

ЎЗБЕКИСТОН RESPУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ MINISTRY OF HEALTH OF THE REPUBLIC OF
UZBEKISTAN ЎЗБЕКИСТОН RESPУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА
ЎРТА МАҲСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ
MINISTRY OF HIGHER AND SECONDARY SPECIALIZED
EDUCATION OF THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN
ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
TASHKENT PEDIATRIC MEDICAL INSTITUTE



*“Созлом она ва бола йили”*га бағишланган
*“Педиатрия соҳасида
ёш олимларнинг ютуқлари”* республика
илмий-амалий анжумани

We invite you to participate at the conference

*“Young scientific achievements
in the field of Pediatrics”* devoted to the
“Year of healthy mother and child”

ТЕЗИСЛАР ТЎПЛАМИ
ABSTRACTS



Тошкент, 14 апрел, 2016

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
MINISTRY OF HEALTH OF THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА
ЎРТА МАҲСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ

MINISTRY OF HIGHER AND SECONDARY SPECIALIZED
EDUCATION OF THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN
ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
TASHKENT PEDIATRIC MEDICAL INSTITUTE

*“Соғлом она ва бола йили”*га
бағишланган
*“Педиатрия соҳасида
ёш олимларнинг ютуқлари”*
республика илмий-амалий анжумани

We invite you to participate at the conference
*“Young scientific achievements
in the field of Pediatrics”* devoted to the
“Year of healthy mother and child”

ТЕЗИСЛАР ТЎПЛАМИ
ABSTRACTS

Тошкент, 14 апрел, 2016

ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИДА АКТ СОҲАСИДАГИ ИШЛАР

Абдурахмонова С.М., Данияров Р.Г., Лысенко С.А.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент ш., Ўзбекистон

Долзарблиги. Инновация Маркази анча йиллардан буён Ахборот коммуникация технологиялари (АКТ) бўйича Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент ш., Ўзбекистон профессор-ўқитувчиларни ўқитиб келмоқда, бу борада ҳар йили турли хил режалар, янгиликлар билан АКТ бўйича самарали ишлар олиб борилмоқда.

Мақсад ва вазифалар. Тиббиёт соҳасида таълимга эътибор жуда катта, кундан кун технологиялар ривожланиб бориши билан унга бўлган талаблар ҳам ошиб боради, шуларни мақсад қилиб ҳар йили Инновация Марказида ТошПТИ ўқитувчиларини малакасини ошириш борасида уларни АКТ бўйича ўқитиш йўлга қўйилган.

Қўлланилган усуллар. Замонавий компьютер технологияларидан фойдаланиб малакали ходимларни тайёрлашда, уларни ўқитиш жараёнида баҳолаш тизими А-В поғоналарда баллар билан баҳоланади. Дарс жараёнида уларга амалий машғулотни кўпроқ мустақил видео роликлар ва ҳар хал топшириқлар билан олиб бориш.

Олинган натижалар. Хусусан ўқитиш ишлари ТошПТИ да нафақат профессор-ўқитувчилар балки ССВ ва барча вилоятлардан жалб этилган мутахассислар ҳам АКТ бўйича ўқитилади. 2015-йилда жами 387 нафар ТошПТИ профессор-ўқитувчилари АКТ бўйича ва 95 нафар ССВ ва барча вилоятларидан мутахассислар ўқитилди. 2016 йилда 174 нафар ТошПТИ профессор-ўқитувчилари “Электрон Журнал” дан фойдаланиш бўйича ўқитилган бўлса, бундан ташқари 2016 йил давомида билим кўникмаларини аниқлаш мақсадида яна 397 нафар ТошПТИ профессор ўқитувчиларини тест синовидан ўтказиб даражаларни аниқлаб, АКТ бўйича қайта ўқитиш режалаштирилган. Муваффақиятли курсни якунлаганларга институт томонидан сертификат берилади.

Муҳокама. ТошПТИ профессор-ўқитувчиларини ўқитиш жараёнида уларни даражаларга бўлиб ўқитиш ва малакали ходимларни сафини кўпайтириш. Бундан кўзланаётган асосий мақсад тиббиёт соҳасида таълимни янада кучайтириш, ТошПТИ профессор-ўқитувчиларини малакасини йилма йил ошириб бориш.

Хулоса. Хулоса қилиб айтганда ТошПТИ да малакали ходимлар сафини кўпайтириш, компьютер технологияларидан, унинг имкониятларидан фойдаланишни тўғри йўлга қўйиш.

ЗАКАЛИВАЮЩИЕ ПРОЦЕДУРЫ СРЕДИ УЧАЩИХСЯ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ИХ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ

¹Абдусаматова Б.Э., ²Камилов Ж.А.

**НИИ санитарии, гигиены и профзаболеваний МЗ РУз¹,
Ташкентский Государственный стоматологический институт²,
г. Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Одним из элементов здорового образа жизни являются закаливающие процедуры: обтирание, контрастный душ, дыхательная гимнастика, солнечные ванны, ножные ванны и прогулки на свежем воздухе. Закаливание способствует улучшению деятельности основных систем организма, увеличению сопротивляемости к различным заболеваниям, повышению общей выносливости организма.

Целью настоящего исследования явилась сравнительная оценка количественного состава детей-спортсменов и не занимающихся спортом, проводящих закаливающие процедуры.

Объем и методы исследования. Проведено анкетирование 514 учащихся от 7 до 18 лет, обучающихся в общеобразовательной школе, академическом лицее и профессионально-техническом колледже г. Ташкента в зависимости от уровня двигательной активности, все обследованные дети были разделены на 2 группы: 1-ая группа – учащиеся-спортсмены и 2-ая группа – дети, не занимающиеся спортом.

Результаты и их обсуждение. Выявлено, что 28% детей ежедневно проводят обтирание тела холодным полотенцем, 35% - иногда, а 37% детей данную процедуру никогда не проводили и не проводят. Причем количество детей-спортсменов, которые постоянно проводят обтирание тела в 1,3 раза больше, чем среди сверстников 2-ой группы. Контрастный душ постоянно принимают равное количество детей - 45,5%, иногда – 33% и не принимают - 21,5% ($P>0,05$). Дыхательную гимнастику постоянно выполняют 31,5% учащихся, иногда – 42% и не выполняют – 26,5%. Среди учащихся-спортсменов число таковых детей в 1,4 раза больше, по сравнению со сверстниками 2-ой группы ($P<0,05-0,01$). Число учащихся-спортсменов, принимающих солнечные ванны в 1,8 раза больше по сравнению с учащимися не спортсменами ($14\pm 2,69$ против $8\pm 1,70\%$, $P>0,05$). Ножные ванны постоянно принимают 22% детей ($P>0,05$). С целью закаливания организма, 1/3 часть учащихся никогда не принимали ножные ванны. 43,5% детей ежедневно пребывают на свежем воздухе от 1-го до 3-х часов в день.

Вывод. Выполнение закаливания, с использованием естественных сил природы, в большей степени характерно для учащихся систематически занимающихся спортом.

КРАТНОСТЬ ПРИЕМА УЧАЩИМИСЯ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК К ПИЩЕ И ВИТАМИНОВ

¹Абдусаматова Б.Э., ²Камилов Ж.А.

НИИ санитарии, гигиены и профзаболеваний МЗ РУз¹
Ташкентский Государственный стоматологический институт²,
г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность.Нарушение пищевого поведения, в виде переедания одних и недоедания других пищевых продуктов, бесконтрольный прием биологически активных добавок (БАД) к пище и витаминов, также могут вызвать различного рода отклонения в состоянии здоровья.

Целью работы явилась сравнительная оценка частоты потребления БАД и витаминов детьми, занимающихся и не занимающихся спортом.

Объем и методы исследования. опрошено 514 учащихся от 7 до 18 лет, обучающихся в разных типах учебных заведений г.Ташкента в зависимости от уровня двигательной активности, все обследованные дети были разделены на 2 группы: 1-ая группа – учащиеся-спортсмены и 2-ая группа – дети, не занимающиеся спортом. работа выполнена в рамках государственного грантового проекта адсс-15.17.1.

Результаты исследования и их обсуждение.На вопрос анкеты «Как часто Вы употребляете витамины и биологически активные добавки к пище?» 24,8% детей ответили, что не употребляют витамины и 60,7% - не употребляют БАД. В тоже время, «постоянно» и «часто» принимают витамины – 39% опрошенных учащихся и БАД – 14,9%; остальные дети изредка потребляют названные препараты. Определено, что дети, занимающиеся спортом, в 1,1 раза чаще принимают витамины и в 1,2 раза чаще – БАД ($P>0,05$). Определено, что причины, формирующие потребление БАД и витаминов, среди опрошенных учащихся практически не различались. Так, основной целью их применения учащимися-спортсменами было «увеличить физическую работоспособность», «улучшить состояние здоровья», «улучшить работу органов дыхания» и «улучшить работу нервной системы». Учащиеся 2-ой группы употребляли БАД с той же целью как и их сверстники-спортсмены, а также для того чтобы нарастить мышечную массу тела. Данные, полученные при анкетировании, свидетельствуют также о том, что витамины, в значительно большей степени, потребляли часто болеющие дети из числа учащихся, не занимающихся спортом. В связи с этим, немаловажным считали вопрос о том, кто назначал детям прием БАД и витаминов. Анализ ответов на данный вопрос свидетельствовал о том, что в 50% случаев потребление БАД и витаминов осуществлялось по рекомендациям врачей и почти 15% родителей самостоятельно выбирали БАД и витаминные комплексы для своих детей. Анализ количественного состава детей по возрастным группам показал, что наиболее часто дети принимали витамины и БАД в 11-15 лет. В подавляющем большинстве случаев дети, занимающиеся и не занимающиеся спортом,

потребляли БАД и витамины под контролем родителей, причем в среднем 88% из них - только по предписанию врача, а около 6% - согласно инструкции к применению.

Выводы. Почти 15% учащихся «постоянно» и «часто» принимают БАД, а 39% - витамины, причем учащиеся-спортсмены принимают их в 1,2 раза чаще, чем дети, не занимающиеся спортом. Наибольшее количество детей принимают БАД и витамины в подростковом возрасте, т.е. в период активного роста и гормональных изменений в организме.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ОЦЕНКЕ РИСКА РЕПРОДУКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ

Адилов У.Х.

**НИИ санитарии, гигиены и профзаболеваний МЗ РУз,
г. Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Охрана и изучение репродуктивного здоровья населения является одной из важнейших проблем в области гигиены труда, в том числе и в топливно-энергетических комплексах (ТЭК) республики.

Целью работы является выявление факторов риска и критериев оценки нарушений репродуктивного здоровья работников угольной промышленности (разрез «Ангренский», подземные шахты «Шаргуньская» и «Ангренская», расположенные в Ташкентской и Сурхандарьинской областях), Новоангренской и Ангренской теплоэлектростанций (ТЭС), входящие в состав ТЭК Узбекистана.

Методы исследования. При изучении состояния репродуктивного здоровья работающих в ТЭК были использованы результаты анкетирования, выкопировки из листов нетрудоспособности, аттестации рабочих мест по условиям труда и статистические методы исследования.

Результаты и их обсуждение. Выявлено, что организация охраны репродуктивного здоровья работников ТЭК имеет ряд особенностей: гендерный подход в отношении трудовой занятости и медицинского обслуживания; дополнительная защита «уязвимых» групп (беременные, роженицы, кормящие грудным молоком); социально-бытовые, техногенные и физические нагрузки. Выделены приоритетные эндогенные (наследственность, соматическое состояние здоровья, перенесенные заболевания, нарушения в период становления репродуктивной функции) и экзогенные (неблагоприятные факторы производственной и окружающей среды, социально-экономические показатели жизни, качество медицинского обслуживания, социально-бытовые условия, включая питание, особенно в период беременности) факторы. Критериями оценки нарушений репродуктивного здоровья работающих ТЭК служат: уровень материнской заболеваемости; самопроизвольные выкидыши; показатели частоты рождения детей с врожденными пороками развития;

показатели детской заболеваемости (особенно детей в возрасте до 3-х лет, формирующие группу хронических больных); показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ), обусловленной экстрагенитальной патологией, в том числе женскими болезнями и осложнениями беременности и родов.

Выводы. Охрана репродуктивного здоровья работающего населения должна быть направлена на исключение факторов эндо - и экзогенного характера, начиная с раннего возраста, подготовку организма к материнству. В производственных условиях необходимо улучшение медицинского обслуживания, защита «уязвимых» групп (беременные, роженицы и матери, кормящие грудью), обязательный учет и контроль за физическими нагрузками и жилищно-бытовыми условиями.

ПОРАЖЕНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С БРОНХО-ЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Азимова Н.М., Абзалова Ш.Р., Рахимгазиев У.Г.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Перинатальное поражение нервной системы (ППНС) объединяют различные группы патологических состояний, обусловленные воздействием на плод в антенатальном периоде, во время родов и в первые дни после рождения неблагоприятных факторов. Это влечет за собой формирование стойкого неврологического дефекта. Сочетание ППНС с соматической патологией, в частности бронхо-легочными заболеваниями, усугубляет общее состояние детей и течение основного заболевания.

Цель исследования: изучить состояние нервной системы при бронхолегочных заболеваниях у детей.

Материалы и методы исследования. Обследованы 50 детей в возрасте от 2 месяцев до 1 года, находящиеся на лечении в соматическом отделении в ГКДБ №3 города Ташкента с признаками поражения нервной системы и бронхо-легочными заболеваниями. Проводились клиничко-лабораторные, инструментальные методы исследования, подтверждающие основной диагноз. Проводилось клиничко-неврологическое, при необходимости нейро-сонографическое обследование.

Результаты исследования. Обследованные 50 детей были разделены на 2 группы. Основную группу составили 28 детей с различными синдромами ППНС и бронхо-легочного заболевания. Группу сравнения составили 22 ребенка с бронхо-легочными заболеваниями без поражения нервной системы. При клиничко-неврологическом обследовании детей основной группы отмечалось отягощение в до – и после родовом периоде (89,2%). В этой группе

обследованных отмечались более тяжелые степени течения основного заболевания которое сопровождалось синдромом ликворно-сосудистой дистензии (64,2%), нейро-рефлекторной возбудимости (35,7%), двигательных расстройств (50%). Характерными жалобами наряду с признаками основного заболевания были беспокойный плач, гипервозбудимость, нарушения сна. У 21,4% детей данной группы отмечались фибрилльные судороги, клонико-тонического характера. В группе сравнения отмечались более легкие степени основного заболевания. При клинико-неврологическом обследовании детей данной группы преобладал синдром нейрорефлекторной возбудимости (36,4%) и ликворно-сосудистой дистензии (18,1%) легкой степени. Следует отметить, что дети группы сравнения не предъявляли жалоб к неврологу до соматического заболевания. Наряду с терапией основного заболевания больные первой группы получали симптоматическую терапию неврологических осложнений, допускаемую общепринятыми стандартами лечения. В результате отмечалось нивелирование симптомов бронхо-легочного заболевания без ухудшения неврологического статуса детей.

Вывод. Течение бронхо-легочных заболеваний у детей от 2 месяцев до 1 года сопровождаются неврологическими осложнениями как у детей с ППНС так и у группы детей без поражения нервной системы, что требует коррекции неврологических осложнений на ранних этапах терапии основного заболевания.

ХАРАКТЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА И ГЕМОГРАММЫ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ НАРУШЕНИЙ АДАПТАЦИИ МАЛОВЕСНЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ (экспериментальное исследование)

Акрамова Х.А.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г. Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Окислительный стресс (ОС) является одним из ключевых повреждающих факторов в патогенезе рождения детей с малой массой тела. Обнаружено, что уровень 8-окси-2-деоксигуанозина в моче (продукт окислительной дегградации ДНК, маркер ОС) у детей с низкой массой тела повышен пропорционально дефициту веса, но только в первые сутки жизни. Прогностическая ценность для определения риска нарушений адаптации новорожденного с низкой массой тела (НМТ) имеется для показателей, определенных в первые сутки после рождения.

Цель исследования: изучить маркеры окислительного стресса и активность ключевых ферментов антиоксидантной системы в крови и наиболее уязвимых органах, в частности головном мозге и в микросомально-цитозольной фракции печени (МС) в эксперименте.

Материалы и методы: моделирование задержки внутриутробного развития проводили в хроническом эксперименте. Объектом исследования явились белые беспородные крысы: беременные самки, подвергались хронической гипобарической гипоксии и их новорожденные крысята (n=65). Забор периферической крови, гомогенаты мозга и микросомально-цитозольная фракция печени были исследованы в различные часы 1 суток: при рождении, 1, 3, 6, 12 и 24 часа. Определяли уровень генерации активных форм кислорода (АФК) по количеству малонового диальдегида (МДА), активность супероксиддисмутазы (СОД), активность каталазы, параметры гемограммы: определение количества эритроцитов (RBC), гемоглобина (Hb), гематокритного числа (Ht).

Результаты: нами выявлено, что у самок крыс, подвергнутых неблагоприятному воздействию (гипоксия) рождаются крысята, отстающие по росто-весовым параметрам от животных контрольной группы. Неблагоприятное воздействие в период беременности приводит к рождению потомства с малым весом, анемией и высоким уровнем генерации АФК в мозге, МС печени и крови к моменту рождения. ОС в мозговых тканях у потомства маловесных крысят, рожденных от самок, подвергнутых моделированию ФПН, интенсифицируется в первый час жизни и сохраняется на стационарно высоком уровне в течение 24 часов жизни, что может быть предпосылкой для нарушений адаптации и развития. Изменения количества эритроцитов, гемоглобина и эритроцитарных индексов у потомства маловесных крысят, обусловлены мембранодеструктивными процессами в эритроцитах, уменьшением их абсолютного числа вследствие гемолиза, а также изменениями гематокрита за счет перераспределения крови на протяжении первых суток жизни. Пик интенсивности ОС в мозге происходит в 1-й час жизни, в крови - на 3-й час жизни, в МС печени – на 12-24-й час жизни, что связано с перераспределением мощности АОС и вымыванием токсических метаболитов в кровь. Активность ферментов АОС СОД и КАТ крови, а также уровень МДА, определенные в 1 и 3 час жизни коррелируют с активностью АОС мозговых тканей и имеют диагностическое значение. Уровень МДА в крови, активность СОД и каталазы крови, измеренные на 3 - 24 часу жизни, изменяются не пропорционально интенсивности ОС в мозге и МС печени, отражая в большей степени общий уровень АОС в крови.

Заключение. Изучение уровня ОС, активности АОС и гемограммы у маловесных крысят в течение первых суток жизни позволило установить интенсификацию генерации АФК в мозге, крови и МС печени, выраженную в различной степени, а также анемию, имеющую место при рождении и прогрессирующую в течение первых суток жизни. Эти факторы являются значимыми для адаптационной реакции организма.

ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭПИЛЕПТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ДЕТЕЙ

Аминова Д.А., Садыкова Г.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Раскрытие генетических аспектов эпилепсии необходимо для четкого понимания этиологии и патогенеза этого заболевания, поиска новых путей коррекции. Однако конкретная роль генетических факторов эпилепсии остается неизвестной, особенно среди детей узбекской национальности. Молекулярная дифференциация случаев заболевания обеспечивает клиницистов новыми диагностическими инструментами надежной диагностики, позволяющей точно оценить генетический риск, давать прогноз при консультировании и планировать рациональные терапевтические подходы.

Цель исследования: изучить молекулярно-генетические аспекты эпилептической энцефалопатии и симптоматической эпилепсии у детей

Материалы и методы исследования. Для выявления мутаций и полиморфизмов у изучаемых больных эпилептической энцефалопатии нами проведен анализ гена $\alpha 1$ субъединицы нейронального натриевого канала (SCN1A), в которых ранее были выявлены мутации и полиморфизмы у больных с различными формами эпилепсии. Нами было проанализировано 30 показателей изучения полиморфизма гена SCN1A среди 20 детей с эпилептической энцефалопатией и 20 практически здоровых детей.

Результаты исследования. Из всей выборки больных эпилептической энцефалопатией у детей ($n=20$) полиморфизм 3184 A–G встречался в гомозиготном состоянии ($3184^*A/^*A$) у 8 больных (40%), в гетерозиготном состоянии ($3184^*A/^*G$) - у 11 (56%), а гомозиготный генотип ($3184^*G/^*G$) был определен только у 1 пациента (4%). У здоровых детей ($n=20$) полиморфизм 3184 A–G встречался в гомозиготном состоянии ($3184^*A/A$) у 6 больных (60%), в гетерозиготном состоянии ($3184^*A/^*G$) - у 4 (40%). Так нами было установлено, что для эпилептической энцефалопатии картирован ряд локусов сцепления: 40% - 168bp; 56% - 168, 145 и 23bp и 4% - 145 и 23 bp.

В процессе развития данной формы заболевания предполагается участие нескольких взаимодействующих между собой генов, расположенных в данных областях. Вклад каждого из них в риск развития эпилептической энцефалопатии может быть небольшим, но, тем не менее, приводящим к наследуемым изменениям, предрасполагающим к судорожной активности.

Заключение. Таким образом, мутации и полиморфизмы в гене SCN1A нейронального натриевого канала приводят к увеличению времени восстановления активности канала после инактивации и, как следствие, провоцируют гипервозбудимость нейронов. Обнаруженные нами изменения нуклеотидной последовательности гена SCN1A могут вносить определенный

вклад в развитие предрасположенности к эпилептической энцефалопатии у детей узбекской национальности.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭПИЛЕПТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ 1 ТИПА У ДЕТЕЙ

Аминова Д.А., Садыкова Г.К.

Ташкенсткий педиатрический медицинский институт,
г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Эпилептическая энцефалопатия (ЭЭ) – это состояние, где патологический измененный электрогенез головного мозга является причиной нарушений функций головного мозга. Эти расстройства составляют по данным литературы в зависимости от формы от 5 до 40% поведенческих, психических и нейропсихологических расстройств и до 3-10% всех эпилептических расстройств.

Цель исследования: изучить клиническую характеристику ЭЭ у детей.

Материалы и методы исследования. В основу исследования положены данные обследования 16 детей с эпилептической энцефалопатией I типа. Возрастное подразделение выявило, что в данную группу вошли дети в возрасте от 2 лет до 14 лет, средний возраст детей составил $5,96 \pm 0,77$ лет. Манифест заболевания в среднем регистрировался в возрасте $2,9 \pm 0,52$ лет, а длительность в среднем составила $3,1 \pm 0,12$ лет и варьировала в пределах от 1 месяца до 9 лет. Всем обследованным было проведено общепринятое клинико-неврологического обследования.

Результаты исследования: на момент обращения в стационар при эпилептической энцефалопатии 1 типа родители предъявляли жалобы на: отставание в психомоторном и психоречевом развитии (23,1% и 38,5% соответственно), отставания в умственном развитии (26,9%), снижение памяти (15,4%), капризность (53,8%), плаксивость (34,6%). Во всех случаях родители предъявляли жалобы на судороги. Полиморфизм эпилептических приступов наблюдался среди 61,5% (16 детей) больных: атипичные абсансы, миоклонические приступы, атонические и тонические приступы, короткие тонические судороги, особенно во сне, клонические и тонико-клонические судороги. У всех детей отмечалось нарушение поведения - гиперактивность (76,9%), эмоциональная лабильность (61,5%), агрессивность (50%). У детей в более старшем возрасте отмечаются хронические психозы с эпизодами обострения (38,5%). Во всех случаях отмечены интеллектуально-мнестические нарушения (конструктивная апраксия, снижение концентрации произвольного внимания, неспособность к усвоению нового материала, речевые нарушения) - данные нарушения констатированы после возникновения приступов. При анализе неврологического статуса у 80,8% случаев (21 ребенок) отмечались моторные симптомы, когнитивные и поведенческие нарушения; у 5 (19,2%) пациентов

неврологический статус без особенностей. При неврологическом осмотре у 26 детей с эпилептической энцефалопатией 1 типа отмечались черепно-мозговые нарушения в виде сходящегося косоглазия (26,9%) и горизонтального нистагма (23,1%). Повышение сухожильных рефлексов у 65,2% детей сопровождалось гипертонусом и характеризовалось расширением их зоны и клонусом стоп. При изучении показателей высшей корковой деятельности в 91,3% случаев было отмечено отставание в психоречевом развитии, а у 87,0% в умственном. При ЭЭГ мониторинге у 61,5% наблюдалась паттерн-диффузная медленная пик-волновая активность билатеральная и синхронная с частотой 1 2,5 Гц, с акцентом на лобные и височные доли. Определяющей характеристикой у данной категории детей являлись патологические изменения билатеральных спайк-волн, максимальные в задних височных областях обоих полушарий, и продолжающиеся во время сна.

Заключение. Подводя итоги по полученным результатам, эпилептическая энцефалопатия I типа возникает у детей с эпилептическими синдромами, характеризуясь прогрессирующими расстройствами когнитивной сферы, интеллекта, речи и других церебральных функций. По данным рутинной ЭЭГ-и ЭЭГ-мониторирования у детей больных эпилептической энцефалопатией выявлялся очаг эпилептической активности без грубых общемозговых изменений.

ЁШЛАР ЎРТАСИДА СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИНИ ШАКЛЛАНТИРИШ

Ахмадалиева Н.О.

Тошкент Тиббиёт Академияси, Тошкент ш., Ўзбекистон

Ёшларнинг соғлом турмуш тарзини (СТТ) шакллантириш ҳар қандай давлатдаги соғлиқни сақлаш тизимининг энг устивор вазифаларидан бири ҳисобланади. Ҳарбир муайян шахснинг саломатлиги биринчи навбатда унинг ҳаёт тарзига, турмуш тарзи элементларига онгли ёндошишига боғлиқдир. Шулар билан боғлиқҳолда айтиш лозимки, соғлом турмуш тарзининг асосида атроф муҳитда бор бўлган барча омилларнинг организмга таъсир этиш мумкинлиги ҳақидаги маълумотларга эга бўлиш ва шу омиллардан ўзининг саломатлиги учун самарали фойдалана олиши муҳим аҳамиятга эгадир.

Тадқиқотнинг мақсади. Коллеж ўқувчилари ўртасида соғлом турмуш тарзи тамойилларига амал қилишларини ўрганиш ва гигиеник баҳолашдан иборат.

Тадқиқот натижалари. Аввалам бор ҳозирги ёшларимизнинг СТТ ҳақидаги фикрлари қандай, унга амал қилишяптими, гигиеник қоидаларга риоя қиладиларми? Ана шундай саволларни ёритиш мақсадида биз Тошкент шаҳридаги Олмазор тиббиёт коллежи ўқувчилари ўртасида СТТ ҳақидаги маълумотларни ёрита оладиган анкета – сўровномаси ўтказилди. Сўровномада жами бўлиб 100 нафар (70 нафари қизлар, 30 нафари ўғил болалар) коллеж

ўқувчилари иштирок этдилар. Сўровномада иштирок этган коллеж ўқувчиларининг аксарияти 17-18 ёшда. Сўровномадаги биринчи саволга, яъни “Соғлом турмуш тарзи деганда нимани тушунасиш” деган саволга ўқувчи йигит-қизларимизнинг 60% ҳам жисмонан ҳам ақлан соғлом бўлиш деб жавоб бердилар. 27% талабалар “кун тартибига риоя қилиш”, “чекмаслик”, “ичмаслик”, қолган ўқувчилар эса “билмайман” деб жавоб беришди.

Маълумки, спорт СТТ нинг асосий элементларидан биридир. Мунтазам бадан тарбия билан шуғулланиш организмни чиниқтиради, кун бўйи инсоннинг толиқишини олдини олади. Тадқиқотда қатнашган ўқувчиларнинг бадан тарбия ёки спорт билан шуғулланишларини таҳлили, атиги қатнашчиларнинг 50% кундалик бадан тарбия билан шуғулланишларини кўрсатди. Оқилона тузилган кун тартиби ўқувчиларни фанларни яхши ўзлаштиришда асосий омиллардан биридир. Сўровномада қатнашган ўқувчи қизларнинг 55% ва йигитларнинг 45% и кун тартиби оқилона тузилганлиги қайд этилди. Гигиеник билимларга эга бўлган ҳар бир онгли одам ўзининг кундалик овқатланиш тартиби ва овқатли моддалар сифат ва миқдор кўрсаткичларини билиши ва унга амал қилиши лозим. Анкета сўровномасидаги “Оқилона овқатланиш деганда нима тушунасиш?” - деган саволга қатнашчиларнинг 78% “Витаминларга бой овқатларни ўз вақтида, озода овқатланиш” - деб жавоб бердилар. “Бир кунда неча мартаба овқатланасиз?”, “Қандай овқат маҳсулотларини хуш кўрасиз?” - деган саволга 70% иштирокчиларимиз мос равишда 3 маҳал овқатланишларини ва ғарбдан кириб келган “хотдог”, “гамбургер”, қуюқ овқатларни севиб истеъмол қилишларини билдирганлар.

Соғлом турмуш тарзининг асосий белгиларидан бири зарарли одатларсиз яшашдир. “Сиз зарарли одатлардан спиртли ичимликлар ичасизми, чекасизми?” деган саволга 100% қизларимиз ва 88% йигитларимиздан “йўқ” деган жавоб олинди. “Сиз таълим олаётган муассасада соғлом турмуш тарзи борасида қандай ишлар амалга оширилмоқда” деб сўралган саволга қатнашчиларнинг 73% учрашув ва суҳбатлар, спорт мусобақалари, марафонлар, турли тадбирлар ўтказилиши айтиб ўтдилар.

Хулоса. Олинган натижалардан кўриниб турибдики, коллеж ўқувчилари соғлом турмуш тарзи элементлари бўйича қисман маълумотга эга. Таълим муассасасида олиб борилаётган СТТ тарғибот ишларини янада кучайтириш, уларнинг саломатлигини яхшилаш, рационал овқатланиш ва зарарли одатларнинг оқибатлари ҳақида тушунтириш ишларини мунтазам равишда, кўргазмалли олиб бориш ўқувчиларда СТТ кўникмаларини шакллантиришда ёрдам беради.

ТИББИЁТ КОЛЛЕЖИ ЎҚУВЧИЛАРИ ЎРТАСИДА КАСБ ТАНЛАШ МОТИВАЦИЯСИ

Ахмадалиева Н.О., Комилова З.С.
Тошкент Тиббиёт Академияси, Тошкент ш., Ўзбекистон

Бугунги кунда келажагимиз эгалари, бўлғуси мутахассисларнинг пухта билим олишлари, маълум бир соҳани тўла эгаллашлари ҳамда жамиятда ўз муносиб ўринларига эга бўлиб етишишлари йўлида улар учун барча зарур шарт-шароитлар яратилган. Касбни тўғри танлаш инсоннинг ўз потенциалини тўлиқ сафарбар қилиш, кўнгилсизликлардан қочиш, ўзи ва оиласини камбағалликдан асраш ва эртанги кунга бўлган ишончсизликни олдини олиш имконини беради. Ҳар қандай иш каби касб танлаш ҳам аниқ ва ҳаққоний мақсадни белгилашдан бошланади.

Мақсади. Тиббиёт коллежи ўқувчилари ўртасида касб танлаш мотивациясини таҳлил қилишдан иборат.

Қўйилган мақсадга эришиш учун қуйидаги вазифа, яъни ўқувчиларни мутахассислик бўйича мотивация мажмуасини гигиеник таҳлил қилиш ва баҳолаш ишлари ўтказилди (ички, ташқи ижобий, ташқи салбий мотивация).

Текшириш усули. Мутахассислик фаолиятини мотивациялаш К. Замфир усули бўйича баҳоланди. Касб танлашда омил қанча аҳамиятли бўлса, у шунча юқори баллда баҳоланади. Мазкур усулга мувофиқ ойлик иш ҳақи, карьера учун интилиш ва ижтимоий мавқе ва бошқа шахслар томонидан ҳурматга сазовор бўлишга эҳтиёж мотивациялари мажмуаси ташқи ижобий мотивацияни (ТИМ), бошқалар томонидан қилинадиган танқиддан, жавобгарлик ва кўнгилсизликлардан қочишга интилишташқи салбий мотивацияни (ТСМ) ҳамда танланган касбдан қониқиш, ушбу касбда ўзининг имкониятларини тўлиқ намоён қилиш мажмуаси ички мотивацияни (ИМ) ифодалайди.

Олинган натижалар ва муҳокама. Ўтказилган тадқиқотда Олмазор тиббиёт коллежининг 120 та 3 босқич ўқувчилари иштирок этишди. Ўқувчилар берилган саволларга ҳоҳиш ва маъсулият билан жавоб бердилар. Олинган натижалар таҳлили шуни кўрсатдики, кўпчилик талабалар ўз танлаган касбларидан қониқадилар. Талабаларнинг 90,8% ижобий ва салбий мажмуалардан ижобийсини ТИМ>ИМ>ТСМ танлашди. Ўқувчиларни бу фаолиятга қизиқишларига ташқи ижобий мотивлар ва ички мотивацияси таъсир кўрсатган, яъни бу ўқувчилар биринчи навбатда касбга бўлган қизиқиши, уларнинг жараёнларни англашнинг ижобий томонга ривожланишини таъминлайди. Салбий мотивация қуйидаги мажмуада акс эттирилган: ТИМ>ИМ=ТСМ ва ТИМ>ТСМ>ИМ. Қуйидаги биринчи мажмуа 5,5% ниваиккинчи мажмуа 3,7% ни ташкил қилди. Бу кўрсаткич текширувчиларнинг 9,2% ни ташкил қилади. Бу гуруҳни ташкил этган ўқувчиларнинг касбга бўлган бефарқликлари аниқланди: улар мутахассисликни эгаллаш эмас, балки таълим даргоҳларда шунчаки ўқиш ёки диплом олиш учун таълим олаётганликлари қайд этилди, шунингдек бу гуруҳдаги ўқувчиларнинг айримлари таълим

муассасасига ўз хоҳишлари билан эмас, кимнингдир, яъни ота-оналарининг хоҳишлари ёки яна бошқа бизга маълум бўлмаган сабабларга кўра кирганликлари ҳам аниқланди.

Хулоса қилиб айтганда, ўсмирларни мактаб давридаги касбга йўналтириш ишларини олиб боришни кучайтириш, жамиятга фойдали касбни эгаллаб, узок йиллар давомида қизиқиш билан саломатликларига путур етказмасдан меҳнат фаолиятини олиб боришда эрта ёрдам бериш мақсадга мувофиқ бўлади.

ПОКАЗАТЕЛИ ПАРЦИАЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ПОЧЕК ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ НОВЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

**Ахмеджанова Н.И., Дильмурадова К.Р.,
Ахмеджанов И.А., Маматкулова Д.Х.
Самаркандский Государственный медицинский институт,
г.Самарканд, Узбекистан**

В структуре почечной патологии у детей по частоте первое место занимает пиелонефрит. Более 15% развивающейся хронической почечной недостаточности (ХПН) в детском возрасте обусловлено ХП. У пациентов с вторичным пиелонефритом сохраняется высокий риск развития хронической почечной недостаточности (ХПН) и снижение качества жизни уже в детском возрасте.

Целью исследования явилось оценить влияние региональной лимфатической антибиотикотерапии (РЛАТ) и фитоуроантисептика канефрона на некоторые показатели парциальных функций почек при хроническом вторичном необструктивном пиелонефрите (ХВНПН) у детей.

Было обследовано 40 детей, больных ХВНПН в возрасте от 4 до 14 лет. Больные были условно разделены на 3 группы в зависимости от метода лечения. В 1-ю группу вошли 14 больных, которые получали общепринятую терапию (в первые трое суток, обычно, цефотаксим в/м, после получения результатов бактериологического исследования - антибактериальный препарат в зависимости от чувствительности возбудителя). 2-я группа – из 11 больных, которым антибиотики вводились лимфотропным способом, а 3-я – из 15 больных, получавших РЛАТ в комплексе с канефроном. Материалом для исследования функционального состояния почек служила периферическая кровь, взятая из локтевой вены и моча, взятая утром у больных на фоне обострения хронического рецидивирующего процесса и в период ремиссии. Функции почек оценивались по клиренсу эндогенного креатинина, осмолярности мочи, суточной экскреции оксалатов.

Сравнительная оценка показателей ФСП, проведённых после лечения, у детей с ХВНПН в зависимости от способа лечения показала различные изменения показателей парциальных функций почек. Так, у детей с ХВНПН,

получавших общепринятую терапию (1-я группа), перед выпиской из стационара уровень клиренса эндогенного креатинина практически не изменялся ($P_1 > 0,1$). Соответственно, не отмечалось повышения осмолярности мочи ($P_1 < 0,1$). Традиционная терапия не оказывала влияния и на содержание оксалурии ($P_1 > 0,1$). Более положительные сдвиги ФСП больных мы выявили на фоне использования РЛАТ (2-я группа). Наблюдалось достоверное повышение показателей клиренса эндогенного креатинина ($P_1 < 0,001$), осмолярности мочи ($P_1 < 0,001$). Больные 3-й группы получали канефрон помимо РЛАТ. Мы наблюдали положительную динамику всех изучаемых показателей ФСП в этой группе. Так, показатели клиренса эндогенного креатинина, осмолярности мочи не только достоверно улучшились по отношению к соответствующим показателям до лечения и к показателям после общепринятого лечения ($P_1 < 0,001$, $P_2 < 0,001$), но и достигли уровня здоровых детей ($P > 0,1$). В данной группе также выявлено значительное улучшение показателей оксалурии ($P_1 < 0,001$, $P_2 < 0,05$), которые также приблизились к нормативам после комплексного лечения ($P > 0,1$).

Результаты. После проведения общепринятого лечения не отмечалось положительной динамики изучаемых показателей ФСП. Используя РЛАТ, мы выявляли достоверное улучшение всех изучаемых показателей ФСП, значительное снижение уровня оксалурии. Наконец, используя комплекс РЛАТ и канефрон, удалось достичь наилучших результатов: восстановление ряда изучаемых показателей (оксалурии) и значительное улучшение основных (СКФ, осмолярность мочи). Всё это позволяет предполагать высокую эффективность предложенных методов терапии при ХВНПН у детей (РЛАТ и РЛАТ + канефрон) в отношении ФСП.

ПРИЧИНА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕВОЧЕК – ПОДРОСТКОВ ПРОЖИВАЮЩИХ В КАРАУЛБАЗАРСКОМ РАЙОНЕ БУХАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Ахмедова Д.Р.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г. Ташкент, Узбекистан**

По данным исследователей этиологические факторы, вызывающие железодефицитную анемию (ЖДА) различны. Анемия может возникнуть в условиях экологически неблагоприятного региона, на почве повышенного расходования микроэлементов, нарушения резорбции железа в желудочно-кишечном тракте, вследствие недостатка экзогенных микроэлементов (МЭ), в том числе и железа.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ микроэлементного статуса организма девочек-подростков проживающих в Караулбазарском районе Бухарской области и в городе Ташкенте. Выявить взаимосвязь

клинического течения железодефицитной анемии ее осложнений с дисбалансом микроэлементов в организме. Оценить клиническую эффективность комплексной терапии железодефицитной анемии микроэлемент-содержащими препаратами у девочек-подростков.

Материалы и методы исследования. С целью уточнения этиологии ЖДА, роли микроэлементозов её развитии мы изучили показатели красной крови, особенностей питания, содержание в рационе питания МЭ в семьях проживающих в Караулбазарском районе Бухарской области. Обследованы девочки-подростки в возрасте с 12 до 16 лет из 20 семей. Изучали их анамнез, перенесенные заболевания, которые могут оказывать влияние на МЭ состав крови, содержание в крови Нв, эритроцитов, ЦП, СОЭ. Семьи девочек-подростков были идентичны по социальному происхождению – служащие и рабочие, анамнезу и перенесенным заболеваниям.

По итогам такого анализа мы давали рекомендации по правильному питанию и микроэлемент содержащий препарат «Витрум».

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты общего анализа крови у девочек-подростков до и после лечения. У обследованного контингента была обнаружена ЖДА различной степени тяжести. Так, у девочек ЖДА I степени не наблюдалась, II степени наблюдалась у 78,5%, III степени у - 21,4%. Таким образом, у девочек с раннего возраста формируется ЖДА. Изучение рациона питания показало, что практически во всех семьях имеется дефицит потребления основных пищевых продуктов по сравнению с нормой.

Вывод. Сразу оговоримся, что мы достаточно грубо оценивали объём потребления в неделю и разделили его на 7 суток и количество членов семьи. Несмотря на это дефицит оказался существенным по таким продуктам, как – мясо, молоко, хлебу, яйцам, фруктам. Это послужило основанием для убеждения их в необходимости правильного питания и назначения МЭ содержащих препаратов.

СВЯЗЬ МИКРОЭЛЕМЕНТОЗОВ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПРИ КАРДИОМИПАТИЯХ У ДЕТЕЙ

Ахмедова Н.Р., Саиджалалова У.С.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г. Ташкент, Узбекистан**

Проживание в регионах с повышенным или пониженным содержанием микроэлементов приводит к возникновению эндемических массовых заболеваний неинфекционной этиологии.

Цель исследования изучить влияние дефицита микроэлементов на функциональные показатели у детей с кардиомиопатиями.

Материалы и методы исследования. Всего обследовано 45 детей от рождения до 18 лет с кардиомиопатиями. Всем больным проведены клинико-

функциональные исследования (ЭКГ, ЭхоКГ), определены содержание микро- и макроэлементов в волосах (всего 25 элементов) нейтронно-активационным анализом в Институте Ядерной физики АН РУз на базе ядерного реактора.

Результаты и обсуждение. Анализ полученных результатов исследования содержания микроэлементов в волосах у детей с КМП указывает на наличие дисбаланса микроэлементов. У 52,2% детей отмечалось избыточное содержание хлора и натрия, при недостаточном содержании в волосах кальция и магния, дефицит которых привел к развитию функциональных изменений у детей с КМП. У всех детей обнаружен дефицит цинка и калия. Недостаточность хрома, кобальта среди обследованных встречается значительно реже. Почти у всех обследованных детей выявлен дефицит 3 и более микроэлементов. В остальных случаях отмечались различные вариации содержания микроэлементов. Результаты электрокардиографических обследований детей с КМП на фоне дефицита таких микроэлементов, как магний, калий и кальция, укладывались в несколько ЭКГ-синдромов: тахикардический (100%), ваготонический (68,2%) и дистрофический синдромы (90,9%). Среди детей с кардиомиопатией отмечались признаки гипертрофии левых отделов сердца и межжелудочковой перегородки, тахикардия, у больных были зарегистрированы аритмии, нарушение фазы реполяризации, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, признаки перегрузки ПП и ЛП, низкий вольтаж комплексов QRS в стандартных отведениях. Почти у всех детей наряду с нарушениями процессов реполяризации отмечалось удлинение электрической систолы желудочков (интервала QT) от должествующей нормы. Эти изменения можно рассматривать как показатель снижения функциональной или сократительной способности миокарда.

Таким образом, недостаточность ряда микроэлементов оказывает влияние на сократительную способность и проводящую систему сердца и клинически проявляется функциональными нарушениями, которые зависят от места проживания детей.

ЗНАЧЕНИЕ ЦИНКА ДЛЯ ГЕМОПОЭЗА В ОРГАНИЗМЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

Ахрарова Ф.М., Ахрарова Н.А.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г. Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Цинк является незаменимым микроэлементом для гемопоэза плода человека. Физиологическая роль цинка в период быстрого роста и развития приобретает особую важность. Дефицит цинка в организме беременной женщины часто сочетается с недостаточностью железа, что проявляется симптомами тяжелой железодефицитной анемии как у матери, так и у их детей, часто рождающихся от них с недостаточностью веса.

Минеральные вещества наряду с белками, углеводами и витаминами являются жизненно важными компонентами пищи человека и необходимы для построения химических структур живых тканей, а также для осуществления биохимических и физиологических процессов в жизнедеятельности организма.

Цель исследования. Влияние дефицита микроэлемента цинка на рождение детей с малым весом, родившихся от матерей с анемией.

Материалы и методы исследования. Исследования проводились у 30 новорожденных, родившихся с малым весом и 20 кормящих матерей с анемией. Контрольная группа - практически здоровые новорожденные и кормящие матери. У всех детей проводилось определение содержания цинка в околоплодных водах и в сыворотке пуповинной крови, грудном молоке матери методом масспектрометрии. Среди клинических признаков учитывалась частота проявлений недостаточности цинка.

Результаты обсуждения. По нашим данным, содержание цинка в крови у практически здоровых новорожденных детей составило $3,71 \pm 0,03$, в околоплодных водах составляет – $2,23 \pm 0,02$, в грудном молоке матери – $3,13 \pm 0,02$. У маловесных же новорожденных эти показатели оказались несколько пониженными ($2,32 \pm 0,02$, $3,86 \pm 0,03$ и $1,99 \pm 0,01$ соответственно). Относительно высокое содержание цинка в околоплодных водах у маловесных детей, чем у здоровых детей, указывает на выведение его из организма плода в околоплодные воды, что является одной из причин задержки внутриутробного роста и развития плода. Уровень гемоглобина у здоровых детей в среднем составило 191,5 г/л, у маловесных новорожденных эти показатели оказались сниженными – 165,9 г/л. Наиболее частыми клиническими симптомами недостаточности цинка у данных детей явились дерматиты, экзема, фурункулез, задержка физического развития.

Выводы. Таким образом, дефицит биоэлемента цинка у матерей с анемией является частой причиной развития серьезных нарушений со стороны органов и систем, а также гемопоэза, приводящих к развитию анемии у маловесных детей.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Ахрарова Ф.М., Муратходжаева А.В.

**Ташкентский Государственный стоматологический институт²,
г. Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Клинические и гемодинамические проявления малых аномалий развития сердца выявляются не в ранний период развития ребенка, а в более старшем возрасте, нередко на фоне приобретенных заболеваний. Зачастую они могут быть причиной развития различных осложнений или усугублять течение других заболеваний. Согласно литературным источникам

малые аномалии развития сердца встречается значительно чаще чем это предполагалось ранее, но исследования в основном касаются наиболее часто встречающихся форм малых аномалий развития сердца.

Цель. Изучение формирования кардиоваскулярной патологии у детей скардиальными проявлениями дисплазии соединительной ткани.

Материалы и методы. Обследованы 25 детей школьного возраста с различными патологиями сердечно-сосудистой системы. Проанализированы клинические данные - жалобы, анамнез, данные объективного осмотра, позволяющие дифференцировать диагноз дисплазии соединительной ткани и малых аномалий развития сердца (МАРС).

Результаты. Из анамнеза выявлено, что из малых аномалий сердца часто встречаются пролапс митрального клапана — 40,4% и аномально расположенная хорда - 28,7%. Выделяют комплекс симптомов, обусловленных сосудистой дисфункцией: синкопальные состояния, мигрень, изменение окраски кожных покровов конечностей. Частота выявления липотимий (комплекс ощущений, предшествующих потере сознания) и синкопальных состояний достигает 85,7%. Вегето-сосудистая дистония выявляется практически у всех лиц, имеющих МАРС (100%). Наиболее яркими проявлениями нарушений функции вегетативной нервной системы при МАРС являются вегетативные кризы, отмечаемые в 50% случаев, в меньшей степени наблюдаются: учащённое сердцебиение и «перебои» в работе сердца (22,3%), чувство нехватки воздуха при волнении (13,4%), липотимические состояния в душном помещении, при длительном пребывании в вертикальном положении (14,2%), приступообразная головная боль, быстрая утомляемость (33,2%). Анализ variability сердечного ритма (ВСР) определялся методом холтеровского мониторинга. У детей старшего возраста с МАРС достоверно чаще встречается периферическая вегетативная недостаточность и дисфункция синусового узла (10,5%).

Выводы. У детей старшего возраста среди малых аномалий сердца часто встречаются пролапс митрального клапана и аномально расположенная хорда. Среди наиболее часто встречаемых клинических признаков со стороны сердечно-сосудистой системы – это липотимии и синкопальные состояния, а также вегето-сосудистая дистония.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДИФФУЗНЫМ АКСОНАЛЬНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Ачилова Г.Т., Ташимов Т.Э.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г. Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. В связи с успехами современной реаниматологии и нейрохирургии все большее число больных переживают кому, однако у некоторых из них восстановление сознания задерживается на длительный срок, а у части больных оно не восстанавливается вообще.

Цель исследования - изучение сроков стабилизации состояния и результатов лечения больных с диффузным аксональным повреждением (ДАП).

Материалы и методы. Обследовано 21 больных в возрасте от 6 до 40 лет с тяжелой черепно-мозговой травмой (мужчин -6, женщин -15), пролеченных в РНЦНХ с 2011 по 2015гг.

Результаты и обсуждения. На момент первичного осмотра уровень сознания по шкале комы Глазго составлял от 4 до 8 баллов. Среди неврологических симптомов чаще выявлялся парез взора вверх, снижение или отсутствие корнеальных рефлексов, двухстороннее угнетение или выпадение окулоцефалического рефлекса, вегетативные расстройства. При компьютерном томографическом исследовании визуализировались мелкоочаговые геморрагии в белом веществе головного мозга, подкорковых и стволовых структурах. Всем пострадавшим проводилась интенсивная терапия по принятым стандартам лечения больных находящихся в коме. Из 21 больных погибло 3 детей и 6 взрослых. Причиной летального исхода явился прогрессирующий отек и набухание головного мозга. У 12 пострадавших наступила стабилизация состояния жизненно важных органов. Уровень сознания у 3-х оценен на 28-сутки от момента травмы по шкале исходов Глазго в 5 баллов (тяжелая несостоятельность: физический, познавательный или эмоциональный дефект, исключая самообслуживание). У 4 больных состояние оценено в 4 балла (нейромышечная несостоятельность: психический статус в пределах нормы, глубокий двигательный дефицит). У 5 больных оценка по шкале составила 3 балла (апаллический синдром: функции глубокого нарушения, сохранены фазы сна и бодрствования, больные находятся в условиях специального ухода). В дальнейшем у 2 больных была отмечена положительная динамика со стороны сознания. Отмечены периоды бодрствования - больные начали фиксировать взгляд, выполнять элементарные команды и узнавать близких.

Выводы. Таким образом, одним из исходов ДАП мозга является вегетативное состояние – апаллический синдром. Вопрос стандартизации лечения больных с апаллическим синдромом требует дальнейшего изучения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЛОКТЕВОГО НЕРВА В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ОТДЕЛЕНИЯ РНЦНХ

Ачилова Г.Т., Шодиев Ж.Г.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. По публикациям разных отечественных и зарубежных авторов в мирное время чаще страдают локтевой, срединный, лучевой нервы, реже - общий малоберцовый, седалищный, другие нервы. Частота поражения каждого из них, по разным сообщениям, колеблется от 9 до 20%.

Цель работы. Изучить результаты хирургического лечения с применением микроскопической техники и электрофизиологических интраоперационных методов стимуляции у больных с повреждением локтевого нерва.

Материал и методы. С 01.01.2014 по 31.12.2014г. в РНЦНХ получили специализированное лечение 18 пациента с диагнозом последствие повреждения локтевого нерва. Возраст больных варьировал от 19 лет до 41 года. Соотношение мужчин к женщинам составило 9:1. У всех больных сила мышц и чувствительность фиксировалась с учетом оценки неврологического дефицита, оценивался ортопедический статус в смежных суставах при сочетанных повреждениях с сухожилиями и костями. Учитывались данные ЭНМГ, рентгенографии костей, данные УЗДГ магистральных сосудов конечностей при сочетании с повреждениями сосудов. Всем больным произведены оперативные вмешательства с учетом вышеперечисленного обследования. Произведены следующие оперативные вмешательства: внешний невролиз нерва в 6 случаях, декомпрессия нерва в 5 случаях, эпиневральный шов нерва в 4 случаях, межпучковый эндоневролиз в 2 случаях и 1 аутопластика нерва. Оценка послеоперационных изменений определяли по шкале послеоперационной оценки восстановления по А.К. Григоровичу (1961,1969), данными ЭНМГ в послеоперационном периоде.

Результаты и обсуждение. Если выразить частоту удовлетворительного (3 балла) и хорошего (4 балла и более) результата лечения. Чаще хорошее восстановление наблюдали после операций внешнего невролиза в 5 случаях, декомпрессия нерва в 4 случаях и в 3 случаях с применением микроскопического эпиневрального шва с электростимуляции нерва во время операций. В остальных случаях наблюдался удовлетворительный эффект восстановления.

Выводы. Внешний невролиз и декомпрессия локтевого нерва с применением микроскопической техники и интраоперационно электрофизиологических методов диагностики дает больше шансов на восстановление функции пораженного нерва. При отсутствии эффекта от консервативного лечения в течении 3-4 месяцев после травмы и первичных хирургических обработок ран нуждаются в специализированном нейрохирургическом лечении.

ЧАСТОТА ПОТРЕБЛЕНИЯ ОСНОВНЫХ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ ДЕТЬМИ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ

Башарова Л.М.

НИИ санитарии, гигиены и профзаболеваний МЗ РУз,
г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Питание является одним из основных факторов здорового образа жизни, которое определяет состояние здоровья ребенка, оказывает непосредственное влияние на его жизнедеятельность.

Цель - выявление частоты потребления основных продуктов питания, рекомендуемых для детей дошкольного возраста.

Объем и методы исследования. Методом анкетного опроса родителей 955 семей изучен характер питания организованных детей в будние и воскресные дни в домашних условиях. Исследование проводилось на базах дошкольных образовательных учреждений (ДОУ) общего типа г.Ташкента.

Результаты исследований и их обсуждение. Анализ полученных опросно-анкетных данных свидетельствует, что фактически ежедневно наибольший процент детей в своем рационе имеет хлеб, хлебобулочные изделия, макароны (99,9%) и сливочное масло (66,4%). Меньшее количество детей ежедневно потребляют мясо и мясные субпродукты, колбасные изделия и птицу (42,2%), овощи (36%), яйца (30,4%), фрукты (29,8%), сахар и кондитерские изделия (27,5%), молоко и молочные продукты (26,6%). Различные крупы в большинстве случаев дети потребляют 1-2 раза в неделю (30,1%) или не чаще одного раза в месяц (23,9%). Изучение структуры потребления основных продуктов домашнего питания показал, что в более чем в 50% случаев дети очень редко (реже 1-го раза в месяц) и совсем не употребляют такие продукты питания, как рыбу и морепродукты (84,7%), птицу (51,9%), мед (48,2%), из овощей - свеклу и капусту (66,6%), из круп и бобовых – овсянку (65,7%), горох и фасоль (52,4%), из молочных продуктов – сыр и брынзу (45,1%), творог и творожники (39,4%), сметану, каймак и кефир (35,1%), из фруктов – цитрусовые (46,7%), свежие и сушеные урюк, абрикосы и персики (39,2%), а также виноград и другие ягоды (39%). Сахар, мед, варенье, джемы и кондитерские изделия ежедневно употребляют 27,5% детей, через день – 19,8%, 1-2 раза в неделю – 21,6%, не чаще 1 раза в месяц – 17,8% и не потребляют сладости 13,4% дошкольников. Из сладостей детям рекомендуется использовать мед (с учетом индивидуальной переносимости организмом), джемы, варенье, зефир, пастилу и мармелад. Но полученные результаты анкетирования свидетельствуют, что большинство детей ежедневно употребляют сахар (68,3%), сладкое печеное (37,1%), конфеты (28,8%) и шоколад (24,7%), а употребление джема и варенья (15%), меда (13,1%), зефира, пастилы и мармелада (4,1%) характерно для значительно меньшего числа детей.

Выводы. В домашних условиях дошкольники недостаточно употребляют

(не чаще 1-го раза в месяц) или вообще не употребляют рыбу и морепродукты (84,7% детей), птицу (52% детей), молочные продукты – кроме молока (33,6% детей), овощи - кроме картофеля (30,6% детей) и фрукты – кроме яблок (28,7%), крупы и бобовые – кроме риса (40% детей).

ДОМАШНЕЕ ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ОБЩЕГО ТИПА

¹Башарова Л.М., ²Камилов Ж.А.

¹НИИ санитарии, гигиены и профзаболеваний МЗ РУз

²Ташкентский Государственный стоматологический институт,
г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Дети, пребывающие в детских дошкольных учреждениях (ДОУ) в дневное время (в течение 9-12 часов), получают 3-х разовое питание (завтрак, обед и полдник), которое обеспечивает их суточную потребность в пищевых веществах и энергии примерно на 75-80%. Остальную часть суточного рациона дети получают в домашних условиях.

Целью данной работы являлось выявление особенностей домашнего питания детей.

Объем и методы исследования. Исследование проводилось на базах ДОУ общего типа г.Ташкента. Объектом исследования являлись 955 семей, воспитывающих детей в возрасте от 3 до 6-ти лет, посещающих дошкольные учреждения общего типа с 9-ти часовым пребыванием. Методом анкетного опроса родителей изучен характер питания детей в будние и воскресные дни в домашних условиях.

Результаты исследований и их обсуждение. В воскресные дни средняя кратность приемов пищи у большинства детей составляла 2-3 раза в сутки. В структуре суточных рационов удельный вес четырехразового приема горячей пищи составлял $8,0 \pm 0,89\%$ (чаще - ужин), двухразового – $39,2 \pm 1,59\%$, трехразового – $44,7 \pm 1,62\%$. У $8,1 \pm 0,89\%$ опрошенных дошкольников кратность приема горячей пищи составляла только 1 раз в день, как правило - это ужин или, в меньшей степени - обед. Опрос родителей показал, что 86,9% детей завтракают до отправления в ДОУ, хотя, для предупреждения нарушения режима питания, рекомендуется по утрам детей не кормить, так как завтрак дома приводит к снижению аппетита или к отказу ребенка от завтрака в дошкольном учреждении. Ужин ежедневно и в выходные дни характерен для 98% дошкольников, в т.ч. горячий ужин – в 89% случаев. Потребляемые блюда на ужин не отличались большим разнообразием. Как правило, это мясные супы с добавлением макарон, риса, картофеля и моркови или вторые блюда с использованием мяса, мясных субпродуктов, колбасных изделий, муки, макаронных изделий, риса, картофеля и тыквы. В рационе ужина стабильно присутствуют печеные мучные изделия, среди которых наиболее часто -

печенье, сушки или вафли, затем - сомса с тыквой, картошкой или зеленью, реже - пирожки с картошкой или сладкие булочные изделия. Редко для приготовления ужина используются молоко, гречневая, перловая и овсяная крупы, горох и фасоль, баклажаны, капуста, кабачки и свекла. Лишь в 0,8% случаев в ежедневном рационе на ужин дети потребляли рыбу и рыбные блюда.

Выводы. В выходные дни лишь среди 45% обследованных дошкольников кратность питания соответствует питанию детей в ДОО. Если учесть, что в дошкольном возрасте рекомендуется 4-х разовый прием горячей пищи, то можно заключить, что у подавляющего большинства обследованных детей в воскресные дни наблюдается нарушение режима питания.

THE SPECIFICITIES OF TEACHING ENGLISH LANGUAGE FOR CHILDREN ON EARLY STAGES IN THE PRESENT YEAR “HEALTHY MOTHER- HEALTHY CHILD”

¹Davletyarova N.I., ²Buranova D.D.

**¹World language University, ²Tashkent pediatric medical institute,
Tashkent, Uzbekistan**

Actuality. A role of knowledge of foreign languages significantly develops in the present times of empowerment of international communications. A great number of people study foreign languages, in particular English language and practice it in their life. Especially children have a great necessity in the specialists, knowing speaking, writing, listening and reading skills. But the skill of speaking has a dominating access in the studying of English language as communicative, at which since the early stages children are taught to speak on the studied language.

Purpose:Effective teaching English language to children especially at the present year “Healthy mother-healthy child” includes all four key speech activities, in this thesis we represent such activity as speaking, because it helps children to learn writing and reading principles of English language.

The aim of the speaking activity in teaching English for children considered as impossible without a lot of particular micro-aims of the speaking activity such as to study lexical, grammatical, phonetic material.

Results showed that realization of tasks on speech skills formation help to reach the main aim, however speaking is not a target of teaching, it is just mean of teaching. Therefore the most important and actual problems of teaching English for the present times is teaching speaking skills for children of early stages.

Discussion.The teaching English language on various stages is different, but on the early stages it is very important to pay attention to the speaking skills of the child, the foreign language as English is presented to the child as the second native language at home and kindergarten conditions. Songs, poems, tales and other lexical material with bright colorful pictures are widely used for the early stages of teaching English language. The traditional and informational technological means of teaching

English language at the present times, especially in the year “Healthy mother-healthy child” help to not only the specialists, but also parents to teach children English language since the early stages of childhood.

Conclusion. We'd like to propound a new point of a theory and practice in teaching children at the early stages speaking skills. There are modern positions of practical basis in organizing of speaking skills as psychological, pedagogical and methodical problems. This material is not sufficient; it is only one of the means expressing problems in teaching of English children at the early stages.

ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ ПРОФЕССОРСКО - ПЕРЕПОДАВАТЕЛЬСКОГО СОСТАВА КАК СРЕДСТВО ВНУТРИВУЗОВСКОЙ СЕРТИФИКАЦИИ

**Данияров Р. Г., Абдурахмонова С.М., Лысенко С.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. В Узбекистане вопросам непрерывной подготовки и переподготовки медицинских кадров уделяется большое внимание. Так были подготовлены и приняты ряд правительственных постановлений и приказов, касающихся вопросов повышения квалификации медицинских работников, в частности сферы педиатрии.

Цель и задачи. Целью данной работы является выяснить квалификацию профессорско-преподавательского состава на знания ИКТ. С последующим повышением уровня знаний ИКТ.

Методы. Исходя из изученного международного опыта в ТашПМИ принимается и утверждается двухуровневая система владения ИКТ- и языковыми компетенциями А и В. Курс состоит из 20 часов практических занятий и 10 часов самоподготовки с использованием дистанционных технологий, разработанных на платформе A-Tutor. Сертификация проводилась в аудитории с кол-вом рабочих мест участников сертификации от 20 шт. и доступом к сети Интернет для веб-системы тестирования.

Полученные результаты. Для оценки были разработаны следующие критерии; формальный тест по пройденным темам, практические задания по одной из прочитанных тем, результаты прохождения дистанционного курса и уровень посещения практических занятий. После чего процент успешного прохождения курса был согласован с администрацией на уровне 70%.

Обсуждение. Вопросы повышения квалификации и непрерывного образования сотрудников медицинского ВУЗа не должны решаться одномоментным усилием, а является постоянным циклическим процессом, что в конечном итоге преследует общую цель – выпуск высокопрофессиональных молодых врачей педиатров для практического здравоохранения Республики.

Выводы. Абсолютное большинство из числа проверенных представителей ППС ТашПМИ имеют уровень ИКТ-грамотности – В1 (что удовлетворяет требованию для преподавания с использованием современных педагогических технологий). Предложенная система сертификации удовлетворяет всем потребностям медицинского вуза как непрофильного по ИКТ, оценивать и продвигать использование ИКТ в своей деятельности.

ЗНАНИЯ УЧАЩИХСЯ О ЗАЩИТЕ ОРГАНИЗМА ОТ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ И ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

**Камилова Р.Т., Абдусаматова Б.Э.
НИИ санитарии, гигиены и профзаболеваний МЗ РУз,
г. Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. По данным ВОЗ, наиболее уязвимой группой риска инфицирования и распространения инфекций, передающихся половым путем (ИППП), являются дети в возрасте 15-17 лет. Одной из причин, влияющих на формирование рискованного поведения подростков, является недостаточный уровень знаний об ИППП и их профилактике. Для разработки методов привития детям знаний о репродуктивном и сексуальном здоровье, культуре половых отношений и мерах профилактики инфицирования, необходимо изучить исходный уровень знаний учащихся по данному вопросу.

Основная цель направлена на изучение исходного уровня знаний учащихся по вопросу защиты организма от заболеваний, передающихся половым путем и ВИЧ-инфекции.

Объем и методы исследования. Анкетированию подлежали 237 девочек и 277 мальчиков от 7 до 18 лет, обучающихся в общеобразовательной школе, академическом лицее и профессионально-техническом колледже г.Ташкента. В зависимости от уровня двигательной активности, были выделены 2 группы: 1-ая группа – учащиеся-спортсмены и 2-ая группа – дети, не занимающиеся спортом. Работа выполнена в рамках грантового проекта адсс-15.17.1.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ результатов анкетного опроса показал, что нужную информацию о способах и методах защиты организма от ИППП и ВИЧ-инфекции в 33% случаев дети получали от медработников ($24,3 \pm 3,19\%$ - учащиеся 1-ой группы и $41,6 \pm 3,09\%$ - учащиеся 2-ой группы, $p < 0,001$), в 24% случаев - в семье, включая родителей ($15,5 \pm 2,69\%$ и $21,2 \pm 2,56\%$, $p > 0,05$) и других членов семьи ($5,5 \pm 1,43\%$ и $5,5 \pm 1,70\%$, $p > 0,05$), в 17,8% случаев – от учителей ($18,2 \pm 2,87$ и $17,3 \pm 2,37\%$, $p > 0,05$) и в 7,2% случаев дети были информированы друзьями. Знания о способах и методах защиты организма от ИППП и ВИЧ-инфекции остальные дети получали, используя различные средства массовой информации – телевидение (5,2%), учебные издания (4,1%), интернет ресурсы (3,7%), а также газеты и журналы (3,1%). Из общего количества опрошенных 27% учащихся, в

основном младших классов, не имели сведений и не могли назвать источник, из которого они получают информацию о способах и методах защиты организма от иппп и вич-инфекции.

Выводы. Работники органов здравоохранения и образования должны активно участвовать в формировании у детей и родителей мотивационной сферы, направленной на здоровый образ жизни. Особое внимание необходимо уделять привлечению разнообразных средств массовой информации к правильному отображению и в доступной, для восприятия детьми, форме вопроса о нормах безопасного поведения.

ВКУСОВЫЕ ПРЕДПОЧТЕНИЯ, ЧАСТОТА УПОТРЕБЛЕНИЯ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НАПИТКОВ И ФАСТ-ФУДОВ ОРГАНИЗОВАННЫМИ ДЕТЬМИ

Камилова Р.Т., Башарова Л.М.

**НИИ санитарии, гигиены и профзаболеваний МЗ РУз,
г. Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. К продуктам питания для детей, особенно раннего и дошкольного возрастов, предъявляют особые требования, основные из которых - использование только натурального высококачественного сырья и ингредиентов при их изготовлении.

Цель -изучение вкусовых предпочтений, выявление частоты употребления напитков и продуктов питания, не рекомендуемых для детей дошкольного возраста.

Объем и методы исследования. По специально разработанной анкете проведен опрос родителей 955 семей, воспитывающих детей в возрасте от 3 до 6-ти лет, посещающие дошкольные образовательные учреждения.

Результаты исследований и их обсуждение. Изучение вкусовых предпочтений детей показало, что большинство из них среди продуктов питания отдают предпочтение фруктовым сокам (69,8%), далее в списке пищевых запросов следуют кондитерские (43,4%) и хлебобулочные изделия (30,2%), свежие фрукты (24%). Среди обследованных детей наблюдалась тенденция к не соблюдению правил здорового питания. Так, в 100% случаев дети предпочитают иметь в своем в рационе сладкую пищу, в 70,3±1,48% случаев - жареную, в 24,2±1,39% – копченую, в 20,9±1,32% - жирную и в 18,8±1,27% - соленья; тушеная (40,9±1,59%) и вареная (30,4±1,49%) пища характерна для детей в 71% случаев. 35% детей употребляют бутилированную газированную воду ежедневно и/или через день, 36,2% - 1-2 раза в неделю и 28,4% - редко (не чаще 1-го раза в месяц) или вообще не пьют газировку. 4,8% детей ежедневно пьют сладкие прохладительные напитки; в 1,5 раза больше детей употребляют энергетические напитки через день; в 4 раза больше – 1-2 раза в неделю и 69% дошкольников редко или вообще не употребляют сладкие

газированные напитки. В рационе детей регулярно содержатся продукты питания, не рекомендованные для детского возраста. Так, от 1 до 7 раз в неделю дети употребляют кириешки-сухарики (34,9%), чипсы (29,9%), соленые орешки и семечки (27,2%), кетчуп и майонез (57,9%), а также фаст-фуды такие, как хот-дог (34,2%), гамбургер и чизбургер (26,1%), лаваш с начинкой (29,3%), пицца (32,3%) и супы быстрого приготовления (23,1%).

Вывод. Дети, начиная уже с дошкольного возраста, в большей степени предпочитают пищу с высоким содержанием сахара, жиров и соли. Газированные напитки, не рекомендованные для детского возраста, ежедневно употребляют 27% детей, через день – 19,9% и 1-2 раза в неделю – 55,3% детей. Лишь у 33,3% дошкольников в рационе не содержатся продукты, не безвредные для растущего организма.

ВНЕДРЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ДЕГЕНЕРАТИВНО- ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА НА МЕСТАХ В СВП

Мазинова Д.Э.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. По данным статистики ВОЗ заболевания позвоночника уже поразило около 80% всего населения земного шара. Следует отметить что, дебют патологии приходится, как правило, на возраст от 30 до 40 лет. Являясь ведущей вертебральной патологией, дегенеративно-дистрофическое поражение составляет до 90% заболеваний позвоночника. Статистика показывает, что среди причин первичной инвалидности при заболеваниях опорно-двигательной системы дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника занимают первое место (45,1%), при этом половина (47,7%) ставших инвалидами фактически полностью утрачивает всякую трудоспособность.

Цель работы. Выявления наиболее эффективных и экономически выгодных методов лечения больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника, купирование болевого синдрома и улучшение качества жизни данных больных.

Материал и методы исследования. Клинические исследования проводились на базе СП №14 Алмазарского района города Ташкента. Была сформирована группа из 25 больных с установленными дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника, среди которых было 15 женщин и 10 мужчин в возрасте от 35 до 55 лет. УЗ-терапия проводилась в комплексе с физиотерапией (массажем) в течение 10 дней на фоне стандартного лечения. Контроль за пациентами осуществлялся ежедневно.

Результаты. Ультразвуковые волны проникают в ткани человека на глубину до 6 см. Эту способность ультразвука и используют для лечения заболеваний позвоночника. Лечение проводилось на ультразвуковом диагностическом аппарате «SonoscapeSSI-5000» с использованием ультразвукового излучателя с частотой 1 и 3 МГц. Физиотерапия была проведена как в виде местного воздействия ультразвуковых волн, так и в виде местного введения лекарственных средств, с помощью ультразвука. В процессе УЗ-терапии, уже на третий день лечения, у 22 больных значительно уменьшился болевой синдром, постепенно возвращалась временно утраченная трудоспособность.

Выводы. Таким образом, в результате проведенного исследования, было выявлено, что кратковременные курсы УЗ-терапии при различных дегенеративно-дистрофических заболеваниях позвоночника в 88% случаях быстро и эффективно купируют болевой синдром и возвращают пациентов к прежней трудоспособности.

СКОЛИОЗ – АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ШКОЛЬНИКОВ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Мазинова Д.Э.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент Узбекистан,**

Актуальность. Сколиоз - одна из актуальных проблем у школьников подросткового возраста. Зачастую появление раннего искривления приводит к довольно тяжелым последствиям в опорно-двигательном аппарате и даже во внутренних органах. По статистическим данным ученых Европы, в странах СНГ – почти у 98 % детей оказывается такая патология. Сколиозы I-II степени по данным научных исследований составляют 75-80% всех сколиозов.

Цель исследования: ретроспективно изучить частоту встречаемости сколиоза у школьников подросткового возраста.

Материалы и методы. Нами были обследованы 60 детей общеобразовательной школы Шайхонтаурского района на предмет выявления сколиоза. 33 ребенка были учениками 7 класса, 27 ученика 9 класса. Из 33 детей 7 класса были 15 девочек и 17 мальчиков, а из 27 детей 9 класса 11 девочек и 16 мальчиков. Мы применяли четырехстепенную систему оценки величины искривления позвоночника В.Д. Чаплина. А также оценивали по опросу учеников их занятость физкультурой, спортом и временем, проведенным за компьютером.

Результаты исследования и обсуждение. По результатам наших исследований выяснилось, что в возрасте 16-17 лет частота сколиоза возрастает в 2 раза, доходя у девочек до 63,6% (7 из 11 девочек). Мальчиков же со сколиозом значилось меньше 25% (4 из 16 мальчиков). Путем опроса мы

выяснили, что среди девочек занимающихся спортом в средних классах % составляет – 73,3%, т.е. 11 девочек из 15. Помимо 40 минутных школьных занятий физкультуры, эти дети посещают дополнительные секции художественной гимнастики и танцы. Среди девочек 9 класса, занимающихся спортом уже меньше – 36,4%, т.е. 4 девочек из 11 занимаются танцами. Остальные девочки старшей возрастной группы не занимаются спортом и нерегулярно посещают школьные занятия физической культуры. Среди мальчиков 7 класса 89,5% помимо занятий физкультурой в школе посещают спортивные кружки, секции – гимнастики, плавания, карате. А среди подростков 9 класса этот процент несколько ниже – 77,3%. Остальные дети вели сидячий образ жизни.

Вывод. Таким образом, по результатам опроса и работы с медицинскими данными, выводы подтверждают общую статистику – динамика заболеваемости сколиозом и общего физического состояния подростков положительна.

КЛИНИКО-ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СИНДРОМА УВЕЛИЧЕННОЙ ВИЛОЧКОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

Маматкулова Д.Х., Маматкулова Ф.Х.

**Самаркандский Государственный медицинский институт,
г. Самарканд, Узбекистан**

Проблема тимомегалии является настоящим временем особенно актуальной, поскольку имеются данные о росте частоты увеличения тимуса у детей, высоком уровне заболеваемости и смертности детей с этой патологией.

Цель исследования- изучение клинических особенностей и характера иммунного ответа с синдромом вилочковой железы у детей для оптимизации диагностики и лечения заболевания.

Материалы и методы исследования: Было обследовано 50 детей в возрасте от 5 мес. до 3 лет с синдромом увеличенной вилочковой железы (ВЖ). Контрольную группу составили практически здоровые дети в возрасте от 5 мес. до 3 лет, у которых не выявлен увеличение ВЖ. Проведены клинико-анамнестические наблюдения, рентгенологические, ультразвуковые и иммунологические исследования.

Результаты исследования. У всех детей основной группы увеличение ВЖ подтверждено рентгенологически с использованием кардио-тимико-торакального индекса, а также при ультразвуковом исследовании. У 26 детей (52%) увеличение ВЖ было выявлено до 1 года, причем половины из них (26%) до 6 месяцев, на втором и третьем году у 35,3% детей увеличение ВЖ было выявлено до 3 лет. В анамнезе у родственников детей с синдромом увеличенной ВЖ в трех поколениях по сравнению с родственниками детей контрольной группы, выявлена значительно более частая наследственная

отягощенность по различным заболеваниям, в том числе, сердечно-сосудистым-в 3,5 раза, эндокринным-в 3,4 раза, аллергическим-в 2,5 раза, ЛОР органов-2,3 раза. Кроме того, у 51,9% детей основной группы было выявлено перинатальное постгипоксическое поражение центральной нервной системы. Дети с синдромом увеличенной ВЖ чаще болели ОРВИ (86,9%). Целенаправленное рентгенологическое исследование органов грудной клетки при подозрении на увеличение ВЖ было подтверждено у 38 детей (76%). По данным ультразвукового исследования тимуса у детей увеличение ВЖ было выявлено у всех 50 детей (100%). Анализ показателей клеточного иммунитета у детей с синдромом увеличенной ВЖ показал достоверное снижение относительного и абсолютного количества Т- лимфоцитов и их субпопуляций, достоверное снижение IgG. В связи с выявленной тимической недостаточностью у наблюдаемых детей рекомендовано Т-активин, который вводили подкожно по 2 мкг/кг массы тела ежедневно в течение 5 дней.

Выводы. Таким образом, дети с синдромом увеличенной вилочковой железы составляют группу риска, что диктует необходимость диспансерного наблюдения и оздоровления детей с синдромом увеличенной ВЖ. Применение УЗИ является высокоинформативным методом оценки синдрома увеличенной вилочковой железы у детей.

КЛИНИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ПРЕВЕНТИВНОГО ДЕЙСТВИЯ КЕТОТИФЕНА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ

**Маматкулова Д.Х., Тураева Н.О., Рустамова Г.Р.
Самаркандский Государственный медицинский институт,
г. Самарканд, Узбекистан**

За последние годы заболеваемость бронхиальной астмой (БА) у детей увеличилось, повышается и показатели смертности от (БА).

Цель исследования: клиническое изучение эффективности кетотифена у детей с различными формами бронхиальной астмы у детей.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 59 детей с бронхиальной астмой, в том числе 29 детей с атопической, 30 детей с инфекционно-аллергической и смешанными формами бронхиальной астмы. Больные дети распределялись на 2 группы, в том числе группой больных получавшие только антигистаминные и бронхолитические препараты (31 больных) и группа больных на фоне традиционной терапии получали кетотифен (28 детей), средняя доза кетотифена составляла 0,025 мг/кг или 0,125 мл/кг 2-3 раза в день после еды. Больным бронхиальной астмой, у которых не было пищевой аллергии, кетотифен назначали в виде сиропа. Сироп назначался в виде Хелпофек (кетотифен)- 1 мг/5мл сиропа. Детям с 6 месяцев до 3 лет назначали сироп в разовой дозе 0,25 мл/кг 2 раза в сутки. Детям старше 5 лет назначали по 5 мл сиропа 2 раза в день во время еды. Наряду с оценкой

клинической эффективности кетотифена проводили сравнительный анализ динамики иммунологических показателей при лечении препаратом.

Результаты исследования. После применения препарата при бронхиальной астме у детей наступало заметное улучшение состояния, уменьшалось число приступов бронхиальной астмы, что позволяло уменьшить число инъекций бронхолитических препаратов. В случае возникновения приступов они легче купировались, что подтверждалось положительными сдвигами результатов функциональных легочных проб. Лечение кетотифеном позволило уменьшить дозу гормональных препаратов, а в некоторых случаях вообще отменить их. В результате лечения хороший эффект получен у 60,5 %, удовлетворительный у 29,6 %, отсутствие эффекта зарегистрировано у 10,2% больных. В процессе лечения кетотифеном у больных детей с БА отмечалось значительное снижение уровня общего IgE в сыворотке крови. Так уровень общего IgE в сыворотке крови до лечения составлял $509,3 \pm 67,1$ МЕ/мл, после лечения $225,4 \pm 32,4$ МЕ/мл ($P < 0,01$). Нами было отмечено достоверное повышение относительного количества Т и В лимфоцитов ($P < 0,01$). Также выявлялось отчетливая тенденция к снижению всех классов иммуноглобулинов.

Выводы. Таким образом, кетотифен оказывает благоприятное действие на течение бронхиальной астмы у детей и позволяет снизить применение гормональных бронхолитических и антигистаминных средств.

ЭТИОЛОГИЯ ОСТРЫХ ГНОЙНЫХ СРЕДНИХ ОТИТОВ У ДЕТЕЙ

Махкамова Г.Т.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г. Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Острый средний отит (ОСО) – это одно из наиболее распространённых заболеваний в детском возрасте; возникает как осложнение респираторных бактериальных и вирусных инфекций дыхательных путей, чаще встречается у детей в возрасте от 3 мес до 3 лет. Острое воспаление среднего уха может быть вызвано различными патогенными микроорганизмами и их комбинацией. Чувствительность возбудителей ОСО к антибиотикам значительно варьирует в различных регионах. В Центральной части России у *S.pneumoniae*, выделенных при ОСО, сохраняется высокая чувствительность к аминопенициллинам и цефалоспорином: 97,0% штаммов *S.pneumoniae* чувствительны к амоксициллину, 100% – к амоксициллину/клавуланату и цефуроксиму; 98% штаммов *H.influenzae* чувствительны к амоксициллину, 100% – к амоксициллину/клавуланату и цефуроксиму.

Цель настоящего исследования – выявить наиболее частых возбудителей гнойного отита у детей и определить чувствительности к антибактериальным препаратам, используемым у детей с отитами.

Материалы и методы исследования. В проспективное исследование было включено 20 больных со стрыми средними отитами в возрасте от 1 года до 7 лет. Клинический материал забирали из наружного слухового прохода стерильным тампоном. После взятия мазка из наружного слухового прохода клинический материал в течение нескольких часов доставляли в бактериологическую лабораторию, помещали в среду обогащения и высевали. В случае положительного посева определялась чувствительность пневмококка к антибиотикам методом диффузии диска в агар. Чувствительность определяли к амоксициллину/клавуланату, цефазолину, азитромицину, цефепиму, цефтриаксону, цефуроксиму, метронидазолу, левомицетину.

Результаты. Из 20 обследованных детей *S.pneumoniae* выделена у (25%), у 20% - золотистый стафилококк, у остальных – возбудитель не обнаружен. При определении чувствительности возбудителей ОСО к антибиотикам выявлено, что *S.pneumoniae* сохраняет высокую чувствительность к амоксициллину, пefлоксацину, цефазолину, цефуроксиму и ципрофлоксацину. Несколько снижена чувствительность к азитромицину.

Заключение. Наиболее часто обнаруживаемым возбудителем при ОСО является *S.pneumoniae*. Выбор эмпирической терапии ОСО целесообразно проводить на основе региональных данных по распространенности клинически значимых возбудителей и их чувствительности к антибиотикам. Необоснованная антибактериальная терапия способствует развитию бактериальной резистентности к антибиотикам.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПНЕВМОКОККОВЫХ ПНЕВМОНИЙ ДО ВНЕДРЕНИЯ ВАКЦИНЫ ПРОТИВ *S.PNEUMONIAE* В УЗБЕКИСТАНЕ

Махкамова Г.Т., Махкамова Ш.Б.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г. Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Пневмония является наиболее распространенным заболеванием у детей, госпитализируемых в стационар. Эффективным профилактическим мероприятием против пневмококковой инфекции является вакцинация.

Плановая вакцинация против *S.pneumoniae* в Узбекистане началась с ноября 2015 вакциной "Prevenar - 13".

Цель: изучить распространенность пневмоний пневмококковой этиологии перед внедрением плановой вакцинации в Узбекистане.

Материалы и методы. Исследование проводилось в 2014-2015 у 88 детей с пневмонией, находившихся стационарном лечении в клиниках Ташкента. Возраст детей с пневмонией составил от 2 месяцев до 9 лет. Этиологическую диагностику пневмоний проводили культуральным методом.

Материал из носовой полости забирали сухим стерильным ватным тампоном, вводимым в глубь полости носа. Материал из носоглотки брали стерильным заднеглоточным ватным тампоном, осторожно вводя его через носовое отверстие в носоглотку. Культуральная диагностика пневмококков проводилась согласно общей схеме исследования материала при бактериальных инфекциях дыхательных путей. При посеве на питательные среды и дальнейшей инкубации в течение 24 часов при 37°C на плотных питательных средах пневмококки образовывали нежные, мелкие, прозрачные колонии. Просмотр чашек проводился визуально.

Результаты. Наиболее частым возбудителем пневмоний была *S.pneumoniae*. Частота пневмококковой пневмонии составило 17 %, второй по частоте была гемофильная палочка.

Вывод. Таким образом, пневмококк является самой распространенной причиной бактериальных инфекций дыхательных путей у детей в Узбекистане. Важным способом эпидемиологического надзора запневмококковой инфекции является изучение спектра возбудителей, циркулирующих в этом районе.

Таким образом, наши данные еще раз свидетельствуют о необходимости постоянного мониторинга микробной флоры больных пневмонией.

Тем не менее, будет интересным проведение исследований по изучению заболеваемости пневмококковой пневмонией после внедрения вакцинации.

СУРУНКАЛИ ГЕПАТИТДА КОБАЛЬТНИНГ КООРДИНАЦИОН БИРИКМАЛАРИНИ ЎТ САФРОСИНИНГ КИМЁВИЙ ТАРКИБИГА ТАЪСИРИ

**Мирзаахмедова К.Т., Шатурсунова М.А., Абдулатипов А.А.
Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент ш, Ўзбекистон**

Долзарблиги. Сурункали жигар касалликларига ўт сафросининг ҳосил бўлишини бузилиши, кўп ҳолатларда холестаза синдроми ривожланишига, баъзида оғир билиар жигар циррозини авж олишига олиб келиши мумкин.

Мақсад ва вазифалар. Шу ўринда, бизнинг мақсадимиз сурункали гепатитда кобальтнинг координацион бирикмаларини ўт сафросини кимёвий таркибига таъсирини ўрганишдан иборат.

Материал ва усуллар. Сурункали гепатит вази 100-140 гр бўлган оқ каламушларга гелиотрин моддасини 1 ой давомида юбориш йўли билан Н.Х.Абдуллаев (1978) усулида ривожлантирилди. Кобальтнинг координацион бирикмаларикобавит ва фитат-кобальт моддалари 5 мг/кг ва 200 мг/кг миқдорларда касалликни олдини олиш учун бир вақтни ўзида гелиотрин билан бир ой давомида юборилди. Ўт сафросининг кимёвий таркиби С.Д.Дрогвоз (1971) усулида текширилди.

Олинган натижалар. Илмий изланишлардан олинган кўрсаткичлар шундан далолат бердики, гелиотринли сурункали гепатит бўлган оқ

каламушларнинг ўт сафросида холестерин, билирубин ва холат кислоталарининг умумий миқдори кескин камайиб кетди. Холат/холестерин коэффиценти ҳам 19% пасайиб қолди. Бу ўзгаришлар жигарнинг холестерин, билирубин ва холат кислоталарни синтезловчи фаолиятини бузилганидан далолат беради. Кобальтнинг координацион бирикмалари: фитат-кобальт ва кобавит моддаларини берилиши бу патологик жараёнларни сусайишига олиб келиб, жигар хужайраларининг ўт сафросини ҳосил қилувчи, холестерин, билирубин ва ўт кислоталарини синтезловчи фаолиятига рағбатлантирувчи таъсир кўрсатади. Шунинг учун, кобавит ва фитат – кобальт моддаларининг таъсирида ўт кислоталари миқдори 3,6; 2,3 марта холестерин миқдори 2,7; 1,9 марта ва билирубин ҳажми 105,9%, 52,9% кўпайди.

Хулоса. Демак, ўтказилган текширишлардан шу нарса маълум бўлдики, кобальтнинг координацион бирикмалари, кобавит ва фитат-кобальт моддалари сурункали гелиотринли гепатитда жигарнинг секретор ва экскретор фаолиятига рағбатлантирувчи таъсир кўрсатиб, ўт сафросининг кимёвий таркибини созланишига олиб келди.

ТОКСИК ГЕПАТИТДА ЎТ ҲОСИЛ БЎЛИШ ЖАРАЁНЛАРИНИ БУЗИЛИШИ ВА УЛАРНИ ФИТИН БИРИКМАЛАРИ БИЛАН ДАВОЛАШ

Мирзаахмедова К.Т., Бахриддинов М.Б., Муродхужаев С.Б.
Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент ш, Ўзбекистон

Долзарблиги. Гепатобилиар тизимнинг касалликлари, нотўғри овқатланиш, дори моддаларни узоқ қабул қилиш, вирусли гепатитларни тўлиқ даволамастик ва захарли моддалар таъсирида ривожланади. Бу ҳолатда ўт ҳосил бўлиш жараёнларива ажралиши бузилади. Бу эса кўп ҳолатларда холестатик гепатитларни ва жигар циррозини ривожланишига олиб келиши мумкин. Шунинг учун, жигар хужайраларининг фаолиятини ва ўт ҳосил бўлиш жараёнларини рағбатлантирувчи моддаларни яратиш ҳамда уларни тиббиёт амалиётига татбиқ этиш асосий муаммолардан бири бўлиб ҳисобланади.

Мақсад ва вазифалар. Бизнинг бу текширишлардан мақсадимиз фитин бирикмалари – фитат кобальт, фитат магний, фитин-С ва фирутас моддаларини токсик гепатитда ўт ҳосил бўлиш жараёнларига таъсирларини ўрганишдан иборат.

Материал ва усуллар. Токсик гепатит вазни 150-200 гр бўлган оқ каламушларга тетрахлорметан моддасининг 50%-мойли эритмасидан 0,8 мл/100 гр миқдорда 4 кун ичида тери остига юбориш йўли билан ривожлантирилди. Касалликни олдини олиш мақсадида фитат кобальт-200 мг/кг, фитат магний-300 мг/кг, фитин-С ва фирутас 100 мг/кг миқдорларида найча ёрдамида оғиз орқали 10 кун давомида юборилди. Ўтни ҳар 4 соат ичида ажралиши ва умумий миқдори Скакун Н.П. (1956) усулида аниқланди. Ажралган ўт сафросининг

таркиби: умумий ўт кислоталар, холестерин ва билирубин миқдорлари Дроговоз С.М. (1971) усулида текширилди.

Олинган натижалар. Тетрахлорметан моддаси билан гепатит бўлган оқ каламушларда ўтнинг ҳосил бўлиши ва ажралиши жараёнлари бузилиб, 4 соат ичида ажралган умумий ўт миқдори 46% камайди. Гепатоксин модда таъсирида ўт ажралишининг сусайиши билан бир қаторда унинг кимёвий таркибида ҳам ўзгаришлар кузатилди. Ўт кислоталарининг умумий миқдори 61,7%, холестерин ва билирубин миқдори 51,8% ва 76,3% камайганлиги аниқланди. Ўрганилаётган фитин бирикмаларини берилиши ажралаётган ўтнинг умумий миқдорини кўпайишига олиб келди. Фитат кобальт таъсирида 44,5%, фитат магний - 46,2%, фитин-С - 48,4% ва фирутас - 48,6% орگانлиги маълум бўлди

Хулоса. Олинган натижаларга асосланиб, шуни маълум қиламизки тетрахлорметанли гепатитда фитин бирикмаларидан фитин-С ва фирутас бошқа бирикмаларга қараганда самарали таъсир кўрсатди.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВИЧ – ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА В Г. ТАШКЕНТЕ И ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ

Низамова С.А., Касымов И.А.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан,**

Актуальность. Современные проявления эпидемического процесса ВИЧ – инфекции характеризуется значительной долей женщин среди вновь выявленных случаев инфицирования, а также высокой долей полового пути передачи этой инфекции. В последние годы г. Ташкент и Ташкентская область имеют высокие показатели заболеваемости ВИЧ – инфекцией среди населения и среди женщин, в частности.

Целью настоящей работы явилось изучение и описание современных особенностей распространения ВИЧ – инфекции среди женщин репродуктивного возраста в г. Ташкенте и Ташкентской области.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости, включающий изучение уровня заболеваемости, среди различных возрастных групп женщин, жительниц г. Ташкента и Ташкентской области. В анализ включены все случаи ВИЧ – инфекции среди женщин, которые зарегистрированы в системе эпидемиологического надзора по ВИЧ – инфекции за 10 лет (2005- 2014 гг.). Для анализа использованы данные официальной статистики Республиканского центра по борьбе со СПИДом.

Результаты. На начало 2014 года женщины составляют почти половину ВИЧ – инфицированных (46%), хотя в 2005 году эта доля составляла 13,7%. Значительное увеличение доли женщин наблюдается с 2007 года, когда с 23% в 2006 году доля увеличилась до 34% в 2007 году. С 2005 по 2014 годы

количество женщин в г. Ташкенте и Ташкентской области, у которых в первые диагностирована ВИЧ – инфекция составляла более 4 тыс., из них в возрасте 18-49 лет, т.е. в детородном возрасте, составляло 2912 человек. По путям передачи ВИЧ – инфицированные женщины за 2005- 2014 гг. распределены следующим образом: 72% - половой путь. В остальных случаях путь передачи не установлен.

Вывод. Результаты анализа указывают на необходимость проведения дополнительных исследований по изучению факторов риска ВИЧ – инфицирования женщин репродуктивного возраста и усиления мероприятий среди них, а также поддержки их обязательного тестирования на ВИЧ – инфекцию.

СОМАТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МЫШЕЧНОЙ ДИСТРОФИИ ДЮШЕННА У ДЕТЕЙ

Омонова У.Т.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г. Ташкент, Узбекистан**

Цель исследования. Изучение клинических особенностей мышечной дистрофии Дюшенна у детей.

Материал и методы исследования. Проспективно были проанализированы 47 детей с диагнозом прогрессирующая мышечная дистрофия (ПМД) Дюшенна. Возраст детей варьировал от 3 до 15 лет, средний возраст составлял $7,8 \pm 0,48$ лет. Диагноз установлен на основании клинических проявлений заболевания, биохимических исследований (определение уровня активности креатинфосфокиназы (КФК) и лактатдегидрогеназы (ЛДГ) в сыворотке крови) а также проводилась электронейромиография с использованием концентрических игольчатых электродов и электрокардиографическое исследование. Оценка двигательных функций проводилась с использованием шкалы MRS (Modified Rankin Scale).

Результаты и обсуждения: при клиническом осмотре группы больных с ПМД/Дюшенна мышечная сила составила в: 5 баллов – 1,6 % (1); 4 балла – 49,2% (31); 3 балла – 30,1 % (19); 2 балла – 14,3% (9); 1 балл – 4,7% .

Для уточнения характера поражения и уточнения степени денервации 32 больным было проведено игольчатая ЭНМГ. У всех пациентов длительность ПДЕ (потенциалы двигательных единиц) составлял меньше 10 мс и по гистограмме соответствовало II стадии денервационно-реиннервационного процесса (ДРП).

В соматическом статусе у обследованных детей с миодистрофией Дюшенна выражена костная патология на ранних стадиях заболевания типичными нарушениями являются: поясничный лордоз (100%), кифосколиоз (94,6%), сколиоз (5,4%), деформации грудной клетки по типу

"килевидной" или "ладьевидной" груди (32,4%), высокий свод стопы (100%). По мере прогрессирования процесса развивается эквиноварусная деформация стоп и контрактуры крупных суставов. Сердечно-сосудистые расстройства клинически проявлялись лабильностью пульса, АД, глухостью тонов сердца. У больных в развернутой стадии заболевания наиболее часто выявляется гипертрофическая кардиомиопатия (51,4%) и дилатационная (27%), реже встречались - пролапс митрального клапана и миксома левого желудочка (21,6%). У 40,5% больных наблюдались нейроэндокринные нарушения, из них у 53,3% регистрировался синдром Иценко-Кушинга и у 46,7% адипозогенитальная дистрофия.

Выводы. Проведения тщательного соматического обследования пациентов с мышечной дистрофией Дюшенна с целью как можно раньше выявить нарушения и принять меры для своевременной коррекции и поддержания функции жизненно важных органов.

КЛИНИЧЕСКАЯ И ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МИОДИСТРОФИИ ДЮШЕННА/БЕККЕРА В УЗБЕКИСТАНЕ

Омонова У.Т.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г. Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. X-сцепленные рецессивные прогрессирующие мышечные дистрофии Дюшенна/Беккера – относятся к наиболее частым и злокачественным формам наследственной нервно-мышечной патологии.

Цель: изучить клинико-молекулярно-генетические особенности прогрессирующей мышечной дистрофии Дюшенна/Беккера в популяции Узбекистана.

Материал и методы. Было обследовано 106 пациентов, состоящих на учёте в Республиканском центре «Скрининг матери и ребенка» с диагнозом мышечная дистрофия Дюшенна/Беккера. У 20 больных проведено молекулярно-генетическое исследование. Оценка двигательных функций проводилась с использованием шкалы MRS (Modified Rankin Scale). Проведены биохимические исследования (определение уровня активности креатинфосфокиназы КФК) и лактатдегидрогеназы (ЛДГ) в сыворотке крови) крови, игольчатая ЭНМГ, молекулярно-генетическая диагностика гена DMD методом прямой мультиплексной полимеразной цепной реакции.

Результаты. Использование шкалы MRS при клиническом осмотре показала, что мышечная сила составила: 5 баллов – 1,6 %; 4 балла – 49,2%; 3 балла – 30,1 %; 2 балла – 14,3%; 1 балл – 4,7%. Уровень КФК при различной степени мышечного поражения составил: в группе 5 баллов – 5025 u/l; 4 балла – 4523 u/l; 3 балла – 5219 u/l; 2 балла – 3188 u/l; 1 балла – 1258 u/l. При ЭНМГ у всех пациентов длительность ПДЕ составляла меньше 10 мс и по

гистограмме соответствовало II стадии денервационно-реиннервационного процесса. При проведении молекулярно-генетической диагностики гена DMD методом прямой мультиплексной полимеразной цепной реакции выявлены делеции 51 экзона (18,4 %), 50 (15,8 %), 52 (11,8 %), 19 (7,8 %); 3 (5,3%); 4 (5,3%); 8 (5,3%); 13 (5,3%); 17 (5,3%); 48 (5,3%); 53 (5,3%); 6 (3,9%); 47 (3,9%); 45 (1,3%).

Выводы:

1. Данные клинических и биохимических исследований обращения выявили прямую зависимость между возрастом и степенью поражения мышечного аппарата, в тоже время снижение уровня КФК в сыворотке крови отражали степень двигательных нарушений только в терминальных стадиях заболевания.

2. Результаты электронейромиографии у больных с ПМДД/Б выявили характерные изменения ПДЕ и выраженность спонтанной активности, отражающие характер и степень остроты процесса.

3. По данным мультиплексной ПЦР выявлены мутации в 14 экзонах из 20 исследованных, что даёт основание для дальнейшего изучения делеционного спектра мутаций в гене дистрофина в популяции Узбекистана.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПОЧЕК ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Расулова Х.А.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г. Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Ишемический инсульт (ИИ) составляет 75-90% и остается одним из актуальных проблем не только неврологии, но и медицины в целом. Одним из способов расширения понимания патофизиологии ИИ, проведения доклинических исследований новых нейропротективных препаратов является изучение морфофункционального состояния внутренних органов на экспериментальных моделях ишемии головного мозга на животных.

Цель работы - исследование морфологического статуса почечной модели экспериментального ишемического инсульта (ЭИИ) у крыс.

Материалы и методы. Модель ЭИИ была воспроизведена на 100 беспородных половозрелых белых крысах весом 125-310 гр., из которых 16 крыс – интактные. Объектом для морфологических исследований являлись кусочки ткани головного мозга и почек крыс с ЭИИ, изъятых на 1-е, 3-и и 7-е сутки после ишемии-реперфузии. Для исследования микроскопических структур головного мозга и почек был принят метод D.Pease, который позволяет изготовить полутонкие светооптические срезы толщиной 1-2 мкм. Окраску полутонких срезов проводили по методу V.Manger.

Результаты. В результате проведенных нами морфологических исследований выявлено расширение капсулы Шумлянско-Боумана, расширение капилляров сосудистого клубочка в корковом и мозговом веществе, повышенная агрегация эритроцитов главным образом в капиллярах сосудистого клубочка в виде «монетных столбиков», капиллярный стаз, участки кровоизлияния в перитубулярной сети. Наиболее выраженные изменения наблюдались на 7-ые сутки после ишемии-реперфузии.

Выводы. Морфологические изменения в почках при ЭИИ проявлялись повышенной агрегацией эритроцитов, капиллярным стазом, нарушением в микроциркуляторном русле, которые происходят в условиях кровотока, при которых сдвиговые силы ниже критического уровня, и является одним из главных детерминант вязкости крови. На наш взгляд, одним из основных причин выявленных морфоструктурных изменений в почках может быть замедление тока крови в сосудах (гемодинамический фактор), который может быть вызван возбуждением симпатических нервных волокон или влиянием сосудосуживающих веществ вследствие инфаркта головного мозга.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕЧЕНИЕ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Садриддинова М.Б., Бурибаева Б.И.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г. Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Острые кишечные инфекции (ОКИ) на протяжении ряда лет занимают лидирующее место в структуре инфекционной патологии у детей и являются одной из наиболее актуальных проблем здравоохранения во всех странах мира. Среди них именно ротавирусной инфекции принадлежит ведущая роль в структуре вирусных диарей.

Цель. Проанализировать динамику заболеваемости ОКИ среди детей проживающих в г. Ташкенте, выделить наиболее значимые клинические и эпидемиологические особенности ротавирусных гастроэнтеритов.

Материалы и методы. Этиологическую структуру, клинические и эпидемиологические особенности ОКИ у детей анализировали на основании данных ежегодных отчетов и результатов клинического обследования пациентов, госпитализированных в инфекционный стационар при УзНИИЭМИЗМЗРУз за период с 2009 по 2013 г.

Результаты и обсуждение. За исследуемый период в инфекционный стационар с диагнозом ОКИ было госпитализировано около 5000 детей. Из них с диагнозом «ротавирусная инфекция» в стационаре пролечено 1090 детей: в 2009-152 ребенка, в 2010 г – 159 детей, в 2011 г – 203 ребенка, в 2012 г – 172 детей, в 2013 г – 214. При поступлении больных в стационар проводили комплексное обследование, которое включало объективный осмотр, клинико-

биохимические исследования крови, мочи, фекалий, исследование фекалий иммуноферментным методом (ИФА) и методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) для обнаружения РНК ротавируса, серологические методы диагностики. Как показали результаты анализа, активность эпидемического процесса при ОКИ поддерживается в основном за счет детского населения, доля которого в структуре заболеваемости ОКИ по г.Ташкенту составила до 56%. При этом доля ротавирусных гастроэнтеритов у детей в исследуемые годы колебалась от 14% в 2009г. до 46% в 2013 г.

Проводимые исследования показали, что наиболее частыми клиническими проявлениями ротавирусного гастроэнтерита являются водянистая диарея (96%), рвота (92%), вялость (72%), лихорадка (64%). Поражение желудочно-кишечного тракта в 84% случаев протекает по типу гастроэнтерита.

Вывод. Таким образом, высокие показатели заболеваемости РВИ, широкое её распространение в сочетании с высокой контагиозностью и множественностью путей инфицирования диктует необходимость управления инфекционным процессом через вакцинацию.

ГОЛОВНЫЕ БОЛИ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ

Саидходжаева С.Н.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г. Ташкент, Узбекистан**

Введение. Исходя из концепции коморбидности, СДВГ в детском возрасте часто сопутствуют головные боли, которые по мнению многих авторов встречаются у 25% детей с СДВГ. Наиболее распространенными формами головных болей, встречающихся у детей с СДВГ являются головные боли напряжения (ГБН). Таким образом, как СДВГ, так и первичные головные боли широко распространены среди детей и подростков, сопровождаются нарушениями социально-психологического функционирования и трудностями в школьном обучении. Поэтому представляется актуальным изучение сочетания СДВГ с первичными головными болями.

