕНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА, ПРИВОДЯЩИЕ К РОЖДЕНИЮ НОВОРОЖДЕННЫХ С ЗВУР	15
Рахимов Б., Тошпулатов С., Набиева Н.Б.	ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	16
Рахимова Н.Ф Гаффарова Ф.К Собиров Х.Г	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЙЛЕНОНА (ЭПЛЕРЕНОНА) ПРИ ПОСТИНФАРКТНОМ КАРДИОСКЛЕРОЗЕ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.	16
Д.М.Рашидов, Г.Р.Шукурова.	КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА.	16
Рузиев Ш.И., Шамсиев А.Я.	ДЕРМАТОГЛИФИКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ДЕТЕЙ ПРИ САХАРНОГО ДИАБЕТА	16
Рузметова Г.Б., Гулямова М.А., Ходжиметова Ш.Х.	ФАКТОРЫ РИСКА, ПРИВОДЯЩИЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМУ ПОРАЖЕНИЮ ЦНС У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ	16
Рустамов А.А., асс.	АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ У ДЕТЕЙ С	16

Сафаров З.Ф.	ПОЛИТРАВМОЙ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ	
Сагатова Н.Р., Абзалова М.Я.	ДАННЫЕ РЕНТГЕНОГРАФИИ ПРИ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ В ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ	16
Содиков С.А, Ходжанов И.Ю., Рузиев Н.Т.	АППАРАТНО-ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОСЕВЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ФОНЕ ОСТЕОПОРОЗА.	16
Содиков С.А., Ходжанов И.Ю., Рузиев Н.Т.	ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЕВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ	16
Садирходжаева А.А., Ашурова Д.Т.	ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ СЕРДЕЧНО СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА У ДЕТЕЙ	16
Садыкова А.А.	КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ КОМОРБИДНОСТИ С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ	17
Садыкова Р.Р. Шарипова Р.Ф. Абдуразакова З.К.	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МАЛЫХ АНОМАЛИЙ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ	17
Сайдалиходжаев А.Б., Золотова Н.Н., Ходжанов И.Ю.	ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ У ДЕТЕЙ	17
Саидхонова Ф.А.	ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ШИЗОАФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ	17
Сайдазимов А.А., Джураев Н.А., Бабаджанова Л.Д.	ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ХРУСТАЛИКА ПРИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ	17
Сайдалиходжаев	РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ	17

А.Б., Золотова Н.Н., Ходжанов И.Ю.	КОСТЕЙ ГОЛЕНИ У ДЕТЕЙ	
Салахитдинова Ш.Ш., Расулова М.М., Кадырова Н.Х., Насирова.У.Ф.	СОСТОЯНИЯ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У НОВОРЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.	17
Сарсенова А.Ж., Кошанова Г.А.	МОНИТОРИНГ ОБРАТИМОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	17
И.Р.Сатаров, Н.Н.Золотова	КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТСКОГО ТРАВМАТИЗМА И ЕГО ЛЕЧЕНИЕ	17
Сафарбаев Б.Б., Ахмедов С.А.	ПРИМЕНЕНИЕ РАЦИОНАЛЬНОГО МЕТОДА ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ	17
Собиров Х.Г. Рахимова Н.Ф. Гаффарова Ф.К, Турсунбаев А.К	ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПРИМЕНЕНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ.	18
Собиров Э. Ж., Агзамходжаев Т.С	ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ АНТИОКСИДАНТНОГО И ОКСИДАНТНОГО СТАТУСА ПРИ ПЕРИТОНИТЕ В РАННИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД У ДЕТЕЙ.	18
Сибиркина М.В., Каримов М.Ш.	ВЛИЯНИЕ ЭНЗИМОТЕРАПИИ НА ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ БЕХТЕРЕВА	18
Сибиркина М.В., Каримов М.Ш.	ВЛИЯНИЕ НПВС НА СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА ЖКТ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ РЕВМАТИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ	18
Сойибов А.Н.Усенов С.Н.	СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ПОСТИНТУБАЦИОННЫХ СТЕНОЗОВ ГОРТАНИ И ТРАХЕИ У ДЕТЕЙ.	18
Сулейманова Л.И., Исмаилова М. А.	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЖЕЛТУШНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ ПРИ ВУИ.	18

