

PARENTERAL NUTRITION IN CHILDREN POSTOPERATIVE PERIOD

Abdukodirov A.A., Nurmukhamedov H.K.

Tashkent medical pediatric institute

Relevance. Effects of various surgical operations on the gastrointestinal tract in children in most cases are marked with the catabolic response. Various metabolic changes in the postoperative period require effective therapeutic measures, including a special role belongs to parenteral nutrition. Of nutritional support in children is defined by age, metabolic changes, traumatic surgery and general state of homeostasis.

Among the methods of parenteral nutrition at the present stage is the most effective nutritional support with the introduction of solutions containing amino acids (by Dadrik). However, questions still remain polemical parenteral nutrition under certain conditions in children with abnormalities of the gastrointestinal tract in the postoperative period.

Objective: To study the effectiveness of parenteral nutrition and their improvement after abdominal surgery in children.

Materials and methods: The study involved 28 children in the postoperative period (Hirschsprung's disease, establishing anus pre-ter naturalis, intestinal obstruction, peritonitis) aged 1 to 5 years. Condition of children was regarded as serious. Patients were divided into 2 groups: group 1 (16 children) who received parenteral nutrition by Dadrika (hyperalimentation, protein and carbohydrate). 2nd group (12 children) was conducted Scandinavian technique. Investigated the central echocardiography (EchoCG) and peripheral: blood pressure systolic (BPs), blood pressure diastolic (BPd), blood pressure average (MAP), heart rate (HR), hemodynamics, blood electrolytes (K^+ , Na^+ , Ca^{2+} , Mg^{2+} , Cl^-), total protein, blood glucose in the early postoperative and before transfer to the department.

Results and discussion: Covered Group on anthropometric indicators were identical. In the early postoperative period in both groups of patients was determined by the relative hypovolemia, hypoglycemia, and hypoproteinemia compensatory with the decreasing level of K^+ in the blood.

Conducting hyperalimentation method Dadrika patients in Group 1 on the third day of colloidal transfusion (albumin, plasma amino acids, and solutions; infuzol, selimin) solutions was revealed elevated protein level of 32%, blood sugar by 28%, the level of K^+ 14% Na^+ by 24 %, which was regarded as a compensatory function of the body. Parenteral nutrition has become a satisfactory and stable hemodynamics.

Parenteral nutrition in the 2nd group (Scandinavian technique) increasing protein by 27%, blood sugar by 21%, the level of K^+ 10% Na^+ by 17% and 22% increase of lipids.

In the postoperative period demonstrated improvement in the general condition of patients and normalization of the main indicators of homeostasis.

Conclusions: parenteral nutrition hyperalimentation by Dadrika on young children is a rational procedure is to reduce mortality and shorten treatment.

COMBINED MULTIMODAL ANESTHESIA IN CHILDREN WITH OTOLARINGOLOGICAL OPERATIONS

Akhmedov E.M., Agzamhodzhaev T.S.
Tashkent medical pediatric institute

Actuality: Although there are many methods of anesthesia, is still continuing the search for alternatives, which confirms the need for further study of the problem. Linkages with the above safety, adequacy and full anesthesia in pediatric patients indicates a high degree of relevance of this problem. Recent years have seen increased interest in the methods of multimodal anesthesia which may be one of the best. Application of multimodal anesthesia reduces the risk of undue consumption of anesthetic drugs, reduce their cumulating, reduce the frequency of side effects , provide hemodynamic stability at all stages of surgery.

The goals of the study was to estimate the efficacy of combined multimodal anesthesia for otolaringological operations.

Material and methods. Were examined 22 children (4 to 12 years) with vegetations adenoids, purulent sinusitis, deviated septum, requiring surgery, and the conduct of anesthesia. Physical status of children 2-3 match class classification American Society of Anesthesiologists (ASA). Conducted combined endotracheal anesthesia (CEN). Patients were divided into two groups: one (13) carried CEN propofol (2 mg/kg) and ketamine (1.5 mg/kg), sevoflurane (0.5-0.8 vol. %) 2-group (9) - ketamine anesthesia was performed (3.5 mg/kg) and propofol (3.5 mg/kg/h). Both groups were similar in age and anthropometric parameters.

Investigated the performance of the central (echocardiography - echocardiography) and peripheral hemodynamics: systolic blood pressure (BPs), diastolic blood pressure (BPd), the average blood pressure (MAP), heart rate (HR), oxygen saturation (Sat O₂) in the blood (pulse oximetry on the unit - BLT (China).

Results and Discussion: Conducting CEN method multimodal anesthesia (1g.) Revealed hemodynamic stability and SatO₂ at all stages of anesthesia, which does not require additional treatment methods. Only one patient in step induction, at intubation noted BPs drop by 18%, total peripheral vascular resistance (PVR) by 16%. Early awakening this group of patients registered at 12±5 minutes. Implementation CEN patients in group 2 showed hemodynamic labiality at all stages anesthesia benefits. Decreased blood pressure sr.dinam . during the induction phase is 14 %, while in the main steps , by 8%. Output from anesthesia marked by 22±5 minutes and dipole recovery of consciousness after 120 minutes

Conclusions. Efficient and cost effective multimodal combined endotracheal anesthesia provides gentle and complete anesthesia otolaringological operations in children.

EL CURSO CLÍNICO DE INFARTO DE MIOCARDIO EN EL ASPECTO DE LA EDAD

Asomov M.I., Khodjanova Sh.I., Gaffarova F.K.

Tashkent instituto de medicina pediátrica

Actualidad: La enfermedad coronaria en la edad avanzada es una enfermedad bastante común, con una incidencia significativa de complicaciones graves. Estenosis de la arteria coronaria en la autopsia revela en el 50% de los casos en mujeres de edad avanzada y el 70-80% de los hombres de edad avanzada.

Objetivo: Estudiar el curso clínico de infarto de miocardio en el aspecto de la edad.

Material y Métodos: El estudio incluyó a 80 pacientes ingresados con el diagnóstico de infarto agudo de miocardio en el departamento de cardiología. La edad media de los pacientes fue de $60 \pm 2,5$ años. Todos los pacientes fueron sometidos a clínicos, de laboratorio y las investigaciones instrumentales.

Resultados: La incidencia por edad de los pacientes : 44 a 60 años - 20 pacientes (25 %), 60 a 75 años - 35 pacientes (43,8 %), 75 a 90 años - 23 pacientes (28,7 %), y mayores 90 años - 2 pacientes (2,5 %).

Entre los factores de riesgo en los pacientes en su mayoría revelado: la hipertensión arterial (72 %), tabaquismo (53 %), diabetes mellitus (15 %).

Clínicamente, en 44 pacientes (55%) se observaron manifestaciones atípicas de infarto de miocardio, entre ellos: 1) Asma cardíaca - 16 pacientes (36,4 %) de las personas de 44 a 60 años - 10 pacientes (62,5%) , de 60 años - 75 años - 6 pacientes (37,5 %). 2) Dolor abdominal - 8 pacientes (18,8 %) de las personas de 44 a 60 años , 5 pacientes (62,5%) , con edades entre 60-75 años 2 pacientes (25 %) , con edades entre 75 a 90 años , 1 paciente (12,5 %).

3) Arritmias - 16 pacientes (36,4 %). De los mayores de 44 a 60 años - 4 pacientes (25 %) , con edades entre 60 a 75 años - 6 pacientes (37,5%) , con edades entre 75 a 90 años - 4 pacientes (25 %) , con edades de más de 90 años - 2 pacientes (12,5 %).

4) Isquemia silenciosa - 4 pacientes (9 %). De los mayores de 44 a 60 años - 1 paciente (25 %), con edades 75 a 90 años - 3 pacientes (75 %).

De acuerdo con el ECG en 40 pacientes se observaron arritmias.

De los mayores de 44 a 60 años: la fibrilación auricular - 2 pacientes (33.3%), el bloqueo de rama izquierda (BRI) - 2 pacientes (33.3%), taquicardia ventricular paroxística - 1 paciente (16,6%), extrasístoles ventriculares - 1 paciente (16,6%).

De 60 a 75 años: la fibrilación auricular - en 5 pacientes (33,3%), el bloqueo de rama izquierda (BRI) - 4 pacientes (26,6%), taquicardia ventricular paroxística - 3 pacientes (20%), extrasístoles ventriculares - 3 en pacientes (20%).

De 75 a 90 años: la fibrilación auricular - en 8 pacientes (47%), el bloqueo de rama izquierda (BRI) - 3 pacientes (17,6%), taquicardia ventricular paroxística - 4 pacientes (23,5%), extrasístoles ventriculares - y 2 pacientes (11,7%).

Mayores de 90 años: el bloqueo de rama izquierda (BRI) - 2 pacientes (100%).

Según EF ecocardiografía (fracción de eyección) fue: en mayores de 44 a 60 años - 57 - 58%, a la edad de 60 a 75 años - 41 - 48%, a la edad de 75 a 90 años - 50 - 53% más de la edad de 90 años - 54 - 55%.

Conclusiones: Con el aumento de la edad se observó infarto de miocardio más severa. Más frecuentes son clínicamente variantes atípicas del infarto de miocardio, diversas arritmias cardíacas, complicaciones. La presencia de diabetes, hipertensión o lesiones de las arterias coronarias incrementa el riesgo de muerte debido a un curso grave de la enfermedad de las arterias coronarias en estos pacientes.

CLINICAL- NEUROSONOGRAPHIC, DOPPLEROGRAPHIC FEATURES OF CEREBRAL HEMODYNAMICS IN CHILDREN WITH TORCH INDUCED ENCEPHALOPATHY

Ayupova D.Sh., Madjidova Yo.N.
Tashkent pediatric medical institute

Importance of research. Intrauterine infection is a major cause of perinatal pathology, high infant mortality and severe neuropsychiatric outcomes in survivors. The greatest value of pathogens of IUI assigned to cytomegalovirus and match of it with the herpes simplex virus. Over the past 25 years, the prevalence of these pathogens in population worldwide has increased by 10-20 times. According to World Literature CMV infection in pregnant women reaches 91.6% , herpes virus - II type - 47%. In the case of IUI almost all organs and systems are affected, but the biggest changes most likely to occur in the brain. It's associated with the tropism of pathogens to nerve cells, endothelium and the vascular wall, leading to the development of encephalitis, and vasculitis, and hence to hypoxic-ischemic brain damage. Vascular lesions of the brain disorders of cerebral blood flow are considered to be the major pathogenetic link in the central nervous system damage in newborns with IUI (CMV, HSV). Preterm infants are at risk of developing CNS lesions. Cerebral hemodynamics in children with cytomegalovirus and combined with herpes infections in newborn period and catamnesis of 1st year in children is insufficiently explored. Therefore, our aim is to study and to detect the violation of cerebral blood flow in children with acute IUI that would allow carrying out its correction on time and, therefore, reducing the likelihood damage of the brain and reducing the risk of serious neuropsychiatric outcomes.

The purpose of the study. Evaluate cerebral hemodynamics in newborn infants with acute cytomegalovirus infection and mixed viral-virus (CMV + HSV) infections catamnesis during the first year of life.

Study materials and methods. It is planned to conduct a survey of 40 children with TORCH induced encephalopathy treated at the department of neurology in clinic of TashPMI and Tashkent Clinic # 3 within 2-3 (2013-2015) years. The control group consisted of 20 healthy children. Clinical-neurological, dopplerographic and neurosonographic methods will be used during the survey.

Results and discussion. 19 children were examined, 8 (38%) of them girls and 11 (62%) of boys aged from 1 month to 12 months. The median age was 6.5 months. The survey was conducted in the TashPMI clinic and in Tashkent Clinic #3

Etiological analysis of data revealed that in 8 (42%) cases of congenital disease was due to various internal and external factors (medication, illness of mothers during pregnancy, consanguinity causing changes in brain structures and hemodynamics in the period of gestation). In 11 (58%) cases, the children were born to mothers with TORCH infection.

On the basis of clinical, dopplerographic and neurosonographic data from patients under investigation revealed the following nosology: 4 ventricular enlargement (21%), calcifications in the walls of the ventricles 7 (37 %), hemodynamic instability 8 (42 %), as well as psycho-neurological disorders respectively.

Conclusion. With the help of ultrasonic methods of investigation comprehensive assessment of cerebral hemodynamics in neonates with TORCH infections will be conducted. And the correlation analysis of arterial and venous blood flow in term and preterm infants with TORCH, which will help to assess the severity of the patient's condition and prognosis

CHOICE OF METHODS ANESTHESIA AT SMALL TRAUMATOLOGY OPERATIONS IN CHILDREN

Z.M.Berdiev., A.S.Yusupov.
Tashkent medical pediatric institute

Relevance. Trauma surgery and anesthesia for them may be required to infants and children of all ages, from birth through adolescence. The reason for such interventions are congenital anomalies, infections, deformities and injuries. Small trauma operations constitute the bulk of manipulation performed in pediatric traumatology. Holding of general anesthesia in such situations requires special attention regardless of the volume of transactions.

Some authors suggest the use of multiple drugs multidirectional action (analgesic and anesthetic activity), thus reducing their doses at the same time maintain the required level of anesthesia. But do not forget about the negative consequences in doing so.

The goal of study was to evaluate the effectiveness of combined intravenous anesthesia techniques, preserving spontaneous breathing in children with low trauma operations.

Materials and methods. The study was conducted in 30 patients with children aged 3 to 14 years, with small trauma operations (reduction of dislocation, repositioning of bone fragments of the upper and lower extremities, phalanges, primary surgical treatment of wound, the imposition of fixing devices). Patients were divided into 2 groups: group 1 (9 patients) - anesthesia was performed using ketamine (2.5 mg / kg) and propofol (2-3.5 mg / kg), group 2 (11 patients) - using ketamine anesthesia (2.5 mg / kg) and sibazon (0.4 mg / kg). Clinical observation was made with the definition of peripheral (BPs, ADD, MAP, HR), and central (echocardiography) and hemodynamic definition of saturation (Sat O₂) of oxygen in the blood.

Results and Discussion: After premedication in the first study group was significantly increased heart rate by an average of $10,3 \pm 1,3$, while BP indicator remained stable. In the analysis of external respiration revealed that at the time of induction of anesthesia in both groups, BH indicators declined respectively by 5.6 % and 6.8 %, and then gradually increased and exceeded the initial end of the operation by 12.2 and 14.6 %, respectively. SatO₂ indicator remained stable throughout the study period of anesthesia. Awakening in children in Group 1 occurred after 5 - min, 50 min after the operation recovered consciousness. Complications associated with anesthesia in this group was not.

In group 2, after induction of anesthesia, a decrease in heart rate (18%) and blood pressure (4%), compared with the original data. After the end of surgery, this trend persisted: heart rate was reduced by 9%, Td - 9%. Awakening children in group 2 occurred after 10 minutes, only a 85 min after the operation is fully recovered consciousness.

Conclusion. Combined anesthesia using ketamine and propofol is an effective method of combined anesthesia with preservation of spontaneous breathing in children with low trauma operations and has no negative effect on central hemodynamics.

FEATURES OF AFFECTIVE SPHERE AND PSYCHOPATOLOGICAL DISORDERS IN HYPERTENSION DEASES

En Y. A.

Tashkent medical pediatric institute

Introduction. Hypertension should be regarded as a psychosomatic problem, which essentially determines the relationship between physical issues, mental and social cohesion in terms of understanding and vision of modern psychosomatic medicine. Current study is the clinical psychopathology of patients borderline level with hypertension from a position of a systematic approach to the analysis of comorbid conditions.

The purpose and objectives of the study - to analyze the structure of clinical and psychopathological disorders in hypertension.

Material and methods of the study. Clinico-psychopathological method was examined in 38 patients with confirmed diagnosis of essential hypertension (AH), (WHO / ISH , 1999; DAG 1 , 2000) (essential hypertension , in the traditional clinical evaluation - hypertension (H). The program of studies included patients who had previously passed the examination and treatment in cardiology, therapeutic clinics, were observed in the cardiology clinic and clinics are diagnosed with arterial hypertension (AH), the relevant criteria of hypertension: hypertension stage I (n = 21), stage II hypertension (n = 15).

Results and discussion. The research revealed a combination of hypertension with various psychopathological disorders neurotic level: relevant psychogenic - 46%, mood disorders - 64%, anxiety disorders before and during the disease - 80%, obsessive-phobic disorders - 53%, demonstrative hysterical symptoms - 63%, sleep disorders - 40%.

In the analysis of clinical and psychopathological picture in patients with hypertension stage I was found 31.9 % of cases with adjustment disorder in the form of depressive reactions and anxiety-depressive reactions, 11.2 % - from anxiety and phobic disorders (agoraphobia, panic disorder); 23.5% - with somatoform, dissociative, and other neurotic disorders. For patients with hypertension in stage I is characterized by the presence of anxiety and depressive symptoms, anxiety, phobias, depression combined with symptoms predominantly in men. There were dysphoric (aggressive outbursts, anger) Cardiophobia and conversion symptoms. In patients with hypertension, the relevant criteria hypertension stage II detected in 10.6 % of cases of affective disorders (depressive episode, dysthymia), 24.8% - prolonged depressive reaction nosogenic and other reactions to severe stress, and in 6.4% - anxiety and phobic disorders, 14.6 % - somatoform (including hypochondriacal disorder), neurasthenia and other neurotic disorders, and in 28.3% - organic asthenic disorders, 7.8 % - organic affective disorder, pointing to a deeper level of mental disorders.

Conclusions. In the study of affective in patients with essential hypertension were identified and neurosis neurotic disorders. In analyzing the structure of syndromic pattern in patients with hypertension stage I, were identified neurotic disorders, which were shown as depressive reactions, anxiety, depression and other reactions to severe stress and anxiety-phobic observed and somatoform disorders. Patients with hypertension of stage II psychiatric syndromes manifested organic asthenic disorder and affective disorders.

PECULIARITY OF EMOTIONAL SPHERE IN CHILDREN WITH AUTISTIC DISORDER

Irmukhamedov T.B.

Tashkent medical pediatric institute

Actuality. The study of patterns of mental development is one of the priority directions of research in recent years. This is especially important for children with autism. Studies consistently develop this area showed that the characteristic developmental disorders of mental functions in childhood autism (pervasive developmental disorder) and primary deficit associated with the affective sphere. Describes the most typical options autistic disontogenesis, reflecting the difficulty of forming the basic mechanisms of affective organization of behavior and consciousness(O.S.Nikolskaya,2005).

The purpose and tasks of the study - to study the clinical and psychological features of the emotional sphere in children with autism spectrum disorders.

Material and methods . The work was examined 36 children with autism spectrum disorders (25 boys and 11girls) aged 6 to 10 years. All examined patients were hospitalized in the City Child Mental Center of Tashkent. For comparison, a control group was formed, which included 45 healthy children (28 boys). The study used clinical- psychopathological, clinical catamnesis methods. To assess the symptoms of autism used an adapted questionnaire for parents of children with autism spectrum disorders.

Results and discussion. Retrospective analysis of the development of children with autism and the ability to monitor the characteristics of their interaction with others allowed confirming and organizing affective disorders in the early stages of autistic disontogenesis. Comparative analysis of the emotional sphere in normal and autistic disontogenesis allows confirming the importance of the full formation of the earliest stages of infant affective interaction with the mother, the content of which is emotional and social development. When autistic disorders have trouble maintaining activity baby in contact with others and the regulation of its affective states that in the control group provides an opportunity to share an adult and modulate its affective experiences change their sign, gradually complicate their structure. Failure, absence or distortion of the orientation of the child to close adult emotional assessment leads to the fact that limited positive impressions are too exciting for him and will cause satiety; neutral does not begin to attract attention. In the control group, especially the emotional sphere associated with the intensive development of positive selectivity of the child, which occurs under the emotional control of an adult. In the syndrome of autism limitations of self-regulation of the child, a strong trend predominance of negative selectivity lead to abnormal development of its individual affective adaptation mechanisms.

Conclusions. Thus, we can conclude inappropriate emotional development and adaptive behavior in children with autism spectrum disorders of deficiency of the conditions of formation of its own positive experiences of life in the environment and under varying circumstances. Affective disorders in children with autism spectrum disorders are manifested in inappropriate regulation of adult activity and maintain the stability of the child's affective.

FEATURES IRON DEFICIENCY ANEMIA IN HIV-INFECTED CHILDREN DEPENDING ON THE DEGREE OF IMMUNOSUPPRESSION

Makhumov D.L., Abdullaeva U.U.
Tashkent pediatric medical institute

Urgency of subject: In all countries, there is an increase of the number of HIV-infected children and this trend will continue in the world and the hereafter. If we consider that in our Republic a high proportion of women in a group of HIV-positive, it should be recognized that the problem of pediatric HIV / AIDS in our country is no less relevant than in other countries, and iron deficiency anemia is the most common cause of anemia in the population, in connection with which the appointment of iron supplementation is the most "popular" treatment of anemia

The aim of our study was: a study of indicators of iron deficiency anemia in HIV-infected children, depending on the degree of immunosuppression.

Materials and Methods: 52 children were selected with HIV-positive status. Diagnosed with HIV infection exhibited in accordance with the order № 480 MH Uzbekistan from October 30, 2007. The age of patients ranged from 4 to 12 years, all patients not receiving antiretroviral therapy, with a hemoglobin level below 113 g / l for children 4-6 years old and 120 g / l for children 7-12 years. 28 (53.8%) children were girls, 24 (46.1%) boys. Results: Depending on the level of CD4 cells all patients were divided into 3 groups: 11 patients (group 1) the level of CD4-cell count was above 500 in 1 mkl, in 23 (group 2) - in the range of 200 to 500 in 1 mkl, 18 patients (group 3) - less than 200 in 1 mkl. In healthy children, erythropoietin level is inversely proportional to the level of hemoglobin. According to the literature, patients with chronic diseases, especially in patients with diseases in which the notes are different degrees of immunosuppression, which is HIV, production of erythropoietin is usually inadequate severity of anemia. All the patients underwent a detailed analysis of peripheral blood, serum iron concentrations were determined. The combination of microcytosis and hypochromia characteristic of iron deficiency anemia was detected in 33 (63%) patients with anemia. The average content of hemoglobin in the 1st group was 109 g / l, in the 2nd - 105 g / l, in the 3rd - 90 g / l. Positive correlation between the level of CD4-cell and hemoglobin levels ($r = 0,309$, $p = 0,01$). The decrease in hemoglobin levels with the progression of immunosuppression combined with increasing concentrations of erythropoietin. An inverse correlation between the content of erythropoietin with hemoglobin level ($r = -0,715$, $p < 0,001$), as well as with the number of erythrocytes ($R = -0,497$, $p < 0,001$).

Conclusions. Thus, we studied a group of children with HIV infection dynamics of changes in erythropoietin and hemoglobin was similar to that of healthy children. The presence of severe anemia in HIV-infected patients on a background of high levels of erythropoietin probably attributable to the cytokine-mediated decrease in sensitivity of erythroid progenitors. Progression of HIV infection is associated with worsening anemia, and with a decrease in the number CD4-cell count decreases the significance of isolated iron-deficiency anemia. Adequate diagnosis of iron deficiency anemia acquires a special role in HIV-infected children as unjustified prescriptions iron entails the risk of hemosiderosis.

INFLUENCE OF THE CANDIDA INFECTION TO CLINICAL COURSE OF SALMONELLOSIS AT CHILDREN

Malikova F., Rashidov F.

Tashkent medical pediatric institute

Acute diarrhea in children can be caused not only by pathogenic bacteria - Shigella, Salmonella, but also a number of opportunistic bacteria: staphylococcs, streptococcs, Proteus, Klebsiella and other colitis syndrome may be caused by fungi of the genus and Candida. However, fungi of the genus Candida often distinguished from patients with acute intestinal infections in association with bacteria. In this regard, the study aim was to study the influence of yeast, fungi of the genus Candida for a clinical course of salmonellosis in children.

Conducted clinical, bacteriological and immunological studies in 20 children aged 3 months up to 3 years who were treated in pediatric infectious diseases hospital number 4 about Salmonella infection. In the history of life, most children identified several aggravating circumstances: 9 children were bottle-fed, 11 - moved to the clinic salmonellosis various diseases (pneumonia, otitis, ARI, etc.) in which antibiotic was used. Children who have highlighted fungi of the genus Candida, there was a longer bowel dysfunction, low-grade fever, symptoms of intoxication. In 25 patients demonstrated varying degrees of anemia was more pronounced in case of serious illness, which is an indirect indicator reduce immunological reactions in salmonellosis in young children. Despite massive antibiotic effect was short-lived, and sometimes negative, were more common yeast infection in the mucous membranes.

Thus, the association of Candida fungi pathogenic bacteria, resulting in a longer course of acute Salmonella infection in children and requires correction of earlier treatment with antifungal medications.

MEETING FREQUENCY AND CHARACTERISTICS OF PROGRESSIV MUSCUL DYSTROPHY IN A URGENCH CITY

Rajabova Sh.A., Maksudova H.N., Babajanova U.T.
Tashkent pediatric medical institute

Introduction: progressive muscular dystrophy (PMD) is a hereditary disease with different types of transmission, characterized by the development of dystrophic process in muscles and is a clinically and genetically heterogeneous group of genetic disorders characterized by the primary defect of skeletal muscle noninflammation nature. Recent years have been marked by outstanding achievements in the study of etiology and pathogenesis of hereditary NMD, which led to a significant increase in information about their clinical manifestations and diagnostic methods. An important etiological factor NMD is the adverse impact of environmental factors. The adverse effects of environmental factors is increasing violations of the central nervous system (mental disorders, decrease in intelligence), the increase in the proportion of hereditary diseases of the nervous system, their clinical patomorfozom, and hence, deterioration of the early diagnosis. It is in addition to the frequency sensitivity of the nervous system to various influences during bookmarks; many of the genes responsible for the anatomy and function of the nervous system.

The purpose of the study: determine the structure and clinical manifestations of the various forms of muscular dystrophy in children, progressive muscul dystrophy living in the city of Urgench also determine the molecular-genetic characterization of individual nosological forms. This will allow you to identify patterns of forming and possible ways of predicting the development of hereditary diseases of the nervous system in children in the city of Urgench, which is necessary for the development of the strategy and tactics of primary and specialized medical care for children in the region.

Results and discussion: provides information on all known patients with pathologies of the studied territory in the city of Urgench and obtained from the annual reports of neurologists. The information specified in the expeditionary missions, with a view to providing additional clinical examination of patients and their families and blood for DNK analysis. The studies were performed by PCR using a set of delecya for registration in the gene DMD (19 exons and promoter) (production Centre of molecular genetics, Moscow, Russia).

In view of the special significance of Duchenne muscular dystrophy and distrofinopaty of neuromuscular diseases, molecular genetic studies of the gene of the 18 children PMD. Gene responsible for Duchenne muscular dystrophy progressive development Becker is locus Xp 2.6 size 21.2 million. p.n. and consists of 79 exons. In 60% of cases of mutations leading to PMD are long deletions, in 30% of cases-point mutations and in 10% of cases-duplication. The most promising is exploring delecya, due to the presence of the so-called \"hot spots\" of delecya, which allows to identify up to 98% of all the major delecya.

Conclusion: the incidence of PMD in the city of Urgench is lower than in the general population. Among all mine action activities in the Khorezm region more meets BDM. Identification of the specific features of the prevalence and genetic nature of hereditary diseases of the nervous system in children is the foundation for an effective system of monitoring and the development of methods of diagnosis and prevention, optimal for the region Khorezm.

COMBINED ANESTHESIA USING PROPOFOL IN UROLOGICAL OPERATIONS CHILDREN

Sh.Zh.Razhabov., T.S.Agzamhodzhaev.
Tashkent medical pediatric institute

Relevance. Effectiveness of anesthetic protection of children in urological operations in children needs to be improved, due to changes in technology and the introduction of surgical interventions high-tech machines . Currently propofol hypnotic takes a position in combined anesthesia (SC) , but studies of its properties are ongoing. The combination of propofol with anesthetics and analgesics in urologic surgery in children remains debatable .

Goal of study: To determine the effect of combination of propofol anesthesia for urologic surgery in children.

Materials and Methods: 19 children (5-14 years) with established urological pathology (hydronephrosis, urolithiasis (IBC), nefroektomia). Patients were divided into two identical groups (age and anthropometric parameters): Group 1 (9 children) - propofol was used for induction of anesthesia, group 2 (10 children) - propofol was used as the main component of total intravenous anesthesia (TIVA).

For both groups were used in the induction of propofol (in a dose of 3,0-2,5 mg/kg), a medical sleep occurs within 40-60 seconds. Before intubation performed myoplegia with arkurone (0.06-0.08 mg/kg). Maintenance of anesthesia was performed in the first group with ketamine (5 % 3-4mg/kg) and sibazonum (0.5% 0.4-0.5 mg/kg) in the second group - microjet propofol (5-7 mg/kg/h). During the main anesthesia in children 2nd group used central fentanyl analgesia by the standard technique (5 mg/kg 5 min before skin incision and fractional bolus dose of 1/2 of the initial every 20-40 minutes). Monitored in the peripheral (systolic blood pressure (BPs), diastolic blood pressure (BPd) , the mean arterial pressure (MAP)) and central hemodynamics: echocardiograph (EchoCG); cardiac index (CI), ejection fraction (EF), and total peripheral vascular resistance (CSO), oxygen saturation (SatO₂) by pulse oximetry (unit BLT), urea and creatinine in the blood (test LA-XEMA).

Results and Discussion: Comparative characteristics of the data determined by the stability of central and peripheral hemodynamics in all phases of anesthesia during urologic interventions in children. However, 1 patient group 2 level central hemodynamics characterized by a relative decrease in CI (18%), EF (8%), systemic vascular resistance (19%) during the main phase of the operation, depending on the baseline. During anesthesia in all phases of operations 1 patients group was characterized by hemodynamic stability, but a period of awakening was longer (26 min), and in the postoperative period were observed anxiety. Bolus of propofol in the 2 - group was observed early awakening patients (18 min) without causing concern.

Conclusions: Thus, the combination of propofol and fentanyl anesthesia is recommendatory in urologic surgery in children.

CLINICAL CHARACTERISTICS OF JUVENILE RHEUMATOID ARTHRITIS' COURSE IN CHILDREN

Ruzmatova D.M., Ahmedova N.R.
Tashkent pediatric medical institute

Juvenile rheumatoid arthritis is severe, being invalided disease in children under 18 years old, being characterized with joints damage, development destructive changes there, and, also, with the raw of extra-articular displays. It takes part one of the first places by social economic consequences, because of main damage for people of labor capable age and progressive courses, and, also, with the raw of extra-articular displays.

Aim. To study clinical-laboratory and instrumental changes at juvenile rheumatoid arthritis in children.

Materials and methods of study. We examined 17 children with juvenile rheumatoid arthritis, being hospitalized in cardiorheumatological departments of the clinics Tash PMI and RSRPMC of Pediatrics. All patients were taken clinical anamnestic, instrumental and laboratory methods of study.

Results of study. Children from 2 to 15 years old, among those 47% boys and 53% girls were under observation. The average length of bed days in the hospital were 12 days. Our studies showed that at 79% patients had acute viral infection before the development of disease. The main complaints of all patients were to general malaise, fast fatigue, arthralgia, bad sleep, appetite, morning muscular stiffness and lameness. Rheumatoid arthritis was characterized in 82% cases as slow progressing, in 47% as oligoarticular and in 53% children as polyarticular courses. Depending on remoteness of disease 73% children were marked symmetric damage of metacarpal phalanx and metatarsus phalanx and fusiform deformity. The damage of knee, ulnar and radiocarpal joints was marked in 26%. All examining patients revealed the signs of local inflammation as edema, tenderness, local temperature. The systemic displays of rheumatoid arthritis were marked in 2 (11%) patients. By the laboratory data 52% patients were marked anemia of mild level, 35% had middle level, 90% patients had leukocytosis and accelerated ESR, positive rheumatoid factor in 29 patients. Calcium level in blood serum was reduced in 41%, at lower norm bordering it was in 59 patients. On ECG in patients the rhythm and conduction disorders as sinus bradycardia were revealed in 2 patients, sinus tachycardia was in 1 patient, atrioventricular blocking of 1 level was in 1 patient too. At X-ray study the displays of expressed osteoporosis with unclear joints shapes were revealed. Bone destructive changes, irregular constriction of joint slit, and, also subchondral sclerosis of articular joints' surfaces, being open zones of growth, edema and infiltration of mild tissues were marked at roengenogram.

Thus, in children the rheumatoid arthritis was characterized, mainly, in slow way with progressing course, damage small joints and expressed displays of osteoporosis with constriction of joint slits with morning muscular stiffness, reduction calcium level of blood in patients with expressed displays of osteoporosis with constriction of joint slits and subhodral sclerosis of artiaular joints' surfaces.

THE CASE OF THE PATIENT'S CLINICAL OBSERVATION WITH THE COMBINATION OF STARGARDT'S DISEASE AND ISCHEMIC OPTIC NEUROPATHY

Taylakova K.B., Khamrayeva L.S.
Tashkent pediatric medical institute

Actuality. Stargardt's disease is an inherited form of juvenile macular degeneration that causes light-sensitive cells of the retina to deteriorate, particularly in the area of the macula and leads to progressive vision loss. The progression usually starts between the ages of six and twelve years old and plateaus shortly after rapid reduction in visual acuity. Symptoms typically develop by twenty years of age, and include wavy vision, blind spots, blurriness, impaired color vision, and difficulty adapting to dim lighting. The most common form of Stargardt's disease is the recessive form. There is also a rare dominant form. Stargardt's disease affects approximately one in 10,000 people. Progressive vision loss in most cases eventually leads to blindness.

Purpose and object. To present the results of the patient's clinical observation with the combination of Stargardt's disease and ischemic optic neuropathy.

Material and methods. The case of the clinical observation of seven-year-old patient D. with the combination of Stargardt's disease and ischemic optic neuropathy, who was examined and treated in TashPMI clinic's ophthalmology department. Ophthalmological and laboratorial tests were carried out. Patient was also examined by pediatrician, neurologist, otorhinolaryngologist, cardioreumatologist, geneticist and orthopedist.

Results and discussion. Patient D. came to the hospital with complaints of decrease in vision in both eyes. According to the medical history poor vision was discovered two years ago during the medical examination. Patient's vision lowered, conservative therapy wasn't effective.

Patient's vision was decreased to 0,06 in both eyes. Color sense examination revealed red-green dyschromatopsia. Eye sight was narrowed in every direction in a concentric way.

Fundus of both eyes was changed: a pale swelling of the optic nerve head, more significant in the left eye, blood vessels of retina were constricted. Foveolar reflex was weakened and there was a mottling on the macula (presence of small, yellowish spots of deteriorating tissue sloughed off from the retinal pigment epithelium).

Optic coherent tomography showed thinness of the retinal neuroepithelium in both eyes.

Visual evoked potential examination discovered optic nerve impulse passing deceleration on both sides.

Electroretinography revealed retinal "electric silence" on both sides.

After anti-inflammatory, angioprotective and trophic treatment patient's vision improved to 0,1 in both eyes, optic nerve oedema and macular inflammation decreased, afterwards macular mottling became more noticeable.

Conclusion. The rare combination of Stargardt's disease and ischemic optic neuropathy made the diagnostics difficult in the initial stage of the disease and gave an occasion to combined therapy.

POSTOPERATIVE INTENSIVE CARE FOR CHILDREN WITH VENTRICULAR SEPTAL DEFECT, PULMONARY HYPERTENSION COMPLICATED

Tuychiyev D.B., Tokhirov Sh.M.
Tashkent medical pediatric institute

Actuality: Intensive therapy in the postoperative period in children with ventricular septal defect (VSD) pose in front of intensive care physicians is very complex tasks. Analysis of the results of invasive hemodynamic monitoring in children after cardiac surgery shows that maintaining a low total peripheral vascular resistance (SVR) and the exclusion volume overload is the primary management of patients with high pulmonary hypertension. In addition , many studies and literature indicated the use of the advantages of an extended mechanical ventilation for respiratory support and treatment in the postoperative period in children with ventricular septal defect complicated by pulmonary hypertension (PH).

The goals of the study was to improve methods of postoperative intensive care in children with ventricular septal defect complicated by pulmonary hypertension.

Materials and Methods: The study involved 50 children (1-5 years) are in the CICU, after surgery for ventricular septal defect closure. Of these, 26 (65%) were boys, 14 (35%) - the girls. All patients were divided into 2 groups: group 1-24 (60%) - children with VSD without PH, 2-group 16 (40%) - with VSD complicated by pulmonary hypertension. Condition of children studied after surgery in terms of central: echocardiography (echocardiography), and peripheral hemodynamics: systolic blood pressure (BPs), diastolic blood pressure (BPd) , the average blood pressure (MAP), heart rate (HR), oxygen saturation (SatO₂), central venous pressure (CVP), body temperature (t⁰), and X-ray.

Results and Discussion: All patients in the early postoperative period was performed mechanical ventilation. Moreover, if the duration of mechanical ventilation in 1 group was limited to 2-6 hours in volume control (VC) direction, and in the 2 nd group its duration depending on the degree of development of PH was 2-5 days in pressure control (PC).

All patients in the early postoperative period indication administered with the aim of further improving the microcirculation appointed inotropic drugs (dopamine 4 % solution, 5 mg/kg/min) and dobutamin (5%-5ml, 5 mkg/kg/min) in / through the infusion pump, in order to infusion therapy: a solution of NaCl 0,9% + KCl 4 % + Glucosae 10% solution (intravenously drops). Services group 2 postoperatively administered dopamine 4% (5 mg/kg/min) in combination with 0.1 % epinephrine (0.1 mg/kg/min), another drugs by indications: dobutamin (5%-5ml, 2-15mkg/kg/min), benzogeksony (2.5% - 1 ml), milrinone (0.75mg/kg), Nitropress (solution of sodium nitroprusside in a dose 3mkg/kg/min) in/through the infusion pump.

After treatment in patients of group 1 decreased pulmonary vascular resistance and pulmonary artery pressure to 8-12 mm Hg, and the children in group 2 to 13,4-15 mm Hg

Conclusion: The proposed method of clinical management of children with ventricular septal defect complicated by pulmonary hypertension in the post surgery, reduces the high pressure in the pulmonary circulation by 5 - day to 15% and thereby shortens the treatment time in the CICU, reduces mortality of children after surgery.

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL FEATURES OF PATIENTS WITH DYSTHYMIC DISORDER

Usupova M.B., Sharipova F.K.
Tashkent pediatric medical institute

Introduction. There has been a steady increase in depressive disorders , which by the end of the XX century assumed the character of a "big epidemic " and become one of the global problems of the world community . Depression and anxiety disorders are the most common mental disorders in adults. According to calculations and forecast the Harvard School of Public Health , based on materials from the WHO and the World Bank , the depression in 1990 . severity of the leading causes of disease burden in 4th place , while the baseline scenario for 2020 will be released on the 2nd place after coronary heart disease (JL Murray, AD Lopez, 1996).

Extensive multicenter study ENA (Epidemiological Catchments Area - statistics centers of medical care) , showed that the probability of development throughout life of at least one depressive episode (according to the criteria DSM - III) is 4.4 to 18% . Similar figures (4.8 - 7.4%) were obtained as a result of a multicenter international epidemiological study (Ustun TV , Sartorius N., 1995).

The purpose and objectives of the study - the study of clinical and psychological characteristics of patients with prolonged depression neurotic level .

Material and methods of the study.. Pathopsychological survey was conducted in 14 patients with neurotic depression in treatment in the city clinical psychiatric hospital.

Results and discussion. In the formation of protracted depression neurotic level and their clinical and typological features involved a complex set of clinical , social, psychological and biological factors. Psychopathological family history is found in 26 % of cases of cerebro - organic failure - 14% , and individual personality traits in the form of reactive lability (12%), suspiciousness alarm (21%) , hypochondriacal (15%) , loneliness - 31% later beginning of depression - 12% , as well as long psychogenic situation in the field of family relationships (28%). Analysis syndromal depression neurotic structure allows to distinguish four main options differing nature of the dominant passion, as well as the depth of the depression and the main clinical and psychological characteristics . The most represented group in protracted depression are clinical cases with dominance asthenic (38%) and dreary affects (24%), somewhat less anxiety (22%) and asthenia , anxiety (16%).

Conclusions . Thus , clinical depression is characterized by significant levels of neurotic polymorphism and is shaping up as from the proper mood , and a complex set of psychopathological disorders , acting in a single syndrome. Given the complexity of factors contributing to lingering depression neurotic level , you must use differentiated psychopharmacological and psychotherapeutic treatment.

MEANING ENZYME IN VIRAL HEPATITIS IN CHILDREN

Utegenova S.K., Shadzhililova M.S.

Tashkent medical pediatric institute

Actuality. Currently, viral hepatitis remains one of the most pressing problems in infectious pathology. Vaccination against hepatitis B as a whole to the top of the analyzed 2013 in the Republic of Uzbekistan was registered 4586 cases of children that the intensity indicators were 52.0 per 100. Thousand people, and the end of the year decreased to 3656 (41.5 to 100.thousand. population). This term average level of Morbidity in the republic amounted to 244.4 100.thousand population.

Importantly, the high incidence of viral hepatitis (VH) in Uzbekistan, determined the incidence of children up to 14 years (91.6 %). From this perspective, an important role, along with specific prevention, the use of systemic enzyme plays in the complex treatment of viral hepatitis, as a method of realizing a pathogen tic approach and potentiating basic therapy, while ensuring the prevention of complications and relapses. Preparations for systemic enzyme therapy (SET) contain a combination of several high hydrolyses activity of the animal and vegetable origin. Following oral administration, they have an impact on the immune system, haemostasis, blood theology and metabolic processes and contribute to the elimination of the source of inflammation and tissue detritus protein toxic compounds produced during acute or chronic inflammatory process.

The purpose of this study was to investigate the dynamics of markers of cytolysis and influence «Wobenzym» on the structural and functional state of the liver in viral hepatitis in children.

Material and methods: In the clinic of infectious disease study were 24 patients with chronic viral hepatitis with predominant prevalence hepatomegalii. SET administered in the presence of minimal or moderate activity transamenaz (ALT level higher than normal in no more than 1.5-2), as well as his parents' wishes of the patient complete treatment was completed in 21 patients (87.5%). Absorption of enzymes occurs in the small intestine. Therefore, for better absorption of drugs SET recommended taking 30-40 minutes before eating, drinking plenty of water.

Comprehensive assessment included clinical examination and by body systems , ultrasound of the liver and biliary tract , clinical blood and urine tests , biochemical blood analysis and research on specific markers of viral hepatitis by immunoassays (HbsAg, HbeAg). Patients were divided into 2 groups: primary (12 children) and control group (12 children). Patients in both groups received standard therapy. The main group got into «Wobenzym» within 30 days. «Wobenzym» appointed from the second week of hospitalization.

Results and Discussion: The positive impact «Wobenzym» and obtained from all 12 patients with viral hepatitis: Compared to the control group are faster (by 4-4.5 days) into an improvement in general condition, improved appetite. Comparison of the dynamics reduce ALT, AST, liver size , timing recovery was noted not later than 3 weeks of taking the drug in the main group of patients.

Conclusions: Despite the small number of observations can be assumed positive effect of «Wobenzym as the character in the course of viral hepatitis A and B in children.

THE STATE OF THE RENAL FUNCTION IN PATIENTS WITH THE CHRONIC HEART FAILURE

Xodjanova Sh.I., Asomov M.I., Gaffarova F.K.
Tashkent Pediatric Medical Institute

Topicality: Taking into account the increasing prevalence of chronic heart failure (CHF) and prognostic value of renal dysfunction in patients with CHF without concomitant renal disease, the study of renal function in patients with CHF is a relevant task.

Aim: To study the state of renal function depending on the stage and FC CHF in patients with coronary heart disease (CHD), stable angina pectoris FC II-IV.

Material and methods: The study included 40 patients from unit of emergency cardiology with coronary artery disease: stable angina pectoris FC II-IV, complicated by CHF I, II A, II B, FC stage II-III. As a control group, examined 30 CHD patients with stable exertional angina pectoris FC II-IV, without clinical manifestations of the heart failure. Mean age of patients was (64±3.6). Patients underwent clinical, laboratory and instrumental investigations. Determined by complete blood count, level of creatinine. Clearance of creatinine is calculated by Cockcroft - Gault and the glomerular filtration rate (GFR) by MDRD (Modification of Diet in Renal Disease Study).

Results of the study: In the study group of 22 patients with chronic heart failure stage I and class II the creatinine concentration was within the normal range (71-115 mmol/l), 14 patients with CHF II and FC III slightly increased (up to 123 mmol/l in women and 132 mmol / l in men), 4 patients with CHF II A stage and FC III significantly increased (>123 mmol / l in women and > 132 mmol / l in men. Normal levels of GFR (>90 ml / min) were detected in 5 (12.5 %) patients, the decline of GFR into 60-89 ml / min was observed in 18 (45%) ($p < 0.05$) patients, decline of GFR into 30-59 ml/min in 17 (42,5%) ($p < 0.05$) cases. In the control group the concentration of creatinine in the serum was normal in 27 patients (90 %) ($p < 0.05$) and a slightly elevated in 3 (10%) patients. Calculated normal levels of GFR (>90 ml/min) were detected in all patients. It is revealed also that in a significant portion of patients with CHF was observed the iron-deficiency anemia. Prevalence of anemia increased with the severity of heart failure and loss of kidney function. In patients with CHF II A, FC II the iron-deficiency anemia was observed in 28,6 % of cases and 50 % in patients with CHF II B, FC III.

Conclusions: Increase of CHF FC leads to an increased incidence of chronic kidney disease (CKD). In patients with CHF II stage and FC II the chronic kidney disease observed much less frequently than in patients with CHF II stage FC III and IV. With the progression of heart failure and cardiac output, further reducing blood flow in the arterioles reduced so much that renal perfusion pressure, FF and GFR are reduce and serum creatinine concentration increases. Thus, the study of the kidneys is one of the main prognostic factors in patients with severe CHF. This indicates to conduct further research that could offer new tools and morphological criteria for the diagnosis of renal dysfunction in patients with CHF.

ARTERIAL HYPERTENSION IN COMBINATION WITH METABOLIC SYNDROME

Zakirova U.R., Gaffarova F.K.

Tashkent pediatric medical institute

The research goal. Study of the patients with arterial hypertension and metabolic syndrome.

Materials and methods. The analyzed data of clinical and laboratory studies 40 patients with arterial hypertension with metabolic syndrome.

Results. All patients diagnosed with overweight/obesity, fat distribution abdominal type and diabetes mellitus type 2.

At 10.1% of patients were diagnosed with arterial hypertension of the I degree, 57.0% - arterial hypertension of II degree (32.9% of cases of arterial hypertension of the 3rd degree.

In all patients with arterial hypertension with metabolic syndrome decreased office systolic and diastolic blood pressure (14.5-23.6%, respectively), and average daily and middle systolic and diastolic blood pressure, installed when conducting daily monitoring (6.7-19%, respectively).

From 16.4% to 27% of patients with arterial hypertension with metabolic syndrome were detected and various disorders of carbohydrate metabolism (prandial hyperglycemia, impaired glucose tolerance, fasting hyperglycemia in combination with impaired glucose tolerance). Fasting hyperinsulinemia and after the test glucose tolerance (TSH) were determined at 17.7% and 90.5% of patients, high concentrations of C-peptide fasting and after TSH - 16.8% and 77.7% of patients, respectively. Insulin resistance was registered in 47.4% of cases (and hungry (on empty stomach exercise induced glycemic indexes, the indexes of insulin and HOMA-IR).

At 48.7-64% of patients with arterial hypertension with metabolic syndrome were diagnosed dyslipidemia IIa type, have 32.6-44.7% - IIb type classification D.S. Fredrickson (1965), ranked as the most atherogenic.

In our study we 26.3-43.8% of patients with metabolic syndrome was registered hyperuricemia. Microalbuminuria were diagnosed in 12.5-26.3% of patients with MS.

When studying plasma hemostasis in patients with arterial hypertension with MS found that only the content; fibrin monomer complex in the blood were significantly higher (up to 3.5 mg%). It is known that; fibrin monomer complex are intermediate products fibrinogen in fibrin. The increase of their concentration in the bloodstream attests thrombinemia and hypercoagulation.

According to the data in patients with arterial hypertension with metabolic syndrome should be carried out a combined antihypertensive therapy taking into account the main links of the pathogenesis of the metabolic syndrome.

The conclusions. Thus, adequate combination antihypertensive therapy should ensure the correction of the main links of the pathogenesis of the metabolic syndrome: violation of the regulation of carbohydrate metabolism, dyslipidemia, hyperuricemia, obesity, microalbuminuria, increase aggregative ability of platelets, giperkoagulyatsia and hypofibrinolysis.

ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕВРОТИЧЕСКОГО ЭНУРЕЗА У ДЕТЕЙ

Аббасова Д.С., Абдуллаева В.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Согласно МКБ-10, невротический энурез классифицирован в гетерогенную группу F9 «поведенческих и эмоциональных расстройств, начинающиеся в детском и подростковом возрасте». Основанием для данного классификационного подхода, синдромологического, послужил возраст манифестации энуреза и клинические проявления в виде эмоциональных и поведенческих нарушений. Актуальность определяется широкой распространенностью эмоциональных нарушений среди дошкольников. Они входят в структуру неврозов, неврозоподобных расстройств, являются коррелятом предболезненных состояний. Общепризнанным в настоящее время является первостепенное значение эмоционального благополучия для социально-личностного становления детей. Формирование мотивов и потребностей, волевой регуляции поведения, самооценки, мировосприятия является естественным продолжением раннего аффективного развития ребенка. В то же время пластичность высшей нервной деятельности, незавершенность становления устойчивой структуры личности, податливость дошкольника по отношению к воспитательным воздействиям служат надежным гарантом эффективности своевременной психокоррекционной работы.

Цель и задачи исследования – анализ факторов возникновения невротического энуреза.

Материал и методы исследования. Клинико-психопатологическим и катamnестическим методом было обследовано 18 детей с невротическим энурезом в возрасте 5-10 лет.

Результаты исследования и обсуждение. В ходе настоящего исследования был проведен анализ всех факторов, внутренних (биологических) и внешних (средовых), оказывающих влияние на возникновение энуреза. Было изучено влияние генетического фактора на возникновение энуреза. В 17,9% случаев один из родителей в детстве страдал энурезом различной степени выраженности. Клинико-анамнестический метод исследования позволил в подавляющем большинстве случаев (93,7%) установить влияние патогенных факторов, действующих в пренатальном и перинатальном периодах и приводящих к резидуально-органическому церебральному поражению. Высокий процент экстрагенитальной патологии у матерей сопровождался нарушениями физиологического течения беременности и патологически протекающими родами. Так, обострения хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта у будущих матерей были установлены в 45,3% случаев, анемия сопровождала беременность женщин в 40,0% случаев. Нейроциркуляторная дистония с вазовегетативными расстройствами и начальными проявлениями гипертонической болезни наблюдалась у 33,7% беременных женщин в период беременности. Акушерско-гинекологический анамнез матерей был отягощен предшествующими самопроизвольными выкидышами, искусственными абортami, неблагоприятным течением и исходом предыдущих беременностей, родов в виде случаев мертворожденна и родовой травмы в 70,5% случаях. Патологические роды были представлены в 77,9% случаях.

Выводы. Таким образом, в происхождении энуреза определенную роль играют биологические и средовые факторы. Ведущее значение в группе биологических факторов имеют резидуально-органическая церебральная недостаточность, обусловленная повреждающим воздействием на мозг патогенных факторов в пре- и перинатальном периодах (93,7%). Конституциональным факторам отводится роль неблагоприятным микросоциальным факторам, триггеров, обуславливающих манифестацию энуреза (30,5%).

ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ С НЕВРОТИЧЕСКИМ ЭНУРЕЗОМ

Аббасова Д.С., Абдуллаева В.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. В последнее десятилетие отмечен стремительный рост числа непсихотических психических нарушений в детско-подростковой популяции. Сложившаяся ситуация обусловлена, прежде всего, влиянием социально-экономических и экологических факторов (Александровский Ю.А., 2000; Мазаева М.А., 2001). К одному из наиболее распространенных в детском возрасте системных расстройств, нарушающих социальное функционирование, относится энурез (Ковалев В.В., 2005). Согласно данным исследователей, распространенность энуреза среди населения в зависимости от возраста варьирует в широком диапазоне - от 0,5 до 28% (Яременко Б.Р., 2009; Kanaheswari T., 2003; Wadic G., 2004).

Цель и задачи исследования – изучение особенностей аффективных расстройств у детей с невротическим энурезом.

Материал и методы исследования. Было обследовано 18 детей с невротическим энурезом, находящихся на стационарном лечении в Городском детском психоневрологическом центре г.Ташкента, в возрасте 5-10 лет. Использованы клинико-психопатологический и катamnестический методы исследования.

Результаты исследования и обсуждение. На психомоторном этапе (в возрасте 5-10 лет) ведущим среди психопатологических нарушений был астено-гипердинамический (гиперкинетический) синдром различной степени выраженности - 82,1% случаев. Гиперкинетический рисунок поведения дополнялся повышенной истощаемостью нервно-психических процессов, нарушениями внимания, несформированностью мотивационно-волевой сферы, что проявлялось рассеянностью, отвлекаемостью, быстрой утратой интереса к долгосрочной деятельности. Аффективная неустойчивость в возрасте 5-7 лет проявлялась повышенной раздражительностью, плаксивостью, капризами, эксплозивными вспышками, сопровождая импульсивные поступки. В возрасте 7-8 лет аффективные реакции возбудимого крута, приобретая облигатную форму, оказывали влияние на формирование характерологических особенностей. У 41,1% детей доминирующими чертами характера являлись повышенная возбудимость, конфликтность, упрямство, эгоизм и злопамятность. Именно у этой категории детей возникали патохарактерологические реакции активного протеста, клинически очерченные дисфорические состояния продолжительностью от нескольких минут до получаса частотой 3-5 раз в месяц.

Обусловленные началом аффективного этапа психического реагирования, в возрасте 7 лет манифестируют невротические реакции, как адекватное отражение неразрешимой для ребенка социально значимой ситуации. Их особенность заключалась в кратковременности, нестойкости, синдромальной незавершенности, малой степени выраженности - у 74,7% детей. Анализ структуры невротического синдрома позволил выделить четыре его основных признака: наличие энуреза, поддерживающего невротический симптомокомплекс, фобический компонент, субдепрессивная реакция личности на специфическую несостоятельность, пассивно-оборонительные реакции в виде «избегающего» поведения.

Выводы. Таким образом, в дошкольном возрасте доминируют психомоторные расстройства с астено-гипердинамическим (гиперкинетическим) синдромом (82,1%). В младшем школьном возрасте ведущими являются церебрастенический синдром и эмоциональные расстройства с преобладанием аффективно-возбудимых и вторичных невротических реакций.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ СПАЗМА АККОМОДАЦИИ

Абдувалиев А.А., Вахобов В.Ф.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. До недавнего времени возникновение и прогрессирование спазма аккомодации и миопии наблюдались преимущественно в юношеском и подростковом возрасте.

В последние годы продолжающееся увеличение объема зрительной работы, в том числе и с использованием дисплейного оборудования (компьютеры, электронные книги, сотовые телефоны, игровые консоли и т.д.) привело к увеличению количества пациентов со спазмом аккомодации [Culhane H.M., Winn B., 2009; Rosenfield M., 2011].

Современная компьютеризация населения привела к появлению так называемого компьютерного зрительного синдрома, проявляющегося с астенопическими жалобами у пользователей персональными компьютерами и нередко приводящего к развитию спазма аккомодации и миопии у взрослых. [Егоров И.А., 2003, Сагадатова Н.М., 2004, Корнюшина Т.А., 2000].

Цель исследования. Оценить эффективность комплексного лечения больных со спазмом аккомодации методом электростимуляции.

Материал и методы. В клинике «Шифо-Нур» и глазном отделении 3-клиники ТМА нами было обследовано 30 больных (60 глаз) в возрасте от 18 до 40 лет со спазмом аккомодации.

Для оценки эффективности предложенной нами терапии больные были разделены на 2 группы:

Группа– контрольная, 15 больных, которые получают традиционное лечение.

1. Sol.Midriacili 1% по 1капле 1 раз в/д, на ночь N10
2. Tab.No-shpa 40mg по 1таб 2 раза в/д N10
3. Вит В комплекс по 2,0 мл в/м N10
4. Sol.Эмохурин 1% по 0,5 п/б N10
5. Упражнение для глаз «Метка на стекле» в течение 3-5 мин каждый день.
6. Тренировочные очки по 30 мин в день, N10

II группу-основную составили 15 больных, которым было назначено традиционное лечение первой группы из электроокулоустимуляция прибором ЭСОМ(10 сеансов продолжительностью 10-12 минут).

Всем больным проводились стандартные офтальмологические обследования: визиометрия, скиаскопия, тонометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия, а так же специальные методы обследования: авторефрактометрия, определение объема аккомодации.

Результаты и обсуждение. После анализа проведенных клинических исследований в динамике было выявлено улучшение остроты зрения у 12 пациентов(80%) в основной группе, что в 1,5 раза больше, чем в контрольной. А в контрольной группе улучшение остроты зрения наблюдалось только у 8 пациентов(53%). Увеличение запаса относительной аккомодации в основной и контрольной группе обнаружено у 11 пациентов(73%) и 7 пациентов(46%) соответственно. Таким образом показатели увеличения запаса относительной аккомодации в 1,6 раз больше в основной группе, чем в контрольной.

Выводы. По результатам проведенных исследований было установлено улучшение зрительных функций и увеличение запаса относительной аккомодации при использовании электростимуляции в комплексном лечении спазма аккомодации.

КЛИНИКО - ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЦИДИВИРУЮЩИХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ И ПУТИ ИХ КОРРЕКЦИИ

Абдумуминова К.С., Каримова М.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Рецидивирующие инфекции являются довольно частой формой респираторной патологии у детей раннего и дошкольного возраста. Одним из важных факторов способствующих развитию рецидивирующих респираторных инфекций (РРИ) является снижение иммунологической реактивности организма ребенка. Большую роль в развитии РРИ занимают вторичные иммунодефицитные состояния, изучение и коррекция которых является актуальным, как с точки зрения научной, так и практической педиатрии, что и обусловило цель нашего исследования.

Цель исследования. Изучить особенности клинических проявлений, состояние иммунитета у детей с РРИ и разработать новые подходы к коррекции выявленных нарушений.

Материалы и методы. Обследовано 50 детей в возрасте от 1 до 6 лет больных рецидивирующими респираторными инфекциями. Из них 28 (56%) мальчиков и 22 (44%) девочки. Контрольную группу составили 20 практически здоровых детей. Оценку состояния иммунной системы проводили по экспрессии антигенов CD: CD3, CD4, CD8 в реакции розеткообразования с помощью моноклональных антител производства ООО Сорбент, Россия. Для коррекции иммунного статуса использован гомеопатический препарат “Иммунокинд”.

Результаты и обсуждения. Установлено, что характер клинической картины РРИ во многом обусловлен патогенными свойствами возбудителя. Несмотря на существующее многообразие этиологических факторов, приводящих к развитию РРИ, у обследованных нами больных выявлен схожий симптомокомплекс. Основными клиническими проявлениями РРИ были: кашель - 100%, лихорадка - 78%, симптомы интоксикации - 62%, насморк - 54%, боль в горле - 38%. Результаты изучения иммунного статуса у детей с РРИ показывает, что в обеих возрастных группах (1-3 года и 4-6 лет) выявлено достоверное повышение числа лимфоцитов периферической крови в стадии обострения заболевания $-51,1 \pm 3,5\%$ и $50,1 \pm 3,2\%$. Установлено снижение относительного числа CD3+ клеток в стадии обострения заболевания $- 53,1 \pm 3,8\%$ и $57,3 \pm 4,1\%$. При анализе содержания $- 29,5 \pm 2,6\%$ и $26,0 \pm 2,6\%$, относительное значение CD8+ клеток было достоверно повышено $27,3 \pm 1,0\%$ и $26,9 \pm 1,7\%$. Анализ соотношения CD4+/CD8+ показал значительное снижение иммунорегуляторного индекса (ИРИ) до 1,06 у детей 1-3 лет и 0,98 в группе детей 4-6 лет в стадии обострения заболевания. Включение Иммунокинда в комплексную терапию РРИ, которая способствует более быстрой регрессии, как клинических проявлений, так и иммунологических показателей заболевания и более благоприятному течению и исходу заболевания.

Выводы. Таким образом, полученные данные указывает на имеющийся у детей с РРИ дефицит клеточного звена иммунитета. Обнаружение изменения иммунного статуса, являясь интегральным показателем, отражающим неблагоприятное суммарное влияние ряда факторов на организм ребенка, позволили понять учащение числа случаев рецидива заболевания. Гомеопатическая иммунокоррекция является эффективным, физиологичным методом профилактики и лечения детей с РРИ.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ НА ЭТАПАХ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ СПОРТСМЕНОВ С ТРАВМАМИ И ЭНТЕЗОПАТИЯМИ КОЛЕННЫХ И ГОЛЕНОСТОПНЫХ СУСТАВОВ

**Абдураимов О., Усманходжаева А.А.
Ташкентская медицинская академия**

Цель: Изучить эффективность применения метода ударно волновой терапии в комплексном лечении спортсменов игровых видов спорта с травмами и энтезопатиями суставов.

Материалы и методы: В исследовании были включены 34 спортсмена футболиста и 18 спортсменов баскетболистов, предъявляющих жалобы на болезненность в области коленного сустава и голеностопного суставов. Средний возраст пациентов $23 \pm 5,6$ (от 20 до 29 лет). В методы исследования были включены: сбор спортивного анамнеза, соматоскопия, исследование подвижности суставов, а также ультразвуковая визуализация коленных суставов, которая проводилась на аппарате MindrayDC-6. Спортсмены были разделены на две группы: в первой группе пациенты получали медикаментозное лечение, восстановительную терапию и физиотерапию. Вторая группа включала в себя пациентов, получающих ударно волновую терапию, медикаментозное лечение, лечебную физкультуру и физиотерапию. УВТ проводилась на аппарате BTL-5000 SWT POWER с параметрами терапии: давление 2 Бар, частота 10 Гц, количество импульсов 3000, диаметр головки 15 мм, частота процедур каждые 3-4 дня, количество процедур от 3-6.

Результаты: При ультразвуковом исследовании были выявлены энтезопатии: арех-синдром (19 чел.), энтезопатия гусиной лапки (8 чел.), энтезопатия боковых связок сустава (20 чел.), энтезопатия дистального отдела собственной связки надколенника (5 чел.). Оценивая результаты комплексного лечения энтезопатии коленного сустава можно сказать что 87,5 % случаев отмечалась стойкая положительная динамика в уменьшении болевого синдрома и возврата спортсменов к обычному режиму тренировок уже в течении первых 2-3 недель.

Выводы: Хронический травматизм является фактором развития воспалительных и дегенеративно-дистрофических процессов в коленных и голеностопных суставах у спортсменов игровых видов спорта. Ранняя профилактика и своевременная комплексная терапия необходима для спортсменов, зачастую развитие патологических процессов требует оперативного вмешательства. Одним из современных и эффективных методов, обладающих специфическим физиологическим действием, в процессе восстановления связочного аппарата суставов является ударно-волновая терапия. Также имеется диагностическая ценность ультразвукового исследования в установлении признаков патологических изменений коленного сустава, а именно энтезопатии. Целесообразно включить данный метод исследования и лечения данной патологии коленного и голеностопного суставов в алгоритм лечения и диагностики.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КУРЕНИЯ НА ФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ ПЛЕЧЕВОЙ АРТЕРИИ

Абдурахимов Ф., АУмарова Д.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Распространенность курения табака среди населения земного шара, по данным различных исследований, составляет от 40 до 60%. Выяснено, что риск развития атеросклероза и инфаркта миокарда (ИМ) при курении увеличивается в 1,5-6 раз (Арутюнов Г.П., 2003). Сигаретный дым содержит много оксидантов, вызывающих оксидативный стресс эндотелиальных клеток (ЭК) (Santo-Tomas M. и соавт. 2002). Курение приводит к повреждению эндотелия, как в периферических, так и коронарных артериях. Это ведет к функциональным и структурным изменениям, в том числе и нарушениям эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД).

Цель исследования:изучить влияние курения на показатели эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) плечевой артерии.

Материалы и методы исследования:методом анкетирования и опроса были отобраны 15 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 были анализированы данные анамнеза и результаты общеклинического обследования (измерение артериального давления (АД), пульса, роста, веса и индекс массы тела (ИМТ)). Критериями исключения из исследования были: прием любых медикаментов, витаминов, злоупотребление алкоголем, наркотическая зависимость, артериальная гипертония, сахарный диабет, тяжелые заболевания, отклонения в анализах крови. Измерения диаметра плечевой артерии (ПА) и скоростных показателей функции эндотелия проводились на УЗ сканере высокого разрешения Sonoscape SSI-5000 с линейным датчиком 7,5МГц. С целью минимизации факторов, влияющих на результаты исследования, все измерения проводились утром между 8:00 и 10:00ч. утра после не менее 10-часового голодания и воздержания от курения.

Результаты исследования: после первого измерения функции эндотелия с целью оценки острого эффекта курения проводилось второе измерение ЭЗВД ПА. Для этого обследуемые через один час после первого измерения функции эндотелия выкуривали сигарету, и через 20 минут после этого проводилось второе измерение функции эндотелия. Диаметр артерии измеряли на фиксированном расстоянии от анатомических маркеров с помощью измерителей ультразвукового прибора. Изменения диаметра сосудов после реактивной гиперемии оценивали в процентном отношении к исходной величине. Нормальной реакцией плечевой артерии принято считать ее дилатацию на фоне реактивной гиперемии более чем на 10% от исходного диаметра. Меньшее значение дилатации или вазоконстрикцию расценивали как патологическую реакцию. Диаметр аорты (Да) в контрольной группе здоровых добровольцев до 25 лет составил $3,0 \pm 0,06$ см, в группе здоровых добровольцев до 30 лет $3,1 \pm 0,04$ см. Прирост диаметра ПА у курящих составил: 11,2% в первой возрастной подгруппе, 8,5% - во второй, в группе контроля: 12,1%; 10,3% соответственно.

Выводы: таким образом, дисфункция эндотелия в настоящее время может рассматриваться в качестве раннего маркера развития и прогрессирования атеросклероза. А так же толщина комплекса интима-медиа у курильщиков тесно коррелирует с возрастом и количеством выкуриваемых сигарет.

СОЦИАЛЬНАЯ СРЕДА КАК ФАКТОР РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВОЗДУШНО-КАПЕЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ В г.ТАШКЕНТЕ

Абдурахимова Д., Абдуллаева У.У.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: Воздушно-капельные инфекции - самые распространенные на земном шаре заболевания. Ежегодно в мире регистрируется более 1 млрд больных ВКИ, а 70% заболеваемости приходится на детский возраст. Грипп по своей социальной значимости находится на первом месте среди всех болезней человека. Заболеваемость гриппом и ОРВИ превышает суммарную заболеваемость всеми остальными инфекциями.

Целью исследования явилось изучения влияния социальных факторов на распространение ВКИ.

Материалы и методы: нами было изучено заболеваемость ВКИ в г.Ташкенте за 2012–2014 гг. и связь заболеваемости с социальными факторами посредством корреляционного анализа.

Результаты: В 2013 году на территории г.Ташкента зафиксировано 7380 (показатель на 100 000 населения) случаев заболеваний воздушно – капельными инфекциями, что на 0,75% ниже, чем в 2012 году. В общей структуре инфекционных болезней в городе доминирующее значение имеют грипп и острые инфекции верхних дыхательных путей, на долю которых приходилось 94 и 97% в 2013 и 2014 гг. соответственно; инфекций с воздушно-капельным механизмом передачи возбудителя (без гриппа и ОРВИ) – 6 и 3% в 2013 и 2014 гг. соответственно. При сравнении данных по заболеваемости в г.Ташкенте с такими же показателями по Узбекистану выявляется схожая тенденция по показателям заболеваемости гриппом и ОРВИ, краснухой, менингококковой инфекцией, коклюшем, корью. Нами установлено, что удельный вес воздушно-капельных инфекций в общей структуре инфекционной заболеваемости в городе определяется в значительной мере зависимостью от социальной среды. Для г.Ташкента наиболее значимыми из социальных факторов оказываются, интенсификация «маятниковой» миграции населения, формирование крупных постоянных детских коллективов, удлинение транспортных магистралей и увеличение объема пассажирских перевозок, ускорение передвижения населения из города в город (Ташкент-Самарканд) за счет скоростных транспортных средств, а также изменения естественных демографических процессов.

Выводы: Экологические последствия реализации этих социальных факторов заключаются в активизации капельного механизма передачи, активизации обмена возбудителями между жителями различных районов города, а также снижении неспецифической резистентности городского населения к инфекциям. Все это в свою очередь приводит к следующим изменениям в проявлении эпидемического процесса: к сокращению интервалов между периодическими подъемами заболеваемости, стиранию различий в эпидемиологических особенностях инфекций в крупных городах и мелких населенных пунктах, а также к возникновению локальных вспышек в детских коллективах.

**СУТОЧНОЕ КОЛЕБАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У
НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС
Абдурахманова.Б.Р., Гулямова.М.А., Файзиходжаева Н.
Ташкентский педиатрический медицинский институт**

Актуальность: Артериальное давление- важнейший индикатор функционирования сердечно-сосудистой системы. Изменение артериального давления в раннем неонатальном периоде может быть предиктором дальнейших возможных нарушений гемодинамики.

Цель: Изучить суточное колебание артериального давления у недоношенных детей с поражением ЦНС.

Материалы и методы исследования: Под наблюдением находилась 10-детей, родившихся на 30-36 неделях срока гестации с поражением ЦНС. Проводилось мониторирование суточного колебания артериального давления в течение суток методом осциллографии у недоношенных детей с поражением ЦНС.

Результаты исследования: Анализ исследований показал, что среди обследуемых новорожденных мальчиков было 60%, а девочек - 40%. Масса тела при рождении составила от 1500г до 2300г; Оценка по шкала Апгар 6/7 до 7/8 баллов. Все дети находилось в ОРИТ. С диагнозом «Перинатальным поражения ЦНС» В период проведения мониторирования клиническое состояние детей было стабильным. Мониторирование проводилось каждые 3 часа (9, 12, 15, 18, 21, 24, 3,6) У обследуемых новорожденных матери имели отягощенный акушерский анамнез. Мониторинг измерения артериального давления у новорожденных показал, что колебания систолического давления наблюдалось в пределах 52-67 и средний показатель был $59,4 \pm 8,9$. Колебания диастолического давления было в пределах 42-49 и средний показатель был $46,3 \pm 8,9$. Число сердечных сокращений колебалось, наблюдалось в пределах 144 до 158 и средний показатель был $151,8 \pm 7,8$. Необходимо отметить, что средний показатель систолического давления в 9 00 утра составил $58,9 \pm 3,0$, диастолического $45,8 \pm 0,7$, число сердечных сокращений $151,8 \pm 0,5$; средний показатель систолического давления в 12 00 в - $61,9 \pm 0,7$; диастолического - $46,1 \pm 0,6$; число сердечных сокращений $153,7 \pm 0,7$; средний показатель систолического давления в 15 00 ч $61,9 \pm 0,8$; диастолического $47,1 \pm 0,5$; число сердечных сокращений $153,2 \pm 0,6$; средний показатель систолического давления в 18 00 ч - $62,6 \pm 0,9$; диастолического - $46,3 \pm 0,7$; число сердечных сокращений $150,2 \pm 0,5$; средний показатель систолического давления в 21 00 ч $62,3 \pm 0,8$; диастолического $47,3 \pm 0,5$, число сердечных сокращений $149,9 \pm 0,4$; средний показатель систолического давления в 24 00 ч $61,8 \pm 0,7$; диастолического $48,5 \pm 0,6$; число сердечных сокращений $154,8 \pm 0,6$; средний показатель систолического давления в 3 00 ч $53,4 \pm 1,2$; диастолического $44,5 \pm 0,5$; число сердечных сокращений $143 \pm 0,4$; средний показатель систолического давления в 6 00 ч $54,7 \pm 1,1$; диастолического $46,9 \pm 0,6$; число сердечных сокращений $146 \pm 0,4$.

Выводы: таким образом у недоношенных новорожденных при проведение СМАД выявляются периоды артериальной гипотензии. Для адекватной оценки суточного ритма артериального давления у новорожденных в раннем неонатальном периоде предлагается выделение периодов сна и бодрствования.

ЧАСТОТА И ХАРАКТЕР СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ ПОЛИРЕЗИСТЕНТНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Абдусаламова М.И., Ташпулатова Ф.К., Хакимов М.А
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Проблема лекарственно устойчивого туберкулеза легких является глобальной проблемой современности. Клинические особенности течения, низкая эффективность лечения, высокая частота развития побочных реакций от химиотерапии при лекарственно устойчивым туберкулезе диктует глубокого изучения отягчающих факторов риска. Одним из таких факторов являются наличие сопутствующей патологии.

Цель: Определить частоту и характер сопутствующих заболеваний у больных полирезистентным туберкулезом легких.

Материал и методы: Обследовано 128 больных с множественно лекарственно устойчивым туберкулезом легких

Распределение больных по полу: Мужчин 74 (57,8%), женщин 54 (42,1%). Первичная лекарственная устойчивость наблюдалась у 25 (19,5%), вторичная-у 103 (80,45%). В целях диагностики сопутствующих заболеваний применяли клинические, лабораторные и биохимические и ультрасонографические методы диагностики, функциональные исследования сердечно-сосудистой системы, бронхо-легочной системы, фибробронхоскопию и фиброгастродуоденоскопию.

Результаты: Среди обследованных больных превалировал фиброзно-кавернозный – у 72 (56,2%) и инфильтративный туберкулез легких - у 38 (29,6%).

Сопутствующие заболевания были выявлены -у 87 (67,9%), в том числе сахарный диабет - у 15 (11,7%), ХОБЛ –у 8 (6,25%), хронический бронхит -у 9 (7,0%), ИБС - у 2(1,5%), гипертоническая болезнь –у 2 (1,5%), анемия – у 22 (17,1%), хронический гастродуоденит – у 3 (2,3%), язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки – у 1 (0,7%), язва желудка – у 5 (3,9%), гепатохолисититы – у 2 (1,5%), вирусные гепатит В – у 5 (3,9%), вирусные гепатит С – у 5 (3,9%), вирусные гепатит А – у 1 (0,7%), цирроз печени – у 2(1,5%), камен желчного пузыря – у 2 (1,5%), СПИД – у 3 (2,3%).

Вывод: У обследованных больных сопутствующие заболевания выявлены у 87(67,9%) больных, что указывает на наличие тяжелого контингента обследованных больных.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАПИЛЛОМАТОЗА ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ

Авлиёкулов Х.Х., Карабаев Х.Э.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Проблема папилломатоза гортани (ПГ) у детей остается одной из самых актуальных в современной оториноларингологии. Считается, что причиной развития ПГ является вирус папилломы человека (ВПЧ) 6 и 11 типа. Как известно, контроль за пролиферирующими и вирус инфицированными клетками осуществляется системой иммунобиологической реактивности. Дефекты последних отражаются на жизнедеятельности вирусов и динамике роста папилломы. Следовательно, исследование преморбидного фона организма при ПГ представляется целесообразным и может иметь практическую значимость.

Цель исследования. Изучить преморбидный фон папилломатоза гортани у детей.

Материал и методы. Обследовано 37 детей с ПГ в возрасте от 2 месяцев до 14 лет, из них у 21 папилломатоз был первичным, у 16 рецидивирующим. Мальчиков было 14 (37,8%), девочек -23 (62,3%).

Результаты и обсуждение. В наших наблюдениях пик заболеваемости приходился на возраст от 3 до 9 лет. Как правило, ранние признаки заболевания проявляются нарушением функции голосообразования, что имело место у всех наблюдаемых детей. У 3 детей наблюдалась афония. У двух детей хриплый голос и нехватка воздуха наблюдались с рождения.

Среди матерей у 37 детей с ПГ только у 9 были обследованы у гинеколога, при этом у двух установлена кондилома шейки матки. К гинекологу женщины обратились по поводу воспалительных заболеваний матки и ее придатков, и кондилома была случайной находкой. Возможно, заражение детей вирусом ПГ произошло во время родов.

У 2 детей были признаки родовой травмы. 5 детей (9,6%) находились на искусственном вскармливании. У 10 (19,2%) отмечена в анамнезе перенесенная пневмония, ангина, отиты, ОРВИ. У 14 (37,8%) матерей имела место железодефицитная анемия. Таким образом, преморбидный фон у большинства больных с ПГ был отягощенным.

Выводы. Факторами способствующими развитию ПГ являются отягощенный акушерский анамнез, ранний перевод на искусственное вскармливание, вирусно-бактериальная инфекция, травма, анемия беременных и кондилома родовых путей.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ РЕФЛЕКСОВ НОВОРОЖДЕННЫХ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Агзамходжаева Б.У., Садыкова Г.К.,

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Интенсивное развитие перинатальной медицины и внедрение в практику новых технологий выхаживания новорожденных позволили в последние десятилетия снизить показатели перинатальной и ранней неонатальной смертности. Однако распространенность неврологических осложнений остается достаточно высокой. Совершенствование реанимационной помощи новорожденным обуславливает выхаживание глубоко недоношенных детей и детей раннее считавшихся некурабельными. Вследствие этого, в последние десятилетия отмечается тенденция к увеличению количества детей с различными нарушениями психомоторного развития.

Цель исследования: изучить оценку состояния рефлексов новорожденных у недоношенных детей.

Материалы и методы исследования: Исследование проводилось в институте Педиатрии в отделении неонатологии. Нами было обследовано 11 детей из них 7 девочек, 4 мальчика. В исследование включены дети со сроком гестации от 30 до 34х недель. Исследование рефлекторной сферы у недоношенных детей проводилось по схеме неврологического осмотра недоношенного ребенка (Пальчик А.Б.).

Результаты: Исследование рефлексов орального автоматизма показало: у всех детей был резко снижен сосательный рефлекс, поэтому им питание осуществлялось парентеральным путем или через зонд. Остальные рефлексы орального автоматизма такие как поисковый, хоботковый, ладонно ротовой не вызывался у 6х детей (срок гестации 30-32 недели), у 5х детей вызывался вяло (срок гестации 33-34 недели). Из рефлексов спинального автоматизма – вызывался защитный и рефлекс Моро, остальные рефлексы не вызывались и были резко заторможены.

Вывод: Наши исследования показали что у недоношенных детей при отсутствии или заторможенности рефлексов орального и спинального автоматизма защитный рефлекс возникает одним из первых.

ВЗАИМОСВЯЗЬ И ВЗАИМООБУСЛОВЛЕННОСТЬ ДИСБАКТЕРИОЗА КИШЕЧНИКА И ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ

Азизхужаева М. А., Каримова М.Н

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Среди многообразия аллергических заболеваний особое внимание следует уделять пищевой аллергии, как одному из наиболее ранних и частых клинических проявлений аллергии. Проблема пищевой сенсибилизации наиболее актуальна для детей первых лет жизни. Не менее актуальна проблема дисбактериоза кишечника, проявления которого также наиболее характерны для детей раннего возраста. Изучение взаимосвязи и взаимообусловленности этих двух патологических состояний важно, как с точки зрения научной, так и практической педиатрии, что и обусловило цель нашего исследования.

Цель исследования. Изучить взаимосвязь и взаимообусловленность дисбактериоза кишечника и пищевой аллергии у детей.

Материал и методы исследования. Обследован 81 ребенок в возрасте от 1 до 5 лет (средний возраст $2,4 \pm 0,07$ лет), из них 61 больной пищевой аллергией и дисбактериозом кишечника и 20 практически здоровых детей аналогичного возраста, составивших контрольную группу. Из 61 больных: мальчиков 34 (55,7%), девочек 27 – (44,3%), в контрольной группе: 11 (55,0%) мальчиков и 9 (45,0%) девочек. Бактериологическое исследование кала для установления вида дисбактериоза проводилось по методу по Н.М.Грачевой и соавт. (1986) в модификации М.А. Баймуратовой, В.Э.Воронина (2004г).

Результаты исследования. Среди обследованных нами больных преобладали дети с дисбактериозом кишечника I (39,8%) и II (46,6%) степени тяжести, у 12,6% выявлены проявления дисбиотических нарушений III степени тяжести и у одного больного (0,97%) констатирован тяжелый вариант дисбактериоза кишечника. Клиническими проявлениями дисбактериоза кишечника у обследованных нами больных были общее беспокойство (63,9%), повышенная возбудимость (60,6%), рвота (29,5%), отставание в прибавке массы тела (52,4%), наличие патологических примесей в стуле (47,5%), признаки полигиповитаминоза (57,4%). Бактериологический диагноз кишечного дисбактериоза был подтвержден у 100% детей с пищевой аллергией. У 47,5% обследованных нами больных отмечался ассоциированный дисбактериоз, кандидозный у 21,3%, энтеробактерный – 11,7%, клебсиеллезный – 10,7%, протейный – 6,8%, псевдомонадный – 1,0%, стафилококковый в изолированном виде – 1,0%. По степени компенсации компенсированный дисбактериоз кишечника I-степени отмечался у 26,9%, субкомпенсированный дисбактериоз кишечника II-степени у 42,3% и декомпенсированная форма дисбактериоза III-степени у 30,8% больных. При анализе количественного и качественного состава микрофлоры кишечника у детей больных пищевой аллергией обнаружено выраженное снижение содержания бифидобактерий – на $6,13 \pm 0,11$ lg КОЕ/г ($P < 0,01$) в основной группе и $5,89 \pm 0,10$ lg КОЕ/г ($P < 0,01$) в группе сравнения. Аналогично изменялось и количество лактобацилл. Выявленный дефицит анаэробов отразился и на аэробной части микробиоценоза кишечника. Наиболее характерно уменьшение количества лактозопозитивных кишечных палочек до $6,36 \pm 0,29$ в основной группе и $6,25 \pm 0,25$ lg КОЕ/г в группе сравнения на фоне резкого увеличения содержания лактозонегативных и гемолизирующих кишечных палочек ($P < 0,001$).

Выводы. Таким образом, высокая распространенность дисбактериоза кишечника в популяции больных пищевой аллергией позволяет думать о тесной взаимосвязи и взаимообусловленности этих двух патологических состояний и рассматривать дисбактериоз кишечника в качестве одного из основных факторов риска усугубления пищевой аллергии у детей. С другой стороны, наличие пищевой аллергии у детей предрасполагает к развитию дисбактериоза кишечника. Возникает порочный круг, разорвать который можно только при своевременной диагностике заболевания и комплексном подходе к лечению обоих патологических состояний.

ОЦЕНКА ДОППЛЕРОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕЧЕНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТАХ У ДЕТЕЙ

Акбарова К.А

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Хронические заболевания (ХЗ) печени широко распространены и представляют серьезную проблему для здравоохранения во всем мире.

Целью работы явились изучение доплерографических особенностей портального кровотока у больных хроническим гепатитом (ХГ) и циррозом печени (ЦП), выделение и характеристика основных типов портального кровотока у больных ЦП.

Материал и методы. У 35 больных ХГ и 15 больных ЦП проведены импульсная доплерография и цветное доплеровское картирование (дуплексный доплер) сосудов портальной системы на ультразвуковом аппарате SonoScape 5000. Обследовано 50 больных ХЗ печени – 29 (58%) мальчиков и 21 девочек (42%) - в возрасте от 5 до 17 лет. Диагноз ХГ и ЦП был поставлен на основании жалоб, анамнеза, физикальных данных, общелабораторных, биохимических и вирусологических исследований, а также результатов ультразвукового сканирования печени. Комплексное ультразвуковое исследование выполнялось строго натошак конвексным датчиком частотой 5,0 - 7,5 МГц и включало ультразвуковое исследование в В-режиме, импульсную доплерографию и цветное доплеровское картирование портальных сосудов.

Результаты. При ультразвуковом исследовании оценивали контуры, структура, размеры печени и селезенки. При импульсной доплерографии и цветном доплеровском картировании сосудов брюшной полости изучались воротная и селезеночная вены, общая печеночная и селезеночная артерии. В каждом сосуде измеряли диаметр (D), определяли максимальную систолическую скорость кровотока (V_{\max}), конечно-диастолическую скорость кровотока (V_{\min}), максимальную линейную скорость кровотока, усредненную по времени; рассчитывали объемную скорость кровотока (Q).

При этом были выделены следующие типы портального кровотока при хронических заболеваниях печени: без существенных изменений портального кровотока - нормокинетический (7 больных); с преимущественным увеличением параметров линейной скорости кровотока в воротной вене (ВВ) при незначительном нарастании ее диаметра - гиперкинетический (6 больных); гиперкинетический с преимущественным увеличением диаметра ВВ (10 больных), объемный кровоток при этом в ВВ возрастал, главным образом, за счет ее расширения, линейная скорость кровотока при этом существенно не изменялась; при гипокинетическом (19 больных) значительно снижалась линейная скорость кровотока в ВВ без увеличения ее диаметра, что приводило к уменьшению объемного кровотока в ВВ; при псевдонормокинетическом типе (8 больных) объемный кровоток в ВВ оставался в нормальных пределах, а конгестивный индекс был значительно повышен. Данные ультразвуковой доплерометрии открывают дополнительные возможности диагностики и лечения больных ХГ и ЦП.

Выводы. Результаты исследования демонстрируют разнонаправленность изменений печеночного кровотока при хронических заболеваниях печени, зависящую от стадии и тяжести заболевания, наличия признаков портальной гипертензии и открывает дальнейшие перспективы для дифференцированной терапии

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ГЛАУКОМ

Акилова Н.Ш., Фазилов АА.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Ранняя диагностика имеет цель выявления глаукомы до развития атрофических процессов в нервных волокнах ГЗН, сетчатки и в ГКС. Постановка раннего диагноза глаукомы возможна при учете асимметрий в состоянии парных глаз (глаукома в большинстве случаев возникает и прогрессирует не симметрично), а также факторов риска. Практически невозможно определить реальное начало глаукоматозного процесса. Даже при подозрении на глаукому, если диагноз в дальнейшем подтверждается, обозначает, что глаукомный процесс к этому времени уже начался, причем неизвестно когда. Клинические проявления при этом минимальны.

Цель исследования: на основании отечественных и зарубежных исследований оценить современные проблемы ультразвуковой диагностики глауком.

Материалы и методы исследования: литературные источники научных публикаций по лучевой диагностике в офтальмологии за последние 10 лет.

Результаты исследования: 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. Кровоснабжение зрительного нерва изучено весьма подробно, основную роль в кровоснабжении играют глазничная артерия и ее ветви - центральная артерия сетчатки, задние короткие цилиарные артерии в количестве от одной до пяти.

В современных клинических условиях появилась возможность использовать ультразвуковые методы исследования для определения состояния микроциркуляции глаза и скорости кровотока в сосудах, питающих ткани глаза. Ультразвуковая диагностика, будучи высокоинформативным, неинвазивным, безопасным методом, широко применяется при оценке патологии различных органов и систем, и, по мнению многих авторов, занимает одно из ведущих мест в современной клинической медицине.

Ток крови в диске зрительного нерва может изменяться под действием по крайней мере четырех факторов: повышения внутриглазного давления, снижения перфузионного давления, уменьшения диаметра капилляров, увеличения вязкости крови. Все эти факторы могут выступать изолированно, но чаще всего это единый комплекс изменений, приводящий к нарушению трофики диска зрительного нерва и дальнейшему снижению зрения. УЗ-доплерография позволяет зарегистрировать спектр кровотока в сосудах глаза. Спектр кровотока в глазничной артерии и задних коротких цилиарных артериях был характерен для данных артерий и достоверно отличался в разных сосудах. В глазничной артерии кровоток характеризовался высоким систолическим пиком с хорошо выраженной инцизурой и систолической составляющей. В задней короткой цилиарной артерии регистрировался монофазный кровоток. Отличия в спектре кровотока наблюдали также и у больных глаукомой от кровотока в неизмененных артериях глаза. Зарегистрировано снижение пиковой систолической скорости кровотока, конечной диастолической скорости кровотока и повышение индекса резистентности у больных глаукомой.

Выводы: Проведенные нами анализ литературных источников свидетельствуют о высокой чувствительности ультразвуковой доплерографии и возможности ее применения в диагностике глаукомы. Но доступные литературные источники в основном касаются взрослого контингента больных глаукомой, у детей данные не многочисленны и противоречивы. Таким образом, оптимизация диагностики глаукомы у детей путём применения комплексных эхографических методов исследования является актуальной проблемой в офтальмологии

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ И УЛЬТРАЗВУКОВАЯ
ХАРАКТЕРИСТИКА МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ
Акилова Н.Ф., Шамансурова Н.Х., Юсупалиева Г.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт**

Актуальность. Мочекаменная болезнь (МКБ) является наиболее частой патологией мочевого тракта и количество пациентов с нефролитиазом с каждым годом прогрессивно увеличивается. Больные с камнями мочевого тракта составляют 40-50% всего контингента урологических стационаров в Узбекистане. К сожалению, не наблюдается тенденции к снижению данного заболевания, что отчасти связано с несвоевременной диагностикой.

Цель исследования: улучшение ранней диагностики мочекаменной болезни путем выбора наиболее оптимального метода лучевой диагностики.

Задачи исследования: изучить возможности рентгенологического и ультразвукового методов исследования в диагностике мочекаменной болезни. Сравнить чувствительность, специфичность и точность каждого метода. Совершенствовать данные методы в диагностики мочекаменной болезни.

Материалы и методы исследования: за период с января 2012 г. по декабрь 2013 г. в Республиканском специализированном центре урологии (РСЦУ) было обследовано 87 пациентов с мочекаменной болезнью двумя методами лучевой диагностики – рентгенологическим – на аппарате “Iconos R-200” (Siemens), и ультразвуковым – на аппарате “Aloka SSD - 260”. Из обследованных больных 36 пациентов – это больные с острым приступом мочекаменной болезни, 51 пациент – с хронической мочекаменной болезнью.

Результаты исследования: в результате исследования больные были поделены на 3 группы, по тяжести течения патологии: 1 группа – больные с острым приступом мочекаменной болезни, 2 группа – с хронической мочекаменной болезнью и 3 группа – это больные имеющие осложнения мочекаменной болезни. Все 3 группы пациентов подвергались как рентгенологическому, так ультразвуковому исследованию. Было выявлено, что локализацию и размеры конкрементов а так же состояние окружающих тканей возможно определить путем ультразвукового исследования, но в случаи нахождения конкремента в верхней или средней трети мочеточника, то визуализировать его с помощью ультразвукового метода исследования, удастся лишь в 15-18 % случаев. Для определения конкремента в верхней и средней трети мочеточника, лучшим методом является рентгенологический. Однако, если камень является рентгенонегативным, то данный метод не позволит выявить наличие конкремента во всей чашечно –лоханечно-мочеточниковой системе.

Выводы: Таким образом, в диагностике мочекаменной болезни высокой информативностью обладают как рентгенологический, так и ультразвуковой методы исследования. И для постановки точного и своевременного диагноза они должны взаимно дополнять друг друга.

ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Алиев Т.Г., Золотова Н.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность проблемы. Согласно международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10) Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ), остеопороз кодируется под шифром М 80. Значимость этой проблемы подчеркивается в объявленной ранее ВОЗ декады заболеваний костей и суставов, где остеопороз выделялся как одно из приоритетных неинфекционных заболеваний (Boot A.M. et. Al, 1997; В.Н. Меркулов с соавт 2002; К.К. Михайлов с соавт. 2003; Д.С. Мишников, 2009).

Цель исследования. Диагностика и определение тактики лечения переломов верхних конечностей при остеопорозе у детей.

Материалы исследования. В клинике ТашПМИ за 2013 по поводу переломов верхних конечностей пролечилось 283 пациентов. из них мальчиков -73%, девочек -27%. По месту проживания - 37% городских, сельских 62%. Распределение больных по возрасту осуществлялась следующим образом: больные до 3 лет -14%, с 4-7 лет -35% и от 8-14 лет -51%. Из общего количества больных с переломами верхних конечности преобладали переломы костей предплечья 46%. Чаще всего были бытовые и спортивные виды травм. Была выделена группа риска со снижением масса тело (150).

Результаты. Переломы чаще встречались у мальчиков в возрастной группе 8-14 лет, что, связано с возрастными особенностями в виде двигательной активности данной категории пациентов. Чаще всего переломы локализовались средней и нижней трети предплечья. Ввиду особенности анатомической строения данной локализация двух костного сегмента, данные переломы часто сопровождаются различными видами смещений. Лечение переломов костей предплечья начиналось с закрытий репозиции костных отломков с последующим наложением иммобилизирующей гипсовой повязки (90%), однако в 10% случаев закрытая репозиция была безуспешной и больные были оперированы, применялась открытая репозиция с интрамедулярным остеосинтезом костных отломков. Послеоперационный период протекал гладко. У всех детей мы определяли содержание кальция в крови по общепринятой методике. В 70% случаев выявлено снижение содержания Ca^{++} в крови до 1,7-1,8 ммоль/л (норма 1,9-2,2 ммоль/л). При наличии снижения Ca^{++} на фоне традиционного лечения переломов костей верхних конечностей, проводилась стимуляция костеобразовательного процесса препаратом кальция Д3 никомедом в следующей дозировке: при резко выраженном снижении уровня кальция назначался препарат по 1 табл, х 2 раза в день, при умеренно сниженном уровне кальция по 1 табл, 2-3 раза в день в зависимости от возраста больного. Контроль содержания Ca^{++} проводился после проведенной терапии.

Вывод. Таким образом, при лечении переломов костей верхней конечностей выделялась группа риска детей со сниженной массой тела низкими показателями Ca^{++} , который у больных в группе риска со снижением костной массы и низкими уровнями Ca^{++} в крови позволило сократить время процесса образования костного мозоля.

То обстоятельство, что перелом происходит при небольшой силе говорит о снижении минеральной плотности костной ткани. В связи с этим данная проблема представляет большой практический интерес, особенно у детей нашего региона. Необходимо дальнейшее углублённое изучение проблемы с использованием современных передовых технологий медицины, таких как рентген-денситометрия с целью определения минеральной плотности кости и биохимические исследования в крови.

ПОКАЗАТЕЛИ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТИ (МПК) ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Алиев Т.Г., Золотова Н.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность проблемы. Состояние здоровья подрастающего поколения является актуальной проблемой, требующей постоянного изучения её основных аспектов. Известно, что состояние костной ткани – это показатель, показывающий уровень состояния здоровья ребёнка. Недостаточная диагностика метаболических нарушений кости у детей, сопровождается патологическими изменениями со стороны растущего скелета (Kanis J.A., Johansson H., Oden A. et al. Bone. -2004., Власова И.С., 2002г). Для изучения состояния костно-суставной системы у детей, важное значение имеет показатель МПК, информацию о котором даёт денситометрическое исследование с целью диагностики остеопороза на ранних его стадиях.

Цель исследования. Изучить денситометрические показатели МПК при переломах верхних конечностей у детей.

Материал исследования. В клинике ТашПМИ за 2013 по поводу переломов верхних конечностей обратилось 283 пациентов: из них мальчиков было 73%, девочек - 27%. По возрасту, больные распределялись следующим образом: до 3 лет -14%, с 4-7 лет - 35% и от 8-14 лет -51%. Из общего количества больных переломы верхних конечностей представлены: перелом ключицы 10,2%, перелом проксимального отдела плечевой кости 9%, перелом диафиза плечевой кости 55,6%, перелом дистального конца плечевой кости 26%, перелом предплечья 46%, перелом кисти 4,5%. В ходе исследований мы выделили группу риска из 17 больных, получившие неоднократно (2-3) переломы верхних конечностей. В группу риска ходили: нарушение соотношения весо-ростового показателя, склонность к падениям, недостаточное поступление в организм Ca^{++} и прочих органических веществ, малоактивный образ жизни. Всем детям данной группы проведено денситометрическое исследование. Оно проводилось на аппарате Stratos (Франция, 2011г) в педиатрическом режиме (весь скелет).

Результаты. Денситометрические исследования показали, что в 53% случаев при показателях (Z-score от 1,0-2,5 г/см²) расценивалась как остеопения, при 35% (Z-score < 2,5 г/см²) - остеопороз. Нормальные показатели денситометрии получены в 12% (Z-score до 1,0 г/см²). Проведённое денситометрическое исследование достоверно выявило связь перелома со снижением МПК. Данное положение подтверждает включение остеоденситометрии в протокол исследования детей из группы риска.

При наличии снижения Ca^{++} в сыворотке крови исследованных больных на фоне традиционного лечения переломов костей верхних конечностей, проводилась стимуляция костеобразовательного процесса препаратом Кальций- Д3 Никомед.

Вывод. То обстоятельство, что перелом происходит при небольшой силе говорит о снижении минеральной плотности костной ткани. В связи с этим данная проблема представляет большой практический интерес, особенно у детей при переломах. Необходимо дальнейшее углублённое изучение проблемы с использованием современных передовых технологий медицины, таких как рентген-денситометрия с целью определения минеральной плотности кости и биохимические исследования в крови. Детей имеющие дефицит костной ткани нуждаются в медикаментозном лечении, диспансерном наблюдении и денситометрическом контроле.

КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В У ДЕТЕЙ, ВАКЦИНИРОВАННЫХ ПРОТИВ ВГВ

Алиева Н.Н., Даминова М.Н., Абдуллаева О.И.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

При ВГВ спектр и выраженность клинических проявлений зависят от взаимоотношения вируса и иммунной системы организма, варьируя от бессимптомного носительства до тяжёлого поражения органов и систем, прежде всего печени. На сегодняшний день уровень привитости составляет 92-95%.

Целью нашего исследования. Изучить клинико-биохимические особенности течения вирусного гепатита В у детей, вакцинированных против ВГВ.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 39 детей с диагнозом ОВГВ (HBsAg, anti-HBs, anti-HBc, HBeAg,) в возрасте от 10 месяцев до 7 лет. Иммунологическую активность иммунизации оценивали с помощью определения концентрации антител к HBsAg, уровень специфических антител у иммунизированных детей на различных этапах вакцинации определяли методом иммуноферментного анализа (ИФА). Протективным титром считали уровень Anti-HBs не ниже 10 МЕ/л.

Результаты и обсуждение. Среди обследованных больных с диагнозом ОВГВ 8 детей (20,51%) получили полный курс вакцинации (3-х кратно). Остальные 31 (79,49%) ребенка получили неполный курс, из них 10 (32,26%) получили 2-х кратную вакцинацию, а 21 (67,74%) были привиты однократно. Среди причин заражения преобладали инъекции (33,33%) полученные амбулаторно и в стационарных условиях (23,08%). Следовательно, у подавляющего большинства обследуемых больных ОВГВ, были выявлены парентеральные механизмы заражения. HBsAg, Anti-HBc регистрировались у всех наблюдаемых детей, что свидетельствует об активной репликации вируса. Показатель репликации вируса – HBeAg был обнаружен в 76,92% случаях, а в остальных 23,08% случаев HBeAg был негативным. При сравнительном анализе клинического течения ОВГВ у детей, получивших вакцинацию, отмечено, что в 61,54% случаев ОВГВ протекал в желтушной форме. Стертая форма наблюдалась в 15,38% случаях, безжелтушная форма в 23,08% случаев. Легкая форма заболевания регистрировалась у 20 детей (51,28%), среднетяжёлая – у 15 (38,46%) больных и тяжёлая – всего лишь у 4 (10,26%) детей. Среди детей с ОВГВ, получивших полный курс вакцинации преобладали легкие 87,5% и среднетяжелые формы 12,5%. Среди детей с ОВГВ, получивших неполный курс вакцинации преобладали среднетяжелые формы 14(45,16%), легкие формы 13 (41,94%) и тяжёлая форма у 4 (12,9%) детей. Среди 2-х кратно вакцинированных, легкие 5(50%) и среднетяжелые формы 4(40%), тяжёлые формы ОВГВ 1(10%) . Среди 1-х кратно вакцинированных, легкие формы встречались в 8(38,09%) случаях, среднетяжелые формы встречались чаще в 10(47,62%), а тяжелые формы чаще 3(14,28%) регистрировались у однократно вакцинированных детей.

При анализе начала заболевания, выявлено, что в 79,49% случаев болезнь начиналась остро, в 20,51% случаев отмечено постепенное развитие ОВГВ. Сравнительный анализ клинических проявлений желтушного периода обследованных детей показал, что симптомы интоксикации (вялость, слабость, снижение аппетита) регистрировались у всех обследованных детей. Однако у больных, получивших полный курс вакцинопрофилактики, они отмечались достоверно реже ($P<0.05$). У детей, получивших полный курс вакцинации, такие показатели как, билирубин, общий белок и его фракции, хотя и имели некоторые различия с показателями контрольной группы, но находились в пределах колебаний нормальных значений. Тогда как, уровень трансаминаз был повышен в 3,2 раза ($P<0.001$). Более выраженные биохимические сдвиги отмечались у детей, не полностью вакцинированных против ВГВ. Уровень билирубина и трансаминаз были достоверно выше ($P<0.001$), а уровни ПТИ и показатели белкового обмена достоверно

ниже показателей, как контрольной группы ($P<0.01$), так и показателей детей 1 группы ($P<0.001$).

Таким образом, результаты исследования показали, что, ОВГВ у детей, получивших неполный курс вакцинации, имеет более манифестное течение. Основные клинические симптомы заболевания регистрируются достоверно чаще в сравнении с детьми, получившими полный курс вакцинопрофилактики против ВГВ.

СОВРЕМЕННЫЕ ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ

Алимова Г.Н., Юсупалиева Г.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Ультразвуковое исследование (УЗИ) глаза занимает одно из ведущих мест в обследовании пациентов с глазной патологией в связи с его доступностью, высокой информативностью, не зависящей от светопрозрачности оптических сред и узким кругом противопоказаний.

Цель исследования. Совершенствование диагностики состояния стекловидного тела при гемофтальме с помощью комплексного ультразвукового сканирования.

Материалы и методы исследования. Исследования проводились у 70 больных с патологии стекловидного тела в Республиканском специализированном центре микрохирургии глаза на ультразвуковом аппарате OTISCAN-1000(Япония), с использованием линейного датчика частотой 10 МГц.

Результаты исследования. Комплексные ультразвуковые исследования глаз позволили выявить и локализовать патологические изменения стекловидного тела, из них деструкция стекловидного тела у 25 (35,7%) больных в виде множественных плавающих гиперэхогенных включений (симптом «золотого дождя»), у 30 (42,8%) больных определили гемофтальм в виде мелкодисперсных «сероватых» помутнений с нечеткими контурами в отделе стекловидного тела. У 15 (21,5%) больных выявили инородное тело металлического характера, наличие за ним многократно повторяющихся эхосигналов в виде эхопозитивной дорожки («акустическая тень»). Такая дорожка была лучше видна на фоне гомогенного стекловидного тела.

Вывод. Таким образом, УЗИ глаз позволяют диагностировать гемофтальм на ранних этапах заболевания, определить прогноз, динамику процесса и выбрать адекватную тактику лечения.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ПАТОЛОГИИ СТЕКЛОВИДНОГО ТЕЛА

Алимова Г.Н., Юсупалиева Г.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Широкое распространение и совершенствование современных ультразвуковых методов исследования в клинической офтальмологической практике обусловлено необходимостью разработки новых специальных технологий, которые позволяют более точно осуществлять диагностику и оценивать эффективность лечения различных заболеваний органа зрения, включая патологию стекловидного тела.

Цель исследования. Совершенствование диагностики и мониторинга состояния стекловидного тела при гемофтальме с помощью комплексного ультразвукового сканирования.

Материалы и методы исследования. Исследования проводились у 40 больных с гемофтальмом в Республиканском специализированном центре микрохирургии глаза на ультразвуковом аппарате OTISCAN-1000 (Япония), с использованием линейного датчика частотой 10 МГц.

Результаты исследования. В результате данных исследований у 12 (30%) пациентов имели тотальный, а у 26 (65%) частичный гемофтальм, а также у 2 (5%) пациента с ретровитреальным кровоизлиянием. При частичном гемофтальме в свободных от крови зонах определялись гиперэхогенные включения (сгустки крови) в стекловидном теле (СТ), а при тотальном гемофтальме определилось выраженное формирование плотных внутриглазных тяжей и образование швартов. У пациентов с ретровитреальным кровоизлиянием СТ имела форму «чаши» или «лодки». Ультразвуковое исследование глаз пациентов с кровоизлияниями в стекловидное тело позволило определить объём и локализацию патологического процесса, а также оценить состояние подлежащей сетчатки, что важно для определения прогноза, необходимости, объёма и сроков предстоящей операции.

Вывод. Для предотвращения инвалидизации в результате гемофтальма необходима своевременная и как можно ранняя точная диагностика патологии, так как вовремя начатое грамотное лечение приводит к постепенному рассасыванию крови в полости стекловидного тела, что уменьшает риск осложнений при данном виде патологии.

ОЦЕНКА ЙОДДЕФИЦИТНОГО СОСТОЯНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 8-10 ЛЕТ В РЯДЕ ШКОЛ ЮНУСАБАДСКОГО РАЙОНА Г.ТАШКЕНТА

Алимова Д.А., Ахмедова Ш.У.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. По данным ВОЗ из-за дефицита йода у 1,5 миллиарда жителей Земли существует риск развития йоддефицитных заболеваний (ЙДЗ), у 740 миллионов выявлен эндемический зоб (ЭЗ), а у 11 миллионов имеется выраженная умственная отсталость с клиническими проявлениями эндемического кретинизма. Несмотря на проводимые мероприятия, направленные на ликвидацию дефицита йода в Республике Узбекистан, она остается зоной высокой распространенности ЙДЗ.

Цель. Изучить распространенность йоддефицитного состояния среди детей в возрасте 8-10 лет города Ташкента.

Материалы и методы исследования. Обследовано 168 учащихся в возрасте от 8 года до 10 лет средней школы № 288 и № 258 Юнусабадского района г. Ташкента. Нами было обследовано содержание йода в пищевой соли потребляемой детьми в домашних условиях. Согласно нормативных данных содержание йода в пищевой соли на стадии потребления должно быть 15,0-55,0мкг/г, что составляет норму, а показатели 0-4,9мкг/г-недопустимый уровень, 5,0-14,9мкг/г- недостаточный уровень(УзДСт 1091:2011).

Проведено исследование интеллектуального развитие детей с помощью специального психометрического тестов Кеттелла (тест интеллекта свободного от влияния культуры (Culture-Fair Intelligence Test, CFIT), форма CF2A (согласно данного теста интеллектуальное развитие (IQ) считается низким при значениях 70-79, при 80-89- ниже среднего, при 90-109 среднего, 110-119 выше среднего, при 120-129 высокое, >130 очень высокое).

Результаты исследования. Результаты показали, среди обследованных детей увеличение щитовидной железы (ЩЖ) 1 степени выявлено у 13% из них, 11 степени – 1,8%, а без увеличения ЩЖ- 85%. Уровень йодированной пищевой соли на стадии потребления составил: недопустимый уровень 3,3%, недостаточный уровень 60%, достаточный 36,6%, что указывает на низкий уровень потребления йодированной пищевой соли среди обследованного контингента.

При проведении теста Кеттелла было выявлено, IQ выше 120 баллов не набрал ни один ребенок; IQ выше 110 баллов определен у детей без ЙДЗ 75,5%; IQ > 90 баллов – у 40% детей с 1й степенью увеличения ЩЖ и 24% - у детей без ЙДЗ. Более низкий уровень IQ (70<IQ<90) определен у детей с 1й и 2й степенью увеличения ЩЖ, что составило 60% и 100%.

Выводы. У обследованных детей степень йододефицита оценена как средняя. Пищевая соль употребляемая в домохозяйствах йодирована лишь на 60%, что указывает на недостаточный уровень йодирования.

У обследованных детей в среднем определены более низкие показатели интеллектуального развития: детям трудно учиться в школе, осваивать новые знания и навыки, что указывает на необходимость эффективной профилактики йододефицита и ее коррекции препаратами йода, начиная у детей младшего дошкольного и школьного возраста.

ТИРЕОТОКСИЧЕСКИЙ КРИЗ

Алимова Д.А., Ахмедова Ш.У.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Введение: Тиреотоксический криз наиболее тяжелое, угрожающее жизни пациента осложнение диффузный токсического зоба. Он является опасным осложнением не леченного или неправильно леченного тяжелого тиреотоксикоза, проявляющееся лавинообразным нарастанием проявлений, вызванное резким повышением уровня Т3 и Т4 в плазме крови.

Материал и методы. Под нашим наблюдением в отделение хирургии РСНПМЦЭ находилась больная Аглиулина А., 23 лет с диагнозом Диффузный токсический зоб IV степени. Тиреотоксикоз снятый мерказолилом. Послеоперационный тиреотоксический криз. Гипохромная анемия I степень.

Из анамнеза: болеет в течении 7 лет. Больная получила тиреостатики и б-блокаторы в течении 6 месяца. Последний 1 месяц со слов регулярно принимала раствор Люголя по 7 капель 2 раза в день в качестве предоперационной подготовки. Проведена тотальная тиреоидэктомия. Послеоперационное течение с жалобами на сердцебиение, тошнота, чувство нехватки воздуха, жажда. Общее состояние тяжелое. Кожные покровы теплые, температура 37,4С. Видимые слизистые обычной окраски, умеренной влажности. Дыхание свободное, через нос. Аускультативно в легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясны, А/Д 110/80 мм рт. ст., пульс 130 удар в мин.

Результаты. Из лабораторных данных в крови-Т3-2.8нмоль/л, Т4-160нмоль/л, ТТГ-0,49мМЕ/л, Нб-114г/л.

В отделении больной проведена интенсивная терапия (глюкокортикоиды, антитиреоидные препараты, препараты йода, в-блокаторы, антибиотикотерапия, симптоматическая терапия).

При повторно тщательно собранном анамнезе больная призналась, что тиреостатики принимала нерегулярно. В связи с чем, было сделано заключение, что тиреотоксический криз вероятно связан с этим фактором.

Вывод: Тиреотоксический криз является грозным осложнением диффузного токсического зоба. Для предупреждения развития тиреотоксического криза необходимо полная компенсация тиреотоксикоза перед операцией.

Комплаентность больного при принятии препаратов и тщательно собранный анамнез являются важными факторами успеха в лечении больных с Диффузным токсическим зобом.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО ПОЛИСИНУСИТА У ДЕТЕЙ

Алимова З.Т., Джалилов А.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. В развитии воспалительных процессов верхних дыхательных путей в том числе и околоносовых пазух принимают участие различные виды инфекций, зачастую полисинуситы в основном могут быть вызваны вирусной и смешанной инфекцией.

Вызванное смешанной инфекцией полисинусит резко усугубляет общее состояние больного и течение заболевания, что удлиняет сроки выздоровления снижая иммунную систему организма приводит к активизации вторичной микрофлоры и хроническому течению воспалительных явлений в околоносовых пазухах.

Цель работы: исследование микрофлоры больных детей с хроническими гнойными полисинуситами и лечения на основе чувствительности к антибиотикам.

Материал и методы исследования. Обследованные 36 больных детей с хроническими гнойными полисинуситами в возрасте от 5 до 18 лет находившееся на стационарном лечении в ЛОР - отделении 7- городской клинической больницы г.Ташкента. У всех больных с данной патологией был взят мазок на определение возбудителя и чувствительности к препаратом.

Результаты и обсуждения. При исследовании секретов околоносовых пазух в большинстве случаев была выделена следующая микрофлора: золотистый стафилококк, синегнойная палочка, грибки рода кандиды, хламидии и др. Так у 12 больных из 36 выявился только золотистый стафилококк, который был чувствителен к антибиотикам фторхинолонового ряда, у 14 больных на мазках были выявлены несколько возбудителей, таких как синегнойная палочка и хламидии, которые отличались обильным гнойным выделениями из околоносовых полостей и были чувствительными к антибиотикам тетрациклинового ряда. У остальных 10 больных при бактериологическом исследовании были выделены грибки группы кандиды в ассоциации с клебсиеллой пневмонии, которые были чувствительны к противогрибковым препаратам и антибиотикам цефалоспоринового ряда III поколения.

Выводы. Таким образом при трудно поддающемся лечению гнойных хронических полисинуситов в комплексном лечении необходимо проводить бактериологическое исследование возбудителя патологического процесса и проводить адекватную антибиотика терапию в зависимости от чувствительности возбудителя к ним.

ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Алимханов О.О., Ниязова М.Б., Гаффарова Ф.К.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Пусковой механизм острого коронарного синдрома (ОКС) – это нарушение целостности атеросклеротической бляшки с последующим тромбообразованием. Важную роль в этом процессе играют иммунновоспалительные реакции, способствующие активации макрофагов и разрушению капсулы атеромы.

Цель исследования. Определить роль иммунновоспалительных реакций и развитии острого коронарного синдрома.

Материалы и методы. В исследование были включены 30 пациентов (средний возраст $52,4 \pm 3,8$ лет) с различными видами ОКС. Из них 15 пациентов с ОКС с элевацией ST сегмента и 15 пациентов ОКС без элевации ST сегмента. Группу сравнения составили 10 больных со стабильной стенокардией напряжения II-III функционального класса. Диагноз ИБС и ОКС устанавливали на основании клинико-инструментальных данных. Для характеристики иммунновоспалительных реакций изучали уровень С-РБ и противовоспалительного (ИЛ-6) цитокина в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа с помощью тест-систем ООО «Цитокин» (Санкт-Петербург)

Результаты. Уровень С-РБ у больных ОКС как с элевацией сегмента ST так и без элевации ST сегмента был существенно увеличен по сравнению с больными стабильной стенокардией напряжения. При сравнении концентрации С-РБ у больных с различным течением ОКС наиболее высокие показатели наблюдались при ОКС с элевацией ST сегмента, их значения существенно превышали не только параметры в группах стабильной стенокардии напряжения (контроля) в 3,8 раза, но и значимо отличались от данных у больных ОКС без элевации ST сегмента (в 1,5 раза). Некроз сердечной мышцы – мощный стимул для синтеза С-РБ, уровень которого коррелирует с динамикой ЭКГ и распространенностью ОИМ. Чрезвычайно высокий уровень показателей ИЛ-6 у больных ОКС элевацией ST сегмента были в 3,6 раза больше, чем в контрольной группе. Увеличение уровня ИЛ-6 также зарегистрировано при ОКС без элевации ST сегмента и превышал при сравнении с контрольной группой в 2,6 раза. Полученные результаты согласуются с данными литературы, которые показывают, что осложненное течение ИБС ассоциируется со значимым повышением уровня ИЛ-6 и С-РБ.

Вывод. Выраженность иммунновоспалительных реакций при ОКС ассоциируется с тяжестью течения заболевания. Максимальные уровни противовоспалительных цитокинов выявлены при ОКС с элевацией ST сегмента. Таким образом, важная роль в прогрессировании ИБС и формировании ОКС принадлежит активации иммунновоспалительных реакций.

ИЗМЕНЕНИЯ СМЫСЛОВОЙ СФЕРЫ ЛИЧНОСТИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Анварова А.Р., Шарипова Ф.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Проблема алкогольной зависимости в современном мире приобретает форму национального бедствия. Распространение алкоголизма в обществе является одним из симптомов социального неблагополучия и представляет собой реальную угрозу здоровью нации. Сегодня в стране зарегистрировано несколько тысяч людей с диагнозом алкогольная зависимость. Главным содержанием патологических изменений при алкоголизме становятся изменения мотивационной сферы, когда само употребление алкоголя превращается в ведущий смыслообразующий мотив поведения, а структура деятельности индивида «приближается к структуре импульсивного действия» (Братусь В.Р., 2004). У больных алкоголизмом формируется особая система смысловых установок, среди которых установки к воображаемому удовлетворению потребности, к быстрому удовлетворению потребности при малых затратах усилий, к пассивным способам защиты при встрече с трудностями и другие (Сурнов И.П., 2002).

Цель и задачи исследования - изучение психологических особенностей смысловых образований в системе саморегуляции лиц зависимых от алкоголя.

Материал и методы исследования. В исследовании приняли участие 20 человек. Из них 14(70%) человек – первая группа – лица, имеющие диагноз алкогольная зависимость и проходящие курс лечения в алкогольном отделении РНЦ. Вторую группу составили 6 человек, условно не употребляющие. Для достижения цели исследования нами были использованы методики отражающие смысл изучения обозначенной проблемы, среди которых тест Люшера, опросник Леонгарда-Шмишека «акцентуация характера», шкала самооценки Дембо-Рубинштейна.

Результаты исследования и обсуждение. Анализ позволил выделить значимые связи показателей смысложизненных ориентаций с удовлетворенностью качеством жизни и связью между поведением человека и его акцентуацией. Опираясь на полученные данные, можно предположить наличие в жизни испытуемых смысложизненных ориентаций свойственно лицам, способным выделять значимые условия достижения целей, с развитой адекватной оценкой себя и результатов своей деятельности, со сформированной индивидуальной системой осознанной саморегуляции произвольной активности и удовлетворенных качеством своей жизни. В результате сравнительного анализа были выявлены следующие различия. Испытуемым первой группы свойственна большая степень интернальности в области достижений, неудач, семейных отношений. Это может свидетельствовать о наличии критического отношения лиц с алкогольной зависимостью к своей проблеме. Лечение и реабилитация для них – это сознательный шаг, на который многие из них пошли с целью сохранить семейные отношения и из-за гнетущего их чувства вины за прошлое (н/р, те поступки, которые они совершали в состоянии алкогольного опьянения). У них нет четких целей в будущем, которые смогли бы придать жизни осмысленность, временную перспективу и направленность. Для испытуемых второй группы характерно наличие в жизни осмысленность и временную перспективу. Они воспринимают процесс своей жизни как достаточно интересный, эмоционально насыщенный и наполненный смыслом. Они убеждены в том, что человеку в большей степени дано самостоятельно контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и воплощать их в жизнь.

Выводы. Таким образом, смысловые образования занимают центральное место в системе саморегуляции и определяются такими личностными особенностями как акцентуация характера и удовлетворенность качеством жизни. Результаты исследования позволяют констатировать низкий уровень удовлетворенности качеством жизни респондентов с алкогольной зависимостью, неудач в сфере семейных отношений, что подтверждает наличие критического отношения пациентов к проблеме алкоголизма.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Арипова Д.Р., Ходжаева И.А., Каримова М.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность проблемы. Частота аллергических болезней стремительно растёт - каждые 10 лет увеличиваясь на 10%, и сегодня в мире, по некоторым данным, до половины населения страдает различными аллергическими заболеваниями. По данным Всемирной организации здравоохранения более 300 миллионов человек во всём мире страдают бронхиальной астмой (БА), и число их растёт как среди взрослого населения, так и среди детей. Для своевременной профилактики БА необходимо знание ведущих факторов риска развития данного заболевания, что и явилось предметом наших исследований.

Цель исследования. Изучить факторы риска развития бронхиальной астмы у детей.

Материалы и методы. Обследован 61 ребёнок в возрасте от 5 до 16 лет с бронхиальной астмой в аллергологическом отделении ГДКБ № 1 г. Ташкента. Среди них 27 (44,3 %) мальчиков и 34 (55,7%) девочек. Контрольную группу составили 30 практически здоровых детей аналогичного возраста. Проведён анализ анамнестических данных, оценена хронология развития аллергии, выявлены факторы риска развития аллергии у обследованных больных.

Результаты и обсуждения. Среди обследованных нами больных отмечалась большая распространенность таких факторов риска развития аллергии, как частые заболевания на первом году жизни- 67,7%, антибиотикотерапия- 61,3%, раннее смешанное и искусственное вскармливание -54,8%, частые ОРЗ у беременных -38,7%, лечение матери антибиотиками во время беременности -22,6% и др. Проведенное нами исследование аллергизирующих факторов среды проживания выявило, что в семьях детей с ранними проявлениями аллергии и отягощенной наследственностью частота вероятности аллергизирующих факторов в жилище меньше по сравнению с семьями без атопии (соответственно 51,6% и 73,3%). Данный результат, по-видимому, свидетельствует о том, что родители детей, страдающих аллергическими болезнями, лучше информированы о необходимости соблюдения гипоаллергенной экологии жилища. Из 61 матерей обследованных нами детей 8(13,1%) имели производственные вредности, у 21 (34,4%) из них отмечались аллергические заболевания, которые обусловили появление атопических реакций у детей уже в периоде новорожденности. Злоупотребление алкоголем и курением матерями отмечалось у 6 (9,83%), что также оказало отрицательное воздействие на уровень аллергической патологии. Анализ нарушений диеты беременными и кормящими матерями, показал, что злоупотребление женщинами облигатными аллергенами (шоколад, цитрусовые фрукты) во время беременности также способствует раннему проявлению атопии. В показателях атрибутивного риска у больных с аллергией наибольшее значение имеют: перевод на раннее смешанное и искусственное вскармливание, патология беременности, микроэкология жилища, витаминотерапия беременных, нарушение диеты во время беременности, вредные привычки матери, экология района.

Вывод. Таким образом, результаты наших исследований показывают, что наличие неблагоприятных факторов окружающей среды, в которых живут беременные женщины, их диета, наличие вредных привычек, патология беременности, медикаментозная терапия, способствуют формированию атопического статуса у их детей, что проявляется в виде ранних проявлений аллергии жизни, обуславливающих в дальнейшем развитие бронхиальной астмы. Максимальное устранение факторов, имеющих выраженное неблагоприятное влияние на формирование атопического статуса, является ранней профилактикой аллергической патологии у детей.

ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Арипова З. Н., Маманазарова Д.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) является самым распространенным сердечно - сосудистым заболеванием (ССЗ). Известно, что во многом определяющим фактором в выявлении и подборе терапии АГ является амбулаторно-поликлиническое звено, поэтому изучение особенностей фармакотерапии состояния вторичной профилактики АГ в этих условиях представляется крайне актуальным.

Цель. Изучить состояние вторичной профилактики АГ в амбулаторно - поликлинических условиях.

Материалы и методы исследования: Научное исследование, включало опрос анкетирование врачей амбулаторно-поликлинического звена, которое включало вопросы вторичной профилактики АГ. Характеристика опросника разработанного для ВОП, терапевтов, кардиологов амбулаторно-поликлинического звена включала (18 вопросов): информацию о специальности врача, стаже работе и давности прохождения последнего повышения квалификации; вопросы, оценивающие знания врачами основных принципов существующих рекомендаций по лечению и профилактике АГ; вопросы, определяющие тактику ведения больных с АГ.

Результаты исследования. Было проведено анкетирование 92 врачей: врачи общей практики (ВОП) и врачи-курсанты. Согласие на участие в исследовании было получено у 88 (95,6%) врачей: у 22 врачей ВОП, у врачей – курсантов - 32 терапевтов и 34 кардиологов. Отклик на опрос составил 95,6% от общего количества розданных анкет, из них кардиологи составили 39,0%, терапевты – 36,0%, ВОП – 25,0% опрошенных. Заполнение анкеты занимало у опрошенных врачей 5-10 мин. По стажу работы врачи распределились следующим образом: 12,0% - имели стаж работы менее 5 лет, 19,0% - от 5 до 10 лет, 28,0% - от 11 до 20 лет, 32,0% - от 21 до 30 лет и 9,0% - имели стаж более 30 лет. Подавляющее большинство врачей 79% правильно определили план лечения АГ - как достижение целевых цифр АД и влияние на прогноз заболевания. Остальная часть принявших участие в опросе врачей (21%) отнесли к основным целям лечения АГ - улучшение самочувствия. Большинство врачей (90-100%) применяли в своей практике коррекцию образа жизни пациентов (ОЖ), как основную меру вторичной профилактики АГ. Считали необходимым назначение антитромбоцитарной и гиполипидемической терапии больным АГ 65% ВОП врачей, 58% терапевтов и 57% кардиологов.

По данным опроса были изучены основные классы антигипертензивных препаратов, используемых врачами в реальной клинической практике. Чаще всего врачи использовали иАПФ (87,0% ВОП, 74,0% - терапевтов и 82,0% - кардиологов), β - АБ и диуретики отнесли к приоритетным препаратам 65,0%, 76,0% и 35,0% врачей. АК применяли в своей практике при лечении АГ 21,0% ВОП, 5,0% - терапевтов и 18,0% кардиологов. АРА II и препараты центрального действия не более 1,0% опрошенных. Монотерапия - имела место у 28,0% и 36,0% больных. Частота двухкомпонентной терапии составила 49,0% и 57,0%. Более двух препаратов получали 41,0% и 38,0% больных. Наиболее часто, по данным опроса, больными принимали иАПФ (68,0% и 73,0%). На втором месте оказались β -АБ (52,0% - 58,0%). Диуретики чаще принимали больные в 39,0% и 44,0% соответственно. Четвертое место по частоте применяемости заняли АК, их доля составила 17,0% и 21,0%.

Выводы. Таким образом, анализ анкет, заполненных врачами (ВОП 25,0%, терапевты 36,0% и кардиологи 39,0%) выявил недостаточные знания существующих рекомендаций по лечению артериальной гипертензии. По данным опроса врачей в реальной клинической практике применялись 3 основных класса антигипертензивных

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЛУЧЕЗАПЯСТНОГО СУСТАВА И КИСТИ

Арифджанов С.А., Умарова Д.А

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Ультразвуковое исследование (УЗИ) суставов применяют в последнее время все чаще и чаще. Это связано с тем, что важной особенностью УЗИ суставов является отсутствие лучевой нагрузки и возможность визуализировать структуры (гиалиновый хрящ, мениски, связки, суставные сумки, оболочки, наличие жидкости и ее состав) недоступные для рентгена.

Цель исследования: на основании отечественных и зарубежных исследований оценить современные проблемы ультразвуковой диагностики патологии лучезапястного сустава и кисти.

Материалы и методы исследования: литературные источники научных публикаций по лучевой диагностике за последние 10 лет.

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.

Современные высокочастотные датчики позволяют визуализировать также повреждения сухожилий пальцев. Методика УЗИ лучезапястного сустава позволяет также диагностировать переломы мелких костей запястья, которые не всегда могут быть распознаны при проведении рентгеновского исследования. Повреждения мягких тканей лучезапястного сустава могут возникать вследствие спортивных травм и при некоторых особенностях профессиональной деятельности.

Преимущество УЗИ лучезапястного сустава 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. Сравнивая стоимость проведения МРТ и УЗИ лучезапястного сустава, можно сделать однозначный выбор в пользу УЗИ. Конечно, УЗИ суставов не заменяют в некоторых случаях МРТ.

Комплексный подход в диагностике повреждений лучезапястного сустава и кисти является необходимым условием для получения наиболее достоверного диагностического заключения с учетом патологии костей, суставов и сухожильно-связочного аппарата. По данным ряда авторов, применение комплексного лучевого обследования больных с повреждениями данной области изменило или дополнило первичное клинорентгенологическое заключение в 74,3% случаев.

Выводы: согласно анализу литературных источников нами установлено, что УЗИ суставов не требует подготовки и проводится в довольно сжатые сроки. Стоимость УЗИ суставов значительно ниже, чем стоимость проведения МРТ диагностики.

ЭПИДЕМИК ПАРОТИТ ИНФЕКЦИЯСИНING ЗАМОНАВИЙ ШАРОИТЛАРДА ТУРЛИ КЛИНИК КЕЧИШ ШАКЛАРИ ВА АСОРАТЛАРИНИНГ КЛИНИК БЕЛГИЛАРИ ПЕЙЗАЖИ

Аслонов Р.О., Умаров Т.У.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги: Жахон Соғликни Сақлаш Вазирлигининг маълумотларига кўра, 2010-2013 йилларда аҳоли орасида паротит инфекцияси билан кўпроқ касалланиш кузатилган. Касаллик умумий ҳолсизлик, ўткир захарланиш, оғиз қуриши, тана температурасининг кутарилиши (39°C - 40°C), қулоқ орти (*fossa retromandibularis*) соҳасида чайнаган пайтда ва босганда оғриқ, шиш, Мурсон симптоми мусбат, қоринда оғриқ, иштахасизлик кўнгил айланиш, менингиал белгилар, мойкаларда шиш каби клиник белгилар билан кечади. Мавзунинг долзарблиги шундаки болаларда замонавий шароитларда тепкининг клиник кечиши, асоратлари, ҳар хил оғирлик даражаларида турли клиник белгилар кузатилмоқда.

Мавзунинг мақсади : эпидемик паротит инфекциясининг замонавий шароитларда турли клиник кечиш шаклари ва асоратларининг клиник белгилари пейзажини ўрганиш.

Текширув материаллари ва усуллари: Текширувда 2010-2013 йиллар мобайнида Тошкент 1-шаҳар юқумли касалликлар клиник шифохонасида эпидемик паротит (тепки) билан оғриган 120 та бемор болалар (1-15 ёш) касаллик тарихини ўрганиш орқали олиб борилди. Текширув анамнестик ва клиник белгилар, қон, биохимик (қонда диастаза), пешоб тахлили, УТТ маълумотларидан олинган натижалар ва уларнинг тахлили асосида олиб борилди.

Олинган натижалар ва уларнинг тахлили: Эпидемик паротит (тепки) касаллигининг таснифида; Безли (мандибулит, сублингивит, субмаксилит, орхит, панкреатит, оофарит), Нерв шакли (менингит, менингоэнцефалит), Аралаш (панкреатит-менингит ва бош) каби шаклларда кечади. Касалликнинг ёш бўйича тақсимооти: 1-3 ёшдаги болалар 3 нафар (7.5%), 3-7 ёшдаги болалар 24 нафар (60%), 7-15 ёшдаги (32.5%). Эпидемиологик маълумотларга кўра текширувдагиларнинг 33 таси (82.5%) тепки билан оғриган беморлар билан мулоқотда бўлганлигини, 7 нафари (17.5%) эса мулоқотни рад этишди. Беморларнинг 36 нафари (90%) эмлашни (КПК вакцина) вақтида олганини, беморларнинг 4 нафари (10%) эмлашни (КПК вакцина) вақтида ёки умуман олмаганини аниқланди. Касалликнинг оғирлик даражалари бўйича 35% енгил даражада (14 нафар), ўрта оғир ва оғир даражалари мос равишда 22 ва 4 нафар (55% ва 10%) беморда кечади. Таснифи бўйича; безли шакли 22 нафар (55%), нерв шакли 4 нафар (10%), аралаш шакли 12 нафар (30%). Кузатувдаги беморларда қулоқ орти, тил ости безларининг шиши касалликнинг 3-5- кунда кузатилган. Клиник белгилар умумий ҳолсизлик, ўткир захарланиш, оғиз қуриши, тана температурасининг кутарилиши, қулоқ орти соҳасида чайнаган пайтда ва босганда оғриқ, шиш, Мурсон симптоми мусбат, қоринда оғриқ, иштахасизлик кўнгил айланиш 90% да (36 нафар) 7-8 кун, 10% (4 нафар) беморларда 10-12 кун давом этган.

Хулоса: Замонавий шароитларда болаларда эпидемик паротит инфекцияси асосан 60% да 3-7 ёшдаги болаларда учраб ўғил болалар қиз болаларга нисбатан 1.8 марта кўпроқ касалланиши, эмланганлар (КПК вакцина) вақтида олган беморлар, эмланмаганларга нисбатан 4.7 марта камроқ касалланиши, касалликнинг ўрта оғир даражаси ва безли шакллари нисбатан кўпроқ учраши аниқланди. Замонавий шароитларда болаларда эпидемик паротит инфекцияси кечишида продромал даври (қулоқ орти, тил ости безларининг шишигача) узайганлиги, аммо 90% беморларда авж олиш даври қисқарганлиги (7-8 кун) кузатилди.

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ

Атаханова С.А., Абдуллаева В.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. К суицидальному поведению относят любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни. Внутренние формы - это этапы антивитальных переживаний, суицидальных мыслей, суицидальных тенденций - замыслов и намерений, высказываний, угроз, а к внешним формам относят суицидальные жесты, суицидальные попытки и завершённые самоубийства (Циркин С.Ю., 2004; Войцех В.Ф., 2007; Beck A.T., Greenberg R., 2005). Суицидальное поведение в подростко-юношеском возрасте является одной из актуальных проблем современной психиатрии и психологии. Подростковый возраст имеет отличительные особенности клинко-психопатологических и клинко-динамических проявлений суицидального поведения. Это, прежде всего, относится к атипичным проявлениям психопатологических синдромов, что в ряде случаев затрудняет диагностику состояния подростка. Клинические проявления суицидального поведения в данной возрастной группе имеют характерные отличительные признаки вследствие онтогенетических особенностей соматопсихического состояния подростков.

Цель и задачи исследования – выявление психосоциальных факторов суицидального поведения у подростков

Материалы и методы исследования. Было обследовано 36 подростков с суицидальным поведением. В ходе исследования были использованы клинко-психопатологический, клинко-катамнестический и патопсихологический методы исследования.

Результаты исследований и обсуждение. Большинство подростков воспитывались матерью или матерью и отчимом и составили: школьники 50,7%; учащиеся колледжей 35,9%. Помимо традиционных женских сценариев воспитания, часто наблюдались случаи манипулятивного поведения, когда с помощью детей достигались формы материальной и психологической выгоды для родителей. Отмечались случаи гендерной инверсии в воспитании, когда мальчики воспитывались с большей опекой, любовью, а девочек учили быть более ответственными, сильными, не доверять окружающему миру и рассчитывать только на себя.

Условия воспитания являются одним из факторов, влияющих на формирование суицидального поведения. Ровное, заботливое воспитание составило 36,08%. Обследуемые воспитывались по типу гипоопеки — 28,20%, безнадзорности — 14,10% и семейных скандалов — 14,10%. Необходимо отметить, что у подростков в 13,9% случаев в семье преобладала неблагоприятная обстановка в виде алкоголизации родителей — 9,73% и семейных скандалов — 4,17%. Большую роль в возникновении эмоциональных нарушений играли межличностные отношения со сверстниками и преподавателями.

При изучении влияния наследственности на развитие психических расстройств было выявлено, что среди родственников преобладала неаффективная патология (47,1%), что объяснялось чаще всего встречаемым высоким показателем алкоголизации родственников. Другие психические заболевания у родителей и кровных родственников обследованных (шизофрения, пограничные, аффективные, органические расстройства, дементные расстройства) встречались в 6,9%.

Выводы. Таким образом, психосоциальный фактор — условия воспитания — является одним из важнейших условий комфортности в жизни молодых людей. на формирование суицидального поведения подростков большое влияние оказывал образ жизни родителей. Так, злоупотребление родителями алкоголя можно рассматривать как фактор риска формирования аутодеструкции.

ХРОНОФАРМАКОЛОГИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Атоева А.И., Атоева И.И., Азизова Р.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Активность: Синхронность организма с окружающей его средой имеет большое значение, а именно хронофармакология изучающая взаимоотношения зависимых от времени биологических процессов и эффектов лекарственных средств была и остаётся актуальной.

Цель хронофармакологии - повысить эффективность фармакотерапии, значительно снизив ее отрицательное воздействие.

Основными задачами являются: В настоящее время накопилось огромное количество медикаментозных средств, используемых в медицине о которых мы не знаем, в какое время суток повышается их эффективность и снижается степень побочного действия. Постепенно достижения в области хронофармакотерапии внедряются в лечебную практику. Как правило, в медицинских учреждениях лекарства применяются без учета суточного ритма по традиционной схеме назначения препаратов «по одной таблетке 3 раза в день». Среди лекарственных препаратов, применяемых с учетом суточного ритма, наибольшее внимание привлекают кортикостероиды.

Материалы и методы: Материалом для исследования являются литературные данные и избирательное действие лекарственных средств, изучение их влияния различных биоритмов на выраженность фармакологических эффектов, оценка влияния лекарств на ритмические колебания функций организма и др. Ведущее место среди биоритмов занимают циркадианные (лат. *circa* — около, *dies* — день) — суточный ритм с периодом около 24 ч., обусловленной функцией почек, а также синтеза АДГ, альдостерона, белка и гликогена. Минимальные изменения функции коры надпочечников отмечаются при назначении кортикостероидов только в соответствии с естественным суточным ритмом их секреции и экскреции.

Выводы: 1. При заместительной терапии глюкокортикоиды назначаются в утренние часы (6-7 ч.).

2. Инфекционно-аллергических, аутоиммунных заболеваний в зависимости от степени активности воспалительного процесса предобеденные часы (в 7, 10, 13ч.).

3. Для угнетения усиленной продукции про воспалительных гормонов рекомендуется назначение в течении суток, где в первую половину дня ребенок получает основную часть (2/3-3/4) суточной дозы.

СТРУКТУРА ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЫЯВЛЕННЫХ ПРИ ЭЛЕКТРОГАСТРОЭНТЕРОМИОГРАФИИ

Атоева А.И., Жураева З.Ё

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Распространенность заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у детей крайне велика и продолжает ежегодно увеличиваться. Так по данным литературы заболеваемость детей болезнями органов пищеварения составляет 98,3 на 1000 детского населения, однако, некоторые авторы считают, что распространенность заболеваний ЖКТ существенно превышает официальные данные, достигая значений 297-400 на 1000 (Пайков В.Л., 2008). Для выявления нарушений моторики ЖКТ необходимо проведение исследований, большая часть которых является инвазивными и высоко технологическими. В связи с этим, особую актуальность приобретают неинвазивные и нетравматичные методы диагностики, к которым относится метод периферической электрогастроэнтеромиографии (ЭГЭГ).

Цель исследования: изучить структуру гастроэнтерологических заболеваний методом периферической электрогастроэнтеромиографии.

Материалы и методы исследования. Сотрудниками Ташкентского университета информационных технологий, под руководством д.т.н., профессора Х.Н. Зайнидинова разработан мобильный аппаратно-программный комплекс для функциональной диагностики заболеваний желудочно-кишечного тракта. Разработанный комплекс проходит экспериментальную проверку на кафедре госпитальной педиатрии №1 Ташкентского педиатрического медицинского института. Всего обследовано 60 детей в возрасте от 3 до 18 лет, именно тот возраст, когда дети питаются из общего стола. Все дети были на стационарном лечении по поводу различных соматических заболеваний, в частности бронхо-легочных, у некоторых наблюдались симптом и со стороны ЖКТ таких как тошнота, рвота, боли в области пупка и живота. Всем детям было проведено ЭГЭГ. В целях диагностики заболеваний ЖКТ. М.А. Собакиным была разработана методика регистрации электрических потенциалов желудка с поверхности тела. Модификация данного метода была осуществлена В.Г. Ребровым в 1974 г. Он первым осуществил регистрацию электрических потенциалов ЖКТ с конечностей пациента. В.Г. Ребровым была разработана классификация электрических сигналов, регистрируемых в полосе частот ЖКТ.

Результаты и обсуждения. Результаты исследования свидетельствуют о том, что практически у всех детей имеющих или не имеющих жалобы на наличие каких-то изменений со стороны ЖКТ регистрировались те или иные функциональные изменения моторно-эвакуаторных функций ЖКТ. Интересен тот факт, что у 54 (90%) детей, регистрировалось патология со стороны нескольких органов. Заболевание желудка – у 42 (70%), двенадцатиперстной кишки- 19 (32%), подвздошной кишки- 54 (90%), толстой кишки – 48 (80%), желчного пузыря – 33 (55%). Как показали расчет сочетаний этих патологий- заболеваний желудка часто сочетались с заболеваниями подвздошной кишки, заболевания толстой кишки часто сочетались с заболеваниями желчного пузыря. У 41(68%) детей регистрировались сочетание 3-х нозологических единиц, у 12 (22%) детей – двух, у 7 (10%) детей регистрировался патология одного органа.

Вывод. Таким образом, метод периферической электрогастроэнтеромиографии дает возможность неинвазивным путем диагностировать одномоментно все заболевания ЖКТ, связанные с функциональными нарушениями моторно-эвакуаторных функций ЖКТ. Кроме вопросов диагностики, актуальной является проблема индивидуализации лечения больных в зависимости от типа нарушения моторно-эвакуаторной функции ЖКТ и возможности динамического наблюдения за состоянием данной функции на фоне проводимого лечения с целью его возможной коррекции при помощи ЭГЭГ.

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ПЯСТНЫХ КОСТЕЙ И ФАЛАНГ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ У ДЕТЕЙ

М.Р.Ахматов., Б.С.Турсунов.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность проблемы. Лечение переломов фаланг и пястных костей остается сложным разделом хирургии кисти. На сегодняшний день широко используется как консервативное лечение переломов костей кисти (гипсовые повязки, вытяжение), так и оперативные методы лечения (интрамедуллярный остеосинтез спицами или штифтами и наложением аппаратов наружной фиксации). Каждая из этих способов имеет свои преимущества и недостатки (Шихалева Н.Г., Чирпова И.В. , 2009г, Бугаев Д.А. 2010г. и др).

Цель исследования. Анализировать методы лечение за последние 10лет.

Материал и методы исследование. Нами проведен анализ результатов лечения 26 детей с переломами пястных костей и фаланг пальцев за последние 10 лет в клиниках ТашПМИ. Всем больным после клинического и лабораторного обследования производилась рентгенография поврежденного отдела кисти в двух проекциях, а при необходимости в трех проекциях.

17 больным консервативное лечение проводилось путем закрытой репозиции отломков с наложением гипсовой повязки, последние накладывались в зависимости от характера перелома и смещения по ладонной или тыльной поверхности кисти. Учитывая маленькие размеры костных отломков и трудность их репозиции мы нередко выходили из положения применяя кусачки типа Люэра, корнцанги или “крокодилы ” для снятия гипсовой повязки, причем на рабочие части которых одевали резиночки от кровоостанавливающего жгута. Особенно эти инструменты были, к стати при поздних обращениях больных.

9 больным производилось открытая репозиция с фиксацией костных отломков спицами Кишнера или Илизарова.

Результаты исследования и обсуждение. По данным литературы при лечении переломов пястных костей и фаланг пальцев частота неудовлетворительных исходов достигала 16-30% (Льеба Р.М., Абашны И.А. 2007г. и др). По нашим данным лишь у двоих больных отметился неудовлетворительный результат, часто составляет около 8%.

Выводы. При индивидуальном подходе применяя соответствующие методы лечения переломов пястных костей и фаланг пальцев можно получить хорошие или удовлетворительные результаты в подавляющем большинстве случаев. Корнцанг, кусачки типа Люэра и щипцы для отгибания краев гипсовой повязки во многом обеспечивали удовлетворительную репозицию костных отломков

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ НООТРОПНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ПЕРЕДНЕЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ

**Ахмедов Ж.Б., Ибрагимова С.М.
Ташкентская медицинская академия**

Актуальность. Передняя ишемическая нейропатия одна из самых частых причин внезапной слепоты или резкого снижения зрения у лиц старше 50 лет. Передняя ишемическая нейропатия, не связанная с артериитом, встречается в 6 раз чаще по сравнению с развывшейся на фоне системного васкулита. Распространенность заболевания составляет 2.3-10.2 на 100000 населения старше 50 лет. Мужчины страдают в 5 раз чаще, чем женщины [Аветисов С.Э. Офтальмология Национальное руководство 2008г. 678стр.].

Цель:Провести оценку эффективности применения препарата Роноцит(цитиколин) при лечении ишемических заболеваний зрительного нерва.

Материалы и методы: В исследование включены 30 больных в возрасте от 25 до 65 лет с диагнозом передняя ишемическая нейропатия, получившие лечение на базе глазных отделений II и III клиники ТМА. Все пациенты распределены на 2 группы: В основной группе все больные получили препарат Роноцит на фоне традиционного лечения. В контрольной группе больные получали только традиционное лечение.

Результаты и обсуждение. Проведенные клинические исследования показали, что на 10 день после лечения у 11 больных (73,3%) основной группы в динамике отмечалось улучшение остроты зрения на 6%, а у 8 больных (53,3%) контрольной группы отмечалось улучшение только на 4%. Офтальмологическое исследование показали, что до лечения у всех больных было выявлено: бледный отёчный диск зрительного нерва с нечёткими границами, расширенные и извитые вены, у 10 больных (66,3%) основной и 13 больных (86,6%) контрольной группы отмечались парапапиллярные и ретинальные кровоизлияния. На 10 день после лечения, проведенные клинические исследования показали, что у 11 больных (73,3%) основной группы в динамике отмечалось уменьшение отёчности диска зрительного нерва, а у 6 больных (40%) отмечалось уменьшение границы парапапиллярных и ретинальных кровоизлияний, а у 2 больных (13,3%) ретинальные кровоизлияния полностью рассосались. На 10 день после лечения у больных контрольной группы, проведенные клинические исследования показали, что у 8 больных (53,3%) в динамике отмечалось снижение отёчности диска зрительного нерва, а у 4 больных (26,6%) отмечалось уменьшение границы парапапиллярных и ретинальных кровоизлияний. Таким образом улучшение зрительных функции в 1,6 раз больше основной группы, чем в контрольной.

Выводы: Проведенные клинические исследования свидетельствуют о том, что препарат Роноцит является эффективным и безопасным препаратом, и может быть рекомендован к широкому применению у пациентов с передней ишемической нейропатией.

ПОКАЗАТЕЛИ PH КРОВИ У НОВОРОЖДЕННЫХ, С АСФИКСИЕЙ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ТЯЖЕСТИ

Ахмедова Д.М., Гулямова М.А., Ходжиметова Ш.Х.
Ташкентский педиатрический медицинский институт.

Актуальность: Внутриутробная гипоксия плода занимает ведущее место в структуре причин перинатальной заболеваемости и смертности.

Цель: Изучить показателей PH крови новорожденных, родившихся в асфиксии различной степени тяжести.

Материалы и методы исследования: Обследовано 40 новорожденных, родившихся в асфиксии различной степени тяжести. I-группу составили-17(65,3%) доношенных новорожденных со средне - тяжелой степенью тяжести асфиксии и недоношенных-9(34,6%). II- группу - 3(21,4%) доношенных новорожденных с тяжелой степенью тяжести асфиксии и 11(42,3%) недоношенных.

Результаты исследования: Анализ исследований показал, что среди наблюдаемых детей, в подавляющем большинстве случаев новорожденные родились в средне - тяжелом и тяжелом состояний асфиксии и составили – 75%, при этом преобладало количество недоношенных – 85%. Новорожденных, родившихся с оценкой по шкале Апгар 0-3 баллов, среди обследуемых наблюдалось – 35%, 3-6 баллов – 40% и 4-7 баллов – 25%. Среди доношенных новорожденных с оценкой по шкале Апгар 0-3 баллов родились -15%, 3-6 баллов - 50%, 4-7 баллов - 35%. Среди недоношенных детей преобладало количество новорожденных детей с оценкой по шкале Апгар 0-3 балла и составило - 55%, 3-6 баллов - 30% и 4-7 балла - 35%.

Анализируя PH крови новорожденных, родившихся в асфиксии с различной степенью тяжести показал, что среди 26 новорожденных с асфиксией со средне - тяжелой степенью показатель PH крови варьировался в пределах PH 7,19 до 7,11. При этом среди доношенных новорожденных средний показатель PH крови составил $7,14 \pm 0,9$, а у недоношенных детей этот показатель был $7,13 \pm 0,6$. Достоверных отклонений не наблюдалось.

Тяжелая степень асфиксии наблюдалось у 14 новорожденных, у которых показатель PH крови колебался в пределах 6,95-7,11. При этом показатель PH крови среди доношенных детей составил $7,0 \pm 0,07$, а у недоношенных $7,0 \pm 0,05$, то есть существенных различий не наблюдалось.

Вывод: Таким образом, было выявлено, что наибольшую часть составили недоношенные новорожденные с тяжелой формой асфиксии с оценкой по шкале Апгар 0-3 баллов, а со средне-тяжелой степенью асфиксии с оценкой по шкале Апгар 3-6 и 4-7 баллов составили доношенные новорожденные. Существенных различий в показателях PH крови не наблюдалось между доношенными и недоношенными новорожденными с различной степенью тяжести, однако имела тенденция к смешению показателей PH крови у новорожденных с тяжелой степенью асфиксии, независимо от гестационного возраста.

ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗАТЯЖНОЙ НЕВРОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ

Ашуралиева У.А., Абдуллаева В.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. В связи с ростом заболеваемости и распространенности депрессий, которые регистрируются практически во всех развитых странах мира, для цели их диагностики и терапии приобретает важное значение их тщательная дифференциация. В этом отношении затяжные депрессивные состояния, как существенно нарушающие "качество жизни" пациентов и имеющие высокий суицидальный риск, нуждаются в дальнейшем углубленном изучении (Александровский Ю.А., 2001). Личностный смысл болезни связан с психологическими защитными механизмами, возникающими в ответ на болезнь. Психологические механизмы направлены на приспособление к сложным ситуациям, определяют индивидуальные характеристики защитносовладающего поведения.

Цель и задачи исследования - изучение условий и факторов, способствующих формированию затяжного течения депрессий невротического уровня.

Материал и методы исследования. В ходе исследования было обследовано 32 больных с невротической депрессией в возрасте 25-55 лет на базе пограничного отделения городской клинической психиатрической больницы г.Ташкента. Группа больных соответствовала следующим критериям: депрессивные расстройства в рамках депрессивного эпизода легкой степени [F32.0] (32%), депрессивного эпизода средней степени [F32.1] (27%), смешанное тревожное и депрессивное расстройство [F41.2] (28%), расстройство адаптации (F43.2) (12%), установленные в соответствии с критериями МКБ-10.

Результаты исследования и обсуждение. Анализ факторов фона, предшествующего развитию депрессии, выявил психопатологически отягощенную наследственность у 28% больных. Преморбидно-личностные особенности пациентов с депрессивными расстройствами оказались достаточно выраженными, что позволило отнести их к явным акцентуациям характера с преобладанием тормозимых (27,2%) и циклоидных черт (15,8%). Расстройства аппетита отмечались у 57,9% пациентов. Снижение аппетита часто сочеталось с некоторыми нарушениями желудочно-кишечного. Наиболее часто встречались затруднения засыпания с овладевающими представлениями или изматывающими внутренними диалогами, ночные и ранние пробуждения, поверхностный сон с тревожными сновидениями. Недостаток энергии или утомление занимает второе место после угнетенного настроения (79,4%). Заниженная самооценка встречалась в 62,5% случаев. Нарушение концентрации внимания или затруднение в принятии решения наблюдалось у 50,5% больных. Необходимо отметить, что ведущее или одно из ведущих мест в психологических переживаниях больных почти всегда занимали проблемы интерперсональных взаимоотношений, в первую очередь внутрисемейных конфликтов. Сосредоточенность на внутрисемейных конфликтах имела место у 41,89% больных.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование показало определенные закономерности в возникновении, течении, клиническом оформлении депрессии невротического уровня в зависимости от психологических, конституционально-биологических, и психосоматических предикторов факторов. Это позволило выделить предикторы хронизации невротических депрессивных расстройств, которыми является сложный комплекс взаимодействия клинических, социально-психологических и биологических факторов, включающие преморбидные условия формирования депрессии.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАТЯЖНЫХ ФОРМ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Ашуралиева У.А., Абдуллаева В.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Социально-экономические перемены в современном обществе, изменение привычных стереотипов индивидуального и социального функционирования личности привели к росту числа затяжных невротических форм, увеличению удельного веса длительных постоянных стрессовых воздействий (Александровский Ю.А., 2010; Васильева А.В., 2010). По мнению многих авторов, затяжное невротическое расстройство является неблагоприятным вариантом течения заболевания (Караваева Т.А., 2010, Карвасарский Б.Д., 2010). Общеизвестным является факт, что характер и течение невротических расстройств в большей степени, чем другие психические нарушения, находятся в тесной связи с социальными условиями, общественным укладом, доминирующей системой ценностей, которые за последние десятилетия претерпели значительные изменения в нашей стране (Шамрей В.К., 2010; Караваева Т.А., 2012; Колотильщикова Е.А., 2012). В сложившихся новых общественно-ценностных условиях клинические особенности и условия хронизации невротических расстройств практически не изучались.

Цель и задачи исследования – изучение клинических особенностей больных с затяжным течением невротических расстройств

Материал и методы исследования. Было обследовано 38 больных с невротическими расстройствами. Применялись клинико-психопатологический и катamnестический методы исследования.

Результаты исследования и обсуждение. Острое невротическое расстройство определялось при длительности заболевания до 1 года (41,3%). У пациентов выявлялась зависимость симптоматики от ситуации, а в клинической картине отражались особенности личности, преморбидного фона, защитные психологические механизмы. Затяжное невротическое расстройство отмечалось у пациентов с длительностью заболевания от 1 года до 5 лет (32,7% %) и характеризовалось расширением спектра невротических симптомов, неспецифичностью их проявлений, усилением ипохондрической симптоматики. Невротическое развитие личности встречалось у 26,0% пациентов при большей длительности заболевания. На этом этапе происходило саморазвитие и амальгамирование, т.е. слияние невротических переживаний и патохарактерологических проявлений. Содержание представлений о внутренней картине болезни у пациентов с затяжными формами невротических расстройств имело свои особенности. Имелось выраженное преобладание, при сравнении этих пациентов со страдающими острыми формами невротических расстройств, соматоцентрированной внутренней картины болезни. Так, соматоцентрированная внутренняя картина болезни встречалась у 34,9% пациентов с острым невротическим расстройством, у 50,0% с затяжным течением и у 63,0% с невротическим развитием личности.

Выводы. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о полиморфизме симптоматики у пациентов с затяжными формами невротических расстройств, однако важным являлось наличие устойчивых сочетаний клинических проявлений при разных вариантах течения невротических расстройств, которые являются основными мишенями при назначении терапии.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ИШЕМИЧЕСКОГО РЕПЕРФУЗИОННОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТРОЙ СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

И.Х.Ашуров., А.У.Бозоров., Б.Х.Хамидов.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. В детской хирургии острая кишечная непроходимость (ОКН) является одним из распространенных ургентных заболеваний, которое требует выполнения экстренной хирургической помощи и длительной реабилитации. Ежегодно в Узбекистане выполняют более 15000 операций с развившейся (ОКН), при этом результаты лечения этого тяжелого континента больных нельзя признать удовлетворительными. Летальность при этом заболевании колеблется от 8% до 30%.

Цель: улучшение непосредственных результатов комплексного лечения больных с острой странгуляционной кишечной непроходимостью.

Материалы и методы. Обследовано 18 детей с диагнозом ОСКН с возраста от 1 до 15 лет: девочки 5(27,7%), мальчики 13(72,3%). По характеру и уровню непроходимости больные с ОСКН были распределены следующим образом: острая спаечная тонкокишечная непроходимость 8(44%), острая спаечная толстокишечная непроходимость 10 (56%). Для понимания сущности механизмов «оксидантного стресса», реперфузионной эндотоксемии при ОСКН исследованы показатели уровня реперфузионной эндотоксемии. Через 2-3 часа после разрешения странгуляции и на вторые-пятые сутки пунктировали вены второго – третьего порядков брыжейки тонкой кишки также брали кровь (5мл) из подключичной вены.

Результаты обсуждения: При сравнительном анализе уровня показателей эндотоксемии при ОСКН в зависимости от уровня и характера странгуляции выявлено, что у больных с тонкокишечной непроходимостью наблюдается более высокий уровень интоксикации, по сравнению с больными с толстокишечной странгуляционной непроходимостью, что выражалось повышением показателей интоксикации лейкоцитарный индекс интоксикации 33,3%, молекулы средней массы – на 56,7% малоновый диальдегид – на 29%, индекс интоксикации – на 27,3%.

Вывод: Достоверное увеличение исследуемых маркеров эндогенной интоксикации совпадало с глубиной патоморфологических нарушений тонкой кишки. Как отмечено неоднократно, при ОСКН в зависимости от уровня странгуляции и длительности ишемии наблюдали выраженные патоморфологические изменения в тонкой кишке в виде как ишемического повреждения, так и реперфузионного.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

И.Х.Ашуров., М.М.Норов., Б.Х.Хамидов.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. По данным литературы среди осложнений, связанных с операцией в брюшной полости, спаечная кишечная непроходимость. А является актуальной проблемой хирургии детского возраста. Выбор метода лечения при острой и хронической формах спаечной кишечной непроходимость остается дискуссионным.

Цель -дать сравнительную характеристику методов комплексного лечения спаечной болезни у детей.

Материалы и методы: В клинике 2-городской детской хирургической клинической больницы за период с 2008 по 2013 год находились 32 ребенка в возрасте от 3 месяцев до 14 лет с явлениями спаечной болезни брюшной полости из них мальчиков было 22 (76.2%) девочек 10 (23.8%).

Острую спаечную кишечную непроходимость наблюдали у 13 (60%) больных, хроническую – у 14(40%). Острую спаечную непроходимость консервативно разрешили у 11 больных. Из них 6 детей в дальнейшем неоднократно поступали с болями в животе, так как причина непроходимости не была устранена. Оперативное лечение потребовалось 13 пациентам. Открытое разделенное спаяк выполнили, в брижику тонкого кишечника вводили раствор 0.25%- новокаин в брюшную полость раствор гидракартизона. С хронической спаечной болезнью поступили 14-больных. Всем был проведен традиционный курс консервативной противоспаечной терапии. Повторно с явлениями кишечной непроходимости поступило 8-детей. Всем поступившим было проведено оперативное лечение, адгезиолизис в сочетании с курсами каллализминой и циклофероном. Перед и послеоперационном периоде у этих больных повторных обострений не отмечали.

Выводы: Таким образом, оперативный адгезиолизис при лечении острой и хронической спаечной болезни является наиболее эффективным методом лечения. Консервативная противоспаечная терапия в сочетании с оперативным вмешательством устраняет причину непроходимости.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЛОР ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ
Ашуров О.Х., Хасанов С.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Инородные тела (ИТ) носа, глотки уха, пищевода и бронхов нередко наблюдаются в экстренной ЛОР-практике врача отоларинголога порой представляют трудности при диагностике и лечении. Характер ИТ может быть различным: от пищевых продуктов до игрушек и профессиональных предметов. Точных статистических данных по частоте обращаемости детей с инородными телами ЛОР органов в Республики Узбекистан нет, в литературе описывают только редкие случаи.

Цель. Анализ обращаемости (частота и сезонность, зависимость вида инородного тела от пола и возраста) детей в детскую клинику ТашПМИ по поводу ИТ ЛОР-органов, нижних дыхательных путей и пищевода.

Материал и методы. Проведен статический анализ медицинской документации – журналов обращений в кабинет экстренной ЛОР помощи за 2-х летний период – с 2013 по 2014 годы.

Результаты. За двухлетний период в кабинет экстренной ЛОР помощи обратились 855 человек по поводу ИТ, что составило 3% всех обашений. ИТ были обнаружены в носу – у 70% детей, в ухе – у 15%, в глотке – у 5%, в пищеводе и желудке – у 8%, в бронхи и трахея – у 2% пациентов. Дошкольники составили 85,7%. Мальчики чаще обращались по поводу ИТ (56,5%). По качественному составу ИТ отмечались половые особенности: в 2 раза у мальчиков преобладали бусинки, кнопочные батарейки в носу, ушах, пищеводе и желудке, а также детали игрушек, бумага, губка. У девочек чаще были бусинки, шарики, сломанные серьги.

Пищевые продукты (косточки граната, жевательная резинка, зерна кукурузы, рыба кость и монеты встречались примерно одинаково часто как у мальчиков, так и у девочек. Летние месяцы были наиболее «урожайными» на ИТ всех локализаций.

Заключения. ИТ составили 3% всех обращений в кабинет ЛОР скорой помощи. В ЛОР органах, бронхах и пищеводе ИТ бывают чаще у мальчиков (56,5%): кнопочные батарейки, детали игрушек, поделочные материалы. У девочек преобладают бусинки и шарики. Отмечается резкое увеличение количества ИТ в летние месяцы. Пищевые продукты встречаются одинаково часто у детей обоего пола. Полученные данные должны стать основой для активизации просветительной работы с родителями по профилактике ИТ.

ВЕГЕТАТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Ашурова Н., Нурмухамедова М.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. У детей врожденные пороки сердца (ВПС) нередко сопровождаются гемодинамическими изменениями, которые приводят к дисциркуляторным нарушениям головного мозга. Недостаточность кровообращения при сердечной патологии отражается, прежде всего, на мозге-органе с высоким уровнем обменных процессов, наиболее чувствительном к недостатку кислорода, и приводит к многообразным мозговым осложнениям, которые в значительной степени влияют на течение и исход заболевания.

Цель исследования: изучить особенности вегетативной нервной системы у детей с ВПС.

Материалы и методы. По поводу ВПС под нашим наблюдением находились 12 детей (5 мальчиков и 7 девочки) в возрасте от 1 года до 14 лет. У 5 (41,7%) больных диагностирован дефект межжелудочковой перегородки, у 3 (25%) больных с межпредсердной, у 2 (16,7%) больных с открытым артериальным протоком, у 2 (16,7%) с диагнозом тетрада Фалло. У 50% детей заболевание впервые установлено при рождении, у 25,0% - в дошкольном возрасте, у 16,7% - в школьном возрасте. В 8,3% наблюдений порок сердца выявлен случайно при обращении по поводу других жалоб.

У всех детей было исследовано состояние вегетативной сферы: вегетативный тонус по таблице Гийома - Вейна, характеризующий активность симпатического и парасимпатических отделов, вегетативная реактивность на основании пробы Даныни - Ашнера, вегетативное обеспечение деятельности с помощью ортоклиностатической пробы. В качестве контроля служили данные, полученные при аналогичном обследовании 13 практически здоровых детей.

Результаты исследования. У каждого ребенка с ВПС отмечалось в среднем по 7 жалоб. Так, боли в области сердца встречались у 66,7% больных, головные боли - у 50%, утомляемость - у 58,3%, одышка при незначительной нагрузке - у 58,3%, вялость и общая слабость - у 50%. Большинство жалоб предъявляли дети с «синими» пороками (66,7%). У 41,7% больных при осмотре отмечались бледность кожных покровов, акроцианоз.

У детей с дефектом межжелудочковой и межпредсердной перегородки при пальпации выявлялось систолическое дрожание во втором межреберье слева от грудины. У 41,7% больных отмечалась синусовая аритмия, у 25% - синусовая тахикардия. В 58,3% наблюдений (особенно при наличии дефекта межжелудочковой перегородки) определялось пониженное артериальное давление, у 8,3% (при коарктации аорты) - повышенное.

У 9 (75%) детей диагностированы выраженные клинические проявления вегетативных дисфункций: вегетативная эйтония 2 (22,22%), ваготония 1 (11,11%), симпатикотония 6 (66,66%). Адекватная вегетативная реактивность определена у 41,7% больных. Среди дезадаптивных вариантов вегетативной реактивности преобладает гиперсимпатикотонический 7 (58,33%). У практически здоровых детей превалирует нормотонический тип. Полученные данные свидетельствуют о значительном снижении адаптационных резервов вегетативной нервной системы у детей с ВПС.

Выводы: изменение функционального состояния вегетативной нервной системы свидетельствует о значительном снижении ее адаптационных резервов у детей с ВПС.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕЙРОПРОТЕКТОРНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ОРГАНИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ЦНС

**Бабажанова У.Т., Юльбарсов О.Б., Маджидова Ё.Н.
Ташкентский педиатрический медицинский институт**

Актуальность: в настоящее время перинатальные гипоксические поражения ЦНС у новорожденных и их последствия представляют собой важную медико-социальную проблему, так как в дальнейшем они могут привести к разнообразным по проявлению и степени тяжести неврологическим нарушениям: от легкой задержки психомоторного развития до выраженных отклонений, церебрального паралича, приводящих ребенка к инвалидности. Вот почему так важна проблема раннего своевременного эффективного лечения и реабилитации детей с перинатальным поражением ЦНС.

Цель исследования: изучить эффективность цераксона у детей до года жизни с органическими поражениями ЦНС.

Материалы и методы исследования: обследованы дети в возрасте от 2 месяцев до 1 года с последствиями перинатального гипоксически-ишемического поражения ЦНС, с ранней задержкой статомоторного и предречевого развития с угрозой развития церебрального паралича. Курс лечения составлял 1,5-3 месяца, до 2 недель в условиях отделения, затем- амбулаторно. Результаты лечения с включением в комплекс цераксона оценивались по шкале эффективности реабилитации детей до 1 года по О.С.Евтушенко(2002). Статистическая обработка полученных результатов исследований проведена на компьютере с помощью Microsoft Excel. Оценивали средние значения, их ошибки, коэффициент Стьюдента и достоверность статистических показателей(p). Всем больным проводили тщательно клинико-инструментальное обследование(НСГ).

Результаты исследования и обсуждение: после проведения комплексной реабилитации с включением в курс цераксона отмечалось выраженное улучшение со стороны психоэмоциональной сферы, концентрация внимания, увеличилась доречевая продукция- гуление, лепет, ускорилось становление речи и накопление словарного запаса. Отмечено улучшение мелкой моторики. В двигательной сфере также выявлено положительная динамика со стороны показателей моторного развития. Однако наиболее выраженный положительный эффект отмечался у глубоко недоношенных детей, детей раннего возраста как в двигательной, так и в психоэмоциональной сфере. Детям этой группы в динамике проводилась НСГ, при этом достоверно была отмечена положительная динамика: уменьшение и выраженность инфильтрации в перивентрикулярных областях, уменьшение объема кистозных дегенераций в данных областях. До лечения среднее статистическая сумма баллов по шкале эффективности реабилитации детей до 1 года по О.С.Евтушенко составляла 14,1±1,0, по его окончании 16,5±0,7 балла. Разница суммы баллов до и после лечения составила 2,5 балла (p<0,01).

Выводы: цераксон является эффективным и безопасным препаратом для лечения детей первого года жизни с последствиями перинатального поражения ЦНС в виде задержка темпов моторного и психоречевого развития, имеющих угрозу развития церебрального паралича, с органическими поражениями ЦНС. Побочных действий при применении цераксона не выявлено, также длительное применение цераксона не сопровождалось токсическими эффектами. Более выраженный эффект терапии отмечался, когда лечения начиналось в более раннем возрасте-до 3 месяцев, в том числе и у глубоко недоношенных детей с низкой массой тела при рождении, что позволило значительно уменьшить неврологический дефициту данной группы пациентов.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КРОВОТОКА В ДИАГНОСТИКЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Байбурина Р.Р., Абзалова М.Я.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Несмотря на успехи современной гепатологии, в настоящее время прослеживается отчетливая тенденция к росту заболеваемости циррозом печени, их склонность к затяжному и рецидивирующему течению, переходу в злокачественные формы, и высокой летальностью. Именно поэтому диагностика заболеваний печени должна быть своевременной, позволяющей точно определить состояние паренхимы органа и степень сопутствующих внутри- и внеорганных гемодинамических нарушений. Ультразвуковое сканирование печени, занимая достойное место в комплексном исследовании этого контингента больных, позволяет снимать значительную часть диагностических вопросов

Цель исследования. Оценка возможностей повышения точности диагностики цирроза печени по данным ультразвукового и доплерографического исследований.

Материалы и методы исследования. Исследования проводились в клинике ТашПМИ на ультразвуковых аппаратах Sonoscape 5000 конвексным, а при необходимости линейным и секторным датчиками частотой 3,5-5-7,5 МГц. Были проведены 25 исследований детей с циррозом печени.

Результаты исследования. В результате исследований установлено, что эхопризнаками изменения характеристик кровотока в доплеровских режимах у пациентов с хроническими гепатитами и циррозом стали: снижение линейной и объемной скоростей кровотока в воротной вене, увеличение средней и объемной скоростей кровотока в общей печеночной артерии, уменьшение средней скорости кровотока в собственной печеночной артерии, увеличение индекса резистентности и пульсационного индекса в собственной печеночной артерии. У больных с начальными признаками цирроза печени вышеуказанные изменения усугублялись и прогрессировали. Определялись признаки изменения портальной гемодинамики: увеличение диаметра воротной вены, площади ее поперечного сечения, уменьшение линейных скоростей кровотока в воротной вене. Примечательно, что прогрессирование снижения объемного кровотока в воротной вене у больных с циррозом С не выявлено при сравнении с данными у пациентов с циррозом В. Вероятно, это объясняется реканализацией пупочной вены, по которой идет сброс портальной крови в системный кровоток. Полученные результаты выявили достоверное увеличение диаметра общей печеночной артерии только у пациентов с поздними стадиями цирроза. В остальных случаях диаметр ее оставался в пределах нормы. Наиболее значимыми изменениями артериального печеночного кровотока можно считать повышение его резистивных характеристик, достоверно заметных у пациентов с циррозом всех степеней, особенно поздних стадий – В и С.

Выводы. Дуплексное сканирование сосудов портальной системы позволяет детально оценить степень гемодинамических изменений в печени и повысить информативность эхографии в диагностике цирроза печени

**ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ХИРУРГИЧЕСКУЮ
КОРРЕКЦИЮ ПОРОКА В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ
Бабажанова У.Т., Маджидова Ё.Н., Ражабова Ш.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт**

Актуальность: атрезия пищевода относится к угрожающим жизни порокам развития, частота которого составляет от 1:2 440 до 1:4 500 новорожденных. Однако сведения о соматических и неврологических исходах у детей с атрезией пищевода, перенесших оперативное лечение в раннем неонатальном периоде, малочисленны и нередко противоречивы. Младший возраст является наиболее важным критическим периодом детства, характеризующийся интенсивностью психомоторного развития и формированием вербальных, сенсорных, мыслительных, практических функций ребёнка. Поэтому исследования особенностей стато-кинетических и психологических показателей у детей с атрезией пищевода, перенесших оперативное лечение в раннем неонатальном периоде, является актуальным и имеющим практическую значимость.

Цель исследования: изучить психомоторного развития детей, родившихся с атрезией пищевода и перенесших хирургическую коррекцию порока в раннем неонатальном периоде.

Материал и методы исследования: нами было обследовано 25 детей в возрасте 1 года. Работа основана на анализе результатов психомоторного развития детей, перенесших оперативное лечение с благоприятным жизненным исходом. Контрольную группу составили 20 практически здоровых детей аналогичного возраста. Оценка психомоторного развития детей проводилась по шкале CAT/CLAMS (Clinical adaptive test — CAT, clinical linguistic and auditory milestone scale — CLAMS and Gross motor — GM). Данная шкала позволяет быстро и объективно оценить познавательную, языковую (речевую), моторную функции и определить полноценность развития. Статистическую обработку результатов проводили с использованием пакетов статистических программ «Statistika for Windows» с установлением достоверности различий по группам с помощью t-критерия Стьюдента и критерия χ^2 .

Результаты и их обсуждение: значения коэффициента речевого развития по шкале CAT/CLAMS в первый год жизни у абсолютного большинства обследованных детей были равны или превышали пороговый уровень 75%, что свидетельствует о соответствии развития ребенка фактическому возрасту. Задержка речевого развития в один год жизни была выявлена у 3(12,0%) детей, из них 2(8,0%) ребенка родились недоношенными и 1 — с задержкой внутриутробного развития. Анализ состояния познавательного и моторного развития детей показал, что на первом году жизни средние значения коэффициентов развития по данным линиям соответствовали контрольным уровням. Только у 2(8,0%) детей показатели оказались меньше 75%, что указывает на замедление психомоторного развития. Следует отметить, что оба ребенка родились недоношенными с массой тела менее 2 500,0 г.

Выводы: нарушения психомоторного развития, в частности речевого развития, у доношенных детей перенесших оперативное лечение ассоциируются с низкой массой тела при рождении менее 3 000,0 г и недостаточным прибавлением в весе на первом году жизни.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ, ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЙ ПОСЛЕДСТВИЙ МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТОВ У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Бердиева Х.У., Садикова Г.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: Заболеваемость вирусных энцефалитов в мире колеблется от 3,9 до 7,5 на 100000 детского населения. Согласно данным ВОЗ, 75% всех случаев вирусных поражений ЦНС (менингиты, энцефалиты) приходится на детей до 14 лет. Для детского возраста данная патология характеризуется особой тяжестью, большой частотой неврологических осложнений и высокой летальностью, и это требует детального изучения этого вопроса.

Целью работы явилось изучение частота встречаемости, тяжесть течений последствий менингоэнцефалитов различной этиологии.

Материал и методы: Под наблюдением находилось 22 детей в возрасте от 4 месяцев до 14 лет. Детям проводилось клиническое, неврологическое, лабораторные, инструментальные (НСГ, ЭЭГ, КТ/МРТ) обследования согласно клиническим протоколам, утвержденным МЗ Уз. Так как больные обследовались, последствиями болезни особо упор делился на акушерский анамнез и анамнез болезни и анализу амбулаторной карты.

Результаты исследования: Всего 22 детей, мальчиков 14 девочек 8. Герпетический энцефалит у 4 детей (18,2%), цитомегаловирусный - у 3 больных детей (12,5%), коревой – у 1 (4,5%), энцефалит смешанной этиологии (ЦМВ+герпетический) – у 8 (36,4%), энцефалит неуточненной этиологии зарегистрирован у 6 (27,3%) больных детей. Согласно полученным данным нами было установлено, что вирусный менингоэнцефалит встречался у детей с отягощенным преморбидным фоном (рахит (20%), гипотрофия (13,3%), анемия (80%), несколько фактор риска-микст (40%)), что в свою очередь видимо, способствовало снижению общей реактивности и сенсibilизации организма. Большинство заболевших детей были до одного года – 79,2%, наименьшую группу заболевших составили дети старше года до 14 лет – 20,8%.

Проведенный анализ исходов болезни в зависимости от этиологии выявил, что после перенесенного герпетического и смещенного менингоэнцефалита в 48,9% случаев развивались тетрапарезы, со симптоматической эпилепсией. 27,2% развилась гемисиндром с неясной причиной болезни по данным амбулаторной карты, но заболевания началось острой с высокой температурной, катаральными явлениями, нарушениям сознания, на фоне чего развилось гемисиндром. 23,8% установлено стволовая симптоматика после перенесенной коревой и цитомегаловирусной инфекции.

Заключение: причинами энцефалитов и менингоэнцефалитов может быть любая детская инфекция. Особенно опасным по тяжести по нашим наблюдениям является коревая и сочетанные вирусные факторы, которая оставляют тяжелые последствия в виде тетрасиндрома с задержкой когнитивной функции.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ КОМПЬЮТЕРНОГО ЗРИТЕЛЬНОГО СИНДРОМА У ШКОЛЬНИКОВ

Бобомуродов Т.Б., Закирходжаева Д.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Компьютеры являются одним из наиболее выдающихся изобретений XX века, но всеобщая компьютеризация последних лет принесла с собой новые проблемы. Одна из них – компьютерный зрительный синдром (КЗС). КЗС специфическое нарушение зрения (астенопия) у людей, у проводящих много времени перед экраном компьютера. Этот синдром ежедневно возникает 40% людей, работающих на компьютере, периодически – у 92% пользователей.

Цель. Изучение различных проявлений КЗС у детей подросткового возраста и разработка протокола профилактики и лечения.

Материалы и методы. Под нашим динамическим наблюдением находились 60 пациентов в возрасте 12-14 лет, которые проводят более 4 часов за экранами мониторов. Все пациенты подвергались стандартному офтальмологическому обследованию, включающему в себя визометрию, скиаскопию, биомикроскопию, офтальмоскопию, авторефрактометрию. Также учитывались жалобы пациентов, проводилось исследование запаса аккомодации.

Результаты. Проведя анализ данных вышеперечисленных исследований, мы выяснили, что 2/3 детей 65% (39 пациентов) жаловались на зрительное утомление к вечеру, резь и чувство сухости в глазах 61,6% (37 пациентов), покраснение глаз и век 53.3% (32 пациентов), резь и жжение 45% (27 пациентов). У 76.6% (46 пациентов) из них имелась близорукость или спазм аккомодации. Нами был разработан протокол профилактики КЗС:

1. Выявление и адекватная коррекция аномалий рефракции.
2. Стимуляция дезаккомодационных мышц.
3. Слезозаместительная терапия.
4. Витаминотерапия и антиоксидантная терапия.
5. Носить очки со специальным компьютерным фильтром во время работы за компьютером.
6. Соблюдение рационального режима зрительной нагрузки.
7. Продолжительность непрерывной работы на компьютере для школьников должна быть следующей: 7-9 лет -15 минут; 10-12 лет-20 минут; 13-14 лет-25 минут; 15-16 лет 30 минут.
8. Соблюдение правильного положения пользователя по отношению к монитору.
9. Соблюдение правильное расположения монитора по отношению к внешним источникам освещения (наличие бликов на экране).
10. Соблюдение осанки при работе за компьютером.
11. Соблюдение избыточного или недостаточного освещения помещения.
12. Соблюдение правильной настройки цвето- и светопередачи монитора.
13. Соблюдение соответствия технических параметров монитора требующихся для длительной безопасной работы

Выводы. Таким образом, терапия КЗС безусловно должна быть комплексной и включать в себя все вышеперечисленные мероприятия

СЛУЧАЙ КЛИНИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ РЕБЕНКА С КИСТОЙ РАДУЖКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ВТОРИЧНОЙ ГЛАУКОМОЙ ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПОРАЖЕНИИ ЦНС

Бобоха Л. Ю., Хамраева Л.С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Перинатальные поражения центральной нервной системы (ППЦНС) - группа патологических состояний, обусловленных воздействием на плод (новорождённого) неблагоприятных факторов в антенатальном периоде, во время родов и в первые дни после рождения. У 25% детей с ППЦНС отмечают зрительные нарушения, значительно утяжеляющие клиническую картину заболевания (Сальков В.Н., 2011 г.)

Цель и задачи. Представить случай клинического наблюдения ребенка с кистой радужки, осложненной вторичной глаукомой при ППЦНС с ликворной дистензией.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилась больная Ю-ва в возрасте 43 дней, поступившая в клинику ТашПМИ с диагнозом: OU врожденная глаукома. OD начальная стадия.OS далекозашедшая стадия, декомпенсированная, колобома радужной оболочки. Пациентке проведены клинико-лабораторные и офтальмологические (биомикроскопия, диафаноскопия, А – В сканирование, тонометрия, гониоскопия),а также специальные(НСГ,ЭЭГ,УЗИ сердца) методы обследования.

Результаты и обсуждение. Со слов матери жалобы на слезотечение, светобоязнь, увеличение глазного яблока, больше слева, появившиеся у ребенка с рождения. Из анамнеза, со слов мамы, беременность протекала на фоне анемии. Перенесла ОРЗ на 8-ой неделе гестации, получала антибиотики (цефтриаксон).

Объективно: в области верхнего века глаз имеется капиллярная гемангиома. OU-блефароспазм, светобоязнь, слезотечение. Глазное яблоко увеличено в размере. OD-роговица прозрачная, передняя камера мельче нормы, влага прозрачная, зрачок в центре, радужка вокруг зрачка атрофична, фотореакция ослаблена.OS-роговица прозрачная, увеличена в размере d=12,5мм. Передняя камера очень глубокая, влага прозрачная, радужка: на 14 часах имеется киста, зрачок эктопирован кверху, неправильно- овальной формы, реакция на свет отсутствует. Хрусталик прозрачный. Глазное дно: ДЗН округлой формы, бледно-розового цвета, границы недооформлены, ход сосудов центральный, вены слегка расширены, артерии в норме. «А»-сканирование: ПЗР OD\OS =17,4мм\20,94мм, «В»-сканирование: OD патологии нет. OS-в ретролентальном пространстве отмечается плотная взвесь с четкими краями, в стекловидном теле единичные точечные включения. При диафаноскопии отмечаются наличие рудиментарного корня радужки, цилиарного тела, дислокация хрусталика в стекловидное тело.

При осмотре неврологом был впервые установлен диагноз ППЦНС с ликворной дистензией. Дети с таким диагнозом требуют более тщательной предоперационной подготовки. Так в результате нейросонографических исследований были выявлены следующие показатели: постгипоксические, постгемморагические изменения головного мозга, слабая дилатация ликворных путей 1 степени, на ЭЭГ не было обнаружено патологической активности головного мозга. Проведена операция на OS: удаление кисты радужки, базальная иридэктомия. В послеоперационном периоде у ребенка не было обнаружено изменений в неврологическом статусе.

Вывод. 1.Дети с перинатальным повреждением ЦНС и изменениями со стороны органа зрения должны находиться под постоянным контролем офтальмолога и невролога. 2.Большое значение имеет правильное ведение антенатального периода, проведение профилактических мероприятий, исключающих развитие анемии, простудных заболеваний, прием антибиотиков и других лекарственных средств беременными, которые могут повлиять на плод и привести к ППЦНС

ХАРАКТЕР ГОЛОВНОЙ БОЛИ ПРИ КИСТАХ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ

Бобохонов М.Г., Хасанов С.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Кисты верхнечелюстных пазух (ВЧП) являются весьма распространенным заболеванием, не редко представляющим собой случайные клинические находки при рентгенографии и компьютерной томографии околоносовых пазух (А.С.Лопатин, В.С.Нефедов, 2002). Киста ВЧП может проявляться головными болями в лобной области, чувством тяжести в области пораженной пазухи, ринореей, стеканием слизи по задней стенке глотки, затруднением носового дыхания и, вероятно, кашлем по утрам как симптом синдрома постназального стекания слизи (Ф.В.Семенов, И.В. Горбоносов, М.С. Вартанян, 2012).

Цель исследования. Изучение характера головной боли с локализацией кист в верхнечелюстной пазухе.

Материал и методы исследования. Ретроспективно изучены истории болезней 32 пациентов, госпитализированных в ЛОР отделение ГKB №7 Ташкента, с диагнозом киста верхнечелюстных пазух носа за 2008-2013 годы. Из них 18 больных составили мужчины, 14 женщины. Выборочно были отобраны истории болезни пациентов с МСКТ придаточных пазух носа.

Результаты исследования. Из общего числа наблюдений у 24 (100%) пациентов были жалобы на головную боль на стороне поражения, а у двух на противоположной стороне.

При рассмотрении МСКТ снимков была отмечена киста верхнечелюстной пазухи: на верхней стенке у 11(46%), на нижней стенке у 6(25%) пациентов, на медиальной стенке у 7(29%) больных.

Обсуждения. Головные боли чаще возникают при расположении кисты на верхней стенки верхнечелюстной пазухи в не зависимости от размера кисты, что связано по видимому из за вдавления в слизистую оболочку и раздражения нервных окончаний V пары ЧМН. Тогда как большие кисты, исходящие из других участков верхнечелюстной пазухи протекают без головных болей до приобретения достаточных размеров и повышения давления на окружающую стенку пазухи.

Вывод. Во многих случаях головная боль не связана с величиной кисты. Небольшая киста, находящаяся на верхней стенке, часто вызывает головную боль в результате резкого повышения давления кистозного мешка на стенки верхнечелюстной пазухи, что можно объяснить раздражением тройничного нерва. Без головных болей могут быть и крупные кисты, расположенные в других отделах верхнечелюстной пазухи, до начала их давления на стенки пазухи.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КЛАВОМЕДА КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ У ДЕТЕЙ.

А.У. Бозоров., Л.Т.Файзуллаев., Б.Х.Хамидов.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: В настоящее время наиболее актуальной задачей медикаментозного лечения является внеинъекционный правильный и рациональный подбор антибиотиков с учетом его эффективности. В связи с тенденцией роста заболеваемости с гнойно-воспалительными факторами растет а так же увеличивается количества больных с его осложнениями.

Цель: изучить бактериолитическую эффективность антимикробного средства «Клавомед» у больных с гнойные хирургическими инфекциями.

Материалы и методы: Для решения поставленной цели проанализированы результаты лечения 66 детей, лечившихся от псевдофурункулёза в возрасте от 2 месяцев до 2-х лет. За период с 2012 июля по 2013 января 2-ГКХДБ. Мальчиков 24, девочек 42. Для диагностики использовались клиничко-лабораторные, бактериологические методы.

Действие препарата оценивали на основании клинических данных:

Субъективных: исчезновение новых элементов гнойничков слабости, гиподинамия, неприятных ощущений в области поражения (боли, уплотнении, гиперимости).

Объективных: снижение температуры, полное исчезновение гнойничковых проявлений на теле и волосистой части головы.

В наших исследованиях температура до лечения определялась в пределах 38,5. В процессе лечения отмечалась нормализация температуры 36,8 в среднем за 5-7 дней.

При поступлении больным общие анализ крови: лейкоцитов 10.3 ± 0.2 со сдвигом формулы влево, в основном это были нейтрофилы: п/я- 7.3 ± 0.2 ; с/я- 74.7 ± 0.85 и лимфоциты 53.2 ± 1.04 .

После комплексного лечения на 5-сутки отмечена нормализация картины: лейкоциты-6,3. Нейтрофилы п/я 3,2; с/я 60,0 и лимфоциты-34,2; СОЭ-7.

Препарат клавомед применяли «перос» детям от 2-месяцев до 1-года с массой тела 3,5-4,5кг по 1,25 мл 2 раза/сут; детям от 1 до 2 л с массой тела 10-15кг по 2,5 мл 3 раза в сутки. На фоне лечения клавомедом не отмечалось расстройств со стороны желудочно-кишечного тракта и аллергической реакции.

Выводы: Клавомед в комплексном лечении псевдофурункулёза у детей обладает хорошим бактерицидным двойным эффектом. Уменьшение интоксикации организма способствовало благоприятному течению процесса после хирургического вмешательства. Препарат можно использовать как средство первого выбора до получения результатов бактериограммы.

ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ГИПОТИРЕОЗА

Бойкузиева Д.З., Ахмедова Ш.У.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. В исследованиях последних лет установлено, что при гипотиреозе у лиц пожилого возраста нередко развивается выраженный атеросклероз аорты и магистральных сосудов, ишемическая болезнь сердца (ИБС), стенокардия. Некоторые исследователи отметили, что при гипотиреозе характерно повышение артериального давления. Существуют работы, которые показали, что тиреоидные гормоны регулируют массу тела и уровень холестерина. Повышенные уровни атерогенных липидов и низкий уровень липопротеидов высокой плотности (ХС-ЛПВП) в сыворотке крови являются одними из важнейших фактором риска развития атеросклероза и связанных с ним осложнений.

Цель работы: изучить особенностей липидного обмена у больных с синдромом гипотиреоза.

Материал и методы исследования: работа выполнена с 2012 по 2014гг в отделение тиреоидной патологии РСНПМЦ Эндокринологии. Всего было осмотрено 42(100%) больных в возрасте 20 до 70 лет. Больные разделены на две группы:

1-группа: 29(69%) больных с гипотиреозом с сердечно-сосудистыми осложнениями;

2-группа: 13(31%) больных с гипотиреозом без сердечно-сосудистых осложнений.

Всем больным проводили клиническое обследование, исследование тиреоидные гормоны, тиреотропный гормон и липидов (общего холестерина, ТГ, ЛПНП, ЛПВП, ЛПОНП).

Результаты исследования: анализ проведенного исследования показал, что у больных первой группы отмечалось повышение липидного спектра по сравнению с больными второй группы (общий холестерин $6,30 \pm 0,76$ ммоль/л и $4,53 \pm 1,84$ ммоль/л соответственно; $p < 0,001$, триглицериды $1,55 \pm 0,34$ ммоль/л и $0,91 \pm 0,41$ ммоль/л; $p < 0,002$, ХС ЛПНП $4,4 \pm 0,39$ ммоль/л и $2,79 \pm 1,76$ ммоль/л; $p < 0,001$; ХС ЛПОНП $0,72 \pm 0,6$ ммоль/л и $0,45 \pm 0,76$ ммоль/л; $p < 0,001$).

Выводы. Дефицит тиреоидных гормонов приводит к нарушению метаболизма липидов (замедление их распада и снижение утилизации), вследствие чего развивается гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия, гиперлипопротеинемия, что способствует быстрому развитию и прогрессированию атеросклероза.

ОЦЕНКА ХАРАКТЕРА ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ И НАПРЯЖЕННОСТЬ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА

**Бойматова Н.А., Даминова М.Н., Абдуллаева О.И.
Ташкентский педиатрический медицинский институт**

Грудное молоко женщин является не только ценным продуктом питания для новорожденного, оно обеспечивает его иммунологическую защиту. Повышение иммунитета ребенка, это грудное вскармливание и вакцинация. Грудное молоко — уникальный продукт, созданной самой природой, и его значение для маленького человека трудно переоценить. Самый большой подарок, который может сделать мама для своего ребенка — это, несомненно, подарить ему жизнь. Но второй по значимости дар — постараться вскормить его своим молоком. Цель наших исследований — оценка характера вскармливания детей, вакцинированных против гепатита В (ВГВ) и изучение напряженности поствакцинального иммунитета. Проводилось клиническое обследование 45 детей, в возрасте от 1 года до 3 лет, девочек 22 и 23 мальчика, в условиях семейных поликлиник, которым проводится вакцинация по индивидуальному календарю, контрольную группу составили 25 детей того же возраста, которым вакцинация проводилась по плану. У всех детей детально изучен анамнез, перенесенные и сопутствующие заболевания ребенка и родителей, определялся соматический статус ребенка до вакцинации. Проведено анкетирование родителей, ретроспективный анализ состояния здоровья по данным формы №112, оценка настоящего соматического статуса. С целью оценки характера вскармливания детей, вакцинированных против гепатита В проведено клиническое обследование 45 детей, которым проводилась вакцинация по индивидуальному календарю. Для эффективности становления поствакцинального иммунитета, большую роль играет помимо возрастного фактора, исходное состояние заболевших и сопутствующие заболевания. Среди 45 детей, которым проводилась вакцинация по индивидуальному календарю, на естественном вскармливании находились 14 (31,1%) детей, на искусственном вскармливании находились 19(42,2%) детей и раннем смешанном вскармливании 12(26,7%) детей. Почти у половины больных в анамнезе имелись указания на перенесенные заболевания, ведущими из которых были острые респираторные инфекции. Также выявлены сопутствующие заболевания, как ОРВИ 30(66,7%), анемия 17(37,8%) детей, бронхиты 8(17,8%), ангины — 5(11,1%), экссудативный диатез 6(13,3%). Установлено, что у детей, находящихся на смешанном и искусственном вскармливании, достоверно чаще отмечалась низкая напряженность иммунитета к ВГВ ($P<0.001$). Частота регистрации серонегативных результатов зависела от вида вскармливания, так, при искусственном вскармливании — 5 (26,31%) ($P<0.05$) достоверно выше, чем при смешанном — 16,67%, и что достоверно выше показателей у здоровых детей; при грудном — 7,14% ($P<0.05$). Высокие титры при искусственном вскармливании определялись в пределах 21,05%, более чем в 2,5 раз меньше, чем в группе здоровых детей ($P<0.05$). Высокий титр anti-HBs наиболее часто отмечался при грудном вскармливании — 42,86%. Среди 25 детей, которым проводилась вакцинация по плану, на естественном вскармливании находились 14 (56%) детей, на искусственном вскармливании находились 5(20%) детей и раннем смешанном вскармливании 6(24%) детей. Также выявлены сопутствующие заболевания, как ОРВИ 10(40%), анемия 4(16%) детей, бронхиты 1(4%), ангины — 2(8%), аллергические проявления 8(32). Также выявлены сопутствующие заболевания, как ОРВИ 30(66,7%), анемия 17(37,8%) детей, бронхиты 8(17,8%), ангины — 5(11,1%), экссудативный диатез 6(13,3%).

Таким образом, у детей вакцинированных против гепатита В, неблагоприятное исходное состояние чаще выявлялось у детей находящихся на искусственном вскармливании. У детей, получавших смешанное и искусственное вскармливание серонегативные результаты и низкие титры anti-HBs были достоверно выше($P<0.001$) и реже регистрировались высокие титры anti-HBs.

КРАНИОФАРИНГИОМАМИ В ПОСЛЕ ОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Балтаев Ф. А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: Краниофарингиомы – редкие эпителиальные опухоли, возникающие вдоль краниофарингеального протока.

Симптоматика при краниофарингиомах разнообразна и определяется характером и направлением роста опухоли, возраста больного, фазности течения болезни и других факторов. Клиническая картина краниофарингиом как правило, складывается из общемозговых симптомов, офальмологических и эндокринных нарушений.

Нарушения зрительных функций при краниофарингиомах проявляется в снижении остроты зрения, изменения полей зрения и состояния глазного дна. Эти нарушения могут быть вызваны как непосредственным воздействием опухоли на зрительный нерв и хиазму, так и следствием повышения внутричерепного давления.

Цель. Изучить частоту возникновения и степень нарушения зрительных функций у пациентов, перенесших оперативное вмешательство по поводу краниофарингиом, а также провести анализ причин поздней диагностики данной патологии.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезней пациентов в Республиканском Научном Центре Нейрохирургии МЗ РУз за 2009 – 2013 гг. Офтальмологическое обследование включала визометрию, периметрию, офтальмоскопию, стволовое вызванные потенциалы а также компьютерную и магнитно - резонансную томография головного мозга. Всего за 4 года прооперировано 32 человека, женщин было 15 (46,87%), мужчин- 17 (53,12%). Возраст больных варьировал от 4 до 52 лет.

Результаты. В наших наблюдениях при супраселлярных краниофарингиомах: снижение зрения с двух сторон в 11 (34,37%) случаях, 2 (6,25%) случай справа. При эндосупраселлярной краниофарингиоме снижение зрения с двух сторон в 4 (12,5%) случаях, супрапараселлярных в 3 (9,37%) случаях справа, при атипичных расположениях в 2 (6,25%) случаях с двух сторон и в 1 (3,12%) случае справа.

Проведен анализ и сопоставление нарушений зрительных функций при краниофарингиомах. При транскраниальном удалении краниофарингиом ухудшение зрительной функции отмечено в 37,5% случаев, расширение периферических границ полей зрения в 25 % случаев, без динамики зрительные функции остались у 34,37% наблюдавшихся. При трансназально-трансфеноидальном удалении краниофарингиом у 18,75% больных наступила ухудшение зрения, расширение периферических границ полей зрения в 15,62% случаев, без динамики зрительные функции остались у 53,12 % наблюдавшихся.

Выводы. Восстановление зрительных функций в послеоперационном периоде зависит от размеров образования, локализации и сроков заболевания. Определение тактики лечения пациентов с краниофарингиомами и снижением зрительных функций должно проводиться совместно с нейрохирургами, нейроэндокринологами, офтальмологами.

РЕЗУЛЬТАТЫ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ, У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ

Боходиров Б.Х., Маманазарова Д.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Реабилитация представляет собой комплекс координировано проводимых мероприятий медицинского, физического, психологического, педагогического, социального характера. Физический аспект реабилитации, направленный на восстановление физической работоспособности больных после ОКС обеспечивается своевременной и адекватной активизацией больных, ранним назначением лечебной гимнастики, затем лечебной физической культуры (ЛФК), дозированной ходьбы.

Цель. Изучить влияние физических тренировок в домашних условиях на клинико - функциональные показатели больных ишемической болезнью сердца.

Материалы и методы. В исследование были включены 60 пациентов в возрасте от 49 до 70 лет (средний возраст $58,0 \pm 0,6$ лет), перенесших ОКС от 2 до 6 месяцев назад, учитывали ОКС, без подъема R-ST сегмента, который трансформировался в нестабильную стенокардию (НС), затем в стабильную стенокардию напряжения (СН). Через 6 месяцев после развития ОКС были сформированы 2 группы: основная - 30 человек, которая была отобрана для прохождения реабилитации в домашних условиях и контрольная - 30 больных, которые продолжали амбулаторное наблюдение и лечение в семейной поликлинике. Из сопутствующих заболеваний в обеих группах преобладала артериальная гипертензия – у 46,7% и 40,0%, сахарный диабет – у 33,3% и 30,0% и ожирение 13,3% и 23,3% больных.

Результаты исследования. За время наблюдения у больных, посещавших тренировки, наблюдалось достоверное улучшение клинико - функционального состояния, более выраженное к концу года тренировок. Отмечалась положительная динамика, которая характеризовалась уменьшением количества пациентов СН ФК III с 40,0% до 26,7% к 6 месяцу и до 23,3% к 12 месяцу тренировок, пациентов со СН ФК II с 50,0 % до 40,0% к 6 месяцу тренировок и до 33,3% к концу года и соответственно увеличение количества больных СН ФК I с 10,0% до 33,3% к 6 месяцу и до 40,0% к концу года тренировок. У больных основной группы уже через 6 месяцев, после курса ФТ достоверно повысилась толерантность к физической нагрузке, что проявлялось проходимой дистанцией при тесте с 6-минутной ходьбой. Достоверно увеличились показатели теста 6-минутной ходьбы в основной группе с 396,2 метров до 457,4 метров к 6 месяцу и до 570,7 метров к 12 месяцу. В основной группе ФВ увеличилась с 55,5 до 57,2 к 6 месяцу и до 60,7 к 12 месяцу, соответственно 57,6 исходно, 58,2 к 6 месяцу и 56,1 к 12 месяцу. Конечно-диастолический размер ЛЖ снизился с 59,4 на 57,9 к 6 месяцу, на 56,5 к концу тренировок ($p < 0,05$). В основной группе отмечено снижение конечно-систолического размера ЛЖ с 52,7 до 51,7 через 6 месяцев наблюдения и до 49,0 к концу тренировок. Е/А в тренируемой группе уменьшился от 1,7 до 1,6 к 6 месяцу и до 1,5 к концу года. УО в основной группе вырос с 71,0 мл до 72,5 к 6 месяцу и достоверно увеличился до 79,2 только к концу года тренировок. Тщательный анализ показал, что в основной группе наблюдается увеличение ФВ, УО, уменьшение КДР, КСР, Е/А, более достоверно к концу года.

Выводы. Таким образом, использование программы домашних физических тренировок приводит к существенному повышению адаптационных возможностей организма, повышению толерантности к физической нагрузке, положительной динамике функции левого желудочка сердца и рекомендована для улучшения качества амбулаторно-медицинской помощи больным ИБС, перенесших острый коронарный синдром.

ДИАГНОСТИКА ОСТЕОПОРОЗА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Д.М. Вафин., Н.Н. Золотова.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность проблемы. Остеопороз становится заболеванием, известным клиницистам, благодаря работам американского ученого – основоположника клинической остеологии – FullerAlbright (1984), который выделил процессы образования и резорбции костной ткани, изменяющиеся при остеопорозе (Франке Ю., Рунге Г, 1995). Продолжающееся увеличение количества переломов опорно-двигательного аппарата у детей, свидетельствует о имеющейся проблеме по диагностике и профилактике остеопороза (А.А.Баранов с соавт.,2005).

Цель исследования.Изучить частоту встречаемости травм нижних конечностей у детей.

Материал и методы исследования.Основаны на результатах обследования и лечения детей в возрасте от 3 до 14 лет, получивших травму нижних конечностей в клинике 2ДГХКБ за последние 2 года. Переломы бедренной кости наблюдались у 22 больных (45,83%), костей голени у 26 больных (54,17%). Основной причиной травм была бытовая в виде падений с высоты. Обычно падения были с незначительного расстояния(со стульчика, высоты собственного роста, со ступенек).

Основными методами исследования были: клинические, инструментальные и лабораторные методы. При клиническом обследовании определяли параметры физического развития ребёнка (вес, рост, окружность грудной клетки) и их связь с травмой нижних конечностей.При проведении инструментальных методов (рентгенологическое исследование в 2-х стандартных проекциях) области повреждений, измерением толщины кортикального слоя, рентгенопрозрачности и структуры костей. Учитывая, что чувствительность этого метода невысока и имеет субъективное толкование, мы определяли содержание ионизированного кальция в сыворотке крови.

Результаты исследования и обсуждение.Лечение переломов бедренной кости у детей до 3-х лет проводилось лейкопластырным вытяжением по Шеде(9), с 3-5 лет – лейкопластырным вытяжением на шине Беллера(10), старше 5 лет – скелетным вытяжением (3). Рентгенологическое исследование и данные количественной оценки содержания Са⁺⁺ в крови проводилось у больных при поступлении в стационар. Данные исследования и неустойчивость кости к механической нагрузке зависели как от общей массы тела, так и толщины кортикальной пластинки. Кроме толщины было обращено внимание на такую характеристику кортикального слоя кости, как ее порозность.В данной группе также определялось снижение Са⁺⁺ в сыворотке крови, которое составляло в среднем до 1,7-1,9ммоль/л. (при норме 2,2 – 2,75ммоль /л). На основании клинического, рентгенологического и лабораторных методов исследования, выделена группа риска детей с возможностью прогнозирования переломов. В связи с данным фактом сроки лечения переломов бедра и голени удлинялись на 2 недели. Больным также назначался КальцийД3Никомед форте в дозировке 2 табл. X 2 раза в день (курс лечения 3 недели).

Выводы. Таким образом, выделение группы риска у детей с переломами нижних конечностей, с детальным обследованием (клинического, рентгенологического и лабораторного исследования) позволил провести раннюю диагностику остеопороза при выбранных методах лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ЛАЗЕРКОАГУЛЯЦИИ СЕТЧАТКИ У БОЛЬНЫХ С МИОПИЕЙ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ

**Вахобов В.Ф., Абдувалиев А.А.
Ташкентская медицинская академия**

Актуальность. Периферические хориоретинальные дистрофические изменения на глазном дне, чаще возникающие на фоне миопии, приводит к разрывам сетчатки, что в последующем может осложниться развитием отслойки сетчатки. Значимость этой проблемы усугубляется ещё и тем, что данной патологией страдают в основном лица молодого трудоспособного возраста (Аветисов Э.С., 2000). Одним из современных направлений в лечении и профилактике дистрофической отслойки сетчатки у больных с миопией высокой степени являются лазерные коагуляционные вмешательства, получившие широкое распространение и признание.

Цель исследования. Оценить эффективности применения периферической лазеркоагуляции при миопией высокой степени.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились больные с миопией высокой степени, которым была проведена профилактическая лазерная коагуляция сетчатки в лазерном кабинете в клиники «Шифо-Нур» г.Ташкент с 2012 по 2013 года. Периферическая лазеркоагуляция сетчатки выполнена у 35 больных (62 глаз) с миопией высокой степени, в возрасте от 17 до 49 лет с различными формами дистрофии. Степень миопии колебалась от 6.25 до 19.0 дптр. Больные женского пола составили 60.5%, мужского 39.5%. Проведенные обследования: определение остроты зрения, рефрактометрия, биомикроскопия, тонометрия, эхобиометрия, офтальмоскопия. Лазерная коагуляция сетчатки проводилась на неодимовом лазере VISULAS COMBI длиной волны 532. Режим применяемого лазерного излучения: мощность 150-250 мВт, время экспозиции 0.1 сек, диаметр пятна 50-100 мкм, количество лазерных аппликации 125-500.

Результаты и обсуждение. В ранние сроки реакция сетчатки и хориоидеи на лазеркоагуляцию была неоднозначной. В большинстве случаев у больных через 4 недели после вмешательства появлялись умеренно пигментированные рубцы. В сроке наблюдения до 6 месяцев у больных после лазерного лечения в зоне коагуляции сформировались пигментированные хориоретинальные рубцы в пределах неизменной сетчатки на 54 глазах(87.1%). В 8 глазах(12.9%) прогрессивное основное процесса привело к распространению инееподобной дистрофии в зоне коагуляции, отслойки сетчатки не наблюдалось.

Выводы. Результаты наблюдения показали, что при высокой осложненной миопии определяется широкое разнообразие дистрофии сетчатки. В половине случаев отмечается риск возникновения ее отслойки. При проведении лечения, в течение 6 месяцев наблюдения, отмечалась стабилизация дегенеративного процесса. Таким образом, проведенный анализ результатов профилактической лазерной коагуляции сетчатки выявил ее эффективность более чем в 85% случаев, что позволяет говорить о необходимости проведения профилактической лазерной коагуляции сетчатки у больных с периферической хориоретинальной дегенерацией.

**РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ
ОРГАНОВ МОШОНКИ У ДЕТЕЙ
Восиев.Ж.Ж., Хамраев.А.Ж.
Ташкентский педиатрический медицинский институт.**

Актуальность: Закрытые повреждения органов мошонки (ЗПОМ) у детей занимает третье место среди острых заболеваний мошонки и ее органов, преимущественно наблюдается в возрасте от 7 до 16 лет. В патогенезе закрытых повреждений яичек имеет значение нарушение крово- и лимфообращения в травмированном яичке, приводящее к острой ишемии и нарушению питания органа.

Цель исследования: провести анализ тактики послеоперационного ведения детей с ЗПОМ, разработать обоснованное реабилитационное лечение.

Материалы и методы. Проведен анализ 50 больных с ЗПОМ за период с 2008 по 2014 год. Подавляющее число больных (64%) были оперированы, остальные получали консервативное лечение. По нашим данным, группу ЗПОМ составили: острые поражения гидатид и перекрут - у 32 (64%) детей, посттравматический орхоэпидидимит - у 10 детей (20,%), острый гнойный орхоэпидидимит (посттравматический) - у 5 детей (10,%) и посттравматический орхит- у 3 (6,0%).

Результаты. У больных ЗПОМ, интраоперационно при ревизии органов мошонки в 66.1% случаев выявляется патология гидатиды яичка или придатка, которая расценивается как перекрут ее ножки. При перекруте и некрозе гидатиды больным производилась гидатидэктомия, а в случае мутного выпота на сутки дренировалась полость мошонки. Операция, при остром гнойном неспецифическом орхидэпидидимите, заключалась в санации и дренировании полости мошонки с обязательной блокадой семенного канатика раствором новокаина с антибиотиком. В случаях посттравматической гематомы, последняя эвакуировалась с последующим дренированием полости мошонки.

В послеоперационном периоде проводилось комплексное консервативное и местное лечение. После выписки из стационара, с целью профилактики бесплодия, всем больным назначали гонадотропин хорионический в течение одного месяца. Контрольное УЗИ проводили через 1 месяц и в случае определения признака гипоплазии яичек, повторный курс лечения продолжали с интервалом в 4 месяца.

Выводы: Всем детям, перенесшим ЗПОМ, требуется в отдаленном послеоперационном периоде реабилитационное лечение и диспансерное наблюдение у детского хирурга и эндокринолога.

ДИАГНОСТИКА И ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ МОШОНКИ

Восиев Ж.Ж., Хамраев А.Ж.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Закрытые повреждения органов мошонки всё ещё остаются острым хирургическим заболеванием, которые требуют внимания уроандрологов детского возраста.

Цель исследования: Улучшение результатов лечения закрытых повреждений органов мошонки и его осложнений у детей путем изучения степени повреждения паренхимы яичка, ранней диагностики и послеоперационного комплексного лечения.

Материалы и методы. За период с 2009 по 2014 гг. пролечено 61 мальчик с закрытыми повреждениями органов мошонки в возрасте 1-15 лет в отделении детской хирургии 1-ГКДБ г. Ташкента. Возраст больных: 1-3 лет-3.6%; 3 - 6 лет - 9,6%; 7-15 лет - 86,8%, При поступлении больным наряду с общеклиническими исследованиями было произведено УЗИ органов мошонки.

Результаты и их обсуждения. При закрытых повреждениях органов мошонки с болевым синдромом, без признаков воспаления, проводили консервативную терапию у 24.5% больных. У остальных (75.4%) больных мы придерживались активной хирургической коррекции. Оперативный доступ осуществлялся через мошоночный разрез. У 66,1% больных был выявлен перекрут и некроз гидатиды Морганьи. Посттравматический орхоэпидидимит-16,1%, посттравматический орхит обнаружен у 6,4% детей. Неспецифический гнойный орхидэпидидимит также превалировал среди детей старшей возрастной группы и составил 8%.

При перекруте и некрозе гидатиды больным производилась гидатидэктомия, а в случае мутного выпота на сутки дренировалась полость мошонки. Операция при остром гнойном неспецифическом орхидэпидидимите заключалась в санации и дренировании полости мошонки с обязательной блокадой семенного канатика раствором новокаина с антибиотиком. В случаях посттравматической гематомы, последняя эвакуировалась с последующим дренированием полости мошонки.

В послеоперационном периоде по показаниям назначали десенсибилизирующую терапию, витаминотерапию и антибиотикотерапию. После выписки из стационара, с целью профилактики бесплодия, всем больным назначали гонадотропин хорионический, по возрастной дозировке через 3 дня в течение одного месяца. Контрольное УЗИ проводили через 1 месяц и в случае определения признака гипоплазии яичек повторный курс лечения продолжали с интервалом в 4 месяца.

Вывод: Таким образом, активная хирургическая коррекция и послеоперационная реабилитация является основным методом лечения при закрытых повреждениях органов мошонки.

ДИНАМИКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ШКОЛЬНИКОВ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Газиева А.С., Тухтаева.О.Т.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность проблемы. Физическое развитие наряду с заболеваемостью и смертностью является одним из важнейших показателей, характеризующих здоровье детей, в связи с чем, отклонения в физическом развитии дают основание для индивидуального анализа и выявления тех или иных отклонений и изменений в организме ребенка. Работ, посвященных изучению динамики физического развития школьников в современных условиях интенсификации процесса обучения нет, что и побудило обратиться к этой проблеме.

Цель данной работы. Изучить динамику физического развития школьников в современных условиях.

Материал и методы исследования. Проведен анализ физического развития у 270 учащихся с 1 по 9 класс на базе школы № 28 Алмазарского района г. Ташкента по «Унифицированной методике исследования и оценки физического развития детей и подростков». Из антропометрических показателей изучались соматометрические – длина и масса тела, окружность грудной клетки. Оценка соматометрических показателей проведены путем сравнения с местными стандартами.

Результаты исследования. Изучение физического развития детей, обучающихся в школах нового типа, позволило установить, что показатели, характеризующие динамику состояния физического развития учащихся от первого класса к окончанию средней школы, имели четкую зависимость от комплекса школьно-средовых факторов и организации учебного процесса. Среди детей, поступающих в школу, нормальные показатели роста имеют 65,9% детей, к пятому классу идет улучшение по данному показателю и удельный вес детей, имеющих нормальные величины роста тела составляет 70,9%, в седьмом классе отмечается значительная ретардация этого показателя и медленное повышение отмечается к девятому классу. Анализ показателей массы тела показывает, что по данному параметру ситуация складывается несколько лучше, но вместе с тем, только 2/3 детей при поступлении в школу имеют нормальные показатели массы тела. В пятом и седьмом классах половина детей имеют нормальные показатели массы тела, и к девятому классу идет улучшение этого показателя до 67,2%. Анализ динамики показателей окружности грудной клетки показывает аналогичную тенденцию в изменениях: если при поступлении в школу 73,8% детей имели нормальные величины этого показателя, то в процессе обучения в школе их удельный вес снижается, максимальное снижение отмечается в седьмом классе, где только 58,9% детей соответствуют норме по данной характеристике физического развития. Сравнение показателей физического развития детей с данными 10-летней давности показало их некоторое ухудшение, о чем свидетельствует уменьшение числа детей с нормальным физическим развитием и увеличение у обоих полов отклонений физического развития за счет повышения выявленных лиц с дефицитом массы тела, детей с избыточным весом и задержкой роста. Одновременно выявлено, что показатели их физической работоспособности и объем выполняемой работы снижаются.

Выводы. Таким образом, изучение динамики физического развития школьников на современном этапе показывает, что увеличилось число детей с дисгармоничностью физического развития, одной из причин которой является интенсификация процесса обучения, ухудшение качества питания школьников.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ ФОРМ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

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

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Пищевая аллергия - гиперчувствительность к продуктам питания, в основе которой лежат иммунные механизмы. Проблема пищевой аллергии заслуживает особого внимания, прежде всего потому, что частота пищевой аллергии в популяции составляет 1-2,5%, достигая среди детей первых 2-х лет жизни 6-8% [Жерносек В.Ф., Дюбкова Т.П., 2009 г.]. Для детей раннего возраста наиболее характерными являются кожные проявления аллергии, а также различные нарушения со стороны органов пищеварения. Гастроинтестинальная форма пищевой аллергии трудно поддается диагностике.

Цель и задачи исследования. Определить клинические особенности поражения желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста с пищевой аллергией.

Материалы и методы исследования. Нами были осмотрены 30 детей с диагнозом «пищевая аллергия, гастроинтестинальная форма» в возрасте от 0 до 2 лет, находящихся на стационарном лечении в отделении гастроэнтерологии РСНПМЦ педиатрии Мин. Здрав. Р.Уз. Из них аллергический энтероколит наблюдался у 12 пациентов отделения (40%), аллергическая энтеропатия – у 10 больных (33%), у остальных 8 (27%) отмечались смешанные проявления заболевания. Верификация диагноза проводилась с учетом анамнестических, клинических, лабораторных методов обследования, критериев ESPGAN.

Результаты и обсуждения исследования. У всех детей, находящихся под наблюдением, в качестве причины развития заболевания отмечалась повышенная чувствительность к коровьему молоку. Поступление аллергена в организм осуществлялось с молоком матери, употреблявшей до этого молочные продукты, или же со смесями на основе коровьего молока. Отягощенность аллергологического анамнеза присутствовала в 40% случаев. Манифестация симптомов заболевания наблюдалась в возрасте от 4 месяцев до 1 года. Основными жалобами у детей с аллергической энтеропатией являлись беспокойство, боли и вздутие живота, рвота после каждого кормления, профузная диарея, потеря массы тела, отставание в физическом и психическом развитии. При аллергическом энтероколите на передний план выступали срыгивание, запоры, сменяющиеся частым жидким стулом зеленого цвета с обильным количеством слизи и прожилками крови, снижение массы тела было выражено в меньшей степени. Результаты лабораторных исследований показали наличие высокого уровня стеатореи, креатореи, содержание большого количества эозинофилов в кале (10-15 в поле зрения) и крови пациентов (15-20 в поле зрения).

Выводы. Аллергические реакции в пищеварительной системе у детей протекают достаточно тяжело. Процент диагностических ошибок остается высоким, поскольку гастроинтестинальные проявления пищевой аллергии характеризуются неспецифическими симптомами (боли в животе, колики, рвота, метеоризм, неустойчивый стул со слизью, запоры, сменяющиеся поносами, диарея). В связи с этим особое значение приобретает комплексный подход к изучению клинического течения заболевания и данных лабораторных исследований.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВНУТРИВЕННОГО ПАРАЦЕТАМОЛА ПОСЛЕ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Георгиянц М.А., Волошин Н.И., Кривобок В.И.

Харьковская медицинская академия последипломного образования
ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов им. проф. М.И. Ситенко
НАМНУ», г. Харьков

Резюме: Проведена оценка эффективности послеоперационного обезболивания пациентов, прооперированных по поводу ортопедической патологии. В исследовании пациенты детского возраста были разделены на две группы. В I анальгезия осуществлялась с помощью внутримышечных инъекций промедола, во II промедол использовался в сочетании с внутривенным введением парацетамола. Проведен анализ обезболивающего эффекта парацетамола, частоты развития побочных эффектов. Исследование продемонстрировало целесообразность использования внутривенного введения парацетамола в качестве дополнения к опиоидам для лечения послеоперационных болей после ортопедических оперативных вмешательств.

Ключевые слова: болевой синдром, парацетамол, Инфулган, наркотические анальгетики, эффективность обезболивания.

Материалы и методы: На базе отделения анестезиологии и интенсивной терапии Харьковского института патологии позвоночника и суставов им. М.И. Ситенко АМН Украины проведено проспективное, рандомизированное исследование, включающее 30 пациентов в возрасте от 5 до 12 лет (средний возраст составил $7,9 \pm 2,0$ года) обоих полов (19 девочек и 11 мальчиков) с соматическим статусом ASA I и II, которым были проведены ортопедические оперативные вмешательства на тазобедренном суставе. Критериями исключения являлись: психические заболевания, аллергические реакции на опиаты или парацетамол, почечная и/или печеночная недостаточность. Для оценки эффективности послеоперационного обезболивания пациенты были разделены на две группы. Больные I группы ($n = 15$) в послеоперационном периоде на протяжении 3 суток внутримышечно получали наркотический анальгетик промедол в возрастных дозировках по требованию, но не чаще одной инъекции в 4 часа (средняя доза составила $6,6 \pm 1,2$ мг/кг в течение трех суток). Во II группе ($n = 15$) пациентам наряду с внутримышечным введением промедола (средняя доза составила $4,8 \pm 0,5$ мг/кг в течение трех суток) вводили парацетамол в дозе 15 мг/кг внутривенно каждые 8 часов в течение первых суток и каждые 12 часов в течение вторых и третьих суток. Общее число введений парацетамола не превышало восьми. Оценка обезболивания проводилась каждые 8 часов с использованием визуально-аналоговой шкалы (ВАШ).

Результаты и их обсуждение: Исследование продемонстрировало высокий анальгетический эффект парацетамола в сочетании с применением промедола для послеоперационного обезболивания после ортопедических вмешательств у пациентов детского возраста. Применение парацетамола в дозе 45 мг/кг в первые сутки и 30 мг/кг во вторые и третьи сутки позволило сократить суммарную потребность в промедоле с $6,6 \pm 1,2$ мг/кг до $4,8 \pm 0,5$ мг/кг и при этом улучшить качество анальгезии. Полученные данные соответствуют результатам проведенных исследований, в которых потребность в опиоидах в течение первых 24 часов после операции также снизилась.

ХОЛЕСТЕАТОМНЫЕ ГНОЙНЫЕ СРЕДНИЕ ОТИТЫ У ДЕТЕЙ

Дадамухамедов У.Б., Амонов Ш.Э.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: В настоящее время отмечается тенденция к увеличению хронических болезней органа слуха у детей, несмотря на современные достижения в методах диагностики и лечения этих заболеваний. Частый острый гнойный средний отит, экссудативный средний отит, адгезивный средний отит являются факторами риска по развитию холестеатомы среднего уха у детей. Несмотря на большое количество исследований, вопросы патогенеза холестеатомы до настоящего времени остается дискуссионными.

Цель исследования: изучить клинико-диагностические особенности холестеатомы при хроническом гнойном среднем отите у детей.

Материалы и методы исследования: в основу исследования были положены клинико-диагностические данные обследования 25 детей с холестеатомным средним отитом. Всем больным была проведена клинико-лабораторные общепринятые методы исследования, отомикроскопия и мультиспиральная компьютерная томография височной кости (МСКТ).

Результаты исследования: результаты клинико-лабораторных исследований каких-то специфических изменений характерных для заболевания среднего уха не выявило.

Ценным методом явилось проведение отомикроскопии, которая проводилось микроскопом ОРМИ-1 F производства фирмы KARL ZEISS (Германия)». Всем больным осматривалось состояние наружного слухового прохода, барабанной перепонки и барабанной полости. В основном выявлялось наличие грануляционной ткани (12 случаев), разрушение латеральной стенки аттика (11 случаев), ретракционный карман (6 случаев).

Важным моментом в выявление холестеатомы явилось проведение МСКТ височной кости.

Признаками холестеатомы среднего уха по данным МСКТ височной кости явилось склеротический или смешанный тип строения сосцевидного отростка (у 12 детей), отсутствие пневматизации слуховой трубы (у 8), наличие патологического содержимого в эпитимпануме (у 14), гомогенный характер патологического содержимого в антруме (у 12), расширение адитуса (у 6), кариес стенок антрума и барабанной полости (у 6), наличие мягкотканого содержимого вокруг слуховых косточек (у 12), в нише окна улитки (у 8), в нише окна преддверия (у 3), деструкция длинного отростка наковальни (у 6).

Заключение: важным в диагностике холестеатомы и оценке состояния среднего уха при холестеатомным среднем отите является проведение отомикроскопии и МСКТ височной кости, которые дают ценную информацию о характере патологического процесса, что необходимо для определения дальнейшей тактики лечебных мероприятий.

ФИТОАДАПТОГЕНЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Дадаходжаева Л.С., Ташпулатова Ф.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: Повышение эффективности лечения туберкулеза является одним из приоритетных направлений современной медицины. Особое место занимает проблемы повышения неспецифической реактивности организма больного путем применения фитотерапии (Барнаулов О.Д., 1998; Убайдуллаева А.М., 2009).

Цель: Повышение эффективности комплексного лечения деструктивного туберкулеза легких (ДТЛ) с применением фитоадаптогенов.

Материал и методы: Обследовано 157 больных с ДТЛ в возрасте от 18 до 65 лет. Среди клинических форм преобладал инфильтративный туберкулез легких - 83,3%. МБТ выделяли 72,2% пациентов. В качестве контроля обследованы 151 больной. Всем больным определяли типы адаптационных реакций (АР) согласно Л.Х. Гаркави (1991). Выделяли реакции стресса (РС), реакцию тренировки (РТ), спокойной активации (РСА) повышенной активации (РПА). На фоне комплексной терапии больным основной группы в качестве фитоадаптогенов было назначен сбор лекарственных трав: настой состоящий из корня солодки, цветов ромашки, душицы, подорожника, зверобоя, кукурузных рылец.

Результаты: Установлено, что в обеих группах больных до начала лечения достоверно чаще встречалась реакция стресса (РС) – $47,7 \pm 4,0\%$ и $54,3 \pm 4,0\%$. Реакция тренировки составила $40,1 \pm 4,0\%$ и $34,4 \pm 3,8\%$ соответственно. Реакция спокойной активации выявлено у $8,9 \pm 2,3\%$ основной и у $7,3\% \pm 2,1\%$ больных контрольной группы, реже встречалась в обеих группах реакция повышенной активации: $3,3 \pm 1,4\%$ и $3,9\% \pm 1,5\%$ соответственно. В процессе лечения отмечено уменьшение РС до $14,0 \pm 2,8\%$ у больных, получавших дополнительно фитосбор. В то же время в контрольной группе РС составила $37,7 \pm 3,9\%$ ($P < 0,05$). Частота РТ в обеих группах изменилась незначительно: $42,7 \pm 4,0\%$ и $31,1 \pm 3,7\%$ соответственно. Особо следуют отметить, что у больных получавших фитосбор достоверно увеличилась частота наиболее благоприятной физиологической реакции – РСА ($36,9 \pm 3,8\%$). В контрольной группе РСА составила $28,4 \pm 3,6\%$. Если в основной группе РПА в процессе лечения увеличилась до $6,4 \pm 1,4\%$ то, в контрольной отмечено уменьшение до $2,6 \pm 1,3\%$. Изменения в частоте адаптационных реакций коррелировали с клиническим течением ДТЛ. Для больных с реакцией стресса характерны выраженная симптоматика, большой объем поражения легочной ткани, высокие показатели биохимических показателей воспаления. В то же время у больных с реакцией спокойной активации отмечено более благоприятное клиническое течение, ограниченный процесс в легочной ткани. Установлено, что у больных получавших фитосбор на 10-15 дней раньше происходит уменьшение симптомов интоксикации по сравнению с контрольной. Прекращение выделений МБТ отмечено через 3 месяца в основной группе у $97,8 \pm 2,7\%$ (контрольной - $77,6 \pm 3,7\%$). К этому сроку значительное рассасывание инфильтрации составило 95% (контроль - 47,5%). Закрытие каверн отмечено у 36,6% (контроль - 18,7%, $p < 0,05$). Если в основной группе побочные реакции от противотуберкулезных препаратов возникли у $23 \pm 2,0\%$ больных, то в контрольной у – $43,4 \pm 2,0\%$.

Вывод: Применение разработанного фитосбора, обладающего адаптогенным действием в комплексной терапии ДТЛ, способствует повышению общей эффективности лечения в краткосрочной интенсивной химиотерапии.

МОНИТОРИНГ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ОТ РОДСТВЕННЫХ БРАКОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В ШКОЛЕ ИНТЕРНАТЕ СЛЕПЫХ И СЛАБОВИДЯЩИХ

Джалилов Э.С., Искандарова М.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Профилактика заболеваний и предупреждение инвалидизации детей, связанная с заболеваниями органа зрения, относится к числу важных медико-социальных и медико-организационных задач. Обсуждая проблему, представленную в данном исследовании, прежде всего, хотелось бы подчеркнуть, что в последние годы было не так много работ, в которых с медико-социальных позиций была охарактеризована ситуация, складывающаяся среди детей с патологией зрения, рожденных в родственных браках. Все вышеизложенное убедительно показывает, насколько актуальной является представленная проблема и диктует необходимость комплексного исследования частоты, причин и возможной роли родственных браков в распространении и развитии заболеваний глаз, приводящих к слепоте и слабовидению у детей с патологией органа зрения.

Цель и задачи. Провести мониторинг заболеваемости органа зрения у детей, родившихся от родственных браков, по материалам школы интерната слепых и слабовидящих города Ташкента.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования послужили данные амбулаторных карт 29 детей с патологией органа зрения находящихся в школе интернате слепых и слабовидящих за 2013г.

Результаты и обсуждение. Нами было обследовано 29 детей, из них 11 (38%) мальчиков и 18 (62%) девочек в возрасте от 4 до 8 лет. Средний возраст составил $5,6 \pm 0,2$ лет. По месту жительства дети были распределены следующим образом: город Ташкент – 15 (51,7%), Ташкентская область – 8 (27,6%), Сырдарьинская область – 3 (10,3 %), Джизакская область – 2 (6,9%) и Самаркандская область – 1 (3,5%) ребенок соответственно.

Анализ этиологических данных выявил, что в 11 (38%) случаях заболевание было врожденным из-за различных внешних и внутренних факторов (TORCH инфекции, вредные привычки, прием медикаментов, соматические заболевания матери вызывающие изменения в структурах глаза в гестационном периоде). В 18 (62%) случаях дети были рождены от родственных и близкородственных браков.

У обследуемых пациентов были выявлены следующие нозологии: микрофтальм – 7 (24%), атрофия диска зрительного нерва – 6 (20,6%), анофтальм – 2 (6,9%), глаукома – 2 (6,9%), аниридия – 2 (6,9%), отслойка сетчатки – 2 (6,9%), ретинопатия – 2 (6,9%), гипоплазия диска зрительного нерва - 1 (3,5%), микрокорнея – 1 (3,5%), катаракта – 1 (3,5%), амавроз – 1 (3,5%), тапеторетинальная абиотрофия (ТРА) – 1 (3,5%), альбинизм – 1 (3,5%) соответственно.

Вывод. Превалирующее количество детей с заболеваниями органа зрения (62%) составляют дети от родственных и близкородственных браков. В структуре заболеваний органа зрения лидируют такие заболевания как микрофтальм и атрофия диска зрительного нерва.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ИЗУЧЕНИИ ГЕМОДИНАМИКИ СОСУДОВ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТАХ У ДЕТЕЙ

Джуманазарова М.А., Умарова Д.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

В настоящее время серьёзной проблемой современного здравоохранения являются хронические диффузные заболевания печени, такие как хронический гепатит, цирроз печени и занимают одно из ведущих мест среди заболеваний желудочно-кишечного тракта, что связано с их широким распространением, тяжестью течения и часто неблагоприятным исходом. Скрытое течение гепатитов и цирроза и отсутствие конкретных жалоб в начальных этапах развития заболевания часто служит причиной поздней диагностики, что приводит к необратимым изменениям структуры печени.

Цель работы. Определить состояние гемодинамики сосудов печени и селезёнки в диагностике и тактике лечения у детей больных с ХГ.

Материалы и методы. Данные исследования проведены в клинике ТашПМИ в отделении лучевой диагностики. Обследовано всего 30 больных, из них 19 (67%) мальчиков и 11 (33%) девочек в возрасте от 3 до 14 лет.

Комплексное ультразвуковое исследование выполнялось на ультразвуковом сканере "Sonoscare 5000" конвексным датчиком частотой 3,5-5,0-7,5 МГц.

Результаты исследования. С учетом выраженности клинических проявлений и степени нарушения функциональных проб печени, больные ХГ разделены на группы по тяжести: минимальной степени активности – 7 (23,3%), умеренная (средней тяжести) – 10 (33,3%), выраженной степени активности – 13 (43,4%) больных. При ХГ в зависимости от тяжести, периода, клинического течения и возраста детей наблюдалась определённая эхографическая картина изменений в печени, селезёнке, желчном пузыре.

Одним из важных диагностических критериев явились изменения эхоструктуры паренхимы печени. У 2 больных она оставалась неизменённой, у 5 - была неравномерно гиперэхогенной. Паренхима печени независимо от возраста в основном имела мелкозернистый вид, а при умеренной и выраженной степени активности приобретала матовый оттенок. У 6 детей с ХГ, при умеренной и выраженной степени активности регистрировалось повышение звукопроводимости в паренхиме печени и обогащение сосудистого рисунка с детализацией мелких ветвей. Изменения эхоструктуры селезёнки в разгар болезни были достаточно однотипны, независимо от возраста детей. Характеризовались изменением формы, эхогенности и обогащением сосудов. Форма органа была серповидной. У 2 больных она имела тенденцию к закруглению краёв и приобретению двояковыпуклой формы, а также отмечалось утолщение капсулы. Допплерометрические характеристики при минимальной активности - снижение линейной скорости было незначительным и показатели линейной скорости почти не отличались от здоровых детей. Следует отметить, что линейная скорость кровотока в большей степени снижалась в общей печёночной артерии, чем селезёночной по сравнению со здоровыми детьми.

Повысились и почти достигли нормальных величин пульсационный и резистивный индексы во всех исследуемых сосудах (общая печёночная и селезёночная артерии), что указывает на снижение периферического сопротивления в печени и селезёнке.

При выраженной степени болезни, показатели линейной скорости (V_{max} , V_{min} , $TAMX$), объёмного кровотока, пульсационного и резистивного индексов в общей печёночной, селезёночной артериях не достигали нормальных величин, оставаясь статистически достоверно сниженными, причём в значительной степени.

Выводы: Таким образом, всем больным с ХГ рекомендуется доплерография сосудов печени и селезенки для раннего выявления изменений гемодинамики.

**КЛИНИКО ЛАБОРАТОРНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ДИСБИОЗА КИШЕЧНИКА
ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА
Джурабаева С.В., Тухтаева О.Т.
Ташкентский педиатрический медицинский институт**

Актуальность: Дисбиоз кишечника в современной дефиниции отраслевого стандарта представлен как клинико-лабораторный синдром, возникающий при целом ряде заболеваний и клинических ситуаций, который характеризуется изменением качественного и/или количественного состава нормофлоры, метаболическими и иммунологическими нарушениями. Диагностика дисбиотических изменений в кишечнике представляет определенные трудности, так как, помимо изменений микробиологического плана, приходится учитывать многие клинические особенности.

Цель работы: Изучить клинические проявления и лабораторные показатели детей раннего возраста с дисбиозом кишечника.

Материалы и методы исследования. Обследовано 20 детей с дисбиозом кишечника от 1 мес до 3х лет, проходивших стационарное лечение в ГКДБ № 1. Из них дети до года 11(55%) , 1-3 лет 9 (45%). Проведено анкетирование родителей, оценка настоящего соматического статуса, бактериологическое исследование кала для установления вида дисбиоза.

Результаты исследования. Бактериологический диагноз нарушения кишечной флоры был подтвержден у 12 (60%) детей. У 8(40,%) обследованных нами больных отмечался ассоциированный дисбиоз: кандидозный у 5 (62,5%), стафилококковый в изолированном виде – 2 (25%). клебсиеллезный – 1(12,5%). Среди обследованных нами больных преобладали дети с нарушением кишечной флоры I степени тяжести - 7(58,3%), II степени тяжести - 4(33,3,6%), III степени тяжести - 1 (8,3%) выявлены проявления дисбиотических нарушений. Степень выраженности клинических проявлений нарушения кишечной флоры не всегда коррелировала с ее степенью тяжести. Дисбиотические сдвиги сопровождались выделением бактерий условно-патогенной группы. При этом ассоциация нескольких условно-патогенных микроорганизмов выявлялась у 40% больных.

У обследованных больных детей, в возрасте от 1 мес. до 1 года нами проанализировано влияние характера вскармливания на течение дисбиоза кишечника. Из 11 детей на грудном вскармливании были дети 7 (63,6%), на смешанном вскармливании были 3 детей (27,3%), на искусственном вскармливании находилось лишь 1 (9,1%). Тяжелое течение дисбиоза кишечника наблюдалось у детей находящихся на искусственном вскармливании и на смешанном вскармливании. У детей на грудном вскармливании наблюдалось среднетяжелое течение.

Выводы. Установлено наличие дисбиотических нарушений у всех больных детей, при этом у 40% больных выявлена ассоциированная форма нарушения кишечной флоры. В комплексной терапии при нарушении микробиоценоза кишечника наряду с базисной терапией необходимо включать иммунокорригирующие препараты.

КОМПЬЮТЕРНЫЙ ЗРИТЕЛЬНЫЙ СИНДРОМ И ЕГО ПРОЯВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Джурабекова Н.А., Бузруков Б.Т.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Одна из актуальных проблем последнего времени – отрицательное влияние компьютеризации на здоровье населения, причем эта проблема касается не только взрослых, но и детей, которые проводят за компьютером все больше и больше времени. Впервые проблемой компьютерного зрительного синдрома (КЗС, ComputerVisionSyndrome – CVS) Сегодня такое явление можно встретить практически у каждого 2-го пациента, впервые обратившегося к главному врачу. В последние годы в офтальмологической практике все чаще встречается синдром сухого глаза (ССГ) – составляющая КЗС. ССГ нередко является причиной хронического раздражения глаз, воспалительной инъекции сосудов конъюнктивы и, соответственно, «красного глаза».

К клиническим признакам можно отнести слезостояние, локальный отек бульбарной конъюнктивы с «наполнением» ее на свободный край, «вялую» гиперемию конъюнктивы, наличие включений, «загрязняющих» слезную пленку. При работе с монитором ресничная мышца постоянно находится в напряженном состоянии, что приводит к зрительному утомлению (астенопия, спазм аккомодации).

Под нашим динамическим наблюдением находились 30 детей, которые проводили за экранами мониторов более 2 часов. Первую группу исследования составили 15 пациентов в возрасте от 8 до 11 лет (11 мальчиков, 4 девочки), вторую группу – 15 пациентов в возрасте от 12 до 14 лет (8 мальчиков, 7 девочек). Всем пациентам было проведено стандартное офтальмологическое обследование, включающее визометрию, скиаскопию, биомикроскопию, офтальмоскопию, авторефрактометрию. Кроме того, учитывались жалобы пациентов, общая слезопродукция (тест Ширмера), стабильность прероговичной слезной пленки (проба Норна).

Две трети детей (21 человек) жаловались на зрительное утомление к вечеру. Покраснение глаз отмечалось у 13 детей, 2 пациента имели жалобы на резь в глазах. У 24 детей была выявлена близорукость или спазм аккомодации. Из группы детей 8–11 лет все дети проводили за компьютером 2–4 часа в сутки, из группы детей 12–14 лет 7 детей проводили за компьютером 2–4 часа в сутки, 8 детей – 4–6 часов в сутки. Были проанализированы результаты функциональных методов исследования. Показатель общей слезопродукции у детей (тест Ширмера), проводивших за компьютером 2–4 часа в сутки, составил $13,41 \pm 2,92$ мм, а у детей, проводивших за компьютером 4–6 часов в сутки, – $11,75 \pm 2,017$ мм.

Снижение стабильности слезной пленки было отмечено у 7 детей из 8, проводивших за компьютером 4–6 часов в сутки, и в среднем составило $14,57 \pm 1,28$ с. Отмечены следующие показатели общей слезопродукции и стабильности прероговичной слезной пленки: первая группа – $13,17 \pm 2,55$ мм и $19,7 \pm 1,15$ с; вторая группа – $12,77 \pm 3,04$ мм и $17,2 \pm 2,78$ с соответственно.

Таким образом, результаты исследования позволяют сделать вывод о том, что у детей, проводивших за монитором более 2 часов, имеются изменения глазной поверхности, снижение стабильности прероговичной слезной пленки, что говорит о развивающемся синдроме сухого глаза. В связи с вышеизложенным особое значение приобретает профилактика КЗС. Прежде всего, необходимо соблюдать рациональный режим зрительной нагрузки. Крайне важно регулярно обследоваться у офтальмолога для выявления и коррекции аномалий рефракции (очковой или контактной), назначения витаминотерапии (препараты черники, антиоксиданты) и адренергической терапии для стимуляции дезаккомодационных мышц. В период вынужденной зрительной нагрузки (подготовка к экзаменам) студентам для облегчения симптомов КЗС можно рекомендовать слезозаместительную терапию увлажняющими глазными каплями Систейн Ультра. Препарат предназначен для профилактики и лечения синдрома сухого глаза.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БЛЕФАРОКОНЬЮНКТИВАЛЬНОЙ ФОРМЫ СИНДРОМА "СУХОГО ГЛАЗА"

Джурабекова Н.А., Бузруков Б.Т.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Синдром «сухого глаза» (ССГ) - это комплекс признаков поражения роговичного и конъюнктивального эпителия вследствие сниженного качества и/или количества слёзной жидкости (Г.С.Полунин, Т.Н.Сафонова, Е.Г.Полунина, 2007 г.). Данное заболевание приобретает особое значение в связи с развитием научно-технического прогресса, поскольку во многом связано с последними достижениями цивилизации (компьютерами, кондиционерами, контактными линзами). ССГ снижает качество жизни пациентов.

Целью исследования явилось определение оптимальных способов профилактики и лечения блефароконъюнктивальной формы ССГ.

В результате комплексного изучения особенностей клинического течения блефароконъюнктивальной формы ССГ доказано, что данная форма имеет отличительные особенности (характеризуется наличием изменений состава слезной пленки, дисфункцией мейбомиевых желез, воспалительным процессом в веках (Демодекс — в 90 % случаев) и поражением кожи лица клещем Демодекс - 72,5%).

Ежедневные гигиенические процедуры для век с Блефарогелями и Блефаролосьоном устраняют жалобы пациентов на сухость и другие неприятные ощущения, нормализуют состояние слезной пленки (высота стояния слезного мениска увеличилась в 53% случаев; показатели теста Ширмера [мм] повысились на $8,9 \pm 0,7$ ОБ, ОБ и показатели пробы Норна [с] увеличились на $6,5 \pm 0,8$ ОБ, ОБ (за 15 месяцев наблюдения, основная группа).

Прежде всего, необходимо соблюдать рациональный режим зрительной нагрузки. Крайне важно регулярно обследоваться у офтальмолога для выявления и коррекции аномалий рефракции (очковой или контактной), назначения витаминотерапии (препараты черники, антиоксиданты) и адренергической терапии для стимуляции дезаккомодационных мышц. В период вынужденной зрительной нагрузки (подготовка к экзаменам) студентам для облегчения симптомов ССГ можно рекомендовать слезозаместительную терапию увлажняющими глазными каплями Систейн Ультра. Препарат предназначен для профилактики и лечения синдрома сухого глаза.

Таким образом, своевременная диагностика и лечение данного заболевания способствуют снижению риска развития деструктивных изменений роговицы, сохранению высокой остроты зрения, комфортности зрения, устранению или предупреждению развития косметических дефектов век и конъюнктивы.

ПУЛЬМОНОМЕТРИЧЕСКИЙ МЕТОД ПРИ ОЦЕНКИ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРИ

Дин П.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Однако в практической деятельности судебно-медицинские эксперты при ранениях груди довольно часто имеют дело с кровотечением в плевральные полости. Естественно, что в подобных ситуациях под влиянием гемоторакса пульмонометрические показатели могут претерпевать определенные изменения.

Цель исследования: Определить эффективность пульмонометрических методов при острой кровопотери.

Материалы и методы: для выяснения влияния гемоторакса на массу, объем и плотность легких были отдельно проанализированы 17 случаев смерти с левосторонним гемотораксом и 30 наблюдений без гемоторакса.

Обсуждения результатов. У погибших от острой кровопотери в течение 5-7 минут после травмы масса левого легкого варьировала от 180 до 380 г и в среднем составляла 290 ± 40 г. С увеличением посттравматического периода до 15 ± 5 минут легочная масса нарастала, изменяясь в пределах от 200 до 800 г, при среднем показателе 440 ± 70 г. Спустя 25 ± 5 минут колебания массы левого легкого достигали 360-850 г, а среднее значение составило 620 ± 125 г. У погибших через 45 ± 10 минут при оказании медицинской помощи масса левого легкого варьировала от 300 до 720 г, при среднестатистическом показателе на уровне 560 ± 150 г.

Выводы: Анализ изменений плотности легочной ткани при наличии и отсутствии гемоторакса показал, что при острой кровопотере она не претерпевает существенных изменений. Наличие гемоторакса при тампонаде сопровождалось некоторым увеличением плотности легочной ткани ($p > 0,05$).

МАКРОСКОПИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛЕГКИХ ПРИ КРОВОПОТЕРЕ ОТ РАНЕНИЙ ОСТРЫМИ ПРЕДМЕТАМИ

Дин. П.Р

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность темы. Большой интерес в судебно-медицинском отношении представляет изучение особенностей течения травматической болезни в случаях ранений острыми предметами, при которых более половины пострадавших погибают от острой кровопотери, а доля убийств составляет 87% [Симановская Г.В., 1989; Иванов И.Н., Мазуренко М.Д., Серватинский Г.Л., 1992; Иванов И.Н., 2002]. При проведении судебно-медицинских экспертиз определенные сложности связаны с установлением прижизненности и давности нанесения повреждений у погибших на месте происшествия в условиях неочевидности. Микроскопия мягких тканей из области раневых каналов не всегда позволяет уточнить продолжительность посттравматического периода. Поэтому целесообразно учитывать морфологические изменения, развивающиеся при кровопотере во внутренних органах, в частности, в неповрежденных легких.

Цель исследования: Изучить макроскопические изменения в легких при острой кровопотери.

Материалы и методы исследования: Материалом исследования послужили 53 случая смерти от острой кровопотери вследствие ранений острыми предметами, не сопровождавшихся повреждениями легких - основная группа наблюдений. Среди погибших было 45 мужчин и 8 женщин в возрасте от 18 до 61 лет, средний возраст составил 37 ± 3 лет. Макроскопическое исследование легких проводили до, и после извлечения органокомплекса, визуально оценивая их внешний вид и состояние плевральных полостей. Перед извлечением легких отмечали их положение в плевральных полостях, форму, рельеф и цвет, состояние висцеральной и пристеночной плевры, наличие субплевральных кровоизлияний.

Обсуждения результатов. Внешне более чем в половине случаев (31 наблюдение или 58,5%) поверхность легких была гладкая, в то время как у остальных потерпевших (22 наблюдения или 41,5%) она отличалась неровностью из-за очагов эмфиземы. При этом неровность легочной поверхности была более выражена в верхних отделах верхних долей легких. Гладкая поверхность легких чаще встречалась у умерших от острой кровопотери в течение 5-7 минут после травмы (у 9 из 12 потерпевших), а также у погибших от тампонады околосердечной сумки (у 8 из 10 потерпевших). В случаях смерти от острой кровопотери с более продолжительным посттравматическим периодом, легкие с гладкой и неровной поверхностью встречались примерно одинаково часто.