Цель исследования. Изучить клинико-нейропсихологические и нейрофизиологические корреляты ГБН у детей 7-11 лет с СДВГ.

Материалы и методы. Комплексное клинико-психопатологическое исследование 125 детей в возрасте 7-11 лет с СДВГ, включающий - опросник DSM4, шкала Вандербильта, проективные психодиагностические рисунки, интервьюирование, визуальную аналоговую шкалу, цветовой тест Люшера.

Результаты. СДВГ у детей 7-11 лет включает поведенческий, соматический, тревожный, фобический, астенический, апатический, псевдоневрологический синдромы. У большинства детей зарегистрирована ГБН

(74,4%). Клиническая картина ГБН полиморфна, интенсивность головной боли оценивается большинством пациентов с СДВГ в 5-7 баллов. Неврологический осмотр детей выявил симптомы повышенной рефлекторной возбудимости. У детей 7–11 лет с СДВГ и ГБН выявлено снижение показателей ЭКС ЭЭГ во фронтальных отведениях в сравнении с детьми группы контроля: F7 ($2,59 \pm 0,17$ и $3,55 \pm 0,36$, соответственно); F3 ($2,11 \pm 0,24$ и $2,91 \pm 0,28$, соответственно); F4 ($2,19 \pm 0,16$ и $2,99 \pm 0,19$, соответственно). Установлена положительная корреляционная связь ГБН с ЭЭГ-паттернами дисфункции лимбико-ретикулярных структур. У 86,4% пациентов диагностированы когнитивные нарушения: снижение памяти и внимания по неустойчивому типу. Для детей с СДВГ, коморбидной с ГБН, характерны эмотивный, циклотимический и гипертимический типы акцентуаций личности, высокий уровень личностной тревожности (тест Люшера), умеренный уровень депрессии (по шкале CDRS–R).

Заключение. Таким образом, ГБН у детей служит одним из диагностических маркеров СДВГ и определяет векторность терапевтического вмешательства, что является важной составляющей психопрофилактики выраженных форм аффективного расстройства в юном возрасте.

ПОСТНАТАЛЬНОЕ СТАНОВЛЕНИЕ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ, ВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ И ЭНДОКРИННОЙ, СИСТЕМ ПОТОМСТВА В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ МАТЕРИНСКОГО ОРГАНИЗМА

Тулеметов С.К.

**Ташкентский Государственный стоматологический институт,
г. Ташкент, Узбекистан**

Целью работы является изучение влияния хронической интоксикации материнского организма некоторыми пестицидами и гепатотропными ядами на структурные особенности постнатального роста и становления органов эндокринной, пищеварительной и выделительной систем полученного от них потомства. Половозрелые, нерожавшие белые крысы-самки, разделенные на 3 группы, подвергались хроническому воздействию пестицидов титана, вигора и гепатотропного яда гелиотрина с соответствующим контролем. На 90 сутки хронической интоксикации самки оплодотворялись здоровыми самцами. Потомство, полученное как от опытных, так и от контрольных самок, забивали под легким эфирным наркозом на 3, 7, 14, 21, 30 и 90 сутки после рождения. Кусочки гипофиза, щитовидной железы, надпочечников, печени и почек, взятые в указанные сроки, исследовались с помощью морфологических, морфометрических и электронно-микроскопических методов. Анализ результатов показал, что хроническая интоксикация материнского организма оказывает существенное влияние на структурные параметры роста и

становления исследованных органов в постнатальном онтогенезе. Эти изменения практически во всех органах проявлялись в виде снижения массы органов по сравнению с соответствующим возрастом контрольной группы. Степень выраженности морфологических изменений находилась в прямой зависимости от токсико-биологических свойств использованных препаратов. В эндокринной системе выявлено снижение темпов формирования фолликулов в щитовидной железе и нарушение дифференцировки различных зон коры надпочечников. Эти изменения в эндокринных железах сопровождались гипоплазией тиротропоцитов и кортикотропоцитоваденогипофиза. В печени выявлено полнокровие синусоидных гемокапилляров и венозных сосудов, число пролиферирующих и двуядерных гепатоцитов во все сроки исследования было снижено относительно контроля. Снижение темпов роста нефронов обнаружено в почках, что проявлялось в виде уменьшения площадей капиллярных клубочков и числа клеток в канальцах нефронов. Таким образом, хроническая интоксикация материнского организма обуславливает нарушение течения естественных процессов постнатального роста и становления органов эндокринной, пищеварительной и выделительной систем. Можно предположить, что токсическое воздействие на организм матери, приводящее к определенным метаболическим изменениям, нарушает межсистемные взаимоотношения в организме плода. Следствием этого является замедление процессов пролиферации и дифференцировки клеток практически всех органов и систем потомства в постнатальном онтогенезе.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ШКОЛЬНИКОВ

Турдыева Ш.Т.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г. Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Болезни органов пищеварения занимают 2-е место в структуре детской заболеваемости, при этом, до 70–90% всей гастроэнтерологической патологии приходится на хронические гастриты и гастродуодениты (А.Т.Камилова с соавтор., 2014). Несмотря на множество исследований посвящённых к ранней диагностики и лечению хронической гастродуоденальной патологии (ХГДП) у школьников данная проблема до настоящего времени остаётся актуальным в области современной детской гастроэнтерологии.

Цель. Изучение эффективности разработанного нами программы по первичной и вторичной профилактики ХГДП у школьников.

Материалы и методы исследования. Для определения эффективности разработанного нами программы первичной и вторичной профилактики ХГДП

были обследованы: 286 детей больных ХГДП и 85 школьников с риском на развитие ХГДП от 6 до 15 лет. Эффективность программы было изучено на основании результатов общее клинических, клинико-лабораторных и инструментального (ЭФГДС) обследования.

Результаты исследования. Риск на развитие ХГДП оценивался на основании оценочной шкалы выявления риска хронической гастродуоденальной патологии у школьников (ОР-ХГДП), где факторы риска оценивались на балльной основе. При этом достоверность ОР-ХГДП составил 98,7%, но следует отметить, что при определении группы риска 1-степени достоверность низкое и составляет всего 84,8% по отношению к результатам лабораторно-инструментальных исследований, что указывает на то, что с повышением риска на развитие ХГДП у детей, увеличивается показатель достоверности используемого нами шкалы ОР-ХГДП.

В дальнейшем, детям с выявленной ХГДП проводили лечебно-оздоровительные мероприятия с дальнейшей вторичной профилактикой ХГДП. Остальным детям проводили первичную профилактику заболевания по разработанной нами программы. Как показали наши исследования, при первичной профилактике ХГДП у детей с высокой риском на развитием заболевание проявилось у 2 (2,4%) наблюдаемых, при вторичной профилактике - повторное обострение у 3 (1,05%) больных, что указывает на высокую эффективность предлагаемого нами программы по профилактике.

Вывод. Разработанная нами программа попервичной и вторичной профилактике ХГДП у школьников способствует предупреждению возникновения и повторного обострения ХГДП у данной категории детей.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ КРАНИФАРИНГИОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Тухтамуродов Ж.А., Соатов Э.Э.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г. Ташкент, Узбекистан**

Актуальность: Краниофарингиомы – доброкачественные эпителиальные, медленные растущие опухоли селлярной области, развивающиеся из эмбриональных остатков кармана Ратке. Несмотря на их доброкачественное гистологическое происхождение, они имеют тенденцию к агрессивному и инфильтративному росту, распространяясь в параселлярные структуры и способствует развитию различных осложнений после хирургического лечения.

Цель исследования. Целью исследования является изучить качества жизни больных и послеоперационных осложнений у больных с краниофарингиомами головного мозга.

Материалы и методы. Работа основана на результатах диагностики и лечения 71 больного с краниофарингиомами в возрасте от 2 до 63 лет,

находившихся в отделениях Республиканского научного центра нейрохирургии за 2010-2015 гг. Всем больным было произведено оперативное вмешательство. Согласно первично примененного хирургического метода, больные были разделены на 3 основные группы: 1. Пункционное опорожнение краниофарингиальной кисты - 25 (35,1%) больных. 2. Эндоскопическое опорожнение - 22 (31%) больных. 3. Микрохирургическое удаление - 24 (33,8%) больных.

Результаты и обсуждения. Анализ результатов пункционного лечения показал, что у 11 больных после операции отмечалось улучшение состояния, что выражалось уменьшением головных болей, улучшением зрения и общего состояния. У 7 состояния осталось на прежнем уровне и у 5 больных наступило ухудшение общего состояния вследствие развития различных осложнений, которое требовало проведения интенсивной терапии до нормализации состояния перед выпиской. У 2 больных в период наблюдения был летальный исход.

Эндоскопическим методом было оперировано 22 больных. Из всех 22 больных, оперированных эндоскопическим методом, у 15 были получены хорошие результаты. У 3 больных состояние осталось на прежнем уровне, у 1 больного отмечалось ухудшение состояния.

В наших исследованиях микрохирургическое удаление краниофарингиом произведено у 24 (33,8%) больных. У 11 были получены хорошие результаты. У 8 больных состояние осталось на прежнем уровне, у 2 больного отмечалось ухудшение состояния.

Выводы. Сравнительный анализ методов хирургического лечения свидетельствует, что пункционный метод наименее травматичен, количество осложнений минимальное (12%), иногда способствует достижению длительного благоприятного исхода, но имеет высокую частоту рецидивов (44%).

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИГАНТСКИХ ШВАННОМ МОСТОМОЗЖЕЧКОВОГО УГЛА ГОЛОВНОГО МОЗГА

Тухтамурадов Ж.А., Абдурахмонов Ж.Й.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент Узбекистан,

Актуальность. Основной задачей хирургического лечения шванномы головного мозга является не только радикальное удаление опухоли, но и сохранение качества жизни больных после операции. Микрохирургия образований мостомозжечкового угла является технически сложной из-за анатомических особенностей этой области, большого количества черепно-мозговых нервов, артериальных и венозных сосудов, находящихся в непосредственной близости друг от друга, а также ствола головного мозга,

который нередко грубо сдавлен опухолью, в связи, с чем микрохирургическое удаления шванномы головного мозга является актуальным.

Цель исследования. Изучить результаты хирургического лечения гигантских Шванном мостомозжечкового угла головного мозга.

Материалы и методы. В Республиканском научном центре нейрохирургии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан с 2010 по 2015 гг. было прооперировано 33 больных с шванномами ММУ головного мозга. Возраст больных колебался от 32 до 69 лет. Все больные были оперированы через стандартный ретросигмовидный доступ с использованием операционного микроскопа, микрохирургического инструментария и нейрофизиологического мониторинга. Степень нарушения функции лицевого нерва оценивалась по шкале Хаус-Бракманадо во время операции, на первые сутки после операции и во время выписки из стационара. По размеру опухоли разделились следующим образом: свыше 6,0 см – 5 больных, от 4,0 до 6,0 см – 10 пациентов, от 3,0 см до 4,0 см – 10, 3,0 см и меньше – 8 больных.

Результаты и обсуждение. Основной задачей хирургического лечения шванномы головного мозга является не только радикальное удаление опухоли, но и сохранение качества жизни больных после операции. Функция лицевого нерва является наиболее уязвимой при удалении опухолей мостомозжечкового угла, нарушение её приводит к стойким косметическим нарушениям и, соответственно, снижает качество жизни и удовлетворённость пациента операцией. В нашей серии наблюдений результаты оценены как хорошие при парезе лицевого нерва по Хаус-Бракману 1 и 2 степени - 12 больных, что составило 36%, удовлетворительные при степени пареза 3 и 4 – 14 больных – 43% и неудовлетворительные при 5 и 6 степени пареза – 7 больных – 21%. При этом отчётливо прослеживается связь функционального исхода от размера шванномы – все пациенты с тяжёлой дисфункцией лицевого нерва имели гигантские и большие опухоли.

Выводы. Таким образом, функциональные результаты хирургии шванном мостомозжечкового угла зависят от размеров опухоли.

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

Убайдуллаева С.А., Мехманова С.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Согласно прогнозам ВОЗ, если не будут приняты меры, общее ежегодное количество смертей от неинфекционных заболеваний к 2030 г. увеличится до 55 миллионов. Из анализа литературных данных многих авторов, в развитии хронических неинфекционных заболеваний, с чем связано

утрата трудоспособности взрослого населения, в частности от артериальной гипертензии, сахарного диабета и бронхиальной астмы, заболевания формируются уже в подростковом возрасте.

Цель исследования. Изучить состояние здоровья у девочек-подростков с НИЗ в разрезе регионов, с учетом выявления факторов риска развития НИЗ.

Материалы и методы: Исследование проводилось в 2013-2014 гг., в 6 регионах Республики Узбекистан (в Республике Каракалпакстан, городе Ташкент, Ташкентской, Сырдарьинской, Сурхандарьинской и Наманганской областях). Было обследовано 1426 детей в возрасте с 11 по 18 лет, из них 855 составили девочки-подростки. Среди общих обследованных девочек-подростков по всей Республике 389 обследованных имели хронические неинфекционные заболевания (артериальную гипертензию, сахарный диабет и бронхиальную астму).

Результаты: По результатам исследования в городе Ташкент и в Сурхандарьинской области чаще наблюдалась регистрация НИЗ у девочек-подростков, что составило (73 девочек, 8,5%) и (70 девочек, 8,1%), а в РК эти показатели составили (66 девочек, 7,7%), сравнительно Сырдарьинской областью (54 девочек, 6,4%), где регистрировались самые низкие показатели выявления НИЗ у девочек-подростков.

По распространенности артериальной гипертензии у девочек-подростков больше всего наблюдалось в Сурхандарьинской области 41 девочек (10,5%) и в городе Ташкент 38 (9,8%), тогда как сахарный диабет регистрировался чаще в Наманганской области 24 девочек (6,2%) и в городе Ташкент 22 (5,7%). Самые высокие показатели бронхиальной астмы регистрировалась в городе Ташкент 13 девочек (3,3%) и РК 12 (3,1%). Тогда как самые низкие показатели регистрации артериальной гипертензии и бронхиальной астмы у девочек-подростков наблюдались в Сырдарьинской области АГ у 26 девочек (6,7%), БА у 8 девочек (2,1%) соответственно.

ЖДА у девочек-подростков с НИЗ больше встречалось в Сурхандарьинской и Ташкентской областях, показатель составил у 45 девочек и 29 соответственно, где в Сырдарьинской области у 27 девочек-подростков ОРИ наблюдались чаще сравнительно с другими регионами страны. Высокая регистрация ОРИ у девочек-подростков в Сырдарьинской области, имеет связь с сыростью почвы региона, где очень близко расположены подводные каналы и существуют трудности с дренажной функцией земли. Основным фактором развития бронхиальной астмы являются аллергические заболевания, которые регистрировались чаще у 17 девочек-подростков с НИЗ города Ташкента

Выводы. Полученные результаты анализа показателей общей заболеваемости и распространенности факторов риска развития НИЗ у девочек-подростков свидетельствуют о продолжении изучения проблемы и требуют глубокого анализа, тщательного пересмотра и усовершенствования программ по скринингу и диспансеризации детей.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ У ДЕТЕЙ

Ульмасова С.И., Шомансурова Ш.Ш.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Ветряная оспа встречается повсеместно и является чрезвычайно контагиозным заболеванием со 100% восприимчивостью. Ветряной оспой болеют преимущественно дети в возрасте от 1 до 10 лет. В течение последних 5 лет показатель заболеваемости среди взрослого населения увеличился 5 раз. Ветряная оспа у взрослого населения связана с нарушениями в системе иммунитета часто сопровождается осложнениями. В тоже время официальной регистрации заболеваемости рецидивирующей *Varicella-zoster* инфекцией в большинстве стран не проводится, что затрудняет выяснение причин, способствующих рецидивам инфекции, и разработки методов их профилактики.

Целью исследования явилось выявление особенностей проявления эпидемического процесса ветряной оспы, вызванной вирусом *Varicella-zoster*, на территории Республики Узбекистан.

Материалы и методы. Для проведения настоящего анализа были использованы отчетные данные Республиканского Центра Госсанэпиднадзора о заболеваемости населения республики за 2008-2014 гг.

Результаты. Проведенный анализ эпидемиологических особенностей инфекции, вызванной вирусом *Varicella-zoster* с 2008 по 2014 г. показал, что в этот период в республике наблюдается постоянный рост заболеваемости. Заболеваемость ветряной оспы колеблется в пределах от 414,5 на 100 тыс. населения в 2008 г.; 535,1 в 2009г.; 552,4 в 2010г., до 635,7 в 2014 г.

На протяжении анализируемого периода возрастная структура заболеваемости ветряной оспой оставалась постоянной. Наиболее часто заболевание регистрировалось у детей в возрасте 3-6 лет (57-61%) и 7-14 лет (21-22%). На долю детей до года приходилось 2-2,5%, от 1 до 3-х лет -9,5-10,5%. Относительно постоянной оставалась и доля лиц старше 14 лет, которая составила 6-9%. При этом удельный вес городских жителей достиг 86,4%. Проведенный анализ также показал, что на современном этапе ветряная оспа сохраняет характерную зимне-весеннюю сезонность. Значительный удельный вес в её структуре составляют больные дети из организованных коллективов (детские сады, дома ребенка и т.д.). Несмотря на относительно высокую заболеваемость ветряной оспой, в стационары госпитализируется менее 2% больных.

Таким образом, выявленные эпидемиологические особенности ветряной оспы указывают на активизацию эпидемического процесса, что требует совершенствования профилактических и противоэпидемических мер.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОКОРРЕКТОРА В ТЕРАПИИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Умарова М.С., Эргашев Ш.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Проблема острых респираторных заболеваний у детей сохраняет свою актуальность, занимая ведущее место в структуре детской заболеваемости, и составляет основной процент обращаемости в первичном звене здравоохранения.

Для выполнения этой задачи был выбран препарат Колострум, который обладает антиоксидантными и противовоспалительными свойствами, а также является источником многих витаминов, минералов, ферментов и аминокислот.

Цель исследования. Изучение эффективности Колострума при респираторных заболеваниях.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 50 детей, обратившихся в детскую диагностическую поликлинику ТашПМИ в возрасте от 2 до 12 лет. Дети были разделены на две группы. Первую группу составили 20 детей, которые получали базисную терапию. Вторую группу составили 30 детей, получавших базисную терапию с Колострумом. Препарат назначили из расчета по 0,25-0,5 мл детям до 3 лет, от 3-х до 12 лет 0,5-1,0 мл 2 раза в сутки. Препарат назначался натощак в чистом виде или смешивали с кипяченой водой в соотношении 1:5. Контроль эффективности лечения проводили по срокам снижения температуры и длительности симптомов интоксикации.

Колострум – это комплексный препарат, имеющий иммуномодулирующее действие, созданный на основе коровьего молозива, он вырабатывается млечопитающими в последние дни беременности и в течение первых дней после родов. В составе имеется необходимое количество белка для защиты и роста, также содержится иммуноглобулин, лактоферрин, цитокины, интерлейкин, эндорфины, аминокислоты, нуклеотиды.

Результаты и их обсуждение. Анализ клинических исследований показал, что у 94% больных с ОРЗ получавших модифицированное лечение, наблюдалось быстрое улучшение общего состояния и более ранняя регрессия симптомов интоксикации (насморк, температура, кашель, недомогание) по сравнению с контрольной группой ($P < 0,01$), что привело к сокращению срока заболевания. В ходе применения Колострума не было выявлено побочных эффектов, аллергических реакций и осложнений.

Вывод. В сравнительном аспекте более достоверное улучшение изучаемых клинических показателей наблюдалось у детей, получавших модифицированную терапию, что позволяет рекомендовать широкое применение Колострума в комплексном лечении детей с ОРЗ.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛИПОМИЕЛОЦЕЛЕ

Усманханов О.А., Абдужалилова К.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Пороки развития позвоночника и спинного мозга, в частности липомиелоцеле сопровождаются двигательным дефицитом и составляет до 11,5% случаев наблюдения.

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения липомиеломенингоцеле с применением усовершенствованного алгоритма хирургических вмешательств.

Материалы и методы исследования. Наши клинические наблюдения представлены 26 больными со spina bifida. Пациенты были в возрасте от 2 – х месяцев до 32 лет. Из них 17 лиц женского и 9 мужского пола. В 21 наблюдениях липомы располагались на пояснично-крестцовом отделе, в 3 – на поясничном и 2 на уровне груднопоясничного отдела.

Пациентам проведено клиничко-неврологическое исследование, мрт головного мозга и спинного мозга, соматосенсорные вызванные потенциалы, электронейромиография, ээг. Хирургическое лечение проводилось всем пациентам, причём сочетание с другими аномалиями требовало проведения 2-х или многоэтапной хирургической коррекции.

Результаты и обсуждение. После декомпрессии задней черепной ямки (костно-дуральная декомпрессия шейно-затылочной области) как первого этапа хирургической коррекции наблюдали улучшение чувствительности в конечностях и аногенитальной области, у части пациентов появились позывы на мочу и кал, зафиксировано уменьшение чувства тяжести в ногах. Кроме того, у 2-х пациентов консистенция грыжевого мешка стала ортостатически зависимой (в горизонтальном положении выпячивание стало податливым и мягким, а в вертикальном – приобрело одутловатую форму).

После второго этапа герниотомии были отмечены следующие изменения: 1) улучшение чувствительности наблюдали в 4-х случаях; 2) увеличение амплитуды движений – в 5-х; 3) улучшение контроля функции тазовых органов – в 6-х; 4) нормализовался спастический тонус сгибателей пальцев стоп – в 1; 5) улучшение трофики стоп – в 2-х; 6) прекращение головной боли – в 1-м. негативные явления после операции были представлены следующим образом: 1) нарастание контроля функции тазовых органов отмечено у 3-х пациентов; 2) нарастание двигательного дефицита – у 3-х. помимо этого, в одном наблюдении имела место раневая ликворея и в 2-х случаях наблюдалась транзиторная псевдоменингоцеле.

Вывод. Липомиеломенингоцеле представляет сложную аномалию развития центральной нервной системы, диагностика и лечение которого требует индивидуального подхода в выборе тактики хирургического лечения.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГРУППОВОЙ ВСПЫШКИ БОТУЛИЗМА

Хайрулина А.Х., Алимов С.Г., Агзамова Т.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Проблема ботулизма является актуальной из-за широкого употребления населением продуктов домашнего консервирования, тяжелого расстройства здоровья. Особенно актуальна эта проблема у детей, учитывая слабость детоксикационных систем организма.

Цель работы. Проанализировать клинико-эпидемиологические особенности ботулизма в условиях групповой вспышки, диагностические и лечебные возможности.

Материалы и методы исследования. Изучена вспышка ботулизма в детском саду, при которой пострадало 8 детей, всего под наблюдением находилось 18 детей. Диагнозы ботулизма были поставлены на основании клинико-эпидемиологических данных. Дети заболели после употребления домашней икры и салата оливье, в который были добавлены огурцы домашнего соления. Один ребенок был госпитализирован в ларингитное отделение детской больницы, 3-е в токсикологическое отделение Центра неотложной помощи, и только один ребенок был госпитализирован в инфекционный стационар, и ему при поступлении был поставлен диагноз: Ботулизм? Один ребенок был госпитализирован в течение первых 2-х дней, 3-е больных на 3-4 дни заболевания, а остальные после 4 дня заболевания. Легкое течение заболевания (диспепсические явления и кратковременные расстройства глотания) выявлено у 1-го, средней тяжести (умеренная неврологическая симптоматика) у 3-х, тяжелое (яркая неврологическая симптоматика с нарушением дыхательной функции) - у 4-х больных. Противоботулинистическую сыворотку А, В, Е типов по схеме безредко получили все больные наряду с детоксикационной терапией. У 3-х больных из 4-х с тяжелым течением заболевания была применена ИВЛ. Летальных исходов не было, остаточные явления (расстройства глотания, астеновегетативный синдром) при выписке из стационара отмечены у 2-х больных.

Выводы. Основной путь заражения ботулизмом - пищевые продукты домашнего производства. Отмечается групповой характер заболеваний. Для диагностики ботулизма крайне важен синтез эпидемиологического анамнеза и клинических симптомов и синдромов. В клинике преобладали тяжелые формы ботулизма, которые обусловлены поздней диагностикой заболевания.

Своевременную диагностику ботулизма должны усвоить врачи разных специальностей (окулисты, невропатологи, реаниматоры, семейные врачи).

ВЛИЯНИЕ ЭКОЛОГИИ ВОЗДУШНОГО БАСЕЙНА ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ОБЪЕКТОВ НА САНИТАРНОЕ СОСТОЯНИЕ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА НАСЕЛЕННЫХ МЕСТ

Хаширбаева Д.М.
НИИ санитарии, гигиены и профзаболеваний МЗ РУз,
г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Безопасная и здоровая жизнь населения, в том числе и детей, проживающих на границе промышленных зон, во многом зависит от качества воздушной среды. Воздушный бассейн ежедневно загрязняется валовыми выбросами производств, среди которых ведущее место занимают выбросы предприятий нефтеперерабатывающей промышленности.

Цель работы – оценка загрязнения воздушного бассейна организованными и неорганизованными источниками выбросов Ферганского нефтеперерабатывающего завода (ФНПЗ) и их влияние на состояние атмосферного воздуха населенных мест.

Методы исследования. Источники загрязнения воздушного бассейна определены путем проведения идентификации организованных и неорганизованных источников выбросов ФНПЗ.

Результаты и их обсуждение. Источники загрязнения воздушного бассейна территории ФНПЗ и близлежащей территории по мощности выброса – мощные и крупные; по высоте выброса - средние и высокие; по температуре выходящих газов - нагретые. На предприятии имеются организованные и неорганизованные источники загрязнения, которые характеризуются разнотипностью и рассредоточенностью. Неорганизованные выбросы – это специфические источники загрязнения (испарение углеводородов, при хранении и транспортировке нефти и нефтепродуктов). К неорганизованным источникам ФНПЗ относятся резервуары, цистерны сливно-наливных эстакад, поверхности испарения очистных сооружений, неплотности запорной арматуры и фланцевых соединений технологических установок; различные дефекты в арматуре, оборудовании; пропуски сальниковых устройств, предохранительных клапанов пробоотборных кранов, открытых постоянно действующих дренажей. Организованные выбросы ФНПЗ выделяются при сжигании различных видов топлива и газов. При переработке углеводородных систем, в атмосферу выделяется более 1500 тыс. тонн в год вредных веществ, среди которых основную часть занимают углеводороды – почти 79%; оксиды серы – около 16%; оксиды азота – более 1,5%; оксиды углерода - 17,5% и твердые вещества – почти 9%.

Выводы. Установлено что степень загрязнения атмосферы населенных мест зависит от количества выбросов вредных веществ, их химического состава, характеристики самого источника выбросов. Анализ состояния воздушного бассейна, показал, что именно выбросы источников ФНПЗ создают повышенный фон загрязнения на территории предприятия и ухудшают

экологическую обстановку населенных мест, влияющую на состояние здоровья населения.

ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ

Хаширбаева Д.М.

**НИИ санитарии, гигиены и профзаболеваний МЗ РУз,
г. Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. В современных условиях трудоспособное население, работающее в неблагоприятных условиях и проживающее в районах вредного воздействия факторов окружающей среды, повышается риск ущерба репродуктивному здоровью и здоровью будущего ребенка.

Целью работы являлась разработка эффективных методов ранней диагностики нарушений в состоянии здоровья, включая репродуктивное здоровье работников промышленных комплексов.

Методы исследования. Изучение условий труда работников Ферганской промышленной зоны («Ферганский нефтеперерабатывающий завод», «Ферганаазот», Ферганская теплоэлектроцентраль) проведено методом санитарно-гигиенического описания; оценка условий труда - согласно СанПиН РУз №0141-03.

Результаты и их обсуждение. Определена связь между общей и профессиональной заболеваемостью, нарушениями репродуктивного здоровья и инвалидностью работников Ферганской промышленной зоны и уровнем вредных производственных факторов (пыль, загазованность, шум, вибрация, ионизирующие и неионизирующие излучения и метеорологические условия), организованных и неорганизованных источников выбросов на территорию проживания работающих и обеспеченностью их квалифицированной медицинской помощью. Изучение механизмов нарушений репродукции, детерминированных перечисленными факторами показало, что для ранней диагностики отклонений в репродуктивном здоровье и повышения эффективности профилактических медицинских осмотров, рекомендуется проведение скрининг-тестов лабораторного обследования, которое включает: морфометрическую оценку физиологического развития, хронограмму физиологических функций, определение содержания натрия и калия в слюне (в хронологическом аспекте) с последующим вычислением показателей суточной адаптации (ПСА), микроэлектрофоретический тест (МЭТ) на соответствие биологического и паспортного возрастов, микроядерный тест на мутагенную активность в буккальных мазках, определение концентрации сульфгидрильных групп белков, фосфолипидов в цитоплазме клеток буккального эпителия, анализ содержания в моче свинца, определение содержания копропорфиринов в утренней моче, исследование микроэлементного состава грудного молока.

Выводы. Установленная связь между заболеваемостью работников Ферганской промышленной зоны и воздействием вредных факторов производственной и окружающей среды, позволило разработать неинвазивные эффективные методы ранней диагностики нарушений в состоянии здоровья, в том числе и репродуктивного здоровья.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЧЕК ПРИ ТУПОЙ ТРАВМЕ У ЖИВЫХ ЛИЦ

Хван О.И.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г. Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Проблема установления наличия повреждений почек и определения степени их тяжести у живых лиц продолжает оставаться актуальной, особенно при отсутствии следов повреждений на теле.

Цель исследования: разработка критериев оценки степени тяжести телесных повреждений у живых лиц с тупой травмой почек.

Материалы и методы: материалом послужило 115 случаев повреждений почек тупыми предметами. Все потерпевшим были проведены стандартные современные клинично-инструментальные методы исследования.

Результаты. Повреждения почек тупыми предметами с ограниченной поверхностью составили 28,7% (33 случая).

Травмы тупыми предметами с неограниченной поверхностью чаще встречались при различных видах транспортной травмы, в 52,2%

При сдавлении тела в большинстве случаев наблюдались ушибы почек (75%). Разрывы почечной ткани выявлялись среди 2 пострадавших (25%).

Случаи падения с высоты среди изученного нами материала составили 19,1% (22 наблюдений).

Для сотрясения тела характерны следующие повреждения почек: подкапсульные кровоизлияния и разрывы, разрывы капсулы и паренхимы (от единичных до множественных).

Подкапсулярные повреждения почек встречались в 17 случаях, что составило 14,8%.

Выводы:

1. Судебно-медицинская оценка тупой травмы почек оценивалась по признаку опасности для жизни в момент причинения, и квалифицировались как **тяжкие** телесные повреждения при разрывах и размозжении почек с повреждением капсулы.

2. При повреждениях почек тупым предметом без нарушения целостности капсулы, образованием незначительных разрывов, ушибов и подкапсулярной гематомы, не представляющие угрозу для жизни, оцениваются по критерию длительности расстройства здоровья, и в зависимости от этого

могут оцениваться как **средней степени тяжести** телесные повреждения, вызвавшие длительное расстройство здоровья свыше 21-го дня или же, как **легкие, повлекшие кратковременное расстройство здоровья**, телесные повреждения, более 6-ти, но не свыше 21-го дня.

3. Разработана и запатентована программа для оценки степени тяжести телесных повреждений при тупой изолированной травме почек.

БОЛАЛАР ОРАСИДА БРУЦЕЛЛЁЗ КАСАЛЛИГИНИНГ ТАРҚАЛИШИНИ КЛИНИК-ЭПИДЕМИОЛОГИК ҲУСУСИЯТЛАРИ

Холиярова Д.Д., Джалалова Н.А.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент ш., Ўзбекистон,

Долзарблиги. Охириги йилларда бир қанча юқумли касалликларнинг, жумладан бруцеллёзни ҳам тарқалишининг олдини олишга, даволашга қаратилган кураш ўз самарасини берди. Лекин баъзи минтақаларда бруцеллёз касаллигининг учраши хали ҳам юқори кўрсаткичларда сақланиб қолмоқда, яъни касаллик Ўзбекистон минтақасининг тахминан 10 та административ районида қайд этилади (Республиканинг 80%ни ташкил этади). Бироқ сўнгги йилларда касалликни болалар орасида тарқалишини кўпайганлиги ва хасталикни сурункали шакилларига ўтиши қайд этилиши кўпаймоқда.

Мақсад ва вазифалари. Юқоридагиларга асосланган ҳолда болалар орасида бруцеллёз касаллигининг тарқалишини клиничко-эпидемиологик моҳиятини ўрганиш ва касалликни тарқалишини олдини олиш учун ўчоқда эпидемияга қарши чора-тадбирларни такомиллаштиришни ўрганишни мақсад қилиб қўйдик.

Қўлланилган усуллар. Тадқиқот учун ЭМЮКИТИ клиникаси қошидаги Юқумли касалликлар клиникасида “Бруцеллез бўлимида” 2009-2015 йиллар мобайнида ётиб даволанган 50 та 4 ёшдан 14 ёшгача бўлган болалар текширилди. Беморларга бруцеллез ташхиси серологик, бактериологик текширув, ҳамда клиник белгилар асосида қўйилди. Уларнинг касаллик тарихи ретроспектив таҳлил қилинди.

Олинган натижалар муҳокамаси. Олинган маълумотлар шуни кўрсатдики болаларда касалликни юқиш йўли уларнинг ёши билан боғлиқдир, яъни мактаб ёшигача бўлган болаларнинг 71,2% да маиший мулоқот, 2-4 ёшдаги болаларнинг 75% да алиментар ўқиш йўли, 8-11 ёшдаги болаларнинг 21% да аралаш юқиш йўли тафовут этилди. Бу шуни кўрсатадики айнан мактабгача бўлган ёшидаги (4-7 ёш, умумий касалларнинг 15,5%ни ташкил қилади) болаларнинг бевосита уй ҳайвонлари билан мулоқотда бўлиши, яъни хўжаликдаги ҳайвонларга кўпроқ улар қарши аниқланди. Болаларда касалликнинг клиник кечуви ўрганилганда уларнинг 33% да ўткир шакли 36% да эса септик-метастатик шакли, 18% да иккиламчи сурункали ва 1% да эса бирламчи сурункали шакли билан оғриш кузатилган. Уларда касалликнинг

кечуви тахлил қилинганда болаларнинг тана ҳароратини ортиши (41,2%), мушакларда оғриқ (3,4%), терлаш – 33,3%, бўғимларда оғриқ – 33,2%, гепатомегалия – 66,7%, талоқнинг катталашуви – 30% ва серологик реакциялар – 11,7% ҳолларда ижобийлиги аниқланди.

Хулоса. Олинган натижалар шуни кўрсатдики бруцеллез касаллигида мактаб ёшигача бўлган болаларда маиший мулоқот юқиш йўли устунлигини кўрсатди. Клиник кечуви тахлил қилинганда болалар орасида касалликнинг клиникаси биров энгил кечувга эгаллиги ва ўткир кечувини сурункали кечувидан устун туриши аниқланди.

МУЗЫКОТЕРАПИЯ ДЛЯ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНОСЕННОЙ АСФИКСИИ

Шарипов Р.Х., Ахмедова М.М., Расулова Н.А.

**Самаркандский медицинский институт, г Самарканд Узбекистан,
г. Самарканд, Узбекистан**

Цель работы. Изучение влияния музыкотерапии на соматическое состояние и неврологический статус детей с перинатальными повреждениями ЦНС.

Материалы и методы. В базу проведения музыкотерапии мы включили детскую городскую больницу №1, дом грудника и детскую поликлинику № 4. Музыкотерапию можно проводить на дому, в таких случаях мы обучаем матерей больных детей.

На базе ГДБ № 1 нами начато внедрение музыкотерапии для реабилитации детей с перинатальными поражениями ЦНС. Следует отметить, что мы ставим перед собой задачу индивидуальной схемы ведения этих детей в зависимости от преобладания того, или иного синдрома.

Под нашим наблюдением находилось 32 ребенка с последствиями перинатального поражения нервной системы (ППНС) в возрасте от 4 месяцев до 1 года, получавшие курсы музыкотерапии. Контрольную группу составили 12 детей с ППНС, получившие общепринятую терапию. Всем детям, помимо неврологического обследования, проводились электроэнцефалографические и эхо-энцефалографические исследования до- и после проведения музыкотерапии.

Результаты. После включения в комплекс лечения музыкотерапии неврологический статус, показатели ЭЭГ и Эхо-ЭГ имели более быструю положительную динамику. Анализ данных Эхо-ЭГ, выполненных после комплексной реабилитации показали, что снизилась ликворная гипертензия, уменьшилась ширина третьего желудочка, индекс бокового желудочка и вследствие этого уменьшалась степень смещения срединных структур. По данным ЭЭГ отмечался сдвиг в фоновых частотах амплитудных характеристик в сторону преобладания альфа – активности у 68% больных; уменьшилась выраженность медленноволновой активности у 35,7% больных. Изменение

параметров Эхо-ЭГ и ЭЭГ в сторону нормализации, также доказывает положительная клиническая картина.

Мы рекомендуем три разновидности программ для музыкотерапии: так называемая «успокоительная» программа, «активизирующая» программа, и программа смешанного типа. Рекомендуем исполнять колыбельные и спокойные песни 2-3 раза в день в течение 5-10 минут после кормления, а песни в быстром темпе за 5-10 минут до начала кормления.

При проведении музыкотерапии в режиме записи, необходимо подбирать музыкальные произведения отличающиеся высоким качеством исполнения и звучания. В нашей работе была подобрана музыка в национальном колорите. Прослушивать индивидуально подобранную музыкальную программу рекомендуется в течение 7-10 дней.

Как показывает опыт, правильно подобранная мелодия оказывает благоприятное воздействие на детей с перинатальной энцефалопатией и ускоряет их выздоровление, предупреждая инвалидизацию.

Выводы. Таким образом, комплексная реабилитация с применением музыкотерапии эффективна при комбинированных нарушениях и ее последствиях.

ЧАСТО БОЛЕЮЩИЕ ДЕТИ – СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЭТУ ПРОБЛЕМУ

**Шарипов Р.Х., Расулов А.С., Ахмедова М.М.,
Ирбутаева Л.Т., Расулова Н.А.
Самаркандский Государственный медицинский институт,
г. Самарканд, Узбекистан**

Цель работы. Изучение неспецифических факторов защиты организма у часто болеющих детей с различными заболеваниями осложненной диареей.

Материалы и методы исследования. Иммунологическому обследованию подверглись 45 часто болеющих детей, госпитализированные в ДГБ №1 г.Самарканда. Изучены показатели фагоцитоза и бактерицидная активность сыворотки крови.

Фагоцитарная реакция нейтрофилов крови (процент активных фагоцитов, фагоцитарное число, завершенности фагоцитоза) определяли по методике Е.А.Олейниковой с соавторами (1975); бактерицидная активность сыворотки – нефелометрическим методом на ФЭК – 56М.

Результаты: обследовано 45 дети, в возрасте от 1 года до 3 лет, относящихся к категории часто болеющих. В анамнезе выяснено, что обследованные дети в течение одного года несколько раз болели с разными заболеваниями, таких как ОРЗ, отит, тонзиллит, бронхит и во многих случаях заболевания осложнялись диареей. При распределении обследованных детей по группам учитывали диагноз заболевания. Анализ полученных данных

показывает, что из 45 детей у 20% (9) отмечены обструктивный бронхит, сопутствующий – анемия 1 степени (1 группа), у 26,6% (12) – острый бронхит, сопутствующий - анемия 2 степени (2 группа) и у 53,3% (24) – ОРВИ, осложненной диареей, анемия 1 степени (3 группа).

Результаты исследования показывают, что неспецифические показатели защиты организма у часто болеющих детей с обструктивным бронхитом, процент активных фагоцитов составляет- $79,6 \pm 0,7\%$, у больных с острым бронхитом - $81,3 \pm 1,59\%$. Самый низкий процент активных фагоцитов отмечалось у больных детей ОРВИ с осложненной диареей - $69,6 \pm 0,6\%$. Индекс фагоцитоза в 1 группе составил $3,06 \pm 0,98$, во 2 группе – $3,8 \pm 0,40$, а в 3 группе – $2,01 \pm 0,91$.

Аналогичные результаты получены при определении показателя завершенности фагоцитоза. В 1 группе – 4-5 баллов, во 2 группе – 3-4 баллов, в 3 группе – 7-8 баллов.

Бактерицидная активность сыворотки один из ведущих факторов неспецифической защиты организма. Такая активность связано с содержанием комплемента, пропердина, интерферона, С – реактивного белка и других активных веществ. При защите организма от инфекционного агента ее роль велика. У обследованных больных, с обструктивным бронхитом, бактерицидная активность сыворотки проявилось в разведениях - 1:80 – 1:160, у больных с острым бронхитом такая активность наблюдалось в более высоких цифрах - 1:320 – 1:640. Самые низкие показатели БАС отмечено у детей ОРВИ осложненной диареей - 1:10-1:20.

Выводы. Таким образом, при очень низком уровне неспецифических факторов защиты организма у часто болеющих детей, заболевания верхних дыхательных путей часто осложняется диареей. В таких случаях, необходимо повысить уровень неспецифических факторов защиты организма при помощи иммуностимуляторов.

БОЛАЛАРДА ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ А КАСАЛЛИГИНИНГ ТАРҚАЛИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Эгамов О.Т., Атамухамедова Д.М.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент ш., Ўзбекистон

Мавзунинг долзарблиги. Узоқ вақт мобайнида Ўзбекистон республикаси вирусли гепатитлар бўйича гиперэндемик худуд хисобланиб, касалланиш кўрсаткичлари МХДда қайд этилган кўрсаткичлардан 2,5-3,5 марта юқори бўлган. Ҳар йили республикада 165 мингга яқин одамлар вирусли гепатитларнинг турли шакллари билан касалланади.

Мақсад ва вазифалар. Кейинги 5 йил (2010-2015) мобайнида республикада аҳоли орасида қайд этилган ВГА билан касалланишнинг эпидемиологик хусусиятларини ўрганишдан иборат бўлди.

Қўлланилган усуллар. Аҳоли орасида 2010-2015йй. мобайнида вирусли гепатит А касаллигининг тарқалишини Республика ДСЭНМ кўрсаткичлари бўйича ретроспектив тахлили.

Олинган натижалар муҳокамаси. Қатор йиллар давомида ВГА билан касалланиш даражаси республикамизнинг Наманган, Фарғона, Андижон, Самарқанд ва Қашқадарё вилоятларида юқори бўлиб, кўп йиллик касалланиш кўрсаткичлари 100 минг аҳоли сонига нисбатан 455,0 дан 633,0 ни ташкил этган. Вирусли гепатит А билан касалланишнинг кўп йиллик динамикаси ўртача 3-5 йиллик даврийлик билан характерланади. Касаллик яққол ифодаланган мавсумийлика эга бўлиб, касаллик даражасининг кўтарилиши июль ойининг охириги 10 кунлигида бошланиб, ноябрь ойида энг юқори даражада қайд этилган. Тахлил этилган йиллар (2010-2015 йй.) давомида республикамиз шаҳар ва қишлоқ худудларида яшовчи аҳоли орасида ВГА билан касалланиш ҳолати ўрганилиб, эпидемик жараённинг кечишида бир қатор тавофутлар аниқланди. 2010 йилда қишлоқ худудларида яшовчи аҳоли орасида ВГА билан касалланиш ҳар 100.000 аҳоли сонига нисбатан 554,6 ни ташкил этган бўлса, шаҳар аҳолиси орасида бу кўрсаткич бирмунча камроқ – 453,6 ни ташкил этган. 2011-2012 йилларда шаҳар аҳолисининг ВГА эпид. жараёнидаги аҳамияти сезиларли даражада ўсиб, қишлоқ аҳолисига нисбатан 1,1-1,3 марта юқори бўлган. Тахлил натижаларига кўра ВГА билан касалланишнинг 54,6-64,7% ни мактабгача ёшдаги болалар, 14-17%ни мактаб ўқувчилари, қолган қисмини катталар ташкил этган. Шунингдек мактабгача ёшдаги болалар муассасаларига катнайдиган болалар (уюшган болалар), уй шароитида тарбияланаётган (уюлмаган) болаларга нисбатан 1,2-1,5 марта кўпроқ касалланишлари маълум бўлди.

Хулоса. Шундай қилиб, аҳоли орасида вирусли гепатитлар билан касалланишнинг кечиши, эпидемик жараённинг намоён бўлиши мезонларини ўрганиш, касалланишни олдини олиш ва камайтириш бўйича олиб бориладиган эпидемиологик назоратни янада такомиллаштиришга имкон беради.

КЛИНИКО - НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СКРЫТОГО СПИНАЛЬНОГО ДИЗРАФИЗМА У ДЕТЕЙ

Эргашева Н.Н.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г. Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Спинальный дизрафизм - собирательное понятие, объединяющее большую группу пороков развития спинного мозга и позвоночника, который является одним из наиболее тяжелых врожденных пороков развития у детей.

Цель исследования. Определить частоту и основные клинико-неврологические признаки различных видов скрытого спинального дизрафизма при врожденных миелопатиях у детей.

Материал и методы исследования. Работа основана на анализе диагностики и лечения 144 детей (67 (46,60%) мальчиков, 77(53,40%) девочек) в возрасте от одного дня до 15 лет с остеоневральными миелопатиями.

Результаты и их обсуждения. Выявленный скрытый спинальный дизрафизм (ССД) (у 71 больного)– многообразная и разнородная группа пороков развития позвоночника и спинного мозга, представлены в виде: синдрома фиксированного спинного мозга – 17(24%), спинальные липомы - 3(4,2%), дорсального дермального синуса – 6(8,4%), диастематомии - 5(7%), гидромиелии - 3 (4.2%), синингомиелии – 5(7%), расщепление дуг позвонков - 32(45%). У 9(12,7%) больных наблюдались одновременное сочетание двух или более видов. Наиболее частая форма скрытого спинального дизрафизма является расщепление дуг позвонков (*spinabifidaocculata*), встречающаяся в наших наблюдениях у 32 (45,0%) больных. Высокая частота данного вида скрытого спинального дисрафизма объясняется тем, что данная патология у 24 (75,0%) больных выявлена по ходу обследования детей с урологическими и проктологическими заболеваниями. Из 32 больных с *spina bifida occulta* у 5 (16%) детей неврологических нарушений не наблюдалось. У 27(84%) детей наблюдалась неврологическая симптоматика в виде: нарушений функций тазовых органов по типу недержание - у 22(69%) детей, что и являлось основной причиной обращения родителей к специалистам; не грубых двигательных расстройств у 14(44%) больных, на которые родители больных не предъявляли жалоб, и они были выявлены при тщательном неврологическом осмотре. Двигательные расстройства были в виде мышечной гипотонии – у 9(64%), снижения мышечной силы и скрытого пареза в нижних конечностях – у 5(36%) больных. Расстройство чувствительности у этих больных было по сегментарному типу и гипестезия - у 11(34%) больных детей .

Выводы. Клинико- неврологическая картина скрытого спинального дисрафизма основывается на объективных проявлениях конкретной формы дизрафии и заключается в прогрессирующем нарастании явлений недержания мочи и кала, усугублении парезов нижних конечностей, нарушений чувствительности в области промежности, и в ряде случаев развитием трофических расстройств той же локализации.

ОЦЕНИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА ПРИ ЗАСТОЙНЫХ ПНЕВМОНИЯХ

Эргашев Ш. Б., Умарова М.С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,

г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. В структуре общей патологии детей раннего возраста продолжает сохранять свою актуальность пневмония. Несмотря на то, что многие проблемы связанные с данной патологией успешно разрешены, частота неблагоприятных исходов при различных пневмониях с врождёнными пороками сердца (ВПС) у детей все ещё высока. Поэтому необходимо продолжать исследования патогенетических и клинико-патофизиологических проявлений у детей раннего возраста для разработки патогенетически обоснованных принципов терапии и реабилитации больных детей.

Цель исследования. Оценить эффективность применения резервных антибактериальных препаратов в комплексной терапии застойной пневмонии с ВПС у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 18 детей от 1-го до 3-х лет, больных застойной пневмонией с ВПС, госпитализированных с ноября 2015 года по февраль 2016 года в отделении детской кардиоревматологии клиники Ташкентского Педиатрического Медицинского Института. Диагноз основывался на клинических данных, лабораторных, инструментальных, рентгенологических и ультразвуковых методах исследования. Больные были разделены на 2 группы, в первой группе лечение получали 10 детей. Им исходя из общего состояния назначались антибиотики группы цефалоспоринов 2-3-го поколения (цефтазидим, цефтриаксон) в дозе 50 ЕД/кг, курс лечения 7 дней. Во второй группе лечение получали исходя из общего состояния, после определения чувствительности назначались антибиотики из группы аминогликозидов (меркацин) в дозе 7,5 мг/кг, курс лечения 5 дней.

Результаты и их обсуждение. Эффективность применения аминогликозидов проявлялась значительными сокращениями сроков нормализации физикальных данных заболевания, общего состояния больных (нормализация температуры тела, исчезновение одышки), клинических показателей крови и мочи на 2-3 дня.

Вывод. Применение аминогликозидов как резервную ступень подтвердило свою эффективность, которая проявлялась значительными сокращениями сроков нормализации физикальных данных заболевания, общего состояния больных, клиническими показателями крови и мочи, со значительным сокращением сроков лечения больных в стационаре (на 2 дня), но требует последующего профилактического наблюдения за состоянием печени, почек и за картиной крови у этих детей.

ЯТРОГЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В ХИРУРГИИ КИСТ ХОЛЕДОХА У ДЕТЕЙ

Якубов Э.А., Киличев О.Ш., Эсанов Х.М.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Диагностические и тактические ошибки, а также связанные с ними осложнения при кистах холедоха наблюдаются нередко. В литературе описан случай ятрогенного повреждения воротной вены при удалении кисты общего желчного протока.

Цель исследования - проанализировать ятрогенных осложнений при лечении кист холедоха у детей.

Материалы и методы исследования. В клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ в 1979-2016г. находились на лечении 74 больных с кистой холедоха в возрасте от 18 дней до 16 лет. 72 из них выполнены оперативные вмешательства.

Результаты и их обсуждения. У 2 (2,8%) из 72 оперированных детей наблюдались осложнения ятрогенного характера. У одного из них во время операции в условиях массивного спаечного процесса в гепатодуоденальной зоне и воспалительных явлений вокруг кисты на этапе мобилизации произошло повреждение стенки воротной вены. Рану удалось ушить и остановить кровотечение. Операцию завершили холецистэктомией, частичным иссечением стенки кисты и созданием гепатикодуоденоанастомоза. В послеоперационном периоде развились клиничко-лабораторные признаки портальной гипертензии, купированной интенсивными консервативными мероприятиями на 7 сутки после операции. Второму ребенку повторное оперативное вмешательство потребовалось в ближайшем послеоперационном периоде после холецистэктомии, частичной резекции кисты с наложением гепатикодуоденоанастомоза в связи с нарастающими явлениями механической желтухи. Развитие данного осложнения связано с пережатием сегментарного протока, самостоятельно впадающего в кистозно-расширенный общий желчный проток при наложении гепатикодуоденоанастомоза. Это подтверждено ретроспективным анализом интраоперационной холангиографии. При релапаротомии на 3 сутки после операции распущен второй слой швов по правому краю созданного анастомоза. В послеоперационном периоде явления механической желтухи быстро купировались, её интенсивность уменьшилась. Выделение по дренажной трубке прекратилось на 7 сутки. Больная выписана в удовлетворительном состоянии.

Вывод. Анализ интраоперационных осложнений свидетельствует, что основными причинами их возникновения являются тяжелое исходное состояние пациентов, сложные анатомо-топографические варианты аномалий, воспалительные процессы в гепатодуоденальной зоне, тактические и технические погрешности на этапах диагностики и оперативного лечения.

МАГИСТРАТУРА ТАЛАБАЛАРИ ВА КЛИНИК ОРДИНАТОРЛАРНИНГ ИЛМИЙ ИШЛАРИ

RELATIONSHIP SLEEP DISORDERS AND CHRONIC BRAIN ISCHEMIA

Abdusalamova S.B., Azimova N.M.
Tashkent pediatric medical institute, Tashkent, Uzbekistan

Relevance. An objective study of nocturnal sleep in patients with chronic ischemia of the brain is not only of academic interest, but also has plenty of great practical significance in terms of development of therapeutic, rehabilitative measures, to assess the prognosis of the disease and improve the quality of life of patients.

Objective: according to the literature to examine the relationship of sleep disorders and cerebrovascular diseases.

Materials and methods: analysis of the literature over the last 10 years related to research in patients with cerebrovascular disease

Results: Based on the analysis found that for all forms and chronic brain ischemia stages (CHCI) is characterized by coarse disorder mechanisms as the generation of sleep and its stages, and maintain them, manifested in the reduction of duration of sleep, frequent awakenings, duty cycle of wakefulness and slumber in the night, an imbalance between the individual stages of sleep.

In the formation of the structural changes in sleep, in addition to the root cause CHEM defined contribution is the original feature of the regulation cycle " sleep-wake ". Also important is the fact that the problem of sleep disorders joins problem of sleep-related breathing disorders in these patients. From 20 to 40 % of patients have an abnormal number of CHEM apnea - hypopnea during sleep. The syndrome of sleep apnea is defined as a potentially lethal condition characterized by multiple episodes of breathing stoppages during sleep and combined with repeated episodes of explosive snoring and daytime sleepiness. Each episode of apnea is accompanied by an increase in blood pressure. A related hypertension is characterized by the predominant increase in diastolic blood pressure, as observed cyclical fluctuations of pressure in the pulmonary arter. Clinically significant pravopredserdnaya failure develops in 12% -13 % of patients with sleep apnea syndrome. For patients with sleep apnea syndrome is characterized by nocturnal cardiac arrhythmias. Almost all patients during an episode of apnea observed sinus arrhythmia with severe bradycardia up to a short period of asystole, which is sharply replaced by tachycardia after its completion. Patients can be expressed in atrial and ventricular premature beats, transient atrioventricular block of various degrees, supraventricular and ventricular tachycardia. Probably, these violations occur against the background of a significant reduction in oxygen saturation in patients with concomitant cardiopulmonary pathology, especially against the background of chronic cerebral ischemia.

Conclusion. Thus, sleep disorders during chronic cerebral ischemia may occur with concomitant sleep apnea syndrome, as well as the deterioration of the night

behavior, night walks and inadequate, disturbed sleep patient, thereby deteriorating the quality of life. However, the combination of several factors that destroy sleep in a patient with chronic cerebral ischemia can cause more severe behavioral disorders. Is developing a similar condition in the late evening or early in the morning and is associated with a disorder of circadian rhythms.

AUDITORY NEUROPATHY CASE'S DIAGNOSIS ON SCREENING STAGES

Akhrorov M.M.

Tashkent pediatric medical institute, Tashkent, Uzbekistan

Actuality: Auditory neuropathy (AN) is a condition that affects the neural processing of auditory stimuli. Patients with this disorder are able to respond to sounds appropriately, but their ability to decode speech and language is hindered. Because AN is a relatively newly described condition, many children may have not obtained the proper audiologic testing to reach a diagnosis of AN. Most patients with AN have other significant perinatal risk factors.

Objectives: The main goal of our study to analyze the ethyopathogenetic aspects of AN and determine the dominant risk factors among infant population in Uzbekistan.

Materials and methods: Audiological study of all admitted children at the age of 0-18 years old in the Department of congenital and acquired ENT diseases based on Republic Scientific Medical Center of Pediatrics in the period of December 2013 to December 2014. Accordance to recognized screening program to all children there were performed the tests otoacoustic emission (OAE), distortion product otoacoustic emission (DPOAE) and auditory brainstem response (ABR). Special questioner of deafness anamnesis were available.

Results and discussion: From 107 investigated children with hearing loss there were determined OAE and DPOAE were registered with answer "passed" bilaterally at 24 children (48 ears). In the same time in this group there were no registered V wave on ABR in 67,8 % cases, and in 42 % wave V was determined in maximum stimulation of 95-100 dB. Case history has showed 11 children with low birth weight and prematurity in anamnesis, 4 with extremely low weight, condition of long hyperbillirubinemia 8 cases, sepsis 2, hypoxia 3, as additional factors consanguineous marriages in 3 cases, and 4 "family deafness" cases.

Conclusion: AN is not so rare among hearing loss spectrum (more 2,8 %), Dominant risk factors of AN are intra and postnatal reasons. Combination of these factors increases of AN development.

MANAGEMENT OF CHOLEDOCAL CYST IN NEWBORNS AND ELDER CHILDREN

Babaev A.O., Aliev M.M., Yuldashev R.Z., Uzbekov R.K.
Tashkent pediatric medical institute, Tashkent, Uzbekistan

Introduction. Choledochal cyst is a rare disease with incidence 1: 10,000 - 1: 150,000 of live births. The disease is characterized by transforming of extra- and intrahepatic bile ducts. Untimely surgical correction of the defect leads to the formation of stones with cholangitis, malignancy and chronic liver damage with the development of fibrosis and cirrhosis.

Purpose of the study. To study clinical features and results of surgical treatment of infants and children.

Material and Methods. We observed 42 children with a diagnosis of choledochal cysts operated during 2013-2015. Routine clinical and biochemical studies were performed: bilirubin and its fractions, gamma – glutamyl transferase (GGT), alkaline phosphatase (AP); liver biopsy results were analyzed, the data of instrumental studies - ultrasound, MSCT scan and MRI cholangiography and results of surgical treatment in different periods of observation.

Cyst type was classified according by Todani classification (1977). The patients were divided into 3 groups: the first group was children aged up to three years (n = 16), the second group includes children aged 3 - 7 years (n = 20) , the third group consisted of children over 7 years (n = 10).

Results. According to Todani classification in first group: Type Ia – cystic dilatation of the entire extrahepatic biliary tree, with sparing of the intrahepatic ducts were found in 9 (60 %) patients, and type IVa – combined intrahepatic and extrahepatic duct dilatation in 6 (40%) children. In the second group, the type of cysts was more diverse. More common type Ia 9 (50%) patients, Ib (focal segmental dilation of extrahepatic duct) in 6 (33%) patients, VIa type 3 patients (17 %). Jaundice, acholic stool often were found in patients of I group, and they were correlated with AP, GGT and bilirubin levels. In first and second groups, ALT and AST rates were minimally increased. Patients of II and III group also had high rates of AP and GGT, but bilirubin levels were in normal range. Third group had high rates of ALT and AST, which was due to recurrent cholangitis. Classical triad: abdominal mass, pain and jaundice were presented in 20% and 23% of cases II groups and I accordingly. Newborns of I group admitted to hospital with complaints on jaundice and presence of abdominal mass in 100% cases. In addition, they had acholic stool in 80% cases. 38% patients had variable grades of liver fibrosis in biopsy. Three patients had biliary cirrhosis. Most of them were found in I group.

Cyst excision, cholecystectomy and Roux-en-Y hepaticojejunostomy were performed in the majority of patients-32 (74%). Seven patients (16.3%) underwent cyst excision and hepaticoduodenostomy with short jejunal interposition (Karrer – Raffensperger procedure). Best results achieved in group of patients after Karrer-

Raffensperger procedure. Reflux cholangitis were observed in 12.5% patients after Roux-en-Y hepaticojejunostomy.

Conclusion. Thus, the clinical manifestation, for, the morphological structure of the liver and postoperative outcomes in children and infants with choledochal cysts vary. In infants and children up to 3 years of clinical manifestations and course with choledochal cysts is similar to the correctable biliary atresia. Performing surgical correction with excision of cystic choledochal modified feasible in neonates and young children, early surgical treatment is mandatory, since it prevents the development of biliary cirrhosis.

THE MEAN RANGE OF BLOOD GLUCOSE LEVEL IN PATIENTS WITH DIABETIC NEPHROPATHY BEFORE, DURING AND AFTER HEMODIALYSIS

Ju Seunghwan, Ismailov S.I.

Tashkent pediatric medical institute, Tashkent, Uzbekistan

Aim: to study the mean range of blood glucose level in patients with diabetic nephropathy before, during and after hemodialysis.

Materials and methods: 20 patients (P) with DM (diabetes mellitus) and diabetic nephropathy of 4-5 degree, (9 F/11 M), of whom 4 had DM 1 and the rest – DM2, were recruited for the study. All of patients, including men aged 59.5+/-14.4 yr (mean+/-SD; range 36-77) and women aged 55.1+/-11.2 yr (mean+/-SD; range 28-69), had a history of duration of hemodialysis ranging from 1 to 4 years. The study included assessment of biochemical parameters (level of blood and urine glucose, HbA1C, lipid spectrum, potassium, and others), assessment of neurological status, ultrasound examination of thyroid and pancreas. The assessment of blood glucose level (BGL) was carried out before, during and after hemodialysis in all patients.

Results. The BGL before receiving hemodialysis (H) lower than 7,8 mmol/l was found in 6 P (30.0%), of whom 2 did not have change in BGL during H and none of them had change of BGL after H.

The BGL, ranging from 7,9 to 10,0 mmol/l, before receiving H was found in 3 P (15.0%), 9 of these P did not have change in BGL during H and only 3 P did not have change of BGL after H.

The BGL over than 10,1 mmol/l before receiving H was found in 11 P (55.0%), 9 of these patients did not have change in BGL during H and 16 P (80.0%) had BGL over 10,1 mmol/l after H.

We established that BGL after H decreased only in 4 patients (20%), increased – in 8 patients (40%) and fluctuated – in 7 patients (35%).

Conclusions: 1) the range of blood glucose level in patients with diabetic nephropathy of 4-5 degree was high in all steps of hemodialysis – before, during and after. 2) decrease of BGL after hemodialysis was seen in only 4 (20%) P but it was no lower than 7,8 mmol/l.

BLOOD GLUCOSE LEVEL OF PATIENTS WITH DIABETIC NEPHROPATHY 4-5 DEGREE IN COMPARISON WITH DURATION OF HEMODIALYSIS

Ju Seunghwan, Ismailov S.I.

Tashkent pediatric medical institute, Tashkent, Uzbekistan

Aim: to study glucose level in blood of patients with diabetic nephropathy 4-5 degree in comparison with duration of hemodialysis.

Materials and methods: 20 patients, with diabetes mellitus - DM (4 with DM1 and 16 with DM2), diabetic nephropathy of 4-5 degree and history of hemodialysis lasting for 1 to 5 years, were recruited for the study. The group consisted of 9 female, aged 55.1+/-11.2 yr (mean+/-SD; range 28-69) and 11 male individuals, aged 59.5+/-14.4 yr (mean+/-SD; range 36-77). The study included biochemical assessment (level of blood and urine glucose, HbA1C, lipid spectrum, potassium, and others), assessment of neurological status, clinical ultrasound of the thyroid and pancreas. Blood glucose level was studied in all patients.

Results. Patients were divided into 5 groups depending on duration of hemodialysis (H). First group of patients had duration of H less than 1 year—2 cases (10,0%), second group – up to 2 years—6 (30,0%), third group – up to 3 years—4 cases (20.0%), fourth group had H for up to 4 years—6 (30.0%) and fifth group – from 5 to 7 years—2 cases (10%).

The average blood glucose level in patients of first group was 12,8 mmol/l, in the second group – 11,8 mmol/l, in the third group – 12,3 mmol/l, the fourth group – 8,6 mmol/l, and fifth group – 11,05 mmol/l.

Conclusions: We found that the mean range of glucose level in patients with diabetic nephropathy of 4-5 degree does not depend on the overall duration of hemodialysis.

CHILDREN AND WOMEN ALCOHOLISM

Kozimjonova I.F., Agranovskiy M.L., Usmanova M.B.

Andizhan State medical institute, Andizhan, Uzbekistan

Social – psychological norms of behavior formed for many centuries prevented alcoholization of women. But at present time spread of alcoholism among women has sharply increased.

Earlier this disease was considered to develop later in women than in men (8 years). Now there are no age differences but in “short” or “extreme short” time important symptoms of alcoholism formation have been observed in women.

Aim of Inquiry is to study the influence of women alcoholism on psychological family climate.

For solving given tasks women who were followed-up in Andizhan Regional Psycho-Neurological Dispensary have been observed. Among 70 followed-up patients – 5 patients were women (9,4%) whose age was from 22 to 55 years. 2 of them drank with their husbands who were also followed-up in Anizhan Regional Psycho-Neurological Dispensary.

Women alcoholism has been severely told on children causing marked psychic impairments. Neurotic disorders, alienation, retarded psychological development, deviant behavior of such children require special correction. Unconscious identification him/herself with mother in association with hereditary predisposition to alcoholism, social – psychological disadaptation stipulated with lack of upbringing often lead such children to alcohol abuse. Adult children of patients ill with alcoholism didn't understand that the origin of most their life problems was the family alcoholism.

According to genetic and sociologic indexes it may be considered that sons and daughters of parents ill with alcoholism fell ill with alcoholism in adult age with frequency significantly prevalent among general population as well as in those who formed the comparative group with healthy parents. Incidence of diseased sons of parents ill with alcoholism ranges from 17,0 % to 86,7 %. Incidence of diseased with alcoholism daughters ranges from 2 % to 25 %.

Conclusion: Thus adult sons and daughters of parents ill with alcoholism constitute the higher risk group of alcoholism disease.

FAMILY ALCOHOLISM AND SUICIDE

**Kozimjonova I.F., Agranovskiy M.L., Usmanova M.B.
Andizhan State medical institute, Andizhan, Uzbekistan**

Drug usage and alcoholism are one of the most actual problems of medicine. Healthy life style is impaired in those families where alcohol abuse and drug usage is. Psychological impairments are noted in those children who grow in such families.

Aim of Inquiry: is to study family alcoholism and suicides.

For solving given tasks: 105 unfinished suicides have been investigated. It is necessary to note that most of them were teenagers. Each of them was personal tragedy, no outcome, when fear of life is prevalent to fear of death.

Family and micro-social factors are main reasons of suicides. Study of suicide motivation showed that in genesis of suicide behavior family conflicts have important significance.

Suicide was mostly noted in families which were alcohol abused. Such parents couldn't provide normal conditions child's development. Such children didn't have social encouragement of parents and surrounding people. Disharmonic forms of upbringing contributed to the formation and fixation of this or that accentuations.

Feeling them alone, helpless and rejected such children think as a rule about the idea of suicide. Teenagers who drink alcohol and use drugs more often try to die. It is

known that 80 % of people who tried to die were those who did it after drinking alcohol.

Alcohol is depressant. After a prolonged period of time they suddenly may become cheerful because they find a solution of a problem to kill themselves. Many people will be right if they say that such children need help of specialists. Having a talk with such children teachers may reveal signs of their difficult conditions: apathy, indifference, tension, aggression and etc.

Conclusion: The role of a teacher is of immense value. It is very important to put in a teacher's work hearty attitude and sincere relation to such children and teenagers.

SOME CLINICAL AND INSTRUMENTAL INDICATORS OF CARDIOMYOPATHY IN CHILDREN

**Khadjieva Z.U., Akhmedova N.R., Yakubova K.N.
Tashkent pediatric medical institute, Tashkent, Uzbekistan**

Objective. Explore some of the clinical and instrumental indicators of cardiomyopathy in children.

Methodology. Total 28 children were surveyed having cardiomyopathy ranging in age from birth to 18 years. Clinical and instrumental methods of research were conducted.

Results. The results obtained from children with dilated cardiomyopathy indicated asymptomatic initial disease, lagging physical development, tolerance to physical exercises. Apparent signs of left ventricular failure were identified clinically. Children with hypertrophic cardiomyopathy, illness was provoked by intense physical activity, which was evident by incursions of severe weakness, dizziness and pallor. Among the 15 children with cardiomyopathy, ECG showed signs of hypertrophy of the left heart and inter-ventricular septum, tachycardia, 24% of patients had arrhythmia, 16% had repolarization phase disorder, 20% incomplete blockade of the right fasciculus atrioventricularis (the His bundle). X-ray radiograph shows cardiomegaly, increased LPS. Echocardiography of children with hypertrophic cardiomyopathy showed dilatation of both atria, in 28.6% of patients with symmetrical (both ventricular hypertrophy, inter-ventricular septum) and in 71.4% of patients asymmetric hypertrophy of portions heart. Children with dilated cardiomyopathy, harnessed decrease in contractility of the left ventricle, dilatation spherical chambers of the left heart were revealed.

Conclusion. Clinical indicators depend on the form of cardiomyopathy and are characterized by chronic and progressive course, ultimately leading to cardiomegaly, progressing heart failure.

FEATURES OF SALMONELLA INFECTION IN INFANTS

Malikova F.H., Tadjiev B.M.

Tashkent pediatric medical institute Tashkent, Uzbekistan

Actuality: Salmonella infection, particularly in young children remains one of the most urgent problems of childhood infectious diseases, due to the prevalence of large, heavy and long-term course of the disease in a number of children.

In recent years, there was a change of the main pathogen salmonella-lėznoy infection. If in the middle of the last century 70-80 major causative agent of salmonellosis was *S.typhimurium*, the currently *S. enteritidis* is greater than 70% disease.

In the literature there are only a few works devoted to the study of clinical significance of anti-lysozyme activity Salmonella (ALA) with salmonellosis in young children. There are no data on the clinical significance of expression of anticomplementary activity (ACA) of the pathogen at salmonellėznoy infections in general and in young children in particular.

The aim was to study the peculiarities of Salmonella infection in infants.

Materials and Methods: The study was conducted on the basis of 4-DIB Tashkent city, were studied medical records of 45 children with a diagnosis of acute intestinal infections.

Results: The age structure of groups: from one month up to one year - 42.5%, from one year to three years - 42.5%, from three to five years of 25%. Of the 40 patients: boys - 62.5%, girls - 37.5%. Hospitalized in the early hours of the onset of the disease - 67.5%, during the second day - 15%, on the third day and later - 17.5%.

The clinical picture of Salmonella infection was studied in 45 children, aged from 14 days to 3 years old, suffering from bacteriologically confirmed gastrointestinal form of salmonellosis. Salmonella infection in infants occurs with moderate severity. In main number of patients in all age groups (61.6%) there has been a mild form of infection, moderate forms of the disease was observed in 27.3% of cases, severe in 8.6% of patients the first two years of life and 2.5 % of patients of the 3rd year of life. It was noted a significant difference in the course of the disease in children in the first year of life compared with older children. So enterokoliticheskaya form of Salmonella infection in infants in the first year of life was observed in more than 3/5 of the children, while children older than one year colitis syndrome occurs in less than half of the patients. The children of the first year of life, the disease characterized by a much greater duration of febrile period, the greater the maximum frequency of stools and duration of diarrhea syndrome. Relapse and aggravation of the disease occurred in 10% of infants, older children, they met in a few cases. Protracted course of the disease occurred only in infants.

Conclusion: Comparison of clinical data of Salmonella infection in infants at the moment, with the majority of research related to the eighties of the last century

shows that the current Salmonella infection is much easier and more favorable compared to the previous period.

THE STATUS OF CELLULAR IMMUNITY AND THE CYTOKINE PROFILE IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Muminov D.K., Egamberdieva D.A.

Tashkent pediatric medical institute, Tashkent, Uzbekistan

Aim of the study. The objective of our research was to study the status of cellular immunity and the cytokine profile in patients with chronic obstructive pulmonary disease depending on severity of the disease.

Material and methods. Eighty COPD patients were included on the research, among them were 51 males (63.7 %) and 29 females (36.3 %). 1st stage COPD was diagnosed in 25 patients, 2nd COPD - in 28 and 3rd grade COPD - in 27 patients. The diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease was made on the basis of the criteria stated in the GOLD program “Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease” (2013). The control group consisted of 20 people with no signs of diseases of the respiratory and immune systems. The mean age of the patients was 47 ± 1.5 years with the disease duration ranged from 3 to 15 years. The analysis of the lymphocyte subpopulations was made with monoclonal antibodies of LT series (the Scientific Centre of the Institute for Immunology). The percentage of the general population of cells expressing CD3 +, CD4 +, CD8 +, CD16 +, CD95 + markers and HLA-DR + lymphocytes was calculated. At the same time, the clinical analysis of blood was made to get the absolute quantity of the cells (Dahl R., 1993). The percentage of the cells phagocytosing the particles was calculated. The hemolytic activity of complement CH50 and myeloperoxidase were determined by standard reactions.

Results. As the research results have shown, an increase in the leukocytes and lymphocytes levels occurred in COPD patients. The absolute level of cells expressing CD3 + marker in the patients with COPD of mild severity is within the normal limits. In moderate and severe COPD, this indicator has raised. A reliable decrease in the percentage correlation of cells expressing CD3 + marker was observed in all COPD severity levels. It seems, an increase in CD3 + lymphocytes in the patients' blood suggests their insufficient migration to the inflammation focus in the airways that means a sign of poor prognosis. A reliable decrease was observed in the absolute and relative numbers of lymphocytes expressing CD4 + marker in all the COPD patients ($p < 0.05$), that indicates the intensity of cellular immunity in COPD and a decrease in proliferation and differentiation of B-lymphocytes. In addition, the disbalance was observed in the value of CD4 +/CD8 + marker of immunity regulation: this indicator was dramatically decreased at all COPD severity levels. The relative level of CD16+ lymphocytes was reliably increased at all COPD severity levels. One of CD16 +

lymphocytes functions is known to be participation in antineoplastic immunity; therefore, the patients demonstrated the intensity of the protective killer functions of lymphocytes associated with possible development of oncological processes against the background of pathomorphological processes in COPD. CD95 + receptor is known to be the indicator of apoptosis. As the findings of our research demonstrated, the relative level of CD95 + lymphocytes turned to be reliably increased in severe COPD in comparison with other groups of the involved patients ($p < 0.05$).

Thus, the degree of expression of immunologic disorders of the cellular link of the immune system directly depends on COPD severity and determines the disease prognosis.

ROLE OF THE ANEMIA AT CHILDREN WITH JUVENILE RHEMATOID ARTHRITIS.

Musaeva B.B., Umarnazarova Z.E.

Tashkent pediatric medical institute, Tashkent, Uzbekistan

Anaemia one of widespread extraarticular exhibitings of a juvenile rheumatoid arthritis (JRA). The most widespread causes of depression Hb at JRA - an anaemia of chronic diseases (AChD) and an iron deficiency anaemia (IDA). Differential diagnostics of an anaemia of a various genesis at patients JRA presents certain difficulties, especially diagnostics of deficiency of iron against inflammatory process.

Research objective: to study features clinico-gematology indexes at children with JRA.

Stuffs and methods research. 40 patients with a juvenile rheumatoid arthritis at the age from 3 till 18 years, from them 21 girls (52,5 %) and 19 boys (47,5 %) are surveyed. Duration of disease has compounded from 3 months till 9 years. All children have been surveyed in an exacerbation of disease and in clinics TashPMI. The diagnosis was put on the basis of complaints, the anamnesis, objective survey, the laboratory, radiological data. At all patients bulk analysis of a blood, urine and a feces, blood biochemical analysis are made, and also for studying the iron exchange was defined serum by a iron and serum ferritin (SF) in a blood.

Results. The complex researches conducted by us have shown that at 28 children (70 %), and the articulate form of disease is diagnosed for 12 children (30 %) articular-viscerals form. At 36 (90%) children have been taped a hypochromia anaemia: from them at 29 (70,3 %) patients were an anaemia of I degree, at 3 (8,3 %) - II degree and at 4 (11,1 %) children have been taped III degree of an anaemia. Among surveyed at 14 (35 %) patients are taped changes in morphology of erythrocytes in the form of an anisocytosis and a poikilocytosis. At children with the articulate form the average value of the general Hb has compounded $108,57 \pm 2,11$ g/l, quantity of erythrocytes $3,57 \pm 0,05 \cdot 10^{12}/l$, a colour index $0,87 \pm 0,01$, level serum by a iron has compounded $19,72 \pm 0,9$ mkmol/l at norm 12,5-30,4mkmol/l, SF $49,14 \pm 4,62$ ng/ml at norm to 40ng/ml. At patients with articular-viscerals the form level Hb has

compounded $91,33 \pm 3,76$ g/l, quantity of erythrocytes $3,25 \pm 0,13 \cdot 10^{12}$ /l, the colour index $0,73 \pm 0,02$, SI $10,64 \pm 2,31$ mkmol/l and SF has compounded $25,92 \pm 6,26$ ng/ml. Average values Hb, SI, SF and quantity of erythrocytes at children with articular-viscerals the disease form have appeared authentically below similar parametres of children with articulate form JRA ($p < 0,005$). These indexes specify that at 30 % of children articular-viscerals the form taps IDA and at 70 % of patients with articulate form JRA an inflammation anaemia.

Thus, differential diagnostics IDA and AChD is the actual problem which decision will allow to tap deficiency of iron at an early stage and at sick of chronic diseases and will allow to make the timely and well-founded treatment by iron preparations leading to petering of symptoms histic iron of deficiency, to reduction of exhibitings of an anaemic syndrome. For patients JRA the anaemia problem also is rather actual, as they have higher risk of development of cardiovascular diseases and a lesion of nephroses in comparison with the general population. There fore at appointment of medicinal therapy it is necessary to estimate initial indexes of a haemogram and to carry out laboratory monitoring of the yielded indexes against treatment.

ADVANTAGES OF ULTRASONIC ELASTOGRAPHY OF BREAST CANCER

Nazarova Z.Sh., Djumabaev X.T.

Andizhan state medical Institute, Andizhan, Uzbekistan

The breast cancer is the main problem in the world and this disease takes the first place among malignant tumors and is one of the leading reasons of mortality in young women. About 1 million people in the world fall ill with BC. Incidence of this disease will have been increased up to 1,45 million by the end of 2016 year.

At present many diagnostic technologies have been designed which helps to make a correct diagnosis for revealing cancer, such as various methods of visualization of regilient characteristic of biological tissues – so-called ultrasonic elastography (elasticity imaging). They are based on colorful image on the monitor of the device depending on various stages of tissue rigidity.

Objective of the research: Improvement of early differential diagnostics of BC by using modern ultrasonic methods (elastography).

Aims: To include ultrasonic elastography into complex examination of patients with diseases of mammary glands (MG).

Materials and research methods. We examined 50 patients (women) with benign and malignant tumors of MG. Each patient has been undergone ultrasonic examination with multifrequency transducers 7-13 MHz and the obtained results were compared with cystologic and histological investigations.

Results of research. Using EG method improves significantly recognition of pathological changes in mammary glands and reduce duration of patients

examination. In our clinical research of 50 patients with malignant tumors have been revealed in 20 women. In the analysis of results malignant tumors demonstrated high values of coefficient deformation – $22,9 \pm 2,14$ and in benign tumors coefficient deformation constituted $2,0 \pm 0,1$ (average value).

Comparison of results with traditionally ultrasonography and modern US showed sensitivity EG for not-palpable tumors- 87,5%, sensitivity of US – 66.7%, US angiography constituted only 57,1%.

Conclusion. The study of diagnostic opportunities of elastography for revealing benign and malignant tumors of mammary glands will enable the including of this device into complex radiology examination, identification in early stages of BC and choose the best methods of treatment.

NECESSITY OF EARLY DETECTABILITY OF THE HIV INFECTION AT NEWBORNS

Navruzova S.A., Abdullaeva U.U.

Tashkent pediatric medical institute, Tashkent, Uzbekistan

Urgency of subject Human immunodeficiency virus (HIV) is the major world problem of the XX-XXI centuries. The HIV infection was included into 5 leading reasons of a mortality of the population in the world. Global epidemic of the HIV infection has captured all countries. According to estimations, nowadays, 40 millions of population on the Earth suffers from HIV. Development of the situation in Uzbekistan reflects the general tendencies specific for the countries of Central, Eastern Europe and Central Asia. In Uzbekistan, the epidemic is in the concentrated stage, but if up to 1999 the HIV infection was basically revealed in vulnerable groups of the population, since 1999 the HIV has stepped over social borders of risk groups. The number of HIV-infected women of genital age, share of which makes about 30 % from the total of the diseased, grows at the present day. It indicates the growth of a sexual way of the infection transmission - about 52,7 % from the total number of cases. Children born by HIV-infected mothers become new victims of the epidemic.

In this case diagnostics, tactics of conducting and treatment are considered as the most important aspects. It is necessary for practical doctors to know the clinic of the HIV infection at newborns and its feature, such as the Wasting-syndrome, the HIV embryopathy, features of the course of the HIV at pre-natal infection.

The Republican AIDS centers are engaged in specification of the HIV status of the newborns born by mothers with the HIV-positive status by means of early performance of an enzyme immunoassay (EIA) and the DNA HIV polymerase chain reaction (DNA HIV PCR) in the 1st week of life. Sensitivity of this method at this age makes up to 92 %. It is also necessary to consider the probability of positive tests at the non-infected newborns as well. The acknowledgement and the final diagnosis are only made in the 18th month of life. Therefore, timely advising and convincing parents to be examined 3 times are extremely necessary. It is necessary to conduct

case monitoring over children born by the HIV-infected women, disclose in due time precursory symptoms of progression of the HIV-infection at newborns and children of early age.

Conclusion Thus, earlier diagnosticating of newborns gives the chance of timely initiation of treatment and, therefore, improvement of the life quality of such patients.

THE CURATOR ITS ROLE IN THE LIFE OF A STUDENT

Ortiqboev J.O., Usta-Azizova D.A.

Tashkent pediatric medical institute, Tashkent, Uzbekistan

Actuality: yesterday's students coming to the university, is faced with a completely new system of education for him in every way. This system differs from school, organizational and methodical and meaningfully, and its main objectives and directions.

The purpose and objectives: To prepare students in the period of adaptation to the new system of education. To help freshmen quickly and painlessly adapt to college life, learn to navigate in their rights and duties, to familiarize with the organization of classroom and extracurricular process in high school, rally the team and create a favorable atmosphere in the group. The objectives of the study are the curator of the student's personality, needs and interests to assist in self-development and self-determination; formation of socially necessary knowledge and skills; the creation of humanistic atmosphere in the student group.

Used methods: Monitoring of activities of curators, analysis, synthesis, questionnaire students of bachelors degree.

Discussion of Results: A significant role in the adaptation of the students assigned to the curators of the academic groups, the content of the work of the curator is very different from the work of the class teacher. It is determined, including the age and characteristics of first-year students. It is a completely different age with specific psychological characteristics and age-related interests. Here, in the foreground the need for professional self-determination, and taking part in economic, political and social life of society. Today, the work of curators aimed at creating optimal conditions for self-development of the individual student. The curator is involved in solving this problem through counseling, guidance and psychological support to students.

Curator mainly helps to solve problems associated with academic performance, health, personal problems, helps to build relationships with fellow students, to join the social life of the faculty, assisted in the design of coursework and research papers, helping to resolve the conflict with the teacher, to improve living conditions.

Conclusions: The first semester of the first year - a period adaptation of the students to the new system of education. Quick and the successful adaptation to university life first-year students is the key to the success of mastering their

profession - that for which they came to the university, and that for which whole system works in higher education.

All the activities of the curator should be directed to the purchase of the students socially valuable, moral relations with others; students' understanding of themselves; development of skills students learn; the use of the students their knowledge in practice. Only then will the work of the curator of efficiency and effectiveness.

APPLICATION OF BIODEGRADABLE STENT POST-BURN ESOPHAGEAL STENOSES CHILDREN

Sultanov T.I.

Tashkent pediatric medical institute, Tashkent, Uzbekistan

Traditional treatment for scar narrowing of the esophagus - bougienage, balloon dilatation, esophageal plastic in childhood is accompanied by a high frequency of complications, such as perforation or bleeding of the esophagus, and impaired quality of life, which determines the necessity to find new approaches to the treatment of these patients.

Purpose of the study. To study the effectiveness of esophageal stenting by biodegradable stents in children.

Material and methods. During the period from 2011 to 2014 yy in RSSPMC of Pediatrics 7 patients with post-burn cicatricial esophageal strictures were produced implantation of biodegradable stents ELLA-CS production, Ltd (Czech Republic). Stent implantation procedure was performed within the healthy tissue under the X-ray and endoscopic control with a short general anesthesia. During the first 5-8 days after implantation it was performed endoscopic control of stent position, we have appointed a short course of broad-spectrum antibiotics, analgesics, antiemetics and proton pump inhibitors.

Results. In all patients scar strictures were formed after severe alkali burns, the prescription of more than 6 months. In X-ray examination was revealed extended stricture of the middle and lower third of the esophagus (more than 4 cm), with a diameter of the lumen less than 4mm. Traditionally used methods of treatment, extended "the cord" bougienage, esophageal balloon dilatation eliminated dysphagia no more than 3-4 weeks. These patients were candidates for colonesophagoplasty.

During the period of 2011-2014 yy, 7 patients were treated by stenting. The effectiveness of this treatment was highly depended on properly selected characteristics of the stent: the length, diameter and radial force. As a result of the stenting, it managed to hold the "physiological" lumen of the esophagus at stricture level for more than 3 months, freeing children from the re- bougienage every 2 weeks. In all the patients in terms of biodegradation of the stent (3-5 months) was obtained good dilation result: there was no dysphagia, X-ray control did not revealed the narrowing of the esophagus. After 10 months one patient was performed re-bougienage along the conductor of restenosis zone with re-establishment of the stent,

resulting in a stable positive effect. The remaining 6 patients after a single stent implantation in terms of 9-18 months had no dysphagia.

Conclusion: Thus, the use of biodegradable stents in the treatment of post-burn esophageal stenosis in children can replace the systematic bougienage and balloon dilatation, reduce the time of treatment. Biodegradable stents from polydioxanone have a therapeutic effect during the decay period and remodel narrowing. Due biodegradable material from which it is made, the construction does not require removal.

FORENSIC ASPECTS OF ACUTE POISONING WITH ACETIC ACID

Tuychiev S.R., Yakubov H.H.

Tashkent pediatric medical institute, Tashkent, Uzbekistan

Relevance: According to the statistics it is revealed that the leading position of the total number of acute poisoning takes corrosive poisons, which include inorganic and organic acids. Many questions of given forensic poisonings require detailed scientific development. In particular, the issue of objective and acceptable to the forensics quantitative criteria of assessing the chemical injury severity of poisoning by corrosive poisons remains open until the present time. Not rated expert importance of kinetics of free hemoglobin in poisoning with acids; There was not investigated pathomorphosis of poisoning on the background of active therapy. Addressing these issues will expand the diagnostic capabilities of the medical examiner and improve validity and conclusiveness of expert opinions.

The purpose: Set relationship and the nature of morphological changes in organs and tissues of the initial concentration of free hemoglobin in the blood plasma in cases of poisoning with acetic acid.

Materials and methods: We studied 34 cases of acute oral poisoning with acetic acid, of which 21 (61.8%) was carried out with suicidal intent and 13 (38.2%) occurred by chance, on a background of alcoholic intoxication. In 15 cases there was a fatality. The injured were hospitalized in the intensive care unit of the Republican Center of Emergency Medical aid (toxicological centre), sectional studies conducted in the Morphological Department of city bureau of Forensic Medicine of Tashkent. The severity of poisoning was evaluated by the extent of chemical burns of the gastrointestinal tract, the shift of capillary blood pH and level of intravascular hemolysis. The concentration of free hemoglobin in the plasma and in the urine was determined by the photoelectrocalorimetric method on device FEK-56.

Results of research: Results of researches show that there is a relationship between the initial concentration of free hemoglobin in the blood plasma and the nature of morphological changes in organs and tissues. It was found that the timing of deaths is directly dependent on the area of chemical burns of the gastrointestinal tract and degree of expressiveness of morphological changes in organs and tissues from the level of initial hemoglobinemia. The severity of poisoning was evaluated by

the extent of chemical burns of the gastrointestinal tract at the base of the sectional material.

Conclusions: Standard diagram was done so that in each level of hemoglobinemia it becomes possible to establish a typical morphological picture of poisoning and on the contrary, on character of morphological changes to restore initial level of hemolysis. It does not only expands diagnostic possibilities of the expert, but also has demonstrative value at carrying out of disputable examinations that is doubtless, will raise validity of expert at a substantiation of a principal cause of death at the given poisonings.

MRI OF THE LUNG IN CHILDREN

Vakhidova N.T., Yusupalieva G.A.

Tashkent pediatric medical institute, Tashkent, Uzbekistan

Actuality. MRI of the lung has been shown to be highly sensitive to infiltrative and solid pathology. The use of lung MRI is of particular interest for pediatric radiology. Except for ultrasound, which is particularly difficult in the lungs, lung MRI provides the only imaging modality for the chest without radiation exposure. The limitations of the suggested standard protocol in this chapter are twofold. The first is that breath-hold imaging requires a reasonable compliance of the patient. The authors have made good experience with children aged 10 years and more (Eichinger et al., 2006). Acceptable results were achieved even in some younger subjects between 6 and 10 years if the interaction with the patient was good, even with breath-hold techniques. Single shot steady state imaging (TrueFISP) has been successfully implemented for children of less than years. In smaller children, the fast breathing frequency is in favor of respiration triggered sequences.

Purpose. Improvement of radiation diagnosis of pneumonia in children.

Materials and methods. 40 children from 3 to 18 years were examined (20 children of control group). Examinations were conducted on the MRI with field intensity 0,2 T in the TMA clinic during 2014-2015y.y.

Results. Studies have shown that the major problem in imaging thoracic organs is the continuous motion of all components induced by heart pulsation and respiration because of low proton density and signal intensity also, local field inhomogeneities due to susceptibility artifacts at tissue-air or liquid-air interfaces of the alveoli result in rapid dephasing of the low signal with extremely short T2. Also we discovered that the imaging at end-expiration is principally favorable for imaging lung parenchyma, since proton density and lung signal intensity increase with deflation. For practical use, the easiest way to overcome respiratory motion is therefore to use breath-hold techniques with full anatomic coverage (ideally the whole thorax) within a single 20-s breath- hold- and to ignore cardiac action. If acquisition time exceeds this limit or if a patient cannot hold his breath for 20 s, the examination can be split into blocks that are acquired within several breath-holds. Cardiac pulsation can be overcome with

very fast single shot techniques such as fast spin-echo imaging using half Fourier acquisition (e.g. T2 – HASTE) or very short echo times (e.g. ultra fast turbo-spin-echo UTSE). Anyway the confirmation of the diagnosis of pneumonia with MRI (0,2T) were very difficult because of due to reasons listed above.

Conclusion. MRI of the lung has a few difficulties in lung imaging, because of heart pulsation and respiration. There are some techniques must be applied to increase image enhancement (20-s breath- hold technique) (6-18y). On the children under 5 years there are special anesthesia and protocols must be applied.

EPIDEMIOLOGIC CONDITIONS OF OVARIAN CANCER IN ANDIZHAN REGION

Yakubbekova S.S., Mamarasulova D.Z.
Andizhan State medical institute, Andizhan, Uzbekistan

Actuality. It is known that ovarian cancer is one of the actual problems of oncologic gynecology. Ovarian cancer is the third most common malignancy of the female genital tract. It is leading cause of death from gynecological cancer. Breast cancer is the second most common cancer in women after uterine neck cancer in Andizhan district. But last three years, ovarian cancer incidence has remained stable. Due to above –mentioned is necessary to analyse the structure, sick rate, wide-spread of ovarian cancer by findings of archives of Andizhan district oncologic dispensary.

Purpose of research. To study epidemiologic condition of ovarian cancer with age group registration in all regions of Andizhan district.

Materials and methods of research. Epidemiologic and statistic findings of ovarian cancer were studied by patient's card which registrated in 2013-2014 at Andizhan district oncologic dispensary.

Results. By epidemiologic studies of ovarian cancer in all 17 regions of Andizhan district were revealed the following situations: in 2013 only 40 patients with ovarian cancer were registrated, 7(17%) patients from Asaka region and 6(15%) patients from Djalakuduk region. No patients with ovarian cancer were revealed in Kurgantepa and Hanabad regions. In 2014 the number of patients with ovarian cancer is increased to 6 patients. High sick rate were revealed in Shahrihan region 9(19.5%), in other regions 4(8.7), No patients from Buloqboshy region but 1(4.6%) from Hanabad. Age from 7 to 70.

Conclusion. Epidemiologic studies of ovarian cancer in Andizhan district give us the possibility to determine high risk in regions of Asaka, Shahrihan and Jalaquduq.

AGE CHARACTERISTICS OF OVARIAN CANCER IN ANDIZHAN REGOIN

Yakubbekova S.S., Mamarasulova D.Z.
Andizhan State medical institute Andizhan, Uzbekistan

Actuality. Actual problem of present gynecology is increasing the rate of ovarian cancer 25-35% of malignancy of the female genital tract. It is known that every year over 850.000 from 10.9million new cases of tumour female genital tract. The incidence of ovarian cancer is significant in England, Denmark, Finland, Czechoslovakia and Sweden which composed of 9-15 to 100.000 of female. In Russia it is ranged from 4.9% (55-69)to 7.2%(40-54)and 7.7%(15-39). Age-specific incidence rates rise sharply from around age (37.9%) 60-64. Ovarian cancer with the highest incidence rates being in young women aged (20-70%) 30.It is leading cause of death from gynecological cancer.

Purpose of research. To study age characteristics of ovarian cancer in Andizhan district.

Materials and methods of research. We studied the sick rate of ovarian cancer with age group registration in Andizhan district. In 2 years ovarian cancer with the highest incidence rates being in 84 patients.

Results. Results of own investigations gave us the possibility to determine ovarian cancer incidence statistics in Andizhan district oncologic dispensary from 2013-2014 years. Ovarian cancer incidence is strongly related to age , with the highest incidence rates being in older women. Age-specific incidence rates rise sharply from around age 60-64, pick in those aged 40-59. Ovarian cancer, average number of new cases and age-specific incidence rates per 100,000 population, females, 2014-2015. Investigation give the following results: young age from 7-19 (3.5%) 3 patients, reproductive age from 20-39 (15.5%)13 patients, premenopausal 27 (32.1%), menopausal 20 (23.8%), postmenopausal 11(13%). The main number of patients are workable and it has influence on economic situation of the district.

Conclusion. Ovarian cancer incidence is strongly related to age , with the highest incidence rates being in young women. Approximately 73(86.9%) of women will be diagnosed with ovary cancer at some point during their lifetime, based on 2014-2015 data. It is necessary to carry out screen of ovary cancer to avoid the death from this illness.

EVALUATION OF THE EFFECT OF COMPLEX TREATMENT OF IRON DEFICIENCY ANEMIA IN PREGNANT WOMEN WITH HYPOTHYROIDISM

**Yunusova D.H., Asrankulova D.B., Ahmedova N.M.
Andijan State medical institute, Andizhan, Uzbekistan**

Urgency: Deficiency of iodine is discovered through the condition of endemic goiter among the population, especially among fertile women. It is especially important to address this deficiency during pregnancy.

Purpose and tasks: To study efficiency of a combination of group "B" vitamins in the context of better absorption of iodine-containing products by the thyroid gland.

Research methods: Assessments were conducted involving 62 pregnant women aged from 18 to 35 years old in their first trimester. The women were diagnosed with anaemia of average to heavy degrees and hypo-function of the thyroid gland of various degrees. All evaluated patients were divided into two groups: the main group consisting of 35 women (56,4% of total); and the control group including 27 women (43,5% of total). All women were examined by obstetrician gynaecologist and an endocrinologist. The following laboratory exams have been conducted: general blood test and hormone analysis to determine the condition of a thyroid gland before and after treatment. Women of the main group received the combined treatment which included taking 1-2 tablets of "Ginotardiferon" per day to treat anaemia depending on its severity and taking 1 tablet of "Yodomarin 200» to correct iodine-deficiency as well as groups of vitamin "B" in a tablet form. Pregnant women of the control group received only "ginotardiferon" tablets and "yodomarin 200". The administered treatment lasted for six months.

Results of the study: As a result of the assessment characteristic symptoms of these diseases were revealed: weakness, "flashy eye" effects, sound of ringing in ears, fatigue, dizziness, emotional instability, and dryness of skin, a hair loss and other symptoms. After carrying out the therapy the following results were registered: at examining of patients from the main group subjective data was absent. When the second (confirmation) laboratory tests were undertaken, the laboratory indicators showed significant improvement. There were no any subjective symptoms in the control group among 24 women, however, 3 women had complaints of fatigue, flashy eye effects, sound of ringing in ears.

Conclusion: "B" group vitamins increase absorption of such micro-elements as iodine and iron, which leads to the improvement of conditions of anaemia and hypo-function of the thyroid gland. Thus, it is recommended that "B" group vitamins should be included in combined treatment of anaemia and hypo-function of the thyroid gland among pregnant women.

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДОВ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ У ДЕТЕЙ

Абасов Ё.Т., Золотова Н.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность проблема лечения переломов костей предплечья у детей остается сложной и актуальной, обусловленная частотой встречаемости до 53% случаев [Ю.Ф.Исаков,2004; Н.С. Бондаренко, 2009].

Цель исследования. Улучшение результатов лечения диафизарных переломов костей предплечья (ДПКП) у детей, на основе совершенствования диагностики и прогнозирования исходов.

Материал исследования. В клинике ТашПМИ и НИИТОМЗРУз, отделении детской травматологии за период 2014-2014 гг. находилось на лечении по поводу диафизарных переломов костей предплечья 51 ребенок в возрасте от 3 до 14 лет. Из общего количества было (70 %) мальчиков и (30 %) девочек. Из 51 пострадавших у 40 (79%) выявлены переломы обеих костей, у 10 (19 %) - изолированный перелом лучевой кости, у 1 (2 %) - изолированный перелом локтевой кости. Больным проводились рентгенологические и ультразвуковые методы исследования. Учитывая классификацию АО/ASIF все диафизарные переломы костей предплечья разделены на: А-простые переломы А1- перелом локтевой кости, А2 - перелом лучевой кости, А3 – переломы обеих костей); С-сложные переломы (С1-перелом локтевой кости, С2-перелом лучевой кости, С3-сложный перелом обеих костей). При этом наиболее часто встречались А3 – простые переломы (96%), остальные С3 (4%).

Результаты исследования. При лечении применялись как консервативные - 31 (61%), так и оперативные - 20 (39%) методы лечения. При переломах с угловым смещением (19), по ширине (11) и по длине (1), при поступлении в клинику, больным проводилась закрытая ручная репозиция костей предплечья под местным обезболиванием, с последующей фиксацией верхней конечности задней гипсовой лонгетой от головок пястных костей до средней трети плеча в среднефизиологическом положении от основания пальцев до средней трети плеча, сроком в зависимости от возраста на 4-5 недель. У 18 больных при диафизарных переломах обеих костей предплечья после неудачной закрытой репозиции, применен интрамедуллярный остеосинтез. Однако клинические наблюдения показали, что спица Киршнера при неустойчивых плоскостях излома (косые и косо-поперечные) из-за различия ширины костно-мозговой канала и спиц, не обеспечивает устойчивого соприкосновения отломков и способствует возникновению углового и ротационного смещения. Поэтому при переломах с нестабильной линией излома мы применили компрессионно-дистакционный остеосинтез. В 2-х случаях при переломах С-типа (при сложных смещениях костных отломков), мы производили открытую репозицию костных отломков с последующим

чрескостным остеосинтезом аппаратом Илизарова. Ближайшие результаты лечения прослежены у всех оперированных пациентов до 3-х месяцев. В 98% случаев были получены хорошие результаты лечения.

Заключение. При обследовании детей с ДПКП, помимо определения вида и характера перелома, линии излома и плоскостного смещения костных отломков, необходимо проведение ультразвукового исследования на предмет повреждения межкостной мембраны. В случае «гофрирования» межкостной мембраны или «нанизывания» мышц в виде интерпозиции на костные отломки при наличии кривой плоскости излома, показано оперативное лечение без предварительной закрытой репозиции костных отломков.

НЕФРОПАТИЯ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Абдукадиров Д.А., Даминова К.М., Сабилов М.А.
Ташкентский Государственный стоматологический институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Цель исследования – изучить клинико-генотипические особенности нефропатии при метаболическом синдроме.

Материалы и методы. Обследовано: 31 больной с метаболическим синдромом с нефропатией. Все группы рандомизированны и входящие в них пациенты представлены лицами мужского пола в возрасте от 40 до 75 лет. Из исследования исключены лица с первичными поражениями почек и тяжёлыми заболеваниями сердечно-сосудистой и эндокринной системы. Проводилось комплексное обследование, включающее клиническое наблюдение, клиническое обследование включало: осмотр (сбор данных по состоянию внутренних органов, измерение АД, определение индекса массы тела; нейро-вегетативные проявления: психоэмоциональные нарушения) лабораторные методы исследования (анализ мочи по Нечипоренко, Холестерин, Триглицериды, липопротеиды, уровень сахара крови и мочи, тест толерантности к глюкозе, УЗИ внутренних органов). Определение фенотипов групп крови, гаптоглобина, церулоплазмينا, дерматоглифики и генеалогический анализ, которые позволят выявить особенности генотипа больных МС с нефропатией.

Результаты и обсуждение. Результаты исследования показали, что генеалогический анализ в группе МС осложненной нефропатией, выявил высокий удельный вес МС и нефропатии в семьях. Причём, наследственная отягощенность была одинаковой как со стороны матери, так и отцовской линии. В то же время нефропатия или МС чаще регистрировалась у родственников пробанда I-II степени родства по сравнению с другими родственниками. Риск возникновения заболевания был выше в тех случаях, когда нефропатию перенес отец или мать пробанда. Для определения генотипа больных с нефропатией при метаболическом синдроме проведен математический анализ взаимосвязей между признаками, характеризующими

их генотип. Были определены среднестатистические значения признаков, критерии Стьюдента и составлены корреляционные пары между маркерами генотипа больных МС с нефропатией.

В группе больных МС с нефропатией, получены 100 коэффициентов соответствующих средней или высокой степени корреляции.