Султанова Л.Р., Умарова Р.Х	РЕНТГЕНОВСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕТОДОМ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ	18
Султанова З.Х. Рузметова Д.К.	СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ.	18
Таганова Г.А., Абдусалиева Т.М	ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПРИ БРЮШНОПОЛОСТНЫХ ОПЕРАЦИЯХ У НОВОРОЖДЕННЫХ	18
Тангибаева Ю. Абдуразакова З.К. Ташметова Б.Р	ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ	18
Ташбекова С.С., Бабаджанова Л.Д.	РАННИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В ХИРУРГИИ ВРОЖДЕННЫХ КАТАРАКТ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА.	19
Тиллаева Н.Х., Пак Е.В.	ЦИФРОВАЯ ОБЪЕМНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ЛОБНЫХ ПАЗУХ	19
Тилляева Д.М., Ахмедова Н.Р.	КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И КОСТНЫЙ МЕТАБОЛИЗМ У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ	19
Толипова С.М., Ахмедов Б.Р.	ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ У БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПО ДАННЫМ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ	19
Тохтаева Д.М., Назарова С.К., Назарова Н.И.	СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ШКОЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ДЕТСКОГО ТРАВМАТИЗМА	19
Тошпулатов С.А., Мирисмаилов М.М.	КЛИНИКО – ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВЫХ ТОКСИКОИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ	19

Туйчиев Ш.Т., Абдуллаева В.К.	ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С КОНВЕРСИОННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ	19
Туйчиев Ш.Т.	СТРУКТУРА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С КОНВЕРСИОННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ	19
Тураев Ж.П.	КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ ТЕНДЕНЦИЯМИ ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ	19
Тураева Ш.Е., Бузруков Б.Т., Туракулова Д.М.	ИНТРА- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В ХИРУРГИИ НАБУХАЮЩЕЙ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ КАТАРАКТЫ.	19
Тургунов К.Б.	СИНДРОМОЛОГИЯ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В ИНВОЛЮЦИОННОМ ПЕРИОДЕ	20
Тургунов К.Б.	ФАКТОРЫ РИСКА В ФОРМИРОВАНИИ И РАЗВИТИИ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ ИНВОЛЮЦИОННОГО ПЕРИОДА	20
Турсунова Д.Б., Умарова Р.Х., Шанасирова Р.С.	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТЕЙ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРЕЛОМОВ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА	20
Тухмирзаева А.А., Манашова А.Р.	РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ БРОНХИОЛИТА	20
Турсунова Ш.Ш., Фазылова С.А.	ВОЗМОЖНОСТИ ЭХОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА В КОНЦЕ ПЕРВОГО ТРИМЕСТРА БЕРЕМЕННОСТИ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	20
Ф.Б. Убайдуллаев, Н.Н.Золотова	ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РЕФРАКТУР У ДЕТЕЙ.	20

Усманов Р.Р., Тахиров Ш.М.	ОЦЕНКА АДЕКВАТНОСТИ АНЕСТЕЗИИ У ДЕТЕЙ ПРИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ МЕТОДОМ БИСПЕКТРАЛЬНОГО ИНДЕКСА ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИИ	20
Усманов Х.С., Хикматуллаева Т.И.	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ	20
Файзиев Б.О., Юсупов А.С.	БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ ПИЕЛОНЕФРИТНИНГ ЎТКИР ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ “А” КАСАЛИГИДА КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ	20
Файзиева З.Б., Зоирова И.Г., Рахманкулова З.Ж.	ХАРАКТЕР СОПУТСТВУЮЩИХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА	20
Файзуллаева С. А., Арипходжаева Ф.А.	ГЕПАТОРЕНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ КАК ВНЕПЕЧЕНОЧНЫЙ ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С	21
Ходжанова Ш.И., Эгамбердиева Д.А.	ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ДИСФУНКЦИЕЙ ПОЧЕК	21
Хайруллина А.Х.	СОСТОЯНИЯ ПРОКОСИДАНТНОЙ И АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТАХ С	21
Хайталиев Ф.А., Бабаджанова Л.Д.	ИМПЛАНТАЦИЯ ИОЛ ПРИ ВРОЖДЕННОМ ЗАДНЕМ ЛЕНТИКОНУСЕ	21
Хакимов М.Ю. Аманов Р.Д. Балтаев Ф.А.	ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АСТРОЦИТАРНЫХ ОПУХОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА	21
Хамдамов С.К.,	ЗНАЧЕНИЕ ТОЛЩИНЫ ВОРОТНИКОВОГО	21