Выводы: Анализ показал, что чаще всего описание макроскопической картины отека легких сводилось к регистрации «пенистой жидкости» в трахее и бронхах, а также на разрезах ткани легкого. Иногда вскрывающие эксперты отмечали только наличие «отечности ткани легких». При этом массу легких в протокольной части экспертных заключений указывали крайне редко. По макроскопической картине отек легких был диагностирован у 13 человек (13,1%).

Определение информативных морфологических изменений легких дает возможность установить причину смерти при повреждениях от острых предметов.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПЕРБИЛИРУБЕМИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Дониёровой Ф.А., Азимова Н.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. В настоящее время, несмотря на определенные достижения службы охраны матери и ребенка, сохраняется тенденция роста показателей заболеваемости новорожденных, что делает проблемы неонатологии весьма актуальными. Гипербилирубинемия является одним из наиболее часто встречающихся патологических состояний периода новорожденности. Существенные различия в подходах к лечению желтух новорожденных в неонатальных центрах мира свидетельствуют о том, что понимание биологии неонатальной гипербилирубинемии до сих пор остается неполным, и необходимы дальнейшие исследования в этой области для подведения более мощной биологической основы лечению.

Цель исследования: Выявить факторы риска возникновения гипербилирубинемии у новорожденных.

Материалы и методы исследования: под наблюдением находилось 23 ребенка в возрасте от 4 до 30 дней жизни (средний возраст $17,04 \pm 1,4$ дня). Все дети находились в отделении совместно с матерями. Мальчиков было – 10 (43,5%), девочек – 13 (56,5%). Клиническое обследование включало: тщательный сбор анамнеза (возраст матери, профессия, образование, ее акушерско-гинекологический и соматический анамнез, учитывался паритет беременности и родов, особенности течения настоящей беременности и родов, способ родоразрешения, осложнения в родах) для выявления факторов риска развития гипербилирубинемии у новорожденных.

Результаты исследования: средний возраст матерей – $27 \pm 4,1$ года. В антенатальном анамнезе имели место следующие состояния: гестационная анемия – 8 случаев (34,8%), гестоз – 10 (43,5%), угроза прерывания беременности – 11 (47,8%), инфекции (ОРВИ, колюпит, пиелонефрит) – 16 (69,6%), ожирение – 4 (17,4%), варикозная болезнь – 2 (8,7%).

Артериальная гипертензия была установлена у 9 (39,1%) матерей, рожденных детей с гипербилирубинемией. Хроническая гипоксия плода отмечалась в 15 (65,2%), обвитие пуповины вокруг шеи плода в 8 (34,8%).

Оценка по Апгар на 1 минуте в первой группе составляла в среднем $6,8 \pm 0,09$.

В интранатальной асфиксии средней тяжести родилось 69,6% (16) детей. Синдром дыхательных расстройств I - II степени в первые сутки жизни отмечался у 26,1%.

Масса тела при рождении среди обследованных новорожденных в среднем составила 3325 ± 24 гр, а рост $50 \pm 1,26$ см.

Уровень непрямого билирубина среди обследованных детей составил $281,2 \pm 53,7$ мкмоль/л, что почти в 5 раз превышало нормативные значения.

Заключение: факторами риска возникновения патологической гипербилирубинемии у новорожденных явились: гестоз второй половины беременности. На тяжесть гипербилирубинемии оказывали влияние следующие факторы: артериальная гипертензия у матери, оценка по шкале Апгар на первой минуте, уровень билирубина в пуповинной крови.

МУЛЬТИМОДАЛЬНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ

Душамов З.Б., Агзамходжаев Т.С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: Послеоперационная аналгезия (ПОА) является одним из важных компонентов в системе общей интенсивной терапии (ИТ) кардиохирургических пациентов и мультимодальный подход к обеспечению пациента от боли занимает все более прочные позиции в анестезиологии. Современное использование внутривенного парацетамола (Инфулган) определило минимальность побочных реакций после хирургических операций, без вступления во взаимодействие с другими препаратами. Однако в ПОА детской кардиоанестезии данный препарат применяется ограниченно, в связи с использованием наркотических.

Целью исследования явилось изучение влияния Инфулгана на купирование острой послеоперационной боли различной степени у детей после кардиохирургических операций.

Материалы и методы: Исследование проведено в послеоперационном периоде (ПП) кардиохирургических операций у 43 детей (2-4 года) при «синих пороках» с применением искусственного кровообращения (ИК). Пациенты были разделены на 2 идентичные по антропометрическим показателям группы: 1. - дети (21), которым в ПП применяли внутривенно Инфулган (15 мг/кг); Промедол 1%, 0,1 мл/год жизни 2. – пациенты (22) которым в ПП вводили кеторолак (30мг/1мл 15 мг/кг), Инфулган 7,5 мг/кг, Промедол 40 мкг/кг В ПП через 1-2-4-6 часов с целью эффективности обезболивания исследовали показатели субъективных, клинических; данные периферической (АДд, АДс, АД ср.динам., ЧСС, ЧД) и центральной (ЭхоКГ) гемодинамики, по визуально-аналоговой шкале (ВАШ).

Результаты и обсуждение: Качество ПОА, оцениваемое по ВАШ, выявило следующие особенности: начало аналгезии в ПП интенсивность боли в обеих группах достоверно не различались ($16,8 \pm 0,7$) балла (покой) и ($19,4 \pm 0,8$) балла (движение). Через 1 час сравнение качества аналгезии определило различие показателей интенсивности боли при активном движении ($16 \pm 0,5$) балла у детей 2 гр. и балла ($11,4 \pm 0,6$), у пациентов 1 группы, при отсутствии достоверных отличий показателей в состоянии покоя ($8,8 \pm 0,2$ и $8,6 \pm 0,6$) балла соответственно. На протяжении 2-3-4 часов в 1 группе возникла необходимость введения дополнительно Инфулгана (4 раза по 15 мг/кг), Промедол 1%, 0,1мл/год/жизни тогда как во 2 группе – Кеторолак каждые 8 часов (3 раз), Инфулган 7,5 мг/кг, каждые 8 часов (8 раз), Промедол 40 мкг/кг 2 раз в сут.

Показатели центральной и периферической гемодинамики исходно не отличались в обеих группах. Появление болевого синдрома в обеих группах детей в ПП отмечено значительном напряжении сердечно-сосудистой системы, выражавшейся тахикардией, тахипноэ, повышением артерио-венозного давления, ЧСС на 19%, ЧД на 22%, АД ср динам на 17%.

Вывод: Таким образом, применение Инфулгана в составе мультимодальной анальгезии для послеоперационного обезболивание кардиохирургических операций является эффективным средством снижения болевого синдрома, не вызывающее побочных осложнений.

ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ БАЛЛОННАЯ ДИЛЯТАЦИЯ ВРОЖДЕННЫХ СТЕНОЗОВ УРЕТЕРОВЕЗИКАЛЬНОГО СЕГМЕНТА У ДЕТЕЙ

Ёдгоров Ж.И., Рахматуллаев А.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Анализ результатов реконструктивно-пластических операции на уретеровезикальном сегменте (УВС) у детей показал, что неудовлетворительными остаются результаты в виде рефлюкса (17%) и обострение хронического пиелонефрита (до 30%) и рецидивов стеноза (до 18%).

Цель. Оценить эффективности восстановления функций уретеровезикального сегмента при стенозах юкставезикальной и интрамуральной части мочеточника после трансуретральной эндоскопической коррекции.

Материал и методы. В отделение детской хирургии клиники ТашПМИ и РСНПМЦ Педиатрии 41 больным поступившим с диагнозом «Обструктивный мегауретер» в возрасте от 1 до 14 лет выполнена трансуретральная коррекция. Эндоскопической коррекции проводили путем баллонной дилатации суженного участка УВС со стентированием. У этих больных наблюдалось стеноз интрамуральной и околопузырной части мочеточника на протяжении 5 ± 3 мм. После смотровой цистоскопии устье катетеризировали гибким проводником на глубину 8-10 см. По нему установлен катетер баллон, баллон надут 4-6 АТМ/бар, соответственно УВС дилитирован до 6-8 СН под визуальным и УЗИ контролем. Далее по проводнику при помощи «толкателя» проводили полиуретановый стент диаметром 5-7 СН, устанавливаемый в нижнюю треть мочеточника, сроком от 20 до 30 дней.

Результаты. Согласно классификации мегауретера предложенную D. Beurton в 1986 г. I степень был определен у 9, II степень у 13, III степень у 14, IV степень у 5 больных. Мочевой синдром отмечен у 4 больных, который купировался к моменту выписки. Эффективность вмешательства в ранние сроки после операции оценивали по регрессии мочевого синдрома и доплерометрии пузырно-мочеточникового выброса мочи. В отдаленные сроки у 38 детей с I, II и III степенью отмечена стабильная ликвидация мочевого синдрома и сокращение мочеточника и коллекторной системы почек. У 3 детей оперированных с IV степенью мегауретера, отмечена лишь тенденция к сокращению мочеточника. У 2 детей развился пузырно-мочеточниковый рефлюкс III степени, которым проведено трансуретральная коррекция, в итоге ПМР и мочевого синдрома ликвидированы.

Заключение. Трансуретральная баллонная дилатация при врожденных стенозах уретеровезикального сегмента у детей эффективна при I, II и III степени. Показаниями к повторной трансуретральной коррекции является сохранение степени мегауретера и инфекции верхних мочевых путей.

ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ЭЛАСТОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ёкубова М.А., Ёрматова Ш.Ш.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. В последние годы отмечается резкий рост числа обращений в лечебные учреждения пациенток с доброкачественными заболеваниями молочных желез (МЖ). Наиболее частыми из них являются различные формы мастопатии. В последнее время отмечается рост числа доброкачественных заболеваний МЖ, которые выявляются у каждой 4-й женщины в возрасте 30 лет и у 60% пациенток старше 40 лет. Наиболее часто (у 50%) наблюдается диффузная форма фиброзно-кистозной мастопатии (ФКМ). Результаты показали эффективность использование эластографии в выявлении образований МЖ, уточняет природу образований, до настоящего времени процент, которая дальнейшего изучения.

Цель исследования. Улучшение ранней диагностики доброкачественных образований МЖ с помощью ультразвуковой эластографии.

Материалы и методы. Исследования проводились в клинике «Andromed & Norev», на аппарате экспертного класса «Hitachi Vision Preirus», с функцией соноэластографии, с использованием линейного датчика L 74M, 5-13 МГц. Были обследованы 30 больных с доброкачественными образованиями МЖ.

Результаты исследования. Данные исследования выявили следующие показатели: липома при эластографии у 9 больных представлена образованием мягкоэластичной консистенции, картируется зеленым цветом; киста МЖ наблюдалась у 10 больных, имеет трёхслойное окрашивание (“BGR-симптом”-blue-green-red). При эластографии фиброаденома у 4 больных представлена образованием мягкоэластичной консистенции, с мозаичным типом картирования, при котором преобладают эластичные участки зеленого цвета, соответствующие невысокой степени жесткости образования. При наблюдении 7 больных с зонами воспалительных изменений характеризуется мозаичным окрашиванием, где преобладают мягкотканые участки зеленого цвета, а также имеют более плотные участки синего цвета.

Выводы. Метод показал высокую диагностическую точность в определении природы объемных образований МЖ. С помощью эластографии возможно проведение дифференциальной диагностики кисты и с густым содержимым и фиброаденомы. Соноэластография позволяет сократить количество необоснованных пункций и отобрать группу пациентов для динамического наблюдения.

ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНОЙ СФЕРЫ И ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Ен Ю.А., Абдуллаева В.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Артериальную гипертонию следует рассматривать как психосоматическую проблему, которая по сути предопределяет решение вопросов взаимоотношения соматического, психического, социального единства с точки зрения современного понимания и видения психосоматики. Актуальным является исследование клинко-психопатологических расстройств пограничного уровня у больных с артериальной гипертонией с позиции системного подхода к анализу коморбидных состояний.

Цель и задачи исследования – провести анализ структуры клинко-психопатологических расстройств при гипертонической болезни.

Материал и методы исследования. Клинко-психопатологическим методом было обследовано 38 больных с верифицированным диагнозом эссенциальной артериальной гипертонией (АГ), (ВОЗ/МОАГ, 1999; ДАГ 1, 2000), (эссенциальная гипертензия, в традиционной клинической оценке - гипертоническая болезнь (ГБ)). В программу исследования были включены пациенты, которые ранее проходили обследование и лечение в кардиологических, терапевтических клиниках, наблюдались в кардиологическом диспансере и поликлиниках с диагнозом артериальная гипертензия (АГ), соответствующим критериям гипертонической болезни: ГБ I стадии (n=21), ГБ II стадии (n=15).

Результаты исследования и обсуждение. В ходе исследования было выявлено сочетание гипертонической болезни с разнообразными психопатологическими расстройствами невротического уровня: актуальными психогениями – 46%, расстройствами настроения – 64%, тревожными расстройствами до и в период заболевания – 80%, обсессивно-фобическими расстройствами – 53%, демонстративными истерическими симптомами – 63%, расстройствами сна – 40%.

При анализе клинко-психопатологической картины в группе больных с ГБ I стадии было выявлено 31,9% случаев с расстройствами адаптации в виде депрессивных реакций и тревожно-депрессивных реакций, 11,2% - с тревожно-фобическими расстройствами (агорафобия, паническое расстройство); 23,5% - с соматоформными, диссоциативными и другими невротическими расстройствами. Для больных ГБ I стадии характерно присутствие тревожно-депрессивной симптоматики; тревога, фобии сочетались с симптомами депрессии преимущественно у мужчин. Отмечались дисфорические (вспышки агрессии, гневливость), кардиофобические и конверсионные симптомы. У пациентов с АГ, соответствующей критериям ГБ II стадии выявлялись в 10,6% случаев аффективные расстройства (депрессивный эпизод, дистимия), в 24,8% - пролонгированные депрессивные реакции, нозогенные и другие реакции на тяжелый стресс; в 6,4% - тревожно-фобические расстройства, в 14,6% - соматоформные (в том числе ипохондрическое расстройство), неврастения и другие невротические расстройства; в 28,3% - органическое астеническое расстройство, в 7,8% - органическое аффективное расстройство, указывающие на более глубокий уровень психических нарушений

Выводы. При исследовании аффективной сферы у больных с ГБ были выявлены невротические и невротоподобные расстройства. При анализе структуры синдромальной картины у пациентов с ГБ I стадии были выявлены невротические расстройства, которые проявлялись в виде депрессивных реакций, тревожно-депрессивных и других реакций на тяжелый стресс, а также отмечались тревожно-фобические и соматоформные расстройства. У больных ГБ II стадии, психопатологические синдромы проявлялись органическим астеническим расстройством и аффективными расстройствами.

ВЕСОМОСТЬ АВИТАМИНОЗА А - КАК ВЕДУЩИМ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ КЕРАТОПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Ёрматов Н.Н., Бабаджанова Л.Д.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Авитаминоз А становится причиной угнетения иммунитета и кроветворения, сопровождаясь при этом кожной сыпью и характерными нарушениями со стороны зрения (например, ксерофтальмией, кератомалацией, куриной слепотой), (Аветисов Э.С, Ковалевский В.И. и Хватова А.В. Руководство по детской офтальмологии, М., 1987.) Развивается главным образом у детей младшего возраста в результате недостаточного поступления витамина А с пищей, нарушения резорбции питательных веществ из кишечника при энтероколитах различной этиологии, тяжело протекающих общих инфекционных болезнях, поражениях печени.

Кератомалация представляет собой значительно более распространенную патологию, чем можно представить на первый взгляд. По данным ряда авторов, признаки данного заболевания можно выявить у 9-18% населения развитых стран мира.

Цель. Изучить влияние авитаминоза А на возникновения кератомалаций у детей.

Материал и методы. Поставленные задачи решали в процессе обследования 56 детей с заболеваниями роговицы в возрасте от 2 месяцев до 7 лет, а также хирургического лечения у 14 детей при травмах или язвах роговицы. Средний возраст пациентов основной группы составил 3.1 ± 0.4 лет, среди них мальчики (57,6%) и девочек (42,4%). Исследования проводили у больных госпитализированных в плановом порядке в отделении детской офтальмологии с участием отдела функциональной диагностики клиники ТашПМИ. Диагноз заболевания ставился основываясь на данных направляющих учреждений, жалоб, анамнеза, клинико-лабораторных, инструментальных и офтальмологических исследований.

Комплексное офтальмологическое обследование для определения остроты зрения до и после лечения с оптимальной коррекцией очками, измерение диаметра роговицы и зрачка, биомикроскопию, офтальмоскопию, тонометрию, тонографию, ультразвуковое и электрофизиологические методы исследования.

Результаты. По данным анамнеза 17 пациентов страдали различной патологией желудочно-кишечного тракта (авитаминоз А), 3 пациента - хроническими бронхитами. Жалобы пациентов основной группы включали целый спектр симптомов. В большинстве случаев пациенты предъявляли жалобы на ощущение «сухости» глаз (62.1%), покраснение глаз и век (53%), резь и жжение (45.4%). Кроме того, утомление глаз и тяжесть век отмечались в 36.3% случаев, чувство инородного тела, песка в глазах у 22.7% пациентов, слезотечение – 13.6%, боль в глазах – 10.6%, зуд – 4.5% и неустойчивое зрение у 4.5% пациентов.

Анамнестические данные показывает, что большинства пациентов (84,7%) с патологиями роговицы различной степени страдали гиповитаминозом А эндогенного и экзогенного происхождения. Экзогенный гиповитаминоз А развивается преимущественно во второй половине детства.

Выводы. Гиповитаминоз А в организме беременных, что отражается на развитии плода, а в последующем и на организме растущего ребенка, поскольку молоко в этот период бедно витамином А или содержат его следы. К тому же одной из физиологических особенностей организма детей является то, что они до годовалого возраста не способны усваивать витамины из пищи и поэтому нуждаются в получении их в готовом виде.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛОГО РОГОВИЧНО-КОНЬЮКТИВАЛЬНОГО КСЕРОЗА У ДЕТЕЙ

Ёрматов Н.Н., Бабаджанова Л.Д.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Синдром «сухого глаза» (ССГ) представляет собой комплекс признаков клинически выраженного или латентного роговичного, либо роговично-конъюнктивального ксероза, обусловленного длительным нарушением стабильности слезной пленки, тонким слоем покрывающей переднюю поверхность роговицы.

В структуре первичных обращений к офтальмологу на долю синдрома «сухого глаза» приходится около 45%, однако заболевание, как правило, маскируется другими нарушениями (хроническим блефаритом, блефароконъюнктивитом и т.п.). Примерно в 67% случаев синдрома «сухого глаза» выявляется у лиц пожилого возраста, в 12% — у больных в возрасте моложе 40 лет.

Цель. Изучить и разработать тактика лечение тяжелого роговично-конъюнктивального ксероза у детей.

Материал и методы. В клиники офтальмологии ТашПМИ наблюдался 4 (6 глаз) детей с тяжёлым роговично-конъюнктивальным ксерозом. Из них 1 (25%) ребёнка вторичной гиполакримией на фоне нейропаралитического кератита, 3 (75 %) детей иммунодефицита 1-го типа и гипопаратиреоза.

Проведены следующие методы обследования: визометрия, бимикроскопия, офтальмоскопия, УЗИ глаза (А/В сканирование).

Результаты. При необходимости дополнительно используют лечебные средства других групп: метаболические, антиаллергические, противовоспалительные и др. При нарушении всасываемости желудочно-кишечного тракта 2 детей (50%) - ацетат витамина А вводят внутримышечно. 2 детей (50%) местно глаз орошается изотоническим раствором натрия хлорида или синтетическим заменителем слезы, закапывают 0,01% раствор цитрала, каротин, масляные капли. При лагофтальме (несмыкании глазной щели) показано сшивание век.

В случае обращения больного за медицинской помощью в стадии кератомалации немедленно производится внутримышечная инъекция 100000 МЕ масляного раствора витамина А.

Дальнейшее лечение аналогично вышеизложенному с подключением терапии антибиотиками широкого спектра действия и сульфаниламидными препаратами для профилактики присоединения вторичной инфекции.

Вывод. Таким образом, при роговично-конъюнктивальное ксерозе необходим постоянный контроль за состоянием больного. В отсутствие адекватного лечения при тяжелой форме заболевания возможно присоединение вторичной инфекции. Тяжелый роговично-конъюнктивальный ксероз у детей быстро приводит к развитию дистрофий роговицы и стойкому снижению остроты зрения вследствие помутнения роговицы.

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ С КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Жалилов Н.С., Юлдашева С.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: Послеоперационный период, у новорожденных с различными врожденными заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), требует осуществления предоперационной корригирующей терапии (ИТ) с регуляцией гомеостатических потенциалов. Методы ИТ зависят от разнообразных причин изменения гомеостаза у детей, методов и времени оперативного лечения и развития всевозможных осложнений. Особое значение имеют методы ИТ в послеоперационном периоде у новорожденных с врожденной кишечной непроходимостью, требующие коррекции электролитов и белкового обмена.

Цель исследования: явилось совершенствование методов ИТ у новорожденных с кишечной непроходимостью в послеоперационном периоде.

Материалы и методы: Исследовано 26 новорожденных в послеоперационном периоде (болезни Гиршпрунга, дивертикул Меккеля, мегаколон), состояние которых оценено I-II ст по ASA в дооперационном периоде, требующая проведения ИТ коллоидно-электролитными и ГЭК растворами в послеоперационном периоде, антибиотиков и ингибиторов протеазы. Длительность ИТ в среднем составляла 72 часа. Исследованы параметры центральной (эхокардиография (ЭхоКГ) гемодинамики (ЦГ) и периферической [артериальное давление систолическое (АДс), артериальное давление диастолическое (АДд), артериальное давление среднее (АДср), частота сердечных сокращений (ЧСС)] гемодинамики (ПГ), сатурация кислорода [(Sat O₂) кардиомонитор «BLT», Китай], электролиты (Na, K, Ca) в крови. Антропометрические показатели в обеих группах были идентичными.

Результаты и обсуждения: Послеоперационный период у новорожденных с кишечной непроходимостью протекает довольно тяжело, что обусловлено тяжестью и травматичностью самой операции, функциональной незрелостью организма. В методы ИТ были включены препараты полиионных, коллоидных растворов ГЭК, нивелирующие основные показатели гемодинамики и Sat O₂. Однако у тяжелого контингента больных были вынуждено применены методы поддержания гомеостаза (адреналин, норадреналин) при которых подключались препараты ГЭК, что стабилизировало гемодинамические показатели и снижали интоксикацию, а также регулировало показатели электролитного обмена. Фармакологические свойства ГЭК препаратов позволило положительно влиять на течение послеоперационного периода, восстановить физиологические параметры таких обменных процессов как белковый, электролитный на 14% от исходных. Улучшилось функционирование почечной гемодинамики, мозгового кровообращения. Результативность указанной технологии послеоперационного периода отличалась сокращением сроков нахождения в ОРИТ, улучшением репаративных процессов в среднем на 4 койко-дня. Эффективность применяемых методов отмечено улучшением и стабильностью общего состояния.

Вывод: Таким образом, применение полиионных растворов и препаратов ГЭК способствует улучшению послеоперационного течения у новорожденных с кишечной непроходимостью.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КЛЮЧЕВЫХ ЦИТОКИНОВ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Жалилова Ж.З., Каримова.М.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность работы. Бронхиальная астма является одним из наиболее распространенных аллергических заболеваний в детском возрасте. На существенную роль иммунологических нарушений в ее развитии указывают ряд исследователей. Аллергические заболевания у детей сопровождается повышенным синтезом цитокинов, которые обладают как провоспалительным, так и противовоспалительным эффектом, и в зависимости от конкретных условий могут выполнять роль фактора агрессии, либо защиты.

Цель исследования. Выявить диагностическое и прогностическое значение ключевых цитокинов у детей, больных бронхиальной астмой.

Материал и методы исследования. Обследован 41 ребёнок в возрасте от 2 лет 11 мес до 15 лет, больных бронхиальной астмой. Контрольную группу составили 15 практически здоровых детей аналогичного возраста. Из 41 больного с бронхиальной астмой 27 мальчиков и 14 девочек. Проведен детальный анализ анамнеза путем анкетирования родителей, сбор аллергологического анамнеза по схеме (Р.М.Хаитов, 2002), при котором стремились получить ответы на вопросы, помогающие уточнить причины и условия, способствующие возникновению и развитию заболевания, оценен настоящий соматический статус. Концентрация цитокинов (IL-1 β и IL-1RA) в периферической крови определялась методом иммуноферментного анализа (ELISA) с использованием тест-систем «Вектор-Бест» (Россия). Нами определено количественное содержание цитокинов IL-1 β и IL-1 RA у 19 детей с бронхиальной астмой.

Результаты исследования. Изучение профиля цитокина IL-1 β и его физиологического антагониста IL-1RA у обследованных нами детей с аллергическими заболеваниями показало, что у большинства пациентов при поступлении отмечалось 2-х кратное увеличение IL-1 β при сниженном показателе рецепторного антагониста. В среднем это составило $5,1 \pm 0,6$ и $81,1 \pm 6,6$ пк/мл, при контрольных данных группы здоровых детей $2,55 \pm 0,68$ и $104,5 \pm 2,0$ пк/мл соответственно. Учитывая, что показатели содержания IL-1 β являются одним из проявлений реакции специфического иммунитета, столь выраженное повышение его у детей с аллергическими заболеваниями можно расценивать, с одной стороны, как благоприятный прогностический признак. С другой стороны избыточное количество IL-1 β , их продолжительный интенсивный синтез является фактом прогрессирования аллергии. Выявленное у обследованных нами больных достоверное снижение содержания IL-1RA является неблагоприятным прогностическим признаком, характеризующее усугубление патологического процесса. Низкие показатели цитокинов негативно сказываются на течении основного заболевания и требуют соответствующей коррекции. В контрольной группе у обследованных нами детей индекс соотношения IL-1RA/IL-1 β составил $43,98 \pm 2,9$, а у детей с аллергией он равнялся $15,9 \pm 2,4$, что указывало на воспалительный диссонанс.

Выводы. Таким образом, проведенный анализ цитокинового профиля у детей с аллергическими заболеваниями выявил наличие угнетения неспецифической защиты и специфического иммунитета, воспалительного диссонанса, что является неблагоприятным прогностическим признаком, характеризующим усугубление патологического процесса. Разработка клинко-иммунологических основ прогноза развития, течения и исхода бронхиальной астмы у детей даст возможность своевременно планировать и провести лечебно-профилактические мероприятия для предотвращения неблагоприятного исхода заболевания.

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОЗВОНОЧНЫХ ПАТОЛОГИЙ

Жалолитдинова Р. Р., Рустамова У.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: Раннее распознавание признаков изменения костей и окружающих мягкотканых структур является весьма важной задачей современной лучевой диагностики, что и заставляет искать новые пути решения этой важной проблемы.

Цель: Распределить детей в группы риска, относясь к которым у них, с течением времени может развиваться та или иная позвоночная патология. Зная группу риска и принадлежность пациента к ней, возможно преждевременное предупреждение развития заболевания и, как следствие, предупреждение инвалидизации в будущем.

Материалы и методы исследования: Анализ МРТ-снимков пациентов, имеющих травмы позвоночника и с наличием факторов риска патологии позвоночника. Источники зарубежной и отечественной литературы посвящённые дегенеративно-дистрофическим и посттравматическим изменениям позвоночника.

Результаты исследования: Анализ МРТ снимков пациентов, имеющих травмы позвоночника осуществляли с учётом факторов **риска развития позвоночных патологий**. Факторы риска, не зависящие от человека. К ним относится: Пол ребенка. Мальчики более подвержены развитию позвоночной патологии чем девочки. Возраст. Процессы развития и износа межпозвоночных дисков, также как и непрерывного воздействия на них, неизбежны. Травмы спины, часто имеющие место в детском возрасте. Хирургические операции на спине. **Факторы риска, зависящие от человека. К ним относятся:** **Положение спины ребенка.** Занятия, продолжительное нахождение в сидячем положении, регулярный подъем тяжестей, частые наклоны и повороты спины, повторяющиеся движения, особенно те, что выполняются с усилием, подверженность вибрациям и т.д. Лишний вес дает дополнительную нагрузку позвоночнику, особенно его поясничному отделу. Но лишний вес означает еще и слабость мышц, отсутствие подвижности, слабую гибкость и плохую общую физическую форму. Курение, никотин и другие токсины, оказывая особо губительное воздействие на растущий детский организм, мешают позвоночным дискам поглощать питательные вещества из крови, тем самым увеличивая риск повреждения дисков. Также курение увеличивает чувствительность к боли. Отсутствие регулярных упражнений, или выполнение упражнений, требующих усилий, слишком интенсивные тренировки после продолжительной паузы.

Выводы: Таким образом, имея предрасположенность к позвоночной патологии, или находясь на ранних стадиях развития заболевания, принимая во внимание перечисленные факторы, планируя свою жизнедеятельность и в соответствии с ними придерживаясь определённого режима, возможно предотвратить последствия, оперативное вмешательство и последующую инвалидизацию пациентов, а также во многом облегчить себе жизнь, превратив её в здоровую и полноценную.

ОСОБЕННОСТИ СПЕКТРА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ОСТРЫХ ОТИТОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ

Жалолов У.Ж., Бабаханов Г.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

С целью уточнения этиологической структуры острых гнойных отитов нами проведен анализ результатов бактериологического исследования отделяемого из ушей 85 детей первых трех месяцев жизни, 30 детей в возрасте от 3 месяцев до года и 30 – с года до 3 лет.

Первое место по частоте выделения у новорожденных и детей первых трех месяцев жизни занимает *Ps. aeruginosa*, которая высевалась в 35,3% наблюдений, на 2-м месте находится *St. epidermidis* (26%). *St. aureus* выделялся у 17,6% детей и *Str. pneumonia* – у 11,8% пациентов.

У детей в возрасте от 3 месяцев до года в 43,3% высевался *St. epidermidis*, *Ps. aeruginosa* у 16,6%, *Str. pneumonia* – у 26,6% и *Str. piogenus* у 10%.

В возрасте от года до 3 лет реже выделялась синегнойная палочка (3,5%), а спектр остальных возбудителей оставался примерно таким же, как и у детей до года: *St. Epidermidis* у 43%, *Str. pneumonia* – у 21,5% и *Str. piogenus* у 14%.

Клинической особенностью средних отитов, вызванных синегнойной палочкой, было сочетание их с наружным более чем в половине случаев.

Нами проанализирована также чувствительность и резистентность к антибиотикам доминирующего в этиологической структуре отитов в ранний возрастной период жизни возбудителя.

По результатам исследования все штаммы *Ps. aeruginosa* были чувствительны к амикацину, тобрамицину, меропенему, ципрофлоксацину, клиндамицину и резистентны к оксациллину, ампициллину-сульбактаму, ко-тримаксазолу, нитрофурантоину.

Выводы.

1. В этиологической структуре острого гнойного среднего отита у детей первых трех месяцев жизни ведущее место принадлежит *Ps.aeruginosa*, 2-е место по частоте выделения занимает *St. epidermidis*, реже выявляются *St. aureus* и *Str. pneumonia*.

2. В более старшем возрасте частота выделения *Ps.aeruginosa* снижается, а удельный вес *Str. pneumonia* и *Str. piogenus* растет.

3. Учитывая доминирование *Ps.aeruginosa* в структуре возбудителей воспаления уха у новорожденных и детей первых месяцев жизни, назначая местное и системное лечение, предпочтение следует отдавать антисинегнойным антибактериальным препаратам, особенно при сочетании острого среднего отита с наружным.

**ОЦЕНКА БОЛИ У НОВОРОЖДЕННЫХ РОДИВШИХСЯ В АСФИКСИИ
ПОЛУЧАВШИХ ИНВАЗИВНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ
Жолилова З.Х., Элмурадова Н.Х., Юнусова С.Э.
Ташкентский педиатрический медицинский институт**

Актуальность: Субъективный характер боли делает ее трудноизмеримым понятием. Особенно это касается тех, кто не может выразить свою боль словами. Вот почему важную роль в распознавании и оценке болевого синдрома у новорожденного играет способность врача правильно интерпретировать клинические данные. С этой целью разработано несколько шкал оценки болевого синдрома, в основе которых лежат физиологические и поведенческие реакции новорожденного в ответ на болевое раздражение. Одной из наиболее приемлемых шкал оценки интенсивности боли у новорожденных является шкала NIPS (Neonatal Infant Pain Scale). Этот метод оценивает боль по восьми поведенческим признакам, соответственно - выражению лица, движению рук и ног, бодрствованию и сну, плачу, характеру дыхания, АД и ЧСС. Шкала может использоваться у новорожденных с 32 недель гестационного возраста.

Цель исследования: Провести анализ оценки боли и установить наиболее приемлемые шкалы по оценке боли у доношенных новорожденных получавших инвазивные манипуляции.

Материалы и методы исследования: Обследованные новорожденные разделены на 2 группы: 1 группа – здоровые новорожденные не получали обезболивание при проведении рутинных манипуляций и 2 группа – новорожденные рожденные в асфиксии, которые получали немидекаментозное обезболивание при инвазивных манипуляциях. Для определения интенсивности боли была использована шкала NIPS. Каждый из 8 показателей этой шкалы (плач, движение рук и ног, потребность в кислороде при сатурации ниже 95%, повышение АД и ЧСС, выражение лица, бодрствование и сон) оценивался от 0 до 2 баллов.

Результаты исследования: Обследованы 20 доношенных детей: 1 группа-10 здоровых детей без обезболивания; 2 группа-10 новорожденные родившиеся в асфиксии с немедикаментозным обезболиванием. Обследованным детям проводились немедикаментозные методы обезболивания – дача 30% глюкозы по 2 мл перорально, тактильная стимуляция в виде поглаживания матерью ребенка и транскутанный контакт «кожа к коже» в течении всей манипуляции. Анализ параметров боли в момент манипуляции в 1 группе здоровых детей при иммунизации БЦЖ и ВГВ, взятии скрининга на ФКУ без обезболивания определил, что характер боли оценен как «сильная» суммарная оценка составила в среднем 8,4 балла. Во 2 группе новорожденных перед инвазивными манипуляциями проводилось обезболивание и уровень ощущения боли снизился до «умеренной» и на 16% суммарная оценка боли была ниже. Сравнительный анализ параметров боли в группах обследования в момент манипуляции показал, что наиболее наглядными маркерами снижения боли явились проявления в виде выражения лица и движение конечностей, а так же обращает на себя внимание, что асфиксия резко усиливает болевую реакцию, особенно у новорожденных без обезболивания.

Заключение. Болевая реакция в группе без обезболивания носила выраженный характер на момент манипуляции. Немедикаментозное обезболивание при рутинных инъекционных манипуляциях снизило порог боли у новорожденных у детей в 2 раза. Используемая шкала оценки болевого синдрома у новорожденных значительно упрощает оценку болевого синдрома у новорожденного и убеждает в необходимости дальнейшей разработки достоверных методов определения болевого синдрома у новорожденных.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АДЕНОИДОВ У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

Жумашов У.И., Джаббарова Д.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Аллергический ринит - хроническое заболевание полости носа, в патогенезе которого лежит IgE - опосредованное воспаление слизистой оболочки полости носа. Аллергический ринит выявляют у 12 - 22% детского населения (Карпова Е. П. 1999, Балоболкин И. И., 2000). Глоточная миндалина представляет собой иммунокомпетентный орган, продуцирующий иммуноглобулины, активно функционирующий у детей в возрасте от 2 до 7 лет (Быкова В.П., 1996, Гуцин И.С., 2002). Возрастные анатомические особенности лимфоидного кольца, развитие эозинофильной инфильтрации слизистой, выброс медиаторов аллергического воспаления способствуют гипертрофии глоточной миндалины (аденоиды). Наиболее часто аденоиды у детей с аллергическим ринитом осложняются инфекционным синуситом, отитом, хроническими заболеваниями нижних дыхательных путей (Лопатин А.С., 2003). Разработка алгоритма терапевтической тактики ведения детей с аллергическим ринитом и аденоидами является актуальной проблемой.

Целью исследования является определение клинико-лабораторных особенностей течения и лечения аденоидов у детей с аллергическим ринитом.

Материал и методы исследования. В ЛОР отделение 7 ГКБ были обследованы 32 детей с диагнозом аллергический ринит, сопутствующими аденоидами II-III степени. В первую и вторую группы вошли 20 детей (62,5%), страдающие персистирующей формой аллергического ринита, осложненными аденоидами, третью группу составили 12 пациентов (37,7%) без атопии с аденоидами II-III степени, в возрасте от 3 до 10 лет. Всем больным проведены исследования: передняя и задняя риноскопия, пальцевое исследование носоглотки, риноманометрия, определение процентного содержания эозинофилов в периферической крови, эксфолиативный цитологический анализ назального секрета.

По **результатам исследований** выявлено, что течение аденоидита в сочетании с аллергическим ринитом значительно отличалось по клиническим симптомам от аденоидов без сопутствующей аллергии. Затрудненное носовое дыхание являлось основным симптомом, беспокоящим детей всех трех групп. Наблюдали присутствие приступов чихания и зуда крыльев носа у детей с атопией при полном отсутствии этих симптомов у больных третьей группы. Для больных с аллергическим ринитом была характерна сочетанная аллергопатология (бронхиальная астма - 15,7%, атопический дерматит - 60,1%), эозинофилия периферической крови и назального секрета. Повышенное содержание эозинофилов в назальном секрете, как объективного маркера аллергического ринита, регистрировали у 27 (85,4%) больных первых двух групп. В отличие от них только у 3 детей третьей группы выявляли эозинофилы в назальном секрете в невысоком процентном соотношении до 10%.

На основании проведенного клинико-лабораторного обследования нами был разработан метод ступенчатой терапии аденоидов у детей с аллергическим ринитом, который включает в себя три этапа. Первый этап терапии заключался внаряду с консервативным лечением аллергического ринита проведение мероприятий по элиминации бытовых аллергенов из окружающей бытовой среды. Второй этап включал в себя санацию очага бактериальной инфекции в соответствии с результатами определения чувствительности микрофлоры, выделенной со слизистой оболочки полости носа. Третий этап терапии заключался в применении топических кортикостероидных препаратов. Все пациенты с аллергическим ринитом получали назальный спрей флутиказонапропионат - в дозе 100 мкг в течение 30 дней. Проведенный курс консервативного лечения у 18 детей (55,9%) с аллергическим ринитом и гипертрофией глоточной миндалины оказался эффективным, что позволило отложить проведение аденотомии. У остальных 14 (44,11%)

больных курс терапии позволил снизить тяжесть течения ринита, купировать воспаление и подготовить детей к аденотомии, т.к. степень назальной обструкции существенно не изменилась в положительную сторону.

Вывод. Всем пациентам с аденоидами необходимо проводить тщательное аллергологическое обследование, так как причиной назальной обструкции у них является не истинная гипертрофия глоточной миндалины, а аллергический отек слизистой оболочки полости носа и носоглотки.

РЕЗУЛЬТАТЫ НЕОТЛОЖНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ПОДКОЖНЫХ РАЗРЫВАХ ЯИЧКА У ДЕТЕЙ

А.Г. Жураев., А.У. Бозоров., Б.Х. Хамидов.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Последние годы ознаменовались повышенным интересом детских хирургов и урологов к острым заболеваниям органов мошонки у детей. Это вызвано прежде всего необходимостью улучшения результатов лечения. Атрофия яичка наступала более чем у половины больных детей, что было связано с неудовлетворительной диагностикой острых заболеваний яичек, неверной их трактовкой и неправильным выбором метода лечения.

Цель. Сохранение яичка как важнейшего гормонального органа и органа, связанного дальнейшей репродуктивной функцией.

Материалы и методы: За период 2003-2013гг мы наблюдали 38 больных в возрасте от 5 до 14 лет поступивших в клинику в экстренной порядке с диагнозом «синдром отёчной мошонки». Больные поступали через разные сроки: до 72ч-26 человек, более 72ч-12 человек. Все больные поступали с жалобами на боли в соответствующей половине мошонки. У больных, поступивших до 72 ч после травмы, была выявлена гематома мошонки разной степени и резкая болезненность яичка при пальпации. Консервативное лечение было проведено 3 больным, а 23 подверглись неотложной операции (ревизия поврежденного яичка). Во время обследований у всех пациентов обнаружена гематома; у 5-под белочной оболочкой, у 14-разрыв белочной оболочки с частичным выпадением ткани вблизи разорванной белочной оболочки. У всех больных подбелочная гематома эвакуирована и произведено ушивание белочной оболочки; у 4 больных операция закончилась дренированием гематомы.

У 23 из 26 рано прооперированных больных получен хороший результат. У 3 больных наблюдалась субатрофия травмированного яичка.

У 9 из 12 больных, поступивших в поздние часы после травмы мошонки, у нас при поступлении наблюдались различные осложнения: организовавшаяся гематома- у 3, нагноившаяся -у 2, посттравматический орхоэпидидимит –у 7. Произведены следующие операции: ревизия и опорожнение гематомы мошонки у 3, вскрытие нагноившейся гематомы у 2, ревизия и дренирование мошонки –у 8. У 8 больных наблюдалась субатрофия яичка. Вероятно, что это, обусловлено недиагностированным разрывом яичка, сдавлением гематомы ткани. Поздним опорожнением гематомы. способствующие нарушению трофики и отечности.

Выводы: при подкожной травме, сопровождающейся интенсивными нарастающими болями гематомой и темной- багровой окраской. Раннее оперативное вмешательство (до 72 ч) предупреждает возникновение субатрофических изменений травмированного яичка.

РЕНТГИНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ПИЛОРОСТЕНОЗА

А. Г. Жураев., З.С. Хушвактова

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. В литературе имеется небольшое количество публикаций, касающихся рентгенологической картины желудка у детей, оперированных по поводу гипертрофического пилоростеноза, в отдаленные сроки. Но при обращении больного во взрослом состоянии знание рентгенологической картины важно для последующей интерпретации изменений в желудке.

Цель: произвести оценку рентгенологической картины желудка у детей в отдаленные сроки после операции.

Материалы и методы. В клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ за 2010- 2013 годы клинко-рентгенологически обследованы 78 детей (73 мальчика и 5 девочек) от года до 10 лет, перенесших пилоротомию.

Результаты. Расстройств со стороны пищеварительного тракта не отмечалось кроме эпизодических болей в животе и тошноты. Физическое развитие протекало нормально. У большинства детей (42 человека) изменений, свидетельствующих о перенесенной операции, не было. У 36 детей были обнаружены изменения в желудке, которые можно связать с перенесенной операцией. У 6 детей отмечен начальный спазм привратника. Время раскрытия привратника задерживалось до 30 минут. Через 2 часа контрольные исследования показали полное опорожнение желудка. Младший возраст детей с начальным спазмом привратника, из которых 4 человека были в возрасте до 4 лет и 2 ребенка в возрасте 6 лет, может быть ключом к расшифровке этого симптома. Это подтверждает мнение о том, что в этиологии пилоростеноза играет роль пилороспазм, который, видимо, не всегда ликвидируется сразу после операции. Деформация малой кривизны у 4 больных и ассиметричное по отношению к основанию луковицы расположение привратника у 2 детей мы связываем с наличием рубцовых сращений. Изменения выходного отдела желудка без нарушения эвакуации у 5 детей. Каскадная деформация имела у 3 больных. Эктазия желудка отмечена в 3 наблюдениях без нарушения эвакуации. Мы рассматриваем это как следствие приобретенной еще до операции выраженной эктазии, которая в силу еще не выясненных причин не подверглась процессу обратного развития. Рентгенологические признаки гастрита у 13 детей, при всей их ограниченной ценности, также должны приниматься во внимание у затронутого здесь контингента больных.

Вывод. Изучение рентгенологической картины желудка у оперированных детей позволяет выявить хотя и единичные, но все же изменения формы, размеров и положения привратника, что в свою очередь позволяет дифференцировать приобретенные изменения от последствий оперативного вмешательства

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ

Заиров Н.М., Ряхова Е.С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) является важной медико-социальной проблемой. По данным эпидемиологических исследований, частота СДВГ среди детей дошкольного и школьного возраста составляет 7,3-9,5%. Несмотря на популярность СДВГ как предмета исследований среди врачей разных специальностей, на ряд вопросов касающихся этиологии, патогенеза, диагностики СДВГ до сих пор не найдено однозначного ответа.

Цель исследования: Оценить роль самых значимых пренатальных и постнатальных факторов риска развития синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей.

Материал и методы исследования: Нами было обследовано 40 детей в возрасте 6-10 лет с СДВГ. Критериями включения в исследование были следующие: перинатальная патология в анамнезе, отсутствие интеллектуального дефицита и очаговых неврологических симптомов и соматических патологий. Обследование больных включало в себя сбор анамнестических данных включая акушерский анамнез, анализ индивидуальных медицинских карт детей.

Результаты и обсуждение: По результатам анамнестических были определены основные факторы неблагоприятно повлиявшие на течение антенатального периода: угроза прерывания беременности- у 9 (22,5%) , токсикоз- у 22 (55%), анемия различной степени тяжести- у 31 (77,5%), стрессовые ситуации- у 7 (17,5%), острые респираторные вирусные инфекции особенно в 1-триместре беременности- у 8 (20 %), артериальная гипертония- у 4 (10%), нефропатия- у 3 (7,5%) женщин. 33 детей (82,5%) родились в срок, 7 детей (17,5%) родились недоношенными. У 35 женщин (87,5%) были естественные роды, 5 женщинам (12,5%) была проведена кесарево сечение. У 29 женщин роды были без осложнений, у 11 женщин роды протекали с различными осложнениями: ребенок с крупной массой тела- 2(18.2%), стремительные роды- 4 (36,3%), слабая родовая деятельность- 3(27,3%), неправильное предлежание плода -1 (9%). У детей в неонатальном периоде часто наблюдались следующие симптомы: срыгивания (40%), нервно-рефлекторное возбуждение (32,5%), синдром угнетения нервной системы (35%), тремор подбородки и пальцев кисти (22,5%) . По анализу индивидуальных медицинских карт было выявлено, что у детей в течении первых месяцев и первого года преимущественно наблюдались следующие симптомы: беспокойство (52,5%), срыгивания (20%), опора на цыпочки (45%), тремор при плаче (42,5%), слабость в ручках (12,5%), задержка в двигательном развитии(10%), вздрагивания (17,5%), гипертензионный синдром (22,5%), задержка речевого развития (27,5%). В своих детях неусидчивость, чрезмерную подвижность и нарушения концентрации внимания 19 (47,5 %) родителей заметили в 3-4-года, 9 (22,5%) родителей в 5-6 лет и 12 (30%) родителей в 7лет.

Вывод: Таким образом, пре- и постнатальные факторы могут играть существенную роль в развитии СДВГ. Ряд неврологических нарушений наблюдаемых в неонатальном периоде и младенчестве, возможно являются ранними предикторами СДВГ. Определение ранних предикторов помогает своевременно провести профилактические меры.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ВРОЖДЕННЫХ ПНЕВМОНИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕСТАЦИОННОГО ВОЗРАСТА

Зоирова И.Г., Рахманкулова З.Ж.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Среди патологических состояний периода новорожденности, обеспечивающих высокий процент летальности, особое место занимают тяжелые формы врожденных пневмоний.

Цель исследования. Установить характер течения тяжелых форм врожденных пневмоний у новорожденных с различным гестационным возрастом.

Материалы и методы. Обследовано 26 новорожденных детей с тяжелыми формами врожденных пневмоний, находящихся в отделении патологии новорожденных ГДКБ №5 г. Ташкента.

Из них с гестационным возрастом от 26 недели до 34 недели было- 13 (50%) новорожденных, с 35 до 36 недели - 3 (11,5%), с 37 недели и выше -10 (38,4%). Проведен анализ клинических данных обследованных новорожденных в динамике заболевания.

Результаты. Установлено, что с крайне тяжелой формой врожденной пневмонии было - 18 (69,2%) новорожденных детей – 1-группа, а с тяжелой – 8 (30,7%) – 2-группа. Среди новорожденных детей с крайне тяжелой формой врожденной пневмонии 7 (38,8%) новорожденных были доношенными, 11 (61,1%) –недоношенными, которые в подавляющем большинстве (83.3%) являлись глубоко недоношенными со сроком гестации до 34 недели. Среди новорожденных детей с тяжелой формой пневмонии было 3 (37,5%)- доношенных детей, 5 (62,5%)- недоношенных.

При анализе сопутствующих заболеваний у новорожденных детей с крайне тяжелой формой внутриутробной пневмонии было установлено, что у детей обеих групп в 100% случаев отмечалось перинатальное поражение ЦНС. У новорожденных с крайне тяжелой формой в 16,7% случаев имели место врожденные пороки сердца, в 11,1% - внутрижелудочковые кровоизлияния. У новорожденных с тяжелой формой пневмонии в 12,5% случаев была кефалогематома, в 62,5% - конъюгационная желтуха.

Выводы. Таким образом, результаты нашего исследования показывают, что у глубоконедоношенных новорожденных детей в подавляющем большинстве развивается крайне тяжелая форма врожденной пневмонии. Врожденная пневмония у всех новорожденных детей протекает на фоне перинатального поражения ЦНС. Крайне тяжелое течение врожденных пневмоний зачастую усугубляется наличием сопутствующей патологии.

ХАРАКТЕР ОСЛОЖНЕНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ВНУТРИУТРОБНЫХ ПНЕВМОНИЙ

Зоирова И.Г., Рахманкулова З.Ж.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Тяжелые формы внутриутробных пневмоний у новорожденных детей до сих пор остаются одной из важных проблем современной перинатологии.

Цель исследования. Изучить характер осложнений у новорожденных детей при крайне тяжелых и тяжелых формах внутриутробной пневмонии.

Материалы и методы. Проведено клинико - анамнестическое обследование 28 новорожденных детей с тяжелыми формами внутриутробных пневмоний, находящихся в отделении патологии новорожденных ГДКБ №5 г. Ташкента.

Результаты. Все новорожденные дети были разделены на 2 группы: I- 18 детей с крайне тяжелой формой, II - 10 детей с тяжелой формой пневмонии. Среди детей 1-й группы 66,7% новорожденных родились в асфиксии, а среди детей 2-й группы 50%. При изучении анамнеза матерей выяснилось, что в 1-группе 55,6% матерей страдали различными инфекциями, у 61,1% женщин отмечались различные акушерские осложнения. У матерей 2-й группы инфекции встречались 40% случаев, акушерские осложнения 60%. Нами также был изучен характер осложнений у новорожденных детей обеих групп. У новорожденных 1-ой группы ДН II-III степени отмечалось в 27,8% случаев, ССН – в 27,8%, отек головного мозга – в 16,7%, отек легких - в 5,6%, токсический гепатит регистрировался у 22,2% детей. Сепсис развился у 33,3% детей 1 группы, парез кишечника у 38,9%, некротизирующий энтероколит у 22,2%, геморрагический синдром у 11,1% детей. В 11,1% у новорожденных с крайне тяжелой формой внутриутробной пневмонии состояние осложнилось развитием комы I степени. У новорожденных этой группы в 27,8% случаев отмечался летальный исход, 72,2% детей с улучшением были выписаны домой. У новорожденных детей с тяжелой формой врожденной пневмонии ДН II-III степени отмечалось в 12,8% случаев, ССН I-II степени в 12,2%, токсический гепатит - в 12,5%, начинающийся септический процесс был отмечен - в 25% случаев.

Выводы. Таким образом, крайне тяжелые формы внутриутробных пневмоний у новорожденных сопровождаются различными осложнениями, которые в 27,8% случаев приводят к летальному исходу.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Зуфаров Г.Р., Буриев М.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Врожденная патология тазобедренного сустава – гетерогенная группа, значительная часть которой составляет диспластическая патология. Дисплазия тазобедренного сустава составляет 20-25 случаев на 1000 новорожденных. Так как рентгенодиагностика тазобедренных суставов у детей проводится с 4-х мес.возраста, актуальной является ранняя диагностика с применением ультразвукового исследования. Для новорожденных этот метод имеет особую ценность в связи с наличием целого ряда преимуществ (информативность, неинвазивность, быстрота получения результатов, многократность повторения исследования (Н.А.Еськин, Л.К. Михайлова, 2003).

Цель исследования. Анализ результатов эффективности УЗИ исследования тазобедренного сустава у новорожденных для ранней диагностики дисплазии тазобедренных суставов.

Материал и методы. В 2012–2014 гг. 45 младенцам, которые родились с отягощённым анамнезом Республиканский Перинатальной Центре, было проведено УЗИ исследования новорожденного: головного мозга, органов брюшной полости, органов таза, в том числе тазобедренного сустава методом R. Graf. Ультразвуковое исследование проводилось на ультразвуком аппарате «Interscan-205» (Германия 2011 г) линейным датчиком с частотой 5,0-7,5 мГц.

Исследования проведены на 90 суставах из них: у девочек – 56 суставов, у мальчиков – 34 сустава. В результате обследования были получены следующие данные: тип I (нормально сформированный сустав) диагностирован в 50 суставах (55,5 %), из них: в возрасте до 1-х месяцев было обследовано 30 суставов (девочек – 18 суставов, мальчиков – 12 суставов): в возрасте от 1-х до 4 месяцев - 20 суставов (девочек – 14 суставов, мальчиков – 6 суставов). Со II типом был выявлен - 34 сустава (37,8%), из них: с типом ПА (сустав с физиологической задержкой оссификации крыши вертлужной впадины) в возрасте до 4-х месяцев было диагностировано 10 сустава (11,1% от общего количества суставов) (девочек – 6 суставов, мальчиков -4 сустава). С типом ПВ (дисплазия легкой степени) в возрасте от 1 до 4 месяцев было диагностировано 18 суставов (20,0% от общего количества суставов) (девочек – 10 суставов, мальчиков – 8 суставов). Тип ПС (тяжелая дисплазия) в возрасте до 4-х месяцев выявлено было диагностирован в 6 (6,67%) суставах (девочек -4 сустава, мальчиков -2 сустава). Тип III (подвывих) диагностирован в 4 суставах (4,44%), из них: в возрасте до 4-х месяцев - 4 сустава (девочек – 4 сустава). Тип IV (вывих) выявлен в одном суставе (0,4%), из них: в возрасте до 4-х месяцев - 2 сустава (мальчиков – 2 сустава). Все обследованные больные были взяты на учет с целью раннего ортопедического лечения с применением отводящих шин и восстановительного лечения (ЛФК, массаж) с 2-х мес. возраста.

Результаты. Ранняя ультразвуковая диагностика патологии тазобедренного сустава в периоде новорожденности позволила выявить группу риска с дисплазией тазобедренного сустава, для проведения раннего ортопедического лечения. Патологические изменения разной степени были выявлены в 89,6 % случаев, из которых подавляющее большинство составляла ДТБС (55,5 % - I степени, 37,8 % – II степени). Относительно небольшой процент составляли дети с врожденным подвывихом бедра (4,44 % - III степени) и врожденным вывихом бедра (0,4 % - IV степени).

Вывод. Таким образом, УЗИ – исследование тазобедренного сустава является надежным неинвазивным методом изображения ТБС без лучевой нагрузки и может быть широко использовано у новорожденного как для диагностики, так и контроля за патологией тазобедренного сустава.

БОЛАЛАРДА ДОРИ АЛЛЕРГИК РЕАКЦИЯСИНИНГ АСОРАТИ, КЛИНИК КЕЧИШИ

Ибодуллаева Ш., Тухтаева О.Т.
Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Ҳозирги вақтда болаларда дори моддаларига аллергия реакциялар ва аллергия касалликларнинг ортиб бориши замонавий тиббиёт муаммолари орасида олдинги ўринлардан бирини эгаллаши, ушбу патологияларни чуқур ўрганишни тақоза этади.

Аллергия патологияларнинг ҳар-хил клиник турларининг этиология тузилишида дори аллергия муҳим ўрин эгаллайди. Кейинги йиллардаги полипрагмазия, шифокор тавсиясиз дори моддалардан ўзбикамонлик билан, ноўрин даволаниш ва дори моддаларини кўп қабул қилиш оқибатида болаларда турли хил аллергия реакциялар кузатилмоқда.

Ишнинг мақсади. Болаларда дори аллергия реакциясининг асоратини ва уларнинг клиник кечишини ўрганиш.

Материал ва усуллар. 1 шаҳар клиник шифохонасининг алергология бўлимида 1-10 ёшгача бўлган 46 та дори аллергияси бор болалар текширилди. Текширилган беморлар 4 та гуруҳга ажратилди. I гуруҳ – ўткир респиратор инфекциялар поллинозлар билан бирга кечиши, II гуруҳ - ўткир респиратор вирусли инфекциялар рецидивланувчи обструктив бронхитлар билан, III гуруҳ – зотилжамлар экссудатив катарал диатез фонида, IV гуруҳ - сурункали энтероколитлар овқат аллергияси билан касалланган бемор болалар.

Текширув натижаларига кўра дори аллергиясининг асосий қисми I гуруҳ – ўткир респиратор инфекциялар поллинозлар билан бирга кечганда (35%) асосан антибиотиклар қўлланиши натижасида, II гуруҳ - ўткир респиратор вирусли инфекция рецидивланувчи обструктив бронхитлар овқат аллергияси билан 25 %, III гуруҳ – зотилжам экссудатив катарал диатез фонида, 15 %, IV гуруҳ - сурункали энтероколит овқат аллергияси билан касалланган беморларда, 10%, ҳомила ичи инфекцияларида 5%, 10% беморларда ноаниқ этиологияли дори аллергиясининг асоратлари кузатилган.

Дори аллергияси асоратларининг клиник кечиши турлича кузатилди. Боланинг умумий ахволи оғир ёки ўртача оғирликда, турғун эритема, крапивница, Квинке шиши, анафилактик шок, атопик дерматитнинг кўзғалиши, лейкомоид эозинофил турдаги реакциялар. Дори аллергия реакцияларининг асорати асосан пенициллин ва цефалоспорин гуруҳидаги антибиотикларни, вирусга қарши дори воситаларини қўллаш натижасида келиб чиққанлиги аниқланди.

Хулоса. Болаларда дори аллергиясининг асоратларидан асосан; турғун эритема, крапивница, Квинке шиши, анафилактик шок, Лайелла синдроми, атопик дерматитнинг кўзғалиши, лейкомоид эозинофил турдаги реакциялар кузатилди. Дори моддаларга аллергия реакцияларнинг патогенетик асосини иммун жараёнлар, наслий аллергияга мойиллик, тимомегалия билан туғилган болалар ҳамда дори воситаларини кўп миқдорда нотўғри қўллаш натижасида юзага чиқиши аниқланди.

ДИЛАТАЦИОН КАРДИОМИОПАТИЯ КАСАЛЛИГИДА ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БЕЛГИЛАРИНИНГ ЎЗИГА ХОС КЛИНИК КЎРИНИШЛАРИ

Ибрагимов А.А., Ходжиметов Х.А.
Ташкент педиатрия тиббиёт институти

Дилатацион кардиомиопатия (ДКМП) касаллиги юрак бўшлиқларининг кенгайши ва юрак қисқарувчан фаолиятининг сусайши билан кечувчи касаллик бўлиб ҳисобланади. Ушбу касалликнинг ўзига хос клиник белгиларнинг йўқлиги касалликнинг дастлабги давларида ташхис қўйишда қийинчиликлар туғдиради. Касалликнинг асосий клиник белгиларидани бири - юрак етишмовчилиги касаллигининг белгиси ҳисобланади. Болаларда компенсатор механизмлар ривожланганлиги сабабли юрак етишмовчилиги белгилари, касалликнинг субкомпенсация ёки декомпенсация босқичларида клиник симптомлар сифатида юзага келади.

Текширишдан мақсад. Касалликнинг эрта давларида ташхис қўйишга ёрдам берувчи клиник симптомларни аниқлаш.

Материал ва услублар. Текширувлар ДКМП ташхиси қўйилган 40 та бемордан анамнестик маълумотлар сўров асосида амалга оширилган, текширувдаги беморлар 2 ёшдан 15 ёшгача, улардан 12 нафари қиз бола 28 нафари ўғил болалар. Текширувлар икки гуруҳга бўлиб ўрганилди. Биринчи гуруҳдагиларни 7 ёшгача бўлган болалар ташкил қилса, иккинчи гуруҳни 7 ёшдан 15 ёшгача бўлган болалар ташкил қилди.

Текширув натижалари. Анамнестик маълумотлар беморнинг ота-онаси ва яқин қариндошлари сўрови асосида амалга оширилди.

Биринчи гуруҳдаги беморларни сўров натижасида шулар маълум бўлдики, касаллик бошланишининг илк клиник белгилари: Ҳансираш - 23%, йўтал - 46,5%, шишиш - 7,6%, ҳушдан кетиш - 7,6%, озишлик - 2,3% ҳолсизлик - 13% ташкил қилади.

Иккинчи гуруҳдаги беморлар текширувида: Ҳолсизлик - 12%, юрак уриб кетиши - 23%, юрак соҳасидаги оғриқ - 21,5%, қорин соҳадаги оғриқ - 16,5%, шишиш - 9,5%, ҳушдан кетиш - 4%, ҳансираш - 6%, йўтал - 5%, тиббий кўриклар натижасида аниқланганлари - 2,5% ташкил қилади.

Хулоса. ДКМП ташхиси қўйилган беморларни сўрови асосида шулар маълум бўлдики, биринчи гуруҳдаги 7 ёшгача бўлган беморларда юрак етишмовчилиги белгилари асосан кичик қон айланиши доирасининг димланиши (ҳансираш, йўтал, ҳолсизлик) сабабли юзага келади. Иккинчи гуруҳдаги 7-15 ёшгача беморларда юрак ритмининг бузулиши, юрак соҳасидаги оғриқлар ва гепатоспленомегалия ўнг қоринча етишмовчилиги сабабли юзага келади.

ОЦЕНКА НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА ДО ОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

Ибрагимова Н.А., Нурмухамедова М.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: Врожденные пороки сердца (ВПС) являются одной из самых частых форм пороков развития (22% от всех врожденных пороков развития) и встречаются с частотой 8-12 на 1000 живорожденных детей. В городе Ташкенте по данным Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан пороки развития сердечно-сосудистой системы встречаются с частотой 2 – 3 ребенка на 1000 новорожденных. Неврологические осложнения при ВПС вызваны хронической гипоксией. В ходе оперативного вмешательства головной мозг пациента подвергается длительной гипоксии, токсическому влиянию наркотических препаратов, что в свою очередь усугубляет неврологические осложнения в послеоперационном периоде, которые наслаиваются на уже существующую неврологическую симптоматику.

Цель исследования: выявление состояния неврологического статуса у детей с врождёнными пороками сердца до операционном периоде.

Материалы и методы исследования: обследовано 16 детей в возрасте от 1 го до 5 лет, находившихся на лечении в отделении кардиохирургии ТашПМИ. Из них 7(44%) мальчиков и 9(56%) девочек. Распределение по видам пороков было следующее: у 7(44%) больных ДМЖП, у 5(31%) - ДМПП, у 3(19%)-тетрада Фалло и у одного больного(6%) открытый артериальный проток.

Результаты и обсуждения: для детей с ВПС было характерно большое количество жалоб. Головная боль наблюдалась у 10(63%) больных, приступы системного головокружения наблюдались у 7(44%) больных. Органические симптомы поражения нервной системы характеризовались расстройством черепно-мозговой иннервации. Так нарушение конвергенции глазных яблок было у 8(50%), слабость отводящих мышц глаза у 3(19%), поражение V пары- у 2(13%), и VII пары –у 3(19%) , равномерное оживление сухожильных рефлексов -у 11(69%), анизорефлексия у 3(19%) больных. Судорожный синдром наблюдался у 2(13%) детей. Различной степени отклонения в интеллектуальном развитии были обнаружены 10 (63%) больных детей.

Выводы: неврологические изменения, выявленные у детей с врожденными пороками сердца, свидетельствуют о хроническом нарушении кровообращения головного мозга, приводящее к его гипоксии и нарушению общей и церебральной гемодинамики.

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ АНГИОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Ибрагимова С.Н., Умарова Д.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность темы: Заболевания мозга, в основе которых лежит патология сосудистой системы, относятся к наиболее важным медико-социальным проблемам современности. Значительное место среди причин нарушений мозгового кровообращения имеют сосудистые аномалии головного мозга. Артериовенозные мальформации головного мозга – заболевание молодого возраста, проявляющееся до 75% случаев спонтанными внутримозговыми кровоизлияниями. По мировым данным частота встречаемости артериовенозных мальформаций головного мозга составляет от 0,89 до 1,24 на 100 000 населения в год (Flett L.M., Chandler C.S., Giddings D., Gholkar A. 2005). Летальность при разрыве сосуда у неоперированных больных достигает 30%, а инвалидизация – 50%, в группе риска находятся пациенты возрастной категории от 20 до 40 лет. Смертность от первого кровоизлияния возрастает в пять раз, увеличивается и вероятность развития новых неврологических нарушений или летального исхода (Britz G.W., Salem L., Newell D.W. et al. // Stroke. – 2004).

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

Материалы и методы исследования: Для решения поставленных задач магнитно-резонансная ангиография сосудов головного мозга была проведена в клинике JACKSOFT MEDICAL DIAGNOSTICS SERVICES (JMDS) на аппарате MPT GE HD/E 1,5 Тесла у 40 больных с артериовенозными мальформациями головного мозга и 20 здоровых людей (контрольная группа). Изображения структур головного мозга получали на T1-, T2- и Pd-взвешенных изображениях (ВИ) в аксиальной, корональной и саггитальной плоскостях. Для выполнения МРА использовали времяпролетную (TOF) методику, с получением трехмерных (3D) изображений при помощи алгоритмов постпроцессорной обработки.

Результаты. Основными признаками АВМ на МРТ являются наличие узла АВМ, расширенных питающих артерий и дренирующих вен с симптомом «пустоты потока». МРТ позволяла с предельной точностью у 36 пациентов (91%) определить размеры самого узла АВМ, питающие сосуды, направление дренажных вен у 38 пациентов (95%), что крайне важно при предоперационной оценке мальформации. МРА позволила без введения контрастного вещества получить многоплоскостное изображение сосудов головного мозга очень схожее с ангиографическим, выявить основные питающие артерии и оценить характер дренирования.

Выводы. Чувствительность и специфичность в выявлении АВМ МРТ+МРА – 94,1% и 100% соответственно.

1. Определены основные лучевые симптомы артериовенозных мальформаций в зависимости от фазы течения; в «холодном» периоде – отсутствие МР-сигнала, наличие линейных, извитых структур, расширение питающих АВМ сосудов и дренирующих вен; в «остром» периоде к вышеперечисленным симптомам присоединялась слабо гиперинтенсивный или изоинтенсивный сигнал, обусловленные наличием кровоизлияния.

2. Комплекс МРТ и МРА является высокоинформативным методом в алгоритме комплексного лучевого исследования при диагностике артериовенозных мальформаций головного мозга.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ДЕКОСАНА ДЛЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

Иргашева У.А., Амонов Ш.Э.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Заболеваемость хронический тонзиллит ХТ продолжает увеличиваться и занимает в структуре ЛОР-патологии по данным различных авторов от 2,5 до 45% и более. Лечение пациентов с ХТ обусловлено не только частотой его распространенности, тяжестью течения, возможным развитием тонзиллогенных осложнений, как местного, так и общего характера, затрагивающих жизненно важные внутренние органы, ведущие к инвалидизации больных, но и тем, что используемые методы консервативного лечения являются недостаточно эффективными.

В последнее время в ЛОР-практике используют растворы декасана. Он обладает фунгицидным, простотическим, вирусоцидным и антимикробным препаратом. Изучено и подтверждено бактерицидное действие декасана (Декаметоксин) на большинство штаммов грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов.

Цель исследования. Повысить эффективность лечения хронического тонзиллита путем промывания лакун небных миндалин с препаратом декасана.

Материалы и методы исследования. Были обследованы 65 больных с хроническим тонзиллитом токсикоаллергическая форма 1 степени в возрасте от 17 до 50 лет. Все пациенты были распределены на 2 группы - основную (35 пациента) и контрольную (30 больных). Промывание лакун миндалин проводилось методом, который был предложен Н.В.Белоголовым. В контрольной группе с раствором фурацилина а в основном декасаном. Оценка проводилась по сенсорно-аналоговой шкале по каждому симптому в баллах, где 0-отсутствие симптома, а 10-максимальная величина. У всех пациента были одинаковые жалобы: общие слабость, субфебрилитет, неприятный запах изо рта, отделение гнойных пробок. Всем пациентом проводили фарингоскопическая метода исследования: наблюдались четкие признаки данного заболевания.

Результаты исследования. До начала исследования выраженность всех симптомов, как объективных, так и субъективных, у больных основной и контрольной группы была примерно одинакова. На фоне проводимой терапии 76,7% больных основной и 33,3% больных контрольной группы, в первых суток отметили уменьшение болевых ощущений в горле. Полное исчезновение болевого симптома на 3-й день отметили 86,7% больных основной и 46,6% больных контрольной группы. При фарингоскопии отечность и гиперемия небных миндалин и дужек исчезали в среднем на $4,7 \pm 0,10$ день у больных основной и на $7,5 \pm 0,18$ день у больных контрольной группы. Исчезновение гнойные пробки миндалин наступало на $3,6 \pm 0,11$ день у больных основной группы и на $4,9 \pm 0,14$ день у больных контрольной группы. Полное исчезновение явлений воспалительного характера в миндалинах после проведенного курса лечения наступило у 93% больных основной группы и 60% больных контрольной группы.

Выводы. Таким образом, применение препарата декасана позволяет добиться выраженного, стойкого клинического эффекта, что свидетельствует о высокой терапевтической эффективности препарата и позволяет рекомендовать его для широкого применения в комплексном лечении хронического тонзиллита.

КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ

Ирмухамедов Т.Б., Абдуллаева В.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Проблема аутистических расстройств у детей остается до сих пор актуальной из-за выраженной социальной дезадаптации больных. Исходя из понимания детского аутизма как первазивного расстройства, сегодня аутизм рассматривается как искажение психического развития. В центре внимания специалистов в настоящее время находятся не столько проявления дефицитарности отдельных психических способностей аутичного ребенка, сколько общие закономерности нарушения развития форм его взаимодействия с окружающим миром и, в первую очередь, с близким человеком. Показано, что прогресс в понимании природы детского аутизма может быть достигнут только при осознании единой логики нарушения аффективного и когнитивного развития у ребенка (B.Hermelin & N.O'Conner, 2005, Никольская О.С., 2009).

Цель и задачи исследования – провести анализ клинико-динамических особенностей детей с аутистическими расстройствами.

Материал и методы исследования. В ходе работы было обследовано 36 детей с аутистическими расстройствами (25 мальчиков и 11 девочек) в возрасте от 6 до 10 лет. Все обследованные больные находились на стационарном лечении в Городском детском психоневрологическом центре г.Ташкента (ГДПНЦ). Для сравнения была сформирована контрольная группа, которая включала в себя 45 здоровых детей (28 мальчиков). В исследовании применялись клинико-психопатологический, клинико-катamnестический методы исследования. Для оценки признаков аутизма использован адаптированный опросник для родителей детей с аутистическими расстройствами.

Результаты исследования и обсуждение. Анализ клинико-динамических характеристик аутистических расстройств показал половозрастные закономерности развития процесса и позволил выделить общие и отличительные признаки по основным диагностическим критериям. Независимо от возраста и пола сохраняются у детей-аутистов всех возрастных групп расстройства социального функционирования (нарушение отношений со сверстниками, отсутствие сочувствия к другим людям, эмоциональной взаимности). Наиболее изменчивый диагностический критерий из этой группы - возможность установления глазного контакта - встречается у всех детей до 5 лет, а к 10 годам нарушен у 75 %. Нарушение коммуникации с окружающими, проявляющееся невозможностью установления диалога и трудностями формирования ролевых игр, встречается у всех детей и не преодолевается спонтанно. Задержка формирования речи наблюдается у детей-аутистов до 5 лет в 85,7 % случаев. К 10 годам несформированность речи остается выраженной у половины детей. В возрасте до 10 лет речевые стереотипии выявляются у 71,4 % детей. При аутистических расстройствах у детей преобладает непрогредиентное течение - 63,3 %. Непрерывно-вялое течение процесса зарегистрировано в 24,6 % случаев. Приступообразное течение свойственно процессуальным формам детского аутизма, которое отмечается в 12,1 % случаев. 4. У 25,3 % семей, имеющих детей, страдающих детским аутизмом, зарегистрирована наследственная отягощенность психическими расстройствами.

Выводы. Анализируя полученные данные, мы можем сделать вывод о низком уровне социальной адаптации детей с ранним детским аутизмом на момент обращения за психиатрической помощью, обусловленной тяжестью клинических проявлений. Из коммуникативных нарушений чаще всего страдает диалогическая функция речи, т.е. неспособность инициировать или поддерживать разговор. Основываясь на полученных результатах, можно предположить, что поведенческие нарушения, выражающиеся в расстройствах коммуникации, уменьшаются с возрастом.

ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ НАВИГАЦИЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ВЕН У ДЕТЕЙ

Исламов Ф.К., Розыходжаева Г.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Катетеризация центральных вен—широко используемый метод осуществления сосудистого доступа для инфузионной терапии с целью восстановления препаратов и т.д. По данным А.А. Бунятяна и соав.(2009) за один год в мире устанавливается до 15 миллионов центральных венозных катетеров (ЦВК). Стандартные методы катетеризации центральных вен подразумевает использование внешних анатомических ориентиров, определяемых физикально, взаимоотношение которых с целевым сосудом может быть вариабельно. Количество осложнений во время катетеризации центральных вен у детей варьирует от 2,5 до 16,6% при катетеризации подключичной вены (James, Myers, Blackett et al.) и от 3,3 до 7,5% при катетеризации внутренней яремной вены (Prince et al., Hall, Geefhuysen). В клинической и практике используется множество различных методик пункции и катетеризации центральных вен по внешним ориентирам, однако это не привело к значимому снижению частоты осложнений манипуляции (Тимофеев И.В., 1999; Шулутко Е.М., 1999). Что вынуждает искать пути визуализации предполагаемой вены с целью снижения частоты осложнений.

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

Материалы и методы исследования: исследования проводились в клинике ТашПМИ с помощью ультразвуковых диагностических сканеров Sonoscape-SSI 5000 (стационарный), HITACHI (портативный) и EDANDUS6 (портативный) конвексными и линейными датчиками 5,0-7,5 MHz у 30 больных детей. Контрольное ультразвуковое исследование с визуализацией интересующих сосудов выполнялось непосредственно перед пункцией центральных вен, до стерилизации операционного поля на кожу наносилась разметка. Эхография проводилась в двух взаимно перпендикулярных плоскостях в поперечном и продольном сечении между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышц для исследования внутренней яремной вены. С помощью предварительного ультразвукового исследования определяли глубину расположения вены от поверхности кожи, непосредственно ход венозного ствола, диаметр вены, диаметр артерии, взаимное расположение вены и артерии, степень спадания внутренней яремной вены на вдохе при наличии гиповолемического состояния. У детей раннего возраста УЗИ и катетеризации вены осуществлялись под общей анестезией, у более старших детей — под местной анестезией 1% раствором лидокаина. Катетеризация центральных вен выполнялась по методике Сельдингера.

Результаты исследования: данные УЗИ показали, что из всех центральных вен наименьшую глубину расположения имеет внутренняя яремная вена (глубина расположения от 4 до 9 мм независимо от возраста больного). Нами были установлены факторы риска безуспешных пункций и катетеризаций независимо от опыта врача. К таким факторам относятся аномалии развития сосудов шеи и степень спадания (уменьшения диаметра вены) во время вдоха в условиях гиповолемии. У 2(6%) детей нам удалось выявить аномалии размеров и расположения сосудов шеи, при наличии которых успешные пункция и катетеризация внутренней яремной вены практически были невозможными. В норме внутренняя яремная вена находится более поверхностно и латерально по отношению к сонной артерии. Одной из проблем при катетеризации центральных вен является корректная позиция центрального венозного катетера, при которой его конец должен находиться в полости верхней полой вены над правым предсердием. По данным отечественных и зарубежных исследователей, некорректная позиция центрального венозного катетера против тока крови встречается 0,5-18%

случаев (в 5-18% при катетеризации v.subclavia и в 0.5-5 % при катетеризации v. jugularis interna). Наиболее частым вариантом некорректной позиции является расположение катетера в полости внутренней яремной вены при катетеризации одноименной подключичной вены.

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

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АДАПТАЦИИ

Исламова М.О., Абдуллаева В.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Во всем мире и в нашей стране, в частности, за последнее десятилетие продолжается рост числа невротических расстройств (Дмитриева Т.Б., 2001). В возникновении данной патологии большая роль принадлежит стрессовым факторам и выделяется особая значимость социальных последствий депрессивных и ассоциируемых с ними нарушений. В окружающей реальности встречаются обстоятельства (психотравмы), которые выглядят резко отличающимися от других, особые, выходящие за рамки. Эти состояния насыщены разнообразными эмоциями и переживаниями (страх, чувство обиды, вина, тревожность, злоба, беспомощность.). Только 10% населения стрессоустойчивы; 25% переживают стресс с потерями для здоровья (Сидоров П.И., 2001). Среди студентов 18-20 лет до 14,5% переживают психогенные депрессивные реакции (Лебедев М.А., Палатов С.Ю., 2001). Две трети всех заболеваний занимают невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (Положий Б.С. и соавт., 2007). Трудно оценить масштаб социальных последствий данных расстройств.

Цель и задачи исследования - выявление условий формирования невротических нарушений у лиц с расстройствами адаптации

Материал и методы исследования. Было обследовано 42 больных с невротическими нарушениями с расстройствами адаптации в возрасте от 17 до 42 лет. Использованы клинико-психопатологический, патопсихологический методы исследования.

Результаты исследования и обсуждение. В ходе исследования было выявлено, что развитию невротических нарушений с расстройствами адаптации являлись такие психотравмирующие ситуации, как расставание с любимым человеком, уход из семьи одного из супругов — 27,4%, смерть близкого человека -16,8%, острый семейный конфликт - 15,6%, известие о жизненно опасном заболевании и ятрогении - 14,2%, конфликт на работе и потеря работы - 2,6%, смена места жительства и. работы - 3,9% и хронические психотравмирующие ситуации (семейные и супружеские отношения - 14,2%; профессиональные перегрузки - 5,3%). Следует отметить, что при сборе персонуграфических данных и анамнеза заболевания у исследуемых были обнаружены такие черты личностной «уязвимости» как неустойчивая самооценка и интерперсональная зависимость. В характере отслеживались реакции эмоциональной окрашенности на те или иные психогении в прошлом, «зацикленность» и фиксация на личностно значимых отрицательных эмоциях, были определены черты характера, свойственные астенической, психастенической и тревожно-мнительной акцентуации.

Выводы. Таким образом, основными факторами, предшествовавшими развитию невротических расстройств, являлись острые психотравмирующие ситуации, острое горе, острый семейный конфликт и хронические психотравмирующие ситуации. Общим для всех исследованных в клинической симптоматике было влияние факторов профессионального и социального характера, с последующим доминированием в клинической картине астенической симптоматики, снижением социальной и профессиональной адаптации.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН ПРИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Исламова М.Х., Абдуллаева В.К., Исаханова Н.Х.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Современные женщины находятся более одной трети жизни в периоде климактерия, поэтому в настоящее время большое внимание уделяется вопросам, определяющим качество жизни женщин этого возраста (Сметник В.П., 2001). Прежде всего, это касается диагностики, профилактики и коррекции нарушений, которые проявляются психоэмоциональными и нейровегетативными симптомами климактерического синдрома (Сметник В.П., 2001). Развитие психосоматического направления и внедрение информативных методик обследования вызывают интерес к роли психических факторов в возникновении климактерических расстройств (Ковалева А.Д., 2004).

Цель и задачи исследования - изучение психосоматических нарушений у женщин при климактерических расстройствах

Материалы и методы исследования. В ходе исследования было обследовано 38 женщин в возрасте 42-55 лет с проявлениями климактерических расстройств. Для изучения психосоматических нарушений у женщин в климактерическом периоде и их влияния на генез климактерических расстройств использовали клинко-психопатологический и патопсихологический методы исследования.

Результаты исследования и обсуждение. Установлено, что женщинам с климактерическими расстройствами свойственны некоторые особенности характера. Они самолюбивы, честны, дисциплинированы, с высокоразвитым чувством долга, требовательны к окружающим, нетерпимы к асоциальным проявлениям, занимая при этом пассивную позицию. Но при этом они импрессиивны, мнительны, принятие решений у них сопровождается частыми сомнениями, или склонностью к быстрому переключению внимания. Так, 65,0% женщин скрывали свои переживания от близких по разным мотивам из-за стыдливости, боязни быть неправильно понятыми. Источником постоянных отрицательных эмоций являлись напряженные взаимоотношения с мужем и в связи с его пристрастием к алкоголю (41,3%). Около трети женщин (28,9 %) считали, что муж к ним невнимателен, нередко ревновали своих мужей или же испытывали на себе ревность. Серьезными психотравмирующими факторами (25,9%) являлись тяжелые болезни и смерть близких людей, инвалидизирующие травмы, операции и неизлечимые болезни мужа. Довольно часто (31,7%) источником отрицательных эмоций у женщин являлись дети в связи с их пристрастием к алкоголю, неудачным замужеством, разводом, хулиганством, плохой учебой, болезнями. У 27,9% женщин была неудовлетворенность социально-бытовыми условиями, у 7,7% имелись выраженные отрицательные эмоции различной длительности при решении квартирного вопроса. В ходе работы установлено, что проявления климактерического синдрома преобладают у женщин, занимающихся умственным трудом (42,3%), а также у женщин, умственный и физический труд которых связан с напряжением внимания 69,2%. Около 70% женщин испытывают нервное напряжение на производстве в связи с неудовлетворенностью работой. Эти отношения носят характер конфликта, сопровождающегося чувством обиды и гнева. Оценка эмоционального состояния женщин показала, что психическое напряжение дома испытывают 82% женщин, на работе - 18%.

Выводы. Таким образом, психосоматические нарушения у женщин при климактерических расстройствах возникают на фоне многофакторной конфликтной ситуации. У женщин в климактерическом периоде на возникновение психосоматических нарушений оказывает влияние реализация половой и детородной функций, уровень тревожности, состояния вегетативной нервной системы, характерологические особенности личности, что отражается на качестве жизни женщин.

ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Исламова М.Х., Абдуллаева В.К., Исаханова Н.Х.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Перименопаузальные расстройства являются одной из важных проблем медико-биологической, психосоциальной и социо-культурной жизни женщин разного возраста, находящихся в периоде перименопаузы. Учитывая среднюю продолжительность жизни, современные женщины находятся более трети жизни в периоде перименопаузы, поэтому большое внимание уделяется вопросам, определяющим качество жизни женщин этого возраста [Сметник В.П., 2001; Акунц К.Б., 2003]. Перименопаузальные расстройства при их возникновении сами выступают как фрустратор, блокирующий активные жизненные потребности женщин. В этой связи очень важна их когнитивная и эмоциональная оценка, прогноз возникновения, оценка личностного смысла, определение степени тяжести и др. [Заносовская Е.С., 2001].

Цель и задачи исследования – выявить предикторы формирования перименопаузальных расстройств при климактерическом синдроме

Материал и методы исследования. В ходе исследования было обследовано 38 женщин в возрасте 42-55 лет с проявлениями перименопаузальных расстройств. Использовали клинико-психопатологический и патопсихологический методы исследования.

Результаты исследования и обсуждение. Выявили, что у 91% женщин с климактерическим синдромом в детском или подростковом возрасте имели место различные вегетативные дисфункции, в связи с чем они находились под наблюдением участковых педиатров. Клинические проявления климактерического синдрома являлись “завуалированными”, имевшимися ранее симптомами, которые компенсировались при достижении женщиной репродуктивного возраста в связи с необходимостью деторождения. В работе изучали наличие психических травм детского возраста. Психические травмы в детстве были у 95% женщин. Травмы были следующего характера: болезни близких родственников, развод родителей. Таким образом, психическая травма оказывала неблагоприятное влияние на организм женщины как в момент возникновения, так и в последующем. Были выявлены нарушения половой функции у 85% женщин с климактерическим синдромом. У большинства из них нарушение половой функции было психотравмирующим фактором, который действовал длительно и приводил к невротизации женщин. Длительные нарушения половой функции (половое воздержание при наличии потребности, аноргазмия, отрицательное отношение к половой жизни и другие причины) приводили к дисбалансу в регуляторных механизмах и к парадоксальным реакциям со стороны половых органов. У женщин с проявлениями климактерического синдрома оценивали психологическое состояние. При этом выявили следующие характерологические особенности: у 72,1% женщин преобладали интровертированные черты характера (направленные внутрь) и у 60,8% женщин наблюдал невротизм (эмоциональная лабильность).

Выводы. Таким образом, основными предикторами возникновения перименопаузальных расстройств являлись характерологические особенности личности женщин (интровертированность и невротизм, выявленные в 72,1% и 60,8% случаев, соответственно), вегетодистония нервной системы и повышенный уровень тревожности. Психоэмоциональные симптомы климактерического синдрома в 91% случаев являлись возобновившимися проявлениями вегетативных дисфункций, которые отмечались в пубертатном периоде и исчезали при достижении женщинами репродуктивного возраста на фоне повышения адаптационных и защитных реакций организма

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН И ФОРМИРОВАНИЕ СТИЛЯ ПЕРЕЖИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Исмаилходжаева Д.Л., Абдуллаева В.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. На течение беременности влияет огромное количество факторов, зависящих и не зависящих от самой женщины, мы же уделим особое внимание только тем, на которые может повлиять сама женщина, уже решившая завести ребенка, случайно узнавшая о своей беременности, либо та, что еще даже не задумывается о продолжении своего рода (Зенкова Т.Н , 2005). Значительные изменения личности женщины в период беременности затрагивают физиологический, эмоциональный, когнитивный, социальный, экзистенциальный уровни (Stainton M., 2005). Меняется внешний облик, ощущения, поступающие от тела, ритмы его функционирования, изменяется социальная позиция женщины. Для большинства женщин первая беременность является периодом сильных эмоциональных переживаний, которые могут сопровождать дальнейшее становление собственного "Я" беременной, ее развитие и формирование как полноценного взрослого человека, способного в дальнейшем заботиться о своем беспомощном младенце.

Цель и задачи исследования - исследование особенности Я - функций беременных женщин с разными стилями переживания беременности.

Материал и методы исследования. Было обследовано 38 беременных женщин в возрасте от 17 до 45 лет. Диапазон сроков беременности от 8 до 40 недель. В исследовании использовались следующие методики: Я – структурный тест Г. Аммона (с помощью которого были определены Я - функции беременных женщин), проективный тест Филипповой Г.Г. «Я и мой ребенок», позволивший разбить всю выборку на стили переживания беременности (СПБ).

Результаты исследования и обсуждение. Адекватный стиль переживания беременности определен лишь у 45%, в то время как у 55% - неадекватный. Анализ результатов исследования Я-функций показал, что в группе женщин с адекватным СПБ преобладают конструктивные Я-функции. В группе женщин с неадекватным СПБ повышены деструктивная тревога, дефицитарный нарциссизм, дефицитарная сексуальность.

Женщин, относящихся к группе неадекватного СПБ, можно охарактеризовать как недоброжелательных, конфликтных, агрессивных, не способных длительное время поддерживать дружеские отношения. Агрессивность у таких людей может проявляться как в открытых вспышках гнева, импульсивности и взрывчатости, так и выражаться в чрезмерной требовательности, ироничности или сарказме. Женщины с адекватным СПБ могут быть охарактеризованы, как доброжелательные контактные люди, способные оказать помощь нуждающимся людям, выстроить конструктивный диалог в компании малознакомых людей. Они открыты в познании мира, их привлекают разнообразные знания, интересны эксперименты, при этом они способны на легкие неординарные поступки. Они имеют адекватную самооценку, способны выстроить продолжительные теплые отношения с людьми противоположного пола.

Выводы. Таким образом, проведенный анализ позволяет предположить, что на формирование стиля переживания беременности у условно здоровых женщин большое влияние оказывают личностные особенности, в частности структура Я – функций личности, а также личностная и ситуативная тревожность. Наличие деструктивных и дефицитарных Я-функций личности повышает риск развития неадекватных стилей переживания беременности. Следовательно, своевременная коррекция приведет к развитию конструктивных Я-функций личности и в последующем сознательному материнству.

КОМОРБИДНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Исманилиева Ж.Т., Абдуллаева В.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Тревножно-фобические реакции дезадаптации часто проявляются на фоне хронических соматических заболеваний. При этом заболевание представляет собой коморбидное расстройство, когда на фоне соматической патологии возникает невротическая симптоматика. Ухудшение психического состояния больного, усугубляющее его соматическое состояние, заметно снижает толерантность к стрессу. При этом отмечается так называемая «послестрессовая психосоматическая беззащитность», вызывающая повышение чувствительности к любым раздражителям внешней среды после перенесенного стресса (Смулевич А. Б., Сыркин А. Л., 2005; Евсегнеев Р. А., 2010). При тревожных и фобических расстройствах часто развивается одна из форм ограничительного поведения, а именно, стремление постоянно поддерживать контакт с врачом, избегать ситуаций, в которых затруднительно получить квалифицированную врачебную помощь (Карпов А.М., 2005; Смулевич А.Б., 2007). Значительную роль в стремлении этих больных продолжать лечение в стационарных условиях могут играть расстройства тревожного и фобического круга.

Цель и задачи исследования – изучение коморбидных психических нарушений у больных с тревожно-фобическими расстройствами.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 46 больных с тревожно-фобическими расстройствами в возрасте от 35 до 60 лет. Использовались клиничко-психопатологический, клиничко-катамнестический, экспериментально-психологический методы исследования.

Результаты исследования и обсуждение. В ходе исследования было выявлено, что среди коморбидных расстройств преобладали психопатоподобные состояния. При obsessions с реакциями избегания они проявлялись в виде эксплозивных вспышек по отношению к ближайшим родственникам, эгоцентризма, манипулятивности. Все попытки родных изменить набор привычных действий, которые воспринимались пациентами как единственно комфортные, приводили к взрыву раздражения, угрозам или агрессии. При obsessions «повторного контроля» наблюдалось усиление психастеноподобных расстройств, склонность к сомнениям, возникающим по любому поводу, послушное подчинение родственникам, ограничение деятельности выполнением лишь элементарных домашних обязанностей. Неразвернутые бредовые идеи не являлись результатом трансформации obsessive синдромов, можно было говорить лишь о случайном сочетании этих синдромов. Коморбидная психическая патология была представлена аффективными и соматоформными состояниями. На начальных этапах динамики выявлялись тревожно-депрессивные расстройства, выступающие в качестве реакций пациентов на ОФР и деперсонализацию. В дальнейшем аффективные расстройства нередко обнаруживали независимый от навязчивостей стереотип развития, развивались аутохтонно, были типичны колебания настроения с ухудшением в утренние часы, а в структуре самих депрессий доминировали аффекты тоски и апатии. Продолжительность подобных депрессивных фаз не превышала нескольких месяцев.

Выводы. Таким образом, коморбидные тревожно-фобическим нарушениям психопатологические расстройства отличаются полиморфизмом. Были выявлены психопатоподобные состояния, депрессивные расстройства в виде реакций пациентов на obsessions и неразвернутые бредовые состояния. Также коморбидная психическая патология была представлена сенестопатиями и аффективными расстройствами.

ИЗМЕНЕНИЕ КЛИНИКИ ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ БРУЦЕЛЛЕЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Исмоилов А.М., Джалалова Н.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: За прошедшие годы большие успехи были достигнуты в борьбе с некоторыми инфекционными заболеваниями, в том числе и бруцеллезом. Но несмотря на это бруцеллез представляет сложную проблему для практического здравоохранения, особенно для эндемических регионов. На фоне снижения частоты встречаемости острых форм бруцеллеза и их облегченного и укороченного варианта, в два раза чаще регистрируются хронические формы заболевания. По мнению ряда авторов при современном бруцеллезе соотношение острых форм к хроническим составляет 1:14 и особенностью острых форм является отсутствие клинически выраженной агрессии.

Цель исследования: Изучить изменение клинической картины хронического бруцеллеза в зависимости от продолжительности заболевания.

Материалы и методы: Для решения поставленных задач было обследовано 40 больных хроническим бруцеллезом в возрасте от 19 до 60 лет, средний возраст 32,2 года. Группу с первично-хронической формой бруцеллеза составили 20 больных, а в группу со вторично-хроническим бруцеллезом вошло 20 больных. В свою очередь каждая из групп была разделена на две подгруппы по продолжительности бруцеллеза – до двух лет и свыше двух лет. Все больные были обследованы комплексом общеклинических, биохимических, серологических и иммунологических методов исследования в динамике наблюдения.

Результаты исследования: Отмечено, для первично-хронической формы бруцеллеза артралгия встречается чаще чем артриты. Таким образом, полученные данные позволяют заключить, что для первично-хронической формы бруцеллеза у наблюдаемых больных в отличие от вторично-хронической формы интоксикационный синдром и полиморфизм висцеральных поражений не столь характерен, что видимо и обуславливает преобладание и постоянство субкомпенсированного ($80,0 \pm 4,1\%$) клинического варианта над декомпенсированным ($20,0 \pm 4,1\%$). При этом обращает на себя внимание частота выявления поражения органов половой системы, нарастающая по мере увеличения продолжительности заболевания ($63,4 \pm 6,7\%$ и $86,0 \pm 5,2\%$ соответственно). Другой особенностью первично-хронической формы бруцеллеза является преобладание частоты встречаемости артралгий ($76,9 \pm 5,8\%$ и $79,1 \pm 6,2\%$ соответственно) без видимых изменений в суставах над частотой встречаемости артритов как в ранние сроки болезни, так и более поздние – свыше 2-х лет ($15,3 \pm 4,9\%$ и $25,6 \pm 6,6\%$ соответственно), что считается проявлением аллергического фактора на протяжении столь продолжительного времени.

Вывод: Для первично-хронической формы бруцеллеза интоксикационный синдром и висцеральные поражения не характерны, а для вторично хронической формы характерны.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Камалова О.З. Абдуразакова З.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Инфекционный эндокардит (ИЭ) является относительно редким заболеванием даже при наличии множества факторов риска его развития – болезнь встречается с частотой 30 случаев на 1 млн населения. Заболевание характеризуется неуклонным ростом в популяции молодых за счёт увеличения числа детей с врождёнными пороками сердца (ВПС), как оперированных, так и не оперированных по этому поводу. Частота ИЭ у детей с ВПС в 15-140 раз выше, чем в популяции, и колеблется от 2 до 18%, по данным различных центров.

Цель исследования. Изучить особенности диагностики инфекционного эндокардита у детей и подростков на современном этапе.

Материалы и методы исследования. Проведён анализ литературных источников зарубежных и отечественных авторов научных исследований в кардиоревматологии за последние 10 лет.

Результаты исследований. При диагностике ИЭ в популяции детей с ВПС количество ошибок наименьшее, данный вариант имеет наилучший прогноз и характеризуется самыми низкими параметрами летальности- от 4 до 10%. Остановливаясь на вопросах классификации и дефиниций, следует отметить, что в настоящее время сохранилось выделение ИЭ левых и правых отделов сердца, причём у детей с ВПС этот вид встречается чаще. В отечественной и зарубежной литературе фигурирует термин «активный ИЭ», под которым подразумевают болезнь с персистирующей лихорадкой и позитивной гемокультурой, или ИЭ с признаками активного воспаления эндокарда, обнаруженными во время хирургического вмешательства. По данным крупного исследования, в котором участвовали центры со всех континентов, наиболее частым возбудителем ИЭ оказался *S. aureus*, обнаруженный в 31% случаев, при этом были выявлены значительные географические различия. В Северной Америке частота выделения *S. aureus* составила 48%, а в Южной Америке - 17%. Чаще всего *S. aureus* вызывал эндокардит у «внутривенных» наркоманов (68%). После *S. aureus* в порядке убывания частоты выделения следовали: стрептококки группы *viridans* (17%), коагулазонегативные стафилококки (11%), *Enterococcus spp* (10%), *Streptococcus spp* (6%), другие стрептококки (6%), грамотрицательные бактерии группы НАСЕК – 2%, грибы (2%), ассоциации бактерий (1%). В 10% случаев возбудитель не был обнаружен. В 4% случаев обнаруживали виды бактерий, на каждый из которых приходилось менее 1%. Важно подчеркнуть, что у детей роль стафилококков в этиологии ИЭ оказалась еще более значимой. Так, на *S. aureus* приходилось 57% случаев, а на коагулазонегативные стафилококки - 14%. Вопросы гипердиагностики ИЭ в связи с результатами ЭхоКГ сохраняют свою значимость. Большие затруднения вызывает трактовка вегетаций при тромботическом небактериальном эндокардите (ТНБЭ). Но самое сложное — отвергнуть ИЭ, если вегетации обнаруживают у лихорадящего больного, а лихорадка, как потом может быть выяснено, связана с наличием опухоли или иного очага инфекции (гайморит, инфекции мочевых путей, описторхоз и т.д.).

Выводы. Таким образом, ИЭ остается важной проблемой современной медицины в связи с растущим уровнем заболеваемости и высокими параметрами смертности и инвалидизации. Появляются все новые антимикробные препараты терапии ИЭ, и педиатры должны знать о том, что хирургическое лечение уже не является последним

ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ БРУЦЕЛЛЕЗА

Исмоилов А.М., Джалалова Н.А., Атамухамедова Д.М.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Установлено, что специфический иммунный ответ при бруцеллезе формируется медленно и его отличительной чертой является нестойкость. Наблюдаемый постинфекционный иммунитет в завершающей фазе заболевания и через несколько лет после него у больных практически полностью утрачивается.

Цель исследования. Изучить иммунологический статус у больных с хроническим бруцеллезом.

Материалы и методы: Поставленных задач было обследовано 40 больных хроническим бруцеллезом в возрасте от 19 до 65 лет. В группы обследования включились больные вторично-хронической и первично-хронической формами бруцеллеза. Группу с первично-хронической формой бруцеллеза составили 20 больных, а в группу со вторично-хроническим бруцеллезом вошло 20 больных. В свою очередь каждая из групп была разделена на две подгруппы по продолжительности бруцеллеза – до 2х лет и свыше 2х лет. Иммунологическое исследование больных включало определение общего количества Т-лимфоцитов (СД3+), Т-хелперов (СД4+), Т-супрессоров/цитотоксических клеток (СД8+), В-лимфоцитов (Ig+-РОК), фагоцитарную активность нейтрофилов (ФАН), уровень циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), комплиментарную активность сыворотки (КАС) и уровень иммуноглобулинов М, G, А.

Результаты исследования: Анализ изменений иммунологических показателей у больных с первично-хронической формой бруцеллеза в целом и в зависимости от продолжительности заболевания показал, что для первично-хронической формы бруцеллеза характерно снижение уровней факторов неспецифической резистентности с появлением тенденции к снижению функциональной активности лимфоцитов. ($34,1 \pm 1,9$ норма $59,6 \pm 2,6$). Одновременно наблюдается повышение уровня маркера воспалительно-дегенеративных процессов – ЦИК ($0,12 \pm 0,008$ норма $0,07 \pm 0,006$). Зафиксированные процессы находятся в достоверной взаимосвязи с продолжительностью заболевания – чем продолжительнее заболевание, тем выраженные отклонения от аналогичных показателей здоровых лиц.

У больных вторично-хронической формы бруцеллеза на фоне снижения неспецифической реактивности увеличивается Т-супрессорная активность ($27,6 \pm 2,0$ норма $20,9 \pm 1,9$). Снижение неспецифической реактивности организма компенсируется активацией гуморального звена иммунитета, проявляющейся не только пролиферацией В-лимфоцитов, но и повышением их функциональной активности. ($22,3 \pm 1,4$ норма $59,6 \pm 2,6$). При этом с увеличением продолжительности заболевания в сыворотке крови больных снижается М-фракция иммуноглобулинов с одновременным уменьшением уровня ЦИК и нарастанием G-фракции, что вероятно и обуславливает формирование новых и поддержание в уже сформированных очагах активности воспалительно-дегенеративных процессов.

Вывод: Первично-хроническому бруцеллезу характерно изначально достаточно вялое реагирование иммунной системы на нахождение бруцелл в организме больного со снижением в динамике заболевания неспецифической защиты организма, функциональной активности клеток иммунной системы и иммунорегуляторных механизмов. При вторично-хроническом бруцеллезе на фоне снижения неспецифической защиты наблюдается активизация гуморального звена иммунитета, иммунорегуляторных механизмов через усиления интерферонов как альфа, так и гамма, роста ЦИК в сыворотке крови больных.

ИЗУЧЕНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ГЛИАТИЛИНА В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Кариева М.Т., Даминова Х.М., Шамсиева У.А.

Ташкентская медицинская академия

Введение. По данным ВОЗ в структуре общей смертности населения европейских стран инсульт занимает 2-3 место (в России – 2-е место после случаев заболеваний сердца с летальными исходами). Частота развития инсультов в мире в последнее десятилетие увеличилась с 1,5 до 5,1 на 1000 чел.; в Санкт-Петербурге в 1997-98 гг. составила 526 чел. на 100 000 населения, из них 308 чел. умерли. В Узбекистане заболеваемость мозговыми инсультами колеблется от 0,9 до 1,4 на 1000 населения, в г.Ташкенте 1,5 на 1000 населения. Среди выживших больных 75%-80% становятся инвалидами, в том числе 33% больных полностью зависят от помощи окружающих и нуждаются в длительной дорогостоящей медико-социальной реабилитации: только 30% – возвращаются к прежней работе без ограничений. ОНМК – это неотложное состояние, требующее быстрой медицинской помощи, была сформулирована концепция "терапевтического окна" и коренным образом видоизменились взгляды на стратегию патогенетического лечения ОНМК. В последнее время широко применяется ноотроп Глиатилин (действующее вещество – холина альфосцерат). "Глиатилин", обладает высокой метаболической и нейропротективной эффективностью.

Цель исследования: изучение эффективности терапии Глиатилином в остром периоде ишемического инсульта.

Материалы и методы исследования. В клиническое исследование были включены 109 больных ишемическим инсультом, вызванным нарушением кровообращения в бассейне сонной артерии, госпитализированных в первые сутки после начала инсульта (в т. ч. в первые 6 часов). Диагноз ишемического инсульта устанавливали, если у больного имело место острое (в течение минут или часов) развитие симптомов острых очаговых неврологических нарушений длительностью не менее 24 часов. В исследование не включали больных с тяжелой сердечной недостаточностью. Больных, включенных в исследование, разделили на две группы – основную и контрольную. Основная группа (58 больных) получала базисную терапию в сочетании с Глиатилином (1 г/сут; продолжительность курса – 9 дней). Контрольная группа (51 больной) получала только базисную терапию. Обе группы были сопоставимы по возрасту и полу. Оценивали также побочные эффекты Глиатилина и Мексидола.

Результаты. При лечении глиатилином у больных с ОНМК в целом отмечены более ранние (в среднем на 3-4 сут. чем при использовании препаратов других фармакологических групп) восстановление сознания и выход из коматозного состояния. Лечение Глиатилином было наиболее эффективно у больных с тяжелым и среднетяжелым нарушениями сознания. Так, смертность среди больных с тяжелым нарушением сознания (4-8 баллов по шкале комы Глазго) в контрольной группе составила 49(96,1%), а в основной группе у 15(25,86%) больных. Частота благоприятных исходов инсульта (3 и 4 баллов по шкале Ранкина) у больных с легким и умеренным нарушением сознания (13-15 баллов по шкале комы Глазго) также была выше в основной группе. Оценка побочных эффектов. Глиатилин не вызывал значимых побочных эффектов.

Заключение. Применение Глиатилина значительно повышает эффективность терапии ОНМК: снижается смертность и повышается качество жизни больных. Эти препараты при правильном введении не вызывают побочных эффектов.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТА РОЗУВАСТАТИНА И СИМВАСТАТИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Каримов А.М., Асадов Н.З., Гаффарова Ф.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Применение гиполипидемических средств в настоящее время является одним из обязательных компонентов лечения и профилактики атеросклеротических заболеваний сосудов. Розувастатин – один из новых статинов, зарегистрированных в Узбекистане.

Цель исследования. Изучение сравнительной эффективности розувастатина и симвастатина на липидный спектр, показатели глюкозы и печеночных проб при применении у больных с нестабильной стенокардией (НС).

Материал и методы. С целью оценки эффективности розувастатина нами обследовано 30 больных ИБС, разделенных на 2 группы: I) группа – 15 пациентов (10 – перенесшие в анамнезе инфаркт миокарда, 5 – со нестабильной стенокардией без инфаркта миокарда); II) группа сравнения – 15 пациентов, сопоставимая с I – группой по возрасту, полу, из них 8 больных в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда. На фоне стандартизированной терапии (бета-блокаторы, нитраты, ингибиторы АПФ, антиагреганты) пациенты I группы принимали Мертенил (розувастатин, Gedeon -Richter, Венгрия) в дозе 10-20 мг/сут, пациенты II группы – симвастатины 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. Первую дозу препарата больные получали утром, в первые 24 ч с момента приступа ангинозной боли, послужившего причиной госпитализации. Дальнейший прием лекарства осуществлялся ежедневно вечером, после ужина.

Результаты. Исходно у всех пациентов отмечалось повышение атерогенных фракций липидов. На 14 день исследования в I-ой группе наблюдалось достоверное ($p<0,05$) снижение ОХС (с $6,5\pm0,4$ до $5,8\pm0,3$ ммоль/л), ХСЛПНП (с $3,0\pm0,15$ до $2,5\pm0,2$ ммоль/л) и ТГ (с $4,1\pm0,3$ до $3,8\pm0,5$ ммоль/л), повышение ХС ЛПВП (с $0,9\pm0,04$ до $1,15\pm0,06$ ммоль/л). В группе сравнения значительных изменений атерогенных фракций липидов мы не наблюдали. ОХС (с $6,6\pm0,4$ до $6,5\pm0,3$ ммоль/л), ХСЛПНП (с $3,2\pm0,15$ до $3,0\pm0,2$ ммоль/л) и ТГ (с $4,2\pm0,3$ до $4,10\pm0,5$ ммоль/л), ХС ЛПВП (с $0,9\pm0,04$ до $0,09\pm0,06$ ммоль/л). 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 нормализует липидный спектр крови. Дальнейшее наблюдение за пациентами продолжается.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХЛАМИДИЙНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Каримова З. Ш., Тухтаева О.Т.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Среди огромного числа инфекционных заболеваний детей занимают особое место токсоплазмоз, краснуха, цитомегалия, герпес, урогенитальный хламидиоз, объединенные в группу «TORCH инфекций», что связано с разнообразием путей передачи, трудностями при выявлении возбудителей, особенностями ответной реакции со стороны несформировавшейся иммунной системы детского организма. В структуре патологии детей раннего возраста ведущее место отводится бронхолегочной патологии. В связи с улучшением диагностических возможностей, хламидийные пневмонии у детей диагностируются в последнее время довольно часто.

Цель исследования: Изучить особенности клинического течения хламидийной пневмонии у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования: Нами были обследованы 24 детей с хламидийной пневмонией в возрасте от 2 месяцев до 3-х лет. Исследования проводились на базе ГКДБ № 1г. Ташкента. При постановке диагноза учитывались анамнестические данные, результаты клинических, рентгенологических и иммунологических исследований. Иммунологические исследования (ИФА обнаружения антител в IgM к хламидии) были выполнены в институте Иммунологии АН РУз.

Результаты исследования. Клинически хламидийная пневмония у детей характеризовалась тяжелым фарингитом 17% , охриплым голосом у 33% детей, лихорадкой 49%, увеличением шейных лимфатических узлов и продуктивным кашлем почти у всех детей. У 52% детей в легких выслушивались мелкопузырчатые локальные хрипы и укорочение перкуторного тона. В рентгенологическом исследовании грудной клетки у 34% детей обнаружено интерстициальное изменение, у 28% очаги инфильтрации. В анализах периферической крови выявлены ускорение СОЭ у 48% детей. Общее состояние у 79% детей было средней тяжести, у 20, 8 % наблюдалась тяжелая течения хламидийной пневмонии.

Выводы. Таким образом выявление особенностей течения хламидийной пневмонии у детей раннего возраста, правильная оценка настоящего соматического статуса будут способствовать коррекции лечебной тактики практических врачей.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНСУЛЬТА У НОВОРОЖДЁННЫХ

Касимова Н.С., Заиров Н.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. По вопросу этиологии и факторов риска развития инсульта у новорождённых имеются значительные разногласия. Ряд авторов связывают это с сопутствующими заболеваниями матерей, способствующих образованию предпосылок развития инсульта у новорожденных. Другие утверждают, что развитие инсульта у новорожденных происходит во внутриутробном периоде, и связывают его с гипоплазией (аплазией) или окклюзией сосудов, кардиальной патологией, в том числе врожденными пороками сердца. Неопределённость во взглядах на этиологию и факторы риска обуславливают позднее выявление инсульта у новорождённых.

Цель и задачи исследования: изучить факторы риска развития инсульта у новорождённых

Материалы и методы исследования: в исследовании участвовало 40 детей (23 мальчиков и 17 девочек), 24 из которых были доношенными - гестационный возраст составил 36-40 недель, количество недоношенных составило 16 – гестационный возраст 23-35 недель. Критериями включения в исследование являлось подтверждение диагноза перинатального инсульта нейросонографическим или нейрорадиологическим методом, который был установлен до 44 недель гестационного возраста, т.е. в качестве пороговой величины, поскольку этот срок является концом перинатального периода. Контрольную группу составили 20 практически здоровых новорожденных.

Данные о состоянии здоровья матерей были доступны у 36 из 40 исследованных новорожденных.

Результаты исследования и обсуждение. На основании полученных результатов можно выделить следующие факторы риска по развитию острого нарушения мозгового кровообращения у новорожденных в антенатальном периоде: анемия ($70,6 \pm 4,8\%$), гестозы ($56,5 \pm 5,3\%$), преэклампсия ($32,9 \pm 5,1\%$), заболевания почек ($29,4 \pm 4,9\%$) у матери и патологии течения беременности. Тогда как в контрольной группе частота соматических заболеваний регистрировалась намного ниже ($P < 0,05$), анемия ($20 \pm 8,9\%$), эндокринные заболевания ($10 \pm 6,7\%$) и заболевания ЖКТ ($5 \pm 4,9\%$). Проведенные исследования показали, что у матерей, родивших новорожденных с нарушением мозгового кровообращения были выявлены гинекологические заболевания в виде эрозия шейки матки у 11 ($12,9 \pm 3,6$), хронического аднексита у 9 ($10,6 \pm 3,3$), а также TORCH 8 ($9,4 \pm 3,2$) - инфекции в виде носительства ЦМВ и ВПГ. Не менее важную роль в возникновении острых нарушений мозгового кровообращения, играют интранатальные факторы, среди которых, раннее излитие околоплодных вод у 29 ($34,1 \pm 5,1\%$), загрязненные воды у 19 ($22,4 \pm 4,5\%$), с обвитием пуповины вокруг шеи родились 9 ($10,6 \pm 3,3\%$) новорожденных, у 13 ($15,3 \pm 3,9\%$) двух кратное обвитие пуповины вокруг шеи, быстрые роды имели место у 28 ($32,9 \pm 5,1\%$), ягодичное предлежание – у 12 ($14,1 \pm 3,7\%$), ножное – у 7 ($8,2 \pm 2,9\%$). Тогда как в контрольной группе наличие данных интранатальных факторов не выявлялось.

Среди перинатальных факторов риска развития у новорожденных перинатального инсульта доля неблагоприятных исходов беременности составила 51,7% (наблюдались срочное кесарево сечение ($18,8 \pm 4,2\%$), травматические роды с применением щипцов и вакуум-экстракции ($23,5 \pm 4,6\%$)), что достоверно отличалось от показателей контрольной группы ($5,0 \pm 4,9\%$; $P < 0,01$).

Выводы. Ряд неблагоприятных изменений у беременных (анемия ($70,6\%$), гестозы ($56,5\%$), преэклампсия ($32,9\%$), раннее излитие около плодных вод ($34,1\%$)), а также патология родовой деятельности ($51,7\%$), являются важнейшей предпосылкой в формировании гипоксии плода, которая в свою очередь является высоким фактором риска развития перинатального инсульта у новорожденных.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Ким Е.Б., З.Ё. Жураева.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) остается одним из самых тяжелых заболеваний бронхолегочной системы. От 4 до 8% населения земного шара страдает этой патологией, у детей данный показатель составляет 5-10%. По данным некоторых прогностических аналитических исследований, к 2025 г. количество больных БА может увеличиться еще на 100-150 млн. человек. В настоящее время в Европе этой болезнью страдают более 30 млн. человек.

Цель исследования. Изучение качества жизни у детей больных бронхиальной астмой и мероприятия, направленные на улучшение их качества жизни.

Материалы и методы исследования: Нами обследовано 50 больных бронхиальной астмой в возрасте 5-18 лет. Всем больным были проведены клинический осмотр, лабораторные методы исследования, анкетирование, оценка качества жизни с помощью опросника PedsQL.

Результаты. Сравнительная оценка результатов параметров качества жизни показала, что пациенты школьного возраста и подростки оценили качество жизни ниже, чем их сверстники без бронхиальной астмы. Статистически значимые различия были получены по всем шкалам, отражающим физическое, эмоциональное, ролевое (школьное) и психосоциальное виды функционирования. По сравнению со своими здоровыми сверстниками, пациенты с БА испытывают больше затруднений в повседневной жизни, чаще испытывают боль, более подвержены негативным эмоциям страха, грусти и волнения, ниже оценивают собственные познавательные способности ($p<0,05$). При анализе заполнения русской версии опросника PedsQL детьми с БА (детская форма) по всем шкалам были получены статистически значимые различия ($p<0,001$) средних показателей качества жизни у детей основной группы, по сравнению с группой контроля: низкие показатели качества жизни по всем сферам жизнедеятельности по сравнению с аналогичными параметрами детей группы сравнения. Следует отметить, полученные результаты анкетирования детской формы опросника PedsQL были выше родительской формы данного опросника, $p<0,001$. При сопоставлении результатов анкетирования детей и родителей (по данным астматического модуля PedsQLTM Asthma Module) во всех возрастных группах были выявлены разногласия в оценках: родители в подавляющем большинстве оценили КЖ своих детей на порядок ниже, только 5,6% из общего числа опрошенных взрослых респондентов дали более высокую оценку, чем их дети. У детей дошкольного и младшего школьного возраста показатель по шкале «Астма» ($59\pm 13,7$ балла) и, как следствие, суммарный балл качества жизни ($69\pm 15,4$ балла) были оценены наиболее низко по сравнению с другими возрастными группами. Оценка КЖ респондентами 8–12 и 13–18 лет практически одинакова: в обеих возрастных группах физическое функционирование было снижено за счет частых проявлений симптомов заболевания (62/65 баллов). Суммарный показатель КЖ в пределах 71–73 баллов. Медикаментозное лечение бронхиальной астмы строится с учетом ступенчатого подхода. Использование ступенчатого подхода в терапии бронхиальной астмы позволяет контролировать течение болезни и проводить профилактику обострений.

Обсуждения. Таким образом, выявлено значительное снижение показателей КЖ у больных БА во всех возрастных группах в сравнении с контрольной группой.

Выводы. Для повышения эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий при бронхиальной астме необходим контроль за качеством жизни пациентов. Качество жизни необходимо оценивать с учетом тяжести и периода заболевания, возраста, с учетом медико-соматического и психологического статуса, эмоционального состояния, личностных свойств.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОШИЗИСА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Камолов Ш.Б., Эргашев Б.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: В последние годы отмечена тенденция к увеличению количества больных с гастрошизисом. Летальность при ГШ остается высокой и колеблется в пределах от 21 до 80%. Одним из основных причин летальности новорожденных является неправильная транспортировка, переохлаждение и не полноценное оказание первичной врачебной помощи в родильных комплексах. Также имеет место неправильный выбор способа оперативного лечения ГШ особенно при наличии выраженной вицеро-абдоминальной диспропорции, что приводит к дыхательной недостаточности и сдавливанию нижней полой вены и брюшной аорты.

Цель работы: Улучшение результатов хирургического лечения гастрошизиса у новорожденных.

Материал и методы исследования: изучены результаты диагностики и лечения 48 новорожденных с гастрошизисом находившейся в отделение неонатальной хирургии РПЦ. Методы исследования включали общеклинические, ante-и постнатальное УЗИ плода и новорожденного, нейросонография и ЭхоКГ.

Результаты: в период с 2008 по 2013 года нами наблюдалось 48 детей, находившихся на лечении в РПЦ города Ташкента. Все больные были разделены на две группы: выжившие и умершие. За период наблюдения общая летальность составила 34,6%, при этом по годам она распределилась следующим образом: 50% в 2008г., 43% в 2009г., 18% в 2010г., 18% в 2011г., 15% в 2012г. и 14% в 2013г. Установлено, что результаты лечения гастрошизиса находятся в прямой зависимости от: наличия врожденных сопутствующих пороков развития (частота встречаемости в первой группе-0%, во второй-22%, все пороки представляли собой различные виды атрезий тонкого кишечника), соблюдения правил транспортировки (в первой группе переохлажденными доставлены 23%, без НГЗ-17, 6%, с неправильно наложенными повязками 11,7%; во второй группе соответственно- 44%, 66,6% и 33,3%), продолжительности предоперационной подготовки (среднее время в первой группе составило 13 часов, во второй-7 часов). По данным нашего исследования, вид пластики передней брюшной стенки не оказывает существенного влияния на исход заболевания (в первой группе операция по Гроссу-80%, аллопластика-20%; во второй группе 77% и 23% соответственно). Количество койко-дней в обеих группах мало отличается (45 и 40 к/дней соответственно). Причиной смерти детей являлись прогрессирующие дыхательная и сердечная недостаточности на фоне не восстановившегося пассажа по ЖКТ.

Выводы: Результаты лечения гастрошизиса зависят от наличия сопутствующих врожденных пороков развития, правильной организации транспортировки больных, выбора оптимального метода хирургической коррекции, проведения предоперационной подготовки до стабилизации состояния ребенка и комплексного лечения в послеоперационном периоде.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ РЕСПИРАТОРНО-АФФЕКТИВНЫХ ПРИСТУПОВ

Кудратов Ш.А., Касимова Н.С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: Респираторно-аффективные приступы являются актуальной проблемой в детской неврологии, частота которых в детской популяции, по разным данным, составляет 4 –17%. Учитывая, что РАП сопровождаются апноэ и асистолией, многие авторы рассматривают их в структуре угрожающих жизни состояний. До настоящего времени остаются спорными вопросы этиологии, патогенеза, клинических и лабораторных критериев диагностики респираторно-аффективных приступов у детей, приводящих, порой, к диагностическим ошибкам и назначению неадекватной терапии (Белоусова Е.Д.2006; Балакирева Е.А.2010;)

Цель исследования: Оценить значимость комплексного подхода при диагностике респираторно-аффективных приступов.

Материал и методы исследования: Нами было обследовано 40 больных с респираторно-аффективными приступами в возрасте от 6 месяцев до 6 лет. Комплексное обследование больных включало в себя сбор анамнестических данных, клинико-неврологическое обследование, лабораторные (общий анализ крови, содержание кальция и железа в сыворотке крови) и инструментальные (электроэнцефалография, эхокардиография и электрокардиография) методы исследования.

Результаты и обсуждение: Из 40 больных 23 были мальчики и 17 девочки. По характеру течения приступы были разделены на 3 типа: цианотические у 27 детей, бледные у 7 детей, смешанные у 6 детей. По анамнестическим данным было выяснено то, что у 25 детей (62,5%) дебют приступов пришлось на возраст 6-18 месяцев. Наследственная предрасположенность было обнаружено у 11 больных (27,5%). Самыми основными триггерными факторами были боль (37%) и неполучение желаемого (42%) сопровождающиеся сильным плачем. При неврологическом осмотре не было выявлено патологических признаков. По результатам лабораторных исследований, у 34 больных (87%) была обнаружена анемия, у 27 больных (67,5%) снижение количество железа в сыворотке крови и у 17 (42,5%) было выявлено гипокальциемия. На ЭЭГ у 33 больных (82,5%) результаты соответствовали к возрастным нормам, у 7 больных (17,5%) было обнаружено эпилептиформная активность головного мозга. По результатам ЭхоКГ у 37 детей (92,5%) не было выявлено патологических изменений, у 2 больных (5%) были обнаружены изменения в виде открытого овального окна и у 1 больного (2,5%) был выявлен пролапс митрального клапана. На ЭКГ у 36 больных (90%) все показатели соответствовали к возрастной норме и у 4 больных (10%) было обнаружено синусовая брадикардия и удлинение QT интервала.

Вывод: На основании полученных данных можно сделать вывод о том, что формирование респираторно-аффективных приступов зависит от множество причин, следовательно, их диагностика требует комплексного подхода, который помогает своевременно выявить основные факторы способствующие к появлению приступов и выбрать оптимальную тактику лечения для каждого больного индивидуально.