Корреляционный анализ по результатам наших исследований позволил выявить особенности генотипа больных с нефропатией при метаболическом синдроме. Прямая тесная связь у больных МС с Нефропатией выявлена между группами крови 0(I), и Нр 1-1 ($r=+0,79$), а также между этим фенотипом группы крови и Ср D ($r=+0,53$). Также прямая высокая корреляция обнаружена между группами крови 0(I), гаптоглобина 1-1, и Ср D и показателями дерматоглифики ($r=+0,95$); что свидетельствовало о взаимозависимости между этими признаками, характеризующими генотип больных МС с нефропатией. Признаки, характеризующие генотип больных МС с нефропатией имеют большое число корреляционных связей между собой, что указывает на существование полигенной системы, отвечающей за конституциональную предрасположенность к МС с нефропатией.

Выводы Установление генотипа (группа крови 0(I), Нр 1-1, Ср D) больных, клиничко-лабораторных показателей, генеалогических исследований, показателей дерматоглифики позволяет выделить группу больных МС с нефропатией повышенного риска по прогнозированию нефропатии у больных с метаболическим синдромом.

ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Абдукодирова Н.М., Маманазарова Д.К.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент Узбекистан**

Цель исследования. Клиническое динамическое наблюдение по динамике офисного АД, ЧСС.

Материал и методы исследования. Объектом исследования были больные артериальной гипертензией (АГ) с метаболическими нарушениями (сочетание абдоминального типа ожирения и сахарного диабета (СД) 2-го типа). В исследование были включены больные, страдающие эссенциальной АГ. Возраст больных составил от 35 до 65 лет; длительность АГ от 1 до 15 лет; возникновение СД 2-го типа не ранее чем через год после диагностирования АГ. В исследование были включены 90 больных в возрасте от 35 до 65 лет (средний возраст $55,2 \pm 1,3$ года), среди них 69 женщин (76,7%, средний возраст $56,1 \pm 1,5$ года) и 21 мужчины (23,3%, средний возраст $50,5 \pm 1,1$ года). Среди обследованных 48 человек (53,33%) были трудоспособного возраста (мужчины младше 60 лет,

женщины младше 55 лет), нетрудоспособного 42 (46,67%) человека. Из включенных в исследование пациентов, в зависимости от кратности диспансеризации, были сформированы три группы: 1-я группа (36 человека) будет наблюдаться у кардиолога один раз в 3 месяца; 2-я группа (30 человек) - один раз в 6 месяцев; 3-я группа (24 человек) - один раз в 12 месяцев. Проводились сбор жалоб, анамнеза; объективный осмотр с измерением артериального давления, частоты сердечных сокращений (ЧСС), пульса, антропометрических показателей; предоставление больному полной информации о его заболевании и возможных осложнениях.

Результаты исследования. Клиническое динамическое наблюдение оценивалось по динамике офисного АД, ЧСС и самочувствия пациента. В начале исследования соотношение больных с различной степенью повышения АД в 1-й, 2-й и 3-й группах было сравнимым ($p > 0,05$) и составило: с АГ I - 8,33%, 10% и 8,33%; с АГ II - 63,89%, 60% и 64,58%; с АГ III - 27,78%, 30% и 27,19% соответственно. Во всех трех группах преобладали больные с АГ II степени. В 1-й группе средние показатели САД и ДАД составили $168 \pm 13,6$ и $95,4 \pm 8,0$ мм рт. ст. Во 2-й группе показатели САД и ДАД были $170,8 \pm 14,4$ и $91,3 \pm 7,9$ мм рт.ст. Показатели САД и ДАД у больных 3-й группы составили $169 \pm 9,7$ и $95,6 \pm 8,2$ мм рт.ст. ЧСС в 1-й группе составил $79,8 \pm 16,2$, во 2-й группе $74,6 \pm 6,9$, в 3-й группе $76 \pm 7,7$ соответственно. По гемодинамическим показателям (САД, ДАД, ЧСС) в начале исследования достоверных различий между группами не выявлено.

Выводы. Таким образом, динамическое наблюдение больных в амбулаторных условиях позволит достичь целевого АД, снизить ЧСС, замедлить темпы прогрессирования АГ, тем самым снизить количество осложнений, таких как гипертонические кризы, острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения и улучшить самочувствие больного.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НАЗАЛЬНОЙ ЛИКВОРЕИ

Абдуллаев Д.Е., Бабаханов Б.Х.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент Узбекистан**

Актуальность. Назальная ликворея не редкое заболевание, встречаемое среди больных с нейрохирургической патологией. По этиологии, ликворные фистулы разделяются на спонтанные, посттравматические и после операций на гипофизе.

Целью исследования явилось изучение результатов хирургического лечения больных с назальной ликвореей.

Материалы и методы исследований. В клинике РНЦНХ МЗ РУз с 2012 по 2015 гг. прооперировано 9 больных с назальной ликвореей. 7 больных были

со спонтанной ликвореей, 2 после трансназального удаления аденомы гипофиза.

Результаты и обсуждение. 6 больным со спонтанной ликвореей произведена бифронтальная краниотомия, из которых 3 проведена пластика дефекта лобной пазухи, 3 - пластика дефекта решетчатой кости. Материалом для пластики служили ткани мышц, апоневроз и гемостатические губки Тахокомб. 3 больным произведено трансназальная трансфеноидальная пластика дефекта, из которых у 1 – была спонтанная назальная ликворея и ликворная фистула находилась в блюбенбаховом скате, у 2 – развилась назальная ликворея в раннем послеоперационном периоде после трансназального удаления аденомы гипофиза. Пластику осуществляли при помощи жировой ткани, апоневроза мышцы бедра, клея Dura Seal и гемостатических губок Тахокомб, Сурджисел, спонгостан. У всех больных отмечалось полное излечение, ликворная фистула ликвидирована.

Выводы. Операция при назальной ликворее требует дифференцированного подхода. При ликворной фистуле в лобной кости, решетчатой кости необходимо транскраниальное закрытие дефекта, при дефекте в турецком седле, скате необходимо использовать трансназальный трансфеноидальный доступ.

КРИТИК ҲОЛАТДА ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАРНИ ТАШХИСЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ.

Абдуллаева Б.С., Сафаров З.Ф., Шоикромов Ш.Ш.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент ш., Ўзбекистон

Мавзунинг долзарблиги: Критик ҳолатда туғилган чақалоқларни эрта ташхислаш ва юқори сифатли тиббий ёрдамни ташкил этиш неонатологиянинг долзарб муоммоларидан бири ҳисобланади. Дунё бўйича 10 миллиондан ортиқ чақалоқлар ҳаётининг биринчи кунида реанимацион ёрдамга муҳтож бўлади (Томис 2003). Текширишларга қараганда янги туғилган чақалоқларни критик ҳолати сабаблари орасида асосий ўринни нафас йўллари паталогияси ва туғма ривожланиш нуқсонлари эгаллайди.

Ишнинг мақсади: Критик ҳолатда туғилган чақалоқларда ташхислаш самарадорлигини ошириш.

Материал ва услублар: Тадқиқот 9-сонли Тошкент шаҳар перинатал шифохонасида ўтказилди. Ретроспектив текширувда реанимацион ёрдам кўрсатилган ва оқибати летал ҳолат билан яқунланган 40 та чақалоқларнинг касаллик тарихи таҳлил қилинди.

Натижалар ва уларнинг таҳлили: Текширишга кўра, гестацион ёши 22 дан 41 ҳафтагача бўлган чақалоқлар касаллик тарихининг ретроспектив таҳлили натижалари куйидагича: туғилгандаги вазнига кўра, уларнинг 12 таси (30%) 2500 - 4000 г., 12 таси (30%) 1500 - 2500 г., 9 таси (22,5%) 1000-1500 г. ва

7 таси (17,5%) 1000 г.дан кичик бўлган вазн билан туғилган. Шулардан 29 та (72,5%) ўғил болалар ва 11 та (27,5%) қиз болаларни ташкил қилди. Янги туғилган чақалоқларнинг 25 таси (62,5%) табиий йўл билан туғилган бўлса, 15 таси (37,5%) кисер кесиш йўли билан туғилган. Табиий йўл билан туғилган ва муддатдан олдин туғилишни сабабларига кўра онада преэклампсия 1 та (4%), муддатдан олдин сув кетиш 9 та (36%), муддатдан олдин дардни бошланиши 3 та (12%), йўлдошни муддатдан олдин кўчиши 7 та (28%), 5 та (20%) чақалоқ асоратсиз туғилиши кузатилди. Кисер кесиш йўли билан муддатдан олдин туғилишнинг сабабларидан куйидагилар, яъни онада преэклампсия 2 та (13.3%), бачадонда чандиқ бўлиши 1 та (6.7%), муддатдан олдин сув кетиш 5 та (33.3%), муддатдан олдин дардни бошланиши 2 та (13.3%), болани боши билан келмаслиги 1 та (6.7%), йўлдошни муддатдан олдин кўчиши 4 та (26.7%) кузатилди. Патанатомик текширувларнинг ретроспектив таҳлилига кўра, летал ҳолатга 11 та (27,5%) чақалоқда ҳомила ичи инфекцияси, чақалоқда икки томонлама сероз-геморагик пневмония, 17 та (42.5%) чақалоқда ўпка ателектази, 6 та (15%) чақалоқда туғма ривожланиш нуқсони (ўт йўллари атрезияси, буйрак, сийдик қопи агнезияси, геморагик касаллик), 3 та (7,5%) чақалоқда ўпканинг гиалин мембранали касаллиги, 2 та (5%) чақалоқда сохта чап томонлама диафрагмал чурра, 1 та (2,5%) чақалоқда туғруқ травмаси асосий сабаб деб тасдиқланган.

Хулоса: Юқоридаги натижалар асосида табиий ва кисер кесиш йўли билан туғилган ва муддатдан олдин чақалоқларни ўлимининг асосий сабаблари муддатдан олдин сув кетиш ва йўлдошнинг муддатдан олин кўчиши, патанатомик таҳлилга асосан эса, ўлимнинг асосий сабаблари ҳомила ичи инфекцияси, туғма ривожланиш нуқсонлари, жумладан жигар, буйрак ва нафас йўллари туғма нуқсонлари эканлиги аниқланди.

ФАКТОРЫ РИСКА, ПРИВОДЯЮЩИЕ К ОПЕРОТИВНОМУ РОДОРАЗРЕШЕНИЮ, ПУТЁМ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ (КС)

Абдуллаева Д.Н., Гулямова М.А.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. При абдоминальном родоразрешении на состояние новорожденного, кроме особенностей, связанных с самим КС, оказывают влияние множество факторов, среди которых определяющее значение имеют тяжесть акушерской и экстрагенитальной патологии матери, степень доношенности и морфо-функциональной зрелости плода и условия его внутриутробного существования (Чернуха Е.А., 2007; Горбачова Е.А., 2008; Холопова Е.А., 2009; Tully L. et al. 2002; Hillemanns p. et. Al. 2003).

Цель исследования: Выявить факторы риска, приводящие к экстренному и плановому оперативному родоразрешению путем кесарева сечения.

Материалы и методы: В ходе работы был изучен антенатальный и интранатальный анамнез у 20 матерей новорожденных, родившихся путем кесарева сечения. Все новорожденные были разделены на 2 группы: 1-группу составили новорожденные, родившихся от матерей, путем кесарева сечения по плановым показаниям-60% (12). 2-группу составили новорожденные от матерей, родившихся путем кесарева сечения по экстренным показаниям- 40% (8).

Результаты: К экстренному и плановому проведению операции кесарева сечения в рождении новорожденных обусловлено различными факторами риска. Одним из плановых показаний к осуществлению кесарева сечения явился рубец на матке в 50% случаев и в 10%-переношенность. При экстренных показаниях наиболее высоким обстоятельством необходимости проведения кесарева сечения явилось в 30% случаев сочетанный токсикоз беременной (пreeклампсия), а также преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты - 10% и переношенность -10%.

Выводы: Таким образом, одним из наиболее часто встречающихся показаний к плановому оперативному родоразрешению путем кесарева сечения явился рубец на матке, а при экстренном-преэклампсия матери.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПЕРЕЛОМАМИ ДИСТАЛЬНОГО КОНЦА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

**Абдумажидов Р.А., Турсунов Б.С., Кодиров Р.С.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность проблемы. Переломы дистального конца плечевой кости встречаются довольно часто, чему способствует своеобразное строение указанного отдела плеча. Как известно плечевая кость в дистальном конце уплощается в передне-заднем направлении, передний кортикальный слой приближается к задней в области локтевой ямки нередко даже имеет отверстие, что резко уменьшает прочность кости. Если учитывать еще близость нервно-сосудистых пучков, то лечение переломов плечевой кости в этом участке приобретает особое значение.

Цель исследования. Улучшить результатов консервативного лечения переломов плечевой кости.

Материал и методы исследования. Нами проанализированы данные, полученные у больных детей с чрез- и надмышцелковыми переломами плечевой кости за последние 10 лет (2006-2015 гг) в клиниках ТашПМИ. Общее количества больных 110, из них 45 девочек, 65 мальчиков, чрезмышцелковые

переломы 97, надмыщелковые переломы у 17 случаев. У 6-и детей наблюдались прободной, у остальных закрытые переломы. У 39 больных были переломы с удовлетворительным стоянием костных отломков и без смещения.

Все больные подвергались рентгенологическому исследованию, причем рентгенографию производит обязательно в 2-х проекциях. Репозицию костных отломков проводили преимущественно под местной анестезией, иногда (у 7 больных) использовали общий наркоз. У 30 больных репозицию осуществляли методом клиники (удовстворения на рацпредложения за № 174 от 04.01.1988г), у остальных применяли традиционную методику на основе тяги-противотяги. Иммобилизация конечности при чрезмыщелковых переломах ровнялась 18-21 дням, а при надмыщелковых - 24-25 дням.

Результаты и обсуждения. У всех 30 больных, которым репонировали костные отломки методом клиники т.е. без никакой тяги-противотяги, после снятия гипсовой повязки уже через 2-3 месяц движения в конечности восстанавливались почти полностью, что связываем исключением дополнительной травмы окружающих мягких тканей в области “капризного” локтевого сустава.

В тоже время, у детей леченных традиционным методом т.е. репонированными костных отломков путем тяги и противотяги, у 13 случаев отмечались вторичные смещение отломков, у 8-ми случаев вынуждены были осуществить открытую репозицию. 4 больным в отдаленные сроки по поводу посттравматического кубитус варус произвести клиновидную или шарнирную остеотомию плечевой кости.

Таким образом, учитывая основные преимущества предложенной методики репозиции без никакой тяги и противотяги при лечении детей с чрез- и надмыщелковыми переломами можно шире рекомендовать в практическую медицину.

ПОКАЗАТЕЛИ СМАД И ПУЛЬСА У НОВОРОЖДЕННЫХ С ППЦНС УЧЕТОМ ПЕРИОДА СНА И БОДРСТВОВАНИЯ.

**Абдурахманова Б.Р., Гулямова М.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г. Ташкент, Узбекистан**

Неонатальный период - время наиболее интенсивных изменений гемодинамики. Предполагается, что эти изменения могут быть наиболее значимыми у недоношенных новорожденных, чем у доношенных и особенно в раннем неонатальном периоде.

Проблема сердечно-сосудистых заболеваний является одной из наиболее значимых для детского здравоохранения, что обусловлено не только трудностями диагностики и лечения на фоне большой трудоемкости и сложности современных технологий, но и склонностью к формированию

тяжелых, хронических форм патологии, прогрессирующих далеко за пределами детского возраста, высокой вероятностью развития необратимых изменений в отсутствие адекватной и своевременной терапии.

Цель исследования. Изучить особенности суточного ритма артериального давления у новорожденных с перинатальным поражением ЦНС в раннем неонатальном периоде.

Материалы и методы . Под наблюдением находилось 20 новорожденных детей с массой тела при рождении от 1100 до 4500г (гестационный возраст 27-42 нед).

Проводилась суточное мониторирование артериального давления(СМАД) с учетом периода сна и бодрствование с использованием мониторов АД. Мы условно рассматривали период с 6 утра до 12 ночи как дневной период, и с 12 ночи до 6 утра как ночной период, а частота измерений оставалась постоянной на протяжении всех суток.

Результаты и обсуждения: Анализ показателей СМАД и пульса у доношенных новорожденных с ППЦНС с учетом периода сна и бодрствования показал, что максимальный показатель САД в период бодрствования составила 76 мм рт.ст., что на 3 мм рт.ст. больше , чем в период сна. Минимальный показатель САД в период бодрствования составила 45 мм рт.ст., что на 3 мм рт.ст. больше , чем в период сна. Показатели максимального значения ДАД наблюдалось больше на 9 мм в период сна , чем в период бодрствования. Показатели минимального значения ДАД наблюдалось больше на3 мм в период сна , чем в период бодрствования. Суточное среднее АД было равно САД 62,5 мм рт. ст., ДАД 34,6 мм рт.ст., ЧСС 142. В период бодрствование САД 64 мм рт.ст., а ДАД 34,4 мм рт.ст. ЧСС 142. В период сна среднее АД САД 60,85 мм рт.ст, ДАД 34 мм рт.ст. ЧСС 140,4±4,78.

Заключение: Таким образом, максимальный и минимальный показателей САД и ДАД превышали период бодрствования, чем показателей периода сна у новорожденных.

СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ППЦНС В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА.

Абдурахманова Б.Р., Гулямова М.А.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г. Ташкент, Узбекистан**

Непрерывный мониторинг артериального давления (АД) у новорожденных детей с перинатальным поражением центральный нервной системы (ППЦНС) позволяет оценить характер адаптации после рождения и выявить высокий риск кардиоваскулярных расстройств в раннем неонатальном периоде. Мониторирование артериального давления предоставляет исключительную

возможность проанализировать большое число значений АД, как в течение дня, так и ночи, а так же в период обычной физической и эмоциональной активности пациента. Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) позволяет оценить вариабельность артериального давления в течение суток, а также выделить «циркадные ритмы» АД.

Целью работы явилось определения показателей артериального давления у доношенных новорожденных с перинатальными поражениями ЦНС в зависимости от пола.

Материалы и методы: Под наблюдением находилась 20 новорожденных детей с перинатальной патологией ЦНС. У которых измерялось артериальное давление в динамике в течение суток. Артериальное давление измерялось осциллометрическим методом неонатальным монитором в режиме непрерывного суточного мониторирования с интервалом измерения в 3 часа.

Результаты и обсуждения: среднее суточное САД/ДАД у мальчиков составило $63,11 \pm 2,90 / 32,2 \pm 4,01$ мм.рт.ст., а у девочек $61,4 \pm 4,45 / 35,5 \pm 3,06$ мм рт.ст. Среднее суточное ЧСС у мальчиков равнялась $140,6 \pm 3,50$, а у девочек $139,2 \pm 3,49$ мин. Среднее дневное САД/ДАД у мальчиков составило $64,3 \pm 2,92 / 35,2 \pm 4,82$ мм.рт.ст., а у девочек $64,8 \pm 2,62 / 35,7 \pm 3,91$ мм рт.ст. Среднее дневное ЧСС у мальчиков равнялась $142,2 \pm 5,83$, а у девочек $141,2 \pm 6,58$ мин. Среднее ночное САД/ДАД у мальчиков составило $60,2 \pm 1,99 / 31,3 \pm 3,76$ мм.рт.ст., а у девочек $59,3 \pm 2,02 / 34,2 \pm 0,99$ мм рт.ст. Среднее ночное ЧСС у мальчиков равнялась $133,1 \pm 5,82$, а у девочек $135 \pm 6,95$ мин.

Родоразрешения через естественные родовые пути наблюдалось – у 12 (60%) пациентов, путем кесарево сечения – 8 (40%). При кесарево сечении наблюдалось снижение САД у новорожденных на 2 ед мм рт.ст., а ДАД на 4 ед мм рт.ст., однако ЧСС увеличилось на 3 ед. мин, чем при естественных родах ($63,8 \pm 5,1$, $35,4 \pm 3,2$, $139,8 \pm 2,1$). Однако в показателях суточного индекса наблюдалось снижение СИфунк САД (%) в 2,7 раза у новорожденных, родившихся путём кесарево сечения по сравнению с новорожденными, родившихся естественные путём, ($8,1 \pm 2,2$).

Заключения: Таким образом, мы не обнаружили половых различий в средних значениях АД и ЧСС и от периодов дня жизни, однако наблюдается снижения СИфунк САД у новорожденных, родившихся путём кесарево сечения, что позволяет говорить о недостаточности степени ночного снижения АД.

СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНОСО - СУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ПРИ ДИФФУЗНОМ ЗОБЕ

Абдурахманова Д.Ф., Ходжиметов Х.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Двадцать первый век, век технологий, при этом за последние годы отмечается неуклонный рост детской патологии, где одно из ведущих мест занимают заболевания щитовидной железы. Некоторые авторы отмечают это как результат экологического неблагополучия и хронической микронутриетной недостаточности [Герасимов Г.А., 2008; Дедов И.И., 2002, 2007; Delange F. 1994]. Значительная распространенность сопровождается ростом частоты кардиоваскулярной патологии, механизмы развития и исходы которых почти не изучены. При этом метаболические расстройства, возникают в связи с изменением уровня тиреоидных гормонов, что приводит к нарушению морфологии и функционального состояния миокарда.

Цель исследования. Изучить ЭКГ признаки и состояние сердечнососудистой системы у детей с диффузным зобом.

Задача исследования. Определить частоту кардиоваскулярных нарушений при диффузном зобе у детей.

Материал и методы исследования. В основу исследования вошли 20 детей с диффузным зобом в возрасте от 8 до 17 лет, 14 (70%) девочек и 6 мальчиков (30%). Исследование проводилось в детском отделении в РСНПМЦЭ. Все больные в основном жаловались на обильное потоотделение, периодические колющие боли в области сердца. Таких детей отличает от других то, что эти пациенты очень раздражительны, апатичны, необщительны, медленней развиваются в психическом развитии. Всем детям проводились ряд инструментальных и лабораторных исследований.

Результаты исследования. Выявлено, что частота сопутствия сердечнососудистых осложнений (84,2%), зависит в основном от морфологического состояния щитовидной железы, хронологии заболевания и проводимого лечения таких детей.

В основном со стороны сердечнососудистой системы отмечали следующее: метаболическая кардиопатия 75%(15), транзиторная миокардиодистрофия 15%(3), порок митрального клапана 10%(2), вегетососудистая дистония - 30%(6). По данным ЭКГ диагностики наблюдалась следующая картина: у 85%(17)детей имелся синдром тахи брадиаритмии, нарушение процесса реполяризации отмечался у 15%(3), неполная блокада передней ветви правой ножки пучка Гиса- в 25%(5) случаев, депрессия сегмента ST-у 10%(2), укорочение интервала PQ- у 20%(4).

Выводы. Оценка морфологического и функционального состояния щитовидной железы является неотъемлемой частью диагностики у пациентов с диффузным зобом. Своевременная диагностика заболевания и оценка

состояния сердечнососудистой системы у детей с диффузным зобом позволят уже на ранних этапах болезни проводить коррекцию кардиоваскулярных нарушений и подбор адекватной терапии.

ОСОБЕННОСТИ ЭКГ ИЗМЕНЕНИЙ У ДЕТЕЙ ПРИ ДИФФУЗНОМ ЗОБЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Абдурахманова Д.Ф., Маннанова С.М.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Нарушения функции щитовидной железы являются одной из актуальных проблем педиатрии в Центрально-Азиатском регионе. Как известно, диффузный зоб у детей очень часто сопровождается патологией кардиоваскулярной системы, механизмы развития и исходы которых на сегодняшний день до конца не изучены. Метаболические расстройства, вследствие нарушения уровня тиреоидных гормонов, приводит к морфологическим и функциональным патологическим изменениям миокарда ребенка. При этом ранняя диагностика путем проведения ЭКГ, позволяет уже на ранних этапах проводить целенаправленную терапию.

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

Задача исследования. Определить клинические и функциональные параметры сердечнососудистой системы у детей с диффузным зобом.

Материал и методы исследования. В основу исследования вошли 20 детей с диффузным зобом в возрасте от 5 до 16 лет, 12 (60%) девочек ; 8 мальчиков (40%). Исследование проводилось в детском отделении в РСНПМЦЭ и в поликлинике ТашПМИ (Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г.Ташкент Узбекистан) в период с июля по октябрь 2015 года. Все больные в основном жаловались на обильное потоотделение, снижение умственной работоспособности и периодические колющие боли в области сердца. Со слов родителей, дети были раздражительны, апатичны и необщительны.

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

Результаты исследования. По данным наших исследований после проведения ЭКГ диагностики наблюдалась следующая картина: у 85%(17)детей имелся синдром тахи и брадиаритмии, нарушение процесса реполяризации отмечался у 65%(13), неполная блокада передней ветви правой ножки пучка Гиса- у 45%(9), депрессия сегмента ST-у 15%(3), укорочение интервала PQ- у 35%(7).

Выводы. Полученные данные обосновывают необходимость проведения обязательного ЭКГ обследования у детей с подозрением на наличие

диффузного зоба, что позволит оптимизировать раннюю диагностику и коррекцию кардиоваскулярных нарушений в детском отделении.

ИЗМЕНЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ПАРАМЕТРОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ОЖГОВЫМ ШОКОМ

**Абдурашидов В.Ш., Шукуров Б.И., Хамзаев К.А.,
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Ожоговая болезнь является одной из тяжелых форм патологии, характеризующейся развитием шокового синдрома с прогрессирующими нарушениями системной гемодинамики, регионарного кровотока и микроциркуляции, а также развитием локального воспалительного процесса в зоне термического ожога и формированием синдрома системного воспалительного ответа. Как известно, одной из реактогенных систем организма в ответ на действие стрессорных факторов является периферическая кровь. В большинстве клиничко-экспериментальных исследований, посвященных характеру реактивных сдвигов со стороны периферической крови при ожоговой болезни, основное внимание акцентируется на изменениях лейкоцитарной формулы и общего содержания лейкоцитов, являющихся общепризнанными объективными критериями формирования синдрома системного воспалительного ответа. Между тем, на наш взгляд, целесообразно изучение патогенетической взаимосвязи между тяжестью клинических проявлений ожоговой болезни и динамикой количественных, качественных изменений со стороны периферической крови, в частности изменение количества эритроцитов и изменения со стороны биохимического состава крови.

Цель. Изучение количественных изменений эритроцитов периферической крови, белкового спектра крови на различных стадиях развития ожоговой болезни и установление патогенетической взаимосвязи с характером и тяжестью клинических проявлений патологии.

Пациенты и методы. Проведено исследование случай-контроль на ретроспективном материале, состоящим из 20 историй болезней детей в возрасте 7 – 15 лет со среднетяжелой формой ожоговой болезни. Тяжесть ожоговой болезни определяли по глубине ожога, площади ожоговой поверхности, определению индекса тяжести поражения. Забор крови проводился в 1-е, 3-и, 10-е, 15-е сутки после воздействия термического фактора. Указанные сроки соответствовали следующим стадиям развития патологии: ожоговому шоку, токсемии, септикотоксемии и реконвалесценции. Исследовали содержание в крови пациентов эритроцитов, гематокрита, гемоглобина, альбумина, сывороточных трансаминаз (AST и ALT), измерения СОЭ.

Результаты. На 1-е и 3-и сутки заболевания отмечалось развитие эритроцитоза и резкое нарастание показателей гематокрита. Указанные сдвиги явились следствием большой плазмопотери и, соответственно, сгущения крови. На развитие синдрома цитолиза указывало повышение активности сывороточных трансаминаз (AST и ALT). В последующие периоды развития ожоговой болезни (на 10-е, 15-е сутки наблюдения) относительный эритроцитоз сменился развитием нормохромной анемии. Одновременно имела место гипоальбуминемия, что способствовало уменьшению гидратной оболочки вокруг эритроцитов, усилению их агрегации и ускорению СОЭ.

Выводы. Характерными признаками ожогового шока являются развитие эритроцитоза,

ускорение СОЭ и увеличение показателей гематокрита. По мере выхода больных из шокового состояния (10-е, 15-е сутки наблюдения), возникает постепенная нормализация количества эритроцитов. Однако величина СОЭ, гипоальбуминемия сохраняются на протяжении всех периодов наблюдения. Установление патогенетической взаимосвязи количественных изменений эритроцитов, сдвигов белкового спектра крови с тяжестью клинических проявлений ожоговой болезни позволяет рекомендовать мониторинг их количественных и качественных сдвигов, а также белкового спектра крови для оценки эффективности терапии и прогнозирования течения заболевания.

ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРАСНОЙ КРОВИ ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ С

Абдусамихов О.А., Шарипов Ш.А., Умаров Т.У.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность: Гепатит С является одной из самых актуальных проблем здравоохранения во всем мире, включая Узбекистан. Определение генотипов вирусного гепатита С (ВГС) имеет большое значение для практической медицины т.к. позволяет решать задачи эпидемиологического надзора за инфекцией, прогнозирования исхода заболевания и разработки тактики противовирусной терапии.

Целью настоящего исследования явилось определение этиопатогенетических факторов, влияющих на показатели эритроцитов у больных острым вирусным гепатитом С.

Материалы и методы: Были изучены показатели красной крови у 26 больных общая группа, находившихся на стационарном лечении в 5 – ГКИБ в отделении хронических гепатитов за период 2013–2015 гг. Проведено сравнение показателей в 1-й группе больных, получавших базовую терапию (16 человек), и 2-й группе – получавших в составе патогенетической терапии омепразол (10 человек).

Результаты: До начала лечения в разгаре болезни показатели красной крови в общей группе имели отклонения только по уровню анизоцитоза RDW – $0,150 \pm 0,003$. В периоде реконвалесценции в 1-й группе у 27,5% снижалось образование гемоглобина до $310 \pm 4,94$ ($p < 0,5$). Во 2-й группе этот показатель снижался только у 1 больного (5%) до 323 мг/л. Макроанизоцитоз к периоду выздоровления в 1-й группе выявлен у 16 больных (39% – $0,157 \pm 0,003$), а во 2-й группе – у 4 больных (20% – $0,160 \pm 0,01$). Таким образом, к моменту выписки из стационара в 1-й (контрольной) группе наблюдалась тенденция к снижению гемоглобинообразования (23,2% в период разгара и 27,5% – в период реконвалесценции) и несколько уменьшалось число больных с макроанизоцитозом. В исследуемой группе число больных с макроанизоцитозом уменьшалось в 3,5 раза (70 и 20% соответственно), гемоглобинообразование не страдало.

У 5 больных, имеющих сопутствующую патологию щитовидной железы, к моменту поступления отмечено снижение гемоглобинообразования и макроанизоцитоз сохранившееся в периоде выздоровления.

В разгаре болезни у 50,7% больных острым вирусным гепатитом С наблюдается макроанизоцитоз, являющийся ранним признаком анемии. При включении в патогенетическую терапию омепразола число больных с макроанизоцитозом достоверно снижается к периоду ранней реконвалесценции, что позволяет сделать вывод об отсутствии у омепразола отрицательного влияния на показатели эритроцитов у больных гепатитом.

Заключение: Таким образом, наиболее быстрая положительная динамика нормализации клинико-биохимических показателей гемоглобина красной крови наблюдалась у больных при проведении комбинированной терапии с препаратами омепразола.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ НА ТЕЧЕНИЕ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ МЕТОДОМ «НЖ»

Абидова Ш.А., Хаитов К.Н.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность проблемы. Гнездная алопеция – хроническое заболевание, характеризующееся своеобразием клинической картины с патологическим выпадением волос преимущественно волосистой части головы, обусловленный воздействием различных внутренних и внешних факторов на волосяной фолликул, с образованием овальной или неправильной формы очагов и отсутствием субъективных признаков. В этиологии и патогенезе гнездной алопеции роль основных факторов развития принадлежит генетическим и средовым факторам, среди которых отведено определенное место и психоэмоциональным факторам. Доля пациентов, страдающих гнездной

алопецией, по данным различных источников, среди населения всего мира составляет 1,7%. В последние годы наметилась тенденция увеличения регистрации гнездной алопеции у детей. Своеобразие клинической симптоматики заболевания, дерматокосметическое состояние кожи влияют на психическое развитие, эмоциональное состояние детей в их повседневной жизни, при общении со сверстниками. Больные дети становятся замкнутыми, малообщительными, ухудшается процесс их обучения в школе. Учитывая эти факты, на сегодняшний день актуальность изучения проблем психологических нарушений у детей при гнездной алопеции сохраняет свои позиции.

Целью исследования является изучение роли показателей самооценки, личностных особенностей черт характера и уровня притязаний на успех у детей, с различными клиническими проявлениями псориаза.

Материал и методы исследований. Для изучения психоэмоционального статуса 25 детей от 4 до 14 лет в отделении дерматовенерологии клиники ТашПМИ было проведено тестирование больных при помощи рисуночного теста: «несуществующее животное».

Достигнутые результаты исследования показали, что у больных гнездной алопецией детей наблюдались глубокие нарушения психологического состояния. При анализе и оценке структуры и деталей рисунка, процесса рисования, вербальной оценки самим ребёнком процесса рисования, было выявлено: что в рисунках «НЖ» чаще наблюдались такие симптомокомплексы, как неуверенность в себе (38,3%), астеничность (28,1%), подавленность (45,1%), в меньшей степени отмечались чувство страха (9,8%) и чувство неполноценности (17,4%).

Вывод. Таким образом, резюмируя результаты проведенных исследований, можно сделать вывод о значимой роли психологического статуса больных детей в развитии, течении, прогнозе заболевания. Своевременная коррекция психологического состояния больных окажет благоприятное влияние на течение и терапию гнездной алопеции.

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ TORCH ИНФИЦИРОВАНИЯ У МАТЕРЕЙ НОВОРОЖДЁННЫХ С ВРОЖДЁННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Абсаломова Ф.А., Турдыева Ш.Т.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Врождённые пороки сердца (ВПС), являются патологией у новорождённых претыкающееся с дефектом в структуре сердца и/или крупных сосудов, присутствующие с рождения. Проблема своевременной диагностики и эффективного лечения врождённых пороков сердца (ВПС) была и остаётся одним из актуальных направлений современной педиатрии. Среди заболеваний сердца у детей врожденные пороки прочно занимают лидирующие места.

Ежегодно на 1000 родившихся малышей от 7 до 17 имеют аномалии или пороки развития сердца (Парецкая А.О., 2015).

Цель работы. Изучение встречаемости TORCH инфицирования у матерей новорождённых с врождёнными пороками сердца.

Материалы и методы.

Были проанализированы история родов матерей и история развития новорождённых у 100 детей с врождёнными пороками сердца. У всех детей были произведены доплер исследование сердца (ДИС), нейросонография, обзорная рентгенография грудной клетки, общеклинические лабораторные исследования (общий анализ крови, сахар крови). У матерей произведено ИФА диагностирование на TORCH – носительство.

Результаты исследования.

Формирование врожденных пороков сердца обычно происходит на 2-8-й неделе беременности. Частой причиной их появления являются вирусные заболевания матери, прием беременной некоторых лекарственных препаратов, вредное производство, на котором она работает. Клиническая картина ВПС очень разнообразна, определяется тремя характерными факторами: зависит больше всего от вида порока; от возможностей организма малыша к компенсированию нарушений, задействовав адаптивные резервные возможности; осложнениями, возникающими из-за порока.

Как показали наши исследования, при объективном осмотре детей с ВПС, основными признаками заболевания являлись: цианоз кожных покровов и слизистых оболочек – 86%, некоторые постоянные или появляющиеся приступообразные признаки сердечной недостаточности – 74%, вялость физиологических рефлексов – 73%.

Как показали наши результаты, при обследовании ребенок обычно беспокойный – 96% случаев наблюдения, отказывается от груди – 47%, быстро устает во время кормления – 86%. У него появляется потливость – 54%, учащается ритм сердечных сокращений – 100 %.

При этом, у 27 новорождённым в раннем неонатальном периоде было диагностировано внутриутробное инфицирование, с клиническим проявлением внутриутробной пневмонии - 24 (88,9%), раннего язвенно-некротического энтероколита – 3 (11,1%). У одного новорождённого на фоне ВПС одновременно диагностирован пилоростеноз, недоношенность - 3 %, морфо-функциональная незрелость – 67%.

У матерей 62 (62,0%) детей с ВПС было диагностировано TORCH-носительство. Широкая распространенность вирусных инфекций в природе, в том числе персистентных форм, позволяет предположить высокую вероятность трансплацентарной передачи плоду на протяжении беременности не одного, а нескольких вирусов.

В частности у 34 матерей лабораторно диагностирован – цитомегаловирус (ЦМВ), у 47 - вирусов простого герпеса, у 29 - токсоплазмоз. Высокий титр на антитело вируса кори диагностирован у 2 матерей.

Заключение. На основании результатов клинического исследования можно заключить, что у 62% новорождённых с врождёнными пороками сердца наблюдается TORCH – носительство во время беременности.

ОЦЕНКА ТРЕВОЖНО- ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Абдувахитова А.Н., Сабиржанова З.Т.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность: В настоящее время сохраняется несоответствие между возможностями современной медицины и фактической терапией больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Согласно существующим рекомендациям, терапия ХСН предполагает длительный прием лекарственных препаратов, а также соблюдение некоторых ограничений, касающихся образа жизни больных. В качестве факторов, связанных с низкой приверженностью больных к лечению, особенно в пожилом возрасте, рассматриваются особенности лечения ХСН, психосоциальные и личностные особенности больного, а также наличие тревожно-депрессивного состояния.

Цель исследования: определить факторы социальной дезадаптации, оказывающие негативное влияние на психоэмоциональный статус и качество жизни (КЖ) больных пожилого возраста с ХСН.

Материал и методы: В исследование были включены 28 больных (18 мужчин и 10 женщин) в возрасте от 60 до 75 лет с ХСН II ФК по классификации NYHA, развившейся вследствие ИБС и артериальной гипертензии (АГ). В исследование не включали больных с ревматическими пороками сердца, инфекционным эндокардитом, инсультом и инфарктом миокарда в анамнезе. Для оценки качества жизни использовался — Миннесотский опросник «Жизнь больных с хронической сердечной недостаточностью». Наличие и выраженность тревоги и депрессии оценивали с помощью шкалы самооценки депрессии Уэйкфилда. При интерпретации полученных результатов учитывали суммарную оценку шкалы, которая в пределах 0-15 баллов указывала на субклиническую тревогу/депрессию, более 15-36 — на клинически выраженную тревогу/депрессию.

Результаты и обсуждения: Анализируя ответы на вопросы анкеты «Жизнь больных с ХСН» при поступлении 30 баллов и при выписке 33 баллов соответственно ($p=0,156$). Выраженная одышка, быстрая утомляемость, необходимость в дневном отдыхе, ограничения в прогулках, выполнении работы по дому одинаково ухудшали КЖ больных с ХСН. Ухудшение КЖ ассоциировалось с приемом больными большого количества лекарственных препаратов ($r=0,24$; $p=0,014$) и сниженной физической активностью ($r=-$

0,34; $p<0,001$). Согласно нашим данным клинически выраженная депрессия встречалась у 22,8% больных, клинически выраженная тревожность — у 19,6% больных соответственно ($p=0,945$). Субклинически выраженная депрессия отмечена у 19,6%, субклинически выраженная тревожность — у 18,5%. Чувство паники выявлялось у 34 (28,6%) больных со сниженной и у 40 (31%) с сохраненной ФВ ЛЖ, тревожные мысли беспокоили (50,4%) и (54%) больных соответственно. Депрессивное состояние больных с различной ФВ ЛЖ в основном было связано с появлением ограничений при выполнении какой-либо работы, требующей физического или эмоционального напряжения, и выявлялось у 20 больных со сниженной и у 8 с сохраненной ФВ ЛЖ. Не были удовлетворены делами и занятиями, которые ранее приносили им удовольствие (чтение книг, просмотр телепередач) -24 больных. Результаты нашего исследования показали тесную корреляцию тревожно-депрессивного статуса у больных с низким КЖ ($r=-,209$; $p=0,32$).

Заключение: Социальная дезадаптация и медицинские факторы оказались ведущими показателями, определяющими ухудшение качества жизни и развитие тревожно-депрессивного состояния у больных пожилого возраста с хронической сердечной недостаточностью. Низкое качество жизни, наличие тревожно-депрессивного состояния служат не только проявлением тяжелого течения заболевания, но и влекут за собой ухудшение функционального состояния, что ограничивает физическую и социальную активность больных.

ОШИБКИ И ПРИЧИНЫ ПРИВОДЯЩИХ К НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО ЖОМА У ДЕТЕЙ

Авазов Р.А., Эргашев Б.С., Хамраев А.Ж.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Несмотря на достигнутые успехи лечения врожденной патологии аноректальной зоны, проблема в послеоперационном периоде недостаточности анального жома (НАЖ) в детской хирургии остается далеко нерешенной.

Цель. Улучшить результаты лечения НАЖ у детей путем изучения причины развития.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением на клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ находились 33 больных с функциональной недостаточностью заднего прохода, после первичной аноректопластики. Больные были оперированы: двукратно — 14 (42.4%), трёхкратно — 12 (36.4%), четырёхкратно 5 (15%) и более – 2 (6%). Первым этапом 17 (51.5%) больным была произведена промежностная проктопластика, а в 11 (33.3%) случаях произведена брюшно-промежностная проктопластика, 3 (9.1%) пациентам произведена передне-сагиттальная проктопластика и 2

(6.1%) пациентам произведена заднесагиттальная проктопластика.

Аноректопластика в 25 случаях проводилась после предварительного наложения колостомы.

Результаты. Нами при ретроспективном изучении данных истории болезни и выписки, НАЖ после первичной аноректопластики у детей в основном развивались на почве диагностических и тактических ошибок. Причины диагностических ошибок НАЖ до хирургического лечения аноректальных пороков составили 62% и были обусловлены: неправильным определением высоты атрезии, видом порока, недиагностированные свищи уретры, выбора тактики, метода первичной хирургической коррекции, и сопутствующих врожденных пороков соседних органов. Тактические ошибки составили 38% и были обусловлены: неправильным выбором показаний и сроков проведения первичной радикальной операции или наложения сигмостомы; интраоперационно: ранение уретры, повреждение сфинктера, недостаточная мобилизация дистального отдела толстой кишки. Допущенные первичные диагностические ошибки при лечении аноректальных аномалий чаще приводят к тактическим ошибкам, а они в свою очередь — к техническим. Последние сопровождаются осложнениями, неудовлетворительными результатами и, как правило, требуют повторной операции.

Поэтому при повторно корригирующих операциях аноректальной зоны мы придерживались следующей тактике во избежания НАЖ: наложение сигмостомы по возможности без лапаротомии, с минимальной диссекцией тканей с целью сохранения полноценного кровоснабжения и иннервации; точное выведение прямой кишки через центр удерживающего мышечного комплекса; восстановление физиологического аноректального угла; сохранение внутреннего анального сфинктера; отсутствие натяжения в зоне вновь сформированного заднего прохода.

Выводы. Дооперационная точная диагностика и интраоперационное правильное решение тактических и технических вопросов является залогом НАЖ в послеоперационном периоде.

ПРИЗНАКИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ СКОЛИОЗА.

Азизов Б.Б., Умарходжаев Ф.Р.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Сколиотическая болезнь – самое распространенное ортопедическое заболевание. Примерно 80-90% всех случаев идиопатического сколиоза выявляются в подростковом возрасте, 10-20% в возрасте от 3-10 лет и около 1% в возрасте менее 3 х лет. Болезнь вызывает грубое многоплоскостное искривление позвоночного столба, нарушает работу нервной системы,

внутренних органов, приводит пациентов к инвалидности. Недостаток знаний в области этиологии сколиоза не позволяет своевременно выявить заболевание и прогнозировать возможность его прогрессирования.

Цель. Учитывая анализ литературных данных изучить прогрессирования сколиотической болезни.

Материал и методы. Проанализированы более 20 признаков прогрессирования сколиоза, в том числе и классических. Наиболее существенное влияние на точность прогноза оказывали динамические показатели: изменение первичной кривизны, центрального угла торсии, динамика индекса Харрингтона.

Результаты. Предлагаются различные прогностические признаки прогрессирующего сколиоза. Так, И.И. Кон считает признаком плохого прогноза расширение межпозвонкового пространства на вогнутой стороне дуги искривления, овальное закругление тел позвонков. По мнению автора, это связано с процессом эпифизеолиза и задержкой костеобразования тел позвонков.

По данным W.P. Bunnell, у 40% детей сколиоз прогрессирует на 10 и более градусов в год, у 20% - на 20 и более градусов в год. У большинства детей деформация позвоночника прогрессирует наиболее интенсивно в возрасте от 6 мес. до 3 лет, от 6 до 8 лет и от 12 до 15 лет. Если в течение года величина дуги сколиоза не увеличивается, сколиоз считается непрогрессирующим, при увеличении дуги не более 5 градусов - вялопрогрессирующим, при увеличении дуги на 10 или более градусов – соответственно прогрессирующим или бурнопрогрессирующим. К прогрессирующим R.T. Morrissy et al. относят сколиозы, угол деформации которых увеличивается более 5 градусов в год.

Выводы. Из работы следует вывод, что самым достоверным признаком прогрессирования сколиоза является динамика увеличения показателей сколиотической деформации. Следовательно, существуют определенные факторы, от которых зависит проявление признаков прогрессирования в фенотипе, факторы, от которых зависит степень выраженности сколиоза к моменту окончания роста.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЧЛО ДЕТЕЙ С МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ В ПОДРОСТКОВОМ ПЕРИОДЕ

Азизова М.С., Махкамова Ф.Т.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Мезиальная окклюзия зубных рядов является одной из наиболее сложных зубочелюстных аномалий (Виноградов 2001, Ковалевский А.М., 2001, Бедняков А.А., 2002).

Уже на ранних этапах формирования прикуса мезиальная окклюзия зубных рядов сопровождается значительными морфологическими, функциональными и эстетическими нарушениями.

Цель исследования. Дать морфофункциональную характеристику ЧЛО детей с мезиальной окклюзией в подростковом возрасте.

Материал и методы исследования. Нами было клинически обследовано 50 детей в возрасте от 7 – 18 лет с диагнозом мезиальная окклюзия. При осмотре у 19,5% детей была смена зубов, у 80,5% был выявлен постоянный прикус. Оценивали состояние слизистой оболочки, выраженность альвеолярного отростка, форму зубов, зубных рядов и характер смыкания зубов антагонистов. Определяли мезиодистальные и вестибулооральные размеры зубов, оценивали пропорциональность размеров зубов путем расчета индекса Топп. Ширину зубных рядов в области премоляров и моляров измеряли по методу Pont, Н.Linder, G.Hart, длину переднего отрезка зубного ряда по методу G.Korkhaus. Правильную форму зубных рядов определяли методом Хауля-Гербера-Гербста.

Результаты. Мезиальная окклюзия зубных рядов относится к сагиттальным аномалиям окклюзии. Она характеризуется мезиальным положением коронок нижних первых постоянных моляров и клыков по отношению к коронкам верхних. Первые моляры смыкаются по III классу Энгля. Резцы нижней челюсти располагаются впереди от верхних резцов (64%), при этом они могут контактировать - обратная резцовая окклюзия или не контактировать - обратная резцовая дизокклюзия. Глубина резцового перекрытия была различной: у 46% - глубокой; у 21,3% была вертикальная резцовая дизокклюзия, у 12,3% - прямая. У 64 % пациентов мезиальная окклюзия сочетается с перекрестной «палатиноокклюзией». Мезиальная окклюзия носит наследственный характер: у 45,97 % обследованных имелись аналогичные нарушения окклюзии у близких родственников. Сведения о распространенности мезиальной окклюзии разноречивы. Она варьирует от 3% до 16 % у детей и взрослых в зависимости от этнической принадлежности.

Выводы. Мезиальная окклюзия зубных рядов является сложной полиэтиологической аномалией зубочелюстной системы и характеризуется существенными функциональными и морфологическими нарушениями, которые могут формироваться на уровне зубов и зубных рядов, челюстей и основания черепа. Всем детям и подросткам была оказана медицинская помощь в полном объеме, направленные на получение хорошего эстетического и функционального результата.

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС У РАСТУЩИХ ДЕТЕЙ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ

Азизова М.С., Гулямов С.С., Каримов Д.М., Махкамova Ф.Т.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Привлекательность играет огромное значение, как в профессиональном так и социальном обществе. Как отмечают в университете Северной Каролины пациенты часто обращаются к ортодонту 84% случаев из за неровных зубов, 52% случаев по совету стоматолога и 41% неприятной внешностью. Дети после ортодонтического лечение и после улучшение с эстетической точки становятся, меняя стеснительными и эмоционально увереннее в себе и чувствуют себя более привлекательными среди свои друзей и окружающих. Большинство детей имеют искривленные зубы или нарушения прикуса и требуют ортодонтической помощи. С каждым годом частота аномалии патологии прикуса постоянно возрастает.

Цель исследования. Оценить и улучшить психосоциальный статус детей с зубочелюстными аномалиями до и после ортодонтического лечения.

Материалы и методы исследования. Были исследованы 50 пациентов с зубочелюстными аномалиями в возрасте с 7 до 16 лет в поликлинике № 56 при Ташкентском Педиатрическом Медицинском Институте до и после ортодонтического лечения. Опрос заключался по самооценке ребенка и беседа (как они себя чувствует в кругу своих ровесников, в школе и в мероприятиях). Создали три группы, в первой группе были дети, которые не нуждались в ортодонтическом лечении, во второй группе дети которые нуждались в ортодонтическом лечении и третья группа пациентов после ортодонтического лечения.

Результаты исследования. При опросе групп детей которые не нуждались в ортодонтической лечение были выявлены следующие результаты: они были весьма самоуверенны, эмоционально устойчивы, считают себя очень талантливыми и привлекательными и не боятся показывать свое Я. Вторая группа, дети до ортодонтического лечение показали результаты следующие: неуверенные в себе, очень эмоциональные и временами тревожны, стеснительные от своего внешнего вида и очень зависимы от других, не считают себя талантливыми и часто завидуют другим сверстникам. Результаты третьей группы пациентов были приблизительно схожи с детьми с первой группы, так как во время ортодонтического лечение позитивное влияние было со стороны родителей, врача ортодонта и психолога. Задачами последних трех было повлиять на психосоциальный статус детей, указывая что у них все получается, со сверстниками и что они становятся более привлекательными и успешными.

Выводы. Как было заметно, дети с зубочелюстными аномалиями действительно страдают психосоциальным направлением. Улучшение

внешнего вида помогает ортодонтическим пациентам улучшить свой образ жизни, в том числе и психосоциальный статус.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ДОПЛЕРОГРАФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ГЛАУКОМЕ У ДЕТЕЙ

Акилова Н.Ш., Фазылов А.А.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Глаукома — одна из основных причин слепоты и слабовидения в цивилизованных странах. Особое место в исследовании кровоснабжения ДЗН занимает метод триплексного сканирования. Однако на сегодняшний день результаты исследований орбитального кровотока при глаукоме разноречивы. Большинство авторов указывают на снижение кровотока в глазничной артерии (ГА) и центральной артерии сетчатки (ЦАС) при первичной глаукоме (ПГ) в сравнении со здоровыми лицами. Другие авторы не обнаружили достоверных различий гемодинамических показателей в этих группах.

Цель исследования: сравнительное изучение кровотока в ГА и ЦАС при ГНД и при ПГ.

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

Измерение проводили на УЗ-аппарате линейным датчиком с частотой 7,0 МГц, используя дуплексный режим сканирования. Проводились исследования спектра кровотока в глазничной артерии и задних коротких цилиарных артериях.

Результаты исследования. Изменение пигментной каймы радужки, псевдоэксфолиации по зрачковому краю, изменение цвета ДЗН достоверно связано с большинством характеристик глазного кровотока. Снижение показателей V_{edv} и повышение IR было наиболее значительным у пациентов с более тяжелыми стадиями заболевания. Определили высокодостоверное изменение всех количественных показателей глазного кровотока в зависимости от степени экскавации диска зрительного нерва и степени сужения полей зрения. Проанализированы показатели доплерографии орбитальных сосудов при ПГ в зависимости от стадии заболевания. При ПГ систолическая и средняя скорости кровотока в ГА и ЦАС оказались достоверно изменены в сравнении с контролем лишь в далекозашедшей стадии глаукомы ($p < 0,05$). Диастолическая скорость кровотока в ЦАС изменена уже в I стадии типичной глаукомы. При этом выявляется характерный симптом «маячка» с исчезновением диастолического кровотока при незначительно повышенных индексах периферического сопротивления.

Чувствительность ультразвукового доплеровского метода исследования при глаукомах по совокупности этих признаков составила 96,9%, а специфичность — 85,7%.

Заключение. Достоверное снижение кровотока в ГА, как и в ЦАС, отмечается уже в начальной стадии глаукомы, что свидетельствует о гемодинамических нарушениях, предшествующих глаукоматозному процессу и связанных с исходным состоянием орбитального кровотока.

ВОЗМОЖНОСТИ МЕТОДОВ ИМПЕДАНСНОЙ КАРДИОГРАФИИ ПРИ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ

Алимов А.А., Усманов Р.Р.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность: С учетом того, что мониторинг гемодинамики является важнейшей составной частью обеспечения безопасности послеоперационного периода, одно из главных требований, предъявляемых к мониторингу гемодинамики на современном этапе, — это малая инвазивность данного метода.

Цель исследований: Анализ диагностических возможностей методов импедансной кардиографии при оценке гемодинамических изменений раннего послеоперационного периода у детей оперируемых по поводу врожденных пороков сердца.

Материалы и методы: Обследовано 30 (2-5 года) больных, оперированных по поводу врожденных пороков сердца (ВПС) «бледного» типа в условиях умеренной гипотермии. Обязательный мониторинг безопасности включал регистрацию АД, ЧСС, ЭКГ, SaO₂, FiO₂, термоконтроль. Оценку глубины анестезии и состояния миоплегии в группах проводили на основе регистрации биспектрального индекса электроэнцефалограммы (BIS). У всех больных применен расширенный неинвазивный мониторинг показателей гемодинамики с использованием системы «ЮМ 300» (Украина) У всех больных регистрировали УО, ударный индекс (УИ), сердечный выброс (СВ), сердечный индекс (СИ) сердечных сокращений в 1 мин. и артериальному давлению (АД) в мм рт. ст., объем циркулирующей крови (ОЦК) в мл/кг. Производился систематический электрокардиографический контроль.

Результаты и обсуждение: Изменения изучаемых показателей гемодинамики в течение первых суток по сравнению с дооперационными данными у всех больных характеризуются увеличением минутного объема сердца на 12—48%. Наибольшее увеличение минутного объема сердца наблюдали также у детей в первые сутки после коррекции. В последующие дни

после операции средние величины минутного объема сердца постепенно снижались. Учащением пульса на 20—36%, наиболее выраженным у детей в возрасте 2-3 лет. В последующие дни послеоперационного периода наблюдали постепенное урежение пульса. Изменения АД при неосложненном послеоперационном периоде были незначительными и не выходили за пределы физиологической нормы.

Выводы: Метод импедансной кардиографии технически прост в исполнении, безопасен и позволяет в режиме реального времени получить полную информацию о характере изменений системного кровообращения, обусловленных послеоперационным периодом кардиохирургических операций у детей.

ПОКАЗАТЕЛИ ЙОДУРИИ У ДЕТЕЙ В ЙОДДЕФИЦИТНОМ РЕГИОНЕ

Алимова Д.А., Ахмедова Ш.У.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Содержание йода в моче является прямым количественным показателем текущего потребления йода населением и хорошим биохимическим маркером распространенности йоддефицитных заболеваний в отдельно взятом регионе. Дефицит йода в организме приводит к тяжелым последствиям для здоровья. Особенно чувствительны к недостатку этого микроэлемента дети.

Цель исследования: изучить взаимосвязь йоддефицитных состояний и уровень интеллектуального развития детей в младшем школьном возрасте, на примере г. Ташкента.

Материалы и методы исследования: обследовано 230 учащихся в возрасте от 8 до 12 лет, учащиеся средней школы № 288 и № 258 Юнусабадского района г. Ташкента.

С целью определения йоддефицитного состояния было обследовано содержание йода в пищевой соли, потребляемой детьми в домашних условиях. Всем детям проведено определение йода в моче путем церий-арсенитного метода с предварительной обработкой образцов раствором персульфата аммония. Параллельно с этим проведено исследование интеллектуального развития детей с помощью специального психометрического тестов Кеттелла.

Результаты исследования. Результаты показали, что содержание йода в моче у 98 детей (58,3%) установлены нормативные значения (свыше 99 мкг/л; среднее число – $104,3 \pm 1,2$ мкг/л), у 67 детей (39,9%) отмечена легкая степень йодурии ($85,6 \pm 1,1$ мкг/л), причем у 45 из них показателя находились в пределах верхней границы нормы. В 2 случаях (1,2%) установлена умеренная степень уровня йода в моче, а в 1 – тяжелая (0,6%).

Среди обследованных детей при дальнейшем осмотре увеличение щитовидной железы (ЩЖ) I степени выявлено у 13,1% (22 ребенка), II степени

– у 1,8% (3 ребенка), без увеличения – 85,1% (143 ребенка) (рис. 1).

Соответствие содержание йода прямо коррелировало со степенью увеличения ЩЖ среди обследованных детей ($r=+0,621$). Так при I степени уровень йодурии в среднем составил $76,2\pm 1,3$ мкг/л, а при II степени – $37,3\pm 0,2$ мкг/л. При неувеличенной ЩЖ уровень йодурии составил в среднем $98,6\pm 1,3$ мкг/л.

Уровень йодированной пищевой соли на стадии потребления составил: недопустимый уровень - 3.3%, недостаточный уровень - 36%. достаточный – 60%, 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 75,5% детей без; $IQ > 90$ баллов – у 40% детей с I-й степенью увеличения ЩЖ и у 24% детей без ЙДЗ. Более низкий уровень IQ ($70 < IQ < 90$) определен у детей с I-й и 2-й степенью увеличения ЩЖ, что составило 60% и 100%.

При проведении корреляционного анализа была установлена прямая взаимосвязь показателей интеллектуального развития детей от уровня содержания йода в моче ($r=+0,568$). Так при легкой степени тяжести йоддефицита интеллектуальное развитие было выше среднего, при умеренной степени тяжести йоддефицита в большинстве случаев отмечалось среднее интеллектуальное развитие, а у детей с умеренной и тяжелой степенью тяжести йоддефицита интеллектуальное развитие отмечается ниже среднего.

Заключение. Таким образом, у детей в йоддефицитном состоянии в среднем определены более низкие показатели интеллектуального развития (согласно проведенного теста) по сравнению с детьми принимавших в свое время препараты йода, вследствие чего, и показатели йодурии у обследованных детей были значительно ниже нормы. Это еще раз доказывает на необходимость эффективной профилактики йоддефицита и его коррекции препаратами йода, начиная уже у детей младшего школьного возраста.

НЕЙРО-ВИЗУАЛИЗАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХИАЗМАЛЬНО-СЕЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ ГИПОФИЗА У БОЛЬНЫХ С НЕЙРОЭНДОКРИННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Алимова К.Б., Урманова Ю.М.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Цель исследования – изучить томографическую характеристику хиазмально-селлярной области (ХСО) у больных с объемными образованиями гипоталамо-гипофизарной области.

Материал и методы исследования. Нами за период с 2015 по 2016 гг. было обследовано 34 больных с различными образованиями ХСО. Из них –

мужчин - 15 (44,1%), женщин – 19 (55,9%). Средний возраст: мужчин составил 37,12 лет, женщин - 38, 15 лет.

Методы исследования включали в себя: 1) обще-клинические (исследование эндокринного, неврологического статусов, антропометрия 2) инструментальные (периметрия на все цвета, глазное дно, острота зрения, ЭКГ, денситометрия, КТ/МРТ турецкого седла и др.), 3) гормональные исследования крови (СТГ, ИФР-1, ЛГ, ФСГ, ПРЛ, ТТГ, АКТГ, пролактин и др.)

Результаты исследований и их обсуждение. Среди обследованных 34 больных были выявлены различные образования sella-турецкой области: неактивная аденома гипофиза (НАГ) - 21 больных, пролактинома - 3, болезнь Иценко-Кушинга - 4, краниофарингома -2, акромегалия -4.

В зависимости от размеров аденомы гипофиза встречались следующие изменения гипофиза, выявленные на КТ/МРТ: микроаденомы (<10мм) - 2 больных (5,8%), мезоаденомы (11-20 мм) - 3 больных (8,8%), макроаденомы (до 30 мм) - 4 больных (11,6%), гигантские – (более 30 мм) – 25 больных (73,5%)

Распределение больных по топографоанатомической классификации стороны роста аденомы гипофиза Кадашева Б.А. (2007 г) показало, что наиболее часто наблюдались аденомы гипофиза с эндосупраселлярным ростом – 13 б-х (38,2%), с инфраселлярным ростом – 2 (5,8%), с латероселлярным ростом – 3 (8,8%), с антеселлярным ростом -1 (2,9%), с ретроселлярным ростом – 1 (2,9%), с тотальным вариантом роста – 14 б-х (41,1%).

Выводы: 1) Среди обследованных 34 больных с объемными образованиями sella-турецкой области преобладали больные с гигантскими аденомами гипофиза (более 3 см) – 25 случаев (73,5%). 2) Наиболее часто встречался эндо-супраселлярный рост новообразования – 13 случаев (38,2%).

ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ИНФЕКЦИИ И ОСТРЫЙ СИНУСИТ У ДЕТЕЙ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ

Аллабергенова М.Р., Джалилов А.А.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. В настоящее время ОРИ, считается широко распространённым заболеванием и, как обычно, каждый человек болеет, ОРИ несколько раз в год (4-8 раз или до 15 раз и может быть больше). Это заболевание в основном часто наблюдается у детей. По данным исследований 40,4% детей, больных с ОРИ составляют часто болеющие дети (ЧБД)

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±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, плохой 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.

Своевременное назначение комплексной терапии при ОРВИ прерывает этиопатогенетический каскад развития синусита.

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. ОРВИ и синусит находятся в прямой причинно-следственной взаимосвязи, объединены общностью симптомов. Своевременное назначение комплексной терапии при ОРВИ прерывает этиопатогенетический каскад развития острого РС.

СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ ЎРТА ОТИТНИНГ ЁШГА БОГЛИК ХОЛДА КЕЧИШИ

Алланазаров Ф.Ш., Бобохонов Г. К.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент ш, Ўзбекистон

Ишнингмаксади: сурункали йирингли ўрта отитнинг ёшга боғлиқ холда кечишини ва хавф омилларини урганиш.

Тадкикот материаллари ва текшириш усуллари. Тадкикот изланишларимиз ТошПМИ клиникаси ЛОР-бўлимида, Педиатрия илмий маркази ЛОР-бўлимида ва Республика Иммунология ИТИ да ўтказилди. Текширишдажами 70 та 3 ёшдан 7 ёшгача булган болалар ташкил этди, шулардан 50 (71%) та бола- сурункали йирингли урта отит (СЙЎО) ташхиси билан даволанган бемор болалар - асосий гуруҳни ва таккословчи гуруҳни 20 (29%) тасогломбола ташкил этди. Барча болаларда умумклиник текширув: хар бир бемор боланинг шикоятлари, болалар ва уларнинг ота-онасидан олинган анамнестик маълумотлар ва поликлиникадаги 112/у боланинг ривожланиш тарихидан – ташхиси аниқланган касалликлар варакасидан кучирма асосида утказилди.

Тадкикот натижалари Ўғил ва қиз болалар орасида касалликнинг учрашини алоҳида ўрганиш улар орасидаги тафовут ишонарсизлигини кўрсатди, яъни СЙЎО ўғил болалар орасида 2,9% ва қиз болаларда эса 3,3% учраши топилди ($P > 0,05$). Ўқувчилар орасида СЙЎО шаклларида энг кўп ҳолда мезотимпанит 39 та (77,2%), ундан сўнг анча орқада қолган ҳолда эпимезотимпанит 9 та (18,9%) ва бор йўғи 2 та (3,9%) эптитимпанит учради. 1(2%) беморда радикал операциядан кейинги ҳолат аниқланди. СЙЎО билан касалланган ўқувчиларни даволаниш шакллари таҳлили асосида маълум булдики, мактаб ўқувчилари энг кўп уй шароитида 19 та (38,8%), кейин поликлиникаларда 13 та (26,5%) ва фақат 2 та (4,1%) ҳоллардагина шифохоналарда даволанишни амалга оширганлар. 15 (30,6%) беморлар ўз касалликлари ҳақида маълумотга эга бўлмаганлар ва шунинг учун ҳеч қачон ва ҳеч қаерда даволанмаганлар. Уларда касаллик борлиги бизнинг кўригимиз давомида аниқланди.

Хулоса Болалар ёши катталашган сари СЙЎОнинг тарқалишини кўпайиш тенденцияси кузатилди. 3-5 ёшдаги болалар орасида СЙЎО 5-6 ёшли болаларга нисбатан 1,7 марта, 6-7 ёшлиларга қараганда 1,2 марта, болалар орасида учрашининг умумий кўрсаткичига нисбатан эса 1,4 марта кўп учраши кўрилди. СЙЎОни ўғил ва қиз болалар орасида алоҳида ёшга боғлиқ ҳолда тарқалишининг қиёсий ўрганиш юқоридаги тенденцияни сақланиб қолишини кўрсатди. Ушбу далил асосида мактаб ўқувчилари орасида сурункали йирингли ўрта отит касаллиги учун ёш алоҳида аҳамият касб этувчи омил сифатида баҳоланаш мумкин.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА БАКТЕРИАЛЬНОГО И ВИРУСНОГО СИНУСИТА У ДЕТЕЙ

Аллабергенова М.Р., Джалилов А.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Дифференциальная диагностика заболеваний необходима при всех заболеваниях, так насморк может быть обусловлен вирусным заражением, попросту говоря, простудой, а может быть следствием аллергии. Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) и аллергия - несколько разные болезни. Если не проведено или некачественно проведено полное обследование, пациента иногда годами лечат от «хронического насморка», не получая никакого результата, если, конечно, не считать под результатом развитие грозных осложнений, таких, например, как атрофия слизистой оболочки носоглотки.

Цель исследования: изучить дифференциальную характеристику бактериальных и вирусных риносинуситов у детей.

Материалы и методы исследования: в основу исследования положены данные общеклинического обследования 67 детей в возрасте от 2 до 14 лет. Из всех обследованных 30 детей с ОРС вирусной этиологией и 37 детей с бактериальной этиологией.

Результаты исследование: на дальнейшем этапе нами была проведена дифференциальная диагностика бактериального и вирусного риносинуситов на основании клинических данных. Во всех четырех рекомендациях указывается на сходность клинической картины острого вирусного и бактериального риносинуситов. Основным дифференциальным признаком признается длительность болезни. О присоединении бактериальной инфекции необходимо думать, если у пациентов с ОРИ существенно не снизилась выраженность симптомов после 7–10 дней симптоматического лечения или если симптомы прогрессивно ухудшаются.

Клиническая картина бактериального РС во многом сходна с вирусным риносинуситом. Пациенты могут предъявлять жалобы на гнойные выделения из носа или затекание их в глотку, заложенность носа, боль/чувство давления в лице, иногда с иррадиацией в зубы/уши, болезненность при пальпации околоносовых синусов, ухудшение обоняния, кашель, повышение температуры тела, недомогание. При передней риноскопии в обоих случаях выявляются гиперемия, отек слизистой оболочки, различные выделения. Цвет и характер выделений из носа не являются достоверными критериями бактериальной инфекции, так как и при вирусном РС через несколько дней от начала заболевания выделения из носа могут становиться слизисто-гнойными за счет присоединения нейтрофилов. Признаки бактериальной инфекции околоносовых синусов при КТ (уровень жидкости или полное затемнение синуса) выявлены у 80% амбулаторных пациентов с симптомами риносинусита

длительностью более 7 дней и только у 20% – с длительностью болезни менее 7 дней. В то же время у 70% пациентов без характерных изменений при КТ длительность болезни также превышала 7 дней. Исходя из этого делается вывод, что длительность симптомов риносинусита 7 дней и более является признаком присоединения бактериальной инфекции средней чувствительности и низкой специфичности.

Заключение. Таким образом, гнойные выделения из носа, боль в лице или верхних зубах, особенно односторонняя, односторонняя болезненность при пальпации максиллярных синусов и ухудшение симптомов после первоначального улучшения с высокой вероятностью говорят о бактериальной инфекции. В то время как чувство тяжести во всем лице, затекание отделяемого в глотку, головная боль и кашель мало помогают в дифференциальной диагностике острого бактериального и затянувшегося вирусного риносинусита.

СКАРЛАТИНА ИНФЕКЦИЯСИНИНГ ЗАМОНАВИЙ ШАРОИТЛАРДА ТУРЛИ КЛИНИК КЕЧИШ ШАКЛАРИ ВА АСОРАТЛАРИНИНГ КЛИНИК БЕЛГИЛАРИ

Ахмедов Л.Э., Рашидов Ф.А.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент ш., Ўзбекистон

Мавзунинг долзарблиги. Скарлатина ўткир инфекцион, умумий захарланиш ва теридаги тошмалар билан кечадиган юқумли касаллик ҳисобланади. Скарлатина инфекцияси болалардаги ҳаво- томчи йўли орқали юқадиган кантагиозлилиги 40% булиб, асоратлар (отит, ангина, лимфаденит, синовит, миокардит, мастоидит, сепсис, гломерулонефрит) билан келиб чиқадиган антропоноз касаллик ҳисобланади. Замонавий шароитда болалардаги скарлатина инфекцияси нисбатан енгил атипик, субклиник, шаклларда кечади (Учайкин В.Ф.). Скарлатина касаллигининг клиник кечиш шакллари ва асоратлари, ёшга ҳос кечиши ҳам замонавий босқичда долзарблигича қолмоқд.

Лойиханинг максади. Болаларда скарлатина инфекциясини замонавий шароитда клиник патогенетик кечиш хусусиятлари.

Текширув материаллари ва усуллари: Текширувда 2014-2016 йиллар мобайнида Тошкент 1-шаҳар юқумли касалликлар клиник шифохонасида скарлатина (билан оғриган 40 та бемор болалар (1-15 ёш) касаллик тарихини ўрганиш орқали олиб борилди. Текширув анамнестик ва клиник белгилар, қон, биохимик, пешоб тахлили, УТТ маълумотларидан олинган натижалар ва уларнинг тахлили асосида олиб борилди.

Олинган натижалар ва уларнинг тахлили. Скарлатина инфекциясининг таснифи: билинар-билинемас (ута енгил кечувчи симптомларсиз ва тез кечувчи), экстрабуккал (инфекцияни кириш дарвозаси жароҳатланган тери ва яра), токсико-септик (тана ҳароратини кутарилиши, артериал босимни тушиб кетиши, талвасалар ва маҳаллий лимфа тугунларни катталашиш). Касалликнинг

ёш бўйича тақсимооти: 1-3 ёшдаги болалар 3 нафар (7.5%), 3-7 ёшдаги болалар 27 нафар(67,5%), 7-15 ёшдаги 10 нафар (25%). Эпидемиологик маълумотларга кўра текширувдагиларнинг 29 таси (72.5%) скарлатина билан оғриган беморлар билан мулоқотда бўлганлигини, 11 нафари (27.5%) эса мулоқотни рад этишди

Хулоса. Замонавий шароитларда болаларда скарлатина инфекцияси асосан 67,5% да 3-7 ёшдаги болаларда учраб ўғил болалар қиз болаларга нисбатан 1.8 марта кўпроқ касалланиши, мулоқотда булганлар, мулоқотда булмаганларга нисбатан 3,7 марта купрок касалланиши, касалликнинг ўрта оғир даражаси ва токсико-септик кўпроқ учраши аниқланди. Замонавий шароитларда болаларда скарлатина инфекцияси кечишида продрамал даври узайганлиги, аммо 90% беморларда авж олиш даври қисқарганлиги (7-8 кун) кузатилди.

ГИДРОДИНАМИКА ГЛАЗА У ДЕТЕЙ ПОД ДЕЙСТВИЕМ ТОТАЛЬНОЙ ВНУТРИВЕННОЙ АНЕСТЕЗИИ КЕТАМИНОМ

Ахмедова Н.Ш., Хамраева Л.С.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Большинство применяемых для наркоза препаратов влияет на внутриглазное давление (ВГД). Наркоз кетаминотом прочно вошел в практику врачей-анестезиологов, занимающихся анестезией в офтальмологии, этот препарат широко используется не только в педиатрической анестезиологии, но и в детской офтальмохирургии. Поэтому необходимо оценить его влияние на показатели гидродинамики глаза у детей.

Цель. Исследовать изменения показателей гидродинамики глаза при общей внутривенной анестезии кетаминотом при офтальмологических оперативных вмешательствах.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 5 детей без патологии офтальмотонуса в возрасте от 7 до 12 лет которым производились следующие операции: исправление птоза верхнего века (2 детей), исправление косоглазия (2 детей), экстракапсулярная экстракция катаракты (1 ребенок). Операции проводились под внутривенной анестезией с использованием кетамина. Исследование гидродинамики глаза проводилось по методу Фриденвальда за 1-2 суток до операции и через 5-6 минут после введения кетамина.

Результаты. Анализ показателей гидродинамики глаз показал следующее: до введения кетамина истинное ВГД (P_0) составило в среднем 15,168 мм рт. ст., после введения кетамина на 5 минуте 21,844 мм рт. ст., коэффициент легкости оттока (С) 0,492 мм³ и 0,552 мм³, продукция внутриглазной жидкости (F) 2,955 мм и 6,986 мм, коэффициент Беккера (КБ) 53,162 и 54,517 соответственно. Сравнение данных показателей до и после введения кетамина выявило,

повышение всех показателей гидродинамики: “P₀” на 44%, “С” на 12.2%, “F” на 7.58%, КБ на 2.55% от исходного.

Выводы. Анестезиологическое пособие кетаминотомии из за повышения показателей гидродинамики глаза не рекомендуется вводить детям с повышенным офтальмотонусом.

МАКТАБ ЎҚУВЧИЛАРИНИНГ ЖИСМОНИЙ РИВОЖЛАНИШ КЎРСАТКИЧЛАРИ БИЛАН ЮРАК ҚОН-ТОМИР ВА НАФАС ТИЗИМИ ФУНКЦИОНАЛ КЎРСАТКИЧЛАРИНИНГ ЎЗАРО БОҒЛАНИШИ

Ахмедова М.А., Тахирова Р.Н.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент ш., Ўзбекистон

Долзарблиги. Жахон Соғлиқни Сақлаш ташкилоти томонидан ишлаб чиқарилган ва Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги мутахассислари томонидан, болаларнинг ўсиши ва ривожланишини баҳолаш бўйича тузилган дастурга асосан Республикада доимо болалар саломатлигини муҳофаза қилиш мақсадида саломатлик ҳафталиклари ўтказилиб келмоқда. Шунингдек “Соғлом она ва соғлом бола” йилида ўқув муассасаларида ҳам болаларнинг ўсиши ва ривожланиши мониторинглари олиб борилмоқда. Жисмоний тараққиётнинг бола организмнинг барча аъзо ва тизимлари ривожланишида муҳим аҳамиятга эгадир.

Мақсади. Мактаб ўқувчиларининг жисмоний ривожланиш кўрсаткичлари билан юрак қон-томир ва нафас тизими функционал кўрсаткичларининг ўзаро боғланишини аниқлаш

Қўлланилган усуллар. Текширувда Тошкент шаҳридаги №248 ўрта мактабнинг 37 нафар (16 ўғил бола и 21 қиз бола) 5-синф ўқувчилари иштирок этдилар, ўртача ёши $11,51 \pm 0,09$ ташкил этди. Хамма болаларда функционал ҳолати (юрак қон-томир ва нафас тизими функционал кўрсаткичлари тинч ва функционал синамалар қўллаш) ва антропометрик усуллар ўтказилди.

Муҳокама. Текширилган барча болалар бўйи, тана вазни ва бўй/вазн индекси ўртача кўрсаткичга тўғри келди. ($148,86 \pm 1,16$ см, $40,92 \pm 1,29$ кг, $18,37 \pm 0,44$ кг/м²). Жисмоний зўриқиш пайтида (30м югуриш) ўғил болаларда $5,49 \pm 0,10$ с ташкил этди, бу «ўрта кўрсаткич» ни ташкил этди. Қиз болаларда эса $5,44 \pm 0,10$ с, бу $11,5$ ёш учун «ўрта кўрсаткич» ва «ўртадан юқори»ни ташкил этди. Юқоридаги болаларда жисмоний фаолияти ва антропометрия кўрсаткичлари билан корреляцияси ўзаро боғлиқликни инкор этди. Бўй/вазн индекси билан спирометрия кўрсаткичлари орасида эса ўзаро корреляцион боғланиш борлиги исботланди ($r = -0,698$, $p < 0,05$). Шунингдек жисмоний кўрсаткичлар билан юрак қон-томир тизими кўрсаткичлари ва унинг вегетатив бошқарилиши орасида ҳам юқори даражада корреляцион боғланиш борлиги аниқланди. Шуни айтиш жоизки, 5-синф ўқувчилари ҳар хил жисмоний фаол ҳаракатланиш даражасида жисмонан ривожланиш кўрсаткичлари,

антропометрия, спирометрия кўрсаткичлари бир хил натижани кўрсатаркан, лекин юрак қон-томир тизими кўрсаткичлари: юрак уриш тезлиги, систолик ва диастолик қон босими даражаси эса фарқланади.

Хулоса. Шундай қилиб, олинган натижалар мактаб ўқувчиларининг жисмоний ривожланиш кўрсаткичлари билан юрак қон-томир ва нафас тизими ҳолати функционал кўрсаткичларининг орасидаги ўзаро боғланиш тўғридан-тўғри жуда юқори эканлиги аниқланди.

ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОРИ У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ СФ РНЦЭМП

**Ачилова О.Д., Рустамов М.Р., Махмудова Ф.В., Джаббарова М.Р.
Самаркандский Государственный медицинский институт,
г.Самарканд, Узбекистан**

Актуальность: Острые респираторные инфекции (ОРИ) занимают одно из лидирующих мест среди патологии детского населения по обращаемости за врачебной помощью, а так же по количеству потребляемых лекарств за период заболевания. Основным же этиологическим фактором ОРИ в 80-85% случаев являются вирусы. Фармакологический рынок насыщен препаратами противовирусного действия, в связи, с чем остро стоит вопрос о выборе лекарственных средств, при лечении ОРИ, эффективность которых клинически доказана.

Материалы и методы: В ходе рандомизированного исследования под нашим наблюдением находилось 96 больных в возрасте 3-7 лет госпитализированных с диагнозом ОРИ в 1-педиатрическое отделение СФ РНЦЭМП.

Всем больным в качестве противовирусной терапии были назначены противовирусные препараты в виде монотерапии. Из них 30 больных принимали Анаферон детский по схеме (I-группа), 36 больных принимали Амизон (II группа), 30 принимали Арбидол детский (III-группа). Все препараты назначались в возрастных дозировках, исключительно перорально согласно рекомендациям ВОЗ и ЮНИСЕФ.

Результаты: У 72 (75%) больных отмечалась фебрильная температура, у 14 (14,6%) больных гектическая и у 10 (10,4%) больных заболевание протекало при субфебрильной температуре. У больных с фебрильной и гектической температурой у 24 (89,6%) больных были клинические проявления вирусной инфекции такие как: озноб у 19 (79,2%) больных, умеренная гиперемия зева 18 (75%) больных, но наиболее выраженным клиническим симптомом были мышечные и суставные боли у 22 (91,7%) и у 23 (95,8%) больных соответственно.

Эффект от жаропонижающих препаратов, таких как, Ибупрофен и Парацетамол в возрастных дозировках был кратковременным. У 10 (10,4%) больных с субфебрильной температурой катаральные явления были более выражены. С 3-го дня заболевания у данных больных преобладали симптомы слизисто-гнойного ринита, мышечно-суставные боли не наблюдались.

У 26 (86,7%) больных I-группы улучшение состояния проявлялось в виде снижения температуры и отсутствия мышечно - суставных болей, при этом у больных I-группы улучшение наблюдалось на 2-3 сутки. Следовательно, среднее пребывание их в стационаре составило $3,2 \pm 0,4$ койко/дней. У 29 (80,5%) больных II-группы и 21 (70%) больного III-группы улучшение состояния проявлялось в виде снижении температуры.

У больных II и III группы улучшение общего состояния отмечалось на 3-4 сутки. Следовательно, среднее пребывание в стационаре больных II и III группы составило $4,7 \pm 0,5$ койка/дней.

Выводы: Таким образом, результаты проведенного нами рандомизированного исследования позволяют сделать вывод, что наиболее клинически эффективным противовирусным препаратом при лечении ОРИ у детей, является препарат Анаферон детский, что диктует о, необходимости широкого применения данного препарата при лечении ОРИ у детей.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ В ЗИМНИЙ ПЕРИОД ГОДА У ДЕТЕЙ ОТ 2Х МЕСЯЦЕВ ДО 5 ЛЕТ

Ачилова О.Д., Исламова Д.С., Хакимов Б.А., Хасанов Э.А.
Самаркандский Государственный медицинский институт,
г.Самарканд, Узбекистан

Актуальность: Согласно статистическим данным пневмония является основной причиной смерти детей до 5 лет. Ежегодно в мире от пневмонии погибает 1 миллион детей младше 5 лет. В развитых странах ежегодно тратится около 10,1 млрд. евро на лечение пневмонии. В последние годы в нашем регионе участились случаи госпитализаций детей с тяжелой бронхолегочной патологией в летний период. Исходя из вышеуказанных данных возникла необходимость проведения данного исследования.

Цель работы: Изучение особенностей течения внебольничной пневмонии у детей от 2-х месяцев до 5-лет в зимний период года.

Материал и методы исследования: Всего под нашим наблюдением находилось 86 больных с внебольничной пневмонией (ВП) госпитализированных в 1-ое педиатрическое отделение СФ РНЦЭМП. Из них 66 больных были госпитализированы в отделение в зимний период года (I группа).

Группу сравнения составили 20 больных (II группа) госпитализированных в летний период с диагнозом ВП. Достоверных различий в распределении по

полу, возрасту между группами выявлено не было. Отсутствовали различия и в динамике лабораторных показателей в процессе лечения. Всем больным были проведены лабораторные (общий анализ крови, биохимический анализ крови, бактериальное исследование) и инструментальные (рентгенография органов грудной клетки) исследования.

Полученные результаты и их обсуждение: Распределение пациентов по тяжести течения пневмонии выявило, что в I группе преобладала легкая у 38 (57,6%) больных и среднетяжелая форма у 23 (34,8%) больных; тяжелая внебольничная пневмония встречалась у 5 больных (7,6%). Во II группе тяжелое течение наблюдалось у 7 (35 %) больных, средней тяжести – у 8 (40%) больных, легкой - у 5 (25 %) больных. Также было установлено, что у 54 (81,8%) больных I-группы процесс начинался остро, с повышения температуры более 38 С, признаки интоксикации были более выражены по сравнению с катаральными.

В зимний период года при поступлении больных детей в стационар ведущим симптомов являлся симптом дыхательной недостаточности. Рентгенография органов грудной клетки, выполненная в стационаре, у больных обеих групп, выявила инфильтративные изменения в легких. Установить возбудителя внебольничной пневмонии удалось лишь у 28 (42,4%) больных в I группе и у 34 (51,5%) больных во II группе.

В зимний период года преобладал - гемолитический стрептококк - у 26 (39,4%) больных, пневмококк - у 9 (13,6%) больных, во II группе возрастал удельный вес пневмококка – у 7 (35%) больных, β - гемолитический стрептококк встречался у 3 (15%) больных.

Сроки пребывания в стационаре в период эпидемии гриппа были достоверно меньше ($3,0 \pm 0,5$ койко / дней в I группе; $3,8 \pm 0,5$ во II группе). В ходе анамнестического анализа было выявлено, что длительность заболевания до поступления в стационар в I группе была достоверно больше, чем во II группе ($8,8 \pm 1,2$ и $4,3 \pm 0,5$ суток соответственно).

Выводы: Более тяжелое течение внебольничных пневмоний у детей в возрасте от 2-х до 5 лет встречается чаще в зимний период года, что требует более тщательной диагностики респираторных заболеваний у данной категории больных.

ДИНАМИКА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Ахмедова М.А., Тахирова Р.Н.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент Узбекистан**

Актуальность. Выявление закономерностей развития организма ребёнка и особенностей функционирования его физиологических систем на разных этапах

онтогенеза необходимо для решения проблем охраны здоровья. Особое внимание развитие детей привлекает к себе в кризисные периоды жизни, во время которых формирование функциональных и морфологических новообразований происходит гораздо интенсивнее, чем в стабильные возрастные периоды. Одним из таких периодов в развитии ребёнка является младший школьный возраст.

Цель. настоящего исследования состояла в изучении динамики некоторых показателей физического развития детей в течение первых пяти лет обучения в школе.

Материалы и методы исследования. Функциональным исследованием было охвачено 97 детей обоего пола, обучающихся в средней школе №258 г. Ташкента. Исследование проводилось дважды в течение учебного года – в октябре и в марте. Измерялись основные антропометрические и физиологические показатели детей: рост, масса тела, окружность грудной клетки, мышечная сила руки, жизненная ёмкость лёгких, артериальное давление, частота сердечных сокращений, рассчитывались систолический и минутный объём кровотока, систолический индекс, коэффициент эффективности кровообращения. Уровень физического развития оценивался по стандарту принятой ВОЗ.

Результаты. В ходе проведенного исследования установлено, что в течение первых пяти лет обучения в школе у детей обеих половых групп наблюдается увеличение роста, массы тела, мышечной силы руки, артериальное давление систолическое и коэффициент эффективности кровообращения. Такие показатели, как частота сердечных сокращений, сердечный индекс и систолический объём крови остаются стабильными. В обеих половых группах в течение всего периода исследования значение адаптационного потенциала повышается и находится в диапазоне неполного функционирования сердечно-сосудистой системы, что свидетельствует о трудном прохождении процесса адаптации к школьному процессу. При сопоставлении полученных результатов с возрастными стандартами выявлено снижение частоты сердечных сокращений, уменьшение жизненной ёмкости лёгких во всех исследуемых группах. В течение первых двух лет обучения наблюдается высокий процент детей, имеющих дефицит массы тела.

Вывод. По результатам физического обследования и расчёта адаптационного потенциала можно заключить, что адаптации к процессу обучения в исследуемых группах полностью не завершена, у девочек этот процесс протекает быстрее.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН И ДЕТЕЙ

Бакаева Ю.Р., Джалилова Г.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность исследования. Охрана здоровья женщин и детей – это залог сохранения и укрепления здоровья населения страны в целом. Одной из задач деятельности охраны здоровья женщин и детей является сглаживание или устранение негативных причин, способствующих развитию различных заболеваний. Вопросы здоровья населения мира, в том числе охрана здоровья женщин и детей являются одной из глобальных проблем современности.

Цель и задачи исследования: Изучить проводимую работу по охране материнства и детства; выявить неблагоприятные факторы, воздействующие на здоровье матери и ребенка; разработать мероприятия по совершенствованию охраны здоровья матери и ребенка

Материалы и методы. В соответствии с целями и задачами исследования были использованы следующие методы: социологический – анкетирование с целью изучения здоровья женщин; статистический – для анализа полученной информации.

Результаты исследования. Благодаря программам, по поддержке репродуктивного здоровья осуществляемым Правительством Республики Узбекистан общая тенденция в репродуктивном здоровье отмечается как положительная. Количество родов среди женщин 20–30 лет увеличилось с 69,3 % в 1998 году до 83,3 % в 2014 году. В целом имеется положительная динамика показателя охвата контрацептивов в стране. Если в 1998 этот показатель составлял 13%, то к 2014 году этот показатель возрос до 62,7 %. В процессе опроса проведенного среди женщин фертильного возраста посещавших учреждения первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) приняло участие 138 женщины. В ходе опроса женщин фертильного возраста посещавших учреждение ПМСП было выявлено, что из основных проблем для здоровья женщин является анемия, которой в той или иной степени страдают до 60% женщин. По данным медицинских документов, 81,4% женщин страдали различными видами гинекологических заболеваний. Кроме того, у 78,9% женщин отмечались различные экстрагенитальные заболевания, это в основном анемия - 59,6%, далее следуют заболевания желудочно-кишечного тракта (17,5%), эндокринные заболевания (11,8%), заболевания мочевыделительной системы (5,2%) и т.д.

Вывод. Таким образом, основными заболеваниями, встречающихся среди женщин, является анемия, заболевания желудочно-кишечного тракта и эндокринные заболевания. Факторами, влияющими на здоровье женщин, являются возраст, частота беременностей и родов, время выявления заболевания в учреждениях ПМСП.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАННИХ ОСЛОЖНЕНИЙ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Барнокулов У.Х., Теребаев Б.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Некротический энтероколит (НЭК) является одной из наиболее сложных и наименее изученных проблем в хирургии новорожденных. НЭК заболевают 2 из 1000 новорожденных и 10 из 1000 недоношенных. Большие проблемы возникают с ранней диагностикой развивающегося заболевания и адекватностью и своевременностью проводимого лечения, в том числе и хирургического.

Цель исследования. Определить тактику хирургического лечения ранних осложнений НЭК у новорожденных.

Материалы и методы исследования. Работа включает ретроспективный анализ 30 детей с ранними осложнениями НЭК, пролечившихся с 2013 по 2015 года в отделение детской хирургии РСНПМЦ Педиатрии. Возраст детей от 1 до 4 недель. Всем больным наряду с рутинными методами обследования были проведены специальные методы исследования. (Изучение биохимических маркеров, УЗИ с доплерометрией сосудов кишечника, обзорная рентгенография брюшной полости).

Результаты. Наиболее частыми ранними осложнениями НЭК были перфорации кишечника. У 3 (10%) детям выполнена операция – резекция подвздошной кишки протяженностью около 20,0 см с анастомозом «бок в бок», по поводу множественной перфорации проксимальной части и тромбоза ветви мезентеральных сосудов (давность 24 -48 ч). 7 (23,3%) больным наложена терминальная илеостома, по поводу единичных и множественных перфораций в 30-40 см проксимальнее илеоцекального угла. У 5 (16,7%) резекция тощей кишки «У» - образная стома, по поводу перфорации проксимальных дистальных отделов тощей кишки. У 7 (23,3%) отмечены множественные перфорации проксимальных отделов подвздошной кишки. Произведена резекция подвздошной кишки, с наложением У-образной стомы. У 8 (26,7%) больных с кишечным кровотечением удалось остановить кровотечение консервативно.

Заключение. Основные ранние осложнения НЭК у новорожденных являются перфорации кишечника и кишечные кровотечения. Перфорация чаще встречается в терминальном отделе подвздошной кишки. По нашему мнению наилучший результат, определяющий эффективность лечения перфорации в проксимальных отделах тонкой кишки достигается при резекции измененных участков с наложением У –образной илеостомы. При перфорации дистальных отделов тонкой кишки рекомендуем накладывать терминальную илеостому с отключением дистального отдела.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ТОШНОТЫ И РВОТЫ ПРИ АНЕСТЕЗИИ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ

Бекназаров С.Х.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент Узбекистан**

Послеоперационная тошнота и рвота (ПОТР) является одним из наиболее частых (в среднем 30%) осложнений первых суток послеоперационного периода (ПП) любых хирургических вмешательств, и связана с раздражением рвотного центра в головном мозге. У детей школьного возраста тошнота и рвота развивается в раннем ПП у 34-50%. Данное осложнение причиняет пациенту много неприятных ощущений, существенно ухудшает течение ПП, ведет к возникновению электролитных нарушений, способствует повышению внутригрудного и внутричерепного давления, при еще не восстановившихся защитных глоточных рефлексах увеличивает риск возникновения аспирации легких. Причины ПОТР многообразны – применение опиоидных анальгетиков и ингаляционных анестетиков при наркозе, возникновение метаболических нарушений, боль, стресс, нарушение центральной и периферической гемодинамики, гипоксия, гиперкапния, повышение внутричерепного давления.

Целью исследования явилось улучшение течения раневого ПП при абдоминальных хирургических вмешательствах путем оптимизации анестезиологического обеспечения.

Материалы и методы: Исследование осуществлено у 50 пациентов (2-14 лет) перенесших хирургическое вмешательство на органах брюшной полости. В зависимости от способа анестезиологического обеспечения пациенты были разделены на 2 сопоставимые по возрасту, полу, анестезиологическому риску и длительности хирургического вмешательства группы. В обеих группах профилактика ПОТР проводилась тремя способами: а) перед операцией (дексаметазон 0,2мг/кг), метоклопромида (0,15 мг/кг); б) только дексаметазона (0,2мг/кг); в) только метоклопромида (0,15 мг/кг). Помимо этого проводили терапию, направленную на упреждение послеоперационной боли (фентанил, кетамин). Анестезиологическое пособие осуществляли в 1 группе (25 детей) фентанилом (0,005% 2 мкг/кг), поддержание – севофлюраном (4 об%); во 2 группе – ингаляционным анестетиком севофлюраном и пропофолом). Изучали уровень центральной (ЭхоКГ) и периферической (АДс, АДд, АДср, ЧСС) гемодинамики, ЦВД, КЩС.

Результаты и их обсуждение. Для сравнительной оценки влияния различных способов анестезиологического обеспечения абдоминальных вмешательств на ПОТР изучали частоту развития тошноты и рвоты в течении 1 суток ПП. У пациентов 1 группы (фентанил+севофлюран) синдром ПОТР наблюдался у 2 (4%) больных. Рвота была у пациента 9 лет после аппендэктомии, у 1 пациента – после инвагинации кишечника, спустя 2 часа ПП. В 8 (72,7%) случаях из 11, синдром ПОТР развился в течении 1 часа после

операции колостомия, резекция нисходящего отдела толстого кишечника. Можно отметить, что данный синдром развивался у детей школьного возраста.

При сравнении двух групп пациентов между собой можно заключить, что ПОТР после операции встречается реже на 14% у пациентов 1 группы в сравнении со 2 группой. Это подтверждают и данные литературы о повышении влияния опиоидных анальгетиков на развитие ПОТР. В обеих группах, в качестве лечения внутривенно (максимум 4 мг) применяли ондансетрон (0,1 мг/кг) внутривенно.

Выводы. Таким образом, оптимизация анестезиологического обеспечения при абдоминальных операциях, заключающаяся в коррекции анальгезии и исключении опиоидных анальгетиков, привела к уменьшению на 14% синдрома ПОТР.

СОСТОЯНИЕ ПРОЦЕССОВ ВСАСЫВАНИЯ УГЛЕВОДОВ У ДЕТЕЙ С ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ

Бойжигитова Д.А., Бобоев А.А., Язданов А.Я., Турсункулова З.А.
Самаркандский Государственный медицинский институт,
г. Самарканд, Узбекистан

Актуальность исследований в области пищевой аллергии обусловлена ростом и распространенности, значительным снижением качества жизни как больных детей, так и их родителей, а также недостаточной разработкой диагностических критериев.

Целью настоящей работы явилось изучение процессов всасывания углеводов в тонкой кишке у детей с пищевой аллергией с помощью теста с D-ксилозой как наиболее простого и точного метода.

Материалы и методы. Было обследовано 30 больных детей от 2,5 до 14 лет с длительностью заболевания от 1,5 до 8 лет, у которых пищевая аллергия была причина - значимой в развитии атопической бронхиальной астмы, диффузного нейродермита, отека Квинке и крапивницы. Контрольную группу составили 10 практически здоровых детей того же возраста. Всасывательную способность тонкой кишки оценили по концентрации D-ксилозы (в мг %) в крови через 30 мин, 1 и 2 ч после ее перорального введения. D-ксилозу давали детям из расчета 0,2 г на 1 кг массы тела. Во время проведения теста дети не получали пищу и лекарства.

Результаты проведенных исследований показали, что наиболее выражены изменения в содержании D-ксилозы наблюдались в крови в первые 30 мин после нагрузки. Они характеризовались снижением его уровня у больных детей в 1,5 раза по отношению к такому у здоровых. При индивидуальном анализе установлено, что из 30 детей у 24 её величина была ниже средних показателей контрольной группы, а у 11 из них содержание D-ксилозы в крови была меньше уровня нижней границы нормы и в 5 случаях даже не определялось. В

последующие часы после нагрузки ее уровень в крови приближался к таковому у здоровых детей или незначительно превышал его. Низкий уровень D-ксилозы во всех порциях крови наблюдался нами только у 11 из обследованных детей.

Экскреция D-ксилозы с мочой у большинства детей с пищевой аллергией за первые 2 ч после нагрузки в среднем существенно не отличалась от таковой у здоровых детей, а за последующие 3 ч и в сумме за 5 ч была выше, чем у детей контрольной группы (в 1,7 и 1,3 раза соответственно).

Выводы. Таким образом, у детей с пищевой аллергией имела место задержка всасывания D-ксилозы на 30 мин после нагрузки, т. е. в двенадцатиперстной кишке и проксимальном отделе тощей кишки. В нижних же отделах тонкой кишки (по данным исследования через 2 и 3 ч после нагрузки) всасывание углевода оставалось в пределах нормальных показателей или усиливалось. Выраженный синдром нарушения всасывания углеводов наблюдался редко, в основном он встречался у детей с диффузным нейродермитом и дермореспираторным синдромом. Указанные нарушения всасывательной функции слизистой оболочки тонкой кишки у детей с пищевой аллергией обусловлены прежде всего наличием тканевой гипоксии, возникающей в ходе аллергического процесса в желудочно-кишечном тракте.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ И ПРОГНОЗ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА

Боситхонова Д.Э., Кадырова Г.Г., Эгамбердиева Д.А., Рузметова И.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: Изучить наиболее значимые факторы, влияющие на снижение приверженности к лечению и прогноз у больных АГ в зависимости от пола.

Материал и методы: Обследовано 60 больных АГ I-II ст. риск 3-4, сопутствующая ИБС, хронические формы у 41,2%; муж. – 25 чел., жен. – 35 чел., возраст от 35 до 70 лет, социальное положение у женщин – 30% пенсионеры, 22,2% рабочие, 47,8% служащие; у мужчин – 25% пенсионеры, 43,7 рабочие, 31,3% служащие. Определяли факторы, способствующие низкой приверженности (НП), обусловленные пациентом, врачом, характером лечения, социально-экономическим положением больного, наличием депрессии по госпитальной шкале тревоги и депрессии (Погасова Г.В.), курения, алкоголя. Проводилось физикальное исследование, профиль АД, УЗИ сердца, ЭКГ. Анализировались осложнения, влияющие на прогноз заболевания.

Результаты: НП к лечению отмечена у 55 жен. (61,1%) и 42 муж. (52,5%). Выявлены факторы, связанные с пациентом: депрессия у муж. – 5 (12,5%), у жен. – 7 (27,7%), недоверие к врачу: муж. – 4 (7,5%), жен. – 6 (8,8%),

социально-экономический фактор: муж. – 6 (7,5%), жен. – 12 (13,3%), несоблюдение схем лечения: муж. – 11 (13,7%), жен. – 15 (16,6%). Отмечен малый опыт врача: муж. – 7 (8,7%), жен. – 9 (10%). Поверхностное знакомство врача с больным: муж. – 8 (10%), жен. – 10 (11,1%). По возрасту НП у больных до 50 лет и заметно выше после 60 лет: муж. – 17,5%, жен. – 27,7%. НП у курящих и употребляющих алкоголь. Осложнения в виде ОНМК, ТИА – муж. – 15%, жен. 20%, ОЛЖН, ИМ – муж. – 22,5%, жен. – 16,6%. Большинство осложнений у больных с НП к лечению и сопутствующей ИБС.

Выводы: Наиболее зависима НП к лечению от личностных особенностей пациента, в меньшей степени от врачебных качеств и незначительное различие от пола (чаще у женщин). Наиболее весомые факторы, обуславливающие НП – депрессия, алкоголь, курение. С возрастом % НП к лечению уменьшается, а осложнения заболевания увеличиваются, соответственно, усугубляется прогноз.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХОНДРОИТИНА СУЛЬФАТА И ЕГО СОЧЕТАНИЯ ПРЕПАРАТАМИ КАЛЬЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ

**Валиходжвева Э.Б., Артыкова С.Г., Эгамбердиева Д.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Остеоартроз (ОА) занимает первое место по распространенности в структуре всех заболеваний опорно-двигательной системы. Особенно часто он встречается у лиц пожилого и старческого возраста.

Цель исследования. Оценить эффективность хондроитина сульфата и его сочетания препаратами кальция при лечении больных остеоартрозом.

Материал и методы. В исследование было включены 40 больных гонартрозом, проходивших лечение в РСНПЦТ и МР в отделении ревматологии. 30(80%) женщин и 10 (20%) мужчин в возрасте от 54 до 70 лет (средний возраст – 60±4 года). В ходе исследования больные были разделены на две группы, сопоставимые по возрасту, длительности заболевания, рентгенологической стадии ОА, ИМТ. Пациенты первой группы (20 больных) получали комплексную фармакотерапию, включавшую Хондроитин сульфат 750 мг 2 раза в сутки и препараты кальция (Кальций Д3 Никомед 2 раза в сутки). Пациентам второй (контрольной) группы (20 человек) назначали хондроитина сульфат по 750 мг 2 раза/сут. в течение 6 нед. Обеим группам дана терапия нимесулидом в течение 10 дней. Оценку эффективности обеих схем лечения проводили с использованием визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), по данным физикального обследования, включавшего осмотр, пальпацию в покое

и при движении, а также по динамике альгофункционального индекса Лекена, который оценивали до начала лечения и после 6 нед. терапии.