Юсупалиева Г.А.	ПРОСТРАНСТВА В ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА ПЛОДА	
Хамидова Р С	ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНУСИТОМ.	21
Хамраева И., Болтаева Н.Н.	РОЛЬ НЕЙРОСОНОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ НЕЙРОТОКСИКОЗА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	21
Хасанов М.М.	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАТЯЖНЫХ ФОРМ ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА	21
Хасанов М.М., Хасанов С.А.	ДРОПЛЕКС ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ.	21
Хасанов М.М., Бахадирова И.Б., Ниязов Ш.Р.	СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА.	22
Хикматов А.А., Баженова Т.Ф.	МЕТОДЫ КОРОНАРОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ИШЕМИИ МИОКАРДА	22
Хикматова М.А., Арипходжаева Ф.А.	ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ	22
Ходжаева Д.Х.	КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ И ТЕЧЕНИЯ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИИ	22
Ходжаева Д.Х.	СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИИ	22
Ходжаева Н.А., Юсупалиева Г.А.	ВОЗМОЖНОСТИ СОНОЭЛАСТОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ	22

ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ходжиметова Ш. Р.	КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ	22
Хошимова М.Р., Баженова Т.Ф.	КОМПЛЕКСНАЯ ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ПИЩЕВОДА	22
Хусанова Ф.Т., Абзалова М.Я.	ОЦЕНКА КОСТНОЙ ПЛОТНОСТИ ПРИ БОЛЕЗНИ ПЕРТЕСА РЕНТГЕНОВСКОЙ ДЕНСИТОМЕТРИЕЙ	22
Хушвактова З.С., Розыходжаева Г.А.	УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ОЦЕНКА ТОЛЩИНЫ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА ОБЩИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	22
Цой Е.Г., Кабулова А.У., Рахманкулова З.Ж.	ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА У НОВОРОЖДЕННЫХ С ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЕЙ.	22
Цой Е.Г., Кабулова А.У., Рахманкулова З.Ж.	АНТЕНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ХОЛЕСТАЗА, СТРАДАЮЩИХ ДИСБАКТЕРИОЗОМ КИШЕЧНИКА	22
Чельма Ю.Ю.	ДИНАМИКА КОМОРБИДНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ДИСТИМИИ	22
Чельма Ю.Ю.	КОМОРБИДНЫЕ ДИСТИМИИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА	22
Шаикрамов Ш.Ш.	СТРУКТУРА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОБСЕССИВНО- ФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	22
Шаикрамов Ш.Ш., Ахмедов С.А.	ПОДВЕРЖЕННОСТЬ ГИПНОТЕРАПИИ ЛИЦ С ОБСЕССИВНО-ФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	22

Шамансурова И.А., Фазылов А.А.	ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПАТОЛОГИИ ВИЛОЧКОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	23
Шамсиев А.Я., Рузиев Ш.И.	СУИЦИДАЛ ХОЛАТЛАРДА ДЕРМАТОГЛИФИК КУРСАТКИЧЛАРНИНГ СУД ТИББИЙ МЕЗОНЛАРИ	23
Шамсиев А.Я., Рузиев Ш.И.	КАНДЛИ ДИАБЕТДА ДЕРМАТОГЛИФИК КУРСАТКИЧЛАРНИНГ СУД ТИББИЙ МЕЗОНЛАРИ	23
Ф.Х. Шаропов, Р.Ж.Юсупов	ВЫБОР МЕТОДА ПЛАСТИКИ ПРОКСИМАЛЬНОЙ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ.	23
Шеров А.С., Фазылов А.А.	УЛЬТРАЗВУКОВАЯ АНАТОМИЯ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ	24
Шайдозимова П.К., Тухтаева О.Т., Кошанова Г.А.	ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА	24
Шокиров А.М., Ходжанов И Ю., Алпысбаев Х.Ш.	НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕФОРМАЦИЙ ПРОКСИМАЛЬНОГО КОНЦА БЕДРЕННОЙ КОСТИ, РАЗВИВШИХСЯ ПОСЛЕ КОНСЕРВАТИВНОГО ВПРАВЛЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ.	24
Шокиров А.М., Ходжанов И Ю.	УЗИ ДИАГНОСТИКА ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ АСЕПТИЧЕСКОМ НЕКРОЗЕ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ.	24
Шухратова Д.Ж., Агзамова Ш.А.	ЦЕЛИАКИЯ БИЛАН ОҒРИГАН БОЛАЛАРДА АНЕМИЯНИ ТАШХИСЛАНИШИ ВА МОНИТОРИНГИНИ ЎТКАЗИЛИШИНИНГ АҲАМИЯТИ	24
Эбраев А. Тангибаевой Ю.Ш.	КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ.	24