ВЛИЯНИЕ ТИРЕТОКСИКОЗА НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ

Курбанова Д.А., Исмаилов С.И.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: Диффузный токсический зоб (ДТЗ) остается одним из самых распространенных эндокринных заболеваний (73 на 100000 населения). ДТЗ может приводить к снижению трудоспособности, в ряде случаев - к инвалидизации, а в особо тяжелых случаях и к смерти пациента, что свидетельствует не только о медицинской, но и социальной значимости проблемы. [Klein.I. 2001]

ССС - одна из главных мишеней, которая подвержена воздействию избытка тиреоидных гормонов, что приводит к непосредственным (ближайшим) и отдаленным осложнениям тиреотоксикоза. [А.С. Аметов, 2003]

Еще в 1899г. был предложен Р.Краусом термин «тиреотоксическое сердце», подразумевающее определенные нарушения в сердечно-сосудистой системе при тиреотоксикозе, и приводящий к развитию сердечной недостаточности [А.С. Аметов, 2003]. В основе гиперфункции сердца при ДТЗ лежит повышение сократимости миокарда, что, с одной стороны, может быть обусловлено возрастанием активности симпатической нервной системы, а с другой - непосредственным действием тиреоидных гормонов на миокард [В.Ю. Шульгина.]

Цель: Выявить сердечно-сосудистые осложнения у больных с тиреотоксикозом.

Методы и материалы: Обследовано 48 больных с диффузным токсическим зобом в клинике РСНПМЦ Эндокринологии. Больные разделены на 2 группы:

1гр- 38 больных с ДТЗ с сердечно-сосудистыми осложнениями.

2гр – 10 больных с ДТЗ без сердечно-сосудистых осложнений.

Больные с предшествующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы были исключены.

Всем больным проведено: пальпация щитовидной железы, УЗИ щитовидной железы, исследование Т₃, Т₄, ТТГ радиоиммунным методом, крови, ЭХОКС в условиях клиники кардиологического центра

Результаты: Оценка тиреоидного статуса показала, что уровень Т₃, Т₄ и ТТГ в сыворотке крови у пациентов во 2-ой группе находился в пределах нормы, тогда как у больных 1-ой группы Т₃ и Т₄ были достоверно выше, а ТТГ ниже по сравнению с нормой

Сердечная аритмия при ДТЗ с сердечно-сосудистыми осложнениями была разной. Экстрасистолия встречалась у 13,2%, а мерцательная аритмия 86,8% больных. Это может быть, связана с длительностью течения тиреотоксикоза, плохой компенсацией тиреотоксикоза

У больных с ДТЗ первой группы размеры левого предсердия (ЛП-4,57 см и 3,2 во 2-й гр), правого желудочка (ПЖ-2,07 см и 2,0 см), конечный систолический размер (КСР-3,95 см и 2,6 см), конечный диастолический размер (КДР-5,58 см и 4,3 см) были больше, чем во 2-й группе, а фракция выброса (ФВ-56,7% и 70,4%) ниже. Эти данные показывают, что у больных ДТЗ с сердечно-сосудистыми осложнениями по сравнению с больными без клинически значимого поражения сердечно-сосудистой системы отмечается расширение полостей сердца, развитие легочной гипертензии, снижение фракции выброса.

Выводы:

1. Встречаемость мерцательной аритмии была чаще в группе больных с тиреотоксикозом с сердечно-сосудистыми осложнениями 86,8% (33), чем экстрасистолия 13,2 % (5). У больных ДТЗ с сердечно-сосудистыми осложнениями по сравнению с больными без клинически значимого поражения сердечно-сосудистой системы отмечается расширение полостей сердца, развитие легочной гипертензии, снижение фракции выброса

КЛИНИКО – НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИ ОСОБЕННОСТИ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ С НАЛИЧИЕМ И ОТСУТСТВИЕМ ФЕБРИЛЬНЫХ СУДОРОГ В АНАМНЕЗЕ

Курбанова Ш.Б., Кудратов Ш.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: Фебрильные судороги с одной стороны считаются относительно доброкачественными, с другой стороны, они могут предшествовать эпилепсии. На сегодняшний день клиничко-нейрофизиологические особенности эпилепсии при наличии в анамнезе фебрильных припадков недостаточно исследованы и их детальное изучение, возможно, позволит проводить более раннюю диагностику эпилепсии, назначать рациональную терапию и определять прогноз заболевания.

Цель исследования: Провести сравнительный анализ клиничко-нейрофизиологических аспектов эпилепсии у детей с наличием и без наличия фебрильных судорог в анамнезе.

Материал и методы исследования: Нами было обследовано 48 детей с эпилепсией в возрасте от 1 года до 15 лет. У 37 детей (77%) наблюдались только эпилептические припадки без наличия фебрильных судорог в анамнезе (I-группа), а у 11 (23%) больных эпилепсией в анамнезе отмечались фебрильные судороги (II-группа). Всем больным было проведено клиничко-неврологическое обследование и электроэнцефалографическое исследование.

Результаты и обсуждение: В I группе больных у 29 (78,4%) детей были диагностированы генерализованные формы эпилепсии, локализованные – у 8 (21,6%). У II группы распределение на формы было следующим: 7 (63,6%) и 4 (36,4%) соответственно. В I группе первоначальные припадки носили тонико-клонический -14 (37,8%), тонический- 9 (24,3%), атонический-7 (18,9%) миоклонический- 4 (10,8%) характер; абсансы диагностированы у 3 (8,1%) детей. Во II группе характер приступов был таковым - тонико-клонические- 4 (36,4%) и тонические -3 (27,3%) приступы; однако у 3 детей (27,3%) характер судорог был клоническим; атонический припадок встречался у 1 (9%) больного. В I-группе распределение детей было следующим образом: без патологий в неврологическом статусе - 9 (24,3%), с очаговой микросимптоматикой-10 (27%), с легкими парезами, нарушениями мышечного тонуса в сочетании с патологическими рефлексамии -18 (48,7%). Во II-группе без патологий в неврологическом статусе -2 (18,2%) с задержкой моторного развития-1 (у годовалого ребенка -9,1%), с легкими парезами, нарушениями мышечного тонуса в сочетании с патологическими рефлексамии - 3 (27,3%) и очаговой микросимптоматикой -5 (45,4%) При ЭЭГ-исследовании были зарегистрированы легкие общемозговые нарушения у 11 (29,7%) больных I- группы и у 4 (36,4%) II- группы. Эпилептиформная активность на ЭЭГ преобладала у детей I- группы по отношению к больным II- группы и составила у 14 (37,8%) и у 3 (27,3%) соответственно. Грубые диффузные изменения были обнаружены на ЭЭГ у 9 (24,3 %) детей I- группы и у 3(27,3%) II группы. Возрастная норма на ЭЭГ была выявлена у 3(8,1%) больных I- группы и у 1(9%) II-группы.

Вывод: На основании проведенных исследований было установлено, что у детей с наличием фебрильных судорог в анамнезе эпилепсия чаще сопровождается с очаговыми, органическими неврологическими симптомами и дезорганизацией коркового ритма. Данное обстоятельство требует выбора своевременной рациональной терапии для предотвращения присоединения новых припадков и развития терапевтической резистентности.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ЛЕГГ-КАЛЬВЕ-ПЕРТЕСА У ДЕТЕЙ

Курбонов Б.С. Золотова Н.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Остеохондропатия головки бедренной кости или болезнь Легга–Кальве–Пертеса, составляет 1,9 % от ортопедической патологии у детей и 25,3 % от заболеваний тазобедренного сустава и приводящая к высокой инвалидизации детей и снижению качества их жизни. (Гафаров Х.З. и соавтор., 2005; Кувина В.Н., 2007; Селиверстов П.В., 2000; Хисаметдинова Г.Р., 2006; Шишкин И.А. и соавтор., 2008). Болезнь Пертеса возникает в диспластически измененном тазобедренном суставе. Дисплазия затрагивает все элементы сустава (Крючок В.Г., 2006; Шарпарь В.Д., 2009;

Цель: Изучить сравнительно результаты лечения больных болезнью Легг-Кальве-Пертеса у детей.

Материалы исследования. В отделении травматологии и ортопедии клиники ТашПМИ за период с 2011-2014 г с болезнью Легг-Кальве-Пертеса пролечено 44 больных в возрасте от 3 до 14 лет. Всем больным проводилось клиническое, рентгенологическое и ультразвуковое методы исследования. В диагностику вошли III, IV и V стадии БЛКП, которым проводилось консервативное и оперативное лечение.

Консервативное лечение 15 (34%) было основано на ортопедическом лечении со стимуляцией костеобразовательного процесса головки бедренной кости. Консервативное лечение проводилось на всех стадиях до 3-х летнего возраста, путём наложения гипсовой повязки Тер-Еггизар-Шептуна на срок до 3-мес. Старше 3 лет применялось лейкопластырное вытяжение на шине Беллера, сроком на 1-месяц с последующим наложением кокситной гипсовой повязки. На ряду с ортопедическими мероприятиями больные получали физиотерапию (парфиновые аппликации, электрофорез), медикаментозную терапию витамины, средства влияющие на местную микроциркуляцию стекловидное тело, актовегин, кальций-Д3-никомед. Длительность лечения про в среднем продолжалось 5-6 недель. Восстановительное лечение выполнялось ежеквартально в течение 1 года.

Оперативное лечение проведено 29 больных (66%). Оперативное лечение состояло из 2-х этапов: разгрузка тазобедренного сустава, включающая тенотомию приводящих мышц бедра, вторым этапом-9 больных – операция по Беку для формирования сосудистого русла через шейку бедренной кости. В 6 случаях проведены комбинации обеих вмешательств. Объём операций зависел от степени разрушения головки бедренной кости. После оперативного лечения больным также проводился комплекс восстановительного лечения, который в среднем составлял 6-месяцев. Отдаленные результаты лечения показали, что в обеих группах были получены только хорошие и удовлетворительные результаты срока с консервативным лечением эффект в 2 раза быстрее.

Вывод. Таким образом, при лечении болезни Легг-Кальве-Пертеса требуется индивидуальный подход с более широким применением консервативных методов лечения, которые более физиологичны для детского возраста.

ЭПИЛЕПСИЯЛИ ПАРОКСИЗМАЛ БУЗИЛИШЛАРДА НЕЙРОФУНКЦИОНАЛ ТЕКШИРИШ ДИАГНОСТИКАСИ

Кучкарова Ш.Г.

Ташкент педиатрия тиббиёт институт

Мавзунинг долзарблиги. Тутканок –пароксизмал бузилиш булиб патологик нейронларни кузгалишидан юзага келади. Эпилепсия бош мия асаб касалликларини умумий популяциясини 1% ташкил килади. Ёш болаларда 30%гача орқага кайтмасногиронликка олиб келади. Касаллик сурункали кечиб, кайталанувчи талваса хуружлари билан ва психопатологик бузилишлар билан ривожланади. Замонавий таъмоилларга асосланиб эпилепсия диагностикаси клиник баҳолаш, электронейрофизиологик текшириш олиб борилади. Хозирда дунё бўйича ҳар йили 20000дан то 120000гача талваса хуружли беморлар ЭЭГ текшириш методидан утказилади.

Текширишдан мақсад. Эпилепсияли пароксизмал бузилишли бемор болаларда церебрал дисфункцияли бузилишларни нейрофункционал (ЭЭГ) текшириш методи орқали ўрганиш.

Материал ва тадқиқот усуллари. Кузатувда 6-14 ёшгача бўлган ТошПМИ клиникасининг болалар неврологияси бўлимида даволанаётган 50 нафар эпилепсияли пароксизмал бузилишли бемор болаларда олиб борилди. Текширув олиб борилганда беморларни бош миани дисфункциясини ва талваса хуружлар характери нейрофункционал (электроэнцефалография) диагностикаси ўтказилди.

Тадқиқот натижалари. Текширилган эпилепсияли пароксизмал бузилишларда генерализациялашган тонико - клоник хуружларда 20(40%) ташкил қилди. Оддий парциал хуружлар 18(36%) комплексли парциал хуружлар 12(24%) кузатилди. Бу пароксизмал бузилишларда нейрофункционал ЭЭГ методида қуйидагилар аниқланди. Куплаб комплексли юқори амплитудали спайкали тулқин 16(32%), ва ритмик билатерал синхрон активликдаги спайка тулқин 2(4%), полиморф комплексли куплаб спайка тулқин 6(12%), комплексли пик тулқин (регулярсиз асимметрик пароксизмал активлик) 3(6%) кузатилди. Ритмик билатерал синхрон активликдаги спайка тулқин 3(6%), юқори амплитудали пароксизмал активлик 13(26%), юқори амплитудали билатерал синхрон альфа, тета, дельта активлик 7(14%) аниқланди.

Хулоса. Эпилепсияли пароксизмал бузилишларда нейрофункционал текшириш диагностикасида генерализациялашган тонико-клоник бузилишларда, куплаб комплексли юқори амплитудали спайкали тулқинлар 32% ни учраши ташкил қилди. Бош миани эпилепсияли дисфункция юқори курсаткичини яъни 40% ни (юқори амплитудали билатерал синхрон альфа, тета, дельта активлик) ташкил қилди.

ПОКАЗАТЕЛИ ИММУННОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ТИМОМЕГАЛИЕЙ ПРИ БРОНХООБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМЕ

Латипова.Х.Б., Жураева З.Ё.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Бронхообструктивный синдром (БОС) регистрируется хотя бы однажды по данным авторов у 10-50% детей раннего возраста. В практической медицине роль иммунитета рассматривается в основном применительно к проблеме иммуномодуляции, воспаления бактериальных и паразитарных инфекций, злокачественных новообразований, регуляции гемопоэза. Тимомегалия (ТМ) у детей представляет собой одну из актуальных проблем современной педиатрии, в связи с высокой частотой встречаемости, заболеваемости, смертности и является распространенным состоянием в раннем онтогенезе.

Цель исследования. Изучить иммунный статус у детей с тимомегалией при бронхообструктивном синдроме.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 60 детей на базе Городской детской клинической больницы № 1 Юнусабадского района г.Ташкента. В работе представлен анализ результатов динамического наблюдения и лабораторно-инструментального обследования 30 детей с тимомегалией при бронхообструктивном синдроме в возрасте от 1 до 3 лет. Контрольную группу составили 30 детей аналогичного возраста с бронхообструктивным синдромом без тимомегалии. Определялись показатели клеточного и гуморального иммунитета. Иммунологические исследования проводились в институте иммунологии АНРУЗ

Результаты и обсуждение. Как показали результаты наших исследований, изучение количества лимфоцитов у наших больных свидетельствовало о достоверном повышении лимфоцитов ($64,56 \pm 2,10\%$), который свидетельствует на наличие очага инфекции в организме ребенка. У 37% больных иммунный показатель свидетельствует о нарушении иммунного статуса при данном заболевании. Результаты нашего исследования у больных в период разгара заболевания показали значительные изменения в иммунологическом статусе. Детей с обструктивным синдромом и тимомегалией в период разгара заболевания выявлено снижение Т- лимфоцитов % (СД₃) $50,26 \pm 1,05$), и их субпопуляции: Т- хелперов % (СД₄) ($23,05 \pm 0,56$), Т-киллеров % (СД₁₆) ($20,02 \pm 0,70$). что свидетельствует об иммунодефиците Т-клеточного звена иммунитета. Было выявлено у детей основной группы изменения в гуморальном иммунитете, свидетельствующий на наличии персистенции инфекции в организме ребенка и в ответ этому увеличение иммуноглобулинов класса G, алергизации организма показателем которого является повышение Ig E.

Выводы. Таким образом, дети с тимомегалией находятся в состоянии хронической тимусной недостаточности. При тимомегалией отмечается Т-лимфопения, которая сочетается с общим лимфоцитозом и повышением содержания "О" клеток в крови, что свидетельствует об активации лимфоидной ткани за счет повышения числа клеток, не обладающих достаточной иммунологической компетентностью. Нарушения гуморального звена иммунитета проявляются не только уменьшением количества В-лимфоцитов, но и общей гипои иммуноглобулинемией. Наиболее значительно снижается концентрация иммуноглобулина А и иммуноглобулина М, которые, как известно, обеспечивают дифференцированный и аффективный иммунный ответ. В то же время, регистрируются повышение уровня IgE, что связано с гиперпродукцией реактинов в условиях снижения регулирующих функций Т-системы.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ ВИЧ - ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

Локтева Л.М., Даминова М.Н., Абдуллаева О.И., Даминова Х.М.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Уже четверть века человечество живет в условиях эпидемии ВИЧ инфекции. СПИД – типичное заболевание, при профилактике которого здоровый образ жизни и соответствующее поведение должны играть важнейшую роль. ВИЧ - инфекция остается в числе глобальных приоритетов здравоохранения.

Целью исследования - изучить особенности течения бронхолегочной патологии ВИЧ - инфицированных детей.

Материалы и методы исследования. Проводилось клиническое обследование 37 детей с бронхолегочной патологией ВИЧ – инфицированных, в возрасте от 1 года до 15 лет, которые находились на учёте в Республиканском и Городском центрах СПИДа. Серологические исследования – определение антител к вирусу иммунодефицита человека производилось в лаборатории РЦ СПИД МЗ РУз. Определение в сыворотке крови суммарных антител к ВИЧ - метода ИФА.

Результаты и обсуждение. Диагноз ВИЧ - инфекции ставили на основании совокупности клинико - эпидемиологических и лабораторных данных. Основная масса детей 31 (83,78%) бронхолегочной патологии ВИЧ - инфицированных детей, родились недоношенными с признаками внутриутробной гипотрофии и различными неврологическими нарушениями. Из анамнеза выяснено, что дети плохо развивались, страдали рецидивирующими инфекциями, у них постоянно обнаруживается лимфаденопатия, гепатомегалия и спленомегалия. Первыми признаками заболевания у 13 (35,13%) детей отмечалось отсутствие прибавки массы тела, у 11 (29,73%) детей пневмоцистная пневмония, упорный энтерит был выражен у 7 (18,92%) детей и упорный кандидоз кожи и слизистых оболочек был отмечен у 6 (16,22%) детей. У всех детей характерно отставание в психомоторном развитии, микроцефалия у 2 детей.

Жалобы при поступлении на длительный, сухой упорный кашель, болями за грудиной, высокой температурой тела, потливостью, общей слабостью. При поступлении у всех детей 37 (100%) пальпировались увеличенные лимфатические узлы. Из других клинических симптомов был выявлен немотивированный субфебрилитет 34 (91,89%), повышенная утомляемость 29 (78,38%) и потливость 32 (86,49%). Отмечались симптомы интоксикации, вялость, снижение аппетита, субфебрильная температура тела, падение массы тела, пиодермия, герпетические высыпания, повышенная потливость, неустойчивый стул, и др. что можно было отнести к проявлениям ВИЧ-инфекции. При осмотре у всех больных были влажный или сухой упорный кашель, потливость, общая слабость, у некоторых одышка, цианоз носогубного треугольника, выраженная венозная сеть на передней стенке живота. Перкуторно обнаруживался тимпанит, а аускультативно - выслушивались рассеянные крепитирующие хрипы и мелкопузырчатые влажные хрипы. Рентгенологически обнаруживается картина диффузной интерстициальной инфильтрации на фоне воздушного рисунка. Течение такой пневмонии длительное, плохо поддавалось лечению, часто рецидивировала. При бактериологическом исследовании макроты выявлены пневмоцисты 11 (29,73%). Это давало основание изменения в легких квалифицировать как пневмоцистную пневмонию.

Таким образом, лимфоцитарная интерстициальная неспецифическая пневмония, которая не связана с каким - либо возбудителем, свойственна для бронхолегочной патологии ВИЧ - инфицированных детей. Быстрое развитие состояние тяжёлого иммунодефицита следует считать важнейшей особенностью бронхолегочной патологии ВИЧ - инфицированных детей

ФАКТОРЫ РИСКА ВЕГЕТАТИВНОЙ СОСУДИСТОЙ ДИСФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ И МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ

Маджитова Н.Б., Г.А. Кошанова

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Проявления вегетативной дисфункции у 33,3% детей сохраняются в последующие периоды жизни, а в 17-20% случаев они прогрессируют, трансформируясь в такие психосоматические заболевания, как ишемическая болезнь сердца, гипо- и гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

Цель исследования. Определить социально-гигиенические и медико-биологические факторы риска, влияющие на формирование вегетативной дисфункции у детей, разработать систему прогнозирования и тактику наблюдения.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач, обследовано 100 детей от 5 до 18 лет с признаками вегетативной дисфункции (ВД). На основании анализа данных документов в анализируемых группах изучена структура нарушений в состоянии здоровья со стороны различных органов и систем. Данные занесены в специальную регистрационную карту.

Результаты. Изучая факторы развития ВД, нами ретроспективно установлено, что в первой возрастной группе (10-12 лет) 2/3 детей (83,3%) с ВД родились от женщин 22-36 летнего возраста и только 10% детей — от матерей моложе 21 года. На момент рождения ребенка возраст родителей преимущественно колебался от 19 до 35 лет, чаще в основных группах наблюдения он укладывался в диапазон 22—35 лет, а в контрольной 19-25 лет. Соматическая патология у родителей основной группы представлена нарушениями со стороны почек (20%), органов дыхания (20%), нервной системы (17%), реже органов пищеварения (10%), в контрольной группе у родителей чаще встречалась патология органов пищеварения (21,6 %) и эндокринной системы (3,5%). Дети с вегетативной дисфункцией 10-12 лет чаще имели высокую отягощенность генеалогического анамнеза (40%), реже умеренную (14,3%), низкую и выраженную (4,8%). В то время как, у 75,7% здоровых детей генеалогический анамнез не был отягощен, что в 2 раза больше, чем в основной группе и реже встречалась высокая (14,3%) или умеренная отягощенность (10%). В группе детей 13-15 лет чаще встречалась умеренная отягощенность генеалогического анамнеза (37,9%), реже высокая (24,1%) и низкая (4,7%), у 33,3% детей анамнез не был отягощен.

Обсуждение. Дети основной группы имеют умеренную и высокую степени отягощенность генеалогического анамнеза, худшие социально-гигиенические условия проживания и плохие показатели медико-биологического анамнеза. В то время как, у детей контрольной группы генеалогический анамнез не отягощен, наблюдается умеренные показатели социально-гигиенического и низкая отягощенность медико-биологического анамнезов.

Вывод. Таким образом, проведенное исследование позволяет заменить пассивную регистрацию факторов риска вегетативной дезадаптации на активную позицию педиатра по их раннему выявлению, что будет способствовать своевременной диагностике и целенаправленному проведению мероприятий по профилактике, коррекции и прогнозу такого состояния как вегетативная дисфункция.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИАРЕЙ, ВЫЗВАННЫХ УСЛОВНО-ПАТОГЕННОЙ ФЛОРОЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ЖАРКОГО КЛИМАТА.

Маликова Ф., Гозиев О., Абдуллаева У.У.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: Острые кишечные инфекции (ОКИ) сохраняют свою актуальность в связи с широкой распространенностью и высокой заболеваемостью, особенно у детей раннего возраста. В педиатрической практике заболеваемость ОКИ устойчиво занимает 2-е место после респираторных вирусных инфекций и сопровождается развитием серьезных осложнений. Многими авторами отмечается возрастание роли условно-патогенных бактерий в этиологии кишечных инфекций. Узбекистан расположен в большом удалении от океанов и других естественных водоемов. Поэтому климат здесь жаркий, крайне сухой, резко континентальный, что выражается в сильных контрастах дневных и ночных, летних и зимних температур. Средняя температура изменяется в зависимости от регионов Узбекистана. В июле средняя температура составляет от +36°C на севере до +40°C на юге. В последние годы в Узбекистане возрос удельный вес кишечных инфекций, вызванных условно-патогенной флорой.

Целью нашего исследования явилось определение клинических особенностей острых кишечных инфекций, вызванных условно-патогенной флорой у детей раннего возраста и оценка влияния жаркого климата на клинические показатели для оптимизации лечения.

Результаты: Нами проанализировано 50 историй болезни стационарных больных, поступивших в кишечное отделение Детской инфекционной клинической больницы №4 г.Ташкента за июнь-август 2013 года. Возраст больных от 1 мес. до года, по полу распределились примерно одинаково. Диагноз подтверждался бактериологически в 100% , по этиологической структуре сложилась следующая картина 28(56%) протейная инфекция, 16(32%) - клебсиеллезная инфекция, 8(16%) - синегнойная палочка. По степени тяжести больные распределились следующим образом: среднетяжелое течение болезни наблюдалось в 86%, тяжелое – в 10%, легкое – в 4% случаев. Развитие заболевания характеризовалось у всех больных острым началом, быстрым присоединением диареи, сопровождающейся болями в животе. Частота стула у 30% больных достигала 8-10 раз, у 70% - до 15 раз в сутки. У 40% больных наблюдалась повторная рвота. Были выражены симптомы интоксикации: вялость, заторможенность, слабость, бледность кожных покровов. В 38(76%) случаях развивался эксикоз 2 - 3 степени, что связано непосредственно с климатическими условиями. Также все дети были поделены на 3 группы в зависимости от вида вскармливания: естественное, искусственное и смешанное и была выделена взаимосвязь между тяжестью течения заболевания и видом вскармливания. 36(72%) находились на естественном вскармливании и у них заболевание протекало в среднетяжелой форме. Следует отметить ранние сроки обращения за медицинской помощью - большая часть пациентов (95%) поступали в стационар впервые 1 - 2 дня заболевания, и доставлены в основном бригадами скорой помощи.

Выводы: Для кишечных расстройств у детей раннего возраста характерна однообразная клиника и в большинстве случаев (76 %) выделение условно-патогенных возбудителей с преобладанием протей (56 %) и у 76% больных отмечалось быстрое развитие эксикоза 2-3 степени, что обусловлено условиями жаркого климата. Установлено, что у детей, находящихся на грудном вскармливании, заболевание протекало в средне-тяжелой форме, то у детей, находящихся на искусственном вскармливании, преимущественно в тяжелой форме

ЧАСТИЧНАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Мамажонов Р. Б., Каримова З. Х.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Врожденные пороки развития желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки встречаются с частотой 13 - 26,4 на 10000 живорожденных. Среди них определенный удельный вес составляет врожденная кишечная непроходимость (ВКН). В зависимости от степени обструкции кишечная непроходимость может быть полной или частичной. Частичная КН характеризуется хроническим или хронически-рецидивирующим течением и встречается у новорожденных и детей старших возрастных групп.

Цель. Настоящего исследования улучшение диагностики и результатов лечения врожденной частичной кишечной непроходимости (ВЧКН) у детей.

Материалы и методы. За 2008-2012 г. в клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ находилось 19 детей в возрасте от одного дня до 14 лет с явлениями частичной кишечной непроходимости. Больным проводилось комплексные клиничко-лабораторные исследования с оценкой соматического статуса и ультразвуковые, рентгенологические (обзорная рентгенография брюшной полости, ирригография и контрастное исследование желудочной и кишечного тракта) и компьютерно-томографические исследования.

Результаты и их обсуждения. Причиной частичной кишечной непроходимости служили: пороки ротации и фиксации кишечника - 6 (33,3%); мембрана с просветом различных отделов желудочно-кишечного тракта - 5 (27,8%); кольцевидная поджелудочная железа - 2 (11,1); энтерокистома - 2 (11,1%); компрессия кишечника a.mesenterica superior - 2 (11,1%); стенозы двенадцатиперстной кишки - 1 (5,6%); стенозы тонкой кишки - 1 (5,6%). Заболевание часто диагностированы у детей в возрасте до 3 лет. Основными клиническими признаками служили рвота и отставание в физическом развитии и дефицитом массы тела до 10-15%. У 8 (42,1%); наблюдались приступообразные боли и вздутые в живота. В зависимости от выраженности тех или иных симптомов были выбран стартовый метод диагностики. В установлении окончательного диагноза и выборе хирургической тактики решающими были данные рентгенологических исследований. Больные были оперированы после проведения предоперационной подготовки, в плановом порядке 11 (57,9%); и экстренном порядке. В зависимости от характера причины непроходимости были проведены соответствующие корригирующие операции.

В заключении можно отметить частыми причинами частичной кишечной непроходимости у детей является обструкции, локализующиеся в двенадцатиперстной и тощей кишке, обусловленные пороками самой кишечной трубки и аномалиями вращения кишечника.

ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ
Мамажонов С. С., Эргашев. Н. Ш., Мамашарипов Б.П.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: У детей химические ожоги являются наиболее частой приобретенной патологией пищевода и нередко осложняются рубцовым его сужением. Количество химических ожогов пищевода и рубцовых стенозов у детей не имеет тенденции к уменьшению, что обусловлено значительным увеличением использования в быту препаратов бытовой химии, содержащих кислоты и щелочи, способных вызывать тяжелые повреждения. Ожоги пищевода различными химическими веществами по частоте занимают второе место среди всех заболеваний пищевода у взрослых и первое место – у детей.

В последние годы отмечается рост числа химических ожогов пищевода у детей. Химические ожоги занимают первое место среди заболеваний пищевода в детском возрасте. Максимальное количество отравлений (от 77,2 % до 85,0%) приходится на возраст от 1 года до 3 лет. Высоким остается процент развития осложнений в виде рубцовых стенозов у детей - в 4 - 30 % всех случаев. Летальность при химических ожогах пищевода у детей составляет от 2 до 15%.

Цель: улучшить результаты лечения химических ожогов пищевода у детей.

Материалы и методы: на лечении находилось 60 детей от года до 5 лет (2008 по 2013 год) с химическими ожогами пищевода. Число девочек составило 23 (38%), а мальчиков 37 (62%) больных. У 29(48,33%) детей ХОП был вызван уксусной эссенцией, у 5(8,33%) азотной кислотой, у 23(38,34%) щелочью, у 3(5%) неизвестными химическими веществами. Ожог I степени диагностирован у 21 детей, II степени - у 32 и III степени - у 7 больных.

Результаты: всем детям была произведена эзофагогастрофиброскопия в первые 12 часов после ожога. Независимо от степени ожога детям в острый период проводились мероприятия против боли, отека гортани. В первые 5—6 дней выраженной дисфагии парентерально вводили жидкость. Контрольная ФЭГДС выполнялась к концу первой недели после приема прижигающего вещества. При ожоге I степени дети выписывались домой на амбулаторное лечение. При II и III степени проводили раннее бужирование в стационаре 3 раза в неделю. Через 3 недели после ожога II степени бужирование прекращали и больного выписывали под диспансерное наблюдение с последующим эндоскопическим контролем через 2—3 месяца. При ожоге III степень бужирование продолжали 3 раза в неделю еще в течение 3 недель. Затем выполняли контрольную ФЭГДС и выписывали ребенка на амбулаторное бужирование 1 раз в неделю в течение 2—3 мес, затем 2 раза в месяц в течение 2—3 мес и 1 раз в месяц в течение полугода, контролируя течение ожогового процесса в пищеводе с помощью ФЭГДС каждые 3 месяца.

Вывод: применение раннего бужирования пищевода при его ожогах позволило снизить к нулю такое грозное осложнение, как рубцовый стеноз.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ, РОЖДЕННЫХ ОТ ЖЕНЩИН СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Мамбеткаримова М.С., Маджидова Ё.Н.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. В тесной связи с течением беременности и родов у больных эпилепсией находится вопрос о влиянии приступов и принимаемых противоэпилептических препаратов на плод и состояние новорожденного.

Цель исследования: изучить особенности неврологического статуса и нейросонографических показателей новорожденных у женщин с эпилепсией.

Материалы и методы. В основу ретроспективного и проспективного исследования были положены данные 25 беременных женщин с эпилепсией и рожденных от них детей. Подавляющее большинство женщин, включенных в исследование, были в возрасте до 30 лет – 82,3%, средний возраст составил $27,33 \pm 2,3$ лет. Длительность заболевания эпилепсией в исследуемой группе, составила в среднем $12,4 \pm 0,63$ лет. Возраст дебюта – $14,4 \pm 0,55$ лет. В работе использовались общепринятые клинические, неврологические и нейрофизиологические (НСГ) методы исследования новорожденных, рожденных от беременных с эпилепсией.

Все обследованные беременных были подготовлены эпилептологом к беременности и регулярно наблюдались совместно эпилептологом и акушером-гинекологом в процессе беременности.

Результаты исследования. Согласно полученным данным у 4% женщин с эпилепсией рождались недоношенные дети. В остальных случаях были рождены доношенные дети (96%). Одним из важных методов оценки состояния новорожденных является оценка по шкале Апгар. Так у новорожденных, рожденных от матерей с эпилепсией средний балл по данной шкале на 1-ой минуте составил $7,8 \pm 0,29$, на 5-ой минуте $8,2 \pm 0,33$. В 14% случаях отмечалось состояние легкой асфиксии, в 2% случаев – средняя тяжесть асфиксии. В остальных случаях 84% асфиксия не наблюдалась. Средний вес доношенных детей составил $3450,2 \pm 153,2$ гр, а недоношенных – $2233,3 \pm 218,3$ гр.

При сравнении показателей перинатальных исходов прослеживается высокая частота рождения новорожденных с задержкой внутриутробного развития (ЗВУР), поражением ЦНС и другие, особенно в группе женщин с эпилепсией, которые не были под наблюдением соответствующих специалистов. В результате частого развития у беременных с эпилепсией фетоплацентарной недостаточности (52%) наиболее частыми осложнениями со стороны плода являются: хроническая внутриутробная гипоксия – 40%, синдром ЗВРП — 12%. Гипоксические изменения нервной системы были выявлены у 28% новорожденных, рожденных от матерей с эпилепсией. Согласно нашим исследованиям у 10 (40%) обследованных детей выявлялись стигмы дизэмбриогенеза: гипертелоризм, короткопалость, гемангиома, низко расположенные ушные раковины, сходящееся косоглазие, паховая грыжа, короткая шея, дефект межпредсердной перегородки. Среди врожденных пороков развития у 8% новорожденных встречались: расщепление верхней губы и неба, пороки сердца (дефекты межжелудочковой перегородки), дефекты нервной трубки и мочеполовой системы. Микроаномалии в виде лицевого дизморфизма обнаружены у 4 новорожденных (10%). Они выявлены у новорожденных, матери которых принимали карбамазепин, вальпроаты, барбитураты.

Заключение. Таким образом, при выборе АЭП для терапии во время беременности необходимо учитывать относительный тератогенный потенциал АЭП (развитие врожденных аномалий и влияние на дальнейшее когнитивное развитие) и эффективность АЭП в отношении приступов во время беременности в зависимости от формы эпилепсии.

ПАРАМЕТРЫ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРИ ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКОМ ШОКЕ У ДЕТЕЙ

Матазимова Ш.И., Нурмухамедов Х.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: Септические состояния у детей раннего возраста остаются одной из постоянных проблем педиатрической реаниматологии и зачастую сопровождаются значительным изменениям. Современные достижения педиатрической науки, способствующие в последние десятилетия внедрению в клиническую практику новых методов диагностики, лечения и организационных форм перинатального обслуживания, позволили добиться значительных успехов в снижении ранней детской смертности. Однако эти достижения практически не повлияли, или оказали незначительное воздействие на уменьшение септических инфекций в структуре детской смертности

Более распространенный анализ и современное состояние проблемы бактериальных инфекций у детей раннего возраста, отраженные в большинстве исследований отечественных и зарубежных авторов указывают на возрастание удельного веса раннего сепсиса и инфекционно-токсического шока (ИТШ) в контексте детской заболеваемости и смертности

Целью исследования: Определение роли системных изменений, способствующих возникновению ИТШ при бронхолегочных заболеваниях (БЛЗ) у детей раннего возраста, с разработкой критериев современной диагностики и оптимальных режимов интенсивной и эфферентной терапии.

Материалы и методы: Исследование проведено у 38 детей (1-3 года) с установленным диагнозом ИТШ. Согласно методике проводимого лечения пациенты были разделены на 2 группы: 1- (20) контрольная группа, 2- (18) – группа сравнения. На этапах лечения (1,3,7 сутки) изучали уровень изменений электролитов (калий, натрий, кальций); изменения свертывающей системы крови (ССК); определение мочевины (Ur); параметры периферической (ПГ) и центральной (ЦГ) гемодинамики (ЭхоКГ); определение центрального венозного давления (ЦВД). Рассчитывали шоковый индекс (ШИ) по формуле ЧСС/АДсист. Для выяснения этиологии сепсиса проводили многопробное комплексное бактериологическое исследование крови, зева, мочи, кала.

Результаты и обсуждение: Пациентам 1 группы проводилось стандартное лечение сепсиса и ИТШ, детям 2 группы – комплексное лечение с коррекцией электролитного, белкового обменов, проведение энтеросорбции, плазмофереза (ЭКД), введение растворов ГЭК. В 1 группе больных, к 3 суткам после проведения стандартного лечения, отмечено повышение уровня калия – на 17,9%; натрия – на 8,37%; кальция – на 31,17%, когда к 5 суткам указанные значения возросли более значительно: калий – на 36,19%; натрий – на 22,98%; кальций – на 55,24%, что рассматривалось как нестабильное, требующее дополнительных методов коррекции.

Указанные показатели во 2 группе характеризовались повышением к 3 суткам исследований уровня калия – на 22,01%; натрия – на 2,28%; кальция – на 35,29% а к 5 суткам в данной группе выявлено более значительные положительные сдвиги: калий повысился на 41,41%; натрий – на 12,51%; кальций – на 51,17% от контрольных значений ($p < 0,05$). Во 2 группе 12 детям были проведены сеансы экстракорпоральной детоксикации (ЭКД), из которых в 3 случаях проведена только энтеросорбция (ЭС), в 9 – плазмоферез (ПФ). Данное обстоятельство было обусловлено тяжестью течения ИТШ, выраженностью клинических синдромов, отсутствием положительных сдвигов при проведении методов ИТ. Интоксикационный синдром у детей 1 группы развивался более прогрессивнее, обусловленный присутствием Гр.(-) УПФ. Во 2 группе применяемые методики ЭКД оказали более выраженный эффект, с нивелированием общих показателей гомеостаза уже на 3 сутки от поступления.

ВЫБОР РЕЖИМОВ ИВЛ У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ПРИ ОТУЧЕНИИ РЕБЕНКА ОТ АППАРАТА ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ

Маткурбонов Х. М, Юлдашева С.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: Респираторная поддержка необходима больному только до тех пор, пока его самостоятельное дыхание недостаточно или сопровождается слишком большими энергозатратами. Неоправданное продление искусственного дыхания ничего, кроме вреда, принести не может. Однако решить вопрос о своевременности прекращения искусственной вентиляции легких (ИВЛ), особенно длительной, не всегда просто. Пожалуй, второй по частоте ошибкой при проведении ИВЛ в клинической практике является преждевременное отключение респиратора. Выбор режимов ИВЛ при прекращении механической вентиляции у детей с различными заболеваниями легких является одним из актуальных задач интенсивной терапии.

Цель исследования: Выбор эффективных режимов вентиляции легких у детей с заболеваниями органов дыхания, при переводе на самостоятельное дыхание.

Материалы и методы исследования: В исследование включены 50 детей (26 мальчиков и 24 девочек) в возрасте от 2 мес. до 12 лет, находившихся на ИВЛ в результате заболеваний органов дыхания (ОРВИ, бронхопневмония) более 24 часов и потребовавших постепенного отлучения от аппарата. Исследовали функции дыхания кислотно-щелочное состояние (КЩС), сатурация кислорода (Sat.O_2), параметры периферической (артериальное давление систолическое (АДс), артериальное давление диастолическое (АДд), артериальное давление средне- динамическое (АД ср. динам), частота сердечных сокращение (ЧСС) и центральной (эхокардиография (ЭхоКГ)) гемодинамики.

Результаты и обсуждение: Перевод больных на самостоятельное дыхание сопровождался адаптационными изменениями показателей дыхательной системы и гемодинамики, максимально выраженными после экстубации.

Достоверной является разница в продолжительности отлучения от аппарат $(3,21 \pm 2$ дня в группе spontaneous intermittent mandatory ventilation (SIMV) против $2,75 \pm 1,34$ дня в группе biphasic positive airway pressure (BIPAP) ($p=0,05$). В группе SIMV частота развития эпизодов десинхронизации была больше (SIMV в среднем $3,75 \pm 1,04$ эпизода за сутки против $2,37 \pm 0,85$ эпизода в группе BIPAP, $p=0,03$).

В обеих группах встречались эпизоды непреднамеренной экстубации, которые, однако, не потребовали повторного перевода на ИВЛ. В группе SIMV двое пациентов в течении 24 ч после экстубации, в связи с нарастанием признаком дыхательной недостаточности были реинтубированы; именно срок их “отлучения” в общей сумме составил максимальное значения 9 дней, что, по всей вероятности, связан не с выбором режима вентиляции, а с неправильной оценкой готовности пациента к переводу на самостоятельное дыхания.

Выводы: Результаты исследования показывают, что, наиболее оптимальным режимом вентиляции легких у детей с заболеваниями органов дыхания, при переводе на самостоятельной дыхание является гиповентиляция в режиме SIMV. Данный режим позволяет без определенных сложностей экстубировать пациентов и добиться стабильного функционирования дыхательной системы, тем самым укорачивает сроки лечение детей в ОРИТ.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ СИНУСИТОВ У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

Матниёзова М. Р., Джалилов А.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Среди причин хронических заболеваний околоносовых пазух имеют значение незакончившиеся, недолеченные или нелеченые острые воспалительные процессы, особенно при нарушении дренажной функции пазух и при неблагоприятных условиях для их аэрации и оттока патологического секрета.

Цель исследования: изучить особенности течения синуситов на фоне ОРВИ у детей

Материалы и методы исследования: в основу исследования положены данные обследования 25 больных хроническими синуситами на фоне ОРВИ. 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: согласно данным анамнестического анализа было установлено, что в 92% случаях заболевание развилось на фоне ОРВИ, где в процесс в той или иной степени вовлекаются околоносовые пазухи.

Для выявления особенностей течения синуситов у детей в зависимости от возраста, дети были разделены на 2 группы: ранний и дошкольный возраст – от 2 до 7 лет (14 детей) и дети школьного возраста - от 7 до 14 лет (11 детей).

У детей раннего и дошкольного возраста общие симптомы заболевания были достаточно четко выражены. 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. При риноскопии определялись умеренно выраженная отечность слизистой оболочки носовых раковин, непостоянные выделения в среднем носовом ходе, у 57,1% они обнаруживались в носоглотке и на задней стенке глотки.

У детей старшего возраста клиническое течение хронического синусита мало отличается от такового у взрослых. Субъективные проявления выражены меньше, чем при остром синусите. Заболевание протекало длительно, с частыми обострениями (7-8 раз в год), без выраженных общих явлений и субъективных ощущений. 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. Субфебрильная температура наблюдалась всего лишь у 9,1% детей.

Заключение: Различия в протекании заболевания объясняются тем, что форма носовых пазух у детей несколько отличается от характерной для взрослого человека. Их формирование происходит постепенно и завершается приблизительно в возрасте семи лет.

ИЗМЕНЕНИЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ЯНЭК(ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ) В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕНЕЗА РАЗВИТИЯ

Матниезова Х.П., Кабулова А.У., Гулямова М.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: Одним из основных, наиболее важных объективных методов диагностики ЯНЭК является рентгенологическое обследование. На обзорных рентгенограммах можно увидеть характерные для ЯНЭК симптомы, которые наиболее часто обнаруживаемые у 55% больных уже в ранней стадии болезни.

Цель: Изучить изменения рентгенологических признаков язвенно-некротического энтероколита у новорожденных.

Материалы методы исследования: Под наблюдением находилось 32 новорожденных с ЯНЭК. Все новорожденные были разделены на 2 группы. I-группу составили 17(53,1%) новорожденных с ЯНЭК инфекционного генеза, а II-ю -15(46,8%) новорожденных с ЯНЭК гипоксического генеза.

Результаты исследования: Анализ частоты встречаемости рентгенологических признаков у новорожденных с ЯНЭК показал, что в I группе преобладающее значение имели пневматоз кишечных стенок (88,2%), расширение кишечных петель (70,5%), у 1/2 части новорожденных отмечался газ в воротной вене (52,9%). Немаловажное значение имели наличие неподвижной статичной петли кишки (41,1%), снижение пневматизации и неравномерное газонаполнение кишечных петель, которые встречались в 23,5% случаев.

Среди обследуемых же новорожденных во II-ой группе пневматоз кишечных стенок имело место в 86,6% случаев, расширение кишечных петель наблюдалось у -52,9%, газ в воротной вене у – 46,6%, снижение пневматизации и неравномерное газополнение кишечных петель у – 40%, наличие статичной петли - 29,4% случаев.

Выводы: Таким образом, анализ характеристики частоты встречаемости рентгенологических симптомов в группах исследования у новорожденных с ЯНЭК установило, что выявление изменений в рентгенологической картине является высокоинформативным методом исследования, позволяющим выявлять как ранние, так и более поздние стадии патологического процесса кишечника у новорожденного. Анализ их проявлений в зависимости от генеза развития показал, что у обследуемых новорожденных в I группе более характерными явились такие признаки как расширение кишечных петель, которые встречались на 17,6% чаще, на 11%, больше наличие статичной петли кишечника, чем у новорожденных II группы

Во II группе снижение пневматизации и неравномерное газополнение кишечных петель наблюдалось в 1,7 раза чаще, чем в I-ой и составило 40%.

ИСХОДЫ ЯНЭК(ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ) У НОВОРОЖДЕННЫХ С РАЗЛИЧНЫМ ГЕНЕЗОМ РАЗВИТИЯ

Матниезова Х.П., Амизян Н.М., Гулямова М.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: Частота встречаемости ЯНЭК у новорожденных наблюдается в 2-16% случаев в зависимости от гестационного возраста. Около 80% из них приходится на недоношенных детей с низкой массой тела при рождении. Показатель смертности значительно выше в группах недоношенных новорожденных и колеблется в пределах от 28 до 54%.

Цель: Изучить исходы ЯНЭК с различным генезом развития у новорожденных.

Материалы методы исследования: Под наблюдением находилось 32 новорожденных с ЯНЭК. Все новорожденные были разделены на 2 группы. I-группу составили 17(53,1%) новорожденных с ЯНЭК инфекционного генеза, а II-ю -15 (46,8%) новорожденных с ЯНЭК гипоксического генеза.

Результаты исследования: Среди обследуемых новорожденных наблюдались осложнения в виде перфорации, которые встречались с частотой 21,8%. При этом в I-ой группе их количество составило 17,6%, а во II-ой в 2 раза большее – 40%. Ситуация по осложнению перитонитом была практически идентичной и составило 31,2% случаев, причем во II группе 1,5 раза наблюдалось чаще, чем в I-ой и составило 40%. Новорожденные с перфорацией и перитонитом-10 детей были переведены в хирургическое отделение для оперативного лечения. В ОПН были переведены 68,7% новорожденных. 13 из них 76,4% были новорожденных из I группы, а 9 (60%) из II-ой группы. Из ОПН выписано 27 новорожденных, из них в I группе 15 (88,2%) детей, а во II-ой 12 (80%) новорожденных. Умерло 5 детей (15,6%), во II группе наблюдалось в 1,5 раза чаще и составило 20%, а в I группе 2 (11,7%) новорожденных.

Выводы: Таким образом, наиболее типичными осложнениями явились у новорожденных с ЯНЭК гипоксического генеза перфорация и перитонит, которые и встречались 2 и 1,5 раза чаще во II группе, чем в I ой. Новорожденных, переведенных в ОПН и выписанных домой в I группе было 1,2 и 1,4 раза больше, чем в II-ой. Переведенных в хирургическое отделение новорожденных из II группы наблюдалось в 2 раза чаще, чем в из I-ой.

ДИСКРЕТНО-БОЛЮСНАЯ ИНФУЗИЯ ФЕНТАНИЛА ПРИ ХЕЙЛО И УРАНОПЛАСТИКЕ

Матякубов Х. Ф., Нурмухамедов Х. К.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность. Распространенность комбинированной анестезии (КА) обусловлено ее эффективностью и определенной безопасностью для пациентов. Однако уже разработаны различные модификации КА, когда введение анестетиков формулируется позиционно, малыми и порционными дозами, в зависимости от необходимости дополнительного введения.

Дискретно-болюсная анестезия (ДБА) опиоидами, севофлураном и введение фентанила в практике хейло-уранопластике является наиболее применяемой, обусловленное травматическими моментами хирургической коррекции на наиболее васкуляризованных и иннерсированных участках полости рта. ДБА оправдана в педиатрической анестезии, у детей младшей и старшей возрастной группы.

Цель исследования: Определить изменение гемодинамических показателей при ДБА хейло-уранопластике у детей.

Материалы и методы: Исследование основано на анализе 50 анестезий, выполненных при хирургической пластике врожденных расщелин верхней губы, расщелины нёба у детей в возрасте от 3 мес до 5 лет. Продолжительность операций составляла 60-120 минут с объемом кровопотери, не превышающим 0,5% ОЦК. Премедикация была представлена атропином (0,1% 0,02мг/кг), кетамин (5% 2мг/кг), димедролом (1% 0,01мг/кг). Всем пациентам проводилась ингаляционная индукция газовой смесью: кислород (1:1) и севофлуран (5 об%). В индукции внутривенно-струйно вводили фентанил (5мкг/кг) и недеполяризующий миорелаксант, а через 30 мин от первого введения повторяли внутривенное болюсное введение фентанила (2 мкг/кг). ИВЛ проводили в режиме нормовентиляции ($p\text{CO}_2$ 35-39 мм рт.ст.). Инфузионная терапия представлена введением кристаллоидов (20-25 мл/кг/час). В поддержании анестезии использовали севофлуран (2,5 об%). Интраоперационный мониторинг включал: ЭКГ, пульсоксиметрию (SatO_2), определение периферической (артериальное давление систолический (АДс), артериальное давление диастолический (АДд), артериальное давление средне-динамический (АДср.дин), частота сердечных сокращений (ЧСС)) и центральной (эхокардиограмма (ЭхоКГ)) гемодинамики.

Результаты и обсуждение: Анализ данных через 15-20 минут от первоначального введения фентанила при ДБА, полученных после кожного разреза, показал, что ЧСС снижалась на 5,1%, повышение АД с. составляло 3,2%, АД д. – 3,8%, АД ср. – 3,6%. Ударный объем увеличивался на 3,7%, сердечный выброс снижался на 1,5%. Отсутствие двигательной реакции, реакции зрачков и изменение гемодинамических показателей в пределах 10% соответствовали адекватности проводимой анестезии. Гемодинамические показатели, полученные через 30 минут после кожного разреза, в сравнении с показателями, полученными после первоначального введения фентанила, были следующими: ЧСС снижалась на 5%, АД с. повысилось на 4,9%, АД д. – на 3,6%, значения АД ср. увеличилось на 4,5%. Ударный объем увеличивался на 0,5%, сердечный выброс – на 5,6%. Динамика показателей в пределах 10% от первоначальных данных, отсутствие статистически значимых различий свидетельствовали о стабильном течении анестезиологического пособия.

Вывод: Полученные результаты свидетельствовали о том, что введение фентанила в виде ДБА в дозе 5 мкг/кг/час эффективно обеспечивает гладкую течению анестезии, стабилизация гемодинамических показателей.

РЕСПИРАТОРНАЯ ТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ ПАРЕНХИМАТОЗНОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Махамбетов И.Ж., Юлдашева С.А.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность: Интенсивная терапия у детей с острой паренхиматозной дыхательной недостаточности ставят перед врачами интенсивной терапии весьма сложных задач. Анализ результатов инвазивного и неинвазивного мониторинга гемодинамики у детей после высокочастотной струйной ИВЛ показывает, что поддержание положительного давления в конце выдоха (ПДКВ) и исключения объемной перегрузки является основой ведения пациентов с ОДН. Кроме того, во многих исследованиях и литературах указано преимущества применения положительного давления в конце выдоха (ПДКВ) ИВЛ для лечения и респираторной поддержки у детей с ОДН.

Целью исследования: усовершенствование методов интенсивной терапии острой паренхиматозной дыхательной недостаточности, изучить влияние режима ПДКВ на центральную гемодинамику.

Материалы и методы: Обследовано 20 детей (1-5 мес.) находящихся в отделении детской реанимации, с паренхиматозной ОДН различной этиологии (тяжелая пневмония, аспирация легкое, травматическое повреждение легкого) у которых проводилась принудительно-вспомогательный режим в качестве респираторной терапии. Из них 13 (65%) были мальчики, 7 (35%) – девочки. Все пациенты были разделены на 2 группы: 1-группа 12 (60%) - дети с ОДН без сердечно-сосудистых нарушений (ССН), 2-группа 8 (40%) – с ОДН осложненной I-степенью ССН. Состояния детей изучали после механической вентиляции легких по показателям центральной: Эхокардиография (ЭхоКГ), и периферической гемодинамики: артериальное давление систолический (АДс), артериальное давление диастолический (АДд), артериальное давление средний динамический (АДср. д.), частота сердечных сокращений (ЧСС), сатурация кислорода (SatO₂), центральное венозное давление (ЦВД), температура тела (t⁰), рентгенография.

Результаты и обсуждение: Всем больным в раннем периоде проводили искусственную вентиляцию легких (ИВЛ). При этом если продолжительность ИВЛ в Synchronized Intermittent Mandatory Ventilation (SIMV) режиме. При этом параметры ИВЛ были VT 10 мл/кг, PIP-17 л/мин, пауза вдоха-0,5 сек, PSV-12 см вод.ст., чувств. триггер-3 см вод.ст., FiO₂-45%, РЕЕР (ПДКВ)-5 см вод.ст., у 1 группы ограничивалось 2-дней часами, то во 2 ой группе в Pressure Control Ventilation (PCV) режиме, VT-8-мл/кг, PIP-10 л/мин, пауза вдоха-0,4 сек, PSV-10 см вод.ст., чувств. триггер-5 см вод.ст., FiO₂-60%, РЕЕР-3 см вод.ст., ее длительность в зависимости от выраженности развития ССН составила 2 дней.

После проведенного лечения у пациентов 1-й группы: АДс-90 мм рт. ст., АДд-50 мм рт. ст., АДср-63 мм рт.ст., ЦВД-7 см. вод.ст., SatO₂-98%, снизилась легочная сосудистая сопротивляемость и нормализовались фракционные индексы сердца (ФИ) до 70-80 мл., а у детей 2-й группы: АДс-80 мм рт. ст., АДд-50 мм рт. ст., АДср-60 мм рт.ст., ЦВД-9 см. вод.ст., SatO₂-96%, снизилась легочная сосудистая сопротивляемость и нормализовались фракционные индексы сердца (ФИ) до 60-70 мл.

Вывод: Предлагаемая методика клинического ведения детей с острой паренхиматозной дыхательной недостаточностью, осложненной и неосложненной ССН, снижает высокую давления в малом круге кровообращения на 3-сутки до 22%, устраняет нарушения центральной гемодинамики и тем самым укорачивает сроки лечения в отделении интенсивной терапии, снижает летальность детей.

ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИКИ И ВЕГЕТАТИВНОГО БАЛАНСА В ПЕРИОД ИНДУКЦИИ В НАРКОЗ ПРИ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ

Махмудов А.С. , Юсупов А.С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Наиболее ответственным периодом анестезии при абдоминальных операциях у детей является начальный его этап – индукция. Данный период требует многомерных исследований показателей жизнеобеспечения, среди которых гемодинамические данные и уровень вегетативного статуса определяет синхронное состояние пациента, готовность гомеостаза к предшествующим изменениям. Главной задачей индукции является регуляция гемодинамических параметров и вегетотонуса, отмечаемые своеобразным параметром стабильности состояния пациента, предоставляющие возможность продолжения основных этапов наркоза.

Цель исследования: Изучение изменений показателей гемодинамики и вегетативного статуса в период индукции в наркоз при абдоминальных операциях у детей.

Материалы и методы: Исследование проведено у 39 детей в возрасте 3-14 лет при абдоминальных операциях по поводу долихосигмы, кишечной непроходимости, аппендицита, грыжи белой линии живота. Пациенты были разделены на 2 группы: В первой группе больных (20) применялась методика введения кетамина (5 мг/кг) и пропофола (2,5 мг/кг); Во второй группе (19) больных применялась методика введения фентанила (5 мкг/кг) и пропофола (2,5 мг/кг). Изучали показатели центральной гемодинамики методом ЭхоКГ, кардиоинтервалографии – методом ЭКГ и клиническое исследование с мониторингом показателей АДс, АДд, АД ср., ЧСС, на всех этапах анестезиологического пособия.

Результаты и обсуждение: Результаты проведенных исследований показали, что показатели гемодинамики характеризовались лабильностью с определенной тенденцией к повышению уровня: АДс – на 18%; АДд – на 20%; АДср. – на 14% от исходных данных у детей 1 гр. У пациентов 2 гр. отмечено изменение показателей центральной гемодинамики - повышение сердечного индекса (СИ) на 8%; общего периферического сопротивления (ОПСС) – на 14%, Определенные изменения не изменили тактику ведения анестезиологического обеспечения. Однако течение основного этапа наркоза у пациентов 1 гр. характеризовалось относительным подъемом АДс (в среднем на 22%), купированное введением дополнительной дозы фентанила (1/2 часть от основной) и проведения гемодилюции. Данное состояние было выявлено у детей с продолжительным течением операции, травматичностью и относительной кровоточивостью. У больных первой группы наблюдалось относительное большее повышение симпатической активности регуляции ритма сердца. У пациентов обеих групп выход из состояния наркоза характеризовался своевременным пробуждением. Но у детей 2 гр., в раннем послеоперационном периоде наблюдалась тошнота и однократная рвота.

Вывод: Таким образом, период индукции, являясь ответственным периодом анестезиологического пособия, выявляет существенную информацию гемодинамических параметров и вегетотонуса, изменения которых влияют на последующие этапы анестезии.

КЛИНИЧЕСКИЕ И БИОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕНОТИПА HCV

Махмудов Д.Л., Таджиев Б.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: По данным ВОЗ, на сегодняшний день в мире насчитывается около 170 млн. инфицированных вирусом гепатита С. В Узбекистане, по данным за 2010 год, показатель заболеваемости населения составил 34,3 на 100 тыс. населения, а среди детей – 1,84 на 100 тыс. Инфекция, вызываемая вирусом гепатита С, является одной из главных причин хронических заболеваний печени. Вирусные гепатиты занимают одно из ведущих мест в инфекционной патологии человека. В последнее время проводятся исследования по изучению связи между степенью синдрома цитолиза (по уровню аминотрансфераз) и степенью вирусной нагрузки и исходами заболевания у больных детей хроническим вирусным гепатитом С.

Целью явилось изучение особенностей течения хронического гепатита С у детей с различными генотипами вируса и определение связи между степенью вирусной нагрузки и степенью синдрома цитолиза.

Результаты: Исследование проводилось на базе НИИ Вирусологии г.Ташкента, было обследовано клинически, биохимически и вирусологически 28 детей с хроническим гепатитом С (ХГС). Уровень вирусной нагрузки определялся методом количественной ПЦР в режиме реального времени. По результатам обследования на генотипы вируса все дети были разделены на 2 группы: 1 группа составили больные с «1» генотипом 28(64,2%), 2 группа больные с «не 1» генотипом 18(55,6%). Вирусная нагрузка среднего уровня у детей с «1» генотипом была в 1,3 раза ниже, а высокий уровень вирусной нагрузки встречался реже, чем у лиц с «не 1» генотипом ($1,3 \times 10^6$ и $1,8 \times 10^6$ МЕ/мл, соответственно). Была установлена прямая высокая корреляционная связь значений аланинаминотрансферазы (АЛТ) и уровня вирусной нагрузки ($r = +0,7$). Максимальный уровень вирусной нагрузки, с превышением активности АЛТ в 3-5 и более норм, наблюдался у 68% больных, низкий уровень – у 76% (активность АЛТ не более 2 норм), умеренный (активность АЛТ в пределах 2–3 норм) – у 52,6% обследованных. У 57,1% больных с «1» генотипом HCV отмечен высокий уровень виремии, а у 40% пациентов – умеренный, с активностью АЛТ, превышающей норму в 3 и более раз.

Выводы: У детей хронический гепатит С протекает, как правило, с умеренно выраженным цитолитическим синдромом и высокой или умеренной степенью вирусной нагрузки. При «не 1» генотипе HCV уровень вирусной нагрузки несколько выше, чем при «1» генотипе вируса. Выраженность цитолитического синдрома прямо зависит от степени виремии. У пациентов с высоким уровнем виремии активность АЛТ значительно выше, чем у больных с минимально повышенным уровнем АЛТ.

КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОЛОНГИРОВАННОЙ ЖЕЛТУХИ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Махсудова Г.Х., Каримова М. Н

Тошкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность проблемы. Неонатальная желтуха занимает ведущее место в структуре гипербилирубинемий у детей. Её частота у доношенных новорожденных составляет 32-86%, а среди недоношенных - 90-95%. В последние годы отмечается тенденция к увеличению частоты так называемых «затянувшихся желтух», длительность которых превышает 4 недели. Прогноз затянувшихся желтух зависит от своевременности диагностики и проведения адекватной терапии.

Цель исследования: Изучить клинико-биохимические показатели при пролонгированной желтухе различного генеза у доношенных новорожденных.

Материал и методы исследования. Обследовано 47 новорожденных с гипербилирубинемией со сроками гестации от 37-40 недель, находившихся в отделении патологии новорожденных ГКДБ №1 г. Ташкента. Проведен анализ течения беременности, оценка соматического статуса у ребенка и контроль уровня билирубина в динамике. Во всех случаях желтуха имела признаки патологической, длилась более 3 недель. В то же время гемолитический, механический и паренхиматозный характер желтухи был исключен в ходе наблюдения за детьми. Все дети родились после 37-й недели гестации, масса тела при рождении была в пределах 2800-4200 г, рост - 48-52 см, оценка по шкале Апгар - не менее 7-8 балла. Диагноз основывался на результатах клинико-лабораторного анализа: определения активности трансаминаз и щелочной фосфатазы, содержания, билирубина, общий белок и белковые фракции.

Результаты и обсуждение. К критериям патологии течения желтушного синдрома были отнесены следующие признаки: раннее появление (до 24 часов жизни) или более позднее (после 3-4-х суток) нарастание желтухи, длительное течение гипербилирубинемии (более 3-х недель), увеличение концентрации общего билирубина в крови (более 256 мкмоль/л у доношенных и более 171 мкмоль/л у недоношенных), относительное увеличение прямой фракции билирубина крови - более 15%. Одним из основных проявлений пролонгированной желтухи у новорожденных является интоксикация организма (ИТ). Средние значения ИТ в основной и контрольной группах отличались в 4раза. В основную группу включены 29 детей с ИТ $0,248 \pm 0,123$, в контрольную - 18 детей с ИТ $0,056 \pm 0,033$. Средний уровень билирубина составил у детей основной группы $274,45 \pm 72,4$ мкмоль/л, контрольной - $155,8 \pm 76,77$ мкмоль/л. У детей контрольной группы при пролонгированной желтухе новорожденных достаточная билирубинсвязывающая способность альбумина сохранена, поэтому не было выявлено различий между детьми с высокой и низкой степенью гипербилирубинемии (билирубин находится в комплексе с альбумином и не является токсичным). У детей основной группы со сниженной билирубинсвязывающей способностью альбумина уровень, а значит, и токсичность билирубина находятся в обратной зависимости - чем ниже билирубинсвязывающая способность альбумина, тем выше уровень билирубина.

Выводы. Таким образом, гипербилирубинемия в неонатальном периоде может быть одним из ранних признаков тяжелой врожденной или перинатальной патологии, неблагоприятно влияющей на жизнь и здоровье ребенка. Тщательное клиническое наблюдение за новорожденными с желтухой способствуют своевременной диагностике, эффективной профилактике и лечению многих заболеваний.

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ СПОРТСМЕНОК ЗАНИМАЮЩИХСЯ РЕГБИ И ФУТБОЛОМ

Усмоналиева Н.Ш. Машарипова Ю.К.

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования: изучение механизмов и степени влияния значительных физических нагрузок у спортсменок на состояние менструальной функции.

Материалы исследования: Нами обследованы девушки спортсменки сборных команд Узбекистана по регби и футболу. Основную группу составили 45 членов команды, спортивный стаж которых от 5 до 10 лет. Спортсменки обследуемой группы тренировались ежедневно от 2,5-4 часов, что составило в среднем 18,5-20 часов в неделю. Контрольную группу составили 45 девушек с активным двигательным режимом (физическая нагрузка не более 4-х часов в неделю), не занимающиеся в спортивных секциях. Все обследованные нами девушки были в возрасте от 17-24 лет. Материально-бытовые условия у всех обследованных были удовлетворительными. Наследственность не отягощена.

Методы исследования : сбор анамнеза (анализ проведенного анкетирования), физическое развитие оценивали по методу антропометрических стандартов, оценка полового развития по Ставицкой А.Б. и Арон Д.Н., оценка гирсутизма по D.Ferriman-J.D.Gallway, измерение параметров костного таза, метод измерения базальной температуры. Определение тестостерона в сыворотке крови спортсменок и девушек контрольной группы проводились в постменструальный период в начале первой фазы менструального цикла до максимальных физических нагрузок и через 5 минут после их окончания. Ультразвуковое исследование матки и придатков. Велась статистическая обработка данных с использованием прикладных программ Microsoft Office(Word, Excel), Statistica for Windows.

Результаты исследования: из общего числа обследованных спортсменок нарушение менструальной функции (МФ) выявлено у 23 (51,1%), с нормальной менструацией у 22(48,8%). Из анамнеза установлено, что из гинекологических заболеваний у обследуемых девушек имели место воспаления придатков матки, дисфункциональные маточные кровотечения. Регистрация минимального гирсутизма по D.Ferriman-J.D.Gallway (признаки андрогенизации кожи и ее придатков) у спортсменок составляет 38%, в контрольной группе 3%. Маскулинизация в основной группе наблюдалась у 21 (46,6%) спортсменок, у них же зафиксировано повышение уровня тестостерона в крови. При анализе особенностей становления менструальной функции, что в группе спортсменок отмечается значительно выше частота позднего менархе (в 4 раза), чем в контрольной группе. В группе спортсменок с нарушенной менструальной функцией из расстройств МФ были олиго-опсоменарея у 16 спортсменок, полипройоменорея у 8 спортсменок. В основной группе у спортсменок с нарушенной МФ у 9 (20%) обнаружены гипоплазия матки, у 3(6,66%) поликистоз яичников.

Заключение: выявлена достоверная зависимость частоты нарушений МФ от фактора, характеризующего продолжительность еженедельных и ежедневных нагрузок. Предложен обязательный скрининг-контроль, который позволит выявить группы риска по развитию нарушений МФ. Совершенствование тренировочного процесса с учетом фазы менструального цикла, с целью построения индивидуальных тренировочных микроциклов, обязательным условием является проведение тренировочных занятий в оптимальном временном режиме-до 13 час. в неделю. Эти мероприятия позволят провести своевременную реабилитационную терапию на фоне постепенно снижающихся нагрузок до полного восстановления МФ.

ВНУТРИЧЕРЕПНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ДЕТЕЙ
Мирзаева Д.Д., Садикова Г.К.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Гипертензионный синдром является одним из распространенных диагнозов в детской неврологии и может сопровождать различные поражения нервной системы, нарушение мозгового кровообращения или опухоли головного мозга.

Цель исследования: обосновать этиопатогенетические особенности внутричерепной гипертензии у детей по данным отечественных и зарубежных научных исследований.

Материалы и методы исследования: объектом исследования явились литературные источники научных публикаций в неврологии, касающиеся внутричерепной гипертензии у детей за последние 10 лет.

Результаты исследования: несмотря на многообразие заболеваний, приводящих к повышению внутричерепного давления, гипертензионный синдром обладает характерными неврологическими особенностями, позволяющими выделить его в общей клинической картине основного заболевания. Основное проявление гипертензионного синдрома — головная боль. Она возникает в результате раздражения ветвей тройничного и блуждающего нервов, рецепторов мягкой оболочки, вен, синусов головного мозга. Она обычно сопровождается рвотой, возникающей внезапно, вне связи с приемом пищи. Патогенетически механизм рвоты объясняется раздражением рвотного центра и вестибулярного анализатора из-за резкого повышения внутричерепного давления.

Внутричерепная гипертензия быстро приводит к астенизации нервной системы и эмоциональным нарушениям. Часто отмечается общая вялость, безынициативность, снижение памяти, внимания, работоспособности, успеваемости. На этом фоне у детей нередко возникают приступы расторможенности, психомоторного возбуждения. У многих нарушается сон. Замечено, что при гипертензионном синдроме дети предпочитают спать на высокой подушке. У маленьких детей симптомокомплекс повышения внутричерепного давления проявляется общим беспокойством, вскрикиваниями, выбуханиями большого родничка, рвотой. Среди причин, приводящих к развитию гипертензионного синдрома, особого внимания заслуживают последствия воспалительных заболеваний головного мозга и его оболочек, а также черепно-мозговая травма. Такие больные составляют 15% на приеме у детских невропатологов. У детей, перенесших поражения ЦНС в родах, гипертензионный синдром часто носит транзиторный (преходящий) характер. Это связано с тем, что в его основе нередко лежат функциональные нарушения ликвородинамики с дисфункцией ликворопродуцирующих систем вследствие гипоксического воздействия, сочетающегося с родовым стрессом. По мере восстановления циркуляции мозгового кровообращения, созревания резорбирующих систем, исчезновения отека происходят нормализация ликвородинамики, стабилизация, а затем и обратное развитие гипертензионного синдрома.

В диагностике гипертензионного синдрома наряду общеклиническими исследованиями ведущую роль играют отоневрологическое обследование. Важную роль в диагностике гипертензионного синдрома играет исследование глазного дна. Исследованию глазного дна принадлежит ведущая роль в динамическом наблюдении за больными с гипертензионным синдромом. Следует отметить, что у ряда больных синдром внутричерепной гипертензии в начальной стадии протекает латентно и первым его признаком нередко оказывается отек дисков зрительных нервов, выявленный при профилактическом осмотре.

Выводы. Гипертензионный синдром — может носить функциональный характер или быть проявлением серьезных заболеваний, поэтому при появлении первых его признаков необходимо срочное обследование ребенка для установления причины гипертензии и проведения необходимых лечебных мероприятий в стационаре.

УРОВЕНЬ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ 5-8 ЛЕТ

Миродилов А.М., Махкамова Ф.Т.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

В настоящее время кариес зубов остаётся ведущей стоматологической проблемой детского возраста. Особую значимость профилактические мероприятия приобретают в период прорезывания и минерализации постоянных зубов у детей.

Европейским региональным бюро ВОЗ разработан программный документ «Здоровье 21 - здоровье для всех в XXI столетии». В нем представлены Европейские цели стоматологического здоровья детей, которые должны быть достигнуты к 2020г., в том числе: свыше 80% 6 - летних детей должны иметь интактные зубы, при этом среднее значение индекса КПУ временных зубов не должно превышать 2,0. Первые постоянные моляры прорезываются в возрасте 6-7 лет. Эти зубы наиболее подвержены активной кариозной атаке.

Цель исследования. Провести анализ результатов изучения заболеваемости кариесом временных и постоянных зубов, определения уровня гигиенического состояния полости рта у детей 5-8 лет.

Материалы и методы исследования. Были обследовано 45 детей в возрасте от 5 до 8 лет поликлинике при ТашПМИ. Дети были распределены на 2 группы: 1-я группа – дети возрастом 5-7 лет (45 детей), 2-я – 7-8 лет (40 детей). Изучали показатели распространённости кариеса отдельно временных и постоянных зубов, фиссурного кариеса первых постоянных моляров с помощью индекса ИКП. Определяли индивидуальный уровень интенсивности кариеса зубов с помощью индекса УИК по Леусу П.А. (1990). При первичном осмотре у каждого ребёнка определяли уровень индивидуальной гигиены полости рта с использованием индексов Грина-Вермиллиона и Фёдорова-Володкиной.

Результаты исследований и их обсуждение. Показатели распространённости кариеса временных и постоянных зубов: 1-я группа - 86,1% (22 ребёнка), 2-я - 86,8% (17 детей), что свидетельствует о массовой заболеваемости по оценке ВОЗ. Распространённость фиссурного кариеса у детей имеет выраженную тенденцию к увеличению с возрастом: в возрасте 5-7 лет составила 27,8%, 7-8 лет - 54,7%, доминирующим оказалось поражение жевательных поверхностей: 1-я группа – 88%, 2-я – 89%.

Сравнительный анализ результатов исследования индекса ИКП показал у 5-7 летних детей он составила $3,18 \pm 0,28$ и оценивается как средний, у 7-8 летних - $3,77 \pm 0,19$ (средний). При этом индивидуальный уровень интенсивности кариеса (по Леусу) имел тенденцию к уменьшению и составил в 1-ой группе - $0,84 \pm 0,08$ (характеризуется как высокий уровень), во 2-ой группе - $0,70 \pm 0,04$ (что также характеризуется как высокий уровень).

Интенсивность кариозного процесса (КПУ+кп) в 1-ой группе составила $4,70 \pm 0,31$ и характеризуется как высокий уровень интенсивности, во 2-ой группе определён средний уровень интенсивности кариозного процесса, который составил - $3,90 \pm 0,27$. Анализ гигиены полости рта по индексу Грина-Вермиллиона выявил преобладание средних и высоких значений индекса во всех группах, а полученные средние показатели ИГР-У составили $0,85 \pm 0,06$ (1-я группа), $1,09 \pm 0,07$ (2-я), что определяется как удовлетворительный уровень гигиены. Значения индекса гигиены по Фёдорову-Володкиной составили в среднем в первой группе $1,83 \pm 0,07$, во второй - $1,98 \pm 0,07$ и также характеризовали удовлетворительный уход за полостью рта.

Результаты исследования позволяют сделать вывод, что треть детей в возрасте 5-7 лет имеет кариозное поражение постоянных зубов с преимущественным поражением жевательных поверхностей. Во всех возрастных группах было выявлено удовлетворительное гигиеническое состояние полости рта.

ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Мубораков К.Х., Шамансурова Э.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. В настоящее время известно, что проведение специальных восстанавливающих занятий значительно снижает вероятность повторного инфаркта миокарда, укорачивает длительность восстановительного периода и в целом способствует повышению уровня толерантности и функциональному восстановлению здоровья и сил человека, перенесшего инфаркт миокарда.

Цель исследования. Оценить физическую реабилитацию больных, перенесших инфаркт миокарда.

Материалы и методы исследования: в основу исследования положены данные обследования 30 больных, перенесших инфаркт миокарда в возрасте от 36 до 65 лет. Все пациенты, вошедшие в данное исследование, до и после лечения были опрошены с помощью тест ходьбы в течение 6 мин. Реабилитационная программа больных состоящей из 15 человек (основная группа), включала: режим: щадящий (I), щадяще-тренирующий (II) или тренирующий (III) в зависимости от состояния больного. Группу сравнения составили 15 пациентов, в комплекс лечения которых не включалась физическая реабилитация.

Результаты исследования: в настоящее время для выбора адекватных физических нагрузок пациентам с ИБС, перенесшим ИМ используется тест ходьбы в течение 6 мин., соответствующий субмаксимальной физической нагрузке. В большинстве случаев у больных перенесших ИМ отмечалась 1 и 2 ФК по NYHA. Так 13,3% больных, перенесших ИМ за 6 минут прошли в среднем $570 \pm 4,5$ м, потребление кислорода составила в среднем $23,9 \pm 1,6$ мл/кг*мин, что соответствовало 0 степени ФК по NYHA. 50% больных, перенесших ИМ за 6 минут прошли в среднем $488 \pm 3,4$ м, потребление кислорода у них в среднем составила $20,1 \pm 1,8$ мл/кг*мин, полученные данные соответствовали 1 степени ФК по NYHA. У 30% пациентов параметры полученные при 6 минутной ходьбе соответствовали 2 степени ФК по NYHA, так у них дистанция в среднем составила $363 \pm 3,9$ м при этом потребление кислорода составило $16,1 \pm 1,2$ мл/кг*мин. У 6,7% была зарегистрирована 3 степень ФК по NYHA их дистанция в среднем составила $289 \pm 2,4$ м, а потребление кислорода – $13,8 \pm 1,1$ мл/кг*мин. 4 степень ФК по NYHA в нашем исследовании не встречалась. После предложенной физической реабилитации через 3 месяца нами был проведен повторный тест 6-минутной ходьбы. Наблюдается достоверная положительная динамика при проведении теста 6 минутной ходьбы в процессе предложенной физической нагрузки, что является залогом возврата больного к нормальной жизни.

У пациентов основной группы полностью прекратились приступы стенокардии (100%), снизился уровень общего холестерина крови (73,3%), улучшилась функция сердечной мышцы (100%); при одновременном соблюдении умеренности в еде снизилась масса тела (60%), увеличилась общая устойчивость к нагрузкам (100%). При изучении данных параметров в группе сравнения выявлены достоверные отличия, так полное прекращение приступов стенокардии наблюдалось всего лишь у 13,3%, у 26,7% сократилось число приступов. У 53,3% снизился уровень общего холестерина крови, улучшилась функция сердечной мышцы (26,7%). Масса тела снизилась у 6,7%. У 33,3% пациентов увеличилась общая устойчивость к нагрузкам.

Заключение. Таким образом, доказана эффективность проведения реабилитационных мероприятий с включением физической реабилитации у пациентов, перенесших инфаркт миокарда.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕВРОТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ЗАИКАНИЯ

Муминова У.Х., Абдуллаева В.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Заикание - это нарушение темпа, ритма и плавности речи, в связи с судорожным состоянием мышц речевого аппарата. Возникает заикание в период формирования речевой функции (2-6 лет). Распространенность заикания 0,7% среди школьников (Власова Н.А., 2002). Среди детей, включая дошкольников, заикание встречается в 2% от общего числа детей (Т.Б.Филичева, 2003). У мальчиков заикание встречается в 2-3 раза чаще, чем у девочек. Это обусловлено тем, что моторные функции и речевые артикуляции у них формируются раньше, и считается, что речедвигательные механизмы у девочек более устойчивые к экзогенным вредоносным влияниям. Проблема адаптации детей с заиканием к трудным речевым ситуациям остается одной из наиболее сложных и решается методами психотерапевтического воздействия на основе комплексного метода устранения заикания (Шкловский, 2005). Актуальность исследования продиктована необходимостью адаптации таких детей к трудным речевым ситуациям, а эта проблема является наиболее сложной в реабилитации людей с подобным расстройством.

Цель и задачи исследования - разработка комплексных методов лечения заикания (психотерапия, логопедическая работа.)

Материал и методы исследования. Было обследовано 20 детей, страдающих невротической формой заикания в возрасте от 6 до 14 лет. Из них мальчиков было 12, девочек-8. Были использованы клиничко-психопатологический и психологический (вопросник Каттелла, адаптированного А.Ю. Панасюком) методы исследования.

Результаты исследования и обсуждение. Возникновение речевого нарушения у детей происходило на фоне общих невротических расстройств, резко усиливающихся с появлением заикания. При этом, чем старше ребенок, тем больше у него выявлялось осознание своего речевого дефекта. Стойкие психопатологические расстройства в виде логофобии возникали у детей лишь в пре- или пубертатном возрасте (11-14 лет) в связи с патологической личностной реакцией на речевой дефект что соответствовало данным других авторов (Ковалёв В.В, 1998, Власова Н.А., Беккер К.П., 1993). При психологическом обследовании выявлены такие факторы как возбудимость, недостаточный контроль за поведением, робость, застенчивость, сензитивность, чувство вины и неуверенность в себе. При лечении детей, страдающих заиканием, были использованы 3 принципа: комплексный подход (медикаментозная терапия, логопедическая работа, психотерапия), индивидуальный подход и этапность.

В результате проведенного лечения невротической формы заикания полное выздоровление констатировалось у 70% больных, стойкое улучшение речи у 5 больных (27%), незначительное улучшения речи у 1 больного (3%).

Выводы. Таким образом, при лечении невротической формы заикания необходимо полное психологическое обследование больных. При проведении терапевтических мероприятий используется 3 принципа: комплексный подход (медикаментозная терапия, логопедическая работа, психотерапия), индивидуальный подход и этапность. Ведущим методом лечения больных невротической формой заикания является психотерапия. При лечении детей с невротической формой заикания психотерапия должна быть комплексной (т.е. включать в себя методы суггестивной, рациональной, игровой психотерапии, сочетается с аутогенной тренировкой и логопедическими занятиями).

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НА ФОНЕ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Мурадова Д.А., Гаффарова Ф.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Гипертоническая болезнь (ГБ) — распространенное во всем цивилизованном мире заболевание сердечно-сосудистой системы. Распространенность ГБ в Узбекистане составляет до 40% среди всего взрослого населения. При этом, из них лечатся лишь около 41% и только у 19% достигается целевой уровень артериального давления (АД). Отсутствие контроля АД влечет за собой высокую частоту развития сердечно-сосудистых осложнений и смерти среди пациентов с ГБ. Проведенные ранее исследования подтвердил, что вероятность развития ишемической болезни сердца (ИБС) находится в прямой линейной зависимости от уровня как систолического (САД), так и диастолического (ДАД) АД. Стабильная стенокардия (СС) — наиболее распространенная клиническая форма ишемической болезни сердца.

Цель исследования: изучить особенности течения гипертонической болезни на фоне стабильной стенокардии.

Материалы и методы исследования: Обследованы 40 больных с АГ и сопутствующей СС, пролеченных в отделении кардиологии 7-городской клинической больнице. Среди обследованных больных мужчин было 24, женщин — 16. В возраст 40-65 лет. Всем больным проводили общеклинические, лабораторные и инструментальные методы исследования.

Результаты исследования. Давность заболевания ГБ составила от 5 года до 15 лет ($11,5 \pm 0,12$ лет), тогда как манифест СС составил от 1 года до 5 лет ($3,2 \pm 0,08$ лет). У 45% больных выявлено наличие ожирения ($ИМТ \geq 30$ кг/м²), а у 60,0% окружность талии превышала норму, соответствующую полу; 75% пациентов имели повышенный уровень общего холестерина, 77,5% — повышенный уровень холестерина липопротеидов низкой плотности, 40% — низкое содержание холестерина липопротеидов высокой плотности, 45% — повышенный уровень триглицеридов, 17,5% — курили, 7,5% — регулярно употребляли алкоголь. Сахарный диабет и коронарная болезнь сердца были диагностированы у 12,5% и 16% участников исследования соответственно. Признаки нарушения функции почек, определяемые по уровню креатинина, имели 12,5% больных и у 7,5% отмечалась протеинурия или микроальбуминурия.

При изучении степени артериальной гипертензии (АГ) нами было установлено, что у пациентов с ГБ и сопутствующей СС в большинстве случаев наблюдается I и II степень (75%), III степень встречалась всего в 25% от всех обследованных больных.

Согласно распределения больных по группам в зависимости от степени АГ были получены следующие результаты: в I группе - I степень была зарегистрирована у 7 пациентов, II степень — у 8 больных и III степень - у 5 больных, во II группе были получены практически аналогичные данные (АГ I степени - у 8, II — у 7, III степени — у 5).

При изучении функционального класса (ФК) стенокардии напряжения нами было установлено, что у больных с ГБ с сопутствующей СС наиболее часто (75%) регистрируется II и III ФК. При осмотре, пальпации и перкуссии сердца у 62,5% больных ГБ при сопутствующей СС, выявляется смещение верхушечного толчка и левой границы сердца влево, обусловленное умеренным расширением полости левого желудочка. В остальных случаях границы сердца были не изменены.

Выводы: на основании анализа полученных данных установлено, что гипертоническая болезнь способствует более быстрому развитию и тяжелому течению атеросклероза и возникновению опасных для жизни осложнений, а вероятность развития ишемической болезни сердца находится в прямой линейной зависимости от уровня как систолического, так и диастолического АД.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Муртазина И.В., Кошанова Г.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность проблемы: Ведущее место среди заболеваний детей раннего возраста занимает патология респираторного тракта. У 25-31% детей респираторные инфекции протекают с клиникой обструктивного бронхита, причем в 30-50% случаев он принимает затяжное, волнообразное или рецидивирующее течение (Самсыгина Г.А., 2006; Ботвиньева Е.А., 2007; Зайцева О.В., 2009).

Цель исследования: Изучить особенности течения бронхообструктивного синдрома у детей раннего возраста, развившегося на фоне различных вариантов перинатального повреждения нервной системы.

Материалы и методы исследования: Исследование проводилось на базе Городской клинической детской больницы № 1. В клинике обследовано 65 детей раннего возраста, в возрасте от 2 до 36 мес., средний возраст - 11,7 мес. Дети были распределены на три группы. **Первая группа** – 10 детей с бронхообструктивным синдромом, развившимся на фоне последствий церебральной ишемии-гипоксии III (доброкачественная внутричерепная гипертензия, а также последствий родовой травмы спинного мозга (шейного отдела). **Вторая группа** - 24 детей с бронхообструктивным синдромом, развившимся на фоне перинатального повреждения нервной системы, без признаков травматизации шейного отдела позвоночника. **Третья группа** - 26 детей с бронхообструктивным синдромом, у которых при наличии отягощенного перинатального анамнеза, по данным клинко-лабораторных исследований состояние нервной системы было компенсированным. Нами проведен сбор анамнестических данных, осмотр с оценкой степени тяжести приступа бронхиальной обструкции, оценка вегетативной реактивности. А также нейросонография (детям до 13 мес.), УЗИ шейного отдела позвоночника и/или рентген шейного отдела позвоночника в двух проекциях.

Результаты исследования. Во всех группах отмечена высокая отягощенность акушерского анамнеза, что могло способствовать формированию перинатальных повреждений ЦНС. Тяжелые приступы зафиксированы только у детей с наибольшими морфологическими повреждениями нервной системы (1 группа). Количество среднетяжелых приступов в 1 группе достоверно меньше, чем во 2 и 3 группах. Легких приступов в первой группе не выявлено совсем. Тяжелый БОС обнаружен только у детей 1 группы (с ППНС и вертеброгенным дислокационным синдромом). Количество среднетяжелых БОС в 1 группе достоверно меньше, чем во 2 и в 3 группе. Легких БОС в первой группе не диагностировано совсем.

У детей 1 группы обнаружена ступенчатая деформация шейного отдела позвоночника на уровнях С₂ -С₆ с ретролистезами - у 60%, антелистезами - у 21%. По данным нейросонографии синдром внутричерепной гипертензии и кисты головного мозга обнаружены в группах детей с перинатальным повреждением нервной системы.

Обсуждение. Проведенное обследование подтверждает явную зависимость между тяжестью БОС и выраженностью перинатального повреждения нервной системы. При сравнении степени тяжести приступного периода БОС выявлены следующие особенности: наиболее тяжелый БОС при поступлении был в 1 группе, наименее тяжелый - в третьей, хотя и структура его в целом похожа на вторую группу.

Выводы. Выявлена прямая зависимость между тяжестью перинатального повреждения нервной системы у детей раннего возраста и тяжестью течения бронхообструктивного синдрома на фоне различных вариантов перинатального повреждения нервной системы. Вне зависимости от степени перинатального повреждения нервной системы у детей раннего возраста, преобладает парасимпатикотонический тонус вегетативной нервной системы, в связи с этим, патогенетически обоснованным для купирования бронхиальной обструкции становится назначение бронходилататоров.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЭШЕРИХИОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ

Мусаев С., Рихсиева Г.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. По данным ВОЗ в последние годы эшерихиозы были и остаются наиболее актуальными инфекционными заболеваниями пищевого происхождения. Источником инфекции является больной человек. Бактерионосители, особенно матери, представляют эпидемическую опасность для новорожденных и детей первых месяцев жизни. Пути передачи инфекции фекально-оральный, преимущественно экзогенный-контактно-бытовой, пищевой и водный. Доказана также возможность эндогенного пути инфицирования- как результат активизации персистирующих условно- патогенных эшерихий в составе микрофлоры кишечника, трансформации микробных популяций под действием антибиотикотерапии, интеркуррентных заболеваний и других причин.

Целью исследования: явилось изучение особенностей клинического течения эшерихиозной инфекции у детей раннего возраста в зависимости от вида вскармливания и сопутствующей патологии.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 30 детей раннего возраста с эшерихиозной инфекцией. Методика обследования включала в себя подробное изучение жалоб, анамнеза больных, объективный осмотр, бак. посев и посев на чувствительность, общеклинические методы исследования, анализ на гемокультуру, определение чувствительности возбудителя к антибиотику. Дети были поделены на 2 группы. В первую группу вошли пациенты находящиеся на естественном вскармливании, во вторую группу вошли дети, находящиеся на смешанном и искусственном вскармливании.

Результаты. Анализируя анамнез, мы выявили ряд факторов, неблагоприятно влияющих на характер течения заболевания. Так, 8 детей (26,67%) находились на раннем искусственном вскармливании. У 19 (63,34%) детей отмечались фоновые заболевания: у 17 (56,67%) детей выявлена железодефицитная анемия в легкой форме, у 3 (10%) - гипотрофия I степени, у 13 (41,93%) - рахит, у 4 (13,34%) - экссудативно-катаральный диатез, у 2 (6,66%) - перинатальная энцефалопатия. Сопутствующая острая респираторная вирусная инфекция отмечалась у 16 (53,33%) больных. На тяжесть и длительность инфекционного процесса при эшерихиозной инфекции в определенной степени влияли сроки поступления больных в стационар

Вывод. У больных с выраженным преморбидным фоном отмечалось развитие распространенных форм поражения желудочно-кишечного тракта с выраженным нарушением водно-электролитного баланса. У детей, находящихся на естественном вскармливании заболевание протекало более легко и отмечалась меньшая частота встречаемости осложнений основного заболевания. Установление этиологической структуры заболевания способствует более раннему назначению адекватной терапии.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Мухамедова Ш.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Среди всех новорожденных детей, по данным ВОЗ, дети с пороками сердца составляют 1%. Актуальность проблемы обусловлена тем, что ВПС являются частой причиной смерти детей в возрасте до года. Наряду с вопросами патогенеза одной из актуальных проблем в кардиохирургической практике остается оптимизация результатов хирургической коррекции ВПС и послеоперационного периода. Детей с ВПС относят к категории больных с высоким риском операции и анестезии вследствие исходного снижения эффективности адаптационных механизмов.

Цель: выявить частоту встречаемости послеоперационных осложнений у детей с дефектом межжелудочковой перегородки (ДМЖП) и открытым артериальным протоком (ОАП).

Материалы и методы исследования. Нами проведен ретроспективный анализ историй болезни детей с ДМЖП и ОАП, прооперированных в кардиохирургическом отделении ТашПМИ в 2010-2011 годах. Всего изучено 141 историй болезни детей в возрасте от 1 года до 10 лет. При анализе историй болезни было обращено внимание на течение периода беременности у матерей, преморбидный фон ребенка, на течение и продолжительность данного заболевания, течение до- и послеоперационного периода.

Результаты и обсуждения. Среди изученных историй болезни количество детей с ДМЖП составило 82 (58,1%), с ОАП – 52 (36,9%) и 7 (4,9%) детей с комбинированными пороками. Распределение детей по полу показало, что среди детей с ДМЖП преобладали девочки (56%), а среди детей с ОАП – мальчики (84,6%). По данным ретроспективного анализа у детей с ДМЖП основные жалобы были на затруднение при грудном вскармливании, одышку, кашель, слабость, утомляемость. Наблюдались также частые легочные инфекции. Отставание в физическом развитии выражено в раннем возрасте. Все дети родились в срок, 85 из них (60%) – от I-II беременности. Изучение акушерского анамнеза выявило, что у детей ДМЖП и комбинированными пороками патология беременности отмечалась в I и во II половине (ОРИ, анемия, стресс), тогда как у детей с ОАП в основном в I половине беременности. Изучение преморбидного фона детей показало, что среди детей с ДМЖП почти в 2 раза чаще встречались перинатальное поражение ЦНС, рахит I-II степени, анемия и различной степени нарушения питания, а среди детей с ОАП – экссудативно-катаральный диатез. Почти у всех детей при обоих пороках отмечается нарушения кровообращения НК II степени. Послеоперационные осложнения чаще регистрировались при комбинированных пороках сердца и у детей с ДМЖП в виде послеоперационной пневмонии (14,6%), посткардитомного синдрома (10,9%), нарушений ритма (9,7%), острой сердечной недостаточности (2,4%) и бактериальный эндокардит (1,2%). У детей с ОАП выявлен один случай послеоперационной пневмонии. Количество летальных исходов было 2 среди детей с ДМЖП. Основной причиной летальности явились острая сердечная недостаточность, полиорганная недостаточность, ДВС – синдром, а также нарушения ритма сердца, возникшие в 2 случаях на фоне бронхопневмонии.

Таким образом, среди детей с ДМЖП и комбинированными пороками послеоперационные осложнения встречаются чаще, чем у детей с ОАП. В структуре послеоперационных осложнений идет преобладание послеоперационной пневмонии, посткардитомного синдрома и различного рода нарушений проводимости сердца.

РОЛЬ ЦИФРОВОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКЕ КАРДИОМИОПАТИЙ У ДЕТЕЙ

Мухиддинова Д.З., Абзалова М.Я.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: Кардиомиопатии представляют серьезную проблему у детей: около 40% из них умирают или требуют трансплантации сердца в течение двух лет после появления клинических симптомов. При выявлении патологии во внутриутробном периоде около 13% беременностей прерывают, 63% плодов погибает в перинатальном периоде.

В последние десятилетия отмечены активные внедрения современных технологий в обследование пациентов, особенно детей, с проблемами сердечнососудистой системы. Рамки стандартных диагностических алгоритмов расширились за счет использования усовершенствованных методик эхокардиографии (Эхо-КГ), компьютерной и магнитнорезонансной томографии (КТ и МРТ). Однако, традиционная классическая рентгенография по-прежнему повсеместно применяется в качестве базового исследования. В условиях относительной «доступности» Эхо-КГ, КТ и МР-томографии для пациентов кардиологического профиля, возникает правомочный вопрос о роли цифровой рентгенографии в комплексном диагностическом алгоритме.

Цель работы. Определить роль и место цифровой рентгенографии в комплексном лучевом обследовании детей с кардиомиопатией.

Материал и методы. Рентгенологические изображения были получены с помощью цифрового рентгеновского аппарата MERATEL JE Италия. Исследования проводились в РНЦХ им. Акад. В. Вахидова. Были обследованы 20 больных.

Результаты исследования: оценка результатов цифровой рентгенографии проводилась в соответствии со стандартным протоколом. Рентгенологические изображения были получены в четырех проекциях: передне-прямая, правая передняя и левая передняя косые и левая боковая.

В работе использованы результаты цифровой рентгенографии и ЭхоКГ у 20 детей. Его основные пункты включают: характеристику легких (кровотока и паренхимы), положения и форма, размеров сердца и состояния сосудистого пучка (аорты и легочной артерии).

По характеру легочного кровотока при рентгенографии выделены 3 группы: с нормоволемией, гипо- и гиперволемией малого круга кровообращения.

По положению и форме сердца измерение размеров сердца (кардио-торакального индекса) при рентгенографии и Эхо КГ полностью совпало. Однако, оценка величины отдельных полостей с помощью классических рентгенологических критериев была недостоверной.

Изучение сосудистого пучка при рентгенографии у 5 пациентов было затруднено из-за наличия паракардиальных теней в верхнем средостении: у 5 больных детей было увеличено вилочковая железа.

Выводы: Цифровая рентгенография грудной клетки с контрастированием пищевода сохраняет приоритет базового исследования в комплексе с эхокардиографией. Объем достоверной диагностической информации, получаемых при рентгенографии, касается характеристики легочного кровотока и относительных размеров сердца. Дополнительные симптомы сопутствующих аномалий легких, формы и положению сердца и сосудистых структур средостения являются важным ориентиром для планирования дальнейших диагностических процедур и тактики ведения детей с кардиомиопатией.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Мухамедова Ш.Б., Ахмедова Н.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Хирургическое лечение больных с ВПС до настоящего времени является одной из сложных проблем кардиохирургии. Эта патология характеризуется тяжелыми анатомическими изменениями в сердце и крупных сосудах, сопровождающихся выраженными гемодинамическими расстройствами с постоянной гипоксией организма, нарушением периферической микроциркуляции и развитием изменений в жизненно важных органах. Выживаемость детей зависит в первую очередь от тяжести порока и сопутствующих заболеваний, а также от качества ухода и наличия послеоперационных осложнений

Целью исследования явилось изучение особенностей течения до- и послеоперационного периода у детей с ВПС в зависимости от вида порока

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 21 детей с дефектом межжелудочковой перегородки (ДМЖП) и 18 детей с открытым аортальным протоком (ОАП) в возрасте от 1 года до 4 лет, госпитализированных по поводу оперативной коррекции в кардиохирургическое отделение клиники ТашПМИ. Клиническое обследование предусматривало сбор анамнестических данных, перенесенные заболевания, сроков и характера начала заболевания, оценку общего состояния. Диагноз ставился на основании жалоб, объективного осмотра, лабораторных, рентгенологических методов исследования, данных ЭКГ и Эхо-КГ сердца.

Результаты и обсуждения. В сравниваемых группах преобладали мальчики (57,1% и 55,6% соответственно) и по возрасту в 1-группе преобладали дети до 2 лет, а во 2-группе количество детей разного возраста было почти одинаковым. Распределение по заболеванию выявило преобладание детей с ДМЖП. Большинство детей родились от 1-2 беременностей (76% и 72,2% соответственно). Акушерский анамнез у 95,2% матерей детей с ДМЖП и 77,7% ОАП был отягощен различной степени тяжести гестозом и анемией. В большинстве случаев женщины перенесли респираторную вирусную инфекцию. Степень выраженности клинических проявлений зависела от преморбидного фона ребенка. По нашим данным, у 33,3% детей ДМЖП и 16,7% ОАП обнаружено перинатальное поражение ЦНС в виде гипертензионного синдрома, синдрома гипервозбудимости, судорожного и гидроцефального синдромов. 66,7% детей с ДМЖП и 44,4% ОАП страдали анемией I-II степени. С первых дней жизни дети страдали недостаточностью питания (52,4% и 44,4% соответственно). У 41% детей обнаружены пороки развития со стороны других органов. У 14 (66,7%), обследованных нами детей с ДМЖП в послеоперационном периоде возникли различного рода осложнения гемодинамического и инфекционного характера. У детей с ОАП послеоперационный период протекал относительно гладко. Несмотря на массивную антибактериальную и симптоматическую терапию в послеоперационном периоде мы наблюдали следующие осложнения: послеоперационная пневмония (10), инфицирование операционной раны (6), посткардиотомный синдром (4), острая сердечная недостаточность (2) и нарушения ритма и проводимости (атриовентрикулярные блокады, блокады обеих ножек Гиса) (18).

Таким образом, у детей с ДМЖП послеоперационный период протекает с различными осложнениями гемодинамического и инфекционного характера, течение которого напрямую зависит от тяжести порока, объема оперативного вмешательства и наличия сопутствующих заболеваний.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИАТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ МЕСТНЫХ БИОФЛАВОНОИДОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Набиева З.Э., Турсунбаев А.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Атеросклероз (АС) и сопряженные с ним заболевания ишемическая болезнь сердца (ИБС), гипертоническая болезнь, мозговые инсульты, тромбозы являются самыми распространенными и занимают одно из первых мест среди причин смертности и инвалидизации населения. Заболевание встречается почти среди всех возрастных групп и причиняет обществу большой социально-экономический ущерб. К наиболее тревожному факту относится значительный рост и прогрессирование заболеваний сердечно-сосудистой системы, связанных с АС, в молодом и трудоспособном возрасте. Важен поиск новых, активных и безвредных препаратов, способных влиять на основные звенья патогенеза ИБС, особенно предотвращающих развитие атерогенной дислипидемии.

Цель. Изучить сравнительное влияние растительного препарата флатерон и симвастатина на уровни липидов и маркеров воспаления у больных ИБС.

Материалы и методы исследования. Обследованы 60 больных ИБС стабильной стенокардией напряжения II–III функционального класса. I группа (20) больные принимали препарат флатерон, в состав которого входят 6 флавоноидов, по 300 мг. II группа (20) – симвастатин (Зо-20), в дозе 20 мг в сутки. В третьей группе (20) больные принимали флатерон + симвастатин. Определяли липидный спектр (общий холестерин (ОХС), ХС-липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛПНП), триглицериды (ТГ), маркеры воспаления - ИЛ-6, ФНО- α до начала и через 3 месяца лечения. Липиды и маркеры воспаления определяли на анализаторе «Humalayer 2000» (Германия). Стандартная терапия включала ацетилсалициловую кислоту, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, β -адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов, при необходимости - нитраты.

Результаты исследований. После 3 месяцев приема Флатерона в I группе ОХС снизился на $10,1 \pm 46,2$ мг/дл и составил $221,8 \pm 53,3$ мг/дл, ТГ снизились на $14,4 \pm 53,8$ мг/дл и составили $129,1 \pm 55,9$ мг/дл, ХС ЛПНП снизился на $6,5 \pm 39,2$ мг/дл и составил $146,9 \pm 42,4$ мг/дл. Во второй группе, лечение симвастатином сопровождалось достоверным снижением: уровня ОХС $181,8 \pm 31,0$ мг/дл, ТГ $156,2 \pm 66,4$ мг/дл, ХС ЛПНП $106,0 \pm 25,3$ мг/дл. В третьей группе через 3 месяца приема комбинации Статина с Флатероном ОХС снизился на $48,0 \pm 41,2$ мг/дл и составил $199,9 \pm 35,4$ мг/дл ($P < 0,001$), ТГ снизились на $59,4 \pm 50,0$ мг/дл и составили $129,0 \pm 35,5$ мг/дл ($P < 0,001$), ХСЛПНП снизился на $37,4 \pm 35,5$ мг/дл и составил $124,1 \pm 27,8$ мг/дл ($P < 0,001$).

Так, в первой группе исходно ИЛ-6 был $4,70 \pm 1,59$ пк/мл, а ФНО- α $8,44 \pm 0,57$ пк/мл. После 3 месячной терапии флатероном наиболее значительно снизился уровень ФНО- α до $6,43 \pm 0,46$ пк/мл ($p < 0,01$), тогда как изменение ИЛ-6 было статистически недостоверным $3,38 \pm 0,67$ пк/мл. Во второй группе исходно ИЛ-6 был $6,78 \pm 1,11$ пк/мл, а ФНО- α $8,28 \pm 0,46$ пк/мл. После терапии симвастатином достоверно снизился уровень ИЛ-6, ФНО- α и составило $5,6 \pm 0,91$ пк/мл и $6,12 \pm 0,37$ пк/мл. В третьей группе ИЛ-6 исходно был $8,43 \pm 1,08$ пк/мл, ФНО- α $7,46 \pm 0,87$ пк/мл. Через 3 месяца лечения ИЛ-6 составил $4,9 \pm 0,36$ пк/мл, а ФНО- α $4,45 \pm 0,65$ пк/мл. При этом флатерон обладает более мягким действием и не вызывает побочных эффектов.

Выводы. Таким образом, растительный препарат флатерон оказывает гиполипидемическое, противовоспалительное и антиатерогенное действие и может быть рекомендован в комплексном лечении больных ИБС стабильной стенокардией напряжения II–III функционального класса.

ФАКТОРЫ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ЭКЗОГЕННОЙ АЛКОГОЛЕМИИ

С.Б. Наджимитдинов

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. По отчетам Всемирной Организации Здравоохранения количество смертельных отравлений этиловым спиртом и его суррогатами сохраняется угрожающе высоким. Вместе с тем, судебно-медицинская диагностика алкогольных интоксикаций и отравлений до настоящего времени затруднена, причем особую сложность представляет установление роли алкогольной интоксикации в танатогенезе различных травм и заболеваний.

Цель исследования: изучить факторы риска смертельного исхода при острых и хронических алкогольных интоксикациях с учетом степени тяжести и фазы острой алкогольной интоксикации по материалам судебно-медицинских экспертиз трупов

Материалы и методы исследования: проведено комплексное изучение алкогольных интоксикаций (АИ), включающее в себя изучение архивных материалов бюро судебно-медицинской экспертизы г. Ташкента. Всего было проанализировано 135 судебно-медицинских заключений трупов мужчин (67%) и женщин в возрасте от 17 до 60 лет.

Результаты исследования. Алкогольная интоксикация регистрируется в большом количестве случаев смерти, подлежащих судебно-медицинскому исследованию и несет в себе высокий риск неблагоприятного исхода. В общем объеме наблюдений легкая, средняя и сильная степень острой АИ была установлена у 32% мужчин и 19% женщин, а деструктивный уровень алкоголемии – у 26,4% мужчин и 9,3% женщин. У мужчин высокий уровень алкоголемии преобладал в возрасте от 17 до 44 лет; деструктивный - в возрасте от 45 до 60 лет. Женщины, у которых обнаруживался высокий и деструктивный уровень алкоголемии имели возраст от 45 до 60 лет. Острая АИ чаще сопровождает смерть мужчин (67%), чем женщин. Имелись сезонные отличия количества смертельных исходов в сочетании с острой АИ: летом и весной они возникали чаще, чем осенью и зимой. Среди умерших с признаками острой АИ преобладали профессии рабочих (44%) и служащих (25%). Смертность от острых отравлений алкоголем и соматических осложнений алкогольной болезни остаётся высокой. Мужчины в 2 раза чаще, чем женщины, умирают от смертельного отравления этиловым спиртом и более, чем в 7 раз - от алкогольной кардиомиопатии. Алкогольный цирроз печени, как причина смерти, несколько чаще встречался у мужчин, а церебро-васкулярная болезнь алкогольного генеза - преимущественно у женщин. Смерть при отравлении этиловым спиртом, как правило, наступала в вечернее (30%) или ночное (39%) время, чаще в праздничные (32%) и выходные (35%) дни. Смерть от алкогольной кардиомиопатии чаще констатировалась днем, а от алкогольного цирроза печени - вечером (с 18 до 24 часов). Смертельный исход при церебро-васкулярной болезни обычно наступал ночью. Фаза резорбции этанола была характерна для смертельного отравления этиловым спиртом, а фаза элиминации для смерти от алкогольной кардиомиопатии.

Заключение. Изучение алкогольных интоксикаций с учетом нозологических форм заболеваний позволило выделить наиболее существенные признаки танатогенеза. Факторами риска смертельного исхода при острой алкогольной интоксикации являются: мужской пол; возраст от 30 до 60 лет; отсутствие определенного места жительства и работы; весеннее и летнее время года; выходные и праздничные дни; наличие недиагностированных хронических сопутствующих заболеваний; высокий и деструктивный уровень экзогенной алкоголемии в фазе резорбции этилового спирта. Факторы риска смертельного исхода при хронической алкогольной интоксикации включают: высокий уровень экзогенной алкоголемии; фазу резорбции при цереброваскулярной болезни; фазу элиминации в случаях алкогольной кардиомиопатии

ИЗМЕНЕНИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИ ОСТРОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Наджимитдинов С.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Токсическое действие этилового спирта отличает полиорганность поражений, поэтому наиболее перспективные пути изучения проблемы лежат в области установления механизмов нарушений компенсаторных систем и входящих в них органов

Цель исследования: изучить морфологические изменения надпочечников при острой и хронической алкогольной интоксикации

Материалы и методы исследования: всего было проанализировано 35 судебно-медицинских заключений трупов мужчин в возрасте от 17 до 60 лет с острой алкогольной интоксикацией (ОАИ). При выборе объектов для морфологического исследования учитывалась известная из литературных источников роль надпочечников в регуляции гомеостаза. Гистологические срезы фиксировались в нейтральном формалине, этиловом спирте. Препараты окрашивались гематоксилином и эозином, по Ниссля, по Берблингеру-Бургдорфу, по Валльраффу, Суданом для выявления липидов.

Результаты исследования. Указанная группа наблюдений была объединена признаком наличия ОАИ по результатам ГЖХ исследования образцов крови и мочи от трупов лиц. При ОАИ визуальные макроскопические морфологические показатели в надпочечниках увеличивалась частота обнаружения пигментной полосы на границе коркового и мозгового вещества (на 34%).

Тяжесть ОАИ коррелировала с количеством наблюдений, в которых обнаруживалось размягчение мозгового вещества надпочечников. Гистологическая картина надпочечных желез при ОАИ с высоким уровнем алкоголемии включала в себя следующие изменения: очаговая делипидизация пучковой и сетчатой зон коры (2,38 балла), дистрофические изменения паренхиматозных клеток в этих же отделах коркового вещества, острые расстройства кровообращения, снижение прозрачности и стирание границ коры с потерей дифференцированности между сетчатой и пучковой зонами (2,34 балла), появление "пятнистости" в пучковом слое коры за счет повышенного количества темных, делипидизированных клеток. При высоком уровне ОАИ граница, разделяющая темные и светлые клетки, была отодвинута кнаружи и располагалась в нижней трети зоны пучков.

При ОАИ с деструктивным уровнем алкоголемии в пучковой и сетчатой зонах коры надпочечников микроскопически отмечались множественные мелкоочаговые кровоизлияния, некробиотические изменения железистого эпителия, свидетельствующие об остром истощении коры надпочечников; наблюдалось диффузное "вымывание" суданфильных липидов. Слой, занятый темными клетками, был еще более расширенным, а пограничная зона между темными и светлыми клетками (насыщенными липидами спонгиозитами) была смещена кнаружи и располагалась в средней трети зоны пучков.

Заключение. Для острой алкогольной интоксикации со смертельным исходом характерны морфологические признаки функционального напряжения, заключающиеся в усилении пигментации по внутренней границе коры, стирании границ между слоями, делипидизации спонгиозитов, увеличении числа темных клеток и расширении границ их распространения.

МАКРОСКОПИЧЕСКОЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРДЦА ПРИ СИНДРОМЕ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ ДЕТЕЙ

Н.А.Назарова

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность. В большинстве промышленно развитых стран синдром внезапной смерти младенцев занимает 3-е место в структуре постнеонатальной смертности, а его частота составляет 0,6 — 2,0 на 1000 родившихся живыми. Наиболее высокие показатели СВДС (от 0,8 до 1,4 на 1000 родившихся живыми) зарегистрированы в Германии, Франции, Англии и США, наиболее низкие - в скандинавских странах, Японии, Израиле. На территории Российской Федерации по официальной статистике смертность от данного синдрома колеблется от 0,06 до 2,8 на 1000 родившихся живыми. Однако, патологоанатомические изменения сократительного миокарда, как в целом, так и в каждом отделе сердца, структурные изменения изолированных рабочих кардиомиоцитов остаются мало изученными.

Цель исследования: изучить особенности макроскопического исследования сердца при синдроме внезапной детской смерти (СВДС)

Материалы и методы исследования: Исследование начинали с внешнего осмотра: отмечали форму сердца и его отделов, плотность и степень сокращения, осматривали поверхность эпикарда, описывали цвет, кровенаполнение, прозрачность, блеск, наложения, кровоизлияния. После внешнего осмотра приступали к вскрытию сердца для раздельного взвешивания его частей по методу Г. Г. Автандилова (1990,1998).

Основная группа наблюдений включала 60 умерших детей (37 мальчиков, 23-девочки), у которых в качестве основного диагноза патологоанатомический констатирован СВДС.

Результаты исследования: Макроскопически отмечалось резкое полнокровие органа, миокард был красного цвета, эндокард предсердий по цвету был более светлым, чем эндокард желудочков. Постоянно регистрировалось увеличение объема миокарда правого желудочка.

Фетальные коммуникации: открытый артериальный проток определялся у новорожденных детей, овальное окно персистировало у новорожденных и у детей первых 3-4-х месяцев жизни. Во многих случаях определялась эктазия овального окна (0,6-1,3 см).

Выводы: Патологоанатомическое исследование трупов детей, умерших от СВДС, позволило выделить характерные макроскопические признаки, встречающиеся при синдроме. Полученные морфологические данные побудили нас более глубоко исследовать состояние кардиомиоцитов, применить комплекс морфологических методик и выявить возможные закономерности постнатального морфогенеза сердца у детей, умерших от СВДС.

ИЗУЧЕНИЕ ЦИРКАДНОГО РИТМА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Назирова М.Х., Рузметова И.А., Эрназарова М.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель работы: Изучить динамику артериального давления и внутрисердечной гемодинамики при 24 часовом мониторингировании артериального давления (АД).

Материалы и методы: Обследовано 34 нелеченых больных мягкой и умеренной эссенциальной гипертензией (ЭАГ) с неосложнённым течением заболевания и 20 практически здоровых лиц (ЗЛ). 24-часовое мониторингирование АД выполнено у 34 больных ЭАГ и 3Л. Оценка систолической и диастолической функций и ремоделирования сердца проводилась по данным эхокардиографии и доплерэхокардиографии покоя у 25 больных ЭГ и 20 ЗЛ. Тест с динамической физической нагрузкой проводился (ВЭМ проба) – у 29 больных ЭАГ и 22 ЗЛ.

Результаты исследования: Установлено, что больные ЭГ по сравнению со ЗЛ характеризуются большей вариабельностью систолического и диастолического АД в ночной период суток. В группе больных с мягкой и умеренной ЭАГ по соотношению дневного и ночного АД были выделены следующие варианты: «dippers»-59,6%, «non-dippers» -30,8%, «over-dippers» -3,8 %, «night-peakers» -5,8; группа контроля была представлена только пациентами «dippers».

В группе больных ЭАГ были выявлены следующие эхокардиографические варианты геометрии ЛЖ: концентрическая гипертрофия левого желудочка ГЛЖ (у 2.6%), эксцентрическая ГЛЖ (у 12.8%), концентрическое ремоделирование (у 12.8%), изолированная гипертрофия межжелудочковой перегородки (у 7.7%) и задней стенки ЛЖ (у 5.1%), нормальное ремоделирование ЛЖ выявлено тем не менее у 59%. Кроме этого, больные ЭГ в сравнении с группой контроля имели большую величину ИММЛЖ и нарушения спектра диастолического наполнения ЛЖ. Гемодинамический ответ ВЭМ в группах больных ЭГ и ЗЛ реализовывался в виде увеличения систолического, диастолического и среднего артериального давления (АД) на протяжении всего периода нагрузки.

Выводы: По показателям ВЭМ, суточного мониторингирования АД и ИММЛЖ, было выявлено, что группа больных с ЭГ характеризовалось сниженной толерантностью к физической нагрузке. Причем, ИММЛЖ и характер ремоделирования ЛЖ зависели как от средних и максимальных значений 24-часового АД, так и от величин АД на максимуме статической и динамической физической нагрузки.

ИЗМЕНЕНИЯ СТРУКТУРЫ ЛИЧНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ГЕРОИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Насыров А.А., Ахмедов С.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. За последнее время в психологической практике, в клинике наркологических заболеваний накопилось множество вопросов, касающихся механизмов возникновения и развития такого феномена, как психическая зависимость. Психическую зависимость можно определить, как состояние, при котором индивид теряет волевой контроль над собственным влечением. Изучение этого вопроса является важной проблемой и наркологии, и медицинской психологии.

Цель и задачи исследования - изучить особенности личностных изменений при формировании психической зависимости от героина.

Материал и методы исследования. Было проведено психологическое тестирование по опроснику методом Шмишека-Мангарда 20 пациентов мужского пола, находящихся на лечении в РНЦ МЗ РУз, в возрасте от 19 до 25 лет, с диагнозом - героиновая наркомания. Средний возраст обследуемых составил 22 года.

Результаты исследования и обсуждение. Предшествующие началу употребления героина характеристики личности повлияли на формирование психической зависимости и дальнейшую её деформацию у 5 пациентов. Главной особенностью личности, предрасположенной к началу употребления наркотика, являлась эмоциональная незрелость и инфантильность.

Изменения личности в процессе наркотизации героином носили аддитивный характер и были связаны, в большей степени, с невротическими сдвигами в структуре личности по шкалам эгоизма и депрессивности (12 обследуемых-60%).

Независимо от типа личности при разных сроках употребления героина они проходили трансформацию в различные акцентуации личности:

- при употреблении менее года в акцентуацию циклоидного типа (3 пациента-15%);
- около 1-го года - к лабильной акцентуации (5 пациентов - 25%);
- при употреблении в течение 2-3-х лет – эмоционально-неустойчивой акцентуации личности (9 пациентов-45%);
- при употреблении от 4-5 лет и более – к гиперлабильной (3 пациента-15%).

Доминирующее значение в формировании психической зависимости при употреблении героина оказывал эйфоризирующий и седативный эффект от воздействия вещества.

В результате клинического анализа были выделены следующие значимые факторы личностных изменений при героиновой зависимости:

- эмоциональная незрелость;
- невротические расстройства;
- психопатические изменения;
- латентность заболевания (период от начала употребления героина до обращения в стационар);
- интенсивность употребления (частота употребления и дозы наркотика).

Выводы. Таким образом, выявленные в эмпирическом исследовании особенности психической сферы наркозависимых при героиновой наркомании позволили дополнить картину потребностно-мотивационных изменений при глубоких стадиях развития заболевания. Было обнаружено, что крайние стадии развития зависимости связаны с разрушением всей потребностно-мотивационной структуры личности.

КОГНИТИВНЫЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВОВ ПРИ ГЕРОИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Насыров А.А., Ахмедов С.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Исследования последних лет свидетельствуют о большом значении в возникновении рецидивов при злоупотреблении психоактивными веществами когнитивно-поведенческих факторов, таких как слабость саморегуляции когнитивной деятельности в провоцирующих ситуациях, неспособность подавлять желания, связанные с наркотиками и переключаться на другие позитивные раздражители [Tiffany, 1999; Niaura, 2000; Drummond, 2001; Rayan, 2002; Robinson and Berridge, 2003; Waters, Green, 2003; Witkiewitz, Marlatt, 2004].

Цель и задачи исследования - исследование нарушений регуляторных компонентов когнитивной деятельности больных героиновой наркоманией в условиях восприятия ими провоцирующей наркотической тематики в период ремиссии.

Материал и методы исследования. На определение выраженности влечения к наркотику было проведено психологическое тестирование по опроснику методом Иванец Н.Н. и Винниковой М.А. 20 пациентов мужского пола, находящихся на лечении в РНЦ МЗ РУз, в возрасте от 19 до 25 лет, с диагнозом - героиновая наркомания. Средний возраст обследуемых составил 22 года.

Результаты исследования и обсуждение. Реабилитационный потенциал у половины группы (10 чел. – 50%) был низким (светлые промежутки воздержания до 1-го года); у половины высоким (со светлым промежутком свыше 1-го года, 10 чел. – 50%). Было установлено, что больные наркоманией, чей уровень реабилитационного потенциала был оценен как низкий, более астенизированы, чем больные с высоким. У всей группы при восприятии провоцирующей информации наблюдались нарушения регуляторных компонентов познавательной деятельности, проявляющиеся в фиксации внимания на элементах предметной среды, связанной с прошлым опытом наркотизации, а также трудностях отвлечения от нее (20 чел.). В плане когнитивной деятельности также у всех обследованных было выявлено снижение интереса к различным интеллектуальным задачам (20 чел.). Пациенты с низким уровнем реабилитационного потенциала обнаруживали большую степень нарушения произвольной регуляции поведения, низкую способность к планированию и самоконтролю, повышенную импульсивность (10 чел. – 50%), по сравнению с наркозависимыми, чей уровень оценивался как высокий (10 чел. – 50%). У большинства в период ремиссии при воздействии элементов социального окружения, связанного с прошлым опытом, отмечалось усиление патологического влечения к наркотику, проявляющееся в выраженных колебаниях настроения и наплывах «приятных» воспоминаний (16 чел. -80%). Также были установлены способы, с помощью которых пациенты справлялись с возникшей «тягой»: поиск социальной поддержки; мысленный диалог; вовлечение в какую-либо физическую или умственную деятельность.

Выводы. Возникновению патологического влечения к наркотикам у больных героиновой наркоманией способствуют воздействие элементов социального окружения и предметной среды, связанных с прошлым опытом наркотизации. Пациенты с низкими реабилитационными способностями в условиях восприятия вербальной информации наркотической тематики обнаруживают выраженные нарушения регуляторных компонентов когнитивной деятельности, проявляющиеся в чрезмерной фиксации внимания на данной информации и трудностях произвольного отвлечения от нее. По мере снижения уровня реабилитационного потенциала у больных героиновой наркоманией отмечается достоверный рост объективных показателей импульсивности, отражающий снижение способности к произвольному контролю и планированию действий.

ОЦЕНКА ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ АКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА МЕБАВИНА В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА СМЕШАННОЙ ФОРМЫ

**Насырова С.З., Шин Е.В., Скосырева О.В., Собиров М.А.
Ташкентская Медицинская Академия**

Цель: Изучить иммуносупрессивную активность отечественного препарата “Мебавин” в комплексной терапии больных смешанной формой ХГН.

Материалы и методы исследования: Обследовано 28 больных - 16 мужчин и 12 женщин с клинически установленным диагнозом “Хронический гломерулонефрит смешанная форма”, находившиеся на стационарном лечении в Республиканском научно-практическом центре нефрологии III-клиники ТМА в период с апреля по октябрь 2013 года. Для оценки иммуносупрессивной активности препарата использовались следующие показатели: динамика субъективных и объективных симптомов болезни, ОАК, ОАМ, биохимические параметры крови (АлТ, АсТ, мочевины, креатинин, общий белок), суточная протеинурия, СКФ (по формуле Коккрофта-Голта), а также динамика состояния иммунного статуса (I и II уровня). Длительность исследования составила 30 дней. Контрольными точками явились первый, десятый и тридцатый, иммунный статус оценивался дважды - первый и тридцатый день. Больным проводилось лечение ХГН согласно утвержденным стандартам, включавшее диету, иммуносупрессивную, антикоагулянтную, антиагрегантную терапию, диуретические препараты, по показаниям - коррекция водно-электролитных нарушений.