Результаты и обсуждение. До начала лечения у больных ОА средний уровень боли в покое по ВАШ в первой группе составил $59,1 \pm 1,64$ мм, во второй – $60,1 \pm 2,12$ мм. Уже к концу 2-й нед. у больных первой группы боль в покое в среднем уменьшилась на 13,9 мм (23,5%), у больных второй (контрольной) группы – на 11,8 мм (19,6%). К концу наблюдения этот показатель у больных, 1-й группы снизился в среднем на 17,8 мм (30,1%), а у больных контрольной группы – на 15,0 мм (25,0%). Анализ динамики показателя боли в покое по данным ВАШ, оцененного до и после лечения, показал его статистически значимое снижение у пациентов обеих групп ($p < 0,001$), однако у больных 1-й группы выраженность редукции боли оказалась выше. Проанализирован показатель боли при пальпации в динамике по данным ВАШ. До начала терапии он составлял в среднем $69,3 \pm 1,21$ мм в 1-й группе и $70,2 \pm 1,17$ мм – во 2-й, а через 2 нед. Статистически значимо снизился у пациентов обеих групп до 58,2 и 62,4 мм соответственно ($p < 0,05$). Этот показатель к концу наблюдения у пациентов первой группы уменьшился на 17,7 мм (25,5%), а у больных контрольной группы – на 14,5 мм (20,6%). Таким образом, статистически значимое снижение интенсивности боли при пальпации наблюдалось у больных обеих групп ($p < 0,001$), однако в группе больных, принимавших Хондроитин сульфат в сочетании препаратами кальция, болевой синдром купировался эффективнее.

Заключение. Исследование показало, что хондроитина сульфат эффективен в лечении больных ОА, однако положительное действие хондроитина сульфата и препаратов кальция оказалось более выраженным, что проявилось в статистически значимом снижении альгофункционального индекса Лекена ($p < 0,05$) и более выраженном снижении интенсивности боли.

МРТ ДИАГНОСТИКА ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ

Вахидова Н.Т., Юсупалиева Г.А.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность: По данным ВОЗ (2013), пневмония является главной причиной смертности детей во всем мире. Ежегодно пневмония уносит жизни примерно 1 млн. детей в возрасте до 5 лет. Это больше чем СПИД, малярия и корь вместе взятые. В Узбекистане 2012 году показатели болезни органов дыхания составляли - 17105,94 а среди детей – 48156,46 случаев на 100 000 населения. В 2013 году 17863,57 и 50127,98 соответственно. В детской практике крайне важным является ранняя и точная диагностика пневмоний. Инструментальная диагностика занимает особое место в этом алгоритме. Потенциал магнитно-резонансной томографии (МРТ) в

исследовании легких в педиатрической практике начали исследовать последние 10 лет (T.Rupprecht, B.Böwing, R.Kuth, M. Deimling, W.Rascher, M.Wagner, 2002). Большая часть этой работы была проведена на низкопольном МРТ, в основном 0,2Т. Тем не менее, в настоящее время, к сожалению МРТ легких редко применяется в педиатрической радиологии.

Цель. Улучшение и усовершенствование лучевой диагностики пневмоний у детей.

Материалы и методы: Были обследованы 50 детей, из которых 30 здоровых детей контрольной группы и 20 детей с пневмонией от 3х до 18 лет в течении 2014-2015гг. Исследования проводились на МРТ аппарате «MAGNETOMOPENVIVA» с магнитно - резонансной индукцией 0,2Тв клинике ТМА.

Результаты исследования показали, что у детей без патологии легких получение изображения грудной клетки крайне затруднительна за счёт низкой протонной плотности. Также, выявление пневмонии на низкопольном МРТ аппарате (0,2Т) было затруднительно у 13 детей (из 20) за счет наличия ряда трудностей в виде артефактов, из-за низкой протонной плотности легких, потери сигнала за счет физиологических движений (дыхательные и сердечные движения), предполагаемые артефакты от различных сред «воздух-ткань», что в основном было вследствие невозможности детей до 5 лет следовать дыхательным инструкциям. Во избежание артефактов от дыхательных движений применялась методика задержки дыхания на 20 секунд. Что дало возможность у детей старшего возраста (6-18 лет) (n=7) выявить пневмонию при некоторых её формах (лобарная, полисегментарная пневмония) на фоне динамической нерезкости.

Выводы. МРТ обладает ограниченными возможностями определения и уточнения диагноза пневмонии. Обязательным условием получения изображения легких на МРТ является исследование пациентов согласно дыхательным инструкциям. МРТ грудной клетки у детей до 5 лет требует применения специальной подготовки в виде анестезии и укладки больного.

СОСТОЯНИЕ ПРОНИЦАЕМОСТИ КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ЭНТЕРОПАТИЕЙ

Геллер С.И., Худоярова З.С.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность: Представление об основных функциях желудочно-кишечного тракта традиционно ограничивалось лишь перевариванием и всасыванием питательных веществ, электролитов и регуляцией водного гомеостаза. Более внимательный анализ анатомической и функциональной схемы желудочно-кишечного тракта предполагает, что другой чрезвычайно

важной функцией этого органа является его способность регулировать обмен макромолекул между окружающей средой и организмом через барьерный механизм. У детей, страдающих пищевой аллергией отмечается выраженное нарушение барьерной функции желудочно-кишечного тракта, однако исследования кишечной проницаемости при гастроинтестинальных формах пищевой аллергии изучены недостаточно.

Цель исследования: оценить состояние проницаемости кишечной стенки при аллергической энтеропатии.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 23 пациента в возрасте от 3 месяцев до 3 лет с диагнозом аллергическая энтеропатия. Для установления диагноза были использованы клиничко-anamnestические, параклинические и специфические исследования: общий Ig E, специфический Ig E к пищевым продуктам. Оценка проницаемости кишечной стенки осуществлялась по методу Петрова и соавт (Волгоградская медицинская академия) путем проведения нагрузочной пробы жидкостью, содержащей эквимоллярную смесь лактулозы и маннита, сбора мочи в течение 3 ч после приема тестируемой смеси. Определение содержания лактулозы проводилось с помощью реакции с 2.3.5-трифенилтетразолием, маннита - той же реакцией после предварительного окисления метапериодатом натрия. Окрашенные продукты спектрофотометрировали при длине волны 485 нм, и рассчитывали показатель проницаемости кишечной стенки, как отношения разности экстинкций пробы М (маннит) и Л (лактuloза) к пробе Л. Контрольную группу составили 20 практически здоровых детей.

Результаты: У 16 больных (69,5%) отмечалось повышение проницаемости кишечной стенки по сравнению с контрольной группой из здоровых детей. При спектофотометрировании соотношение оптических плотностей маннита и лактулозы в образцах, полученных от пациентов имело отрицательное значение ($-0,2 \pm 0,3$), в контрольной группе же отношение между лактулозой и маннитом составило ($0,3 \pm 0,5$), $p < 0,05$. Данные результаты свидетельствуют о том, что при аллергической энтеропатии увеличивается экскреция крупных молекул лактулозы в мочу, а маннита уменьшается или остается прежним, сдвигая соотношение между этими двумя веществами в отрицательную сторону. Прослеживалась определенная взаимосвязь между пониженным соотношением манит-лактuloза и клинической картиной. У детей отмечалось наличие выраженной диареи (4-8 раз), обильная слизь в кале и кожные проявления аллергии.

Выводы: Таким образом, при аллергической энтеропатии, отмечается повышение проницаемости кишечной стенки в 69,5% случаев. Вероятно, что повышенная кишечная проницаемость является прямым следствием заболевания или она может быть этиологическим фактором развития гастроинтестинальной пищевой аллергии.

ПОДБОР ДОЗЫ АНТИБИОТИКА ДЕТЯМ С БУЛЛЁЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ

Грунина О.С., Хуснидинова Х.Х.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Смертность детей с буллёзным эпидермолизом по материалам литературы составляет до 50% в первые месяцы жизни и 35% до одного года жизни, затем 15% до 3-5 лет жизни, остальные 15% в последующие годы жизни в основном от сепсиса.

Цель исследования. Подобрать эффективную и безопасную дозу антибактериальных средств детям страдающих буллёзным эпидермолизом.

Материалы и методы. Анализ проводился по историям болезни выписанных больных и 5 детей проходивших лечение в клинике Ташкентского Педиатрического Медицинского Института в отделении дерматологии за период 2015-2016 года, девочек – 8, мальчиков – 5. Дети получали Цефтриаксон и Амикацин, доза назначалась в зависимости от тяжести состояния больных.

Результаты и их обсуждения. Наблюдалось снижение почечной фильтрации, наблюдалось уменьшение количества суточной мочи и подъём температуры без лейкоцитоза, но с увеличением СОЭ. Причём, мочевины и креатинин не увеличивались. С целью уменьшения нефротоксического эффекта проводилась коррекция антибиотикотерапии снижением дозы до 2/3 или 1/2 дозы (до 50 ЕД/кг цефалоспорины и 10-7,5 мг/кг аминогликозида). Также проводилась корригирующая инфузионная терапия 0,9% раствором хлорида натрия 10 мг/кг внутривенно капельно 1-2 раза в день, после чего диурез нормализовался. Дополнительное назначение мочегонных препаратов не проводилось. Антибиотиком первого выбора был Цефтриаксон, а Амикацин назначался для поддержания антибактериальной терапии с 10-14 дня при явлениях воспаления кишечника и подозрении на острую кишечную инфекцию (наличие лейкоцитов до 10 в поле зрения), он был препаратом второго выбора. Помимо этого проводилось местное лечение: Левомеколь с Синтомициновой эмульсией 2 раза в день и обработка Метиленовым синим.

Показателем улучшения состояния ребенка являлось снижение температуры, нормализация стула, мочевыделения и восстановление основных жизненных функций организма (сон, аппетит).

Вывод. Нефротоксический эффект антибиотиков у детей с буллёзным эпидермолизом требует уменьшения дозы с удлинением времени антибактериальной терапии. Рекомендуется комбинация 2-3 антибактериальных средств в минимальных дозах на фоне обязательного местного лечения, а также параллельно назначение противогрибковых препаратов во время и после курса антибиотиков в течении 10-14 дней.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕФОРМАЦИЕЙ МАДЕЛУНГА У ДЕТЕЙ

Давронов С.Х., Ходжанов И.Ю.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Результаты проведенного комплексного обследования позволили выделить две основные группы пациентов: с отсутствием (1-я группа) или наличием (2-я группа) деформации диафиза лучевой кости. Это служило основой для выбора методики оперативного лечения детей.

Цель. Целью нашего оперативного лечения являлось восстановление правильного пространственного положения дистального эпифиза лучевой кости, устранение укорочения лучевой кости и, при необходимости, ликвидация варусной деформации диафиза лучевой кости. Для этого нами использовался вне очаговый компрессионно-дистракционный остеосинтез.

Задания. Техника хирургического вмешательства при лечении больных первой группы (без деформации диафиза лучевой кости). Через дистальный метафиз лучевой кости с тыльной поверхности проводили 2 стержня с резьбовой нарезкой. Два стержня с резьбовой нарезкой проводили через среднюю треть лучевой кости. По одной спице Киршнера проводили через обе кости предплечья в средней трети и пястные кости. Монтировали аппарат внешней фиксации на предплечье с фиксацией кисти полукольцом аппарата Илизарова. Выполняли остеотомию лучевой кости на вершине деформации, одновременно устраняли торсию лучевой кости и осуществляли умеренную коррекцию деформации. В послеоперационном периоде методом асимметричной дистракции устраняли укорочение и деформацию лучевой кости. Через три недели после устранения деформации лучевой кости спицы, фиксирующие обе кости предплечья и кисть, удаляли и приступали к разработке ротационных движений предплечья и восстановлению движений в лучезапястном суставе.

При лечении больных второй группы (с деформацией диафиза) мм выполняли две остеотомии на вершинах деформации в среднем и дистальном отделах лучевой кости.

Материал методы. С целью оптимизации формирования регенерата в области остеотомий нами применялась методика с использованием 3-Д визуализация на МСКТ исследованными. На основании полученных данных производится коррекция деформации в разных плоскостях. Проводилась по возможности одномоментная коррекция пространственного положения эпифиза лучевой кости с последующим удлинением лучевой кости в послеоперационном периоде. Устранение торсионной деформации лучевой кости, по нашему мнению, способствует восстановлению амплитуды ротационных движений предплечья.

Результат. Важную роль в достижении хорошего результата играет раннее начало восстановительного лечения. Изучение результатов лечения детей с деформацией Маделунга показало, что во всех наблюдениях были восстановлены физиологические соотношения компонентов лучезапястного сустава, устранено порочное положение кисти, увеличена амплитуда ротационных движений. Лишь у одного больного с явлениями артроза лучезапястного сустава сохранился болевой синдром после физических нагрузок.

Выводы. Анализ результатов обследования и лечения пациентов с деформацией Маделунга позволяет сделать следующие

1. Основными компонентами проявления болезни функции является нарушении зон роста лучевой кости, наряду с укорочением и деформацией в области метафиза, которые необходимо учитывать при планировании хирургического вмешательства.

2. Устранение деформации, укорочения, торсии лучевой кости, а при необходимости и деформации диафиза лучевой кости с использованием дистракционного остеосинтеза позволило во всех наших наблюдениях восстановить правильные соотношения в лучезапястном суставе, устранить болевой синдром и улучшить функциональные возможности верхней конечности.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ СИНУСИТОВ

Джумашев И.А., Ибрагимова Р.А.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Диагностика синуситов осуществляется по клиническим и рентгенологическим данным. По качественным рентгенограммам придаточных полостей носа представляется возможным разграничивать остро протекающие воспалительные процессы от хронических синуситов.

Цель работы: Целью нашего исследования явилось определение целесообразности комплексного применения традиционной рентгенографии в диагностике хронических воспалительных процессов в верхнечелюстных пазухах.

Материалы и методы: Нами обследовано 20 человек, которым выполнялись рентгенография придаточных пазух носа в носо-подбородочной проекции в вертикальном положении. Рентгенография выполнялась на рентгеновском аппарате «Siemens». Среди обследованных с подозрением на хронический верхнечелюстной синусит было 12 мужчин и 8 женщин в возрасте от 13 лет до 71 года. Двухстороннее поражение по данным методов исследования было у 13 человек, одностороннее – у 6. У 1 пациента

определялся только полип нижнего носового хода.

Результаты. На рентгенограммах пристеночное затемнение в верхнечелюстных пазухах на фоне общего снижения прозрачности выявлялось у 9 человек, из них в 2 наблюдениях изменения можно было оценить как эксцентрический тип облитерации пазухи и в 1 – как концентрический. Субтотальное затемнение наблюдалось в 4 случаях, тотальное – в 6. Наличие кисты по рентгенограмме можно было установить у 3 человек, заподозрить ещё у 4. У 3 больных наблюдались инородные тела в пазухах, принадлежность которых по рентгенограммам установить было затруднительно. **Вывод.**

Являясь наиболее распространённым и широко применяемым методом диагностики воспалительных заболеваний околоносовых пазух, рентгенография не всегда позволяет поставить точный диагноз. В сложных или неясных случаях целесообразно традиционную рентгенографию дополнять компьютерной томографией, которая весьма существенно расширяет диагностические возможности при воспалительных заболеваниях придаточных пазух носа и определяет дальнейшую тактику лечения, прежде всего объём и способ оперативного вмешательства.

ТЕХНИКА ТОННЕЛЬНОЙ ЭКСТРАКЦИИ КАТАРАКТЫ СПЛОТНЫМИ ЯДРАМИ

**Джураев Н.А., Сайдахмедова К.А., Бабаджанова Л.Д.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Тоннельная экстракция катаракты характеризуется не только экономичностью и отсутствием низкочастотного энергетического воздействия на внутриглазные ткани и систему микроциркуляции, но и возможностью удаления плотных ядерных катаракт. Несмотря на многие достоинства данной технологии, в ходе оперативного вмешательства могут возникнуть некоторые сложности, главным образом связанные с выведением хрусталикового ядра через склеророговичный тоннель, в связи с чем предложено множество методик его извлечения.

Целью нашего исследования является анализ эффективности модифицированной тоннельной экстракции врожденных катаракт [ВК] с плотными ядрами.

Материалы и методы. Нами проведен анализ результатов хирургического лечения 17 детей (17 глаз), прооперированных по поводу ВК с плотным ядром. Среды всех обследованных детей мальчиков было 9 (52,9%), девочек – 8 (47,1%). Возраст детей от 6 месяцев до 8 лет.

Результаты и обсуждения. Самогерметизация разреза достигалась его многопрофильной конфигурацией, что обеспечивала достаточную адгезирующую площадь стенок тоннеля. При достаточной глубине

склерокорнеального тоннеля создаются благоприятные условия для прижатия стенок тоннеля друг к другу за счет воздействия внутриглазного гидродинамического давления [ВГД]. При близком расположении разреза к лимбу ВГД направлено на расхождение операционного разреза. В связи с чем разрез начинали отступя 2,5 мм от лимба. Цистатомом и микрошпателем производили раскол ядра в вертикальной плоскости с последующим горизонтальным разделением ядра на две части. При хрупком ядре это происходило просто. При большом и плотном ядре хрусталика раскол и горизонтальное деление его усложняется. После разлома ядра на две части тем же способом производится разлом фрагментов на нужное количество частей и их вымывание через расширенный разрез. Далее осуществляется аспирация и ирригация остаточных хрусталиковых масс и имплантация интраокулярной линзы в капсульный мешок. Вискоэластик вымывается из передней и задней камеры глаза.

Интраоперационно у 1 (5,9%) пациента произошел разрыв задней капсулы хрусталика вследствие слабости цинновых связок, что потребовало выполнения передней витректомии с последующей имплантацией заднекамерной модели искусственного хрусталика в цилиарную борозду. ТонOMETрические показатели уровня внутриглазного давления были в пределах нормы. Положение интраокулярной линзы оставалось стабильным, без смещения и наклона.

Выводы:

1) Технология удаления твердых катаракт на основе с разделением позволяет эффективно и безопасно проводить хирургическое вмешательство на глазах с плотными катарактами.

2) Склерокорнеальный тоннельный разрез – предупреждает развитие ряда осложнений, как неправильный послеоперационный астигматизм, инвагинация и инвазия роговичного эпителия в переднюю камеру глаза и повышенная травматизация эндотелия.

АДАПТАЦИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ, ИЗВЛЕЧЕННЫХ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ С РУБЦОМ НА МАТКЕ

**Ерназарова Б.Ж., Ходжиметова Ш.Х., Гулямова М.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

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

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

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

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

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

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

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

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

ПЕРЕЛОМЫ ГОЛОВЧАТОГО ВОЗВЫШЕНИЯ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ У ДЕТЕЙ

Жураев Б.У., Ходжанов И.Ю.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Переломы головки мыщелка плечевой кости у детей относятся к числу часто встречающихся повреждений и среди переломов в локтевом суставе занимают второе место после надмыщелковых (11-20%).

К исследованию подвергнуты 30 детей с переломами головки мыщелка плечевой кости, пролеченных в клинике НИИТО МЗ РУзв период от 2014 по 2015 гг. Способ устранения зависел от вида перелома, характера смещения отломков, срока поступления пациента в стационар и сопутствующих повреждений. Всем пациентам лечение проведено консервативным путем – у 12 (40%) и хирургическим – у 18 (60%). Хирургический метод заключался в сопоставлении открытым путем смешанной головки мыщелка плечевой кости и стабилизации проведенными через головки мыщелка плечевой кости спицами с упорными площадками по фронтальной и диагональной плоскости.

Лечение заключало в иммобилизации задней гипсовой лонгетой от головки пястных костей до подмышечной впадины при переломах без смещения отломков и при незначительных смещениях, когда не нарушалось соотношение суставных поверхностей – у 8 (26,7%) детей. Положение верхней конечности было в следующем: предплечье в положении сгибания под углом 90° и в средней физиологии между супинацией и пронацией. Иммобилизационный период длился до 1,5 месяца, в зависимости от интенсивности процесса сращения. Лечебная гимнастика начинали после контрольной рентгенографии и установления факта о завершенности костной консолидации. Закрытая ручная репозиция проводилась у 4 (13,3%) ребенка с переломами со смещением отломков более чем на $\frac{1}{4}$ поперечник шириной диаметра кости по данным рентгенографии. У остальных 18 (60%) детей проведен хирургический метод лечения. Отдаленные результаты изучены у всех наблюдавших детей после снятия гипсовой повязки и удаления наружного аппарата. Из всех 30 детей у 24 (80%) результат расценен как отличный с хорошим анатомо-функциональным результатом.

Заключение. При переломах головки мыщелка плечевой кости предпочтительным способом лечения является хирургический метод, только после чего возможно достичь полноценного сращения области перелома с лучшим анатомо-функциональным результатом костных структур локтевого сустава.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Жураев Б.У., Ходжанов И.Ю.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Наиболее сложными для лечения являются оскольчатые переломы мыщелка плеча (тип С по классификации АО/ASIF). Наше сообщение основано на изучении и результатов лечения 71 больных которые лечилась в 2013-2015 гг. Мальчики было 46 (64,7%), девушки-25 (35,2%). По возрасту больные

распределялись следующим образом от 7 до 10 – 9 (12,6%) больные; от 10 до 14 – 32 (45,1%) больные; от 14 до 18 – 30 (42,3%) больных.

В анализ результатов лечения включены больные со свежими и несвежими переломами. Срок оперативного лечения у большинства больных составлял от 3 до 5 дней после травмы. У больных мы наблюдали следующие виды переломов дистального конца.

- перелом эпифиза – головки мышцелка у 32 (45,1%) больных. Часто наблюдается перелом передней части эпифиза со смещением от места кверху. Отломок представляет собой от головки мышцелка с частью блока, или блок с частью головки мышцелка. Эти переломы по частоте значительно уступают Т – V образным переломам мышцелка плеча, среди больных которым показано оперативное лечение.

Т – V образные переломы, переломы по типу С по классификации АО, ASIF; у 7 (9,8%) больных. У наших больных часто определялись переломы по типу С 1, и редко С 2. Следует заметить, что имеется тенденция к увеличению числа переломов в сторону усложнения от С 1, к С 2. Чрезмышцелковые перелома – у 27 (38,1%) больных.

В лечении мы применяем закрытый внеочаговый компрессионно-дистракционный остеосинтез аппаратом Илизарова. Открытое сопоставление переломов эпифиза открытое сопоставление костных отломков С 1, С 2 переломов мышцелка с фиксацией спицами (от 4 до 7 спиц): без применения аппарата наружной фиксации; б) с применением аппарата внешней фиксации (Илизарова, или его модификация).

Мы отдаем предпочтение боковым (латеральным, медиальным) хирургическим доступам. Эти доступы благоприятствуют хорошему обзору места перелома и максимально щадят питающую мышечную ножку основных костных отломков. В исключительных, единичных случаях нам приходилось перерезать эти питающие ножки, для анатомического восстановления формы мышцелка. Фиксацию переломов эпифиза осуществляем 2-мя спицами. Спица проводится со стороны метафиза к отломку, конец спицы должен остановиться в толще суставного хряща, чтобы не выступал в сустав.

Заключение. Стороны хирургического доступа определяем от поперечного размера эпиметафизарного костного отломка при Т – V образных переломах. Вначале сустав вскрывается со стороны костного отломка малого размера, чтобы его фиксировать к большому отломку. Мы соединяем их 2 – мя спицами Киршнера и убедились в том, что это достаточно стабильно их удерживают, и это атравматично, чем шурупы. Затем дистальные отломки сопоставляются и проксимальному и фиксируются спицами.

БИОХИМИЧЕСКИЙ СОСТАВ СЛЮНЫ ПРИ КАРИЕСЕ КОНТАКТНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

Закирходжаева З.С., Махкамова Ф.Т.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Наблюдается значительно высокая распространенность и интенсивность кариеса зубов, число рецидивов кариозного процесса и случаев развития вторичного кариеса у детей в г. Ташкенте, превышающая среднестатистические показатели Глобального банка данных для стран Европы.

На предупреждение вторичного и рецидивного кариеса нацелены современные разработки пломбирочных материалов и техник реставрации зубов. Особую актуальность представляют профилактика и лечение кариеса II, III и IV классов по Блэку, то есть, - на контактных поверхностях зубов. Его диагностика достаточно трудна, а в начальных стадиях - практически невозможна.

Цель. Оценить влияние ротовой жидкости на кариес контактных поверхностей молочных зубов.

Материалы и методы. Было обследовано 60 детей в возрасте от 3-7 лет в поликлинике №56 ТашПМИ на кафедре Оториноларингологии, детской оториноларингологии и стоматологии. Определение рН слюны проводили биохимическими методами исследования. Получение ротовой жидкости (смешанной слюны) проводили при оплевывании ее обследуемым в стеклянные градуированные пробирки или измерительные микрокуветы.

Результаты. При исследовании минерального и органического состава слюны у детей с контактным кариесом установлены некоторые отклонения от средних величин в содержании кальция (1.5 ± 0.15 моль/л) и фосфора (5.7 ± 0.048 моль/л), глюкозы (0.04 ± 0.004 моль/л), общий белок (5.7 ± 0.04 г/л), щелочная фосфатаза (19.5 ± 1.34 Е/л), ЛДГ (300 ± 3.41 Е/л), лактат (0.17 ± 0.011 моль/л), α -амилаза (28.7 ± 0.14 Е/л), рН (7.0 ± 0.2). Таким образом, все известные физиологические процессы и патология твердых тканей зубов протекают в тесном взаимоотношении их с жидкой средой полости рта.

Выводы. Кариес контактных поверхностей зубов сопровождается выраженным нарушением кислотно-основного баланса в области межзубного промежутка. Существуют закономерности в развитии кариеса контактных поверхностей зубов, обусловленные совокупными и взаимосвязанными нарушениями в функциональном состоянии среды полости рта и отдельных межзубных, промежутков. Наиболее неблагоприятным является сочетание микробного ацидоза на фоне дезинтеграции систем регуляции кислотно-основного равновесия в полости рта с локальным микробным ацидозом в области межзубных промежутков.

ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ БОЛИ У БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА В СОЧЕТАНИИ С ДИСФУНКЦИЕЙ БИЛИАРНОГО ТРАКТА

Заргарова Н.Р., Рузметова И.А., Эгамбердиева Д.А., Атаходжаева Г.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность: Хроническая абдоминальная боль в гастроэнтерологии является одной из основных проблем, как с диагностической, так и с лечебной точки зрения. Правильная оценка болевого синдрома помогает врачу составить представление о характере заболевания.

Цель исследования: выявить особенности восприятия боли у пациентов, страдающих синдромом раздражённого кишечника (СРК).

Материалы и методы Обследованы: 30 больных СРК (15 женщин и 15 мужчин) в возрасте от 21 до 43 лет: у 12 из них (ср. возраст $41,3 \pm 1$ лет) — СРК с диареей, у 10 (ср. возраст $41,2 \pm 8,6$ лет) — СРК с запором, у 8 (ср. возраст $42,8 \pm 9,9$ лет) — СРК смешанный. Обследование проводилось в РСНГЦТ и МР Гастроэнтерологическом отделении. Для оценки особенностей болевых ощущений и восприятия боли применялись визуальная аналоговая шкала (ВАШ) и Мак-Гилловский болевой опросник. Результаты исследования: Анализ показателей Мак-Гилловского болевого опросника выявил: как эмоциональные* так и аффективные расстройства, с преобладанием последних во всех группах* но наиболее выраженные в группе лиц страдающих смешанной формой СРК. По шкале «сенсорная характеристика боли» индекс выбранных дескрипторов (ИВД) не имел достоверных различий у всех лиц» средняя оценка боли, по ранговому индексу (РИБ) составила $28,1 \pm 9,8$ при СРК с запором, $19,4 \pm 8,5$ при СРК с диареей, $40 \pm 6,9$ при смешанном СРК, По аффективной шкале, отражающей эмоции, ИВД у больных СРК с запором составил $5 \pm 2^*8$; у больных СРК с диареей — $2,2 \pm 1$; у больных СРК смешанной формы — $6,3 \pm 3,4$, т.е. переживания боли у всех лиц были одинаковы..

Выводы: Самый низкий РИБ боли был у больных СРК с диареей — $34,4 \pm 12$, а при запоре и смешанном варианте — $56,2 \pm 20$ соответственно.

ПЕРФУЗИОННОЕ НАРУШЕНИЕ И ИХ КОРРЕКЦИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Зиядуллаев Ж.К., Хакимов. Б.Б., Ёдгорова С.И., Тураев Б.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Определить наиболее современные и эффективные методы коррекции перфузионных нарушений органов и систем у детей в острые

периоды травматической болезни, с выявлением влияния их на «шоковые» органы.

Пациенты и методы исследования: Для решения поставленных задач всего обследовано 60 детей в возрасте от 5 до 14 лет. После тщательного общеклинического и лабораторного обследования была отобрана основная группа больных с патологией травматической болезни острого периода, в возрасте от 5 до 14 лет. Исследования проводилось, с проведением методики интенсивной терапии на основе препаратов ГЭК, группы коллоидных препаратов.

Для оценки состояния МЦ и РСК у больных с патологией до лечения, после традиционной и комплексной терапии были проведены следующие исследования: бульбарная ангиоскопия с калиброметрией диаметров микрососудов; ЦДК сосудов; определение сатурации кислорода и гематокрита, определение проницаемости сосудов капиллярно-венозным методом по В. Г. Казначееву, А. А.

Так, биомикроскопия артериолы у здоровых детей отличаются преимущественно прямолинейным ходом, от них под прямым углом отходят прекапиллярные артериолы. Кровоток в них сплошной гомогенный, от сосудов большего диаметра к сосудам с меньшим просветом. Периваскулярный фон преимущественно прозрачный, контуры артериол ровные и четкие. Морфометрия показала, что диаметр артериол у здоровых лиц составляет в среднем $24,3 \pm 0,5$ мкм, а диаметр прекапиллярных артериол колебался в пределах 10-15 мкм. Биомикроскопия сосудов бульбарной конъюнктивы глаза детей с травмой в остром состоянии обнаружила умеренно выраженные изменения терминального кровотока, которые носят достоверный характер. Необходимо отметить, что в данной группе обследования внесосудистые, сосудистые и внутрисосудистые изменения, как указывалось выше, носили умеренный характер, но их суммарная величина по сравнению с группой здоровых лиц, отличалась в 1,5 раза.

Результаты: Таким образом, из вышеизложенного можно заключить, что у детей с монотравмой в остром периоде до лечения на фоне минимально выраженных клинических проявлений обнаруживаются умеренно выраженные нарушения РСК и показателей МЦ

Клиническое обследование детей с травматической болезнью после комплексной терапии (нормализаторы давления, обезболивающее, волюстин (волювен) раствора Рингер-лактата) обнаружило значительное улучшение общего состояния организма с отсутствием жалоб, как таковых. Показатели гемодинамики и РСК в данной группе исследования сравнились с таковыми в группе здоровых лиц, что говорит об их максимальной коррекции.

Заключение. В системе гемодинамики и микроциркуляции у больных с травматической болезнью обнаруживаются незначительные внесосудистые, внутрисосудистые и сосудистые нарушения, которые проявляются в виде возникновения единичных очажков микрозастоя, неравномерности и извитости посткапиллярных венул, коррелирующие со степенью выраженности

клинических проявлений заболевания. После комплексного лечения с применением коррекционных препаратов для обезболивания, восстановления давления у детей с травматической болезнью в результате монотравмы наблюдается полное восстановление микроциркуляции.

РЕСПИРАТОРНАЯ ТЕРАПИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ С МАЛОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Зиядуллаев Ж.К., Матюшенко Ю.А., Павлов Б.П., Касимов У.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Объективизация респираторной терапии у новорожденных с малой массой тела.

Пациенты и методы. Под нашим наблюдением находились 20 новорожденных. Из них 16 с малой массой тела от 1100 до 2380 г и 4 ребенка с массой от 710 до 950 г, при этом гестационный возраст у 9 новорожденных колебался от 25 до 30 недель и от 31 до 35 недель – 8 детей.

Результаты: В настоящее время респираторная терапия, которую мы преследуем – создание ребенку условий, в которых он не будет страдать, устранить отсутствие гипоксии, адекватный газообмен и перфузия тканей. Смещение к более мягким, щадящим режимам: в связи с неравномерностью вентиляции разных участков легких и их перерастяжением, используем малые (минимально достаточные) дыхательные объемы (TV 5-7 мл/кг, MV 0,25-0,3 л/кг). Для того чтобы избежать повреждения легких (баротравм) высоким давлением или дыхательным объемом реализуем метод «допустимой гиперкапнии». Наш опыт позволил придерживаться следующей тактики: для профилактики ВЖК важнее избегать резких изменений P_aCO_2 , чем стремиться «нормализовать» его уровень. Вероятно, поддержание небольшой степени гиперкапнии более безопасно для новорожденного, чем стремление к нормокапнии и точно безопаснее, чем гипокапния. Мы не допускали снижения P_aCO_2 менее 25–30 мм рт. ст. Это встречается у новорожденных находящихся ИВЛ, а значит им требуется внимательный мониторинг P_aCO_2 , особенно в первые трое суток жизни. В такой ситуации достаточно поддерживать P_aCO_2 в пределах 35–50 мм рт. ст. Приемлемыми показателями КОС у новорожденных при методе "допустимой" гиперкапнии можно считать: pH не менее 7,3; P_aCO_2 – 45–50 мм рт. ст. При этом одновременно мы придерживались более низких показателей оксигенации – P_aO_2 – 40–70 мм рт. ст., $SpO_2 > 86\%$. При отсутствии возможности прямого или косвенного мониторинга концентрации CO_2 в артериальной крови, об избыточности МОВ (минутной вентиляции легких) можно судить по отсутствию спонтанного дыхания при проведении ИВЛ (при отсутствии медикаментозной синхронизации или поражении ЦНС). Недостаточность МОВ будет проявляться беспокойством, асинхронностью

дыхания, “борьбой” с вентилятором. Кроме общепринятых условий (квалифицированный персонал и эффективный мониторинг), необходимо соблюдение стабильной гемодинамики. Любая, даже самая умеренная ИВЛ может усилить расстройства центральной гемодинамики, поэтому так важно эти два состояния: дыхательную и сердечную недостаточность корректировать параллельно. Для стабилизации и поддержания гемодинамики нами использовались инотропы (дофамин 3-5 мкг/кгмин). Волемическая поддержка в физиологической потребности с использованием 5% раствора глюкозы и раствора Рингера и ранняя энтеральная нагрузка. Основные критерии стабильной гемодинамики: артериальное давление в пределах возрастных значений, частота сердечных сокращений 120-160 в мин., отсутствие нарушений микроциркуляции, способность удерживать тепло в кювете или в открытой реанимационной системе, возможность добиться удовлетворительной оксигенации и нормовентиляции, контроль диуреза. Одним из признаков сохраняющейся недостаточности кровообращения мы считаем трудности синхронизации ребенка с респиратором, и после ликвидации гемодинамических расстройств больной легко синхронизируется с аппаратом ИВЛ. Использование параметров минимальной достаточности позволило нам избежать баротравм или синдрома утечки.

Выводы. ИВЛ у новорожденных необходимо проводить в режиме минимальной достаточности. Обязательным условием стабилизации газового состава крови является поддержание P_vCO_2 в пределах 35-45 мм.рт.ст, а сатурацию 92-95%. Газовый состав крови необходимо стабилизировать в течение первых суток ИВЛ и с 2-4 суток готовить ребенка к самостоятельному дыханию.

ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ И ОСТРЫЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ А: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО – ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ.

Зияева М.М., Абдуллаева У.У.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

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 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%). Симптомы интоксикации и диспепсические проявления выражены умеренно, но значительно чаще (у 9 больных 52,9% случаев). 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. . В биохимическом анализе крови при ОВГА гипербилирубинемия с преобладанием прямой фракции билирубина, является более выраженной и стойкой, чем при ИМ.

Заключение: Основным и самым надежным критерием дифференциальной диагностики остаются серологический метод(ИФА) обнаружение в крови анти НАV 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.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Ибодуллаева Ш.Ю., Абдуллаева М.Н.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность.Лекарственные препараты играют большую роль при возникновении острых аллергических реакций у детей грудного возраста. Проявления лекарственной аллергии многообразны, и для грудничков они представляют особую опасность: в этом возрасте острая реакция очень быстро может привести к ухудшению состояния здоровья ребёнка и даже привести к летальному исходу.

Цель исследования. Изучить аспекты клинической особенности и причины возникновения лекарственной аллергии у детей грудного возраста.

Материалы и методы исследования. При поступлении в стационар 1-ГДБ были обследованы 31 больных детей грудного возраста с различными клиническими проявлениями лекарственной аллергии. Для диагностики лекарственной аллергии был собран аллерго-анамнез и были применены лабораторные методы, кожное тестирование. По клиническим проявлениям больные распределились следующим образом: анафилактический шок – у 5, крапивница – у 6, бронхообструктивный синдром – у 4, отек Квинке – у 4, синдром Лайелла – у 3, синдром Артюса – у 4, синдром Стивенса-Джонса – у 3, аллергические ринит и конъюнктивит – у 2 больных.

Результаты: Наиболее актуальными проявлениями лекарственной аллергии являлись анафилактический шок, отек Квинке, бронхообструктивный синдром, острая крапивница и полиморфные высыпания, в том числе такие тяжелые эксфолиативные проявления, как синдром Лайелла и синдром Стивенса–Джонсона. Крайне редко встречаются аллергические ринит и конъюнктивит, аллергический миокардит, аллергические поражения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Чаще всего лекарственную аллергию вызывают антибиотики бета-лактамовой группы (особенно пенициллинового ряда), сульфаниламиды и нестероидные противовоспалительные препараты. йод (спиртовая настойка йода, йодиол) и бромсодержащие препараты (бромкамфора, натрия бромид).

Выводы: Организм человека представляет собой чрезмерный иммунный ответ на попадание в организм чужеродного вещества – аллергена, сопровождающийся повреждением собственных органов и тканей. Используя лекарства без надлежащего контроля, а часто даже без веской необходимости, мы повышаем чувствительность к ним нашего организма и провоцируем аллергическую реакцию. Принципиальной особенностью детей грудного возраста является тот факт, что организм ребенка может быть сенсibilизирован внутриутробно или во время грудного вскармливания, когда беременная или кормящая женщина принимает определенные средства. Лекарственная аллергия у детей может возникать при передозировке препарата т. к. у малышей особенно у детей грудного возраста иногда сложно правильно дозировать лекарство. Другими причинами является неправильный способ применения препарата и неправильная схема лечения, и конечно индивидуальная непереносимость.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Ибрагимов А.В., Рахматуллаев А.А., Усмонов О.М.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Эхинококкоз – является тяжелым распространенным паразитарным заболеванием и продолжает оставаться серьезной медицинской проблемой во многих странах мира, в том числе и в Республиках Средней Азии. В связи с улучшением диагностики число выявляемых больных с эхинококкозом ежегодно увеличивается.

Цель. Оптимизация диагностики и хирургического лечения различных форм эхинококкоза легких у детей.

Материалы и методы исследования. Нами проведен ретроспективный анализ историй болезни 53 детей оперированных по поводу ЭЛ в отделении торакальной хирургии 2 ГДХКБ за период 2010 г. по 2015 г. в возрасте от 2 до 15 лет. Мальчиков было - 38(71.7%), девочек - 15(28.3%). 2-7 лет 32(60.4%), 8-10 лет 12(22.6%), 11-15 лет 9(17%). Для диагностики применяли рентгенологические исследования у (51) больных, из них у 12 больных выявлен случайно при массовом флюорографическом исследовании, УЗД у (18), у 38 пациентов в сомнительных случаях с целью дифференциальной диагностики применена КТ. Правостороннее расположение у 14(26.4%) и левостороннее – 8(15.1%) больных. У 6 больных отмечалось двухсторонняя множественная локализация. У 13 больных отмечалось сочетание эхинококкоза легких и печени. Осложненное течение заболевания наблюдалось у 11(20.7%) больных, из них у 9(17%) детей наблюдалось нагноение эхинококковой кисты с прорывом в бронх, у 2(3.7%) установлен прорыв эхинококковой кисты в плевральную полость.

Мы являемся сторонниками органосохраняющих и щадящих оперативных вмешательств. В зависимости от расположения эхинококковой кисты, нами применен у 17 - передней, у 29 – передней-боковой, у 5 – боковой, у 2 – задней-боковой торокотомный доступ.

Больным применяли следующие виды ликвидации остаточной полости: в 11 случаях произведена эхинококкэктомия по Боброву-Спасокукоцкому, в 10 случаях – капитонаж по Дельбе, в 29 случаях – по Вишневскому и в 2 случаях А.Т. Пулатова. Лобэктомия выполнена у одного больного в случае тяжелого осложнения в виде эмпиемы плевры и гангрены легкого.

Во всех случаях ложе паразитарной кисты последовательно обрабатывалось: 3% раствором перекиси водорода, спирта и йода. Антипаразитарная терапия проводилась во всех случаях с препаратом альбендазол. Летальных исходов в наших случаях не наблюдалось.

Вывод. Таким образом, ранняя диагностика (общие клинические, лабораторные, ультразвуковые, рентген и компьютерных томография)

своевременное выполненное оперативное вмешательство с эхинококкозом легких способствует достижению хороших результатов в лечении эхинококкоза легких у детей.

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ АНГИОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ С ЯДРОМ МАЛОГО РАЗМЕРА

Ибрагимова С.Н., Ахмедов Б.Р.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Применение магнитно-резонансной ангиографии без использования контрастных веществ визуализировать церебральные сосуды в любой плоскости, выявить основные питающие артерии и оценить характер дренирования. Достоверным фактором риска разрыва АВМ, напрямую коррелирующим с частотой последнего, считается малый (до 3 см) размер ядра АВМ.

Цель исследования: Совершенствование диагностики церебральных артериовенозных мальформаций с ядром малого размера с использованием время-пролетной магнитно-резонансной ангиографии.

Материал и методы. Работа основана на анализе результатов обследования 25 пациентов с церебральными артериовенозными мальформациями с ядром малого размера в период с 2013 по 2016 г. Обследование проводилось в частной клинике Jacksoft Medical Diagnostic Services на МРТ аппарате 1.5 Тесла фирмы General Electrics. Среди обследованных пациентов преобладали женщины (55,2%). Мужчин было 11 (44%), женщин – 14 (56%). Возраст больных варьировал от 15 до 49 лет.

Результаты и их обсуждение. АВМ чаще всего располагались в теменной и затылочной долях - 7 (28%) и 5 случаев (20%) соответственно. Правосторонняя локализация наблюдалась в 56%, левосторонняя - в 44%. Разрыв мальформации наблюдали у 12 пациентов (48%). Характер кровоснабжения АВМ оценивался по количеству участвующих в «питании», артериальных бассейнов (ПМА, СМА, ЗМА). Так АВМ, снабжаемые кровью из одного бассейна встречались у 16 (64%) пациентов, из двух – у 6 (24%) и из трех артериальных бассейнов у 3 (12%) больных. По характеру венозного оттока, дренирование в систему поверхностных вен наблюдалось у 13 (52%) пациентов; в систему глубоких вен - у 8 (32%) и смешанный вариант, отмечался у 4 (16%) больных. МРТ с МРА позволяла с предельной точностью у 22 пациентов (92%) определить размеры самого узла АВМ, питающие сосуды, направление дренажных вен у 24 пациентов (96%), что крайне важно при предоперационной оценке мальформации.

Выводы: Комплекс МРТ и МРА являются высокоинформативными методами исследования, позволяющими определить объем и тактику лечебных хирургических мероприятий и отказаться от использования высокоинвазивных методов обследования больных.

РОЛЬ ПРЕПАРАТА ЭЛЮДРИЛ В ПРОФИЛАКТИКЕ И КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОПР ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗА

**Ибрагимов Ф.Ю., Махкамова Ф.Т., Якубова Ф.Х.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Проблема туберкулеза у детей всегда представляла интерес, в современных условиях она более обострена и актуальна. Ухудшившаяся ситуация по туберкулезу существенно повлияла на инфицированность и заболеваемость туберкулезом детей и подростков. Наиболее заметно они возрастают при контакте с больными, выделяющими МБТ. Наряду с ростом заболеваемости туберкулезом отмечается утяжеление структуры клинических форм, связанное с увеличением частоты прогрессирующих форм туберкулеза и лекарственной устойчивости МБТ, а это затрудняет лечение детей и подростков.

Цель. Разработать лечебно-профилактические мероприятия по санации полости рта.

Материалы и методы. В Ташкентском городском туберкулезном диспансере будет обследована 60 детей в возрасте от 7-14 лет с туберкулезом. Дети будут разделены на две группы первая группа дети, находящиеся в периоде туберкулезного инфицирования и вторая группа дети, не имеющие в анамнезе виража туберкулиновой пробы.

Лечебно-профилактическое мероприятие по санации полости рта при туберкулезе включают в себя: плановая санация полости рта детей и подростков, Индивидуальная профилактика должна проводиться на поликлиническом стоматологическом приеме.

Результаты: На основании проведенного исследования выявлено, что сочетание эффективной гигиены полости рта и применения препарата Элюдрил обеспечивают высокую клиническую эффективность лечения и профилактики множественного кариеса зубов и заболеваний СОПР. Под влиянием препарата Элюдрил происходит изменение микрофлоры полости рта, что характеризуется уменьшением количества микробов на 3 сутки после проведенного лечения. Препарат Элюдрил позволяет сохранять высокую степень антимикробной защиты на весь период лечения. Комплексное применение препарата Элюдрил вместе с противотуберкулезными препаратами (рифампицин, изониазид) не

приводит к развитию дисбактериоза и не влияет отрицательно на состав стабилизирующей микрофлоры полости рта.

Выводы. Лечебно - профилактическое мероприятие по санации полости рта, должно включать препарат Элюдрил в комплексном лечении. Имеющийся в его составе хлоргексидин, обладает выраженным антимикробным действием, что позволяет рекомендовать его для санации полости рта. При риске развития туберкулезной инфекции должно быть рекомендовано использование препарата Элюдрил для профессиональной и индивидуальной санации, что достоверно снижает гигиенические показатели.

СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ

Ибрагимов Ф.Ю., Гулямов С.С., Махкамова Ф.Т.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. В возникновении туберкулезного процесса играют роль не только особенности биологического развития организма ребенка, но и многочисленные факторы внешней среды: неудовлетворительные условия жизни, питания, гигиены и др. Многие из этих факторов у больных детей туберкулезом могут приводить к развитию заболеваний полости рта детей. Однако исследование посвященных изучению факторов риска развития стоматологических заболеваний у больных детей туберкулезом малочисленно.

Цель. Провести оценку влияния туберкулезной инфекции на СОПР у детей.

Материалы и методы. Было обследовано 40 детей, находившееся в периоде туберкулезного инфицирования в возрасте от 7-14 лет на базе РСНПЦФиП.

Клинический (осмотр полости рта, сбор жалоб больных, история их жизни и заболевания. Во время осмотра полости рта обращали внимание на состояние СОПР.

Результаты: Туберкулезная инфекция (M.Tuberculosis) повышает риск заболеваний СОПР: 89.19% гиперемия десны, 97.30% кровоточивость десны, 67% поражение слизистой оболочки и красной каймы, 75,2% зубные налеты. Согласно результатам было отмечено, что у детей больных туберкулезом по сравнению со здоровыми детьми, чаще (в 1,65 раз) встречались заболевания пародонта (юношескими гингивитами, парадонтитами), что связано с обилием клеток крови, витаминов С, А. Стоматиты встречались в 2,5 раза чаще, рецидивирующий афтозный стоматит встречался в 1,7 раза чаще, хейлиты встречались в 1,2 раза чаще, кандидамикоз встречался в 1,5 раза чаще, глосситы встречались в 1,7 раз чаще.

Выводы. Организация лечебно-профилактических мероприятий по санации полости рта у больных детей туберкулезом должна включать раннюю

диагностику и организацию оказания высококвалифицированной, специализированной стоматологической помощи. Санация полости рта должна проводиться в комплексе с противотуберкулезными препаратами, что дает преимущество перед индивидуальной санацией, когда не учитываются состояние организма ребенка. Влияние туберкулезной инфекции на состояние СОПР переоценить невозможно. Это связано, прежде всего со способностью туберкулезной инфекции оказывать влияние на состояние СОПР и у таких детей чаще развиваются стойкие стоматиты, не поддающиеся традиционному лечению. Кроме стоматитов у таких детей развивается лейкоплакия, красный плоский лишай и конечно редко - язвенно-некротический гингивостоматит.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА У ДЕТЕЙ

Иброхимов А.А, Гулямов С.С., Махкамова Ф.Т.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Для врачей стоматологов, которые ведут детский прием, актуальным является лечение герпетической инфекции в полости рта. Герпетические инфекции — это наиболее распространенные вирусные заболевания. По данным ВОЗ, заболевания, ассоциированные с вирусом простого герпеса, составляют до 15 %. В клинической практике среди заболеваний слизистой оболочки полости рта у детей до 12 лет доминирующее место принадлежит острому герпетическому стоматиту.

Цель работы: Выбрать эффективный метод лечения острого герпетического стоматита у детей.

Материалы и методы исследования. Были обследованы 40 детей в возрасте от 2 до 5 лет с диагнозом острый герпетический стоматит в поликлинике № 56 при ТашПМИ в течение 2014-2016 гг..

Дети были обследованы клинически, цитологически и ИФА методами.

Все дети были распределены на 2 группы:

1 группа - контрольная группа, состоящая из 20 детей, которым проводили традиционное лечение.

2 группа - обследуемая группа, состоящая из 20 детей, которым проводили Инфра-р терапию с применением узко-спектрального излучения.

Результаты: и обсуждение исследования: Впервые у детей 2-5 летнего возраста в детской стоматологии для лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта применили метод ИНФРА-Р терапии. По этапно у детей проводили серий инфракрасного излучателя К, Z, R, П инфра-р терапии.

Выводы: ИНФРА-Р терапия является не инвазивным, быстрым и доступным методом лечения при остром герпетическом стоматите у детей. А также это основной метод лечения при всех воспалительных заболеваниях в

детской хирургической стоматологии и отсутствие лучевой нагрузки позволяет выполнить неограниченное количество манипуляций у детей при данной патологии.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ПОДАГРЕ

Икрамова Г.А., Умарова З.Ф., Хамдамова Ш.Ж.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность: В исследованиях последних лет было показано, что метаболический синдром (МС) и ожирение играют роль в развитии хронической болезни почек. В основе поражения лежат как гемодинамические, так и метаболические факторы, такие как дислипидемия, гиперурикемия.

Цель исследования. Оценить парциальные функции почек у пациентов с метаболическим синдромом и у пациентов с сочетанием метаболического синдрома и подагры.

Материалы и методы. Обследовано 32 пациента с метаболическим синдромом, 26 пациентов с подагрой в сочетании с метаболическим синдромом; 48 здоровых лиц, не имеющих признаков метаболического синдрома и ХБП. Средний возраст в здоровой группе составлял $46 \pm 8,4$ года, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) 104 ± 10 мл/мин. Первую группу составляли пациенты с метаболическим синдромом, вторую - больные с сочетанием подагры, исследуемые группы пациентов были сопоставимы по возрасту ($47 \pm 8,3$ vs $51,5 \pm 8,25$ года), индексу массы тела ($32,7 \pm 5,7$ vs $32,5 \pm 4,47$), уровню креатинина и скорости клубочковой фильтрации (115 ± 11 vs 98 ± 14 мл/мин) по формуле Кокрофта-Голта; по количеству пациентов с артериальной гипертензией и ее тяжести. Группы несколько отличались по полу, хотя в обеих группах преобладали мужчины ($19/14$ vs $20/6$). Обследование включало: оценку показателей обмена мочевой кислоты (определение МК крови и суточной моче, с последующим подсчетом клиренса, фракционного объема МК, отношения выделенной мочевой кислоты к креатинину), канальцевых функций почек (определение кальция и фосфора в сыворотке и суточной моче, с последующим подсчетом клиренса, экскреции, реабсорбции; определение аммиака, титруемой кислотности); показателей липидного обмена, общеклиническое обследование.

Результаты: При сравнении со здоровыми в обеих группах были выявлены аналогичные изменения: гиперурикемия, гиперурикозурия, повышение фракционного объема МК, гиперфосфатурия, повышенная экскреция аминокислот. При сравнении двух групп пациентов найдены значимые отличия показателей обмена мочевой кислоты (табл.): среди больных с подагрой значимо выше уровень гиперурикемии, при этом, несмотря на

значимо больший объем выделения МК по отношению к креатинину, гиперурикозурия ниже, чем у пациентов с метаболическим синдромом. У пациентов с подагрой также значимо выше клиренс фосфора. Анализ показателей липидного обмена не выявил различий по уровню триглицеридов и В-ЛП, но гиперхолестеринемия достоверно выше у лиц без подагры.

Выводы. При сравнении пациентов с метаболическим синдромом и с метаболическим синдромом на фоне подагры у последних выявлены более значимые показатели обмена МК и признаки канальцевой дисфункции при меньшей тяжести дислипидемии.

ХАРАКТЕРИСТИКА КАРДИОРЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК ДИАБЕТИЧЕСКОЙ И НЕДИАБЕТИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

**Икрамова Ф.А., Даминов Б.Т., Эгамбердиева Д.А., Рузметова И.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Ежегодно в мире увеличивается доля больных с терминальной почечной недостаточностью, обусловленной диабетической нефропатией. У пациентов в додиализном периоде с хронической болезнью почек по сравнению с общей популяцией значительно быстрее прогрессирует сердечно-сосудистая патология.

Цель исследования. Сравнить некоторые параметры сердечно-сосудистой системы и почечного кровотока у больных с диабетической нефропатией и нефропатиями недиабетической этиологии без выраженного нарушения функции почек.

Материалы и методы. Сравнивали показатели эхокардиографии и доплер – сонографии сосудов почек в двух группах больных, идентичных по возрасту, степени и продолжительности артериальной гипертензии и уровню клубочковой фильтрации. В первую группу входили 31 больной с сахарным диабетом 1 типа, осложнившегося диабетической нефропатией различной степени тяжести, вторую группу составили 28 больных с хроническими заболеваниями почек (у 13 больных диагностирован хронический гломерулонефрит, у 12 больных диагностирован хронический пиелонефрит, у троих больных поликистоз почек). Средний возраст в первой группе 45,3 лет, средняя продолжительность гипертензии 9,4 лет, среднее систолическое АД 170 мм.рт.ст., среднее диастолическое АД 120 мм.рт.ст, средняя СКФ 65 мл/мин. Средний возраст во второй группе 49,4 лет, средняя продолжительность гипертензии 13,2 лет, среднее систолическое АД 167 мм.рт.ст., среднее диастолическое АД 113 мм.рт.ст, средняя СКФ 73 мл/мин. Гипертрофию левого желудочка диагностировали при индексе массы миокарда(ИММЛЖ) 125 г/м.кв. у мужчин и 110г/м.кв. у женщин. Почечный

сосудистый кровоток исследовали при помощи доплерометрии почечных сосудов со спектральным анализом сегментарных и междолевых артерий.

Результаты: Больные первой группы характеризовались достоверно более высокими цифрами холестерина, мочевой кислоты и более низким гемоглобином по сравнению с больными второй группы. Гипертрофия левого желудочка в первой группе имели 17 больных, а во второй группе 8 больных. ИММЛЖ в первой группе составил 125,3 г/м.кв, а во второй группе 103 г/м.кв. Показатели почечного сосудистого сопротивления были также достоверно выше в группе больных с диабетической нефропатией (R сегмент. арт. 0,71, RI сегмент арт. 1,45, RI междолевой арт. 0,71, RI междолевой арт 1,44 в первой группе, против R сегмент. Арт 0,65, RI сегмент арт 1,14, RI междолевой. арт 0,66, RI междолевой арт 1,16).

Заключение. Кардиоренальная патология при диабетической нефропатии отличается более выраженным поражением сердечно-сосудистой системы и большим нарушением внутрпочечной гемодинамики по сравнению с нефропатиями недиабетической этиологии.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ПОЛОВОЕ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Инагамова Д.Т., Исмаилов С.И., Рахимова Г.Н.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность проблемы. Преждевременным половым развитием (ППР) является появление вторичных половых признаков у девочек до 8 лет и у мальчиков до 9 лет. У лиц узбекской популяций начало полового развития соответствует европейским данным [Рахимова Г.Н, Гильязидинов К.Н., 2012]. По данным мировой литературы распространенность истинных форм ППР у девочек до 2 лет составляет 0,5 случаев на 10000 детского населения, от 2 до 4 лет — 0,05:10000, от 5 до 9 лет — 8:10 000. Среди мальчиков ППР встречается реже вне зависимости от возраста - 0,05:10 000 [Федеральные клинические рекомендации – протоколы по ведению пациентов с преждевременным половым развитием (Россия), 2013]. Распространенность ППР зависит от нозологического варианта, пола и возраста. Гонадотропин зависимые формы ППР встречаются у девочек значительно чаще, чем у мальчиков.

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости истинных форм ППР (иППР) среди детей и подростков с симптомами ППР, получавших стационарное лечение и амбулаторное лечение в РСНПМЦЭ в 2014 - 2017гг.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 200 детей и подростков с симптомами ППР, получавшие стационарное лечение в

отделении детской эндокринологии и амбулаторное лечение в кабинете педиатра эндокринолога поликлиники РСНПМЦЭ в 2014 - 2017гг.

Обследование больных проводилось согласно разработанной анкете с учетом анамнеза и клинических (рост, вес, SDS, скорость роста, ИМТ), гормональных (ЛГ, ФСГ, эстрогены, тестостерон, пролактин, 17ОНР, ДГЭА/ДГЭАс.), инструментальных (определение костного возраста, УЗИ половых органов, МРТ гипофиза, КТ надпочечников) данных, консультации узких специалистов (невропатолога, гинеколог/уролог, генетик) и определение кариотипа. Также проводилась стимуляционная проба с ГнРГ.

Результаты: Ретроспективный анализ 110 историй болезни детей и подростков с ППР показал, что частота встречаемости истинных форм ППР по историям болезни составила 18.2% (20 больных). По данным амбулаторных анкет 90 больных с симптомами ППР частота ППР составила 6,7% (6 больных). В общей сложности нами выявлено 26 (13%) больных с иППР. 18 (69,2%) были девочки и 8 (30,8%) – мальчики. У всех пациентов гонадотропины были повышены при нормальных уровнях периферических половых гормонов. По данным МРТ у 3 (16,7%) диагностирована гамартома головного мозга. Патология головного мозга не выявлена у 23 (88,5%)

Выводы. Ретроспективный анализ историй болезни и амбулаторных анкет за 2014-2017 гг., показал, что частота встречаемости по обращаемости истинных форм ППР составила 13% (26 из 200 больных). Чаще истинные формы ППР встречались у девочек, чем у мальчиков, что соответствует данным литературы.

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНОГО С ИСТИННЫМИ ФОРМАМИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ

**Инагамова Д.Т., Исмаилов С.И., Рахимова Г.Н.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости истинных форм ППР и качество оказания диагностической и терапевтической помощи.

Материалы и методы исследования. Обследование больных согласно разработанной анкете с учетом анамнеза и клинических (рост, вес, с расчетом SDS, расчет скорости роста, с занесением в листы роста-весовых, ИМТ), гормональных (ЛГ, ФСГ, эстрогены, пролактин, тестостерон), инструментальных (рентгенографии кистей с определением костного возраста, УЗИ, МРТ гипофиза, КТ надпочечников) данных, консультации узких специалистов (невропатолога, гинеколог/уролог, генетик) и определение кариотипа.

В детском отделении РСНПМЦ Эндокринологии с 22.01.14 по 01.02.14 г. проходила обследование больная Н., 2012 года рождения.

Жалобы при поступлении увеличение молочных желез, проявление менструация, частая подверженность простудным заболеваниям. Из анамнеза: девочка от первой беременности, не от родственного брака. Роды в срок в головном предлежании плода. При осмотре молочные железы увеличены в размере (соответствуют 2-й стадии по Таннеру), редкие волосы на лобке.

Больная находилась на учете у невропатолога в связи с судорожным синдромом. Последнее время получала лечение: препарат Оксапин 300 мг/1/2 таб 2 раз в сут и препарат Литерам 500 мг/1/2 таб 2 раз в сут.

Состояние при поступлении относительно удовлетворительно. Кожные покровы бледные и умеренно влажные. Аускультативно в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Частота дыхания 24 в мин. Тоны сердца ясные ЧСС - 130 уд в мин, АД 90/60 мм.рт.ст. Диффузный зоб 1 степени. Половое развитие; Ма₂Ах₁Р₁, Ме 1 год, Рост -88см(81), вес-18 кг(12), 3 SD.

Рентгенография кисти (2014г) Костный возраст 12-15 лет Зоны роста открыты.

УЗД органов малого таза (2014.08.07) Размеры матки длина вместе с шейкой 30мм, толщина 8 мм, ширина 15 мм(норма 36*14*30мм) Яичники правый расположен 1/3 маточной трубы. Размеры- 17-16мм. Фолликулы 8,7мм, 15мм, 12мм, 5,3мм. Заключение: Эхо признаки ППР.

МРТ головного мозга и гипофиза (25.06.2013) - МРТ признаков объемного образования (гамартома). Косвенные признаки внутричерепной гипертензии.

Гормональные анализы: ТТГ - 1.8 (0.17-4.05 мМЕ/л), свТ4 - 105 (60-160 ng/dL), СТГ - 24 (2- 20 мМЕ/л), ЛГ - 16.1 (0,3-1,0) mIU/ml, ФСГ - 18.3 (1,0-4,2) МЕ/л, Эстрадиол - 53.1 (<14,9) pg/ml. Анализ, проведенных исследований показал существенное увеличение ЛГ в 16 раз, ФСГ в 4,4 раза, эстрадиола в 3,6 раза и незначительное уровня СТГ в 1,2 раза относительно нормативных значений.

Заключение. На основании клинико-лабораторных данных и МРТ исследования был установлен диагноз: истинное преждевременное половое развития, гамартома головного мозга.

Назначено лечение. Дифирилином 3,75 ммоль/л.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ ПЛЕВРИТЕ

Иноятов А.Т.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность: Выявление туберкулеза в биологических жидкостях (плевры, перикарда) до сих пор распространенной клинической проблемой и чаще всего основывается на результатах бактериологического и гистологического исследований. При туберкулёзном плеврите, по данным литературы, микобактерии туберкулёза (МБТ) в посевах экссудата обнаруживают у 10-15% больных, а с использованием биопсии плевры диагноз туберкулёза устанавливают только в 60-75% случаев. До настоящего времени при экссудативном плеврите в большинстве стационаров чаще всего выполняют плевральную пункцию с эвакуацией жидкости, проводят пробу Ривольта и цитологическое исследование экссудата. Туберкулёзная этиология плеврита, как правило, устанавливается на основе лимфоцитарного характера экссудата, что может привести к диагностическим ошибкам.

Цель работы – определение диагностической эффективности молекулярно-генетического теста Xpert MTB/RIF выявления микобактерий туберкулеза в дифференциальной диагностике экссудативных плевритов.

Материалы и методы: В отделении диагностики РСНПМЦ ФиП с сентября 2015 г. по апрель 2015 г. обследованы 22 больных экссудативными плевритами не уточнённой этиологии, направленных различными туберкулёзными и соматическими стационарами города Ташкента и других областей, у которых при первичном обследовании природа плеврита не установлена.

Помимо стандартных методов диагностики экссудат направляли на цитологическое исследование, выполняли бактериоскопию, молекулярно-генетический тест Xpert MTB/RIF и посев на МБТ.

Результаты: и их обсуждение: В результате комплексного обследования 22 больных экссудативными плевритами у 10 – установлена туберкулёзная этиология, у 5 – верифицирован канцероматозный плеврит, у 7 – неспецифический парапневмонический характер воспаления.

Рентгенологическая картина больных выглядела следующим образом: правосторонний процесс у 14 (63,6%) больных, слева – 8 (36,4%).

При исследовании эвакуированной плевральной жидкости методами Xpert MTB/RIF у 4 больных (40%) специфическим процессом были выявлены МБТ, из них у одного был устойчивый штамм микобактерий туберкулеза. Xpert MTB/RIF является высоко чувствительным и специфичным тестом определения одновременно МБТ комплекс и резистентность к рифампицину в течении 2

часов из нативного материала. Xpert MTB/RIF значительно увеличивает диагностику и эффективность назначения ПТП при туберкулезе.

Бактериологическое исследование плеврального экссудата: у 1 (10%) больных туберкулезным плевритом МБТ выявлены в экссудате методом бактериоскопии; у 3 пациентов из 3 (30%) МБТ обнаружены методом посева.

Вывод: таким образом, одним из информативных методов в диагностике туберкулезного плеврита, по нашим данным, является определение микобактерий туберкулеза в экссудате методами молекулярно-генетического исследования. Применение этого метода необходимо и возможно при первой плевральной пункции. МБТ в плевральной жидкости методом прямой микроскопии выявлены только у 1 больного из 10 (10%).

ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗАПОРОВ У ДЕТЕЙ

Исабоева Д.Х., Ахмедова И.М.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Запоры занимают важное место среди различных патологических состояний пищеварительного тракта и заслуживают особого внимания педиатров. Развитие запора может быть связано с наличием каких – либо функциональных отклонений со стороны толстой кишки, либо служить проявлением порока развития. Запоры составляет 3% всех обращений к педиатрам и 25% —к детским гастроэнтерологам, около 25% детей продолжают страдать запорами во взрослом возрасте. Поздний дебют заболевания в подростковом возрасте рассматривается как предиктор синдрома раздраженной кишки у взрослых. Показатели распространенности запора различаются по данным разных авторов, что связано с использованием различных критериев постановки диагноза .

Целью нашей работы явилось: Изучить факторы формирования запоров у детей.

Материалы и методы исследования. Для выявления частоты встречаемости функциональных запоров у детей в исследование будут включены 20 детей в возрасте от 1 до 7 лет с заболеваниями органов пищеварения находящихся на стационарном лечении в отделении гастроэнтерологии и состоявших на диспансерном учете консультативно-диагностической поликлинике РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз; Контрольную группу входили 5 здоровых детей с нормальным стулом. Оценку клинических проявлений заболевания в динамике проводили с помощью специально разработанной анкеты, содержащей вопросы по выявлению запора с учетом критериев Римского консенсуса III, определения выраженности симптомов, наследственных факторов, применяемых средств лечения. В определении запора имеет значение и консистенция стула, которую можно охарактеризовать по Бристольской шкале форм кала.

Результаты: Большинство родители жаловались на задержку стула (90%), натуживание при дефекации (87%), затрудненную дефекацию (81%) и жесткий стул (77%). Жалобы на длительное пребывание в туалете (68%) и «овечий стул» (55%) предъявляли около 50% детей. Помимо этого, 26% детей беспокоили эпизоды энкопреза и 35% — неполного опорожнения кишечника. У отдельных наблюдаемых отмечались симптомы, свидетельствующие об осложнении заболевания, такие как спастическая боль в животе (65%), вздутие живота (81%) и болезненность в заднем проходе (55%). У обследованных нами детей установлено, отягощенная наследственность по патологии ЖКТ, и в первую очередь по заболеванию толстой кишки. По данным анамнеза 62,1% родителей детей имели различные заболевания ЖКТ. Анализ характера вскармливания наблюдаемых детей на первом году жизни показал, что 84,9% детей с запорами получали с рождения грудное вскармливание, причем у 72% из них длительность грудного вскармливания составила более 6 месяцев. Особенности питания детей старше года (кратность и сбалансированность питания, питьевой режим, избыточное потребление мучных продуктов, овощей и фруктов). Дети с запорами достоверно чаще ($p < 0,01$) не соблюдали рациональный режим питания (51,8%), по сравнению с контрольной группой.

Заключение. Таким образом, одним из факторов приводящих к запорам у детей являются наследственная отягощенность по заболеваниям ЖКТ и особенности питания ребенка в раннем возрасте.

ВЛИЯНИЕ ГИРУДОТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ТРАНЗИТОРНЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ АТАКАМИ

Исмадиярова З.Д., Мирджураев Э.М., Абдумавлянова Н.А.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

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

Цель исследования: Разработка методов гирудотерапии для лечения больных с транзиторными ишемическими атаками в составе комплексной терапии.

Материалы и методы исследования: Под нашим наблюдением в течение 2-х лет находились 45 больных в возрасте от 45 до 60 лет, в том числе 18 мужчин (40%) и 27 женщин (60%), проходящих амбулаторное и этапное стационарное лечение в неврологическом отделении ГКБ №1. Больные были разделены на две группы: в первую группу включены 25 больных, получавших комплексное медикаментозное лечение и гирудотерапию, во вторую группу – 20 больных, получавших только комплексное медикаментозное лечение. Курс лечения составлял 10 дней. Больных обследовали дважды (до и после курса лечения), а также через 6 и 12 мес.

Всем больным было проведено клиничко-неврологическое обследование с подробным анализом жалоб и клинических проявлений.

Результаты: При использовании ГТ у больных с ТИА выявлено, что после курса лечения уменьшались головная боль, головокружение, шум в голове, слабость и онемение в конечностях, общая слабость, улучшались функции черепно-мозговых нервов, память, настроение и сон.

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что после лечения эритроциты и гематокрит в первой группе (Тр+ГТ) снизились до $3,82 \times 10^{12}/л$ и 40,2% соответственно. Во второй группе (Тр) отмечалось снижение эритроцитов и гематокрита до $3,89 \times 10^{12}/л$ и 44% соответственно. В 1-й группе гемоглобин снизился до 129,12 г/л, а во 2-й группе – до 132,3 г/л. В ходе лечения отмечено также изменение количества тромбоцитов в двух группах. В 1-й группе (Тр+ГТ) и 2-й группе тромбоциты составили в среднем $270,4 \times 10^9/л$ $296 \times 10^9/л$ соответственно, при этом различия показателей в 1-й и 2-й группах были статистически значимыми ($p < 0,05$). При оценке плазменного гемостаза выявлен сдвиг показателей АЧТВ в сторону гиперкоагуляции. Как видно из представленных данных, на фоне проводимого лечения показатели активированного частичного 37,8 сек, что свидетельствует о нормализации этого показателя, в то время как во 2-й группе (Тр) АЧТВ увеличилось до 32,5 сек. Международное нормализованное отношение (МНО) в 1-й группе составило 1,4, а во 2-й – 1,3. При этом различия показателей в 2-х группах были статистически значимыми ($p < 0,05$). После лечения снижение агрегации тромбоцитов во 2-й группе (Тр) составило 36,2%, а в 1-й группе (Тр+ГТ) снизилась до 40,12%, что находится в пределах физиологических значений этого показателя и свидетельствует о достаточности антиагрегантного потенциала ГТ без применения медикаментозных антиагрегантов.

Выводы: Таким образом, гирудотерапия является эффективным методом лечения больных с транзиторными ишемическими атаками, позволяет улучшить реологические показатели крови и мозговую перфузию, что выражается в улучшении субъективного и объективного состояния больного.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ

**Исмадияров Б.У., Эргашев Б.Б., Эшкабилов Ш.Д.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Атрезия пищевода (АП) относится к угрожающим жизни порокам развития, частота которой составляет от 1:4500 до 1:2440 новорожденных. Лечение АП до сих пор представляет большие проблемы для хирургов-неонатологов, особенно если АП сочетается с другими аномалиями, частота которых при АП порой превышает 40%.

Цель исследования: Представить наш опыт лечения атрезии пищевода с множественными пороками развития.

Материалы и методы исследования: В Республиканский Центр Неонатальной Хирургии при РПЦ за последние 2 года (2014 – 2016 гг.) поступило 78 новорожденных с различными формами АП. У 30 (38%) пациентов из 78 (38%) имелись сопутствующие аномалии, чаще всего врожденные пороки развития (ВПР) желудочно - кишечного тракта (ЖКТ), сердца, опорно-двигательной системы. Особые трудности представляют те из них, которые по жизненным показаниям требуют раннего хирургического лечения, так же, как и АП (например, сочетание АП с дуоденальной непроходимостью). Поскольку сочетания бывают самыми разнообразными, тактика лечения должна избираться строго индивидуально. Но, абсолютно обязательным является ликвидация тех компонентов каждого из сочетанных ВПР, которые представляют угрозу для жизни ребенка. Методы исследования включали: антенатальное УЗИ плода, общеклинические методы, зондирование пищевода, проба Элефанта, контрастное рентгенологическое исследование пищевода, нейросонография (НСГ), ЭхоКГ.

Результаты: За 2 года из 30 новорожденных детей АП с множественными другими врожденными пороками развития (МВПР) органов и систем у 28 (93%) было проведено оперативное вмешательство. Из перечисленных у 11 (39%) был летальный исход, до операции умерло 2 (7%). Основными причинами смертности детей с АП были сопутствующая соматоневрологическая патология, родовые травмы, недоношенность и, отчасти, МВПР. Отягощающими факторами явились неправильная транспортировка, аспирация, гипотермия, эксикоз и бронхопневмония.

Выводы: Пороки развития сочетающиеся с АП могут быть скорректированы одновременно с основным пороком. Результаты лечения при этом зависят от вида и характера основного и сопутствующего порока.

ГЕМАТОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА КРОВИ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 1 НА ФОНЕ НАРУШЕНИЙ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА

Исмаилов И.И., Даминова М.Н., Абдуллаева О.И.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Сахарный диабет (СД) остается острой проблемой современной медицины, несмотря на несомненные успехи в изучении патогенеза и лечения этого заболевания. При нарушении микробиоценоза кишечника первым страдает иммунная система. Уменьшение количества микробов антагонистов приводит к нарушению витаминного баланса группы В и К, которое влияет на функциональное состояние эритроцитов.

Цель исследования. Изучение гематологической картины крови у детей и подростков с сахарным диабетом (СД) 1 типа на фоне микробиоценоза кишечника (МК).

Материалы и методы исследования. Для выполнения поставленных задач представлены Результаты клинко-бактериологического обследования 30 детей, больных сахарным диабетом 1 типа, в возрасте от 10 до 15 лет. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц. Диагноз СД 1 типа верифицировали с учетом клинических признаков периодической гипергликемии (повышенная потребность в жидкости, полиурия, эпизоды сухости во рту), анамнестических данных (перенесенные эпизоды кетоацидоза или кетоацидотическая кома, абсолютная зависимость от инсулинотерапии, установленный ранее клинический диагноз СД 1 типа).

Микрофлору толстой кишки исследовали по методическим рекомендациям А.З.Смолянкой (1984) и Н.М.Грачевой и соавт. (1986), модифицированным в отделе микробиологии научно-диагностического центра ТМА. Состояние кишечной микрофлоры и выраженность дисбиотических сдвигов оценивали по общепринятым критериям деления нарушений микробиоценоза кишечника [5]. Изучены состав микрофлоры кишечника, гематологические показатели крови и адсорбирующая способность эритроцитов.

Результаты и обсуждение. Результаты исследования показали, что гематологическая картина крови у детей и подростков с СД 1 типа на фоне МК не отличалась от здоровых, т.е. количество эритроцитов, лейкоцитов и СОЭ были в норме. Однако выявлены очень низкие показатели гемоглобина, что составляет 76,5 г/л., это указывает на нарушения метаболизма эритроцитов, вследствие чего они теряют защитную способность. Изменение адсорбирующей способности эритроцитов при СД 1 типа на фоне МК по сравнению со здоровыми оказалось резко сниженным. Дисбиотические изменения кишечника наблюдались в 72,73%, а через 7 недель после начала лечения нормальный МК установился у 93,9% обследованных детей с СД 1 типа. Все больные получали стандартную комплексную терапию, включающую

диету с эубиотиками, пробиотиками, оральную и регидратацию терапию, в зависимости от тяжести состояния и симптоматические средства. В результате проведенного лечения, дисбиотические изменения кишечника наблюдались в 72,73%, а через 7 недель после начала лечения нормальный микробиоценоз кишечника установился у 93,9% обследованных детей с сахарным диабетом 1 типа. Эффективность лечения дисбиотических изменений вызвала коррекцию бактериоценоза кишечника, приведя ее к почти нормальным показателям.

Выводы.

1. С целью предупреждения развития иммунодефицитного состояния на фоне дисбиотических состояний необходимо своевременно восстановить нормальную микрофлору кишечника с применением эубиотиков.

2. Количество эритроцитов у обследованных детей остаётся в норме. Однако их способность адсорбировать бактерии резко снижается. Этот тест можно использовать как критерий определяющий состояние неспецифических факторов защиты организма.

РОТОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ.

Исмоилов И.И., Рахимова В.Ш.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. По данным экспертов ВОЗ, практически каждый ребенок до 5 лет переносит ротавирусную инфекцию (РВИ). Ежегодно в мире регистрируется до 25 млн случаев ротавирусной диареи.

Цель исследования: изучить клинико-лабораторные особенности течения ротавирусной диареи у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Нами было проведено комплексное клинико-лабораторное обследовано 300 детей, поступивших в 4 городскую инфекционную больницу города Ташкент с острой диареей. Лабораторную диагностику на наличие ротавирусной инфекции в кале проводили методом ПЦР. Также был проведен клинический анализ симптомов.

Результаты: В ходе работы установлено, что среди детей с острой диареей ротавирусный агент обнаружен у 10% пациентов. Нами был проведен клинический анализ симптомов по степени тяжести у детей, в образцах кала которых были выявлены ротавирусный агент. Возрастной состав групп: от одного месяца до одного года - 28%, от одного года до двух лет - 38%, от трех до пяти лет - 34%. Госпитализированы в первые сутки от начала заболевания - 63% ребенка, во вторые сутки - 27%, на третьи сутки и позже - 10% детей.

Так острое начало отмечалось у 100% детей. В 80% случаев (24 ребенка) отмечалась лихорадка до 39 градусов. У остальных 16 % пациентов лихорадка была не выраженная – до 37 градусов. В 43% отмечалась средне тяжелое течение заболевания, при этом у детей была диарея 6-7 раз, 3-4 кратная рвота в

течении дня. У данной группы детей отмечалось обезвоживание организма до 5%.

У 20 % пациентов детей клинически отмечалось легкое течение, которое характеризовалось 4-5 кратной диареей, и 2-3 кратной рвотой. Что вызвало обезвоживание до 3%.

Выводы: Таким образом, у пациентов с острой диареей в 10 % в кале был выявлен ротовирусный агент. Клиническая картина при РВИ протекала преимущественно в среднетяжелой форме, что и являлось показанием для госпитализации.

ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С, С УЧЕТОМ ВИДА ТЕРАПИИ

Исмаилов Р., Юсупов А.С.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

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. Исследование проводилось на базе 5 ГКИБ.

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 (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.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КАЧЕСТВО СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ РОДИЛЬНОМ КОМПЛЕКСЕ

Исроилова Н.Р., Хасанова М.И.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность исследования. Согласно определению Всемирной организации здравоохранения «качество медицинской помощи» - это содержание взаимодействия врача и пациента, основанное на квалификации медицинских работников, и, прежде всего, врачей, которое позволяет им снижать риск прогрессирования заболевания и возникновения нового патологического процесса, оптимально использовать ресурсы медицины и обеспечивать удовлетворенность пациента от его взаимодействия с медицинской подсистемой» (1986). До недавнего времени приоритет в вопросах повышения качества медицинской помощи отдавался, в основном, врачебным службам как наиболее самостоятельным и достаточно квалифицированным.

Цель и задачи исследования: Изучить влияние уровня профессиональной подготовки сестринского персонала на совершенствование качества оказания медицинской помощи пациентам родовспомогательного учреждения, а также разработка мероприятий по оптимизации непрерывной профессиональной подготовки сестринского персонала.

Материалы и методы. В соответствии с целями и задачами исследования были использованы следующие методы: социологический; статистический – для анализа полученной информации.

Результаты исследования. Из 63-ти принявших в анкетировании участие медицинских сестер, 47 (74,6%) медсестер имеют только средне-специальное образование, 13 (20,6%) – выпускники ВСД, 3 имеют другое высшее

образование (4,8 %). Большинство медицинских сестер не имеют высшего образования и не высказывают желания его получить. Свой отказ они мотивируют тем, что "получать другое высшее образование уже поздно", а по окончании ВСД боятся, что не смогут найти работу по специальности.

Медсестры возрастной группы 30-40 лет в основном в профессию попали случайно ("диплом м/с всегда прокормит"), в возрастной группе 40-50 лет работают в основном по призванию. То есть медицинские сестры, выпускницы медицинских училищ 70-80-х годов, имели в свое время четкую мотивацию на выбор профессии - призвание. А на выбор их более молодых коллег повлияли советы родственников и знакомых. Анализ проведенного исследования показал, что на выполнение медицинских манипуляций медицинские сестры с высшим образованием затрачивают в 2 раза больше времени, чем медицинские сестры со средним медицинским образованием (13,5 против 6,8%). Значительна разница в затратах рабочего времени на выполнение профилактической (19,1 против 6,9%) и, в том числе, санитарно-просветительной (8,3 против 4,9%) работы.

Вывод. Для повышения качества и эффективности сестринской помощи и управления деятельностью среднего медперсонала рекомендуется внедрить в практику работы медицинских сестер новые технологии сестринского процесса с использованием технологических карт. «Карта сестринского наблюдения», «Карта медико-социального патронажа», «Карта оценки деятельности медицинских сестер» являются элементом контроля качества сестринского процесса и способствуют рациональной организации труда медицинских сестёр.

ВЛИЯНИЕ ТАЗОВОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЁННОГО

Исроилова Ш.А., Дильмурадова К.Р.
Самаркандский Государственный медицинский институт,
г.Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Частота тазового предлежания плода при доношенной беременности составляет 3-3,5%. Перинатальная смертность при тазовых предлежаниях при различных методах родоразрешения колеблется от 5 до 14,3‰(В.И.Кулаков и соавт., 2006). Общая заболеваемость новорождённых при родах в тазовомпредлежании превышает 15%(Са-вельева Г.М. и соавт., 2000).

Цель и задачи исследования: провести ретроспективный анализ влияния тазового предлежанияплодана состояние здоровья новорождённого.

1. Установить частоту отягощенности пренатального анамнеза у новорождённых, родившихся в тазовом предлежании.

2. Определить характер патологии у новорождённых, родившихся в тазовомпредлежании.

Методы исследования. У 168 беременных с тазовым предлежанием плода и 28 - с головным предлежанием проведен ретроспективный анализ особенностей течения беременности и исходов родов.

Полученные Результаты Частота гинекологических заболеваний и патологическое течение беременности у женщин с тазовым предлежанием плода значительно превышает

(в 4-5 раз) таковую у беременных при головном предлежании. Из 168 новорождённых, родившихся в тазовом предлежании 82,7% родились путём кесарева сечения, 17,3% - путём вагинальных родов. Здоровыми родились при оперативном родоразрешении 60,9%, при вагинальных родах - 39,1% новорождённых. Среди новорождённых, родившихся путём кесарева сечения, оценку состояния по шкале Апгар ниже 7 баллов на 5 минуте жизни получили 4,5% детей, при родах через естественные родовые пути - 31,8%. При кесаревом сечении тяжело больными родилось около 20% новорождённых, а при вагинальных родах - 38,4%. Частота внутричерепных кровоизлияний у детей при кесаревом сечении составила 11,8%, а при вагинальных родах - 30,4%. Частота перинатальных энцефалопатий у новорождённых, родившихся оперативным путём, составила 18%, а при родах через естественные родовые пути - 30%.

Обсуждение. Тазовое предлежание плода часто встречалось у беременных с различными гинекологическими заболеваниями и патологией беременности (пиелонефрит беременных, гестозы, гипертоническая болезнь) и явилось причиной проведения родов оперативным путём. Полученные Результаты свидетельствуют о неблагоприятном влиянии тазового предлежания на исход родов и состояние новорождённого: большая часть новорождённых родились при оперативном родоразрешении. Меньшая частота осложнений для ребёнка отмечалась при оперативном родоразрешении, а именно при плановом кесаревом сечении. Выявленная относительно большая частота рождения тяжело больных детей с патологией центральной нервной системы даже при оперативном родоразрешении, по-видимому, связана с отягощённым пренатальным анамнезом и экстренным характером родоразрешения.

Вывод. Дети, рождённые в тазовом предлежании путём операции кесарево сечение (экстренное) и через естественные родовые пути, относятся к группе высокого риска по заболеваемости, поражениям центральной нервной системы, а в дальнейшем - социальной дезадаптации. Это требует пристального внимания и диспансерного наблюдения со стороны неонатолога, невролога и врача общей практики.

СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ

Кадырова З.С., Ахмедова Ш.У.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. В связи с распространением ожирения (7 % всего взрослого населения) неуклонно нарастает частота патогенетически сопряженных с ним тяжелых инвалидизирующих заболеваний, в первую очередь сердечно-сосудистых (ССЗ) и сахарного диабета (СД) 2 типа. Ожирение, так же как и диабет, и артериальная гипертензия (АГ), является одним из факторов риска развития и прогрессирования диабетической нефропатии, ведущая к хронической почечной болезни (ХБП).

Целью исследования явилось: изучение состояния липидного обмена в прогрессировании диабетической нефропатии у больных с сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы исследования. Обследованы 47 больных с СД 2 типа с диабетической нефропатией (ДН) в стадии протеинурии, с ХБП-II степени, которые разделены на две группы: I гр. пациенты с СД, АГ и ожирением n=35; II гр. составили пациенты с СД, АГ и без ожирения n=12, которая представлена в нашем исследовании гр. контроля, получавшие стационарное лечение в отделениях клиники РСНПМЦЭ. Всем обследованным пациентам проведено: антропометрические показатели - индекс массы тела (ИМТ), окружность талии (ОТ), окружность бедер (ОБ), показатели артериального давления, глюкоза крови, гликированный гемоглобин, липидный спектр - уровни общего холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) и низкой плотности (ЛПНП), функциональное состояние почек оценивали по скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и микроальбуминурии (МАУ). В зависимости от ИМТ пациенты первой группы разделены на 3 подгруппы: СД с ожирением первой степени, n=18; СД с ожирением второй степени, n=9; СД с ожирением третьей степени, n=8.

Результаты: Проведенные исследования показали, что частота гиперфильтрации почек в группе больных с СД 2 типа с ожирением выше и составила у пациентов с ожирением первой ст. 37,5% (n=6/18), ожирением второй ст. 11,1% (n=1/9), ожирением третьей ст. 25% (n=2/8), по сравнению с группой контроля - 16,6% (n=2/12). Нарушение липидного обмена наблюдается чаще всего у пациентов с ожирением второй и третьей подгрупп: ХС - 66,7%; 87,5%; ТГ - 100%, 100%, в отличие от гр. контроля, что составила ХС - 33,3%; ТГ - 33,3%. Значения МАУ в зависимости от продолжительности диабета (стажа диабета) у пациентов с третьей ст. ожирения составила 62,5% при стаже диабета - 7,5 лет, а в гр. контроля 8,33% при стаже диабета 10,5 лет.

Заключение. Развитие ранних стадий ДН у больных СД 2 типа с ожирением обусловлено сочетанным воздействием метаболических факторов и

расстройствами системной и внутривисочной гемодинамики, АГ и внутривисочной гипертензии. Частота дислипидемии, которая является одним из ранних факторов развития нефропатии, значительно выражена у пациентов с ожирением. В группе больных СД 2 типа с ожирением частота МАУ выше по сравнению с больными СД 2 типа без ожирения при малом сроке длительности СД. Таким образом, больных СД 2 типа с ожирением следует относить к группе повышенного риска развития ДН, в связи с чем, в данной группе необходимы постоянный контроль МАУ, гликемии, АД, коррекции клубочковой гипертензии, дислипидемии и проведение профилактических мероприятий, направленных на снижение массы тела.

ДИАГНОСТИКА БЛЕФАРОПТОЗА

Кадилова М.А., Бабаджанова Л.Д.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Среди врожденных дефектов органа зрения – блефароптоз занимает одно из первых мест. Птоз верхнего века является часто встречающимся заболеванием - от 2% до 9% пациентов офтальмологических стационаров. Своевременное лечение этой патологии позволяет также предупредить ряд связанных с птозом осложнений – амблиопию, неправильное положение головы, расстройства бинокулярного зрения, нарушение осанки. Методами лечения птоза верхнего века является метод прямого воздействия на леватор - резекция леватора, а также операция на подвешивающих швах.

Цель исследования: изучить методики обследования детей с блефароптозом.

Материал и методы исследования. Были обследованы 10 детей, поступивших на стационарное лечение в офтальмологическое отделение клиники ТашПМИ, с диагнозом птоз верхнего века. Обследование пациентов включало: сбор анамнеза, внешний осмотр: оценка осанки, для определения степени компенсации блефароптоза, оценка степени опущения верхнего века обоих глаз, определение функции леватора и степени ее нарушения, степени подвижности глазного яблока, чувствительности роговицы. Птоз верхнего века определяли путем измерения расстояния "край- рефлекс". Ширина глазной щели в норме составляла около 10 мм. Расстояние "край- рефлекс"- это расстояние между корнеальным световым рефлексом в центре зрачка и краем верхнего века при взгляде прямо вперед. На следующем этапе оценивали функцию леватора. Отражением функции леватора являлась экскурсия верхнего века, которую определяли как изменение положения верхнего века при переводе взгляда из положения "вниз" в положение "вверх". Разница между значениями при взгляде вверх и вниз отражала функцию леватора. Положительный симптом Белла- это движение глаз кверху при форсированном

закрывании глаз. Данный симптом свидетельствовал о том, что у пациента еще функционируют определенные защитные механизмы для предохранения роговицы от высыхания.

Результаты и их обсуждение. Из 10 пациентов - 7 мальчиков и 3 девочки. У 9(90%) детей, подробный сбор анамнеза позволил дифференцировать врожденный вид птоза. Ксерофтальмия у 1(10%) ребенка. Ретракция нижнего века встречалась у 2(20%) детей. Экскурсия верхнего века была нарушена у 100% пациентов.

Выводы. Таким образом, методы исследования, проводимые при блефароптозах, являются ключевыми моментами при решении вопроса о выборе вида хирургического вмешательства и предупреждении возможных постоперационных осложнений.

РОЛЬ ПРЕМОРБИДНОГО ФОНА В ДИНАМИКЕ ФОРМИРОВАНИЯ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОЙ ДЕМЕНЦИИ

Каландарова Ю.Б., Шарипова Ф.К.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Эпилептическая деменция – это одна из важнейших проблем психиатрии, неврологии и нейрохирургии, очень актуальная в наше время. Эпилепсия – коварное заболевание, которое заметно отражается на жизни пациентов, ограничивает поле их профессиональной деятельности и в определенной мере накладывает отпечаток на сферу личных взаимоотношений и в конечных стадиях ведёт к формированию деменции.

Цель и задачи исследования - изучить динамику формирования эпилептической деменции.

Материалы и методы исследования. Клиническое наблюдение больных, страдающих эпилепсией, было изучено истории болезни у 21 (13 мужчин и 8 женщин) больных в возрасте от 20 до 50, в настоящее время проходящих лечение. Применялся клиничко-психопатологический метод для оценки степени выраженности деменции.

Результаты и их обсуждение. В формировании эпилептического слабоумия существенную роль играет преморбидный интеллектуальный уровень. Слабоумие оказывается более значительным и быстрее прогрессирует у больных с невысоким интеллектуальным уровнем до заболевания, особенно в тех случаях, когда эпилептический процесс наслаивается на олигофрению или органическое поражение головного мозга. У 12 (57%) больных эпилепсия возникла на фоне олигофрении, у 5 (24%) на фоне органического поражения головного мозга, у остальных пациентов отмечался нормальный уровень интеллекта и состояния здоровья до начала болезни (19%). Известна и роль возраста больного при начале заболевания в формировании эпилептического

слабоумия. Обычно указывается, что чем раньше проявилась эпилепсия, тем более выражено слабоумие. У 16 (76%) больных эпилепсия началась в детском возрасте. Эпилептическое слабоумие находит свое отражение в специфических симптомах расстройств речи: замедлении ее темпа, употреблении уменьшительных форм слов и речевых штампов, олигофазии. Иногда в речи слабоумных эпилептиков отмечаются витиеватость, стремление приукрасить речь, склонность к примитивному рифмованию, использованию уменьшительно-ласкательных суффиксов.

Заключение. Исследование динамики формирования деменции у больных эпилепсией показывает существенную роль преморбидного состояния психического здоровья до начала заболевания и времени начала заболевания, позволяет своевременно начать фармакотерапевтическую и психотерапевтическую коррекцию с целью предотвращения инвалидизации и проведения реабилитационных мероприятий по адаптации больных эпилепсией в социально-трудовом аспекте.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ И РЕНТГЕНОВСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПСЕВДООПУХОЛЕЙ ПОЧЕК

**Камбарова Д.Н., Назарова З.А., Мамарасулова Д.З., Рашидова Ш.У.
Андижанский Государственный медицинский институт,
г.Андижан Узбекистан**

Актуальность: Опухоли почек составляют 2-3% всех злокачественных новообразований. Наиболее часто они возникают в возрасте 40-60 лет. Среди всех опухолей почек в 80-90% отмечается почечно-клеточный рак. В последние годы вероятность его обнаружения возрастает, что связано как с ростом числа всех злокачественных образований, так и с ранней доклинической диагностикой. Распознать злокачественные образования, прежде всего, позволяют постоянно совершенствующиеся и широко применяющиеся ультразвуковые исследования почек.

Материалы и методы: За 2014-2015 гг. наблюдалось 100 пациентов с различным строением паренхимы почек по типу псевдоопухолей почек. Всем неоднократно проводилось ультразвуковое сканирование почек, ультразвуковая доплерография (УЗДГ) сосудов почек - 78, в том числе с использованием режимов второй и тканевой гармоник и энергетического доплера - 15, экскреторная урография (ЭУ) - 54, рентгеновская компьютерная томография (РКТ) - 36, почечная сцинтиграфия или эмиссионная компьютерная томография (ЭКТ) с ^{99m}Tc - 21.

Результаты: исследований: Фетальная дольчатость почки с множественными выбуханиями по латеральному контуру почки в данном сообщении не рассматривалась, так как не вызывала необходимости дифференциальной диагностики с опухолью почки. Среди 100 больных с

псевдоопухольями почек у 12 (12,0%) выявлен вариант дольчатой почки - "горбатая" почка". У 2 (2%) больных отмечена увеличенная "губа" над воротами почки (рис. 3а-в). Наиболее частой причиной псевдоопухоли была "гипертрофия" столбов Бертена или "перемычки" паренхимы почек - у 86 (86,0%) пациентов. "Перемычки" паренхимы были отмечены не только при различных удвоениях чашечно-лоханочных систем почек, но и при различных их сращениях и незавершенных поворотах почек.

Выводы: Таким образом, впервые выявленные при УЗИ типичные эхографические картины "перемычки" паренхимы почки, "горбатой" почки и увеличенной "губы" над воротами почки без признаков расширения чашечно-лоханочных систем не требуют дальнейшего обследования.

МИКРОБИОЦЕНОЗ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА И ЕГО КОРРЕКЦИЯ

Камилова У.Т., Даминова М.Н.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Целью нашей работы явилось изучение применения пробиотика энтерола в комплексной терапии микробиоценоза кишечника больных сахарным диабетом 1 типа

Материалы и методы исследования представлены Результаты клинико-бактериологического обследования 33 детей с сахарным диабетом 1 типа, в возрасте от 4 до 15 лет, находящихся под наблюдением у эндокринологов. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц. Диагноз СД 1 типа верифицировали с учетом клинических признаков периодической гипергликемии, анамнестических данных. Состояние кишечной микрофлоры и выраженность дисбиотических сдвигов оценивали по общепринятым критериям деления нарушений микробиоценоза кишечника

Результаты и их обсуждение. Результаты исследования показали, что при анализе количественного и качественного состава микрофлоры кишечника у детей, больных сахарным диабетом 1 типа, обнаружено выраженное снижение бифидобактерии - на $7,45 \pm 0,15$ lg КОЕ/г ($P < 0,001$), аналогичные изменения наблюдались и с лактобациллами, что отразилось и на общем количестве анаэробов. Выявленный дефицит анаэробов отразился и на аэробной части микробиоценоза кишечника. Наиболее характерным явилось уменьшение количества лактозопозитивных кишечных палочек до $7,39 \pm 0,015$ lg КОЕ/г на фоне резкого увеличения содержания лактозонегативных кишечных палочек, энтеробактерий, стафилококков, грибов рода Кандида, особенно протей.

Эффективность комплексного лечения дисбиотических изменений с применением пробиотика энтерола у детей больных сахарным диабетом 1 типа оценивалась по результатам бактериологического анализа. Данные

бактериологического обследования кишечника детей, больных сахарным диабетом 1 типа, представленные в табл. 1, убедительно свидетельствуют, что однократный курс комплексного лечения вызывал коррекцию бактериоценоза кишечника, приведя ее к почти нормальным показателям.

Так, отмечено достоверное увеличение числа бифидобактерий, несколько увеличилось содержание лактобактерий, хотя изначально их количество было снижено не столь значительно, как бифидобактерий. У всех детей, больных сахарным диабетом 1 типа, возросла частота выделения лактозоположительных кишечных палочек и, что особенно важно, снизился среди них процент гемолитических кишечных палочек: до лечения он составлял 30%, после лечения – 8% (при норме – 2%). Другие представители энтеробактерий и грамотрицательные неферментирующие бактерии выделялись в два раза реже после проведенного курса лечения. Следует, однако, отметить, что хотя и произошло значительное снижение количества дрожжеподобных грибов после применения комплексного лечения, тем не менее они сохранились в количестве, несколько превышающем физиологическую норму.

В результате проведенного лечения, дисбиотические изменения кишечника наблюдались в 63,64%, а через 7 недель после начала лечения нормальный микробиоценоз кишечника установился у 81,82% обследованных детей с сахарным диабетом 1 типа.

Выводы. У всех обследованных нами детей, больных сахарным диабетом 1 типа, в микрофлоре кишечника имеются дисбиотические изменения. Полученные Результаты свидетельствуют о целесообразности активной коррекции дисбиотических изменений при сахарном диабете 1 типа ферментными препаратами, таких как энтерол.

КОМПЛЕКСНАЯ ЭХОГРАФИЯ СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ МАТЬ – ПЛАЦЕНТА – ПЛОД У БЕРЕМЕННЫХ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА

Каримова З.Н., Мамадалиева Я.С.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Проблема задержки внутриутробного развития плода (ЗВУР) - одна из центральных в современном акушерстве. С 2005 по 2014 годы частота данной патологии выросла более чем в 2 раза, с 6 до 15 % (В.В.Абрамченко, Н.П.Шабалов, 2014). Исследования последних лет показывают, что ЗВУР встречается в половине случаев внутриутробной гибели плода (Efkarpidisetal., 2014), увеличивает неонатальную смертность в 10 раз (Ashworth., 2013), усугубляет неонатальные осложнения у недоношенных (Aucottetal., 2014), ухудшает прогноз психомоторного развития детей (Е.Д.Черстовой и соавт., 2006; Leitneretal., 2013).

Цель. Оптимизировать комплексную ультразвуковую оценку функционального состояния системы мать-плацента-плод при ЗВУР плода для прогнозирования риска перинатальных осложнений.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе городского родильного комплекса №3, на ультразвуковом диагностическом аппарате «Landwind Mirror 2» с использованием конвексного датчика 3,5-5,0 МГц. Были исследованы 50 беременных со ЗВУР плода.

Результаты: На основании проведенного комплексного исследования функционального состояния системы мать-плацента-плод у беременных со ЗВУР плода выявлены наиболее информативные параметры и разработан алгоритм исследования функциональной системы мать-плацента-плод у беременных, включающий в себя изучение следующих параметров: ультразвуковая фетометрия, букальный показатель, критерии фето-плацентарной недостаточности (систо-диастолическое отношение в маточных артериях, гипоплазия плаценты), признаки централизации кровообращения (скорость кровотока венозного протока в период сокращения предсердий, систо-диастолическое отношение в средней мозговой артерии, скорость реверсного кровотока нижней полой вены в период сокращения предсердий), индекс напряжения, наличие децелераций и акцелераций. Наименьшей информативностью обладает базальная частота сердечных сокращений при отсутствии сопутствующей гипоксии.

Выводы. Разработанный алгоритм исследования функциональной системы мать-плацента-плод у беременных со ЗВУР оптимизирует выбор метода родоразрешения, что позволяет снизить показатели неврологической патологии новорожденных.

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

Каримов А.М., Асадов Н.З.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

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

Материал и методы: целью оценки эффективности розувастатинами обследовано 30 больных ИБС, разделенных на 2 группы: 1) основная - 15 пациентов (10 - перенесшие инфаркт миокарда, 5 - с стабильной стенокардией без инфаркта миокарда); 2) группа сравнения -15 пациентов, сопоставимая с 1 - группой по возрасту, полу, структуре нозологий. На фоне стандартизированной терапии (бета-блокаторы, нитраты, ингибиторы АПФ, антиагреганты) пациенты 1 группы принимали розувастатин (Мертенил, Gedeon-Richter, Венгрия) в дозе 10-20 мг/сут. Пациенты 2 группы - аторвастатин в аналогичной дозе.

Контрольное исследование крови на содержание общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов высокой (ХСЛПВП) и низкой (ХСЛПНП) плотности, триглицеридов (ТГ), глюкозы и печеночных проб проводилось через 14 и 30 и 60 дней от начала приема статинов. Прием лекарства осуществлялся ежедневно вечером, после ужина.

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

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

АНТИГЕНЫ HLA У ДЕТЕЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АВТОНОМНОЙ НЕЙРОПАТИЕЙ

**Каримов Б.К., Даминова М.Н., Даминова К.М.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

В настоящее время особое внимание клиницистов привлечено к проблеме патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) при сахарном диабете (СД). Большинство исследователей чаще всего связывают желудочно-кишечную симптоматику СД с диабетической автономной нейропатией (ДАН)

Целью нашей работы: явилось изучение распределение HLA антигенов у детей и подростков при сахарном диабете 1 типа с диабетической автономной нейропатией.

Материалы и методы исследования. Проведены исследования в детском отделении клиники Центра Эндокринологии обследовано 54 детей узбекской национальности, больных сахарным диабетом 1 типа с ДАН. Из них 23 детей с длительностью заболевания СД до 3 лет и 31 детей с длительностью заболевания СД до 6 лет. Мальчиков – 21 (38,89%), девочек – 33 (61,11%).

Контрольную группу составили 50 практически здоровых детей узбекской национальности, соответствующего пола и возраста.