Эгамбердиев С.Б., Умарназарова З.Е.	ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ЭНЗИМОПАТИЯХ ТОНКОЙ КИШКИ НА СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ У ДЕТЕЙ	24
Эргашев Б.Н. Ходжанов И.Ю. Шарапов Р.Р	ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЯ СТАТИЧЕСКИЙ ДЕФОРМАЦИЯ СКЕЛЕТА У ДЕТЕЙ	24
Эрназарова М.М., Назирова М.Х., Рузметова И.А., Эгамбердиева Д.А.	СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У БОЛЬНЫХ ХСН	24
Эшдавлатов А.У.	БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ ҚАЙТАЛАНУВЧИ ЭШАКЕМИКАСАЛЛИГИНИ ДАВОЛАШДА ГИСТАГЛОБУЛИННИНГ САМАРАДОРЛИГИ	24
Эшдавлатов А.У.	ХАРАКТЕРИСТИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ КРАПИВНИЦЕЙ	25
Эшов Р.Г., Касымов И.А.	ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ САЛЬМОНЕЛЛ, ВЫДЕЛЕННЫХ В Г.ТАШКЕНТЕ, К АНТИМИКРОБНЫМ ПРЕПАРАТАМ	25
Эшмурзаева А.А., Сибиркина М.В	ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТОВ ДВУХ И ТРЕХВАЛЕНТНОГО ЖЕЛЕЗА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ	25
Эшмурзаева А.А., Сибиркина М.В.	СОСТОЯНИЕ МИКРОФЛОРЫ ЖЕЛУДКА И КИШЕЧНИКА У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ РЕВМАТИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ НА ФОНЕ ПРИЕМА НПВС.	25
Юлдашева И.В., Умарова Р.Х.	УЛЬТРАЗВУКОВАЯ СЕМИОТИКА ИЗМЕНЕНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПАРААРТИКУЛЯРНОЙ ЗОНЫ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА	25
Юлдашева М.М.	ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ И ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ МИГРЕНИ	25

Юсупбекова А.Ю., Абдуллаева Б.С., Маматкулов Б.Б.	ЭРТА ЁШЛИ БОЛАЛАРДА ИСИТМА ВАҚТИДА БОЛА ҲОЛАТИГА БАҲО БЕРИШ.	25
Р.Ж.Юсупов, Ф.Х. Шаропов, К.П. Кучимов	ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ ЯИЧЕК ПРИ КРИПТОРХИЗМЕ У ДЕТЕЙ.	25
Р.Ж.Юсупов, К.П. Кучимов М.Ю.Рузиев	ВЛИЯНИЯ СРОКОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ФЕРТИЛЬНОСТЬ ПРИ КРИПТОРХИЗМЕ.	25
Юсупова С.Р., Джабборовая Д.Р.	ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ.	25
Юсупова С.Р. Джабборовая Д.Р.	ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ.	26
Якубова Л.Т., Фазылов АА.	КЛИНИКО-ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПИЛОРОСПАЗМА И ПИЛОРОСТЕНОЗА У ДЕТЕЙ	26
Якубова М.А.	КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, СОВЕРШИВШИХ АГРЕССИВНЫЕ ДЕЙСТВИЯ	26
Якубова Н., Рашидов Ф.А.	ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ СТАФИЛОКОККОВОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	26
Якубова Н. З., Розыходжаева Г. А.	КОМПЛЕКСНАЯ ЭХОГРАФИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА	26