Все больные получали сходные дозы иммуносупрессивного препарата растительного происхождения “Мебавин”, составлявшие 100 мг (1 таблетка) 2 раза в сутки после еды в течении 30 дней. Во время лечения побочных реакций не выявлено.

Результаты:

У всех больных до лечения имелись клинико-лабораторные признаки нефропатии умеренной степени активности, а также был обнаружен дисбаланс в иммунном статусе, который проявлялся значительным повышением содержания CD3+ $81,2 \pm 2,6\%$ ($p < 0,001$), CD4+ $49,8 \pm 4,9\%$ ($p < 0,001$), CD8+ $38,9 \pm 3,1\%$ ($p < 0,001$), CD95+ $43,3 \pm 4,1$ ($p < 0,001$). На 10 день исследования у больных наблюдалась положительная динамика снижения: по субъективной и объективной симптоматике, а так же улучшение лабораторных показателей: СОЭ с $34,1 \pm 4,3$ до $18,0 \pm 4,2$ мм/ч ($p < 0,05$); уменьшение протеинурии с $8,52 \pm 1,1$ до $2,5 \pm 0,97$ г/л ($p < 0,05$); общий белок, СКФ, уровень мочевины и креатинина изменились недостоверно.

Прием мебавина в течении одного месяца привел к: нормализации СОЭ, уровень общего белка и СКФ достигли нижней границы нормы. Показатели клеточного иммунитета достигли нормальных значений за счет достоверного снижения следующих показателей: содержание CD3+ с $81,2 \pm 2,6$ до $72,6 \pm 2,03$ ($p < 0,05$); CD4+ с $49,8 \pm 4,9$ до $41,2 \pm 2,3$ ($p < 0,05$); CD8+ с $38,9 \pm 3,1$ до $35,1 \pm 0,25$ ($p < 0,05$); CD95+ с $43,3 \pm 4,1$ до $38,1 \pm 3,1$ ($p < 0,05$); (в %), показатели гуморального звена иммунитета IgA, M, G изменились не достоверно.

Выводы:

1. Растительный препарат “Мебавин” хорошо переносится больными смешанной формой хронического гломерулонефрита с нефропатией умеренной активности.
2. Месячный прием мебавина, приводит к достоверному улучшению состояния клеточного звена иммунитета.

ОСОБЕННОСТИ КОНТРАЦЕПЦИИ У ЖЕНЩИН С ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Нафасова Н.Н., Махкамова Г.Г.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. В течение последних лет в структуре материнской смертности в экстрагенитальная патология занимает одно из основных мест. Если любое из таких болезней в распоряжении у женщины фертильного возраста вне беременности, нежелательно ее возникновения может привести к тяжелым последствиям – случаев материнской смертности или абортов.

Цель исследования: изучить особенности контрацепции у женщин с экстрагенитальной патологией.

Материалы исследования: в основу исследования были положены данные обследования 25 женщин фертильного возраста с экстра-генитальной патологией. Подбор контрацепции у данной категории женщин проводился согласно противопоказаниям к методам контрацепции, тщательным анализом анамнеза заболевания и индивидуальными особенностями женщины.

Результаты исследования: наиболее распространенными среди экстрагенитальных заболеваний являются заболевания сердечно-сосудистой системы (32%). При тяжелых формах (пороки сердца, ИБС, острые тромбофлебиты, тромбозмболические состояния, гипертоническая болезнь I и II степени) рекомендуется отдавать предпочтение внутриматочным средствам (ВМС), барьерным и химическим методам контрацепции, физиологическому методу из гормональных контрацептивов - мини-пили. При наиболее тяжелых проявлениях сердечно-сосудистой патологии - хирургическая стерилизация. Учитывая особенность эстрогенов вызывать гиперволемию, стимулировать миокард, увеличивать систолический и минутный объем сердца, при сердечно-сосудистых заболеваниях противопоказано использование эстроген-гестагенных оральных контрацептивов (ОК). При варикозном расширении вен и отсутствии тромбофлебита во время осмотра и в анамнезе допустимо применение эстроген-гестагенных ОК с низким содержанием эстрогенов, под тщательным контролем за состоянием показателей свертывающей системы крови. Среди 24% женщин с хроническими, часто рецидивирующими воспалительными заболеваниями органов дыхания (бронхоэктатическая болезнь, хроническая пневмония и др.) нет противопоказаний к какому-либо методу контрацепции. Лишь в острый период заболеваний при необходимости использования антибиотиков и сульфаниламидных препаратов не рекомендуется использование эстроген-гестагенных ОК. У 20% женщин с заболеваниями органов пищеварения (нарушение функции печени, цирроз печени, гастрит, холецистит, опухоли печени, хронический гастрит) выбор контрацепции исключает гормональные препараты. Рекомендуется использовать ВМС, барьерные и химические методы, физиологический метод. При рецидивирующих заболеваниях почек, которые в нашем исследовании встречались у 16% женщин, контрацепция определяется частотой обострения. В период длительной ремиссии возможно применение комбинированных ОК с низким содержанием эстрогенов, ВМС, барьерных химических методов, физиологического метода и стерилизации. Удельный вес заболеваний нервной системы (поражение сосудов головного мозга, эпилепсии, мигрени) и в нашем исследовании составил 8%. Данной категории женщин противопоказана гормональная контрацепция, но возможно применение ВМС, барьерной и химической контрацепции, физиологического метода.

Заключение: таким образом, выбор контрацепции у женщин с экстрагенитальной патологией зависит от противопоказаний методов контрацепции, анамнеза заболевания и индивидуальных особенностей женщин.

ФАКТОРЫ РИСКА ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНО-ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ.

Нигманова Б. Т., Каримова М.Н.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность. Поражение мочевыделительной системы является вторым по частоте осложнением при острой респираторно-вирусной инфекции у детей. Проводимые исследования указывают на возрастание значимости вирусной инфекции в развитии патологии почек у детей. При респираторно-вирусной инфекции велика вероятность контакта паренхимы почек с вирусом с последующим развитием вирусемии и вирусурии. Респираторная вирусная инфекция у детей провоцирует развитие иммунопатологических процессов и приводит к поражению межуточной ткани и канальцевого аппарата почки. Исследования последних лет показали большую значимость ранней диагностики заболеваний почек у детей для возможной профилактики прогрессирования заболеваний, для чего необходимо установить группы риска по данному осложнению.

Цель исследования. Изучить факторы риска поражения почек при ОРВИ у детей.

Материал и методы. Обследовано всего 103 детей раннего и дошкольного возраста (средний возраст $3,4 \pm 0,07$ лет) с среднетяжелым и тяжелым течением ОРВИ, из них 31 ребенок с ренальными осложнениями на фоне ОРВИ и 20 практически здоровых детей аналогичного возраста, составивших контрольную группу. Из 31 больных с ренальными осложнениями: мальчиков 14 (%), девочек 17 (%), в контрольной группе: 9(45,0%) мальчиков и 11 (55,0%) девочек. Проведен анализ течения беременности, перинатальных факторов, генеалогической отягощенности по почечной патологии, а также наличие пищевой и лекарственной аллергии. Из лабораторных методов исследования: общий анализ крови, мочевины, креатинин, общий белок, протеинограмма, СРБ; общий анализ мочи, пробы Нечипоренко, Аддис-Каковского, посев мочи на флору с количественной оценкой степени бактериурии, морфология осадка мочи.

Результаты исследования. Нами выделен ряд факторов, предшествующих развитию почечной патологии. Наиболее частыми из них являлись вирусные и бактериальные инфекции, последние составили 72,5%. Роль переохлаждения в развитии заболевания удалось выявить у 12 детей. У 37,4% девочек отмечались проявления вульвовагинита различной этиологии. У 10,8% пациентов возможных провокаторов заболевания выявить не удалось. Отягощенная наследственность по заболеваниям почек имела место у 61,3% пациентов, из них у 66 % - по линии матери и у 14% - по линии отца, у 20% детей были больны оба родителя. У большинства больных с семейно – наследственной предрасположенностью почечная патология манифестировала до 3-х летнего возраста. Клиническая форма заболевания ребенка в 76% случаев соответствовала таковой у родителей. Патологическое течение беременности среди матерей отмечалось в 49,6% случаев и проявлялось: анемией (20), кольпитом (13), торч-инфекцией (10), гипертонической болезнью (8), нефропатиями (13), отеком синдромом (4), ОРВИ (14), гестозом I половины (23) и II половины (20). У 27,5% женщин беременность протекала физиологически. У 3,3% матерей тяжелое течение токсикоза привело к преждевременным родам. Посредством кесарева сечения родились 8,7% детей. Аномалии развития мочевыделительной системы различного характера были выявлены у 5% пациентов. Отягощенный аллергоанамнез имел место в 25,4% случаев. У 4,2% больных в анамнезе отмечались глистные и паразитарные инвазии.

Выводы. Таким образом, факторами риска поражения почек при острой респираторно-вирусной инфекции у детей раннего и дошкольного возраста являются отягощенная наследственность по заболеваниям органов мочевой системы в семье, патология беременности, перенесенные ОРВИ во время беременности, частые эпизоды ОРЗ у ребенка, дисбиоз кишечника, наличие аллергии у ребенка, глистные и паразитарные инвазии, анемия.

ДИСЛОКАЦИЯ ИНТРАОКУЛЯРНЫХ ЛИНЗ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ.

Ниёзметов Н.Н. Хайталиев Ф.А. Хамраева Л.С.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность. Дислокация интраокулярных линз (ИОЛ) , требующая хирургической коррекции, происходит в 0,2-2,8% случаях, вызывает значительное снижение остроты зрения и серьезные эндоокулярные осложнения.

Цель работы. Анализ причин и характера дислокации интраокулярных линз и пути её устранения.

Материал и методы исследования. Нами обследованы 30 больных с дислокацией ИОЛ поступивших на лечение в глазное отделение клиники ТашПМИ и РСЦМГ (Республиканский специализированный центр микрохирургии глаза). Проведены следующие методы исследования: , клинико-лабораторные и офтальмологические.

Результаты и обсуждение. Причиной дислокации ИОЛ у всех 30 больных было повреждение связочно-капсулярного аппарата хрусталика (СКАХ).

Характер дислокации ИОЛ: по типу «заходящего солнца» - 27 (90%), в стекловидное тело - 2 (6.66%), на глазное дно - 1 (3.33%) случай соответственно.

Всем 30 пациентам проведено хирургическая коррекция. У 19 (63.33%) пациентов произведена замена ИОЛ ; у 10 (33.33%) репозиция заднекамерной ИОЛ в цилиарную борозду без шовной фиксации, используя оставшиеся фрагменты капсульного мешка хрусталика в качестве опоры, у 1 (3.33%) ИОЛ удалена.

Основной причиной дислокации является повреждение СКАХ как во время операции, так и в послеоперационном периоде.

Неадекватная оценка хирургом оставшихся опорных фрагментов СКАХ или невыполнение указанных выше манипуляций может привести к дислокации ИОЛ в стекловидное тело и на глазное дно, а также к развитию таких осложнений как гемофтальм, пролиферирующая витреоретинопатия, вялотекущий увеит, хронический отек макулы, отслойка сетчатки.

Выбор хирургического доступа к дислоцированной ИОЛ определяется степенью дислокации ИОЛ, наличием сопутствующих осложнений. Используемые хирургические технологии включают в себя замену ИОЛ, ее репозицию , удаление ИОЛ без последующей имплантации.

Выводы

1. Основной причиной дислокаций ИОЛ в раннем послеоперационном периоде было интраоперационное повреждение связочно-капсулярного аппарата хрусталика, в основном, у больных с сопутствующей патологией глаз.
2. Основной причиной поздней дислокации ИОЛ явилась травма глаза.
3. Выбор хирургической технологии по удалению ИОЛ с последующей ее заменой или репозицией в цилиарную борозду (с шовной фиксацией или без нее) зависит от ряда факторов: адекватности оставшейся капсульной поддержки, сопутствующих осложнений и квалификации хирурга.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ У ДЕТЕЙ, ВАКЦИНИРОВАННЫХ ПРОТИВ ДИФТЕРИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРЕМОРБИДНОГО ФОНА

Низамова С.А., Даминова М.Н., Абдуллаева О.И.,
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Дети, организм которых ослаблен в силу разных причин врожденного или приобретенного характера, особенно подвержены инфекции, болеют тяжело, часто с осложнениями и возможным неблагоприятным исходом; такие дети нуждаются в защите от инфекционных болезней в первую очередь.

Целью исследования явилась оценка состояния поствакцинального иммунитета у детей, вакцинированных против дифтерии, в зависимости от преморбидного фона

Материалы и методы исследования. Проводилось клиническое обследование 64 детей, из которых 37 детей с отклонениями в состоянии здоровья в возрасте от 1 года до 3 лет, мальчиков 21(56,76%) и девочек 16(43,24%), которым проводится вакцинация по индивидуальному календарю, контрольную группу составят 27 детей того же возраста, которым вакцинация проводится по плану. Поствакцинальный иммунитет к дифтерии определяли при помощи реакции прямой гемагглютинации (РПГА) с использованием стандартного дифтерийного диагностикума. Защитный титр антител составлял 1:20, напряженность противодифтерийного иммунитета оценивали следующим образом: титры антител в разведении 1:20-1:40 – низкие титры, 1:80-1:160 – средние титры и 1:320 и более – высокие титры антител.

Результаты и обсуждение. При изучении анамнеза вакцинированных детей были выявлены различные фоновые заболевания. У детей первого года жизни чаще регистрировали такие заболевания, как анемия (18,92%), рахит (10,81%), гипотрофия (8,11%), ПЭП (10,81%), ОРВИ (8,11%) и сочетанная патология (13,51%).

Вакцинированные дети с отклонениями в состоянии здоровья (37) по кратности проведенной вакцинации против дифтерии были распределены на 3 группы: I группу составили 22 (59,46%) детей, получившие полный курс вакцинации (3-хкратно АКДС); II группу – 9 (24,32%) детей вакцинированных АКДС 2-хкратно; III группу – 6 (16,2%) детей, получивших АКДС 1-кратную вакцинацию. Среди детей I-ой группы в 95,45% случаях выработался поствакцинальный иммунитет различной напряженности, тогда как у детей II группы этот показатель составил 77,78%. Стойкий высокий поствакцинальный иммунитет регистрировался у 10 (47,62%) детей I-ой группы, по сравнению с детьми II группы 20%. Средние титры антител к дифтерии регистрировались у детей I-ой группы в 7 (33,3%) и II группы в 20%. Поскольку дети III группы не получили АКДС полного курса вакцинации, у них наблюдались низкие титры или серонегативные титры антител. У детей I-ой группы низкий титр выработался у 4 (19,05%) детей, что в 1,3 раза реже по сравнению с детьми II группы 60% и в 2,0 раза реже, чем у детей III группы 100%. У детей I-ой группы серонегативные результаты регистрировались в 4,5% детей, тогда как у детей II группы в 22,2%, а в III группе 66,7%.

Таким образом, проведенные данные показали, что среди обследованных детей 22(59,46%) получили полный курс АКДС вакцинации, и у них наблюдался высокий процент антителообразования (95,45%). У детей с отклонениями в состоянии здоровья, и не получивших полный курс иммунизации (2-х -77,78% и 1-кратно -33,3%) интенсивность антителообразования была на низком уровне. Проведенные исследования показали, что интенсивность антителообразования к дифтерии была на высоком уровне у детей получивших полный курс вакцинации. Кроме того, у детей первого года жизни с отклонениями в состоянии здоровья в большинстве случаев отмечалось нарушение схемы вакцинации. Проведенный анализ вакцинированных детей показал, что на формирование и напряженность поствакцинального иммунитета к дифтерии, влияют кратность вакцинации и возраст детей.

ГИГИЕНИЧЕСКИЙ СТАТУС ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ 4-6 ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА

Никбаева Д.А., Махкамова Ф.Т.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Существует определённая связь гигиенического состояния полости рта с частотой и интенсивностью кариеса зубов. Большинство детей плохо ухаживают за зубами, что является одним из факторов способствующей возникновению кариеса зубов. При этом кариозный процесс у детей протекает намного активнее.

Профилактике кариеса зубов посвящены ряд научных работ. Вопросы гигиенического состояния полости рта у детей дошкольного возраста мало изучены.

Целью данного исследования являлось изучение гигиенического состояния полости рта у детей 4-6 летнего возраста.

Материал и методы. Исследование гигиенического состояния полости рта проводились детям детских садов г.Карши возрасте от 4 до 6 лет.

Таблица №1

Распределение обследованных детей

Возраст ребёнка	Количество обследованных детей				Всего
	Исследуемая группа		Контрольная группа		
	Мальчики	Девочки	Мальчики	Девочки	
4 года	31	32	32	33	128
5 лет	30	31	32	31	124
6 лет	31	32	32	31	126
Всего	92	95	96	95	378

Индекс Фёдорова- Володкина определяется по интенсивности окраски губной поверхности шести нижних зубов йод – йодисто –калиевым (или другим йод содержащим) раствором, оценивают по пяти балльной системы

Результаты и их обсуждения.

Было установлено что средняя величина индекса гигиены полости рта у детей исследуемой группе составляло 2,35, а в контрольной группе -2,37. Как видно из этих данных, в исследуемой и контрольной группе существенной разницы показателей среди мальчиков и девочек не существует.

Таблица №2

Гигиенический статус полости рта у детей 4-6 летнего возраста до проведения стоматологической просветительной работы

Группа	Гигиеническое состояние полости рта									
	Хорошее		Удовлетв.		Неудовлетв.		Плохое		Очень плохое	
	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
Исслед.	6	3,2	54	28,8	79	42,3	41	21,9	7	3,8
Контрол.	7	3,7	56	29,3	74	38,7	42	22,0	12	6,3

Выше представленные данные показывают, что совокупное плохое состояние гигиены полости рта отмечены у 127 детей, что составляет 67% из общего количества детей. Плохое состояние гигиены полости рта связано с незнанием навыком и правил чистки зубов. Решения этой задачи достигается усилением стоматологических просветительских работ во всех стоматологических учреждениях независимо от формы собственности, включая стоматологические микро поликлиники и другие медицинские и образовательные учреждения. Результаты исследования позволяют сделать вывод, что 67% обследованных детей имеют плохой статус гигиены полости рта. Такое положение остро выдвигает необходимость усиления стоматологической просветительской работы среди детей и родителей.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Нарбекова С.А., Садикова Г.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. В последние десятилетия интерес к проблеме головных болей все более возрастает и выходит на одно из ведущих мест в неврологии. Учитывая то обстоятельство, что не менее 86-90% людей страдают от периодически возникающих головных болей, и тот факт, что она нарушает работоспособность и социальную адаптацию населения, следует отнести данную патологию к разряду важных общемедицинских, социальных и экономических проблем.

Цель исследования: по данным отечественных и зарубежных научных исследований изучить диагностику головных болей напряжения у детей.

Материалы и методы исследования: объектом исследования явились литературные источники научных публикаций в неврологии, касающиеся внутричерепной гипертензии у детей за последние 10 лет.

Результаты: исследования, посвященные изучению распространенности и клиническим характеристикам головных болей в детском возрасте немногочисленны и разноречивы, что может быть связано с различиями в выборе групп исследования и неоднозначным подходом в интерпретации клиники головных болей. Однако результаты многих эпидемиологических исследований свидетельствуют о преобладании в структуре цефалгии в детском возрасте головной боли напряжения (ГБН). Согласно данным литературы, частота ГБН у детей составляет от 36% до 52%, а среди других форм головной боли доля ГБН достигает 72%. Необходимость специального исследования ГБН у детей диктуется, прежде всего, невозможностью прямого переноса данных изучения этого страдания у взрослых на детский контингент.

В настоящее время большинство исследователей признает ведущую роль хронического стресса и психоэмоциональных нарушений в развитии ГБН. Результаты исследований, посвященных изучению ГБН, свидетельствуют о наличии коморбидных расстройств, характерных для этого заболевания. По данным литературы у пациентов, страдающих ГБН достоверно чаще, чем в популяции выявляются синдром вегетативной дистонии и диссомнические расстройства, причем наиболее ярко эта сопутствующая патология представлена у детей. Необходимо также отметить, что многие пациенты, страдающие этим заболеванием, отмечают снижение памяти, нарушение внимания, снижение работоспособности и повышенную утомляемость, однако, изучению состояния когнитивных функций и выраженности астенического синдрома при ГБН уделялось недостаточно внимания.

Нет четкого представления о факторах риска и подходах к прогнозированию развития ГБН, что не позволяет своевременно планировать и проводить дифференцированные лечебно-профилактические мероприятия в группах высокого риска. Для диагностики и уточнения механизмов развития ГБН далеко не в полном объеме используются возможности современных дополнительных инструментальных методов исследования. В литературе сообщения о результатах электроэнцефалографии у детей с ГБН единичны, что не способствует совершенствованию диагностики и патогенетически обоснованной терапии головных болей напряжения в детском возрасте.

Выводы. Таким образом, изучение распространенности, факторов риска, клинко-патогенетические и электроэнцефалографические особенности головных болей напряжения является актуальной проблемой в неврологии детского возраста.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД ВЫБОРА ОПЕРАТИВНОЙ ТАКТИКИ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ ДО ОДНОГО ГОДА

М.М.Норов. И.Х. Ашуров

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность проблемы. До настоящего времени многие аспекты хирургического лечения болезни Гиршпрунга (БГ) остаются актуальной проблемой. Одним из дискуссионных вопросов является выбор оптимального возраста для проведения оперативного вмешательства. За последние годы отмечается явная тенденция ранней хирургической коррекции даже у новорождённых и возрасте до одного года.

Цель. Анализ разработанной тактики клиники по хирургическому лечению БГ у детей до годовалого возраста.

Материалы и методы. В клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ за 2010- 2013 годы пролечены 69 детей с болезнью Гиршпрунга. Из них 33 (47.8%) были дети до одного года: мальчики 25 (75.8%), девочки -8 (24.2%). Возраст больных при операции: до 4 мес. -5 (15.2%). До 4-6 мес. 17 (51.5%), 7-10 мес. 6 (18.2%), 11-12 мес. 5 (15.3%) одноэтапной коррекции производился у 24 больных, а у 9 больных радикальная операция проводилась после наложения разгрузочной стомы выше зоны сужения. Всем больным проводилось комплексное клиноко-рентгенологическое, ультразвуковое, рентгенологическое и эндоскопическое исследование толстой кишки.

Результаты. У 26 (78.8%) больных из 33 проведена радикальная операция-брюшно-промежностная проктопластика по Соаве-Болей, а 7 (21.2%) больным была наложена сигмостома. Одноствольная сигмостома выше зоны сужения наложена при: ректальной форме 19 (57.6%) , ректосигмоидальной -7 (21.2%). Показаниями для этапного лечения служили: а) неэффективность консервативной терапии при длинном аганглиозе у 3 больных, б) наличие и прогрессирование воспалительных изменений в клинике 2 больных, в) тяжелый соматический фон, усугубляющий тяжесть течения БГ у 4 больных. 2-3 месяца после наложения колостомы, всем больным была проведена ликвидация колостомы с брюшно-промежностной проктопластикой по Соаве-Болей. Во время операции технические сложности в момент демукозаций кишечника сопровождающейся повреждением целостностью слизистой кишечника, возникли в 5 случаях. Меры по профилактике интероперационного диссеминирования инфекционного процесса позволил нам предупредить развитие грозного осложнения межфутлярного пространства.

Ретроспективный анализ ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения болезни Гиршпрунга у детей до одного года показал некоторый процент 6(18.2%) функциональных осложнений , в виде частичного недержания кала, сужения аноректального отверстия , рецидива капростаза, дизурические явления.

Сопоставление частоты и тяжести функциональных расстройств в ближайший сроки после операции.

Вывод. Анализ нашего материала показал, что правильный выбор оперативной тактики и способа операций при болезни Гиршпрунга у детей до одного года предотвращает различные послеоперационные осложнения, также как рецидив заболевания, стеноз колоректального анастомоза.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ БИЛИОДИГИСТИВНЫХ АНАСТОМОЗОВ У ДЕТЕЙ С КИСТОЗНОЙ ТРАНСФОРМАЦИЕЙ БИЛЛИАРНОГО ТРАКТА

Носиров М.У., Алиев М.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. “Золотым стандартом” в хирургическом лечении кистозных трансформаций биллиарного тракта является Гепатико-еюноанастомозы по Ру. При этом нарушение физиологического пассажа желчи в двенадцатиперстную кишку обуславливает развитие ферментопатий и не эффективность переваривания пищи. Отведение желчи в 12 перстной кишки часто сопровождается рефлюкс-холангитами.

Цель работы: Уточнить выбор метода билиодигистивных анастомозов с учетом риска развития рефлюкс холангитов и ферментопатий.

Материал и методы исследования. Обследовано 24 больных с кистозной трансформацией наружных желчевыводящих путей в возрасте от 2 мес. до 15 лет. Диагностированы: киста холедоха - 9, дистальный стеноз холедоха с кистозной трансформацией - 15. Методы исследования: биохимические исследования крови: печеночные ферменты (ALT, АСТ, ШФ), общий билирубин и его фракции, общий белок и его фракции; Коагулограмма; Маркеры HBsAg, HCV Ag; инструментальные методы: УЗИ печени и ЖВП, КТ и МСКТ; биопсия печени.

Проанализированы результаты: Цистодуоденоанастомоза (ЦДА) у 3 больных; Холедоходуоденоанастомоза (ХДА) у 3 больных; Гепатикоеюноанастомоза на отключенной петле по Ру у 10 больных; Гепатикодуоденоанастомоза по Karrere - у 2 больных.

Результаты исследования. Классическая триада проявления кистозной трансформации наружных желчных протоков имела место у 15 детей, болевой синдром в области правого подреберья у 21 ребенка, наличие пальпируемой опухоли под печенью у 19 больных. Гемограмма была практически без изменений, умеренная гипербилирубинемия за счет прямой фракции отмечена у 6 больных, незначительный рост ЩФ и ГГТ.

Информативность диагноза с помощью УЗИ и МРТ исследования находилась в пределах 95 — 98 %, Специфичность УЗИ и МРТ 98 %

Развитие холангитов после наблюдали Холедоходуоденоанастомоза без антирефлюксной защиты у 4 детей в сроки 3-6 месяцев. Консервативная терапия включавшая урсосан, фолиевую кислоту, альбумин, преднизолон и антибиотики позволила купировать активный процесс.

В отдалённые сроки (от 3 месяцев до 3 лет) результаты Гепатикоеюноанастомоза по Ру изучены у 10 пациентов. Субъективно пациенты оценивали своё состояние на “отлично” и “хорошо”, жалобы отсутствовали. При исследовании биохимических показателей крови данные были в пределах нормы. На УЗИ размеры печени в пределах возрастной нормы, у 3 детей картина реактивного гепатита, функция анастомоза сохранена.

При обследовании детей с Гепатикодуоденоанастомозом по Karrere (2 больных) признаков рефлюкс-холангита не обнаружили. На УЗИ размеры печени в пределах возрастной нормы, функция анастомоз удовлетворительная, перистальтика кишечного кондуита сохранена.

Заключение. Таким образом, можно заключить, что Холедоходуоденоанастомозы без антирефлюксной защиты сопровождаются рефлюкс-холангитом. Операция Karrere дает более обнадеживающие результаты. Операцию Ру следует признать методом выбора при невозможности отведения желчи в двенадцатиперстную кишку.

МЕДИКО- СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ С МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ГОРОДЕ ТАШКЕНТЕ

Нуритдинов З.Х., Ташпулатова Ф.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: глобальной проблемой современной фтизиатрии является проблема мультирезистентного туберкулеза (MDR TB). Большинство исследователей указывают о значении медико –социального статуса пациентов с MDR TB в развитии устойчивости и приверженности к лечению.(Репин Ю.М.,2009).

Цель: изучение медико-социального статуса больных с мультирезистентным туберкулезом легких из города Ташкента.

Материалы и методы. Обследовано 1143 больных на лекарственную чувствительность(ЛЧ) к противотуберкулезным препаратам первого ряда. Выявлена ЛУ у 567 больных. Госпитализировано 104 больных с ЛУ. Устойчивость установлена к HR у 11,5% , к HRS у 18,2%, к HRSE у 60,5% и к HRSEZ у 9,6% больных, Мужчин было 69,2 % , женщины - 30,7%. Превалировали больные в возрасте от 20 до 40 лет 61- 58,6%.Давность заболевания составила- до 1 года у 9,6%, до 3 лет у45,1%, до 5 лет у 17,3%, до 10 лет у 18,2%, до 15 лет у 5,7% и до 20 лет у 3,8% больных.

Среди клинических форм превалировал фиброзно-кавернозный туберкулёз легких (88,5%).

18 (17,3%) больных заболели MDR TB в заключении, 15 (14,4%) больных были в контакте с больными «тюремным туберкулезом».У 59 (56,7%) больных в результате нерегулярного лечения препаратами первого ряда в течение нескольких лет развился ЛУ туберкулез. Сопутствующие заболевания встречались у 60 больных (57,7%). Сахарный диабет установлен у 18,3% гепатиты – 15%, анемии – 13,3%, наркомания – 11,6%, ХОБЛ – 10%, заболевания CCC – 6,6%, заболевания ЖКТ – 6,6%, СПИД – 6,6%, из анамнеза выявлено, что 15,3% пациентов страдали алкоголизмом.

Вывод: При анализе причины развития множественно лекарственно- устойчивого туберкулеза большое значение имело нерегулярное лечение больных в прошлом и наличие сопутствующих заболеваний.

АКТГ ЗАВИСИМЫЙ СИНДРОМ КУШИНГА: ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ

Нурмухамедова И.Х, Халимова З.Ю

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Введение: Здесь мы опишем случай, который изначально рассматривался как синдром поликистозных яичников (СПКЯ), в сочетании с неврологической симптоматикой, и больная находилась под наблюдением невропатолога. Позже в результате более тщательных исследований был диагностирован АКТГ зависимый синдром Кушинга.

Описание случая: Наша пациентка молодая девушка 19 лет, в течение 2-3 лет у нее отмечались нарушения менструального цикла, увеличение массы тела, гирсутизм. В связи с данными жалобами и данными УЗИ исследований ей был выставлен диагноз СПКЯ. Также больная находилась под наблюдением невропатолога в связи с частыми головными болями, повышением давления, болями и слабостью в ногах, трудностями при ходьбе и подъеме на лестницу. Из - за небольшого роста больной в сочетании с вышеперечисленными симптомами, невропатологом был предварительно выставлен диагноз миопатии. Долгое время больная получала гинекологическое лечение гормональными контрацептивами, но без эффекта. После этого больная обратилась на консультацию к эндокринологу. При объективном осмотре у больной отмечалось лунообразное лицо, избыток массы тела, гирсутизм, наличие стрий. При лабораторном исследовании уровень кортизола у больной был 431,26ng/ml (норма 50-250), Прогестерон – 0,26ng/ml (норма 2-25ng/ml), ЛГ – 10,25мМЕ/мл (0,8 – 10,5), ФСГ – 7,99мМЕ/мл (3-12), Эстрадиол – 145,3нпмоль/л (70 – 250), Тестостерон – 0,15нмоль/л (0,2-0,8), АКТГ – 69,7нг/мл (< 50 ng/ml). Данные МРТ исследования показали наличие микроаденомы гипофиза. Больной был выставлен диагноза АКТГ зависимого синдрома Кушинга, и рекомендовано оперативное лечение. После оперативного лечения у больной наблюдалось уменьшение массы тела, уменьшение степени гирсутизма, нормализация АД и МЦ. Уменьшились боли в ногах и общая слабость. Диагноз миопатии не был подтвержден.

Обсуждение: Синдром Кушинга является сложной патологией, имеющей множество симптомов смежных с другими патологиями в данном случае и СПКЯ и с миопатией. Данный случай ярко демонстрирует широко распространенные ошибки, при диагностики синдрома Кушинга. Наша больная прошла долгий путь от момента проявления первых симптомов заболевания до постановки правильного диагноза, пройдя этапы гинекологического и неврологического лечения.

Вывод: Синдром Кушинга требует более тщательного подхода в диагностике и дифференциальной диагностике. Не леченные и поздно диагностированные случаи данной патологии повышают летальность на 50%, поэтому Синдром Кушинга остается актуальным вопросом нейроэндокринологии.

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ СУБКЛИНИЧЕСКОГО СИНДРОМА КУШИНГА (ССК) У ЖЕНЩИН С ПОЛИКИСТОЗОМ ЯИЧНИКОВ (ПКЯ)

Нурмухамедова И.Х, Халимова З.Ю

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Целью исследования явилось изучение частоты встречаемости ССК у женщин с ПКЯ

Материалы и методы исследования: Обследовано 35 женщин в возрасте 17-39 лет с верифицированным диагнозом СПКЯ, в соответствии с Роттердамским Консенсусом (2003г). I гр. – 26 женщин с ПКЯ и фенотипическим кушингоидом и ИМТ ≥ 25 кг/м²; и II гр. контроля – 9 женщин с ПКЯ и ИМТ $\leq 25 - 18$ кг/м². Исследовали эндокринный и гинекологический статус, уровни ЛГ, ФСГ, ДЭАС, кортизола (К), АКТГ, тестостерона (Т), пролактина (ПРЛ), прогестерона (ПРН), эстрадиола (Э₂), проводили УЗИ яичников и матки, МРТ гипофиза и КТ надпочечников. При повышении уровня кортизола или АКТГ определяли ритм секреции кортизола, БППД.

Результаты и обсуждения: VI гр возраст больных составил $25,9 \pm 2$ лет, ИМТ – $29,8 \pm 2$ кг/м². Возраст начала болезни $18,4 \pm 3$ года. У 72,3% заболевание началось с увеличения массы тела, у 21,3% с нарушения менструальной функции (НМФ), 6,4 % не установлено. Средняя продолжительность заболевания от 2 до 7 лет. Гирсутизм по шкале Ферримана - Голлвея, составил у 63,4% больных - 7-10, у 11,2% - более 12, у 6,3% до 7. Основными жалобами больных были увеличение массы тела (86,2%), НМФ (91,2%), увеличение роста волос на теле (45,7%), сальность кожи и волос (32,6%), появление стрий на коже (28,6%). Объективно у 23,5% больных установлено ожирение, стрии - у 33,5%, сальность кожи и угревые высыпания - у 13,5% больных.

Во II гр возраст больных составил $25,4 \pm 1$ года, ИМТ - $23,8 \pm 2$ кг/м². Свое заболевание больные данной группы связывали со стрессом (32,4%), остальные ни с чем не связывают. Выявлено, что у 43,1% больных имело место персистенция, у 11,2% атрезия фолликула на фоне поликистозной структуры. Основными жалобами больных были НМФ (78,3%), гирсутизм - 31,7% и бесплодие (10,4%). По УЗИ имеет место персистенция фолликула у 65% больных. Картина УЗИ яичников/матки показывает, что у 36% увеличение объема яичников, у 12% гипоплазия матки I степени, у 32% мелко кистозная структура, у 25% поликистозная структура, у 43% мультифолликулярная структура, у 47% персистенция фолликула, атрезия фолликула у 32%. Более того, у 21% обнаружилась сопутствующая гинекологическая патология – миома, эндометриоидная киста и аденомиоз.

VI гр. больных, у 4х женщин выявлено повышение уровня кортизола. При дополнительном дообследовании у 3х из них установлен АКТГ зависимый синдром Кушинга, в 1 случае макронодулярная гиперплазия надпочечников.

Вывод: Таким образом, больные с СПКЯ являются группой риска для развития СК. Частота СК у женщин с ПКЯ 4/36, составляет 11,1%, намного выше, чем ожидаемая частота встречаемости в общей популяции.

СОВРЕМЕННАЯ СТРУКТУРА НАСЛЕДСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Окилжонова Н.А., Азимова Н.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. В последние годы большое внимание уделяют наследственной патологии у детей. Это связано с открытием законов наследственности, выяснением роли хромосом и генов, строения ДНК, механизмов передачи генетической информации. По данным ВОЗ, 5-7% новорожденных имеют различную наследственную патологию, в которой моногенные формы составляют 3-5%. Число зарегистрированных наследственных болезней (НБ) постоянно растет.

Цель исследования: по данным отечественных и зарубежных научных исследований изучить структуру наследственных заболеваний и эпилепсии у детей.

Материалы и методы исследования: объектом исследования явились литературные источники научных публикаций в неврологии, касающиеся наследственных заболеваний у детей за последние 10 лет.

Результаты исследования: Наследственные заболевания могут проявляться по-разному: в виде пороков развития и различных других заболеваний детского возраста. Так, наследственные нарушения обмена веществ могут быть у детей, отстающих в развитии, наследственные болезни почек — у детей с проявлениями тяжелого рахита, наследственное заболевание муковисцидоз — у детей, часто болеющих пневмонией.

Раннее выявление причины заболевания позволяет своевременно назначить необходимые лечебные мероприятия. Носителем наследственных свойств человека является хромосомный аппарат ядра клетки, который состоит из 23 пар (46) хромосом: 22 пары — аутосомы, а 23-я пара — половые хромосомы; женский пол представлен X-хромосомами (XX), мужской — XY-хромосомами. В каждой хромосоме в линейной последовательности содержатся гены, которые являются носителями наследственных свойств и определяют особенности развития, строения и жизнедеятельности организма. Хромосомы управляют процессами биосинтеза белка. Нарушения в хромосомном аппарате могут происходить на молекулярном уровне (в дезоксирибонуклеиновой кислоте — ДНК) без видимых изменений в структуре хромосом (генные мутации), что приводит к патологии обмена веществ. Возможно также изменение структуры и количества хромосом (хромосомные мутации), что ведет к возникновению хромосомных болезней, составляющих 1% среди всех новорожденных. Грубые хромосомные нарушения обуславливают внутриутробную гибель плода.

У детей с наследственными патологиями резко снижено физическое и/или умственное развитие, низкий уровень способностей к обучению в школе или в других детских учреждениях. Хотя, безусловно, это зависит вида конкретного заболевания и сложности его лечения. Более девяноста процентов наследственных заболеваний и синдромов обнаруживается именно в детском возрасте. Их возникновению способствует множество факторов: плохая экология, недостаточное количество витаминов и минералов, уровень жизни ребёнка, обеспеченность родителей, климат, в котором они проживают.

Эпилепсия это тяжелое заболевание мозга с преимущественным дебютом в детском возрасте, относится к числу самых распространенных хронических болезней. По меньшей мере, 40-50% всех случаев эпилепсии вызваны генетическими нарушениями. Эпилептические припадки при наследственных болезнях редко бывают их первым признаком, чаще они появляются уже на фоне выраженных неврологических и соматических патологических изменений, задержки психомоторного развития. Припадки наблюдаются при различных наследственных болезнях обмена.

Выводы. Таким образом, изучение клинко-параклинической характеристики эпилепсии у детей с наследственными заболеваниями является актуальной проблемой в неврологии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ II И III ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА

Отажонов В.О., Высогорцева О.Н.

Ташкентская медицинская академия

Цель работы — оценить эффективность проводимой физической реабилитации больных ишемической болезнью сердца (ИБС), стенокардией напряжения II и III функционального класса (ФК) с использованием индексов гемодинамической «стоимости» выполненной динамической работы и статического усилия.

Материалы и методы. Обследовано 82 больных ИБС, стенокардией напряжения II и III ФК в возрасте от 37 до 60 лет, 77 мужчин и 5 женщин. Давность заболевания в среднем составляла $6,53 \pm 0,56$ года. Стенокардия напряжения II функционального класса (ФК) установлена в 17 случаях (21%), III ФК — в 65 (79%). Все больные получали базисную медикаментозную терапию (бета-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, нитраты, антиагреганты, статины).

Больные были распределены случайным образом на 3 группы. В 1-ю группу (n=30) были отнесены больные, в курс лечения которых на фоне базисной медикаментозной терапии были включены процедуры динамической лечебной гимнастики (ДЛГ), во 2-ю (n=30) — занятия статико-динамической лечебной гимнастикой (СДЛГ), в 3-ю (n=22) — больные получали только медикаментозное лечение. Для оценки эффективности проводимого лечения применялись велоэргометрическая проба (ВЭП) и проба с ножной изометрической нагрузкой (НИН).

Полученные результаты. В результате проведенного комплекса лечения показатели физической работоспособности (ФРС) изменились в различной степени. Максимально достигнутая ступень динамической физической нагрузки (ДФН) достоверно увеличилась у больных первых двух групп, причем максимально во II группе (на 33%), в меньшей степени — в I (на 24%), а в III — практически осталась прежней ($p > 0,05$). Время выполняемой нагрузки также увеличилось наиболее значительно во II группе (на 30%), меньше — в I (на 26%), не изменилось — в III группе. С увеличением времени и мощности нагрузки достоверно возрос объем выполненной работы в первых двух группах: в I и во II (на 49% и 58%). В III группе прирост величины выполненной работы был недостоверным. При поступлении «стоимость» работы ($\Delta ДП/А$, где ДП — двойное произведение, А — работа) была одинаково высокой у всех больных, при выписке она достоверно снизилась во I и во II группах (на 16% и 25% соответственно), а в III «стоимость» осталась прежней.

При поступлении величина статического усилия была снижена у всех больных, при выписке она достоверно повысилась. Процент прироста стандартного статического усилия (ССУ) был наибольшим у больных I и II групп (на 21% и 29%) и наименьшим в III группе (на 1,5%). Процентный прирост параметров гемодинамики (ГД) на нагрузку был в пределах изменений при поступлении у больных всех групп. «Стоимость» статического усилия по приросту ДП ($\Delta ДП/ССУ$) при отсутствии специальных статических упражнений, тренирующих мышцы ног, достоверно не изменилась в I и III группах, а во II при подключении тренировок она достоверно снизилась на 14%.

Вывод. Таким образом, наиболее эффективной оказалась программа, включавшая применение на фоне медикаментозной терапии комплекса статико-динамических физических тренировок. Это видно из большего прироста показателей ФРС, лучшего гемодинамического обеспечения нагрузок, прироста показателей статической выносливости. Применение специальных индексов гемодинамической «стоимости» динамической работы и статического усилия позволяют оценить эффективность проводимых мероприятий, несмотря на малый срок наблюдения.

СТРУКТУРА И ОСОБЕННОСТИ РАННИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С АСФИКСИЙ

Очилова.Р.Т., Пулатова Ш.М., Исмаилова.М.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: Многочисленные исследования последних лет доказывают ведущую роль перинатальной асфиксии в развитии гипоксического повреждения мозга, почек, сердца и других органов, в ранние и поздние сроки неонатального периода. Ранние осложнения характеризуются полиорганностью поражения: мозга (отек, внутричерепные кровоизлияния, перивентрикулярные поражения, ит.п); гемодинамики (легочная гипертензия, шок, транзиторная ишемия миокарда, сердечная недостаточность; полицитемия); почек (функциональная преренальная почечная недостаточность, артериальная гипотония, централизация кровотока или органическая почечная ренальная недостаточность, отека интерстиция почки, тромбоз почечных сосудов, ренальная почечная недостаточность к 3—5-му дню жизни); легочные (отек, кровотечения, синдром аспирации мекония, вторичный дефицит синтеза сурфактанта, пневмония и др.); желудочно-кишечные (парезы и другие дефекты моторики, некротизирующий энтероколит и др).

Цель: изучить особенности ранних осложнений у недоношенных новорожденных детей, перенесших тяжелую степень перинатальной асфиксий, в зависимости от их гестационной зрелости.

Материалы и методы: проведено клинико-лабораторное обследование 47 новорожденных с перинатальной асфиксией (ПА) средней тяжести -20 и тяжелой степени-27 со сроками гестации, от 26 до 39 недель.

Результаты обследования: среди обследуемых детей 82,5% составили недоношенные. Ранние осложнения ПА при тяжелой степени ПА у диагностировались в следующей последовательности: 1) нервная система: при тяжелой степени (85,7%). 2) сердечно-сосудистая система(81%), 3) дыхательная система (71,4%), 4) мочевыделительная система (57,1%) 5) пищеварительная система (14,2%). При тяжелой степени ПА у недоношенных со сроками гестации менее 28 недель приоритетность поражений была следующей:1) дыхательная система (100%); 2) нервная система (91,6%); 3) мочевыделительная система (91,6%); 4) сердечно-сосудистая (83,3%) и 5) пищеварительная системы (41,6%). Нарушения пищеварительной системы преобладали у доношенных детей (54,5%), относительно у недоношенных (29,7%). Основными клиническими проявлениями дыхательных нарушений у детей со сроком гестации 36-34 недели были: тахипное 42,8%; патологические апноэ 57,4%; ретракция грудной клетки 57,1%. При тяжелой степени ПА у глубоко недоношенных детей средний показатель частоты дыхания 43,4-42,8 в мин. Все дети этой группы (100%) имели признаки ДН: ретракция грудной клетки (100%); тахипное от (80%) до (75%); брадипное (25%) и патологическое апноэ (66,6%) У (49,9%) недоношенных детей имели место нарушения терморегуляции При тяжелой степени ПА нестабильность терморегуляции встречалась более чем у (71,1%) детей, что на (28,1%) больше, чем при средней тяжести, половина из них были случаи гипотермии (45,8%).

Выводы: У недоношенных детей ранние осложнения характеризовались выраженной полиорганностью (более 5 систем) уже при среднетяжелой форме, структура этих осложнений значительно отличалась: 1) нарушения дыхания (90,4%), 2) поражения ЦНС (85,6%), 3) ССС (85,6%), 4) мочевыделительной системы (61,3%), 5) пищеварительной системы (29,7%).

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ ДИФFUЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Пак Е.В., Юсупалиева Г.А.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность. По данным ВОЗ в разных странах мира ежегодно около 300 тыс. человек заболевают вирусным гепатитом В. Частота носительства HBsAg варьирует в зависимости от региона: от 0,1-0,2 % в Великобритании и США и до более чем 3 % в Греции и Италии и даже 10-15 % в Африке и на Дальнем Востоке.

Диагностика заболеваний печени должна быть своевременной, позволяющей точно определить морфо-функциональное состояние органа.

Цель исследования. Изучить диагностическую возможность компьютерной томографии в диагностике хронических диффузных заболеваний печени у детей.

Материалы и методы исследования. Нами были изучены данные компьютерно-томографических исследований у 42 больных с хроническими диффузными заболеваниями печени. Проводили мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) органов брюшной полости в клиническом санатории имени М.Федоровича на 64-х срезовом компьютерном томографе фирмы «Brilliance 64 Philips». Исследования проводили в 3 фазы: артериальная, портальная и венозная.

Результаты исследования. С помощью данного диагностического метода определили следующие изменения: синдром изменения размера печени (как в сторону увеличения, так и в сторону уменьшения, а также диспропорция долей, вызванная изменением их размеров), синдром нарушения структуры паренхимы печени в виде диффузных и очаговых изменений, синдром нарушения функции печени, синдром нарушения внутрипеченочной гемодинамики, синдром нарушения внепеченочной гемодинамики, синдром нарушений в билиарном тракте, синдром спленомегалии, синдром наличия свободной жидкости в брюшной полости, синдром поражения других органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Соотношение чувствительность-специфичность-точность была равна 98,2-94,1-87,2% соответственно.

Выводы. Следовательно, мы можем сделать вывод, что на сегодняшний день компьютерная томография является наилучшим методом в дифференциальной диагностике хронических диффузных заболеваний печени, что является необходимым для определения последующего выбора тактики лечения.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ АСФИКСИИ

Очилова Р.Т, Абдурахмонова С.З, Исмаилова М.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: Известно, что перинатальная асфиксия (ПА) занимает одно из ведущих места в структуре неонатальной смертности (ВОЗ, 2005). Частота показателя варьирует от 5,0% до 50% в различных странах, основная причина этого кроется в позднем и/или некорретном оказании первичной реанимации новорожденных. На сегодняшний день недостаточно доказательной базы о влиянии ранней поздних осложнений ПА на здоровье детей, инвалидность, а в некоторых случаях на показатели смертности по перинатальным причинам. Среди поздних осложнений авторами [Fjrtney J.F., Higgins J.E. The effect of birth interval on perinatal survival and birth weight // Publ. Health.-1994.-98] выделяются две основные группы: поздние бактериальные инфекции и поражения центральной нервной системы гипоксически-ишемического генеза. [Н.П. Шабалов, «Неонатология» том II, М.: «МЕДпресс-информ», 2004].

Цель: изучить частоту встречаемости и характер клинических проявлений поздних осложнений у новорожденных детей, перенесших тяжелую степень ПА, в зависимости от гестационного возраста

Материалы и методы: Обследовано 57 новорожденных с перинатальной асфиксией (ПА) средней тяжести (23) и тяжелой степени (34).

Результаты обследования новорожденные были разделены в следующие группы: доношенные дети (10)-17,5%, недоношенные (47)-82,5% с учётом степени тяжести асфиксии. Анализ клинических проявлений позволил нам выделить следующую структуру приоритетности поздних осложнений у недоношенных: 1) пневмония (92%); 2) ППЦНС (74,4%); 3) сепсис (61,1%); 4) ВЖК/ПВЛ-(45%). Тогда как у доношенных детей она была представлена в следующей последовательности: 1) сепсис и ППЦНС (52,4%), 2) пневмонии (42,8%); 3) ВЖК/ПВЛ (14,2%). Практически у всех новорожденных с гестацией менее 28 недель имели место поздние осложнения: сепсис 100%, пневмония 100%, ППЦНС-91,6%) при среднетяжелой ПА. Сравнительный анализ в группах недоношенных с тяжелой степенью ПА показал, что сепсис в 2 раза реже диагностировался у недоношенных при сроке гестации 36-34 недель, чем у детей с гестацией менее 28 недель (53,3% относительно 100%). При равенстве случаев осложнения ППЦНС у новорожденных с разными сроками недоношенности, частота поражений типа ВЖК и ПВЛ была достоверно в 2 раза выше у недоношенных с гестацией менее 28 недель.

Выводы: Характер и частота поздних осложнений ПА достоверно зависела от сроков гестации новорожденных и принципиально отличалась по структуре клинических проявлений. У доношенных детей поздние осложнения встречались только при тяжелой степени ПА и характеризовались преимущественным поражением ЦНС (71,4%) над инфекционными осложнениями (33,3%). Поздние осложнения у недоношенных детей имели место уже при среднетяжелой степени ПА. С преимущественным вторичным инфицированием дыхательной системы (пневмония-95,1%) над гипоксическими поражениями ЦНС (65%), при этом у недоношенных детей с тяжелой степенью ПА 2 раза чаще отмечались тяжелые формы поражения мозга типа ВЖК и ПВЛ.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПРОМЕДОЛОМ У ДЕТЕЙ

Палванова Д. Р, Юсупов А. С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Обезболивание пациентов в послеоперационном периоде – одна из важнейших задач и проблем современной интенсивной терапии. Наиболее часто для послеоперационной аналгезии применяют ненаркотические анальгетики, неспособных обеспечить адекватное обезболивание. Из числа наркотических анальгетиков растворы морфина и фентанила, оказывают влияние на гемодинамику и дыхание, что ограничивает их использование в педиатрии в дозировках, бупренорфин, трамал используют у детей старшей возрастной группы. Кроме того и морфин и в чуть меньшей степени фентанил, способны вызывать депрессию дыхания, что может существенно осложнить течение послеоперационного периода.

Цель исследования: оценка характера и эффективности послеоперационного обезболивания у детей при использовании внутримышечного введения промедола.

Материалы и методы. Детям в возрасте от 5 месяцев до 14 лет, подвергшихся оперативным вмешательствам планового характера, использовали внутримышечное введение 1% раствора промедола. Детям обезболивание проводили при наличии болевого синдрома из расчета 0,25 мг/кг промедола.

Результаты: Длительность послеоперационного обезболивания составляла от 36 до 63 часов, в среднем 51 ± 6 часов. У больных величина ЧСС в послеоперационном периоде была выше, чем до операции. В промежутке между 21-м и 27-м часами исследования величина ЧСС была достоверно более высокой, что потребовало дополнительного обезболивания. Показатели АД на протяжении всего исследования оставались стабильными с незначительными отклонениями. Введение промедола не оказывало заметного влияния на оцениваемые гемодинамические параметры, обезболивание было эффективным.

Выводы. По сравнению с традиционно используемым в детской практике ненаркотических анальгетиков, болюсно внутримышечное введение промедола, обеспечивает более комфортное течение послеоперационного периода, более эффективную послеоперационную аналгезию и не оказывает влияния на оцениваемые гемодинамические параметры.

ПРИМЕНЕНИЕ ТЕСТА САН И ТЕППИНГ-ТЕСТА В ОЦЕНКЕ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ФУТБОЛИСТОВ НА ЭТАПАХ ГОДИЧНОГО ТРЕНИРОВОЧНОГО ЦИКЛА

**Пардабоев О.Б., Высогорцева О.Н.
Ташкентская медицинская академия**

Цель работы- оценить психофизиологическое состояние футболистов на этапах годичного тренировочного цикла с учетом развивающихся адаптационных возможностей нервной и сердечно-сосудистой систем.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 60 спортсменов-футболистов мужского пола в возрасте от 17 до 28 лет (32 - из футбольного клуба «Бунёдкор» и 28 «Локомотив»). Спортивный стаж составил от 10 до 15 лет. «Бунёдкор» и «Локомотив» являются ведущими в профессиональной футбольной лиге Узбекистана. Спортсмены находились под врачебно-педагогическим наблюдением в течение годичного тренировочного и соревновательного периода. Всем спортсменам, помимо общеклинического обследования, проводились тест PWC_{170} , теппинг-тест, оценка психологического статуса спортсменов (опросник САН – «самочувствие, активность, настроение»).

Полученные результаты. При первичном обследовании спортсменов, проводимом перед началом годичного тренировочного периода, у большинства обследованных физическая работоспособность (ФРС) оценивалась как средняя и ниже средней и лишь у небольшого числа – как выше средней. Перед началом соревнований отмечался рост ФРС: соотношение величины ФРС в командах увеличилось в категориях «средняя», «выше средней», «высокая».

По результатам проведенного теппинг-теста исходно у спортсменов были выявлены у половины футболистов средне-слабый тип нервной системы (НС) в виде промежуточного и вогнутого типа, реже – средний (ровный) и слабый (нисходящий), лишь у единиц до начала тренировочного периода был выявлен сильный (выпуклый) тип. К концу подготовительного периода было отмечено, что в обеих командах увеличилась доля спортсменов со средним и сильным типом нервных процессов.

Данные теста САН перед началом подготовительного тренировочного цикла, свидетельствовали о благоприятном психологическом состоянии испытуемых: были достоверно высокие субъективные показатели самочувствия, активности и настроения ($p < 0,001$) и достоверно не отличались друг от друга на всем протяжении подготовительного тренировочного и соревновательного периодов. Спортсмены подошли к соревнованиям в хорошей психологической форме. При сравнении показателей ФРС, психофункциональных характеристик и психологического статуса между собой и выявлении между ними взаимосвязи было отмечено, что исходно до начала тренировочного процесса у спортсменов с высокой ФРС демонстрировались сильный тип НС и высокие показатели теста САН. У спортсменов со средне-слабым типом НС, как правило, регистрировались средний и ниже среднего уровни ФРС. Также было отмечено, что у спортсменов со слабым и средне-слабым типом НС чаще других развивались признаки переутомления, перетренированности и снижение субъективных показателей самочувствия, активности и настроения.

Вывод. В результате тренировочного процесса происходит совершенствование центральной регуляции движений, повышение возбудимости и лабильности мышечного аппарата, ускорение моторных актов, что подтверждается повышением силы нервных процессов. У футболистов с более сильным типом нервной системы и высоким уровнем функциональной подвижности нервных процессов показатели ФРС и психоэмоционального статуса достигают высокого уровня развития, указывая на тесную сопряженность регуляторного и вегетативного компонентов адаптации.

ОСНОВНЫЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ВНУТРИУТРОБНУЮ ГИПОКСИЮ

Перфилова В.В., Кошанова Г.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Структура сердечно-сосудистой патологии в детском возрасте за последние десятилетия претерпела существенные изменения. Стало очевидным, что проблема нарушения сердечного ритма является одной из наиболее актуальных и сложных в детской кардиологии и педиатрии в целом в силу ряда обстоятельств [Школьников М.А. Детская кардиология в России на рубеже столетий // Вестник аритмологии. — 2000. — № 18. — С. 57-58]. Не вызывает сомнения тот факт, что истоки многих хронических, инвалидизирующих или фатальных патологических состояний у взрослых, в том числе заболевания сердечно-сосудистой системы, берут начало в пери- и неонатальном периоде, а некоторые болезни неонатального, грудного и старшего возраста представляют собой пролонгированную патологию эмбриона и плода. Ранняя диагностика и своевременная коррекция выявленных патологических изменений со стороны сердца у детей первого года жизни может стать важнейшим фактором в снижении частоты и тяжести кардиоваскулярной патологии у детей более старшего возраста и взрослых. [Вельтищев Ю.Е. // Рос. вестник перинатологии и педиатрии. – 2003. — № 1. – С.5—11]

Цель и задачи. Выявить основные инструментальные проявления функциональных нарушений сердечно-сосудистой системы у детей, перенесших внутриутробную гипоксию.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 30 детей, перенесших внутриутробную гипоксию 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 – 10 детей, 2 группа 4-7 лет – 20 детей. У всех детей было произведено полное клиническое и инструментальное обследование с оценкой вегетативного тонуса.

Результаты исследования и обсуждение. При проведении ЭКГ у детей преобладали синусовая тахикардия (82%), синусовая брадикардия (12%), неполная блокада правой ножки пучка Гиса (3%), атрио-вентрикулярная блокада 1 степени (3%). У детей 1 группы нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы представлены в 80,8% случаев вазомоторной дисрегуляцией и кардиальным типом вегетативных нарушений 20,2%. У детей 2 группы доминирует в клинической картине кардиоваскулярный вариант вегетативных нарушений, представленный брадикардией и артериальной гипотонией. При проведении ЭхоКГ у 12 из 30 обследованных детей (40%) выявлены малые аномалии сердца. Преимущественно встречались добавочная хорда левого желудочка (77%) и пролапс митрального клапана (23%).

Выводы. Дети, перенесшие внутриутробную гипоксию или перинатальную гипоксию с симптомами постгипоксического поражения сердца, требуют диспансерного наблюдения в условиях поликлиники. Для своевременной диагностики и профилактики заболеваний сердечно-сосудистой системы у детей необходимо проведение кардиологического осмотра с ЭКГ-исследованием и оценкой вегетативного статуса. При сопутствующих признаках недифференцированной дисплазии соединительной ткани должно быть рекомендовано ультразвуковое исследование сердца для выявления малых аномалий сердца.

**КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПИЩЕВОЙ И
ПСЕВДОАЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА И ПУТИ ИХ КОРРЕКЦИИ**
К.Ю. Прокопенко., Абдуллаев Н.Ч.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: В настоящее время пищевая аллергия (ПА) представляет собой одну из наиболее актуальных проблем, с которой сталкиваются, прежде всего, педиатры и аллергологи-иммунологи. Важность данной проблемы обусловлена в первую очередь тем, что она тесно связана с организацией правильно сбалансированного питания растущего организма ребенка, нарушение которого может приводить к серьезным последствиям.

Цель исследования: Изучение особенностей клинических проявлений, течения и диагностики пищевой и псевдоаллергии у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования: Для решения поставленных задач нами было обследовано 50 больных детей в возрасте от 6 мес до 3-х лет с диагнозом при поступлении пищевая аллергия, находившихся на стационарном лечении в отделение аллергологии ГКДБ №1. Общеклиническое обследование включало в себя сбор анамнеза, объективное обследование, инструментально-лабораторные методы исследования. При сборе анамнеза жизни уделялось внимание характеру течения беременности у матерей наблюдавшихся детей, их питания. Аллергологическое обследование включало в себя сбор аллергологического анамнеза и определение общего и специфического IgE, проведение иммунограммы и тестирование на аппарате системы «Ridascreen» пищевая панель

Результаты. Анализ клинических форм ПА в различные возрастные периоды показал, что изолированные проявления ПА встречаются достаточно редко даже в раннем возрасте. В группе детей до года наиболее часто встречается кожно-гастроинтестинальная форма ПА (74,2%). Частота данной формы ПА еще выше у детей в возрасте 1-3 лет – 88,5%, что связано с уменьшением доли изолированных кожных и гастроинтестинальных проявлений ПА.

В результате анализа частоты обнаружения специфических IgE антител на аппарате «RIDAAllergyScreen», было выявлено, что у больных ИПА (истинной пищевой аллергией) чаще развиваются реакции на БКМ (57%), яйцо (44%), курица (37%), злаковые (17%), цитрусовые (12%), томаты (9%), рыбопродукты (5%).

У больных с ЛПА (ложной пищевой аллергией) спектр непереносимых продуктов отличается широким разнообразием и преобладанием непереносимости продуктов, богатых гистамином, тирамином и гистаминолибераторами, но результаты тесты на аппарате RIDAAllergyScreen с пищевыми аллергенами были отрицательными.

Клинические проявления пищевой аллергии отличались многообразием симптомов, однако при истинной пищевой аллергии преобладали гастроинтестинальные (тошнота 48%), диарея 28%, боль в животе 52% и кожные симптомы (крапивница 59%, кожный зуд 70% и отек Квинке 18%) непереносимости пищевых продуктов. ЛПА отличается разнообразием клинических проявлений с преобладанием желудочно-кишечных (боль в животе 68%, метеоризм 29%, запор 69%) и вегетативных расстройств (головные боли 52% и головокружение 60%), урти-карных и неуртикарных кожных высыпаний (28,6%).

Обсуждения. Таким образом как аллергические, так и псевдоаллергические реакции возникали на прием любых продуктов, но истинные аллергические реакции чаще развивались после употребления животных белков, а псевдоаллергические реакции чаще возникали после приема пищевых продуктов, богатых гистамином, тирамином, обладающих свойствами гистаминолиберации.

Выводы. Таким образом, диагностические критерии ПА и псевдоаллергических реакций, основаны на совокупности данных аллергологического анамнеза, результатов тестирования на аппарате RIDAAllergyScreen с пищевыми аллергенами и лабораторных исследований.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПРИ СОЧЕТАНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА С ВИЧ -ИНФЕКЦИЕЙ

Пулатов Ж.А., Садыков А.С., Хакимов М.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель: анализ эффективности результатов комплексного лечения больных с туберкулезом легких (ТЛ) и ВИЧ.

Материал и методы. Дана оценка результатам лечения 211 больных с ТЛ+ВИЧ. У 29,8±3,1% больных ВИЧ выявлен после поступления в противотуберкулезный стационар, в тоже время большинство 70,2±3,1 % пациентов до выявления туберкулеза легких состояли на диспансерном учете в СПИД центре. Среди обследованных больных преобладали мужчины 150 (71,4±3,3%), женщины составили 61 (28,6±3,3%). В возрастном аспекте преобладали лица молодого возраста: от 20 до 30 лет-75(35,5±3,3%) человек, от 31 до 40 лет – 91(44,5±3,4%), больных старше 40 лет было 44(19,9±2,7%).

Туберкулез легких впервые выявлен у 102 (48,2±3,4%) больных, ранее леченые больные составили 109 (51,6±3,4%). Среди клинических форм туберкулеза у впервые выявленных больных преобладал инфильтративный туберкулез легких (51,4±5,0%) и диссеминированный туберкулез легких (27,7±4,4%). У ранее леченых пациентов диссеминированный туберкулез встречался у 24,7±4,7% больных, инфильтративный и фиброзно-кавернозный туберкулез установлен у 39,4±4,6% и 16,5±3,5% соответственно. У 55 (26,1±3,0%) ТБ-ВИЧ больных выявлены сопутствующие заболевания

Деструкция легочной ткани выявлено у 57,4±5,0% впервые выявленных больных и у 66,0±4,5% ранее леченых. Выделение МБТ установлено у 47,5±5,0% впервые выявленных и 52,3±4,7% ранее леченых пациентов. Лекарственная устойчивость к химиопрепаратам первого ряда установлено у 27,0±3,0% больных ТЛ с ВИЧ. MDR выявлен у 15,8±3,6% первичных и 36,8±4,6% ранее леченых больных ТЛ + ВИЧ.

Из 211 ТЛ+ВИЧ больных у 17±2,5% выявлены СПИД- индикаторные заболевания: у 88,0±5,4% отмечено наличие проявлений кандидоза, у 11±5,4% -явления герпеса и саркомы Капоши.

Химиотерапию больных ТБ-ВИЧ проводили всем больным 4-5 препаратами согласно DOTS. При выявлении лекарственной устойчивости к химиопрепаратам схему лечения меняли, переводили на программу DOTS plus. В динамике закрытие деструкции отмечено у 48,3±5,0% впервые выявленных больных. Абациллирование в этой группе составило 77,1±4,1%. Анализ эффективности лечения у ранее леченых больных с ТБ-ВИЧ показал, что только у 15,1±3,4% больных отмечено закрытие полостей распада. Абациллирование концу стационарного этапа лечения достигнуто у 42,1±4,7% ранее леченных пациентов с ТБ- ВИЧ.

Побочные реакции от химиопрепаратов отмечено достоверно часто у ранее леченных больных с ТБ- ВИЧ 57,7 ±4,7% по сравнению с впервые выявленными пациентами 33,6±4,6%; $p<0,05$.

Летальность отмечено у 19,3±3,8 % ранее леченых и у 8,0±2,6 % впервые выявленных больных, причиной которой была прогрессирование туберкулеза на фоне ВИЧ инфекции, присоединение оппортунистических инфекций.

Выводы. У больных с ТБ –ВИЧ туберкулез в структуре клинических форм туберкулеза легких преобладают диссеминированные и инфильтративные формы.

Среди первичных больных MDR составляет 15,8% случаев, среди повторных – 36,8%. Низкие показатели эффективности лечения у больных ТБ- ВИЧ обусловлены наличием сопутствующих (26,1%) и СПИД – индикаторных (17%) заболеваний, наличием устойчивости к химиопрепаратам.

РОЛЬ МИКРОБНОЙ ФЛОРЫ В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКИХ ПОЛИПОЗНЫХ РИНОСИНУСИТОВ

Пулатов М.М., Бабаханов Г.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Для выбора правильной тактики лечения риносинуситов, снижения частоты необоснованного применения антибиотиков следует своевременно устанавливать этиологию заболевания и чётко дифференцировать его различные формы.

Целью исследования: определение роли микробного фактора как одной из причин возникновения полипозного риносинусита.

Материалы и методы. Выполнено бактериологическое и микроскопическое исследование материала с поверхности полипозной ткани 40 прооперированных пациентов.

В этиологически значимом количестве микроорганизмы выделены у 36 пациентов (90%), из них бактерии - 27 случаев (75%), грибы – 11 случаев (30,6%).

Из бактерий преобладали стрептококки (15– 55,6%), стафилококки (8– 29,6%), E.coli. (4-14,8%).

Из грибковой флоры высеяны плесневые грибы (6-54,5%), Candida (5 -49,5%). Плесневые грибы высеяны в монокультуре, что позволяет считать их основным этиологическим фактором ХПРС.

При микроскопии нейтрофильный лейкоцитоз отмечался у пациентов с бактериальной флорой в посеве, эозинофильный – с грибковой.

Выводы.

1. Проведённые бактериологические исследования свидетельствуют, что в 90% случаев из отделяемого околоносовых пазух пациентов, страдающих хроническими риносинуситами, в этиологически значимых количествах выделялись бактерии и(или) грибы рода Candida или плесневых (30,6% случаев).

2. Среди выделенных бактерий в этиологически значимом количестве доминировали грамм (+) кокки (85,2%).

СОВРЕМЕННЫЙ ФТОРХИНОЛОН В ЛЕЧЕНИИ ЧАСТО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА.

Пулатова Ш. Х., Скосырева О.В., Бабажанова Н.Р., Даминова К.М.

Ташкентская медицинская академия

Цель: Оценить эффективность Моксифлоксацина в комплексной лечении часто рецидивирующего пиелонефрита у женщин фертильного возраста.

Задачи: Провести лечение Моксифлаксацином хронического пиелонефрита у женщин фертильного возраста, проанализировать эффект данного фторхинолона в лечении данной категории больных.

Материалы и методы: В исследование были включены 28 женщины фертильного возраста с клинически установленным диагнозом «хронический пиелонефрит в стадии активного воспаления», находившиеся на лечении в Республиканском научно-практическом центре нефрологии на базе III клиники ТМА (руководитель-главный нефролог Республики, профессор Б.Т.Даминов) в период с февраля по октябрь 2013 года. Для оценки эффективности Моксифлоксацином изучали следующие параметры: динамика субъективных и объективных проявлений болезни, лабораторных показателей (ОАК, ОАМ, анализ мочи по Нечипоренко, СРБ, уровень мочевины и креатинина в крови, бактериологический посев мочи). Комплексное лечение пациентов включало: «Мофацин» (Моксифлоксацин) 0,4 (по 1 таб) x1 раз в сутки в течение 7 дней, Канефрон по 2 капсулы x 3 раза в день, дезинтоксикационная терапия, по показаниям спазмолитики и противогрибковые препараты. Побочных эффектов от проводимой терапии не наблюдалось. Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре составила $9,2 \pm 0,82$ дня.

Результаты исследования. Как показали результаты исследования, в посевах мочи у обследованных больных были выявлены следующие микроорганизмы *Escherichiacoli* - (59,5%), *Pseudomonasaeruginosa*-(18,5%), *Staphylococcusaureus*-(17,6%), *Enterobacterspp.*-(11,1%), *Streptococcusfaecalis*-(2,3%), *Providenciarettgeri*-(2,1%). В 86% микроорганизмы оказались высокочувствительными, в 14%- чувствительными к Мофацину.

Заключение: Проведенное лечение приводило к улучшению состояния больных по субъективным и объективным проявлениям заболевания со 2-3 дня лечения, с купированием большинства клинических проявлений болезни к 9-10 дню, что коррелировало с положительной динамикой лабораторных параметров (нормализация лейкоцитов и снижение СОЭ до субнормальных и нормальных значений в ОАК, исчезновению СРБ крови, уменьшению или исчезновению протеинурии с одновременным резким снижением интенсивности лейкоцитурии в ОАМ).

Выводы: На основании полученных результатов сделаны следующие выводы:

1. Возбудители хронического пиелонефрита у женщин фертильного возраста в нашем регионе проявляют достаточно высокую чувствительность к Мофацину.
2. Применение Мофацина в комплексной терапии хронического пиелонефрита у женщин фертильного возраста приводит к эффективному купированию в короткий срок основных клинико-лабораторных проявлений болезни.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА МЕТОКАРТИН В ЛЕЧЕНИИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МЫШЕЧНОЙ ДИСТРОФИИ

Ражабова Ш.А., Максудова Х.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: прогрессирующая мышечная дистрофия (ПМД)—наследственное заболевание с разными типами передачи, характеризующееся развитием дистрофического процесса в мышцах. Болезнь начинается чаще в детском или юношеском возрасте, имеет неуклонно прогрессирующее течение, часто приводит к инвалидности и даже к полной обездвиженности. Несмотря на большую давность изучения многие стороны этиологии, патогенеза и лечения данного заболевания нуждаются в уточнении. Терапевтические возможности при ПМД весьма ограничены. Из медикаментов при ПМД давно применяют кортикостероиды, они замедляют прогрессирование заболевания, однако их действие кратковременное и имеются много побочных действий (замедления роста, остеопороз, снижения иммунитета и т. д). В последнее время при лечении ПМД начали применять препараты L-карнитина.

Цель исследования: провести анализ клинической структуры прогрессирующих мышечных дистрофий и оценить эффективность метаболической терапии препарата Метокартин.

Материал и методы исследования: обследованы 30 больных в возрасте от 4 до 14 лет, находящихся в амбулаторном лечении в Республиканском скрининг центре и в неврологическом отделении клиники ТашПМИ. Первая группа (основная - 13) на фоне базовой терапии получала препарат Метокартин 5мл внутрь ежедневно в течении 1 месяца. Вторая группа (сравнения) – 12 больных получала базовую терапию. Базовая терапия включает в себя препараты улучшающие трофику мышц - аденозинтрифосфорную кислоту (АТФ), глюкозу с витаминами группы В и ноотропы, электростимуляция, лечебная физкультура и массаж. Все больные обследованы дважды до и после лечения.

Результаты исследования: анализ развития у детей психомоторных навыков показал, что дети в большинстве случаев поздно начинали удерживать голову (48%), сидеть после 9 месяцев и позже (60%). Психомоторное развитие в 36% случаев не соответствовало возрастной норме ещё до дебюта проявлений миодистрофии. При неврологическом осмотре в 88% случаев наблюдается утиная походка, активные движения ограничены, с затруднением самостоятельной ходьбы в 72% случаев. Тотальная мышечная гипотония у 76% больных. Мышечная сила в руках составляла в среднем $3,4 \pm 0,07$, в ногах $2,25 \pm 0,03$. В результате проведенного лечения в обеих группах отмечена положительная динамика по данным клинического осмотра: нарастание мышечной силы и улучшение функции ходьбы, но более выраженное улучшение отмечалось в первой группе больных получавших Метокартин, нарастание мышечной силы в этой группе составило в среднем на 1,01 балл, улучшение функции ходьбы – на 0,75 баллов. В группе сравнения также отмечена положительная динамика, не достигавшая, однако, достоверных различий с первоначальными данными.

Вывод: исследование показало эффективность применения в лечении прогрессирующих мышечных дистрофий препарата Метокартин в составе основного лечения, что позволяет рекомендовать его назначение в долговременной реабилитации прогрессирующих мышечных дистрофий.

РЕЗУЛЬТАТЫ И КРИТЕРИИ ОПРОСНИКА SF-36 ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ДЕВОЧЕК С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Ражапова Г. А. Жураева З.Ё.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Введение. Опросник SF-36 позволяет оценить субъективную удовлетворенность больного своим физическим и психическим состоянием, социальным функционированием, а также отражает самооценку степени выраженности болевого синдрома.

Цель исследования: Изучить качество жизни (КЖ) у девочек подростков с хроническим пиелонефритом (ХПН) по опроснику SF-36

Материалы и методы исследования. Всего обследовано 102 девочки подростки школ, колледжей и лицеев. Для исследования КЖ была выбрана оценка с применением опросника SF -36, адаптированного для подростков и их родителей. Был проведен контроль адекватности двух вариантов адаптированных психологом Т.В. Свиридовой (Борисовой) опросников.

Критериями опросника явились

- **ФА - физическая активность (PF- Physical Functioning)** - объем повседневной физической нагрузки, которая не ограничена состоянием здоровья.
- **РФ - роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности (RP- Role Physical)** - степень ограничения повседневной деятельности проблемами здоровья.
- **Б - Боль (BP — Body Pain)** — оценка объема субъективных болевых ощущений, которые испытывал респондент за последние 4 недели.
- **ОЗ - Общее здоровье (GH - General Health)** — оценка общего состояния здоровья на момент опроса.
- **ЖС - Жизнеспособность (VT- Vitality)** — оценка состояния жизненного тонуса за последние 4 недели.
- **СА - Социальная активность (SF — Social Functioning)** — оценка объема социальных связей.
- **РЭ - Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (RE - Role-Emotial)** - степень ограничения повседневной деятельности эмоциональными проблемами.
- **ПЗ - Психическое здоровье (MH — Mental Health)** - оценка состояния ментальной сферы.

Результаты исследования. Расчет критериев производился методом суммирования рейтингов Ликерта на основе перекодированных сырых баллов. Опросник позволил рассчитать качество жизни по 8 критериям по шкале от 0% до 100%. В целом значения по шкалам опросника жизни SF-36 у здоровых детей старше 10 лет находились в промежутке $19 < Z < 88$, что свидетельствует о более низкой оценке своего качества жизни младшими подростками по сравнению со взрослыми людьми. Установлено значимое различие субъективной оценки своего качества жизни хронически больными ПН по сравнению с здоровыми подростками.

Обсуждения. Таким образом, оценка качества жизни детей с ГН и ПН является актуальной проблемой, решение которой будет способствовать улучшению прогноза заболевания, и тем самым снижению инвалидности среди детской популяции

Вывод. В целом как в физическом, так и в психологическом плане хронические больные младшие подростки оказались менее удовлетворены своей жизнью, чем их здоровые сверстники.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ ДЕВОЧЕК С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Ражапова Г. А. Жураева З.Ё.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. В последние десятилетия в связи с появлением новых методов диагностики, терапии основных приобретенных нефропатий (гломерулонефрита, пиелонефрита) изменился их прогноз, увеличилась продолжительность жизни больных. При этом больным (детям и подросткам) рекомендуются различные ограничения в режиме, диете, им требуются повторные госпитализации в профильные отделения детских больниц, что значимо изменяет жизнь пациентов. При наличии хронической болезни дети, особенно подростки, находятся в качественно иной социальной ситуации развития: хроническая астенизация, ограничение социальных контактов, родительская гиперопека и т.д. В связи с этим возникает потребность в учете особой социальной ситуации развития такого ребенка, особенно подростка, так как хроническая соматическая болезнь может изменить объективное место, занимаемое больным в жизни, а тем самым их внутреннюю позицию по отношению ко всем обстоятельствам жизни. С ростом числа хронически больных детей и подростков увеличивается значимость исследования психолого-педагогических факторов и условий развития личности хронически больных пациентов, их самосознания, качества жизни.

Цель исследования: изучить качество жизни (КЖ) больных подростков девочек с пиелонефритом (ПН).

Материалы и методы исследования: Всего обследовано 102 девочки подростки школ, колледжей и лицеев. Для исследования КЖ была выбрана оценка с применением опросника SF -36, адаптированного для подростков и их родителей. Был проведен контроль адекватности двух вариантов адаптированных психологом Т.В. Свиридовой (Борисовой) опросников.

Результаты исследования. Выявлены особенности КЖ больных подростков с гармоничным и дисгармоничным развитием. Качественный анализ ответов по школам опросника показал, что подростки ПН и их матери оценивают КЖ пациентов как низкое. Низкие средние значения по шкалам опросника предполагают астенизацию подростков, фрустрацию потребности в общении, снижение настроения, депрессивное состояние, затрудняющее, в свою очередь, личностное развитие, что требует коррекции уже при пребывании подростка в стационаре и в дальнейшем при обучении в школе.

Вывод. Таким образом, методика SP-36 позволяет получить достоверные, воспроизводимые и сопоставимые результаты. С помощью SP-36 можно зарегистрировать и количественно оценить изменения качества жизни на протяжении периода стационарного лечения, возникшие вследствие болезни, терапии. Учитывая, что данный возрастной этап является переломным в жизни подростка, и он внутренне уже начинает ощущать свою ограниченность по сравнению со здоровыми сверстниками, его самоотношение, однако, не кардинально отличается от самоотношения здорового подростка, и при специальных психопедагогических условиях может быть скорректировано.

АССОЦИАЦИИ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ С ВОЗНИКНОВЕНИЕМ КАЗЕОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Рахимбергенова Г.Х., Ташпулатова Ф.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель. Изучить ассоциацию комбинации генетических маркеров с казеозной пневмонией (КП) у больных туберкулезом легких.

Материалы и методы. Было обследовано 46 больных туберкулезом легких, у которых специфический процесс клинико-рентгенологически проявлялся в виде КП. Возраст составил $31,4 \pm 1,9$ лет. Определяли в качестве носительства генетических маркеров фенотип гаптоглобина по D.G.Davis в модификации Н.П.Осиной (1989), тип инактивации ГИНК по Л.П.Гребеннику (1966), активность эритроцитарного фермента глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (Г-6-ФДГ) по G.Glohri (Асатиани В.С., 1965).

Результаты. При изучении частоты и характера разных комбинаций генетических маркеров у больных с казеозной пневмонией, встречались лица только с неблагоприятной и относительно неблагоприятной комбинацией генетических маркеров. Неблагоприятная комбинация генетических маркеров (гомозиготные фенотипы гаптоглобина, слабый тип инактивации ГИНК, пониженная активность фермента Г-7-ФДГ) выявлена у 16 ($61,5 \pm 9,5\%$) больных, относительно неблагоприятная комбинация генетических маркеров (комбинация двух неблагоприятных и одного благоприятного маркера) у 10 ($38,5 \pm 9,5\%$) больных.

Эффективность терапии у больных с казеозной пневмонией была низкой, только у 10 ($40 \pm 4,7\%$) больных отмечено абацилирование, уменьшение симптомов интоксикации и бронхолегочного синдрома. Рентгенологически у этих больных было отмечено частичное рассасывание инфильтрации и очагов обсеменения, участки деструкции несколько уменьшились. У 4 больных с неблагоприятной комбинацией отмечено прогрессирование на фоне лечения, у 2-х процесс осложнился развитием спонтанного пневмоторакса с эмпиемой плевры, у 6 больных особого улучшения не наблюдалось.

Вывод. Таким образом, среди больных с казеозной пневмонией встречаются лица носители неблагоприятной и относительно неблагоприятной комбинацией генетических маркеров.

**НАСТОЙ ЧЕРЕДЫ (BIDNES TRIPARTITA L)
В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ЛЕКАРСТВЕННО УСТОЙЧИВОМ
ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ**

**Рахимбергенова Г.Х., Ташпулатова Ф.К.
Ташкентский педиатрический медицинский институт**

Цель: изучить эффективность настоя череды в комплексной терапии у больных с лекарственно устойчивым туберкулезом легких (ЛУТЛ).

Материал и методы обследовано 45 больных туберкулезом легких с лекарственной устойчивостью (ЛУ) к химиопрепаратам.

Все больные получали базисную химиотерапию -изониазид внутривенно капельно+протионамид per os+ амикацин внутримышечно+ цикloserин per os + офлодекс per os + пипразинамид per os. 25 больным дополнительно назначали последовательно 1 курс- тималина 1,0 №10 и циклоферона 2,0 № 5 в инъекциях на фоне приема настоя череды. 20 больным с ЛУ проведена иммунокоррекция 2 курсом –тималина + циклоферона +настоя череды. Настой череды данная группа больных принимала 2 месяца. Для оценки иммунологического статуса определяли количество Т и В-лимфоцитов, показатель фагоцитоза.

Результаты: Изучение иммунологического статуса показало, что у больных получавших один курс тималина + циклоферона отмечена тенденция к повышению Е-РОК с $45,1 \pm 2,5$ до $57,1 \pm 2,6\%$ (N - $64 \pm 1,6\%$), ЕАС-РОК – с $10,2 \pm 2,5$ до $14,3 \pm 1,7\%$ (N – $16,06 \pm 0,56\%$), фагоцитоз с $43,0 \pm 1,9$ до $52,0 \pm 2,1\%$ (N – $58,1 \pm 1,1\%$).

У больных получавших два курса комбинации тималин+ циклоферон +настоя череды отмечены увеличения Е-РОК – с $45,1 \pm 1,3$ до $60,4 \pm 2,1\%$, ЕАС-РОК – с $10,9 \pm 1,3$ до $16,8 \pm 1,2\%$, фагоцитоз с $43,7 \pm 1,2$ до $58,0 \pm 1,2\%$ Улучшение показателей иммунного статуса коррелировали с улучшением клинических признаков: уменьшением симптомов интоксикации и бронхолегочных проявлений. Прекращение выделения МБТ в мокроте отмечено у 80 и 92% больных в обеих группах.

Выводы: Доказано эффективность применения комбинации настоя череды и иммуномодуляторов для коррекции выявленных нарушений в иммунном статусе у больных ЛУТЛ, что будет способствовать повышению общей эффективности комплексной терапии больных полирезистентным туберкулезом легких.

ИЗУЧЕНИЕ ТОКСИКО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ШИГЕЛЛЕЗОМ ЗОННЕ

Рахимов Б.О., Ибрагимова Х.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: Частота встречаемости и высеваемости шигеллеза с каждым годом неуклонно растет. Для детей раннего возраста характерно формирование тяжелых форм с развитием осложнений и остаточных явлений. Ухудшающее течение и снижающее эффективность проводимой терапии у детей раннего возраста являются токсико-дистрофические состояния.

Целью нашего исследования явилось изучение токсико-дистрофических состояний у детей с подтвержденным шигеллезом Зонне.

Материалы и методы: нами был проведен ретроспективный анализ 28 историй болезни детей в возрасте от 8 мес. до 3 лет с подтвержденным шигеллезом Зонне на базе 4-ГКДИБ Шайхонтохурского района.

Результаты: Из 28 детей, у 25(89,2%) наблюдались токсико-дистрофические состояния (ТДС), указанные состояния характеризовались повторными эпизодами диареи при которых антибактериальные препараты были неэффективными, прогрессировало снижение массы тела и наблюдались периодические субфебрильные повышения температуры тела. При анализе полученных данных было установлено, что наиболее способствующим моментом к развитию ТДС являлась степень нарушения питания (НП) у детей до развития шигеллеза. Так, при изучении исходного состояния питания у детей показало, что у пациентов с ТДС имело место нарушение питания I, II и III степеней. У 5(17,8%), 8(28,5%) и 15(53,6%) соответственно. Также при исследовании реакции детей на пищевые нагрузки выявлено нарушение пищевой толерантности привычной пищи у 16(57,1%). При исследовании лабораторных показателей было выявлено гипохромная анемия различных степеней с выраженным пойкилоцитозом и анизоцитозом соответственно. Также обнаружен выраженный лейкоцитоз и ускорение СОЭ у всех больных. Изменения биохимических показателей крови у больных проявились в виде гипопроteinемии и гипоминералемии с преимущественным снижением ионов калия, кальция и магния. В проведенных копрологических исследованиях у пациентов выявлены лейкоциты и слизь в большом количестве, а также признаки нарушения как полостного, так и пристеночного пищеварения.

Заключение. Таким образом, ТДС при шигеллезе Зонне развивается преимущественно у детей с исходным нарушением питания и учащается с усугублением степени последнего. Указанное состояние наряду с нарастающей потерей массы тела и субфебрилитетом проявляется снижением толерантности к пище, выраженной гипохромной анемией, гипопроteinемией, гипоминералемией и копрологическими нарушениями. Выявленные нарушения необходимо учитывать при проведении лечения указанных состояний.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГОМЕОПАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ ДИСБИОТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Рахимова С.У., Каримова.М.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Применяемые ныне методы лечения дисбиоза кишечника не всегда достигают желаемого результата. В последнее время широкое распространение за рубежом получила гомеопатическая терапия. В основе гомеопатии заложены базисные положения доказательной медицины. Клинический опыт исследователей Германии, России, позволяет утверждать, что использование гомеопатических препаратов в лечении различных патологических состояний у детей можно считать оправданным и необходимым в силу их высокой эффективности. Особенно это важно у больных рецидивирующими респираторными инфекциями, так как частая антибактериальная терапия обуславливает дисбиотические нарушения кишечника и снижение иммунитета. В связи с этим, коррекция микробиоценоза кишечника у данного контингента больных является одним из путей профилактики рецидивов бронхолегочной патологии.

Цель исследования. Изучить эффективность гомеопатической терапии в комплексе лечения дисбиотических нарушений у детей с рецидивирующим бронхитом.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 34 ребенка в возрасте от 1 года до 7 лет, больных рецидивирующим бронхитом в стадии обострения, из них 21 мальчиков, 13 девочек. Контрольную группу составили 20 детей, эпизодически болеющих ОРВИ. Проведено изучение анамнеза жизни, болезни, анализ истории болезни, оценка настоящего соматического статуса, изучены показатели общего анализа крови, кала. Бактериологическое исследование кала для установления вида и степени дисбактериоза методом по Н.М.Грачевой с соавт. (1986) и В.А.Знаменской с соавт. (1986). Препаратом выбора для коррекции микробиоценоза кишечника явился гомеопатический препарат «Энтерокинд» производства Германии, обладающий эффективным воздействием на нарушенные функции желудочно-кишечного тракта. Препарат назначался с первых дней заболевания. Курс лечения составлял 1 мес.

Результаты исследования. Клиническая картина эффективности гомеопатического препарата «Энтерокинд» оценивалась по улучшению общего состояния, по срокам нормализации стула, по показателям копрологического исследования и по степени выраженности дисбактериоза. При включении в комплекс лечения гомеопатического препарата «Энтерокинд» уменьшалась выраженность диарейного синдрома и исчезали клинические проявления дисбактериоза кишечника: нормализация стула в первые трое суток отмечалась у 44,1% больных, у остальных 55,9% в течение от 4 до 7 дней. При анализе динамики исчезновения основных клинических симптомов дисбактериоза кишечника у детей, больных рецидивирующим бронхитом на фоне гомеопатической терапии достоверно ($P < 0,001$) быстрее купировались такие признаки, как боли в животе, метеоризм, диарея, тошнота, рвота, снижение аппетита. Микрофлора кишечника нормализовалась у 76,5% детей, получавших «Энтерокинд», и у 47,1% больных, находившихся на традиционной терапии. Побочных эффектов при применении препарата «Энтерокинд» мы не наблюдали. Результаты катamnестических наблюдений показали, что в первые 3 месяца после приема препарата, наблюдалось отсутствие жалоб на клинические проявления дисбактериоза кишечника.

Выводы. Таким образом, установлено, что включение в комплекс традиционной терапии больных рецидивирующим бронхитом, осложненным дисбактериозом кишечника гомеопатического препарата «Энтерокинд», является оправданным и необходимым в силу их высокой эффективности и отсутствия побочных эффектов.

СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Рахимова С.У., Каримова М.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Изучение микробной эндоэкологии человека относится к одному из наиболее актуальных направлений медицинской науки и практики. Исследования проведенные в нашем регионе свидетельствуют о том, что одной из проблем гастроэнтерологии у нас является дисбактериоз кишечника. В ответ на изменение кишечного микробиоценоза у детей первых лет жизни формируется неблагоприятный преморбидный фон, который при воздействии различных провоцирующих факторов может трансформироваться в патологический процесс. Наиболее частым патологическим процессом возникшем на фоне дисбактериоза являются частые простудные заболевания. В связи с этим своевременная и качественная диагностика дисбактериоза кишечника, а также правильный выбор тактики лечения является наиболее важной задачей практического здравоохранения

Цель исследования. Изучить состояние микробиоценоза кишечника у часто болеющих детей.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 34 ребенка в возрасте от 1 года до 7 лет, больных рецидивирующим бронхитом в стадии обострения, из них 21 мальчиков, 13 девочек. Контрольную группу составили 20 детей, эпизодически болеющих ОРВИ. Проведено изучение анамнеза жизни, болезни, анализ истории болезни, оценка настоящего соматического статуса, изучены показатели общего анализа крови, кала. Бактериологическое исследование кала для установления вида и степени дисбактериоза методом по Н.М.Грачевой с соавт. (1986) и В.А.Знаменской с соавт. (1986).

Результаты исследования. Анализ анамнестических данных обследуемых детей показал, что отмечается большая распространенность факторов риска развития дисбактериоза в группе часто болеющих детей: патология ante- и интранатального периодов у 82,8% детей, антибактериальная терапия-91,3%, наличие часто болеющих членов семьи-54,8%. Частые простудные заболевания на первом году жизни перенесли 58,1% детей, патология ЖКТ отмечалась у 39,7%. Клиническими проявлениями дисбактериоза кишечника у обследованных нами больных были общее беспокойство, повышенная возбудимость у 81,7%, рвота, срыгивания - 64,5%, запоры - 52,7%, отставание в физическом развитии - 54,8%, наличие патологических примесей в стуле - 100%, признаки полигиповитаминоза - 57%. Бактериологический диагноз кишечного дисбактериоза был подтвержден в 100% случаев, в основном отмечались дисбиотические нарушения II-III степени тяжести. При анализе количественного и качественного состава микрофлоры кишечника у детей, больных рецидивирующим бронхитом, обнаружено выраженное снижение содержания бифидобактерий - $7,3 \pm 0,35$ lg КОЕ/г ($P < 0,001$) и лактобактерий $5,6 \pm 0,33$ lg КОЕ/г ($P < 0,001$), уменьшение количества лактозопозитивных кишечных палочек до $5,5 \pm 0,11$ lg КОЕ/г на фоне увеличения содержания энтеробактерий, стафилококков, грибов рода кандиды. Дисбиотические сдвиги в большинстве случаев сопровождались выделением бактерий условно-патогенной группы в титрах 10^4 и выше.

Вывод: Установлены факторы риска развития дисбактериоза кишечника у часто болеющих детей, выявлено наличие выраженных дисбиотических нарушений в кишечнике, сопровождающихся клиническими проявлениями, что диктует необходимость своевременного назначения коррегирующей терапии.

РАЦИОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ДИСБИОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЭШЕРИХИОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Рахимова М.А., Шаджалилова М.С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Антигенная нагрузка формирующаяся после перенесенной острой эшерихиозной инфекции, приводит к расстройствам основных регуляторных систем организма, способствует нарушению пищеварения, дисбактериозу кишечника, гиповитаминозам и другим изменениям. Под дисбактериозом кишечника понимают клинико-лабораторный синдром, связанный с изменением качественного или количественного состава микрофлоры кишечника с последующим развитием метаболических и иммунологических нарушений с возможным развитием желудочно-кишечных расстройств.

Цель нашей работы провести рациональную терапию дисбиотических осложнений на основании клинического и микробиологического анализа больных детей при эшерихиозной инфекции.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 32 ребенка больных эшерихиозной инфекцией. Среди наблюдавшихся больных в возрасте до 1 года было 14 (44,%) от 1 года до 2 лет – 12(38%) и старше 2 лет – 6(18%). Этиология эшерихиозной инфекции установлена бактериологическим и серологическим (ИФА) методом исследования. Микрофлоры толстой кишки исследовали по методу Н.М.Грачевой с соавт.(1986) и В.А.Знаменской с соавт.(1986) модифицированным в отделе СЭС МСО МЗ РУз.

Результаты и обсуждение. Анализ клинических наблюдений позволил установить, что заболевание протекало преимущественно по типу гастроэнтерита, преобладали среднетяжелые формы заболевания (у 74,1%). Тяжелые формы ОКИ отмечены у 25,9% детей с развитием у больных токсикоза и эксикоза III степени. Поступили в стационар с острым началом заболевания 85,7% детей. Наблюдаемые больные до поступления в стационар уже лечились антибиотиками, получали бактериальные препараты по поводу установленного в анамнезе различной степени и вида дисбактериоза кишечника.

Бактериологический диагноз кишечного дисбактериоза различной степени был подтвержден в 100% случаев, из них у 4 (12,5%) – I степень, у 15 (47,5%) - II степень, у 13 (40%) - III степень дисбактериоза. В 62,5% случаев кишечный дисбактериоз был обусловлен дефицитом лактобактерий, бифидобактерий и у 37,5% высоким содержанием кишечной палочки гемолитической активности. Выделялись так же лактозонегативные кишечные палочки выше 10% по отношению к общему числу нормальных кишечных палочек. В большинстве случаев антагонистической активностью аутофлора не обладала. При повторном обследовании у 34,3% детей сохранялся дисбактериоз кишечника различной степени.

Больные дети до 6 месяца принимали препарат по 1 пакетику 1 раз в день. В возрасте от 6 месяца до 3 лет по 1 пакетику 2 раза в день. Курс приема 20 дней. Результаты клинических наблюдений свидетельствуют о лечебной эффективности «Bifolak-Neo» при лечении постинфекционного кишечного дисбактериоза. После приема препарата частота дисбактериоза III степени снижалась в 3 раза (68%- 26,6%), а II степени - в 2 раза (28%- 14,3%). У больных, которым в комплексную биотерапию Bifolak-Neo не включали, сроки нормализации микробного пейзажа кишечника удлинялись на 30 и более дней.

Выводы: Коррекция состава микрофлоры кишечника не является самоцелью, поэтому лечение таких больных должно проводиться только с учетом основного заболевания с предварительным или параллельным его лечением.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ МАССЫ ТЕЛА НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Рахманова Ф.М., Салахитдинова. Ш.Ш., Юнусова С.Э.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность исследования: Выхаживание недоношенных новорожденных является приоритетной задачей неонатологии, так как именно эти дети определяют уровень перинатальной смертности, заболеваемости и инвалидизации. Укорочение периода внутриутробного развития и связанная с этим морфологическая и функциональная незрелость многих жизненно важных органов и систем определяют особенности течения периода адаптации недоношенного ребенка, в том числе и изменение массы тела в раннем неонатальном периоде. Важным аспектом успешного выхаживания недоношенных детей является нутритивная поддержка, задача которой заключается в обеспечении постнатальной скорости роста. Нутритивный статус и скорость постнатального роста в неонатальном периоде у детей с низкой массой тела рассматривают, как основные предикторы состояния здоровья в различные периоды развития.

Цель исследования: Изучить сравнительную характеристику изменения массы тела после рождения у недоношенных новорожденных в получавших адекватную нутритивную терапию.

Материалы и методы: Обследовано 30 недоношенных новорожденных детей, родившихся в асфиксии. Все новорожденные разделены на две группы. В первую группу вошли новорожденные родившиеся без осложненного акушерского анамнеза. Во вторую группу - недоношенные новорожденные с осложненным акушерским анамнезом и родившиеся в асфиксии. Гестационный возраст наблюдаемых детей составил 26 - 34 недель.

Результаты исследования: При анализе изменения массы тела у обследованных недоношенных новорожденных после рождения получавших адекватную нутритивную терапию выявлено, что в первые 3 дня жизни у всех новорожденных было снижение массы тела. Максимальная убыль массы наблюдалась на второй день жизни и составила от 30 до 60 грамм. В общем в первые три дня жизни убыль массы тела обследованных новорожденных была 65-86 грамм. Частота случаев постнатальной убыли массы тела более 15% от исходной массы при рождении составила 6,41% в I группе и 30,56% во II группе. Так же необходимо отметить, что новорожденные во II группе начали прибавлять в весе уже на 4 день жизни, а у новорожденных I группы прибавка массы тела наблюдалась только к концу первой недели жизни. Количество детей, которым потребовалось более 14 дней на восстановление до исходной массы тела при рождении, в I группе было меньше 21,15% против 30,56%. Начало стабильной прибавки после ранней постнатальной потери массы тела отмечалась у детей I группы на 5,37 день против 7,14 дня во II группе. Причем Восстановление массы тела до исходной при рождении у детей I группы наступало на 10,86 день и на 13,75 день во II группе.

Ежедневная прибавка массы тела на протяжении всего периода наблюдения была выше в I группе и составила 14,9 г/кг/день против 13,21г/кг/день во II группе, что обусловило большие значения массы тела в I группе с 7 дня жизни и до окончания исследования. В показателях прироста длины у детей I и II группы статистически значимых различий не выявлено.

Выводы: Таким образом, убыль массы тела и начало стабильной прибавки массы тела наблюдалась у новорожденных первой группы раньше чем во второй группе новорожденных, что обусловило большие значения массы тела с 4 дня жизни.

ОСОБЕННОСТИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ У ОБСЛЕДУЕМЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ (ППЦНС) С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА (ВПС)

Рахматуллаева Г. М., Ходжиметова Ш.Х., Гулямова М.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: Рост числа новорожденных с ППЦНС, для которых характерна высокая частота неврологических нарушений в раннем неонатальном периоде и в последующие годы жизни, определяет необходимость изучения у них особенности формирования функций центральной нервной системы для дифференцированного подхода к прогнозированию нарушений постнатальной адаптации и выбора тактики лечения.

Цель исследования: Изучить особенности неврологической симптоматики у обследуемых новорожденных у детей с ППЦНС с ВПС.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 67 новорожденных детей с ППЦНС, родившихся с ВПС. Все новорожденные были разделены на II группы. I-группу составили новорожденные с ППЦНС с ВПС – 26.8% (18). II- группу составили новорожденные с ВПС - 73.1 % (49).

Результаты исследования: Изучение клинических неврологических симптомов показало, что у новорожденных детей I группы гипервозбудимость встречалась у 25%, во II - ой в 3 раза чаще и составило 75%. Однако гипорефлексия в I группе новорожденных встречалась в 3 раза чаще и составило 78.9 %, чем во II - ой - 21%. Гиперрефлексия противоположно гипорефлексии в 1.8 раза больше наблюдалось во II группе и составило 62.5%, чем I-ой 37,5 %. Симптом вялости больше наблюдалось в I группе - 76,1%, чем во II-ой в 3.1 % и составило 23,8%. Атония и дистония, снижение двигательной активности отмечалось только у новорожденных I группы детей 100%. Мышечный гипертонус наблюдался у новорожденных I-ой группы и составил 37,5 %, а во II-ой в 1.6 раза больше - 62,5%. Гипотония противоположно гипертонусу у новорожденных в I – ой группы наблюдалось чаще в 2,5 раза - 70%, чем во второй 30%. Тремор у новорожденных в 2,5 раза больше наблюдалось в I группе - 71,4%, чем во II - ой 28,5%. Такие симптомы как нистагм, плавающий взгляд, судороги встречались только у новорожденных I группы. Слабый крик встречался в подавляющем большинстве среди новорожденных I группы в 86,6% случаев, в то время как во II - ой у 13,3%. Гипертензионный синдром встречался у новорожденных I групп в 57% случаев, а во II-ой 43%.

Вывод: Таким образом, результаты наших исследований показали, что у новорожденных с ППЦНС с ВПС происходят более выраженные изменения в неврологическом статусе, чем у детей только с ВПС. У новорожденных с ППЦНС с ВПС чаще наблюдается гипорефлексия, вялость, гипотония мускулатуры, тремор конечностей, судороги, слабый крик, гипертензионный синдром, что приводит к более низким адаптационным возможностям, чем у детей с ВПС.

**ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОСОНОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ С
ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ
(ППЦНС) С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА (ВПС)**

Рахматуллаева Г. М., Ходжиметова Ш.Х., Гулямова М.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: Одной из актуальных проблем неонатологии остается вопрос ранней диагностики различных форм поражения головного мозга у новорожденных. На современном этапе с появлением метода нейросонографии и УЗИ сердца стало возможно изучение некоторых морфологических изменений головного мозга, а также сердца у детей.

Цель исследования: Изучить особенности нейросонографических показателей у детей с ППЦНС с ВПС.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 67 новорожденных детей с ППЦНС, родившихся с ВПС. Все новорожденные были разделены на 2 группы. I-группу составили новорожденные с ППЦНС с ВПС – 26.8% (18). II- группу составили новорожденные с ВПС - 73.1 % (49).

Результаты исследования: Анализ исследований показал, что среди наблюдаемых новорожденных диагностировали ГИЭ I и II степени тяжести у 22.3%. При этом ГИЭ I степени тяжести встречалось в обеих группах в равных количествах. ГИЭ II степени наблюдалось у 55% новорожденных, что на 10 % больше, чем среди новорожденных II – ой группы и составило 44,4%. У 10,4% новорожденных наблюдалось ВЖК. При этом ВЖК I степени наблюдалось у 66,6% новорожденных I – ой группы, а во II – ой - 33,3%. ВЖК II степени наблюдалось у новорожденных в обеих группах с одинаковой частотой и составило по 50%. Отек головного мозга наблюдался у одного новорожденного из I группы. В единичных случаях выявилось у новорожденных ПВЛ, вентрикуломегалия, асимметрия желудочков мозга. Все эти изменения встречались у новорожденных с одинаковой частотой в обеих группах.

Вывод: Таким образом, результаты наших исследований показали, что у новорожденных с ППЦНС с ВПС в значительной степени происходит поражение ЦНС. Однако поражение ППЦНС носит гипоксическо - ишемический характер и чаще II степени.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ МАССЫ ТЕЛА НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Рахманова Ф.М., Салахитдинова. Ш.Ш., Юнусова С.Э.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность исследования: Выхаживание недоношенных новорожденных является приоритетной задачей неонатологии, так как именно эти дети определяют уровень перинатальной смертности, заболеваемости и инвалидизации. Укорочение периода внутриутробного развития и связанная с этим морфологическая и функциональная незрелость многих жизненно важных органов и систем определяют особенности течения периода адаптации недоношенного ребенка, в том числе и изменение массы тела в раннем неонатальном периоде. Важным аспектом успешного выхаживания недоношенных детей является нутритивная поддержка, задача которой заключается в обеспечении постнатальной скорости роста. Нутритивный статус и скорость постнатального роста в неонатальном периоде у детей с низкой массой тела рассматривают, как основные предикторы состояния здоровья в различные периоды развития

Цель исследования: Изучить сравнительную характеристику изменения массы тела после рождения у недоношенных новорожденных в получавших адекватную нутритивную терапию.

Материалы и методы: Обследовано 30 недоношенных новорожденных детей, родившихся в асфиксии. Все новорожденные разделены на две группы. В первую группу вошли новорожденные родившиеся без осложненного акушерского анамнеза. Во вторую группу - недоношенные новорожденные с осложненным акушерским анамнезом и родившиеся в асфиксии. Гестационный возраст наблюдаемых детей составил 26 - 34 недель.

Результаты исследования: При анализе изменения массы тела у обследованных недоношенных новорожденных после рождения получавших адекватную нутритивную терапию выявлено, что в первые 3 дня жизни у всех новорожденных было снижение массы тела. Максимальная убыль массы наблюдалась на второй день жизни и составила от 30 до 60 грамм. В общем в первые три дня жизни убыль массы тела обследованных новорожденных была 65-86 грамм. Частота случаев постнатальной убыли массы тела более 15% от исходной массы при рождении составила 6,41% в I группе и 30,56% во II группе. Так же необходимо отметить, что новорожденные во II группе начали прибавлять в весе уже на 4 день жизни, а у новорожденных I группы прибавка массы тела наблюдалась только к концу первой недели жизни. Количество детей, которым потребовалось более 14 дней на восстановление до исходной массы тела при рождении, в I группе было меньше 21,15% против 30,56%. Начало стабильной прибавки после ранней постнатальной потери массы тела отмечалась у детей I группы на 5,37 день против 7,14 дня во II группе. Причем Восстановление массы тела до исходной при рождении у детей I группы наступало на 10,86 день и на 13,75 день во II группе.

Ежедневная прибавка массы тела на протяжении всего периода наблюдения была выше в I группе и составила 14,9 г/кг/день против 13,21г/кг/день во II группе, что обусловило большие значения массы тела в I группе с 7 дня жизни и до окончания исследования. В показателях прироста длины у детей I и II группы статистически значимых различий не выявлено.

Выводы: Таким образом, убыль массы тела и начало стабильной прибавки массы тела наблюдалась у новорожденных первой группы раньше чем во второй группе новорожденных, что обусловило большие значения массы тела с 4 дня жизни.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОПРОДУКТИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ ОСЛОЖНЁННОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ АДДИКЦИЕЙ

Рогов А.В., Абдуллаева В.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Особенности динамики психопродуктивной симптоматики при коморбидных состояниях занимают важное место в структуре дифференциально-диагностических исследований в психиатрии. Проблема коморбидности шизофрении и алкоголизма в последние годы все чаще привлекает внимание специалистов, обусловлено этой большой распространенностью, особенностями клинического течения, трудностями дифференциальной диагностики и значительным снижением социального функционирования. Особый интерес в этом отношении представляет динамика психопродуктивной симптоматики у больных параноидной шизофренией с хронической алкогольной интоксикацией, так как группа лиц с такими расстройствами составляет до 40% от больных шизофренией. Значительное изменение привычной клинической картины при коморбидности параноидной шизофрении с алкогольной аддикцией диктует необходимость системного подхода к данной проблеме.

Цель и задачи исследования - изучить особенности динамики психопродуктивной симптоматики у лиц с параноидной шизофренией в сочетании с алкогольной аддикцией.

Материалы и методы исследования. В условиях отделения экстренной неотложной психиатрической скорой помощи и стационарных отделений Городской Клинической Психиатрической Больницы г.Ташкента было обследовано 46 больных мужского пола с верифицированным диагнозом параноидная шизофрения, находящимися на стационарном лечении в связи с обострением заболевания. Критерием отбора являлось наличие периода алкоголизации непосредственно перед поступлением. Контрольную группу составили 31 больной с диагнозом параноидная шизофрения, без систематического употребления алкоголя в анамнезе. При обследовании больных были использованы клиничко-психопатологический, катамнестический и экспериментально - психологические методы исследования.

Результаты исследования и обсуждение. В группе исследуемых больных, где злоупотребление алкоголем носило систематический характер, в условиях оказания неотложной психиатрической помощи у подавляющего числа 33 (71.7%) больных ведущим психопатологическим синдромом был диагностирован психопатоподобный синдром. При этом другая психопродуктивная симптоматика полностью или частично дезактуализировалась. В этой же группе у 8 (17.3%) был диагностирован параноидный синдром и 5 (10.8%) аффективно-бредовой синдром. В контрольной группе диагноз параноидный синдром был выставлен 21 (67,7%) больному, у 7 (22.5%) больных диагностирован психопатоподобный синдром и у 3 (9,6%) другие синдромы. В условиях стационара, в группе больных с алкогольной аддикцией, происходила трансформация диагностированного ранее ведущего синдрома. Так в группе лиц с диагностированным психопатоподобным синдромом у 23 (69.6%) больных происходило нивелирование психопатоподобной симптоматики и актуализация других болезненных переживаний.

Выводы. Систематическое злоупотребление алкоголем у больных параноидной шизофренией ведет к патоморфозу клинической картины и может приводить к динамическому изменению психопродуктивной симптоматики в рамках одного обострения заболевания.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С АЛКОГОЛИЗМОМ

Рогов А.В., Абдуллаева В.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность проблемы. Последние десятилетия приобрели тенденцию системного изучения вопросов качества жизни больных. В психиатрии, как характеристике социального функционирования, этому вопросу уделяется особое внимание, так как социальная адаптация больных является одной из главенствующих целей реабилитации широкого круга пациентов. Особняком стоит вопрос о состоянии качества жизни больных параноидной шизофренией, осложненной алкогольной зависимостью. Изменение патоморфоза шизофрении в сочетании с алкоголизмом, приводящее к более глубокой социальной дезадаптации, диктует необходимость подробного изучения качества жизни таких больных, с возможной последовательной коррекцией существующих методов реабилитации у данной группы пациентов.

Цель и задачи исследования. Изучить особенности качества жизни и социальной адаптации у больных параноидной шизофренией в сочетании с злоупотреблением алкоголя.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 46 больных мужского пола с диагнозом параноидная шизофрения, сочетающаяся с хронической алкогольной интоксикацией или алкогольной зависимостью. Контрольную группу составили 51 больной с диагнозом параноидная шизофрения без систематического употребления алкоголя в анамнезе. Для измерения субъективных показателей качества жизни больных шизофренией использовался опросник ВОЗ КЖ-СМ.

Результаты исследования и обсуждение. Качество жизни и социальная адаптация больных шизофренией в исследуемых группах, обнаруживает взаимосвязи с клиническими характеристиками. У больных с параноидной шизофренией в сочетании с хронической алкогольной интоксикацией, объективные показатели социальной адаптации и субъективные параметры качества жизни значительно уступали соответствующим показателям контрольной группы. Так в этой группе достоверно чаще отмечались психопатоподобные проявления ($p < 0,001$), повышенная агрессивность во взаимоотношениях с окружающими ($p < 0,01$), снижение уровня семейной адаптации, отмечались худшие показатели комплаенса, более частые отказы от терапии и прерывание лечения. Группа больных с диагнозом параноидная шизофрения без систематического употребления алкоголя в анамнезе, отличалась более стабильно-позитивным вариантом социальной адаптации.

Выводы. Показатели качества жизни и уровень адаптации у больных параноидной шизофренией, сочетающаяся с хронической алкогольной интоксикацией или алкогольной зависимостью, значительно хуже показателей контрольной группы. Безусловно, ведущим фактором, приводящим к снижению качества жизни является коморбидность с алкогольной зависимостью.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЯ ДЕНСИТОМЕТРИИ ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ У ДЕТЕЙ

Рузматова Д.М.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Системные заболевание соединительной ткани у детей является актуальной проблемой в детской кардиоревматологии. Ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА) занимает среди них одно из первых по социально-экономическим последствиям из-за преимущественного поражения лиц трудоспособного возраста и прогрессирующего течения заболевания. ЮРА - тяжелое инвалидизирующее заболевание у детей до 18 лет, характеризующееся поражением суставов, с развитием в них деструктивных изменений, а также рядом внесуставных проявлений.

Важным патогенетическим звеном течения ЮРА следует считать изменение костной ткани, встречающийся как дебюте артрита, так и в ходе его течения. Изменения костной ткани, выявляемые в дебюте артрита, как правило, связаны с конституциональными (генетическими) особенностями метаболизма костной ткани. В ходе течение артрита добавляется влияние таких патогенетических факторов, как влияние хронического ревматического воспаления, характер проводимой терапии, степень функциональных ограничений, приводящих к уменьшению физической активности, необходимой для ремоделирования костной ткани. Влияние факторов болезни приводит к уменьшению всасывания кальция, нарушению процессов гидроксилирования витамина D, снижению темпов ремоделирования костной ткани, приводящих к прогрессирующему снижению минеральной плотности костей и высокому риску развития остеопороза. Последние достижения в детской ревматологии позволили увеличить выживаемость больных, улучшить качество их жизни. Однако на первый план после наступления ремиссии стали выходить лекарственные осложнения, частым и тяжелым из которых является стероидный остеопороз. В последние годы появились сведения о том, что истоки остеопароза взрослых нередко лежат в детском возрасте. Недостаточность минерализация костной ткани в детстве приводит к высокой частоте переломов костей у взрослого человека в критические периоды жизни, как патологические, так и физиологические.

Появление высокочастотных и безопасных методов остеоденситометрии позволяет ранней диагностировать остеопороза у детей при ЮРА и своевременно предотвращения потери минеральной плотности костной ткани. Таким образом, ранняя диагностика и своевременное предотвращения деструкции костной ткани позволяет сохранить трудоспособность и уменьшить процент инвалидизации.

ГОЛОВНЫЕ БОЛИ У ШКОЛЬНИКОВ НАЧАЛЬНЫХ КЛАССОВ

Ряхова Е.С., Курбанова Ш.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Для многих детей начало обучения в школе является эмоциональным стрессом, который приводит к дезадаптации, вегетативной дисрегуляции и головным болям. Наряду со значительными успехами в изучении патогенеза головных болей у детей, многие его аспекты изучены недостаточно.

Цель и задачи исследования: изучить факторы риска головных болей у детей младших классов.

Материалы и методы исследования: обследовано 50 детей младшего школьного возраста, учеников 1-3-х классов средней общеобразовательной школы № 83 г. Ташкента.

Результаты исследования: Согласно полученным данным, из всех обследованных жалобы на ГБ предъявляли 46% детей. Это были школьники преимущественно с психогенными вариантами ГБ - 40,0%, в том числе с ГБН - 36,8%. Наиболее часто встречался эпизодический вариант болезни - 30,9%, ее хронический вариант составил 4,7%, сочетание ГБН и мигрени - 1,2%, а отдельно мигрень наблюдалась в 3,2% случаев. С меньшей частотой имели место ГБ при патологии черепа, шеи, глаз - 3,5%, а также ГБ, сочетающиеся с внутричерепными процессами несосудистой природы - 1,1% случаев. 2% школьников не удалось отнести ни к одному из классифицированных вариантов ГБ.

В младшем возрасте эпизодический вариант ГБН наблюдался у 28,3% девочек и 25,7% мальчиков. Постепенно с возрастом этот разрыв становился больше и составил соответственно 35,7% и 31,9%.

ГБ, сочетающиеся с внутричерепными процессами несосудистой причины (ВПНП) более характерна для мальчиков младшей возрастной группы и актуальность этого типа ГБ, в связи с проводимым лечением, с возрастом снижается.

Роль пола в возникновении и оформлении клиники различных заболеваний неоднократно подчеркивалось в работах А. М. Вейна. В нашем исследовании на примере ГБН у школьников подтверждается эта закономерность, что требуется учитывать педиатрам и неврологам, работающим с детским контингентом.

Безусловно, что в появлении описанной эволюции психогенных вариантов ГБ, большую роль играют наследственные факторы, психологические особенности личности ребенка и его возможности адекватно реагировать на окружающую социальную среду, а также приобретенные заболевания перинатального периода и раннего детского возраста. Взаимодействие этих факторов в конечном итоге приводит к оформлению клинической картины, причем в каждом конкретном случае решающее значение может иметь один из них: при мигрени - наследственная предрасположенность, при ГБН - индивидуальные психологические особенности личности ребенка и неблагоприятная социальная среда, а при ГБ, сочетающейся с ВПНП - приобретенные заболевания. Вместе с этим, как удалось установить, частота различных вариантов ГБ определяется и полом ребенка. В наших исследованиях показано, что ГБН, мигрень и неклассифицируемая ГБ чаще наблюдается у девочек, а ГБ, сочетающаяся с ВПНП, преобладает у мальчиков.

Выводы: Таким образом, наши исследования показали что факторы риска ГБ у детей разнообразны и они чаще встречается у девочек; которая постепенно увеличивается с возрастом. Социальные факторы также играют важную роль в возникновении и оформлении клиники болезни.

ВРОЖДЕННЫЕ СРЕДИННЫЕ КИСТЫ И СВИЩИ ШЕИ У ДЕТЕЙ

М.Х.Саидов. Б.Х.Хамидов

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Врождённые срединные кисты и свищи шеи являются результатом нарушения внутриутробного развития плода. Клиническая симптоматика свищей шеи, по данным многих авторов проявляется, или с момента рождения, или на первом году жизни ребёнка. Анализ о частоте данной патологии констатирует, что в детском возрасте она встречается значительно чаще. Наиболее эффективным методом лечения срединных свищей и кист шеи в настоящее время большинством авторов признано хирургическое вмешательство. Несмотря на многочисленные опыты изучения этой патологии, вопрос современной диагностики и выбора метода лечения остается актуальным.

Цель. Анализ результатов хирургического лечения детей с врожденными кистами и свищами шеи.

Материалы и методы. В клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ за период с 2004 по 2013 гг. на стационарном лечении находились 38 ребенка в возрасте от 1 до 15 лет с врожденными кистами и свищами шеи. Девочек было 22(57.9%), мальчиков-16 (42.1%). Среди них срединные кисты шеи выявлены у 24(63.1%) больных свищи шеи - у 6 (15.7%), боковые свищи шеи – у 8 (21.5%). Среди наблюдавшихся из 24 больных у 7 были воспаленные кисты. Возраст больных колебался от 1-15 лет: 1-3 года было 12(31.57%) детей; 3-7 года – 17 (44.73%); 8-15 года – 9 (23.68%). В диагностике помимо общепринятых клинико-лабораторных методов использовали: ультразвуковое исследование, фистулографию, контрастную компьютерную томографию .

Результаты. У наблюдаемых из 38 детей 24 (63,1%) больным произведено иссечение срединных кист шеи, 8 больным боковых свищей шеи 6 больным срединных свищей шеи. На основании данных контрастных КТ исследований у 5 (13,1%) больных определили ответвление свищей шеи . Среди 24 больных с кистами шеи , у 7 (18,42%) при поступлении в клинику отмечались воспалительные явления в области аномальных образований. Этим детям проводилось лечение, направленное на ликвидацию воспалительных явлений . Через месяц после стихания воспалительных явлений детям предлагалось оперативное лечение. Из 14 больных со свищами шеи, которые оперированы после стихания воспалительных явлений, рецидив заболевания мы наблюдали у 2 (5,2%) детей,

Больные с рецидивами заболевания после лечения в нашей клинике были оперированы повторно. При гистологическом исследовании удаленных кист и свищей выявлено, что внутренний слой их стенок чаще всего выстлан многослойным плоским неороговевающим эпителием, иногда мерцательным и цилиндрическим. Типичным для морфологии рассматриваемых образований является наличие в их стенках лимфоидных элементов. Характерно наличие слизистых желез в подэпителиальном слое. Наружный слой этих образований соединительнотканый с более или менее выраженными воспалительными явлениями.

Выводы. Наш опыт показывает, что предшествующие воспалительные процессы затрудняют полное иссечение свища, вследствие чего может наблюдаться рецидив свища. При врождённых свищах и кистах шеи необходимо проведение хирургического лечения в любом детском возрасте, сразу же после выявления патологии.

РАННЯЯ АДАПТАЦИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Салахитдинова Ш.Ш, Рахманова Ф.М, Насирова.У.Ф.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: Проблема фетоплацентарной недостаточности(ФПН)-одна из актуальных в современной неонатологии и акушерстве, поскольку это форма патологии относится к наиболее распространенной и является тяжелым осложнением беременности и влияет на здоровье новорожденных.

При наличии у матери фетоплацентарной недостаточности 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 влияние на развитие нервной системы ребенка, антенатальные факторы являются значимыми в патогенезе разнообразной неврологической заболеваемости.

Цель: Изучить состояние здоровья новорожденных детей, рожденных от матерей с фетоплацентарной недостаточностью.

Материалы и методы исследования: В процессе ретроспективного анализа историй болезни 13 матерей с диагнозом фетоплацентарная недостаточность и родившихся от них 15 детей (в 2 случаях рождение двойни) . Диагноз ФПН был выставлен на основании ультразвуковой фетометрии и параметров доплерометрического исследования, нарушение маточно-плацентарного кровотока.

Было проанализировано 15 историй развития новорожденных со сроком гестации 37-39 недель. Родоразрешение в 5 случаях проводилось естественным путем, в 10 случаях оперативным.