Результаты и их обсуждение. При исследовании аллели DQA1 (контрольная группа) и в группе детей и подростков при СД 1 типа с ДАН наблюдались значительные отличия в частоте аллелей DQA1*0101, DQA1*0102, DQA1*0103, DQA1*0201 и DQA1*0501. Выявлено достоверное ($P<0,01$) увеличение частоты аллелей DQA1*0501 и DQA1*0301 в группе больных СД 1 типа с ДАН в сравнении с контролем, показатели относительного риска для этих аллелей: 3,63 и 1,94 соответственно. Для аллелей DQA1*0102 и DQA1*0103 следует отметить низкий относительный риск 0,094 и 0,1 соответственно. Выявлено достоверное ($P<0,01$) увеличение частоты аллелей DQA1*0501 и DQA1*0301 в группе больных СД 1 типа с ДАН в сравнении с контролем, показатели относительного риска для этих аллелей: 3,63 и 1,94 соответственно. Для аллелей DQA1*0102 и DQA1*0103 следует отметить низкий относительный риск 0,094 и 0,1 соответственно. В результате исследования в узбекской популяции идентифицировано 13 аллелей гена HLA-DRB1. При анализе распределения аллелей этого гена установлено, что наибольшая генная частота характерна для аллелей *04 (0,1822), *15 (0,1589) и *13 (0,1355), тогда как для *08, *12, *16 генная частота равнялась 0,0093; 0,0140; 0,0093, соответственно. Остальным аллелям соответствовали средние значения. Типирование гена HLA-DQB1 среди узбеков определило наличие 8 аллелей, среди которых наиболее частыми явились аллели *0201, *0301 и *0602/8 с генными частотами 0,1963; 0,1729 и 0,2056; соответственно. Минимальная частота установлена для аллели *0503 (0,0140). Из вышеперечисленных аллелей DRB1 локуса у больных СД 1 типа с ДАН не идентифицировался аллель DRB1*16. С наибольшей частотой встречалась аллель DRB1*17 (40,0%), далее аллель DRB1*04(31,4%); DRB1*07(9,3%); DRB1*10(7,1%); DRB1*09,*12, *13,*14 (2,1%); DRB1*01,*15(1,43%).

Выводы. Результаты исследования показали достоверное ($P<0,01$) увеличение частоты аллелей DQA1*0501 и DQA1*0301 в группе больных СД 1 типа с ДАН в сравнении с контролем, показатели относительного риска для этих аллелей: 3,63 и 1,94 соответственно. Для аллелей DQA1*0102 и DQA1*0103 следует отметить низкий относительный риск 0,094 и 0,1 соответственно. У больных СД 1 типа с ДАН наибольший относительный риск определялся для аллели DRB1*17 ($RR=15,73$). Протекторный эффект выявлен по локусам DRB1*01,*15; DQA1*0102,*0103,*0101; DQB1*0602/8. Представленные в нашей работе **Результаты:** подтверждают вовлеченность в процессы возникновения и развития СД 1 типа с ДАН наследственных факторов.

СУД ТИББИЁТИ АМАЛИЁТИДА АЛКОГОЛ СУРРОГАТЛАРИ БИЛАН ЗАХАРЛАНИШЛАРНИНГ РЕТРОСПЕКТИВ ТАХЛИЛИ

Кожалепесова Ф.А., Қодиров К.У., Муродов Н.Х.
Тошкент педитрия тиббиёт институти, Тошкент ш, Ўзбекистон

Мавзунинг долзарблиги: Охирги маълумотларга қараганда бутун дунёда алкоголь махсулотларининг истеъмоли кескин ортиб бормоқда. Бунинг натижасида алкоголь истеъмол қилувчилар орасида ушбу воситалардан захарланиш ҳоллари ҳам кузатилмоқда. Маълумки инсонлар орасида алкоголь воситалари ва унинг суррогатларидан захарланиш нафақат чет элларда, балки бизда ҳам учраб туради.

Баъзан шундай ҳоллар бўладики алкоголь ва унинг суррогатларидан захарланиш ҳолларида экспертлар олдида кўплаб суриштирув тергов органлари томонидан ечимини топиш лозим бўлган саволлар тақдим этилади. Бу эса суд тиббий экспертлар олдида етарлича муаммолар туғдириб келмоқда.

Шулардан келиб чиққан ҳолда алкоголь ва унинг суррогатларидан захарланишларни эксперт баҳолашда янги замонавий усулларни талаб этади.

Тадқиқот мақсади: Алкогол ва унинг суррогатлари билан захарланишларни ташхислашдаретроспектив текшириш усулларидан фойдаланиб, кўшимча суд-тиббий мезонларини ишлаб чиқиш.

Тадқиқот объекти: Тадқиқот жараёнида 2014-2016 йилларда Тошкент шаҳар СТЭ бюроси 2-филиалида алкоголь ва унинг суррогатларидан захарланиш натижасида этган 20-50 ёшлардаги эркек ва аёл жинсига мансуб 25 нафар вафот этган мурдаларнинг экспертиза хулосалари.

Тадқиқот предмети: 2014-2016 йилларда Тошкент шаҳар СТЭ бюроси 2-филиалида алкоголь ва унинг суррогатларидан захарланиш натижасида вафот этган мурдалар экспертиза хулосаларининг ретроспектив тахлили.

Текширув натижалари: Тахлилларимизни 12 аёл ва 13 эркек гуруҳларида ўргандик. Ушбу ретроспектив тахлилларимиз натижалари шуни кўрсатдики, текширув гуруҳларимизда, яъни эркеклар гуруҳларида, аёллар гуруҳларига нисбатан алкоголь ва унинг суррогатларидан захарланишлар деярли икки мартаба кўп учрамоқда.

Яна шунингдек ретроспектив тахлилларимиз натижасида шунга аҳамият қаратилдики алкоголь ва унинг суррогатларидан захарланишлар асосан қиш мавсумига тўғри келади. Умумий текширилувчи гуруҳларнинг 18 та ҳолатда алкоголь ва унинг суррогатларидан захарланиш декабр – феврал ойларига тўғри келади. Қолган 7 ҳолатда эса март-октябр ойларига тўғри келади.

Шунингдек ретроспектив тахлилларимизда алкоголь ва унинг суррогатларидан захарланишларни ўзаро ёшга боғлиқлигини ҳам тахлил қилиб чиқдик. Унга мувофиқ алкоголь ва унинг суррогатларидан захарланишлар ёшга, жинсга бевосита боғлиқ эканлиги ўз исботини топди. 30 ёш ва ундан юқори бўлган ёшларда алкоголь ва унинг суррогатларидан захарланишлар кузатувларимиздаги бошқа ёшларга нисбатан кўпроқ кузатилди.

Ушбу ретроспектив таҳлилларимиздан кўриниб турибдики алкоголь ва унинг суррогатларидан захарланишлар бевосита ёшга, жинсга ва фаслга боғлиқ.

Хулоса: Хулоса ўрнида шуни таъкидлаш лозимки юқорида эътироф этилган маълумотлар алкоголь ва унинг суррогатларидан захарланиш натижасида вафот этган мурдаларни суд тиббий текуширувларида кўшимча маълумотлар тизими бўлиб хизмат қилиши мумкин.

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ

**Косимов Д.А., Косимов А.К., Мамарасулова Д.З., Рашидова Ш.У.
Андижанский Государственный медицинский институт,
г.Андижан Узбекистан**

Целью данной работы является изучение и обоснование возможностей ультразвуковой доплерографии в оценке распространенности рака толстой кишки (РТК).

Материалы и методы исследования: Было обследовано 100 пациентов с диагнозом РТК. Возраст пациентов распределялся от 20 до 65 лет. Исследования выполнялись на ультразвуковых сканерах Acuson 512 Sequoia (США) и Aloka SSD 5000 (Япония) конвексными датчиками с частотой 2,5 8 МГц через переднюю брюшную стенку. На дооперационном этапе пациентам проводились эхографические исследования, включающие стандартное ультразвуковое исследование в В режиме и доплерографические исследования (в режиме ЦДК и ЭД). **Результаты:** эхографии сопоставлялись с результатами эндоскопических, рентгенологических исследований и операционными данными.

Результаты: исследования: При помощи ЦДК и ЭД производилась оценка характера васкуляризации опухолей. В ходе исследования было выявлено, что при РТК преобладает мозаичный (75%) тип кровотока. Смешанный тип кровотока наблюдался в 10,1% случаев, перифокальный тип кровотока - в 5,3% случаев, сосуды на протяжении в 2,9% случаев, отсутствие кровотока - в 1,4% случаев. В 11 случаях оценить характер васкуляризации не удалось, так как опухоль не визуализировалась. В 51,9% случаев визуализировались сосуды, выходящие за пределы опухоли и проникающие в окружающие органы и ткани. Наличие проникающих сосудов расценивалось как признак инвазии. Данный признак использовался при определении стадийности РТК. Использование ЦДК и ЭД позволило с точностью 84% выявить вовлеченность в опухолевый процесс сосудов. При определении местной распространенности РТК (категория Т) по данным серошкальной эхографии достоверные **Результаты:** были получены в 81,2% случаев, при оценке категории М - в 90,4% случаев, а

категории N - в 71,6% случаев. Комплексная эхография с учетом данных доплерографии позволила получить достоверные данные при оценке категории T - в 85,6% случаев, категории M - в 95,2% случаев, категории N - в 73% случаев.

Выводы: Использование ультразвуковой доплерографии при оценке распространенности РТК повышает точность эхографических исследований.

АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГЛАУКОМЫ У ДЕТЕЙ

Куралов Э.Т., Абдусалиева Т.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность: При офтальмологических антиглаукоматозных операциях имеются определенные особенности, связанные с регуляцией внутриглазного давления (ВГД), предотвращения окулокардиального рефлекса (и устранять его последствия), управление объемом пузырьков газа внутри глаза. Этим требованиям отвечает ингаляционный анестетик севофлюран, лишенный нежелательных эффектов кетамина.

Цель: Сравнения анестезиологического пособия моноанестезией кетаминот и ингаляционного анестетика севофлюрана, у детей при офтальмохирургических операциях.

Материал и методы: Проводилось сравнение между двумя группами 60 детей (1-10 лет): 1-я группа (n=30) анестезия с применением севофлюрана (0,5-0,8 об%) и фентанила (5 мкг/кг); 2-я группа (n=30) – применение кетамина (1,5 мг/кг и 4-5 мг/ кг/ч) с фентанилом (5 мкг/кг). Средняя продолжительность операции 100±10 мин. В 1-й группе - первичная врожденная глаукома с умеренно повышенным ВГД - 17 детей, вторичная глаукома с умеренно повышенным ВГД - 13 детей. Во 2-й группе – 12 больных с первичной врожденной глаукомой с умеренно повышенным ВГД и 18 больных с вторичной глаукомой с умеренно повышенным ВГД. Условия измерения ВГД (тонометр Маклакова) были одинаковыми в обеих группах.

Результаты: В первой группе среднее значение ВГД до операции составило 30-38 мм.рт.ст., после индукции севофлюраном отмечалось понижение ВГД до 26-28 мм.рт.ст. в условиях нормовентиляции. После операции ВГД снизилось до 16-20 мм.рт.ст. (норма).

Во второй группе среднее значение ВГД до операции составило 29-38 мм.рт.ст., идентичное предыдущей группе. Осуществление моноанестезии Кетаминот (1,5-4,5 мг/кг) было отмечено повышением ВГД 42-46 мм.рт.ст., что вызвало необходимость применения глазных капель тимолол, для понижения давления, обусловленное нарушением оттока водянистой влаги. В раннем

послеоперационном периоде уровень ВГД оставался несколько выше, аналогичного периода у 1 группы (24-26 мм.рт.ст.) пациентов.

Во всех случаях, в первой группе детей, оперативное вмешательство сопровождалось коррекцией управляемостью, выбором оптимальной глубина наркоза, которая соответствовала тяжести, продолжительности операции и возрасту пациента. Применение севофлюрана положительно влияет на внутриглазную гемодинамику пациента, снижает внутриглазное давление.

Выводы: Анестезией выбора при антиглаукоматозных операциях у детей является применение севофлюрана, позволяющего поддерживать уровень внутриглазного давления интраоперационно на более низких параметрах, тем самым снижая риск развития возможных осложнений.

ШАХСИ НОМАЪЛУМ МУРДАЛАРНИ ИДЕНТИФИКАЦИЯСИДА ДЕРМАТОГЛИФИКАНИНГ СУД ТИББИЙ АХАМИЯТИ

Курбанов А.Т., Қўзиев О.Ж., Мавлонов У.О.

Тошкент педитрия тиббиёт институти, Тошкент ш., Ўзбекистон

Мавзунинг долзарблиги: Хавфли саноат комплексларининг мавжудлиги, транспорт воситаларининг ривожланиши, табиий офатлар, маҳаллий қуроли низолар кўпинча инсонларнинг оммавий ҳалок бўлишига сабаб бўлмоқда. Тергов органларининг суд тиббий экспертизаси олдига қўядиган биринчи даражали вазифаси шахси аниқлаш ҳисобланади.

Бундай ҳолларда қуйиб кетган ёки бурдаланган мурдаларнинг ташқи белгиларидан уларнинг кимлиги ва қайси миллатга мансублигини аниқлаш жуда қийин масалага айланиб қолади. Инсон танасидаги бармоқ нақшлари эса бундай ҳолатларда ташқи муҳит омилларига таъсирчан бўлмайди ва ўз тузулишини йўқотмайди. Суд тиббиёт экспертлари учун эса бу айти муддао бўлиб хизмат қилади.

Шу сабабли текширишнинг оддий ва самарали усулларидан фойдаланишга бўлган қизиқиш, объектив қонуниятларга асосан ортмоқда. Одам ташқи қиёфаси комплексларини ўрганишда энг қулай усуллардан бири дерматоглифика бўлиб қолди.

Тадқиқот мақсади: Шахси номаълум мурдаларни суд тиббий текширишларда бармоқ нақшларидаги ўзига хос идентификацион белгиларни аниқлаш ва уларни суд тиббий амалиётига тадбиқ қилиш.

Тадқиқот объекти: Тадқиқот жараёнида қандли диабет билан оғриган 40-70 ёшлардаги эркак ва аёл жинсига мансуб 40 нафар тўсатдан вафот этганларни кафт бармоқ андозалари.

Тадқиқот усули: Қўллардаги бармоқ нақшларини ўрганишни қуйидаги усул Текширув усули сифатида бармоқ андозасини олиш учун ёстикчали бўяш усулдан фойдаландик. Ушбу усулни қўллашда биз томонимиздан тарғиб этилган “Қўл ва оёқларнинг таянч қисми изини олиш учун қурилма” (

патент № № FAP 00802, 25.03.2013й)дан (Искандаров А.И., Қўзиев О.Ж., Ҳамдамов А.М., Рўзиев Ш.И., Шаробиддинов З.Б.) фойдаландик. Ушбу усул умумқабул қилинган типографик бўёқ ёрдамида бўяб андоза олишдан бир қанча устунликлари билан ажралиб туради.

Текширув натижалари: Таҳлилларимизни 20 аёл ва 20 эркак гуруҳларида ўргандик. Тўсатдан вафот этган шахси намаълум мурдаларнинг бармоқ нақшларини таҳлил этдик, нақш комбинацияларини учрашини белгилар мустақиллиги гипотезасига асосланган ҳолда назарий жиҳатдан ҳисоблаш ўтказилди. Олинган маълумотларнинг яқинлиги шуни кўрсатадики, назарий қиёслашни кейинги тадқиқотларда ҳам қўллаш мумкин.

Қўшимча уч радиусларнинг миқдорий тарқалиши ва учраши, бу Гипотенарларда кузатилди (57.16% эркакларда, 64.14% аёлларда). Қўшимча уч радиусларнинг комбинацияланган ҳолда кўпроқ бармоқ ёсттиқчалари ва гипотенар жуфтлигида учради (14.28% эркакларда ва 15.10% аёлларда). Ўз ўрнида барча уч радиусларнинг комбинацияси ва уч радиусларни бармоқ ёсттиқчалари, шунингдек тенар билан ўзаро комбинацияси ҳам аёлларда деярли учрамади.

Хулоса: Ишлаб чиқилган усулнинг бошқа идентификацион усуллар билан бирга қўлланилиши суд тиббиёт экспертизасини натижаси ишончлилигини ва суд тиббий эксперт хулосаси аниқлигини оширади.

Билатерал ва гомолатерал симметрия, қўл бармоқ дерматоглифик белгиларининг таҳлили, нақш марказидаги чизиқлар оқимининг таснифи, янги ишлаб чиқилган усул нафақат суд тиббиёти амалиётида балки тиббиётнинг бошқа жабхаларида, ирсий касалликларни эрта ташхислашда, морфологияда, криминалистикада бармоқ изларини идентификацион саралашда қўлланилиши мумкин.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ АНГИОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ КРОВОТОКА ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ ПОРАЖЕНИИ ПОЧЕК

Кутумов Х.Ю., Рашидов З.Р.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность: Своевременная диагностика туберкулеза является одной из актуальных проблем во всем мире. Крайне важным является ранняя и точная диагностика туберкулеза и выбор тактики лечения.

Цель исследования - определить информативность ультразвуковой ангиографии в оценке кровотока и функционального состояния почек при туберкулезе.

Материал и методы исследования. Обследовано 103 больных с различными формами нефротуберкулеза с применением ультразвуковой ангиографии (УА). Полноценным кровотоком считался, когда визуализировались

междольевые артерии в паренхиме почки, сниженным – если имело место единичное число сосудов в корковом слое паренхимы, фрагментарным – в случае, если в каком-то участке паренхимы кровотоков не визуализировался, эхографически считался не определяющимся – когда интратренальный кровотоков не визуализировался.

Результаты: При папиллитах полноценный кровотоков наблюдался в 90,1%. При посттуберкулезных гидронефрозах полноценный кровотоков имел место лишь в 9 (23,1%) наблюдениях. В остальных случаях кровотоков был сниженным – в 66,7%, фрагментарным - в 35,9% и не определялся – в 10,2% наблюдений.

При кавернозном поражении в 27 (90%) наблюдениях имел место фрагментарный кровотоков, в 20 (66,7%) – кровотоков был снижен и в 3 (10%) – кровотоков не определялся. При поликавернозном поражении в 13 (76,5%) наблюдениях кровотоков не определялся, и в 4 (23,5%) - был резко снижен и фрагментарен. При нефроциррозах в 11 (91,7%) наблюдениях кровотоков не определялся.

Для выявления взаимосвязи между результатами УА, радиоизотопной ренографией и экскреторной урографией проведен корреляционный анализ. Как показал анализ, между отсутствием визуализации кровотока, «выключенной» рентгенологически почкой и афункциональным типом кривой при радиоизотопной ренографией имеется прямая сильная связь ($r=1$). Между снижением кровотока по данным УА и сниженной выделительной функцией на экскреторных урограммах также выявлена прямая сильная связь ($r=0,87$).

Гистологическое исследование удаленных почек подтвердило **Результаты:** УА почек. Диагностическая информативность УА почек в оценке функционального состояния составила: чувствительность – 88,5% , специфичность - 86,7%, точность – 86,7%.

Выводы: УА при нефротуберкулезе является высокоинформативным методом в оценке почечного кровотока.

БОШ МИЯ ЖАРОХАТЛАРИДА ОГИР ТАН ЖАРОХАТЛАРИНИ СУД ТИББИЙ БАХОЛАШ

Мавлонов У.О., Курбанов А.Т., Қўзиёв О.Ж.

Тошкент педитрия тиббиёт институти, Тошкент ш, Ўзбекистон

Мавзунинг долзарблиги: Хар қандай жарохатланишлар асносида содир бўлувчи ўлим холатларида энг аввало ўлимнинг генезига алохида ахамият қаратилади ва мос тарзда суриштирув тергов органлари томонидан суд тиббий экспертлар олдида қуйидаги саволлар қўйилади: ўлим вақти, ўлимнинг сабабий боғлиқлиги, ўлим тури, мавжуд тан жарохатлари ва уларнинг ўлим билан бевосита боғлиқлиги, қон таркибидаги алкоголь, наркотик ва захарли моддалар мавжудлиги каби.

Бундай ҳолларда суд тиббий экспертлар олдида жуда мураккаб бўлган саволларга ўз вақтида ва аниқ жавоблар қайтариш, шунингдек ҳолисона суд тиббий экспертиза ҳулосаларини бериш талаб этилади. Жароҳатланишларда, айниқса бош мия жароҳатларида улар олдида қўшимча текшириш усулларини қўллаш муҳим аҳамият касб этади.

Тадқиқот мақсади: Бош мия ёпиқ жароҳатларини суд тиббий таххислашда ретроспектив текшириш усулларидан фойдаланиб, қўшимча мезонларини ишлаб чиқиш.

Тадқиқот объекти: Тадқиқот жараёнида 2012-2016 йилларда Тошкент шаҳар СТЭ бюроси 2-филиалида бош мия жароҳатлари натижасида вафот этган 20-60 ёшлардаги эркек ва аёл жинсига мансуб 45 нафар мурдаларнинг экспертиза ҳулосалари ва инструментал тахлил натижалари.

Тадқиқот усули: 2012-2016 йилларда Тошкент шаҳар СТЭ бюроси 2-филиалида бош мия жароҳатлари натижасида вафот этган мурдалар экспертиза ҳулосалари ва инструментал тахлил натижаларининг ретроспектив тахлили.

Текширув натижалари: Тахлилларимизни аниқлаштириш мақсадида бош мия ёпиқ жароҳатлари натижасида вафот этган мурдаларни жинсга боғлиқ ҳолда гуруҳларга бўлиб чиқдик, бунда бош мия ёпиқ жароҳатларидан вафот этган мурдаларнинг асосий қисмини эркеклар гуруҳи ташкил этди, яъни 45 нафар умумий текширилувчилардан 33 (73,3%) нафарини эркеклар гуруҳи ташкил этди. Қолга 12 (26,7%) нафари эса аёллар гуруҳига мансуб бўлди.

Худди шунингдек ушбу текширилувчи гуруҳларни ёшга нисбатан ҳам ўзаро гуруҳларга ажратишни лозим топдик, бунда асосий гуруҳни 40-60 ёшларда эркеклар ва аёллар ташкил қилди. Уларнинг умумий сони 27 (60%) нафарни ташкил этди. Қолган 18 (40%) нафар текширилувчилар эса асосан 20-30 ёшни ташкил этди.

Уларнинг тиббий текширув натижаларини тахлилларида асосан бош мия ёпиқ жароҳатлари, бош мия очик жароҳатларига нисбатан кўпроқ учраши кузатилди, яъни 30 (66,6%) нафар бош мия жароҳатлари натижасида вафот этган мурдаларда калла асос суягининг ёпиқ синиши ҳолатлари кузатилди. Қолган 15 (34,4%) ҳолларда эса бош мия очик жароҳатлари натижасида ўлим ҳолатлари кузатилди.

Биз шунингдек текширувларимиз давомида ушбу бош мия жароҳатларининг содир бўлиш механизмларига ҳам аҳамият бериб ўтдик. Унга мувофиқ кўп ҳолларда алкоголь маҳсулотлари истеъмолидан кейин рўй берганлиги аниқланди. Мос равишда мурдалардаги қоннинг кимёвий тахлилларига ҳам эътибор қартдик. Ушбу ҳолатларда мурдалар қонида алкогольнинг миқдори 4,5-6,5 % ни ташкил этган. Бундан кўриниб турибдики бош мия оғир тан жароҳатларининг содир бўлиш механизми асосида алкоголь маҳсулотларининг истеъмоли мавжуд.

Хулоса: Хулоса ўрнида шуни таъкидлаш лозимки юқорида эътироф этилган маълумотлар бош мия жароҳатларини суд тиббий баҳолашда қўшимча маълумотлар тизими бўлиб хизмат қилиши мумкин.

МНЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ О КАЧЕСТВЕ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Мадаминова Н.С., Махкамова Ф.Т., Пулатов О.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Для повышения качества оказания медицинской помощи и результативности использования имеющихся ресурсов здравоохранения о возрастает актуальность разработки современных информационных систем (О.Ю.Базюра, Е.Н.Коровин и др..2003.), необходимых для принятия обоснованных управленческих решений, обеспечивающих оперативный учет объемов и мнения пациентов об оказанной стоматологической помощи и, анализа их деятельности.

Цель работы: Изучить мнение пациентов о качестве оказываемой медицинской помощи в условиях стоматологической поликлиники.

Материалы и методы исследования. Была проведена информатизация работы врача- детского стоматолога с установкой АРМ на базе поликлиники №56 при ТашПМИ за период 2014 - 2016 гг.Основными источниками информации явились 50 анкет социологического опроса родителей и пациентов.

Результаты: и обсуждение исследования:В реальной оценке мнения пациентов о качестве работы являются Результаты ответов на косвенные вопросы. На вопрос о том, придет ли в данную поликлинику пациент в следующий раз, положительно ответили 89,3%. Отрицательный ответ - 2,0+0,6% пациентов, затруднились с ответом 8,73%.

Анализ мнения пациентов об уровне квалификации врачей поликлиники показал преобладание положительных оценок: 47,7+2,2% - высокую, 51,7+2,2% - среднюю оценку и низкий составило - 0,4+0,3%.

Выводы: При анкетировании 89,3% пациентов дали высокую оценку качества медицинского обслуживания в стоматологической поликлинике, что связано с высоким уровнем организации распределения потоков пациентов на основе применения информационных технологий и уровня квалификации врача- стоматолога.

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ СТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО БРОНХИТА

Мавлянова Н.Т., Агзамова Н.В.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность: стероидные противовоспалительные лекарственные средства при лечении рецидивирующего бронхита оказывают противовоспалительное, противоаллергическое действие. Экономический аспект лечения наиболее часто встречаемых патологий особенно важен сегодня, так как в условиях постоянного роста стоимости медицинской и фармацевтической помощи все большая материальная нагрузка ложится на бюджет государственных больниц.

Материалы исследования: для проведения анализа использовались данные 63 историй болезни с диагнозом рецидивирующий бронхит.

Цель исследования: фармакоэкономический анализ проводился с целью определения частоты применения стероидных противовоспалительных и их сравнительной выгоды лекарственных средств у детей раннего возраста. Был проведён анализ всех случаев рецидивирующего бронхита зарегистрированных в период с декабря 2015года по февраль 2016 года в клинике ТашПМИ.

Результаты исследования: при рецидивирующем бронхите использование средней суточной дозы раствора для инъекций дексаметазон 4мг/мл, в ампулах по 1 мл, цена составила 750сум. При использовании средней суточной дозы раствора для инъекций Преднизолон 30мг/1мл, в ампулах 1мл-900сум. А курсовой дозы - 2250 и 2700сум соответственно. Был проведен анализ «влияния на бюджет» для оценки экономического эффекта на бюджет клиники. Было использовано два сценария. Первый предполагал использование в качестве фармакотерапии раствор для инъекций Дексаметазон 4мг/мл, в ампулах по 1 мл, средняя цена курсовой дозы составило 850500сум. Второй - раствор для инъекций Преднизолон 30мг/1мл, в ампулах 1мл, средняя цена курсовой дозы-1020600сум. Данные результаты демонстрируют экономию бюджетных средств в размере 170100сум.

Выводы: было установлено, что применение дексаметазона согласно результатам анализа «минимизации затрат» является доминантой и позволяет снизить сумму прямых затрат на лекарственные средства при лечении пациентов с рецидивирующим бронхитом, по сравнению с использованием преднизолона.

Таким образом, проведённый анализ «влияния на бюджет» показал, что закупка раствора для инъекций дексаметазон, в целях экономии бюджетных средств предпочтительнее по сравнению с преднизолоном.

ВНЕДРЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ

**Мадаминова Н.С., Махкамова Ф.Т., Пулатов О.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. В современных экономических условиях модернизация системы здравоохранения может быть построена на рациональном использовании уже имеющихся средств и базироваться на применении современных информационных технологий. Внедрение автоматизированных информационных медицинских систем на региональном уровне позволяет не только сократить трудоемкие ручные работы, но и создает возможность более эффективного управления деятельностью сети стоматологических учреждений и органов здравоохранения области.

Цель. Исследовать эффективность информатизации врачебной деятельности по результатам анализа показателей оказания стоматологических услуг.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе поликлиники №56 при ТашПМИ за период 2014 - 2016 гг. с внедрением информатизации во врачебных кабинетах. Комплексный анализ позволил разработать интенсивную модель функционирования стоматологической поликлиники и разработать программный комплекс автоматизации «STOMCARD» с помощью реляционной модели данных и универсальной среды программирования Delphi и СУБД Oracle.

Результаты: В 2014 г. более 15 минут ожидали приема в общей сложности 44,2% пациентов, при этом у 37,6% время ожидания было 10 - 15 минут. Всего лишь 18,1% получили стоматологическую помощь менее 5 минут. В 2015-2016 гг. доля пациентов, ожидавших приема более 15 минут снизилась до 11,0% , от 5 до 15 минут ожидания было у 36,7+1,8%, их суммарная доля составила, соответственно, 27,7%. С ожиданием менее 5 минут получили врачебную помощь 25,2%.

Эффект от внедрении программного комплекса автоматизации "STOMCARD " в практику работы стоматологической службы складывался из нескольких составляющих:

Оптимизация управления за счет внедрения механизма интегральной оценки качества и объема врачебной деятельности

Автоматизация оформления и повышение качества ведения текущей и отчетной медицинской документации

Сокращение бумажного документооборота

Рациональное распределение потоков больных, уменьшение времени ожидания медицинского обслуживания

Повышение качества врачебной деятельности во всех ее аспектах

Выводы. Внедрение комплекса "STOM-CARD" обеспечивает оптимизацию деятельности стоматологических услуг в поликлинике № 56, что свидетельствует о достоверности положительных отчетных показателей.

БУЙРАК КИСТОЗ РАКИНИ МАГНИТ РЕЗОНАНСЛИ ТОМОГРАФИЯ ТЕКШИРУВИ ЁРДАМИДА ТАШХИС ҚЎЙИШ

**Мажидова М.А., Назарова Н.М., Мамарасулова Д.З., Жалилов О.А.
Андижон Давлат тиббиёт институти, Андижон ш., Ўзбекистон**

Изланиш долзарблиги: буйрак кистоз раки кўп учрайдиган онкологик касалликлардан ҳисобланиб, бу касаллик билан касалланганлар сони йилдан йилга ортиб бормоқда. Касалланиш ҳамма иқтисодий ривожланган мамлакатларда йилдан-йилга ошиб бормоқда. Кузатишлар, буйрак кистоз ракининг кўпайиши ва касаллик ёшараётганлигини кўрсатмоқда.

Изланишдан мақсад: буйрак кистоз ракини эрта ва тўғри ташхисини қўйиш ва бу билан аҳоли орасида уни учраш сонини камайтириш, даволаш ва олдини олиш масалаларини ишлаб чиқишдан иборатдир.

Текшириш материаллари ва усуллари: буйрак кистоз ракини текширишда бирқанча текширув усулларида фойдаланилади. Улардан энг асосийси магнит резонансли томография ҳисобланади. Бу усул билан ташхис қўйиш самарали ва замонавий ҳисобланади.

Биз ўз олдимизга қўйилган вазифани амалга ошириш учун жами 20 нафар беморларда текшириш ўтказдик.

Текшириш натижалари: магнит резонансли томография ёрдамида текширишдан қуйидагича натижалар таҳлил қилинди: текширув учун олинган беморларнинг 9 (45%) нафарида оддий буйрак кисталари учради. 2 (10%) нафарида поликистоз; 4(20%) маҳаллий асоратланган кисталар; у 3(15%) маҳаллий структурали ўзгариш билан кечувчи киста; 1(5%)нафар беморда оқсилли геморрагик таркибли буйрак кистози; 1(5%)- 3 мм дан йўғонлашган ўчоқли кальцификат мавжудлиги аниқланди.

Хулосалар: буйрак кистозининг магнит резонансли томографияси буйрак рак касалликларининг ташхис қўйишда энг зарур бўлган текширув усулларида бири ҳисобланади. Буйрак кистозининг магнит резонансли томографиясининг яна беморлар учун қулай томони шундаки, таркибида йод элементи тутувчи контраст моддаларга аллергияси бор беморларда ва буйрак функцияси сусайган беморларда текшириш қулай ҳисобланади.

АНТЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННОЙ ЧАСТИЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Мамажонов Р.Б., Эргашев Б.Б., Усонов О.М.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность проблемы: За последние годы в связи с развитием антенатальной диагностики, благодаря введению Национального проекта «Здоровье», повысилась ранняя дородовая выявляемость дуоденальной непроходимости. Такая своевременная диагностика порока позволяет перевести ребенка в специализированный хирургический стационар еще до развития первых проявлений высокой кишечной непроходимости, что способствует ранней оперативной коррекции порока. Однако, на сегодняшний день вопросы антенатальной диагностики, данной патологии остаются дискуссионными.

В связи с этим, существующие проблемы антенатальной диагностики врожденной частичной кишечной непроходимости являются актуальными и требуют дальнейшего изучения.

Цель работы: Улучшение результатов антенатальной диагностики врожденной частичной кишечной непроходимости у детей.

Материалы и методы исследования: Антенатальное ультразвуковое исследования плода проводилось практически всем 55 беременным женщинам в I, II и III триместре. Ультразвуковое исследование осуществляли аппаратом Aloka SSD-5000 ProSound PHD с частотным диапазоном используемых датчиков от 2,14 до 13,0 МГц и возможностью подключения различных электронных конвексных, линейных, секторных датчиков от предыдущих моделей (от SSD-900 до SSD-2200).

Результаты: При изучении материнского анамнеза выявлено, что из 55 беременных с низкой кишечной непроходимостью плода, 31 (56,4%) женщин были в возрасте 17-30 лет, 24(43,6%) – в возрасте 31-40 лет. Из числа последних 4 женщин были в возрасте 36-40 лет. Первородящих женщин было 29 (52,7%), повторнородящих – 26 (47,3%). Таким образом, антенатальное УЗИ позволило выявить признаки врожденной низкой кишечной непроходимости у 42 (76,4%) плодов в сроки от 20 до 38 недели гестации. Патология органов гениталий отмечена у 9 (16,4%) женщин, экстрагенитальная патология (ОРВИ, пиелонефрит, зоб, анемия и т.д.) – у 41 (74,5%) рожениц. Рождение детей с пороками развития в предыдущих родах отмечено у 7 (12,7%) женщин, выкидыши на ранних сроках гестации – у 5 (9%) и угроза прерывания беременности – у 13 (23,6%) женщин. TORCH инфицирование выявлено у 21(38,1%) женщин. В родственных браках состояли 5 (9%) женщин. Выраженное многоводие во II-III триместре беременности отмечено у 36 (65,4%) женщин. Основными антенатальными признаками высокой частичной кишечной непроходимости у плода при УЗИ являются выявление в брюшной полости расширенного желудка и 12-перстной кишки, а при частичной низкой

кишечной непроходимости - множественные расширенные петли кишечника и многоводие.

Выводы: Антенатальное УЗИ позволило выявить признаки врожденной низкой кишечной непроходимости у 42 (76,4%) плодов в сроки от 20 до 38 недельгестации. У 13 детей антенатально не были выявлены признаки низкой кишечной непроходимости. Антенатальное УЗИ достоверно позволяет диагностировать врожденную высокую и низкую кишечную непроходимость у плода во 2 -3 триместре беременности.

ВЫБОР СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ ЧАСТИЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Эргашев Б.Б., Мамажонов Р.Б., Аллаберганов И.К.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность проблемы: В детской хирургии врожденная частичная кишечная непроходимость является одной из малоизученных патологий, которая встречается на всем протяжении от связки Трейца до илеоцекального угла. Однако, на сегодняшний день вопросы антенатальной диагностики, выбора оптимального способа хирургической коррекции данной патологии остаются дискуссионными. В частности нет четких показаний к выполнению радикальных и паллиативных вмешательств, а также алгоритмов выбора способов наложений межкишечных анастомозов.

Цель работы: Улучшение результатов хирургической коррекции врожденной частичной кишечной непроходимости у детей.

Материалы и методы исследования: В настоящей работе изучены Результаты диагностики и лечения 69 детей с врожденной частичной кишечной непроходимостью, находившиеся в отделениях детской хирургии 2-ГДХБ и в отделение неонатальной хирургии РПЦ за 2011-2015 годы. Из них 14 детей были от 3 мес до 14 лет, а 55 детей были в возрасте от 0 до 3 месяцев. Из последних мальчиков было 38 (69%), девочек 17 (31%). Процент выживаемости у девочек был выше, что связано с большим количеством недоношенности и частой сопутствующей врожденной патологии среди мальчиков. Доношенных детей было 38 (69%), недоношенных 17 – (31 %). Количество доношенных и недоношенных детей было больше среди мальчиков. Заболевание часто диагностировано у детей в возрасте до 3 лет. Врожденная тонкокишечная непроходимость как изолированный порок развития выявлена у 39 (78%) детей. Сопутствующие пороки развития других органов и систем (пороки ССС, аноректальные аномалии, пороки ЖКТ и МВП атрезия) диагностировано у 16 (22 %) больных.

Результаты: Характер операции зависел от вида дуоденальной непроходимости. Так, 12 (40%) больным выполнен дуодено –

дуоденоанастомоз бок в бок по Кохеру, 10 (33%) детям - дуодено-дуоденоанастомоз по технологии Кимура, и в 2 (7 %) случаях - обходной дуодено – дуоденоанастомоз конец в бок, 3 (10%) детям было выполнено иссечение мембраны двенадцатиперстной кишки и в 3 (10%) случаях выполнена дуоденотомия с поперечным ушиванием. Уровень непроходимости у 28 (93%) детей располагался ниже большого дуоденального соска, у 2 (7%) новорожденных - выше.

Выводы: Методом выбора при высокой частичной кишечной непроходимости обусловленной стенозом 12-перстной кишки является продольная дуоденотомия и косопоперечное ушивание 12-перстной кишки. При низкой кишечной непроходимости обусловленной атрезией тонкой кишки без осложнений бывает тонко-тонкокишечный анастомоз «бок в бок» и «конец в конец». При осложненных формах атрезии тонкой кишки необходимо предварительное стомирование кишок. Радикальную коррекцию порока при таких случаях целесообразно проводить на 2-4 неделе после первичной паллиативной операции.

БОЛАЛАРДА СИСТЕМАЛИ ҚИЗИЛ ЮГУРИК ВА ЮВЕНИЛ РЕВМАТОИД АРТРИТ КАСАЛЛИКЛАРИДА МАРКАЗИЙ ВА ПЕРИФЕРИК НЕРВ СИСТЕМАСИНИ ЗАРАРЛАНИШИ

Маматқурбонов Ш.Б.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент ш, Ўзбекистон

Долзарблиги. Системали қизил югурик ва ювенил ревматоид артрит касалликлари коллагеноз касалликлар гуруҳига киритилади. Бу касалликлар айниқса, мактаб ёшидаги болалар орасида кенг тарқалган. Коллагеноз касалликлари – артритлар, тери тошмалари ва ички аъзолар шикастланиши каби клиник белгилар билан кечувчи касалликлардир. Бош ва орқа мия, периферик нерв тизими, мускулларни шикастланиши ҳамма коллагеноз касалликлар учун хос белги. Персистерловчи вирусли ёки сурункали бактериал инфекция патологик жараёни зўрайтиради. Шунинг учун ушбу масала мультидисциплинар клиник ва патофизиологик ёндошувларни талаб этади ҳамда нафақат кардиоревматология, дерматология, балки неврология доираларида ҳам ўрганилиши керак. Шунинг учун, ушбу масалага илмий ва амалий ёндошиш зарур.

Мақсад ва вазифа: Болаларда системали қизил югурик ва ювенил ревматоид артрит касалликларида марказий ва периферик нерв системасини зарарланишини ўрганиш.

Тадқиқот материаллари ва услублари. Системали қизил югурик ва ювенил ревматоид артрит касалликлари билан оғриган 60 та бемор болаларда текширув ўтказилди. Беморлар 2 гуруҳга бўлинди. Тадқиқотда клиник-неврологик статусни баҳолаш, неврологик асоратларни аниқлаш мақсадида

инструментал (электромиография, электронейромиография, электроэнцефалография, электрокардиография (кўрсатма бўйича) ва лаборатор (қонни умумий ва ревматологик таҳлил, умумий сийдик таҳлили) текширувлари ўтказилди.

Хулоса. Системали қизил югурик касаллигида неврологик ва психик асоратлар 76,7 % ни ташкил қилди, шулардан, психик бузилишлар 17-%, деменция 15,7%, талваса 12%, бош мия жуфт нервлари дисфункцияси 11,4%, периферик невротия 10,7%, мияча шикастланиши 3,6%, эпилептик тутқаноқлар 20% ни ташкил қилди.

Ювенил ревматоид артрит касаллигида неврологик асоратлар 58,3% ни ташкил қилди. Шулардан 24,3% вегетатив ва психосоматик бузилишлар, 15,9% астеник бузилишлар, 8,4% аффектив бузилишлар, 7,5% иппохондрик бузилишлар, 2,8% истерик бузилиш ва 4,6% фикрлаш бузилиши),

Болаларда системали қизил югурик ва ювенил ревматоид артрит касалликларида марказий ва периферик нерв системасини зарарланишини эрта аниқланиши неврологик асоратларини ривожланмаслигига ва ногиронликни камайишига олиб келди.

ВОЗМОЖНОСТИ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ ПОЧЕЧНЫХ СОСУДОВ

Маматов А.А., Давидходжаева А.А.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) с мультипланарной реконструкцией изображений в сочетании с МСКТ-ангиографией обеспечивает получение всесторонней информации о состоянии почек и верхних мочевых путей, о наличии и характере структурных изменений в окружающих тканях, позволяет с анатомической точностью визуализировать почечные сосуды, выявить варианты их строения, anomalies развития и различные патологические изменения сосудистой системы.

Цель исследования: оценить возможности МСКТ в диагностике патологии сосудов почек, определить количественные показатели выявленной патологии при проведении МСКТ пациентам с различными патологическими процессами почек.

Материалы и методы. На мультиспиральном компьютерном томографе Somatom Definition AS фирмы Siemens в клинике Сихат ва Фарогат, с инжектором для болюсного введения контрастного вещества. МСКТ-ангиография сосудов почек были выполнены томографические исследования 97 пациентам с различными патологическими процессами почек.

Результаты. Всего из 97 пациентов, обследованных по поводу различной патологии почек, у 44 из них (45%) были выявлены изменения сосудов почек; у 53 пациентов патологических изменений сосудистого русла обнаружено не было. Выявленная патология распределилась следующим образом: добавочные сосуды почек были обнаружены в 35 случаях (79%), из них только артерии у 32 пациентов, артерии и вены у 3 пациентов, односторонние изменения были выявлены у 33 человек, двух сторонние у 2 человек. Ретроаортальное расположение левой почечной вены отмечалось у 7 пациентов (16%). У 2 пациентов (5%) обнаружены аневризмы почечных артерий, в одном случае основного ствола правой почечной артерии, в другом случае на уровне деления основного ствола левой почечной артерии. В 7 случаях (16%) было выявлено атеросклеротическое поражение почечных артерий. Таким образом, практически у половины обследованных (45%) было выявлено наличие изменений сосудов почек, наибольшую группу из них составили пациенты с добавочными артериями почек (73%).

Выводы. У всех обследованных пациентов МСКТ - ангиография позволила детально оценить состояние почечных сосудов и уточнить характер выявленных сосудистых изменений. МСКТ является приоритетным неинвазивным методом исследования сосудов почек, позволяет не только выявить патологические изменения сосудистого русла, но и помогает хирургам планировать оперативное вмешательство.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЭТИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЁР

Маматова Д.М., Расулова Н.Ф.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность исследования. Известна огромная роль медицинских сестер в оказании помощи больным, в проведении профилактической работы, которой уделяется большое внимание в настоящее время. Медицинские сестры нового поколения должны быть достаточно образованными как в профессиональном, так и в общем плане, хорошо владеть основами этики и деонтологии.

Цель и задачи исследования: Изучить постановки дел по этическому воспитанию среди среднего медицинского персонала, влияние этики и деонтологии на качество медицинской помощи. Разработать и внедрить в медицинскую практику новые подходы к использованию этики и деонтологии для повышения качества предоставляемых услуг населению.

Материалы и методы. В соответствии с целями и задачами исследования были использованы следующие методы: социологический – анкетирование; статистический – для анализа полученной информации.

Результаты исследования. Анкетирование, проведенное в США, показало, что, кто недоволен медицинскими работниками, особенно выделяют их заносчивость и невнимательность. Опрос 2131 человек в Германии показал, что большинство (63%) считают, что больному уделяется мало времени, 44% отметили отсутствие стремления медицинских работников объяснять свои назначения и др. В разных вариантах указывается, что на характер отношений влияют эмоциональная стабильность. При позитивных ответах пациенты выделяют не столько личностные черты медицинских работников, сколько их техническую оснащенность и знакомство с современными методами врачевания. Человечность отмечена лишь в 33% случаев. Эти проблемы существуют не только на Западе, они имеют место и в восточно-европейских странах. В то же время, в странах, где много врачей, получивших высшее образование в СНГ (Германия, Израиль, США), население отмечает их большую, чем у местных врачей коммуникабельность и доброжелательность

Вывод. Более 50% опрошенных пациентов сталкиваются с неэтичным поведением со стороны среднего медицинского персонала. Культура общения среднего медицинского персонала находится не на должном уровне в отношении пациентов. Так же важным фактором было отмечено недостаточны знания в области этики и деонтологии.. Это говорит о том, что средний медицинский персонал не имеет достаточной квалификации в данном вопросе, поэтому основной уклон необходимо делать на повышение квалификации медицинских сестер, внедрение обучающих тренингов, или школ этики и деонтологии.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ НАЛИЧИЯ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ МЕДСЕСТЁР

Маматова Д.М., Расулова Н.Ф.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность исследования. Согласно мнению специалистов, современный медсестра должен быть интеллектуальным, уверенным в себе, эмоционально уравновешенным и стрессоустойчивым, креативным, предприимчивым, ответственным и надежным и др. Это установлено и по результатам исследования ВОЗ (1999) с использованием метода «Дельфи». Ведь если медицинский работник сам нуждается в психологической поддержке, может ли он оказать ее пациенту, конечно, это невозможно. Для этого было проведено тестирование на определение наличия синдрома эмоционального выгорания по методике «Диагностика эмоционального выгорания» В. В. Бойко.

Цель и задачи исследования: Изучить и определить наличия синдрома эмоционального выгорания среди медсестёр.

Материалы и методы. Исследованием были использованы следующие методы: социологический – анкетирование на определение наличия синдрома эмоционального выгорания по методике «Диагностика эмоционального выгорания» В. В. Бойко; статистический – для анализа полученной информации.

Результаты исследования. 35% медицинских сестёр признались, что на работе встречаются настолько неприятные люди, что невольно желают им чего-нибудь плохого. Все опрошенные утверждают, что очень переживают за свою работу. 75% признались, что довольны своей профессией меньше, чем в начале карьеры. 32% жалуются, что им не повезло с работой. У 52% опрошенных медицинских сестер выявилась та или иная стадия депрессии или тревоги; У 38% наблюдается личностная отстраненность.

Значительные различия по наличию той или иной степени стресса на разных стадиях было выявлено в зависимости от специфики работы медсестер в том или ином отделении. Так нами было исследовано 4 отделения, это хирургическое отделение (ХО), терапевтическое отделение (ТО), приемное отделение (ПО), и реанимационное отделение (РО).

Наибольший процент по всем стадиям развития синдрома эмоционального выгорания, набрали медицинские сестра реанимационного отделения 32%, лишь у 2% опрошенных не было выявлено стресса. Важно отметить, что реанимационное отделение является в эмоциональном плане одним из самых тяжелых, так как медицинским работникам приходится сталкиваться с тяжелыми больными, частота смертных случаев так же в реанимационных отделениях выше, чем в других. На втором месте оказалось хирургическое отделение - 24% медсестёр имели ту или иную стадию развития СЭВ и у 3% он не был выявлен. Наименьший процент медсестер с наличием СЭВ был выявлен в терапевтическом отделении 17% и наивысший 4% среди тех, у кого не обнаружили симптомы стресса.

Вывод. В фазе резистентности находятся 32% опрошенных медицинских сестер, в фазе напряжения - 18% , истощения - 37%, никаких признаков выгорания и стресса не обнаружилось у 13%. Эмоционально лабильная личность медсестры, склонной к невротическим реакциям, может явиться серьезной помехой в успешной работе с больными. Результатом этой напряженности могут быть грубость, раздражительность, вспыльчивость, вредно влияющие на больных.

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ АБСЦЕССА ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

О.Д. Махкамова, Г.А. Юсупалиева

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Ультразвуковое исследование занимает ведущее положение в диагностике пневмоний и их осложнений у детей и является одной из перспективных направлений в педиатрической радиологии.

Цель. Оптимизация диагностики абсцесса легких у детей путём применения ультразвукового исследования в системе комплексного обследования больных.

Материалы и методы. Нами были исследованы 35 детей с абсцессами легких в клинике Ташкентского педиатрического медицинского института (ТашПМИ). Из них у 35 детей установлен абсцесс легких, а у 30 детей патологии со стороны лёгких не выявлено (контрольная группа).

Результаты: Путем применения эхографии мы визуально проследили динамику абсцедирования и выделили 4 эхографические стадии формирования абсцесса лёгкого.

На первой стадии формирования абсцесса у всех 35 больных наблюдали деструкцию лёгочной паренхимы, она характеризовалась округлой или неправильной формой очага, отсутствием его чётких границ и капсулы, анэхогенной структурой, что было связано с процессом начавшегося расплавления лёгочной ткани. *Вторая стадия* формирования (недренирующийся абсцесс лёгкого) визуализировался в виде анэхогенного образования округлой формы с чёткими ровными контурами с эхогенной взвесью в просвете (гной). Капсула по периферии абсцесса имела чёткие границы, гиперэхогенную структуру, толщиной 1,0-1,5 мм. За задней стенкой абсцесса визуализировался эффект дорсального усиления ультразвука. Ультразвуковая визуализация дренирующихся в бронх абсцессов (*третья стадия формирования*) становилась значительно затруднённой из-за появления в нём воздуха, обладающего экранирующим эффектом. *Стадия разрешения* абсцесса характеризовалась полным освобождением очага от гноя и облитерацией полости с последующим рассасыванием. При динамическом ультразвуковом исследовании в полости абсцесса количество жидкости постепенно уменьшалось, увеличивался объём гиперэхогенных масс (фибрина) по внутренней поверхности капсулы; очаг терял правильную округлую форму, границы его становились нечёткими, затем полностью сливались с воздушной окружающей лёгочной тканью и абсцесс не визуализировался вообще.

Вывод: Таким образом, диагностическая точность эхографии в диагностике абсцесса лёгких составила $96,6 \pm 3,4\%$; а обзорной рентгенографии $93,1 \pm 4,9\%$.

КОРРЕКЦИЯ ЭНТЕРОЛОМ НАРУШЕНИЙ МИКРОБИОЦИНОЗА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Махмудов Д.А., Даминова М.Н., Алиева Г.Р.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность препарата Энтерола в комплексной терапии больных СД 1 типа с микробиоценозом кишечника

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

Микрофлору толстой кишки исследовали по методическим рекомендациям А.З.Смолянской (1984) и Н.М.Грачевой и соавт. (1986), модифицированным в отделе микробиологии научно-диагностического центра ТМА. Состояние кишечной микрофлоры и выраженность дисбиотических сдвигов оценивали по общепринятым критериям деления нарушений микробиоценоза кишечника. **Результаты:** работы обработаны методами параметрической статистики с помощью пакета программ Excel, адаптированных для медикобиологических исследований.

Результаты: При анализе количественного и качественного состава микрофлоры кишечника у детей, больных сахарным диабетом 1 типа, обнаружено выраженное снижение бифидобактерии - на $7,45 \pm 0,15$ lg КОЕ/г ($P < 0,001$), аналогичные изменения наблюдались и с лактобациллами, что отразилось и на общем количестве анаэробов. Выявленный дефицит анаэробов отразился и на аэробной части микробиоценоза кишечника. Наиболее характерным явилось уменьшение количества лактозопозитивных кишечных палочек до $7,39 \pm 0,015$ lg КОЕ/г на фоне резкого увеличения содержания лактозонегативных кишечных палочек, энтеробактерий, стафилококков, грибов рода Кандида, особенно протей.

Эффективность комплексного лечения дисбиотических изменений с применением пробиотика энтерола у детей больных сахарным диабетом 1 типа оценивалась по результатам бактериологического анализа. Данные бактериологического обследования кишечника детей, больных сахарным диабетом 1 типа, убедительно свидетельствуют, что однократный курс комплексного лечения вызывал коррекцию бактериоценоза кишечника, приводя ее к почти нормальным показателям.

Так, отмечено достоверное увеличение числа бифидобактерий, несколько увеличилось содержание лактобактерий, хотя изначально их количество было снижено не столь значительно, как бифидобактерий. У всех детей, больных сахарным диабетом 1 типа, возросла частота выделения лактозоположительных кишечных палочек и, что особенно важно, снизился среди них процент гемолитических кишечных палочек: до лечения он составлял 30%, после лечения – 8% (при норме – 2%). Другие представители энтеробактерий и грамотрицательные неферментирующие бактерии выделялись в два раза реже после проведенного курса лечения. Следует, однако, отметить, что хотя и произошло значительное снижение количества дрожжеподобных грибов после применения комплексного лечения, тем не менее они сохранились в количестве, несколько превышающем физиологическую норму.

В результате проведенного лечения, дисбиотические изменения кишечника наблюдались в 63,64%, а через 7 недель после начала лечения нормальный микробиоценоз кишечника установился у 81,82% обследованных детей с сахарным диабетом 1 типа.

Выводы: Полученные Результаты свидетельствуют о целесообразности активной коррекции дисбиотических изменений при сахарном диабете 1 типа ферментными препаратами, таких как энтерол.

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА РАСПРОСТРАНЕНИЕ ВОЗДУШНО-КАПЕЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ В г.ТАШКЕНТЕ

Махмудова Н.А., Абдуллаева У.У.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

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 2014–2015 гг. и связь заболеваемости с социальными факторами посредством корреляционного анализа.

Результаты: В 2014 году на территории г.Ташкента зафиксировано 7380 (показатель на 100 000 населения) случаев заболеваний воздушно – капельными инфекциями, что на 0,75% ниже, чем в 2013 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 2014 и 2015 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.

Заключение: 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, а также к возникновению локальных вспышек в детских коллективах.

ВЛИЯНИЕ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Машарибова Н.И., Тахирова Р.Н.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность.Здоровье ребёнка зависит от комплекса различных факторов в том числе: биологических, социальных, гигиенических, средовых. За последние годы выявлены многочисленные данные, свидетельствующие о важности рационального вскармливания ребенка в раннем возрасте и его влиянии на механизмы и уровни функционирования физиологических систем в будущем. Характер вскармливания ребенка является важным фактором, способствующим реализации генетического потенциала морфологического и функционального развития, как на ранних этапах, так и в последующие периоды жизни.

Цель: изучить влияние вида вскармливания на показатели здоровья и состояние адаптационно-защитной системы организма детей дошкольного возраста.

Материалы и методы исследования. Исследованием было охвачено 167 детей обоего пола, в детских садах г. Ташкента. Из них основная группа - дети раннее находившихся на грудном вскармливании; контрольная группа - дети раннее находившихся на искусственном вскармливании. В основном проводились антропометрические и клинико-лабораторные исследования. Уровень физического развития оценивался по стандарту, принятым ВОЗ.

Результаты: Дети основной группы развиваются более гармонично (62%) и имеют в большинстве случаев мезосоматический тип телосложения (58,5%). Установлено, что в настоящее время увеличение масса-ростовых показателей у детей контрольной группы, идёт более быстрыми темпами, а также у них наиболее высокий индекс острой заболеваемости - в два раза чаще, чем у детей основной группы. Выявлено что, значительно большее количество детей (21,1%), контрольной группы, имеют железодефицитные состояния, по сравнению с детьми, основной группы (10,5%). Обнаружено, что основная группа (72%) детей имеют удовлетворительную адаптацию, у них в 6 раз реже развивается перенапряжение адаптационных процессов, чем у детей контрольной группы. У детей контрольной группы увеличено содержание в сыворотке крови липоперекисей и снижена активность антиоксидантной системы, статистически достоверно снижено содержание в сыворотке крови церулоплазмينا, что свидетельствует об истощении адаптационно-защитных сил организма, а также резко дисгармоничным физическим развитием.

Вывод. Выявленная взаимосвязь между видом вскармливания и физическим развитием детей требует от педиатров более углублённого обследования детей имеющих дисгармоничное физическое развитие с коррекцией их питания.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПЕРВОКЛАССНИКОВ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2013-2015гг.

Машарибова Н.И., Тахирова Р.Н.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. В последние годы наблюдается снижение потенциала здоровья школьников, в связи с чем особую актуальность приобретает изучение исходного статуса здоровья детей при поступлении в школу, оценка их функциональной готовности к обучению.

Цель: изучить тенденции формирования здоровья и физического развития первоклассников различных общеобразовательных учреждений Ташкентской области в динамике с 2013 г.- 2015 г.

Материалы и методы. Состояние здоровья изучалось по данным медицинских осмотров, физическое развитие - по результатам антропометрических исследований с использованием стандартов ВОЗ. Объект исследования - 353 ребенка, поступивших в 1-й класс в 2013 г., и 192 - в 2015 г.

Результаты: Среди обследованных в 2013г. первоклассников к I группе здоровья были отнесены 11,9% детей, ко II группе - 77,4%, к III группе - 10,3%, к IV группе - 0,4%. У 35,8% учащихся диагностировались заболевания костно-мышечной системы, у 22,3% - болезни органов дыхания. Психоневрологические расстройства нарушениями речи отмечались у 6,0% детей, патология органов зрения - у 7,6%, болезни системы пищеварения - у 10,5%. У 6,7% выявлялись отклонения со стороны сердечно-сосудистой системы. В 2015 г. у учащихся 1-х классов с той же частотой диагностировались функциональные отклонения (75,5%), абсолютно здоровы были 7,8% детей, соответственно, хронические заболевания отмечались более часто (16,7%). В структуре заболеваемости на 1-месте - патология органов дыхания (30,7%), костно-мышечной системы - 18,6%, несколько чаще - зрительная патология (9,1%) и заболевания системы кровообращения (12,5%), психоневрологические расстройства (6,4%) и заболеваний системы пищеварения (8,8%). Наблюдалось увеличение количества школьников с вышесредним (22,0%), высоким (11,2%) и акселеративным развитием (5,2%). Нижесреднее и низкое развитие отмечалось, соответственно, у 14,5% и 4,7%. Индекс массы тела колебался в среднем от 15,2кг/м² до 15,6кг/м² в различных общеобразовательных учреждениях. На период поступления в школу гармоничное развитие имели 46,2% детей, дисгармоничное 26,9%, соответственно. Дисгармоничное развитие учеников практически в одинаковом проценте случаев было обусловлено дефицитом или избытком МТ. Резко дисгармоничное развитие чаще сопровождалось избытком МТ II степени.

Вывод. Таким образом, формирование здоровья дошкольников требует комплексного подхода и совместных усилий специалистов различного профиля и родителей.

СУТОЧНЫЙ МОНИТОРИНГ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С КАРДИОРЕНАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Мехманова Н.Б., Сабирджанова З.Т.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Цель исследования: суточный мониторинг артериального давления у больных гипертонической болезнью с кардиоренальным синдромом.

Материал и методы: На базе РСНЦТ и МР обследовано 39 больных ГБ I-II стадии, в том числе 21 мужчин и 18 женщин в возрасте 38-59 лет (на основании классификации ВОЗ МОАГ (1999 г) и GNC – VI). Проводили суточное мониторирование артериального давления (СМАД) при помощи аппарата «Handheld Patient Monitor Model-RPM-800B». Больные были разделены на 2 группы: I-группа (n=17) с I-II стадии без признаков поражения почек; II-группа (n=32) больные с I-II стадии и наличием признаков поражения почек. Изучение функционального состояния почек включало определение уровня сывороточного креатинина, скорости клубочковой фильтрации (СКФ).

Результаты: исследования: Сопоставление результатов, полученных при суточном мониторировании АД, установило, что больные АГ с поражением почек существенно отличаются от больных АГ без поражения почек по многим параметрам суточного профиля АД. В частности, среднесуточное САД у первых было выше на 16,1 мм.рт.ст ($p<0,05$) чем у последних. Эта разница обеспечивается преимущественно за счет превалирования САД в дневное время у больных I группы. Межгрупповое различие по САДд и САДн составляет 19,7 % и 15 % ($p<0,01$) соответственно. Среднесуточный уровень ДАД в выделенных группах не отличался достоверностью, однако, дневное и ночное ДАД во II группе было достоверно выше ($p<0,05$). Все показатели ПАД в этой группе также были выше, достигая статистической достоверности. Наиболее выраженное различие выявлено по дневному уровню ПАД. Данный показатель во II группе был выше на 18 мм.рт.ст. ($p<0,001$).

Обследованные группы больных АГ отличаются и по уровню вариабельности как САД, так и ДАД. Все показатели вариабельности АД были выше во II группе. Однако, статистически достоверное различие выявляется только в дневное время. У больных АГ имеет значение не только уровень АД, но продолжительность воздействия гипертензии. Межгрупповое различие в уровне систолического и диастолического АД днем во время бодрствования и ночью во время сна предопределила степень ночного снижения АД. СНССАД в два раза, а СНСДАД 1,5 раза была ниже во II группе ($p<0,01$). Величина утреннего подъема ДАД у больных АГ с поражением почек больше чем у больных без поражения почек, но различие не достигает достоверных величин. Однако, существенное различие выявляется по ВУПСАД, которое во II группе было увеличено на 32,6% ($p<0,01$). В соответствии с величиной, установлено увеличение и скорости утреннего подъема АД у обследованных больных. При этом также различие по ДАД не отличалось достоверностью, а СУПСАД у больных с поражением почек достоверно было увеличено на 46,6%. В течение суток ЧСС больных II группы было больше чем в сравниваемой группе, но наиболее выраженное различие выявлено во время ночного сна (8,8%; $p<0,05$).

Таким образом, у больных АГ выявлено нарушение суточного профиля АД, выраженность которого зависела от наличия признаков ренальной дисфункции. У больных АГ с поражением почек имеются более выраженные признаки нарушения суточного профиля АД. Результаты сравнительного анализа суточного профиля АД больных ГБ, имеющих поражение почек

указывают на различный характер реагирования гемодинамики в течении суток. Характер изменения суточного профиля АД у больных АГ зависит от выраженности поражения почек. Для больных с поражением почек характерно низкое СНСАД, высокое ВУПСАД, ВУПДАД, СУПСАД и СУПДАД, а также большой удельный вес больных с патологическими типами суточного профиля АД.

ОСОБЕННОСТИ ПАРАМЕТРОВ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

Миноварова Ч.А., Сабиржанова З.Т.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: изучение суточного профиля АД у больных с АГ и с синдромом обструктивного апноэ во сне (СОАС).

Материалы и методы: Обследовано 39 больных АГ I-II степени в возрасте 36-61 лет. 1 группу больных составили 18 пациентов с АГ I-II степени и 2 группу 17 пациентов с АГ I-II степени с синдромом обструктивного апноэ сна (СОАС). Всем пациентам проводили бифункциональное мониторирование, включающее суточное мониторирование артериального давления (СМАД) при помощи аппарата «Handheld Patient Monitor (Model-RPM 8000B)» и ночное мониторирование насыщения гемоглобина артериальной крови кислородом (НГАКК) (с целью диагностики СОАС) с помощью портативного пульсоксиметра «Handheld Patient Monitor (Model-RPM 8000B)».

Результаты: Результаты сравнительного анализа установлено, что больных с АГ и с проявлениями СОАС характеризуется более выраженными изменениями суточного профиля АД. В частности, у больных 2 группы отмечается существенное увеличение среднего САД во всех его проявлениях. Различия по показателям среднего САД_с, САД_д и САД_н в сравнении с 1 группы составило 12,4% ($p < 0,01$); 13,2% ($p < 0,01$) и 17,5% ($p < 0,01$) соответственно. Существенное различие также выявлено по ДАД. Среднее ДАД_с, ДАД_д и ДАД_н во 2 группе были выше на 10,5% ($p < 0,05$); 7,5% ($p < 0,05$) и 14,4% ($p < 0,01$) соответственно по сравнению с 1 группой.

У больных 2 группы с АГ и СОАС статистически значимое увеличение наблюдается и со стороны параметров ПАД. Так в частности, ПАД_с было увеличено на 15,7% ($p < 0,05$), ПАД_д на 23,5% ($p < 0,01$) и ПАД_н на 20,1% ($p < 0,001$). Наличие СОАС чревато не только увеличением средних значений САД и ДАД, но и увеличением их вариабельности в течение суток. При этом ВСАД_д была увеличена на 29,7% ($p < 0,01$), ВСАД_н на 33,7% ($p < 0,01$), ВДАД_с на 26,9% ($p < 0,05$), ВДАД_д на 19,7% ($p < 0,05$) и ВДАД_н на 30,6% ($p < 0,01$).

Также было выявлено, что проявления СОАС сопровождался увеличением «нагрузки давлением», ИВ САД_с увеличивался на 23,3% ($p < 0,05$), ИВ САД_д на 27,7% ($p < 0,01$), ИВ САД_н на 43,9% ($p < 0,001$), ИВ ДАД_с на 27,3% ($p < 0,05$), ИВ ДАД_д на 30,3% ($p < 0,05$), ИВ ДАД_н на 24,2% ($p < 0,05$). Высокое значение ночного САД и ДАД обусловлено снижением СНС САД на 66,2 % ($p < 0,001$) и СНС ДАД на 52,5% ($p < 0,05$).

Развитие СОАС у больных АГ обусловлено увеличением ВУП САД на 33,2% ($p < 0,01$), ВУП ДАД на 38,9% ($p < 0,01$), СУП САД на 49,4% ($p < 0,01$) и СУП ДАД на 35,5% ($p < 0,05$). Развитие СОАС также сопровождается статистически значимым увеличением ЧСС_д на 13,4%.

Таким образом, установлено, что наличие синдрома обструктивного апноэ сна способствует нарушению суточного профиля АД у больных АГ. У больных АГ СОАС нарушение суточного профиля артериального давления (СПАД) обусловлено главным образом за счет увеличения САД, в частности среднее систолическое АД в ночное время (ср.САД_н) и вариабельность систолического артериального давления в дневное время (ВСАД_д), а также величина утреннего подъема САД и скорость утреннего подъема САД, особенно в утренние часы.

ЛЕЧЕНИЕ ДИАРЕЙ, ВЫЗВАННЫХ УПФ ПРЕПАРАТОМ БИФИЛАК НЕО У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Миралиева Н.А., Рихсиева Г.М.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Острые кишечные инфекции, вызванные условно патогенной микрофлорой, такими как клебсиеллы, протеи, стафилококки и др. у детей, является актуальной проблемой детской инфектологии. У детей раннего возраста дисбиоз кишечника развивается достаточно быстро, что связано с ферментативной, иммунной незрелостью кишечника и ее повышенной проницаемостью. Такие инфекции тяжело протекают у детей раннего возраста, имея склонность к генерализации процесса. Генерализация процесса и осложнения чаще наблюдаются у детей с неблагоприятным преморбидным фоном.

Целью работы явилось изучение клинико-лабораторной эффективности БИФИЛАК НЕО в комплексном лечении детей, больных ОКИ вызванных УПФ.

Материалы и методы. Обследованы 62 больных детей в возрасте от 1 до 3 лет. У 6 детей заболевание протекало в легкой форме, у 35 – среднетяжелой и у 21 ребенка – в тяжелой форме. Все дети были разделены на 2 группы. Первая группа (основная)-3 детей с легким, 18 детей - со среднетяжелой и 10-с тяжелой формой болезни - получали препарат лакто G. Вторая группа (контрольная) получали общепринятую терапию (3 детей-с легкой, 17-со среднетяжелой и 11-с тяжелой формой болезни). Установлено, что длительность симптомов

интоксикации у детей, получавших БИФИЛАК НЕО была достоверно меньше, чем у детей контрольной группы. У детей отмечался неустойчивый стул, повышенное газообразование, боли в животе. Наблюдалось увеличение общего количества представителей анаэробных микроорганизмов бифидо- и лактобактерий, кишечной палочки, исчезновение представителей условно-патогенной микрофлоры. Клинический эффект использования БИФИЛАК НЕО заключался в гладком течении заболевания, причем повторного бактериовыделения не было зарегистрировано против 16.6 % у больных, получавших общепринятую терапию. Необходимо также учитывать, что одной из немаловажных причин развития дисбиоза, является на каком вскармливании находится ребенок, правильно ли дается прикорм. Нормализация стула детей основной группы происходила раньше в среднем на 4-5 дней. Установлено более ранняя нормализация копрограммы (в среднем на 5-6 дней) у детей основной группы. Необходимо отметить что, повторная кишечная дисфункция, обусловленная дисбактериозом кишечника, наблюдалась только у 2 детей, тогда как у детей контрольной группы кишечная дисфункция наблюдалась у 7 детей.

Выводы. На основании полученных данных можно сделать вывод о целесообразности назначения препарата БИФИЛАК НЕО в комплексной терапии больных детей с диарейными инфекцией. После проведения курса БИФИЛАК НЕО в составе комплексной терапии у больных в сравнительно более ранние сроки выявлялась нормализация микрофлоры слизистой толстой кишки, улучшение общего состояние больного, нормализация аппетита, урежение стула. Таким образом, полученные данные показывают на благотворное влияние БИФИЛАК НЕО на клиническое течение сальмонеллеза у детей раннего возраста.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ С ЭКСИКОЗОМ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Миралиева Н.А., Алиева Г.Р.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность проблемы острых кишечных инфекций (ОКИ) обусловлена тем, что данная группа инфекционных заболеваний устойчиво сохраняет одно из ведущих мест среди инфекционной заболеваемости населения. Кишечный эксикоз - одно из наиболее часто возникающих неотложных состояний, обусловлено действием термолабильного энтеротоксина грамотрицательных бактерий и некоторых вирусов на энтероциты.

Целью явилось изучение особенностей течения ОКИ с эксикозом у детей раннего возраста.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе 4-ДИБ города Ташкента, были изучены истории болезни 40 детей с диагнозом ОКИ.

Результаты: Возрастной состав групп: от одного мес до одного года — 42,5%, от одного года до трех лет — 42,5%, от трех до пяти лет 25%. Из 40 больных: мальчиков — 62,5%, девочек — 37,5%. Госпитализированы в первые сутки от начала заболевания — 67,5%, во вторые сутки — 15%, на третьи сутки и позже — 17,5%. Преморбидный фон у 80% детей был отягощен ранним переходом на искусственное вскармливание, недоношенностью, перинатальной энцефалопатией, анемией, дисбактериозом кишечника, дискинезией желчевыводящих путей. Все 40 детей поступили в стационар в среднетяжелом состоянии с умеренно выраженными симптомами интоксикации (беспокойство, слабость, вялость, снижение аппетита и др.), развитием токсикоза с эксикозом I ст. у 65%, II ст. — у 35%. Начальными проявлениями ОКИ было повышение температуры. У всех больных отмечались признаки поражения ЖКТ, включающие срыгивания, рвоту, болевой синдром, метеоризм, диарею. Рвота отмечалась у 85%, с частотой от одного до 3 раз/сут — у 35,3%, от 4 до 10 раз/сут — у 64,7%. Нелокализованные абдоминальные боли отмечались у половины больных, явления метеоризма — у 77,5%. Одновременно или через несколько часов после рвоты у всех больных появлялся жидкий обильный водянистый стул: с частотой до 5 раз/сут — у 35%; от 6 до 10 раз/сут — у 57,5%; свыше 10 раз/сут — у 7,5% детей. Е. coli с измененными свойствами. У 80% высевалась УПМ (*Staphylococcus aureus*, *Proteus mirabilis*, *P. vulgaris*, *P. rettgeri*, *Klebsiella pneumoniae*, *K. oxytoca*, *Citrobacter freundii*, *Enterobacter cloacae*), превышающая допустимые концентрации в 1,5–2 раза. У 30% одновременно высевалось несколько возбудителей.

Заключение: За период проведенных исследований в стационаре ДИБ № 4 из 40 больных с диагнозом ОКИНЭ у 17,4% верифицирована ОКИ. Заболевание протекало в виде моно- и микст-ОКИ преимущественно в среднетяжелой форме с возрастным пиком от одного года до двух лет, с эксикозом 2-3 степени.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН С ДИФФУЗНЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ НА ФОНЕ РАДИОЙОД ТЕРАПИИ

Мирзаева У.З., Исмаилов С.И.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Исследований, посвященных качеству жизни больных с диффузным токсическим зобом (ДТЗ) после радиойодтерапии (РЙТ) не так много, хотя данное направление имеет важное медико-социальное значение.

В соответствии с критериями ВОЗ качество жизни (КЖ), являясь интегральной характеристикой различных сфер функционирования человека, в

медицинском понимании этого термина всегда связано со здоровьем и основано на субъективном восприятии пациента

В связи с этим целью данного исследования явилось: Оценка качества жизни женщин после радиоiodтерапии по поводу диффузного токсического зоба.

Материалы и методы: Проведено анкетирование 94 женщин, принимавших РЙТ на базе отделения нукlearной медицины РСНПМЦЭ; основную группу составили – 79 (84,0%) пациенток, которые в зависимости от функционального состояния щитовидной железы после РЙТ были разделены на 2 подгруппы. В первую подгруппу вошли 23 пациентки в стадии эутиреоза (средний возраст $33,1 \pm 5,74$ лет), во вторую 56 женщин - в стадии гипотиреоза (средний возраст $35,5 \pm 5,93$). Контрольную группу составили 15 женщин без тиреоидной патологии (средний возраст $30,5 \pm 5,04$ лет). Среди пациенток основной группы (с ДТЗ) принимавших РЙТ 7 (8,9%) получали малые дозы (2-4 мкЮ), 20 (25,3%) - средние дозы (5-7 мкЮ) и 52 (65,9%) – высокие дозы (8-10 мкЮ).

Качество жизни пациентов определяли с помощью опросника SF 36 (The MOS 36-item Short Form Health Survey). Полученные данные обрабатывали с помощью компьютерных программ Microsoft Excel, STATISTICA 6 и Biostat.

Результаты: Анализ данных опросника показал снижение физического компонента здоровья на 26,3%-35,2% по сравнению с показателем контрольной группы. После РЙТ отмечается достоверное увеличение всех показателей физического компонента здоровья КЖ. Сравнительный анализ показал, что показатели КЖ у пациенток достигших эутиреоза достоверно выше, чем женщин с гипотиреозом.

До РЙТ психологический компонент здоровья также был снижен в основной группе на 23,2%-31,9% по сравнению с показателем контрольной группы. Через год после РЙТ у больных обеих групп отмечается достоверное увеличение всех показателей психологического компонента здоровья КЖ. Сравнительный анализ качества жизни женщин из групп с эутиреозом и гипотиреозом показал, что первые были меньше подвержены тревожным и депрессивным расстройствам.

Выводы: 1. У женщин с ДТЗ отмечается снижение качества жизни, проявляющееся низкими показателями как физического (на 30,3%), так и психологического (на 26,6%) компонентов здоровья.

2. При применении РЙТ значительно улучшились физический (общий балл увеличился на 38,2%) и психологический (на 33,4%) компоненты качества жизни приблизились к аналогичным показателям группы клинического сравнения. Для пациентов в состоянии эутиреоза были характерны лучшие показатели качества жизни.

СУТ БЕЗИ РАКИ МУАММОСИ ВА УНДА ТАШХИС ҚЎЙИШ МАСАЛАЛАРИ

Мўйдинова Н.А., Назарова Н.М., Султонкулова М.К.,
Мамарасулова Д.З.

Андижон Давлат тиббиёт институти, Андижон ш., Ўзбекистон

Изланиш долзарблиги: кўкрак беши раки аёлларимиз орасида учрайдиган онкологик касалликлар орасида биринчи ўринни эгаллаб, касалланганлар сони йилдан йилга ортиб бормоқда. Маълумотларга кўра, дунё бўйича ҳар бир ўнинчи аёл кўкрак беши саратони билан хасталанар экан. Бир йилда кўкрак беши раки касаллиги туфайли 1,5 миллиондан ортиқ аёл дунёдан кўз юмади.

Кўкрак беши саратони аёлларда энг кўп учрайдиган хавфли ўсмадир. Касалланиш ҳамма иқтисодий ривожланган мамлакатларда йилдан-йилга ошиб бормоқда. Кузатишлар кўкрак беши саратонининг кўпайиши ва касаллик ёшараётганлигини кўрсатмоқда. Бундан 10-15 йиллар илгари бу хасталик 50-60 ёшдаги аёллар ўртасида кўпроқ учраган бўлса, ҳозирги вақтда у 30-40 ёшдаги аёллар ўртасида ҳам тарқалиб бормоқда.

Изланишдан мақсад: сут беши раки муаммосининг ечимини излаш ва унда ташхис қўйиш масалаларини ишлаб чиқишдан иборат

Сут беши ракида ташхис қўйиш масалалари: Кўкрак беши раки касаллигини диагностика қилишнинг асосий усули маммография ҳисобланади. Маммография — кўкрак беши касалликларини рентген нурлари ёрдамида аниқлаш усулидир. Бу усул асосан 35-40 ёшдан ошган аёлларга тавсия этилади. Унинг ёрдамида 92-96 фоизгача тўғри ташхис қўйиш мумкин. Айниқса, бу борада рақамли маммографларнинг имкониятлари жуда катта. Чунки айнан у билан кўкракда пайдо бўлган микрокальцинатлар жуда яхши аниқланади. Микрокальцинатлар эса кўкрак саратони касаллигининг дастлабки белгилари ҳисобланади.

Кўкрак беши саратонини эрта аниқлаш бу — радикал даволашда, касаллик натижаси, оқибатини яхшилашда жуда муҳим аҳамиятга эга. Ўз-ўзини текшириш кўкрак беши ўсмаларида қўшимча текшириш усуллари билан ҳисобланади. Бундан ташқари 35 ёшгача бўлган хотин-қизлар сут безлари ультратовуш текширувидан бир йилда бир марта, 40 ёшдан ошганларга икки йилда бир марта маммография текширувидан ўтишлари лозим. Қишлоқ врачлик пунктларида мутахассисларимиз томонидан ўтказилаётган саломатлик мавзуларидаги давра суҳбатларида бу ҳақида атрофлича маълумот бериб борилмоқда.

Хулоса: юқоридаги айтиб ўтилган фикрлардан шундай хулосага келиш мумкинки, бу касалликка чалинган аёлларда хавф ва ўлим сонини камайтириш учун кўкрак беши саратони билан оғриган аёлларнинг даволашда уларнинг ҳар бирига индивидуал ёндашиш талаб қилинади. Аввало, уларнинг руҳий қуввати сусайишига йўл қўймасликка жиддий қаралади.

РОЛЬ ЦИФРОВОЙ МАММОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Мулладжанова С.Р., Сабилов А.А., Мамарасулова Д.З.,
Рашидова Ш.У.

Андижанский Государственный медицинский институт,
г. Андижон, Узбекистан

Цифровые маммографы появились относительно недавно в отечественной медицинской практике. Наш опыт применения цифрового маммографа Senographe DS General Electric (USA) в сравнении с аналоговым маммографом Mammomat UC Philips показал несомненное преимущество технологии цифровой маммографии. Во-первых, цезиевый (CsI) детектор дает возможность получения качественного изображения как неизменных тканей, так и микрокальцинатов и новообразований. Рак молочной железы наиболее часто встречающийся тип злокачественной опухоли у современных женщин. Рентгеновская маммография – реально существующий метод ранней диагностики доклинического рака молочной железы. Ранними рентгенологическими признаками рака молочной железы служат сгруппированные микрокальцинаты, асимметрия и перестройка структуры. Только рентгеновская маммография в состоянии получить изображение сгруппированных микрокальцинатов величиной 50-200 микрон. Цифровая маммография позволила шагнуть на качественно новый уровень диагностики. С ее помощью (Tissue Equalization, Premium View, Fine View) изображение стало более контрастным, улучшилась визуализация патологических образований и, в особенности, микрокальцинатов.

Материал и методы исследования: Нами было исследовано на цифровом маммографе Senographe DS фирмы General Electric (USA) 50 пациенток как бессимптомных, так и предъявляющих различные жалобы (на боли, уплотнения). У 21 пациенток при применении САД выделялась область изменений в одной либо в двух проекциях.

Результаты: У 10 женщин из 50 были выявлены сгруппированные микрокальцинаты. Рентгенологическая картина трактовалась как крайне подозрительная на рак. У 4 из них верифицирован рак молочной железы. У остальных 4-х гистологически были обнаружены следующие изменения: пролиферативная форма фиброзно-кистозной мастопатии – у 2, пролиферативная ФКМ с формированием внутрипротоковых папиллом – у 1, склерозирующий аденоз – у 1. Во всех этих наблюдениях САД точно “обводил” зону микрокальцинатов.

Заключение: Computer assisted diagnosis цифровых маммограмм улучшает выявление и интерпретацию микрокальцинатов и других структурных изменений, позволяет повысить точность диагностики и уменьшить число операций. Это практически автоматизированное “двойное” чтение маммограмм.

РОЛЬ ОПРОСНИКА В ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

Муминова С.У., Исмаилов С.И.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность: В течение последних десятилетий сахарный диабет (СД) наряду с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями становится все более распространенной патологией и к текущему моменту приобрел масштабы «неинфекционной эпидемии». Было доказано, что апноэ сна оказывает отрицательное влияние на функцию бета-клеток поджелудочной железы и чувствительность тканей к инсулину. Имеется достоверная связь между снижением сатурации кислорода во время сна и увеличением концентрации глюкозы через 2 часа при проведении перорального теста толерантности к глюкозе. Несмотря на многочисленные исследования, посвященные сахарному диабету (СД), данная патология остается одной из глобальных проблем медицины. По данным ВОЗ у 36% больных с диабетом второго типа наблюдается нарушение дыхания во сне. По Международной классификации расстройств сна (МКРС) при СД 2 типа, риск возникновения обструктивного апноэ сна (СОАС) у лиц среднего возраста оценивается, как 24% среди мужчин и 9% среди женщин. В то же время СОАС у данных категории больных недостаточно глубоко изучен.

Цель исследования: Изучить риск развития синдрома обструктивного апноэ сна у пациентов с сахарным диабетом 2 типа с помощью опросника.

Материалы и методы исследования: Под наблюдением находились 300 пациентов с сахарным диабетом 2 типа госпитализированных по поводу основного заболевания в клинику РСНПМЦЭ. Все они разделены на 2 группы: 150- женщин и 150 – мужчин; средний возраст составил 56 лет. Давность заболевания от 5 до 15 лет. Выявление СОАС и его влияние на качество жизни пациентов проводилось согласно по STOP-BANG опроснику. Данный опросник также включал измерение окружности шеи, индекса массы тела больных. По количеству набранных баллов определяли степень риска СОАС. Низкий риск верифицировался при показателях 0-2 бала, средний риск – 3-4 баллов и высокий риск при – 5-8 баллов.

Результаты: и **обсуждение:** По результатам исследования 46 (31%) женщин и 46 (31%) мужчин подвергаются высокому риску возникновения СОАС. Показатели среднего риска наблюдались у 78 (52%) женщин и у 69 (46%) мужчин. Низкий риск возникновения СОАС был выявлен у 26 (17%) женщин и у 35 мужчин, что составило 23%. В результате анализа полученных данных было выявлено, что мужчины и женщины одинаково подвергаются высокому риску развития СОАС при СД 2 типа; средний риск возникновения

СОАС превалирует в группе у женщин среднего возраста и низкие показатели КЖ в группе у мужчин по сравнению с женщинами.

Заключение: Данные наших исследований показали, что синдром обструктивного апноэ сна оказывает негативное влияние на качество жизни больных СД 2 типа; а также снижает показатели общего здоровья и физиологического сна, что сказывается на физические и психологические состояния пациентов при СД 2 типа.

Также выявлено, что и мужчины, и женщины одинокого подвергаются риску развитию СОАС пациентов при СД 2 типа, т.е. гендерного различия не выявило.

Учитывая, что показатель качества жизни является индикатором состояния здоровья, любое их нарушение диктует необходимость своевременного выявления и коррекции СОАС.

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Муминов Д.К., Эгамбердиева Д.А.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Целью исследования явилось изучение уровня некоторых цитокинов у больных хронической обструктивной болезнью легких(ХОБЛ) различной степени тяжести.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 40 больных ХОБЛ: 29 мужчин, 11 женщин. I степень тяжести ХОБЛ была диагностирована у 17, II степень – у 15 и III степень – у 8 больных. Диагноз «Хроническая обструктивная болезнь легких» устанавливался на основании критериев, изложенных в программе «Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики ХОБЛ» GOLD (2013). Контрольную группу составили 10 человек без признаков поражения органов дыхания и иммунной системы. Средний возраст пациентов составил $44 \pm 1,5$ лет, длительность заболевания от 2 до 10 лет. Уровни цитокинов ИЛ-1 α , ИЛ-1 β , ИЛ-4, ИЛ-8, ФНО α , ИФН γ в сыворотке крови определяли с помощью твердофазного иммуноферментного анализа.

Результаты: исследования и их обсуждение. Проведенные исследования показали, что при ХОБЛ легкого течения уровень интерлейкина ИЛ-8, оказался повышенным в 1,4 раз, при ХОБЛ средней тяжести – в 4,1 раз, при ХОБЛ тяжелого течения – в 5,5 раз. Концентрация ИФН γ по сравнению с контролем была сниженной в 1,2 раза при ХОБЛ II стадии и увеличенной более чем в 1,5 раза при III стадии.

Повышение уровня ИЛ-8 при прогрессировании ХОБЛ может объясняться тем, что интенсивные и длительные воспалительные процессы сопровождаются

накоплением в крови провоспалительных цитокинов. Низкое содержание ИФН γ при ХОБЛ легкого течения, и его дефицит при ХОБЛ среднетяжелого течения может свидетельствовать о недостаточной эффективности клеточных факторов иммунитета. Повышенное содержание ИФН γ у третьей группы больных ХОБЛ может свидетельствовать о более выраженной антигенной стимуляции и преобладанию клеточно-опосредованного иммунного ответа при тяжелом течении заболевания. Действие ИФН γ способствует выработке эффективных средств обратной регуляции его активности в частности в виде противовоспалительного цитокина, например интерлейкина-4. ИЛ-4 продуцируется Th2 субпопуляцией лимфоцитов, стимулирует пролиферацию и дифференцировку В-клеток и синтез IgE, ингибирует продукцию воспалительных цитокинов. Уровень ИЛ-4 при легком течении ХОБЛ оказался повышенным почти в 3 раза, при средней - в 2 раза, а при ХОБЛ тяжелого течения - в 1,5 раза по сравнению с контролем. Известно, что по активности ИЛ-1 β можно судить о хронизации воспалительного процесса при ХОБЛ. Так, уровень ИЛ-1 β был пониженным при ХОБЛ легкого течения - в 5,1 раз, при ХОБЛ среднетяжелого течения - в 6,1 раз, при тяжелой ХОБЛ - в 3,2 раза в сравнении с группой контроля. Концентрация ФНО α оказалась сниженной при ХОБЛ легкого течения в 1,5 раза, при ХОБЛ средней тяжести - в 1,27 раза, тогда как, напротив, при ХОБЛ тяжелого течения этот показатель оказался повышенным почти в 3 раза. Низкие величины ФНО α при легком и среднетяжелом течении ХОБЛ могут трактоваться как индикатор недостаточной стимуляции макрофагальной защиты организма. Очевидно, повышенное содержание ФНО α при ХОБЛ тяжелого течения обусловлено развитием воспаления и клеточной деструкцией тканей.

Вывод. Таким образом, у больных ХОБЛ независимо от стадии заболевания выявляется изменение цитокинового профиля. Выраженность этих изменений зависят от тяжести ХОБЛ и определяют степень системного воспаления в организме, которое в свою очередь может непосредственно влиять на прогноз и исход ХОБЛ.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕФРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПЕРВОГО ТИПА(СД1)

Муродова М.Д., Каримова Н.А.

**Самаркандский Государственный медицинский институт,
г.Самарканд, Узбекистан**

Актуальность: В настоящее время в мире наблюдается стремительный рост числа больных с диабетической нефропатией (ДН). По данным регистра US Renal Data System 43,27% больных сахарной нефропатией, которая развивается на фоне генерализованной нестабильности цитомембран нуждаются в трансплантации и гемодиализу. Существование начальных стадий ДН (изолированная кристаллурия) без выраженных клинических проявлений

диктует необходимость активного выявления групп риска и детей с ранними симптомами болезни, что позволит проводить комплекс мероприятий по профилактике морфологической, функциональной, клинической реализации нестабильности почечных цитомембран (Юрьева Э.А).

Цель исследования: изучение ранних симптомов и функциональных нарушений мочевыделительной системы при ДН у детей, больных сахарным диабетом первого типа.

Материалы и методы исследования: 73 больным СД1 3-14 лет диагностировалась ДН на основании выявления микроальбуминурии (МАУ) или протеинурии (ПУ).

Результаты: исследования: Состояние функции почек у больных ДН оценивали согласно стадиям: 1 стадия-скорость клубочковой фильтрации (СКФ) >90 мл/мин/1,73 м², вторая стадия СКФ 60-89 мл/мин 1,73м²; третья стадия СКФ 30-50мл/мин /1.73 м², четвертая стадия СКФ 15-29 мл/мин/1,73 м², пятая стадия СКФ <15 мл/мин/1,73 м². На основании анализа нами выделено 6 значимых(приоритетных)факторов: 1.гипероксалурия(15,9%);2.заболевания почек у родственников (8,6%); 3.патология при УЗИ почек (6,3%); 4.порядковый номер беременности у матери 2-я и последующие (4,8%); 5.гиперуратурия (4,2%); 6.экссудативно-катаральный диатез (3,8%). Показатели мочи, характеризующие степень мембранопатологического процесса в почках: гиперкальциурия : оксалаты $40,28 \pm 2,80$ мг/сут, а без нефропатии $19,6 \pm 1,88$ мг/сут: мочевиная кислота $3486,34 \pm 145,68$,мкмоль/л/сут без нефропатии $2686,69 \pm 109,44$ мкмоль/л/сут $p < 0,05$. Установлена положительная корреляция между экскрецией оксалатов и возрастом 7–11 лет у детей с диабетической нефропатией ($r = 0,27$), возраст 7–11 лет является наиболее уязвимым. С целью коррекции мембранодеструктивных процессов проводилась антиоксидантная терапия актовегином 10мг/кг в/в № 10 с последующим введением таблетки 20 дней. Очищение от метаболитов нарушенного обмена тутукон 10мл x2 раза в сутки 1месяц..

Вывод: Необходимо выявление отягощенного генеалогического анамнеза по заболеваниям почек и обменным заболеваниям, своевременную диагностику кристаллурий; проведение УЗИ почек в год, 7, 11 и 14 лет, профилактика и своевременное лечение сопутствующей патологии, рациональное полноценное питание. антиоксидантная терапия больным с ДН.

АВТОМОБИЛ САЛОН ИЧИ ЖАРОХАТЛАРИДА ЖАРОХАТЛАНИШЛАРНИНГ СУД ТИББИЙ АХАМИЯТИ

Муродов Н.Х., Икрамов А.У., Мавлонов У.О.

Тошкент педитрия тиббиёт институти, Тошкент ш., Ўзбекистон

Мавзунинг долзарблиги: Бугун дунёда техника ривожланиши жадаллик билан такомиллашиб бораётган бир пайтда, инсонларнинг уларга бўлган

талабихам кундан кунга ўсиб бормоқда. Замоनावий маиший техника воситалари билан бир қаторда замоनावий автомашиналарга бўлган талаб ҳам ўтган асрга нисбаттан 14 баробар ортганлиги олимлар томонидан таъкидланмоқда. Шунинг баробарида автомобиллардан жароҳатланишлар ҳам охириги 15 йил ичида 6 баробарга ортганлиги адабиётлардан маълум.

Ўзбекистонда ҳам охириги йилларда 90 йилларга нисбатан автомобиллардан олинган жароҳатлар 3 баробар ортганлиги ҳам айна ҳақиқатдир. Бугунги кунда йўл транспорт ходисларида, жумладан автомобиллардан жароҳатланишларда суд тиббиёти экспертлари олдиға суриштирув тергов органли томонидан ушбу жароҳатларнинг етқузилиш омили, ҳаётгийлиг ва ходиса билан узвий боғлиқлиги каби саволлар қўйилиши, экспертиза ўтқузилишининг нақадар мураккаблигидан далолат беради.

Бундай ҳолатлар эса суд тиббиёти экспертлари ва суд тиббий экспертиза олдиға мана шундай мураккаб ҳолларда янги замоनावий усуллардан фойдаланиб тезкор ва аниқ суд тиббий экспертиза ўтқузишни талаб қилмоқда олдиға

Тадқиқот мақсади: Автомобил салон ичи жароҳатланиш ҳолатларида патоморфологик ўзгаришлар асосида қўшимча суд тиббий текшириш усулларини ишлаб чиқиш.

Тадқиқот объекти: Тадқиқот объекти сифатида 35 нафар 2013-2016 йиллар давомида автомобил ичи жароҳатланишлари натижасида вафот этган мурдалар олинди.

Тадқиқот усули: Автомобил ичи жароҳатланишлари натижасида вафот этган мурдаларнинг суд тиббий хулосаларининг ретроспектив таҳлили ўтқузилди.

Текширув натижалари: Таҳлиллармизни энг аввало автомобил ичи жароҳатлари ҳолатларида воқеа жойини кўздан кечириш баённомасини ўрганишдан бошладик ва автомобилнинг ҳолати, ундаги мурдаларнинг салон ичидаги жойлашувига эътибор қаратдик. Чунки бундай ҳолларда салон ичи жароҳатларининг ўзига хослигини ўрганиш ва шу аснода қўшимча текшириш омилларини ишлаб чиқишни мақсад қилган эдик.

35 нафар салон ичи жароҳатланишларидан вафот этган мурдаларнинг 20 нафари автомобил ҳайдовчилари эканлиги ва уларда автомобилдан жароҳатланишларнинг ўзига хос белгилари мавжудлиги текширувларимиз натижасида ўз тасдиғини топди.

Бундай ҳолларда вафот этган мурдаларда асосан кўкрак қафаси жароҳатлари, оёқ жароҳатлари ва бош жароҳатлари мавжудлиги аниқланди. Яъни кўкрак қафаси сиқилишлари ва суякларининг синишлари, оёқнинг сон, тизза ва болдир суякларининг синиши, шунингдек пешана, юз соҳаси жароҳатлари ва бўйининг қамчисимон синиши ретроспектив таҳлилларимиз жараёнида қайд этилди.

Кабина ичи жароҳатланишлари натижасида вафот этган мурдаларнинг қолган 15 нафари ҳайдовчи ён ўриндиғида ва орқа ўриндиқларда бўлган

йўловчиларнинг суд тиббий хулосалари эканлиги ва улардаги жароҳатланишларнинг ҳам ўзига хослиги эътиборимизни торди.

Уларда жароҳатланишларнинг тури ва жойлашган ўрни хайдовчиларга нисбаттан қисман фарқлааниши ҳам текширувларимиз натижасида ўз тасдиғини топди.

Хулоса: Хулоса ўрнида шуни таъкидлаш лозимки юқорида эътироф этилган маълумотлар нафақат автобомил ичи жароҳатларида суд тиббиёти ахамиятга эга, балки қотиллик аломатлари натижасида ўлдирилган ва ўлим холати ўзгартирилган мурдаларда ҳам, шунингдек криминалистика соҳасида ҳам ушбу холатлар қўшимча маълумотлар тизими бўлиб хизмат қилиши мумкин.

КЛИНИКО-ФЕРРОКИНЕТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Мусаева Б. Б., Умарназарова З.Э.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Анемия одно из распространенных внесуставных проявлений ювенильного ревматоидного артрита (ЮРА). Самые распространенные причины снижения Нбпри ЮРА - анемия хронических заболеваний (АХЗ) и железодефицитная анемия (ЖДА). Дифференциальная диагностика анемии различного генеза у больных ЮРА представляет определенные трудности, особенно диагностика дефицита железа на фоне воспалительного процесса.

Цель исследования:изучениеферрокинетических показателей у детей с ЮРА.

Материалы и методы исследование. Обследовано 40 больных с ювенильным ревматоидным артритом в возрасте от 3 до 18 лет, из них 21 девочек (52,5%) и 19 мальчиков (47,5%). Продолжительность заболевания составила от 3 месяцев до 9 лет. Все дети были обследованы в период обострения заболевания и в клиники ТашПМИ. Диагноз ставился на основании жалоб, анамнеза, объективного осмотра, лабораторных, рентгенологических данных. У всех больных проведены общий анализ крови, мочи и кала, биохимический анализ крови, а также для изучения обмен железа определяли сывороточное железа (СФ) и ферритин сыворотки (ФС) в крови.

Результаты: Проведенные нами комплексные исследования показали, что у 28 детей (70%) диагностирована суставная форма заболевания, а у 12 детей (30%) суставно – висцеральная форма. У 36 (90%) детей было выявлено гипохромная анемия: из них у 29 (70,3%) больных было анемия I степени, у 3 (8,3%) - II степень и у 4 (11,1%) детей было выявлено III степень анемии. Среди обследованных у 14 (35%) больных выявлены изменения в морфологии эритроцитов в виде анизоцитоза и пойкилоцитоза. У детей с суставной формой

среднее значение общего Нб составило $108,57 \pm 2,11$ г/л, количество эритроцитов $3,57 \pm 0,05 \cdot 10^{12}$ /л, цветной показатель (ЦП) $0,87 \pm 0,01$, уровень СЖ составило $19,72 \pm 0,9$ мкмоль/л при норме $12,5-30,4$ мкмоль/л, ФС $49,14 \pm 4,62$ нг/мл при норме до 40 нг/мл. У больных с суставно-висцеральной формой уровень Нб составило $91,33 \pm 3,76$ г/л, количество эритроцитов $3,25 \pm 0,13 \cdot 10^{12}$ /л, ЦП $0,73 \pm 0,02$, СЖ $10,64 \pm 2,31$ мкмоль/л и ФС составило $25,92 \pm 6,26$ нг/мл. Средние значения Нб, СЖ, ФС и количество эритроцитов у детей с суставно-висцеральной формой заболевания оказались достоверно ниже аналогичных параметров детей с суставной формой ЮРА ($p < 0,005$). Эти показатели указывают, что у 30% детей суставно-висцеральной формой выявляется ЖДА, а у 70% больных с суставной формой ЮРА анемия воспаления.

Таким образом, дифференциальная диагностика ЖДА и АХЗ является актуальной проблемой, решение которой позволит выявлять дефицит железа на ранней стадии и у больных хроническими заболеваниями и позволит проводить своевременное и обоснованное лечение препаратами железа, приводящее к исчезновению симптомов тканевого железа дефицита, уменьшению проявлений анемического синдрома. Для больных ЮРА проблема анемии также весьма актуальна, так как они имеют более высокий риск развития кардиоваскулярных заболеваний и поражения почек по сравнению с общей популяцией. Поэтому при назначении лекарственной терапии необходимо оценивать исходные показатели гемограммы и проводить лабораторный мониторинг данных показателей на фоне лечения.

КЛИНИКО-ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ

Муталова Н.Р., Нурматова Н.С., Умарназарова З.Е.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Гастроинтестинальная пищевая аллергия является важной медико-социальной проблемой. По данным Всемирной организации здравоохранения около 40% населения Земного шара страдает различными аллергическими заболеваниями. В раннем детском возрасте преобладает кожно-гастроинтестинальная форма пищевой аллергии 74,2% у детей первого года и 88,5% у детей 1-3 лет (И. В. Борисова, С. В. Смирнова 2011).

Цель: Изучить клинико-возрастные особенности пищевой аллергии у детей.

Материалы и методы исследования: под нашим наблюдением находилось 30 пациентов в возрасте от 3 месяцев до 3 лет, из них 18 мальчиков и 12 девочек. Средний возраст обратившихся составил $16,6 \pm 4,5$ месяцев, а клинической манифестации – $2,2 \pm 0,5$ месяца. Для установления диагноза были использованы клинико-anamnestические, параклинические общий анализ

крови, копрология, кал на скрытое кровотечение, и иммунологические (IgE общий, IgE специфический к пищевым антигенам методом ИФА, определение лимфокин-продуцирующей способности Т-лимфоцитов к аллергенам) исследования.

Результаты: и обсуждение: Особенности клинического течения пищевой аллергии у детей раннего возраста являются развитие гастроинтестинального синдрома и атопического дерматита. На исключительно грудном вскармливании находились 16(53,3%) детей, клиника заболевания у них наблюдалась с первых месяцев жизни, что подтверждает факт возможности развития аллергии у детей и на грудном вскармливании 14(46,6%) матерей развитие симптомов связывали с дачей коровьего молока и его производные. Первые проявления пищевой аллергии у детей в 26(86,7%) случаев возникали в грудном возрасте, более чем в половине случаев 16(53,3%) – в первом полугодии жизни, и в основном имели изолированный характер в виде аллергических высыпаний на коже 18(60,0%). У детей первого года жизни с пищевой аллергией, находившихся под наблюдением, ведущим клиническим проявлением был атопический дерматит. Легкое течение атопического дерматита наблюдалось у 12(40,0%) больных, среднетяжелое – в 15(50,0%) и тяжелое – в 3(10,0%) случаев. Исследования показали, что 11(36,7%) больных со средней степенью тяжести атопического дерматита имели IgE-опосредованную пищевую аллергию. Глистная инвазия наблюдалась у 7(23,3%) детей в основном у детей старше 1 года. Основная часть пациентов поступила в стационар с жалобами на диарею неясной этиологии (83%), вздутие живота, (67%), рвоту (44%). Диарея возникала в среднем через 6 часов после употребления предполагаемого аллергена и сопровождалась беспокойством, сменяющимся слабостью. Рвота наблюдалась у 8(26,7%) больных, ее объем варьировал от незначительного срыгивания до фонтанной. Средняя частота составила $5,0 \pm 0,2$ раз. У трети пациентов рвота появлялась в течение 1,5 – 2 часов после еды, у оставшейся части в течение 5 - 10 минут. Из общих симптомов большинство детей имели плохой аппетит и беспокойный сон, матери замечали частые перемены настроения. Клинические симптомы пищевой аллергии возникали у 4(13,3%) детей, находящихся на естественном вскармливании.

Вывод: Таким образом, пищевая аллергия – стартовая сенсibilизация организма, на фоне которой формируется гиперчувствительность к другим видам аллергенов в старшем детском возрасте, приводящая к развитию хронической патологии. Своевременная диагностика, адекватное лечение, контроль над состоянием кожи и желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста позволяют избежать развития атопического марша в будущем.

ПОКАЗАТЕЛИ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ СТРАДАЮЩИХ РИНОСИНУСИТАМИ

Мухамедов Д.У., Жураева З.Ё., Шоазизов Н.Н.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Ведение: Острый риносинусит довольно часто встречающаяся патология в детском возрасте. Удельный вес его по нашим данным составляет 42% от всех заболеваний верхних дыхательных путей среди детского населения. Среди этиологических факторов острых риносинуситов, у детей ведущими являются инфекция и аллергия. Основным местом скопления, роста возбудителей и источником инфекции в детском возрасте является лимфоидная ткань носоглотки (аденоиды).

Цель: изучение показателей клеточного иммунитета у часто болеющих детей страдающих острыми риносинуситами.

Материалы и методы исследований: Под нашим наблюдением находились 40 детей входящие в основную группу, в возрасте от 3 до 12 лет. В зависимости от возраста дети были подразделены на 3 группы: 1-я группа- дети от 3 до 6 лет- в количестве 20 детей, 2-я группа – 11 детей в возрасте от 7 до 10 лет, и 3-я группа – 9 детей старше 10 лет. Контрольную группу составили 26 детей идентичного возраста, которые входили в первую группу здоровья.

Иммунологические исследования проводили общепринятыми и хорошо описанными методами. Оценка иммунного статуса осуществлялась на основании определения мембранных маркеров с использованием антилимфоцитарных моноклональных антител. Так, в крови определялось общее число Т- лимфоцитов (CD3), В - лимфоцитов (CD22), Т – хелперов (CD4), Т – супрессоров (CD8), естественных киллеров (CD16), относительное число фагоцитарных клеток, иммунорегуляторного индекса – (CD8/ CD16, ИРИ).

Результаты и обсуждение: Как показывают Результаты наших исследований у детей контрольной группы, более половины циркулирующих лимфоцитов $58,59 \pm 1,91\%$ - общие Т-лимфоциты. Количество лимфоцитов составили $38,2 \pm 2,4$. Доля CD4 и CD8 соответственно равнялась $36,69 \pm 1,1$ и $22,67 \pm 1,46\%$. ИРИ равен $1,64 \pm 0,06\%$, что свидетельствует о сравнительно умеренном напряжении иммунной системы. В этот период жизни доля CD16 и CD22 составили $15,5 \pm 0,65$ и $27,5 \pm 1,5\%$ соответственно, что свидетельствует об относительно высоком содержании киллерных клеток.

У детей основной группы, показатели клеточного иммунитета значительно отличались от показателей контрольной группы. Регистрировалось значительное уменьшение лимфоцитов $30,14 \pm 1,09\%$ ($p < 0,05$) уменьшена в 1,2 раза по отношению к контрольной группы. $52,17 \pm 0,94\%$ $p < 0,05$ на 1,3 раза по отношению к контрольной группе было уменьшено значение CDу детей, основной группы. Значительное уменьшение было в значениях CD4 $24,64 \pm$

2,86% ($p < 0,05$). Доля CD8, CD16 и CD22 составили 22, $27 \pm 1,35\%$, $16 \pm 0\%$ и $27,76 \pm 0,76\%$ соответственно у детей основной группы. ИРИ составил $1,39 \pm 0,16\%$. Уровень фагоцитоза был незначительно снижен $50,08 \pm 0,65\%$ по отношению к контрольной группы.

Вывод: Таким образом, полученные данные, свидетельствуют о том что, у часто болеющих детей страдающих риносинуситами наблюдаются значительные изменения соотношения отдельных субпопуляций Т и В лимфоцитов. Данная картина показателей клеточного иммунитета у часто болеющих детей говорит о том, что нарушения иммунной системы ребенка могут не только предрасполагать к развитию острых инфекционных риносинуситов, но и модифицировать его течение.

ВОЗМОЖНОСТИ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Муриддинов Б.М., Давидходжаева А.А.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Мочекаменная болезнь (МКБ) в настоящее время остается важной проблемой современной медицины и занимает одно из ведущих мест среди хирургической патологии органов мочевой системы. Успех лечения во многом зависит от точности диагностики. Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) с мультипланарной реконструкцией изображений и внутривенным болюсным контрастированием обеспечивает получение всесторонней информации о состоянии почек и верхних мочевых путей, позволяет улучшить диагностику различных клинических форм мочекаменной болезни, детализировать показания и оценить эффективность различных методов лечения больных. Высокое качество изображения, информативность и быстрота исследования, уменьшение лучевой нагрузки на пациента (по сравнению с рутинными рентгеновскими исследованиями) приводит к улучшению качества и уменьшению времени обследования, что обосновывает экономическую целесообразность применения СКТ у пациентов с МКБ.

Цель: оценить возможности МСКТ в диагностике МКБ, детализировать локализацию, размеры и рентгеноструктурность конкрементов.

Материалы и методы: исследование проводилось в клинике Сихатва Фарогатна мультиспиральном компьютерном томографе Somatom Definition AS фирмы Siemens по следующей схеме: нативное исследование забрюшинного пространства от уровня надпочечников до уровня лонного сочленения в аксиальной проекции с толщиной среза 3 мм с последующим анализом изображений с использованием MPR, MIP, VRT и SSD реформаций; применение внутривенного болюсного усиления с

автоматическим запуском сканирования в артериальную, паренхиматозную и выделительную фазы контрастирования.

Результаты. Из 92 пациентов с МКБ распределение по локализации, размерам и рентгеноструктурности камней представлено следующим образом: камни почек - 60 чел. (65%), из них камни чашечек - 32 (35%), камни лоханки - 10 (11%), камни чашечек и лоханки - 18 (19%); камни мочеточника - 18 чел. (19%); камни почки и мочеточника - 14 чел. (15%). Односторонние камни - 68 чел. (74%), двусторонние камни - 24 чел. (26%). Камни однородного внутреннего строения - 59 чел. (64%), камни не однородного внутреннего строения - 33 чел. (36%). Размеры камней: 0,5-1,0 см. - 47 чел. (51%), 1,0-2,0 см. - 29 чел. (32%), 2,0-3,0 см. - 9 чел. (10%), коралловидные камни - 7 чел. (7%). Таким образом, наибольшую группу составили пациенты с камнями почек (65%), преимущественно односторонней локализации (74%), у 51% размер камней составил 0,5-1,0 см., у 64% пациентов камни были однородного внутреннего строения. У 6 пациентов (6,5%) выявлены рентгеноотрицательные конкременты.

Выводы. Четкая визуализация камней почек и мочеточников различной локализации, размеров и рентгеноструктурности при МСКТ позволяет оптимизировать диагностику МКБ и получить полную информацию анатомо-функционального состояния почек и мочевых путей. Возможна КТ-диагностика уратного нефролитиаза, эффективное применение нативного исследования у пациентов с непереносимостью рентгеноконтрастных препаратов.

КОМПЛЕКСНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА КАРДИОМИОПАТИЙ У ДЕТЕЙ

Мухиддинова Д.З., Баженова Т.Ф.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Диагностика заболеваний миокарда, особенно кардиомиопатий (КМП) у детей на сегодняшний день остается одним из наиболее сложных вопросов как в педиатрии, так и лучевой диагностики. Важным и одновременно широкодоступным на сегодняшний день методом диагностики патологии сердца является эхокардиография (ЭхоКГ).

По данным ЭхоКГ, у большинства детей с клиническими симптомами поражения миокарда отмечали диастолическую дисфункцию одного или обоих желудочков, реже – гипертрофию, дилатацию камер, снижение сократимости, появление новой регургитации. В группе сравнения у небольшого числа больных наблюдали гипертрофию, диастолическую дисфункцию, клапанную регургитацию. Наиболее ранним диагностическим признаком кардиомиопатии считают диастолическую дисфункцию, или, другими словами, нарушение процесса расслабления, одного или обоих желудочков. Расширение камер

сердца и снижение сократимости миокарда присоединяются позднее. Однако большинство авторов признают тот факт, что нормальная эхокардиографическая картина не может с абсолютной достоверностью исключить патологию сердца.

Цель. Усовершенствовать алгоритм ЭхоКГ при кардиомиопатиях, позволяющий избежать потенциальных ошибок при диагностике этой патологии.

Материал и методы. Были обследованы 64 больных детей с различными формами кардиомиопатий. При ЭхоКГ из различных доступов по короткой и длинной осям, оценивали локализацию дилатацию камер сердца, гипертрофию левого желудочка. Измеряли толщину задней стенки (ЗС) и межжелудочковую перегородку (МЖП) в диастолу, отношение МЖП/ЗС. Изучали анатомию и характер движения створок митрального клапана. Наличие и степень митральной недостаточности определяли при цветовом доплеровском картировании (ЦДК). При ЭхоКГ определяли градиент систолического давления и градиент систолического давления между ЛЖ и левым предсердием (ЛП) по спектру митральной недостаточности.

Результаты: В работе использованы Результаты ЭхоКГ. Исследование проводилось у 64 детей в возрасте до 18 лет, из них с дилатационной формой кардиомиопатий (ДКМП) было 45, с гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП)- 15, с рестриктивной формой КМП (РКМП)-3 и редкий вид КМП некомпактная форма (НКМП) 1 случай. Анализ показателей ЭхоКГ у больных детей с ДКМП выявил у всех исследованных дилатацию левых отделов сердца, у 21 больных детей также дилатацию правых отделов. У детей с РКМП и НКМП отмечалась также увеличение ЛП, у 1 и ПП. Относительная недостаточность митрального клапана с регургитацией была у 27 больных. У всех детей определено снижение сократительной способности миокарда. На что указывало уменьшение факта выброса (ФВ). У всех больных с гипертрофической формой КМП систолическое подтягивание МК к МЖП, связанное с удлинением передней (3,2 см) и задней створок (2,3 см) и уменьшением диаметра выходного тракта ЛЖ. Избыточная длина створок МК была или врожденной, или относительной, возникающей по мере уменьшения полости ЛЖ вследствие гипертрофии ЛЖ. Створки “втягивались” в выходной тракт ЛЖ из-за гидродинамического эффекта Вентури. Расстояние между МЖП и МК на пике передне-систолического движения МК было от 0,2 см. до 0,8 см. и прямо пропорционально зависело от величины ГСД. Гипертрофия ЛЖ была асимметричной с вовлечением МЖП в базальном и среднем отделах. МЖП была 1,8-3,2 см, отношение МЖП/ЗС - 2,1. У 15 (75%) больного была сопутствующая МНд различной степени выраженности. По данным ЦДК дифференцированы 3 варианта МНд (центральная, направленная на задне-боковую стенку ЛП или на МПП).

Выводы. У детей с КМП ЭхоКГ исследования не всегда отражали истинную картину патологического процесса в сердце. Дополнительное включение доплерографии в комплексном эхографическом исследовании позволило повысить эффективность ранней и точной диагностики данной

патологии и расширило представление о состоянии анатомических структур сердца и функции миокарда при кардиомиопатиях.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

Мухримова Ш.З., Хасанов С.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Связь хронического тонзиллита (ХТ) с системой "гипоталамус-гипофиз-периферические эндокринные железы" и особенности этого заболевания при различных эндокринных нарушениях в последние годы привлекает пристальное внимание отечественных и зарубежных исследователей. Некоторые ученые считают, что токсико-аллергические формы ХТ являются одной из причин нарушений деятельности желез внутренней секреции, ответственных за рост и развитие, однако не всем эту зависимость удастся проследить.

Целью работы было изучение влияния тонзилэктомии на физическое развитие детей дошкольного возраста в ранние и отдаленные (один год) сроки после операции.

Материал и методы. Проведено исследование 86 детей в возрасте 4-7 лет с диагнозом ХТ, из них 26 больных ХТ токсическо-аллергической формы (ТАФ), которым проведено оперативное лечение.

Применявшиеся методы: измерение массы тела, роста, антропометрии, Физическое развитие здоровых, больных ХТ и перенесших тонзиллэктомию год назад изучалось у детей 5-7 лет (26 больных).

Физическое развитие оценивали по подгруппам: здоровые, больные ХТ ТАФ и ХТ простой формой, больные обследованные после удаления небных миндалин в сроки один год. Имеющие хронические сопутствующие заболевания в состав изучаемых не вошли.

Результаты исследования. Средние величины массы тела больных ХТ в группах 5-6-летних детей оказались выше, чем в группе здоровых. В группах лиц, подвергшихся тонзиллэктомии, отмечено достоверное увеличение роста. Данные антропометрических показателей не выявили существенных различий в группах сХТ простой формой и больными ХТ ТАФ и здоровых. В группе перенесших тонзиллэктомию 6-7-летних отмечено статистически достоверное удлинение нижних конечностей, незначительно увеличились размеры верхнего лица. Наряду с увеличением веса и роста это может быть расценено как признак более быстрого развития.

В раннем послеоперационном периоде после тонзиллэктомии масса тела измерялась у 26 детей 5-7 лет. Наибольшая суточная потеря 2,9% от

первоначального приходилась на 1-й день. На 21-й день масса тела восстановилась у 17 пациентов, у троих она была меньше в среднем на 1,1 кг, двое восстановили свои показатели на 24-25-й день, один - на 44-й день.

Выводы. В отдаленные сроки после тонзиллэктомии (один год) дети 6-7 лет характеризуются большей массой тела и ростом по сравнению со здоровыми сверстниками, не страдавшими ХТ ТАФ. Антропометрические показатели у лиц, перенесших тонзиллэктомию, демонстрируют более быстрое их развитие по сравнению с группой здоровых.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

Мухримова Ш.З., Аманов Ш.Э.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Проблема хронического тонзиллита (ХТ) как заболевания уже давно вышла за пределы оториноларингологии и имеет чрезвычайно важное значение в клинике детских болезней, что объясняется высоким риском развития коморбидности. В группе часто и длительно болеющих детей каждый второй из них страдает ХТ (Белов В.А. 2008; Гарашенко Т.И. и др., 2004). Установлено, что на долю хронического тонзиллита приходится 24,8–35,0 % среди болезней ЛОР-органов как у взрослых, так и у детей (Авербух Т.В., 2001; Лазарев В.Н., 2005; Карпова Е.П., Фейзуллаева Э.Ф., 2007).

Развитие ХТ создает условия для постоянно действующего источника токсического воздействия, нарушающего эндэкологию организма. В связи с этим хронический тонзиллит необходимо рассматривать как очаговую инфекцию, элиминация которой является исключительно важной частью сохранения здоровья ребенка в целом, а также успешного лечения сопряженных заболеваний. Считается, что токсико-аллергические формы ХТ являются одной из причин нарушений деятельности желез внутренней секреции, ответственных за рост и развитие (Фоломеева О.М., Амирджанова В.Н., Якушева Е.О. и др., 2002; Gwaltney J.M., Bisno A.L., 2000)

Целью работы было изучение влияния медикаментозного комплекса (МК) на физическое развитие детей дошкольного возраста в ранние и отдаленные (один год) сроки

Материал и методы. Проведено исследование 60 детей в возрасте 4-7 лет с диагнозом ХТ, которым проведено МК. Применявшиеся методы: измерение массы тела, роста, антропометрии, Изучалось физическое развитие здоровых, больных ХТ простой формы и ХТ токсико-аллергической формы до лечения и в сроки через год после лечения. МК представлен: ирригационная терапия Тантум® Верде (бензидамин), физиолечение –УФО № 10, при ХТ ТАФ

иммуномодулирующая терапия (тонзилотрен по 1 табл. 3 раза в день 60 последовательных дней, 3 курса с интервалом в 4 месяца).

Результаты исследования. Средние величины массы тела и роста больных ХТ ТАФ до лечения оказались ниже, чем в группе здоровых и ХТ простой формы. После проведения МК через год, отмечено достоверное увеличение роста во всех группах. Количество детей с избыточной массой тела и высоким ростом в группе ХТ простой формы после лечения увеличилось втрое, а группе ХТ ТАФ вдвое, отмечено статистически достоверное удлинение нижних конечностей, незначительно увеличились размеры верхнего лица. Наряду с увеличением веса и роста это может быть расценено как признак более быстрого развития.

Выводы. Медикаментозный комплекс включающий иммуномодулирующий препарат обладающий топикой к небным миндалинам показал высокую эффективность с положительным сдвигом антропометрических показателей у детей с ХТ, демонстрирующий более быстрое их развитие по сравнению с группой здоровых

КЛИНИКО-ЭХОГРАФИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ГЕПАТО-ИНТЕСТИНАЛ-ТИРЕОИДНОГО СИНДРОМА У ПОДРОСТКОВ - БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В

**Назарова З.Ш., Соипова Г.Г., Мирзаабдуллахожиева О.У.,
Турсунов А.У., Джумабоев Т.З.
Андижанский Государственный медицинский институт,
г.Андижон., Узбекистан**

Введение: Установлено, что печень, билиарный, и кишечинальный тракты играют большую роль в периферическом обмене тиреоидных гормонов. В 80 % случаев тиреоидные гормоны активируются в печени, и в составе желчи поступают в кишечник. Из кишечника они вновь всасываются в общий кровоток и участвуют в ресинтезе тиреоидных гормонов в тканях щитовидной железы. При патологии гепато-билиарного и кишечинального тракта указанная циркуляция тиреоидных гормонов нарушается, что приводит к морфо-функциональным изменениям в щитовидной железе с развитием зоба. У подростков в физиологических условиях также наблюдается гиперплазия щитовидной железы, иногда завершающаяся развитием юношеского зоба.

Цель исследования: Изучение клинико-эхографических проявлений гепато-интестинал-тиреоидного синдрома у подростков- больных хроническим гепатитом В.

Материалы исследования: Обследовано 165 подростков с хроническим гепатитом В. Из них юношей 100 , девушек 65 . Давность заболевания составила от 4 до 10 лет. Диагноз был установлен на основании клинических, лабораторных, нммунологических и инструментальных данных.

Результаты исследования. Клинические симптомы включали увеличение размеров железы, её болезненность при пальпация, ощущение затруднения при глотании, нарушение менструального цикла. Следует особо отметить, что у 50% обследованных имелись симптомы со стороны интетинального тракта и -у 62,8% билиарной системы. Клиника билиарного синдрома характеризовалась болевым синдромом в правом подреберье, диспепсией, симптомы биллиарно-интестинального синдрома вздутием живота, ощущением быстрого насыщения.

УЗИ картина печени выражалась повышенной эхогенностью, инфильтрацией сосудов печени, неровностью и неоднородностью поверхности, утолщением её капсулы. При сонографическом исследовании билиарного тракта отмечалось уменьшение толщины стенок желчного пузыря, его деформации, гипомоторно-гипотоническая дискинезия. При УЗИ исследовании щитовидной железы отмечена деформация формы, увеличение размеров.

Выводы. Таким образом, сочетанные поражения гепато-билиарного и интестинального трактов у подростков, предрасположенных к гиперплазии ткани щитовидной железы может быть причиной перехода юношеского физиологического зоба в спорадический. Всё это необходимо учитывать как с целью диагностики системного поражения при патологии печени, так и для выбора метода лечения, определения прогноза и проведения профилактических мероприятий

БАРМОҚ ЖАРОҲАТЛАРИДА ДЕСМУРГИЯНИ ЎРНИ

Нарзикулов У.К., Рузикулов У.Ш., Самадов У.М., Дустназаров Д.У.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Долзарблиги: Ҳар қандай жароҳатларда қўлланилаётган боғлам ўзининг қулайлиги, жароҳатни тўлиқ ҳимоялаши, лозим бўлган муддатгача фиксациялаб туриши ва мураккабликдан йироқ ҳолда бўлиш талабларини ўз ичига олади. Шиддат билан ривожланиб бораётган тиббиёт соҳасида дисмургияга қўйилган талаблардан бири боғлам осон, тез, бир тур материалли ва кам харажатли бўлишидир. Жароҳатланган соҳага бир кунда икки ёки уч маротабалаб ишлов бериш лозим бўлади ва ҳар гал жароҳат юзасини беркитиб турган боғлам алмаштирилади, кўп ҳолларда жароҳатдаги боғлам болалар ўйинқароқ бўлганлигидан очилиб қолади ва бу эса ўз навбатида боғламнинг антисептик хусусиятини камайтириб боради.

Мақсад. Бармоқлар жароҳатларида ҳар бир жароҳатга хос бўлган боғлам турини қўллаб даволаш натижасини яхшилаш.

Текшириш усуллари ва материаллари: Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент ш, Ўзбекистон клиникаси травматология ва ортопедия бўлимида, бармоқ жароҳатлари билан мурожат қилган 2 ёшдан 18 ёшгача даволанаиб чиққан 118 беморларнинг касаллик тарихи таҳлил қилинганда, 82

беморда қўл бармоқлари жароҳатлари кузатилган бўлса, 36 беморда оёқ бармоқлари жароҳатлари кузатилди. Қўл бармоқлари жароҳатлаган 17 беморда I-бармоқ тирноқ фалангаси очиқ жароҳати билан мурожат қилган бўлса, II бемор қўл суяклари тирноқ фалангаси гангрена билан мурожат қилишди. Бу икки беморнинг жароҳат механизми аниқланганда, электр гўшт майдалагич ва эшик сиқиб қолиши сабаб бўлган. Ҳозирги вақтгача қўлланилиниб келинаётган анъанавий усулда, яъни жароҳатни оддий бинтлаш боғлами қўйиб даволаш кўпгина ҳолатларда кутилган натижаларни бермаяпти ва бола ҳаракатчан бўлганлиги учун боғлам ечишиб кетмоқда ва бу ўз навбатида жароҳатни очилиб қолиб ифлосланишига олиб келмоқда. 2010 йилдан бошлаб травматология бўлимида болаларда жароҳатларни даволашда янги “қалпоқчали боғлам” туридан фойдаланилди. Текшириш усуллари: клиник, рентгенологик.

Текшириш натижалари ва муҳокамаси: Бу беморларнинг ҳар бирига жароҳат кўринишидан ва ҳолатидан келиб чиқирилган ҳолда тегишли ёрдам берилиб, бўлимда амалиётга тадбиқ этилган “қалпоқчали боғлам” тури қўлланилди. Боғламни қўллаш техникаси: бирон-бир тиббий кесувчи асбобларсиз бажарилади, ёрдам кўрсатувчига ва беморга қулай ва ноинвазивдир. Жароҳат битта қўл ёки оёқ бармоқларида бўлса 10 см бинт боғлам учун етарли бўлади. Бинтнинг “А” томонидан қалпоча ҳосил қилиш учун икки учи бир-бирига боғланади, “Б” томони эса бинтнинг ўртасидан ҳалқача шаклида тешилади. Бармоқга антисептик боғлам ёки даволовчи малҳам қўйилгандан сўнг “қалпоқча” кийдирилиб ўралади ва “Б” томони 180° айлантирилиб бармоқга кийдирилиб боғлаб қўйилади.

Хулоса: Қалпоқчали боғламни жароҳатларда қўллаш осон, ноинвазив ва бемор учун қулай бўлиб кўп материал ва вақт талаб қилмайди. Жароҳатни мустаҳкам фиксациялайди ва айниқса ёш болаларда қўллаш мақсадга мувофиқдир.

КЛИНИКО-ЭХОГРАФИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ СИНДРОМА СПЛЕНОМЕГАЛИИ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ПОДРОСТКОВ

**Назарова З.Ш., Мирзаабдуллахожиева О.У., Соипова Г.Г., Турсунов А.У.,
Джумабоев Т.З.**

**Андижанский Государственный медицинский институт
г.Андижан Узбекистан**

Введение: Синдром спленомегалия – частое проявление цирроза печени различной этиологии и протекает с системными осложнениями.

Цель исследования: Изучить особенности клинико – эхографического проявления синдрома спленомегалии при циррозе печени В вирусной этиологии.

Материалы и методы исследования: Обследованы 45 больных с циррозом печени, развившимся после хронического вирусного гепатита В, класс – А по Чайлд Пью. Ультразвуковое исследование осуществлялось на аппарате MINDRAY DC-6 Expert с использованием конвексного датчика 2,5-10 МГц. Диагноз хронического вирусного гепатита В степень её активности установлен на основании клинико-лабораторных, результатов исследования и верифицирован обнаружением специфических маркеров гепатита В в периферической крови методом иммуноферментного анализа на аппарате «Мультискан».

Результаты: исследования: Синдром спленомегалии клинически проявлялся: характерным болевым синдромом в левом подреберье, геморрагическим, анемическим, лимфаденопатией, кожным, и симптомами аддисонизма, гинекомастией у юношей, дисменореи у девушек.

Эхограмма селезенки характеризовалась: увеличением длины у 80% больных в среднем на 30-35%. Утолщением капсулы (более 3 мм) отмечено у 55 % больных в среднем на 25-30%. Увеличение толщины селезенки более 50 мм наблюдалось у 80% больных. Расширение селезеночной вены (более 8мм) выявлено у 85% больных, в среднем на 40%. Повышение селезеночного индекса по сравнению со здоровыми наблюдалось в 77% случаях в среднем на 25%. У 5 больных с циррозом печени обнаружены расширение вен у ворот селезенки и в стенке желчного пузыря.

Выводы: 1. При циррозе печени В вирусной этиологии спленомегалия, клинически протекает чаще кожно-геморрагическими, эндокринными синдромами и лимфаденопатией. 2. Наблюдалось нарушение всех показателей эхограммы селезенки с расширением вен у ворот селезенки и в стенки желчного пузыря.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛАСТОГРАФИИ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОПУХОЛЕЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

**Назарова З.Ш., Жумабаев Х.Т., Рашидова Ш.У.
Андижанский Государственный медицинский институт,
г.Андижан Узбекистан**

Актуальность темы. Среди разнообразных заболеваний молочной железы у женщин важнейшую проблему представляет рак молочной железы (РМЖ). Рак молочной железы (РМЖ) занимает первое место среди новообразований у женщин и является одной из ведущих причин смертности женщин молодого возраста. Ежегодно в мире выявляют около 1 млн. случаев РМЖ. Прогнозируется рост числа заболеваний к 2016 г до 1,45 млн. Для повышения информативности продолжается поиск методов, способных поставить диагностику заболеваний МЖ на качественно новую ступень. К их числу

относится разработка различных методов визуализации сдвиговых упругих характеристик биологических тканей - так называемые методы эластографии («elasticityimaging»). Они основаны на изменении жесткости и различной способности тканей деформироваться под внешним воздействием в зависимости от патологического состояния. Эта особенность известна еще с древних времен и используется при клиническом обследовании - пальпации. Для визуализации эластических свойств ткани используются ультразвуковые, оптические и МРТ-методы. Ведущим среди них является ультразвуковая эластография.

Цель исследования: Улучшение ранней диагностики опухолей молочных желез при помощи современных ультразвуковых методов (эластографии).

Материалы и методы исследования. В основу работы положены **Результаты:** современного ультразвукового обследования 50 пациенток (женщины с доброкачественными и злокачественными опухолями молочных желез).

В обследовании пациенток с новообразованиями молочных желез использованы клинические и инструментальные исследования. Применяются морфологические, цитологические и гистологические исследования. В качестве методов лучевой диагностики использованы цифровая эхография высокого разрешения с применением доплеровских методик на аппарате «AcusonV10» (Medison, Корея) с использованием мультисекторных линейных трансдюсеров 7-13 МГц.

В объеме клинического обследования пациентки проконсультированы врачами разных специальностей: маммологом и хирургом, как индивидуально, так и в условиях консилиума. Во всех случаях больным проводятся цитологические и гистологические исследования.

Результаты исследования. Внедрение метода ЭГ в широкую клиническую практику позволило существенно улучшить распознавание природы патологических изменений в молочной железе, сократить сроки обследования больных. При клиническом обследовании 40 пациенток у 20 было выявлено образования злокачественной природы. При анализе результатов количественной оценки эластографических данных с помощью коэффициента деформации установлено, что достоверным признаком злокачественного образования в МЖ являются высокие значения коэффициента (среднее значение КД $22,9 \pm 2,14$), в отличие от доброкачественных образований (среднее значение КД $2,0 \pm 0,1$) ($p < 0,001$).

Сопоставление результатов ЭГ с данными традиционного УЗИ и УЗА, показало, что чувствительность ЭГ для непальпируемых опухолей составила 87,5%, чувствительность УЗИ – 66,7%, УЗА - лишь 57,1%.

Вывод. Таким образом, изучение диагностических возможностей ультразвуковой эластографии у больных доброкачественными и злокачественными заболеваниями молочной железы позволило разработать показания к включению данной методики в комплекс лучевого обследования с

целью раннего выявления рака, что создает условия для своевременного и правильного выбора лечебной тактики.

ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНО ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

**Назарова Н.М., Муйдинова Н.А., Жураева М.Й.,
Султанкулова М.К., Мамарасулова Д.З.
Андижанский Государственный медицинский институт,
г.Андижан Узбекистан**

Задачи исследования: Изучить особенности маммографического обследования больных раком молочной железы, после выполнения им реконструктивно пластических операций.

Материалы и методы: Маммография выполнялась больным после реконструктивно пластических операций на молочной железе в сроки от 3 месяцев после операции, затем каждые 5 - 6 месяцев в течение всего срока наблюдения.

Результаты: За период с 2013г. по 2014г. обследованы 31 больных раком молочной железы (РМЖ) после реконструктивно пластических операций. Возраст больных от 25 года до 60 лет. Всего выполнено 90 обследований. Количество обследований на 1 больную от 1 до 4 раз. Реконструкция молочной железы осуществлялась следующими способами: Лоскутом широчайшей мышцы спины (ШМС); TRAM лоскутом; эндопротезом с укрытием ШМС. Рентгенологическая картина молочной железы при каждом способе реконструкции имеет свои особенности: При реконструкции молочной железы лоскутом ШМС кожа молочной железы утолщена до 0,4 - 0,6 см, Весь объем трансплантата заполнен выраженными грубыми соединительно тканными тяжами.

При реконструкции молочной железы TRAM лоскутом кожа молочной железы утолщена до 0,4 - 0,6 см, трансплантата выполнен жировой тканью с наличием выраженных соединительно тканых тяжей. Жировая ткань имеет, как правило, более высокую плотность по сравнению с маммограммами нормальной молочной железы.

При реконструкции молочной железы эндопротезом кожа молочной железы утолщена до 0,4 - 0,6 см. заполнен эндопротезом повышенной рентгеновской плотности по сравнению с нормальной тканью молочной железы с большим количеством хаотично разбросанных по поверхности протеза соединительно тканых тяжей.

При всех типах реконструкции общим для маммограм является полное отсутствие железистого компонента. При последующей реконструкции соска в субареолярной зоне молочной железы появляется локальный фиброз.

Выводы: Маммография после реконструктивно-пластических операций на молочной железе является прекрасным способом мониторинга за состоянием реконструированной молочной железы. При учете особенностей типа реконструкции позволяет выявлять возможные рецидивы.

ВТОРИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ И ОСТЕОПЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ (СД) 1 И 2 ТИПОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Назарова Н.С.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. В настоящее время благодаря совершенствованию технологий экстракорпорального очищения крови и аллотрансплантации почки значительно увеличилась продолжительность жизни пациентов с терминальной стадией хронической болезни почек (ХБП). Однако качество жизни этих больных часто снижено из-за нарушения фосфорно-кальциевого обмена, приводящего к изменению метаболизма костной ткани и возникновению почечной остеодистрофии. Указанная патология возникает у больных с ХБП при снижении скорости клубочковой фильтрации (СКФ) ниже 60 - 65 мл/мин, прогрессирует при нарастании уремии и остается одним из основных хронических осложнений ХБП [K/DOQI, 2003; Gillespie V.W. et.al., 2004].

Цель исследования – Изучить особенности фосфорно-кальциевого обмена и остеопороза при вторичном гиперпаратиреозе у пациентов страдающих СД 1 – 2 типов с 3 – 4 стадиями хронической болезни почек.

Материалы и методы исследования – Обследовано всего 402 пациента с сахарным диабетом 1 и 2 типов на 3 - 4 стадии ХБП, которые находились на стационарном лечении РСНПМЦЭ в отделении диабетической нефропатии. Из лабораторных методов исследования в крови у пациентов определяли уровень Са, Р, щелочной фосфатазы и радиоиммунным методом анализа (РИА) определяли уровень паратгормона (ПТГ) в плазме крови. А также проводили 2-х фотонную R-денситометрию, для определения минеральной плотности костной ткани. Согласно клиническим рекомендациям по остеопорозу диагностика остеопороза или остеопении основывалась на значениях T-критерия — количества стандартных отклонений (SD) от возрастной нормы: показатель — 2,5 SD и менее расценивался как остеопороз, T-критерий > —2,5 SD и ≤ —1,0 SD определял остеопению и T-критерий < -1,0 SD был принят за норму.

Результаты: Среди 402 больных с сахарным диабетом 1 и 2 го типа у 70 СКФ была ниже 65 мл\мин, что составило 17,4 %. Из них ВГПТ (вторичный гиперпаратиреоз) был выявлен у 30 пациентов и это составило 42,8% случаев. При этом частота ВГПТ среди больных СД 1 типа составила 4,3% (n=3) и 38,6% (n=27) среди больных СД 2 типа. Средняя концентрация паратгормона (ПТГ)

составила 82,7 пг/мл, общего Са 1,9 ммоль/л и Р 1,8 ммоль/л. Показатели щелочной фосфатазы колебались в пределах 135-846 U/L и в среднем составили 328 U/L. Нами была изучена зависимость распространенности ВГПТ от пола, которая показала, что среди женщин эта патология встречается чаще (53,3%) по сравнению с мужчинами (46,6%), хотя достоверной разницы выявлено не было. Также нами изучалась распространенность нарушений минеральной плотности костной ткани (НМПК), в виде остеопении и остеопороза у пациентов с ВГПТ. НМПК было выявлено в 100% случаев. Изученные данные показали, что остеопения встречалась у 66,6% (n=20) и остеопороз у 33,3% (n=10) пациентов. Не отмечалось достоверной разницы частоты остеопении в зависимости от пола (55,5%±5,7 и 44,5%±5,2 у мужчин и женщин соответственно). При этом, частота остеопороза достоверно чаще встречалась среди женщин по сравнению с мужчинами (70%±5,3 и 30%±3,4 соответственно).

Выводы: Среди больных СД, чья скорость клубочковой фильтрации была ниже 65 мл/мин вторичный гиперпаратиреоз встречался почти у каждого 5 пациента.

Нарушение минеральной плотности костной ткани, в виде остеопении и остеопороза выявлялись у 100% больных с вторичным гиперпаратиреозом.

Средняя концентрация показателей отражающих нарушение фосфорно-кальциевого обмена, таких как щелочная фосфатаза, кальций и фосфор, были за пределами нормативных границ.

ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ КРИТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ В РАННИЙ НЕОНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД

Нафасова Н.Н., Исмаилова М.А.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность: В последнее десятилетие в нашей стране неуклонно снижается перинатальная смертность, однако заболеваемость среди новорожденных детей имеет тенденцию к росту. Определенную роль в этом играют достижения неонатологии, в частности, увеличение выживаемости глубоко недоношенных детей, а также новорожденных, требующих интенсивных методов терапевтического воздействия уже в неонатальный период, в связи с тяжестью состояния.

Цель исследования: Изучить особенности психомоторного развития у детей, перенесших критическое состояние в раннем неонатальном периоде.

Материалы и методы: Комплекс методов клинического наблюдения включал изучение особенностей перинатального, интранатального и раннего неонатального периодов развития ребенка с учетом оценки состояния здоровья

матери, ее акушерского и соматического статуса, течения данной беременности и родов.

В исследование включено 24 ребенка, перенесших критическое состояние в ранний неонатальный период. В соответствии с поставленной целью и задачами исследования все наблюдаемые дети были разделены на две группы. К основной группе отнесены 12 детей, которые в период новорожденно находились в отделении интенсивной терапии и реанимации, поступили в амбулаторные условия наблюдения из отделений патологии новорожденных, и отделений выхаживания недоношенных детей.

Группу сравнения составили 12 практически здоровых детей аналогичного возраста, которые также перенесли критическое состояние в ранний неонатальный периоде.

Результаты: Все исследуемые дети родились в состоянии средней и тяжелой степени перинатальной асфиксии. Средние значения оценки Апгар достоверно не отличались в обеих группах. Корреляционные зависимости между показателями шкалы Апгари окончательным неврологическим диагнозом показали независимость степени поражения ЦНС от показателей шкалы Апгар на 1 минуте ($r = -0,07$) и 5 минуте ($r = -0,09$).

По тяжести состояния при рождении каждому новорожденному проводилась ИВЛ, выявлена умеренная корреляционная зависимость между длительностью ИВЛ и тяжестью окончательного неврологического диагноза ($r = 0,43$). Средние значения пребывания на ИВЛ в первой группе были 77,0 часов, значимо выше, чем группе сравнения (40,8 часов).

Нами выявлено, что прогностическим фактором отклонений в дальнейшем развитии ребенка являлось вовлечение в патологическое состояние нескольких систем организма у новорожденного. Сочетание трех и более дисфункций выявлено у детей первой группы, и это являлось высоко достоверным показателем ($p < 0,001$) для клинического исхода заболевания наиболее частым сочетанием дисфункций у этой группы детей были нарушения со стороны ЦНС, респираторной и сердечно-сосудистой систем (69,2%). У остальных новорожденных (23,1%) имелась недостаточность почечной или печеночной систем. У 7,7% детей критическое состояние при рождении обусловлено родовой травмой ЦНС.

Выводы: Критические состояния новорожденных, обусловленные поражением ЦНС, дыхательной и сердечно-сосудистой системы, является достоверными факторами риска в дальнейшем гармоничном развитии ребенка.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КОНТРАЦЕПТИВОВ НА ИЗМЕНЕНИЯ АНРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И АЛИМЕНТАРНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Нафасова Н.Н., Махкамова Г.Г.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность темы. По прогнозам экспертов ВОЗ, при сохранении существующих темпов роста заболеваемости в 2025 году в мире будет насчитываться более 300 млн. больных ожирением. Ожирение является не только причиной таких заболеваний, как атеросклероз, сахарный диабет, гипертоническая болезнь, онкологические заболевания, холецистит, но и приводит к ухудшению репродуктивного здоровья.

Цель исследования: оценить влияние контрацептивов на изменение антропометрических показателей у женщин репродуктивного возраста с избыточной массой тела и алиментарным ожирением.

Материалы и методы исследования: проведено обследование 39 женщин репродуктивного возраста с избыточной массой тела и алиментарным ожирением. Все женщины в течение 5 дней прошли обследование и обучение коррекции веса. В первую группу включены 22 женщины, которые в качестве метода контрацепции использовали ВМС, во вторую группу 17 женщин принимавших КОК. Все женщины соответствовали следующим критериям включения: возраст от 19-35 лет; отсутствие беременности; индекс массы тела более 30 кг/м²; согласие и желание женщин лечить ожирение и выполнять рекомендации врача. Проведено клиническое обследование включающее: сбор анамнеза, антропометрию, измерение артериального давления, интерпретацию лабораторных данных и электрокардиограммы.

Результаты исследования: Всем женщинам была рекомендована низкокалорийная диета (1200-1400 ккал в сутки) с ограничением содержания в рационе быстроусвояемых углеводов и жиров и увеличение физической активности. До начала лечения обследованные женщины имели массу тела от 60 кг до 102 кг, средняя масса тела составила $81 \pm 2,6$ кг. Средний показатель ИМТ женщин первой группы составил $32,8 \pm 0,83$ кг/м², второй группы составил $33,9 \pm 1,4$ кг/м². После 6 месяцев диетотерапии и регулярных физических упражнений у женщин 1 группы использующих ВМС, снижение массы тела составило $12,6 \pm 0,2$ кг (14,8% от исходной массы тела), а второй группы $5,8 \pm 0,3$ кг (6,2% от исходной массы тела). При сравнительном анализе установлена достоверная разница между группами по снижению массы тела, так в 1 группе этот показатель был в 2,4 раза ниже по сравнению со 2 группой ($P < 0,01$).

Заключение. Таким образом, у всех женщин, которые использовали ВМС в течение 6 месяцев, наблюдалось более выраженное снижение массы тела, чем в группе принимавших КОК.

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ИССЛЕДОВАНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Неъматова Ж.А., Неъматов А.А., Аблязов А.А., Мамарасулова Д.З.,
Рашидова Ш.У.

Андижанский Государственный медицинский институт,
г.Андижан Узбекистан

Ультразвуковой метод является ведущим методом в оценке состояния щитовидной железы, а при использовании тонкоигольной аспирационной биопсии образований щитовидной железы под контролем ультразвука позволяет диагностировать злокачественный процесс.

Исследования проводились на ультразвуковых аппаратах HDI-3000 и 5000 (ATL), Elegra (Siemens), Power Vision-6000 (Toshiba), высокочастотными линейными датчиками 5-12

МГц. Оценивалась информативность ультразвуковых методик: режима серой шкалы и комплексной методики (ультразвуковая ангиография): режим серой шкалы, ЦДК, ЭДК и трехмерная реконструкция сосудов.

Во всех случаях проводились общеклиническое обследование и лабораторное обследование, сцинтиграфия, тонкоигольная аспирационная биопсия с последующим цитологическим исследованием биоптата и гистоморфологическим исследованием после оперативного вмешательства.

Всего было исследовано 50 человек с узловыми образованиями щитовидной железы. Из них: 10 человек – с аденомами, 15 человек – со злокачественными образованиями, 16 человек – с коллоидными узлами, 14 человек – с кистами. Группу нормы составили 30 человек.

Ультразвуковая ангиография позволила оценить степень васкуляризации. В результате, информативность ультразвукового метода в диагностике узловых заболеваний щитовидной железы повысилась. Для злокачественных образований чувствительность составила 92,9%, специфичность –86,1%; для аденоматозных узлов: чувствительность соответствовала 93,4%, специфичность 79,2%; в диагностике коллоидных узлов чувствительность увеличилась до 75,7%, специфичность до 84,1%. Допплеровские методики позволяют определить подозрительные на злокачественность участки в узлах щитовидной железы.

Современные представления о развитии злокачественных образований щитовидной железы базируются на принципах гистоморфологии. Поэтому для повышения точности ультразвукового метода целесообразно проводить прицельную пункционную биопсию.

Выводы: Таким образом, ультразвуковое исследование играет важную роль в обследовании пациентов с узловыми заболеваниями щитовидной железы.

Результаты: комплексного использования ультразвуковых методик помогают врачам правильно выбрать тактику лечения.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПРОДОЛЬНОГО ПЛОСКОСТОПИЯ У ДЕТЕЙ

Ни Г.В., Золотова Н.Н.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность темы. Статические деформации органов опоры и движения у детей по частоте составляют 77,72 % от всех ортопедических заболеваний (Котельников Г.П., Миронов С.П., 2008).

Цель. Комплексная оценка морфофункциональных параметров свода стопы при продольном плоскостопии у детей.

Материал и методы исследования. Материал исследования основан на объективном обследовании (63) в возрасте 4-14 лет, в результате профилактического осмотра на предмет выявления продольного плоскостопия за период 2015-2016 г.г. Диагноз продольного плоскостопия ставился с 4-х лет, т.е. после окончания формирования продольного свода стопы. Уплотнение стоп отмечено у 37,9% детей, плоскостопие – 18,3%. Частота выявляемости по полу составила: плоскостопие у 13,7% девочек и 17,5% мальчиков. В соответствии с поставленной целью нами был применен комплекс клинико-функциональных методов исследования детей: осмотр, опрос, подометрия, плантография, глубокая пальпация мышц голени и стопы, проба на амортизационную стабильность голеностопного сегмента тела. Клиническое обследование начиналось с оценки жалоб пациентов: их наличие, локализация и время появления, интенсивность и продолжительность; утомляемость при физической нагрузке; нарушение походки (неправильная постановка стоп). Осмотр проводился в положении больного спереди, сзади и сбоку. Особое внимание уделялось форме ног и стоп, степени их развития.

Результаты исследования. В нашем исследовании применялась компьютерная подометрия. В состав комплекса входят оптический сканер с подставкой, компьютер и программное обеспечение. Процедура работы комплекса очень проста. Пациент становится на подставку, запускается процесс сканирования. Компьютерная программа анализирует и выдает заключение по состоянию продольного свода стопы со всей сопутствующей информацией. Выдается развернутая выписка по всем анализируемым параметрам с изображением стоп с развернутой информацией о своих стопах. Все исследования сохраняются в удобной базе данных, что позволяет его эффективно использовать при большом потоке пациентов и при профилактических осмотрах, при мониторинге состояния стопы. Датчики давления позволяют получать не только качественную картину распределения давления под стопой, но и точные количественные данные. Данный метод исследования продольного плоскостопия позволяет определять отдельно на правую и левую стопу, площадь распространения давления по всем её

участкам, полную нагрузку на стопы с расчетом средних и максимальных показателей. При данном методе диагностики, плоскостопие I степени было выявлено у 26 (42%), II степени - у 6 (10%) и III – у 2 (4%).

Заключение. Применение компьютерной подометрии в диагностике продольного плоскостопия, позволяет выявить нарушения опорно-двигательной функции, которые могут быть первыми признаками патологии - еще до развития деформации. Применение его при выборе конструкции ортопедического изделия позволяет значительно повысить качество ортопедического обеспечения, достичь особенной комфортности ортопедических стелек и обуви, предотвратить развитие вторичных деформации.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ ПЛОСКОСТОПИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Ногай Е.Э., Умарова Р.Х.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Нарушения и заболевания костно-мышечной системы являются серьезной медико-социальной проблемой, так как приводят к тяжелым нарушениям здоровья, ограничивая нормальную жизнедеятельность и влекут за собой развитие инвалидности. Одним из таких состояний является плоскостопие у детей. Плоскостопие –одно из самых распространенных заболеваний опорно-двигательного аппарата у детей. По медицинской статистике к двум годам у 24% детей наблюдается плоскостопие, к 4м годам – 32%, к 6 годам – 40%, а к 12 годам каждому второму подростку ставят такой диагноз.

Цель: сравнение достоверности рентгенологических исследований и магнитно-резонансной томографии при диагностике плоскостопия у детей дошкольного возраста.

Материалы и методы исследования. Исследования проводились в поликлинике НИИТО МЗ РУз. Были обследованы 15 детей от 4 до 7 лет с предварительным диагнозом: продольное плоскостопие. Всем детям проводили рентгенологическое и МРТ исследование стопы, с целью определения относительной толщины подсводной жировой ткани.

Результаты. В ходе исследования на рентгенограмме и МРТ срезах стопы в боковой проекции проводили три линии: 1-я линия – горизонтальная, касательная к подошвенной поверхности пяточного бугра и головке 1-ой плюсневой кости; 2-я линия проводится от точки касания 1-ой линии с пяточным бугром к нижней точке ладьевидно-клиновидного сочленения; 3-я линия проводится от точки касания 1-ой линии с головкой 1 плюсневой кости к нижней точке ладьевидно-клиновидного сочленения. В продольном своде

стопы различали угол и высоту. На МРТ срезах стопы за счет более точного определения границ костей и мягких тканей можно определить истинный свод стопы по медиальному и латеральному краю.

Вывод. МРТ является более достоверным методом исследования, так как данное исследование дает возможность выявить ложное плоскостопие, которое образуется за счет утолщения подсводной жировой ткани у детей.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ДЕТСКОГО АУТИЗМА

Норматова К.Ю., Абдуллаева В.К.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Проблема аутизма в детском возрасте привлекает внимание психиатров и медицинских психологов на протяжении многих десятилетий. По этой причине остается актуальной необходимость уточнения клинических проявлений аутистических расстройств у детей, особенно в возрастном аспекте (В.М.Башина, 2010).

Цель и задачи исследования – изучение клинических проявлений детского аутизма по мере развития ребенка.

Материал и методы исследования. Проведено обследование 12 детей с детским аутизмом, получавших лечение в Городском детском психоневрологическом центре в возрасте от 5 до 11 лет. В работе использовались опросники для родителей и психопатологический метод с наблюдением детей.

Результаты: и обсуждение. По данным опросников для родителей изученную группу детей отличало прежде всего аутохтонное начало заболевания. У отдельных детей к 3-4-му месяцу отсутствовало глазное слежение, отмечается «взгляд никуда», такое выражение лиц нередко называют «лицом принца». Почти у всех детей при попытках матери приблизиться к лицу ребенка возникает реакция зажмуривания, отстранения от прильнувшей к нему матери. Заметно отвержение тактильного, звукового восприятия. К 7-8 мес отставлено реализуется становление навыка сидения. Эмоциональная сфера после полугода сохраняет черты монотонности. Оживление и снижение эмоционального фона связано преимущественно с соматическим состоянием и сочетается с общим двигательным оживлением, взмахами руками. Эмоциональные проявления остаются недифференцированными: не связаны с видом родных, исходящими от них звуками, тактильными действиями. Отсутствует реакция оживления на попытки родных взять ребенка на руки. Смена привычной ситуации вызывает волнение, плач. Становление речи также задерживается. В возрасте 1-1,6 года возникают элементарные игровые моторные акты, при этом имеются особые игры в пальцы рук. В таких случаях ребенок может длительно и более ловко постукивать двумя пальцами

(большим и указательным) одной руки — подругой руке, перебирать, двигать пальцами рук перед глазами. У этих пациентов в основном проявляется интерес не к игрушкам, а к предметам обихода: окружающим туалетным принадлежностям (посуда, крышки, флаконы, ленты, полоски бумаги), при этом действия с ними носят примитивный, безролевой, потряхивающий, стереотипный характер.

Заключение. Таким образом, знание клинических проявлений детского аутизма у детей разного возраста, проявляющихся в его общей психопатологической структуре, представляет базу его ранней (с первых месяцев жизни) диагностики и соответственно раннего начала лечения и профилактики этой тяжелой формы искажения психического развития.

РОЛЬ КОМПЛЕКСНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Насирова Н.М., Журавлев С.А.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. В последние десятилетия отмечается неуклонный рост числа больных с узловыми заболеваниями щитовидной железы (ЩЖ). Их ранняя диагностика и возможность уверенного исключения злокачественного процесса в ткани железы остается актуальной проблемой в клинической медицине. В настоящее время ультразвуковая диагностика является ведущим методом визуализации щитовидной железы (ЩЖ), позволяющим на ранних стадиях выявлять непальпируемые очаги опухолевого роста от 0, 2– 0,3 см и более.

Цель. Определение диагностической ценности комплексного ультразвукового исследования в дифференциальной диагностике узловой патологии щитовидной железы.

Материалы и методы исследования. Ультразвуковое исследование щитовидной железы осуществлялось на аппарате Toshiba Aplio XG (Япония) с линейным датчиком частотой 7–14 МГц при использовании режимов серой шкалы, тканевой гармоники, адаптивного колорайзинга, цветового и энергетического доплеровского картирования (ЦДК и ЭДК), импульсно-волновой доплерометрии, трехмерной реконструкции изображения. Оценивали расположение щитовидной железы, ее размеры, ультразвуковую плотность, однородность структуры, ее величину, наличие плотных включений – кальцинатов; наличие узлов, их количество, размеры, наличие «ободка» (симптом Halo), четкость границ. Всего было исследовано 1124 пациента с узловыми образованиями щитовидной железы в возрасте от 14 до 60 лет. Среди

обследованных 159 человек – с раком щитовидной железы, 180 – с аденомами, 620 – с коллоидными узлами, 165 – с кистами.

При оценке полученных результатов учитывалось гистологическое строение объемного образования.

Результаты исследований. Проведен ретроспективный анализ результатов комплексного ультразвукового исследования. В режиме «серой шкалы» нами выявлены следующие семиотические особенности: для злокачественных опухолей характерна солитарность образования (72%), нечеткость и неровность контуров (82%), гипозхогенность узла (82%), неоднородность структуры (86,9%), наличие микрокальцинатов(64%). В режимах ЦДК и ЭДК, трехмерной реконструкции сосудов для рака щитовидной железы характерна гиперваскулярность очаговых изменений (89,7%), интранодулярный или смешанный тип кровотока (47,7%), насыщенность, дезорганизованность, хаотичность, асимметричность сосудистого рисунка в узле (87,7%), неравномерное распределение сосудов в структуре узла (85,9%), патологическая трансформация сосудов (88,7%). По мере увеличения количества этих признаков, возрастает вероятность наличия злокачественной опухоли щитовидной железы. На основании этих признаков злокачественная опухоль была заподозрена у 37 (23±2,5%) из 159 больных раком щитовидной железы.

Аденомы имеют вид четко отграниченного однородного узла с ровными контурами, наличие яркого отграничивающего ободка (ободка – Halo), который отделяет образование от соседних тканей и обусловлен суммарным отражением оттесненных узлом фолликулов железы, кровеносных и лимфатических сосудов. По этим признакам диагноз был верифицирован у 68 (37%) из 180 больных с аденомой. Для узлового коллоидного зоба характерна четкость контуров, наличие одиночного или

множественных узлов в ткани щитовидной железы пониженной плотности, иногда с ограничивающим ободком Halo. Диагноз подтвержден у 348 (53%) из 620 больных. Наиболее характерной эхографической картиной обладают кисты щитовидной железы. Это округлое однородное образование со сниженной или смешанной эхогенности и дорсальным усилением эхосигнала (усиление отраженного ультразвука на задней стенке кисты). На основании данных признаков правильный диагноз установлен у 127 (76,9%) из 42 больных с кистой щитовидной железы. Информативность режима серой шкалы составила: для злокачественных образований: чувствительность – 16,7%, специфичность – 88,2%; для аденом: чувствительность – 24,6%, специфичность – 73,9%; в диагностике коллоидных узлов чувствительность – 48,2%, специфичность – 56,7%; для кист – чувствительность – 88,5%, специфичность – 91,8%.

Выводы. Комплексное УЗИ с применением современных технологий является высокоинформативным методом в дифференциальной диагностике доброкачественных и злокачественных узловых образований щитовидной железы, что в последующем может быть использовано при определении рациональной тактики лечения.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

Нуралиева М.З., Таджиев Б.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность: Распространенность ВГС среди ВИЧ-инфицированных пациентов варьирует от 33% до 59%, а у лиц, употребляющих внутривенно различные наркотические средства, может превышать 80%.

По данным различных авторов частота хронизации при гепатите С может достигать 75%–80%. ВГС-инфекция представляет собой неблагоприятный фактор для течения ВИЧ инфекции.

Цель: явилось изучение особенностей течения вирусного гепатита С у ВИЧ инфицированных пациентов.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе НИИ Вирусологии, были изучены 30 историй болезни пациентов с ВИЧ инфекцией и парентеральными гепатитами (В, С, D, а также микст гепатитами).

Результаты: Изучив ретроспективно, истории болезни 30 пациентов с ко-инфекцией ВИЧ и парентеральными гепатитами, было выявлено, что ВГС в 2,8 раза регистрируется чаще, чем ВГВ, и в 14,5 раз чаще, чем микст-гепатиты ВГС + ВГВ, ВГС + ВГД. Исследовав, генотипическую структуру у коинфицированных ВИЧ + ВГС, было выявлено что ВГС представлен следующими генотипами: 3а-12 больных (40%), 3а + 1b- 8 больных (26,6%), 1b- 7 больных(23,3%), 1а + 1b-2 больных(6,6%), 1а-1 больного(3,3%). Генотипы 1b, 3а и 1b + 3а определяются чаще, чем другие генотипы.

Преобладали жалобы на слабость, снижение аппетита, небольшие периодические боли в правом подреберье. Из объективных признаков у таких больных доминировали гепатоспленомегалия, умеренное увеличение уровня трансаминаз и холестатический синдром, представленный повышением уровня щелочной фосфатазы. Высокая частота тяжелого течения наблюдалась вследствие осложнений ХГС в декомпенсированной цирротической стадии особенно у больных в стадии СПИДа при уровне CD4-лимфоцитов ниже 200 кл/мкл. Осложнения от вирусных циррозов печени наблюдались и на ранних стадиях ВИЧ-инфекции, при этом уровень CD4-лимфоцитов был выше 200 кл/мкл и колебался в широких пределах (от 200 до 500 кл/мкл). У 31,2% больных с ХГС заболевание было диагностировано уже в цирротической стадии с наличием асцита и других признаков портальной гипертензии.

Заключение: ВГС ускоряет прогрессию ВИЧ-инфекции и тем самым увеличивает риск летального исхода вследствие развития СПИДа.

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ

Нурматова Н.С., Муталова Н.Р., Умарназарова З.Е.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Пищевая аллергия часто сопровождает и осложняет такие тяжелые болезни, как атопический дерматит, бронхиальная астма. Данная проблема особенно актуальна в педиатрической практике. Именно в детском возрасте формируется сенсibilизация организма к различным аллергенам и первичную роль в этом играет пищевая гиперчувствительность.

Цель: Изучить клинико-иммунологические показатели пищевой аллергии у детей.

Методы исследования: Обследовано 32 ребенка с 3 месяцев до 5 лет, госпитализированных в гастроэнтерологическое отделение РСНПМЦ Педиатрии. Для установления диагноза были использованы клинико-anamnestические, и иммунологические (IgE общий, IgE специфический к пищевым антигенам методом ИФА, определение лимфокин-продуцирующей способности Т-лимфоцитов к аллергенам) исследования.

Результаты: Среди детей с гастроинтестинальной пищевой аллергией мальчиков и девочек было практически поровну. Мальчики составили 15(46,9%), девочки – 17(53,1%). У детей с 3 месяцев до 3 лет в большинстве случаев 24(75,0%) отмечаются кожные проявления аллергии и лишь в каждом четвертом случае регистрировались респираторные проявления. С увеличением возраста ребенка постепенно увеличивался и доля респираторной аллергии. Так, в группе детей от 3 до 5 лет респираторные проявления аллергии наблюдался у 15(46,8%). У большинства пациентов старше 6 месяцев отмечалась поливалентная пищевая аллергия. При изучении копрограммы в 95% случаев было констатировано нарушение переваривающей способности кишечника. Все это, по нашему мнению, нарушает пищеварительный барьер желудочно-кишечного тракта, повышая проницаемость и всасываемость по отношению к пищевым аллергенам.

При определении общего и специфического IgE к коровьему молоку и глютену было установлено, что у 11(34,3%) отмечался повышенный уровень общего IgE, достигающий значения $76,3 \pm 8$ МЕ/мл, при норме от 0 до 20 МЕ/мл. У остальных пациентов 14 (43,8%) детей уровень общего IgE не превышал возрастной нормы. В группе обследованных нами больных значения специфических IgE к коровьему молоку и глютену были отрицательными, однако это не исключает возможности участия в патогенезе заболевания IgE – зависимого механизма, так как местный синтез IgE и сенсibilизация тучных клеток могут происходить и в отсутствие специфического IgE в кровотоке.

Результаты: исследования лимфокин-продуцирующей способности Т-лимфоцитов к пищевым аллергенам продемонстрировали, что чаще всего

имеется сенсibilизация к белку куриного яйца и коровьему молоку 27 (84,4%), цитрусовым 24 (75,0%), говядине 20(62,5%), мясу курицы 14 (43,8%). Среднее значение лимфотоксина по куриному яйцу составляло: $59,6 \pm 8,3$ UTE, по цитрусовым $57,7 \pm 9,2$ UTE, по говядине $55,2 \pm 6,5$ UTE, по куриному мясу $32,5 \pm 8,5$ UTE, по молоку 18 ± 8 UTE. После введения прикорма спектр «виновных» продуктов расширялся (куриное яйцо, говядина и курятина, цитрусовые). У 19(59,4%) детей после года отмечался рост влияния цитрусовых.

Вывод: Таким образом, было установлено, что частота встречаемости и характер клинических симптомов пищевой аллергии зависел от возраста ребенка. Выявлена зависимость между значениями сенсibilизированных лимфоцитов к различным пищевым аллергенам и возрастом детей. У детей раннего возраста симптомы поражения желудочно-кишечного тракта представлены чаще острыми реакциями на аллерген.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МИКРОБНОГО БИОЦЕНОЗА ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С БИЛИАРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

**Олимхонова К.Н., Рузметова И.А., Эгамбердиева Д.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Клинические особенности сочетанного течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и патологических состояний билиарного тракта продолжают изучаться, в том числе в аспекте участия дисбиотических явлений в верхних отделах пищеварительного тракта. Формированию морфологических основ эзофагита способствует микробный патобиоценоз слизистой оболочки пищевода, выявляемый при ГЭРБ. Однако качественные и количественные характеристики его в настоящее время детально не выяснены.

Цель исследования. Изучение особенностей клинического течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), у пациентов с хроническим бескаменным холециститом (ХБХ) и желчнокаменной болезнью (ЖКБ), а также качественных и количественных характеристик патомикробиоценозов эзофагогастроудоденальной зоны при их сочетанном течении.

Материалы и методы. Обследованы 22 женщины в возрасте от 26 до 62 лет ($55,3 \pm 12,2$ года). Критериями включения в группу обследования было наличие у больных с ХБХ и ЖКБ типичных для ГЭРБ жалоб (изжога, регургитация, дисфагия), явлений дуоденогастрального рефлюкса и дуоденогастроэзофагеального рефлюкса с эпизодами рН >8 в пищеводе, стойким привкусом горечи, отрыжкой горьким, эндоскопически различимым забросом желчи в желудок и пищевод, а также дистального эзофагита разной

степени выраженности. У всех больных комплексно исследованы бактериологический посев дуоденального содержимого. Микробный состав эзогастродуоденальной зоны изучали у 8 больных хроническим бескаменным холециститом (1-я группа) из визуально неизмененных участков двенадцатиперстной кишки (ДПК) и у 6 больных желчекаменной болезнью (2-я группа) и сравнивали с данными исследования 8 практически здоровых добровольцев.

Результаты: Анализ патомикробиоценозов верхних отделов пищеварительного тракта производили с учетом ведущей патологии билиарного тракта. У больных ХБК и ЖКБ в биоптатах желчи из двенадцатиперстной кишки выявлялись разные роды микроорганизмов. Количество выделенных бактерий у больных хроническим бескаменным холециститом колебалось от 3,2 до 6,1 КОЕ/г, у пациентов с желчекаменной болезнью - от 2,8 до 5,5 lg КОЕ/г. Чаще высевались стрептококки (у 92 и 100% больных в 1-й и 2-й группах соответственно), стафилококки (87 и 84%), энтеробактерии (51 и 59%). У пациентов с ХБК и ЖКБ отмечено преобладание стафилококков (соответственно в 95 и 87% выделений), стрептококков (71 и 60%). Их количество у больных ХБК колебалось от 3,2 до 5,3 lg КОЕ/г, у пациентов с ЖКБ — от 3,1 до 5,4 lg КОЕ/г.

Заключение. Изучение биохимических свойств выделенной микрофлоры из пораженных участков слизистой оболочки эзофагастродуоденальной зоны показало, что они имеют высокие уровни признаков, ассоциированных с патогенностью. Так, по сравнению с бактериями, выделенными из слизистой оболочки здоровых людей, в большем числе случаев обнаруживались гемолитические стафилококки и стрептококки.

ПРОКАЛЬЦИТОНИН: НОВЫЙ ЛАБОРАТОРНЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР СЕПСИСА

**Ортикбоев Ж.О., Хакимов Д.П., Юнусова Р.Т.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Проблема сепсиса у детей остается актуальной в связи с высоким уровнем сохраняющейся летальности (от 40 до 70%). В литературе последних лет появились новые подходы в объяснении патогенеза сепсиса, в основу которого была положена генерализованная системная воспалительная реакция (СВР), вызванная бактериальной микрофлорой. Формирование нового взгляда на патогенез сепсиса легла в основу международной консенсусной конференции по педиатрическому сепсису (IPSSC в Сан-Антонио, штат Техас, 2005), в которой были даны согласованные определения и критерии компонентов сепсиса, применяемых в педиатрической практике.

Пациентов с системной инфекцией или септическим шоком часто бывает достаточно сложно дифференцировать с пациентами, которые могут иметь подобные клинические признаки и лабораторные Результаты без инфекции. Бактериологическое подтверждение инфекции при системной инфекции может отсутствовать, в то время как положительные бактериологические Результаты могут быть вызваны случайной контаминацией.

По данным литературы провони прокальцитонина в сыворотке увеличиваются в течение тяжелой генерализованной бактериальной, паразитарной или грибковой инфекции. При тяжелых вирусных инфекциях, или воспалительных реакциях неинфекционного происхождения, уровни прокальцитонина не увеличиваются, или показывают только умеренное увеличение. Локальные бактериальные инфекции без системных проявлений также вызывают лишь небольшое увеличение уровней прокальцитонина (0.3-1.5 ng/ml). Из-за этих свойств, прокальцитонин был предложен как индикатор тяжелой системной инфекции или сепсиса.

При этом существенным является также то, что дисфункция почек, которая бывает частым сопутствующим состоянием у критически больных пациентов, мало влияет на период полувыведения прокальцитонина, что было показано в исследовании Meisner M. С соавторами (2006). Первое опубликованное исследование, посвященное изучению уровней прокальцитонина при инфекции, было проведено Assiscot и др. (1993), которые использовали для этого специфический тест вместе с тестами на кальцитонин и N-прокальцитонин. Измерение уровней прокальцитонина у 79 детей с подтвержденной бактериальной инфекцией показало, что они повышаются при септических состояниях и ожогах и соотносятся с тяжестью инфекции. У 21 здорового ребенка из группы контроля уровни прокальцитонина были ниже 0,1 нг/мл. При локальной инфекции и у 18/21 пациента с вирусными инфекциями концентрация прокальцитонина в сыворотке была также низкой от 0,1 до 1,5 нг/л. Среди девяти пациентов с тяжелыми ожогами курс концентрации прокальцитонина был тесно связан с наличием инфекционных осложнений и сепсиса. Хотя с первого же исследования стало ясно, что сывороточный прокальцитонин сам по себе не свидетельствует о наличии сепсиса, поскольку уровни его были повышены до 2нг/мл и 3 нг/мл у двух пациентов с неосложненными ожогами.

Нужно отметить, что уровни РСТ могут повышаться в течение первого дня жизни без наличия инфекции. Однако это не уменьшает ценность прокальцитонина для выявления раннего сепсиса в неонатальном периоде. Значимо повышенные уровни прокальцитонина (до 1000 нг/мл) могут обнаруживаться у пациентов и при отсутствии сепсиса.

Заключение: таким образом, одна из проблем – это сложность определения отсутствия сепсиса. Хотя в большинстве случаев значительное повышение уровней сывороточного прокальцитонина было связано с сепсисом, что позволяет использовать оценку концентрации прокальцитонина для его определений.

ОПИЙ МОДДАСИДАН ЗАХАРЛАНИШЛАРДА ИЧКИ АЪЗОЛАРДАГИ ЎЗГАРИШЛАР ВА УЛАРНИНГ СУД ТИББИЙ АХАМИЯТИ

Отакулов С.И., Тўйчиев С.Р., Носиров Т.К.

Тошкент педитрия тиббиёт институти, Тошкент ш., Ўзбекистон

Мавзунинг долзарблиги: Опий бу кўкнорнинг етилмаган бошчасидан олинган ширасини куритилиши туфайли тайёрланган оқимтир модда бўлиб, унда 20 га яқин алколоидлар, улардан 10-20 фоизини морфин ташкил қилади. Тиббиётда асосан морфиннинг хлорид кислотали тузи тарқалган. Даволаш мақсадида морфиннинг кўпинча дионин, героин, кодеин ва бошқа ҳосилаларидан оғрикни қолдирувчи сифатида фойдаланилади.

Бироқ ушбу моддалардан турли мақсадларда фойдаланиш кўп ҳолатларда ўткир захарланишларга ва натижада ўлим ҳолатларига олиб келиши суд тиббиёти амалиётида учраб туради. Ушбу моддалар таъсирида захарланишларда алоҳида патоморфологик белгиларнинг мавжуд эмаслиги суд тиббий текширувларда суд тиббиёти экспертлари учун мураккаб ҳолатлардан хисобланади. Бундай ҳолатларда албатта суриштирув тергов органлари томнидан кўплаб саволлар туғилиши тайин.

Шу сабабли текширишнинг оддий ва самарали усулларида фойдаланишга бўлган қизиқиш, объектив қонуниятларга асосан ортмоқда.

Тадқиқот мақсади: Опийдан захарланиш ҳолларида патоморфологик ўзгаришлар асосида кўшимча суд тиббий текшириш усуллари ишлаб чиқиш.

Тадқиқот объекти: Тадқиқот объекти сифатида опий ва психотроп моддалардан захарланган 20 нафар мурдалар олинди.

Тадқиқот усули: Умум қабул қилинган мурдаларни секцион текширув усулидан фойдаланилди. Шунингдек гисто-кимёвий текшириш учун ички аъзоларнинг ярим юпқа кесмаларини ван Гизон ва Маллари усули бўйича гематоксилин-эозин билан бўяш усулдан фойдаланиб мурдаларда ички текширувлар амалга оширилди.

Текширув натижалари: Таҳлилларимизни энг аввало опий моддалардан захарланган мурдаларни ташқи текширишдан бошладик ва мурдадаги ўзига хос ташқи белгиларига ахамият қартдик. Мурдада асосан юз оқариши ва цианоз белгиларини кузатилганлиги ахамиятлидир. Ушбу модда марказий нерв системасига кучли таъсир қилиш хусусиятига эга бўлгани учун олдин кўзғалиш, кейинчалик эса ҳаёт учун муҳим марказларнинг фалажланиши туфайли унинг фаолиятини сусайиши кузатилади. Аста-секинлик билан тормозланиш ҳолати уйқу келтириш ҳолатига ўтади. Юзи оқариб, кўз қорачиклари тораяди, нафас олиши ва юрак уриши секинлашади, баъзан қусиш кузатилади.

Ўз ўрнида ички аъзоларда ҳам бир қатор ўзгаришлар кузатилиши текширувларимиз жараёнида ўз исботини топди. Мурдани кесиб кўрилганда ички органларнинг тўлақонлиги ва қоннинг тиник, ҳамда хира бўлиши каби патоморфологик ўзгаришлар кузатилди. Бу эса опий ва моддалардан

захарланишларни суд тиббий баҳолашда асосий омиллардан бири бўлиб хизмат қилиши айни муддаодир.

Текширувларимиз жараёнида опий моддалардан захарланиш ҳолатларини суд тиббий баҳолашда қуйидагилар инобатга олиниш лозимлиги ўз тасдиғини топди; мурданинг орган ва тўқималарида опий узоқ вақт емирилмайди, шунинг учун ҳам мурда кўмилгандан кейин бир неча ойлар ичида суд-кимёвий текширишда уни топиш мумкин.

Хулоса: Хулоса ўрнида шуни таъкидлаш лозимки юқорида эътироф этилган маълумотлар опий моддалардан захарланишларда суд тиббиёти ҳамда криминалистика соҳасида ушбу ҳолатларни баҳолашда қўшимча маълумотлар тизими бўлиб хизмат қилиши мумкин.

КЛИНИКО–ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОТДАЛЕННЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИПОКСИИ НА СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ У ДЕТЕЙ

Перфилова В.В.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Заболевания органов кровообращения, как среди взрослых, так и у детей, в настоящее время выявляются в несколько раз чаще, причем ведущая роль принадлежит функциональной патологии сердца и сосудов. Внутриутробная гипоксия плода является одним из основных факторов, оказывающих влияние на постнатальную адаптацию ребенка и приводящая к нарушению вегетативной регуляции сердца и сосудов. Сохранение вегетативной дисфункции в дальнейшем может приводить к формированию стойких вегетовисцеральных и вегетососудистых нарушений, одним из проявлений которых является функциональная кардиопатия, или цереброкардиальный синдром. Большая распространенность внутриутробной гипоксии, отсутствие комплексных исследований, направленных на изучение влияния гипоксии на состояние здоровья ребенка в последующие возрастные периоды обуславливает актуальность данной работы.

Цель исследования. Разработать критерии ранней диагностики последствий перенесенной внутриутробной гипоксии на сердечно-сосудистую систему у детей раннего и дошкольного возраста.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением было 53 детей в возрасте от 6 месяцев до 6 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении кардиоревматологии 4 ГКДБ. Дети были разделены на 2 группы: 1 группа от 6 месяцев до 3 лет – 10 детей, 2 группа 4-6 лет – 43 детей. У всех детей было произведено тщательное изучение анамнестических данных, полное клиническое обследование с оценкой вегетативного тонуса, КИГ, ЭКГ, ЭхоКГ, а также биохимическое определение тропонина-Т.

Результаты исследования. При изучении анамнестических данных выявлены основные факторы риска в развитии функциональных нарушений сердечно-сосудистой системы: угроза прерывания беременности (10%), перенесение респираторно-вирусных и других инфекций во время беременности(8%), внутриутробная гипоксия плода(80%), слабость родовой деятельности(2%). При проведении ЭКГ у детей преобладали синусовая аритмия, синусовая брадикардия, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, атрио-вентрикулярная блокада 1степени. У детей 1группы нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы представлены в 80,8% случаев вазомоторной дисрегуляцией и кардиальным типом вегетативных нарушений 20,2%. У детей 2группы доминирует в клинической картине кардиоваскулярный вариант вегетативных нарушений, представленный брадикардией и артериальной гипотонией. Биохимическое исследование сыворотки крови на Т-тропонин проводилось методом иммуноферментного анализ с использованием электрохемилюминесцентной технологии у 10 детей. Концентрация Т-тропонина у 4-х больных имела тенденцию к повышению активности фермента до $0,06 \pm 0,02$ (X \pm sx) нг/мл. Диапазон значений Т-тропонина у остальных детей значительно превышал пороговый уровень и составил $0,221 \pm 0,041$ нг/мл (X \pm sx). При проведении ЭхоКГ у 25 из 53 обследованных детей (41,6%) выявлены малые аномалии сердца. Преимущественно встречались добавочная хорда левого желудочка (77%) и пролапс митрального клапана (23%).

Заключение. Полученные **Результаты:** подтверждают влияние внутриутробной гипоксии на нарушения сердечно-сосудистой системы функционального характера. Клинические, лабораторные и инструментальные проявления последствий внутриутробной гипоксии позволяют выделить детей в группу высокого риска по формированию сердечно-сосудистых заболеваний для осуществления индивидуального диспансерного наблюдения.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СИЛДЕНАФИЛА И БОЗЕНТАНА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА ОСЛОЖНЕННЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ ПОЗДНЕМ НАЗНАЧЕНИИ

Пулатова Р.Н., Юнусова Р.Т.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Естественное течениеврожденных пороков сердца (ВПС) сопровождается формированием легочной гипертензии (ЛГ), встречающейся в 30-50% случаев (Бокерия Л.А. 2007., Землянская И.В. 2003). ЛГ приводит к развитию правожелудочковой недостаточности и неблагоприятному прогнозу для жизни пациента (А.А.Ionescu, N.Payneetal. 2001).Основным способом лечения ВПС является хирургическая коррекцияс предоперационным ведением больных на ингибиторахфосфодиэстеразы 5-го типа-силденафилом и

антагонистах рецепторов эндотелина- бозентан, показавших благоприятные функциональные и гемодинамические **Результаты:** у пациентов с высокой ЛГ. Однако, актуальным остается эффективность применения данных препаратов на позднем, т.е. уже сформировавшемся этапе ЛГ, рациональность их назначения и клинико-инструментальный контроль.

Цель исследования. Оценить эффективность использования силденафила и бозентана при лечении сформировавшейся ЛГ у детей с ВПС с применением клинико-инструментального контроля.

Задачи исследования. 1. Использование силденафила и бозентана при ВЛГ с измерением ЧСС, АД и сатурации кислорода в крови. 2. Проведение анализа эффективности приема силденафила и бозентана с помощью клинико-инструментальных методов исследования.

Материалы и методы и Результаты исследования. Нами были обследованы 60 больных с ВПС, осложненными ВЛГ; из них 40 девочек (66,6%) и 20 мальчиков (33,4%). Возраст обследованных больных составлял от 1 месяца до 3 лет. Структура ВПС была представлена следующими нозологическими формами: дефект межжелудочковой перегородки - 34 (56,6%), открытый артериальный проток - 4 (6,7%), комбинированные пороки - 22 (36,6%). Из обследованных больных 20 (33,4%) детей принимали комбинированно силденафил и бозентан, 20 (33,4%) принимали силденафил и каптоприл, 20 (33,4%) принимали только силденафил. В период проведения исследований у больных измерялись: артериальное давление (АД), частота сердечных сокращений (ЧСС) и насыщение крови кислородом (SpO₂) с помощью пульсоксиметра. Больные принимали силденафил цитрат в дозе 1,5 мг/кг массы тела *per os*, но не более 50мг, а бозентан 15,6 мг 1 раз в день. 3 больных с диагнозом ДМЖП осложненных ВЛГ начали принимать комбинированно силденафил в дозе 5 мг 3 раза в сутки и бозентан в дозе 10,5 мг 2 раза в сутки в 6-7 месячном возрасте. Через несколько дней после приема препаратов были вновь измерены ЧСС, сатурация, АД. После приема препаратов были зафиксированы снижение АД и изменения ЧСС, что являлось отрицательным моментом в терапии. Насыщение крови кислородом у пациентов после приема препаратов составило 81-88%. Отсутствие увеличения сатурации крови после приема препаратов свидетельствует о необратимом поражении сосудов легких и нарушении их газообменной функции. Исходно у всех пациентов системное АД (САД) было от 84 до 90 мм.рт.ст. После приема препаратов САД составляло от 70 до 75мм.рт.ст. Что у 3-х пациентов привело к летальному исходу.

Вывод. Таким образом, у пациентов, при развившейся ВЛГ, отмечали снижение системного АД, сатурации крови кислородом, тахикардию, что указывало на повышенную сопротивляемость сосудов малого круга кровообращения с одной стороны, и необратимость ЛГ с другой. Эффективность традиционных доз вазодилататоров при ВЛГ требует дополнительных исследований.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ У БЛИЗНЕЦОВ

Пулатова Ш.М., Исмаилова М.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Частота встречаемости ретинопатии недоношенных (РН) составляет от 11% до 47% в разных странах мира. В структуре инвалидности по заболеванию органов зрения у детей РН составляет от 11 до 18%. Среди дошкольников этот показатель достигает 20%-30%.

Целью настоящей работы явилось выявление основных факторов риска на развитие РН в зависимости от характера многоплодной беременности (однойяйцовые или разнойяйцовые плоды).

Материалы и методы. На базе Республиканского Перинатального Центра проведен ретроспективный анализ историй болезни 28 новорожденных детей от многоплодной беременности (22 новорожденных из двойни, 6 новорожденных из тройни), вошедших в группу риска по развитию РН. Из них однойяйцовых пар - 7 и разнойяйцовых пар -6 . Возраст детей составлял от 28 до 34 недель и масса тела при рождении от 1100 до 2300 гр . Всем новорожденным проводилась респираторная терапия.

Детям были проведены следующие обследования: визометрия, наружный осмотр, биомикроскопия, пупиллометрия до и после закапывания мидриатиков, моно и бинокулярную офтальмоскопию, нейросонография, общие и биохимические анализы крови.

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что патологические изменения головного мозга тесно связаны с развитием РН. В группе детей с РН чаще выявились ПВК, ВЖК, ПВЛ (72% в группе с РН, 18% в группе без РН). У новорожденных с поражением ЦНС, диагностированной на первой неделе жизни, в 84% случаев наблюдалась РН, тогда как у остальных 16% детей с патологическими изменениями со стороны головного мозга выявленными на 3-4 неделях жизни, диагноз РН был исключен.

В группах разделенных на однойяйцовые и разнойяйцовые виды многоплодия, отмечались существенные различия по выявляемости РН . В группе однойяйцовых отмечалась 100% выявляемость РН у обоих близнецов, однако у первого плода из близнецов отмечалась более тяжелая степень относительно к рожденному вторым. Среди всех детей этой группы диагностировалась активная фаза РН “0” стадия у 17%; “1” стадия у 83% , из которых 17% протекали в виде « плюс болезни» и 17% закончились индуцированным регрессом. В группе разнойяйцовых РН наблюдалась у 25% обоих детей, а в 75% случаев РН отмечена только у одного из плодов. И в этой группе у перворожденных плодов также преобладала тяжелая форма РН. В группе тройни РН наблюдалась у 67% новорожденных (“0” стадия - 50%, “1” стадия - 50%). Анализ зависимости частоты встречаемости РН от гестации, в

настоящем исследовании, показал что начиная с 34 х недель выявляемость РН резко снижается, у 6 детей со сроком гестации 34-35 недель были выявлены изменения на глазном дне, но диагноз РН был исключен.

Выводы. Многоплодная беременность, заканчивающаяся преждевременными родами, также является фактором риска на развитие РН. У новорожденных рожденных первыми при многоплодной беременности, возрастает риск развития тяжелой формы РН. Патологические изменения в головном мозге способствуют формированию РН у недоношенных детей от многоплодной беременности.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТАБАКОКУРЕНИЯ СРЕДИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Разаков С.А., Ташпулатова Ф.К.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Табакокурения в настоящее время является одной из ведущих причин смертности. Зависимость к табаку проявляется с молодости и продолжается всю жизнь. По данным ВОЗ каждый день от 80 до 100 тыс. молодых людей становятся потребителями табака. Особую тревогу вызывает то, распространенность табакокурения среди больных туберкулезом.

Цель: Изучить распространенность табакокурения среди больных туберкулезом.

Методы исследования: Применялся вопросник, состоящий из 15 вопросов и тест Фагерстрема. Уточнялся пол, возраст, рост, вес, стаж курения, показатели внешнего дыхания (ФВД). Проанкетировано 80 больных добровольцев. Средний возраст ($38 \pm 4,5$ лет). Число мужчин составило 60(75%), женщин 20(25%). Для определения ФВД был использован Micro

Результаты и обсуждения: В результате было установлено, что среди больных мужского пола частота курящих составляет 38%. Среди лиц женского пола частота курящих студенток составило только 10%. Стаж курения среди больных мужского пола у 70% составило 1 до 4 лет, у 30% - от 4 до 7 лет. Стаж курения среди больных женского пола у 76% составляло от 1 до 4 лет, у 33% - от 4 до 7 лет. Интенсивность курения (количество сигарет в сутки) среди курящих мужчин от 1-5 сигарет отмечено у 60%, от 5 и более сигарет у 40% обследованных. Среди курящих студентов женщин индекс курения составило от 1-5 сигарет у 90%, от 5 и более сигарет 10%. Среднее значение ОФВ1/ФЖЕЛ среди больных мужчин составляет 0,224, а отношение ОФВ1/ФЖЕЛ среди больных женщин составил 0,158.

Вывод: Выявлена распространенность табакокурения среди больных мужского пола 38% , среди больных женского пола 10%. Анализ индекса

курения, показало, что среди больных туберкулезом преобладают лица употребляющие сигареты от 1 до 5 в день.

ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Расулов А.А., Абдусалиева Т.М.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. В нозологической структуре реанимации детского возраста первое место занимает тяжелые пневмонии и большой процент среди детей грудного возраста. Несмотря на достигнутые успехи в педиатрии летальность и инвалидизация детей грудного возраста остаются высокими.

Цель исследований: В этой связи поставлена цель оценить и оптимизировать эффективность интенсивной терапии нарушений гемодинамики при тяжелой пневмонии у детей грудного возраста в условиях ОРИТ.

Материалы и методы. Исследовано 30 грудных детей с тяжелой пневмонией в возрасте от 1 месяца до 6 месяцев, находящиеся в условиях отделения ОРИТ ГКДБ №1. Дети разделены на 3 группы 1-(10) группа грудные дети с тяжелой пневмонией с проведением ИВЛ. 2-(8) грудные дети с очень тяжелой пневмонией находящиеся на ИВЛ. 3-(12) грудные дети с тяжелой пневмонией без респираторной поддержки. Проведены исследования общеклинической симптоматики, центральной гемодинамики (ЭхоЭКГ), периферической гемодинамики методом реографии, АД систолическое, АД диастолическое, ЧСС, сатурация кислорода (SpO₂) методом пульсоксиметрии. Лабораторная диагностика включила общий анализ крови, биохимический анализ крови, показатели КЩС.

Результаты и обсуждение. Изменения изучаемых показателей гемодинамики у второй группы по сравнению с больными из первой группы характеризуются увеличением минутного объема сердца на 12—48%. Наибольшее увеличение минутного объема сердца наблюдали также у детей из второй группы. В последующие дни средние величины минутного объема сердца постепенно снижались. Учащением пульса на 20—36%, наиболее выраженным у детей из первой группы. В первые 1-2 дня болезни обнаружена снижение систолического АД на 6-12 мм рт.ст. и диастолического - на 16-22 мм рт.ст. у 45,3% больных. Из них 3 больных поступили в состоянии коллапса, а у 11 в связи с выраженной гипотонией наблюдались обморочные состояния. При очаговой пневмонии артериальная гипотония отмечалась обычно у 1/3 больных. Колебания АД обычно объясняются изменениями сосудистого тонуса, в том числе вследствие нарушения центральной регуляции сосудов.

Наблюдение за больными с различными вариантами течения пневмонии позволило предположить, что выявляемый в остром периоде болезни гиперкинетический тип гемодинамики является показателем адекватной реакции сердечно-сосудистой системы на воспалительный процесс в легких. Эукинетический или гипокинетический тип гемодинамики при малосимптомной пневмонии часто сопровождает затяжное течение заболевания и может свидетельствовать об ослаблении сократительной функции сердца. В период активного воспалительного процесса в легких отмечено уменьшение периферического сопротивления сосудов большого круга, что рассматривается как результат приспособительной реакции сосудистого русла на значительное увеличение МОК или воздействия токсико-инфекционных факторов на стенки сосудов. После ликвидации воспаления наблюдается нормализация гемодинамических показателей.

Выводы. Таким образом, изменение показателей центральной гемодинамики при тяжелой пневмонии у детей всех трех групп, ведет более тяжелому течению пневмонии у детей грудного возраста. Особенно эти изменения заметно у детей второй группы, что является следствием клинической картины очень тяжелой пневмонии и искусственной вентиляции легких.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У ДЕТЕЙ, ОТ МАТЕРЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Расулова М.М., Юнусова С.Э.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

При беременности риски связаны, в основном, с нарушением роста плода и рождением маловесных детей, развитием преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, эклампсии, кровотечения. Артериальная гипертензия (АГ) является одним из наиболее часто встречающихся осложнений беременности и неблагоприятных перинатальных исходов у новорожденных.

Цель исследования. Изучить особенности течения адаптации, характеристику изменения массы тела и дальнейшего развития новорожденных, рожденных от матерей с артериальной гипертензией.

Материалы и методы. Обследовано 30 новорожденных детей, родившихся от женщин страдающих АГ. Исследования проведены на базе Перинатального центра г. Ташкента. Все новорожденные разделены на 2 группы. В I группу вошли новорожденные, рожденные от матерей с артериальной гипертензией в анамнезе. Во II группу – дети, рожденные от здоровых матерей. Проведен анализ факторов риска по данным историй

болезни матери и ребенка. Были проведены антропометрические измерения новорожденных.

Результаты исследования. При анализе акушерского анамнеза установлено, что повышение АД у беременных во втором и третьем триместре приводило к ухудшению антропометрических показателей у новорожденных, а именно рождение детей с малым весом к сроку гестации и рождение новорожденных раньше срока. При анализе изменения массы тела у обследованных новорожденных после рождения выявлено, что максимальная убыль массы тела наблюдалась в первые 3 дня жизни у всех новорожденных I группы. Частота случаев постнатальной убыли массы тела более 15% от исходной массы при рождении составила 37,34% в I группе и 6,54% - во II группе. Так же необходимо отметить, что новорожденные I группы начали прибавлять в весе только к концу первой недели жизни. Количество детей, которым потребовалось на восстановление массы тела до исходной массы тела более 14 дней в I группе было 21,15%. Во II группе таких новорожденных не наблюдалось. Начало стабильной прибавки массы тела отмечалось у новорожденных I группы на 8,1 дня против 5,6 день у детей II группы. Ежедневная прибавка массы тела на протяжении всего периода наблюдения была во II группе и составила 15,4 г/кг/день против 13,3 г/кг/день в I группе, что обусловило большие значения массы тела во II группе с 7 дня жизни и до окончания исследования.

Выводы: наличие у женщин во время беременности артериальной гипертензии приводит к рождению новорожденных раньше срока, низкой массе тела при рождении, ввиду отягощенного акушерского анамнеза.

ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАЦИИ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ АГАНГЛИОНАРНОЙ ЗОНЫ

Расулов М.М., Нарбаев Т.Т.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения болезни Гиршпрунга у детей на основе дифференцированного подхода к выбору метода операции в зависимости от локализации аганглионарной зоны.

Материалы и методы: Обследовано 40 детей с болезнью Гиршпрунга оперированных методами Свенсона-Исакова 20 детей и Соаве-Ленюшкина 20 детей в клинике ТашПМИ в возрасте от 1 до 7 лет.

Результаты: Путем проведения ирригографии удалось обнаружить ректальную форму заболевания у 12 пациентов, ректосигмоидную у 8 пациентов. Чаще всего дети поступали в стадии компенсации и субкомпенсации. Суб - и декомпенсированные стадии выявлены у 20

пациентов, 16 из которых имели сегментарную и 4 субтотальную форму аганглионарной зоны. Необходимость предварительного стомирования толстой кишки возникла у 10 пациентов которым не удалось адекватно опорожнить толстую кишку сифоннымлаважом.

При ректальной и ректосигмоидной формах болезни у детей раннего возраста (до 4 лет) в стадии компенсации и субкомпенсации предпочтительным считали операцию Соаве в модификации Ленюшкина. Обосновали это тем, что у детей раннего возраста при колоноскопии не находили грубых воспалительных и склеротических процессов в дистальных отделах толстой кишки, которые могли бы затруднить демукозацию. Учитывали физиологичность низведение кишки через естественный аноректальный канал и наименьшуютравматичность метода. При сегментарной и субтотальной формах с сравнительно коротким (до 3 см.) аганглионарным участком, у детей старше 4 лет, в суб- и декомпенсированных стадиях выполняли операции Свенсона в модификации Исакова с предварительным формированием терминальной колостомы. Дифференцированный подход к лечению болезни Гиршпрунга позволил сократить количество осложнений возникающих в послеоперационном периоде.

Заключение: Таким образом, дифференцированный подход в выборе метода операции в зависимости от возраста пациента и распространения аганглионарной зоны уменьшает количество осложнений в различные сроки послеоперационного периода.

ВЛИЯНИЕ АНЕМИИ НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Рахимбердиева З.А., Ахмедова Ш.У.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Цель исследование: изучение взаимосвязи анемии у пациентов с сахарным диабетом (СД) при наличии диабетических осложнений: диабетической нефропатии (ДН) с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ).

Материал и методы: Обследовано 76 больных с СД 1 и 2 типа, из них 46 больных с анемией и 30 без анемии, которая составила группу сравнения. Все больные находились на стационарном лечении в РСНПМЦентре Эндокринологии в отделении диабетической нефропатии и в отделении общей эндокринологии, возраст обследованных составил от 23 до 74 лет, с продолжительностью заболевания от 1 до 22 лет, среди них мужчин – 37, женщин – 39. Анемия диагностировалась по результатам содержания гемоглобина, что составило у мужчин <130 г/л., у женщин <120 г/л.

Состояние функции почек у больных ДН оценивали согласно стадиям хронической болезни почек (ХБП) по рекомендациям National Kidney Foundation /Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (NKF/DOQI). Статистическая обработка материалов исследования проводилась с использованием пакета стандартных статистических программ типа «Excel» с включением анализа описательной вариационной статистики.

Результаты и их обсуждение: нами проведена сравнительная частота сопутствующей сердечно-сосудистой патологии при ДН с анемией и без анемии. В стадии микроальбуминурии у больных с анемией сердечно-сосудистые заболевания встречались в 50% без анемии в 40%, в стадии протеинурии у больных с анемии ССЗ встречались 83,3% без анемии 67%, в стадии хронической почечной недостаточности ССЗ у 88,8 без анемии 70%.

Выводы: в группе больных с СД при анемии сердечно-сосудистые заболевания встречаются больше по сравнению с группой больных без анемии, у которых, по мере усугубления функциональной активности почек отмечается увеличение частоты сопутствующих ССЗ и в стадии ХПН встречается в 88,8% случаев.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АНТОГОНИСТАМИ МИНЕРАЛКОРТИКОИДНЫХ РЕЦЕПТОРОВ НА ПАРМЕТРЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Рахимова Н.Ф., Гаффарова Ф.К.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Цель исследования: изучить эффективность лечения верошпирона и эплеренона на физическую работоспособность и качество жизни больных у больных с хронической сердечной недостаточностью ФК II-III.

Материалы и методы исследования. Обследовано 48 больных мужского пола с постинфарктным кардиосклерозом с давностью перенесенного инфаркта миокарда от 6 мес. до 5 лет, с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) II-III функциональным классом (ФК) по NYHA, в возрасте 40-60 лет. Обследование больных проводили в городской клинической больнице №7. Для изучения эффективности лечения ХСН все обследованные больные были подразделены на 2 группы исследования, где на фоне проводимой стандартной терапии (дезагреганты, β -адреноблокаторы, диуретики, АПФ ингибиторы, статины, нитраты) в основной 1 группе (n=23) дополнительно назначали препарат группы АМКР - Верошпирон (Гедеон Рихтер, Венгрия), во 2 группе сравнения (n=25) – препарат группы селективного антагониста МКР – эплереноном (Гранд Медикал Групп АГ, Швейцария). Титрование дозы верошпирона проводили с 50 мг до 100 мг/сут, средне-суточная доза для

которого при составляла $75,5 \pm 7,3$ мг/сут. Для эплеренонома титруемая доза составила с 50 мг/сут до 100 мг/сут целевой дозы, средне-суточная доза при этом составляла $82,5 \pm 5,3$ мг/сут.

Средний возраст больных в I группе составил $49,9 \pm 5,35$ лет и $51,47 \pm 6,03$ года у больных II группы. Длительность заболевания у больных I группы составило $5,05 \pm 2,15$ лет и у больных II группы $5,71 \pm 4,6$ лет. Давность перенесенного ИМ составило в I группе $2,98 \pm 1,72$ лет и $3,47 \pm 3,03$ года у больных II группы.

Результаты исследования. Через 3 месяца лечения больных с ХСН ФК II-III АМКР Результаты теста шестиминутной ходьбы (ТШХ) показали увеличение дистанции у всех обследованных больных. В I группе у больных с ХСН дистанция ТШХ достоверно увеличилась на 28,7% при ФК II, а также на 30,3% при ФК III. При оценке эффективности лечения Эплереноном у больных ХСН также наблюдалось удлинение дистанции ТШХ. У больных с ХСН ФК II отмечалось достоверное увеличение ТШХ на 35,9% и при ХСН ФК III на 40,6% соответственно ($p < 0,05$).

В динамике лечения Верошпироном и Эплереноном у всех больных к концу 3-го месяца достоверно снижалась выраженность симптомов СН. Через 3 мес. лечения Верошпирон выраженность симптомов СН снизилась на 36,7% ($p < 0,05$) и 35,9% в I группе на 34,6 и 37,8%. В II группе к концу лечения суммарный индекс выраженности симптомов достоверно снизился на 40,2% и 55,6% при ХСН ФК II-III соответственно. Суммарный индекс КЖ в обеих группах к концу лечения также достоверно снизился: при ХСН ФК II и III – на 70 и 55,2% ($p < 0,05$), а также на 52,7 и 61% ($p < 0,05$) соответственно I и II группам.

Уменьшение симптомов СН сопровождалось увеличением индекса активности по результатам опросника DASI у больных обеих групп к концу 3 мес. наблюдения. К концу лечения индекс активности больных с ХСН достоверно увеличился на 40,2% и 55,6% при ХСН ФК III соответственно 1 и 2 группам исследования ($p < 0,05$). Отмечалось достоверное увеличение индекса активности у больных с ХСН ФК III на 55,2 и 61% соответственно 1 и 2 группам ($p < 0,05$).

Таким образом, Курсовая терапия Верошпироном и Эплереноном у больных с ХСН ФК II-III позволило улучшить качество жизни, функциональную активность больных.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ДИАГНОСТИКА ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Рахимова К.М., Мамарасулова Д.З., Рашидова Ш.У.
Андижанский Государственный медицинский институт,
г.Андижан, Узбекистан

Актуальность: Эхинококкоз – инвазия паразитических плоских червей, характеризующаяся возникновением объемных образований в печени, легких, а также других органах и тканях.

Наиболее частым вариантом является эхинококкоз печени, при котором наблюдается снижение аппетита и похудание, изжога и отрыжка, тошнота и рвота, тупые, ноющие боли и тяжесть в правом подреберье. При эхинококкозе легких отмечается одышка и кашель, боли в груди и кровохарканье. Эхинококкоз почек характеризуется тянущими болями в пояснице и нарушениями мочеиспускания.

Беременность, тяжелые заболевания и нарушение питания способствуют более тяжелому течению болезни, быстрому росту кист со склонностью к их разрыву и развитию осложнений. Среди возможных осложнений эхинококкоза следует выделить абсцесс печени и гнойный перитонит, холангит, плеврит и анафилактический шок.

Цель исследования: Изучить клинические особенности и вопросы диагностики эхинококкоза печени.

Диагноз эхинококкоза устанавливается на основании клинической картины заболевания (неспецифическое поражение различных органов), при наличии эпидемиологического анамнеза (контакт с зараженными животными), с обязательным учетом данных рентгенологического исследования, радиоизотопного обследования, ультразвукового исследования (УЗИ), компьютерной и магнитно-резонансной томографии.

В лабораторных условиях заболевание подтверждается при помощи следующих специфических методов: микроскопическое исследование мокроты – обнаружение возбудителя эхинококкоза, микроскопическое исследование мочи – обнаружение возбудителя эхинококкоза, иммунологические методы исследования: реакции непрямой гемагглютинации (РНГА), латекс-агглютинации, двойной диффузии в геле, иммуноэлектрофореза (ИЭФ) и встречного иммуноэлектрофореза (ВИЭФ), флюоресцирующих антител (РФА), сколекспреципитации, иммуноферментный анализ (ИФА) – обнаружение антигенов возбудителя, а также специфических антител IgG в сыворотке крови.

Выводы: Исследования играют важную роль в выявлении эхинококкоза печени. Вышепредложенная классификация должна помочь врачам в дифференциально-диагностическом поиске и в подборе правильной тактики лечения пациентов с данным заболеванием.

ОСТРЫЕ ДИАРЕИ ШИГЕЛЛЕЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Рахимов Б.О., Умаров Т.У.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность проблемы. Поражение желудочно-кишечного тракта шигеллезной этиологии характеризуется значительной тяжестью процесса и выраженными морфологическими изменениями в дистальных отделах тонкой кишки и проксимальных петлях толстой кишки. В настоящее время изучение этиологической структуры и клинико-лабораторных характеристик инфекционных диарей у детей раннего возраста приобретает особое значение для усовершенствования диагностики этих недугов.

Цель работы. Изучить особенности острых диарейных заболеваний шигеллезной этиологии у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования. По нашим наблюдениям находились 43 больных детей в возрасте до 1 года, у которых была диагностирована кишечная инфекция шигеллезной этиологии. Верификация диагноза проводилась на основании результатов бактериологического исследования кала: при получении массивного роста бактерий в первые дни заболевания.

Результаты: В возрастной структуре преобладали дети первого полугодия жизни – 78 % из них в возрасте до 3 мес.-35 %. Из анамнеза нами было выявлено ряд факторов, неблагоприятно влияющих на характер течения заболевания. На раннем искусственном вскармливании находились 25 детей (73 %), у 20 детей (58 %) выявлена анемия, у 10 (31 %) – гипотрофия I степени, у 11 (33 %) – рахит, у 5 (16 %) – экссудативно-катаральный диатез. Средне-тяжёлая форма шигеллеза наблюдалась у 26 детей (81 %) и у 6 детей (18 %) диагностирована тяжёлая форма болезни. Нами гастроэнтероколитическая форма была выявлена у 18 больных (73 %). Энтероколитическая форма заболевания отмечена у 11 больных (33 %) и гастроэнтерит был лишь у 4 детей (10 %). Выраженность диарейного синдрома коррелировала с тяжестью состояния. Так, при средне-тяжелых формах заболевания отмечалась умеренная диарея: стул до 5 раз в сутки был у 19 больных (26,7 %), у 30 больных (42,4 %) - от 6 до 10 раз в сутки, у 23 (31,2 %) – более 10 раз в сутки. У 7 больных с тяжёлой формой заболевания стул был 15 – 20 раз в сутки, с большим количеством слизи и прожилками крови, а также отмечалось зияние ануса. Явления гемоколита имели место у 20 детей (28 %) с шигеллезом. Наибольшая длительность диарейного синдрома различной этиологии колебалась от 10 до 20 дней. Средняя длительность диареи при шигеллезе среди наблюдаемых больных составила $14,7 \pm 0,3$ дня. Изменения в периферической крови проявлялись снижением уровня гемоглобина от 110 до 90 г/л (7 больных), лейкоцитозом от $8,5 \times 10^9$ г/л до $18,8 \times 10^9$ г/л (16 больных), увеличением СОЭ от 15 до 37 мм/ч. У остальных больных отмечался нормоцитоз и нормальная СОЭ.

Вывод. Таким образом, кишечные инфекции шигеллезной этиологии чаще встречаются у детей раннего возраста, особенно с измененной реактивностью и неблагоприятным преморбидным фоном, и характеризуется тенденцией к развитию распространённых форм поражения желудочно-кишечного тракта, протекающих в тяжелой форме с выраженными нарушениями водно-электролитного баланса.