Результаты исследования: При анализе истории болезней было выявлено снижение антропометрических показателей у 4 (26,6%) новорожденных вес при рождении составил $2150 \pm 50,4$; рост $45 \pm 3,5$; окружность головы $32 \pm 1,5$; окружность грудной клетки $30 \pm 1,5$. У 3 (20%) новорожденных наблюдалось поражение ЦНС в виде внутрижелудочковых кровоизлияний. Также у 2(13,3%) новорожденных отмечались неврологические расстройства синдромом гипервозбудимости. Мониторинг среднесуточного артериального давления показал у 3(20%) новорожденных гипотония в пределах $54,2 \pm 3,2/42,3 \pm 1,6$. В периоде адаптации отмечалось у 3(20%) новорожденных удлинение по времени физиологической желтухи новорожденных, в 4(26%) случаях убыль массы тела ($\geq 8\%$) , 6(40%) новорожденных уровень глюкозы крови ($\leq 2,6$ ммоль/л) и у 2(13,3%) новорожденных позднее отпадение пуповинного остатка (≥ 7 дней).

Заключение: Оценка и сопоставление данных истории детей, рожденных от матерей с ФПН, позволило выявить косвенную связь о состоянии здоровья новорожденного у данной группы были выявлены изменения в антропометрических показателях, структурные поражения ЦНС(ВЖК), гипотония по результатам суточного мониторирования артериального давления и признаки дизадаптации в раннем неонатальном периоде.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОБОЧНЫХ ДЕЙСТВИЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ НА ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Салихова Н.З., Каримова.М.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность проблемы. Ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА) – одно из наиболее частых ревматических заболеваний у детей. Учитывая, что больные ЮРА вынуждены получать длительное время (зачастую пожизненно) медикаментозную терапию возрастает риск развития лекарственно – ассоциированных осложнений, в первую очередь со стороны желудочно – кишечного тракта и гепатобилиарной системы. В связи с этим, возникает необходимость ранней диагностики, прогноза и профилактики лекарственно-ассоциированных осложнений.

Цель исследования: Изучить частоту и характер поражения органов пищеварения у больных ЮРА.

Материал и методы исследования. Обследовано 42 больных ЮРА и 20 – практически здоровых детей, составивших контрольную группу. Исследования проведены на базе кардиоревматологического отделения клиники ТашПМИ. Из 42 больных ЮРА, 37(88,1%) больных с суставной формой и 5(11,9%)-с суставно-висцеральной формой болезни. Из 42 больных 27 мальчиков и 15 девочек в возрасте от 2 до 16 лет(средний возраст $11,2 \pm 0,8$ года). Продолжительность заболевания составляла от 3 месяцев до 8 лет. В работе использованы общие клинические, лабораторные, инструментальные и функциональные методы исследования. Проведен детальный анализ анамнеза заболевания, выявлены факторы предшествовавшие развитию болезни, произведена оценка проявления дебюта и течения заболевания, ЭФГДС, УЗИ печени.

Результаты исследования. Нами изучена частота побочных действий глюкокортикостероидов и нестероидных противовоспалительных средств на органы пищеварения у больных ювенильным ревматоидным артритом. Все больные с суставно-висцеральной формой получали преднизолон, нестероидные противовоспалительные средства. Из 37 больных с суставной формой - 27 (72,9%) получали преднизолон и НПВС, 10 (27,1%) больных находились на лечении только нестероидными противовоспалительными препаратами. Из нестероидных противовоспалительных препаратов детям были назначены диклофенак, индометацин, ибупрофен, нимесулид. У абсолютного большинства 30 (71,4%) обследованных нами больных отмечались различные заболевания со стороны желудочно – кишечного тракта. Если у детей на ранних этапах заболевания констатировались функциональные расстройства со стороны ЖКТ, то по мере прогрессирования болезни отмечались признаки гастрита, гастродуоденита, иногда с образованием эрозии и язв. При эндоскопии диагноз был подтвержден и у больных наблюдались характерные признаки гастрита, гастродуоденита, у 3 детей выявлена язвенная болезнь. У всех больных 13 (30,9%) со сроком заболевания более 3 лет диагностирован реактивный гепатит, являющийся, по нашему мнению, лекарственно – индуцированным.

Выводы. Таким образом, установлен высокий удельный вес побочных действий на органы пищеварения традиционной терапии ЮРА, что требует поисков безопасных и в то же время эффективных методов лечения данного заболевания.

КЛИНИКО–ЛАБОРАТОРНЫЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ОСЛОЖНЕННОГО СЕПСИСА

Самандаров У.И., Гулямова М.А., Ходжиметов Х.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: Развитие, клиническое течение и исходы сепсиса у новорожденного во многом определяются состоянием его иммунитета. К моменту рождения иммунная система ребенка потенциально способна к осуществлению реакций клеточного и гуморального иммунитета, но имеющийся иммуносупрессорный потенциал определяет повышенную чувствительность организма новорожденного к инфекциям

Цель: изучить клинико – лабораторные критерии диагностики осложненного сепсиса.

Материалы и методы исследования: под наблюдением находилось 35 новорожденных детей с сепсисом. Из них, 1-группу составили 57,1%(15) новорожденных с неосложненным сепсисом (контрольная) и 2-группу- 42,8%(20) новорожденных с осложненным сепсисом.

Результаты исследование: Изучение клинико – лабораторных критериев диагностики осложненного сепсиса показал, что среди факторов риска со стороны матери явились токсикоз (58,3%), хронические очаги инфекции (81,2%), угроза прерывания беременности (69,2%), грязные воды (76,4%), TORCH инфекции (81,8%), анемия (70%), со стороны ребенка: недоношенность (90%) и низкая масса тела (65%), внутриутробная и острая гипоксия (15%) в интранатальном периоде, внутричерепная родовая травма (15%). Основными критериями клинических признаков явились падения массы тела (65%), гипертермия (60%), интоксикация (85%) (вялость, отказ от груди, срыгивание, рвота), полиорганные поражения, СДР (97,1%), апноэ, брадикардия, анорексия, рвота, вздутие живота (50%), кардиореспираторная депрессия, синдром угнетения (55%). Среди лабораторных признаков явились: анемия (гемоглобин ниже 100.5г/л), лейкоцитоз с выше ($23,0 \cdot 10^9/\text{л}$), лимфопения ниже (17,6), нейтрофилез (74), показатели соотношения Н\О с выше (0,27), ускорение СОЭ выше (6,7), бактериологические высеянные возбудители, ЛИИ (7.0), тромбоцитопения ниже ($151 \cdot 10^9/\text{л}$), лейкопения ниже ($3,2 \cdot 10^9/\text{л}$).

Выводы: таким образом клинико – лабораторные критерии дают возможность ранней диагностики и прогнозу течения осложненного сепсиса у новорожденных детей в неонатальном периоде.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ СЕПСИСА

Самандаров У.И., Гулямова М.А, Амизян Н.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: До настоящего времени прогностические критерии реализации сепсиса достоверно не определены, ранняя диагностика септических состояний так же затруднена, а специфические клинические симптомы часто отсутствуют.

Цель: изучить сравнительную характеристику периферической крови у новорожденных с осложненным течением сепсиса.

Материалы и методы исследования: под наблюдением находилось 35 новорожденных детей с сепсисом. Из них, 1-группу составили 57,1%(15) новорожденных с неосложненным сепсисом (контрольная) и 2-группу- 42,8%(20) новорожденных с осложненным сепсисом.

Результаты исследование: исследования показали, что анемия диагностировалась у $\frac{1}{2}$ новорожденных (48,5%), причем их количество почти в равных соотношениях наблюдались как в I ой (53,3%), так и во II ой (45%) группах. Средний показатель Нб (гемоглобина) в I ой группе – $103,6 \pm 3,75$, а во II ой – $100,5 \pm 4,6$. Лейкоцитоз наблюдалась у $\frac{1}{2}$ обследуемых новорожденных и составил 45,7%. Большое количество детей с выраженным лейкоцитозом наблюдалось среди новорожденных II ой группы и составило 50%, что на 10% меньше детей, чем в I ой - 40%. Средние показатели лейкоцитов в I ой группе составило $20,1 \pm 0,34$, а во II ой $23,0 \pm 0,35$. Лейкопения наблюдалась у 34,2% новорожденных, однако количество новорожденных с выраженной лейкопенией наблюдалось в 1,7 раза больше среди новорожденных I ой группы и составило 46,6%, в то время как во II группе их количество составило 25%. Необходимо отметить что средние показатели лейкоцитов при лейкопении составило в I ой группе $4,4 \pm 0,04$, а во II ой $3,2 \pm 0,03$, что указывает на иммунодефицитное состояние новорожденных, которое ярко проявлено у новорожденных II ой группы. Нейтрофильный сдвиг наблюдался у 17,1% новорожденных, который более был выражен у новорожденных II ой группы - 20%, что в 2 раза больше, чем в I ой (13,3%). Средний показатель нейтрофилеза составило $74 \pm 0,62$, во II ой группе и $67,5 \pm 2,65$ в I ой. Тромбоцитопения наблюдалась у 28,5% детей, причем среди новорожденных II ой группы и составило 40%, а в I ой в 4 раза меньше 13,3%. Средний показатель тромбоцитов составило $151 \pm 1,2$, а в II ой группе $168 \pm 2,3$. Лимфопения наблюдалась у 25,7% новорожденных. Необходимо отметить, что у 20% новорожденных I ой группы средний показатель составил $17 \pm 0,68$, в то время, как во II ой у 30% новорожденных средний показатель колебался в пределах $17,6 \pm 1,2$. Средний показатель СОЭ в I ой группе у новорожденных был $5,1 \pm 0,16$ у 40%, а во II ой у 50% - $6,7 \pm 0,38$. Лейкоцитарный индекс интоксикации характеризовался повышением у 71,4% новорожденных, и как показывают наши анализы индекс ЛИИ повышен почти в 5 раза нормы у 75% новорожденных II ой группы и составило в среднем 7.0. У 66,6% новорожденных же I группы - 3,94. Соотношении Н/О выше нормы, указывающий на достоверность септического процесса показал, что у 80% новорожденных диагноз был подтвержден. Среди обследуемых новорожденных у 73,3% показатель соотношение Н/О составило 0,30, а во II ой группе у 85% - 0,27.

Выводы: Таким образом было выявлено, что соотношение повышенного уровня индекса ЛИИ с выраженной токсичной зернистостью нейтрофилов характеризует низкий уровень реактивности и несостоятельность адаптационной системы защиты организма. Цитотоксическая активность клеток крови определяет степень активации напряженности защиты и дезадаптации, которая чаще проявилась у новорожденных с осложненным течением сепсиса.

ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Саматова Н., Убайдуллаева С.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. До сих пор остаются малоизученными клинико-функциональные особенности сочетанного течения артериальной гипертензии и сахарного диабета, аспекты их взаимоотношающего влияния. АГ у больных сахарным диабетом является мощным повреждающим фактором. Для повышения эффективности гипотензивной терапии и защиты органов-мишеней необходимо изучение особенностей течения АГ у больных сахарным диабетом.

Цель исследования: изучить особенности комплексных клинико-анамнестических и лабораторно-инструментальных данных пациентов страдающих с артериальной гипертензией, с присоединением сахарный диабет.

Материалы и методы: исследования включают данные обследования 40 пациентов с АГ на фоне СД в возрасте от 40 до 80 лет. Контрольную группу составили 20 больных с артериальной гипертензией без признаков СД аналогичного возраста

Результаты: Длительность анамнеза АГ составила $15,2 \pm 8,3$ лет. Длительность анамнеза СД $8,2 \pm 6,0$ года. При изучении антропометрических данных обследованных пациентов показатель индекса массы тела (ИМТ) составил $30,7 \pm 40,5$. Исходные средние значения АД среди обследованных составила $161 \pm 21 / 112 \pm 9,1$ мм.рт.ст. При исследовании особенностей суточного профиля АД у больных, страдающих АГ и СД среднесуточные значения САД и ДАД в обследуемой группе пациентов и в контрольной группе существенно не отличались ЧСС в исследуемой группе оказалась выше, чем в контрольной ($75,7 \pm 1,7$ и $69,2 \pm 2,1$ в минуту соответственно, $P < 0,05$), что, вероятно, связано с преобладанием тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы у больных СД. Для больных с АГ и СД оказалось типичным извращение нормального двухфазного суточного ритма АД. Была выявлена недостаточная степень ночного снижения, как САД, так и ДАД. Недостаточная степень ночного снижения САД установлена у 64,7% больных с АГ и СД, ДАД - у 44,1%.

Заключение: При анализе суточного профиля артериального давления у 67,6% больных установлена недостаточная степень ночного снижения артериального давления. Количество недипперов возрастало с увеличением длительности сахарного диабета и отсутствием компенсации гликемии натощак.

ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НА ТЕЧЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Саматова Н., Убайдуллаева С.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) у больных сахарным диабетом (СД) является мощным повреждающим фактором. До сих пор остаются малоизученными клинико-лабораторные и инструментальные особенности сочетанного течения АГ и СД, аспекты их взаимоотягощающего влияния.

Цель исследования: изучить особенности лабораторно-инструментальных данных пациентов страдающих с АГ на фоне СД.

Материалы и методы исследования: Обследованные были подразделены на 2 группы, первую группу составили 40 пациентов с СД на фоне АГ, вторую группу составили 20 пациентов с АГ в возрасте от 40 до 80 лет, третью группу составили 10 пациентов больных СД. Всем больным были проведены клинико-лабораторные, биохимические и инструментальные исследования.

Результаты исследования. Наибольшее повышение HbA1c отмечается у больных 1 группы. Аналогичные изменения наблюдались и со стороны показателей гликемии натощак и через 2 часа после приема пищи. Выявлено достоверное увеличение постпрандиальной гликемии у больных 1-ой группы по сравнению со 2-ой группой.

Корреляционная связь в 3 группе характеризуется положительными коэффициентами корреляции уровня глюкозы с систолическим АД ($r=0,823$) и уровня глюкозы с диастолическим АД ($r=0,330$). Для 2 группы характерна положительная корреляция глюкозы как с систолическим АД ($r=0,834$), так и с диастолическим АД ($r=0,436$). В 1 группе корреляционная связь характеризуется положительным коэффициентом корреляции уровня глюкозы с систолическим АД ($r=0,808$) и с диастолическим АД ($r=0,466$). Во всех исследуемых группах больных коэффициенты корреляции уровня глюкозы с систолическим АД более значимы, чем с диастолическим АД. Число пациентов с измененным суточным профилем АД (недипперов) повышалось с увеличением длительности СД (длительность СД в подгруппе дипперов - $8,4 \pm 1,2$ лет, недипперов - $10,1 \pm 2,1$ лет, $p < 0,05$) и ухудшением показателей углеводного обмена (гликемия натощак в подгруппе дипперов - $7,57 \pm 0,54$ ммоль/л, недипперов - $8,98 \pm 1,20$ ммоль/л, $p < 0,05$), с увеличением длительности АГ (длительность АГ в подгруппе дипперов - $12,8 \pm 2,1$ лет, недипперов - $15,5 \pm 2,8$ лет, $p < 0,05$) и повышением ее степени. Уровни содержания креатинина ($92,8 \pm 18,1$ мкмоль/л) и калия ($4,72 \pm 0,36$ ммоль/л) в сыворотке крови у обследованных 1-ой группы были достоверно повышены в зависимости от показателей 2-ой группы ($P < 0,05$ и $P < 0,01$ соответственно). Величина урикемии, определяемая по концентрации мочевой кислоты, уровень которой был достоверно выше у больных с АГ на фоне СД (295 ± 48 мкмоль/л; $P < 0,05$) по сравнению с данными 2-ой группы.

Большинство показателей ЭхоКГ (ТМЖП, ТЗСЛЖ, КДРЛЖ, КСРЛЖ, ОТС, ММЛЖ, ИММЛЖ, ФВЛЖ, ПЗРЛП, ФРЛП, КДРПЖ) у обследованных лиц соответствовали ГБ II-III стадии, ХСН I-III ФК.

Заключение. Таким образом, в ходе исследования было установлено, что лицам с АГ в сочетании с СД присущи важные особенности клинико-инструментальных и лабораторных данных, определяющих худший в прогностическом отношении профиль органических, метаболических и регуляторных изменений, позволяющих рассматривать эту категорию пациентов как требующую специфического подхода к реализации диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

СОЧЕТАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ У ДЕТЕЙ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ С СИНДРОМАМИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОРАЖЕНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Д.А. Самигова, Н.А. Абдумавлянова

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) относится к наиболее распространенным видам травматической патологии, ежегодно она регистрируется у 2—4 человек на 1000 жителей. Среди получивших травму преобладают дети и лица молодого возраста. [Голубчикова О.В., Вассерман Л.И., Сергеев В.А. 2004]. Однако наиболее важны в социальном и экономическом отношении последствия ЧМТ, поскольку они могут приобретать хронический характер, ухудшая качество жизни пациента, снижая его трудоспособность и нередко приводя к стойкой инвалидизации.

Перинатальная энцефалопатия, по разным сведениям, составляет до половины всех нервно-психических болезней у детей (Якунин Ю.Я., Перминов В.С. 1993; Какорина Е.П., 1995). Гипоксическое поражение головного мозга, которое считается наиболее частой причиной энцефалопатии, приводит к нарушению функции не только нервной, но и других физиологических систем организма, обеспечивающих гомеостаз.

Цель исследования: Изучение сочетания клинических синдромов посттравматической энцефалопатии (ПЭ) с синдромами перинатальными поражениями нервной системы (ППНС).

Материал и методы исследования: Было обследовано 25 больных детей с ПЭ у которых в анамнезе было выявлено ППНС. Были проанализированы особенности сочетания клинических синдромов ПЭ с синдромами ППНС.

Результаты исследований: Как показывает результаты исследования у детей клинические синдромы ПЭ проявлялись более выраженными синдромами, такими как, судорожный синдром, цереброалгический синдром, астеноневротический синдром, синдром вегетативной дистонии, синдром психической дисфункции и синдром ликворной дистензии. Среди проявлений последствий ППНС наиболее часто встречаются такие неврологические синдромы как задержка этапов психомоторного развития, вегетативная дисфункция, синдром двигательных расстройств, нарушение эмоционально-поведенческой сферы, нарушение психоречевого развития, судорожный синдром, расстройства сна. Результаты исследования данной категории больных показали что, у 5 (20%) больных ПЭ с ликвородинамической дистензией сочетался с синдромами ППНС такими как: вегето-висцеральной дисфункции и с синдромом ликворо – сосудистой дистензии. У 5(20%) больных ПЭ с синдромом психической дисфункции сочетался с синдромом двигательных расстройств; у 7(28%) больных ПЭ с астеноневротическим синдромом сочетался с расстройством сна, задержка психомоторного развития, синдромом ликворо – сосудистой дистензии, синдромом двигательных расстройств и синдромом повышенной нервно-рефлекторной возбудимости. У 8 (32%) больных ПЭ с судорожным синдромом сочетался с синдромом ликворной дистензии и синдромом двигательных расстройств.

Заключение: 1. Согласно нашим наблюдениям было установлено, что у детей с ПЭ на фоне ППНС клиническая картина ПЭ может часто сочетаться различными синдромами ППНС такими как, ликворо-сосудистой дистензии, вегето-висцеральным, судорожным синдромом и синдромом двигательных расстройств.

2. Исследование показало что, неблагоприятным фактором для ПЭ является перенесенное в раннем детстве ППНС с синдромами ликворной дистензии и двигательных расстройств.

3. Больные дети которые перенесли в раннем детском возрасте ППНС должны находиться под наблюдением у невролога и получать курсовые лечения не менее 3 раза в году.

ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС НОВОРОЖДЕННЫХ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ, РОДИВШИХСЯ В АСФИКСИИ

Саримсакова А.А., Исмаилова С.С., Рахманкулова З.Ж.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: Развернутый анализ крови является основным тестом и является одним из первых в определении гематологического статуса и диагностики различных гематологических и не гематологических патологий. Это количественное определение гематологических параметров, связанное и с исследованием мазка крови, которое даёт ценную информацию, ориентируя на правильное проведение дальнейших целенаправленных специфических лабораторных тестов.

Цель исследования: изучить гематологические показатели у новорожденных с задержкой внутриутробного развития (ЗВУР), родившихся в асфиксии.

Материалы и методы исследования: в основу исследования положены данные развернутого анализа крови у 55 новорожденных, из них 20 новорожденных с ЗВУР, рожденных в асфиксии (основная группа), 25 новорожденных с ЗВУР без асфиксии (группа сравнения) и 10 практически здоровых новорожденных (контрольная группа).

Результаты исследования: у новорожденных с ЗВУР, происходит снижение уровня гемоглобина $152 \pm 8,8 \text{ г/л}$ на первой неделе жизни, особенно выраженное у новорожденных, рожденных в асфиксии. Также у детей основной группы отмечается снижение уровня содержания эритроцитов $4,5 \pm 0,19 \cdot 10^6$ в 1 мкл относительно контрольных значений $5,6 \pm 10^6$ в 1 мкл. Кроме того, выявлено снижение количества тромбоцитов в основной группе $271,7 \pm 20,7 \cdot 10^3$ в 1 мкл и в группе сравнения $263,3 \pm 12,7 \cdot 10^3$ в 1 мкл по сравнению с контролем $300,0 \pm 101 \cdot 10^3$ в 1 мкл. В лейкоцитарной формуле у новорожденных с ЗВУР отмечено повышение содержания сегментно-ядерных лейкоцитов до $46,8 \pm 6,0\%$ относительно нормальных значений $38,0 \pm 9,0\%$. У новорожденных основной группы выявлена также тенденция к повышению числа лимфоцитов до $47 \pm 6,7\%$ относительно контроля $45,8 \pm 9,3\%$.

Эритроцитарные индексы позволяют количественно определить основные морфологические характеристики эритроцитов, оценить состояние системы эритрона, провести дифференциальную диагностику между различными видами анемий. Однако эритроцитарным индексам не уделяется должного внимания в педиатрической практике, особенно в неонатологии.

В этой связи, понимание механизмов изменения функциональных свойств эритроцитов при гипоксических состояниях, сопровождающихся дефицитом кислорода в тканях, является весьма актуальным.

Установлено, что на II неделе жизни средний объем эритроцитов (MCV) в обеих группах несколько повышался до $106,6 \pm 2,2 \text{ fL}$ относительно контроля $100,2 \pm 1,7 \text{ fL}$, также как и (MCH) показатели среднего содержания гемоглобина в эритроцитах $37 \pm 0,7 \text{ pg}$ против $33,2 \pm 0,7 \text{ pg}$ в контроле. У новорожденных детей с ЗВУР, родившихся в асфиксии на I неделе жизни отмечается резкое повышение показателя анизоцитоза (RDW) $62,8 \pm 3,0 \text{ fL}$ по сравнению с детьми, родившимися без асфиксии $51 \pm 1,5 \text{ fL}$. При изучении гематокритного показателя – НСТ было установлено, что на II неделе жизни у детей обеих групп происходит увеличение данного показателя до $47,6 \pm 3,1\%$ по сравнению со значениями первой недели жизни $41,6 \pm 2,4\%$ и по сравнению с контролем $36,1 \pm 0,6\%$.

Выводы: Таким образом, у новорожденных детей с задержкой внутриутробного развития, происходит некоторые изменения эритроцитарных индексов в периферической крови, более выраженные у новорожденных детей, родившихся в асфиксии.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТСКОГО ТРАВМАТИЗМА

И.Р. Саттаров., Н. Н. Золотова.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность темы обусловлена частотой встречаемости травм у детей различного возраста, которые по данным ряда авторов составляет до 40% от общего количества детского населения в крупных городах. Детский травматизм является основной причиной инвалидизации и угрожающих жизни состояний (Р.Л Кроума 2001).

Цель. Изучить частоту встречаемости детского травматизма по данным клиники ТашПМИ

Материал и методы исследования. Нами изучены 86 детей, пролеченных в отделении детской травматологии и ортопедии клиники ТашПМИ в 2013 году. В структуре детского травматизма стабильно на протяжении ряда лет на первом месте находятся бытовые травмы. Они составили 89% от общего числа травм. Установлено, что среди причин данного вида травм у 88% детей имели место различные виды падений, чаще (52%) с небольшой высоты (подоконники, лестницы). Второе место уверенно занимала автотравма 8,3%, остальные 3% - другие виды травм.

Результаты исследования и обсуждение. Среди повреждений на первом месте стояла черепно-мозговая травма, на втором месте стояла повреждения костей предплечья (как среди переломов других сегментов верхней конечности (69,6%), так и по отношению к повреждениям других локализаций опорно-двигательного аппарата (44%).

Учитывая анатомо-физиологические особенности детского организма, разнообразие клинических форм сочетанных повреждений черепа, головного мозга (А. А. Артарян с соавт., 1991) и сопутствующих повреждений костей носа, мы классифицировали пострадавших на 3 группы для использования в клинической практике: легкая черепно-мозговая травма (сотрясение головного мозга) - 82% больных, черепно-мозговая травма средней степени тяжести (ушиб головного мозга легкой, средней тяжести, переломы свода и основания черепа) - 17%, Тяжелая черепно-мозговая травма (ушиб головного мозга тяжелой степени) - 1%. Основными анатомо-физиологическими и биомеханическими особенностями детских тканей являются их эластичность и упругость. При лечении переломов костей конечностей применялись консервативные методы, путем наложения гипсовых повязок (80%). Однако в 12% случаев, при невозможности закрытой репозиции проведено оперативное лечение.

При закрытых переломах проводилась закрытая репозиция костных отломков, при тяжелых оскольчатых, внутрисуставных переломах - открытая репозиция с чрескостной фиксацией металлическими спицами или наложение аппарата Илизарова. После сращения костных отломков, гипсовая повязка снималась, если был наложен аппарат, то производился его демонтаж. Восстановительное лечение заключалось в проведении физиотерапевтических процедур, ЛФК, массажа, медикаментозной терапии с включением витаминно-минерального комплекса.

Заключение. Таким образом, несмотря на растущий организм и большие адаптационные механизмы детского возраста, травмы у детей требуют особого подхода для получения хороших результатов лечения.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАНИЧЕСКИХ АТАК И ТЕЧЕНИЯ МЕЖПРИСТУПНОГО ПЕРИОДА ПАНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА

Саттаров Т.Ф., Абдуллаева В.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Паническое расстройство - распространенное, склонное к хронизации заболевание, манифестирующее в молодом, социально активном возрасте (Воробьева О.В., 2006). Паническое расстройство вызывает серьезные нарушения адаптации (Carrera M. et al, 2006, Husser D. et al, 2006, Yen C.F. et al, 2007), сопоставимые по своей выраженности с дезадаптацией при депрессивных расстройствах (Краснов В.Н., Вельтищев Д.Ю., 2006). Отмечен высокий уровень суицидального риска при паническом расстройстве (Goodwin R.D, Roy-Byrne P.P., 2006). Ургентные ситуации, требующие оказания экстренной медицинской помощи при паническом расстройстве, наблюдаются в 2 раза чаще, чем при депрессивных расстройствах (Weissman M.M., 2001). В последнее время в медицине возрос интерес исследователей к данным состояниям. Этот интерес определяется негативным влиянием панических расстройств на качество жизни и социальную адаптацию, низкой эффективностью существующих методов диагностики и лечения этих состояний.

Цель и задачи исследования - определение клинико-психопатологических особенностей панических атак и течения межприступного периода панического расстройства.

Материалы и методы исследования. Было исследовано 45 больных с паническими расстройствами. Использованы клинико-психопатологический, патопсихологический методы исследования.

Результаты исследования и обсуждение. По клинико-психопатологическим особенностям наблюдающихся расстройств обследованные были неоднородны. Ключевая психопатологическая симптоматика выражалась приступами безосновательного страха, овладевающего сознанием, сопровождающегося катастрофальной интерпретацией пациентами своего состояния, связанными с этим дополнительными переживаниями и соответствующими им изменениями поведения. Появлялся также феномен избегания указанных ситуаций вследствие неадекватных опасений больных перед возможной беспомощностью в случае попадания в них. В ходе исследования нами было выявлено по преобладающим в структуре панической атаки симптомам наличие трех типов: с преобладанием ипохондрических переживаний, с преобладанием беспредметной паники, с преобладанием деперсонализационно-дереализационных состояний.

У 38,3% в структуре панических атак преобладали ипохондрические переживания. У этих пациентов возникал страх развития инфарктов, инсультов, удушья, падения в обморок, страх смерти. В структуре атак у них наблюдалось такие симптомы как повышение ЧСС, неприятные ощущения в области грудной клетки, ощущение удушья, подъем АД, головокружение. У 48,3% в структуре панических атак преобладала беспредметная паника. У этих пациентов также наблюдались вегетативные симптомы, однако, на первый план выходило выраженное чувство страха. У 13,3% пациентов в структуре панических атак преобладали деперсонализационно-дереализационные состояния

Выводы. Таким образом, по структуре панических атак выделено три варианта панических атак: наиболее часто встречаются приступы с преобладанием беспредметной паники, несколько реже - с ипохондрическими переживаниями, наименее распространены панические атаки с деперсонализационно-дереализационными переживаниями.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КОСОГЛАЗИЯ У ДЕТЕЙ

Сафаров Ж.О., Хасанов Д.К., Бабаджанова Л.Д.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Косоглазие, является достаточно распространенной офтальмопатологией и характеризуется отклонением зрительной линии одного из глаз от совместной точки фиксации. Косоглазие появляется при нарушении механизма фиксации [Кашенко Т.П. и др., 2005; Аветисов Э.С. и др., 2006]. При отклонении глаз возникает не только косметический дефект, но и нарушаются сенсорные механизмы, обеспечивающие слияние в головном мозге изображений, воспринимаемых каждым глазом, в результате чего нарушаются нормальная бинокулярность и глубинность зрения, утрачивается способность точно локализовать предметы в пространстве и ориентироваться в нем.

Цель исследования: на основании отечественных и зарубежных исследований оценить современные проблемы диагностики и лечения косоглазия у детей

Материалы и методы исследования: литературные источники научных публикаций по офтальмологии за последние 5 лет (более 40 источников)

Результаты исследования: косоглазие может быть горизонтальным, вертикальным, смешанным (горизонтально-вертикальным), а также торзионным, когда глаз совершает поворот вокруг передне-задней оси. Существуют и атипичные формы косоглазия [Кузнецова М.В., Попов В. А., 2011; Garrido JT, Goldchmit M, Souza-Dias CR., 2004]. Диагностика косоглазия у детей затруднена не только потому, что большинство тестов требуют осознанного ответа пациента. Функциональные пространственные скотомы, как правило возникающие при косоглазии у детей и избавляющие их от двоения, делают проведение ряда исследований, основанных на анализе положения двойных изображений, невозможным [Водовозов А.М., Ковылин В.Б., 2000; Горбенко В.М., 2000; Ефимова Е.Л., Кононов В.М., 2005]. Диагностика вертикального косоглазия затруднена еще и в силу сложного, тройного (вертикального и отчасти горизонтального) действия на окуловертикальные мышцы. Кроме того, особенностью двигательного аппарата глаза является двойственное взаимоотношение мышц - антагонизм в одних случаях и синергизм в других. С учетом всего сказанного при комбинированном поражении диагностика и поиск "заинтересованных" мышц представляет серьезную проблему. В настоящее время не существует оптимальной схемы обследования детей с косоглазием, позволяющей определить тактику ведения пациента и составить прогноз его послеоперационной сенсорной адаптации.

Для лечения косоглазия используют консервативные и хирургические методы, задача которых заключается в восстановлении моторных и сенсорных механизмов, обеспечивающих нормальное бинокулярное зрение. Вертикальное отклонение глаз требует хирургической коррекции [Кашенко Т.П., Аклаева Н.А., 2002], А так как нарушения функции мышцы вертикального действия встречаются у 30-72% больных с косоглазием, совершенно очевидной является актуальность хирургического лечения этой патологии [Ковылин В.В., 2002].

Кроме того, в условиях вертикальной девиации, когда угол девиации меняется при изменении положения взора, консервативные виды лечения малоперспективны [Водовозов А.М., Ковылин В.Б., 2000; Ковылин В.В., 2002]. К сожалению, до сегодняшнего дня не отработаны эффективные методы хирургического лечения многих форм косоглазия. Недостаточно используется потенциал вмешательств на косых глазодвигательных мышцах.

Заключение. Таким образом, проблема оптимизации диагностики и хирургического лечения сложных форм косоглазия у детей является актуальной проблемой в детской офтальмологии.

ФЕНОТИПЫ ГРУПП КРОВИ КАК НЕКОНТРОЛИРУЕМЫЙ ФАКТОР РИСКА ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Сабиров М.А., Даминова К.М., Бабажанова Н.Р., Скосырева О.В.

Ташкентская Медицинская Академия

В последние годы отмечается рост числа больных с хронической почечной недостаточностью. Для оценки риска развития и степени тяжести ХПН у больных с ХБП следует учитывать не только управляемые факторы риска её прогрессирования, но и неуправляемые. Одним из таких факторов является фенотип группы крови. После открытия полиморфизма эритроцитов у человека, связанного с генетическими особенностями организма, были проведены многочисленные исследования, направленные на поиск возможной ассоциации между маркерами системы АВО и болезнями. Изучение монофакториальных генетических маркеров перспективно при поиске генотипов риска определенных заболеваний и последующей их профилактики (Бубков Ю.И., 1996).

Цель исследования – определение частоты встречаемости фенотипов групп крови АВО у больных ХБП 3 стадии.

Одной из задач наших исследований было изучить один из неуправляемых факторов риска ХПН у больных ХБП 3 стадии – фенотипы групп крови АВО.

Обследование проводилось у больных ХБП 3 стадии (n=15), находившихся на стационарном лечении в отделении нефрологии 3 клиники ТМА, и здоровых (n=10), которые составили контрольную группу. Ассоциацию антигенов системы АВО определяли с использованием показателя относительной частоты риска. Установление фенотипов группы крови (АВО) проводилось с помощью комплекта «Резус-1» МРТУ 64-1-2781-68.

Результаты исследования. Согласно результатам наших исследований у больных ХБП 3 стадии достаточно чаще 7(46,7%) выявлялась А(II) группа крови, при этом остальные группы крови выявлялись следующим образом – 0 (I)- 3(20%); В(III)- 4(26,7%); АВ(IV) – 1 (6,7%).

Закключение. Сравнение частоты встречаемости фенотипов групп крови АВО у здоровых обследованных и больных ХБП показало, что фенотип группы А в 4 раза чаще выявляется у больных ХБП 3 стадии, чем другие. При изучении распределения Rh-фактора у здоровых обследуемых и у больных ХБП 3 стадии отмечено, что в группе больных ХБП 3 стадии, Rh-фактор встречается в 4,25 раза реже, чем в контрольной группе (соответственно 1,32 0,78% и 5,6 1,16% (P<0,05)).

Выводы: ХБП 3 стадии чаще наблюдается у больных с фенотипом группы крови А(II), что свидетельствует о генетической связи этой группы крови с хронической почечной недостаточностью, что может быть использовано в качестве генетического прогностического маркера.

ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ С КЛИНИК КЕЧИШИДАГИ ХУСУСИЯТЛАР

Султонов Ф., Агзамова Т.А.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги. Охирги йилларда бутун дунё Соғлиқни сақлаш хамжамиятида жигарнинг юқумли касалликлари клиник-эпидемиологик ва ижтимоий-иқтисодий муаммолардан бири бўлиб қолмоқда. Парентераль гепатитлар амалиётда келиб чиқаётган ўлим сабабларининг аксариятини ташкил этаётганлиги шифокорларга маълум. БЖССТ маълумотида кўра, сурункали вирусли гепатит С билан оғриган беморлар сони 500 млн. ташкил этган. Йилдан-йилга касалланаётганларнинг сонини ортиб бораётганлиги, касалликни кўпинча белгиларсиз кечиши, асосан ёшлар орасида касалланиш кўрсаткичининг юқорилиги ва сурункали инфекция туфайли жигар циррозининг ривожланиши мавзунинг долзарблигини белгилайди.

Ишнинг мақсади. Вирусли гепатит Снинг эпидемиологик омиллари ва клиник кечишидаги хусусиятларини ўрганиш.

Текшириш усуллари. Тадқиқот ишларини ССВ қарашли ЭМЮК ИТИ вирусли гепатитлар бўлимида 2013 йил давомида олиб борилди. Беморларга ташхис қўйишда умумий тахлиллар билан бирга қоннинг биохимик тахлили, иммунофермент анализ (ИФА) ёрдамида вирусли гепатитларнинг специфик маркерлари аниқланди.

Олинган натижалар. 2013 йил давомида вирусли гепатитлар бўлимида 34 нафар ВГС билан касалланган беморлар даволанишган. ВГС ўткир кечган беморлар 9 та (26,5%) ва касалликнинг сурункали кечиши билан оғриганлар 25 та (73,5%) ташкил этди. Жами касалларнинг 20 нафари (59%) аёллар ва 14 нафарини (41%) эркаклар ташкил этган бўлса, ВГС ўткир кечиши 67% ҳолларда эркакларда қайд этилган. Бу натижа ВГСни аксарият ҳолларда сурункали кечиши ва аёллар орасида мойиллик юқорилигини кўрсатади. Касалланиш сабаблари ўрганилганда 35% ҳолларда жаррохлик операцияси, 12% - томир ичига тиббий муолажа, 6% - қон қуйилганлиги, 18% - тиш шифокорида даволанганлиги, 6% - наркотик моддалар қабул қилиш ва 23% - сабаби аниқланмаган ҳоллар қайд этилди. ВГС ўткир турининг клиник кечишида бошланғич даври астено-вегетатив белгилари ва 100% беморларда сариклик синдромининг белгилари учраган. ВГС сурункали кечишида айнан вирусли гепатитларга хос бўлган белгилар эмас, балки диарея, геморрагик синдроми белгилар, терисида қичишиш ва тана вазнини камайиб бориши каби белгилар беморларни безовта қилганлиги аниқланди. Беморларнинг 82% ида ВГСнинг ўрта оғир ва 18% оғир кечиши ташхисланган.

Хулоса. Ўрганилган маълумотлар шуни кўрсатадики, ВГС аксарият ҳолларда ўрта оғир шаклда, сурункали кечиши ва аёллар орасида мойиллик юқорилигини кўрсатади. 35% ҳолларда жаррохлик операцияси касалликнинг сабаби бўлаётгани эса хирургик муолажа жараёнида йўл қўйилаётган камчиликлар борлигини кўрсатади.

ИЗУЧЕНИЕ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В У ДЕТЕЙ, С ОТКЛОНЕНИЯМИ В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ

Таджиева Д.А., Даминова М.Н., Абдуллаева О.И.,
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Иммунизация населения всегда являлась и продолжает оставаться в большинстве стран СНГ и в Узбекистане одним из основных приоритетов общественного здравоохранения. Гепатит В продолжает занимать значительное место в структуре заболеваний органов пищеварения у детей и является одной из важных проблем ввиду возможности летальных исходов, развития хронического гепатита и цирроза. Дети, с отклонениями в состоянии здоровья, относятся к “группе риска” заражения инфекционными агентами. Сформировать иммунологическую память помогают прививки вакцинами, которые, по сути, являются иммунными препаратами, а сама вакцинация - иммунокоррекцией.

Цель наших исследований – изучить эффективность вакцинации ВГВ у детей с отклонениями в состоянии здоровья.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 43 детей с отклонениями в состоянии здоровья, 27(62,79%) мальчика и 16(37,21%) девочек, в возрасте от 1 года до 14 лет. Иммуногенность вакцины определяли по наличию и уровню титров протективных антител (anti-HBs) в сыворотке крови через 1 месяц после 2-го, через 1 месяц после 3-го введения вакцины. Использовали тест-системы иммуноферментного анализа «Abbot». Протективным титром считали уровень Anti-HBs не ниже 10 МЕ/л.

Результаты. Для проведения вакцинации отбирались дети, серонегативные в отношении HBV-инфекции, в сыворотке крови которых с помощью иммуноферментного анализа (ИФА) не выявлялись HBsAg, Anti-HBc и anti-HBs. Использовали вакцину «Easyfive™», «Вакцина гепатита В рекомбинантной (pДНК)», «Engerix B» и «Комбиотех». Дети были разделены на 2 группы: Группа 1 включившее 21 пациентов, которые были привиты против гепатита В, Группы 2 включившие 22 детей не вакцинированных против гепатита В. Через месяц после законченной вакцинации у 9 (42,86%) детей появились защитные антитела: у 5 – в титре от 10 до 50 МЕ/л, у 3 – от 50 до 150 МЕ/л, и у одного от 150 до 500 МЕ/л. Среднегеометрический титр достоверно снизился и составил 112,2 МЕ/л. Остальные все 12 детей (57,1%) остались серонегативными.

Через 10 месяцев после законченной вакцинации среди обследованных 21 детей серонегативными были 14 (66,7%) больных, а у 7 (33,3%) детей антитела в защитном титре сохранялись. Среднегеометрический титр достоверно снизился и составил 79 МЕ/л ($p < 0,05$).

Результаты исследования показали, что среди всех детей ни в одном случае не отмечалось необычных реакций на многократные введения вакцины. При сравнении частоты заболеваемости ВГВ вакцинированных и невакцинированных детей с отклонениями в состоянии здоровья, было установлено, что у вакцинированных HBV-инфекция развилась у 1 (4,76%), тогда как среди невакцинированных пациентов HBV-инфекция развилась у 4 (18,18%) детей.

Выводы. Таким образом, рекомбинантная дрожжевая вакцина против ВГВ является ареактивной при введении ее детям с отклонениями в состоянии здоровья. У детей с отклонениями в состоянии здоровья, не вакцинированных против гепатита В, HBV-инфекция развивается достоверно чаще ($p < 0,05$), чем у вакцинированных в аналогичные сроки наблюдения.

ДИАГНОСТИКА РИГИДНОСТИ ФИБРОЗНОЙ ОБОЛОЧКИ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА У ДЕТЕЙ С БЛИЗОРУКОСТЬЮ

Ташмухамедов А.А. Хамраева Л. С.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность. Изучение патогенеза близорукости, разработка методов профилактики ее прогрессирования продолжают оставаться одной из актуальных проблем современной офтальмологии. Прогнозирование клинического течения высокой прогрессирующей близорукости, изучение биомеханических свойств фиброзной оболочки глазного яблока при миопии являются одной из важных задач офтальмологии. По данным литературы эластотонометрия рассматривается как ориентировочный, но доступный метод оценки биомеханических свойств роговицы и склеры (Аветисов С.Э., Бубнова И.А.; 2008).

Цель и задачи. Определить ригидность фиброзной оболочки глазного яблока у детей с близорукостью методом эластотонометрии.

Материал и методы. Обследованы 15 пациентов в возрасте от 3 до 15 лет с миопией различной степени, находившихся на стационарном лечении в глазном отделении клиники ТашПМИ.

Методы исследования включали: визиометрию, рефрактометрию, ультразвуковую пахиметрию центра роговицы, А-сканирование с регистрацией ПЗО (передне-задняя ось) глаза, эластотонометрию грузиками Маклакова в 5г, 10г, 15г. Показатели P_t (тонометрическое внутриглазное давление) оценивали линейкой Б.Л.Поляка; диаметр (D_{15}, D_5) сплющивания роговицы при эластотонометрии 5г и 15г тонометрами измеряли по отпечаткам линейкой Поляка и рассчитывали показатель эластокрывой (ЭК) по формуле Филатова– Кальфа: $ЭК = D_{15} - D_5$. ЭК служит показателем ригидности фиброзной оболочки глаза.

Результаты и обсуждение. Из 15 пациентов у 5 (33,3%) имеется миопия высокой степени, у 10 (66,6%) миопия средней степени. Девочек было 8 (53,3%), мальчиков - 7 (46,6%). У 8 (53,3%) больных миопия с астигматизмом. Острота зрения пациентов с коррекцией составила 0,3-0,8. У 4 (26,6%) больных глазное дно паркетного типа.

У пациентов с миопией средней степени внутриглазное давление (ВГД) составило $19,5 \pm 1,04$ мм.рт.ст; $ЭК = 8,2 \pm 1,5$.

У пациентов с миопией высокой степени ВГД было равно $21,4 \pm 1,26$ мм.рт.ст; $ЭК = 9,4 \pm 0,6$.

Выводы. Показатели эластокрывой при миопии высокой степени больше чем при миопии средней степени, что свидетельствует о снижении ригидности фиброзной оболочки при близорукости высокой степени.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ АДАПТАЦИИ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Тогаев М.К., Жураева З.Ё

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. В практической деятельности при ведении детей с врожденными пороками сердца (ВПС) важное значение имеет последовательность и преемственность всех проводимых лечебных и диагностических мероприятий для благоприятной адаптации сердечно-сосудистой системы на различных этапах течения септальных пороков.

Цель исследования. Разработать алгоритм диагностики нарушений адаптации сердечной деятельности у детей с врожденными пороками сердца.

Материалы и методы исследования: Всего обследовано 80 детей раннего возраста с ВПС и 20 условно здоровые дети. Учитывались данные антенатального анамнеза и результаты ante- и постнатальной диагностики ВПС. Диагноз ВПС устанавливался антенатально при ультразвуковой диагностике и, в дальнейшем, постнатально - при клиническом и инструментальном обследовании с использованием ЭКГ, рентгенографии органов грудной клетки, ЭхоКГ и доплер-ЭхоКГ.

Результаты исследования: На основании полученных результатов был разработан алгоритм диагностики, который состоял из 3-х этапов:

I этап - оценка дооперационной адаптации сердечной деятельности (АСД)

А. Анализ перинатальных факторов, учет результатов антенатальной и ранней неонатальной диагностики порока и времени манифестации гемодинамических нарушений.

Б. Клинические изменения сердечно-сосудистой системы, результаты ЭКГ, ЭхоКС, доплер-ЭхоКС, рентгенографии.

В. Определение активности щелочной фосфатазы (ШФ) и креатининфосфокиназы (КФК).

II этап - диагностика нарушений АСД в ранние сроки послеоперационного периода.

А. Выявление имеющихся нарушений сократительной способности миокарда до операции

Б. Своевременность проведения операции, величина дефекта, характер операционного доступа и особенности пластики.

В. Клинико-инструментальные и биохимические особенности состояния сердечной деятельности в ранние сроки послеоперационного периода.

III этап - определение состояния послеоперационной АДС в поздние сроки.

А. Наличие неблагоприятного состояния дооперационной АДС и нарушения адаптации после операции или дезадаптации только в дооперационном периоде.

Б. Динамическая оценка клинических проявлений и инструментальных данных в течение 2 лет.

В. Объективная оценка за последние 2-3 месяца клинико-инструментальных данных с применением ЭКГ, доплер-ЭхоКС в динамике, в сочетании с определением показателей повреждения миокарда: ШФ и КФК.

Обсуждение. На I этапе - дооперационной оценки адаптации сердечной деятельности важно определять признаки дезадаптации и оптимально выбирать сроки кардиохирургической коррекции. У детей с ВПС септального характера без явных признаков дезадаптации необходимо продолжать диспансерное наблюдение и применять консервативные методы терапии.

Вывод. Таким образом, этот алгоритм позволяет поэтапно и своевременно оценивать факторы, влияющие на адаптацию сердечно-сосудистой системы, и предотвращать развитие неблагоприятного осложненного течения изученных ВПС.

ЗНАЧЕНИЕ АЛГОРИТМА ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ АДАПТАЦИИ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Тогаев М.К., Жураева З.Ё

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность. Врожденные пороки сердца (ВПС) считаются актуальной проблемой детской кардиологии. Около 50% детей с ВПС без своевременного оказания высококвалифицированной медицинской помощи погибает в периоде новорожденности и ещё 25% - в первый год жизни

Цель исследования: определить значение алгоритма диагностики нарушений адаптации сердечной деятельности (АДС) у детей с врожденными пороками сердца (ВПС) при ведении больных детей данной категории

Материалы и методы исследования: Всего обследовано 80 детей раннего возраста с ВПС и 20 условно здоровые дети. Учитывались данные антенатального анамнеза и результаты ante- и постнатальной диагностики ВПС. Диагноз ВПС устанавливался антенатально при ультразвуковой диагностике и, в дальнейшем, постнатально - при клиническом и инструментальном обследовании с использованием ЭКГ, рентгенографии органов грудной клетки, ЭхоКГ и доплер-ЭхоКГ.

Результаты исследования. Для объективности определения состояния АДС у детей с ВПС необходимо проводить поэтапное длительное динамическое наблюдение, на первом этапе которого необходимо использовать оценку перинатальных факторов, антенатальную и раннюю неонатальную диагностику порока. Важно учитывать время манифестации гемодинамических нарушений, в сочетании с полным клинико-инструментальным обследованием и определением активности ШФ и КФК. На этом этапе могут быть установлены два варианта течения адаптации: благоприятный и неблагоприятный. При благоприятном течении адаптации, время кардиохирургической коррекции может быть отложено на соответствующий оптимальный срок. При выявлении признаков нарушения адаптации сердечно-сосудистой системы клинико-инструментально и с помощью биохимических показателей, необходима подготовка к операции и проведение ее в ближайшее время. Оценка этого этапа, а так же учет влияния факторов на I-ом этапе могут объективно характеризовать развитие ранних послеоперационных осложнений и нарушения адаптации в раннем периоде после кардиохирургической коррекции. Из осложнений этого периода наиболее частыми являются: перикардит, плеврит, спонтанный пневмоторакс и др.

Неблагоприятное течение послеоперационного периода в ранние сроки чаще всего связано с нарушениями адаптации в дооперационном периоде, выраженными нарушениями гемодинамики, изменениями сократительной способности, гипертрофией, гипоплазией миокарда и выраженными нарушениями метаболизма кардиомиоцитов до операции. Важное значение играют послеоперационные осложнения.

Обсуждение. Второй и третий этапы алгоритма диагностики адаптации сердечной деятельности тесно связаны с первым этапом. Без учета данных сердечной деятельности на I этапе будут ниже диагностические возможности нарушений сердечной деятельности в ранние сроки послеоперационного периода. На III этапе алгоритма без учета критериев I и II-го этапов значительно снижаются диагностические возможности в оценке состояния адаптации сердечной деятельности в поздние сроки после операции. С этим связаны профилактика и лечение осложнений в поздние сроки послеоперационного периода.

Вывод. Предложенный трехэтапный алгоритм диагностики адаптации сердечной деятельности является стройной схемой диагностики при диспансеризации детей с врожденными септальными дефектами, позволяющей учитывать состояние здоровья детей как до, так и после кардиохирургической коррекции и снижать количество послеоперационных осложнений.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ АФАКИИ

Тошпулатов Ж.З., Бузруков Б.Т.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Хирургическая коррекция афакии является одной из актуальных проблем современной офтальмохирургии. Известно, что имплантация интраокулярной линзы (ИОЛ) в сохраненный капсульный мешок у больных с афакией является оптимальным методом для восстановления зрительных функций. В то же время хирурги сталкиваются с ситуацией полного или частичного повреждения капсульного мешка у пациентов с афакией, которые составляют 20% всех случаев афакии.

Цель и задачи. изучить особенности хирургической коррекции при афакии глаз у детей при отсутствии задней капсулы хрусталика.

Материалы и методы. в основу исследования положены данные ретроспективного анализа 15 историй болезни с повреждениями задней капсулы хрусталика, проходивших лечение в клинике ТашПМИ.

Результаты и обсуждение. Повреждения задней капсулы хрусталика были последствиями травматических повреждений глаза (66,7%), ранее проведенных хирургических вмешательств (26,7%) и в случаях необходимости замены ИОЛ (6,3%). Для восстановления зрения у данной группы пациентов при имплантации используются интраокулярные линзы с внекапсульным типом фиксации, среди которых по способу фиксации гаптических элементов. Каждый из способов фиксации имеет свои преимущества. В то же время конструкции используемых ИОЛ, а также способы их фиксации в глазу не лишены недостатков.

По данным литературы первыми наибольшее распространение в имплантации получили переднекамерные ИОЛ, главным достоинством которых являлась легкость и простота имплантации, возможность использования при дефектах радужки и выпадении стекловидного тела. Однако несоответствие размера ИОЛ и диаметра передней камеры глаза и как следствие развитие контакта опорных элементов ИОЛ с эндотелием роговицы и структурами угла передней камеры приводили к развитию таких серьезных осложнений, как эпителиальная-эндотелиальная дистрофия роговицы, вторичная глаукома, рецидивирующая гифема, увеит.

ИОЛ с фиксацией на радужке встречалась среди 26,7% пациентов. Для них были характерны самоцентрирование относительно зрачка, отсутствие контакта опорных элементов с эндотелием, широкие показания к применению. Однако зависимость стабильного положения ИОЛ от диафрагмальной функции радужки, ограничение использования мидриатиков в послеоперационном периоде, а также децентрации опорных элементов ИОЛ, составляющие 13,6%, необходимость анатомической и функциональной сохранности радужки ограничивает их применение при бескапсульной афакии.

Известно, что наиболее физиологичным и безопасным является заднекамерное расположение ИОЛ. Преимущество методики заключается в имплантации ИОЛ в заднюю камеру глаза, что является наиболее физиологичным, так как максимально приближенно к положению собственного хрусталика. Применение данной методики встречалось у 20% пациентов. Имплантация не зависит от сохранности радужки и деформации передней камеры. Однако и при этом способе коррекции афакии хирурги сталкивались с развитием геморрагии (1,8%), гипертензии (3,9%), воспаления (1,8%), децентрации (3,9%).

Выводы. Таким образом, исходя из данных литературы и собственного опыта, в настоящее время не существует четких показаний к использованию ИОЛ с различными типами фиксации в отсутствие задней капсулы хрусталика, а также не разработана надежная и наименее безопасная хирургическая техника, позволяющая снизить время хирургического вмешательства, избежать повреждений цилиарного тела при выполнении хирургических манипуляций и добиться правильного и стабильного положения ИОЛ в глазу.

ИЗУЧЕНИЕ СТЕПЕНИ ГЕМОЛИЗА ЭРИТРОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С ПТИ И БОТУЛИЗМОМ

Тошпулатов С., Рихсиева Г.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

В патогенезе ботулизма и ПТИ немаловажное значение имеет действие токсинов возбудителя на различные органы системы. В литературе имеются Данные о влиянии ботулинотоксина на гематологические показатели больных, особенно при тяжелом его течении. При ботулизме и ПТИ токсины возбудителей адсорбируются на поверхности форменных элементов крови, в том числе эритроцитов. В эритроцитах больных ботулизмом и ПТИ, прежде всего, наблюдается изменения осмотической резистентности эритроцитов, что свидетельствует усилении гемолиза.

Тем самым количество эритроцитов в периферической крови уменьшается. Нами проведены сравнительные исследования по определению осмотической резистентности эритроцитов детей больных ПТИ (1-гр) и ботулизмом (2-гр). Исследованиями условлено, что осмотическая резистентность эритроцитов по их степени гемолиза была более выражена у больных детей с ПТИ, по сравнению с детьми больными ботулизмом ($p < 0,001$). Необходимо отметить, что степень гемолиза эритроцитов у больных ботулизмом с легким течением оказалась в пределах нормы и средние показатели не отличалось от показателей здоровых детей ($p > 0,05$). У больных детей со среднетяжелым и тяжелым течением ботулизма степень гемолиза эритроцитов оказалась достоверно больше, чем у больных детей в первой группе ($p < 0,001$). Наиболее выражено увеличение степени гемолиза эритроцитов было выявлено у больных детей с тяжелым течением ботулизма во 2 группе ($p < 0,001$). Таким образом, установлена зависимость осмотической резистентности эритроцитов от тяжести заболевания.

Изучена осмотическая резистентность эритроцитов у больных ПТИ и ботулизмом в зависимости от тяжести и периода заболевания. Степень гемолиза эритроцитов больных 1 и 2 группы оказалась повышенной в разгар заболевания, причем показатель упомянутого параметра у больных 1 группы СГЭ оказался повышенным ($p < 0,001$) по сравнению со 2 группой. Такая закономерность наблюдалась у больных ПТИ и ботулизмом с тяжелым и среднетяжелым течением заболевания ($p < 0,001$). В периоде угасания клинических симптомов показатель степени гемолиза эритроцитов (СГЭ) достоверно уменьшался у больных обеих сравниваемых группах. Необходимо отметить, что показатель СГЭ у больных детей 1 группы, снижался более интенсивно по сравнению с больными детьми 2 группы.

Таким образом, нами выявлено, что СГЭ у больных ПТИ и ботулизмом зависит от тяжести и периода заболевания. Наиболее высокие СГЭ отмечены у больных ПТИ, особенно при тяжелом течении заболевания. Установлена зависимость показателя СГЭ от неблагоприятных осложнений ПТИ и ботулизма как токсикоз, эксикоз, анемия, ДВС- синдром. В развитии инфекционного процесса с последующим развитием токсической анемии патогенетическое значение имеет специфические антигены. При этом у больных с тяжелым течением ПТИ и ботулизма наблюдается более интенсивный гемолиз эритроцитов больных, что усугубляет течение заболевания. Интенсивный гемолиз эритроцитов, наблюдаемый при ПТИ и ботулизме, приводит к анемии.

ЁНОҚ СУЯКЛАРИ ВА ЮЗ СКЕЛЕТИ СУЯКЛАРИ ҚЎШ ЖАРОҲАТЛАРИНИ СУД ТИББИЙ ЖИҲАТЛАРИ

Тўев Ш.З

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги: Ёноқ суяklarининг жароҳатлари юз-жағ соҳаси жароҳатлари орасида аксариятни ташкил қилиши ҳамда оқибатда турли шаклий ўзгаришлар билан намоён бўлиши, бошқа аъзо ва тизимларда функционал норасоликлар келтириб чиқариши билан ҳануз ўз долзарблигини сақлаб, кўплаб илмий изланишлар олиб борилишини талаб қилмоқда. Ёноқнинг ўткир жароҳатланиши умумий оториноларингологик беморларнинг 3,6-4,6%ини, алоҳида ёноқ суягининг синиши эса – 8%, уларнинг 18,8% да юз суяklarининг аралаш жароҳати, 42,9% ҳолларда бошқа суяklar жароҳати билан бирга келишига тўғри келади. Бундай жароҳатга дучор бўлган беморлар сонининг ошишини, асосан маиший зарарланиш ва автомобил ҳалокатларининг кўпайиши билан боғлайдилар. Уларнинг фикрича жароҳатнинг ижтимоий аҳамиятга эга томони, ёноқ суяги жароҳатидан сўнг қоладиган турғун деформациялар ва унинг натижасида ёноқ фаолияти бузилиши, кейинчалик эса бошқа орган ва тизимларнинг вазифаси бузилиб, жамиятнинг меҳнатга лаёқатли аъзолари орасида ногиронлик сони ошади.

Тадқиқот мақсади ва вазифаси. Ёноқ суяklари ва юз скелети суяklари қўш жароҳатларини оғирлик даражасини баҳолашга ёрдам берувчи суд тиббий мезонларини ишлаб чиқиш.

Материал ва усуллар: Тадқиқот Тошкент шаҳар ҳокимияти ССБ қошидаги СТЭ бюросида 2011-2012 йиллар мобайнида тан жароҳатининг оғирлик даражасини аниқлаш мақсадида суд-тиббий экспертизаси ўтказилган 106 ҳолатнинг эксперт хулосаларини ретроспектив таҳлили асосида олиб борилди.

Тадқиқот натижаси: таҳлил қилинган материалларимизнинг кўпчилигида, яъни 88 (83%) нафарида ёноқ суягининг алоҳида синиши кузатилган. Уларнинг тан жароҳатининг оғирлиги бўйича аксарияти енгил 36 (40.9%) ва ўрта 46 (52.3%) оғирлик даражасига мансублиги аниқланди. Фақат 6 (6.8%) ҳолатдагина оғир тан жароҳати аниқланган. Бу жиҳатдан юзнинг бошқа суяklари синиши кўшилган ҳолатда алоҳида таҳлил қилинганда маълум қонуниятга мос келган ўхшашликни кузатиш мумкин. Аниқроғи, бунда ҳам ўрта оғирлик даражаси доминантлиги кўзга ташланса (16 ҳолат, 15.1%), оғир даража ҳам мос равишда (2 ҳолат, 1.9%) камчиликни ташкил этади. Лекин умумий жиҳатдан қўш жароҳатланишларда оғир тан жароҳати қарийиб 2 баробарга ортиши кўзга ташланади.

Хулоса. Шундай қилиб, юқоридаги маълумотлар асосида хулоса қилиш мумкинки, ёноқ суяklarининг алоҳида синиши айрим ҳоллардагина оғир ҳолатга молик бўлса, унга калланинг юз қисми суяklари жароҳатлари қўшилиб келганда оғир тан жароҳати келиб чиқиш эҳтимоллиги икки ҳисса ортиши кузатилади.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ТЕЛЕСНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ СКУЛОВЫХ КОСТЕЙ

Туев Ш.З

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: Травма лица с изолированными переломами скуло-вых костей встречается достаточно редко и относится к числу повреждений, которые, в зависимости от того, ка-кая анатомическая часть кости сломана, длительности расстройства здоровья, проводимого лечения (оператив-ного или консервативного) квалифицируются различно. Несмотря на большое число работ в области челюстно-лицевой хирургии, травматологии и судебной ме-дицины, касающихся повреждений лицевого скелета, совершенно не исследованным остается вопрос о квали-фикации тяжести вреда здоровью в случаях изолирован-ных переломов скуловых костей, с учетом определивше-гося исхода и наступивших в связи с этим последствий.

Цель исследования — разработать судебно-медицинские экспертные критерии оценки тяжести телесных повреждений при изолированных переломах скуловых костей на основе комплексного анализа современных эксперт-ных, клинических и инструментальных методов обследо-вания пострадавших с учетом ближайших и отдаленных последствий травмы.

Материалом наших исследований послужили данные судебно-медицинских экспертиз (100 случаев): 32 (32%) случаев изолированных переломов скуловой кости и 68 (68%) случаев сочетанных повреждений. Материал был собран на базе отдела экспертизы потерпевших, обвиняемых и других лиц экспертиз Бюро судебно-медицинской экспертизы г.Ташкента.

Обсуждения результатов: В наших наблюдениях повреждения скуловой кости преобладали у мужчин в возрастной группе 21—30 лет и у женщин в возрастной группе 31—40 лет. На 1-м месте по частоте встречаемости был перелом скуловой кости без смещения (68%), на 2-м — сочетанные переломы скуловой кости и дуги со смещением и с по-вреждением стенки верхнечелюстной пазухи (17%), на 3-м — переломы скуловой кости со смещением и с по-вреждением стенки верхнечелюстной пазухи (10%). Редко встречаемыми были изолированные переломы скуловой дуги без смещения или со смещением (5%). Консервативная терапия наиболее часто применялась при лечении переломов скуловой кости без смещения (83%), реже — при переломах скуловой дуги без смещения и со смещением (9%) и переломах скуловой кости со сме-щением и с повреждением гайморовой пазухи (6%), и лишь в 2% случаев — при сочетанных переломах скуловой кости и дуги со смещением и с повреждением стенки верхнечелюстной пазухи. Оперативное лечение наиболее часто применялось при лечении переломов скуловой кости со смещением (72%), реже — при переломах скуловой кости со смещени-ем и повреждением стенки верхнечелюстной пазухи (12%) и сочетанных переломах скуловой кости и дуги со смеще-нием и с повреждением стенки верхнечелюстной пазухи (12%), и лишь 4% случаев — при переломах скуловой дуги без смещения и со смещением. В большинстве случаев количество дней, проведен-ных потерпевшими на стационарном (в клинике) и после-дующем амбулаторном лечении превышал 21 день, что связано с различными видами оперативного лечения и со временем проведения уже непосредственно операции после травмы, длительностью течения реабилитационно-го физиолечения.

Выводы: Таким образом, ретроспективный анализ заключений первичных и повторных судебно-медицинских экспертиз потерпевших с переломами скуловой кости показал расхо-ждение между оценкам степени тяжести телесных повреждений при выполнении первичной и повторной судебно-медицинских экспертиз, которое составляло в среднем 21%. При оценке степени тяжести телесных повреждений целесо

ИЗУЧЕНИЕ ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ У ЖЕНЩИН С КОНВЕРСИОННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Туйчиев Ш.Т., Абдуллаева В.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. В последние десятилетия наблюдается значительный рост пограничной психической патологии, в том числе и конверсионных расстройств. Конверсионные расстройства явились предметом исследования врачей с древнейших времен, однако до сих пор интерес к нему не утихает из-за отсутствия единой точки зрения на его этиологию и патогенез, из-за периодической изменчивости клинической картины, недостаточной эффективности лечения (Карвасарский Б.Д., 2005, Семке В.Я., 2008). Конверсионные расстройства были представлены двигательными и чувствительными нарушениями, конвульсиями и смешанными расстройствами. Характерной особенностью клинической картины истерического невроза современного хронологического периода явилось отсутствие ярких, полиморфных двигательных расстройств. Прослеживалась заметная тенденция к замене их неотчетливыми, рудиментарными, более стертыми симптомами. На смену «классическим» двигательным нарушениям (параличам, контрактурам и гиперкинезам) пришли нервная дрожь, нарушения походки, парезы, редкие судороги, значительно снизился удельный вес диссоциативных конвульсий (Александровский Ю.А., 2002.).

Цель и задачи исследования - изучение внутриличностных конфликтов и ценностных ориентаций у больных с конверсионными расстройствами.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования явились 21 женщин в возрасте от 20 до 45 лет, которые находились на стационарном лечении в городской клинической психиатрической больнице. В работе использовались клинический, психологический (методика для изучения ценностных ориентаций М.Рокича), катamnестический методы, метод динамического наблюдения.

Результаты исследования и обсуждение. Изучение субъективной значимости внутриличностных конфликтов у больных с конверсионными расстройствами показало, что структура и содержание невротических конфликтов характеризуются относительной стабильностью. Для больных с конверсионными расстройствами наиболее значимыми являются следующие конфликты между потребностями к независимости и получению помощи, опеки; между потребностями к доминированию и подчинению; между потребностью в достижениях и страхом неудачи, между сильной потребностью быть полноценным мужчиной (женщиной) и наличием эмоционально-сексуальных неудач, между потребностью быстрых достижений и отсутствием способности к усилию и настойчивости, между стремлением к удовлетворению собственных потребностей и требованиями окружающей среды, между уровнем доверенных задач и собственными возможностями. Методика “изучения ценностных ориентаций М.Рокича” позволяет выявить как терминальные ценности, так и инструментальные ценности. В ходе обследования было выявлено, что для пациентов наиболее значимыми ценностями явились «Уверенность в себе», «Здоровье», «Любовь», «Творчество», «Счастливая семейная жизнь», «Наличие хороших и верных друзей», «Активная деятельная жизнь».

Выводы. В структуре ценностных ориентаций больных с конверсионными расстройствами наиболее значимыми являются ценности, связанные с собственной личностью, здоровьем, ближайшим окружением, и активной жизнью. Указанные иерархии ценностных ориентаций могут быть обусловлены социально-психологическими установками под влиянием социально-экономических условий, отражающие возросшие требования к ответственности, самостоятельности и профессионализму человека, а также повышением значимости материальных ценностей.

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ У ЖЕНЩИН С КОНВЕРСИОННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Туйчиев Ш.Т., Абдуллаева В.К.

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 (Абабков В.А., 2004).

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 (Карвасарский Б.Д., 2005).

Представляется актуальным изучение психологической составляющей патоморфоза истерических расстройств - клинико-психологических особенностей больных в современной клинике неврозов сравнительно с прошлыми десятилетиями. В теоретическом аспекте подобное исследование может способствовать более глубокому пониманию роли социальных и психологических факторов в этиопатогенезе невротических расстройств на современном этапе и раскрытию его специфики, а также углублению представлений о механизмах формирования невротического конфликта (Обидин Ю.И., 2007).

Цель и задачи исследования. Изучение особенностей личности больных с конверсионными расстройствами.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования явились 16 женщин в возрасте от 20 до 45 лет, которые обследовались и лечились в городском психоневрологическом диспансере г.Ташкента с конверсионными расстройствами и 14 практически здоровых женщин.

В работе использовались клиническо-психологический метод исследования (Миннесотский многопрофильный личностный опросник MMPI).

Результаты исследования и обсуждение. По методике MMPI выявлены различия между больными с конверсионными расстройствами и контрольной группой здоровых по шкалам склонность к ипохондрии, депрессия, истероидные особенности личности, психопатические черты личности, склонность к паранойальным реакциям, психастенические особенности личности, шизоидные особенности личности и социальная интраверсия. В вышеуказанных шкалах средние значения в группе больных с конверсионными расстройствами выше. Не получено особых различий по шкалам маскулинности-феминности и гипоманиакальности. Больные с конверсионными расстройствами по сравнению со здоровыми характеризуются высоким уровнем тревоги, пониженным настроением, истероидными и психопатическими особенностями личности, а также тенденциями к формированию ограничительного поведения и аутизации.

Выводы. Выявлены личностные изменения больных с конверсионными расстройствами, сопряженные с клиническим патоморфозом в виде нарастания противоречивых личностных тенденций, уменьшения выраженности черт «невротического профиля» и усиления психопатологических (непсихотических) черт, таких как психастеничность, аутизация, гипоманиакальность. Основным механизмом снижения невротической тревоги становится не вытеснение, а ограничительное поведение и аутизация.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Тулаганова Д.М., Маманазарова Д.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Преобладание психо - эмоциональных перегрузок над физическими приводит к тому, что распространённость психических расстройств в человеческой популяции (по данным Эпидемиологической программы Национального института психического здоровья США) составляет 32,7%. Так, американские исследователи оценивают распространённость «большой» депрессии у больных ИБС от 15-20 %. А согласно выводам крупнейшего многоцентрового исследования INTER-HEART Study депрессия и стресс являются третьим по значимости и полностью независимым фактором риска развития ИМ.

Цель. Выявление пациентов высокого кардиального риска среди медицинских работников, с проявлениями расстройства депрессивного спектра, тревожными состояниями и/или синдромом вегетативной дисфункции.

Материалы и методы. В исследование были включены медицинские работники ГКБ №7, из них было отобрано 77 больных с наличием 2 и более существенных факторов кардиоваскулярного риска. А именно: возраст более 55 лет, наличие доказанной ИБС (стенокардия II – III ФК), перенесенный острый инфаркт миокарда, операция АКШ, стентирование, ГБ с признаками поражения органов мишеней (гипертрофия миокарда, перенесенные инсульты или транзиторные ишемические атаки, протенурия или микроальбуминурия высокой степени выраженности), сахарный диабет, дислипидемия. Было предложено заполнение следующих анкет – опросник Вейна для выявления признаков вегетативных изменений, прихотметрические шкалы, для выявления депрессии: HADS – госпитальная шкала тревоги и депрессии, шкала Бека.

Результаты исследования. В исследование включено 42 пациента с двумя или более факторами кардиоваскулярного риска. Из них мужчин – 30 (71,4%) человек, женщин – 12 (28,5%). Средний возраст составил $68,5 \pm 0,9$ года. Стенокардия II - III ФК наблюдалась у 39 пациентов, что составило 92,9%. У 22 пациентов группы обследования (51,4%) в анамнезе имелся перенесенный ОИМ и у 4 (9,5%) был повторный ИМ. ХСН любой степени была отмечена у 24 больных (57,1%). Диагноз ГБ до начала исследования был установлен у 35 пациентов, что составляло 83,3%. У трети наших пациентов (14 человек, это 33,3%) был ранее диагностирован СД. Индекс массы тела, средняя величина которого составила $29,4 \pm 0,6$, курение (18 человек, 42,8%). 34 пациентов (80,9%) длительно получали бета-адреноблокаторы. У 36 больных (85,7%) принимали ингибиторы АПФ. Мочегонные средства и нитропрепараты назначались у одинакового количества больных - 21 человек (50,0%), антагонисты кальция - у 9 больных (21,4%), аспирин получали 40 человек (95,2%). У обследованных пациентов достаточно часто выявлялись признаки синдрома вегетативной дистонии (согласно опроснику Вейна). Так, по результатам исследования у 34 пациентов (80,9%) сумма баллов превышала 15. Среднее значение этого показателя было $(31,5 \pm 2,6)$ баллов. Результаты HADS были следующие: у 21 (50,0%) пациентов сумма баллов составила 9, что говорит о субклинической выраженной тревоги/депрессии, 9 (21,4%) пациентов набрали больше 11 баллов, т.е. у них клинически выраженная тревога/депрессия. Анализируя полученные данные опросника Бека, 12 (28,5%) пациентов имели больше 12 баллов, средний балл $12,3 \pm 1,3$, это депрессивные расстройства легкой степени.

Выводы. Таким образом, одновременное применение нескольких психометрических шкал и опросника Вейна для выявления субклинических расстройств депрессивного спектра, состояний тревоги и вегетативной дистонии у стабильных пациентов с высоким кардиоваскулярным риском делает это исследование более полным и всесторонним. Частота выявления таких расстройств у обследованных нами больных составила 54,5%.

ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕЗНИ ЛИТТЛЯ

Туляганова А.Б., Юсупалиева Г.А

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: Детский церебральный паралич (ДЦП) обозначает группу нарушений развития движений и положения тела, вызывающих ограничения активности, которые вызваны не прогрессирующим поражением развивающегося мозга ребенка. Клинические проявления их разнообразны, зачастую трудно дифференцируются и поздно выявляются. Болезнь Литтля - спастическая диплегия, как нозологическая единица существует более 100 лет но, несмотря на достижения в детской неврологии единых подходов к проблемам диагностики данной патологии не выработано. Современные методы реабилитации недостаточно эффективны. Высокая частота пре- и перинатального поражения центральной нервной системы (ЦНС), тяжесть неврологических последствий, трудность топической диагностики свидетельствуют о сохраняющейся актуальности раннего распознавания и лечения пре- и перинатальных поражений ЦНС. Детский церебральный паралич занимает первое место в структуре детской неврологической инвалидности. По данным зарубежных авторов, распространенность ДЦП в педиатрической популяции в мире варьирует в диапазоне от 2 до 5 на 1000 новорожденных детей. По Узбекистану составляет 3,68 на 1000 новорожденных детей.

Решающее значение для диагностики и прогноза тяжести течения, как ДЦП, так и других неврологических патологий, приобретают методы нейровизуализации (МРТ, КТ, ПЭТ). Наиболее значимыми по информативности можно считать магнитно-резонансную томографию (МРТ), так как ни один другой метод не дает столь детализированную и объемную информацию как МРТ, что еще раз подтверждает актуальность данной работы.

Цель: Совершенствование диагностики изменений головного мозга у детей больных детским церебральным параличом.

Материалы и методы исследования: Клинические обследования проведены в клинике JACKSOFT MEDICAL DIAGNOSTICKS SERVICES (JMDS) на аппарате МРТ GE HD/E 1,5 Тесла. МРТ головного мозга были проведены у 50 больных с различными формами ДЦП и 20 здоровых детей (контрольная группа). Из них (34%) составили группу детей со спастической диплегией.

Результаты исследования: В результате исследования была оптимизирована методика МР-исследования головного мозга у детей больных детским церебральным параличом. Была изучена магнитно-резонансная семиотика поражений головного мозга у детей при болезни Литтля. МР-картина спастической диплегии связана с двухсторонним, диффузным поражением перивентрикулярной области (86,1%), наличием внутренней заместительной гидроцефалии (97,2%), поражением мозолистого тела как вследствие его недоразвития (75%), так и атрофии (25%). Также были определены взаимосвязи между клиническими формами ДЦП и данными магнитно-резонансной томографии.

Выводы: Использование современных методов нейровизуализации, таких как МРТ, позволяет уточнить морфо-структурные изменения центральной нервной системы у больных прижизненно. Применение магнитно-резонансной томографии помогает уточнить структурные изменения головного мозга у больных с ДЦП и определяет возможные клиничко-нейровизуализационные взаимосвязи, с целью внедрения их в практику для ранней диагностики, определения патологически измененных участков головного мозга для выбора наиболее оптимального метода реабилитации.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Тураев Ж.П., Абдуллаева В.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Суицидальное поведение, в силу тяжести медицинских, социально-психологических и экономических последствий причисляют к категории не только общемедицинских, но и глобальных проблем человечества. По определению ВОЗ к суицидальным попыткам (СП) относят «действия с нефатальным результатом, когда индивид намеренно с целью изменения ситуации начинает необычное поведение, посредством которого без вмешательства других вызывает самоповреждение или преднамеренно принимает лекарство в дозе, превышающей предписанную». По данным ВОЗ уровень самоубийств в мире за последние 45 лет вырос на 60 %. Наиболее высоким суицидальным риском характеризуется население Восточной Европы (ВОЗ, 2002, 2003), где уровень самоубийств варьируется от 3,8 до 40 на 100 000 населения (Jenkins R., Kovess V., 2002). Если учесть число неудавшихся самоубийств, которые происходят в 20 раз чаще, то масштабность проблемы возрастает еще более (Cutcliffe J.R., 2003).

Цель и задачи исследования. Изучить роль социальных и психологических характеристик в формировании суицидального поведения у лиц, госпитализированных в психиатрический стационар в связи с суицидальной попыткой.

Материал и методы исследования. В исследовании участвовали 12 больных с депрессивными расстройствами и суицидальным поведением в возрасте от 20 до 45 лет. Депрессивные расстройства дифференцировались по типу ведущего аффекта. Использован клинико-психопатологический метод исследования.

Результаты исследования и обсуждение. При оценке уровня образования суициденты со средним образованием чаще встречались среди мужчин, чем у женщин, преимущественно в молодом возрасте. Высшее и неоконченное высшее образование превалировало у женщин. Суициденты с высшим или неоконченным высшим образованием чаще встречались в группе невротических расстройств. В исследуемой группе преобладали лица со средним уровнем образования. У большей части пациентов собственная семья отсутствовала (74,4%), не вступали в брак – 51,7%, разведены – 40,7%, были вдовыми – 7,6%. В семье был один (54,0%) или два (37,4%) ребенка. Не имели собственных детей – 56,2% исследуемых. Семейные суициденты в своем большинстве обнаруживали конфликтные супружеские отношения и проблемные отношения с детьми. Большинство суицидентов воспитывались в «проблемных» семьях (81,4%), где ее взрослые члены вели асоциальный образ жизни (23,7%), злоупотребляли ПАВ (57,4%). Психическими расстройствами, в том числе сопровождающимися суицидальным поведением, страдали родители у 57,1% суицидентов. Отмечали неудовлетворенность своими материально-бытовыми условиями 67,5% суицидентов. При объективном анализе, материальное положение, близкое к бедственному, встречалось у 6,9 % больных, у 60,6 % суицидентов оно определялось как трудное, относительно удовлетворительное у 29,3 % и 3,2 % имели хороший материальный достаток.

Выводы. Таким образом, низкий уровень образования сужал диапазон решений конфликтных ситуаций и не позволял иметь индивиду высокий социальный статус, финансовые доходы, что приводило к нездоровому образу жизни, социально-психологической дезадаптации и суицидальному поведению. Семейный статус оказывал на суицидальное поведение двойственный характер: гармоничная семья защищает личность от неблагоприятного воздействия, а неблагополучные семьи являются источником суицидальных конфликтов, способствуют формированию суицидальных паттернов.

ОСОБЕННОСТИ МОТИВОВ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Тураев Ж.П., Абдуллаева В.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Изучение причин суицидального поведения и разработка эффективных программ превенции суицидов являются одной из основных медико-социальных проблем современности. Результаты многочисленных эпидемиологических исследований свидетельствуют об устойчивой тенденции к росту показателей частоты самоубийств в различных регионах мира (Дмитриева Т.Б., Положий Б.С., 2006; Кудьярова Г.М., 2000; Войцех В.Ф., 2006; Cantor С.Н. et al., 1995; Agerbo E. et al., 2002; Qin P. et al., 2003; Hawton K. et al., 2005; Robert I. et al., 2006).

По данным Всемирной организации здравоохранения (2008), ежегодно в мире от самоубийств погибает 1 миллион человек. Смертность вследствие суицидов превосходит ежегодные мировые показатели смертности от убийств и военных конфликтов (Hawton K., 2005). Еще более высокой является частота суицидальных попыток, в 10-20 раз превосходящая частоту завершенных суицидов. В литературе этот феномен получил название «феномена айсберга», где завершенные суициды – это лишь его верхушка, а суицидальные попытки – подводная часть.

Цель и задачи исследования – изучение мотивов суицидального поведения у больных с депрессивными расстройствами.

Материал и методы исследования. В исследовании участвовали 12 больных с депрессивными расстройствами и суицидальным поведением в возрасте от 20 до 45 лет. Депрессивные расстройства дифференцировались по типу ведущего аффекта. Использован клинико-психопатологический метод исследования.

Результаты исследования и обсуждение. Среди мотивов суицидального поведения превалировали мотивы призыва – 35,9% и протеста – 32,8%. Реже назывались мотивы избегания – 16,7% и мотивы самонаказания – 7,9%. Наиболее редко встречался мотив отказа от жизни – 6,7%. Среди мужчин одинаково преобладали мотивы протеста и призыва, реже наблюдались мотивы избегания, самонаказания и отказа от жизни. У женщин, напротив, преобладали мотивы призыва, им уступали мотивы протеста. В отличие от мужчин, среди женщин, чаще звучали мотивы самонаказания и отказа от жизни. Несмотря на амбивалентное отношение к суицидальному поведению в большинстве мотивов звучит желание изменить сложившуюся кризисную ситуацию или отношение к ней, а не уйти из жизни.

Попыткам саморанения наиболее часто соответствовали мотивы протеста и призыва, которым уступали по частоте мотивы избегания. Менее типичными оказались мотивы самонаказания и отказа от жизни. При самоотравлениях одинаково часто встречались мотивы протеста и призыва. Более чем в два раза реже регистрировались мотивы избегания и самонаказания. Самоповешения характеризовались преобладанием мотивов призыва, которым вдвое уступали мотивы протеста. Далее, в порядке убывания, следовали мотивы избегания, отказа от жизни и самонаказания. В силу высокой степени летальности данного способа, выживали суициденты с меньшей серьезностью суицидальных намерений, что объясняет превалирование мотива призыва в описываемой группе. При падениях с высоты преобладали мотивы призыва и избегания.

Выводы. Анализ связи мотивов и способов суицидального поведения показал, что среди суицидентов значимо реже встречаются мотивы, связанные с отказом от жизни, самонаказания, а также избегания. Значительная доля пациентов с мотивами протеста, призыва не столько стремилась покончить счеты с жизнью, сколько желала изменить кризисную ситуацию.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С НАБУХАЮЩЕЙ КАТАРАКТОЙ

Ш.Е.Тураева, С.С.Ташбекова, Б.Т.Бузруков.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Набухающая катаракта — помутнение хрусталика, характеризующаяся набуханием масс и истончением капсулы, иногда сопровождается повышением внутриглазного давления за счёт увеличения его объёма и смещения иридохрусталиковой диафрагмы вперед. Экстракапсулярная экстракция набухающей катаракты — высокоэффективный и безопасный метод хирургического лечения, позволяющий добиться частичного восстановления зрения, стабилизировать внутриглазное давление и предотвратить развитие осложненной глаукомы, приводящей к слепоте.

Цель. Анализ результатов хирургического лечения набухающей катаракты с имплантацией ИОЛ у детей.

Материал и методы. Проведены следующие методы обследования: визометрия, биомикроскопия, тонометрия, эхобиометрия, офтальмоскопия, периметрия, УЗИ глаза (А и В сканирование). Нами проанализированы результаты хирургического лечения: 12 больных в возрасте от 1 месяца до 11 лет оперированных в глазном отделении клиники ТашПМИ в период с 2012 по 2013 год. Из них мальчиков — 8, девочек — 4. В возрастном аспекте обследованные дети распределялись следующим образом: до 6 месяцев — 2 детей, до 3 лет — 5 детей, до 8 лет — 3 детей, повторная операция проведена — 2 детям в возрасте 6 и 11 лет. Из 12 больных с набухающей катарактой у 3 детей произведена ЭЭК без имплантации ИОЛ, а у 4 детей имплантация ИОЛ осуществлялась одномоментное с экстракцией катаракты, так называемая первичная имплантация, а вторичная имплантация произведена у 3 больных. У 2 больных ИОЛ не имплантирован из за осложнений.

Результаты: Комплексное хирургическое лечение с имплантацией ИОЛ позволило нам получить хорошие результаты. Через 10 дней в момент выписки отмечена острота зрения от 0,3 до 1,0 у 72% оперированных больных. В 25,3% случае острота зрения была в пределах 0,1-0,2 и в 4% случае от 0,01 до 0,05, 3,2% случае острота зрения не улучшилось. В отдаленные сроки наблюдения острота зрения равная 0,3-1,0 отмечалось в 86% случаев.

Анализ показал, что острота зрения выше 0,3 получено у детей после удаления набухающей катаракты и ранней имплантации ИОЛ в 75%случаев, а у детей которым производилось удаление стационарных травматических катаракт и имплантация ИОЛ в 25% случаев. Результаты проведенных исследований показали, что исходи первичной имплантации ИОЛ лучше чем традиционных методов лечение катарактах.

Вывод. Полученных результатов свидетельствует что чем раньше проводится операция имплантации ИОЛ, тем выше шансы на получение хороших зрительных функций.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И ФАКТОРЫ ПРИВОДЯЩИЕ К НАБУХАЮЩЕЙ КАТАРАКТЕ У ДЕТЕЙ

Тураева Ш.Е., Бузруков Б.Т.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Набухающая катаракта — острое заболевание, сопровождающееся гипергидратацией хрусталиковых тканей. Набухающая катаракта, являясь наиболее частым и тяжелым исходом травм глазного яблока, занимает ведущее место в структуре инвалидности по зрению у детей. Она наиболее часто развивается в результате проникающих ранений (56-74,2% случаев), контузия глазного яблока (23% случаев). Отличительной чертой набухающей катаракты у детей является сочетанность ее с посттравматическими изменениями глазного яблока до 92,1% случаев. Причины помутнения хрусталика весьма разнообразны.

Цель. Анализ выявления частоты встречаемости и факторы приводящие к набухающей катаракте у детей.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования служили результаты комплексного обследования 12 детей с набухающей катарактой находившихся в глазном отделении клиники ТашПМИ за период с 2012 по 2013 год. Всем больным проводились стандартные офтальмологические методы исследования: визометрия, биомикроскопия, тонометрия, офтальмоскопия, периметрия, УЗИ глаза (А и В сканирование).

Результаты: Среды всех обследованных детей количество мальчик составляло — 8 (66,6%) случай, девочек — 4 (33,3%). Распределили детей по возрасту проводилось в соответствии с классификацией ВОЗ (2005). Возраст больных варьировал от 1 месяц до 11 лет и в среднем составлял — 5 лет. Среды показатели возрасте, в грудном периоде составляли — 2 детей (2 глаза) с односторонним процессом; в раннем периоде — 5 детей (5 глаз); до школьным период — 3 детей (3 глаза); школьным период — 2 детей (2 глаза), повторная операция проведена — 2 детям в возрасте 6 и 11 лет (2 глаза) У всех обследованных детей наблюдается односторонний процесс. При анализе возрастной градации детей нами было установлено, что наибольшее число набухающих катаракт которой часто являются вследствие травмы повреждение глазного яблока происходит у детей в возрасте от 3 до 8 лет. Прооперированы 12 детей (12 глаз) с набухающей катарактой, развившихся в случаев вследствие проникающих ранений 78,8% (9 глаз), в результате контузий 21,3% (3 глаза), с осложненными рубцами роговицы в 75,0% и травматической патологией радужной оболочки в 65,6%.

Вывод. Среди обследованных детей с набухающей катарактой мальчиков, в возрасте 3-5 лет и основной причиной является проникающая травма глазного яблока. Указывает на высокий риск развития из-за, специфического поведения ребенка и различными травматическими факторами приводящие к данной проблеме.

ВЫРАЖЕННОСТЬ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В ИНВОЛЮЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Тургунов К.Б., Ахмедов С.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Изучение аффективных расстройств обусловлено большой распространённостью данной патологии во всём мире и широкой охваченностью всех слоёв населения, вне зависимости от социального плана. Кроме того, нарушения эмоциональной сферы оказывают существенное влияние на социальное функционирование лиц инволюционного возраста, то есть в возрастном диапазоне от 45 до 60 лет. Проблема депрессий является одной из центральных в области геронтопсихиатрии. Это определяется, в первую очередь, высокой их распространённостью в пожилом и старческом возрасте (Schneider L.S., 2005).

Цель и задачи исследования - выявление глубины специфических клинических особенностей аффективных расстройств у пациентов инволюционного возраста.

Материалы и методы исследования. Были обследованы 25 пациентов женского пола в возрасте от 45 до 60 лет с диагнозом «инволюционный психоз», находящихся на стационарном лечении в Городской Клинической Психиатрической Больнице в период с сентября 2013 г. по январь 2014 г. Основными методами исследования были клинико-психопатологический и экспериментально-психологический (шкала определения выраженности аффективных расстройств Гамильтона).

Результаты исследования и обсуждение. В зависимости от степени выраженности и глубины депрессивного синдрома все обследуемые были поделены на 4 подгруппы:

12 (45%) пациентов составили 1-ю подгруппу с депрессивным эпизодом лёгкой степени. 6 (24%) обследуемых вошли во 2-ю подгруппу с депрессивным эпизодом средней степени выраженности. В 3-ю подгруппу распределили 4х (16%) обследуемых с депрессивным эпизодом тяжёлой степени без психотических симптомов. С диагнозом «депрессивный эпизод тяжёлой степени с психотическими симптомами (3 человека) (12%) вошли в 4-ю подгруппу. В первой подгруппе исследуемые демонстрировали нарушения эмоциональной сферы лёгкого регистра, характеризующиеся преходящими аффективными нарушениями (по МКБ-10 F 32.0х). Исследуемые во второй подгруппе демонстрировали нарушения эмоциональной сферы более выраженной степени, характеризующиеся более глубокими аффективными нарушениями (по МКБ-10 F32.1х).

Пациенты третьей подгруппы обнаруживали глубокую степень депрессии без выраженных психотических расстройств (по МКБ-10 F32.2). В четвёртую подгруппу были включены исследуемые, обнаруживавшие выраженные нарушения аффективной сферы, достигающие до психотического уровня, с присоединением бредовых идей (идеи греховности, самообвинения, обкрадывания, ущерба, обнищания, грозящих несчастий и т.д.) и галлюцинаторными включениями (по МКБ-10 F32.3х).

У пациентов в количественном диапазоне от 1-й до 3-й подгруппы нарастали в клинической картине тревога, агитация, глубина депрессивного синдрома, психическая и моторная заторможенность, снижение критики к состоянию. В 4-й подгруппе были выявлены психические нарушения психотического уровня (обманы восприятия в виде галлюцинаций слухового и обонятельного характера, депрессивный ступор, нарушения мышления в виде бредовых идей различного содержания).

Выводы. Таким образом, после проведенного исследования можно с определённой долей уверенности диагностировать различные степени глубины нарушений аффективного спектра у пациентов с инволюционными психическими расстройствами и, в зависимости от этого, проводить методы более адекватной терапии в отношении данного контингента.

ИСХОДЫ ДЕПРЕССИИ У ЛИЦ В ИНВОЛЮЦИОННОМ ВОЗРАСТЕ

Тургунов К.Б., Ахмедов С.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. В последние десятилетия подходы к оценке исхода депрессивного расстройства у лиц позднего возраста претерпели существенные изменения. Наряду с сохранением традиционной методологии в определении категорий исхода депрессии, предложенных F. Post [1972], и разделения их на благоприятную и неблагоприятную группы [Tuma N.A., 1996; Jhingan H.P., Sagar R., 2001; Baldwin R.C., Gallagley A., 2006; и др.], расширилось представление о критериях отнесения каждого варианта исхода к различным категориям. Среди факторов, определяющих особенности реагирующего организма (кроме конституции, возраста), большую роль играет, по мнению Шахматова Н.Ф., его половая принадлежность. Так, женщины аффективными психозами позднего возраста заболевают практически в 2 раза чаще, чем мужчины.

Цель и задачи исследования - изучение клинических, динамических особенностей при депрессивных состояниях у лиц инволюционного возраста.

Материал и методы исследования. Были обследованы 25 пациента женского пола в возрасте от 45 до 60 лет с диагнозом «инволюционный психоз» (по МКБ-10 F32-F33), находящихся на стационарном лечении в ГКПБ в период с сентября 2013 г. по январь 2014г.

Основными методами исследования были клинико-психопатологический и экспериментально-психологический (шкала определения выраженности аффективных расстройств Гамильтона, экспресс-тест для оценки тревоги и депрессии Гольдберга).

Результаты исследования и обсуждение. В соответствии с задачами исследования все пациенты были разделены на 3 основные группы:

1. Пациенты с качественной ремиссией (6 чел. (24%) , средний возраст 46 лет). В данную группу были включены исследуемые, у которых после проведенной терапии наступила полная и качественная ремиссия без каких-либо последствий для ядра личности.

2. Пациенты с некачественной ремиссией (8 чел. (32%) , средний возраст 57 лет). У пациентов данной группы, несмотря на длительную терапию и применение различных нейрорепрессантов, после купирования депрессий в клинической картине наблюдалась остаточная резидуальная симптоматика в виде тревожности, эмоциональной лабильности и пр.

3. Пациенты с хроническими формами депрессии (11 чел. (44%)) , средний возраст от 60 лет и выше). В данной группе у всех пациентов, несмотря на длительное лечение, происходила хронизация депрессивного синдрома, с нарастанием тревоги, страха, присоединением психотических расстройств и когнитивных нарушений.

Выводы. Исходы депрессивных эпизодов, возникающих в инволюционном возрасте, характеризуются клиническим полиморфизмом – от интермиссии до постоянно сохраняющихся резидуальных расстройств. Тяжесть исхода депрессии напрямую зависит от возраста пациентов от благополучных вариантов вначале инволюционного периода до тяжёлых в более позднем возрасте.

СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЯХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Турапова Д. Ш., Ибрагимов Ф.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность работы. При пневмонии у детей раннего возраста в патологический процесс часто вовлекается сердечно-сосудистая система. Кардио- и гемодинамические нарушения, как важное звено патогенеза пневмонии, отягощают ее течение, ухудшают прогноз и часто становятся одной из причин летальных исходов. Ранняя диагностика и своевременная коррекция выявленных патологических изменений со стороны сердца у детей с пневмонией может стать важнейшим фактором в снижении детской смертности.

Цель исследования. Изучить состояние сердечно - сосудистой системы при острых пневмониях у детей раннего возраста.

Материал и методы. Обследовано 56 детей в возрасте от 1 года до 3 лет больных острой пневмонией, контрольную группу составили 20 условно здоровых детей. Из 56 больных мальчиков 29 (53,3%), девочек 27 (46,7%). 1-ю группу составили 31 (51,1%) детей раннего возраста с острой пневмонией, осложнённой кардитом; 2-ю группу – 25 (48,9%) детей раннего возраста с острой пневмонией без кардита. Проведен анализ анамнеза жизни и развития ребенка, жалоб, оценивалась клиническая симптоматика патологического процесса в динамике, анализировались результаты рентгенологических исследований органов грудной клетки, ЭКГ, ЭхоКГ. Верификация диагноза неревматического кардита проводилась по классификации Белоконов Н.В. (1984 г.).

Результаты исследования. Анализ сроков поступления в стационар показывает, что 31,9% и 40% детей, соответственно в 1 и 2 группе, были госпитализированы в первые дни болезни, 51,1% и 53,3% – поступили в течение 1-2 недель от начала болезни, 17,0% и 6,6% – в сроки более 2 недель от начала процесса. Детей поступивших в поздние сроки от начала болезни в 1 группе было больше, чем во 2 группе и они составили соответственно 68,1% и 59,9% случаев. Столь поздняя госпитализация детей с острой пневмонией неблагоприятно влияла на клиническое течение заболевания. Тяжелая форма пневмонии чаще наблюдалась у детей, госпитализированных после 6-го дня болезни и позже. Изучение кардиологической симптоматики выявило, что увеличение границ сердца в 1 группе наблюдалось в 57,4%, а во 2 группе в 6,7%, тахикардия соответственно в 46,8% и 31,1% случаев, гепатомегалия в 48,9% и 7,8%. Глухость сердечных тонов (38,3%), наличие систолического шума (36,2%), брадикардия (19,1%) выявлено преимущественно у больных 1-й группы. Недостаточность кровообращения была характерным для половины пациентов с острой пневмонией, осложненной кардитом. На ЭКГ нарушения ритма сердца отмечались у 18 больных, наличие АВ блокады - 2, а СССУ - 1, перегрузка правых отделов сердца - 4, левых отделов сердца - 9, нарушения реполяризации - 2, метаболические изменения - 15 больных. При анализе ЭхоКГ установлено, что у более 1/3 детей 1-й группы выявлялась дилатация полости левого и правого желудочка. Фракция выброса была снижена умеренно, а сократительная способность миокарда снижена у всех детей 1-й группы. Изучение КТИ выявило кардиомегалию почти у половины больных 1-й группы с увеличением его до I–II степени в 19 (40,4%) и 13 (27,7%) случаях соответственно, во второй группе увеличение КТИ I степени в 2 (4,4%) случаях.

Выводы. Таким образом, при тяжелых вариантах острой пневмонии у детей раннего возраста, госпитализированных в поздние сроки высока угроза развития осложнений со стороны сердечно - сосудистой системы в виде кардита со всеми характерными клиническими проявлениями и это, несомненно, отражается на течении и исходе основного заболевания.

КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ

Ф.А.Турсунова, Л.С. Хамраева

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Черепно-мозговая травма (ЧМТ) относится к важнейшей проблеме здравоохранения и общества любой страны. Актуальность проблемы видна из следующих статистических данных: через год после закрытой черепно-мозговой травмы у 81,4% детей обнаруживаются ее последствия и при этом примерно 20% пострадавших в дальнейшем не могут приступить к трудовой деятельности. (Потапов А.А., Рошаль Л.М., Лихтерман Л.Б., 2009г).

По данным ВОЗ, частота травмы варьирует от 1,8 до 5,4 случаев на 1000 населения, в последнее время, возрастая в среднем на 2% в год. По другим статистическим данным, она составляет от 25 до 45% среди всех травм, требующих стационарного лечения (Манжос П.И., Бычков В.А., 2008г.)

Цель и задачи. Анализ состояния органа зрения у детей при закрытых черепно-мозговых травмах.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением в Республиканском научном центре нейрохирургии МЗ РУз находилось 32 (100%) детей с черепно мозговой травмой (ЧМТ) в возрасте от 2 месяцев до 14 лет. Средний возраст обследованных составил $7 \pm 0,08$ лет. Мальчиков было 23 (71,8%), девочек 9 (28,1%). Сотрясение головного мозга в результате ЧМТ отмечено 10 детей (31,2%), ушиб головного мозга легкой степени, отмечался у 22 (68,7%) .

Проведены клинические, неврологические, лабораторные исследования. Инструментальные методы исследования включали в себя: лучевые и ультразвуковые методы диагностики (КТ, МРТ, ЭхоЭГ, МСКТ) у 32 детей.

Результаты и их обсуждение. У больных с сотрясением головного мозга (10 детей) при офтальмологическом исследовании определилось следующее: у 7 (70%) детей отмечались отек и гематома век, у 1(10%) ребёнка экзофтальм и у 2 (20%) детей нистагм. Со стороны глазного дна наблюдали ангиопатию сосудов сетчатки у 7 (70%) детей, начальные застойные явления диска зрительного нерва наблюдали у 4 (40%) исследуемых детей.

У больных с ушибом головного мозга легкой степени (22 детей) при офтальмологическом исследовании определились: отек и гематома век у 2 (9%) детей, у 1(4,5%) ребёнка отмечен птоз верхнего века, у 4 (18,1%) детей нистагм. Со стороны глазного дна наблюдали ангиопатию сосудов сетчатки у 18(82%), застойные явления диска зрительного нерва у 8 (36,3%) детей соответственно.

Выводы. Таким образом, анализ данных нашего исследования показал высокую частоту (100%) встречаемости офтальмологических изменений при ЧМТ у детей, степень выраженности которых зависит от тяжести ЧМТ. Выявленные офтальмологические признаки ЧМТ могут служить критериями в постановке диагноза и оценке состояния органа зрения в динамике лечения.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЛИНЫ И МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Тухватулина Э. Р., Агзамова Ш. А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. В настоящее время состояние здоровья детей и подростков характеризуется тенденцией к росту заболеваемости по ряду нозологических форм, значительной распространенностью хронических заболеваний. Одним из основных показателей состояния здоровья детей и эффективным способом диагностики донозологических состояний, является физическое развитие. Период начала обучения, и возрастание физической и умственной нагрузки сказывается на состоянии детей младшего школьного возраста. В этот период происходят активные изменения в различных органах и системах у детей. В связи с этим изучение физического развития детей является актуальным

Цель исследования. Изучить состояние здоровья школьников 7 - 10 летнего возраста и оценить показатели физического развития в зависимости от пола и возраста.

Материалы и методы исследования. В период с 2013 по 2014 гг, в школе № 240 на базе 54 Семейной Поликлиники Юнус-Абадского района, исследованию и проспективному наблюдению были подвергнуты 210 детей младшего школьного возраста (7-10 лет), из них девочек было 35,2%, мальчиков 74, 8%. Исследования включали оценку состояния здоровья, (физикальный осмотр, уровень заболеваемости, вакцинация, физкультурная группа); оценку физического развития (антропометрия: рост, вес, индекс массы тела по стандартам ВОЗ, 2007 г).

Результаты исследования. По результатам исследования было выявлено, что среди школьников в возрастной группе 7-10 лет доля практически здоровых не превышала 48, 1 % (101 детей). Гармоничное физическое развитие выявлено у 69, 5% (146) детей. Была выявлена группа детей с избыточной массой тела в 16,6% (35) случаях.

Показатели физического развития у девочек составила в среднем $24,4 \pm 2,1$ кг, рост – $125,7 \pm 1,9$ см; у мальчиков соответственно $25,1 \pm 2,2$ кг, и $124,7 \pm 1,7$ см. Полугодовое увеличение в массе у девочек в среднем составило $1,2 \pm 1,9$ кг, у мальчиков $1,1 \pm 0,9$ кг, в росте $2,4 \pm 1,7$ и $1,7 \pm 1,8$, соответственно.

Исходя из полученных данных можно констатировать, что несмотря на замедление темпов роста, на плавность изменений структур и функций, рост тела в длину у детей до 11 лет происходит интенсивнее, чем увеличение массы тела.

Выводы. Укрепление и улучшение состояния здоровья школьников данного возраста является одним из приоритетных направлений в деятельности ВОП. Младший школьный возраст (ученики 1-4 классов в возрасте от 6-7 и до 10-11 лет) представляет собой период развития ребенка, при котором рост ребенка не столь заметен, но преобладают изменения других параметров, идет совершенствование функций органов и систем организма. Этот период считают своеобразным мостиком между детством и отрочеством. В связи с этим, с целью улучшения здоровья подрастающего поколения, необходимо разрабатывать и внедрять профилактические мероприятия, направленные на причинно- следственные факторы ряда заболеваний и профилактику донозологических состояний.

В рамках продолжения данного исследования планируется поиск причинно- следственных факторов нарушения функций кардиореспираторной системы среди детей младшего школьного возраста с избыточной массой тела, с последующей разработкой ряд профилактических мероприятий.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НОВорожденных с СИНДРОМОМ ЛЕДДА

Ф.Р.Тухтаев, Б.Б.Эргашев

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: Известно что для синдрома Ледда характерно сдавления двенадцатиперстной кишки эмбриональными тяжами брюшины и врожденный заворот средней кишки. Диагностика и лечение данного порока развития представляет значительные трудности ввиду отсутствия специфических клинических и рентгенологических симптомов.

Цель: изучить ближайшие результаты оперативного лечения новорожденных с синдромом Ледда.

Материалы и методы исследования: под нашим наблюдением находилось 27 новорожденных с синдромом Ледда. Среди них мальчиков было – 20 (74%), девочек – 7 (26%). Доношенных было 24, недоношенных – 3. Клиническая картина у большинства больных начала проявляться с 5-10 суток жизни. В клинике превалировала рвота с примесью желчи. Диагностика синдрома Ледда основывалась на данных УЗИ двенадцатиперстной кишки, доплерографии мезентральных сосудов и рентгенологических исследований (контрастное исследование ЖКТ и ирригография).

Результаты: оперативное вмешательство (операция Ледда) выполнена всем 27 больным с синдромом Ледда. Доступ в брюшную полость осуществляли через верхний правосторонний трансректальный разрез.

В брюшной полости почти у всех больных был выявлен серозный выпот. При осмотре брюшной полости обращали внимание на отсутствие слепой и восходящего отдела ободочной кишки в типичном месте (правая половина брюшной полости); слепая кишка у всех 30 новорожденных была расположена высоко в подпеченочном пространстве и фиксирована эмбриональными тяжами к париетальной брюшине правого латерального канала. Эти тяжи сдавливали двенадцатиперстную кишку и вызывали частичную высокую кишечную непроходимость. У всех больных была выявлена заворот средней кишки, которая была по направлению часовой стрелки в пределах: $90^{\circ} - 180^{\circ}$ (12 – 44,4%); $270^{\circ} - 360^{\circ}$ (15 – 55,6%). Произведена деторзия средней кишки, разделение эмбриональных спаек.

После расправления брыжейки слепая кишка занимала левую половину брюшной полости, двенадцатиперстная кишка была лишена физиологических изгибов и переходила в тощую кишку справа и в подпеченочном пространстве. Неосложненное течение послеоперационного периода отмечено у 20 новорожденных. Различные осложнения наблюдались у 7 больных, у которых неблагоприятный соматический фон был обусловлен с различными соматическими заболеваниями и сочетанными аномалиями. При этом у 3 больных в послеоперационном периоде отмечена развитие сепсиса осложненной тяжелой бронхопневмонией, а у 4 некротизирующего энтероколита. Прогрессирование осложнений с нарушением функции жизненно важных органов привело к летальному исходу у 3 (11 %) из 27 новорожденных.

Выводы: Таким образом, при синдроме Ледда одноименная операция является методом выбора и обеспечивают хороший ближайший послеоперационный результат.

ДИАГНОСТИКА РЕФРАКТУР ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Ф.Б.Убайдуллаев., Н. Н. Золотова

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность проблемы. Повторные переломы костей у детей являются одной из основных проблем в травматологии. По данным различных авторов рефрактуры длинных костей у детей встречаются от 3,2 до 5,4% всех переломов (И.Ю. Ходжанов, А.А. Косимов, Г.Дж. Байимбетов 2010).

Цель: совершенствование диагностики рефрактур трубчатых костей у детей.

Материал и методы исследования. За период 2013 г. пролечено 20 больных в возрасте от 3 до 14 лет, из них мальчиков было 16, 4 - девочек. Причиной повторных травм были бытовые, в основном из-за неосторожного поведения, перенесших переломы. Сроки повторного перелома колебались от 2 до 6 месяцев. При объективном обследовании выявлено, что причиной повторных переломов были: неправильное или медленное сращение костных отломков-8, неправильно выбранная тактика лечения (ранее снятие иммобилизации-7), нарушение больными ортопедического режима-4, ошибка выбора метода лечения-1. Чаще всего рефрактура была при повреждении костей предплечья (75%).

Методы исследования: клинический, рентгенологический.

Результаты исследования и обсуждение. Основным методом диагностики было рентгенологическое исследование. Всем больным делалась рентгенограмма повреждений в 2-х проекциях. Рентгенологическое исследование позволяет уточнить характер повторного перелома, установить вид смещения отломков, выяснить стадию формирования костной мозоли и точность сопоставления фрагментов после первой травмы. Наличие только эндостальной и небольшой периостальной костной мозоли указывает на хорошее анатомическое сопоставление. Консолидация за счет формирования выраженной периостальной и параоссальной костной мозоли наблюдается при значительном смещении или при плохой иммобилизации. На контрольных рентгенограммах через 12-14 дней при рефрактурах должны определяться свежие периостальные наслоения в зоне травмы. Из рефрактур костей конечностей превалировали диафизарные переломы костей предплечья (70%), которые были в основном со смещением костных отломков.

Выбор метода лечения зависел от степени смещения костных отломков и точности их анатомического сопоставления. Длительность иммобилизации составляла в среднем 3-4 недели в зависимости от возраста. Консервативное лечение проведено у 92% больных. Повторные переломы без смещения у детей с консолидацией при недопустимом смещении (неправильно срастающиеся и неправильно сросшиеся) подлежали оперативному лечению. Последние заключались в устранении возникшей ранее деформации, удалении участков избыточной костной мозоли и интрамедуллярном остеосинтезе (8%). Срок иммобилизации оперированных больных составил 4-5 нед. Иммобилизацию конечности после открытой и закрытой репозиции удлиняли от 1,5 до 2 недель по сравнению с обычными сроками.

Вывод. Хорошие результаты были получены только при комплексной терапии, направленной на стимуляцию регенерации и оссификации в зоне травмы. С этой целью назначали пищу богатую белками, ЛФК и массаж здоровой стороны.

ОДНОСТОРОННЯЯ ГЛАУКОМА У ДЕТЕЙ

Убайдуллаева. Д.Б., Хамраева Л.С.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Термином «глаукома» обозначают большую группу заболеваний глаза, характеризующихся постоянным или периодическим повышением внутриглазного давления (ВГД) за счет нарушения оттока водянистой влаги из глаза, что приводит к нарушению зрительных функций и атрофии зрительного нерва. Число больных глаукомой продолжает расти: по данным Н Quigley (2008) количество больных глаукомой в мире к 2020 году вырастет с 60 до 80 млн, а слепота от глаукомы увеличится до 11,2 млн. в 2020 году. Односторонняя глаукома чаще всего является вторичным проявлением нарушения оттока внутриглазной жидкости, что вносит коррективы в диагностику и лечение данной патологии.

Цель и задачи. Изучить формы односторонней глаукомы у детей.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением в глазном отделении клиники ТашПМИ находились 15 больных с односторонней глаукомой. Возраст больных варьировал от 8 месяцев до 14 лет, девочек было - 7, мальчиков – 8. Всем пациентам проведены клиничко-лабораторные (общий анализ крови, мочи, копрология) и офтальмологические (визиометрия, рефрактометрия, тонометрия, гониоскопия, А-В сканирование, кераторефрактометрия, офтальмоскопия) методы исследования. Пациентов консультировали смежные специалисты: педиатр, оториноларинголог, невролог, онкоофтальмолог, травматолог.

Результаты и обсуждение. По структуре нозологических форм обследованные больные были разделены на следующие группы: первичная врожденная глаукома наблюдалась у 7 (46%) больных, из них у 3-х (43%) первичная глаукома сочеталась с синдромом Стерджа – Вебера, у остальных пациентов глаукома была первичной врожденной и имела развитую стадию у 2-х, терминальную также у 2-х детей. Вторичная глаукома встречалась у 8 (54%) больных, из них увеапатическая (синдром Фукса) у одного (12,5%) пациента, посттравматическая у 4 (50%), вторичная глаукома вследствие воспалительных заболеваний глаз, т.е. постувеальная у 3 (37,5%) больных соответственно. Всем детям было проведено соответствующее лечение: 9 больным антиглаукоматозная (фильтрирующая) операция, 6 пациентам консервативная терапия. В результате проведенного лечения всем детям удалось нормализовать ВГД.

Вывод. Результаты проведенных исследований показали что, в структуре односторонней глаукомы у детей лидирующее место занимают вторичные глаукомы вследствие травм и увеитов.

АНЕМИЯЛИ БЕМОРЛАРДА БУРУН ВА БУРУН ЁНДОШ БУШЛИКЛАРИ УТКИР КАСАЛЛИКЛАРИНИ КЕЧИШИ ВА УЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Угланов И.А, Бакиева Ш.Х
Тошкент Тиббиёт Академияси

Мавзунинг долзарблиги. Бурун ёндош бушликлари касалликлари юкори нафас йуллари касалликлари ичида куп учраши билан бирга, шу касалликлар ичида таркалиши буйича иккинчи уринда туради (В. В. Митрофанов , 2002), шу билан бирга касалланиш сони йилдан-йилга ошиб бормокда (Г.З. Пискунов, 2005). Бурун ёндош бушликлари касалликлари умумий ЛОР аъзолари стационар касалликларининг 29-30%ини , амбулатор касалликларининг 15-16% ини ташкил этади (В. М. Бобров, 2002). Анемия эса, хозирги кунда дунёнинг барча давлатларида кенг таркалган хам, соматик хам ижтимоий касалликдир. Анемия шундай ҳолатки, кондаги гемоглобин концентрацияси камайиши билан характерланадиган, бемор хасталигига жиддий таъсир этиб, окибатда хасталикнинг сурункали формага утишига олиб келувчи патологик жараён дир. Дунё микёсида касалликнинг таркалганлик даражаси куйидагича: болаларда (1 - 4ёшгача)-20 -39%, 5-14 ёшли болаларда – 6 – 48%, хомиладор аёлларнинг 22-52% , ёши кекса кишиларнинг 12-45%ида анемия учрайди (ЖССТ маълумотлари 2012). Агар бирор-бир хасталик анемия фонида кечса, у огиррок кечиб, сурункали шаклига утишга купрок мойил булади. Бу каби ҳолатлар негизида орган ва тукумалар трофикасининг бузилиши, организмнинг кислородга булган талабанинг конмаслиги, иммун системанинг антитанага карши кураш фаолиятини сусайиши ётади. Анемияли беморларда барча касалликлар, шу жумладан, ЛОР аъзолари касалликлари хам огиррок кечади ва организмнинг касалликларга берилувчанлиги ортади (Л. И.Дворецкий. Железодефицитные анемии, 2001).

Максади. Камконлиги булган беморларда бурун ва бурун ёндош бушликлари касалликларининг кечиши, динамикасини кузатиш ва баҳолаш.

Текширув материали ва усули. Юкорида куйилган мақсад ва вазифаларни амалга ошириш учун 30 нафар бурун ва бурун ёндош бушликлари уткир касалликлари билан огриган анемияли беморлар текширилди. Илмий тадқиқот материаллари ТТА 3-клиникаси ЛОР касалликлари булимида йигилди. Куйилган мақсадга мувофиқ беморлар иккита гуруҳга ажратилди: асосий ва назорат гуруҳларга 15 нафардан беморлар киритилди. Назорат гуруҳдаги беморлар бурун ёндош бушликлари уткир касалликлари билан огриган анемияси булмаган беморлар булиб, уларга антибактериал, антигистамин, муколитик ва секретолитик дори воситалари кулланилди. Асосий гуруҳдаги беморларга эса юкоридаги дори воситалари хамда анемияга карши темир препаратлари, витамин В12, фолат кислота кулланилди. Хамма беморларга стандарт ЛОР текширувлар – риноскопия, рентгенография, КТ, хамда умумий кон анализ текширув усуллари кулланилди.

Натижалар ва уларни муҳокама килиш. Беморларда даводан 10 кун кейин утказилган клиник текширувлар ва риноскопия тахлилига кура асосий гуруҳнинг 9 нафарида (60%) ва назорат гуруҳнинг 14 нафарида (93%) тулик соғайиш кузатилди. Даводан бир ой кейинги утказилган клиник текширувлар тахлилига кура асосий гуруҳнинг 12 нафарида (80%) , назорат гуруҳнинг хаммасида (100%) динамикада аҳоли яхшилиги ва риноскопияда шиллик - йирингли ажралмаларнинг йуклиги аникланди. Бурун ёндош бушликлари R - графиясида асосий гуруҳнинг 5 нафарида (33%) қисман патологик сояланиш борлиги аникланди ва назорат гуруҳнинг ҳеч бирида сояланиш аникланмади.

Хулоса. Утказилган текширувлар натижаларига кура анемиянинг бурун ва бурун ёндош бушликлари уткир касалликлари кечишига таъсири борлиги аникланди ва анемия касаллик кечишига, соғайишига таъсир этиши ва анемияга карши даво чоралари куллаш касалликдан соғайишга ёрдам бериши аникланди. Шундан хулоса килиб , бурун ёндош бушликлари уткир касалликлари билан огриган анемияли беморда патогенетик давони анемияга карши даво билан бирга олиб бориш тавсия килинади.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА

Узакова Ш.Б., Кошанова Г.А

Ташкентский Педиатрический медицинский институт

Актуальность. Бронхообструктивный синдром (БОС) является одной из наиболее частых форм нарушения бронхиальной проводимости. Недостаток знаний по данной проблеме при высокой частоте встречаемости рассматриваемой патологии подтверждается отсутствием патогенетически обоснованных методик профилактики и лечения БОС, что и определяет актуальность темы исследования.

Цель работы. Изучить предрасполагающие факторы развития БОС у детей и дать сравнительную характеристику эффективности различных вариантов лечения бронхообструктивного синдрома у детей.

Методы исследования. Обследование включило: изучение семейного анамнеза, течение беременности и родов у матери, преморбидный фон ребенка, анамнез жизни и заболевания, особенности течения и исходы предшествующих заболеваний. Клиническое обследование проводилось с использованием общепринятых физикальных методов. Параклиническое обследование включило: общий и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, копрограмму, рентгенологическое исследование грудной клетки. При оценке клинической картины больные БОС были разделены на 4 возрастные группы, сопоставимые по возрасту.

Результаты. БОС чаще встречается у детей до 1 года (56,0%) в отличие от детей от 1 года до 5 лет (44,0%), преимущественно у мальчиков. БОС чаще регистрируется у детей находящихся на искусственном вскармливании (практически с рождения у детей находящихся на искусственном вскармливании БОС зарегистрирован в 64,0% (32 человека) и у детей с аллергическими проявлениями в возрасте до 6 месяцев в 36,0% (18 человек. Нами проведен сравнительный анализ эффективности терапии современными бронхолитиками у детей раннего возраста при купировании бронхообструктивного синдрома - группа 1 - 50 детей, в сравнении с группой больных которым проводилась терапия традиционным комплексом, основу которого составлял эуфиллин - группа 2-35 детей. В 88,0% случаев зарегистрирован хороший и отличный результат от проводимого лечения у детей 1 группы и в 86,0% зарегистрировано отсутствие побочных эффектов и нежелательных реакций (хорошая переносимость адреномиметиков).

Обсуждения. Таким образом, результаты проведенного исследования убедительно показывают, что терапия бронхообструктивного синдрома современными адреномиметиками у детей раннего возраста является более предпочтительной ввиду ее высокой эффективности, хорошей переносимости, легкости выполнения.

Выводы. Используемый медикаментозный комплекс неотложной терапии и последующей реабилитации детей раннего возраста с синдромом бронхиальной обструкции, включающий сальбутамол и ингаляционный способ их доставки, обладает явными преимуществами перед традиционным, отличается высокой эффективностью (95,5%), безопасностью и хорошей переносимостью (отсутствие побочных реакций), на что указывают более быстрый темп регресса клинических симптомов (в 1,9 раз).

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ДЕТЕЙ С НЕРЕВМАТИЧЕСКИМИ КАРДИТАМИ

Умарбекова.Н.Ф., Ахмедова.Н.Р.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность. Неревматические кардиты являются актуальной проблемой педиатрии и кардиологии. В последнее время отмечается как абсолютное, так и относительное увеличение числа детей с неревматическими кардитами. Клинические проявления неревматических кардитов полиморфны и не специфичны, дети с кардитами не предъявляют обычно особых жалоб, а иногда может протекать бессимптомно, что и затрудняет диагностику кардитов, особенно у детей раннего возраста. У больных с неревматическими кардитами на первый план выступают поражения проводящей системы сердца с нарушением его ритмической деятельности и формированием блокад, нередко имеют тяжелое течение, склонность к рецидивам и переходу в хроническую форму, плохо поддаются лечению.

Цель исследования: изучить функциональные изменения сердечной деятельности у детей с неревматическими кардитами.

Материалы и методы исследования: в основу исследования положены данные обследования 15 больных детей с неревматическими кардитами. Возраст детей от 2 до 15 лет. Из них дети от 2 до 5 лет составили 7 (46,6%), дети от 5 до 10 лет 5(33,4%) и дети от 10 до 15 лет 3(20%). Среди обследованных мальчики составили 60% (9 детей), а девочки – 40% (6 детей).

Всем детям были проведены общепринятые клинические исследования. Диагноз НК устанавливали на основании характерных клинических симптомов и результатов клинико-лабораторных исследований (данные ЭКГ, Эхо КГ).

Результаты исследования:

При изучении анамнеза было установлено, что у всех детей имело место частые вирусные и бактериальные инфекции. Функциональные изменения на ЭКГ у обследованных детей были весьма вариабельны. Основными жалобами всех обследованных детей были следующие: сердцебиение-10%, кардиалгия-43%, общая слабость у 60% детей, при объективном исследовании выявлялось приглушенность тонов-94% , систолический шум над верхушкой-87% , тахикардия у 80% детей.

При электрокардиографическом исследовании определялось низковольтная ЭКГ-13,3%, миграция водителя ритма-21,4%, синдром слабости синусового узла-6,67%, внутрипредсердная блокада-20%, атриовентрикулярная блокада 1 степени-26,67%, экстрасистолия желудочков 26,67%, инверсия зубца Т у 6,67% детей.

Заключение. Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о том, что в клинической картине у больных с неревматическими кардитами на первый план выступают поражения проводящей системы сердца с нарушением его ритмической деятельности и формированием блокад. Проблема нарушений сердечного ритма у детей актуальна применительно ко всем периодам детского возраста. Это позволяет считать неревматические кардиты одной из важных проблем детской кардиологии и возможным фактором риска в развитии сердечно-сосудистой патологии у взрослых

ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Умарова О.Х., Абдуллаева В.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Исследователями отмечается нарушение гармоничной системы семейных отношений в семьях больных алкогольной зависимостью, что связано с возникновением особого психологического феномена «созависимости» (Мазурова Л.В., 2009) Данный феномен проявляется как в психологических характеристиках жен, так и детей, свидетельствуя о формировании зависимого поведения у членов семьи. Данные вопросы требуют особого внимания при реабилитации больных алкогольной зависимостью, при организации психологической помощи членам их семей (Kapitonov V.V., 2003).