БОЛАЛАРДА РЕАКТИВ АРТРИТНИНГ ЭТИОЛОГИК ОМИЛИНИ АНИҚЛАШ ОРҚАЛИ ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ ОШИРИШ

Раҳмонов М.М., Акбарходжаева М.Р.

Тошкент педиатрия тиббиёти институти, Тошкент ш., Ўзбекистон

Мавзуни долзарблиги: Реактив артрит замонавий педиатрик ревматологиянинг долзарб муаммоларидан биридир, чунки улар кейинги йилларда болалар орасида анчайин кенг тарқалиб, кўпайиб бормоқда ва шу билан бирга баъзан сурункали авж олиб кечиб, эрта мажруғликка олиб келмоқда.

Тадқиқот мақсади: Болаларда реактив артритнинг этиологик омилини аниқлаш орқали касалликни даволаш самарадорлигини ошириш, сурункали шаклига ўтиши ва юзага келиши мумкин бўлган хавфли асоратларни олдини олиш.

Текшрив материаллари ва усуллари: Текшириш ТашПМИ клиникаси кардиоревматология бўлимида 2015-йил сентябрь ойидан 2016-йилнинг февраль ойигача реактив артрит ташхиси билан ётиб даволанган 7-15ёш оралиғидаги 36 та бемор болаларда ўтказилди. Булардан 21таси ўғил болалар, 15 таси қиз болалар. Текшрив анамнез маълумотлари ва клиник текшривлар (бактериологик, серологик) асосида олиб борилди.

Олинган натижалар ва уларнинг таҳлили: Бемор болалар икки гуруҳга ажратилди. 1-асосий гуруҳга 20 нафар(100%) бемор болалар олинди. Олиб борилган текшрив натижаларига кўра бу гуруҳдаги бемор болалар касаллик келиб чиқишига кўра 3та гуруҳга ажратилди. 1-гуруҳга ичак инфекциясидан кейин ривожланган реактив артрит-9та(45%), 2-гуруҳга пешоб-таносил инфекциясидан кейин ривожланган реактив артрит-4та(20%), 3-гуруҳга бурун-ҳалқум инфекцияларидан кейин ривожланган реактив артрит-7та(35%) ташхиси билан даволанаётган бемор болалар киритилди. Хар бир гуруҳда касалликни этиологик омилини хисобга олган ҳолда специфик даво ўтказилди. 2-назорат гуруҳига 16 нафар бемор болалар олинди. Бу гуруҳга умумий комплекс даво ўтказилди.

Натижалар шуни кўрсатдики даволаш бошлангандан кейин кунлик кузатув натижаларига кўра асосий гуруҳдаги беморлард а назорат гуруҳидагиларга қараганда клиник белгилар, буғимлардаги оғриқлар, безовталиклар ва бошқа

симптоматик белгилар тез камая бошлади. Даволаниш давомийлиги анча қисқа бўлди. 1-гурҳдаги олиб борилган даволаш ишлари сезиларли даражада самарали бўлди.

Хулоса: Болаларда реактив артритнинг этиологик омилини аниқлаб, даволаш турини тўғри танлаш орқали даволаш самарадорлигини ошириш мумкин. Бунинг натижасида эса касалликни турли оғир асоратларини ва сурункали шакилларга ўтиб кетишини олдини олишга эришиш мумкин.

СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ С БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ЭНДОГЕН ИНТОКСИКАЦИЯ ВА ЛПО КЎРСАТКИЧЛАРИ

Рашидова С.А., Печеницына Т.В.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент ш., Ўзбекистон

Ҳозирги пайтда гепатоцитларнинг прооксидант ва антиоксидант тизимларининг функционал ҳолатига катта қизиқиш пайдо бўлмоқда, уларнинг дисбаланси жигар тўқималари шикастланишининг муҳим омилларидан бири ҳисобланади. (Буюверов А.О., 2002; Кузнецов В.И. ҳаммуал билан, 2004; Нагоев Б.С. 2005, 2006, 2007; Арипов О.А. 2010). Нитрооксидергик жараёнларининг давомий фаоллашуви ва ПОЛ реакциясининг жадаллиги сўзсиз табиий метаболитларнинг тўпланишига олиб келади, бу эндоген интоксикациянинг ифодаланишини белгилайди (Лифшиц В.М., Сидельникова В.И., 2003).

Ишнинг мақсади: Цитолизнинг турли даражалари бўлган СВГС ли беморлар гуруҳида СМ даражаси ва прооксидант ва антиоксидант тизимларнинг ҳолатини ўрганиш.

Материал ва усуллар: 20 дан 50 ёшгача бўлган СВГС ли 67 нафар бемор ва гепатит маркерлари бўлмаган 19 нафар амалий гепатит маркерлари бўлмаган 19 нафар амалий жихатдан соғлом инсонлар текширудан ўтказилди. Прооксидант тизимининг ҳолати таркиб бўйича ҳам ЛПОнинг бирламчи маҳсулоти сифатида – диен кетонлар ва конъюгатлар (ДК) (Гаврилова В.Б. ва ҳаммуал, 1984), ҳам иккиламчи – малон диальдегид (МДА) (Андреева Л.И. ва ҳаммуал 1988) сифатида ўрганилди. антиоксидант химоя ҳолати СОД фаоллиги (Мхитрян В.А. ҳаммуал билан, 1978) ва каталаза (коралик М.А. ва ҳаммуал 1988) кўрсаткичлари бўйича аниқланди. СМ Н.И.Габриэлян ва ҳаммуал (1984) усули бўйича аниқланди. Текширув натижалари Microsoft Statistica 6.0 дастурлар пакети ва стьюдентнинг t – мезонини қўллаш билан ишлаб чиқилди.

Тадқиқот натижалари СВГС ли беморларда соғлом инсонларга нисбатан ЛПОнинг бирламчи маҳсулотлари – диенкетонларда (0.64 ± 0.01 ва 0.32 ± 0.02 нисб. тб/мл мос равишда, $p < 0.001$), диен конъюгатларда (1.79 ± 0.03 тб/мл ва 1.07 ± 0.06 нисб. тб/мл мос равишда, $p < 0.001$) ҳам, шунингдек малон диальдеиднинг – иккиламчи маҳсулотида ҳам (3.61 ± 0.07 нмоль/мл ва 2.50 ± 0.13 нмоль/мл мос равишда, $p < 0.001$) ишончлилигини кўрсатди. Бунда СМ даражаси

соғлом инсонларнинг кўрсаткичларидан 1.5 марта ортади (14.02 ± 0.28 ш/б ва 9.79 ± 0.09 ш/б мос равишда, $p < 0.001$) прооксидант тизимидан фарқли ҳолда АОЗ тизимини ташкил қилувчиларнинг ўзгаришлари турли йўналишли характерга эга. Чунки агар каталаза фаоллиги 2 мартадан кўрсаткичларидан ишончли фарқ қилмади. ($50.1 \pm 3.27 - 22.79 \pm 0.84$ мкат/л ва $37.7 \pm 2.14 - 36.12 \pm 0.73$ мкг/мл)

Цитолизнинг турли даражалари бўлган беморлар гуруҳида ЛПО, АОЗ ва СМ кўрсаткичларида ишончли фарқлар биз томонимиздан аниқланмади.

Хулоса: Шундай қилиб, текширилган СВГС ли беморлар гуруҳида ПРО – ва антиоксидант тизимлар дисбанаси ва СМ – табиий метаболитларнинг тўпланиши кузатилади.

КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА

Рашидов Д.М., Шукурова Г.Р.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Роль сахарного диабета (СД) с развития заболеваний других органов и систем на сегодняшний день уже доказано. Возникновение и развитие патологических состояния органов полости рта у больных СД усугубляет его течение и на фоне сахарного диабета воспалительного процессы носят затяжной характер.

Целю настоящей работы явилось изучение состояние органов полости рта у детей СД.

Материалы и методы. Нами были обследованы 30 детей (из них 15 мальчики и 15 девочки) в возрасте от 7 до 15 лет получивших стационарного лечение в эндокринологического центра МЗРУз

Больные детей были обследованные по следу шей методике : Изучение анамнеза и жалоб больных , общеклинический и стоматологический осмотра.

Результаты: Приобследование слизистой оболочки полости рта у 29 детей были выявлены хронический кандидозный стоматит проявлявшейся следующими элементами : эрозии углов рта 23 больных , мацерация слизистой оболочки серовата белого цвета у 22 больных эрозии и трещины на дне складки микодического зева у 19 больных , гиперемия слизистой оболочки щека , зева , нёба , языка – малиновый язык, десен у детей 27 больных , единичные точечные налеты белого цвета , которые легко отделяется при соскабливании у 24 больных у 28 больных детей СД были отмечены жалобы на периодическую сухость в полости рта связывала ее с повышение уровня сахара в крови . У 15 больных были отмечены кровоточивость десен , из них 3 с пародонтитом легкой степени , 7 больных средней степен пародонтита, 5 – выявлены гипертрофический гингивит .

Среди заболеваний твёрдых тканей зубов почти у всех больных выявлен кариес в разном степени активности пульпит зарегистрирован у 22 больных ,у 11 больных был выявлен периодонтит .

Следует отметить что выраженности заболеваний зубов и слизистой оболочки полости рта у больных детей СД возрастала с увеличением степени тяжести и длительности СД .

Выводы. Таким образом частота поражения органов полости рта у больных детей СД зависит от степени тяжести и длительности СД , что диктует о необходимости проведения комплексной своевременной терапии .

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА

**Рашидов Д.М., Шукурова Г.Р., Махкамова Ф.Т.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. На фоне сахарного диабета возникновение воспалительного процесса и течение патологических состояний органов полости рта усугубляются и носят затяжной характер. Все это делает изучение заболеваний слизистой оболочки полости рта у детей с СД актуальной как теоретическом, так и в практическом отношении. Поэтому разработка и коррекция рациональных и достаточно эффективных лечебных мероприятий в отношении заболеваний СОПР при данной патологии являются актуальной проблемой.

Цель. Разработка эффективных методов лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта у детей с СД I типа.

Материалы и методы. В НИИ Эндокринологии было обследовано 60 детей в возрасте от 7-14 лет с сахарным диабетом I типа. Лечебно-профилактические мероприятия включали в себя: санацию полости рта с проведением профессиональной гигиены, лечение кариеса и его осложнений, комплексную терапию основного заболевания, лечение сопутствующей патологии, санацию хронических очагов инфекции в организме ребенка, симптоматическую терапию патологических изменений, проведения профессиональной гигиены полости рта, медикаментозную и антисептическую обработку слизистой оболочки полости рта, Элюдрил+камистад гель, нанесение кератопластических средств (облепиховое масло, средств, нормализующих микрофлору кишечника (Biffilaxh).

Результаты: Больные дети с СД I типа жаловались на общее недомогание, слабость, быструю утомляемость, снижение аппетита и массы тела. Детей беспокоило - частое мочеиспускание, повышенная жажда, а так же неприятный запах изо рта. В процессе выяснения причин заболевания было установлено, что

его возникновению в 38% случаев способствовала стрессовая ситуация, у 15% детей первые симптомы возникли после перенесенной вирусной инфекции и только 7% детей имеют наследственную предрасположенность к СД 1 типа. 40% обследованных детей не связывали начало заболевания с каким либо фактором. Выявлено: у 85% сухость в полости рта, у 89.19% гиперемия десны, у 97.30% кровоточивость десны, у 67% поражение слизистой оболочки и красной каймы, у 75,2% зубные налеты.

Выводы. В комплексной терапии СОПР наряду с направленной профессиональной гигиеной и санацией полости рта, показано включение антисептической обработки полости рта с использованием Элюдрила с Камистад гелем. Рекомендуемая схема лечения, начиная с 3-го дня способствовала улучшению клинического состояния больных, восстановила кислотно-щелочного равновесия полости рта и корригировала соотношения микрофлоры полости рта. Что указывает на целесообразность и эффективность с использованием терапии.

ОЦЕНКА КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОГО РАВНОВЕСИЯ В ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ СД I ТИПА

Рашидов Д.М., Махкамова Ф.Т.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Сахарный диабет — это эндокринное заболевание, характеризующееся хроническим повышением уровня сахара в крови вследствие абсолютного или относительного дефицита инсулина. Заболевание приводит к нарушению всех видов обмена веществ, поражению сосудов, нервной системы, а также других органов и систем.

На фоне сахарного диабета возникновение воспалительного процесса и течение патологических состояний органов полости рта усугубляются и носят затяжной характер.

Поэтому клиническое состояние больных, кислотно-щелочное равновесие полости рта необходимо для коррекции эффективной терапии воспалительных заболеваний в полости рта при данной патологии.

Цель: Выявить особенности кислотно-щелочного равновесия полости рта у детей с СД I типа.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 60 детей с сахарным диабетом I типа за период 2014-2016гг.. в НИИ Эндокринологии и поликлинике № 56 при ТашПМИ. Оценка (ph) кислотно-щелочного равновесия в полости рта у детей СД I типа проводилась с помощью универсальной индикаторной лакмусовой бумаги фирмы LACH.

Результаты: Причины изменений кислотно-щелочного равновесия в полости рта: состав пищи и питьевой воды, количество и состав слюны, плохая

гигиена полости рта, нарушение микрофлоры, наличие зубного налета, патологии твердых тканей зубов, нарушение микроциркуляции СОПР и десны.

Показатели РН ротовой жидкости в группах наблюдения

Ph слюны;Здоровые Больные

6,88±0,435,8±0,35

Так у здоровых детей РН ротовой жидкости составило 6,88±0,43. У детей с СД 1 типа кислотно-щелочное равновесие полости рта за счет снижения компенсаторных механизмов смещено в кислую сторону и составляет 5,8±0,35. Исходя из выше перечисленного, оценка РН ротовой жидкости у больных СД 1 типа представляет интерес для стоматологов и может быть использована как дополнительный критерий неинвазивной диагностики данной патологии у детей

Выводы: На фоне СД 1 типа происходит достоверное снижение функциональной активности слюнных желез, в частности смещение кислотно-щелочного равновесия ротовой жидкости в сторону ацидоза (РН=5,8±0,35), что способствует развитию патологических процессов в полости рта.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 ОСЛОЖНЕННОГО С ВТОРИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ

Рихсиева Н.Ю., Назарова Н.С.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

2015 году в отделении нуклеарной медицины поступил больной А.А. 1949 г.р., с жалобами: на слабость, утомляемость, похудение, головные боли, тошнота, сухость во рту, жажда, переломы, отеки, боли и онемение в нижних конечностях. Предварительный диагноз: Сахарный диабет типа 2. Тяжелая форма течения. Вторичный гиперпаратиреоз. Осложнения: Диабетическая полинейропатия II ст. Диабетическая энцефалопатия II ст. Диабетическая нефропатия IV ст.

Из анамнеза сахарный диабет в течение 30 лет. В настоящее время находится на программном гемодиализе 1 – 2 раз в неделю. Сахароснижающие препараты не принимает. Диета относительная. Общее состояние больного средней тяжести. Ps-72 в мин, ритмичный Сог-границы увеличены влево на 0.5 см тоны приглушены. АД-170/90-130/90 мм.рт.ст. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. ИМТ-23кг/м². В общем анализе крови Hb-80г/л, эритроциты-4.4, лейкоциты-10.7, лимфоциты-2.7, СОЭ-10 мм/час. Биохимический анализ крови билирубин-10.4 Мкмоль/л, АСТ-20 н/л, АЛТ-22 н/л, мочевины-23.4 ммоль/л, креатинин-363.6 мкмоль/л, СКФ-17.4 мл/мин, общий белок-65 г/л, кальций-1.77 ммоль/л, калий-5.82 ммоль/л, натрий-129.5 ммоль/л, общий холестерин-4.8 ммоль/л, щелочная фосфатаза-683 U/L. Паратгормон-99.1 пг/мл. Ионизированный кальций-0.8 ммоль/л. Колебание

гликемии натощак-12.8-12.5-6.9-13.1 ммоль/л. Общий анализ мочи-относительная плотность мочи-1010, белок-1.32 %, цилиндры 1-2в поле зрения.ЭКГ – синусовый ритм 82 в мин. Умеренные дистрофические изменения задней стенки. Метаболические изменения в миокарде. Не исключаются рубцовые изменения задней, передне перегородочной стенки левого желудочка. МСКТ-картина перелома шейки левой бедренной кости. Двухсторонний коксоартроз. УЗИ – эхо признаки умеренного уплотнения печени. Хронический холецистит. Хронический двухсторонний пиелонефрит. Эхо признаки хронической почечной недостаточности. Хронический простатит. В проекции паращитовидных желез патологических образований не выявлено. Сцинтиграфия паращитовидных желез-картина характерна для гиперплазии паращитовидной железы слева. Рентген-денситометрия-признаки остеопении бедренных костей. Больному назначена Диета №9, ноотропная, противоотечная, гипотензивная, антибактериальная, метаболическая, миорелаксирующая терапия и программный гемодиализ. Выставлен окончательный диагноз: Сахарный диабет тип 2, тяжелая форма. Вторичный гиперпаратиреоз. Диффузное увеличение щитовидной железы 1 ст. Осложнения: Диабетическая полинейропатия в II ст. Диабетическая энцефалопатия в II ст. Диабетическая нефропатия в IV ст., ХПН V ст., уремия терминальная стадия. Сопутствующий диагноз: ИБС, СН ФКП, ПИКС, ГБ III, АГII, Риск IV, ХСН 2А ФКП по НУХА. ПОНМК. Дисциркуляторная энцефалопатия II ст. Хронический пиелонефрит. Перелом шейки левой бедренной кости. Двухсторонний коксоартроз. Хронический простатит. Хронический холецистит. ОИ-гипертоническая ангиопатия. Артериальная гипертония.

Заключение. Планируется оперативное вмешательство по поводу гиперплазии паращитовидной железы. В связи с тяжестью состояния больного, т.е. в гемограмме наблюдалось умеренная тромбоцитопения (ПТИ-81%), операция отложена до удовлетворительного состояния. С целью профилактики геморрагических и тромбозных осложнений после операции было рекомендовано операция не ранее чем через день после гемодиализа и повторный гемодиализ не раньше трех суток после операции. С целью профилактики тромботических осложнений в раннем после операционном периоде - клексан 0.2 2 раза в день (под наблюдением ВСИ, МНО, ПТИ).

По данным литературы вторичный гиперпаратиреоз представляет собой частое осложнение терминальных стадии ХПН. Несмотря на достаточную эффективность медикаментозного лечения, ежегодно 0.7-1.4% диализ-зависимых пациентов нуждаются в паратиреоидэктомию. (Е.Р.Сohen, J.Е.Мoulder-2001). Назначение медикаментозной терапии направленной на снижение концентрации сывороточного ПТГ, фосфора, кальция и улучшение процессов костного ремоделирования рекомендовано для подготовки больных к успешному хирургическому лечению.

КУКРАК КАФАСИНИНГ ГИРДОБСИМОН ДЕФОРМАЦИЯНИ ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ЭРТА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ

Рузикулов У.Ш., Нарзикулов У.К., Бабобеков Ш
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Болаларда ва усмирларда кукрак қафасининг гирдобсимон деформацияси (ККГД) ортопедик касалликлар орасида оғир патологиялардан бири бўлиб, у кукрак бўшлиғи аъзоларининг функционал бўзилиши билан кечади. Унинг оқибатида организмда модда алмашинувнинг бўзилиши кузатилади. ККГД тўғма патология бўлиб туш қовурга комплексининг ичкарига ботиши билан кечади ва ёш катталашган сари ботиқлик кучайиши юзага келади. Бу ҳолатнинг бўлиши туш қовурга комплексининг дисплазияси билан боғлиқ.

ККГД даволашнинг бирдан бир усули оператив даво ҳисобланади. Оператив давонинг бир қанча усуллари ва модификациялари бўлиб ҳозир замоновий усуллари билан бири Насса усулидир. Бу усулни урганиш, бажариш маҳоратини ошириш ва операциядан кейинги реабилитациясини тўғри олиш бориш катта аҳамиятга эга.

Мақсад: операциядан кейинги эрта даврда реабилитациясини ташкил қилиш

Материал ва услублар: Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент ш, Ўзбекистон клиникасининг травматология ва ортопедия бўлимида 2014 йилдан бошлаб Насса операцияси 13 та утказилди. Улардан 4 таси киз, 9 таси ўғил болаларни ташкил қилади. Хамма беморлар клиник, лаборатор ва инструментал текширишлардан утказилди. Операцияга қаршилик қилинидаган курсатгичлари бўлган беморларда амбулатор равишда даво муолажалари утказилди ва оператив муолажалар бажарилди.

Натижалар: операциядан кейинги даврда беморларни реанимация бўлимига утказилди ва интенсив даво муолажалари утказилди. Наркотик уйқудан туриш даврида беморлар кузатувда бўлиши, ёнга айланиб кетишига йул қўймасли керак. Битта беморда шу ҳолат кузатилишида оғриқнинг кучайиши кузатилди. Бўлимда иккита беморда бирдан туриши натижасида оғриқ юзага келди. Режали равишда оғриқсизлантириш 2 кундан 4 кунгача ҳолатига қараб буюрилди. Беморларга биринчи кундан бошлаб қўл оёқларда ҳаракатларни бажариш ва орқасига массаж бажарилиб турилди. Нафас машқини 2-3 кундан бошланди ва секин асталик билан кучайтириб борилди. Беморни вертикал ҳолатга келтиришда она ёки тиббиёт ходимлари томонидан ёрдам берилиш лозим. Чунки бемор йиқилиб тушиши ёки ўзини ёмон ҳис қилиши мумкин. Беморни секин асталик билан юришига ёрдам бериш актив ҳаётга эрта мослашишга ва умумий аҳволининг яхши лванишига олиб келади.

Хулоса қилиб айтганда, беморни операциядан кейинги эрта тўғри реабилитацияси актив ҳаёт тарзига эрта қўшилишига ёрдам беради.

СИСТЕМА ГЕМОСТАЗА НОВОРОЖДЕННЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМИ И ГЕМОМРАГИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Рузметова Г.Б., Гулямова М.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,

г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Система гемостаза новорожденных подвергается физиологической перестройке в неонатальном периоде, что существенно затрудняет раннее распознавание патологических нарушений в различных ее звеньях. Тромбогеморрагические расстройства являются частым осложнением тяжелых форм неонатальной патологии и одной из главных непосредственных причин смертности в этом периоде.

Цель. Изучить систему гемостаза новорожденных с перинатальными поражениями центральной нервной системы (ППЦНС).

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 30 новорожденных детей. Гестационный возраст детей составил от 30 до 41 недель. Новорожденные были разделены на две группы: 1-ая - 14 новорожденных, с ишемическими поражениями ЦНС. 2-ая- 16 новорожденных, с геморрагическими поражениями ЦНС. Проанализированы клиничко-лабораторные данные детей.

Результаты и обсуждения. В процессе исследования было выявлено у новорожденных 1-группы неврологические нарушения, которые проявлялись с клиническими синдромами повышенной нервно-рефлекторной возбудимости - 14,2% новорожденных, а во 2-ой группе - 25%; общего угнетения - 28,5% новорожденных, а во 2-ой группе - 25%; гипертензионно-гидроцефальным синдромом – 7,14%, а во 2-ой группе - 18,7%; судорожным синдромом - 14,2% новорожденных, а во 2-ой группе - 12,5%; коматозным состоянием - 6,25% новорожденных, а во 2-ой группе у -7,14%. Сочетание двух синдромов наблюдалось – 7,14% новорожденного 1-ой группы, а во 2-ой группе - 18,7%. Сочетание трех или более синдромов наблюдалось по одному новорожденному в каждой группе.

Определяли основные количественные вязкостные характеристики сосудисто-тромбоцитарного звена: время кровотечения и среднее количество тромбоцитов у новорожденных 1ой-группы составила $2,2 \pm 0,13$ и $252 \pm 4,56$, а во 2-ой группе соответственно $3 \pm 0,1$ и $202 \pm 10,32$; коагуляционного звена и фибринолиза: протромбиновый индекс (ПТИ) у новорожденных 1ой группе составил $70 \pm 2,68$, активированное частичное тромбопластиновое время (АПТВ) $36,6 \pm 1,22$, тромботест $2,85 \pm 0,24$, фибриноген $2,05 \pm 0,21$, во 2 ой-группе соответственно $50 \pm 4,09$, $2,85 \pm 0,14$, $47 \pm 2,63$, $2,45 \pm 0,17$.

Выводы. Таким образом, у новорожденных с ППЦНС наблюдалось динамическое изменение компонентов система гемостаза, широта диапазона колебаний подтверждает наличие резервов в системе гемостаза и

эффективность адаптации. У новорожденных с ППЦНС гипоксического генеза наблюдаются изменения гемостаза с гипокоагуляционной направленностью.

КЛИНИКО- ЭТИОЛОГИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ НЕРЕВМАТИЧЕСКИХ КАРДИТОВУ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Рузметова Д.А., Курьязова Ш.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Среди сердечной патологии у детей неревматические кардиты остаются актуальными на сегодняшний день. Связи с этим патологическое течение беременности матери с высоким титром TORCH инфекции, которое влияет на состояние плода и ребенка, в том числе может вызвать неревматические кардиты у детей.

Цель исследования. Изучить неревматические кардиты у детей раннего возраста и факторы риска влияющих на прогноз.

Материалы и методы. Нами были обследованы 150 детей в возрасте от 3 месяцев до 3 лет с диагнозом: неревматический кардит.

Результаты исследования. Нревматический кардит легкой и средней тяжести с благоприятным течением и прогнозом диагностируется у доношенных детей от неблагоприятно протекавшей беременности и родов, родившихся без признаков асфиксии и. Нревматический кардит выявлялся, как правило, после перенесенной респираторной патологии и имел острое течение, сопровождался в $71,1 \pm 6,8\%$ случаев НК I степени.

Неблагоприятным фактором течения неревматического кардита является наличие ВУИ у матери и ребенка, следствием чего является неблагоприятное течение беременности и родов. В большинстве случаев ($65,0 \pm 6,8$, p_1 и $p_3 < 0,05$) кардит характеризовался тяжелым течением и НК II А, Б степени, p_1 и $p_3 p < 0,05$

В группе детей с МАРС неревматический кардит в $20 \pm 6,0$ ($p_2 < 0,05$) имел тяжелое течение с признаками НК IIА $22,2 \pm 6,2$ ($p_2 < 0,05$). В 75% случаев неревматический кардит выявлен после респираторной патологии.

Неблагоприятным фактором течения неревматического кардита у детей раннего возраста является ВУИ (ЦМВИ + ВПГ). При ЦМВ инфицированности у детей по данным ЭхоКГ отмечалось снижение функции левого желудочка: ФВ = $36,7 \pm 1,3$, $p < 0,05$, СМЛЖ = $25,4 \pm 2,3$, $p < 0,05$. При микст инфицированности (ЦМВ + ВПГ) достоверно чаще выявлялось повышение кардиомаркеров (ЛДГ – $85,0 \pm 7,1$, $p < 0,05$, КФК – $45,1 \pm 3,7$, $p < 0,05$). Выявлена высокая корреляционная связь показателей ЛДГ и ФВ ($r = +4,5$, $p < 0,01$), ЛДГ и СМЛЖ ($r = +2,2$, $p < 0,05$). ЭхоКГ показатели систолической функции миокарда левого желудочка при неревматическом кардите объективно отражают тяжесть воспалительных изменений в миокарде. При тяжелом течении НК на фоне ВУИ

(ЦМВ, ВПГ) и МАРС в 13% случаев формируется хроническое течение заболевания, сопровождающееся достоверным снижением систолической функции сердца $57,5 \pm 5,1$, $p < 0,05$, у 15% – подострое течение заболевания.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА РАЗВИТИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ШОКА ПО ШОКОВОМУ ИНДЕКСУ АЛЬГОВЕРА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Рустамов А.А., Сафаров З.Ф., Хакимов Д.П.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. В настоящее время догоспитальный этап остается наиболее уязвимым звеном в оказании экстренной медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях (ДТП).

Травмы у детей регистрируются в 1 – 5% случаев Преобладающий тип ранений – ЧМТ и ранения нижних конечностей. Травматический шок является самым ранним тяжелым осложнением травмы. Это состояние возникает и развивается как общая реакция организма на повреждение и относится к разряду критических состояний. Травматический шок можно определить как опасное для жизни осложнение тяжелых повреждений, при котором нарушается, а затем неуклонно ухудшается регуляция функций жизненно важных систем и органов. Прогнозы реанимации после тяжелых травм неудовлетворительны. Чаще всего наблюдаются: остановка сердечной деятельности, брадикардии или асистолии. Несмотря на первоначальный успех реанимационных мероприятий, примерно в 18-32% всех случаев пациенты умирают в фазе шока. Всего 0-4% случаев отмечена успешная реанимация при травматическом шоке, но, несмотря на ожидаемую низкую эффективность реанимации, рекомендуется проводить все мероприятия в полном объеме.

Исходя из вышеизложенных, можно сказать, что ранее выявление развитие травматического шока у детей является один из актуальных вопросов экстренной медицины и необходимым мероприятием, которое приводит к снижению развитие неблагоприятных исходов.

Цель исследования. Определить информативность индекса шока Альговера у больных с травматическим шоком пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий (ДТП).

Материалы и методы исследования. Выполнен ретроспективный анализ историй болезни, данных сопроводительных листов 40 пострадавших детей с поли- и сочетанными травмами в возрасте от 12 до 18 лет, поступивших в отделение реанимации РНЦЭМП города Ташкента с шокowymi состояниями в течение 2013-2015 годов, которые были госпитализированы бригадами скорой помощи службы скорой медицинской помощи.

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что из 40 пострадавших детей всего 13 (32,5%) случаев травматический шок было выявлено на догоспитальном этапе, в 11 (27,5%) случаев на ранних этапах и в 4 (10%) случаев на поздних этапах госпитальной медицинской помощи. Для того, чтобы уточнить причины диагностических ошибок на догоспитальном этапе, при проведении ретроспективной оценки состояния больных, мы использовали индекс Альговера, который считается более информативным способом выявления травматического шока на догоспитальном этапе. Индекс Альговера у 27 (67,5%) случаев дал положительный результат и у 13 (32,5%) не было подтверждено развития травматического шока в период догоспитальной помощи.

Выводы. Результаты исследования доказывают, что при выявлении развития шоковых состояний у детей медицинский персонал выбирает ошибочную тактику и индекс шока Альговера можно применить при выявлении шоковых состояний у детей, но он не даёт достаточно точных результатов, и поэтому требуется поиск современных альтернативных методов или разработка новых способов оценки состояния пациентов.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ И НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Сагираев Н.Ж., Хамраев А.Ж.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Проблема лечения острого парапроктита (ОП) у новорожденных и недоношенных детей продолжает оставаться актуальной в связи с большим числом заболеваемости и рецидива болезни.

Цель. Улучшить результаты хирургического лечения ОП у новорожденных и недоношенных детей.

Материалы и методы. С 2010 по 2016 г. в 1- ГДКБ в хирургическом отделении на лечении находились 36 новорожденных и 14 недоношенных детей с ОП. Среди них мальчиков - 40 и девочек - 10. У всех больных встречались только подкожная форма ОП. Из них самопроизвольно вскрывшаяся форма была у 5 (10%) больных. Всем больным проводились общеклинические, лабораторные и специальные методы исследования: зондирование ануса, аноскопия и УЗИ.

Результаты: Все больные поступили в клинику с выраженными клиническими проявлениями ОП на 1-3 сутки от начала заболевания. Первичный процесс чаще локализовался на 3-5-й и 9-11-й часы по часовому циферблату.

При ОП у новорожденных вскрывали параректальный гнойник в экстренном порядке, после чего на следующий день под общей анестезией

проводили малоинвазивную фистулокриптэктомию (МИФКЭ). При вскрывшемся параректальном гнойнике МИФКЭ проводился в первый день. Гнойник санировали 1,0 мл 3% раствором перекиси водорода. При этом, удавалось визуализировать внутреннее отверстие свища, открывающегося у основания крипты. Проводили хирургическую иглу №5 через гнойник свищевого хода на коже и выводили через внутреннее отверстие свищевого хода под контролем аноскопии. На нитке сделали несколько узлов и проводили через свищевой ход несколько раз. При этом экономно малотравматично выскабливали пораженный крипт и эпителиальную выстилку свищевого хода. В ране оставляли лигатуру и фиксировали кожу ягодицы лейкопластырем для очередного проведения манипуляции на следующий день. При этом, нитка до следующей санации выполняла роль микродренирования. Каждый раз микро раневой канал промывали раствором мирамистина. Через 2-3 дня нитку убрали. При этом мы избавились от излишнего периодического дренирования раны (резиновой полоской или узкими марлевыми тампонами), которое технически не возможно. В послеоперационном периоде применяли комплексное лечение включая антибактериальную, эубиотекатерапию и для повышения местного иммунитета ректальные свечи виферона на 7 дней. Местно ежедневно раны промывали раствором мирамистина и 10 % раствор натрия хлорида и применяли полупроводниковый лазер. После лечения исчезали отеки и гиперемия, рассасывалась инфильтрация ткани, зажила рана и образовывался нежный рубец. Комплексное лечение способствовало ранней эпителизации и заживлению параректальной раны, что позволило сократить срок лечения на 4-6 дней относительно традиционной. Осложнение наблюдались только в одном случае.

В отдаленном периоде переход парапроктита в хроническую форму с формированием свища наблюдалось у 2 больных на фоне тяжелого сопутствующего соматического статуса: анемии, гипотрофии, дисбактериоза III степ и пневмонии.

Вывод. Таким образом, активное малоинвазивное хирургическое лечение ОП у новорожденных и недоношенных детей, на фоне комплексного лечения позволило резко снизить число рецидивов болезни.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЕ СОСУДОВ ПО ЛИПИДНОМУ ПОКАЗАТЕЛЮ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАЖА И ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ

Садирходжаева А.А., Абдуразакова З.К., Аташикова Р.М.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Сахарный диабет является одной из актуальных, медико-социальных проблем современности. Широкая распространенность, ранняя инвалидизация и высокая смертность выделили СД в качестве первых приоритетов национальных систем здравоохранения подавляющего большинство стран мира. По данным Международной федерации диабета, в мире на 2010 год зарегистрировано 13 млн больных. Если темпы распространения СД в ближайшие годы не удастся затормозить, то к 2025 году ожидается увеличение больных СД в мире до 360 млн. человек. Инсулинозависимый сахарный диабет занимает ведущее место среди хронических заболеваний детского возраста. Актуальность проблемы сахарного диабета определяется его большой распространенностью и исключительно быстрым ростом заболеваемости.

Цель исследования. Ранняя диагностика атеросклеротического поражения сосудов по изменениям в липидограмме у детей с сахарным диабетом 1 типа.

Материал и методы исследования. Обследовано 30 детей в возрасте от 7-18 лет (средний возраст 12,5) с СД 1 типа, госпитализированные в детском отделении РСНПМЦ Эндокринологии. Продолжительность заболевания составило от нескольких дней до 9-лет. Среди наблюдаемых детей было 21 девочки (70%) и 9 мальчиков (30%).

У 21 больных (70%) длительность заболевания не превышала 5 лет, а у 9 больных (30%) – 5 лет и более. У 23 больных (76,6%) заболевания носило средне тяжелое течение, у 7 больных (23,3%) тяжелое течение.

Результаты исследования. Повышение холестерина отмечалось у 9 больных (30%), со стажем заболеваемости до 5 лет среди них у 6 больных (20%), заболевание носило тяжелое течение и у 9 больных (30%), со стажем заболеваемости 5 лет и более и более и среди них у 2 х больных (6,6%), заболевание носило тяжелое течение. Повышение ХС ЛПВП отмечалось у 9 больных (30%), со стажем заболеваемости до 5 лет среди них у 5 больных (16,6%), заболевание носило тяжелое течение и у 9 больных (30%), со стажем заболеваемости 5 лет и более и среди них у 2 х больных (6,6%), заболевание носило тяжелое течение. Повышение ХС ЛПНП отмечалось у 9 больных (30%), со стажем заболеваемости до 5 лет, среди них у 6 больных (20%), заболевание носило тяжелое течение и у 9 больных (30%), со стажем заболеваемости 5 лет и более и среди них у 2 х больных (6,6%), заболевание носило тяжелое течение. Повышение триглицеридов отмечалось у 9 больных (30%), со стажем

заболеваемости до 5 лет среди них у 5 больных (16,6%), заболевание носило тяжелое течение и у 9 больных (30%), со стажем заболеваемости 5 лет и более и среди них у 2 х больных (6,6%), заболевание носило тяжелое течение. Повышение В липопротеидов отмечалось у 9 больных (30%), со стажем заболеваемости до 5 лет среди них у 6 больных (20%), заболевание носило тяжелое течение и у 9 больных (30%), со стажем заболеваемости 5 лет и более и среди них у 2 х больных (6,6%), заболевание носило тяжелое течение.

Вывод. Повышение липидного спектра крови является основным механизмом развития атеросклеротических бляшек. Уже в дебюте заболевания у детей имеет место атерогенность сыворотки крови за счет повышения в крови ЛПНП и ЛНОНП. При достижении нормогликемии параметры липидного обмена, как правило, нормализуются.

ОСОБЕННОСТИ МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Садирходжаева А.А., Абдуразакова З.К.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Инсулинозависимый сахарный диабет занимает ведущее место среди хронических заболеваний детского возраста. Актуальность проблемы сахарного диабета определяется его большой распространенностью и исключительно быстрым ростом заболеваемости. Медико-социальное значение сахарного диабета 1 типа определяется ростом заболеваемости и развитием хронических осложнений, приводящих к инвалидизации и смертности в молодом возрасте. Основной причиной смерти являются сердечно-сосудистые осложнения, среди которых миокардиодистрофия наиболее часто приводит к развитию сердечной недостаточности и внезапной сердечной смерти. По данным авторов смертность от сердечно-сосудистых осложнений составляет 35% у больных инсулинозависимым сахарным диабетом.

Цель исследования. Определить морфометрические характеристики сердца у детей с сахарным диабетом порезультатом рентгенографии и ЭхоКГ.

Материал и методы исследования. Обследовано 30 детей в возрасте от 7-18 лет (средний возраст 12,5) с СД 1 типа, госпитализированные в детском отделении РСНПМЦ Эндокринологии. Продолжительность заболевания составило от нескольких дней до 9-лет. Среди наблюдаемых детей было 21 девочки (70%) и 9 мальчиков (30%).

У 21 больных (70%) длительность заболевания не превышала 5 лет, а у 9 больных (30%) – 5 лет и более.

Результаты и обсуждение: При рентгенологическом обследовании органов грудной клетки было выявлено повышение кардиотокального у 4 больных (13,3%), стаж заболевания которых превышало более 5 лет.

При оценке индексированных морфометрических показателей ЭхоКГ было получено достоверное увеличение значений КДР и соответствующее уменьшение КДО в группе со стажем диабета 5 лет и более (у 9 больных) по сравнению с группой со стажем диабета до 5 лет, (у 21 больных).

При ЭхоКГ обследовании сердца у 13 больных (43,3%), структурные изменения отсутствовали. У 3 больных (10%), обнаружилась дополнительная хорда. У 2 больных (6,6%), обнаружилась пролапс митрального клапана. У 3 больных (10%), со стажем заболеваемости до 5 лет обнаружилось гипертрофия левого желудочка. У 4 больных (13,3%), гипертрофия левого желудочка, у 3 больных (10%), гипертрофия левого желудочка и левого предсердия и у 2 больных (6,6%), гипертрофия левого желудочка и правого желудочка стаж заболевания которых составлял 5 лет и более.

Вывод. У детей с большим стажем болезни начинает прослеживаться тенденция к гипертрофическим процессам в сердечной мышце. Это указывает на компенсаторный ответ на нарушение метаболизма и кровообращения, увеличение размеров сердца а последующем дилатацию сердечных мышц.

НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОЖИРЕНИЕМ

Садыкова Д.Ш., Ахмедова Ш.У.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Проблема ожирения в мире в целом давно занимает одно из ведущих мест как фактор риска многих соматических заболеваний и оказывает неблагоприятное влияние на фертильность. У женщин репродуктивного возраста метаболический синдром является одной из наиболее частых причин ановуляторного бесплодия, ранних потерь беременности. Частота данной патологии составляет примерно 30–35% в структуре нарушений репродуктивной функции и до 70% среди пациенток с рецидивирующими гиперпластическими процессами эндометрия.

Цель исследования. Изучить характер нарушений менструального цикла у женщин фертильного возраста с ожирением.

Материалы и методы исследования. Были изучены особенности репродуктивного здоровья у 25 женщин с ожирением, обратившихся по поводу бесплодия в РСНПЦЭ с 2014–2015 г, которые составили 1-ю группу исследования, 2-я группа состояла из 25-ти женщин с нормальными ростовесовыми показателями (далее — РВП) и без нарушений менструального цикла. радиоиммунологические гормональные методы исследования крови (пролактин, лютеинизирующий гормон (ЛГ), фолликулостимулирующий гормон (ФСГ), инсулин, эстрадиол, прогестерон, свободный тестостерон, тироксин, антимюллеров гормон, 17 оксипрогестерон (17ОКС),

дегидроэпиандростендион (ДГЭА)), ЭКГ, УЗИ матки и яичников с фолликулометрией на 11-14 дни цикла.

Результаты исследования. Возраст пациенток в 1-й группе колебался от 20 до 39 лет и в среднем составил $28,3 \pm 0,64$ года. Во 2-й группе 22–37 лет, в среднем $30,4 \pm 0,51$ года соответственно. В 1-й группе в зависимости от ИМТ женщины распределились следующим образом: с ожирением 1-й степени (ИМТ = 28,0–30,9) — 7 женщин (28%), с ожирением 2-й степени (ИМТ = 31,0–35,9) — 8 женщин (32 %), с 3-й степенью ожирения (ИМТ = 36,0–40,9) — 10 женщины (40%). Во 2-й группе 23 (92 %) женщин имели нормальные росто-весовые показатели (ИМТ = 20,0–25,9), а 2 (8 %) пациентки — с дефицитом массы тела (ИМТ менее 18,5).

Исследование гормонального профиля пациентов 1 группы показало, что среднее значение гормонов плазмы на 14 й день цикла было следующим: ЛГ- $21,1 \pm 2,1$ МЕ/Л (средняя норма 28,7 МЕ/Л), ФСГ $-4,7 \pm 0,5$ МЕ/Л (средняя норма 22,1 МЕ/Л), пролактин – $5,1 \pm 0,5$ нмоль/л (средняя норма 5,7 нмоль/л), свободный тестостерон – 4,6 нг/мл (средняя норма менее 1,0 нг/мл нг/мл) (таблица 2). В 1 группе больных были низкие значения средних величин ЛГ, ФСГ, на фоне гиперандрогенемии, гиперинсулинемии.

Наиболее часто у наших пациенток встречалась вторичная аменорея – 8 наблюдений (32%), а также снижение либидо – 19 случаев (76%), бесплодие -21 случаев (84%). При этом по мере увеличения ИМТ возрастала частота и спектр нарушений менструального цикла и фертильности.

Выводы: у обследованных нами молодых женщин с метаболическим синдромом в структуре нарушений менструальной функции превалирует вторичная аменорея 8 (32,0%), в основе менструальной дисфункции этих пациенток лежит гиперандрогенная анвоуляция, сформированная в условиях гиперинсулинемии.

АНОМАЛИИ ВЕНОЗНОЙ СИСТЕМЫ ЛЕВОЙ ПОЧКИ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Саидазимова М.А., Давидходжаева А.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. К аномалиям венозной системы левой почки относятся: ретроаортальное расположение левой почечной вены, «аорто-мезентеральный пинцет», двойная левая полая вена, левое расположение нижней полой вены. Они могут являться предрасполагающими факторами развития венозной гипертензии почки, левого яичника и органов мошонки.

Цель исследования. Оценить клиническую значимость и распространенность аномалий венозной системы левой почки при ультразвуковом исследовании.

Материалы и методы. Обследовано 45 пациентов направленных на ультразвуковое обследование почек по различным показаниям. Всем пациентам в дополнение к стандартному ультразвуковому осмотру проводилась оценка венозной системы левой почки. Средний возраст обследуемых составил $45 \pm 6,7$ лет. Из них было 27 мужчин и 18 женщин.

Результаты. Аномалии венозной системы левой почки по данным ультразвукового исследования были выявлены у 8 пациентов (17%). Из них ретроаортальное расположение левой почечной вены было выявлено у 2 пациентов, «аорто-мезентеральный пинцет» у 5 пациентов, двойная левая полая вена у 1 пациента. При анализе клинических проявлений у 1 пациента с выявленными аномалиями венозной системы левой почки клинические проявления отсутствовали. У 7 пациентов были выявлены следующие изменения: левостороннее варикоцеле у 4 пациентов, расширение вен малого таза у 2 пациенток, гематурия и реноваскулярная артериальная гипертензия у 1 пациента.

Выводы. Аномалии венозной системы левой почки часто вызывают клинические проявления. Таким образом, исследование венозной системы левой почки должно являться частью рутинного ультразвукового исследования при осмотре почек.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ И КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МАЛЫХ АНОМАЛИЙ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

Садыкова Р., Ташметова Б.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. В последние годы наряду с функциональными кардиопатиями актуализирована проблема микроструктурных изменений в сердце. В связи с широким распространением ультразвуковых методов исследования стали распознаваться минорные аномалии сердца, которые в детском возрасте в ряде случаев, могут являться морфологической основой функциональной кардиоваскулярной патологии [Школьникова М.А., Леонтьева И.В 2002]. Малые аномалии сердца - гемодинамически малозначимые анатомические изменения сердца и магистральных сосудов. Однако принцип оценки по функциональной значимости, когда речь идет о структурных дефектах, является весьма условным. Так, двустворчатый аортальный клапан обычно не приводит к нарушению аортального кровотока, однако именно при этой аномалии частота внезапной смерти выше, чем в популяции [Белозеров Ю.М., Гнусаев С.Ф.2006]. С другой стороны, преувеличение функциональной значимости стигмы в сердце также не оправдано. В литературе широко представлены данные в отношении таких малых аномалий сердца, как аномально расположенные

трабекулы, «ложные» хорды в левом желудочке, пролапсы митрального и трикуспидального клапанов [Белозёров Ю.М.2006].

Цель исследования. На основе клинико-доплерэхокардиографических исследований выявить распространенность малых аномалий сердца, определить их клиническое значение у детей.

Результаты исследования. Большинство минорных аномалий кардиогенеза у детей без органического заболевания сердца клинически представлено функциональной сердечно-сосудистой патологией, сопряженной с вегетативной дисфункцией. В большинстве случаев эти дети имеют благоприятный прогноз и не нуждаются в специализированной кардиологической помощи. Однако определенные аномалии (например, асимметрия клапана аорты, двустворчатый аортальный клапан, пролапс митрального клапана) требуют пристального внимания педиатров и кардиологов в силу того, что они являются факторами риска развития органической патологии сердца у взрослых. Частота встречаемости детей с надпороговым (более 3 стигм) уровнем кардиальной стигматизации составляет 31,8%. Представленность стигм меняется в онтогенезе: отдельные стигмы претерпевают обратное развитие; выявляемость других с возрастом увеличивается. Установлены ассоциации количества малых аномалий сердца с неблагоприятным течением антенатального периода (токсикоз первой половины беременности 80%, инфекционно-воспалительные заболевания беременных 48%) и воздействием неблагоприятных факторов внешней среды 32%.

Выводы. Эхокардиографическими критериями малых аномалий сердца явились конкретные структуры, визуализируемые в двух- и одномерном режиме эхосканирования, пограничные значения эхометрических показателей сердца.

Исследование выявило высокую распространенность малых аномалий сердца у детей - 98%. Малые аномалии сердца широко встречаются в популяции детей, но только некоторые формы являются клинически значимыми

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СРЕДИННЫХ И БОКОВЫХ КИСТ И СВИЩЕЙ ШЕИ У ДЕТЕЙ

Саидов М.Х., Хамидов Б.Х.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность: Особую актуальность представляет проблема заболеваний у детей боковыми свищами шеи, которые сообщаются с глоткой и слуховыми ходами. Обычно образуется единичный свищ. Множественные свищи образуются очень редко.

До настоящего времени при диагностике заболевания допускаются диагностические ошибки, а также возникают частые рецидивы после проведенного неправильного лечения.

Цель: Изучить причины рецидивов после хирургического лечения срединных и боковых кист и свищей шеи.

Материалы и методы: Было проведено наблюдение во 2ой детской хирургической клинической больнице за период с 2008г. по – 2014 года за 36 больными детьми в возрасте от 6 до 18 лет, из которых мальчиков было – 22, девочек – 14. Односторонний свищ – у 29 больных, 2-х сторонний у 7 больных. Всем больным в диагностических центрах было проведено клинко-ультразвуковое обследование, компьютерно-томографическое исследование. Интероперационно были введены в свищ окрашивающие препараты (бриллиантовая зелень), для изучения топографии свищевых ходов. 12 больным проводили цистографию, а 24 больным – фистулографию.

Результаты: После введения контрастного вещества была проведена рентгенография шеи в прямой и боковой проекциях. На основании 14-и цистографий нами было установлено, что для кист шеи наиболее характерной особенностью является округлая или овальная форма, с четкими контурами стенок и равномерным накоплением жидкости в её просвете.

Размер срединных кист у наблюдаемых нами больных от 0,5 до 5см. Наиболее часто встречались кисты размером 1х4 см. Иногда свищ инфицируется (у 3х пациентов). Выделения из него становятся гнойными или гнойными. Вокруг свища возникает дерматит. Свищ может быть как полным сквозным, так и неполным слепым.

Кисту удаляют, используя косопоперечный разрез длиной 6-7см.

У шести больных свищ был полным, у 4х – неполным, несквозным. Его плоточная часть располагалась в мягких тканях поверхности или впереди сосудистого пучка в виде мишенного просвета тонкого соединительного тяжа. Отдаленный результат операции показывает, что у всех больных с врожденными свищем не наблюдается рецидивов и осложнений.

Вывод: Введение в свищ или кисту 1% спиртового раствора бриллиантовой зелени перед операцией с последующим удалением из полости кисты и свища краски, способствует выявлению направления свищевого хода и ответвлённости его части во время операции, которая предупреждает рецидив.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЦИСТИТА У ДЕТЕЙ

Саидов М.Х., Хамидов Б.Х.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность: По мнению большинства клиницистов наиболее частым возбудителем первичного хронического цистита является кишечная палочка, реже-вульгарный протей, стафилакокк, синегнойная палочка и другие.

Многочисленными экспериментальными и клиническими исследованиями доказано, что слизистая оболочка мочевого пузыря обладает высокой устойчивостью к инфекциям. Для возникновения цистита помимо проникновения бактерий в мочевой пузырь необходим комплекс других предполагающих факторов, среди которых наибольшую роль играют вирусные заболевания.

Вирус, проникая в организм, нарушает его физиологические функции и процессы регуляции, что способствует выведению его из состояния равновесия. Основным местом приложения токсического действия вируса являются нервная система и кровеносные сосуды.

Цель: Повышение эффективности лечения цистита при применении безинъекционного препарата тамбак (цефподоксим проксетил).

Материалы и методы. Нами были обследовано 35 детей в возрасте от 7 до 14 лет. Вам больным были проведены общеклинические и биохимические лабораторные обследования; УЗИ почек и мочевого пузыря. На основании жалоб и анализов мочи с патологией был подтвержден диагноз цистит, для комплексного лечения которого был назначен препарат Тамбак. Это препарат выбора цефалоспорины, III – IV поколения, широкого спектра действия без инъекционного применения. Для него характерна высокая устойчивость к β-лактамазам, двойной путь элиминации, высокая тканевая концентрация и безопасность в применении.

Критериями излеченности являются исчезновения клинических проявлений заболевания (боли в надлобковой области, частые болезненные акты мочеиспускания), положительная динамика при УЗИ, исследование почек и отсутствие патологических изменений в моче.

Выводы. Своевременная профилактика, диагностика и лечение позволяют значительно снизить частоту осложнений цистита у детей. Цефкодоксим проксетил (тамбак) является пероральным антибиотиком, который не оказывает прямого влияния на функциональное состояние почек и мочевых путей.

ОЦЕНКА ШИЗОАФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ У ЖЕНЩИН

Саидхонова Ф.А., Бабарахимова С.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность проблемы: по данным ВОЗ шизоаффективные расстройства и депрессии- одно из наиболее широко распространённых заболеваний современности и к 2020 году депрессия будет одной из основных причин нетрудоспособности, займёт второе место после сердечно -сосудистой патологии. Ежегодно около 100 млн. жителей нашей планеты обнаруживают признаки депрессии, причём у женщин риск возникновения и рецидива депрессивного расстройства в два раза выше по сравнению с мужчинами. Цель исследования и задачи: изучить шизоаффективные расстройства у женщин для улучшения медико-психологической помощи данному контингенту больных.

Материалы и методы исследования: были обследованы 30 женщин с депрессивными расстройствами шизоаффективного регистра, находившихся на стационарном лечении в 9 отделении Городской Клинической Психиатрической Больницы города Ташкента. В ходе исследования для оценки выраженности шизоаффективных применялась шкала Гамильтона, а для определения личностных особенностей был использован тест Шмишека-Леонгарда.

Результаты: шизоаффективные нарушения классифицировались как шизоаффективное расстройство, депрессивный тип (F-25.1 согласно классификации МКБ-10)-у 10 пациентов(33.3%), смешанное тип (F-25.2)- у 8 женщин(26.7%). Реже встречались умеренный депрессивный эпизод (F-32.1)- у 20% обследованных женщин, другие шизоаффективные состояния со смешанными аффективными расстройствами(F-25.28)- у 6 женщин (20%). При исследовании личностных особенностей с помощью теста Шмишека-Леонгарда среди всех обследованных были выявлены: демонстративный тип личности у 3 больных (10%), застревающий тип личности у 8 больных (26.7%), дистимический тип в 40% случаев (12 обследованных), тревожно-боязливый тип у 5 больных (16.7%), в 6.6% случаев был выявлен эмотивный тип личности.

Вывод: по результатам тестирования было выявлено, что наиболее часто шизоаффективные расстройства тяжёлой степени встречались у лиц с дистимическим типом личности. Депрессивные расстройства средней степени наблюдалась у лиц с застревающим и тревожно-боязливым типом личности. Лёгкие депрессивные расстройства были диагностированы у пациенток с демонстративным типом личности. В зависимости от полученных результатов появляется возможность проведения эффективного курса лечения и выбора метода психотерапевтического воздействия при купировании депрессивных расстройств шизоаффективного регистра.

ОЦЕНКА РОЛИ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В ФОРМИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Саипова Д.С., Рузметова И.А., Эгамбердиева Д.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность: Хроническая болезнь почек (ХБП) наиболее часто выявляется в группах риска, к которым относится и ишемическая болезнь сердца (ИБС). Основным фактором развития и прогрессирования как ишемической болезни сердца (ИБС), так и хронической болезни почек, являются нарушения липидного обмена, приводящие к формированию атеросклероза артерий среднего калибра, в том числе коронарных и почечных.

Цель исследования. У больных ИБС оценить риск формирования ХБП в зависимости от нарушений липидного обмена и АГ. В группу наблюдения вошли 60 пациентов, поступивших в кардиологическое отделение РСНПЦТ и МР на стационарное лечение с диагнозом: ИБС, стенокардия напряжения, функциональный класс II-III (М/Ж = 88/29; возраст $59,1 \pm 0,7$ года). Контрольную группу составили 15 здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту с группой наблюдения.

Методы исследования. Анамнез, клиническое обследование; общий анализ мочи; показатели липидного обмена, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле Кокрофта-Голта.

Результаты исследования. Артериальную гипертензию (уровень САД $185 \pm 2,7$ мм рт. ст., ДАД - $103 \pm 1,5$ мм рт. ст.) имели все пациенты (100%). Наблюдаемые пациенты были разделены на две группы: 1-я группа - 13 больных (М/Ж = 32/4; возраст $58,3 \pm 1,5$ года) с АГ (уровень САД $189 \pm 4,9$ мм рт. ст., ДАД - $106,5 \pm 3,2$ мм рт. ст.) без гиперлипидемии (уровень холестерина крови $3,99 \pm 0,08$ ммоль/л); 2-я группа - 47 больных (М/Ж = 58/23; возраст $59,5 \pm 0,9$ года) с АГ (уровень САД - $184 \pm 3,2$ мм рт. ст., ДАД - $102 \pm 1,7$ мм рт. ст.) и гиперхолестеринемией ($5,76 \pm 0,1$ ммоль/л). Разница в уровне холестерина между группами была недостоверной, $p < 0,05$. Во второй группе больных у 12 пациентов (24,6%) гиперхолестеринемия сочеталась с повышением уровня липопротеидов низкой плотности; у 14 (23,4%) - также со снижением липопротеидов высокой плотности и у 34 (52%) - с гипертриглицеридемией. Изменений в осадке мочи не выявлено в обеих группах. Относительная плотность мочи оказалась сниженной в 1-й и 2-й группах (соответственно $1017,9 \pm 0,97$ и $1015,9 \pm 0,68$) без достоверной разницы между ними ($p > 0,05$) и ниже по сравнению с контрольной группой ($1022 \pm 1,2$), $p < 0,05$. Снижение СКФ ниже 90 мл/мин выявлено у 86% больных второй группы по сравнению с 47% первой группы. Уровень СКФ во 2-й группе ($69,7 \pm 2,2$ мл/мин)

соответствовал II стадии ХБП и был ниже, чем в 1-й группе ($74,4 \pm 3,1$ мл/мин), $p = 0,023$, и в контрольной группе ($98,3 \pm 7,9$ мл/мин), $p < 0,005$.

Выводы. Гиперлипидемия у больных ИБС является самостоятельным фактором риска ХБП и выявляется у 77% больных с ХБП. При сочетании АГ и гиперлипидемии у пациентов с ИБС развиваются более выраженные нарушения функции почек, уменьшение размеров и повышение экзогенности почек. Учитывая высокую частоту и «латентное течение» ХБП у больных ИБС, показана ранняя оценка СКФ, исследование уровня холестерина и измерение АД.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ

Сайдалиева Н.М., Рахманкулова З.Ж.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Значимость проблемы задержки внутриутробного развития определяется высокой перинатальной заболеваемостью и смертностью новорожденных.

Цель. Изучить перинатальные факторы риска у новорожденных детей с ЗВУР в зависимости от клинического варианта.

Материал и методы. Нами было обследовано 30 новорожденных детей с ЗВУР. Исследования проводились в РПЦ и ГДКБ №5 г.Ташкента. Все дети были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 12 (40%) новорожденных с симметричным вариантом и вторую группу 18 (60%) детей с ассиметричным вариантом. В первой группе было 4 (33,3%) доношенных и 8 (66,7%) недоношенных детей. Во вторую группу вошли 1 (5,6%) доношенный и 17 (94,4%) недоношенных детей. Нами был проведен тщательный анализ анамнестических данных.

Результаты исследования. В ходе работы нами был изучен возрастной состав матерей наблюдавшихся новорожденных детей. Было выявлено, что матери детей первой группы были в основном в возрасте 20-25 лет, и их число составило 83,3%. Количество матерей первой группы с возрастом 26-30 лет составило 16,6%. Среди матерей второй группы также как и в первой, женщин с возрастом 20-25 лет было 83,3% , а в возрасте 26-30 лет было 11%. Кроме того, в этой группе 5,5% женщин было с возрастом более 36 лет. При анализе заболеваемости матерей нами было установлено, что женщины второй группы, родившие новорожденных с ассиметричным вариантом ЗВУР в подавляющем большинстве (94,4%) страдают анемией. Также значительная часть женщин этой группы (66,6%) имели TORCH инфекции. Вместе с тем, у женщин первой группы в 11% случаев имели место инфекции мочевыводящих путей, в 5,5% - хроническая соматическая патология.

Анализ заболеваемости матерей, родивших детей с симметричным вариантом ЗВУР показал, что анемией страдали 83,3% женщин, а TORCH инфекциями - 50%. Было выявлено также, что в этой группе матери в 16,6% случаях имели инфекции мочеполовых путей и в 16,6 % хроническую соматическую патологию.

Из акушерского анамнеза было выявлено, что у женщин первой группы в 16,6% случаев встречаются выкидыши, а у женщин второй группы в 5,5% были выявлены мертворождения. Нами были изучены особенности течения антенатального периода. В первой группе частота встречаемости у матерей токсикозов составила 41,6%, а во второй группе 22,2%. Преэклампсия у женщин первой группы встречалась в 25%, а у женщин второй группы в 27,7% случаев. Кроме того, у женщин второй группы в 11,1% встречалась фето-плацентарная недостаточность. Важным обстоятельством было то, что четверть (25%) матерей первой группы во время беременности перенесли острые респираторные инфекции. В интранатальном периоде у женщин первой группы маловодие встречалось в 16,6%, многоводие в 8,3% случаев. Во второй группе маловодие встречалось у 5,5% женщин. Также нами было установлено, что у женщин первой группы в 58,3% случаев родоразрешение было произведено путем кесарева сечения, а у женщин второй группы – в 27,7% случаев.

Выводы. Таким образом, результаты нашего исследования показали, что при ассиметричном варианте ЗВУР такие факторы риска, как анемия, TORCH инфекции встречаются чаще, чем при симметричном варианте. Хроническая соматическая патология матери и инфекции мочевыводящих путей чаще встречаются при симметричном варианте ЗВУР, В антенатальном периоде при симметричном варианте преобладают токсикозы, а при ассиметричном преобладает фето-плацентарная недостаточность.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АТИПИЧНЫХ ФОРМ КОСОГЛАЗИЯ Y, X, λ ПАТТЕРН У ДЕТЕЙ

**Сайдахмедова К.А., Джураев Н.А., Бабаджанова Л.Д.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. По данным литературы, вертикальное косоглазие встречается у 30-72% больных. Вертикальное косоглазие, особенно смешанные и атипичные его формы, плохо поддаются ортоптическим методам лечения и нуждаются в хирургическом лечении. Паттерн или алфавитное косоглазие, подтипы А-V синдрома, может проявляться в различных формах Y, X, λ паттерн.

Цель исследования. Определить наиболее оптимальный метод хирургического вмешательства атипичных форм косоглазия.

Материал и методы исследования. Обследовано и оперировано 30 детей за период 2010-2015гг. в клинике ТашПМИ. Офтальмологические специальные методы: исследования угла девиации призмами, характера зрения, подвижности глаз; «Тест-прикрытия»; тест «Три шага». Все дети обследованы педиатром и невропатологом.

Результаты: и обсуждения. Прооперированы 30(60глаз) детей с атипичными формами косоглазия. Из них 20 (67%) составили дети с Y паттерн; 6(20%) детей с X паттерн и 4 ребенка (13%) с λ паттерн.

Y паттерн характеризовался расхождением угла девиации при взгляде кверху и небольшим изменением в горизонтальном отклонении между первичной позицией и взглядом книзу. Причиной такого паттерна выявлена гиперфункция нижней косой мышцы (ГНКМ). Всем детям произведена передняя антериоризация нижней косой мышцы. X паттерн – возникает чаще всего при контрактуре наружной прямой мышцы, клинически выражается расхождением углов при первичной позиции и взгляде вверх и вниз при максимальной аддукции. Всем пациентам проведена рецессия наружной прямой мышцы, т.е исправление угла девиации в первичной позиции.

λ паттерн зачастую связана с билатеральной гиперфункцией верхних косых мышц (ВКМ). Хирургическая коррекция выражалась в выполнении рецессии или тенотомии ВКМ.

В результате прямое положение глаза достигнуто 28 (93%) пациентов. В 2(7%) случаях отмечался небольшой остаточный угол, который не выражал косметический дефект.

Выводы. Оптимальная коррекция алфавитного косоглазия, зависит от этиологии паттерна. Дифференциальный подход к хирургической коррекции – позволяет устранить вертикальное отклонение и достичь косметический эффект у детей с атипичными формами косоглазия.

ПРИМЕНЕНИЕ ГЕНФЕРОНА ЛАЙТА ПРИ ОСТРЫХ ЛАРИНГОТРАХЕИТАХ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

**Саломов К.М., Музаффаров Т.А., Карабаев Х.Э.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность: Острые респираторные инфекции являются одной из наиболее актуальных проблем в педиатрии и детской отоларингологии, важность которой определяется, прежде всего, большой их распространенностью в детском возрасте. На долю острых респираторных заболеваний приходится свыше 90% всех регистрируемых инфекционных форм. Одним из частых и наиболее тяжелых проявлений респираторных инфекций у детей от 6 мес. до 6 лет является острый ларинготрахеит (ОЛТ).

Цель: Изучить эффективности препарата ГенферонЛайт в составе комплексной традиционной терапии ОЛТ на фоне ОРВИ у детей и сравнить эффективности препарата ГенферонЛайт с препаратом ИФН-а в суппозиториях при лечении ОЛТ на фоне ОРВИ у детей.

Материалы и методы исследования: В исследовании участвовали 32 детей (18 мальчика и 14 девочек) в возрасте от 2 до 6 лет, находившихся на стационарном лечении в 3-ГДИБ по поводу ОЛТ на фоне ОРВИ. Всем больным проводилась симптоматическая терапия, в зависимости от вида и выраженности симптомов ОЛТ на фоне ОРВИ (сосудосуживающие капли в нос, жаропонижающие средства, витамины), по показаниям антибактериальная терапия. Было сформировано две выборки: 15 детей составили основную группу, им вместе со стандартной терапией ОЛТ на фоне ОРВИ назначали суппозитории ГенферонЛайт ректально в дозе 125 000 МЕ 2 раза в сутки в течение 5 дней. В группу сравнения вошли 17 детей, которым помимо стандартной терапии ОЛТ на фоне ОРВИ назначали препарат сравнения – суппозитории ИФН-а в дозе 150 000 МЕ по той же схеме.

Результаты исследования: Допровождение лечения, явления ОЛТ (изменения голоса, лающий кашель, инспираторная одышка) наблюдалось у 32 детей. Полный регресс данного симптома отмечалось у 80% больных основной группы и у 48% в группе сравнения, уменьшение у 20% и 48%, соответственно.

Заложенность носа отмечалась у 30 детей. При применении исследуемых препаратов ее регресс наблюдался в основной группе у 64%, в группе сравнения у 50% детей, уменьшение заложенности носа у 36% и 44%, соответственно.

У всех детей отмечались симптомы фарингита (гиперемия задней стенки глотки), которые уменьшились у 60% больных основной группы и у 71% больных группы сравнения. Полностью купировались данные симптомы в основной группе у 40% и в группе сравнения у 23% больных, соответственно.

Ринит с наличием отделяемого из носа отмечался у 28 детей. На фоне лечения ринорея прекратилась в основной группе у 58% и в группе сравнения у 56% больных.

Кашель продуктивного характера отмечался у 26 детей. На фоне лечения отделение мокроты прекратилось у 65% больных основной группы и у 42% больных группы сравнения.

Выводы:

1. ГенферонЛайт эффективен при назначении ректально в дозе 125 000 МЕ 2 раза в сутки в течение 5 дней в составе комплексной традиционной терапии ОЛТ на ОРВИ у детей.

2. Полученные результаты позволяют рекомендовать препарат ГенферонЛайт к широкому применению в лечении ОЛТ на фоне ОРВИ у детей.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ

Санакулов З.З., Давидходжаева А.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность: Поражение лимфатических узлов при туберкулезе легких есть неотъемлемая часть его общей клинико-анатомической картины. Оно является одной из важнейших частей туберкулеза как заболевания целостного организма, поскольку обусловлено участием лимфоузлов в иммунных реакциях.

Цель исследования: Совершенствование туберкулеза легких.

Материалы и методы. Диагноз туберкулеза легких у подавляющего большинства больных 74 (79,6%) верифицирован выделением культуры микобактерий туберкулеза в мокроте. У 2 (2,2%) исследованных диагноз установлен на основании гистологических исследований (материал чрезбронхиальной биопсии), у 17 (18,3%) клинико-рентгенологическими признаками процесса. На основании данных цифрового рентгенологического аппарата Проскан 2000 и динамического наблюдения пациенты разделены на 2 группы. Первую группу (n=48) составили пациенты с туберкулезом легких и специфическим поражением внутригрудных лимфоузлов; вторую (n=45) пациенты без патологических изменений в лимфоузлах.

Результаты. Наибольший удельный вес в обеих группах представлял инфильтративный туберкулез легких (50,0% и 75,6% соответственно), причем во второй группе данная клиническая форма занимала лидирующее положение. В первой группе отмечена высокая частота туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов (25,0%) и диссеминированного туберкулеза легких (10,4%). В единичных случаях встречались первичный туберкулезный комплекс (6,3%), фиброзно-кавернозный туберкулез легких (6,3%) и казеозная пневмония (2,1%). У больных без признаков специфического процесса в лимфатических узлах, по данным Проскан 2000 (цифровой рентгенография), высокий удельный вес (20,0%) занимал диссеминированный туберкулез легких. В единичных случаях встречался фиброзно-кавернозный туберкулез легких (2,2%) и милиарный туберкулез (2,2%).

В группе пациентов с туберкулезным лимфаденитом более чем у половины больных (56,3%) выявлены процессы с двухсторонней локализацией. У 16,7% больных распространение процесса зарегистрировано в пределах легкого и у 27,1% человек специфический процесс ограничивался одной долей.

Более чем у половины больных (51,1%) без признаков активных изменений в лимфатических узлах процесс в легких ограничивался одной долей. У 26,6% пациентов распространения процесса было в пределах легкого и у 22,2% отмечено двухстороннее распространение процесса.

Таким образом, у пациентов с туберкулезом легких в сочетании с туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов достоверно чаще (56,3%) отмечаются двухсторонние специфические изменения в легочной ткани.

Зоны распада легочной ткани выявлены у 70 (75,3%) пациентов. В обеих группах преобладали деструкции пирогенного типа — 75,0% и 76,7% соответственно. В группе больных с туберкулезным лимфаденитом значительно чаще (50,0%, $p < 0,1$) отмечались множественные зоны деструкции. Размеры полостей распада более чем у половины пациентов (58,4%) не превышали 2,0 см, в 26,9% составляли от 2,0 см до 4,0 см и в 14,6% случаев отмечались зоны деструкции размером свыше 4,0 см. В группе больных с туберкулезом легких и специфическим поражением внутригрудных лимфоузлов достоверно чаще (85%) размер зон деструкции не превышал 2,0 см.

В группе больных с туберкулезным лимфаденитом, несмотря на приблизительно равный процент закрытия полостей распада (62,5% и 63,3% соответственно) на фоне противотуберкулезной терапии к 8 месяцам лечения у 18,8% пациентов отмечалось волнообразное течение процесса с периодами обострения. У пациентов 1 группы наблюдения обострений специфического процесса в легких на фоне адекватного лечения не зафиксировано.

Выводы. Рентгенологическая картина туберкулеза легких в сочетании с туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов характеризуется распространенностью процесса в легочной ткани, часто с двухсторонним поражением, множественными зонами деструкции размером до 2,0 см. и волнообразным течением процесса.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ КИФОТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ

Сангилов У.Б., Собиров Ж.А., Умарходжаев Ф.Р.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Кифоз — это аномальное искривление позвоночника в сагиттальной плоскости, возникшие на почве травмы или иных патологических процессов. Различают тотальный — захватывающий все отделы позвоночника и локальный — сконцентрированный в одном отделе — верхнегрудном, грудном, грудопоясничном и поясничном. У детей встречается как врожденный, так и приобретенный кифоз (как результат рахитического процесса, туберкулезного сподилита, асептического некроза тел позвонков, компрессионных переломов позвонков). Усиление нормального кифоза грудного отдела позвонка при слабости мышц способствует возникновению патологических типов осанки. Поэтому кифозы являются следствием усиления деформации при круглой спине принято считать приобретенной.

Целью исследования: изучить клинико- рентгенологическую характеристику кифозов у детей.

Материалы и методы исследования: в работе мы применяли классификацию, предложенной в 1994 году М.В. Михайловским:

По видам деформации: 1. Кифозы; 2. Кифосколиозы.

По локализации: 1. Шейногрудная; 2. Верхнегрудная; 3. Средне грудная; 4. Нижнегрудная; 5. Грудопоясничная; 6. Поясничная.

По величине кифотической деформации: 1. Степень – до 20°; 2. Степень – до 55°; 3. Степень – до 90°; 4. Степень – свыше 90°.

По возрасту первичного выявления деформации: младенческие кифозы; кифозы маленьких; кифозы подростков и юношей и кифозы взрослых.

Кифозы с неврологическим дефицитом; кифозы без неврологического дефицита.

В поликлинике ТашПМИ (ГУВЦ) с 2012 по 2015 гг. лечились 33 больных детей с кифозами в возрасте от 3 месяцев до 17 лет. Из них мальчиков было – 16; девочек – 17. Врождённые кифозы – 7 детей, дисхондропластические – 14 детей, кифосколиозы 12 детей. Кифозы с боковым искривлением позвоночника – кифосколиозы отмечали у 20 больных, что составляло 60% наблюдений. Дети с шейногрудным кифозом отмечено 4 больных, в верхнегрудном отделе отмечено – у 3, среднегрудном отделе – 14, нижнегрудном отделе – 5, грудопоясничном отделе – 4 и поясничном отделе отмечено у 3 больных. По величине деформации по нашим материалам отмечали I степень у 14 больных, II степень отмечали у 10, III степень – у 8, IV степень – у 1 больного. Младенческие кифозы отмечали у 5 детей, кифозы маленьких детей – у 8 детей, кифозы подростков и юношей – у 18, кифозы взрослых – 2 больных. Лечение кифозов у детей проводили следующим образом: всем больным назначали ортопедический режим, курсы консервативной терапии, физиопроцедуры, парафин, электрофорезы с CaCl₂, с бишифитом, амплипульс. Особое значение придавали массажу и лечебной гимнастике. Из медикаментозных средств применяли витамины группы В, аскорбиновую кислоту, препараты Са. У младенцев применяли корригирующие гипсовые повязки, у боле старших детей – назначали реклинирующие корсеты. Все эти манипуляции проводили каждые 3-6 месяцев. При тщательном обследовании и лечении кифозов и наблюдении у больных отмечали улучшения состояния, уменьшение деформации и удержание в таком же положении длительное время и годы.

Выводы: таким образом, кифозы и кифосколиозы у детей встречаются нередко и сочетаются многообразной деформацией позвоночника и грудной клетки. Ортопедическое и консервативное лечение с периодическим наблюдением и лечением дают наиболее желаемые результаты

ПОЧЕЧНАЯ ВЕНОЗНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ КАК СЛЕДСТВИЕ ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У ДЕТЕЙ С ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Сангинов Ш.А., Алиев М.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение влияния спленоренального шунтирования на почечную гемодинамику у детей с внепеченочной портальной гипертензией.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ результатов 152 операций портосистемного шунтирования выполненных за период с 2005 по 2015 гг..Для изучения влияния операции спленоренального шунтирования на почечную гемодинамику проведены ультразвуковое исследование с доплерографией ренокавального сегмента, мультиспиральная компьютерная томография и магнитно-резонансная томография с ангиографией абдоминального отдела аорты и портального бассейна.

Результаты: Наиболее часто выполняли проксимальный спленоренальный анастомоз со спленэктомией (61.1%). Наличие признаков почечной флебогипертензии у больных с внепеченочной портальной гипертензией выявлено у 13 (8,5%) больных. В 9 (5,9%) случаях причиной явились врожденные аномалии ренокавального сегмента, среди которых чаще (n=7) наблюдалась кольцевидная левая почечная вена. Неудовлетворительная редукция варикозных вен пищевода после операции портосистемного шунтирования отмечена у 6 (46%) из 13 больных с явлениями почечной флебогипертензии. При этом только у одного больного после операции дистального спленоренального шунтирования с кольцевидной левой почечной веной из-за тромбоза шунта выполнена повторная операция мезокавального шунтирования.

Заключение. Выполнение операции спленоренального шунтирования с использованием аномально развитой ЛПВ может стать причиной неудовлетворительных результатов с развитием рецидивов кровотечения из варикозных вен пищевода и желудка. Кроме того большой объем дренируемой крови из портальной системы в бассейн левой почечной вены может индуцировать nutcracker феномен, и как следствие развитие почечной флебогипертензии.

МОНИТОРИНГ ОБРАТИМОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Сарсенова А.Ж., Кощанова Г.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. В настоящее время необходимыми считаются периодические исследования ФВД (спирометрия) и мониторинга бронхиальной проходимости по данным пикфлоуметрии (ПФМ) для диагностики БА, оценки степени тяжести и контроля над заболеванием.

Цель исследования. Изучение обратимости бронхиальной обструкции для оценки степени тяжести бронхиальной астмы у детей.

Материалы и методы исследования. Обследовано 97 детей от 5 до 18 лет в отделении аллергологии ГКДБ №1 г. Ташкента. Всем детям будут проведены клинический осмотр, лабораторные методы исследования (общий анализ крови, общий анализ мочи), иммунологические исследования (иммуноферментный анализ на специфический аллерген), анкетирование, спирография и пикфлоуметрия.

Результаты: Динамическое наблюдение за детьми с БА в периоде достижения контролируемого состояния на фоне проводимой комбинированной базисной терапии позволило установить формирование трех типов «парных» ПФМ-кривых. ПСВ-387 л/мин (100% от нормы)- 310 л/мин (80 % от нормы). Фактические исходные значения ПСВ-285 - 300 л/мин (74 - 78% от нормы). Суточные колебания ПСВ - 5-9%. АПСВ = 7,0 - 9,5%. Первый тип характеризовался нормальными исходными показателями ПСВ (не менее 80% от должствующих величин) и отсутствием ОБО (АПСВ<12%), второй - наличием ОБО (А ПСВ > 12%) при сниженных или нормальных исходных показателях ПСВ, третий - стабильно низкими исходными показателями ПСВ (менее 80% от нормы), не восстанавливающийся до нормы после ингаляции бронхолитика при недостаточной ОБО (АПСВ < 12%). В 89-ти из 97-ми случаях (91,8%) имело место совпадение степени тяжести БА, установленной на основании известных критериев, с соответствующим типом «парной» кривой: лёгкая персистирующая - 1-й тип (нормальная проходимость бронхов и отсутствие реакции на бронхолитик, как у здоровых), среднетяжёлая - 2-й (возможность восстановления бронхиальной проходимости до нормы при условии постоянной бронхолитической терапии), тяжёлая - 3-й (стабильно низкая бронхиальная проходимость, не восстанавливающаяся до нормальных показателей даже при постоянной терапии бронхолитиками и максимальными дозами флутиказона). Данный подход позволил установить гипердиагностику тяжёлой БА у 3-х пациентов из 12-ти, среднетяжёлой - у 5-ти из 60-ти и распределить 97 детей по степени тяжести БА следующим образом: лёгкая - 30 человек, средняя - 58, тяжёлая - 9. Применением известных подходов

первоначально лёгкая степень была установлена у 25, средняя - у 60, тяжёлая - у 12 пациентов.

Выводы. Для объективизации диагностики степени тяжести бронхиальной астмы у детей рекомендуется осуществление мониторинга обратимости бронхиальной обструкции (ДПСВ) с её оценкой и сопоставлением с исходным уровнем бронхиальной проходимости (ПСВ) в периоде достижения контролируемого состояния. Метод может быть использован при осуществлении медико-социальной экспертизы в случаях необходимости дифференциальной диагностики степени тяжести бронхиальной астмы.

СЛУЧАЙ КЛИНИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ РЕБЕНКА С РЕТРОБУЛЬБАРНЫМ НЕВРИТОМ

Сафаева К.А., Бобоха Л.Ю.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Ретробульбарный неврит – воспалительное заболевание зрительного нерва, локализующееся в его интраорбитальной части. Встречаемость невритов неясной этиологии по данным литературы составляет 40% всех ретробульбарных невритов. Вопрос диагностики ретробульбарного неврита является актуальной проблемой нейроофтальмологии и в современных условиях решается с использованием сложных методов исследования, таких как ОКТ сетчатки, электро-физиологических исследований зрительного нерва и сетчатки.

Цель исследования. Представить случай клинического наблюдения ребенка с ретробульбарным невритом.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилась больная М-ва., 15 лет с диагнозом «OU ретробульбарный неврит». Были проведены офтальмологические исследования, ОКТ сетчатки, цветное дуплексное исследование экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий (ЦДИ БЦА), электроретинография (ЭРГ), зрительно-вызванные потенциалы (ЗВП), МРТ головного мозга, лабораторные (анализ крови на TORCH) методы исследования.

Результаты: Больная поступила с жалобами на снижение зрения и боли при движении глазных яблок. Из анамнеза: снижение зрения наблюдают в течении года. Объективно: VisusOD/OS=0,1/0,1. Офтальмоскопия: OU ДЗН бледно-розовый, с височной стороны деколорирован, границы четкие, ход сосудов центральный, калибр не изменен. Периметрия: концентрическое сужение поля зрения. ЗВП: снижение проводимости по волокнам зрительного нерва. ЭРГ: незначительное снижение колбочкового ответа больше справа. Умеренное снижение палочкового ответа с обеих сторон. МРТ: косвенные признаки внутричерепной гипертензии. ЦДИ БЦА: отмечается незначительная асимметрия кровотока. Признаков сдавления нет. Остеохондроз шейного отдела

позвоночника. Анализ крови на TORCH: повышение титра IgGЦМВ. Была проведена комплексная противовоспалительная, гормональная, десенсибилизирующая терапия, назначены препараты, улучшающие микроциркуляцию сосудов головного мозга, витаминотерапия. Отмечено улучшение функций органа зрения на 7-10 сутки, что подтвердилось нормализацией показателей ЗВП.

Вывод. Для предотвращения грозных осложнений ретробульбарного невританеобходима своевременная диагностика и адекватная терапия под контролем показателей ЗВП и зрительных функций.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЦИОНАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Сафарбаев Б.Б., Ахмедов С.А.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Эпидемиологическими исследованиями последних лет (ВОЗ, 2009) выявлено, что от 38% до 42% всех пациентов, посещающих кабинеты соматических врачей, относятся к группе пациентов, страдающих психосоматических расстройств. Частота психосоматических расстройств достаточно высока и колеблется среди населения от 15 до 50%, а в общей медицинской практике — от 30 до 57% (Ю.Ю. Елисеев, 2003). Проблема психосоматических соотношений — одна из наиболее сложных проблем современной медицины, несмотря на то, что тесная взаимосвязь психического и соматического замечена и изучается на протяжении многих веков. В первое время в психосоматической медицине преобладали психоаналитические концепции, согласно которым соматическое здоровье обусловлено состоянием психики (депрессивный аффект может способствовать телесному заболеванию у предрасположенной к этому личности, а чувство удовольствия — оказывать омолаживающее действие на тело). Существует большое количество теорий, описывающих причины и механизмы возникновения и развития психосоматических заболеваний с позиций различных научных школ (D.Friedman, 2002).

Цель и задачи исследования - изучение эффективности лечения психосоматических расстройств рациональным методом психотерапии.

Материал и методы исследования. Обследовано 20 больных с психосоматическими расстройствами в возрасте от 35-55 лет. Из методов исследования использован клиничко-психопатологический; экспериментально-психологический метод исследования (опросник Шмишека-Леонгарда, Гиссенский опросник).

Результаты: исследования и обсуждение. В современной психиатрии данные расстройства объединены в большую группу психосоматических

расстройств, т.е. связанных со стрессом дисфункций (по МКБ-10 – F-32; F-42-48), что объясняет их связь с концепцией невроза. При всех формах психосоматических расстройств наблюдаются расстройства в психической сфере, чаще всего эмоционального регистра. Эмоциональные расстройства были выявлены у 87% больных. Среди них больные с соматизированными депрессиями составляли 31%. Такой вариант психосоматических расстройств как психалгия встречался до 13% случаев. Больные были поделены на 2 группы: первой группе больных проводилась только медикаментозная терапия, а второй группе с применением рациональной психотерапии. В первой группе отмечалась улучшение состояние через 21 дней, во второй группе через 14 дней, что показывает укорочение продолжительности лечения на 34%.

Заключение. При параллельном применении рациональной психотерапии в лечении психосоматических расстройств наблюдается заметное укорочение длительности лечения и улучшения состояния больных.

ПРОЛАКТИН И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ В ОРГАНИЗМЕ

Сафарова М.А., Ахмедова Ш.У.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Гормон пролактин (ПРЛ) - это нейромедиатор, биологически активное химическое вещество, посредством которого осуществляется передача электрического импульса от нервной клетки. Вместе с гормонами кортизолом и инсулином он отвечает за рост молочных желез и выработку молока при грудном вскармливании, поэтому его еще часто называют лактогенным гормоном. Нормальный уровень ПРЛ напрямую связан с течением менструального цикла. Повышение уровня ПРЛ может привести к гиперпролактинемии, характеризующейся нарушением цикла и исчезновением овуляции.

Гормон ПРЛ вырабатывается в гипофизе (эндокринная железа, находящаяся в головном мозге). Пролактин препятствует выработке гормона гонадолиберина, контролирующего и регулирующего высвобождение других гормонов - фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов, отвечающих за созревание яйцеклетки и овуляцию. В соответствии с этим концентрация пролактина непосредственно перед менструацией особенно высока, а по ее окончанию уровень ПРЛ снижается. На протяжении всего периода грудного вскармливания уровень ПРЛ также держится на довольно высоком уровне (связано это с регулярной стимуляцией груди во время кормления), что значительно снижает вероятность забеременеть в это время. Однако важно помнить, что даже в период, пока женщина кормит ребенка грудью, небольшой шанс забеременеть у нее все-таки есть!

Пролактин был впервые открыт в 1928 году как лактогенная субстанция, присутствующая в экстрактах гипофизов коров; является полипептидным гормоном, содержащим 198 аминокислотных остатков, с молекулярной массой ММ 22 кДа; секретируется в пролактотрофах передней доли гипофиза, составляющих от 11 до 29% от всего клеточного состава аденогипофиза и концентрирующихся, главным образом, в его латеральной области; имеет высокую гомологичность в последовательности аминокислот с молекулами соматотропного гормона (СТГ) и плацентарным лактогеном человека, что значительно затруднило и задержало его выделение и идентификацию до 1979 года.

Гормон пролактин обладает широким спектром биологического действия в организме как для женщин, так и для мужчин, в период полового созревания. Так, к примеру у женщин в период беременности ПРЛ совместно с кортизолом, плацентарным лактогеном, эстрогенами, прогестероном стимулирует развитие секреторного аппарата молочной железы, стимулирует образование молока в молочных железах, усиливая, главным образом, синтез белков молока и жира при содействии плацентарного лактогена, инсулина и кортизола. Роль ПРЛ в мужском организме долгое время оставалась неизвестной. Исследования последних лет показали, что ПРЛ является регулятором половой функции у мужчин и определенные уровни ПРЛ требуются для нормальной функции яичек и развития добавочных половых желез, поскольку ПРЛ действует синергически с тестостероном и лютеинизирующим гормоном (ЛГ).

Секреция ПРЛ находится под сложным нейроэндокринным контролем, в котором участвуют различные по своей природе факторы: нейромедиаторы, биологически активные нейропептиды, гормоны периферических эндокринных желез; в связи с чем, многие физиологические и патологические изменения значения ПРЛ в организме остается еще достаточно не изученными.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИССОЦИИРОВАННОГО ВЕРТИКАЛЬНОГО КОСОГЛАЗИЯ У ДЕТЕЙ

Сафаров Ж.О., Бабаджанова Л.Д.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Косоглазие, является достаточно распространенной офтальмопатологией и характеризуется отклонением зрительной линии одного из глаз от совместной точки фиксации. По литературным данным, вертикальный компонент при сходящем косоглазии встречается в 19-50% случаев неаккомодационного сходящего косоглазия, в 90% - врожденного Диссоционная вертикальная девиация (ДВД) является наиболее интригующей и малопонятной патологией среди всех форм косоглазия. Хирургическое лечение часто улучшает состояние, но полное исправление наблюдается редко.

Цель. Изучить особенности хирургического лечения диссоциированного вертикального косоглазия у детей.

Материал и методы исследования. Исследование основано на результатах обследования и лечения 40 больных (80 глаз) с DVD синдромом.

Возраст наблюдаемых больных варьировал от 4 до 15 лет (средний возраст $9,3 \pm 0,5$ лет). Девочки из всего количества – 19 (48 %) и мальчики - 21 (52%). У всех больных был тщательно собран анамнез жизни и болезни. Также всем больным были проведены офтальмологические и специальные методы обследования.

Результаты и обсуждение. DVD синдром в чистом виде наблюдался в 3 (7,5%) случаях, в 8 (20%) сопутствовал расходящемуся косоглазию, в 5 (12,5%) сходящемуся косоглазию. Сочетание DVD синдрома с синдромом «V pattern» наблюдалось в 8 (20 %) случаях. Сочетание с «A pattern» 3 (7,5%) случаях. Сочетание с гиперфункцией нижней косой мышцы (ГНКМ) в 13 (32,5%). У детей с ГНКМ гипертропия усиливалась в положении аддукции и при наклоне головы в противоположную сторону. У 3 (7,5%) детей из этой группы отмечалось вынужденное положение головы. При явном DVD была проведена рецессия верхней прямой мышцы. Расчет производился по расчетной таблице Edward G, Buckley. При сочетании DVD с содружественным сходящимся косоглазием выполнялось одномоментно бирецессия внутренних прямых мышц, при расходящимся косоглазии - бирецессия наружных прямых мышц.

Вывод. В результате проведенного хирургического лечения в раннем послеоперационном периоде достигнуто правильное положение глаз у 82% детей. У остальных 18% отмечался малый остаточный угол девиации, который был устранён после второго этапа хирургического лечения – транспозиции нижней косой мышцы.

ВЛИЯНИЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЁННОГО

СафоеваЗ.А., Дильмурадова К.Р.

**Самаркандский Государственный медицинский институт,
г.Самарганд, Узбекистан**

Актуальность. Операция кесарево сечение в современной перинатологии является

одним из резервов улучшения показателей перинатальной заболеваемости и смертности. Частота операции кесарево сечения составляет от 18 до 25%(Семенихин А.А. и соавт., 2004; GasparoniA., 2002), а в последние годы отмечается тенденция к её увеличению в связи с расширением показаний в интересах плода(Ким Е.Д.и соавт.,2005; Джалалов У.Д., 2009).

Цель и задачи исследования: провести ретроспективный анализ влияния операции кесарево сечение на состояние здоровья новорождённого.

1. Установить частоту отягощенности пренатального анамнеза у новорождённых, родившихся путём операции кесарево сечение.

2. Оценить состояние здоровья новорождённых, родившихся путём операции кесарево сечение.

Методы исследования. Проведен ретроспективный анализ особенностей течения беременности и исходов родов у 130 рожениц (новорождённых), перенесших операцию кесарево сечение. Группу контроля составили 28 рожениц и их новорождённые от физиологических беременности и родов.

Полученные результаты: Частота патологического течения беременности у женщин, перенесших операцию кесарево сечение значительно превышает (в 7-8 раз) таковую у беременных при физиологических родах. Наиболее частой причиной оперативного родоразрешения (54% случаев) был рубец на матке, в 21% случаев - гестозы, в 15% - крупные размеры плода, в 14% - преждевременная отслойка плаценты, в 13% - преждевременное излитие околоплодных вод, в 10% случаев - острая внутриутробная гипоксия плода. Из 133 новорождённых, родившихся оперативным путём у 17% новорождённых отмечалась асфиксия тяжелой степени, наиболее выраженная у детей от срочных родов. Среди детей, родившихся путём кесарева сечения оценку по шкале Апгар ниже 7 баллов на 5 минуте жизни получили 16% детей, наименьшее число из них отмечалось при плановом оперативном вмешательстве - 1%. Частота внутричерепных кровоизлияний у детей при кесаревом сечении составила 6%, половина которых отмечались при экстренных оперативных вмешательствах, а при вагинальных родах - в 10,4% случаев. Частота перинатальных энцефалопатий у новорождённых, родившихся оперативным путём, составила 10% (при экстренном и срочном родоразрешении), а при вагинальных родах - 23%.

Обсуждение. Наибольшее число операций кесарево сечение встречалось у беременных с патологией беременности (пиелонефрит беременных, гестозы, гипертоническая болезнь), явившейся причиной проведения срочных родов (15%) оперативным путём. Полученные результаты свидетельствуют о неблагоприятном влиянии патологии беременности на исход родов и состояние новорождённого: большая часть новорождённых родились при оперативном родоразрешении. Меньшая частота осложнений для ребёнка отмечалась при оперативном родоразрешении, а именно при плановом кесаревом сечении. Выявленная относительно большая частота рождения тяжело больных детей с патологией центральной нервной системы даже при оперативном родоразрешении, по-видимому, связана с отягощённым пренатальным анамнезом и экстренным характером родоразрешения.

Вывод. Дети, рождённые путём операции кесарево сечение (экстренное и срочное) относятся к группе высокого риска по заболеваемости, поражениям центральной нервной системы, что требует пристального внимания и диспансерного наблюдения со стороны неонатолога, невролога и врача общей практики.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА

Саъдиев Э.Б., Рихсиева Г.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность изучения инфекционного мононуклеоза (ИМ) обусловлена неуклонным ростом этой патологии, отсутствием специфической профилактики и этиотропной терапии. В то время как установление этиологии имеет важное прогностическое значение. Под наблюдением находились 46 детей с диагнозом «инфекционный мононуклеоз», подтвержденным методами ИФА и иммуноблотинга.

Цель явилось изучение этиологических аспектов инфекционного мононуклеоза.

Материалы и методы: были изучены 30 историй болезни пациентов с инфекционным мононуклеозом, находившееся на стационарном лечении в 1-ГКИБ.

Результаты: В возрастной структуре преобладали дети дошкольного возраста (71,7%). Среди заболевших было 24 (52,2%) мальчика и 22 (47,8%) девочки. У 48% больных ИМ был вызван вирусом Эпштейна–Барр (ВЭБ), в 39% случаев – цитомегаловирусом (ЦМВ) и в 13% случаев выявлена микст-инфекция (ЦМВ+ВЭБ). ИМ ВЭБ этиологии чаще болели девочки (72%), а ИМ, вызванным ЦМВ – мальчики (59%). Отличался возрастной состав: при ЦМВ ИМ 66,6% составили дети до 3 лет, а при ВЭБ – чаще болели дети старше 3 лет (68,2%). Заболевание начиналось остро в 95,5% случаев ВЭБ-инфекции и 82,4% случаев ЦМВ - инфекции. При осмотре у детей с ВЭБ с большим постоянством, чем при ИМ ЦМВ этиологии, выявлялся симптомокомплекс ИМ. Диагноз ИМ при поступлении больным с ВЭБ ставился в 82% случаев, в отдельных случаях проводился дифференциальный диагноз с системными заболеваниями крови, лимфаденопатией. При ЦМВ инфекции у 72% детей в приемном отделении диагностировали ИМ, а в остальных случаях требовалось проведение дифференциальной диагностики с лакунарной ангиной, ОРВИ, аденовирусной инфекцией. Более высокая и длительная лихорадка наблюдалась при ЦМВ инфекции. Гепатомегалия и диффузные изменения печени при УЗИ чаще наблюдалось при ВЭБ инфекции. Повышение трансаминаз в 2,5 раза чаще наблюдалось при ЦМВ инфекции, при этом уровень аминотрансфераз был выше при инфекционном мононуклеозе ВЭБ этиологии. Атипичные мононуклеары более 12% обнаруживались в крови больных при ЦМВ этиологии в 22% случаев, а при ВЭБ – у 45,5% детей. Максимальное количество атипичных мононуклеаров при ИМ

ЦМВ этиологии достигало более высоких цифр (36%), чем при ВЭБ инфекции (25%).

Заключение: Представленные клинико-лабораторные различия ИМ имеют значение для верификации этиологии, а при ее установлении – для дифференцированного подхода к реабилитации и наблюдению реконвалесцентов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЧРЕСКОЖНОЙ КРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ И СИСТЕМОГО ТРОМБОЛИЗИСА НА СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Собиров Х.Г., Турсунбаев А.К.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Цель исследования: эффективности транслюминальной коронарной ангиопластики со стентированием (ТКАС) и системного тромболиза (СТЛ) на состояние сердечной гемодинамики у больных ОКС с ST элевацией.

Материалы и методы исследования: обследовано 40 пациентов (мужского и женского пола) в среднем возрасте 51,3±9,6 лет с острым коронарным синдромом с ST элевацией. Время от возникновения болевого приступа до поступления в клинику составила 7,9±2,1 часов. В зависимости от проводимой реперфузионной терапии больные были распределены на 2 группы исследования. 1 группу больных составили 19 пациентов с ОКС ST элевацией, которым проводилась ТКАС. 2 группу больных составили 21 пациент с ОКС с ST элевацией, которым проводился СТЛ стрептокиназой в дозе 1500000 ЕД в течение 1 часа внутривенно. *ЭхоКГ исследование выполняли на аппарате (Mindray, Китай) трансторакальным методом, в положении лежа и на левом боку в М- и В- режимах в соответствии рекомендациями Американской ассоциации эхокардиографии (ASE).*

Результаты: У больных группы ТКАС на 7 сутки наблюдения отмечалось статистически достоверное увеличение данного показателя на 8,6% ($p < 0,05$). Увеличение ФВ ЛЖ у больных с ОКС при проведении реперфузии КА, свидетельствовало улучшение систолической функции в группе больных ТКАС. Увеличение ФВ сопровождалось за счет уменьшения КСР ЛЖ на 2,9% ($p < 0,05$), в то время как КДО продемонстрировал недостоверную тенденцию к уменьшению ($p > 0,05$). Уменьшение параметров артериального давления САД на 5,6% и ДАД на 6,3% на 7е сутки наблюдения в 1-й группе исследования ($p < 0,05$), что вероятно связано с применением терапевтических лекарственных средств. Описанная положительная динамика параметров ЭхоКГ наблюдалась и в дальнейшем. В частности через 6 месяцев наблюдения в группе больных ТКАС КСО ЛЖ уменьшился на 12,3% ($p < 0,01$), КДО на 13,4 ($p < 0,05$) и КСР ЛЖ на 5,6% ($p < 0,05$). Данные изменения сопровождалось статистически достоверным увеличением ФВ ЛЖ на 14,9% ($p < 0,01$). При этом отмечалось

достоверное увеличение скорости активного диастолического наполнения ЛЖ на 9,2% ($p < 0,05$) по сравнению с исходными данными, которые демонстрируют тенденцию к улучшению активных диастолических свойств ЛЖ. В процессе лечения в группе больных СТЛ на 7-е сутки наблюдения отмечалось недостоверное уменьшение размеров полостей (КСР, КДР) и уровня АД (САД и ДАД) по сравнению с исходными данными ($p > 0,05$). Однако отмечалось достоверное уменьшение конечносистолического объема ЛЖ на 7,1% ($p < 0,05$), которые не сопровождалось значимым увеличением ФВ ЛЖ на 8,5% ($p > 0,05$). Наблюдалось уменьшение КСО ЛЖ на 15,1% ($p < 0,01$), КДО на 17,2% ($p < 0,05$) и КСР ЛЖ на 4,2% ($p < 0,05$). Данные изменения сопровождались статистически достоверным увеличением ФВ ЛЖ на 12,5% ($p < 0,01$), что существенно подтверждает улучшение систолической функции ЛЖ на фоне проводимой терапии. Наблюдалось существенная стабилизация АД: САД на 8,9% ($p < 0,05$) и ДАД на 10,4% ($p < 0,01$) по сравнению с исходными данными.

Таким образом, на фоне проведенной коронарной реперфузии методом ТКАС и СТЛ у больных ОКС отмечалась положительная динамика КСО, КСР и ФВ ЛЖ, а также отмечалась существенная стабилизация параметров АД. Применение ТКАС при ОКС с элевацией ST сегмента, способна привести к быстрому улучшению глобальной сократимости миокарда ЛЖ. Улучшение параметров активных диастолических свойств миокарда отмечаются на 7-е сутки после проведения ТКАС, в то время как у больных с СТЛ данные изменения остаются не достоверными

ОСОБЕННОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЕВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ

Собиров Ж.А., Сангилов У.Б., Умарходжаев Ф.Р.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Лечение сколиоза многопланово и индивидуально. Оно от степени искривления позвоночника, возраста пациента, типа локализации, прогноза заболевания, а также от общего состояния больного.

Целью данной работы является исследования, проведенные в поликлинике Городского Врачебного Учебного Центра при ТашПМИ. Прослежено от 1 до 6 месяцев 84 больных со сколиотическими (nk68) и кифосколиотическими (nk16) деформациями позвоночника.

Материалы и методы исследования: возраст пациентов распределился в пределах от 4 до 15 лет. Из них мальчиков было 11, девочек 73. По этиологическому фактору больные распределялись следующим образом: идиопатический – 44; диспластический – 27; врожденный – 9; паралитический – 2; нейрофиброматоз – 1; синдром Элерса-Данло – 1. В зависимости от степени деформации у 53 больных была I степень; у 24 – II степень; у 5 – III степень; у 2

больных – IV степень. Принципом комплексной консервативной терапии у больных со сколиозом реализовалась через оказание на пациента ряда терапевтических воздействий. Непосредственно каждому больному назначали курс фототерапии аппаратом «Дюна - Т», который оказывал общее стимулирующее воздействие на организм в целом, последовательно улучшая функциональное состояние клетки, ткани, системы органов. Лечение проводили курсами продолжительностью от 10 до 15 дней. Для восстановительной терапии глубоких мышц выпуклой стороны деформации для улучшения нервно-мышечной возбудимости применяли электрофорез прозерина и 5% раствор бишофита и без разрыва времени, электростимуляцию этих же мышц с помощью импульсивных токов $PP_I - PP_{IV}$ (аппаратом «Амплипульс – 5») 5 – 10 сеансов на курс.