Цель и задачи исследования - изучение системы дисфункциональных отношений в семьях больных алкогольной зависимостью.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на клинической базе Республиканского наркологического стационара Нозологическая диагностика алкогольной зависимости осуществлялось по критериям МКБ-10. В клинко-психологической диагностике использовались следующие методики: опросник семейных эмоциональных коммуникаций Холмогоровой А.Б., опросник «Анализ семейного воспитания» Эйдемиллера Э.Г..

Результаты исследования и их обсуждение. Полученные результаты говорят об определенных особенностях и закономерностях взаимоотношений в семьях больных алкогольной зависимостью. Так, пациенты с алкоголизмом росли в атмосфере выраженных нарушений внутрисемейных эмоциональных коммуникаций с высоким уровнем критики. Выяснилось, что родители зависимых проявляли своё недовольство ребенком, когда он выражал негативные эмоции, допускал ошибки в какой-либо деятельности, особенно при сравнении с другими более успешными детьми. Созависимые чаще переживают чувство несправедливости и ущемленности, неудовлетворенности желаний. Созависимые чаще ощущают отсутствие позитивного чувства близости, доверия и общности со стороны ближайшего социального окружения. В свете полученных данных важно рассмотреть особенности воспитания собственных детей в группе обследованных, что отражает то, какие поведенческие и эмоциональные стратегии они реализуют в отношении следующего поколения и запечатлевают для передачи следующим поколениям. Больные алкогольной зависимостью предъявляют своим детям огромное количество требований, ограничивающих их свободу и самостоятельность. Обследуемые созависимой группы склонны давать больше свободы своим детям и не хотят или не могут устанавливать какие-то рамки в их поведении. Обнаружена тенденция к применению более строгих наказаний в группе зависимых по сравнению с созависимыми, что говорит о более жестком подходе в воспитании детей.

Выводы. Основы алкогольной зависимости и созависимости закладываются в детстве в родительской семье, где усваиваются основные методы реагирования, правила; система взаимоотношений строится по образу родительской и формируется жизненный сценарий. Эмоциональная сфера нарушена как у зависимых, так и созависимых. Созависимые склонны скрывать свои истинные эмоции, и чем лучше они их скрывают, тем легче они получают помощь и поддержку от близких и знакомых. Зависимые более импульсивны, более открыто выражают негативные эмоции.

РОЛЬ ВРАЧЕБНО-ФИЗКУЛЬТУРНОЙ СЛУЖБЫ В ФОРМИРОВАНИИ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Г.А.Джалилова, У.М.Умарова

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Законом Республики Узбекистан от 26 мая 2000 года «О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Узбекистан «О физической культуре и спорте» говорится, что физическая культура, являясь неотъемлемой частью национальной культуры народов Республики Узбекистан, важным средством физического и нравственного воспитания, служит делу укрепления дружбы между народами, социального и экономического прогресса Республики Узбекистан, а также граждане республики независимо от пола, возраста, национальности, имущественного и общественного положения имеют право на занятия физической культурой и спортом. Основные задачи специалистов спортивной медицины в первичной профилактике неинфекционных заболеваний - укрепление неспецифического иммунитета всех возрастных групп населения и влияние на один из самых распространенных факторов риска развития заболеваний у населения - гипокинезию путем максимального привлечения населения к активным занятиям физической культурой.

Врачебно-физкультурная служба в Республике Узбекистан представлена Республиканским врачебно-физкультурным диспансером и его территориальными подразделениями, включая кабинеты лечебной физической культуры, функционирующих в учреждениях первичного звена здравоохранения. Углубленное медицинские обследование спортсменов включает осмотр невролога, окулиста, отоларинголога, стоматолога, эндокринолога, хирурга, травматолога, гинеколога, проведение УЗИ внутренних органов, эхокардиографии, электрокардиографии, рентгенологическое обследования, общего анализа крови и мочи, биохимического исследования крови. Все услуги оказываются комплексно. Все спортсмены, нуждающиеся в проведении профилактических мероприятий, состоят на диспансерном учете.

Совершенствования врачебно-физкультурной службы республики Узбекистан в дальнейшем позволит максимально эффективно использовать все средства и методы физической культуры в оздоровлении населения. На территории республики активно развивается инфраструктура спортивных сооружений, детско-юношеских спортивных школ, спортивных секций, одновременно растет лиц, начинающих заниматься различными видами спорта.

Целью исследования является изучение организации работы учреждений врачебно-физкультурной службы в Узбекистане направленную на профилактику заболеваемости среди спортсменов.

ЛЕЧЕНИЕ ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА: РЕЦИДИВЫ И ВЛИЯНИЕ НА БРОНХИАЛЬНУЮ АСТМУ

Урозов М.Т., Бабаханов Г.К

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Различные сочетания полипозного риносинусита (ПРС), бронхиальной астмы (БА) и непереносимости нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) представляет собой серьезную проблему как для оториноларингологов, так и для пульмонологов и аллергологов. ПРС важен не только как упорно рецидивирующая болезнь, приводящая к затруднению носового дыхания и обоняния, но и как фактор риска манифестации бронхиальной астмы, ее тяжелого течения и жизнеугрожающих состояний при приеме НПВП. В настоящее время приоритет лечения ПРС переходит от хирургических методов к терапевтическим, но эту позицию разделяют далеко не все врачи.

Цель: анализ лечения полипозного риносинусита.

Материалы и методы. Анализ историй болезни 113 больных в возрасте от 21 до 85 лет, находившихся на стационарном лечении в ГКБ в 2012-2013 году с диагнозом «Полипозный риносинусит». Определены 2 группы пациентов: пациенты с ПРС (79) и пациенты с ПРС, ассоциированным бронхиальной астмой средней степени тяжести (34). Кроме того, проведен статистический анализ клинических данных с использованием относительных средних величин, оценка достоверности полученных результатов.

Результаты и их обсуждение. Большая часть пациентов имеет возраст от 50 до 65 лет. В случае ПРС, ассоциированного с БА, средний возраст пациентов ($50,9 \pm 15$ лет) меньше, чем у пациентов с ПРС ($60 \pm 17,3$ лет). Большинство больных (39%) госпитализированы по поводу ПРС в 1 раз, однако были пациенты (2 из 113), которые перенесли полипэктомию уже в 12 раз. Кроме того, частота госпитализации пациентов 1 группы почти вдвое меньше, чем пациентов 2 группы. В 92,3% случаев ПРС является предшествующим бронхиальной астме заболеванием. Средняя продолжительность болезни у пациентов 1 группы (ПРС) составляет 7,2 года, у пациентов 2 группы (ПРС+БА) - 12,7 лет. Что касается периода ремиссии, то его средняя продолжительность у пациентов с коморбидной патологией меньше (4,7 лет), чем в случае ПРС без БА (8,7 лет). Кроме того, в ходе исследования был рассчитан показатель эо-эозинофильно-лимфоцитарного индекса: повышенный уровень ($>0,1$) выявлен у 37,8% и 74,3% пациентов из 1 и 2 группы соответственно. Всем исследованным пациентам проведено хирургическое лечение полипов. В 37% случаев полипэктомию проведена эндоскопическим способом. Улучшение течения бронхиальной астмы после полипэктомии отмечено у 45% больных с коморбидной патологией, при этом у части больных отмечено уменьшение дозы системных глюкокортикостероидов.

Выводы. 1. Сочетание полипозного риносинусита (ПРС) с бронхиальной астмой (БА) обуславливает более раннее начало заболевания, частое рецидивирование полипов и астмы, меньшую продолжительность периода ремиссии между госпитализациями. 2. Для диагностики имеет значение расчет эозинофильно-лимфоцитарного индекса, который по данным проведенного исследования повышен у 38% пациентов с ПРС и 74% с ПРС+БА. 3. Хирургическое лечение пациентов с сочетанной патологией в 45% случаев улучшает течение бронхиальной астмы и положительно влияет на качество жизни пациентов.

МЕТОДЫ ЯДЕРНОЙ МЕДИЦИНЫ В ДИАГНОСТИКЕ ПОДОСТРОГО ТИРЕОИДИТА И В ПРОГНОЗЕ ЕГО ТЕЧЕНИЯ

Усманов Л.Х., Умарова Д.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Целью данного исследования было выяснить взаимосвязь между накоплением технеция-99m (Tc-99m) и Tc-99m-тетрофосмина в щитовидной железе, которые могут отражать интенсивность и течение подострого тиреоидита (ПТ), а также ответ на терапию.

Материал и методы: мы выполнили 136 исследований у 88 пациентов (женского пола) с ПТ, находящихся по долгу службы в зоне действия РЧ-излучения, с использованием сцинтиграфии с 99mTc-пертехнетатом и 99mTc-тетрофосмином в острой фазе заболевания до начала терапии, во время лечения и в восстановительном периоде. Окончательные изображения были получены и оценивались по окончании терапии. Сканы с Tc-99m тетрафосмином были интерпретированы как визуально, так и количественно.

Результаты: во всех случаях пациенты имели признаки тиреотоксикоза: лихорадка, тремор конечностей, необъяснимые страхи и зоб с болезненными ощущениями. Во время острой стадии ПТ поглощение 99mTc-пертехнетата в щитовидной железе у пациентов было значительно повышена.

Отношение поглощения, оцениваемое как захват щитовидной железой к фону, напрямую связан с сывороточной концентрацией биохимических веществ и иммунологическими данными.

Вывод: стадия воспалительного процесса и оценка эффективности лечения, диагностические и прогностические факторы в значительной степени взаимосвязаны со сканированием щитовидной железы с использованием Tc-99m тетрофосмином у пациентов с ПТ. Следовательно, 99mTc-тетрофосмин может служить индикатором активности ПТ и помочь контролировать степень тяжести воспалительного процесса во время лечения, а также мониторировать изменения функции щитовидной железы в экстремальных условиях (РЧ-излучение).

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ МЕНИНГОКОККОВОГО МЕНИНГИТА У ДЕТЕЙ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИХ ЛЕЧЕНИЮ

Усманова Г.Р., Рихсиева Г.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Единственным резервуаром менингококка в природе является больной человек, особенно больные с бессимптомным носительством. Несмотря на значительные успехи, достигнутые современной медициной, проблема менингитов остается очень актуальной и востребованной. Заболевание регистрируется повсеместно. Наиболее высокая восприимчивость отмечается среди детей от 3 месяцев до 14 лет. У данного контингента больных встречается затруднение постановки диагноза и поздняя диагностика. В связи с запоздалой верификацией диагноза и зачастую поздним проведением люмбальной пункции, назначение адекватной терапии также проводится с запозданием.

Целью настоящего исследования явилось изучение современных подходов к лечению менингококкового менингита(по МКБ-10 А 39.0) у детей в различных возрастных группах.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели было обследовано 58 детей в возрасте с 3 месяцев до 14 лет с менингококковой инфекцией. Больные были разделены на 3 возрастные группы: первая группа – дети от 3 месяцев до 24 месяцев, вторая группа- от 2 до 7 лет, третья группа-дети от 7 лет до 14. У всех больных имелось бак. подтверждение поставленного диагноза. Методика обследования включала в себя подробное изучение жалоб, анамнеза больных, объективный осмотр, бак. посев и посев на чувствительность к антибиотикам ликвора, общеклинические методы исследования.

Результаты исследования: У больных первой группы отмечалась рвота, не приносящая облегчения, гипертермия, возникающая внезапно, на фоне полного здоровья, выраженные симптомы интоксикации(вялость, адинамия, сонливость, отказ от груди, резкий крик), судороги, тремор конечностей, у детей до 1 года отмечалось набухание и пульсация родничка. У детей 2 группы отмечались: сильная головная боль, гиперестезия кожи, отказ от приема пищи, плаксивость, рвота без предшествующей тошноты, не приносящая облегчения, повышение температуры до фебрильных цифр, менингеальные симптомы, психомоторное возбуждение, спутанность сознания. Отличием клинической симптоматики у детей 3 возрастной группы являлось наличие предшествующего назофарингита, более выраженные менингеальные симптомы, рвота без предшествующей тошноты, не приносящая облегчения, жалобы на распирающую головную боль, фотофобия. При проведении бак. исследования и посева на чувствительность замечено, что у больных в первой и второй возрастной группе наиболее высокая чувствительность отмечалась к пенициллину и цефтриаксону, во второй группе- к цефтриаксону.

Вывод: При проведении бак. исследования и посева на чувствительность замечено, что у больных в первой и второй возрастной группе наиболее высокая чувствительность отмечалась к пенициллину и цефтриаксону, во второй группе- к цефтриаксону. При раннем назначении препаратов с высокой степенью чувствительности улучшение в состоянии больных отмечалось гораздо раньше, чем у больных, которым назначались препараты широкого спектра без определения чувствительности.

ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ И ОСТРЫЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ А: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Усманова Л., Таджиев Б.М.

Ташкентский педиатрический институт

Актуальность: В последние годы наметилась тенденция к увеличению случаев инфекционного мононуклеоза и острого вирусного гепатита А у детей. Современное течение инфекционного мононуклеоза (ИМ) у детей нередко сопровождается поражением печени, что заставляет проводить дифференциальный диагноз с вирусным гепатитом А.

Цель: данного исследования определение дифференциально-диагностических аспектов инфекционного мононуклеоза и вирусного гепатита А

Материалы и методы: был проведен ретроспективный анализ историй болезни, пациентов с инфекционным мононуклеозом (28 больных) на базе 1 ГКИБ и с вирусным гепатитом А (17 больных) на базе 5-ГКИБ

Результаты: по литературным данным на догоспитальном этапе диагностики ИМ в 60% случаев выставляются ошибочные диагнозы, в том числе острый вирусный гепатит А. Нами проведено сравнение клинико-лабораторных данных у 28 больных ИМ и 17 больных ОВГА «А». Для ИМ был характерен выраженный интоксикационный синдром в виде общей слабости, утомляемости, ломоты в конечностях, головной боли, тошноты, иногда – рвоты. Лихорадка выявлялась у 27 больных в(96,4%) случаев (фебрильная – у 23 больных в 82,1%, субфебрильная у 4 больных – в 14,2%). При ОВГА начало острое, гриппоподобное. Лихорадка присутствовала только у 8 больных в 47%, из них фебрильная у 3 больных – в 37,5%, субфебрильная у 5 больных – в 62,5% случаев. Симптомы интоксикации и диспепсические проявления выражены умеренно, но значительно чаще (у 9 больных 52,9% случаев). Также отмечалась иктеричность склер и кожных покровов. Для ИМ характерно в половине случаев (у 14 больных 50%) начало с появления симптомов ангины, что не характерно для ОВГА. Лимфоаденопатия в сочетании с гиперемией ротоглотки может встречаться при обоих заболеваниях, но при ИМ бывает чаще. Гепатоспленомегалия по данным УЗИ 52% встречается при ИМ, тогда как при ОВГА практически всегда. В общем анализе крови при ИМ характерны умеренный лейкоцитоз, моноцитоз, атипичные мононуклеары у 80% больных, и ускорение СОЭ до 18–20 мм/ч, тогда как при ОВГА типичны лейкопения с лимфо- и моноцитозом и снижение СОЭ до 2–4 мм/ч. При ОВГА характерно в общем анализе мочи наличие желчных пигментов. В биохимическом анализе крови при ОВГА гипербилирубинемия с преобладанием прямой фракции билирубина, является более выраженной и стойкой, чем при ИМ. Не менее значимым при ОВГА является цитолитический синдром: повышение активности трансаминаз с преобладанием уровня АЛТ над уровнем АСТ и также более выражен (до 50 норм и выше) и стоек в сравнении с ИМ, при котором активность аминотрансфераз может повышаться от 2 до 10 норм.

Заключение: Основным и самым надежным критерием дифференциальной диагностики остаются серологический метод(ИФА) обнаружение в крови анти HAV IgM и метод полимеразно-цепной реакции(ПЦР). Таким образом, в настоящее время течение инфекционного мононуклеоза нередко сопровождается поражением печени с выраженным цитолизом, что требует дифференциальной диагностики с вирусными гепатитами.

ВЛИЯНИЕ СИСТЕМАТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ СПОРТОМ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ЮНЫХ ФУТБОЛИСТОВ

**Усмоналиева Н.Ш., Юнусова Н.Ш.
Ташкентская медицинская академия**

Цель исследования: изучить влияние систематических занятий спортом на функциональное состояние и адаптационные возможности дыхательной системы юных футболистов разных соматотипов.

Материалы исследования: исследование проводилось в спортивных школах города Ташкента на одних и тех же детях и подростках, регулярно занимавшихся спортом. Обследовано 65 мальчиков-футболистов в возрасте 10-15 лет. Изучался не только спортивный анамнез (вид спорта, спортивный стаж, направленность тренировочного процесса), но и анамнез состояния здоровья по индивидуальным медицинским картам. В эксперименте на добровольной основе участвовали практически здоровые дети.

Методы исследования: Показатели системы внешнего дыхания определялись с использованием компьютерного комплекса «Спироком-VTL». В физиологическую оценку резервных и функциональных возможностей дыхательного компонента адаптации входило определение: жизненной емкости легких (ЖЕЛ), % от должной жизненной емкости легких (ДЖЕЛ), максимальной вентиляции легких (МВЛ), дыхательного объема (ДО), частоты дыхания (ЧД), минутного объема дыхания (МОД), резервного объема вдоха (РОВд), резервного объема выдоха (РОВыд). Анализ результатов проводился с использованием вариационно-статистического метода и метода парных сравнений Стьюдента-Фишера [Б.М. Владимирский, 1983], а также с помощью компьютерной программы STATISTICA 6.0. Учитывая, что исследования проводились в лонгитюдном режиме, то даже сравнительно небольшие различия средних величин показателей, как правило, статистически достоверны, что подтверждается методом парных сравнений Стьюдента (Е.М. Четыркин, И.Л. Калихман, 1982).

Результаты исследования: Установлено, что у юных футболистов в возрасте второго детства представители М-типа (мезоморфный) в сравнении с представителями Д-типа (долихоморфный) имели более высокие значения ЖЕЛ, МВЛ, ДО, МОД, РОВд, РОВыд ($p < 0,05$). У представителей Б-типа (брахиморфный) отмечены наименьшие значения изучаемых параметров внешнего дыхания ($p < 0,05$) при достоверно более высоких показателях ЧД ($p \leq 0,05$). Последнее означает, что у них дыхательная система не приобретает той экономизации функции, которая наблюдалась у представителей двух других соматотипов, особенно М-типа, доминирующего в популяции юных футболистов.

Закключение: В возрасте второго детства и в подростковый период доминирующим соматотипом у юных футболистов является мезоморфный тип телосложения, а на самой низкой позиции находится брахиморфный тип. У юных футболистов в сравнении с детьми, не занимавшимися спортом достоверно более высокие показатели статических и динамических объемов и емкостей легких (ЖЕЛ, МВЛ, МОД, ДО, РОВд, РОВыд), прогрессирующий рост которых на фоне снижения показателей ЧД в ходе спортивного тренинга свидетельствует о развитии функциональных и резервных возможностях дыхательного аппарата, снижении степени напряжения регуляторных механизмов для поддержания гомеостаза, отсутствии феномена кумулятивного утомления под влиянием тренировочных и соревновательных нагрузок. В большей степени это выражено у представителей мезоморфного типа, а в меньшей – брахиморфного. При этом, у юных футболистов с мезоморфным вектором соматотипа наблюдается более высокое развитие дыхательной системы.

ЭХИНОКОККОЗ РАЗЛИЧНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ У ДЕТЕЙ

Усмонов О.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Эхинококкоз является одним из тяжелых заболеваний, широко распространенных во многих регионах мира, в том числе и в странах Средней Азии. Несмотря на многовековые опыты изучения этой патологии, вопросы своевременной диагностики и выбора метода лечения остается актуальным.

Цель. Определить частоту органной локализации при изолированных и сочетанных поражениях эхинококкозом у детей.

Материалы и методы. На клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ за период с 2005 по 2013 гг. на стационарном лечении находились 79 ребенка в возрасте от 2 до 14 лет с эхинококкозом различной локализации. Среди них эхинококкозом органов брюшной полости были 37-(46,8%), органов грудной полости 28 (35,4%) и сочетанные полости 14 (17,7%). Изолированное поражение 58 (73,4%): легких 28(48,3%), печени - 27 (46,6%), селезёнки - 2 (3,4%), почек - 1 (1,7%); сочетанный эхинококкоз 19 (24,0%): печени и легких - 11 (57,9%), печени и селезенки - 4 (21,1%), печени и левой почки – 1 (5,3%), селезенки и левого легкого 3 (15,9%). У двух (2,5%) больных диагностированы эхинококкоз редкой локализации: в забрюшинном пространстве – 1(50,0%), гигантская напряженная эхинококковая киста большого сальника – 1(50,0%). Среди наблюдавшихся 79 больных у 13 были осложненные формы: осложнённый эхинококкоз печени наблюдался у 4 (30,8%), легких-7 (53,8%) и в других органах у 2 (15,4%) детей. Диагноз устанавливали на основании клинико–лабораторных данных, УЗИ, КТ, МСКТ органов грудной, брюшной полости и органов забрюшинного пространства, рентгенографии грудной клетки.

Результаты. Ранняя диагностика предоставляет дополнительные возможности для выбора более щадящего метода лечения. Выбор тактики лечения эхинококкоза различной локализации у детей нами определяется в зависимости от размеров паразитарных кист и стадии заболевания, отдавая предпочтение малотравматичным методам. При наличии эхинококковых кист до 30-40 мм отдавали предпочтение консервативной терапии.

Консервативное лечение эхинококкоза у детей являлось комплексной и состояла из противопаразитарной терапии. В период аллергических проявлений детям назначались десенсибилизирующие препараты, с целью уменьшения токсического воздействия албендазола - гепатопротекторы, энзимотерапия, пробиотики и иммуномодуляторы. При эхинококковых кистах больших и гигантских размеров, при множественном поражении органа и при локализации паразитарной кисты в глубине паренхимы проводили традиционные эхинококкэктомии с ликвидацией остаточной полости. Профилактика рецидива заболевания чрезвычайно важна. Проводили реабилитационную терапию два раза в течение года после операции.

Выводы. Эхинококкоз органов брюшной и грудной полости занимает достаточный удельный вес среди других локализаций. При эхинококковых кистах в размерах до 30,0-40,0 мм показано консервативное лечение. Традиционные операции выполняются при больших, гигантских кистах и множественном поражении органа. УЗИ органов брюшной полости во время диспансерного наблюдения предаёт возможность своевременного выявления рецидива заболевания и проведения консервативного лечения.

ПРИМЕНЕНИЕ ЦИКЛОФЕРОНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ.

Усмонов Р., Ибрагимова Х.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. На сегодняшний день проблемы лечения острых кишечных инфекций остаются очень актуальными в условиях нашего региона. Для них характерны высокая частота встречаемости, широкая распространенность, появление новых этиопатогенов, а также отсутствие длительного постинфекционного иммунитета. Увеличение частоты затяжных форм сальмонеллеза и реконвалесцентного бактериовыделения среди детей обуславливают необходимость дальнейшего совершенствования методов диагностики и лечения.

Целью исследования явилось изучение клинической эффективности циклоферона в комплексном лечении детей с сальмонеллезом.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 42 детей, переносивших гастроинтестинальную форму сальмонеллеза. Среди заболевших преобладали мальчики (61,9 %), средний возраст составил $5,1 \pm 0,6$ года. Диагноз был подтвержден бактериологическим методом. В острый период заболевания больные получали циклоферон в таблетированной форме по схеме: 1, 2, 4, 6, 8 дни один раз в сутки за 30 мин до еды не разжевывая в возрастных дозах; дети, не получавшие иммуномодулирующей терапии, составили группу сравнения.

Результаты. По этиологической структуре доминировал сальмонеллез группы В S. Typhimurium - 83,6%. В 71,4 % случаев заболевание протекало в среднетяжелой форме, легких форм зарегистрировано не было, частота тяжелых форм составила - 28,6 %. У 78,6 % детей выявлено вовлечение в патологический процесс толстой кишки, из них у 59,6 % диагностирован гастроэнтероколит и у 19 % - энтероколит, гастроэнтерит установлен у 16,6 %, энтерит - у 4,7 %. Болевой абдоминальный синдром присутствовал у 97,6 % больных. Изменение характера стула выявлялось в первые сутки болезни у 95,2 % больных, кратность дефекации $7,3 \pm 0,4$ раза. Макроскопически патологические примеси в стуле обнаруживались у 78,7 % больных, примесь крови в стуле отмечена у 23,8 % пациентов. Клинический эффект циклоферона проявлялся достоверным сокращением длительности болей в животе и колитного синдрома, по сравнению с больными группы контроля ($p < 0,05$). Отмечена тенденция к сокращению периода лихорадки и диареи. У больных детей при использовании циклоферона не отмечалось рецидивов заболевания, в то время как у больных группы сравнения у 12,5 % к 7-10 дню от начала болезни регистрировались вновь подъем температуры, ухудшение характера стула. У всех обследованных детей на 4-5 дни заболевания выявлялся дисбактериоз II-III степени. После проведения курса циклоферона у больных к 7-10 дню стационарного лечения выявлялась нормализация микрофлоры слизистой толстой кишки.

Наблюдалось увеличение общего количества представителей анаэробных микроорганизмов бифидо- и лактобактерий, кишечной палочки, исчезновение представителей условно-патогенной микрофлоры. Клинический эффект использования циклоферона заключался в гладком течении заболевания, причем повторного бактериовыделения не было зарегистрировано против 16,6 % у больных, получавших общепринятую терапию.

Вывод. На основании полученных данных можно сделать вывод о целесообразности назначения препарата циклоферон в комплексной терапии больных детей сальмонеллезной инфекцией. После проведения курса циклоферона в составе комплексной терапии у больных в сравнительно более ранние сроки выявлялась нормализация микрофлоры слизистой толстой кишки, улучшение общего состояния больного, нормализация аппетита, урежение стула.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РАНЕНИЙ ВЕК У ДЕТЕЙ

Усманова Ф.Х., Хамраева Л.С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Повреждения век в системе общего травматизма составляет 47,6%. Необходимо иметь в виду, что при наличии ранений век или окружающих тканей истинный их характер может маскироваться сгустками крови, и ранение, серьезное по своим последствиям (выворот, колобома) может быть просмотрено. Особого внимания требуют травмы век в медиальной трети в связи с возможностью повреждения верхней и нижней слезных точек и слезных канальцев.

Цель исследования: изучить результаты первичной хирургической обработки ранений век у детей.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 20 историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в глазном отделении клиники ТашПМИ с повреждениями век в возрасте от 3 до 11 лет. Всем пациентам были проведены клинично-лабораторные и офтальмологические методы исследования.

Результаты и обсуждение. Проведенный анализ показал, что среди обследованных 14 мальчиков и 6 девочек, большинство пациентов мальчики в возрасте 4-10 лет, что связано с особенностями поведения в подростковом периоде. Анализ травматического фактора показал, что травматические повреждения глаз у детей чаще всего возникали в результате неосторожности и попадания по глазу различными предметами во время игр, драки, занятия спортом. Травмы были нанесены следующими предметами: проволока 5(25%), ручка 3(15%), камень 7(35%), железо 4(20%), ножницы 1(5%). Как показывают полученные результаты чаще всего наблюдаются повреждения внутреннего угла век и отрыв век (25%), сквозные и несквозные ранения век (15%), ранения век в медиальной трети с повреждениями слезных канальцев (50%). Всем детям была проведена первичная хирургическая обработка с максимальным восстановлением анатомической целостности, особенно в области внутреннего угла, так как здесь находятся слезоотводящие пути. При анализе эффективности проводимой первичной обработки было установлено, что у всех детей был достигнут положительный результат.

Заключение. Таким образом, наиболее эффективной является ранняя (в течении первых часов после травмы) первичная хирургическая обработка повреждений век, которая способствует полному анатомическому восстановлению тканей.

ГЕПАТОРЕНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ С

Файзуллаева С., Арипходжаева Ф.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Хронический гепатит С (ХГС) является одной из самых актуальных проблем практического здравоохранения в связи с непрерывным ростом заболеваемости, частым развитием неблагоприятных исходов: хронизации процесса, трансформации в цирроз печени и гепатокарциному. Исследованиями последних десятилетий установлено, что вирусу С принадлежит особая роль в формировании внепеченочных поражений, которые регистрируются по данным ряда авторов от 40 до 75%. При этом поражение почек, наряду с поражениями сосудов и суставов, наиболее часто регистрируются у больных ХГС.

Цель. Определить взаимосвязь гепаторенального синдрома с выраженностью патологического процесса у больных хроническим гепатитом С (ХГС).

Материала и методы. Обследовано 78 больных ХГС. Диагноз выставлялся на основании анамнеза, клинических данных и положительных результатов ПЦР (РНК-НСV) и ИФА (анти-НСV). Давность установления диагноза составляла от 5 до 15 лет. Степень активности патологического процесса определялась по выраженности гиперферментемии на основании рекомендаций приказа МЗ РУз №5 от 5 января 2012г. Генотипы вируса С распределились следующим образом: 1- у 29 больных (37,2%), 2 – у 32 больных (42,3%), 3 – у 16 больных (20,5%). 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 познабливание 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% диагностирован 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, практическим врачам необходимо учитывать возможность развития ГРС для определения оптимальных схем обследования и терапии.

ЎТКИР ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ “А” КАСАЛЛИГИДА СУРУНКАЛИ ПИЛОНЕФРИТНИНГ КЕЧИШИ ВА ДАВОЛАШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Файзиев Б.О., Зокирходжаев А. Х.
Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Муаммонинг долзарблиги. Ҳозирги кунгача вирусли гепатитлар амалий тиббиётда муҳим ўрин эгаллаб келмоқда. Касалликни кечишида ва оқибатларига йўлдош касалликлар салмоқли таъсир кўрсатади. Биз 24 нафар ўткир вирусли гепатит А билан оғриган беморларни касаллик тарихини кўриб чиқилган, шу беморлардасурункали пиелонефрит касаллигининг кечишига, оқибатига таъсирини ўрганилди. Олинган натижалар асосида, шулардан 14 нафари йўлдош касаллик билан – сурункали пиелонефрит (асосий гуруҳ), ташкил этди 10 таси - йўлдош касалликсиз – ўткир ВГА (назорат гуруҳи).

Текшириш усуллари. Беморлар 3-14 ёшгача (11ўғил бола, 13қиз бола) касаллигининг клиник кечишига, қараб объектиб кўрув маълумотлари аниқланди: астеновегетатив, диспепсик белгилар, ҳамда тери ва кўз склераларида сариқликдаражаси, психомотор ҳолати ўрганилди.

Лаборатор текширув усуллари : умумий қон, сидик таҳлили; ферментлар фаоллиги (АЛТ); биокимёвий текширишлар; коагулограмма (ПТИ); серологик текшириш усуллари (ИФА): Бўйрак функцонал ҳолатини ўрганувчи текшириш усуллари, Ничепаренко, ҳамда мочевино ва креатинин. Беморларни объектив кўрув ўтказилганда уларни умумий аҳолига эътибор берилади ва касаллигининг фаоллик даражаси баҳоланади. Бундан ташқари беморларда асаб-рухий ва бўйрак функцонал ҳолатини ўрганилиб, улардаги ҳолсизлик аҳамият берилади. Бу ҳолатлар беморлардан сўраб –суриштириш орқали аниқланилади.

Текширилган беморларда дизканфорт ҳолатларни ҳам ўрганилади. 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.

Бундан ташқари беморларда асаб-рухий тизим ҳолатини ўрганиш мақсадида махсус психометрик тест ўтказилади, координацияси, кайфиятига ва нутқига аҳамият берилади. Уйқу ўрганилгандан кечқурун қандай ухлаётганилиги, безовталаниб ухлаш белгилар ҳисобга олинади. Бу ҳолатлар беморлардан сўраб-суриштириш орқали аниқланади. Беморларнинг координацияси текширилганда тик туриб юришга имконият бўлганлари 3-4 кадам юриб кўрилади, бош айланиши белгилар сўралди. Беморнинг кайфияти у билан суҳбатлашиш вақтида аниқлаб олинади, ҳамда жигарнинг функцонал-метаболик кўрсаткичларига қараб, канефрон, нитроксолин билан биргаликда таъсири ўрганилди. Ўткир гепатит ташхисини қўйишда ва қўлланилган даво услублари таъсирини аниқлашда беморларни клиник текширишлардан ўтказилди. Шу билан бирга жигар фаолиятини қонда умумий оксигени ва унинг бўлақларини, ҳамда трансаминаза, ишқорий фосфотаза, холинэстераза, протромбин индекси қўлланилган даволаш усуллари қараб барча беморлар 2 - гуруҳга тақсимланди: I-гуруҳга анъанавий (устивор) даво берилди. II-гуруҳга устивор даво билан биргаликда канефрон ва актовегин билан қўлланилди. Даволаш жараёнида аксарият беморларда ўткир гепатитнинг кечишида ижобий ўзгаришлар кузатилди: I-гуруҳда даволаш таъсирининг яхши кўрсаткичи 52 % ва бироз яхшиланиш 68%; II-гуруҳда эса 68% ва 83%.

Хулоса. Шундай қилиб ўткир гепатит билан оғриган беморларда сурункали пиелонефрит билан кечган ҳолларда даволашни самарадорлиги касаллик клиник аломатлари ўзгаришларининг динамикаси, ҳамда ўтказилаётган метабализм ва бўйрак функциясини яхшиловчи даво турига ва уйғунлаштиришга боғлиқдир.

Уйғунлашган метабализм ва бўйрак функциясини яхшиловчи омиллардан фойдаланиш ўткир гепатитларни кечишига ижобий таъсир кўрсатади ва болаларни хасталикдан тўзатишига олиб келади.

ОКОЛОУШНЫЕ СВИЩИ У ДЕТЕЙ

Файзиева Ш.Ф.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. В последние годы околоушные свищи у детей встречаются относительно чаще и не редко осложняются гнойным воспалением, что ухудшает качество жизни. В литературе не отмечали достоверных статистических данных (В.И.Петров, 2002 г.). По данным литературы в 25 % случаев околоушные свищи наследуются от родителей и обращаемость очень низкая при не воспаленных формах заболевания. (А.В.Емельянов, 1999 г.).

Целью данного исследования является определение частоты обращаемости детей с околоушными свищами в нашем регионе в частности в ЛОР клинику ТашПМИ за последние 5 лет.(2009-2013гг).

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 52 больных с околоушными свищами. Возраст детей составил от 3 месяцев до 18 лет.

Результаты и обсуждение. Мальчиков было 33(63.4%), девочек 19(36.5%). Из 52 детей были до года 3 (5,7%); 1-3 года 15 (28,8%); 4-7 лет 16(30,7%); 8-14лет(32.6%); 15-18лет 1(1,92%). Городских жителей было 22, сельских-30. Процесс локализовался справа у 22, слева 20, двухсторонний 10 детей.

Врожденный околоушной свищ - это узкий длинный канал, который чаще всего открывается выше козелка, около основания завитка ушной раковины в виде точечного отверстия. Как правило, околоушной свищ заканчивается у хрящевой ткани и длина может достигать до 1,5-2 см. Околоушные свищи являются аномалией развития краниального отдела первой жаберной щели. Они могут быть с одной или двух сторон.

Свищ может вообще не беспокоить ребенка и быть обнаруженным случайно. Жалобы родителей или ребенка на наличие одного или нескольких отверстий в околоушной области и иногда жалуются на выделение из них казеозного содержимого. В одних случаях имеется незначительное отделяемое гнойного характера, в других- свищ остается сухим. Со временем свищевой ход может инфицироваться, в особенности при закупорке выходного отверстия и скопления в нем секрета. В таких случаях выделения принимают более жидкий или густой характер, а вокруг свищевого отверстия появляется гиперемия и припухлость. Больные жалуются на боли и повышение температуры тела.

Воспалительный процесс отличается упорством и склонностью к рецидивам. Самопроизвольного излечения не наблюдается.

Диагностика: для более полного представления о характере свища, его направлении и протяженности производят зондирование свищевого хода тонким пуговчатым зондом и рентгенофистулографию. Зонд обычно проникает на глубину 0,5-1,5 см. Однако с помощью зондирования точную характеристику свища составить не удастся. В ряде случаев свищ бывает соединен с кистоподобной полостью(иногда с несколькими), что выявляется при рентгенографии с введением в свищевой ход контрастного вещества(20% раствор сергозина, йодолипол и др.)

Дифференциальная диагностика проводится с хроническим лимфоденитом и его стадией нагноения (абсцессами).

Лечение: хирургическое – радикально удалены свищи с частью хряща по месту окончания. В отдаленном периоде рецидивов не наблюдали.

Вывод. 1. Околоушные свищи у детей встречается в 0,8 %%; больше у мальчиков (63,4%) чем у девочек (36.5%)

2. При тщательном иссечении вместе с хрящевой тканью рецидив не наблюдается.

НАБЛЮДЕНИЕ В ДИНАМИКЕ КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С, С УЧЕТОМ ВИДА ТЕРАПИИ

Хайдарова Д., Таджиев.Б.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: По данным ВОЗ, на сегодняшний день в мире насчитывается около 170 млн. инфицированных вирусом гепатита С. В Узбекистане, по данным за 2010 год, показатель заболеваемости населения составил 34,3 на 100 тыс. населения, а среди детей- 1,84 на 100 тыс. Инфекция, вызываемая вирусом гепатита С, является одной из главных причин хронических заболеваний печени. Вирусные гепатиты занимают одно из ведущих мест в инфекционной патологии человека.

Целью работы являлось изучение сравнительной эффективности моно-, комбинированной и патогенетической терапии больных хроническим гепатитом С (ХГС) и влияние лечения на клинико-биохимические показатели. Под наблюдением находились 23 пациента с ХГС, в возрасте от 22 до 54 лет. Средняя продолжительность пребывания в стационаре 14 койко-дней.

Результаты: Первую группу составили 9 человек, получавших монотерапию α -интерфероном (алтевир 3 млн 3 раза в нед.). Во вторую группу вошли 7 человек, которым была назначена комбинированная терапия α -интерфероном и рибавирином. Третья группа в составе 7 человек получала патогенетическую терапию (гепатопротекторы). Изначально во всех группах у пациентов у 21 больных (в 91,3%) случаев отмечались жалобы на боль и тяжесть в правом подреберье, у 20 больных (86,9=87%) было выявлено увеличение печени в среднем на 2 см, у 6 больных (26%) указывали на тошноту, снижение аппетита. Из биохимических показателей у 5 больных (21,7%) больных уровень общего билирубина был повышен в среднем в 4,5 раза, АЛТ в 3 раза, АСТ в 2,1 раза, у 3 больных (13%) пациентов отмечалось снижение ПТИ, а у 4 больных (17,3%) повышение показателей тимоловой пробы. В результате проведенного лечения в стационаре в первой группе у 7 больных (77,7%) пациентов наступила нормализация биохимических показателей, у 7 больных (66,6%) отмечалось уменьшение печени, практически полное отсутствие жалоб, однако у 1 больных (11,1%) сохранялись диспепсические явления в виде тошноты и снижения аппетита. Во второй группе отсутствовали клинические проявления со стойким снижением биохимических показателей у 6 больных (85,7%) пациентов. В третьей группе снижение биохимических показателей наступило у 3 больных (42,8%), однако у 4 больных (57,1%) пациентов сохранялись тяжесть в правом подреберье, снижение аппетита и работоспособности.

Заключение: Таким образом, наиболее быстрая положительная динамика нормализации клинико-биохимических показателей наблюдалась у больных при проведении комбинированной терапии рекомбинантными α -интерферонами и нуклеозидными препаратами. При использовании в лечении монотерапии и патогенетической терапии определялся наиболее низкий процент положительного ответа на проводимую терапию.

К ВОПРОСУ ВЗАИМОСВЯЗИ ПРОЦЕССОВ ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ И ГИПЕРФЕРМЕНТЕМИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ С

Хайруллина А., Печеницына Т.В., Арипходжаева Г.З.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Любой патологический процесс, в том числе при вирусном гепатите С, сопровождается повышенным образованием свободных радикалов и связанное с этим усиление процессов пероксидации липидов, что сопровождается нарушением свойств биологических мембран и нарушением функционирования клеток. Основную функцию защиты при активации процессов липопероксидации выполняет антиоксидантная система клеток, недостаточность которой становится одним из факторов активации прооксидантных реакций в организме.

Цель. Изучить состояние процессов липопероксидации во взаимосвязи с активностью патологического процесса у больных хроническим гепатитом С (ХГС).

Материалы и методы. Обследовано 27 больных ХГС от 20 до 50 лет и 10 практически здоровых людей с отсутствием маркеров гепатитов. Клинический диагноз выставлялся на основании анамнеза, результатов клинико-лабораторного обследования и наличия у больного анти-НСV (ИФА) и РНК- НCV (ПЦР). На основании рекомендаций приказа МЗ РУз №5 от 5 января 2012г. степень активности патологического процесса определялась по выраженности цитолитического синдрома, по уровням АЛТ и АСТ: минимальная – 1,5-2 выше нормы; низкая – 2-3 раза выше нормы; умеренная – от 3 до 5 выше нормы; выраженная - выше 5 норм.

Состояние процессов липопероксидации - 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).

Результаты и обсуждения. Анализ полученных результатов показал, что у обследованных больных активизируется прооксидантная система. Так отмечают 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). При этом достоверных различий этих показателей между группами больных с различной степенью активности патологического процесса не выявлено.

Выводы. Таким образом, в группе обследованных больных ХГС отмечается повышение уровней как первичных продуктов ПОЛ – диеновых кетонов, диеновых конъюгатов, так и вторичного - МДА и отсутствие взаимосвязи этих показателей со степенью активности патологического процесса.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ЭКТОПИЙ ХРУСТАЛИКА

Хайталиев Ф.А., Ниёзметов Н.Н., Бабаджанова Л.Д
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность. Врожденные эктопии хрусталика возникают в результате недоразвития, слабости или частичного отсутствия цинновых связок. Встречаемость данного состояния составляет 7-10 случаев на 100000 человек. Наиболее часто врожденные эктопии связаны с такими наследственными заболеваниями как Синдром Марфана, синдром Вейла-Маркезани, гомоцистинурия, синдром Билса, Маршала и Стиклера. Особую сложность в хирургии врожденных эктопий хрусталика вызывают вопросы, связанные со способом фиксации ИОЛ.

Цель. Анализ интраокулярной коррекции у пациентов с врожденной эктопией хрусталика.

Материал и методы. В клинике ТашПМИ в отделении офтальмологии исследованы 10 пациентов (14 глаз) с врожденной эктопией хрусталика. Оценивалось состояние связочного аппарата, расположение и размер хрусталика, наличие факоденеза, состояние передней гиалоидной мембраны, состояние иридоцилиарной зоны методом биомикроскопии, ультрабиомикроскопии, ультразвуковой диагностики.

Результаты. Было выделено 4 стадии эктопии в соответствии с классификацией (с полной зонулярной поддержкой 2 глаза (14%), с частичной, остаточной зонулярной поддержкой 7 глаз (50%) и без зонулярной поддержки 5 глаз (36%)). При полной зонулярной поддержки применялась (17%) имплантация в капсульный мешок гибкой складывающейся ИОЛ. В остальных случаях (86%) выполнялась интраокулярная экстракция катаракты с имплантацией RSP-3 ИОЛ с фиксацией в зрачке.

Увеличение остроты зрения наблюдалось во всех случаях. После операции острота зрения в среднем составила $0,4 \pm 0,05$ (от 0,1 до 0,8). Стабильное положение ИОЛ наблюдалось на 13 глазах (93%), В одном случае (7%), дислоцированная ИОЛ исправлена хирургическим путем.

Вывод. Применение RSP-3 ИОЛ обеспечивает стабильную фиксацию при частичной и без зонулярной поддержки хрусталика и снижает риск интра и послеоперационных осложнений

**YUVENIL REVMATOID ARTRIT KASALLIGI BILAN OG'RIGAN BOLALARDA
OSHQOZON ICHAK TIZIMINING ZARARLANISH XUSUSIYATLARI**
Xaldarbekova M.A., Karimova M.N.
Toshkent pediatriya tibbiyot instituti

Dolzarbli: Yuvenil revmatoid artrit – autoimmun jarayon bo'lib, biriktiruvchi to'qimaning tizimli zararlanishi bilan kechadigan, surunkali, retsidivlovchi, kuchayib borishga moyil va invalidizatsiyaga olib keluvchi, immunopatologik kasallikdir.

Yuvenil revmatoid artritning tarqalishi 0,01-0,001% ni tashkil qiladi. Chet el manbalarida yuvenil revmatoid artrit har bir yilda 1000 aholida 2 tadan 19 tagacha qayd etiladi. Yuvenil revmatoid artrit biriktiruvchi to'qimaning diffuz kasalliklari orasida tarqalish bo'yicha 1 – o'rinda turadi. Farmakologiyadagi yuksak yutuqlarga qaramasdan hozirgi kunda yuvenil revmatoid artritning davosi zamonaviy bolalar kardiorevmatologiyasida qiyin muammolardan biri bo'lib qolmoqda. Bu kasallikni medikamentoz yo'l bilan davolashda dorilarning terapevtik ta'siri bilan birgalikda, ularning organizmni boshqa a'zo va tizimlariga bo'lgan nojo'ya ta'siri ham kuzatilmoqda. Bular ichida eng muhimlaridan biri oshqozon ichak tizimining zararlanishidir.

Ishning maqsadi: Yuvenil revmatoid artrit bilan og'rigan bolalarda oshqozon ichak tizimining zararlanish xususiyatlarini aniqlash.

Tekshiruv material va usullari: Tekshiruv 4 Shahar bolalar shifoxonasida o'tkazildi. Bunda 5 yoshdan 16 yoshgacha bo'lgan 25 ta yuvenil revmatoid artritli bolalarning oshqozon ichak tizimi zararlanishi o'rganib chiqildi. Ulardan 22 (88,0%) tasi bo'g'im shakli, 3 (12,0%) tasi bo'g'im-vistseral shakli bilan og'rigan bemorlardir. Tekshiruvda bemorlarning anamnezi, klinik belgilari, laborator va instrumental tekshiruv natijalari tahlil qilib chiqildi. Bemor bolalarning anamnezidan: shikoyatlari, kasallikning davomiyligi, qabul qilgan dorilari; laborator tahlillardan: revmatoid sinamalar, qonning umumiy va bioximik tahlillari, instrumental tekshiruvlardan: endoskopiya, ultratovush tekshiruv natijalari o'rganib chiqildi.

Olingan natijalar: Tekshirilgan 25 ta bemordan kasallik davomiyligi 1 yilgacha bo'lgan bemorlar soni 6 (24,0%) ta, 1 yildan 3 yilgacha - 15 (60,0%) ta, 3 yildan ko'p og'rigan bemorlar soni 4 (16,0%) ta. Kasallik davomiyligi 1 yilgacha bo'lgan 6 ta bemordan 1 (16,6%) tasida, 1 yildan 3 yilgacha bo'lgan 15 ta bemordan 4 (26,6%) tasida va 3 yildan ko'p og'rigan 4 ta bemordan 2 (50,0%) tasida oshqozon ichak tizimining zararlanish belgilari aniqlandi. Kasallikning erta davrida bo'lgan bolalarda oshqozonning funksional buzilishi; kasallik uzoq vaqt davom etgan bolalarda esa gastrit, gastroduodenit, oshqozon va o'n ikki barmoq ichak yara kasalliklari kuzatildi. Bunda quyidagi shikoyatlar aniqlandi: jig'ildon qaynashi (28,6%), ovqat iste'mol qilgandan so'ng og'riq (85,7%), oshqozondagi og'irlik hissi (57,1%), ishtahaning pasayishi (28,6%), ko'ngil aynish (14,3%), qayt qilish (14,3%), qorindagi og'riq (85,7%) va ich ketishi (14,3%). Endoskopik tekshiruvda oshqozon ichak tizimi patologiyasi aniqlangan 7 ta bemorning 1 (14,3%) tasida qizilo'ngach, 4 (57,1%) tasida oshqozon va 2 (28,6%) tasida 12 barmoq ichak shilliq qavati zararlanganligi belgilari aniqlangan. 4 ta (16,0%) bemorning jigar UTT tahlilida reaktiv gepatit aniqlandi.

Xulosa: Shunday qilib, olingan natijalarimiz shuni ko'rsatadiki, yuvenil revmatoid artrit bilan kasallangan bolalarning nafaqat vistseral shaklida, balki bo'g'im shaklida ham oshqozon ichak tizimining zararlanish belgilari kuzatilgan. Kasallik davomiyligi qanchalik uzoq bo'lsa va bemor qanchalik uzoq vaqt medikamentoz davo qabul qilgan bo'lsa, shunchalik oshqozon ichak tizimi tomonidan zararlanishi uchrash ehtimolligi ko'p bo'lishi aniqlandi. Bu esa o'z navbatida bemor bolalarda oshqozon ichak tizimi patologiyalarini erta tashhislash, davolash va kasalliklarini oldini olish chora tadbirlarini o'tkazish lozimligini ta'kidlaydi.

СОСТОЯНИЕ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЛЯМБЛИОЗЕ У ДЕТЕЙ

Халилова Н.Ф, Юсупова Г.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: По данным социально-гигиенического мониторинга, отмечается рост паразитарных болезней в структуре детской соматической и инфекционной патологии; повсеместная распространенность и массовость инфицирования лямблиозом обуславливает сенсibilизацию, иммуносупрессию и дефектность иммунного ответа, что предопределяет соматический фон здоровья детского населения.

Цель исследования: Изучить состояния гепатобилиарной системы при лямблиозе у детей.

Материалы и методы исследования: Под наблюдением находились 80 детей с впервые установленным диагнозом лямблиоза, обратившихся ранее в поликлинику НИИЭМИЗ МЗ РУз с жалобами на функциональные расстройства органов желудочно-кишечного тракта, неврологическую симптоматику, проявления аллергодерматозов. Во всех случаях диагноз был подтвержден паразитологическими методами исследования в соответствии со стандартами диагностики и лечения паразитарных заболеваний, принятыми в Республике Узбекистан, проведено полное клинико-лабораторное обследование, включая УЗИ органов брюшной полости, биохимический анализ.

Результаты исследования: Установлено наличие диспепсического синдрома (81,9%), астеноневротический синдром отмечался у 78,1% обследованных и проявлялся повышенной раздражительностью (23%), головными болями (22,3%), плаксивостью (19,7%) и быстрой утомляемостью (18,2%). У 67,9% детей выявлен болевой синдром. Отягощенный аллергологический анамнез наблюдался у 45,3% детей, при этом преобладала пищевая аллергия. У 34 (45,9%) обследованных пациентов титр антител к антигенам лямблий сыворотке крови составил 1:100. При проведении ультразвукового исследования органов брюшной полости у подавляющего большинства обследованных больных выявлены признаки вовлечения в воспалительный процесс паренхиматозных органов: у 60,7% больных отмечались реактивные изменения печени, у 35,7% - перипортальные и диффузные изменения печени. Уровень общего билирубина у больных лямблиозом в обеих группах был достоверно выше показателя у здоровых детей. Анализ значений фракций общего билирубина показал их существенные различия в обследуемых группах. Так, уровень непрямого билирубина у больных лямблиозом с патологией гепатобилиарной системы достоверно превышал значения аналогичного показателя у здоровых лиц и в то же время уступал значениям больных второй группы - $11,6 \pm 0,22$ мкмоль/л, $10,0 \pm 0,31$ мкмоль/л и $12,2 \pm 0,28$ мкмоль/л, соответственно. Вместе с тем, концентрация прямого билирубина у больных лямблиозом обеих групп была достоверно выше его значений в контрольной группе ($P < 0,05$).

Обсуждение. Установленная методом УЗИ патология гепатобилиарной системы служит показанием для выполнения биохимических исследований. У всех больных лямблиозом было выявлено снижение уровня общего белка и повышение концентрации общего билирубина и его фракций. Эти изменения носили достоверный характер по сравнению с группой относительно здоровых детей. Также установлена тенденция к повышению концентрации глюкозы крови.

Вывод: Таким образом, установлены клинико - лабораторные проявления поражения гепатобилиарной системы при лямблиозе кишечника у детей, характеризующиеся наличием воспалительного процесса у более половины обследованных больных, что диктует необходимость своевременного включения в комплекс корригирующей терапии.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ЭКГ ПРОЯВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ВПС

Хамдамов А.М. Ильхамова Х.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность проблемы. Врожденные пороки сердца у детей занимают третье место среди пороков развития после аномалий центральной нервной системы и опорно-двигательного аппарата. В нашей стране рождаемость детей с ВПС колеблется от 7 до 17 человек на 1000 родившихся живыми (Л.А.Бокерия, 1999, 2002; Е.А. Дегтярева, 2003). Социальная значимость проблемы определяется тем фактом, что среди врожденных аномалий развития, приводящих к инвалидности, врожденные пороки сердца составляют около 50%. (Л.А.Бокерия, 2003; Л.И. Меньшикова, 2003).

Целью исследования явилось изучить особенности ЭКГ проявлений у детей с врожденными пороками сердца в отдаленном периоде после операции.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в кардиохирургическом отделении клиники ТашПМИ в период с 2011-2013 гг. Нами обследованно 30 детей с ВПС после хирургической коррекции.

Результаты исследования. При изучении нами нарушений сердечной проводимости в послеоперационном периоде различных ВПС установлено, что полная блокада правой ножки пучка Гиса являлась частым последствием хирургической коррекции ВПС и была зарегистрирована у 8 детей ($26,5 \pm 3,4\%$). Данный вид нарушения сердечной проводимости - следствие повреждения средней или дистальной части правого пучка Гиса во время пришивания лоскута (К.А. McLeod, 1999; С.И. Berul, 1997). Следует отметить, что достоверно чаще ($p < 0,001$) полная блокада правой ножки пучка Гиса встречалась при ВПС с обеднением по МКК, что соответствует данным других авторов (Л.А. Зубов, 2003; S. Sato, 1995; B. Sarubbi, 1999). Атриовентрикулярная блокада диагностирована у 4 детей ($31,3 \pm 1,5\%$) в послеоперационном периоде при коррекции различных ВПС, что достоверно реже, чем другие нарушения сердечной проводимости ($p < 0,001$).

Выводы. Результаты нашего исследования соответствуют данным Я.Н. Янченко (1997) и А.И. Мосунова (1988), которые свидетельствуют о 3-5%.

После коррекции любых ВПС происходило уменьшение размеров сердца, что подтверждается достоверным снижением кардиоторакального индекса.

РАННЯЯ ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДЕФЕКТА МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ СЕРДЦА ПЛОДА

Хамдамов С.К., Юсупалиева Г.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: Врожденные пороки сердца (ВПС) являются одной из самых распространенных аномалий развития и, согласно статистике, встречаются с частотой 7–12 случаев на 1000 новорожденных. Дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) является самым распространенным врожденным пороком сердца (ВПС). Частота данного порока колеблется от 9 – 25% от всех ВПС.

Цель исследования: оптимизация пренатальной ультразвуковой диагностики ДМЖП с использованием дополнительных методов визуализации сердца плода и исследованием биохимических маркеров в сыворотке крови на ранних сроках беременности.

Материалы и методы: исследования проводились в Республиканском скрининг центре на ультразвуковом аппарате HD11 компании “Philips” широкополостными датчиками C5-2 с диапазоном частот 2-5 МГц. Скрининговым методом обследованы беременные женщины входящие в группу риска по врожденным и наследственным заболеваниям плода в сроках гестации 14-16 недель. Биохимическое исследование маркеров хромосомных синдромов проводилось с определением альфа-фетопротеина (АФП) и бетахорионического гонадотропина человека (βХГЧ) в сыворотке крови на анализаторе Делфия/Виктор (Финляндия)

Результаты исследования: при обследовании беременных входящих группу риска, дефект межжелудочковой перегородки сердца плода был выявлен в 7 случаях. Эхографическое исследование включало в себя четырехкамерный срез сердца плода, который позволяет четко визуализировать межжелудочковое сообщение в большинстве случаев и использование режима цветного доплеровского картирования (ЦДК), что позволило установить диагноз ДМЖП в сложных случаях. Параллельное исследование биохимических маркеров выявило повышение βХГЧ.

Вывод: Применение комбинированных ультразвуковых режимов визуализации сердца плода, в сочетании с исследованием биохимических маркеров позволяет улучшить раннюю пренатальную диагностику ДМЖП

ИЗУЧЕНИЕ ОТНОШЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ К ЗДОРОВЬЮ, БОЛЕЗНИ И К СВОИМ ЛЕЧАЩИМ ВРАЧАМ

Хамидов С.Г., Шамансурова Э.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Сердечнососудистые заболевания (ССЗ) в течение многих лет являются ведущей причиной смертности населения практически во всех странах мира. Сто лет назад на долю ССЗ приходилось менее 10% смертей. В настоящее время они являются причиной 30% смертей в мире, 40%- в странах с высоким уровнем дохода, 28%- со средним и низким уровнем дохода. По прогнозам Всемирной Организации Здравоохранения к 2030 г на долю ССЗ будет приходиться 24,2 млн. (33%) смертей в год. В формировании структуры заболеваемости и смертности от патологии сердечнососудистой системы ведущую роль играет артериальная гипертензия (АГ) и ее осложнения. Это обусловлено как широкой распространенностью АГ так и тем, что она является важнейшим фактором риска основных ССЗ – инфаркта миокарда и мозгового инсульта, главным образом определяющих высокую смертность.

Цель исследования. Изучить отношения пациентов с артериальной гипертензией (АГ) к здоровью, болезни и к своим лечащим врачам.

Материалы и методы исследования. Представлены результаты анкетирования 40 пациентов с АГ: вопросы касались отношения к здоровью, оценке серьезности заболевания и степени влияния его на жизнедеятельность, а также взаимоотношения пациента к своему лечащему врачу. При ответе на каждый вопрос пациент мог выбрать одно из возможных утверждений, отражающих его мнение. При анализе результатов учитывалось общее количество ответов каждого пациента. При помощи одномерного непараметрического анализа оценивалась возможная взаимосвязь между изучаемыми характеристиками. Среди пациентов с АГ женщин было 19 (47,5%) и соответственно, мужчин 21 (52,5%). Средний возраст 61,2 года 95% (ДИ 1,07–1,90).

Результаты исследования. По результатам анкетирования 23 (57,5%) пациента считают, что здоровье это их собственная забота, 9 (22,5%) забота врачей, 3 (7,5%) не ответили, 5 (12,5%) указали, что «здоровье забота врачей и моя». Занимаются своим здоровьем постоянно 15 (37,5%) пациентов, 13 (32,5%) - когда болеют, 9 (22,5%) - иногда, 3 (7,5%) — крайне редко. 18 (45%) пациентов считают, что их заболевание достаточно опасно для здоровья и жизни, 5 (12,5%) крайне опасно, 9 (22,5%) вредит здоровью, но жить с ним не опасно, 2 (5%) только иногда может привести к нарушению самочувствия, 6 (15%) затруднились ответить. Из опрошенных пациентов 17 (42,5%) человек оценивают отношения со своим лечащим врачом как сотрудничество, 6 (15%) как дружеские, 7 (17,5%) — как официальные, 3 (7,5%) как «равнодушие и халтура» со стороны врача. При оценке отношения к лечащему врачу 7 (17,5%) пациентов указали различные комбинации ответов, в основном, они оценивают отношения как совокупность сотрудничества, дружеских и официальных взаимоотношений. Чаще доверяют врачам стационара 19 (47,5%), отчасти доверяют 14 (35%) пациентов, не ответили 7 (17,5%). Доверяют врачам поликлиники 12 (30%), отчасти доверяют 14(35%), не доверяют 10 (25%) пациентов, не ответили 4 (10%).

Выводы. Большая часть пациентов с АГ считают, что заниматься здоровьем должны они сами и их заболевание достаточно опасное для жизни и здоровья, но лечиться постоянно предпочитает лишь треть. Пациенты, считающие, что их заболевание опасно для жизни, заботятся о своем здоровье постоянно.

Сотрудничество между врачом и пациентом, а также умение и желание достичь доверительных отношений с больным главное во взаимоотношениях между врачом и больным. По мнению пациентов с артериальной гипертензией, они больше доверяют врачам стационара.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИПОЗНЫМИ РИНОСИНУСИТАМИ

Хамидова Р.С., Амонов Ш.Э.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Полипозные риносинуситы относятся к одним из наиболее распространенных и часто рецидивирующих заболеваний полости носа и околоносовых пазух, природа и механизм развития которых окончательно не выяснены. Распространенность полипозных риносинуситов, по данным обращаемости, составляет 5,1 на 10000 населения. Несмотря на большое количество предложенных терапевтических и хирургических методов лечения полипозных риносинуситов, каждый из них имеет ограниченную ценность из-за недостаточной эффективности или травматичности, поэтому значительных успехов в прекращении рецидивов данного заболевания к настоящему времени не достигнуто. В связи с этим остается актуальным вопрос о поиске средств, общее применение которых уменьшает неблагоприятный побочный эффект оперативных вмешательств. В раннем послеоперационном периоде при выполнении операций в полости носа и ОНП важное значение имеет уход за полостью носа.

Цель исследования.нашего исследования поиск средств, общее применение которых уменьшает неблагоприятный побочный эффект оперативных вмешательств.

Материал и методы исследования. Оперированным пациентам, разделенным на 2 группы - проводился туалет полости носа, и промывание оперированных пазух физиологическим раствором хлорида натрия (контрольная группа) В другую группу, помимо указанного выше туалета полости носа, применялся препарат синупрет в течение двух недель (основная группа).

Результаты и обсуждение. Наши результаты исследования показали что у больных получавшие синупрет - отек слизистой оболочки полости носа значительно меньше выражен, оперированные пазухи санировались быстрее, чем у пациентов контрольной группы. Температура тела нормализовалась на 2-ой день после операции. Так же пациенты, получавшие синупрет, отмечали улучшение общего состояния и восстановление обоняния. Средний срок пребывания пациентов основной группы сократилось на три дня.

Вывод. Учитывая полученные результаты, можно говорить о том, что всем пациентам с хроническими полипозными риносинуситами в раннем послеоперационном периоде, помимо стандартного туалета слизистой оболочки полости носа и промывания оперированных, целесообразно проводить монотерапию препаратами синупрет.

КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ С СУДОРОЖНЫМ СИНДРОМОМ

Хамидова С.М, Садикова Г.К

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Современная диагностика нервно-психического развития ребенка и лечение детского церебрального паралича (ДЦП) являются важными задачами неврологии детского возраста. Наряду с общепринятыми нейрофизиологическими методами исследования (ЭЭГ, Эхо-ЭС и др.) нейро-психофизиологические методы исследования в детской неврологической практике все шире используются как в топической диагностике локального поражения мозга, так и в оценке невербального интеллекта. У многих пациентов с ДЦП, двигательные расстройства сочетаются с когнитивными расстройствами, которые еще зависят от формы болезни.

Цель исследования: изучить когнитивные расстройства при различных формах детского церебрального паралича с судорожным синдромом.

Материалы и методы исследования: в процессе проспективного исследования проведен анализ когнитивной функции у 17 детей (8 девочек, 9 мальчиков) с ДЦП с судорожным синдромом. Возраст пациентов на момент анализа клинических данных варьировал от 7 до 14 лет. Проведены: ЭЭГ, видео-ЭЭГ-мониторинг ночного сна, МРТ головного мозга, нейропсихологическое тестирование (тест оценки вербального интеллекта (British Picture Vocabulary Scale /BPVS/), которая оценивается по 100 балльной системы и тест Равена (использовался цветной вариант теста для детей в возрасте от 7 до 11 лет, черно-белый — для детей старше 11 лет) которая оценивается в процентах).

Результаты исследования: интранатальная травма головного мозга – 10 случаев; недоношенность 28-32 недели – 7 случаев. У всех пациентов на момент осмотра – грубая задержка речевого развития и снижение когнитивной функции. В неврологическом статусе: ДЦП, спастическая диплегия – 4 случая, гиперкинетическая форма – 10, смешанная – 3 случая. По данным МРТ головного мозга: субатрофия правого гиппокампа – 1 случай, перисильвиарная полимикрогирия в двух случаях, перивентрикулярная лейкомаляция – 5 случаев, атрофия коры лобно-теменно-височной доли – 9 случаев. При проведении тестирования по методике BPVS выявили следующие изменения; спастическая диплегия -63,4 балл, гиперкинетическая форма – 68,2 балл, смешанная – 69,3 балл (при норме 100 балл). По данным теста Равена (в процентах): спастическая диплегия- 19,1, гиперкинетическая форма- 26,4, смешанная – 18,6 (при норме 75-95%)

Заключение. При ДЦП с судорожным синдромом на фоне приёма антиконвульсантов, в основном депакина, когнитивная функция при всех формах, но больше страдает спастическая диплегия.

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Хамидходжаева В.Л., Абдуллаева В.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Несмотря на то, что на протяжении последних десятилетий было проведено огромное количество исследований познавательных процессов у больных шизофренией, к настоящему моменту не удалось сформировать единого, отчетливого представления о характерном для заболевания профиле и степени выраженности нарушений. Наибольшая согласованность результатов касается того факта, что по меньшей мере у 70% пациентов с данным диагнозом выявляются нарушения в тех или иных когнитивных процессах [Weickert, Goldberg, 2000]. Между тем проблема имеет огромное практическое значение, поскольку, по мнению многих авторов (например, M.F.Green [Green, 2006]), степень когнитивной дисфункции в большей степени, чем психопатологические симптомы, связана с качеством жизни больного, а именно последнее является определяющим критерием терапевтического успеха. Противоречивость и недостаточная воспроизводимость результатов в данной области исследований свидетельствуют о том, что существуют факторы, оказывающие влияние на когнитивные функции. Их поиск и исследование представляются перспективными для развития представлений о природе когнитивной дисфункции при шизофрении. Одним из таких факторов может быть пол пациентов.

Цель и задачи исследования – изучение влияния фактора пола на выраженность когнитивных нарушений.

Материал и методы исследования. Клинико-психопатологическим методом было обследовано 42 больных шизофренией. Для более тщательного изучения связей различных аспектов когнитивной дисфункции с клиническими симптомокомплексами использованы суммарные показатели шкалы PANSS.

Результаты исследований и обсуждение. Были выделены следующие клинические факторы: остаточная психотическая симптоматика, эмоционально-волевой дефицит, аффективные нарушения, кататоноподобные нарушения и дезорганизация, клинически проявленные признаки нарушения мышления. Группы мужчин и женщин в отношении выделенных клинических факторов не различались, то есть выраженность всех психопатологических синдромов, для которых анализировались их связи с когнитивными признаками, в обеих группах была равной. Характер взаимосвязей между клиническими симптомокомплексами и особенностями когнитивного функционирования различен: в группе женщин клинические проявления в большей степени связаны с различными аспектами регуляторного функционирования, тогда как у мужчин – с памятью, вниманием, психомоторной скоростью и скоростью простой реакции, а также с экспертной оценкой поведения в ситуации тестирования. Факторы, характеризующие депрессивные и тревожно-депрессивные состояния, оказались в значительно большей степени связаны с когнитивными параметрами в группе женщин. Единственный когнитивный признак, обнаруживший связь с аффективными нарушениями в группе мужчин, – продуктивность запоминания. Такие клинические факторы, как аутистическая загруженность и параноидность, были связаны со значительно большим количеством когнитивных показателей у мужчин, чем у женщин, а кататоноподобные нарушения связаны с когнитивными нарушениями исключительно в группе мужчин.

Выводы. Таким образом, выявлено влияние фактора пола на особенности структуры когнитивной дисфункции при шизофрении, проявляющееся в более выраженном нарушении регуляторного функционирования и большей диффузности когнитивных процессов у женщин.

ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА БИЛИАРНОГО ТРАКТА С ПОЗИЦИИ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ

Хамраева И.Н., 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.

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.

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.

Закключение. 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.

ДИАГНОСТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БЕЗ СВИЩЕВЫХ ФОРМ АТРЕЗИЯ АНУСА И ПРЯМОЙ КИШКИ У НОВОРОЖДЕННЫХ.

Хамроев У. А., Эргашев Б. Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Без свищевые формы атрезия ануса и прямой кишки являются один из тяжелых врожденных пороков аноректальной области и требует экстренной диагностики и хирургического лечения во избежание грозных осложнений и смерти новорожденного.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением в отделение неонатальной хирургии Республиканском Перинатальном Центре находилось 40 больных (2012-2013 гг) с без свищевыми формами атрезии ануса и прямой кишки. Из 40 больных мальчиков составило - 32 (80%), а девочек - 8 (20%), недоношенных - 4 (10%), доношенных - 36 (90%). Известно, что без свищевые формы атрезия ануса и прямой кишки часто встречается с другими пороками органов и систем. Из 40 наших больных у 11 (27,5%) выявлены множественные и сочетанные аномалии. Наиболее часто (64%) без свищевые формы атрезия ануса и прямой кишки сочеталась с урологическими пороками развития, а несколько (36%) с другими, такие как атрезия пищевода и пороки сердца.

Для диагностики без свищевых форм атрезия ануса и прямой кишки нами кроме объективного исследования использованы ультразвуковое и рентгенологическое исследования.

Результаты исследования. Известно, что традиционные методы для определения диастаза при атрезии ануса и прямой кишки является рентгенологическое исследование по Вангеистину. Однако данный метод не отвечает современным требованиям в детской хирургии. Так как для проведение этого исследования требуется длительное время (12-17 часов) после рождения, что чревато опасно осложнениями. Кроме того точность данного метода не велика и она часто дает ложно - отрицательные результаты.

Настоящее время наиболее информативным методом определение диастаза атрезии ануса и прямой кишки является ультразвуковое исследование (УЗИ), которое выполнено всем нашим больным. При УЗИ из 40 больных у 13 (32,5%) выявлена высокая форма (диастаз больше 2 см), а у 27 (67,5%) низкая форма (диастаз до 2 см) атрезия ануса и прямой кишки.

Из 40 больных оперированы 38, а 2 ребенка умерли до операции из-за крайне тяжелого состояния при поступлении. Из 38 больных у 25 (65,8%) проведена промежностная проктопластика, у 11 (28,9%) сигмостомия. У 2 (5,3%) больных с мембранозной формой атрезия ануса и прямой кишки проведена операция анопластика. Послеоперационная летальность составила 23,7% (9 больных). Из них причинами летальности у 5 (55,6%) больных явились множественные пороки развития, у 2 (22,2%) септическое состояние и у 2 (22,2%) некротический энтероколит.

Вывод. Наиболее информативным методом для определения диастаза при без свищевых форм атрезия ануса и прямой кишки следует считать УЗИ. Которое позволит выбору оптимального способа хирургической коррекции данного порока.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАРЕЗОВ И ПАРАЛИЧЕЙ ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ

Хасанов.Д.К., Сафаров Ж.О., Бабаджанова.Л.Д.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: Косоглазие - тяжелый функциональный и косметический дефект органа зрения, являющийся внешним проявлением глубокой сенсорной и моторной патологии. Глазодвигательные нарушения встречаются в 3-5% случаев глазной патологии. В последнее время отмечено ежегодное увеличение числа больных косоглазием.

Цель работы. повышение эффективности методов диагностики и хирургического лечения паралитического косоглазия.

Материал и методы исследования. Нами обследованы 35 пациентов с паралитическим (паретическим) косоглазием поступивших на лечение в глазное отделение клиники ТашПМИ и РСЦМГ (Республиканский специализированный центр микрохирургии глаза). Проведены следующие методы исследования: , клинко-лабораторные и офтальмологические.

Результаты и обсуждение Проанализированы результаты обследования 35 пациентов с паралитическим (паретическим) косоглазием. Условиями включения в исследование были: клиническая картина паралитического косоглазия (наличие пареза или паралича глазодвигательных мышц), неэффективность консервативного лечения. На момент проведения исследования все пациенты имели срок наблюдения более 1 года после перенесенной травмы, неврологического процесса и достоверную стабилизацию функции ГДМ. Из 35 обследованных больных у 27 (77%) косоглазие появилось с рождения, у 8 (23%) является приобретенным на фоне травмы или нейропатологии. В зависимости от диагностированной формы косоглазия, и ответственных за формирование данной патологии мышц, определяющих последующую оперативную тактику, все оперированные пациенты с паралитическим (паретическим) косоглазием были разделены на 4 группы:

- 1 группа - пациенты со сходящимся косоглазием, обусловленным частичным нарушением функции НПМ;
 - 2 группа - пациенты со сходящимся косоглазием, обусловленным параличом НПМ;
 - 3 группа состояла из пациентов с расходящимся косоглазием, возникшим в результате пареза ВПМ, у 5 из них отмечался парез или паралич конвергенции;
 - 4 группа - пациенты с расходящимся косоглазием, обусловленным параличом ВПМ.
- Используемые хирургические технологии включают в себя дозированного ослабления внутренней прямой мышцы при парезе наружной прямой мышцы с учетом угла косоглазия и Y-образная прорафия внутренней прямой мышцы при расходящемся косоглазии. В результате предложенной нами тактики хирургического лечения полная или частичная компенсация моторных нарушений во всех случаях устранила или значительно уменьшила основные симптомы заболевания (девиацию, диплопию, тортиколис) до степени, позволяющей пациентам реализовать или развить бинокулярное зрение, а тем пациентам, кто до хирургического лечения имел диплопию в прямом положении взора, иметь достаточное поле бинокулярного зрения. Особое внимание уделялось рабочим основным, у больных с сопутствующей патологией глаз.

Выводы

1. Применение метода, разработанного для определения вида и объема хирургического лечения горизонтального паралитического косоглазия с учётом дисфункции мышцы и угла косоглазия позволяет получить ортотропию в один этап в 87,36%.
2. Y-образная прорафия внутренней прямой мышцы при расходящемся косоглазии, обусловленном поражением глазодвигательного нерва, позволяет повысить эффективность лечения за счет дозированного усиления внутренней прямой мышцы, уменьшения рецессии наружной прямой мышцы, сохраняя движение глаза в латеральную сторону и не вызывает сужения глазной щели.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ ПРИ НАЕЗДЕ ДВИЖУЩИМ АВТОТРАНСПОРТОМ

Хасанов М.М., Картаева Л.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: установление тяжести вреда здоровью при получении черепно-мозговой травмы (ЧМТ) при дорожно-транспортных происшествиях является одним из основных, важным вопросом судебно-медицинской экспертизы и основывается на ее клинических проявлениях. При этом квалифицирующими признаками тяжести вреда здоровью в зависимости от форм ЧМТ являются опасность для жизни, длительность расстройства здоровья, стойкая утрата общей трудоспособности и полная утрата профессиональной трудоспособности.

Цель и задачи: разработать судебно-медицинские критерии оценки различных форм черепно-мозговой травмы при дорожно-транспортных происшествиях.

Материалы и методы: Проведен анализ 50 судебно-медицинских заключений потерпевших в результате наезда движущимся автомобилем (35 мужчин, 15 женщин), получивших черепно-мозговые травмы различной тяжести в возрасте от 25 до 70 лет. Закрытая травма мозга (ЗЧМТ) была в 35 случаях, открытая (ОЧМТ) у 15 человек, остальные случаи дорожно-транспортного происшествия сопровождались повреждениями мягких тканей головы.

Результаты исследования. При изучении судебно-медицинской документации установлено, что в основном больные жаловались на головную боль различной локализации, характера и интенсивности, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость, рассеянность, плохое зрение снижение слуха и др. В исследованной группе выявлены следующие результаты:

- 1) 35 (70%) ЗЧМТ, у 32-х (91%) из них имеется сотрясение головного мозга, у 3-х (9%) имеются повреждения в виде кровоподтеков и ссадин головы без сотрясения головного мозга;
- 2) 15 (30%) ОЧМТ, ушибы головного мозга, 5 (35%), субарахноидальные кровоизлияния 3 (20%), субдуральные гематомы теменно-височной области 3 (20%), эпидуральные гематомы 2 (13%), мелкооскольчатые переломы лицевых костей, 1 (6%), переломы основания черепа 1 (6%).

Выводы: Выявлено, что при наезде движущимся автотранспортом (автомобилем) 1) Повреждения черепа и головного мозга наблюдаются преимущественно среди лиц в возрасте 20-50 лет, т.е. наиболее социально активной категории населения. У мужчин данный вид травмы встречается в 2 раза чаще, чем у женщин. 2) При закрытой черепно-мозговой травме чаще встречается повреждения в виде сотрясения головного мозга, что приводит к кратковременному расстройству здоровья сроком свыше 6-ти, но не более 21-го дня, и по данному признаку по степени тяжести относится к легким, повлекшим кратковременное расстройство здоровья телесным повреждениям. 3) При ОЧМТ встречаются повреждения в виде ушибов головного мозга, субарахноидальные кровоизлияния, субдуральные и эпидуральные гематомы, переломы костей черепа, кровоподтеков и ссадин головы. Так как данные повреждения явились опасными для жизни в момент причинения, то по данному признаку по степени тяжести относятся к тяжким телесным повреждениям.

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫМИ ЖИРНЫМИ КИСЛОТАМИ НА ТЕЧЕНИЕ ПОСТИНФАРКТНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА

Хашимова Э.М., Аляви Б.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

Актуальность: Острая ишемия миокарда приводит не только к некрозу сердечной мышцы, но и к структурно-функциональным изменениям в жизнеспособном миокарде, запуская тем самым процессы ремоделирования сердечной мышцы, которые в конечном итоге может привести к такому грозному осложнению, как хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Разработка новых подходов к ведению данных больных поможет снизить риск развития ХСН.

Цель: Проанализировать влияние терапии омега-3 полиненасыщенными жирными кислотами (ω -3 ПНЖК) на течение постинфарктного ремоделирования миокарда.

Материалы и методы: В исследование были включено 55 больных с верифицированным диагнозом ИМ в возрасте до 75 лет на 4–5-е сутки заболевания. Больных рандомизировали блоками (2x2) в две группы: 1-я группа – пациенты, получавшие стандартную терапию; 2-я группа – получавшие дополнительно к стандартной терапии ω -3 ПНЖК в дозе 1000 мг в сутки. В стандартную терапию были включены: антитромботические препараты, антиагреганты, β -адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, статины. Прием ω -3 ПНЖК начинали с 4–5-х суток от начала ИМ и продолжали в течение 3 месяцев. Влияние ω -3 ПНЖК на уровни маркеров ремоделирования у больных, перенесших ИМ, оценивали через 3 месяца после начала терапии в сравнении с исходными данными, полученными на 4–5-е сутки от начала заболевания. Всем пациентам была выполнена ЭХО-кардиография на 5–7 сутки заболевания и через 3 месяца.

Результаты: Исходные уровни NT-proBNP значительно варьировали от нормальных значений до существенно повышенных, составляющих более 2000 пг/мл при острой экспансии миокарда. Однако через 3 месяца значения 75-го перцентиля уровня NT-proBNP не превышали 600 пг/мл в обеих группах (референсные значения в возрасте до 50 лет составляют 300–450 пг/мл, старше 50 лет – 300–900 пг/мл). У пациентов 1 и 2 группы исходно наблюдалось увеличение уровня NT-proBNP (632,9 пг/мл и 694,4 пг/мл соответственно). Через 3 месяца отмечалось снижение уровней NT-proBNP в 1 группе (247,5 пг / мл) и во 2 группе (203,9 пг / мл), что вероятно, связано со сдерживанием ремоделирования. В результате терапии ω -3 ПНЖК. В обеих группах пациентов наблюдалось снижение фракции выброса (ФВ), но средние значения не выходили за пределы нормальных. В то же время в группе, в которой не назначался омакор при проведении попарного анализа (Wilcoxon Matched Pairs Test) в отличие от другой группы в динамике наблюдалось повышение индекса конечного диастолического объема левого желудочка ($64,03 \pm 20,21$ мл / м² vs $69,85 \pm 20,4$ мл / м², $p=0,01$).

Выводы: Назначение ω -3 полиненасыщенных жирных кислот в сочетании со стандартной терапией больным, перенесшим инфаркт миокарда, приводит к сдерживающему эффект на развитие постинфарктного ремоделирования миокарда, что подтверждает данные проведенного исследования.

ВЛИЯНИЕ ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ НА ЭНДОГЕННОЕ ВОСПАЛЕНИЕ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Хашимова Э.М., Аляви Б.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: Несмотря на значительный прогресс, достигнутый в лечении ишемической болезни сердца (ИБС) в течение последних двух десятилетий это заболевание продолжает оставаться одной из основных причин заболеваемости и смертности во всем мире. Именно поэтому внимание ученых приковано к оптимизации тактики ведения больных с ИБС. В последние годы остро встал вопрос о необходимости разработки новых подходов к терапии больных данной группы. Одним из таких новых подходов является воздействие на факторы эндогенного воспаления при помощи омега-3-полиненасыщенных жирных кислот.

Цель. Выявить особенности воспалительной реакции у больных с инфарктом миокарда в первую неделю и на третью неделю после постановки диагноза и влияние омега-3-полиненасыщенных жирных кислот (омега-3-ПНЖК) в дозе 1 г/сут на маркеры воспаления в сравнительном аспекте.

Материал и методы. Было обследовано 47 больных с диагнозом инфаркт миокарда. Все пациенты при поступлении были разделены на 2 группы: пациенты первой группы (контрольной, $n = 23$) получали стандартную терапию ОИМ; пациенты второй группы (основной, $n = 24$) дополнительно с первых суток (при отсутствии противопоказаний) на фоне стандартной терапии получали препарат омега-3-ПНЖК – Омега -3 кардио (Vitrum, США) в дозе 4 грамма в сутки. На 1,7 и 21 сутки дополнительно к общеклиническим методам обследования изучался уровень С-реактивного белка крови (СРБ), за норму считали уровень ≤ 3 мг\л; уровень фибриногена (за норму считали уровень ниже 4 г\л).

Результаты. Исходно, в обеих группах исследования средний уровень СРБ был высоким и составлял $27,5 \pm 5,45$ мг\л в первой группе и $31,7 \pm 5,78$ мг\л во второй группе, уровень фибриногена составлял $6,28 \pm 0,45$ г\л в первой группе и $6,79 \pm 0,34$ г\л во второй группе (различия носили недостоверный характер). В динамике, на фоне терапии, к 7 суткам госпитализации отмечалось закономерное снижение среднего уровня СРБ на 31,6% в первой и 45,3% во второй группе, фибриногена на 23,4% в контрольной и 30,7% в основной группе. На 21 сутки было проведено повторное исследование уровня СРБ и фибриногена крови. В результате было отмечено снижение уровня СРБ на 74,9% в первой и 83,6% во второй группе, фибриногена на 45,9% в контрольной и 61,6% в основной группе.

Выводы. Применение высоких доз омега-3-полиненасыщенных жирных кислот (4 г\сут) в ранние сроки заболевания на фоне базисной терапии у больных острым инфарктом миокарда продемонстрировало значимый противовоспалительный эффект.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ЦИТОКИНОВОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ С

Хикматова М., Арипходжаева Ф.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. На сегодняшний день основным этиотропным препаратом в лечении хронического гепатита (ХГС) является интерферон-альфа (ИФН-α). Изучение противовирусного механизма альфа-интерфероновых препаратов во взаимосвязи с функционированием межклеточных медиаторов, коими являются ИФН-γ и ИФН-α, позволит выявить предикторы успеха и повысить эффективность противовирусной терапии.

Цель. Изучить динамику сывороточных концентраций ИФН-α, ИФН-γ и анти-ИФН-α у больных ХГС на фоне противовирусной терапии альфа-интерфероном и взаимосвязи этих показателей с характером ответа на ПВТ.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 27 больных с хроническим гепатитом С в возрасте от 19 до 45 лет. Диагноз ХГС выставлялся на основании анамнеза, клинических данных и положительных результатов ПЦР и ИФА. Все больные получали ПВТ, включающую Альтевир - интерферон альфа-2b (Фармапарк, Украина) и рибавирин в дозах, рекомендуемых производителем. Уровни цитокинов ИФН-α, ИФН-γ и анти-ИФН-α определялись методом ИФА с использованием тест-наборов “Цитокин” и “Протеиновый контур” (Санкт-Петербург) в лаборатории «Иммуноцитокинов» в НИИ Иммунологии (директор Арипова Т.У.). Контрольную группу составили показатели 12 практически здоровых доноров в возрасте от 19 до 30 лет с отрицательными маркерами вирусных гепатитов В и С.

Результаты и обсуждения. В результате проведенных исследований установлено, что в группе обследованных больных ХГС наблюдаются изменения альфа- и гамма-интерфероногенеза. Показатели интерферонов альфа-, гамма- и анти-альфа интерферона достоверно превышали контрольные данные. При этом обращает на себя внимание низкая способность вируса С индуцировать интерфероногенез. У больных с изначально повышенными уровнями альфа- и гамма- интерферонов ПВТ достоверно чаще заканчивается эрадикацией вируса.

Выводы. Таким образом, повышенные показатели интерферонов альфа-, гамма- и анти-альфа интерферона являются предикторами успеха ПВТ.

ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ СЕКСУАЛЬНОГО СОДЕРЖАНИЯ У БОЛЬНЫХ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИИ

Ходжаева Д.Х., Абдуллаева В.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Расстройства психической составляющей копулятивного цикла с преобладанием при их возникновении экзогенных (реактивных, ситуационных) факторов выступают в качестве стержневого симптома у 30 % сексологических пациентов, а в качестве сопутствующего - почти у 90 % (Васильченко Г.С. и соавт., 2003). Подавляющее большинство таких нарушений проявляются тревожно-фобическими расстройствами сексуальной тематики в виде синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи (СТООН) и коитофобии. При этом расстройства сексуальной функции резко снижают качество жизни пациентов, в ряде случаев полностью прекращающих интимные отношения (Васильченко Г.С., 2007).

Цель и задачи исследования – изучение особенностей тревожно-фобических расстройств сексуального содержания у больных героиновой наркоманией.

Материал и методы исследования. В ходе исследования было обследовано 18 больных героиновой наркоманией в возрасте 22-45 лет. Используются клинико-психопатологический и патопсихологический методы исследования.

Результаты исследования и обсуждение. Пациенты характеризовались сниженным фоном настроения, стрессовой реакцией в ответ на отсутствие желаемого взаимодействия с женщинами и избегания ответственности. Выявляется страх оказаться несостоятельным на фоне завышенных требований к партнерше, негибкость в отношениях и нежелание идти на компромисс. Для пациентов были характерны тревожность, неуверенность в себе, нерешительность, фиксация на неудачах, затруднения социальной адаптации, депрессивный фон при межличностных контактах. Склонность к негативной оценке результатов своей деятельности, приводящая к ограничению социальных связей. Преобладание оценочной деятельности над эмоциональными проявлениями. При исследовании интенсивности страхов и наличия/отсутствия фобий у пациентов значительно повышены показатели страха по всем вопросам, а также обобщенный показатель тревожности, особенно в вопросах «страхи, связанные с половой функцией», «страх самоубийства», «страх совершить агрессию по отношению к близким. Вероятно, существует глубинная психологическая связь этих трех страхов именно у мужчин, чьи проблемы связаны с сексуальными вопросами: страхи касаются самой проблемы и агрессии по отношению к обеим сторонам секса – самого пациента и его партнерши. У мужчин имелись выраженные тревожно-мнительные черты характера, навязчивое беспокойство, гиперсоциальность, фиксированность на трудностях отношений с окружающими. Тенденция разрабатывать собственные внутренние правила, а затем строго придерживаться их, приводит к постоянной психической напряженности и создает предпосылки для развития фобий. Для пациентов было характерен синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи, тревожность по отношению к предстоящему половому акту, которая усиливалась по мере приближения момента имиссии, что делало невозможным проведение сношения.

Выводы. Таким образом, тревожно-фобические расстройства сексуального содержания у больных героиновой наркоманией выступают в виде синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи, различающихся по степени относительного преобладания в клинической картине психопатологических расстройств в виде тревожности или навязчивых страхов. Развитие тревожно-фобических расстройств сексуального содержания тесно связано с преморбидными, половозрастными и ситуационными факторами.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИИ

Ходжаева Д.Х., Абдуллаева В.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Высокая распространенность, серьезные медицинские и социальные последствия наркотической зависимости свидетельствуют о том, что она является актуальной проблемой современности (Мостовой С.М., 2002; Грязнов А.Н., 2004; Гофман А.Г., Понизовский П.А., 2005; Семке В.Я., 2005; Иванец Н.Н., 2005; Сидоров П.И., 2006; Бохан Н.А., 2007). Из характеристик социальной среды, влияющих на психологические параметры современного человека, наиболее значимыми являются: стрессы личной жизни, социально-экономическая неустроенность, демографический прессинг, географическая и социальная нестабильность, социокультуральные различия (Веремчук Л. В. и др., 2000; Юдин С. В. и др., 2002). Все эти условия повышают риск развития психической дезадаптации и зависимых расстройств, которым посвящены научные исследования А.А.Ковалева (2000), Н.А. Кравцовой (2004), В.Я.Семке, Н.А. Бохана (2008).

Цель и задачи исследования – изучение особенностей расстройств адаптации у больных героиновой наркоманией.

Материал и методы исследования. В ходе исследования было обследовано 18 больных героиновой наркоманией в возрасте 22-45 лет. Использованы клиничко-психопатологический и патопсихологический методы исследования.

Результаты исследования и обсуждение. Расстройства адаптации рассматривались в соответствии с МКБ-10 как состояния субъективного дистресса и эмоционального расстройства. Чаще всего (39,2 %) наблюдались адаптивные нарушения в форме смешанных расстройств эмоций и поведения. Состояние больных характеризовалось сочетанием аффективных симптомов, таких как тревога, страх, беспокойство, депрессия, навязчивые представления. Признаки тревожности, эмоциональной напряженности, раздражительности сочетались при этом с такими нарушениями поведения, как межличностные конфликты, агрессия по отношению к окружающим лицам, нарушения производственной дисциплины, хулиганские действия. У 19,2% пациентов обнаруживались расстройства адаптации преимущественно в форме нарушений поведения. Клиническая картина характеризовалась кратковременными, ситуационно обусловленными реакциями обиды, гнева, сопровождающимися конфликтным поведением, суетливостью, повышенной раздражительностью, нервозностью. Нарушения адаптации «с другими специфическими преобладающими симптомами» были зарегистрированы у 5,8% больных. Они проявлялись повторяющимися соматизированными расстройствами, возникающими в ответ на стрессогенные ситуации. У 11,7 % больных имели место кратковременные — не более 1 месяца - депрессивные реакции.

Выводы. Таким образом, структура расстройств адаптации у больных героиновой наркоманией включает в себя всевозможные варианты, при этом наиболее частыми являются нарушения адаптации, сочетающие нарушения поведения и смешанные расстройства эмоций и поведения. Расстройства адаптации представляют собой этапы единого психопатологического процесса, которые по мере увеличения времени экспозиции психотравмирующих ситуаций выражаются в разрушении дружеских и семейных связей, утрате способности к систематической профессиональной деятельности, уходе от микросоциальных отношений. Происходит усугубление дезадаптационного состояния, сопровождающееся усложнением, утяжелением и хронификацией психопатологических расстройств.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Ходжаева И.А., Арипова Д.Р., Каримова М.Н.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Соответственно требованиям времени в последнее десятилетие увеличилось количество исследований по прогнозированию в медицине. Основная цель медицинского прогнозирования заключается в уменьшении неопределённости будущего. При прогнозировании изучаются не только сложившиеся и устоявшиеся закономерности в здоровье детей, но и то, что возникнет и подвергнётся изменениям. Другой, не менее важной особенностью медицинской прогностики является её активный характер, что означает возможность косвенного или прямого влияния на объект прогноза. Разработка прогностических критериев развития бронхиальной астмы у детей может способствовать ранней диагностике заболевания и соответственно своевременному назначению адекватной терапии. Способствуя выявлению очень ранних признаков заболевания, прогноз позволяет подойти к самым ранним этапам патологического процесса, выделить периоды, на которых наиболее вероятен процесс саногенеза, помогает более глубокому пониманию патогенеза заболевания.

Цель исследования. Разработать прогностические критерии развития бронхиальной астмы у детей.

Материалы и методы исследования. Обследовано 19 детей в возрасте от 7 месяцев до 16 лет больных бронхиальной астмой и 23 больных аллергическим бронхитом. Контрольную группу составили 15 практически здоровых детей аналогичного возраста. С помощью последовательного анализа Вальда рассчитаны прогностические коэффициенты для определения вероятности развития аллергии, его течения и исхода.

Результаты исследования. Неблагоприятную прогностическую информацию несли в себе признаки, указывающие на возраст женщины 18-22 года и более 35 (ПК= -3,5), наличие в семье больных аллергическими заболеваниями (ПК=-4,0), наличие в семье больных хроническими инфекционно-аллергическими заболеваниями 2 и более (ПК= -3,5), патология беременности (ПК=-4,0), искусственное вскармливание с первых дней жизни (ПК= -2,5), повышение концентрации IL-1 β в 2 и более раз (ПК=-4,0), снижение концентрации IL-1RA (ПК=-3,5). Числовой порог для принятия определенного заключения (с 95 % вероятностью) равен ± 13 . Он получается путем алгебраического сложения прогностических коэффициентов. Прогноз не является прорицанием, поэтому заранее планируется определенное количество ошибок, а также не планируется, но предполагается некоторое количество неопределенных ответов. В представленных алгоритмах планируется примерно 5 % ошибка прогноза. В случаях, когда обобщенный прогностический коэффициент менее условной пороговой величины (± 13), полученные результаты также должны учитываться и приниматься во внимание при проведении профилактических мероприятий. Так, при сумме баллов ПК ($\pm 10,0$) (90 % уровень вероятности или 8 шансов из 10) можно говорить об очень высокой вероятности свершения прогнозируемого события, при сумме баллов ПК ($\pm 6,0$) можно говорить об увеличении риска в 4 раза; при сумме баллов ПК ($\pm 3,0-5,5$) можно говорить о возможном свершении прогнозируемого события.

Выводы. Таким образом, разработка прогностических критериев для определения вероятности развития бронхиальной астмы у детей является современным и эффективным путем профилактики заболевания и выбора наиболее оптимального варианта терапевтической тактики при появлении первых признаков болезни.

СОНОЭЛАСТОГРАФИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ходжаева Н.А., Юсупалиева Г.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Успехи лучевой диагностики при заболеваниях щитовидной железы, которые были достигнуты за последние годы, далеко не решили всех задач, как в хирургической, так и в терапевтической эндокринологии. Доброкачественные и злокачественные образования выявляются у 30% взрослых людей. Длительное бессимптомное течение, схожесть клинических проявлений доброкачественных и злокачественных образований затрудняют своевременную диагностику как доброкачественных, так и злокачественных новообразований щитовидной железы (ЩЖ), что, в свою очередь, отрицательно сказывается на результатах лечения и прогнозе течения болезни. В настоящее время неинвазивным информативным методом исследования щитовидной железы является соноэластография, которая позволяет без использования контрастных средств и лучевой нагрузки исследовать структуру ЩЖ.

Цель исследования. Оптимизация ранней дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных образований ЩЖ.

Материалы и методы. Исследования проводились в клинике «Andromed&Horev», на аппарате экспертного класса «HitachiVisionPreirus», с функцией соноэластографии, с использованием линейного датчика L 74M, 5-13 МГц. Обследованы 15 больных с доброкачественными и злокачественными образованиями ЩЖ.

Результаты исследования. Доброкачественные образования ЩЖ картировались преимущественно эластичными типами эластограмм (ЭТЭ). Кисты, а также расширенные фолликулы диаметром более 0,5 см во всех картировались трёхслойным сигналом в виде полос синего цвета у 3 больных. Узловой коллоидный зоб встретился у 6 больных, тканевой компонент картировался ЭТЭ. Капсула образований во всех наблюдениях характеризовалась ЭТЭ. Плотный тип эластограмм был обусловлен наличием участков фиброза и обызвествления при длительно существующих узловых образованиях. Аденому ЩЖ наблюдали у 2 больных картировалась ЭТЭ с мягкими включениями красного цвета. Злокачественные образования ЩЖ наблюдали у 3 больных и картировалась плотным эластографическим типом синего цвета, у 1 больного наблюдались единичные мягкие включения зеленого цвета.

Выводы. Таким образом, введение в алгоритм новой методики соноэластографии несомненно повышает информативность ультразвукового метода в дифференциальной диагностике. Соноэластография особенно информативна для поиска злокачественных образований относительно небольшого размера, а также помогает в оценке сложных по структуре доброкачественных образований.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ

Ходжиметовой Ш. Р., Убайдуллаева С.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Учитывая, что поддержка естественного вскармливания детей первого года жизни является приоритетной задачей педиатрии, проблема профилактики и лечения лактазной недостаточности (ЛН) у детей, находящихся на естественном вскармливании, представляется чрезвычайно важной и актуальной.

Цель исследования: изучить клинико-анамнестические особенности лактазной недостаточности у детей.

Материалы и методы исследования: клинические наблюдения проведены среди 25 детей в возрасте от 2 недель до 3 месяцев жизни (12 мальчиков и 13 девочек). Всем детям были проведены клинико-лабораторные исследования.

Диагноз ЛН устанавливали на основании характерных клинических симптомов (типичные изменения частоты и консистенции стула, усиленный метеоризм, болевой синдром и др.) и результатов клинико-лабораторных исследований (повышенного содержания общих углеводов в кале).

Результаты исследования: все дети были доношенными, от первых (20), вторых (4) и третьих (1) родов; у 84% матерей имело место патологическое течение беременности (гестозы, анемия, наличие хронических заболеваний, хроническая фетоплацентарная недостаточность и пр.). При изучении анамнеза жизни было установлено, что более чем у половины обследованных детей кто-либо из членов семьи не переносит или не любит молоко и молочные продукты. Так, у 60% детей не переносит молоко один из родителей, у 20% — один из членов семьи (сестры, братья, дедушки, бабушки и др.); у остальных детей непереносимости молочных продуктов в семье, со слов матерей, не отмечено.

Клинические проявления ЛН у обследованных детей были весьма вариабельны. Такой наиболее характерный симптом ЛН, как жидкий стул, был обнаружен у 13 детей (52%), причем у 5 из них жидкий стул сочетался с коликами. У остальных детей имели место другие проявления функциональных нарушений пищеварения (срыгивания, метеоризм, запор). Срыгивания разной степени выраженности наблюдались у 7 детей (28%), причем у 2 детей (8%) срыгивания были единственной жалобой. У 4 детей (16%) отмечались запоры, причем как единственная жалоба запоры наблюдались у 2 детей. У 8 детей на момент взятия под наблюдение нарушений частоты и консистенции стула не было, стул у этих детей наблюдался 2–3 раза в день, кашицеобразной консистенции.

У 2 детей отмечалась недостаточная прибавка массы тела и снижение аппетита (дети употребляли не весь объем порции молока, необходимый ему из расчета на массу тела и возраст); именно это послужило причиной обращения к педиатру.

У наблюдавшихся детей одинаково часто (в 12% случаев) встречались колики и срыгивания как единственно предъявляемая жалоба; в 8% случаев основной и единственной жалобой были запоры. В группу под названием «прочее» мы объединили 6 детей, которые имели характерное только для них сочетание клинических проявлений ЛН.

При копрологическом исследовании у большинства наблюдавшихся детей не было выявлено существенных патологических изменений. Экскреция углеводов с калом в среднем составила $1,1 \pm 0,3\%$, разброс значений составил 0,4–1,8%.

Заключение: таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о том, что клиническая картина лактазной недостаточности весьма многообразна и часто не совпадает с общепринятым представлением о диарее как ведущем симптоме этого заболевания.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МОБИЛЬНОЙ ТЕЛЕФОННОЙ СВЯЗИ

Холматов И.М., Маманазарова Д.К.

Ташкентский Педиатрический Медицинский институт

Актуальность. Связь повышенного артериального давления (АД) с риском сердечнососудистых заболеваний доказана результатами многочисленных эпидемиологических исследований, проведенных в различных странах мира. Актуальность изучения применения новых телемедицинских технологий для повышения эффективности лечения АГ в популяции связано с современным развитием систем мобильной связи, что создает потенциальную возможность использовать ее для организации интерактивного дистанционного взаимодействия врача и пациента.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность динамического наблюдения за больными АГ в амбулаторных условиях с использованием мобильной телефонной связи.

Материалы и методы исследования. В исследование включались больные АГ проживающие на территории семейной поликлиники №44 г. Ташкента. Клинические данные о них были получены путем случайного отбора из базы данных кардиолога, у которого они состояли на диспансерном учете (форма 25/у-04). Возраст больных был старше 18 лет, они посещали семейную поликлинику в 2010-2011 гг. Все больные были рандомизированы на 2 группы наблюдения: группа А - 45 пациентов (23 мужчины и 22 женщины) с АГ, в возрасте $49 \pm 11,3$ лет; группа В - 40 пациентов (20 мужчины и 20 женщины) с АГ в возрасте $50,7 \pm 11,1$ лет. Пациенты группы А были отобраны для динамического наблюдения с использованием компьютерной системы и мобильной связи (СММАГ). Пациенты группы В остались на диспансерном наблюдении в семейной поликлинике. Выдавался справочный материал по методике самостоятельного измерения АД в домашних условиях, описание методики набора SMS-ответов.

Результаты исследования. Средние значения САД и ДАД в группе А на этапах наблюдения составили: через 1 месяц наблюдения достигнутый уровень САД - $128,7 \pm 10$ мм.рт.ст, достигнутый уровень ДАД - $82,7 \pm 7$ мм.рт.ст., через 6 месяцев САД - $127,8 \pm 10,4$ мм.рт.ст., ДАД - $81,6 \pm 7,2$ мм.рт.ст., через 12 месяцев САД - $129,7 \pm 9,8$ мм.рт.ст., ДАД - $81,6 \pm 6,6$ мм.рт.ст. Из 45 больных АГ, находящихся на динамическом мониторинге с помощью системы мобильного мониторинга больных артериальной гипертонией СММАГ (группа А) по истечению 1-го месяца наблюдения выявлено, что регулярно отвечали на SMS-запросы 38 пациентов (84,5%), 7 человек (15,5%) выбыло из исследования, причем от них не было получено ни одного ответа на sms-запросы. Самыми часто назначаемым классом препаратов являлись ингибиторы АПФ - в 66,1% случаев пациенты принимали этот класс препаратов. Вторыми по частоте назначения были антагонисты Са каналов - 41,5%, далее следовали диуретики и β - блокаторы - 29,6% и 25,4%, соответственно. Среди всех больных АГ группы А 70% получали комбинированную антигипертензивную терапию, 30% - монотерапию. По частоте назначения, классы антигипертензивных препаратов в группе В распределились следующим образом: ингибиторы АПФ назначались в 71,2% случаев, β - блокаторы - в 39,3% случаев, диуретики - в 31,6% случаев, антагонисты Са каналов - в 26,5% случаев. В группе А по истечении 12 месяцев наблюдения доля лиц, у которых поддерживалось целевое АД, составила 68,0%, в группе В по истечении 12 месяцев наблюдения доля лиц, у которых поддерживалось целевое АД, составила 31,2 %.

Выводы. Таким образом, СММАГ можно рекомендовать к использованию в первичном звене здравоохранения (в семейных поликлиниках, консультативных центрах) для пожизненного дистанционного динамического наблюдения за больными АГ, а также за больными с другой сердечно - сосудистой патологией, которым необходим контроль факторов риска.

ЦИФРОВАЯ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА КАРДИОСПАЗМА

Хошимова М.Р., Абзалова М.Я.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность исследования. 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 (Соколов В.В., Булгакова Н.Н., Дронова О.Б., 2008). Основными признаками заболеваний, аномалий развития, функциональных нарушений, опухолевых поражений пищевода, пищеводно-желудочного перехода, верхнего этажа желудка являются дисфагия, изжога, боли за грудиной, в эпигастрии, рвота, кровотечения (Кардашева С.С., Трухманов А.С., Демура Т.А., 2008; Heddlings R.C., 2007).

Цель работы: определить значение рентгенологического исследования в диагностике и лечении пациентов с кардиоспазмом.

Задача: использовать рентгенологическое исследование для выявления лиц с кардиоспазмом, стадию заболевания на этапе обследования, определить вид лечения.

Материалы и методы: рентгенконтрастное исследование пищевода и желудка, которое проведено 26 (100%) больным. Исследование проводилось на аппарате "Siregraf" (Германия) фирмы "Siemens" с электронно-оптическим преобразователем.

Результаты: Большинство больных обследовалось 2 и более раз: в процессе лечения, контроля перед выпиской и амбулаторном обследовании в отдаленном периоде. Всего проведено 70 рентгеноскопических и рентгенографических исследований пищевода. Исследование проводилось утром натощак. Обследование начинали с обзорной рентгеноскопии, во время которой оценивали наличие газового пузыря желудка, наличие патологических изменений со стороны легких и сердца, нередко выявлялся горизонтальный уровень жидкости в проекции пищевода в средостении натощак, что свидетельствовало о стойкой задержке даже жидкости в пищеводе (слизь, остатки пищи и выпитой жидкости накануне). Иногда приходилось применять предварительное промывание пищевода, для его опорожнения. В качестве контраста применялась взвесь сульфата бария. После проведенных курсов кардиодилатации или хирургического лечения обязательно проводилось контрольное исследование пищевода, при котором оценивался результат проведенного лечения.

Рентгенологическое исследование проводилось в полипозиционном положении больного для повышения эффективности диагностики. Оптимальным является правая косая проекция пищевода в виду особенностей топографии пищевода.

Выводы: Исследования показали, возможность диагностики ахалазии кардии и кардиоспазма, большую информативность об анатомическом и функциональном состоянии пищевода, дифференциальной диагностики, лечения, документально подтвержденного результата исследования, динамического наблюдения выдвигает рентген исследования пищевода одной из актуальных в диагностике ахалазии кардии и кардиоспазма.

ҚАРИЛИК МАКУЛОДЕГЕНЕРАЦИЯСИДА «ЛЮТЕИН ОФТАЛЬМО» ДОРИ ВОСИТАСИНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ

**Худойбердиев Ж. Д., Ахмедов Ж.Б.
Тошкент Тиббиёт Академияси**

Мавзунинг долзарблиги. Қарилик макулодегенерацияси кекса кишиларда учрайдиган кенг тарқалган касаллик бўлиб, тўр парда пигментли қавати ва Брух мембранасининг зарарланиши билан кечадиган ва иккала кўзда марказий кўришнинг қайтмас ўзгаришларига ҳамда меҳнат қобилиятининг кескин пасайишига олиб келади. Ҳозирги пайтда Европа минтақасида 18,5 миллион киши қарилик макулодегенерацияси билан оғрийди. 2025 йилга келиб, бу кўрсаткич 28 миллион кишини ташкил қилиши мумкин. Бу ўртача 40% ни ташкил қилади {Бикбоев М.М., Маликова А.Л., 2008}. Россия федерациясида қарилик макулодегенерацияси ҳар 1000 кишидан 15 кишида учрайди. ЖССТ маълумоти бўйича 2003 йилда аҳолининг 100000 кишидан 300 кишида учраган {Е.С.Либман}. Охириги 20 йил ичида бутун жаҳон бўйича кўрсаткич 12 миллион кишини ташкил қилган {Е.С.Либман, 2006}. Кейинги йилларга келиб қарилик макулодегенерацияси бироз ёшармоқда ва нисбатан меҳнатга яроқли аҳоли орасида ҳам учрамоқда {Бикбоев М.М., 2008, Басинский С.Н., 2004}.

Мақсад. Қарилик макулодегенерациясида «Лютеин Офталмо» дори воситасини самарадорлигини баҳолаш.

Текширув материали ва усули. Юқорида қўйилган мақсад ва вазифаларни амалга ошириш учун 30 нафар қарилик макулодегенерацияси билан оғриган беморлар текширилди. Илмий тадқиқот материаллари Тошкент Тиббиёт Академияси III клиникаси “Кўз касалликлари” бўлимида йиғилди. Тадқиқотга 30 нафар қарилик макулодегенерацияси билан оғриган беморлар олинди. Қўйилган мақсадга мувофиқ беморлар иккита гуруҳга ажратилди: асосий ва назорат гуруҳларга 15 нафардан беморлар киритилди. Назорат гуруҳдаги беморларга офталмологик стандарт консерватив даво Эмоксипин 1% 0,5 п/б, Аскорбин кислотаси 5% 2,0 мл м/о, Рибофлавин моноклеотид 1% 1,0 мл м/о, Никотин кислотаси 1% 1,0 мл м/о қўлланилди. Анъанавий консерватив даво 10 кун давомида муолажани ўз ичига олди. Асосий гуруҳ беморларда анъанавий консерватив даво ва Лютеин Офталмо 500 мг 1к х 2м дори воситаси қўлланилди. Ҳамма беморларга стандарт офталмологик текширувлар – визиометрия, периметрия, офтальмоскопия, биомикроскопия, тонометрия текширув усуллари қўлланилди.

Натижалар ва уларни муҳокама қилиш. Беморларда даводан 10 кун кейин ўтказилган клиник текширувлар таҳлилига кўра асосий гуруҳнинг 10 нафарида (67%) ва назорат гуруҳининг 8 нафарида (53%) динамикада кўриш ўткирлигининг яхшиланиши аниқланди. Периметрик текширув ўтказилганда асосий гуруҳнинг 9 нафарида (60%) ва назорат гуруҳининг 7 нафарида (47%) динамикада нисбий скотомаларнинг камайиши аниқланди. Даводан бир ой кейинги ўтказилган клиник текширувлар таҳлилига кўра асосий гуруҳнинг 12 нафарида (80%), назорат гуруҳининг 8 нафарида (53%) динамикада кўриш ўткирлигининг яхшиланиши аниқланди. Периметрик текширув ўтказилганда асосий гуруҳнинг 10 нафарида (67%) ва назорат гуруҳининг 8 нафарида (53%) динамикада нисбий скотомаларнинг камайиши аниқланди.

Хулоса. Ўтказилган текширувлар натижаларига кўра Лютеин Офталмо дори воситаси кўриш фаолиятини ва тўр парда функционал ҳолатини яхшилаганлиги кузатилди ва ушбу каротиноид Лютеин Офталмо дори воситасини қарилик макулодегенерацияси касаллигини даволашда комплекс тарзда қўллаш тавсия қилинади.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ОЦЕНКА ТОЛЩИНЫ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА ОБЩИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Хушвактова З.С., Насырова Л.Х.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Сердечнососудистые болезни берут начало в детском возрасте, поэтому важны механизмы их раннего выявления для проведения профилактических и лечебных мероприятий. Ультразвуковое исследование крупных артерий позволяет обнаружить увеличение толщины и нарушение структуры комплекса интима-медиа до появления клинических признаков заболевания, однако этот метод еще недостаточно широко используется в педиатрии.

Цель. Изучить особенности изменения толщина интима-медиа сонной артерии у детей с избыточным весом.

Материалы и методы. Исследования проводились в Ташкентской городской семейной поликлинике №17. Нами были обследованы 22 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). На основе возрастного ИМТ были выделены 2 группы детей: 1) с нормальным весом (с нормальным возрастным ИМТ) – 10 детей; 2) с избыточным весом (выше 90-й процентиля возрастного ИМТ) – 12 детей.

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. 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.

Вывод. Таким образом, результаты ультразвукового исследования ОСА – удобный и надежный способ раннего выявления пораженных артерий как органов-мишеней у детей и у подростков с артериальной гипертензией и пациентов из группы риска по развитию сердечно-сосудистых заболеваний.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ДИСТИМИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Чельма Ю.Ю., Абдуллаева В.К.

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.

С развитием концепции дистимии создались предпосылки для изучения одного из важных аспектов проблемы стертых депрессий, а именно — для уточнения роли факторов, обуславливающих их затяжное течение. Тем не менее, в существующих систематиках дистимических состояний (McCullough J., 2002, Akiskal H., 2003; Rihmer Z., 2008) этот аспект, как правило, не рассматривается.

Цель и задачи исследования - клиническое изучение аффективных расстройств у больных с дистимическими состояниями.

Материалы и методы исследования. В ходе исследования было обследовано 28 больных с дистимическими состояниями в возрасте от 22 до 59 лет. При отборе больных использовались диагностические критерии дистимического расстройства, разработанные при подготовке Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10, 1990). Были использованы клинко-психопатологический и патопсихологические методы исследования.

Результаты исследования и 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. Дистимия дебютировала как острая психогения, развивающаяся в ответ на индивидуально непереносимую, воспринимаемую как катастрофу, крушение всех жизненных планов, ситуацию («ключевое переживание» — утрата объекта экстатической привязанности — смерть ребенка, супруга). Психопатологическая симптоматика определяется аффектом отчаяния, сосредоточенным на узком круге представлений, отражающих содержание психической травмы, и сопровождающимся идеями самообвинения, суицидальными тенденциями. Формированию реактивной депрессии предшествовала шоковая реакция с преобладанием явлений психогенно помраченного сознания. Уже на инициальном этапе дистимии наблюдается ретенция психогенного комплекса, связанная с патологически стойким аффектом, направленным на субъективно значимую область психической жизни.

Выводы. Таким образом, дистимия характеризуется коморбидной связью в виде патологического синергизма между психогенной депрессией и стойким конституциональным аффектом, сохраняющейся на всех этапах динамики синдрома. Результаты проведенного исследования создают новые возможности для организации оптимальных лечебно-реабилитационных мероприятий при дистимических состояниях. Последние носят характер комплексных воздействий, обеспечивающих редукцию гипотимических и соболезенных с ними проявлений и дифференцируются в соответствии с типом расстройства и этапом его динамики.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ДИСТИМИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

Чельма Ю.Ю. Абдуллаева В.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. В последние десятилетия проблема дистимических нарушений приобрела большое научное и практическое значение, что связано прежде всего с широкой распространенностью этой формы психической патологии. По данным ВОЗ (1999 г.), дистимиями страдают от 3 до 6% населения. Кроме того признано, что, несмотря на неглубокий уровень поражения психической деятельности, дистимия оказывает серьезное негативное воздействие на качество жизни пациента. 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. С развитием концепции дистимии создались предпосылки для изучения одного из важных аспектов проблемы стертых депрессий, а именно — для уточнения роли факторов, обуславливающих их затяжное течение.

Цель и задачи исследования - изучение условий возникновения и роли различных факторов в формировании дистимических состояний.

Материалы и методы исследования. В ходе исследования было обследовано 28 больных с дистимическими состояниями в возрасте от 22 до 59 лет. При отборе больных использовались диагностические критерии дистимического расстройства, разработанные при подготовке Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10, 1990). Были использованы клинико-психопатологический и патопсихологические методы исследования.

Результаты исследования и обсуждение. Анализ факторов фона, предшествующего развитию дистимии, выявил психопатологически отягощенную наследственность у 28% больных, причем наиболее частыми заболеваниями близких родственников были аффективные расстройства различного генеза и алкоголизм. Преморбидно-личностные особенности пациентов с дистимическими расстройствами оказались достаточно выраженными, что позволило отнести их к явным акцентуациям характера с преобладанием тормозимых (27,2%) и циклоидных черт (15,8%). Психогенные депрессии, как ответ на травмирующие средовые обстоятельства, были более легкими, личностно окрашенными, — сопровождалась слезливостью, эмоциональной неустойчивостью, вспыльчивостью, проекцией вины на окружающих. Постепенно происходила соматизация конфликта и на первый план выступали соматовегетативные расстройства: ортостатические явления, головокружение, сухость во рту, чувство дискомфорта в брюшной полости, тошнота, распирающие в животе. Помимо этого можно было отметить учащенное мочеиспускание, повышенное потребление жидкости, мигреноподобные головные боли, вегетативный субфебрилитет. За ярким фасадом эмоционально-неустойчивого, иногда стеничного, поведения на фоне разнообразных вазомоторных реакций и легучих болевых ощущений отмечались упадок жизненного тонуса, неуверенность в собственных силах, угнетенное подавленное состояние с чувством потерянности.

Выводы. Клинико - психопатологическое исследование дистимии показало, что она имеет самостоятельное клиническое значение в аспекте закономерности ее формирования и проявления. Клинический полиморфизм дистимии определяется нерезко выраженными проявлениями депрессивных расстройств, условиями ее формирования и генезом, в которых ведущая роль принадлежит сочетанному влиянию конституционально-биологических и психогенных факторов.

РИНОФЛУИМУЦИЛ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ

Шавкатов Т.Ш. , Мухитдинов У.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Проблема лечения хронического гнойного среднего отита (ХГСО) и их различных осложнений не теряют своей актуальности и до сих пор остаются дискуссионными. Чаще всего рецидивом основного заболевания является восходящая тубогенная инфекция. Профилактика заболеваний носа и околоносовых пазух, дает повод снижения рецидивов ХГСО у детей.

Одним из самых последних достижений в терапии ринитов является разработка местных медикаментов. Среди них весьма распространены противоотечные препараты, обеспечивающих облегчение симптоматики назальной обструкции, при этом улучшая дренажную функцию слуховой трубы. Одним из таких препаратов является Ринофлуимуцил.

Цель исследования. Определить эффективность препарата Ринофлуимуцил в лечении хронических гнойных средних отитов у детей.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 28 детей в возрасте от 6-15 лет. У 3 больных эпимезотимпанит, у 25 мезотимпанит, получившие на фоне традиционной терапии Ринофлуимуцил. Контрольная группа больных получила традиционную терапию.

Помимо Ринофлуимуцила, дети в обеих группах получали одинаковое лечение: сосудосуживающие капли в нос, антибактериальное нагнетание лекарственных препаратов в ухо, санация носа и околоносовых пазух (28 ребенка) по методу Проетца, из них пункция верхнечелюстных пазух носа (4), аденотомия (9), продувание слуховых труб, ежедневный туалет уха.

Результаты исследований. В момент поступления у всех больных отмечено обильное отделяемое слизисто-гнойного, гнойного характера. Для улучшения мукоцилиарного клиренса и ускорения дренажной и нормализации вентиляционной функции слуховой трубы больные получили лечение Ринофлуимуцил, при этом в исследовательской группе у больных, восстанавливалось носовое дыхание и прекращалось гноеечение на 2-3 дня раньше, чем в контрольной группе.

Поэтому Ринофлуимуцил показан как средство стартовой монотерапии при ХГСО.

Выводы: Сочетание действующих веществ снижает отек слизистой оболочки полости носа и улучшает работу мукоцилиарного транспорта.

Улучшает качество дренажной и вентиляционной функции слуховых труб, что немаловажно у больных с ХГСО.

ВЛИЯНИЕ ФЛАТЕРОНА НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ИБС С КАРОТИДНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Шодиметова Ш.С., Абдуллаев А.Х.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Атеросклероз и нарушения липидного обмена лежат в основе таких распространенных и грозных заболеваний сердечно-сосудистой системы как ишемическая болезнь сердца (ИБС), ишемический инсульт, хронические формы недостаточности кровоснабжения мозга, тромбозы и является наиболее частой причиной смертности и инвалидности.

Цель исследования. Изучить влияние флатерона на динамику провоспалительных цитокинов и толщину интима-медиа (ТИМ) у больных с ИБС при трансформации мягких атеросклеротических бляшек (АТБ) в плотные.

Материалы и методы исследования. Были обследованы 60 больных ИБС, стабильной стенокардией II–III функционального класса (средний возраст $54,3 \pm 7,6$ лет). Диагноз ИБС устанавливали по данным клинических проявлений заболевания (синдром стенокардии) и положительной пробы с дозированной физической нагрузкой. Больные на фоне стандартной терапии получали растительный препарат флавоноидной природы – флатерон, в дозе 300 мг в сутки, в течение трех месяцев. Всем пациентам проводилось дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий. Оценивали: состояние ТИМ, наличие, структуру и поверхность АТБ. Для характеристики типов АТБ применяли классификацию по Steffen et al. (1989), дополненную Geroulacos et al. (1993). Исследование проводили ультразвуковым датчиком 7,5 мГц на аппарате MINDRAY, лабораторные исследования - на анализаторах «Humalyaser 2000», «Humareader Single» и «Humacloed-DUO» (Германия). Изучение ультразвуковых характеристик АТБ проводили во взаимосвязи с уровнем провоспалительных цитокинов - интерлейкина (ИЛ-6) и фактора некроза опухоли- α (ФНО- α)

Результаты исследования. На фоне применения флатерона у пациентов с каротидным атеросклерозом уже через 3 месяца отмечено достоверное снижение ТИМ сонной артерии (СА) ($p < 0,001$), как на стороне поражения, так и на противоположной стороне. Так, исходно ТИМ на стороне поражения составлял 1,2 мм, через 3 месяца этот показатель снизился до 1,1 мм, а на противоположной стороне ТИМ с 1,1 мм уменьшился до 1,04 мм. Одновременно с уменьшением ТИМ наблюдался регресс АТБ в виде существенного уменьшения их объема с $9,3 \text{ мм}^3$ до $7,0 \text{ мм}^3$. Всего при дуплексном сканировании СА больных было проанализировано 58 АТБ, из них 20 в соответствии с указанной классификацией, были мягкими. Исходно содержание ИЛ-6 было $4,70 \pm 1,59$ пк/мл, а ФНО- α - $8,44 \pm 0,57$ пк/мл. После 3 месячной терапии флатероном наиболее значительно снизился уровень ФНО- α до $6,43 \pm 0,46$ пк/мл ($p < 0,01$), тогда как изменение ИЛ-6 было статистически недостоверным $3,38 \pm 0,67$ пк/мл. Установлено, что изученный препарат оказывает благоприятное влияние на воспалительный процесс, уменьшая провоспалительные цитокины, что приводит к трансформации и стабилизации АТБ.

Выводы. Таким образом, полученные результаты применения растительного препарата флатерон для лечения пациентов ИБС с каротидным атеросклерозом показывают, что он обладает антиатерогенным, вазопротективным и противовоспалительным свойствами, и может оказывать влияние на патогенез заболевания.

ПРЕМОРБИДНЫЕ ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ОБСЕССИВНО-ФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Шаикрамов Ш.Ш., Абдуллаева В.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Проблема обсессивно-фобических расстройств 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 страдает 3% популяции (Д.С.Джекобсон, 2005), так как оно может возникнуть в любом возрасте, но чаще в молодом. Манифестация клинически выраженных проявлений обсессивно-фобических расстройств приходится на возрастной интервал от 18 до 30 лет (Rasmssen 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. Важную роль в адаптации к стрессорам играют характерологические и фрустрационные особенности личности больного.

Цель и задачи исследования – провести анализ преморбидных черт характера больных с обсессивно-фобическими расстройствами.

Материал и методы исследования. Было обследовано 44 больных с обсессивно-фобическими расстройствами в возрасте от 23 до 55 лет. Пациенты страдали фобическими расстройствами от 2 до 24 лет (в среднем $7,1 \pm 1,1$ лет). Критериями отбора являлось наличие у пациента обсессивно-фобических расстройств невротического уровня (F4 МКБ-10). Больных с агорафобией без панических атак (F40.00) было 12 человек, с социофобией (F40.1) - 16 человек, со специфической фобией (F40.2) - 8 человек и с обсессивно-компульсивным расстройством (навязчивые фобии) (F42.0) - 8 человек.

Результаты исследования и обсуждение. Анализ структуры преморбидных особенностей больных с обсессивно-фобическими расстройствами позволил выделить три основных варианта. В преморбиде часть пациентов - 46 % человек являлись тревожно мнительными, 13% - как гармоничными, социально адаптированными, 41% - шизоидными. В наблюдениях по преобладающей клинической симптоматике были выделены основные психопатологические варианты обсессивно-фобических расстройств: навязчивые действия и мыслительные операции, навязчивые размышления, навязчивые опасения и страхи. Для первого варианта - 33,8% - были характерны произвольно совершаемые пациентами действия и мыслительные операции для редукции тревоги и эмоционального напряжения. Тревога была аморфной или связанной с абстрактными опасениями по поводу возможных неприятностей с пациентом или его родными или с конкретными событиями, в частности вероятной болезнью кого-либо из родственников. Совершаемые навязчивые действия или мыслительные последовательности, имеют статус защиты и служат для предотвращения мнимой опасности. Сам пациент оценивает данную защиту как нелогичную, нелепую, и пытается ей противостоять. Однако эмоциональный дискомфорт не только не уменьшается, но в ряде случаев значительно усиливается до совершения больным навязчивого действия.

Выводы. Таким образом, выделены клинические формы обсессивно-компульсивных расстройств: «навязчивые действия и мыслительные операции», «навязчивые размышления», «навязчивые опасения и страхи». В результате анализа преморбидных черт характера пациенты были отнесены к трем группам: тревожно-мнительные - 46%, гармоничные или социально адаптированные - 13%, шизоидные - 41%.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОБСЕССИВНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ

Шаикрамов Ш. Ш., Абдуллаева В.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: Обсессивно-фобические нарушения широко представлены в клинике пограничных психических расстройств. Данная группа расстройств характеризуется длительным прогрессивным течением и сопровождается невротическими изменениями личности и сопутствующими им коморбидными расстройствами (депрессия, алкоголизм, злоупотребление лекарственными препаратами), выявляя в исходе у пациентов признаки значительного снижения социальной адаптации. Несмотря на большое количество публикаций, касающихся терапии фобических расстройств, вопрос о предпочтительности использования тех или иных психотерапевтических методов и фармакологических препаратов остается недостаточно разработанным, а эффективность терапии фобических расстройств остается невысокой.

В рамках разных подходов психотерапевты разработали много форм терапии фобических расстройств: психоанализ, гипноз, фармакологическое лечение, разные варианты когнитивной и когнитивно-поведенческой терапии и прочее.

Цель и задачи исследования - анализ клинических симптомов, патопсихологических и социопсихологических характеристик у пациентов с обсессивно-фобическими расстройствами невротического уровня.

Материал и методы исследования. Было обследовано 44 больных с обсессивно-фобическими расстройствами в возрасте от 23 до 55 лет. Пациенты страдали фобическими расстройствами от 2 до 24 лет (в среднем $7,1 \pm 1,1$ лет). Критериями отбора являлось наличие у пациента обсессивно-фобических расстройств невротического уровня (F4 МКБ-10). Больных с агорафобией без панических атак (F40.00) было 12 человек, с социофобией (F40.1) - 16 человек, со специфической фобией (F40.2) - 8 человек и с обсессивно-компульсивным расстройством (навязчивые фобии) (F42.0) - 8 человек.

Результаты исследования и их обсуждение. Для больных с обсессивно-фобическими расстройствами вне фобического приступа было характерно общевнефобическая симптоматика, представленная астеническими, тревожными и депрессивными синдромами. Практически у всех больных (90%) с фобическими расстройствами наблюдались явления вялой депрессии, выражающиеся преимущественно в незначительно сниженном настроении при относительно малой представленности моторного и идеаторного компонентов депрессивной триады. Суточных колебаний аффекта не наблюдалось. У пациентов отмечались нарушения сна, больше характерные для невротических расстройств (трудности засыпания, поверхностный, тревожный сон с неприятными сновидениями). Аппетит был сохранен, но многие пациенты отмечали отсутствие яркости вкусовых ощущений при приеме пищи. Психопатологические характеристики пациентов с фобическими расстройствами указывают на повышенный уровень тревоги (по Тейлору), депрессии, находящейся на границе легкой и умеренной степени выраженности. Пациентам была проведена гипносуггестивная психотерапия, после которой отмечалось улучшение состояния, уменьшалось эмоциональное напряжение, снижалась фабула обсессивно-фобических расстройств в патогенной ситуации.

Выводы. Таким образом, клиническая картина наряду с обсессивно-фобическими расстройствами характеризовалась сочетанием черт тревожно-депрессивного и астено-невротического синдромов. Проведенным исследованием установлена эффективность редукции обсессивно-фобических расстройств с использованием гипносуггестивной психотерапии, которая зависит от синдромальной принадлежности и выраженности психических расстройств.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Шайдозимова П. К., Тухтаева О.Т.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность проблемы. Социальная значимость здоровья детей обусловлена тем, что они представляют собой ближайший репродуктивный, интеллектуальный, экономический, социальный, политический и культурный резерв общества. Одной из актуальных медико-социальных проблем педиатрии являются хронические воспалительные заболевания кишечника. Медико-социальное значение указанной патологии определяется не только значительным распространением в наиболее ответственные периоды роста и развития ребенка, но и хроническим рецидивирующим течением, снижающим качество жизни, формированием осложненных форм заболеваний, в ряде случаев приводящих к инвалидизации.

Цель исследования. Изучить формирование состояния здоровья детей школьного возраста с хроническими заболеваниями кишечника.

Материалы и методы исследования. Изучен удельный вес хронических заболеваний кишечника и психологическое состояние 30 детей в возрасте 7-15 лет. Больные дети были разделены на 2 группы. 1 группа дети 7-10 лет, 2 группа 11-15 лет.

Результаты исследования. Анализ полученных данных показал, что среди причин вызывающих обострение заболевания главную роль играет нарушение питания у 85% и стрессовые состояния у 15%. В структуре хронической патологии кишечника у детей 1 группы превалирует хронический энтерит – 44,5%, во второй группе – хронические энтероколиты.

Анализ психологического тестирования показывает, что общее число несовпадений по всему тесту в обеих группах составил 72,4%, что свидетельствует о повышенной тревожности в общей популяции школьников.

Выводы. Таким образом, хронические заболевания кишечника оказывают существенное отрицательное влияние на параметры физического и психологического развития, а также на показатели общего здоровья и ограничивают возможности социального функционирования детей, что указывает на необходимость ранней диагностики заболевания и проведение своевременных лечебных мероприятий.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ

Шамансурова Н.Х., Акилова Н.Ф.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель. Изучение возможностей современных методов нейровизуализации в диагностике ишемических инсультов в сравнительном аспекте.

Методы исследования. Первичная диагностика ишемических инсультов основывается на данных КТ и МРТ. Компьютерная томография позволяет отличить геморрагический инсульт от ишемического, что кардинально влияет на тактику лечения. Также в большинстве случаев КТ позволяет исключить другие заболевания головного мозга, такие как опухоли головного мозга, воспалительные заболевания, травмы центральной нервной системы, имеющие схожую клинику с ишемическим инсультом.

Зона инфаркта на КТ-изображениях в течении первой недели заболевания выглядит как равномерный гиподенсивный участок, оказывающий обычно умеренный объёмный эффект на окружающие структуры мозга. В большинстве случаев этот участок соответствует определённому сосудистому бассейну и имеет клиновидную форму с основанием наружу. Зона инфаркта мозга начинает визуализироваться на КТ-изображениях обычно через 10-14 часов после начала заболевания.

МРТ-изменения при инфаркте мозга возникают намного раньше, чем на компьютерной томографии. На T2-взвешанных изображениях повышение сигнала при инфаркте мозга наблюдаются в целом на несколько часов раньше, чем гиподенсивные изменения на КТ-изображениях, что связано с высокой чувствительностью T2-взвешанных изображений к повышению содержания воды в веществе мозга. Наряду с изменениями интенсивности сигнала на МР-изображениях при инфаркте мозга появляется и нарастает объёмный эффект, проявляющийся сглаженностью борозд и извилин мозга, сдавлением наружных и внутренних ликворных пространств. Эти изменения при МРТ выявляются более точно по сравнению с КТ в связи с возможностью получения изображения в различных проекциях.

Результаты. В результате проведенного сравнительного анализа нейровизуализационных методов исследования при ишемических инсультах было выявлено, что КТ позволяет практически всегда отличить геморрагический инсульт от ишемического и в большинстве случаев исключить другие заболевания головного мозга, а при магнитно – резонансной томографии сигнал инфаркта появляется на несколько часов раньше, чем при компьютерной томографии. Однако он уступает КТ в выявлении острых кровоизлияний, поэтому менее пригоден для экстренной диагностики.

Вывод. Таким образом, на сегодняшний день компьютерная томография является наиболее информативным методом в экстренной дифференциальной диагностике ишемических инсультов от другой патологии головного мозга.

ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫЙ ИММУНИТЕТ У ДЕТЕЙ, С ОТКЛОНЕНИЯМИ В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ, ВАКЦИНИРОВАННЫХ ПРОТИВ КОРИ

Шермухамедова Г.Т., Даминова М.Н, Абдуллаева О.И.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Иммунизация вместе с улучшениями в области гигиены и санитарии революционизировала охрану здоровья детей в странах всего мира, предупреждая ежегодно миллионы смертей в дополнение к сокращению риска инвалидности в результате инфекционных болезней. По оценкам, иммунизация позволяет ежегодно предотвращать от 3 до 3 млн. случаев смерти. В Узбекистане сформированы национальная система и календарь иммунизации населения против инфекционных заболеваний.

Целью нашей работы явилась оценка поствакцинального иммунитета у детей, с отклонениями в состоянии здоровья, вакцинированных против кори.

Материалы и методы исследования. Проведено комплексное исследование 35 детей с отклонениями в состоянии здоровья в возрасте от 1 года до 3 лет, которым проводилась вакцинация по индивидуальному календарю, контрольную группу составят 27 детей того же возраста, которым вакцинация проводится по плану.

Результаты исследования. Из 35 обследованных детей у детей, с отклонениями в состоянии здоровья, 2/3 составляли больные с частыми ОРВИ $23(65,71 \pm 1,30\%) (P < 0,05)$, на втором месте по частоте встречаемости стоят ОКИ $20(57,14 \pm 2,12\%)$, аллергические проявления 11 $(31,43 \pm 2,31\%)$, бронхиты – 7 $(20 \pm 0,61\%) (P < 0,05)$. Ветряная оспа $5(14,28 \pm 0,32\%)$, Пневмонии $2(5,71 \pm 0,07\%)$; ангины $4(11,43 \pm 0,19\%)$ и прочие $6(17,14 \pm 0,27)$. В клинической картине, в анамнезе преобладали повторные бронхолегочные инфекции (100%), ЛОР-инфекции (100%), гастроэнтероколит (28,57%), гнойные инфекции мягких тканей (37,14%), конъюнктивиты (28,57%), ангины (17,14%). Уровень заболеваемости в контрольной группе ОРВИ у $8(26,67 \pm 1,32\%)$, ОКИ у $5(16,67 \pm 0,29\%)$, прочие $3(10 \pm 0,21)$. Тяжелых вакциноассоциированных осложнений мы не наблюдали ни в одном случае. Как показали результаты исследований в крови относительно здоровых детей содержание Т-резистентных лимфоцитов к коревой вакцине было повышено до $46,67 \pm 2\%$ против $22,86 \pm 3\%$ у детей, с отклонениями в состоянии здоровья, $(p < 0,001)$. В отношении серонегативных титров специфических антител против кори отмечалось отсутствие их регистрации у относительно здоровых детей, тогда, как у детей, с отклонениями в состоянии здоровья, серонегативные титры выявлялись в 11,43% детей. Уровень защитных титров антител против кори у относительно здоровых детей характеризовался наличием средних (33,3%) и высоких (33,3%) результатов антителообразования. У детей, с отклонениями в состоянии здоровья, с фоновыми заболеваниями защитные уровни антител не были выявлены. В динамике вакцинального периода у обследованных больных отмечалось нарастание Т-резистентных лимфоцитов к коревой вакцине до $25,71 \pm 2\%$ против $22,86 \pm 3\%$ $(p < 0,05)$. Оценка результатов исследования уровня специфических антител против кори у детей, с отклонениями в состоянии здоровья, к моменту получения ревакцинации против кори выявила следующее: у детей, с отклонениями в состоянии здоровья, серонегативные титры против кори регистрировались в 11,43%, тогда как у относительно здоровых детей данные титры отсутствовали. У детей, с отклонениями в состоянии здоровья, преобладали низкие титры, составившие 80%, против 43,3% - у здоровых детей $(p < 0,05)$. Средние титры специфических антител против кори, по сравнению с группой здоровых детей встречались в 4 раза реже $(p < 0,05)$. Высокие уровни антителообразования у детей, с отклонениями в состоянии здоровья, не были выявлены, по сравнению со здоровыми детьми, у которых высокие титры антител определялись в 16,67% случаев.

Выводы. Оценка результатов исследования уровня специфических антител против кори у детей, с отклонениями в состоянии здоровья, (регистрация серонегативных титров,

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЖЕЛУДКА

Шеров А.С., Юсупалиева Г.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости – одно из наиболее доступных и информативных методов, оценивающее состояние всего желудочно-кишечного тракта. Однако и до настоящего времени мнения специалистов об эффективности сонографии при болезнях желудка неоднозначны, главным образом при исследовании пациентов на раннем этапе развития заболевания, в том числе и при наличии сопутствующей патологии органов брюшной полости.

Цель исследования: на основании отечественных и зарубежных исследований оценить современные проблемы ультразвуковой диагностики заболеваний желудка.

Материалы и методы исследования: литературные источники научных публикаций по лучевой диагностики за последние 10 лет.

Результаты исследования: Ультразвуковое исследование желудка предпочтительно проводить с помощью прибора, работающего в режиме так называемого реального времени. Это не только дает возможность получить изображение исследуемого органа в произвольно заданной плоскости, но и быстро ориентироваться в топографии брюшной полости и следить за движущимися структурами. Для лучшего выявления тела и верхнего отдела желудка проводят полипозиционное исследование (в положении лежа, сидя и стоя, с поворотами). Определяют проекцию желудка по передней брюшной стенке и выявляют места наибольшей болезненности, осуществляя пальпацию под контролем экрана. Для наблюдения за тонусом желудка и его перистальтикой больному дают выпить 200-300 мл теплой воды. Эвакуаторную способность оценивают по ритмичному сокращению привратника и изменению объема заполненного жидкостью желудка. Если в желудке натощак уже содержится жидкость, то при продольных сечениях он проявляется как экзогенное округлое или овальное образование, за которым следует усиленное изображение подлежащих тканей. Его можно спутать с другими образованиями, содержащими жидкость: кистами различных органов, желчным пузырем, заполненными жидкостью петлями кишечника, особенно в области селезеночного изгиба. Для дифференциальной диагностики проводят добавочные продольные и косые сечения в эпигастрии. Для желудка характерны: 1) удлиненная грушевидная форма выявленного анэхогенного образования при косом сечении в эпигастрии параллельно правой реберной дуге; 2) периодическое появление перистальтической волны; 3) возникновение мелких непостоянных включений при перемене положения тела больного; 4) увеличение видимой полости и появление в ней вихревого движения при введении в желудок жидкости. Особое внимание при ультразвуковом исследовании желудка уделяется состоянию его стенок, равномерности их толщины. В отличие от неизмененного желудка, когда видны узкая периферическая часть и более широкий экзогенный центр, при той или иной патологии с вовлечением в процесс стенки желудка (отеке, фиброзе, кровоизлиянии, развитии опухоли и др.) наблюдаются обратные отношения. Анэхогенная периферическая часть становится более широкой, а гиперэхогенная центральная часть кажется относительно небольшой. В литературе данный симптом обозначается псевдопочкой, так как имеет относительное сходство с изображением почки; кольцо, но вид кольца, имеет нормальный привратник; мишень; кокарда; бычий глаз и др.

Выводы: таким образом, ультразвуковое исследование играет вспомогательную роль в выявлении заболеваний желудка. Однако, учитывая то, что данное исследование часто применяется первым при неясной симптоматике, при ультразвуковом исследовании брюшной полости необходимо провести прицельный осмотр над областью проекции желудка. Ультразвуковой метод не заменяет рентгенологического и эндоскопического исследований, а дополняет их.

ГИМЕНОЛЕПИДОЗ КАСАЛЛИГИНИНГ САБАБ ВА ОҚИБАТЛАРИНИ ЎРГАНИШ АСОСИДА ОЛДИНИ ОЛИШ ЧОРА-ТАДБИРЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Шоисломова М.С., Шожалилова М.С

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Мавзунинг долзарблиги. Юқумли касалликлар орасида паразитар касалликлар бирдан тўрт қисмини ташкил этади. БЖССТ маълумотларига кўра охириги йилларда 4,5 млрд. яқин киши паразитар касалликларга чалинган. Паразитар касалликлари салмоғида гименолепидоз касаллиги долзарб муаммолардан биридир. Асосан бу касалликнинг юқишида майший-мулоқат йўлининг устунлиги касалликнинг омма орасида тез тарқалишида асосий ўрин эгаллайди. Ўзбекистон шароитида 200 мингга яқин аҳоли паразитар касалликларга чалинган бўлиб, 90-95%- энтеробиоз ва 70% ҳолларда 14 ёшгача бўлган болалар ташкил этади. Гименолепидоз билан касалланганлар сони 100. минг аҳоли сонига нисбатан $174,8 \pm 2,4$ ташкил этмоқда. Бу касалликларни клиник кечишидаги ўзига хос хусусиятларидан бири клиник белгиларни секин аста ривожланиши туфайли беморларимизнинг ақлий ва жисмоний ривожланишида нисбатан тенгдошларидан орқада қолиши, юқумли ва соматик касалликларга берилувчанликларини ошиши ва бошқа бир қатор салбий ҳолатларни ривожланиши билан иккиламчи иммун танқислик юза келиши мумкин.

Ишнинг мақсади: Гименолепидоз касаллигининг сабаб ва оқибатларини ўрганиш асосида профилактик чора-тадбирларни такомиллаштириш.

Текшириш услуби ва усуллари: Текширувимиз объектини тиббиёт институтининг 122 нафар талабалари ташкил этди. Уларнинг розиликлари асосида клиник-лаборатор текширувлари, жумладан қон, пешоб ва нажаснинг умумий тахлили, нажаснинг паразитоскопик текшируви, жигар ва ўт йўллариининг УТТ билан бирга қоннинг биохимик текшируви ўтказилди.

Натижалар муҳокамаси. Клиник кузатувимизга 122 нафар талабалар жалб этилган бўлиб, улар ёшларига кўра тақсимланганда, уларнинг аксариятини 21 – 23 ёшдагилар (65,6%) ташкил этди. Жинсига кўра тақсимланганда 66,4% қизлар, 33,6% ўғил болалар ташкил этди. Яшаётган ҳудудига кўра Юнусобод, Мирзо Улуғбек тумани, Олмазор ва Тошкент вилоятида яшаётган талабаларда касалланганлар сони устунлик қилди. 122 нафар гижжа касалликларига чалинганларни 66,4% да геминолепидоз касаллиги аниқланган бўлиб, уларни 28 % да геминолепидоз моно-инфекцияда, 38,4% ҳолларда микст-инфекция кўринишида кечган. Алиментар ва майший – мулоқот йўллари орқали касаллик тарқалганлиги қайд этилди. Айниқса талабаларни клиник базаларда гуруҳларда биргаликда овқатланишларини касалликни тарқалишидаги асосий омиллардан бири деб баҳоладик, чунки бирга ўқийдиган ҳамкурсдошлари орасида касалланганлар сони 60-70% ташкил этганлар ҳам кўпчиликти ташкил этганлиги фикримизни тасдиқлайди. 80% ҳолларда сурункали холецистит ва аллергия касалликлар билан оғриганлар орасида гименолепидоз касаллиги кўп учраган.

Хулоса. Текширувларимиз шуни кўрсатдики, тиббиёт институти талабалари орасида 66,4% да геминолепидоз касаллиги аниқланди. Касалликни олдини олишда ўқув хоналарида овқатланишга барҳам бериш, шахсий гигиенада қўлнинг озодалигига эътибор бериш, овқат хазм қилиш ва жигар касалликларига чалинганлар врач назоратида бўлишлари ва доимий равишда 3ойда 1 марта паразитар касалликларга текширувдан ўтишлари лозим.

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Шотурсунова М.А., Хайдарова Ф.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Метаболический синдром (МС), как сочетание факторов риска (ФР) развития атеросклероза и сахарного диабета (СД) 2-го типа со всеми характерными проявлениями данных заболеваний, в последнее время активно изучается с целью определения прогностических факторов развития данных заболеваний и разработки методов их ранней диагностики.

Цель: разработать программу и критерии ранней диагностики.

Материалы и методы. В настоящей работе было обследовано 76 женщин фертильного возраста с подозрением на метаболический синдром (МС). В результате проведенного скрининга для углубленного исследования была отобрана основная группа общей численностью 56 человек, которым был поставлен диагноз МС. МС диагностировался по следующим критериям – критериям ВОЗ (1999), ВОЗ мод., АТР III (2001), ААСЕ (2002), IDF (2005), IDF мод.

Результаты. Исследования было проведено в поликлинике при Центре Эндокринологии МЗ Республики Узбекистан. В результате скрининга у 56 женщин фертильного возраста, частота выявления метаболического синдрома выглядит следующим образом: I- ВОЗ 1999(гипертензия $\geq 140/90$ мм рт.ст., дислипидемия (триглицериды $>1,7$ ммоль/л или холестерол ЛПВП $<0,9$ ммоль/л у мужчин, $<1,0$ ммоль/л у женщин), центральное (висцеральное) ожирение (соотношение талия/бедра $>0,9$ у мужчин, $>0,85$ у женщин или индекс массы тела >30 кг/м²), микроальбуминурия)- (18) 31,8% , II- ВОЗ мод.-(34) 60,3% , III- АТР III 2001(центральное ожирение (окружность талии >102 см у мужчин, >88 см у женщин), повышение уровня триглицеридов ($>1,7$ ммоль/л), низкий холестерол ЛПВП ($<1,0$ ммоль/л у мужчин, $<1,3$ ммоль/л у женщин), повышенное артериальное давление ($\geq 130/85$ мм рт.ст.), гипергликемия натощак (плазма крови — гликемия натощак (FPG) $\geq 6,1$ ммоль/л)-(37) 67,3%, IV- ААСЕ (2002)-(40) 72,4%, V- IDF 2005-(повышение уровня триглицеридов ($>1,7$ ммоль/л), низкий холестерол ЛПВП ($<1,0$ ммоль/л у мужчин, $<1,3$ ммоль/л у женщин или лечение дислипидемии), повышенное артериальное давление ($\geq 130/85$ мм рт.ст.), гипергликемия (плазма крови — гликемия натощак (FPG) $\geq 5,6$ ммоль/л или ранее диагностированный сахарный диабет)-(37) 66,4%, IDF мод.-(43) 77,6%.

Выводы. Для лиц женского пола репродуктивного возраста более информативными являются критерии ААСЕ (2002) и модифицированные критерии IDF с учетом возрастных уровней липидного спектра крови и уровня АД. Критерии АТР III (2001), IDF (2005) и модифицированные критерии ВОЗ в определенной степени могут быть полезными (выявление МС в 67,3, 66,4% и 60,3% случаев соответственно), но не выявляют всех пациенток с МС.

РОЛЬ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ С ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ

Эбраев А., Акбарходжаева М.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность исследования. Ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) остается одной из актуальных проблем современной детской ревматологии и педиатрии в целом, поскольку является наиболее распространенной патологией среди воспалительных ревматических заболеваний детского возраста. Изучению ЮИА в течение последних десятилетий были посвящены труды многих ревматологов (А.А. Яковлева, 1971; А.В. Долгополова, 1973; Е.И. Шахбазян, 1976; Кузьмина Н.Н., И.М. Воронцов, 2001; Е.И. Алексеева, 2007; E.J.Brewer, 1982; J.T. Cassidy, 2005).

Целью исследования явилось изучение рентгенологических признаков при диагностике ЮИА у детей.

Результаты исследования. Обследовано 38 детей, больных ювенильным идиопатическим артритом. Исследование проводилось в кардиоревматологическом отделении клиники ТашПМИ. Период наблюдения составил от 6 месяцев до 3 лет. В соответствии с критериями классификации ЮИА (ILAR, 2001) были выделены 3 группы больных в зависимости от варианта дебюта заболевания: системный, олигоартикулярный и полиартикулярный (18, 12 и 8 человек соответственно). Возраст больных детей составил от 7 до 17 лет. Ювенильный идиопатический артрит чаще встречался у девочек, чем у мальчиков. Среди них преобладали дети среднего и старшего школьного возраста. Из всех обследованных нами больных детей с ЮИА, рентгенологические изменения в суставах у 55% пациентов характеризовались умеренно выраженным эпифизарным остеопорозом, что соответствует I рентгенологической стадии, в 34% случаев определена II, а в 9% - III рентгенологическая стадия. Лишь у 1 (2,6%) больного с полиартикулярным поражением суставов при рентгенологическом исследовании отмечалось формирование фиброзного анкилоза, что соответствует IV стадии.

Таким образом, в диагностике ЮИА у детей большое значение имеют данные рентгенологических признаков заболевания в комплексе с лабораторно-инструментальными методами исследования.

ХАРАКТЕРИСТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОБЪЕМНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ГИПОФИЗА И РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ

З.Д. Эгамбердиева, З.Ю. Халимова

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования – изучить этиопатогенез артериальной гипертензии (АГ) при различных объемных образованиях гипофиза и надпочечников и их других заболеваниях.

Материал и методы исследования. Нами был выполнен ретроспективный анализ пациентов с объемными образованиями надпочечников, находившихся на стационарном лечении в отделении нейроэндокринологии РСНПМЦЭ МЗ РУЗ в 2012 году. Всего было госпитализировано 25 больных, из них – 13 мужчин, и 12 – женщин. Средний возраст мужчин составил 45 - 50 лет, женщин 40 - 70 – лет. У 22 (88,0%) пациентов имела место артериальная гипертензия (АГ).

Все пациенты были подвергнуты общеклиническим, биохимическим (ПТИ, липидный спектр, мочевины и креатинин, свободный кортизол в суточной моче, 17 ОКС и др.) гормональным (ренин, альдостерон, кортизол, АКТГ, ДГЭА, тестостерон в крови и др.), рентгенологическим (КТ гипофиза и надпочечников), инструментальным (ЭКГ, УЗИ, радиоизотопная ренография) и другим исследованиям.

Результаты исследования. Данные исследования позволили распределить больных на группы: 1) адrenaльные инциденталомы (АИ) – 7 б-х (28,0%), 2) хроническая недостаточность коры надпочечников (ХНК) – 2 б-х (8,0%), 3) врожденная дисфункция коры надпочечников (ВДКН) – 1 (4,0%), 4) гиперплазия надпочечников (ГН) – 10 (40,0%) б-х, 5) узловатая гиперплазия надпочечников – 1 (4,0%), 6) узловатая гиперплазия надпочечников с первичным гиперальдостеронизмом – 1 (4,0%), 7) аденома надпочечника (односторонняя) – 1 (4,0%), 8) кортикостерома – 1 б-й (4,0%).

Кроме того, у 2-х больных была выявлена аденома гипофиза (8,0%)

Исследование этиологии АГ при различных объемных образованиях надпочечников и их других заболеваниях выявило их разнообразие. Так, изолированное повышение систолического артериального давления был выявлен у 9 (90%) пациентов с ГН, у 2-х (28,6%) б-х с АИ, и по 1 пациенту с ВДКН, у 1 с кортикотропиномой, у 1 с кортикостеромой, и у 1 с гиперальдостеронизмом. Гипертоническая болезнь была выявлена у 2-х б-х (28,6%) с АИ, у 2 (28,6%) с ГН и у 1 б-го с узловатой ГН. У 1 (14,3%) пациента с АИ была выявлена нейро-циркуляторная дистония (НЦД) по гипертоническому типу. Гипертоническая форма хронического гломерулонефрита оказалась причиной АГ у 1 пациента с АИ (14,3%).

Исследование уровней гормонов показало, что средние значения кортизола крови натощак были в пределах 390, 2 нмоль/л (250-720 в норме), ренина 1,71 нг/мл/час (в норме от 0,5 до 1,9), альдостерона – 144,74 нг/мл (8-172 в норме), то есть в пределах нормы.

Выводы. 1) Исследование показало разнообразие характера заболеваний надпочечников, встречающихся в клинике и сопровождающихся артериальной гипертензией. 2) Наиболее часто ведущей причиной АГ при данной патологии явилось изолированное повышение систолического артериального давления – 15 случаев (60%), на 2 месте по частоте – гипертоническая болезнь – 5 случаев (20,0%), на 3 – НЦД по гипертоническому типу – 1 (8,0%).

КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ХСН ПРИ ПОМОЩИ ИНТЕРВАЛЬНЫХ ТРЕНИРОВОК И ИХ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Эргашев А.И., Маманазарова Д.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Современная тактика ведения больных ХСН включает в себя физическую реабилитацию. По данным ряда клинических исследований, дозированные физические нагрузки оказывают положительное влияние на прогноз больных ХСН.

Цель. Изучить эффективность курса интервальных тренировок у пациентов с хронической сердечной недостаточностью после эпизода декомпенсации.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 46 пациентов от 37 до 71 года, средний возраст составил $54 \pm 11,95$ лет, госпитализированные в клиническую городскую больницу №7, в связи с декомпенсацией ХСН, при достижении ими стабильного клинического состояния. Женщин было 4 (8,7%), мужчин - 42 (91,3%). Стабильность состояния определялась отсутствием симптомов сердечной недостаточности в покое, отсутствием потребности, во внутривенном введении диуретиков, стабильной дозой пероральных мочегонных, как минимум, в течение 3 суток. Больным проводили общеклиническое обследование с регистрацией ЭКГ. Пациенты были рандомизированы с помощью генератора случайных чисел на две группы (группа тренировок и группа сравнения). Курс тренировок продолжался в течение 3 недель.

Результаты исследования. Длительность ХСН к моменту включения в исследование составляла в среднем $2,44 \pm 2,32$ года (минимум - 1 месяц, максимум - 9 лет), состояние 34 пациентов (73,9%) на момент включения в исследование соответствовало II ФК ХСН, у 12 пациентов (26,1%) - III ФК ХСН. Длительность ХСН на момент включения в исследование у пациентов в группе тренировок составляла в среднем $2,32 \pm 1,96$ года (минимум - 1 месяц, максимум - 8 лет), в группе сравнения - $2,57 \pm 2,71$ года (минимум - 1 месяц, максимум - 9 лет). Продолжительность госпитализации перед включением в исследование составила $9,37 \pm 3,73$ суток (минимум - 4 суток, максимум - 15 суток). На момент включения в исследование все пациенты получали пероральные петлевые диуретики. Режим тренировки определяли с помощью «рамп» - теста на велоэргометре (реабилитационная система Ergoline, Германия): в течение 1 минуты педалирования без нагрузки, затем увеличение нагрузки на 25 Вт каждые 10 секунд. Критерием прекращения теста служила невозможность пациентом поддерживать заданную скорость. Тренировки хорошо переносились пациентами, не было зарегистрировано нарастания симптомов ХСН или развития осложнений со стороны сердечно - сосудистой и опорно-двигательной систем. Из 24 пациентов, включенных в группу тренировок, полностью выполнили программу физической реабилитации 22. Два пациента были исключены из исследования: один - перестал посещать тренировки по семейным обстоятельствам, другой - в связи с экстренной госпитализацией по поводу хирургической патологии (острый аппендицит). Прирост максимально достигнутой во время «рамп»-теста нагрузки за две недели составил 11,6%, продолжительность тренировки увеличилась на 16,2%, а мощность тренирующей ступени во время интервальной тренировки - на 17,1%. Прирост максимально достигнутой во время «рамп»-теста нагрузки за третью неделю составил 5,5%, продолжительность тренировки увеличилась на 7,1 %, а мощность тренирующей ступени во время интервальной тренировки - на 8,4%.

Выводы. Таким образом, нагрузочное тестирование в ранние сроки после эпизода декомпенсации ХСН является безопасным при соблюдении стандартных противопоказаний. Установлено положительное влияние 3-недельного курса интервальных тренировок на толерантность к физической нагрузке в сравнении со стандартной терапией.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НСПАР У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМОМ

Элмурадова Н.Х., Жолилова З.Х., Насирова У.Ф.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: Респираторный дистресс-синдром (РДС) является наиболее тяжелой формой дыхательной недостаточности и до настоящего времени представляет большие сложности для своевременной диагностики и адекватной интенсивной терапии. В настоящее время наиболее эффективным методом терапии РДС является применение постоянного положительного давления на выдохе назальными канюлями (NCPAP-nasal continuous positive airway pressure). Доказано что применение раннего NCPAP приводит к сокращению сроков пребывания новорожденных в отделении реанимации, снижает потребность в использовании препаратов сурфактанта, а также уменьшает частоту инвалидизирующих осложнений и позволяет повысить выживаемость. Однако, опыт показывает, что не всегда достигается ожидаемый результат от применения данной респираторной терапии.

Цель: Выявить факторы влияющие на эффективность дыхательной терапии методом NCPAP у новорожденных детей с РДС.

Материалы и методы исследования: Было проведен ретроспективный анализ историй развития новорожденных с РДС получавших респираторную терапию методом NCPAP. Данные собирались на базе Республиканского Специализированного Центра Акушерства и Гинекологии. Проанализированы истории развития 36 новорожденных получавших NCPAP как стартовую респираторную терапию. Эффективность метода определялась по данным клиники (частота дыхания, частота сердечных сокращений, участие вспомогательной мускулатуры), инструментального (Sat_{O_2}) метода исследования.

Результаты обследований: При анализе истории развития новорожденных продолжительность дыхательной терапии NCPAP составила у 7(19,4%) новорожденных с гестационным возрастом 28 недель-6 дней, у 12(33,3%) новорожденных с гестационным возрастом 30 недель-4 дня, у 17(47,2%) новорожденных с гестационным возрастом 34 недель-3 дня. Из 36 обследованных у 4(11,1%) новорожденных стартовая концентрация кислорода во вдыхаемой кислородовоздушной-смеси составила 40%, у 15(41,6%)-30% и у 17(47,2%) новорожденных 21%.

При раннем начале NCPAP терапии у 14(38,8%) новорожденных с 15-й минуты жизни концентрация кислорода во вдыхаемой кислородно-воздушной смеси достигала целевого уровня (21%) за 2,1 дня; с 30-й минуты жизни у 11(30,5%) новорожденных за 2,9 дней; с 1-го часа жизни у 7(19,4%) новорожденных за 3,4 дня и со 2-го часа жизни у 4(11,1%) новорожденных за 4,5 дней.

Выводы: Эффективность и продолжительность дыхательной терапии NCPAP на прямую зависит от гестационного возраста новорожденного. Стартовая концентрация кислорода и скорость её уменьшения во вдыхаемой кислородно-воздушной смеси зависит от времени начала NCPAP.

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА, ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Эргашев И.Т., Ахмедов С.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Актуальность изучения аффективных расстройств при шизофрении у женщин обусловлено недостаточным знанием специфических негативных изменений личности, характерных для данной нозологии, но существенно влияющих на их социальное функционирование и прогноз заболевания. К тому же малоизученной остается взаимосвязь между эмоционально – волевыми нарушениями и аффективными расстройствами.

Цель и задачи исследования – выявление клинической специфики аффективных расстройств у женщин, страдающих шизофренией, для улучшения прогноза данного заболевания.

Материалы и методы исследования. Были обследованы 28 пациенток, страдающих шизофренией, в возрасте от 20 до 32 лет. Основными методами исследования были клинико-патопсихологический и модифицированный тест изучения – опросник MMPI-I. Taylor.

Результаты исследования и обсуждение. В зависимости от типа и степени выраженности аффективных расстройств все обследуемые были разделены на следующие подгруппы:

Обследуемые без изменений личности и с мало выраженными различными смешанными аффективными расстройствами - 5 (17,85%). Среди эмоциональных изменений личности преобладали нарушения субдепрессивного и тревожного характера.

Обследуемые с начальными изменениями личности и с преобладанием в клинической картине аффективных расстройств гипоманиакального и маниакального спектра - 6 (21,42%). В нарушениях аффективного спектра доминировал маниакальный синдром. Обследуемые с начальными изменениями личности и с преобладанием в клинической картине аффективных расстройств субдепрессивного и депрессивного синдромов - 7 (25,0%). В данной подгруппе ведущим клиническим признаком являлся симптомокомплекс глубокой витальной депрессии. Обследуемые с выраженными изменениями личности и наличием в клинической картине чередующихся маниакального и депрессивного синдромов - 10 (35,71%). В данной подгруппе все обследуемые обнаруживали необратимые расстройства эмоционально-волевой сферы и смешанные варианты аффективных нарушений.

Выводы: Таким образом, можно судить об утяжелении прогноза течения шизофрении у женщин, в зависимости от степени выраженности различных аффективных синдромов. Исследование выявило связь между характером смешанности различных аффективных расстройств и степенью тяжести дефекта эмоционально-волевой сферы.

АНАЛИЗ ДИНАМИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ У ЖЕНЩИН

Эргашев И.Т., Ахмедов С.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Несмотря на большое количество исследований, посвящённых изучению этиологии и клиники шизофрении, до сих пор остаётся ряд «белых пятен», касающихся гендерных вопросов течения заболевания. Некоторые формы шизофрении протекают быстро и неблагоприятно, но существуют и некоторые более благоприятные варианты течения, при которых ядро личности пациентов сохраняется до поздних стадий заболевания. К тому же течение параноидной шизофрении сильно различается у мужчин и женщин.

Цель и задачи исследования - изучить особенности динамики течения параноидной шизофрении у женщин в плане нарастания снижения в эмоционально-волевой сфере.

Материал и методы исследования. Клинико-катамнестическим методом было проведено исследование 20 пациенток, находящихся на лечении в ГКПБ ГУЗ г. Ташкента в возрасте от 20 до 32 лет, с диагнозом – «параноидная шизофрения» (по МКБ-10 F 20.0). Средний возраст обследуемых составил 26 лет.

Результаты исследования и обсуждение. По данным проведенного исследования, в зависимости от типа течения и степени выраженности гипобулических осложнений (эмоционально-волевого снижения) исследуемые всего контингента были поделены на 3 большие группы:

1. Исследуемые практически без каких-либо признаков снижения в эмоционально-волевой сфере (4 чел. – 20 %). Как правило, тип течения характеризовался как периодический. Приступы в анамнезе были немногочисленными (2-3 раза) с длительными по несколько лет «светлыми промежутками».

2. Исследуемые со снижением в эмоционально-волевой сфере (7 чел. – 35 %). Ведущим типом течения был приступообразно-прогредиентный. Приступы в динамике заболевания были довольно частыми (5-7 р.) с короткими периодами ремиссии и после каждого происходил характерный сдвиг (нем. «shzub») в сторону нарастания дефекта личности.

3. Исследуемые с выраженными нарушениями в эмоционально-волевой сфере по типу гипобулических (9 чел. – 45%). Во всей группе тип течения характеризовался как непрерывный. Показательно, что у всех пациенток вначале заболевания отмечались приступообразные варианты динамики, которые в процессе заболевания трансформировались в хронические формы.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование показало, как в зависимости от типа динамического варианта происходит формирование нарушений эмоционально-волевой сферы. Чем чаще возникают приступы, тем интенсивнее и быстрее происходит формирование дефекта ядра личности. Особенно это показательно тогда, когда на поздних этапах заболевания происходит хронизация процесса.

КРИТЕРИИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭСПЕРТИЗЫ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЩИТОВИДНОГО ХРЯЩА

Эргашев И.Б., Пириева Л.В.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: при борьбе или различных нападениях у потерпевших, которых душили (странгуляционный вид механической асфиксии, удушением руками, удушение петлей) определяются множественные травмы, как органов шеи так и других областей тела, часто головы (черепно-мозговые травмы). Так как симптоматика ЧМТ при обращении потерпевших за медицинской помощью преобладала над другими симптомами, данные потерпевшие не обследуются в отношении выявления травмы органов шеи.

Цель и задачи: выявление клинических проявлений повреждений щитовидного хряща при сочетанных повреждениях в виде черепно-мозговой травмы и травмы органов шеи и разработка судебно-медицинских критерий диагностики.

Материалы и методы: нами были проведены судебно-медицинские экспертизы 15 случаев экспертизы живых лиц с черепно-мозговыми травмами в сочетании с повреждениями хрящей гортани, изучены представленные медицинские документы (истории болезни).

Результаты исследования: При исследовании данных материалов было установлено, что во всех случаях после полученного лечения, угасания общемозговой симптоматики на первое место выходили жалобы на боль в горле. Потерпевшим вновь приходилось обращаться в медицинские учреждения для повторного обследования (в сроки более 2-3 недель после получения травм). Диагноз «Перелом щитовидного хряща и рожков щитовидного хряща» по истечению такого большого срока был выставлен только на основании МСКТ. В изученной нами литературе указывается, что подобные повреждения хрящей гортани сопровождаются выраженными клиническими проявлениями в виде отека гортани, нарушения речи, боли при глотании. Однако при преобладании общемозговой симптоматики, в первые сроки после получения травмы симптоматика повреждения хрящей гортани уходит на второй план. Данные потерпевшие не обследуются на предмет получения травмы со стороны гортани. Соответственно степень тяжести телесных повреждений у недообследованных потерпевших будет определяться без учёта повреждения хрящей гортани, что приведёт к неправильным выводам и неверной квалификации данного преступления по статьям уголовного кодекса.

Выводы: На основании проведённых исследования можно сказать, что потерпевшим получившим даже незначительную травму в области горла, для повышения достоверности судебно-медицинских заключений и разработки судебно-медицинских критериев необходимо полное обследование у ЛОР врача с использованием дополнительных методов исследования для исключения травмы хрящей гортани.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТАБИЛИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ КОМПРЕССИОННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ

Эргашов А.Р., Халикулов Э.Ш.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: Травматические повреждения нижнегрудного и поясничного отделов составляют более 50% всей травмы позвоночника. В структуре повреждений позвоночника выделяют стабильные и нестабильные переломы. Для предотвращения травматизации нервных и сосудистых структур позвоночного канала при нестабильных повреждениях показано проведение стабилизирующих операций.

Цель работы: улучшить результаты хирургического лечения больных с неосложненными травматическими компрессионными переломами грудно-поясничного отдела позвоночника.

Материалы и методы: анализированы результаты хирургического лечения 16 больных с травматическими компрессионными переломами нижнегрудного и поясничного отделов позвоночника. Из них 8 больных с переломами тел (D7-D12), 6 больных с повреждениями (L1-L5). Во всех наблюдениях повреждения позвоночника сопровождались выраженным локальным болевым синдромом, у 2-х больных на фоне локального болевого синдрома позвоночника определялся корешковый синдром с уровня пораженного сегмента. Интенсивность болевого синдрома оценивалась с применением визуально-аналоговой шкалы (ВАШ). Как скрининговые методы исследования использовались: спондилография и КТ позвоночника, 3 больным с явлениями корешкового синдрома дополнительно выполнена МРТ. Показания к хирургическому лечению определялись на основании клинических и инструментальных методов исследования. Все больные были оперированы с применением транспедикулярного метода стабилизации.

Результаты и обсуждения: по шкале ВАШ: у 12 (75%) отмечался полный регресс болевого синдрома, у 2-х (12,5%) больных болевой синдром регрессировал с 9 до 3 баллов, у 2-х больных (12,5%) болевой синдром регрессировал с 10 до 4 баллов. В остром периоде (не более 3-х суток после травмы) у 10 больных оперированных методом транспедикулярной стабилизации удавалось частично восстановить высоту пораженного тела позвонка и коррегировать анатомическую ось.

Выводы: применение транспедикулярных методик хирургического лечения у больных с нестабильными переломами грудно-поясничного отдела позвоночника в остром периоде, позволяет значительно сократить период реабилитации, позволяет уменьшить выраженность болевого синдрома.

СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ АМЛОДИПИНОМ

Эрназарова М.М., Рузметова И.А., Назирова М.Х.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования: Изучить состояние функции почек у больных хронической сердечной недостаточностью на фоне терапии амлодипином.

Материалы и методы: Обследовано 30 больных, с ХСН II А и II Б стадии (по классификации Н.Д.Стражеско и В.Х.Василенко), II-III функционального класса (ФК) (по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца [NYHA]), средний возраст которых составил $51,9 \pm 5,9$ года. Все больные обследованы по стандартам диагностики: ЭКГ, ЭХОКГ, холестерин, липопротеиды, коагулограмма. Функциональное состояние почек оценивалось по показателям креатинина, мочевины и СКФ, которое определяли по формуле Кокрофта-Голта. На фоне основной терапии ХСН, включавшей бета-адреноблокаторы, антиагреганты, диуретики, больным был назначен амлодипин в суточной дозе 5 мг. Длительность терапии составила 10 дней. Показатели среднего систолического артериального давления исходно составили 145 ± 7 мм.рт.ст. Показатели среднего диастолического АД составили 95 ± 4 мм.рт.ст. Исходные показатели креатинина и мочевины крови составили $129 \pm 5,9$ мкмоль/л и $9,6 \pm 2,1$ ммоль/л соответственно. Уровень креатинина превышал норму на 20,9% ($p < 0,05$), а мочевины на 18,6% ($p < 0,05$). СКФ оказалась сниженной на 42,5% ($p < 0,05$) по сравнению с группой контроля. В динамике на фоне основной терапии после лечения амлодипином уровень креатинина и мочевины снизился до $105 \pm 3,6$ мкмоль/л и $7,3 \pm 1,4$ ммоль/л соответственно. Тогда как в группе больных получавших только основное лечение ХСН, уровень креатинина составил $125 \pm 5,9$ мкмоль/л, а уровень мочевины $8,9 \pm 2,1$ ммоль/л. В динамики терапии средние показатели артериального давления имели тенденцию к нормализации. Показатели САД и ДАД составили 130/85 и 125/85 мм.рт.ст., соответственно в I и во II группе. В динамике среднее снижение СКФ составило 24,2% ($p < 0,05$) по сравнению с группой контроля.

Вывод: таким образом, назначение амлодипина на фоне основной терапии у больных ХСН, благоприятно влияет на состояние функции почек, что проявляется снижением уровня креатинина, мочевины и снижением АД.

СОСТОЯНИЕ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ

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 массивности и экономическому ущербу только острым респираторным заболеваниям и гриппу.

Цель исследования: изучить изменение иммунного статуса при сальмонеллезе *S.typhi murium* у детей раннего возраста.

Материалы и методы. В исследование были включены 30 больных (25 мальчиков и 5 девочек) в возрасте от 6 месяцев до 3 лет с бактериологически подтвержденным сальмонеллезом находившихся на стационарном лечении. Из них среднетяжелая форма выявлена у 12 (40%) детей, тяжелая - у 18 (60%) больных. Контрольную группу составили 20 практически здоровых детей того же возраста. Диагноз ставили на основании данных анамнеза и результатов клинико- лабораторных и бактериологических исследований. Содержание общего пула Т- лимфоцитов (CD3), иммунорегуляторных популяций- хелперов (CD4), супрессоров (CD8), В- лимфоцитов (CD20) определяли с использованием моноклональных антител. Содержание иммуноглобулинов классов А, М, G (IgA, IgM, IgG) в сыворотке крови определяли методом простой радиальной иммунодиффузии в геле по Манчини (1969).

Результаты исследования и их обсуждение. Полученные результаты иммунобиологических исследований показывают, что у всех больных с сальмонеллезом отмечалось достоверное повышение общего количества лейкоцитов в 1,4- 3 раза ($p<0,05$) и у 40 % больных понижение общей лимфоцитарной фракции в 1,2 – 1,6 раза ($p<0,01$) по отношению к контролю. Изменения Т- клеточного звена сопряжены с повышением абсолютного и относительного числа CD3 Т- лимфоцитов в 1,2 раза у 30 % больных. Субпопуляционный состав Т- лимфоцитов при сальмонеллезе претерпевает незначительные изменения. В 23,3 % случаев относительное содержание клеток с хелперно- индукторной активностью в 1,3-1,6 раз ниже здорового контроля. У 50 % детей исследуемой группы выявлена тенденция к увеличению по отношению к контролю относительного числа Т – лимфоцитов, экспрессирующих CD8 антиген ($p<0,05$). У большинства больных (60%) иммунорегуляторный индекс (ИРИ = $CD4/CD8$) оставался на уровне контрольных параметров, лишь у 33,3 % больных отмечалась депрессия ИРИ ($1,08 \pm 0,03$ в контроле $p<0,01$). Достоверное увеличение в 1,4 раза уровня CD20 лимфоцитов обнаружено у 26,6 % детей ($p<0,05$). У 30% пациентов увеличение количества В- лимфоцитов в среднем в 1,5 раза не отразилось на активации их функции оцениваемой по продукции IgA, IgM, IgG. При исследовании гуморального иммунитета отмечалась дисиммуноглобулинемия: содержание IgG составило $1185,9 \pm 29,6$ мг/мл ($p<0,01$); IgM- $143,73 \pm 6,1$ мг/мл ($p<0,05$); IgA $128,23 \pm 6,7$ мг/мл ($p<0,01$). Анализ показал, что у пациентов, больных сальмонеллезом, было отмечено достоверное повышение содержания IgA в сыворотке крови, что подчеркивает особую роль IgA в защите прежде всего слизистых оболочек от внедрения болезнетворных микроорганизмов.

Таким образом, при сальмонеллезе имеются незначительные изменения клеточного звена иммунитета, выражающиеся в снижении относительного количества лимфоцитов, иммунорегуляторного индекса с повышением Т- супрессоров (CD8). Наблюдается активация В- системы иммунитета, проявляющаяся ростом CD20 лимфоцитов и иммуноглобулинов основных классов (преимущественно IgG и IgA).

СОСТОЯНИЕ ОРГАНА ЗРЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ У ЖЕНЩИН С ГЕСТАЦИОННОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Юлдашева З.Б., Хамраева Л.С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. По данным ВОЗ, гестационная гипертензия является одной из основных причин перинатальной заболеваемости и смертности. Отечественные и зарубежные офтальмологи пришли к единодушному мнению о важной роли патологии беременности, родов и послеродового периода в возникновении врожденной патологии глаз. Однако большая часть исследований посвящена узконаправленному изучению той или иной патологии перинатального периода, тогда как у перинатально пострадавших детей имеет место комбинация нескольких её видов. Изучение возможной связи изменений органа зрения новорожденных с гестационной гипертензией их матерей определило необходимость данного исследования.

Цель исследования. Изучить состояние органа зрения новорожденных, родившихся у женщин с гестационной гипертензией.

Материалы и методы исследования. В Республиканском перинатальном Центре МЗ РУз обследовано 15 новорожденных (из них 6 девочек и 9 мальчиков) родившихся от матерей с гестационной гипертензией. Основными методами выявления офтальмопатологии у новорожденных являлись наружный осмотр, офтальмоскопия бинокулярным офтальмоскопом Скепенса и фоторегистрация глазного дна широкопольной цифровой камерой RETCAM.

Результаты и обсуждение. Гестационный возраст новорожденных варьировал в пределах 28-42 недель, а вес при рождении от 750 до 3000 гр. Также были обследованы 14 матерей (у одной роды двойней) с гестационной гипертензией. У 9 из них были первые роды, а у 5 повторные. У 6 матерей наблюдалась преэклампсия легкой степени, у 5 средней степени, у 3 тяжелой степени. Из 15 детей 12 (80%) родились недоношенными, причиной рождения детей в ранние сроки по данным истории родов явилась гестационная гипертензия. Проведенный офтальмологический скрининг показал, что изменения со стороны зрительного анализатора регистрируются у 93,3% детей. У 66,7% имеется ретинопатия недоношенных различной степени (у 50% детей ретинопатия недоношенных I-степени, у 40% II-III-степени, у 10% IV-степени), у 20% новорожденных выявлена ангиопатия сосудов сетчатки, у 6,7% миопия слабой степени, у 6,7% патология не выявлена.

Вывод. Исследования показали, что дети родившиеся от матерей с гестационной гипертензией подвергнуты изменениям зрительного анализатора, тяжесть гестационной гипертензии приводит к преждевременным родам, что является причиной рождения недоношенных детей и увеличивает риск развития ретинопатии недоношенных.

КЛИНИКА И ПЕЙЗАЖ ОТОМИКОЗА У ДЕТЕЙ
Юлдашева С.А., Бабаханов Г.К.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Заболеваемость микозами растет во всех странах мира (по ВОЗ - каждый 4-й житель планеты имеет грибковое заболевание).

Отомикозы у детей встречаются в 50% всех диагностированных случаев микозов ЛОР-органов. Удельный вес наружного отомигоза среди отитов другой этиологии составляет 18,6%, а в детском возрасте - 26,3%. Грибковое заболевание ЛОР-органов чаще встречаются у детей, чем у взрослых, что в значительной степени обусловлено дисбактериозами детского возраста а также различными факторами, ослабляющими реактивности детского организма.

Цель исследования. Повышения эффективности диагностики и лечения отомигоза наружного слухового проход а у детей, путём изучение микотического пейзажа отомигоза у детей.

Материал и метод исследования. В исследование были включены 30 пациентов в возрасте от 4 до 18 лет с острыми отитами грибково-бактериальной этиологии, находившиеся на стационарном лечении в ЛОР-отделении ТашПМИ. Среди обследованных больных было отмечены следующие симптомы: зуд (15%), инфильтрация и гиперемия кожи (65%), выделение из наружного слухового прохода (20%), боль в ухе (20%). Необходимо отметить, что в возрастном аспекте преобладали у детей младшего возраста инфильтрация и гиперемия кожи наружного слухового прохода (65%), выделение из наружного слухового прохода (20%), а у детей старшего и подросткового возраста зуд (15%), боль в ухе (20%).

Всем больным проведено микроскопическое исследование патологического отделяемого наружного уха. Окраска проводилась по Грамму и Романовского-Гимза. При кандидозе дрожжеподобные грибы хорошо видны в виде почкующихся клеток, нитей псевдомицелий, аспергиллы- в виде конидий, мицелия и головок, пенициллы- в виде септированных нитей мицелия, при мукозозах-широкий несептированный мицелий, шаровидные спорангии и споры. Вторым этапом производили посевы патологического материала на элективные среды Сабуро, солодовый агар. Микробиологическое обследование больных с использованием описанных методик проводилось до, и после лечение (через 10 дней) выполнялся контрольное исследования ушей, с целью определения эффективности проведенного лечения.

Результаты исследования. По данным наших исследований, наибольший процент составляют *Aspergillus* spp. 15 (50%). Второе место принадлежит дрожжеподобным грибам *Candida* spp. 10 (33.3%). Третье место отводят *Penicillium* spp. 3 (10%), на 4 месте - *Mucor* spp. 2 (6.6%).

Выводы. 1. Исследования проводимыми нами показали, что у больных с отомигозам преобладают такие симптомы как боль в ухе, инфильтрация и гиперемия кожи наружного слухового прохода, выделение из уха, зуд.

2. Было выявлено явное преобладания *Aspergillus* spp. (50%) у детей старшего и подросткового возраста, а у детей младшего возраста *Candida* spp. (33.3%).

СОВРЕМЕННЫЙ И ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ У ДЕТЕЙ

Юльбарсов О.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Проблема хронической нейросенсорной тугоухости и глухоты (ХНСТ) у детей постоянно находится в центре внимания исследователей. Это объясняется тем, что число детей с тугоухостью и глухотой не снижается, а многие факторы, воздействующие на орган слуха растущего организма ребенка, приобретают в современных условиях все большее значение. Около 6% населения земного шара (278 млн человек) страдают глухотой или имеют проблемы со слухом. По статистическим данным Всемирной организации здравоохранения по индустриально развитым странам, количество лиц в мире, страдающих нарушениями слуха различной этиологии, составляет порядка 300 млн. Эта патология возникает при повреждении чувствительных нервных волокон внутреннего уха, слухового нерва и центральных образований слуховой системы, т.е. включает в себя все уровни поражения слухового анализатора. Современный подход к диагностике нейросенсорной тугоухости предусматривает речевую аудиометрию (разговорная и шепотная речь), а в свою очередь применение специальных обследований (исследование слуховых ВП и т.д.) позволит определить локализацию уровня поражения слухового нерва и дифференцировать нейросенсорную и корковую (проявившейся в результате повреждения соответствующих участков головного мозга) глухоту, что определит дифференцированный подход к терапии.

Цель исследования. На основании определения основных направлений в диагностике сенсоневральной тугоухости позволит определить дифференцированный подход к терапии.

Материал и методы исследования. Были исследованы 15 детей в возрасте 1-14 лет с нейросенсорной тугоухостью. Всем больным проводили клинико-неврологическое исследования, слуховые вызванные потенциалы, электроэнцефалография.

Результаты исследования. Всем больным были проведены следующие исследования: ЭЭГ, МРТ головного мозга, СВП. У 9 больных на ЭЭГ регистрировалась эпилептиформная активность в глубинных отделах головного мозга(60%), у 3 больных на ЭЭГ регистрировалась островолновая активность в затылочных отделах головного мозга(20%), у 3 больных – условно-нормальное ЭЭГ(20%). У больных, как правило, на МРТ головного мозга признаков наличия структурных изменений головного мозга не было выявлено. При исследовании КСВП у детей с нейросенсорной тугоухостью выявлено четкое и резкое укорочение волн КСВП по отношению к норме. Лишь при высоких уровнях интенсивности стимула латентный период КСВП приближался или полностью совпадал с латентным периодом отолгически нормальных детей, а у детей с кондуктивной тугоухостью все волны появлялись лишь при интенсивности стимула 30 дБ над порогом слышимости детей, что существенно отличает их от образования таковых у больных с нейросенсорной тугоухостью.

Выводы. Все вышеизложенное позволяет говорить о достаточно четких дифференциально-диагностических различиях КСВП при тугоухости, обусловленной нарушением звукопроводения в среднем ухе, и при тугоухости нейросенсорной природы.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРОДУОДЕНИТА У ШКОЛЬНИКОВ

Якубова Д.М., Каримова М.Н

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность проблемы. В последние годы проблема профилактики гастроэнтерологических заболеваний детей школьного возраста становится всё актуальнее. Это связано с увеличением хронических воспалительных заболеваний желудочно-кишечного тракта среди данной категории. При этом преобладают хронические гастродуодениты, длительное рецидивирующее течение которых приводит к значительному снижению качества жизни детей и развитию различных осложнений. Иногда данные осложнения являются причиной инвалидизации уже в юношеском возрасте.

Цель: изучить особенности клинического течения хронического гастродуоденита у школьников.

Материалы и методы. Обследовано 132 детей в возрасте от 7 до 15 лет из них 72 (54,6%) мальчиков и 60 (45,4%) девочек. Исследования проведены в школе №235 Юнусабадского района г.Ташкента. Проведен анализ анамнеза жизни, болезни путем анкетирования школьников и их матерей, анализ истории развития ребенка по Ф112, оценка настоящего соматического статуса и ЭФГДС.

Результаты и обсуждения. У всех обследованных больных диагноз хронического гастродуоденита подтвержден эндоскопически. В ходе исследования установлено, что пик заболеваемости гастродуоденитом приходится на возрастную категорию 10-13 лет – 61,2%; в 13-15 лет – 23,3 %; 7-10 лет – 15,5 %. Анализ жалоб показывает, что дети младшей возрастной группы чаще жаловались на боли в животе, дети в возрасте 10-13 лет - на диспепсические явления, 13-15 лет - диспепсические явления и астено-вегетативного характера жалобы. Болевой синдром разной интенсивности отмечался в 100 % случаев, в виде приступов длительностью 5-10 минут: слабо выраженный – 8,3 %, средней – 64,3 %, сильной степени – 27,4%. Связь с приемом пищи отмечалась у 51 (38,63%) детей, а у 37 (28,1%) детей не связано с приемом пищи, в 44 (33,3 %) детей отмечался мойнигановский ритм болей; боль-прием пищи-уменьшение боли. Последнюю группу больных мы расценивали как группу риска по язвенной болезни. Сезонность болевого синдрома (весна-осень) выявлена у 71 (53,8%), что обусловлено метеолабильностью больных. Диспепсический синдром наблюдался чаще у подростков (88,6%) и проявлялся изжогой (28,03%) и отрыжкой (60,6%). У 56 % в анамнезе указания на хронические запоры. У 86 % детей была высокая и средняя степень двигательной активности в течение дня. Анализ режима и качества питания показывает, что 58,3% детей питались регулярно, у 41,7 % детей нерегулярное питание. У 73 (55,3%) детей выявлено сбалансированное питание, у 49 (44,7%) детей несбалансированное питание. Проявления полигиповитаминоза отмечены у 84 (63,6%) больных, эмоциональная лабильность у 69 (52,3%), головные боли у 57 (43,2%).

Выводы. Таким образом, изучение особенностей клинических проявлений гастродуоденита у школьников позволит своевременно диагностировать данное заболевание и провести комплекс лечебно-профилактических мероприятий по предупреждению хронизации воспалительных заболеваний желудочно-кишечного тракта.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПИЛОРОСПАЗМА И ПИЛОРОСТЕНОЗА У ДЕТЕЙ

Якубова Л.Т., Умарова Д.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность темы: Врожденный пилоростеноз – генетически обусловленное заболевание, причиной которого является перерождение мышечного слоя пилорического отдела, его утолщение, что связано с нарушением иннервации. В результате просвет пилорического отдела прогрессивно уменьшается и пища из желудка не попадает в двенадцатиперстную кишку.

Врожденные пороки пищеварительной системы встречаются с частотой 3,4 случая на 100 перинатальных вскрытий, составляя 21,7% от всех аномалий развития. В структуре пороков развития врожденный пилоростеноз встречается довольно часто, уступая лишь порокам развития опорно-двигательного аппарата и сердечно-сосудистой системы.

Цель исследования: Улучшение своевременной и дифференциальной диагностики пилороспазма и пилоростеноза у детей путем применения современных методов эхографии.

Материалы и методы исследования: литературные источники научных публикаций по лучевой диагностике в гастроэнтерологии за последние 10 лет.

Результаты: Мы проанализировали причины несвоевременной диагностики заболевания. Оказалось, что сложности в постановке диагноза имели место в следующих случаях: при наличии пилоростеноза у девочек; когда клинические проявления заболевания отмечались в более старшем возрасте; когда наблюдалась стертая клиническая картина пилоростеноза; при сочетании пилоростеноза с пороками развития или инфекционно-воспалительными заболеваниями. Одной из причин поздней диагностики пилоростеноза оказалась нечеткая выраженность клинических симптомов, которые развивались постепенно, без выраженных манифестных признаков, в результате чего пилоростеноз 3-й и 4-й степени диагностировался в более поздние сроки и, как правило, дети наблюдались с диагнозом перинатальной энцефалопатии и пилороспазмом. В некоторых случаях приходилось проводить повторную гастроскопию. У определенной группы новорожденных сложности в постановке диагноза пилоростеноза были связаны с пороками развития, и тогда дети поступали в клинику в первые дни жизни. В этих случаях пилоростеноз диагностировался гораздо позже, иногда даже выявлялся при патологоанатомическом исследовании. Выявлялось сочетание со следующими пороками развития: врожденные пороки сердца, полидактилия, гипоплазия легких, паховые грыжи.

Ультразвуковая диагностика, будучи высокоинформативным, неинвазивным, безопасным методом, широко применяется в детской практике. Трудности проведения у детей фиброгастродуоденоскопии и противопоказания к рентгенологическому методу у детей, привело к использованию ультразвукового метода в диагностике пилороспазма и пилоростеноза.

При УЗИ возможно выявление трех симптомов, характеризующих пилоростеноз: удлинение привратника (более 20 мм.), сужение просвета канала и утолщение мышечного слоя (более 4 мм.). К косвенным признакам пилоростеноза при УЗИ можно отнести увеличение размеров желудка, наличие в его просвете большого количества слизи, остатков пищи (иногда, несмотря на предварительную подготовку), появление перистальтических волн. При пилороспазме канал может долго быть в сокращенном состоянии, но утолщения мышцы не происходит. На фоне адекватной терапии через некоторое время определяется нормальный пассаж и неизменные стенки привратника желудка.

Выводы: Проведенные нами анализ литературных источников свидетельствуют о высокой чувствительности ультразвукового исследования и возможности ее применения в дифференциальной диагностике пилороспазма и пилоростеноза. Таким образом, применение эхографических критериев для дифференциальной диагностики

пилороспазма и пилоростеноза позволяет значительно повысить точность и информативность и как следствие диагностическую ценность неинвазивного способа ультразвукового исследования гастродуоденального комплекса с целью выбора оптимального метода лечения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БАКТЕРИОФАГОВ ПРИ СТАФИЛОКОККОВЫХ ЭНТЕРОКОЛИТАХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Якубова Н.Р., Рихсиева Г.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Источником стафилококковой инфекции у детей раннего возраста может быть мать, страдающая стафилококковой инфекцией (мастит, тонзиллит, эндометрит и др).

Ребенок инфицируется во время родов, а также пищевым путем, контактным и воздушно-капельным путем. Зачастую основными клиническими проявлениями являются повышения температура тела различной степени выраженности, а также рвот, жидкий стул, явления метеоризма, гепатоспленомегалия, имеются проявления астеновегетативного синдрома, отставание в физическом развитии. По данным литературных источников при энтероколитах стафилококковой этиологии дисфункция кишечника принимает затяжное течение, нормализация стула происходит после 3-4 недели заболевания. Может быть рецидивирование процесса.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинической эффективности поливалентного бактериофага в лечении стафилококковой инфекции у детей раннего возраста. Для достижения поставленной цели было обследовано 58 детей в возрасте с 2 месяцев до 1 года со стафилококковыми энтероколитами. Методика обследования включала в себя подробное изучение жалоб, анамнеза больных, объективный осмотр, бак. посев и посев на чувствительность, общеклинические методы исследования, анализ на гемокультуру, определение чувствительности возбудителя к антибиотикам. Дети были поделены на 2 группы. В первую группу вошли пациенты получавшие только стандартную терапию, во второй группе после стандартной терапии проводился курс лечения поливалентным интестиобактериофагом. Он является высокоэффективным биологическим препаратом антибактериального действия и не нарушает нормального биоценоза кишечника, а также незаменим при устойчивой восприимчивости возбудителя к антибиотикотерапии. Бактериофаг давали 2 раза в сутки натощак за 1,5-2 часа до приема пищи, в дозировке 10-15 мл на один прием. У больных обеих групп при поступлении наблюдалась схожая симптоматика: снижение аппетита, срыгивание, рвота, повышение температуры, частый жидкий стул. В динамике лечения мы обращали внимание на более быструю положительную динамику клинических признаков основного заболевания. У больных во второй группе: нормализацию температуры, улучшение общего самочувствия, улучшения аппетита, урежение стула и нормализацию копрологии. После проведенного курса были проведены общеклинические анализы и бактериологический посев. Побочных явлений и осложнений в ходе проводимой терапии не наблюдалось.

Вывод: у больных первой нормализация показателей наблюдалась в более поздние сроки у 3 больных отмечался рецидив заболевания, тогда как у пациентов второй группы рецидивов заболевания не отмечено, нормализация клинической симптоматики наступала в более ранние сроки. Таким образом следует, что бактериофаг может использоваться для лечения стафилококковых заболеваний у детей раннего возраста.

КОМПЛЕКСНАЯ ЭХОГРАФИЯ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА

Якубова Н.З., Абзалова М.Я.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: орган зрения является важнейшим органом познания внешнего мира. Основная информация об окружающей деятельности поступает в мозг именно через этот анализатор. Ранняя диагностика объемных образований глазного яблока - одна из актуальных проблем современной офтальмологии, что связано с высоким риском потери зрительных функций и инвалидизации этой категории больных.

Несмотря на большое количество публикаций, возможности и ограничения ультразвукового исследования при новообразованиях глазного яблока, остаются недостаточно изученными. В последние годы отмечено увеличение частоты опухолей органа зрения. Все вышеизложенное обосновывает актуальность проблемы и предопределяет цели и задачи данного исследования.

Цель исследования: оптимизировать диагностику новообразований глазного яблока с использованием комплексной эхографии.

Материалы и методы исследования: исследования были проведены на базе Республиканского научного центра онкологии в отделении офтальмоонкологии на ультразвуковом диагностическом аппарате «Medison Accuvix XQ». Клинические материалы базировались на результатах 50 обследованных больных с новообразованиями глазного яблока. Из них 28 (56%) мужчин, 22 (44%) женщины.

Результаты: На первом месте по простоте использования и скорости получения информации о новообразованиях глазного яблока стоит УЗИ. В наших исследованиях у 32 больных (мужчины 14 (43,7%), женщины 18 (56,3%)) предварительный диагноз был установлен с первого ультразвукового исследования.

Выводы: успех хирургического лечения во многом зависит от правильной и ранней диагностики.

МУНДАРИЖА

Abdukodirov A.A., Nurmukhamedov H.K.	PARENTERAL NUTRITION IN CHILDREN POSTOPERATIVE PERIOD	3.
Akhmedov E.M., Agzamhodzhaev T.S.	COMBINED MULTIMODAL ANESTHESIA IN CHILDREN WITH OTOLARINGOLOGICAL OPERATIONS	4.
Asomov M.I., Khodjanova Sh.I., Gaffarova F.K.	EL CURSO CLÍNICO DE INFARTO DE MIOCARDIO EN EL ASPECTO DE LA EDAD	5.
Ayupova D.Sh., Madjidova Yo.N.	CLINICAL- NEUROSONOGRAPHIC, DOPPLEROGRAPHIC FEATURES OF CEREBRAL HEMODYNAMICS IN CHILDREN WITH TORCH INDUCED ENCEPHALOPATHY	6.
Z.M.Berdiev., A.S.Yusupov.	CHOICE OF METHODS ANESTHESIA AT SMALL TRAUMATOLOGY OPERATIONS IN CHILDREN	7.
En Y. A.	FEATURES OF AFFECTIVE SPHERE AND PSYCHOPATOLOGICAL DISORDERS IN HYPERTENSION DEASES	8.
Irmukhamedov T.B.	PECULIARITY OF EMOTIONAL SPHERE IN CHILDREN WITH AUTISTIC DISORDER	9.
Makhumov D.L., Abdullaeva U.U.	FEATURES IRON DEFICIENCY ANEMIA IN HIV-INFECTED CHILDREN DEPENDING ON THE DEGREE OF IMMUNOSUPPRESSION	10.
Malikova F., Rashidov F.	INFLUENCE OF THE CANDIDA INFECTION TO CLINICAL COURSE OF SALMONELLOSIS AT CHILDREN	11.
Rajabova Sh.A., Maksudova H.N., Babajanova U.T.	MEETING FREQUENCY AND CHARACTERISTICS OF PROGRESSIV MUSCUL DYSTROPHY IN A URGENCH CITY	12.
Sh.Zh. Razhabov., T.S. Agzamhodzhaev	COMBINED ANESTHESIA USING PROPOFOL IN UROLOGICAL OPERATIONS CHILDREN	13.
Ruzmatova D.M., Ahmedova N.R.	CLINICAL CHARACTERISTICS OF JUVENILE RHEUMATOID ARTHRITIS' COURSE IN CHILDREN	14.
Taylakova K.B., Khamrayeva L.S.	THE CASE OF THE PATIENT'S CLINICAL OBSERVATION WITH THE COMBINATION OF STARGARDT'S DISEASE AND ISCHEMIC OPTIC NEUROPATHY	15.
Tuychiyev D.B., Tokhirov Sh.M.	POSTOPERATIVE INTENSIVE CARE FOR CHILDREN WITH VENTRICULAR SEPTAL DEFECT, PULMONARY HYPERTENSION COMPLICATED	16.
Usupova M.B., Sharipova F.K.	CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL FEATURES OF PATIENTS WITH DYSTHYMIC DISORDER	17.

Utegenova S.K Shadzhililova M.S	MEANING ENZYME IN VIRAL HEPATITIS IN CHILDREN.	18.
Xodjanova Sh.I., Asomov M.I., Gaffarova F.K.	THE STATE OF THE RENAL FUNCTION IN PATIENTS WITH THE CHRONIC HEART FAILURE	19.
Zakirova U.R., Gaffarova F.K.	ARTERIAL HYPERTENSION IN COMBINATION WITH METABOLIC SYNDROME	20.
Аббасова Д.С., Абдуллаева В.К.	ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕВРОТИЧЕСКОГО ЭНУРЕЗА У ДЕТЕЙ	21.
Аббасова Д.С., Абдуллаева В.К.	ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ С НЕВРОТИЧЕСКИМ ЭНУРЕЗОМ	22.
Абдувалиев А.А., Вахобов В.Ф.	СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ СПАЗМА АККОМОДАЦИИ	23.
Абдумуминова К.С., Каримова М.Н.	КЛИНИКО - ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЦИДИВИРУЮЩИХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ И ПУТИ ИХ КОРРЕКЦИИ	24.
Абдураимов О., Усманходжаева А.А.	ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ НА ЭТАПАХ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ СПОРТСМЕНОВ С ТРАВМАМИ И ЭНТЕЗОПАТИЯМИ КОЛЕННЫХ И ГОЛЕНОСТОПНЫХ СУСТАВОВ	25.
Абдурахимов Ф., АУмарова Д.А.	УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КУРЕНИЯ НА ФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ ПЛЕЧЕВОЙ АРТЕРИИ	26.
Абдурахимова Д., Абдуллаева У.У.	СОЦИАЛЬНАЯ СРЕДА КАК ФАКТОР РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВОЗДУШНО-КАПЕЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ В г.ТАШКЕНТЕ	27.
Абдурахманова.Б.Р Гулямова.М.А Файзиходжаева Н.	СУТОЧНОЕ КОЛЕБАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС	28.
Абдусаламова М.И., Ташпулатова Ф.К., Хакимов М.А	ЧАСТОТА И ХАРАКТЕР СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ ПОЛИРЕЗИСТЕНТНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ	29.
Авлиёкулов Х.Х., Карабаев Х.Э	КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАПИЛЛОМАТОЗА ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ	30.
Агзамходжаева Б.У., Садыкова Г.К.,	ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ РЕФЛЕКСОВ НОВОРОЖДЕННЫХ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ	31.
Азизхужаева М. А., Каримова М.Н	ВЗАИМОСВЯЗЬ И ВЗАИМООБУСЛОВЛЕННОСТЬ ДИСБАКТЕРИОЗА КИШЕЧНИКА И ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ	32.

Акбарова К.А	ОЦЕНКА ДОППЛЕРОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕЧЕНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТАХ У ДЕТЕЙ	33.
Акилова Н.Ш., Фазилов АА.	РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ГЛАУКОМ	34.
Акилова Н.Ф., Шамансурова Н.Х., Юсупалиева Г.А.	СРАВНИТЕЛЬНАЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ И УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ	35.
Алиев Т.Г. Золотова Н.Н.	ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ	36.
Алиев Т.Г., Золотова Н.Н.	ПОКАЗАТЕЛИ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТИ (МПК) ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ.	37.
Алиева Н.Н., Даминова М.Н., Абдуллаева О.И.	КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В У ДЕТЕЙ, ВАКЦИНИРОВАННЫХ ПРОТИВ ВГВ	38.
Алимова Г.Н., Юсупалиева Г.А.	СОВРЕМЕННЫЕ ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ	39.
Алимова Г.Н., Юсупалиева Г.А.	ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ПАТОЛОГИИ СТЕКЛОВИДНОГО ТЕЛА	40.
Алимова Д.А., Ахмедова Ш.У.	ОЦЕНКА ЙОДДЕФИЦИТНОГО СОСТОЯНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 8-10 ЛЕТ В РЯДЕ ШКОЛ ЮНУСАБАДСКОГО РАЙОНА Г.ТАШКЕНТА	41.
Алимова Д.А., Ахмедова Ш.У.	ТИРЕОТОКСИЧЕСКИЙ КРИЗ.	42.
Алимова З.Т., Джалилов А.А.	ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО ПОЛИСИНУСИТА У ДЕТЕЙ	43.
Ниязова М.Б., Алимханов О.О., Гаффарова Ф.К.	ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ	44.
Анварова А.Р., Шарипова Ф.К.	ИЗМЕНЕНИЯ СМЫСЛОВОЙ СФЕРЫ ЛИЧНОСТИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ	45.
Арипова Д.Р., Ходжаева И.А., Каримова М.Н.	ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ	46.
Арипова З. Н., Маманазарова Д.К.	ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ	47.
Арифджанов С.А., Умарова Д.А	УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЛУЧЕЗАПЯСТНОГО СУСТАВА И КИСТИ	48.
Аслонов Р.О., Умаров	ЭПИДЕМИК ПАРОТИТ ИНФЕКЦИЯ СИНДРОМ ЗАМОНАВИЙ	49.

Т.У.	ШАРОИТЛАРДА ТУРЛИ КЛИНИК КЕЧИШ ШАКЛАРИ ВА АСОРАТЛАРИНИНГ КЛИНИК БЕЛГИЛАРИ ПЕЙЗАЖИ	
Атаханова С.А., Абдуллаева В.К.	ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ	50.
Атоева А.И., Атоева И.И., Азизова Р.А.	ХРОНОФАРМАКОЛОГИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	51.
Атоева А.И., Жураева З.Ё	СТРУКТУРА ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЫЯВЛЕННЫХ ПРИ ЭЛЕКТРОГАСТРОЭНТЕРОМИОГРАФИИ	52.
М.Р.Ахматов., Б.С.Турсунов.	ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ПЯСТНЫХ КОСТЕЙ И ФАЛАНГ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ У ДЕТЕЙ	53.
Ахмедов Ж.Б., Ибрагимова С.М.	ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ НООТРОПНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ПЕРЕДНЕЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ.	54.
Ахмедова Д.М., Гулямова М.А., Ходжиметова Ш.Х.	ПОКАЗАТЕЛИ PH КРОВИ У НОВОРОЖДЕННЫХ, С АСФИКСИЕЙ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ТЯЖЕСТИ.	55.
Ашуралиева У.А., Абдуллаева В.К.	ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗАТЯЖНОЙ НЕВРОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ	56.
Ашуралиева У.А., Абдуллаева В.К.	КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАТЯЖНЫХ ФОРМ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	57.
И.Х.Ашуров. А.У.Бозоров. Б.Х.Хамидов.	ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ИШЕМИЧЕСКОГО РЕПЕРФУЗИОННОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТРОЙ СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	58.
И.Х.Ашуров. М.М.Норов. Б.Х.Хамидов.	КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ.	59.
Ашуров О.Х., Хасанов С.А.	ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЛОР ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ	60.
Ашурова Н., Нурмухамедова М.А.	ВЕГЕТАТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА	61.
Бабажанова У.Т., Юльбарсов О.Б., Маджидова Ё.Н.	ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕЙРОПРОТЕКТОРНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ОРГАНИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ЦНС	62.
Байбурина Р.Р., Абзалова М.Я.	ГЕМОДИНАМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КРОВОТОКА В ДИАГНОСТИКЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ	63.
Бабажанова У.Т., Маджидова Ё.Н., Ражабова Ш.А.	ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ХИРУРГИЧЕСКУЮ КОРРЕКЦИЮ ПОРОКА В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ.	64.

Бердиева Х.У., Садикова Г.К	ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ, ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЙ ПОСЛЕДСТВИЙ МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТОВ У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА	65.
Бобомуродов Т.Б., Закирходжаева Д.А.	КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ КОМПЬЮТЕРНОГО ЗРИТЕЛЬНОГО СИНДРОМА У ШКОЛЬНИКОВ	66.
Бобоха Л. Ю. Хамраева Л.С.	СЛУЧАЙ КЛИНИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ РЕБЕНКА С КИСТОЙ РАДУЖКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ВТОРИЧНОЙ ГЛАУКОМОЙ ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПОРАЖЕНИИ ЦНС.	67.
Бобохонов М.Г., Хасанов С.А.	ХАРАКТЕР ГОЛОВНОЙ БОЛИ ПРИ КИСТАХ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ	68.
А.У. Бозоров., Л.Т.Файзуллаев., Б.Х.Хамидов.	ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КЛАВОМЕДА КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХИРУРГЕЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ У ДЕТЕЙ	69.
Бойкузиева Д.З., Ахмедова Ш.У.	ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ГИПОТИРЕОЗА	70.
Бойматова Н.А., Даминова М.Н., Абдуллаева О.И.	ОЦЕНКА ХАРАКТЕРА ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ И НАПРЯЖЕННОСТЬ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА	71.
Балтаев Ф. А.	КРАНИОФАРИНГИОМАМИ В ПОСЛЕ ОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ	72.
Боходиров Б.Х., Маманазарова Д.К.	РЕЗУЛЬТАТЫ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ, У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ	73.
Д. М. Вафин., Н. Н. Золотова	ДИАГНОСТИКА ОСТЕОПОРОЗА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ	74.
Вахобов В.Ф., Абдувалиев А.А.	РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ЛАЗЕРКОАГУЛЯЦИИ СЕТЧАТКИ У БОЛЬНЫХ С МИОПИЕЙ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ	75.
Восиев.Ж.Ж. Хамраев.А.Ж .	РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ МОШОНКИ У ДЕТЕЙ	76.
Восиев Ж.Ж. Хамраев А.Ж.	ДИАГНОСТИКА И ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ МОШОНКИ	77.
Газиева А.С. ,Тухтаева.О.Т.	ДИНАМИКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ШКОЛЬНИКОВ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ	78.
Геллер С.И., Камилова А.Т., Кошанова Г.А.	КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ ФОРМ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	79.
Георгиянц М.А.,	ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВНУТРИВЕННОГО	80.

Волошин Н.И., Кривобок В.И.	ПАРАЦЕТАМОЛА ПОСЛЕ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ	
Дадамухамедов У.Б., Амонов Ш.Э.	ХОЛЕСТЕАТОМНЫЕ ГНОЙНЫЕ СРЕДНИЕ ОТИТЫ У ДЕТЕЙ	81.
Дадаходжаева Л.С., Ташпулатова Ф.К	ФИТОАДАПТОГЕНЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ	82.
Джалилов Э.С., Искандарова М.А.	МОНИТОРИНГ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ОТ РОДСТВЕННЫХ БРАКОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В ШКОЛЕ ИНТЕРНАТЕ СЛЕПЫХ И СЛАБОВИДЯЩИХ	83.
Джуманазарова М.А., Умарова Д.А.	ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ИЗУЧЕНИИ ГЕМОДИНАМИКИ СОСУДОВ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТАХ У ДЕТЕЙ	84.
ДжурабаеваС. В., Тухтаева О.Т.	КЛИНИКО ЛАБОРАТОРНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ДИСБИОЗА КИШЕЧНИКА ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	85.
Джурабекова Н.А, Бузруков Б.Т.	КОМПЬЮТЕРНЫЙ ЗРИТЕЛЬНЫЙ СИНДРОМ И ЕГО ПРОЯВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ	86.
Джурабекова Н.А., Бузруков Б.Т.	СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БЛЕФАРОКОНЬЮНКТИВАЛЬНОЙ ФОРМЫ СИНДРОМА "СУХОГО ГЛАЗА"	87.
Дин П.Р.	ПУЛЬМОНОМЕТРИЧЕСКИЙ МЕТОД ПРИ ОЦЕНКИ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРИ	88.
Дин. П.Р	МАКРОСКОПИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛЕГКИХ ПРИ КРОВОПОТЕРЕ ОТ РАНЕНИЙ ОСТРЫМИ ПРЕДМЕТАМИ	89.
Дониёровой Ф.А., Азимова Н.М.	ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПЕРБИЛИРУБЕМИИ У НОВорожденных	90.
Душамов З.Б., Агзамходжаев Т.С	МУЛЬТИМОДАЛЬНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ	91.
Ёдгоров Ж.И., Рахматуллаев А.А.	ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯБАЛЛОННАЯ ДИЛЯТАЦИЯ ВРОЖДЕННЫХ СТЕНОЗОВ УРЕТЕРОВЕЗИКАЛЬНОГО СЕКМЕНТА У ДЕТЕЙ	92.
Ёкубова М.А., Ёрматова Ш.Ш.	ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ЭЛАСТОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	93.
Ен Ю.А., Абдуллаева В.К.	ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНОЙ СФЕРЫ И ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	94.
Ёрматов Н.Н., Бабаджанова Л.Д.	ВЕСОМОСТЬ АВИТАМИНОЗА А - КАК ВЕДУЩИМ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ КЕРАТОПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ	95.

Ёрматов Н.Н., Бабаджанова Л.Д.	ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛОГО РОГОВИЧНО- КОНЮЪКТИВАЛЬНОГО КСЕРОЗА У ДЕТЕЙ	96.
Жалилов Н.С, Юлдашева С.А	ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ С КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ	97.
Жалилова Ж.З.,Каримова.М.Н.	ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КЛЮЧЕВЫХ ЦИТОКИНОВ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	98.
ЖалолитдиноваР. Р., Рустамова У.М.	ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВРИСКА РАЗВИТИЯ ПОЗВОНОЧНЫХ ПАТОЛОГИЙ	99.
Жалолов У.Ж., Бабаханов Г.К.	ОСОБЕННОСТИ СПЕКТРА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ОСТРЫХ ОТИТОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ	100.
Жолилова З.Х., Элмурадова Н.Х., Юнусова С.Э	ОЦЕНКА БОЛИ У НОВОРОЖДЕННЫХ РОДИВШИХСЯ В АСФИКСИИ ПОЛУЧАВШИХ ИНВАЗИВНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ	101.
Жумашов У.И., Джаббарова Д.Р.	КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АДЕНОИДОВ У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ	102.
А.Г. Жураев А.У. Бозоров Б.Х. Хамидов	РЕЗУЛЬТАТЫ НЕОТЛОЖНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ПОДКОЖНЫХ РАЗРЫВАХ ЯИЧКА У ДЕТЕЙ	103.
А. Г. Жураев . З.С .Хушвактова	РЕНТГИНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ В ОТДЛЕННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ПИТЛОРОСТЕНОЗА	104.
Заиров Н.М., Ряхова Е.С	ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ	105.
Зоирова И.Г., Рахманкулова З.Ж	ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ВРОЖДЕННЫХ ПНЕВМОНИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕСТАЦИОННОГО ВОЗРАСТА	106.
Зоирова И.Г., Рахманкулова З.Ж.	ХАРАКТЕР ОСЛОЖНЕНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ВНУТРИУТРОБНЫХ ПНЕВМОНИЙ.	107.
Зуфаров Г.Р., Буриев М.Н.	ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У НОВОРОЖДЕННЫХ	108.
Ибодуллаева Ш., Тухтаева О.Т.	БОЛАЛАРДА ДОРИ АЛЛЕРГИК РЕАКЦИЯСИНИНГ АСОРАТИ, КЛИНИК КЕЧИШИ	109.
Ибрагимов А.А., Ходжиметов Х.А.	ДИЛАТАЦИОН КАРДИОМИОПАТИЯ КАСАЛЛИГИДА ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БЕЛГИЛАРИНИНГ ЎЗИГА ХОС	110.

КЛИНИК КЎРИНИШЛАРИ

Ибрагимова Н.А., Нурмухамедова М.А.	ОЦЕНКА НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА ДО ОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА	111.
Ибрагимова С.Н., Умарова Д.А.	МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ АНГИОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА	112.
Иргашева У.А., Амонов Ш.Э.	ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ДЕКОСАНА ДЛЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА	113.
Ирмухамедов Т.Б., Абдуллаева В.К.	КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ	114.
Исламов Ф.К., Розыходжаева Г.А.	ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ НАВИГАЦИЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ВЕН У ДЕТЕЙ	115.
Исламова М.О., Абдуллаева В.К.	ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АДАПТАЦИИ	116.
Исламова М.Х., Абдуллаева В.К., Исаханова Н.Х.	ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН ПРИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ	117.
Исламова М.Х., Абдуллаева В.К., Исаханова Н.Х.	ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ	118.
Исмаилходжаева Д.Л., Абдуллаева В.К.	ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН И ФОРМИРОВАНИЕ СТИЛЯ ПЕРЕЖИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ	119.
Исманилиева Ж.Т., Абдуллаева В.К.	КОМОРБИДНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	120.
Исмоилов А.М., Джалалова Н.А.	ИЗМЕНЕНИЕ КЛИНИКИ ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ БРУЦЕЛЛЕЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ	121.
Камалова О.З. Абдуразакова З.К.	ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ	122.
Исмоилов А.М., Джалалова Н.А., Атамухамедова Д.М.	ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ БРУЦЕЛЛЕЗА	123.
Кариева М.Т., Даминова Х.М., Шамсиева У.А.	ИЗУЧЕНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ГЛИАТИЛИНА В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА	124.
Каримов А.М., Асадов Н.З., Гаффарова Ф.К.	СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТА РОЗУВАСТАТИНА И СИМВАСТАТИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ	125.

Каримова З. Ш., Тухтаева О.Т.	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХЛАМИДИЙНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	126.
Касимова Н.С., Заиров Н.М.	ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНСУЛЬТА У НОВОРОЖДЁННЫХ	127.
Ким Е.Б. , З.Ё. Жураева	КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	128.
Камолов Ш.Б, Эргашев Б.Б	РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОШИЗИСА У НОВОРОЖДЕННЫХ	129.
Кудратов Ш.А., Касымова Н.С.	КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ РЕСПИРАТОРНО-АФФЕКТИВНЫХ ПРИСТУПОВ	130.
Курбанова Д.А., Исмаилов С.И.	ВЛИЯНИЕ ТИРЕТОКСИКОЗА НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ	131.
Курбанова Ш.Б., Кудратов Ш.А.	КЛИНИКО – НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИ ОСОБЕННОСТИ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ С НАЛИЧИЕМ И ОТСУТСТВИЕМ ФЕБРИЛЬНЫХ СУДОРОГ В АНАМНЕЗЕ	132.
Курбонов Б.С. Золотова Н.Н.	РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ЛЕГГ-КАЛЬВЕ-ПЕРТЕСА У ДЕТЕЙ	133.
Кучкарова Ш.Г.	ЭПИЛЕПСИЯЛИ ПАРОКСИЗМАЛ БУЗИЛИШЛАРДА НЕЙРОФУНКЦИОНАЛ ТЕКШИРИШ ДИАГНОСТИКАСИ	134.
Латипова.Х.Б., Жураева З.Ё	ПОКАЗАТЕЛИ ИММУННОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ТИМОМЕГАЛИЕЙ ПРИ БРОНХООБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМЕ	135.
Локтева Л.М., Даминова М.Н., Абдуллаева О.И., Даминова Х.М.	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ ВИЧ - ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ	136.
Маджитова Н.Б., Г.А. Кощанова	ФАКТОРЫ РИСКА ВЕГЕТАТИВНОЙ СОСУДИСТОЙ ДИСФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ И МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ	137.
Маликова Ф., Гозиев О., Абдуллаева У.У.	КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИАРЕЙ, ВЫЗВАННЫХ УСЛОВНО-ПАТОГЕННОЙ ФЛОРОЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ЖАРКОГО КЛИМАТА	138.
Мамажонов Р. Б., Каримова З. Х.	ЧАСТИЧНАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ	139.
Мамажонов С. С., Эргашев. Н. Ш., Мамашарипов Б.П.	ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ	140.
Мамбеткаримова М.С.,	ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ	141.

Маджидова Ё.Н. Матазимова Ш.И., Нурмухамедов Х.К.	ПОКАЗАТЕЛЕЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ, РОЖДЕННЫХ ОТ ЖЕНЩИН СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ ПАРАМЕТРЫ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРИ ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКОМ ШОКЕ У ДЕТЕЙ	142.
Матниёзова М. Р., Джалилов А.А.	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ СИНУСИТОВ У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА	143.
Маткурбонов Х. М, Юлдашева С.А.	ВЫБОР РЕЖИМОВ ИВЛ У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ПРИ ОТУЧЕНИИ РЕБЕНКА ОТ АППАРАТА ИССКУСТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ	144.
Матниезова Х.П., Кабулова А.У., Гулямова М.А.	ИЗМЕНЕНИЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ЯНЭК(ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ) В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕНЕЗА РАЗВИТИЯ	145.
Матниезова Х.П., Амизян Н.М., Гулямова М.А.	ИСХОДЫ ЯНЭК(ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ) У НОВОРОЖДЕННЫХ С РАЗЛИЧНЫМ ГЕНЕЗОМ РАЗВИТИЯ	146.
Матякубов Х. Ф., Нурмухамедов Х. К.	ДИСКРЕТНО-БОЛЮСНАЯ ИНФУЗИЯ ФЕНТАНИЛА ПРИ ХЕЙЛО И УРАНОПЛАСТИКЕ	147.
Махамбетов И.Ж., Юлдашева С,А.	РЕСПИРАТОРНАЯ ТЕРАПИЯУ ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ ПАРЕНХИМАТОЗНОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	148.
Махмудов А.С. , Юсупов А.С.	ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИКИ И ВЕГЕТАТИВНОГО БАЛАНСА В ПЕРИОД ИНДУКЦИИ В НАРКОЗ ПРИ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕ	149.
Махмудов Д.Л. , Таджиев Б.М.	КЛИНИЧЕСКИЕ И БИОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕНОТИПА HCV	150.
Махсудова Г.Х. , Каримова М. Н	КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОЛОНГИРОВАННОЙ ЖЕЛТУХИ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ	151.
Усмоналиева Н.Ш. Машарипова Ю.К.	ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ СПОРТСМЕНОВ ЗАНИМАЮЩИХСЯ РЕГБИ И ФУТБОЛОМ	152.
Мирзаева Д.Д., Садикова Г.К.	ВНУТРИЧЕРЕПНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ДЕТЕЙ	153.
Миродилов А.М., Махкамова Ф.Т.	УРОВЕНЬ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ 5-8 ЛЕТ	154.
Мубораков К.Х., Шамансурова Э.А.	ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА	155.
Муминова У.Х.,	КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕВРОТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ	156.

Абдуллаева В.К.	ЗАИКАНИЯ	
Мурадова Д.А., Гаффарова Ф.К.	КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НА ФОНЕ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ	157.
Муртазина И.В., Кошанова Г.А.	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	158.
Мусаев С., Рихсиева Г.М.	ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЭШЕРИХИОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ	159.
Мухамедова Ш.Б.	РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА	160.
Мухиддинова Д.З., Абзалова М.Я.	РОЛЬ ЦИФРОВОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКЕКАРДИОМИОПАТИЙ У ДЕТЕЙ	161.
Мухамедова Ш.Б., Ахмедова Н.Р.	КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА	162.
Набиева З.Э., Турсунбаев А.К.	КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИАТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ МЕСТНЫХ БИОФЛАВОНОИДОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	163.
Наджимитдинов С.Б.	ФАКТОРЫ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ЭКЗОГЕННОЙ АЛКОГОЛЕМИИ	164.
Наджимитдинов С.Б.	ИЗМЕНЕНИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИ ОСТРОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ	165.
Н.А.Назарова	МАКРОСКОПИЧЕСКОЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРДЦА ПРИ СИНДРОМЕ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ ДЕТЕЙ	166.
Назирова М.Х., Рузметова И.А.,Эрназарова М.М.	ИЗУЧЕНИЕ ЦИРКАДНОГО РИТМА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	167.
Насыров А.А., Ахмедов С.А.	ИЗМЕНЕНИЯ СТРУКТУРЫ ЛИЧНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ГЕРОИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ	168.
Насыров А.А., Ахмедов С.А.	КОГНИТИВНЫЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВОВ ПРИ ГЕРОИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ	169.
Насырова С.З., Шин Е.В., Скосырева О.В.,	ОЦЕНКА ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ АКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА МЕБАВИНА В ТЕРАПИИ	170.

Собиров М.А.	ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА СМЕШАННОЙ ФОРМЫ	
Нафасова Н.Н., Махкамова Г.Г.	ОСОБЕННОСТИ КОНТРАЦЕПЦИИ У ЖЕНЩИН С ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	171.
Нигманова Б. Т., Каримова М.Н.	ФАКТОРЫ РИСКА ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНО-ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ	172.
Ниёзметов Н.Н. Хайиталиев Ф.А. Хамраева Л.С	ДИСЛОКАЦИЯ ИНТРАОКУЛЯРНЫХ ЛИНЗ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ	173.
Низамова С.А., Даминова М.Н., Абдуллаева О.И	РЕЗУЛЬТАТЫ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ У ДЕТЕЙ, ВАКЦИНИРОВАННЫХ ПРОТИВ ДИФТЕРИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРЕМОРБИДНОГО ФОНА	174.
Никбаева Д.А., Махкамова Ф.Т.	ГИГИЕНИЧЕСКИЙ СТАТУС ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ 4-6 ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА	175.
Нарбекова С.А., Садикова Г.К	СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ ГОЛОВНЫЕ БОЛЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ У ДЕТЕЙ	176.
М.М.Норов. И.Х. Ашуров	ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД ВЫБОРА ОПЕРАТИВНОЙ ТАКТИКИ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ ДО ОДНОГО ГОДА	177.
Носиров М.У., Алиев М.М.	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ БИЛИОДИГИСТИВНЫХ АНАСТОМОЗОВ У ДЕТЕЙ С КИСТОЗНОЙ ТРАНСФОРМАЦИЕЙ БИЛИАРНОГО ТРАКТА	178.
Нуритдинов З.Х., Ташпулатова Ф.К	МЕДИКО- СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ С МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ГОРОДЕ ТАШКЕНТЕ	179.
Нурмухамедова И.Х, Халимова З.Ю	АКТГ ЗАВИСИМЫЙ СИНДРОМ КУШИНГА: ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ	180.
Нурмухамедова И.Х, Халимова З.Ю	ВСТРЕЧАЕМОСТЬ СУБКЛИНИЧЕСКОГО СИНДРОМА КУШИНГА (ССК) У ЖЕНЩИН С ПОЛИКИСТОЗОМ ЯИЧНИКОВ (ПКЯ)	181.
Окилжонова Н.А., Азимова Н.М.	СОВРЕМЕННАЯ СТРУКТУРА НАСЛЕДСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ	182.
Отажонов В.О., Высогорцева О.Н.	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ II и III ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА	183.
Очилова.Р.Т., Пулатова Ш.М., Исмаилова.М.А.	СТРУКТУРА И ОСОБЕННОСТИ РАННИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С АСФИКСИЙ.	184.
Пак Е.В.,	ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В	185.

Юсупалиева Г. А.	ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ ДИФФУЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ	
Очилова Р. Т., Абдурахмонова С.З, Исмаилова М.А.	ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ АСФИКСИЙ.	186.
Палванова Д. Р, Юсупов А. С	ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПРОМЕДОЛОМ У ДЕТЕЙ	187.
Пардабоев О.Б., Высогорцева О.Н.	ПРИМЕНЕНИЕ ТЕСТА САН И ТЕППИНГ-ТЕСТА В ОЦЕНКЕ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ФУТБОЛИСТОВ НА ЭТАПАХ ГОДИЧНОГО ТРЕНИРОВОЧНОГО ЦИКЛА	188.
Перфилова В.В., Кошанова Г.А.	ОСНОВНЫЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ВНУТРИУТРОБНУЮ ГИПОКСИЮ	189.
К.Ю. Прокопенко., Абдуллаев Н.Ч.	КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПИЩЕВОЙ И ПСЕВДОАЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА И ПУТИ ИХ КОРРЕКЦИИ	190.
Пулатов Ж.А., Садыков А.С., Хакимов М.А.	РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПРИ СОЧЕТАНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА С ВИЧ -ИНФЕКЦИЕЙ	191.
Пулатов М.М., Бабаханов Г.К.	РОЛЬ МИКРОБНОЙ ФЛОРЫ В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКИХ ПОЛИПОЗНЫХ РИНОСИНУСИТОВ	192.
Пулатова Ш. Х., Скосырева О.В., Бабажанова Н.Р., Даминова К.М.	СОВРЕМЕННЫЙ ФТОРХИНОЛОН В ЛЕЧЕНИИ ЧАСТО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА.	193.
Ражабова Ш.А., Максудова Х.Н.	ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА МЕТОКАРТИН В ЛЕЧЕНИИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МЫШЕЧНОЙ ДИСТРОФИИ	194.
Ражапова Г. А. Жураева З.Ё	РЕЗУЛЬТАТЫ И КРИТЕРИИ ОПРОСНИКА SF-36 ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ДЕВОЧЕК С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ.	195.

Ражапова Г. А. Жураева З.Ё.	КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ ДЕВОЧЕК С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ	196.
Рахимбергенова Г.Х., Ташпулатова Ф.К.	АССОЦИИ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ С ВОЗНИКНОВЕНИЕМ КАЗЕОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ	197.
Рахимбергенова Г.Х., Ташпулатова Ф.К.	НАСТОЙ ЧЕРЕДЫ (BIDNES TRIPARTITA L) В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ЛЕКАРСТВЕННО УСТОЙЧИВОМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ	198.
Рахимов Б.О., Ибрагимов Х.Н.	ИЗУЧЕНИЕ ТОКСИКО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ШИГЕЛЕЗЗОМ ЗОННЕ	199.
Рахимова С.У., Каримова.М.Н.	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГОМЕОПАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ ДИСБИОТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ	200.
Рахимова С.У., Каримова М.Н.	СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ	201.
Рахимова М.А., Шаджалилова М.С.	РАЦИОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ДИСБИОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЭШЕРИХИОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ	202.
Рахманова Ф.М., Салахитдинова. Ш.Ш., Юнусова С.Э.	ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ МАССЫ ТЕЛА НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ	203.
Рахматуллаева Г. М.,Ходжиметова Ш.Х., Гулямова М.А.	ОСОБЕННОСТИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ У ОБСЛЕДУЕМЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ (ППЦНС) С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА (ВПС)	204.
Рахматуллаева Г. М.,Ходжиметова Ш.Х., Гулямова М.А.	ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОСОНОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ (ППЦНС) С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА (ВПС)	205.
Рахманова Ф.М., Салахитдинова. Ш.Ш., Юнусова С.Э.	ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ МАССЫ ТЕЛА НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ	206.
Рогов А.В. Абдуллаева В.К.	НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОПРОДУКТИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ ОСЛОЖНЁННОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ АДДИКЦИЕЙ	207.
Рогов А.В., Абдуллаева В.К.	КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С АЛКОГОЛИЗМОМ	208.
Рузматова Д.М.	КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЯ ДЕНСИТОМЕТРИИ ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ У ДЕТЕЙ	209.

Ряхова Е.С., Курбанова Ш.Б.	ГОЛОВНЫЕ БОЛИ У ШКОЛЬНИКОВ НАЧАЛЬНЫХ КЛАССОВ	210.
М.Х.Саидов. Х.Хамидов	ВРОЖДЕННЫЕ СРЕДИННЫЕ КИСТЫ И СВИЩИ ШЕИ У ДЕТЕЙ	211.
Салахитдинова Ш.Ш, Рахманова Ф.М, Насирова.У.Ф.	РАННЯЯ АДАПТАЦИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	212.
Салихова Н.З., Каримова.М.Н.	ХАРАКТЕРИСТИКА ПОБОЧНЫХ ДЕЙСТВИЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ НА ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ	213.
Самандаров У.И., Гулямова М.А., Ходжиметов Х.А.	КЛИНИКО–ЛАБОРАТОРНЫЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ОСЛОЖНЕННОГО СЕПСИСА.	214.
Самандаров У.И., Гулямова М.А, Амизян Н.М.	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ СЕПСИСА	215.
Саматова Н., Убайдуллаева С.А.	ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА	216.
Саматова Н., Убайдуллаева С.А.	ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НА ТЕЧЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА	217.
Д.А. Самигова, Н.А. Абдумавлянова	СОЧЕТАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ У ДЕТЕЙ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ С СИНДРОМАМИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОРАЖЕНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	218.
Саримсакова А.А., Исмаилова С.С., Рахманкулова З.Ж.	ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС НОВОРОЖДЕННЫХ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ, РОДИВШИХСЯ В АСФИКСИИ	219.
И.Р. Саттаров., Н. Н. Золотова.	КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТСКОГО ТРАВМАТИЗМА	220.
Саттаров Т.Ф., Абдуллаева В.К.	КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАНИЧЕСКИХ АТАК И ТЕЧЕНИЯ МЕЖПРИСТУПНОГО ПЕРИОДА ПАНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА	221.
Сафаров Ж.О., Хасанов Д.К., Бабаджанова Л.Д.	СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КОСОГЛАЗИЯ У ДЕТЕЙ	222.
Сабилов М.А.,	ФЕНОТИПЫ ГРУПП КРОВИ КАК НЕКОНТРОЛИРУЕМЫЙ	223.

Даминова К.М., Бабажанова Н.Р., Скосырева О.В.	ФАКТОР РИСКА ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	
Султонов Ф., Агзамова Т.А.	ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ С КЛИНИК КЕЧИШИДАГИ ХУСУСИЯТЛАР	224.
Таджиева Д.А., Даминова М.Н., Абдуллаева О.И.,	ИЗУЧЕНИЕ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В У ДЕТЕЙ, С ОТКЛОНЕНИЯМИ В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ	225.
Ташмухамедов А.А. Хамраева Л. С.	ДИАГНОСТИКА РИГИДНОСТИ ФИБРОЗНОЙ ОБОЛОЧКИ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА У ДЕТЕЙ С БЛИЗОРУКОСТЬЮ	226.
Тогаев М.К, Жураева З.Ё	АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ АДАПТАЦИИ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА	227.
Тогаев М.К, Жураева З.Ё	ЗНАЧЕНИЕ АЛГОРИТМА ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ АДАПТАЦИИ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА	228.
Тошпулатов Ж.З., Бузруков Б.Т.	ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ АФАКИИ	229.
Тошпулатов С., Рихсиева Г.М.	ИЗУЧЕНИЕ СТЕПЕНИ ГЕМОЛИЗА ЭРИТРОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С ПТИ И БОТУЛИЗМОМ	230.
Тўев Ш.З	ЁНОҚ СУЯКЛАРИ ВА ЮЗ СКЕЛЕТИ СУЯКЛАРИ ҚЎШ ЖАРОҲАТЛАРИНИ СУД ТИББИЙ ЖИҲАТЛАРИ	231.
Туев Ш.З	СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ТЕЛЕСНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ СКУЛОВЫХ КОСТЕЙ	232.
Туйчиев Ш.Т., Абдуллаева В.К.	ИЗУЧЕНИЕ ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ У ЖЕНЩИН С КОНВЕРСИОННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ	233.
Туйчиев Ш.Т., Абдуллаева В.К.	ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ У ЖЕНЩИН С КОНВЕРСИОННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ	234.
Тулаганова Д.М., Маманазарова Д.К.	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ	235.
Туляганова А.Б., Юсупалиева Г.А	ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕЗНИ ЛИТТЛЯ	236.
Тураев Ж.П., Абдуллаева В.К.	СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ	237.
Тураев Ж.П., Абдуллаева В.К.	ОСОБЕННОСТИ МОТИВОВ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ	238.
Ш.Е.Тураева,	АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ	239.

ева, Б.Т.Бузруков.	ДЕТЕЙ С НАБУХАЮЩЕЙ КАТАРАКТОЙ	
Тураева Ш.Е., Бузруков Б.Т.	ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И ФАКТОРЫ ПРИВОДЯЩИЕ К НАБУХАЮЩЕЙ КАТАРАКТЕ У ДЕТЕЙ	240.
Тургунов К.Б., Ахмедов С.А.	ВЫРАЖЕННОСТЬ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В ИНВОЛЮЦИОННОМ ПЕРИОДЕ	241.
Тургунов К.Б., Ахмедов С.А.	ИСХОДЫ ДЕПРЕССИИ У ЛИЦ В ИНВОЛЮЦИОННОМ ВОЗРАСТЕ	242.
Турапова Д. Ш., Ибрагимов Ф.А.	СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЯХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.	243.
Ф.А.Турсунова, Л.С. Хамраева	КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ	244.
Тухватулина Э. Р., Агзамова Ш. А.	ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЛИНЫ И МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	245.
Ф.Р.Тухтаев, Б.Б.Эргашев	РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С СИНДРОМОМ ЛЕДДА	246.
Ф.Б.Убайдуллаев., Н. Н. Золотова	ДИАГНОСТИКА РЕФРАКТУР ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ	247.
Убайдуллаева. Д.Б., Хамраева Л.С.,	ОДНОСТОРОННЯЯ ГЛАУКОМА У ДЕТЕЙ	248.
Угланов И.А, Бакиева Ш.Х	АНЕМИЯЛИ БЕМОРЛАРДА БУРУН ВА БУРУН ЁНДОШ БУШЛИКЛАРИ УТКИР КАСАЛЛИКЛАРИНИ КЕЧИШИ ВА УЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ	249.
Узакова Ш.Б., Кошанова Г.А	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА	250.
Умарбекова.Н.Ф., Ахмедова.Н.Р.	ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ДЕТЕЙ С НЕРЕВМАТИЧЕСКИМИ КАРДИТАМИ	251.
Умарова О.Х., Абдуллаева В.К.	ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ	252.
Г.А.Джалилова, У.М.Умарова	РОЛЬ ВРАЧЕБНО-ФИЗКУЛЬТУРНОЙ СЛУЖБЫ В ФОРМИРОВАНИИ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИИ	253.
Урозов М.Т., Бабаханов Г.К	ЛЕЧЕНИЕ ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА: РЕЦИДИВЫ И ВЛИЯНИЕ НА БРОНХИАЛЬНУЮ АСТМУ	254.
Усманов Л.Х., Умарова Д.А.	МЕТОДЫ ЯДЕРНОЙ МЕДИЦИНЫ В ДИАГНОСТИКЕ ПОДОСТРОГО ТИРЕОИДИТА И В ПРОГНОЗЕ ЕГО ТЕЧЕНИЯ	255.

Усманова Г.Р., Рихсиева Г.М.	ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ МЕНИНГОКОККОВОГО МЕНИНГИТА У ДЕТЕЙ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИХ ЛЕЧЕНИЮ	256.
Усманова Л., Таджиев Б.М.	ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ И ОСТРЫЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ А: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ	257.
Усмоналиева Н.Ш., Юнусова Н.Ш.	ВЛИЯНИЕ СИСТЕМАТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ СПОРТОМ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ЮНЫХ ФУТБОЛИСТОВ	258.
Усмонов О.М.	ЭХИНОКОККОЗ РАЗЛИЧНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ У ДЕТЕЙ	259.
Усмонов Р., Ибрагимов Х.Н.	ПРИМЕНЕНИЕ ЦИКЛОФЕРОНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ	260.
Усманова Ф.Х Хамраева Л.С.	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РАНЕНИЙ ВЕК У ДЕТЕЙ	261.
Файзуллаева С., Арипходжаева Ф.А.	ГЕПАТОРЕНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ С	262.
Файзиев Б.О., Зокирходжаев А. Х	ЎТКИР ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ “А” КАСАЛЛИГИДА СУРУНКАЛИ ПИЛОНЕФРИТНИНГ КЕЧИШИ ВА ДАВОЛАШ ХУСУСИЯТЛАРИ	263.
Файзиева Ш.Ф.	ОКОЛОУШНЫЕ СВИЩИ У ДЕТЕЙ	264.
Хайдарова Д., Таджиев.Б.М.	НАБЛЮДЕНИЕ В ДИНАМИКЕ КЛИНИКО- БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С, С УЧЕТОМ ВИДА ТЕРАПИИ	265.
Хайруллина А., Печеницына Т.В., Арипходжаева Г.З.	К ВОПРОСУ ВЗАИМОСВЯЗИ ПРОЦЕССОВ ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ И ГИПЕРФЕРМЕНТЕМИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ С	266.
Хайталиев Ф.А., Ниезметов Н.Н., Бабаджанова Л.Д	ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ЭКТОПИЙ ХРУСТАЛИКА	267.
Xaldarbekova M.A., Karimova M.N.	YUVENIL REVMATOID ARTRIT KASALLIGI BILAN OG‘RIGAN BOLALARDA OSHQOZON ICHAK TIZIMINING ZARARLANISH XUSUSIYATLARI	268.
Халилова Н.Ф, Юсупова Г.А.	СОСТОЯНИЕ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЛЯМЛИОЗЕ У ДЕТЕЙ	269.
Хамдамов А.М. Ильхамова Х.А.	ПОСЛЕОПЕОПЕРАЦИОННЫЕ ЭКГ ПРОЯВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ВПС	270.

Хамдамов С.К., Юсупалиева Г.А.	РАННЯЯ ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДЕФЕКТА МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ СЕРДЦА ПЛОДА	271.
Хамидов С.Г., Шамансурова Э.А.	ИЗУЧЕНИЕ ОТНОШЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ К ЗДОРОВЬЮ, БОЛЕЗНИ И К СВОИМ ЛЕЧАЩИМ ВРАЧАМ	272.
Хамидова Р.С., Амонов Ш.Э.	ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИПОЗНЫМИ РИНОСИНУСИТАМИ	273.
Хамидова С.М., Садикова Г.К.	КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ С СУДОРОЖНЫМ СИНДРОМОМ	274.
Хамидходжаева В.Л., Абдуллаева В.К.	ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ	275.
Хамраева И.Н., Болтаева Н.Н.	ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА БИЛИАРНОГО ТРАКТА С ПОЗИЦИИ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ	276.
Хамроев У. А., Эргашев Б. Б.	ДИАГНОСТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БЕЗ СВИЩЕВЫХ ФОРМ АТРЕЗИЯ АНУСА И ПРЯМОЙ КИШКИ У НОВОРОЖДЕННЫХ	277.
Хасанов Д.К., Сафаров Ж.О., Бабаджанова Л.Д.	КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАРЕЗОВ И ПАРАЛИЧЕЙ ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ	278.
Хасанов М.М., Картаева Л.А.	СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ ПРИ НАЕЗДЕ ДВИЖУЩИМ АВТОТРАНСПОРТОМ	279.
Хашимова Э.М., Аляви Б.А.	ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫМИ ЖИРНЫМИ КИСЛОТАМИ НА ТЕЧЕНИЕ ПОСТИНФАРКТНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА	280.
Хашимова Э.М., Аляви Б.А.	ВЛИЯНИЕ ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ НА ЭНДОГЕННОЕ ВОСПАЛЕНИЕ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	281.
Хикматова М., Арипходжаева Ф.А.	НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ЦИТОКИНОВОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ С	282.
Ходжаева Д.Х., Абдуллаева В.К.	ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ СЕКСУАЛЬНОГО СОДЕРЖАНИЯ У БОЛЬНЫХ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИИ	283.
Ходжаева Д.Х., Абдуллаева В.К.	КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИИ	284.

Ходжаева И.А., Арипова Д.Р., Каримова М.Н. Ходжаева Н.А., Юсупалиева Г.А.	ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ.	285.
	СОНОЭЛАСТОГРАФИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	286.
Ходжиметовой Ш. Р., Убайдуллаева С.А.	ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ	287.
Холматов И.М., Маманазарова Д.К.	КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МОБИЛЬНОЙ ТЕЛЕФОННОЙ СВЯЗИ	288.
Хошимова М.Р., Абзалова М.Я.	ЦИФРОВАЯ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА КАРДИОСПАЗМА	289.
удойбердиев Ж. Д., хмедов Ж.Б.	ҚАРИЛИК МАКУЛОДЕГЕНЕРАЦИЯСИДА «ЛЮТЕИН ОФТАЛЬМО» ДОРИ ВОСИТАСИНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ	290.
Хушвактова З.С., Насырова Л.Х.	УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ОЦЕНКА ТОЛЩИНЫ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА ОБЩИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	291.
Чельма Ю.Ю., Абдуллаева В.К.	КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ДИСТИМИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	292.
Чельма Ю.Ю. Абдуллаева В.К.	ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ДИСТИМИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ	293.
Шавкатов Т.Ш. , Мухитдинов У.Б.	РИНОФЛУИМУЦИЛ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ	294.
Шодиметова Ш.С., Абдуллаев А.Х.	ВЛИЯНИЕ ФЛАТЕРОНА НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ИБС С КАРОТИДНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ	295.
Шаикрамов Ш.Ш., Абдуллаева В.К.	ПРЕМОРБИДНЫЕ ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ОБСЕССИВНО-ФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	296.
Шаикрамов Ш. Ш., Абдуллаева В.К.	КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОБСЕССИВНО- ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ	297.
Шайдозимова П. К., Тухтаева О.Т.	ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА	298.
Шамансурова Н.Х.,	СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ В	299.

Акилова Н.Ф.	ДИАГНОСТИКЕ И ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ	
Шермухамедова Г.Т., Даминова М.Н, Абдуллаева О.И.	ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫЙ ИММУНИТЕТ У ДЕТЕЙ, С ОТКЛОНЕНИЯМИ В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ, ВАКЦИНИРОВАННЫХ ПРОТИВ КОРИ	300.
Шеров А.С., Юсупалиева Г.А.	СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЖЕЛУДКА	301.
Шоисломова М.С., Шожалилова М.С	ГИМЕНОЛЕПИДОЗ КАСАЛЛИГИНИНГ САБАБ ВА ОҚИБАТЛАРИНИ ЎРГАНИШ АСОСИДА ОЛДИНИ ОЛИШ ЧОРА-ТАДБИРЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ	302.
Шотурсунова М.А., Хайдарова Ф.А.	КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА	303.
Эбраев А., Акбарходжаева М.Р.	РОЛЬ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ С ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ	304.
З.Д. Эгамбердиева, З.Ю. Халимова	ХАРАКТЕРИСТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОБЪЕМНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ГИПОФИЗА И РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ	305.
Эргашев А.И., Маманазарова Д.К.	КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ХСН ПРИ ПОМОЩИ ИНТЕРВАЛЬНЫХ ТРЕНИРОВОК И ИХ ЭФФЕКТИВНОСТЬ	306.
Элмурадова Н.Х. Жолилова З.Х., Насирова У.Ф.	ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НСРА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМОМ	307.
Эргашев И.Т., Ахмедов С.А.	АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА, ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ.	308.
Эргашев И.Т., Ахмедов С.А	АНАЛИЗ ДИНАМИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ У ЖЕНЩИН	309.
Эргашев И.Б., Пириева Л.В.	КРИТЕРИИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭСПЕРТИЗЫ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЩИТОВИДНОГО ХРЯЩА	310.
Эргашов А.Р., Халикулов Э.Ш.	ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТАБИЛИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ КОМПРЕССИОННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ	311.
Эрназарова М.М., Рузметова И.А., Назирова М.Х.	СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ АМЛОДИПИНОМ	312.
Эшов Р.Г., Касымов И.А.	СОСТОЯНИЕ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ	313.

Юлдашева З.Б., Хамраева Л.С.	СОСТОЯНИЕ ОРГАНА ЗРЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ У ЖЕНЩИН С ГЕСТАЦИОННОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	314.
Юлдашева С.А., Бабаханов Г.К.	КЛИНИКА И ПЕЙЗАЖ ОТОМИКОЗА У ДЕТЕЙ	315.
Юльбарсов О.Б.	СОВРЕМЕННЫЙ И ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ У ДЕТЕЙ	316.
Якубова Д.М., Каримова М.Н	КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРОДУОДЕНИТА У ШКОЛЬНИКОВ	317.
Якубова Л.Т., Умарова Д.А.	ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПИЛОРСПАЗМА И ПИЛОРСПТЕНОЗА У ДЕТЕЙ	318.
Якубова Н.Р., Рихсиева Г.М.	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БАКТЕРИОФАГОВ ПРИ СТАФИЛОКОККОВЫХ ЭНТЕРОКОЛИТАХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	319.
Якубова Н.З., Абзалова М.Я.	КОМПЛЕКСНАЯ ЭХОГРАФИЯ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА	320.