Результаты исследования: в процессе консервативной терапии назначали магнитно – терапевтический аппарат бегущим импульсным полем «Алмаг – 01». Аппарат помещали паравертебрально по ходу сосудов и нервов, а при неврологической симптоматике на воротниковую область. Продолжительность сеанса составляла 10-20 минут, на один курс проводили 10-15 манипуляций. Важнейшим компонентом комплексной терапии сколиоза является лечебная физкультура. Наряду с лечебной физкультурой применяли массаж мышц спины и грудной клетки. Массаж назначали ежедневно, продолжительность 10-15 минут, на курс 10-15 процедур. Всем больным проводили всесторонне клинорентгенологическое обследование, а при выявлении сопутствующей патологии назначали курс медикаментозной терапии.

Заключение: таким образом, только комплексная консервативная терапия, включающая проведение ЛФК, дыхательной гимнастики, массажа, физиотерапии, а также применение средств медикаментозной терапии является эффективным методом у больных со сколиозом I-II степени.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКОГО АУТИЗМА, ПРОТЕКАЮЩЕГО С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Абдуллаева В.К., Собиров Ж.А.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. В последнее десятилетие отмечается повышение интереса к проблеме расстройств аутистического спектра у детей, что отчасти связано с ростом распространенности такого рода нарушений (CommunityReport, «CentersfordiseaseControlandPrevention», 2000). В МКБ-10 детский аутизм выделен рубрикой F84.0 и определяется как нарушение психического развития, которое характеризуется аутистической формой контактов с окружающими, расстройствами речи и моторики, стереотипностью деятельности и поведения, приводящими к нарушениям социального взаимодействия.

Цель и задачи исследования. Изучение клинических особенностей детского аутизма, протекающего с задержкой психического развития.

Материал и методы. Проведено обследование 12 детей с детским аутизмом, получавших лечение в Городском детском психоневрологическом центре в возрасте от 5 до 11 лет. В работе использовались психопатологический метод с наблюдением детей, психометрический метод на основе использования следующих шкал: оценки детского аутизма (ChildhoodAutismRatingScale — CARS, шкалы развития «психолого-педагогический профиль» (PsychoeducationalProfile — PEP), позволяющей определять глубину задержки психического развития.

Результаты и обсуждение. В ходе исследования выявлено, что формирование синдрома детского аутизма было связано с перенесенным манифестным эндогенным состоянием. В доманифестном периоде во всех случаях отмечалось искаженное психическое развитие. Дизонтогенез аутистического типа - от легкого до значительно выраженного предшествовал развитию данного состояния у 7 (58,3%) больных, у 5 из них аутизация была резко выражена. Глазной контакт был недостаточным, мимолетным или быстро исчезающим. Аутизация часто сочеталась с отставанием в развитии речи и в большинстве случаев со своевременным формированием крупных моторных актов. У 5 (41,7%) детей аутистических симптомов в доманифестном периоде не отмечалось, однако психомоторное развитие было неравномерным. При своевременном формировании моторных навыков выявлялось либо преждевременное — у 3 (25%) больных, либо запоздалое — у 2 (16,7%) произнесение первых слов. У всех больных отмечалась выраженная диссоциация в развитии отдельных сфер психической деятельности.

Заключение. Таким образом, формирование детского аутизма характеризуется качественным своеобразием клинико-психопатологических проявлений. Степень тяжести нарушений развития и динамика формирования синдрома детского аутизма связаны с типом течения заболевания.

ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ДЕТЕЙ-АУТИСТОВ

Собиров Ж.А., Абдуллаева В.К.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Проблема изучения расстройств аутистического спектра в детском возрасте привлекает все большее внимание исследователей и врачей общей практики. Возрастание медицинской и социальной значимости аутистических расстройств связано не только с их более точной диагностикой, выявляемостью и соответственно уточнением распространенности (по данным F. Volkmar и A. Klin (2000) от 0,7 до 21,1 на 10 000 детей, по данным С. Gillberg

(2004) - до 50 - 100 случаев на 10 000), но и с тем, что аутизм был выявлен при различных заболеваниях, в структуре которых он нередко выступает как психотическая составляющая (Башина В.М. с соавт. 2006; Gillberg С., Hellgren L., 2004 и др.).

Цель и задачи исследования - провести анализ поведенческих расстройств, определяющих нарушения в коммуникативной сфере детей-аутистов.

Материал и методы исследования. Клинико-психопатологическим методом обследовано 12 детей-аутистов, получавших лечение в Городском детском психоневрологическом центре в возрасте от 5 до 11 лет.

Результаты и обсуждение. Нарушения в социальном взаимодействии определялись на момент обращения за психиатрической помощью у детей - аутистов. Выявлялись такие симптомы, как неспособность адекватно использовать взгляд глаза в глаза, выражения лица, поз и жестов тела для регулирования социального взаимодействия. Расстройства коммуникации, проявляющиеся в искажении речевого развития и затрудняющие общение больного ребенка, наиболее часто беспокоят родителей и являются основной причиной обращения к специалистам. Из коммуникативных нарушений чаще всего страдает диалогическая функция речи, т.е. неспособность инициировать или поддерживать разговор. Задержка спонтанной речи наблюдалась у 82,0 % детей. Отсутствие ролевых и имитационных игр у детей в возрасте 5-10 лет отмечалась в 88,2 % случаев. Повторяющаяся, стереотипная речь с непосредственными и отставленными эхолоалиями, автономность речи значительно затрудняют адаптацию детей в детских коллективах, так как воспринимаются окружающими неадекватно. Приверженность специфическим распорядку и ритуалам мы наблюдали у половины детей. Стереотипные поведенческие паттерны были выражены у 64,1 % детей. Манипулятивная стереотипная деятельность отмечалась у 64,7% детей. Другие симптомы нарушения социального взаимодействия представлены у всех детей, которые в разном возрасте были впервые освидетельствованы психиатром.

Заключение. Таким образом, нарушение коммуникации с окружающими, проявляющееся невозможностью установления диалога и трудностями формирования ролевых игр, встречается у детей-аутистов всех возрастных групп и не преодолевается спонтанно.

СИНДРОМ ЛИМФАДЕНОПАТИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В

Соипова Г.Г., Назарова З.Ш., Мирзаабдуллахожиева О.У., Турсунов А.У.,
Джумабоев Т.З.

Андижанский Государственный медицинский институт,
г. Андижан Узбекистан

Введение: Лимфаденопатия – генерализованное увеличение лимфатических узлов наблюдается при хронических диффузных заболеваниях печени у 20 – 50% больных. Более чем у половины больных лимфаденопатия сочетается со спленомегалией. Обычно лимфатические узлы увеличиваются в периоде активности болезни, при наступлении ремиссии степень их увеличения уменьшается, а в ряде случаев лимфаденопатия исчезает.

Цель исследования: Изучить особенности проявления лимфаденопатии у подростков с хроническим гепатитом В выраженной степени активности.

Материалы и методы исследования: Обследованы 100 подростков с хроническим гепатитом В. Диагноз установлен на основании клинико – биохимических, иммунологических и ультразвуковых методов исследования. Ультразвуковое исследование в В-режиме осуществлялось на аппарате MINDRAY DC-6 Expert, с использованием конвексного датчика 2,5-10 МГц. **Пациенты обследовались** натошак **полипозиционно**, комплексно. Диагноз хронического вирусного гепатита В и степень её активности установлен на основании клинико-лабораторных, результатов исследования и верифицирован обнаружением специфических маркеров гепатита В в периферической крови методом иммуноферментного анализа на аппарате «Мультискан».

Результаты исследования: Увеличение системных лимфатических узлов выявлено – у 12 больных, подчелюстных лимфоузлов, подъязычных, около ушных лимфатических желез – у 14 больных, подмышечных - у 5, локтевых – у 6, перибронхиальных – у 14, лимфоузлов у ворот печени – у 6, мезентериальные – у 40-80%, паховые слева – у 37, правосторонние паховые лимфоузлы – у 42, лимфоузлы околопочечной клетчатки – слева у 5, справа – у 11, забрюшинные лимфатические узлы – у 7. Спленомегалия – у 42. Клиническая характеристика лимфатических узлов характеризовалась увеличением их величины от 5 мм до 15 – 20 мм. Консистенция: мягкой, средней и твердой плотности. Периферические лимфоузлы не были спаяны с подкожной жировой клетчаткой, легко смещаемы и мало болезненны. При сиалоадените отмечен птализм – увеличение количества слюны. Увеличение перибронхиальных, мезентеральных и паховых лимфоузлов вызывало синдром сдавления соседних органов. Необходимо отметить при проведении противовирусной терапии наблюдалось обратное развитие и исчезновение синдрома лимфаденопатии.

Выводы. 1. При хроническом вирусном гепатите В выраженной степени активности у подростков наблюдается синдром лимфаденопатии с поражением внутренних и периферических лимфатических узлов. 2. Наиболее часто

отмечено увеличение шейных и паховых лимфатических узлов с клиникой хронического лимфаденита.

КЛИНИКО-ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕНИИ БИЛИАРНОГО ТРАКТА У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В

**Соипова Г.Г., Назарова З.Ш., Мирзаабдуллахожпсва О.У.,
Мамажалплова Д.Х., Джумабоев Т.З.
Андижанский Государственный медицинский институт,
г.Андижан Узбекистан**

Введение: При хронических диффузных заболеваниях печени, обусловленных вирусом гепатита В, выявляются многообразные внепечёночные синдромы.

Цель работы: Изучить частоту и клинико-эхографические особенности проявления поражения желчного пузыря у женщин фертильного возраста с хроническим вирусным гепатитом В умеренной степени активности.

Материалы и методы исследования: Обследованы 80 больных женщин хроническим вирусным гепатитом В в возрасте от 16 до 49 лет, с давностью заболевания от 5 до 15 лет.

Ультразвуковое исследование в В-режиме осуществлялось на аппарате MINDRAY DC-6 Expert, с использованием конвексного датчика 2,5-10 МГц. Пациенты обследовались натошак полипозиционно, комплексно. Сократительную способность желчного пузыря с помощью УЗ11 оценивали по общепризнанной специальной методике. Диагноз хронического вирусного гепатита В и степень её активности установлен на основании клипико-лабораторных результатов исследования и верифицирован обнаружением специфических маркеров гепатита В в периферической крови методом иммуноферментного анализа на аппарате «Мультискан».

Результаты: исследован!я: При хроническом вирусном гепатите В умеренной степени активности частота выявления специфического болевого симптома в правом подреберье отмечено у 91% больных, боли в подложечной области - у 77% больных, горечь во рту выявлена у 97%. понижение агпетита - у 85%, непереносимость жирной пищи - \ 75%, вздутие живота - у 82%, общая слабость отмечена - у 97% больных, повышенная утомляемое п. - у всех больных, подавленное настроение - у 85% и головные боли - у 28% больных.

Эхографические признаки поражения желчного пузыря у больных с хроническим вирусным гепатитом В умеренной степени активности выражались: неправильностью формы желчного пузыря за счет его экстравезикулярной деформации - у 51% больных. неравномерным утолщением и уплотнением стенок желчного пузыря - у 76% больных. внутривезикулярными образованиями в виде билиарного осадка и множественными мелкими

конкрементами - у 17% больных. Холестероз желчного пузыря отмечен у 2.5% больных. Нарушения функционального состояния желчного пузыря по гипомоторному типу выявлено у 51%, гипермоторная гиперкинетическая дискинезия - у 10% больных.

Выводы: 1. При хроническом вирусном гепатите В умеренной степени активности у женщин фертильного возраста поражение желчного пузыря наблюдалось у 91% больных и клинически проявлялось характерным болевым, диспептическим и астеновегетативными синдромами. 2. Эхографическими отличительными проявлениями поражения желчного пузыря являлись: неравномерное утолщение, уплотнение его стенок, экстравезикулярная деформация, внутривезикулярные включения в виде билиарных осадков, холестероза и нарушения эвакуаторно-П функции преимущественно по гипомоторному типу.

АНАЛИЗ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ОСТРОГО И ХРОНИЧЕСКОГО СТЕНОЗА ГОРТАНИ И ТРАХЕИ У ДЕТЕЙ ПО МАТЕРИАЛУ КЛИНИКИ ТАШПМИ

Сойилов А.Н., Гулямов Ш.Б., Карабаева З.Х.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Были изучены истории болезней 129 детей, госпитализированных в ЛОР отделение Клинику ТашПМИ по поводу острого и хронического стеноза гортани и трахеи в 2011-2015 гг. Был произведен анализ данных по возрасту, полу и этиологических факторов заболевания на момент поступления в клинику.

Из 129 детей госпитализированных в клинику с острыми и хроническими стенозами гортани и трахеи было 82 больных детей мужского пола и 47 больных женского, т.е. соотношение мальчиков и девочек составила 2:1. Возрастной контингент детей на момент поступления в ЛОР отделение составлял от 4 месяцев до 17 лет. Из общего числа больных детей разделили на следующих группы: от 4 мес до 1 года - 13 больных, от 1 до 3 лет - 61 больных, от 4 до 7 лет - 25 больных, от 7 до 12 лет - 19 больных, от 12 до 17 лет - 8 больных. Преобладание лиц мужского пола отмечается во всех возрастных группах.

Из них 102 (79 %) больные с острыми стенозами гортани и трахеи и 27 (21 %) больные с хроническими стенозами гортани и трахеи.

У 79 (77,5%) больных причинами острых стенозов гортани и трахеи были папиломатоз гортани, у 12 (11,7%) больных были в основном тупые травмы гортани, а у 11 (10,8%) больных были инородное тело гортани и трахеи.

Причинами хронических стенозов гортани и трахеи (27 детей) у всех больных были интубация, ИВЛ, трахеотомия. Причинами интубации, ИВЛ,

трахеостомии были обширные хирургические вмешательства на шеи и органах грудной клетке - у 11 (40,7 %) больных, сочетанные травмы полученные в автокатастрофах у 5 (18,5%) больных, после термического ожога гортаноглотки и гортани у 2 (7,4%) больных, у 2 (7,4 %) больных был стеноз вследствие рецидивирующего папилломатоза гортани, 3 (11,2%) больные после перенесенных менингоэнцефалита, 2 (7,4 %) больные после инфекционного токсического шока от ботулизма, 1 (3,7 %) больной с родовой травмой, 1 (3,7 %) больной с диабетической комой.

Хроническими трахеальными канюленосителями на момент поступления в клинику являлись 8 больных. У 4 больных было отмечено симптомы дыхательного стеноза различной степени.

Таким образом, при изучение этиологическое факторы острого и хронического стеноза гортани и трахеи у детей нами были выявлены, что при остром стенозе гортани в основном превалировал папилломатоз гортани, затем травма гортани. При хроническом стенозе гортани и трахеи 99% причинами было интубация и продленный ИВЛ.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОСТИНТУБАЦИОННЫХ СТЕНОЗАМИ ГОРТАНИ И ТРАХЕИ У ДЕТЕЙ

Сойибов А.Н., Гулямов Ш.Б.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность темы: Приобретенные гортаннотрахеальные стенозы остаются одной из сложнейших проблем детской оториноларингологии. Это связано не только с трудностью и многоэтапностью восстановления просвета дыхательных путей, но и с сочетанным с дыхательным стенозом и длительным трахеальным канюленосительством развитием патологических изменений в других органах и системах организма. Такие изменения приводят к инвалидности и социальной неполноценности, что требует тесного взаимодействия специалистов нескольких педиатрических дисциплин.

Цель: Совершенствование диагностики и лечения больных с посттравматический хроническими стенозами гортани и трахеи у детей

Материал и методы: Проведено обследование и лечение 37 детям с острыми стенозами гортани и трахеи, а также наблюдавшихся в консультативной поликлинике хроническими стенозами гортани и трахеи, получавших стационарное лечение на базе Клинике ТашПМИ с 2013 до 2015 гг. Обследование больных включало в себя эндоскопическое исследование гортани и трахеи, компьютерную и магнито-резонансную томографию.

Результаты и обсуждение: Под нашим наблюдением в период с 2013 по 2015 г. Находились 37 больных детей. Из них 15 (40,5%) больные с

посттравматический острыми стенозами гортани и трахеи и 22 (59,5%) больные с посттравматический хроническими стенозами гортани и трахеи различной этиологии. Общий число больных 24 (64,8%) мальчик и 13 (35,2%) девушки в возрасте от 4 мес до 16 лет. У 9 (60%) больных детей причинами острых стенозов гортани и трахеи было в основном тупые травмы в области шеи и инородное тела. У 6 (40%) больных детей стеноз развивался попадания инородное тело из гортани и трахеи.

Причинами хронический стенозирования гортани и трахеи у всех больных были интубация, ИВЛ, трахеотомия. Причинами интубации, ИВЛ, трахеостомии были сочетанные травмы полученные в автокатастрофах у 3 (13,6%) больных, обширные хирургические вмешательства на шеи и органах грудной клетка - у 11(50%) больных, 1 (4,5%) больной с диабетической комой, у 1 (4,5%) больных был стеноз вследствие рецидивирующего папилломатоза гортани, 1 (4,5%) больной ребенок с родовой травмой, 3 (13,6%) больные после инфекционный токсической шока от ботулизма, 2 (9,3%) больные после перенесенных менингоэнцефалита.

В результате проведенного исследования выявлены: стенозы складкового отдела гортани у 4 (18,1 %) больных, подскладкового - у 14 (63,7 %). Стеноз шейного отдела трахеи диагностирован у 2 (9,1 %) пациента, грудного - у 8 (10 %). При этом патологические изменения имели вид плотной грануляционной и рубцовой ткани. Смешанный стенозирования диагностировано у 2 (9,1 %) больных.

Вывод: Комплексное обследование больных с постреанимационными стенозами гортани и трахеи, включающее в себя непрямую ларингоскопию, фиброларинготрахеоскопию, лучевые методы, исследование не только диагностировать степень, локализацию, протяженность и характер патологического процесса, но и выбрать оптимальную тактику хирургического лечения.

При острый посттравматический стенозах гортани и трахее свое временная диагностика и ранняя кортикостероидная терапия на даже антибактериальных противоотечных препаратов в большинстве случаев предотвращает развития хронических стенозов гортани и трахее.

РЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ПРИ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ В ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ

Сон И.Л., Умарова Р.Х.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Поясничная боль или боли в нижней части спины являются одним из наиболее распространенных патологических состояний. По данным экспертов ВОЗ, в США и странах Западной Европы их частота

достигает 40–80%, а ежегодная заболеваемость – 5%. Чаще всего поясничные боли наблюдаются в возрасте 35–45 лет, однако 12–26% детей и подростков также жалуются на боли в пояснице.

Цель исследования: изучение структурно-функционального состояния позвоночно- двигательных сегментов поясничного отдела позвоночника при наличии болевого синдрома после острой травмы.

Материал и методы. На базе УзНИИТО проведен анализ клинических данных и рентгенограмм поясничного отдела позвоночника в стандартных проекциях после острой травмы у 32 больных возрастом от 19 до 53 лет.

Результаты исследования. Несмотря на то, что больные поступали на обследование после острой травмы, травматические повреждения поясничного отдела позвоночника выявлены лишь у 12,7% обследованных и проявлялись компрессионными (84,4%) или компрессионно- оскольчатыми (15,6%) переломами тел поясничных позвонков. Диагноз компрессионных переломов ставился на основании следующих рентгенологических признаков: клиновидная деформация тела позвонка с уменьшением высоты в передних, реже в боковых отделах, увеличение сагиттального размера тела позвонка, наличие углового кифоза и угловой деформации переднего контура тела позвонка в боковой проекции. При компрессионно-оскольчатых переломах, кроме выше приведенных признаков, наблюдалось сужение межпозвонковой щели и повреждение краниальной замыкающей пластинки.

Среди патологических изменений позвоночно-двигательных сегментов поясничного отдела чаще всего выявлялись аномалии развития (16,3%). Среди них встречались преимущественно аномалии формы и размеров суставных отростков (64,4%), которые в 42,3% случаев сочетались с изменением их наклона или положения (тропизма). Переходные позвонки отмечены у 17,8%; спондилолиз дуги L5 с наличием спондилолистеза выявлен у 6,7% пациентов. В 11,1% отмечено недоразвитие дисков, что рентгенологично проявлялось значительным сужением межпозвонковых пространств на всем протяжении поясничного отдела без изменения замыкающих пластин. Дегенеративно-дистрофические изменения в поясничном отделе позвоночника отмечены гораздо чаще, чем переломы – 38,8%. Сочетание травм с дегенеративными изменениями отмечено у 12,4% пациентов. Нормальная рентгенологическая картина установлена в 19,8% случаев.

Выводы. Исходя из полученных данных, причиной болей в пояснице могут быть как травматические повреждения (переломы, ушибы), так и заболевания (аномалии развития, дегенеративные изменения). Травма может быть провоцирующим моментом в клиническом проявлении последних.

Отсутствие клинических проявлений аномалий развития и дегенеративных изменений до случайной травмы можно объяснить значительными компенсаторными возможностями организма, однако в дальнейшем такие больные требуют динамического наблюдения, ограничения осевых физических нагрузок и проведения им профилактического лечения.

КЛИНИЧЕСКИЙ АУДИТ НЕОНАТАЛЬНЫХ ЖЕЛТУХ

Сулейманова Л.И., Исмаилова М.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность: Гипербилирубинемия различного генеза остается наиболее часто встречаемым симптомом у новорожденных и регистрируется у 65-85% доношенных, 70-95% недоношенных детей (Панина О.С. и др., 2014). Дискутабельными остаются вопросы их диагностики, лечения, а также нет единого мнения о критериях эффективного темпа снижения уровня непрямого билирубина (НБ) в периферической крови.

Цель исследования. Проведение клинического аудита фототерапии при неонатальных желтухах.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ историй болезни 27 детей с неонатальными желтухами. Всем детям проводились клиничко-лабораторные и инструментальные методы обследования: сбор анамнеза, общий анализ крови, биохимия крови, определение НП и его фракций в плазме крови, АЛТ, АСТ, УЗИ печени и желчного пузыря. Из исследования были исключены дети с желтухами инфекционного генеза. Группу обследованных детей составили 23 доношенных и 4 недоношенных новорожденных (29-34 недель). Фототерапия (ФТ) проводилась аппаратом Drager 34752 Istanbul, под воздействием облучения длиной волны 470 нм, мониторинг уровня НБ в крови оценивался за 24 часа. ФТ в 85,1% случаев проводилась круглосуточно с интервалами на кормление ребенка и у 11,1% детей - прерывистыми курсами по 6 часов в сутки. Оценка показаний к ФТ и ее эффективности проводилась в соответствии с рекомендациями ВОЗ (РПН, 2005).

Результаты: Ретроспективный анализ сроков появления желтухи показал, что у наблюдаемых детей появление желтушности кожи в физиологические сроки наблюдались у 70,4%, раннее появление отмечалось у 18,5%, позднее появление – у 11,1% больных. Среди обследованных детей 25,9% диагностирована физиологическая желтуха, затяжная форма имела место в 74,1% случаев: из них ГБН у 25%, желтуха грудного вскармливания у 10%, конъюгационная желтуха неуточненной этиологии у 65% детей.

Грудное вскармливание проводилось 20 (74%) новорожденным, смешанное 7 (26%) детям, с кратностью 8-11 раз в сутки. К факторам риска со стороны ребенка были отнесены заболевания раннего неонатального периода: ППЦНС – 59,2%, ВУИ с пневмонией – 7,4%, ЦИ – 40,7%, постгеморрагическая анемия – 3,7%, синдром ВВД– 55,5%, ассиметричный тип ЗВУР – 18,5%, МФН – 33,3%, БЭН – 3,7%.

Всем детям проводилась ФТ, из них 40,7% детей имели прямые показания для проведения сеансов ФТ, у 59,3% больных с желтушным синдромом ФТ проводилась необоснованно, в соответствии рекомендациям ВОЗ, 2005 года.

Оценка эффективности ФТ проводилась по темпам снижения уровня НБ в плазме периферической крови за сутки. Средний суточный уровень снижения НБ в группе обследованных детей составил 25,2 ммоль/л. Отмечено, что у детей с ГБН, снижение было более эффективно на 29,8 ммоль/л (от 10,0 до 59,0 ммоль/л), что позволило снизить НБ ниже уровня проникновения через гематоэнцефалический барьер. Тогда как у детей, не имевших показания к ФТ, темп снижения был низкий 17,6 ммоль/л/сутки (от 1,9 до 35,7 ммоль/л).

Выводы. Значимыми факторами риска в развитии неонатальных желтух являются гипоксические состояния, обусловленные перинатальной асфиксией, дыхательными расстройствами и ППЦНС гипоксического генеза. ФТ в группе новорожденных с гемолитическими желтухами отличалась быстрыми и эффективными темпами суточного снижения НБ в крови. Необоснованное проведение ФТ отличалось низкими темпами снижения билирубина и приводило к затратным, необоснованным курсам консервативной терапии до 5 дней.

СЛУЧАЙ КЛИНИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ РЕБЕНКА С ПУЛЕВЫМ РАНЕНИЕМ ГЛАЗА

Султанова Д.Б., Хамраева Л.С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Около 20% заболеваний в офтальмологической практике связано с травматическим повреждением глаза и его придаточного аппарата. В 13% случаев после травм глаза развивается субатрофия глазного яблока, в 25% - анофтальм, в 30% - бельмо роговицы. Травматические повреждения органа зрения чаще происходят в молодом возрасте, особенно у мальчиков, а также в социально неблагополучных группах при снижении надзора со стороны родителей.

Цель исследования. Представить случай клинического наблюдения ребенка с пулевым ранением органа зрения

Материал и методы. Под нашим наблюдением в глазном отделении клиники ТашПМИ находился больной Э-в., 14-ти лет с диагнозом «OS Ушитая лимбо - склеральная рана с наличием инородного тела (ИТ) в ретробульбарном пространстве. Тотальная гифема, гемофтальм. Состояние после ПХО». Были проведены клиничко-лабораторные, офтальмологические методы обследования, МСКТ орбит.

Результаты: Из анамнеза заболевания ребенок 6 дней тому назад, проезжая на велосипеде, получил травму левого глаза неизвестным агентом, залетевшим в глаз с высокой скоростью. В тот же день была произведена ПХО раны по месту жительства и через 5 дней ребенок поступил в глазное отделение клиники ТашПМИ. OS раздражен, отмечается слезотечение, светобоязнь,

блефароспазм, выраженная смешанная инъекция сосудов склеры, в нижне-внутреннем сегменте у лимба на склере определяется проникающая рана с наличием швов, и ущемленной частью сосудистой оболочки. Роговица умеренно отечная, тотальная гифема. ВГД Т = (-) 0,5. МСКТорбиты: ИТразмером 0,4x1,0x0,8 см. в ретробульбарном пространстве. Учитывая обширную рану с выпадением оболочек была произведена эвисцерация. В ходе операции было удалено ИТ (свинцовая пуля 7 x 6 мм).

Вывод. Представленный случай свидетельствует о необходимости тщательного сбора анамнеза у детей и их родителей, осмотра травмированного глаза с применением в обязательном порядке МСКТ. Необходимо проводить профилактические мероприятия по предотвращению глазного травматизма среди детей: занимать досуг ребенка, не оставлять в доступных местах травмирующие предметы.

АСПЕКТЫ АНТИМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У ДЕТЕЙ

Султанова З.Х., Юнусова Р.Т.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. В связи с широким применением антибиотиков спектр актуальных возбудителей ИЭ изменился, повысилась невосприимчивость к антибактериальной терапии, поэтому актуальным является детальная оценка ранее принятых схем антибактериальной терапии (АБТ) ИЭ у детей.

Цель. Оценить эффективность антибактериальной терапии ИЭ у детей.

Материалы и методы. Исследование включает 2 раздела: проспективное (с декабря 2014 года) и ретроспективное исследование (с 2006 по сентябрь 2014 года). Обследовано 30 детей в возрасте от 1-го до 18 лет.

Результаты: Среди групп а/б препаратов при терапии до настоящей госпитализации в 42% случаев применялись цефалоспорины III поколения, в 18% фторхинолоны, в 17% аминогликозиды, в 10% гликопептиды, в 8% защищенные аминопенициллины, в 5% макролиды, цефалоспорины I поколения и карбапенемы. В 30% случаев режимом стартовой терапии в ходе настоящей госпитализации был цефтриаксон, в 9% цефтриаксон + гентамицин, в 8% ванкомицин + гентамицин, в 6,4% ампициллин + гентамицин и цефазолин, в 5,6% ванкомицин, в 4,8% цефотаксим, в 4,0% оксациллин, в 2,4% амоксициллин/клавуланат, цефепим и гентамицин. При этом эффективность терапии: в 34% выздоровление, в 54% улучшение, в 12% нет эффекта с заменой на другой а/б.

Выводы. 1. Наиболее часто до настоящей госпитализации назначались цефалоспорины III поколения, которые являются широко спектрными антибиотиками и применяющиеся при эмпирической терапии.

2. Наиболее часто назначаемыми режимами стартовой антибактериальной терапии в ходе настоящей госпитализации являлся цефтриаксон в монотерапии и в комбинации с гентамицином. Это лечение не полностью соответствует рекомендациям а/б лечения ИЭ, что снижает эффективность терапии.

ЗНАЧИМОСТЬ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У ДЕТЕЙ

Султанова З.Х., Юнусова Р.Т.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Несмотря на достоверные методы выделения возбудителя, до сих пор частота отрицательной гемокультуры при ИЭ находится на высоком уровне-10-50%, в связи с чем антибактериальная терапия примерно в половине случаев ИЭ является эмпирической. Поэтому единственным ориентиром в выборе антибиотика для эмпирической терапии ИЭ являются эпидемиологические данные.

Цель. Оценить микробиологическую диагностику ИЭ у детей.

Материалы и методы. Исследование включает 2 раздела: проспективное (с декабря 2014 года) и ретроспективное исследование (с 2006 по сентябрь 2014 года). Исследовано 30 карт детей в возрасте от 1 года до 18 лет с ИЭ. Идентификация возбудителя инфекции проводится с помощью принятых в лаборатории методов.

Результаты: Из 30 случаев ИЭ только в 18 (60%) идентифицирован этиологически значимый возбудитель. Среди выделенных микроорганизмов, преобладают грам(+) кокки (97,5%), а среди них – *S. aureus* (42,5% от всех выделенных возбудителей). Из 17 штаммов *S. aureus*, 6 (35,8%) являются метициллинорезистентными(MRSA). Из 30 случаев ИЭ, в 7(24%) проводилось однократное и в 11 (36%) многократное бактериологическое исследование крови.

Выводы. 1. Возбудитель инфекции был выявлен только в 31,7% случаев; более чем однократное бактериологическое исследование крови проводилось лишь у 41% пациентов; в большинстве случаев (76,2%) забор крови осуществлялся уже после начала антибиотикотерапии.

2. Среди случаев инфекционного эндокардита с расшифрованной этиологией преобладали грам(+) микроорганизмы (97%), из которых наиболее часто выделялся *S.aureus* (42,5% от всех выделенных штаммов).

ОСОБЕННОСТИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Султанова З.Х., Юнусова Р.Т.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность: за последние десятилетия изменения со стороны клапанов сердца при инфекционном эндокардите у детей претерпели существенные изменения. Изучение особенностей клинического течения и клапанного поражения при инфекционном эндокардите на современном этапе необходимо для своевременного распознавания патологии, разработки лечебной тактики.

Методы и материалы исследования: Нами проводилось исследование у 12 больных детей инфекционным эндокардитом, находящихся на лечении в кардиохирургическом отделении ТашПМИ с 2000 по 2015 гг.

Результаты: изолированное одноклапанное поражение встречалось у 4(33,3%) пациентов. В 1-случае было выявлено поражение аортального, в 1-митрального клапана, в 2 – трикуспидального клапана; у остальных 8 (66,6%) пациентов отмечалось сочетанное поражение клапанов. Чаще встречались сочетанные изменения аортального и митрального клапанов – 4 случаев; у 1 пациента было выявлено поражение трикуспидального клапана и клапана легочной артерии; одновременное поражение аортального, митрального и трикуспидального клапанов было у 2 пациентов, в 1- случае выявлено поражение митрального и трикуспидального клапанов. У всех пациентов отмечалась выраженная регургитация на пораженных клапанах.

Выводы: при сопоставлении полученных данных с данными литературы 80-90-х годов обращают на себя внимание следующие особенности.

Значительно снизился удельный вес больных с одноклапанным поражением.

Чаще встречаются случаи ИЭс сочетанным поражением клапанов, что объясняют более тяжелое клиническое течение и разнообразие тромбоэмболических осложнений.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Абдуллаева В.К., Султанова К.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. В последние годы в центре внимания медицинских психологов всё чаще оказываются дети с пограничными нервно-психическими расстройствами. К их числу, прежде всего, относятся различные невротические расстройства, проявляющиеся в тиках, заикании, энурезе и т.п. Актуальность

исследования состоит в том, что невротические расстройства имеют психогенную природу и требуют создания специальных психолого-педагогических условий для их эффективного преодоления. Тревожно-фобические расстройства относятся к числу наиболее распространённых нарушений в детском возрасте. При этом достаточно часто - 2% от общей популяции детей (Costelloetal, 2008) - они выступают как самостоятельная патология. Кроме того, тревожно-фобические состояния наблюдаются у детей с различными видами дизонтогенеза, как сопутствующие основному нарушению.

Цель и задачи исследования. Выявление клинических особенностей тревожно-фобических состояний у детей с различными видами дизонтогенеза.

Материал и методы исследования. Клинико-психопатологическим методом было обследовано 14 детей с тревожно-фобическими расстройствами.

Результаты и обсуждение. В ходе проведенного исследования выявлено, что выраженность и структура страха связаны с видом дизонтогенеза и с дефицитным, искажённым восприятием мира. Среднее количество страхов, приходящихся на одного ребёнка с дизонтогенетическим недоразвитием, превосходит количество страхов, испытываемых нормально развивающимся ребёнком. У детей с интеллектуальным недоразвитием страхи связаны с непониманием реальности и назначения предмета и типичны скорее для детей более младшего возраста: страхи сказочных персонажей, врачей, транспорта, стихий. У детей с сенсорным дефектом - пространственные страхи, страх оставаться одному дома, страх смерти. Сравнительный анализ результатов анкетирования родителей нормально развивающихся детей и детей с различными видами дизонтогенеза, показывает недостаточную осведомлённость родителей об эмоциональном состоянии и наличии страхов у своих детей.

Заключение. Таким образом, специфика тревожно-фобических состояний, обусловленная присущими тому или иному виду дизонтогенеза особенностями, может лечь в основу разработки специальных психокоррекционных и профилактических программ, рекомендуемых для дошкольных и школьных образовательных учреждений.

СТЕНТИРОВАНИЕ ПРИ ПРОТЯЖЕННЫХ РУБЦОВЫХ СТРИКТУРАХ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Султанов Т.И.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Цель: Изучить результаты лечения постожоговых стриктур пищевода у детей.

Материалы и методы: За последние 8 лет в клинике ТашПМИ с постожоговой стриктурой пищевода лечились 56 детей. Мальчиков было 30,

девочек 26. Среди химических веществ, вызвавших ожог, большая доля приходится на уксусную кислоту (49%), затем щелочь (37,6%) и другие химические вещества, их доля составила 13,4%. Для определения протяженности стриктуры мы использовали контрастное рентгенографии пищевода, при необходимости МСКТ.

Результаты и обсуждения: На основе полученных данных стриктура нижней трети пищевода отмечена у 10, средней трети у 18, у 27 больных стриктура верхней и средней трети пищевода и у 1 больного тотальная стриктура пищевода. У 30 детей была, наложена гастростома по Кадеру, и бужирование проводилось за нитью, 16 детям бужирование по струне, у 9 детей под рентгеновским контролем установлены биodeградирующиеся стенты из polydioxanone производства фирмы ELLA-CS, Ltd (Чешская Республика), не требующее извлечения.

В результате лечения с помощью стента удалось добиться проходимости просвета пищевода на месте стриктуры более 3 месяцев, избавив детей от необходимости дилатации каждые 2 недели.

За период нахождения стента в просвете пищевода нами не выявлены симптомы дисфагии и рвоты. Для лечения гастроэзофагеального рефлюкса применялся — ингибитор протонной помпы последнего поколения.

В комплекс лечебных мероприятий помимо вышеизложенных включали: антибиотики широкого спектра действия, глюкокортикостероиды по показаниям. У 24 детей лечившихся бужированием длительность бужирования составило 8-10 месяцев, у 12 детей до 1 года, у 10 детей от 1,5 до 2 года. Эффективность бужирования оценивалась данными эндоскопии и контрастного МСКТ пищевода. Только у 1 ребенка с протяженностью стриктуры более 7 см и 4 детям при неэффективности бужирования была произведена операция - колоэзофагопластика.

Заключение: Лечение ожогов пищевода включает комплекс лечебных мероприятий направленных на предупреждение и лечение патологических факторов, применение биodeградирующихся стентов SX-ELLA из polydioxanone (ELLA-CS, Ltd, Чешская Республика) может заменить систематические баллонные дилатации при лечении протяженных постожоговых рубцовых стенозов пищевода. Стентирование стриктур пищевода может быть одним из приемлемых методов лечения у детей.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРКУТАННОЙ ВЕРТЕБРОПЛАСТИКИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПОЗВОНОЧНИКА НА ФОНЕ ОСТЕОПОРОЗА

Султонов А.А., Каримов А.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Пункционная вертебропластика является современным малоинвазивным методом, которая обеспечивает стабилизацию и консолидацию поврежденных тел позвонков.

Цель и задачи исследования. Оценка эффективности и улучшение результатов лечения больных с патологическими переломами при остеопорозе позвоночника с использованием метода перкутанной вертебропластики.

Материал и методы исследования. Для решения поставленных в работе задач проведен анализ 52 больных с патологическими переломами тел грудных и поясничных позвонков на фоне остеопороза, которым была выполнена перкутанная вертебропластика с использованием костного цемента. Лиц мужского пола составило 15 (28,8%) человек, а женского – 37 (71,2%). Наибольшее количество компрессионных переломов позвонков на фоне остеопороза было у больных в возрастной группе 60-69 лет (19 больных, или 36,5%). Для постановки диагноза применялись методы стандартной рентгенографии (спондилография), МРТ- и КТ (МСКТ)-исследования, остеоденситометрия. Все пациенты проанализированы с использованием общеизвестных шкал; оценка интенсивности болевого синдрома проводилось – ВАШ. Эффективность выполненных вмешательств оценивалось шкалой Макнаб, по данной шкале результат своего лечения пациенты интерпретировали как отличный, хороший, удовлетворительный либо неудовлетворительный.

Результаты: исследований и обсуждение. По шкале ВАШ сильная боль отмечалась у 22 больных (42%), в основном наблюдалась выраженная вертеброгенная боль у 27 больных, т.е. 52% случаях. «Невыносимая» боль наблюдалось только в 2 случаях (4%). Умеренная боль наблюдалась только у 1 пациент (2%). В раннем послеоперационном периоде (3-е сутки) 98% больных оценили боль, как нет боли. Из 52 пациентов больше 60 % по шкале Макнаб отметили **Результаты:** лечения на отлично – 32/52 (61,6%). Только 1 пациент из-за возникшего осложнения оценил результат лечения на неудовлетворительный – 1/52 (1,9%). Остальная группа больных расценила результат операции на хорошо – 19/52 (36,5%).

Выводы: Большинство пациентов 98,1% расценивают **Результаты:** лечения на отлично и хорошо. При патологических переломах позвоночника на фоне остеопороза, перкутанная вертебропластика позволяет устранить основной клинический признак болевой синдром в кратчайший сроки и позволяет значительно улучшить качество жизни пациентов.

МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЙ ПРИНЦИП ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПРИ БРЮШНОПОЛОСТНЫХ ОПЕРАЦИЯХ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Таганова Г.А., Ёдгорова С.И., Абдусалиева Т.М.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Непрерывная или неоднократная боль новорожденного вызывает тяжелые осложнения головного мозга (ВЖК, ишемия) и нарушений метаболизма (метаболический ацидоз), формирует состояние постоянного стресса, когда любой раздражитель воспринимается ребенком как болевой, повышает неонатальную смертность. Неадекватная послеоперационная анальгезия увеличивает число послеоперационных осложнений, ухудшает течение и исход ближайшего послеоперационного периода. К настоящему времени доказано, что боль, перенесенная в период новорожденности, изменяет развитие системы ноцицепции и приводит к необратимым функциональным и структурным изменениям в ЦНС.

Цель. Изучение уровня анальгезии при использовании мультимодального принципа в послеоперационном периоде при брюшнополостных операциях у новорожденных.

Материалы и методы. Исследование проведено у 28 новорожденных в послеоперационном периоде хирургических операций. Пациенты разделены на 3 группы: 1 – группа (10) – в п/о периоде проводится обезбоживание фентанила (0,5 мкг/кг/час) и сибазоном (0,3 мг/кг); 2 – группа (10) – в п/о периоде обезбоживание проводится фентанила (0,5 мкг/кг/час) и натрия оксibuтират (30-50 мг/кг); 3 – группа (8) – в п/о периоде будет проводиться обезбоживание фентанила (1 мкг/кг/час). О состоянии центральной гемодинамики (ЦГ) судили по числу сердечных сокращений (ЧСС) в мин., и артериальному давлению (АД) в мм.рт.ст., центральному венозному давлению (ЦВД), объему циркулирующей крови (ОЦК) в мл/кг, и периферической (мониторное наблюдение АДс, АДд, Ад ср., дыхание) гемодинамики, сатурации кислорода (SpO₂), уровня биохимических изменений крови (электролиты, КЩС).

Результаты и обсуждение. Новорожденный ребенок способен чувствовать боль и «сообщить» о ней через изменение своего поведения. Универсальной реакцией на острую боль у новорожденного ребенка является гримаса, движения конечностей и плач. Натрия оксibuтират, используемый в сочетании с другими анальгетическими средствами в 93,5% случаев стабилизирует функцию почек после интраоперационной кровопотери и наблюдалось адекватная анальгезия. У 68,3% детей при обезбоживании фентанила с сибазоном методом мультимодальной анальгезии предотвращается психомоторное возбуждение в послеоперационном периоде, особенно это выражено свойственно при применении сибазона. Комплексное изучение поведенческих реакций, физиологических показателей и

лабораторных стрессовых тестов показало, что использование метода мультимодального принципа создает эффективную анальгезию, потенцирует действие фентанила после операций в неонатальном периоде. Послеоперационное обезболивание инфузией фентанила предпочтительно использовать у новорожденных детей на ИВЛ, в виду выраженного угнетения дыхания и седативный эффект у этого препарата, и отмену фентанила проводить за 20-24 часа до окончательного перевода ребенка на самостоятельное дыхание.

Вывод: Мультимодальный подход нивелирует послеоперационный процент осложнений, усиленное нервно-рефлекторной возбудимости ЦНС, также способствует повышению репаративных процессов организма новорожденного. Уменьшенные дозы препаратов при мультимодальной анальгезии позволяет снизить риск неоправданного расхода анестезиологических препаратов, уменьшить их кумуляцию, снизить частоту развития побочных эффектов, обеспечить гемодинамическую стабильность на всех этапах послеоперационного периода.

ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ В РАЗВИТИИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

**Таджибаева Л.К., Эгамбердиева Д.А., Рузметова И.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Особый интерес представляет изучение аспектов системного воспаления при бронхиальной астме (БА). Наличие системного воспаления является патогенетическим механизмом, лежащим в основе большинства системных проявлений заболеваний дыхательных путей. В последние годы внимание привлечено к особенностям эндотелиальной дисфункции как фактора сосудистого повреждения, однако данные положения относительно БА изучены мало.

Цель исследования. Изучить клинические и функциональные проявления системного воспаления в развитии эндотелиальной дисфункции у больных бронхиальной астмой.

Материалы и методы. В исследование включены 25 больных: 10 больных БА среднетяжелого и тяжелого течения в период обострения; 10 больных БА легкого течения с контролируемым течением заболевания (группа сравнения) и 5 практически здоровых лиц. 1-я группа – БА среднетяжелого течения, 2-я группа – БА тяжелого течения нестероидозависимая (НСБА), 3-я группа – БА стероидозависимая (СЗБА); 4-я группа – БА легкого течения, контролируемая. Больные 1-й, 2-й и 3-й групп были обследованы в период обострения заболевания, длительность которого превышала 3 недели. В 4-ю группу

включены больные с легким контролируемым течением БА, получавшие регулярно противовоспалительную базисную терапию в течение не менее 1 месяца до включения в исследование. Проводили изучение функции внешнего дыхания, на аппарате общей плетизмографии с компьютерной спирометрией, проведение пробы с бронхолитиком. Сосудодвигательную функцию эндотелия исследовали методом реактивной гиперемии на плечевой артерии. Иммуноферментный анализ проводили для определения в плазме крови ИЛ-4, ИЛ-6. Изучение содержания С-реактивного белка в плазме крови будет определено методом твердофазного иммуноферментного анализа.

Результаты: При изучении маркеров воспаления в период обострения БА среднетяжелого и тяжелого течения (нестероидозависимой и стероидозависимой) в плазме крови показано достоверное увеличение уровней провоспалительных цитокинов ИЛ-6, ИЛ-4. При среднетяжелом течении заболевания основными «виновниками» в течение и поддержании воспалительного процесса являются: ИЛ-4, ИЛ-6, а при тяжелой БА (нестероидозависимой и стероидозависимой) и уровень СРБ в плазме периферической крови. Независимо от периода обследования содержание ИЛ-4 в плазме крови оставалось повышенным в сравнении с контролем во всех группах, в том числе и в группе больных с легким течением заболевания. Известно, что ИЛ-4 является мощным регулятором функции эндотелиальной клетки. При оценке вазодилатации на пробу с гиперемией у больных БА было установлено, что на пике пробы процент изменения диаметра ПА (плечевой артерии) к исходному в группе с тяжелой БА (нестероидозависимой и стероидозависимой) был достоверно меньше в сравнении с контролем ($p < 0,05$).

Выводы. У больных бронхиальной астмой, по сравнению с контрольной группой, регистрируются признаки системного воспаления: повышение уровней цитокинов (ИЛ-4, ИЛ-6), С-реактивного белка в плазме периферической крови, нарастающих с тяжестью заболевания. Полученные результаты изменения диаметра ПА свидетельствуют, что развитие эндотелиальной дисфункции – ранее событие при БА, о чем свидетельствует высокий уровень ИЛ-4.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ СИНДРОМА ШЕРШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА СРЕДИ ДЕВОЧЕК УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

**Таджиева Г.А., Мирхайдарова М.Д., Ахмедова Ш.У.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Синдром Шершевского-Тернера встречается с частотой 1:2000-2500 новорожденных девочек, относится к врожденным формам гипергонадотропного гипогонадизма и обусловлен различными вариантами хромосомных нарушений.

Цель. Изучить частоту встречаемости СШТ среди девочек узбекской популяции, по сравнению ретроспективного анализа.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ (с 2010 по 2015 гг) 144 госпитализированных больных СШТ в клинику РСНПМЦЭ, а также за период 2010-2014 гг. в клинику РСНПМЦЭ обратились 327 девочек с задержкой роста и полового развития, из них у 67 подтвержден диагноз СШТ по данным кариотипирования. У 50 вновь выявленных пациенток (1 группа: моносомия, n=26, 2 группа: мозаицизм, n=24) произведено клинико-биохимические, гормональные и молекулярно-генетического исследования, а также проведены функциональные методы диагностики (УЗИ, ЭКГ, МРТ). 19 пациенток были старше 20 лет. Кариотипирование проводилось общепринятым стандартным методом. Состояние внутренних половых органов, сердца, щитовидной железы и почек оценивалась с помощью ультразвукового исследования на аппарате АЛОКА 1700 (Япония) с использованием секторальных или линейных датчиков 50 МГц.

Результаты: По результатам исследования частота встречаемости вариантов хромосомных нарушений у госпитализированных обследованных девочек узбекской национальности была представлена в следующем порядке: моносомия (45XO)-35,4%; мозаицизм -53,8%(45XO/46XX- 52,3 %; 45X/XU- 1,5%); структурные хромосомные нарушения-9,2%(45XO/46XX (izoXq)-7,7%; 46XX/45XOder(x)/45XO-1,5%).

По результатам УЗИ матки и яичников наиболее выраженное отставание в половом развитии отмечалось у девочек с моносомией (гипоплазия матки 3 степени у 10%, аплазия матки у 90%). При мозаицизме степень развития внутренних половых органов варьировала в пределах гипоплазии 1 и 3 степени, но превалировала больше гипоплазия 3 степени (56,3%).

При УЗИ сердца и почек выявили следующие варианты дисэмбриогенеза при моносомии: ВПС – 7,2%, сужение аорты- 3,6%, незаращение Баталового протока у 5,4% патология со стороны почек у 19%; при мозаицизме – 3,1% : 1,6% : - : 8 % соответственно.

Результаты: УЗИ щитовидной железы выявили при моносомии АИТ в 21,8%; при мозаицизме – АИТ у 15,6% и диффузный зоб 1-2 степени у 68,75%.

Выводы. 1. Частота встречаемости СШТ среди девочек узбекской популяции с задержкой физического и полового развития составила 20,7%. Позднее выявление и диагностика данного синдрома подтверждена периодом постановки диагноза у 64,3% в пубертатный период (11-18 лет), у 32,7% в допубертатный период (3-11 лет), у 3,0% пациенток на первом году жизни.

2. В узбекской популяции у девочек с СШТ стоящих на учете в ОЭД в основном выделены следующие типы кариотипа: моносомия (45XO) – 51,6% мозаичные варианты в 40,8% случаев (45XO/46XX- 29,0%; 45XO/46XU-7,5%; 45XO/47XXX-4,3%); и структурные хромосомные нарушения – 7,6 % (46XizoXq- 5,4%; 46XX (izoXq) -1,0%; 45XO/46Xr(X) – 1,0%).

ФАКТОРЫ РИСКА И ЧАСТОТА ОСНОВНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ И ФЕНОТИПИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕВОЧЕК С СИНДРОМОМ ШЕРШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА

Таджиева Г.А., Ахмедова Ш.У.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Клиническое разнообразие симптомов характерных для синдрома Шершевского-Тернера (СШТ) требует интеграции врачей различных специальностей с целью максимального улучшения качества жизни больных и полной социальной адаптации в обществе.

Цель. Изучить этиопатогенетические аспекты СШТ у девочек, с учетом частоту основных клинических и фенотипических нарушений.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ (с 2010 по 2015 гг) 144 госпитализированных больных СШТ в клинику РСНПМЦЭ, а также за период 2010-2014 гг.в клинику РСНПМЦЭ обратились 327 девочек с задержкой роста и полового развития, из них у 67 подтвержден диагноз СШТ по данным кариотипирования. У 50 вновь выявленных пациенток произведено клинико-биохимические, гормональные и молекулярно-генетического исследования, а также проведены функциональные методы диагностики (УЗИ, ЭКГ, МРТ).

Результаты: В анамнезе у матерей больных с СШТ отмечали: самопроизвольные выкидыши (до 22 недель гестации) у 12 (17,9 %), угроза прерывания беременности у 15 (22,4 %), внутриутробная задержка роста и развития плода у 22 (32,8 %), преждевременные роды недоношенным плодом (в сроках 28-32 недели гестации) у 19 (28,4 %), асфиксия в родах у 31 (44,7%).

Наблюдалась следующая частота основных клинических и фенотипических нарушений у девочек с СШТ: задержка роста (93,8%), признаки овариальной дисгенезии (95,3%); короткая шея (26,1%); низкий рост волос (23,0%); крыловидные складки шеи (10,8%); высокое небо (12,3%); микрогнатия (4,6%); эпикант (12,3%); косоглазие (6,1%); широкая грудная клетка (23,0%); гипертелоризм (26,1%); деформированная грудная клетка (3,0%); множественные пигментные невусы (10,7%); деформация Маделунга (4,61%); варусная деформация ног (3,0%).

Частота встречаемости врожденных пороков развития у девочек с СШТ(%): Врожденная тугоухость (4,2), Патология МВС (увеличение ЧЛС, конгломераты солей почек, дополнительная хорда, единственная почка) (27), ВПС (сужение аорты, незаращение Баталового протока (10,4), Хронические гнойные отиты среднего уха (40), Задержка психомоторного развития (52), Олигофрения (9,2).

Выводы. 1. Характерные для СШТ основные клинические проявления задержки роста и дисгенезия гонад у девочек узбекской популяции выявлены у всех пациенток (100%). Наиболее часто встречающиеся фенотипические

признаки характерные для СШТ у девочек узбекской популяции следующие: готическое небо встречается у 60%, вдавленная грудная клетка, гипертелоризм у 74%, эпикант у 39%, что отличается от данных других авторов по частоте встречаемости данных признаков у девочек европейской популяцией.

2. Частота встречаемости врожденных пороков развития при моносомии составила: ВПС в 7,2% случаев, патология МВС в 19%, , врожденная тугоухость в 3,2%, хронические гнойные отиты в 25%, олигофрения в 9,2%, а в группе смозаицизмом: 3,1%, 8%, 2%, 15%, - соответственно. Патология гипофиза при моносомии встречается в 100% случаев, а при мозаицизме в 59% случаев СШТ.

СТРУКТУРА ЭТИОЛОГИИ НЕВРИТА ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА У ДЕТЕЙ

Тайлакова К.Б., Хамраева Л.С.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Воспалительные заболевания зрительного нерва могут приводить к его частичной или полной атрофии. Удельный вес таких осложнений в общей структуре заболеваемости органа зрения составляет 8,6-21%, а у детей 12-19,7%.

Цель исследования. Оптимизация методов диагностики и лечения детей с заболеваниями зрительного нерва.

Материал и методы исследования. Нами обследовано 40 больных с воспалительными заболеваниями зрительного нерва, находившихся на стационарном лечении в глазном отделении клиники ТашПМИ за период с 2010 по 2015 годы в возрасте от 3 до 16 лет.

Результаты и обсуждение. Из обследованных больных мальчиков было 11 (27,5%), девочек 29 (72,5%). Все больные были распределены по возрасту. Наибольшую часть составили девочки в возрастной группе 3-7 лет. Из 40 детей, находившихся под нашим наблюдением, 28 имели двустороннее поражение зрительного нерва (70%), у 12 (30%) детей наблюдался односторонний неврит зрительного нерва.

В результате ретроспективного анализа с целью изучения причинных факторов и факторов риска развития неврита зрительного нерва были изучены анамнестические данные, связь начала заболевания с перенесенными простудами или инфекционными заболеваниями, наличие сопутствующей ЛОР патологии или неврологической симптоматики, изучалась наследственность и наличие кровного родства между родителями наблюдаемых больных. Были изучены результаты лабораторно – инструментальных исследований. У 32,5% больных выявлена связь между появлением симптомов оптического неврита и перенесенными ОРВИ, у одного больного неврит зрительного нерва возник

после перенесенного оптохиазмального лептоменингита, оптохиазмального арахноидита (2,5%), у некоторых больных имелась патология ЛОР органов в виде синуситов (32,5%), хронического тонзиллита (12,5%). В некоторых случаях (2,5%) невриту зрительного нерва сопутствовал церебральный арахноидит, энцефалит (2,5%), гипоксическо - ишемическая энцефалопатия (2,5%). При исследовании крови пациентов на TORCh инфекции у 32,5% больных выявлен положительный результат на ЦМВ IgG и IgM у трех больных, у 25% больных положительный результат на ВПГ IgG и IgM у одного ребенка, вирус генитального герпеса (2,5%). Rubella IgG положителен у двух детей. Уреаплазма IgG (2,5%). Микопlasма пневмония IgG (2,5%). Бруцеллез выявлен у одного ребенка. Один больной являлся носителем ВГВ. Встречалась также комбинация нескольких причинных факторов у одного и того же больного (30%). У одного ребенка нейроретиоретинит был связан с идиопатическим двухсторонним гранулематозным панувеитом (синдром Фогта-Коянаги-Харада). Вялотекущий хронический нейроувеит при наследственной фибриллиннопатии (Синдром Билса) выявлен у 2,5% больных.

Выводы. Оптическим невритом чаще болеют девочки в возрастной группе 3-7 лет. Чаще наблюдается двустороннее поражение. Неврит зрительного нерва вирусной этиологии составляет 70% всех случаев. Оптический неврит риногенной этиологии - 20% и неврит смешанной этиологии - 10% всех случаев неврита зрительного нерва.

ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (клиника)

Тангибаева Ю.Ш., Абдуразакова З.К.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность проблемы. Ювенильный идиопатический артрит - наиболее тяжёлая и инвалидизирующая форма хронической патологии у детей и подростков. Ранняя диагностика и лечение идиопатического артрита у детей - одна из наиболее актуальных проблем педиатрии. Одной из особенностей ревматических болезней у детей является раннее развитие инвалидности, степень которой, как и качество жизни ребенка, а также возможность его социальной, психологической и профессиональной адаптации в дальнейшем определяют именно своевременность начала и адекватность проводимого лечения.

Цель исследования. Изучить клинические особенности и возможность оценки течения ювенильных артритов в зависимости от тяжести и длительности заболевания.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 20 больных с ювенильным идиопатическим артритом в возрасте от 4 до 18 лет,

госпитализированные в кардиоревматологическое отделение клиники ТашПМИ из них 11 мальчиков (55%) и 9 девочек (45%). Продолжительность заболевания составило от 2,5 мес. до 7,5 лет. Диагноз ювенильный идиопатический артрит устанавливали при наличии не менее 4 основных диагностических критериев артрита.

Результаты: Проведенные нами комплексные исследования показали, что у 13 детей (65%) диагностирована суставная форма заболевания, а у 7 детей (35%) суставно – висцеральная форма. Среди больных преобладало медленно прогрессирующее течение заболевания у 7 детей (35%), а быстро прогрессирующее - у 3 больных (15%), острое течение у 4 больных (20%), под острое течение у 6 больных (30%). При объективном обследовании у больных отмечалось: жалобы: на слабость у 15 больных (75%), боли в суставах у 20 детей (100%), припухлость и ограничение движений у 18 больных (90%), утренняя скованность у 14 больных (70%), контрактура пораженных суставов у 6 (30%), деформация пораженных суставов у 5 больных (25%).

Вывод. Таким образом, среди больных преобладало медленно прогрессирующее течение и по клиническим признакам контрактурные и деформативные поражение суставов развивалось у детей с ювенильным идиопатическим артритом в зависимости от продолжительности и течения болезни.

РИГИДНОСТЬ СКЛЕРЫ У ДЕТЕЙ ПРИ СИЛЬНЫХ И СЛАБЫХ ВИДАХ РЕФРАКЦИИ

Ташмухамедов А.А., Хамраева Л.С.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. До настоящего времени представления об исполнительных механизмах и теории аккомодации не однозначны. В настоящее время отсутствует общая классификация механизмов аккомодации, что не позволяет комплексно и более эффективно корректировать аномалии рефракции.

Поэтому изучение ригидности склеры при аномалиях рефракции у детей внесет ясность в патогенез аккомодации, а следовательно, и в теорию рефрактогенеза, что позволит восполнить данный пробел.

Цель исследования. Определение ригидности склеры у детей присильных и слабых видах рефракции

Материал и методы исследования. Клиническое исследование проводилось в отделении офтальмологии клиники ТашПМИ и основано на результатах обследования 30 больных (60 глаз) – основная группа, с различными аномалиями рефракции (миопия, гиперметропия, астигматизм).

Возраст наблюдаемых больных варьировал от 3 до 16 лет (средний возраст составил $10,2 \pm 2,7$ лет). Количество мальчиков – 19(63,3%), девочек -11(36,7%).

Для сравнения была взята контрольная группа из 20 детей (40 глаз), без глазной патологии и с эметропической рефракцией. Возраст и пол детей были идентичны таковым показателям основной группы.

Величину напряжения (P) оболочек глаза вычисляли по формуле Лапласа.

Истинное ВГД (P_0) определяли по методу Фриденвальда, передне-задний размер (ПЗР) глаза и центральную толщину роговицы (ЦТР)— на ультразвуковом аппарате Ocuscan RXP («Алкон», США).

Статистическая обработка результатов исследования включала нахождение суммы, средних значений и процентного выражения числовых показателей с помощью программы Microsoft Office Excel 2013.

Результаты и обсуждение. Среднее значение P_0 в обеих группах было в пределах нормы. Но некоторые различия в показателях мы все же отметили, например у детей с гиперметропией P_0 было более высоким ($15,44 \pm 1,1$ мм.рт.ст), а у детей с миопией высокой степени наименьшим ($8,8 \pm 0,5$ мм.рт.ст.).

При анализе показателей P_0 , ЦТР и ПЗР глаза в зависимости от рефракции, мы получили следующие результаты у детей с гиперметропической рефракцией P_0 было равно $15,44 \pm 1,1$ мм.рт.ст, ЦТР= $564,75 \pm 11,03$ мкм, ПЗР= $22,45 \pm 0,1$ мм; у детей с миопией слабой степени P_0 $11,4 \pm 1,0$ мм.рт.ст, ЦТР= $538,37 \pm 10,21$ мкм, ПЗР= $23,3 \pm 0,7$ мм; у детей с миопией средней степени P_0 $11,1 \pm 0,77$ мм.рт.ст, ЦТР= $537 \pm 22,6$ мкм, ПЗР= $23,7 \pm 0,35$ мм; детей с миопией высокой степени P_0 $8,8 \pm 0,5$ мм.рт.ст, ЦТР= $570 \pm 7,8$ мкм, ПЗР= $25,8 \pm 1,5$ мм; детей с эметропией (контрольная группа) P_0 $11,8 \pm 0,5$ мм.рт.ст, ЦТР= $532,5 \pm 9,9$ мкм, ПЗР= $23,0 \pm 0,1$ мм соответственно.

Результаты: свидетельствуют о следующем, чем толще роговица и чем длиннее ПЗР глазного яблока, тем сильнее рефракция данного глаза (миопия высокой степени) и ниже истинное ВГД. Ригидность склеры у детей контрольной группы (эметропическая рефракция) была равна $127,8 \pm 41$ мм.рт.ст.; у детей с гиперметропией $162,61 \pm 2,7$ мм.рт.ст.; миопией высокой степени $98,6 \pm 2,1$ мм.рт.ст.;

Выводы. 1. Таким образом, высокая ригидность склеры отмечена у детей с гиперметропической рефракцией и низкая при миопии высокой степени.

2. Показатели ригидности склеры объясняют отдельные звенья патогенеза миопии и её прогрессирования, что необходимо учитывать для профилактики осложнений.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПЕРЕНОСИМОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ИНКРЕТИНОВОГО РЯДА АГПП1 - ЛИРАГЛУТИДА (ВИКТОЗЫ) ПРИ СД 2 ТИПА

Тилляшайхова И.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: Оценка эффективности и переносимости применения препарата аГПП-1 Лираглутида (Виктозы) на состояние углеводного обмена у больных с СД 2 типа

Материалы и методы исследования : Всего в исследование было включено 14 больных с СД 2 типа, из них 6 мужчин и 8 женщин, с избыточным весом и ожирением, в возрасте от 45 до 65 лет, не компенсированные на ПОСТ с или без инсулинотерапии. Продолжительность заболевания в среднем $13,2 \pm 2,6$ лет . 1 пациент был на монотерапии Метформин, 1 пациент был на комбинированной терапии Метформин с СМ с Инсулином, 12 пациентов получали Метформин с Инсулином.

Оценивали: глюкозу крови натощак и через 2 часа после еды, уровень гликированного гемоглобина (HbA1c %). Анализировали частоту побочных явлений, связанных с исследуемым препаратом. Повторное обследование проводили через 3 месяца. Оценку компенсации проводили согласно критериям EASD от 2012-2015г.

Результаты: исследования и их обсуждение : Анализ результатов показал, что добавление препарата Лираглутид аГПП-1 в терапевтической дозе от 1,2 мг до 1,8 мг в день в течение 3 месяцев в комбинации с метформин и базальной инсулинотерапией достоверно снижает уровень глюкозы натощак на 3 ммоль/л (23%) и постпрандиальный уровень глюкозы на 2,7 ммоль/л (18,4%), уровень гликированного гемоглобина (HbA1c %) с момента лечения препаратом аГПП-1 (Виктозы) снизился на 1,5 %. Гипогликемических состояний не отмечалось ни у одного больного за период исследования. Побочные явления наблюдались у 10 (71%) пациентов в начале лечения в виде незначительной тошноты, у одного больного была диарея, к концу лечения ни у одного из пациентов не наблюдалось никаких побочных явлений.

Выводы : результаты исследования показали, что у больных с СД 2 типа с повышенным ИМТ и ожирением применение препарата аГПП-1 Лираглутида (Виктоза) в тройной комбинации с метформин и базальным инсулином в течение 3 месяцев достоверно снижает уровни глюкозы натощак и постпрандиально, что подтверждается значительным снижением уровня гликированного гемоглобина на 1,5%. Подтверждена высокая степень переносимости препарата в терапевтических дозах. Более активное использование при лечении СД 2 типа с ожирением агонистов рецепторов ГПП-1 в дебюте заболевания дает возможность существенно и безопасно улучшить комплексный контроль СД 2 типа на ранних стадиях заболевания.

БОЛАЛАР ШИКАСТЛАНИШИНИ ОЛДИНИ ОЛИШДА МАКТАБ ХАМШИРАСИ ИШИНИ ТАШКИЛЛАШТИРИШ

Тўхтаева Д.М., Назарова С.К.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент ш., Ўзбекистон

Мавзунинг долзарблиги: Шикастланиш – жамоат саломатлиги ва соғлиқни сақлаш тизимидаги муҳим муаммодир.

Утказилган натижаларга кўра, 2000 йилда ер юзида беш миллион аҳоли шикастланиш сабабли нобуд бўлган, бу эса умумий ўлимнинг 9%ни ташкил этган. Хар йили 950 000 болалар шикастланиши юзага келади, уларнинг, 85%и болаларўлимига сабаб бўлмоқда.

Тадқиқотнинг мақсади: Болаларни мактабда шикастланишини олдини олишда мактаб хамширасининг роли ва аҳамиятини аниқлаш.

Тадқиқот материаллари, усуллари: анкета сўровномалар, интервьюва статистик, социологик, аналитик таҳлил.

Олинган натижалар: Болалар шикастланишини олдини олишда мактаб хамшираси роли ва вазифалари юзасидан ўтказилган илмий тадқиқот ишлари якуни, ўрганиб чиқилгана дабиётлар мушоахаси, мавжуд меёрий ҳужжатлар, статистик таҳлиллар шуни курсатдики, болалар баркамол ривожланиши, ҳаёт кувончларидан завқ олишлари учун биринчи навбатда уларнинг аклий ва жисмоний соғлом бўлиши даркор. Болаларда шикастланишларнинг барча турлари ичида мактабда олинган жароҳатлар муҳим ўринлардан бирини эгаллашини кўрсатди. Мактаб шикастланиши асосан синфда, мактаб ҳовлисида юз бериши ва бунга қуйидагилар сабаб бўлиши мумкинлиги аниқланди:

-болаларнинг асаб - рухий хусусиятларининг шаклланиши;

- мактабдаги ноқулай маиший шароитлар;

-ўқувчилар тарбияси масалаларига педагогларнинг паст даражадаги ёндошуви, уларнинг бўш вақтларида назоратнинг йўқлиги ва мактаб хўжалигидаги камчиликлар.

Хулоса: Ёш авлод саломатлигини муҳофаза қилиш, ўқувчиларда ташқи муҳитда яшаш, хавфсизлик кўникма чораларни ўргатишда, жароҳатланишни олдини олишда мактаб хамшираси жамоатчилик билан ҳамкорликда кенг кўламли фаолият олиб бориши керак. Фавқулотдаги ҳолатларда, шикастланишда малакали тиббий ёрдам бериш учун хамширалар тегишли касбий билим ва амалий кўникмаларга эга бўлишлари шарт. Болаларда шикастланишларни олдини олиш буйича мактаб хамширалари, ота-оналар, уқитувчилар ва уқувчилар учун услубий тавсиялар ишлаб чиқилмоқда.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА, ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ ПИЩЕВЫХ ТОКСИКОИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

Тошпулатов С.А., Мирисмоилов М.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность: В республике Узбекистан проблема инфекционных заболеваний, в том числе пищевых токсикоинфекции (ПТИ) является актуальной по своей социальной и экономической значимости. Несмотря на проведение противоэпидемических мероприятий, сохраняется высокая частота и распространённость пищевых токсикоинфекций, обусловленной стафилококком, стрептококком, протейями, клостридиями.

Сложности решения проблемы ПТИ связаны с рядом особенностей и отличающиеся от других кишечных инфекции: большим разнообразием клинической формы, полиэтиологичности возбудителя. В настоящее время недостаточно изучены особенности клинического течения ПТИ у детей.

Цель исследования: Изучить клинические особенности и течение больных детей с ПТИ.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 88 детей с острыми кишечными инфекциями в возрасте от 1 до 14 лет.

Результаты: исследований: Проведен анализ историй болезни и текущее наблюдение 88 детей с острыми кишечными инфекциями в возрасте от 1 до 14 лет. Диагноз острой кишечной инфекции ставился на основании данных эпидемиологического анамнеза, острого начала заболевания, наличие синдрома интоксикации, данных бактериологического исследования. Диагноз сальмонеллез подтверждён у 14, острой дизентерии Флекснера у 5 больных. В связи с отрицательным бактериологическим и серологическим исследованием при наличие эпидемиологического анамнеза и клиники 64 больных поставлен диагноз ПТИ. Преобладающими симптомами ПТИ было жидкий стул, тошнота, рвота, метеоризм. Продолжительность симптомов колебались от 2 до 3 дней.

Необходимо отметить наличие болей в животе у 55% больных, длительность болей продолжалось до 2-4 суток, интоксикация сохранялась в среднем до 3-х дней, явление эксикоза исчезали несколько раньше на 2- 3 сутки.

Вывод: Таким образом, можно отметить, что клиническая картина заболевания ПТИ зависит от свойства возбудителя, от массивности доз возбудителя, его вирулентности и токсигенности.

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ХОРИОРЕТИНАЛЬНЫХ ДИСТРОФИЙ У ДЕТЕЙ С МИОПИЧЕСКОЙ РЕФРАКЦИЕЙ

Тошпулатов С.О., Туракулова Д.М.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Миопия является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний глаза. Периферические хориоретинальные дистрофии сетчатки встречаются часто у людей с миопией, так как в патогенезе возникновения дистрофии играет роль растяжение склеральной оболочки. При этом возникают трофические изменения в сетчатке, которые в 2,8-44% осложняются регматогенной отслойкой сетчатки.

Целью исследования: изучение структуры встречаемости периферических хориоретинальных дистрофий сетчатки при миопической рефракции.

Материалы и методы исследования: было обследовано 40 детей с миопической рефракцией. Возраст детей варьировал от 8 до 16 лет, средний возраст составил 12 лет.

Всем больным проводились офтальмологические методы исследования: визиометрия, скиаскопия, А-В скан обследования, обратная офтальмоскопия на щелевой лампе с помощью линзы VOLK DOUBLE ASPHERIC 90D с предварительным 3х кратным закапыванием 1% мидриацила для максимального расширения зрачка.

Результаты исследования: миопия слабой степени была обнаружена у 7 (17.5%), средней степени 13 (32.5%), высокой степени у 20 (50%) больных. Данные А сканирования показали, что ПЗР при миопии слабой степени в среднем составляет 24,6 мм, при миопии средней степени 25,1 мм и высокой степени 26,3 мм.

При офтальмоскопии в периферических отделах сетчатки при миопии слабой степени выявлена патологическая гиперпигментация у 2 (28.6%) больных, у 1 (14.3%) больного след улитки, патологии не обнаружено у 4 (57.1%), при миопии средней степени патологическая гиперпигментация у 5 (38.5%) больных, решетчатая дистрофия у 4 (30.8%) больных, при миопии высокой степени у 11 (55%) больных патологическая гиперпигментация, решетчатая дистрофия у 5 (25%) больных, у 2 (10%) больных след улитки, и у 1 (5%) больного клапанный разрыв сетчатки.

Заключение: возникновение периферических хориоретинальных дистрофий часто пропорционально степени близорукости и увеличением передне - задней оси глаза. Возникновение данных изменений можно объяснить патологическим растяжением склеры или слабостью склеральной ткани.

СУД ТИББИЁТИ АМАЛИЁТИДА АЛКОГОЛ ВА УНИНГ СУРРОГАТЛАРИДАН ЗАХАРЛАНИШЛАРНИ ЭКСПЕРТ БАХОЛАШ

Тўйчиев С.Р., Рўзиев Ш.И., Отакулов С.И.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент ш., Ўзбекистон

Мавзунинг долзарблиги: Маълумки бутун дунёда бугунги кунда спиртли ичимликлар истеъмол қилиш ва оқибатда улардан захарланишлар кузатилмоқда, натижада суд тиббий экспертлар олдида бир қатор кийинчиликлар туғдирмоқда. Бугунги кунсуд тиббиётидаянги замонавий усуллардан фойдаланиб эксперт баҳо бериш давр талабига айланмоқда.

Замонавий суд тиббиёти экспертизаси олдида қўйиладиган саволлар уларнинг суд тиббий текширувларини мураккаблаштирмоқда. Шундан келиб чиқиб суд тиббий экспертлардан ҳам янги замонавий текшириш усулларини ишлаб чиқиш талаб этилмоқда.

Алкоголдан захарланиш оқибатида ўлим содир бўлган ҳолларда суриштирув тергов органлари томонидан суд тиббий экспертлар олдида қўйиладиган саволлар қўйилади: ўлим тури, ўлим вақти ва ўлимнинг асосий сабаблари.

Шуларни инобатга олган ҳолда суд тиббиёти амалиётида алкоголь ва унинг суррогатларидан захарланишлар ҳолатларида қўшимча текширув усулларини ишлаб чиқиш ва уларга суд тиббий баҳо бериш жуда муҳим ҳисобланади.

Тадқиқот мақсади: Алкогол ва унинг суррогатлари билан захарланишларни ташхислашда қўшимча текшириш усулларидан фойдаланиб, суд-тиббий баҳо бериш.

Тадқиқот объекти: Материал сифатида Тошкент шаҳар СТЭ бюроси 2-филиалида 2013-2016 йиллар давомида 36 нафар 18-55 ёшлардаги эркек ва аёл жинсига мансуб алкоголь ва унинг суррогатлари билан захарланиш натижасида вафот этган мурдаларнинг эксперт хулосалари ва уларнинг суд кимёвий таҳлил натижалари олинди.

Текширув усули: Текширув усули сифатида ушбу эксперт хулосаларининг ретроспектив таҳлилидан фойдаланилди.

Текширув натижалари: Текширувларимиз жараёнида таҳлил натижаларини осонлаштириш мақсадида мурдаларни ёшига ва жинсига боғлиқ ҳолда махсус бўлиб чиқдик. Бунда жинсга боғлиқ ҳолда текширувларимизда 36 нафар алкоголь ва унинг суррогатларидан захарланиш оқибатида вафот этган мурда экспертиза хулосаларидан 20 (55,6%) нафари эркек ва 16 (44,4%) нафари аёл жинсига мансуб.

Ёшга боғлиқ ҳолда алкоголь ва унинг суррогатларидан захарланиш натижасида вафот этган мурдалар экспертиза хулосалари гуруҳларга ажратилганда 18-25 ёшгача бўлган мурдалар 13 (36,1%) тани ташкил қилган бўлса, 30-55 ёшгача мурдалар сони эса 23 (63,9%) тани ташкил қилди.

Шунингдек, алкоголь ва унинг суррогатларидан захарланиш натижасида вафот этган мурдаларнинг суд кимёвий текширув натижалари таҳлил

қилинганда 18-25 ёшгача бўлган мурдалар қонида алкоголь миқдори 2,5 – 4,0 ‰ ни ташкил қилган бўлса, 30-55 ёшгача мурдалар қонида эса 3,7- 6,5 ‰ ни ташкил этди. Бундан кўриниб турибдики кўп ҳолатларда алкогольдан ўткир захарланишлар ва унинг натижасида ўлим ҳолатлари юз беради.

Хулоса: Хулоса ўрнида шуни таъкидлаш лозимки, энг аввало алкоголь ва унинг суррогатларидан захарланиш асосан жинсга ва ёшга боғлиқ. Бу эса суд тиббиётида алкоголь ва унинг суррогатларидан захарланишларда ўлимдан кейинги ташхисида қўшимча омил сифатида баҳоланиши мумкин.

ЧАСТОТА И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОЛИАРТРИТА У ПОДРОСТКОВ-БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В

**Турсунов А.У., Назарова З.Ш., Соипова Г.Г., Мамажалилова Д.Х.,
Джумабоев Т.З.
Андижанский Государственный медицинский институт,
г.Андижан, Узбекистан**

Введение: При хроническом гепатите и циррозе печени вирусной этиологии наряду со специфическими клиническими проявлениями поражения печени выявляются изменения в суставах свойственные ревматическим болезням.

Цель исследования: Изучение особенностей течения полиартрита у подростков - больных хроническим вирусным гепатитом В выраженной степени активности в фазе репликации вируса.

Материалы методы исследования: Обследовано 165 подростков, находившихся на стационарном лечении. Из них юношей -100, девушек- 65. Диагноз хронический вирусный гепатит В выраженной активности был подтверждён клиническими, биохимическими и иммунологическими данными. Давность заболевания составила 3-5 лет.

Результаты исследования: Полиартрит наблюдался у 10% юношей и 18% девушек. Основными проявлениями суставного синдрома были: боли в суставах, которые наблюдались у 20% юношей и 22,8% девушек, боли в костях – у 15% и 18%, боли в мышцах конечностей - у 10% и 14,3%, утренняя скованность – у 10,0% и 14,3% юношей и девушек соответственно. Юноши чаще отмечали боли в тазобедренных, коленных и локтевых суставах, девушки в коленных, голено- стопных, локтевых и лучезапястных. Поражение было симметричным. Кроме того, у 15% юношей и 35,7% девушек было отмечено повышение активности осадочных проб и С-реактивного белка. При ультразвуковом исследовании и обследовании на ядерно- магнитном резонансе у 1 девушки имелись признаки остеопороза и у 1 юноши начальные признаки остеомаляции. У остальных подростков грубых анатомических изменений отмечено не было.

При лечении данных больных по традиционной схеме лечения гепатита В с назначением противовирусных, иммуномодулирующих препаратов и гепатопротекторов было отмечено исчезновение проявлений суставного синдрома.

Выводы: Одним из системных проявлений хронического вирусного гепатита В выраженной активности у подростков является суставной синдром, который с большей частотой наблюдается у девушек, чем у юношей и данный синдром при лечении не требует назначения специфических препаратов.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА С ПОМОЩЬЮ КОМПЛЕКСНЫХ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Турсунова Ш.Ш., Фазылова С.А.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность работы. К настоящему времени в отечественной и зарубежной литературе накопился определенный опыт применения эхографии в диагностике различных аномалий в конце первого триместра беременности. На сегодняшний день первичное выявление грубых, не совместимых с жизнью аномалий развития плода в Республике проводится на уровне первичного звена здравоохранения, а уточняющая диагностика проводится на уровне специализированных скрининг и перинатальных центров.

Цель исследования - изучение возможностей ультразвукового исследования в конце первого триместра беременности на уровне первичного звена здравоохранения для выявления врожденных пороков развития плода, согласно стандартам ультразвукового исследования в акушерстве.

Материалы и методы исследования. В основу настоящего исследования положены результаты исследования с 2014 по 2015 гг. За этот период ультразвуковое исследование в сроки от 11 до 13 (+6 дней) недель было проведено у 210 пациенток, прошедших обследование в центральной районной поликлинике Юнус-Абадского района г.Ташкента, ООО MDS-сервис.

Результаты и обсуждение. В результате проведенных исследований акрания плода диагностирована у 2-х беременных женщин (1%), экзенцефалия у одной (0,5%). У 5(2,5%) беременных женщин выявлено расширение воротникового пространства у плода, и они были направлены на комплексное пренатальное обследование в скрининг центр. Кистозная гигрома шеи плода у 1(%), у одного отмечалось сочетание кистозной гигромы и обструкции нижнего уровня, сопровождающийся мегатистисом и умеренным двухсторонним гидронефрозом, у 3-х (1,4%) женщин диагностирована внутриутробная гибель эмбриона/плода, в двух случаях из которых она сочеталась с кистой пуповины. 7 (3,3%) беременным женщинам ультразвуковое исследование было произведено на сроках 9-10 недель в связи с угрозой выкидыша, при этом у

эмбрионов отмечалось грыжевое выпячивание в области передней брюшной стенки в месте выхода пуповины и ниже. При динамическом ультразвуковом контроле на ультразвуковых аппаратах экспертного класса на сроке 11-12 недель в 5-х случаях дефектов передней брюшной стенки не были подтверждены и эти изменения были расценены как физиологические кишечные грыжи эмбриона.

Выводы. Таким образом, внедрение стандартов ультразвукового исследования в конце первого триместра беременности позволяет своевременно формировать группу риска и выявлять аномалии развития плода на уровне амбулаторно-поликлинического звена, что значительно оптимизирует и облегчает деятельность специализированных центров.

КОМПЛЕКСНАЯ ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**Турсунов Б.Ш., Жумабаев Х.Т., Мамарасулова Д.З.,
Рашидова Ш.У.**

**Андижанский Государственный медицинский институт,
г.Андижан, Узбекистан**

Цель исследования: Определить возможности КТ и УЗИ в дифференциальной диагностике различных форм кистозных образований поджелудочной железы (ПЖ).

Материалы и методы: Всего обследовано 100 пациентов (65 женщины и 35 мужчин, в возрасте от 20 до 65 лет) с кистозными образованиями ПЖ разной локализации.

Результаты исследования: Из 100 пациентов у 21 (21%) выявлена серозная цистоаденома с преимущественной локализацией в головке ПЖ. У 37 пациентов - муцинозные опухоли, 37% которых локализовались в теле и хвосте ПЖ, из них у 29 цистоаденомы - 29 (29%) и у 13 - цистоаденокарциномы (13%). При этом выявлены характерные УЗ- и КТ- признаки различных кистозных опухолей ПЖ. Цистоаденомы визуализировались как гипоэхогенные жидкостные образования, правильно циклической формы, с четкими внешними контурами за счет наличия капсулы, толщина которой была неодинакова по периметру опухоли и составляла от 1-2 до 4 мм, чаще с внутрисполостными перегородками. Внутренний контур образований в 53% случаев был неровным за счет различного диаметра полостей и наличия сосочковых разрастаний по внутренней поверхности стенок. Характерным КТ-признаком цистоаденом при в/в болюсном контрастировании являлось «быстрое» контрастирование стенок образований, перегородок и мягкотканного пристеночного компонента. В 57% случаев образования имели нечеткие границы вследствие инвазивного роста опухоли. При ультразвуковой доплерографии внутри опухоли в 45%

наблюдений зарегистрированы сосудистые сигналы артериального типа. У 55% пациентов выявлено вовлечение магистральных сосудов в опухоль. У 6 пациентов кисты были “ложными”. Было выявлено следующее соотношение локализаций кистозных образований поджелудочной железы: в головке - 50%, в теле - 33,3%, хвосте - 16,7% (3:2:1).

Выводы: Применение комплексного УЗИ и КТ с контрастированием позволяет провести дифференциальную диагностику различных форм кистозных образований поджелудочной железы, определить распространенность процесса и, в большинстве случаев, предположить морфологическую принадлежность опухоли, что позволяет выбрать оптимальную хирургическую тактику.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**Турсунов Б.Ш., Жумабаев Х.Т., Мамарасулова Д.З.,
Рашидова Ш.У.**

**Андижанский Государственный медицинский институт,
г.Андижан, Узбекистан**

Актуальность: На современном этапе наибольшее значение в диагностике заболеваний поджелудочной железы (ПЖ) имеет УЗИ, получившее широкое распространение в повседневной клинической практике. Благодаря применению ультразвуковых систем с компьютерной обработкой получаемой информации новейшие ультразвуковые аппараты обладают достаточной разрешающей способностью и гарантируют высокую информативность получаемых изображений с высокой тканевой специфичностью.

Простота и доступность УЗИ в целях диагностики острого и хронического панкреатитов и рака поджелудочной железы выгодно отличает его от других лучевых методов исследования. Важное практическое значение в последние годы приобрели такие ультразвуковые методики, как эндоскопические и лапароскопические УЗИ. Одновременное сложение различных режимов сканирования, использование методик цветного доплеровского картирования и энергетического доплера позволяет с высокой точностью оценить степень кровоснабжения ПЖ и нарушение кровотока по магистральным сосудам эпигастральной области.

Внедрение в практику: Внедрение УЗИ в панкреатологию позволило существенно расширить представление о структурных изменениях, происходящих в ПЖ при различных ее патологических состояниях и определить признаки основных форм и фаз развития острого и хронического панкреатитов с учетом возможных кликоэволютивных вариантов течения заболеваний. Так, острый панкреатит может заканчиваться выздоровлением развитием умеренно выраженного фиброза. Хронический панкреатит, в свою

очередь, может быть активным с преобладанием воспалительных явлений. Повторные рецидивы заболевания усиливают выраженность фиброзных изменений в ПЖ. Использование УЗИ в целях диагностики рака поджелудочной железы позволяет получить в реальном масштабе времени изображение новообразования, определить его объем, структуру и произвести оценку состояния окружающих органов и тканей. Наибольшие трудности возникают в дифференциальной диагностике острого воспаления ПЖ с псевдотуморозной формой хронического панкреатита и карциномой ПЖ.

Выводы: Использование этих методов в едином комплексе обеспечивает высокую степень достоверности диагностики, способствует сокращению сроков обследования больных и назначению адекватных лечебных мероприятий.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВАРЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДНЯ ЖИЗНИ

Тухтаева У.Д., Гулямова М.А.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Микроэкологическая система кишечника у новорожденных детей выполняет исключительную роль в обеспечении многих физиологических функций макроорганизма: участие в обмене веществ, антагонистическая активность против патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, стимуляция формирования иммунной системы новорожденного.

Цель: изучить динамику клинических симптомов функциональных расстройств пищеварения у новорожденных детей с гнойно-септическими заболеваниями в зависимости от дня жизни.

Материалы и методы исследования: под наблюдением находилось 60 новорожденных. Все новорожденные были подразделены на 2 группы: 1-ю составили 30 новорожденных, а 2-я группа 30 новорожденных с гнойно-септическими заболеваниями. Все новорожденные находилось на грудном вскармливании.

Результаты исследования: в ходе наблюдения было установлено, что кишечные колики среди всех функциональных расстройств пищеварения у новорожденных наиболее часто наблюдались в первые 7 дней жизни в 1-й группе, что составило 68%, а во 2-ой они наблюдались в 100% случаев. К 14 дню количество детей с коликами уменьшилось в 1-й группе до 32%, а во 2-ой 86%. Метеоризм в первые 7 дней жизни преобладал у новорожденных во 2-ой группе, что составило 88%, а в 1-ой 60%. На 14 день жизни метеоризм наблюдался у одинакового количества детей в обеих группах по 33%. Частота

срыгивания у детей в 1-й группе наблюдалось у 40% ,а во 2-ой у 68% новорожденных. Количество детей со срыгиванием к 14 дню было одинаково в обеих группах, что составило по 73% детей. Запоры у новорожденных в первые 7 дней жизни отмечались как в 1-ой, так и во 2-ой группах у одинакового количества детей по 16%. На 14 день жизни количество детей с запорами увеличилось в 3 раза у детей во 2-ой группе -48%, а в 1-ой группе их число оставалось в том же количестве-16%. Патологические примеси в первые 7 дней жизни наблюдались в 1-ой группе у 57%, а во 2-ой у 97% детей. На 14 день жизни количество детей с патологическими примесями в стуле увеличилось во 2-ой группе до 100%, а в 1-ой оставалось прежним.

Выводы: таким образом, клинические симптомы функциональных расстройств пищеварения чаще наблюдались в группе новорожденных с гнойно-септическими заболеваниями. Из них впервые 7 дней жизни преобладали метеоризм и колики. На 14 день жизни запоры. Патологические примеси в стуле наблюдались впервые 7 дней жизни и на 14 й дни жизни. Возможно, дисбиотические нарушения связаны с применением новорожденным антибиотикотерапии.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.

Уалиева В.Д., Туракулова Д.М.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Различные неврологические нарушения, выявляемые у детей с первых дней жизни: синдром двигательных нарушений, судорожный, гидроцефальный синдромы относятся к последствиям ППЦНС. У 25% детей с неврологическими заболеваниями отмечают зрительные нарушения, значительно утяжеляющие клиническую картину заболевания.

Вследствие патологии двигательных функций, имеющей место у больных с заболеваниями нервной системы с первых дней жизни, нарушается формирование зрительного восприятия. К сожалению, патология зрительного анализатора, уже существующая у ребенка, диагностируется чрезвычайно поздно, когда уже сформировались хронические и часто необратимые изменения, кроме того недостаточно изучена роль перинатальных и неонатальных факторов в генезе формирования врожденных и ранних зрительных расстройств, что требует уточнения их роли с целью выявления наиболее значимых.

Цель исследования: изучить структуру заболеваний органа зрения у больных детей с неврологической патологией.

Материалы и методы исследования: обследованию подвергались 57 больных с неврологическими заболеваниями, находившихся на стационарном

лечении в неврологическом отделении клиники ТашПМИ. Возраст детей от 2 месяцев до 16 лет. Средний возраст 6 лет. Всем больным проведены следующие методы исследования: наружный осмотр, визиометрия, определение рефракции методом скиаскопии, определение угла косоглазия, исследование бинокулярного зрения, офтальмоскопия, ЗВП, ЭЭГ, МРТ.

Результаты: У 57 обследованных больных в неврологическом отделении установлены следующие клинические диагнозы: симптоматическая и идиопатическая эпилепсия, состояние после перенесенного менингита, лейкомаляция. При консультации офтальмолога у 18 (32%) детей патология со стороны органа зрения не выявлена, у 18 (31,5%) выявлена ангиопатия сосудов сетчатки, расходящееся косоглазие отмечено у 3 (5,3%), сходящееся косоглазие у 3 (5,3%), частичная атрофия диска зрительного нерва у 9 (16%), колобома диска зрительного нерва у 3 (5,3%), миопия слабой степени у 3 (5,3%) больных соответственно.

Заключение. У детей при патологии нервной системы чаще наблюдаются поражения сетчатки и зрительного нерва, что необходимо учитывать при диагностике и лечении.

КОМБИНИРОВАННАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ ПОСЛЕ ОЖОГОВЫХ РУБЦОВ У ДЕТЕЙ

**Усмонова Г.М., Убайдуллаев С.Б., Касимов У.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Широкое применение севофлурана в практике пластических операций послеожоговых рубцов у детей обусловлено нивелированием травматического стресса при хирургической коррекции, на наиболее васкуляризованных и иннервированных участках. Попытки совершенствовать анестезию при пластических операциях у детей направлены на пролонгирование влияния севофлурана с одновременным введением пропофола, фентанила (КА – комбинированная анестезия), что заметно понижает кардиодепрессию и улучшает влияние анестетика.

Цель исследования: Определить влияние пропофола в составе комбинированной анестезии (КА) при пластических операциях послеожоговых рубцов у детей.

Материалы и методы: Исследование основано на анализе 30 анестезий, выполненных по поводу деформирующих и обширных послеожоговых рубцов на пластическую операцию у детей в возрасте от 1 года до 18 лет. Больные были разделены на 2 группы: 1 группа – анестезия проводилась с введением сибазона (100-200 мкг/кг), кетамина (2,5 мг/кг); 2 группа – пропофол (2-3 мг/кг),

фентанил (5-10мкг/кг). Продолжительность операций составляла 180-240 мин. с объемом кровопотери, не превышающим 1,0% ОЦК. Премедикация была представлена атропином (0,1% 0,02мг/кг), кетамин (5% 2мг/кг), димедролом (1% 0,01мг/кг). Интраоперационный мониторинг включал: ЭКГ, пульсоксиметрию (SatO₂), определение (ПГ) периферической (АДс, АДд, Ад ср. динам, ЧСС) и центральной (ЭхоКГ) гемодинамики (ЦГ).

Результаты и обсуждение: Сопоставление показателей ЦГ и ПГ, а также SatO₂ выявило исходно снижение уровня АДс, АДд, АДср, ЧСС на 16% у пациентов 1- группы, с необходимостью введения кетамина (2,5 мг/кг). Одновременно с этим отмечалось уменьшение SatO₂ на 12% от исходного состояния. У пациентов 2- группы не было отмечено снижение показателей ЦГ и ПГ, лишь на 6% снижалось ОПСС.

В период основного этапа анестезии у пациентов 2- группы была отмечена относительная рефрактерность с лабильностью в показателях ЦГ:СИ на 10%; ФИ на 6%; ОПСС на 12%. В 1- группе анестезия была равномерной по показателям гемодинамики и SatO₂.

Вывод. Таким образом, применение КА с пропофолом является щадящим и эффективным методом в детской пластической хирургии

МЕТОДОЛОГИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ ФАГОЦИТАРНОЙ АКТИВНОСТИ НЕЙТРОФИЛОВ КРОВИ

Улмасов О.А., Валиева Н.М.

**Андижанский Государственный медицинский институт,
г.Андижан Узбекистан**

Актуальность: Метод оценки фагоцитарной активности нейтрофилов крови предназначен для комплексной диагностики нарушений неспецифической резистентности организма в различных условиях среды обитания и профессиональной деятельности.

Фагоцитоз в настоящее время считают одним из основных критериев оценки состояния иммунного статуса, являющегося фундаментальной составляющей иммунной защиты организма. Расстройство фагоцитарных функций существенным образом ослабляет всю систему защитных механизмов. Это обусловлено тем, что филогенетически фагоцитоз является наиболее древним защитным приспособлением, на основе которого эволюционно сформировалась вся система иммунной защиты.

Цель исследования: Изучить и внедрить в практику для комплексной диагностики, методологию комплексной оценки фагоцитарной активности нейтрофилов крови.

Показания к применению комплексной оценки фагоцитарной активности нейтрофилов крови: Метод функционального тестирования фагоцитарной

активности нейтрофилов крови рекомендуется применять в следующих случаях:

- выявление нарушений и отклонений в иммунной системе при первичном клинико-лабораторном исследовании;

- динамическое наблюдение (мониторинг) за состоянием системы иммунной защиты и организма в целом (например, наличие стресса) на протяжении всего лечебно-диагностического процесса;

- скрининговые исследования состояния иммунной защиты и общего состояния организма у населения в различных группах риска при проведении профилактических медицинских осмотров и диагностических мероприятий.

Выводы: Оценка фагоцитарной активности нейтрофилов крови (основного звена фагоцитарной системы организма) является ценным диагностическим критерием как в лабораторно-клинической практике, так и при массовом иммунологическом обследовании (скрининге), в том числе и производственно-экологической направленности.

В последние годы в медико-биологических и экологических исследованиях достаточно широко стали применяться разнообразные методы и техника люминесцентного анализа клеток. Этот вид анализа по своей чувствительности практически не имеет аналогов, поэтому для создания спектрального метода оценки фагоцитарной активности нейтрофилов мы применили именно этот подход.

ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КОНЕЧНЫХ ПРОДУКТОВ ОКСИДА АЗОТА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЯХ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПО ИШЕМИЧЕСКОМУ ТИПУ

Умаров А.Т., Даминова Х.М., Шамсиева У.А.

Ташкентская Медицинская Академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: Изучить нарушения регулирующей роли оксида азота при острых нарушениях мозгового кровообращения по ишемическому типу.

Материалы и методы исследования. Обследованы 118 больных, из которых 98 больных с диагнозом ОНМК по ишемическому типу и 20 больных с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ). Больные наблюдались в 1-й клинике II-ТашГосМИ г. Ташкента в отделении интенсивной неврологии. Возраст больных основной группы в среднем составил $60,6 \pm 1,9$ лет, где преобладали мужчины – 58 (59,2%), женщин было 40(40,8%). Субстратом образования оксида азота является аминокислота L-аргинин, а конечным продуктом деятельности оксида азота – нитриты и нитраты. Нами были исследованы аминокислотный состав сыворотки крови (определяли методом высокоэффективной жидкостной хроматографии на хроматографе DuPont

(США)) и уровень оксида азота в ликворе и в сыворотке крови больных ИИ (реакцию проводили с использованием реагента Грисса).

Результаты: исследования показали, что при ДЭ значения в цереброспинальной жидкости аргинина существенно высокие ($567,46 \pm 2,44$ нмоль/мл), тогда как в сыворотке крови эти значения низкие – аргинин $413,08 \pm 2,41$ нмоль/мл.

Результаты исследования ликвора показали, что содержание аргинина $142,51 \pm 7,16$ нмоль/мл, в 8,53 раза меньше, чем в сыворотке крови. Как было отмечено ранее, аргинин является также субстратом для синтеза оксида азота. Следует сказать, что более низкие значения аргинина в ткани мозга могут привести к замедлению и уменьшению образования оксида азота для глутаматэргических реакций мозга. Для выяснения данного вопроса мы исследовали уровень конечных продуктов оксида азота – $\text{NO}_2(\text{NO}_3)$ в сыворотке крови и ликворе больных с ДЭ и ОНМК.

Проведенные исследования показали, что содержание конечных продуктов оксида азота в сыворотке крови и ликворе больных с ДЭ составляет $0,909 \pm 0,0012$ и $0,903 \pm 0,0042$ ммоль/мл соответственно. Эти показатели у больных с ОНМК характеризуются снижением в ликворе до $0,723 \pm 0,0031$ ммоль/мл и снижением в сыворотке крови до $0,698 \pm 0,0069$ ммоль/мл. Корреляционный анализ позволил смоделировать взаимосвязь больных с ИИ, с тяжестью заболевания, с его прогнозом. Прогноз и тяжесть заболевания прямо коррелируют с содержанием L-аргинина и NO, снижение свидетельствует о тяжелом и вероятном неблагоприятном исходе ишемических инсультов.

Выводы. У больных с ОНМК в ликворе выявлено заметное уменьшение уровня аргинина, тогда как в сыворотке крови отмечена тенденция к его увеличению. Эти изменения в определенной степени совпадают с уровнем конечных продуктов оксида азота. Полученные результаты свидетельствуют об уменьшении выработки оксида азота тканью мозга больных с ОНМК.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИОРАСТВОРИМОГО СОСУДИСТОГО КАРКАСА ABSORB (ABBOT VASCULAR) У ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Умаров М.М., Аляви Б.А.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Использование биорастворимых каркасов Absorb (AbbotVascular) является новым подходом в лечении коронарной патологии. Данный тип стентов обеспечивает временную поддержку и соответственно временную доставку лекарства к стенке сосуда, с отсутствием таких недостатков как тромбоз стента со стороны «постоянных» металлических стентов. В

дополнение, биоразстворимых каркасов включает в себе потенциал восстановления нормальной сосудистой физиологии имплантируемого сосуда.

Цель: Изучить эффективность имплантации биоразстворимых каркасов в коронарных артерий.

Материалы и методы: В данной работе представлены результаты первых успешных имплантаций биоразстворимых каркасов «Absorb» компании «AbbotVascular» у больных с ишемической болезнью сердца. Оперированы 14 пациентов, которым в общей сложности было имплантировано 14 рассасывающихся стента. Мужчин - 10, женщин - 4. Возраст пациентов составил от 29 до 70 лет (в среднем $58,2 \pm 1,1$ лет). У 13 пациентов диагностирована стабильная стенокардия напряжения ФК III-IV, нестабильная стенокардия – у 1. По характеру сопутствующих заболеваний у всех пациентов установлена гипертоническая болезнь, у 7-ми пациентов - сахарный диабет II типа. Из всех пациентов - 10 имели вредные привычки (курение), из них у 5 наследственность отягощена по сердечно-сосудистым заболеваниям. При коронарографии у 14 больных выявлено однососудистое поражение. Из оперированных пациентов 4 больных ранее перенесли стентирование коронарных артерий сердца. При коронарографии обнаружено, что ранее установленные стенты были проходимы без «in-stent» стенозов, но выявлены стенозы «denovo», куда имплантированы стенты. Т.е. в данном случае формирование стенозов происходило за счет прогрессирования атеросклероза в других сегментах артерий, либо в ранее интактных артериях.

Результаты: и их обсуждение: Анализ непосредственных результатов основывался на ангиографических критериях (кровоток по TIMI, наличие остаточного стеноза, диссекция артерии, кровотечение) и клиническим критериям (смерть, возврат стенокардии, окклюзия артерии с последующим инфарктом миокарда, необходимость в повторной реваскуляризации).

Осложнений во время операций и ближайшем послеоперационном периоде не отмечалось ни в одном случае. Во всех случаях получен дистальный кровоток TIMI III. У всех пациентов отмечено положительная динамика клинического проявления ИБС (отсутствие стенокардии или снижение функционального класса стенокардии, повышение толерантности к физической нагрузке). А также улучшение ЭКГ и ЭхоКГ данных (ФВ повысилась с 48 до 58%), с улучшением кинетики пораженных сегментов ЛЖ.

Выводы: Таким образом, первый опыт применения абсорбируемых стентов показал их эффективность и безопасность имплантации при соблюдении рекомендаций. Однако бесспорным является тот факт, что технологические особенности абсорбирующих стентов, значительно снижая процент тромбоза и рестенозирования, и обеспечивая возможность повторных вмешательств на одних и тех же сегментах коронарных артерий, открывают новую эру в истории лечения такого тяжёлого и такого распространённого заболевания, как ишемическая болезнь сердца.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПРОДОЛЖЕННЫМ РОСТОМ ГЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ БОЛЬШИХ ПОЛУШАРИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Урдушев Д.Н., Бабаханов Б.Х.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность: Частота первичных опухолей центральной нервной системы составляет от 7,42 до 13,9% на 100 000 населения в год, из них глиомы супратенториальной локализации составляют от 40 до 60% от всех интракраниальных новообразований. По данным разных авторов повторный рост отмечается в 15-25% случаев.

Целью исследования является анализ эффективности хирургического лечения больных с продолженным ростом глиальных опухолей больших полушарий головного мозга.

Материалы и методы: Обследовано 218 больных с глиальными опухолями супратенториальной локализации различной степени злокачественности, находившихся на лечении в Республиканском научном центре нейрохирургии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан с 01.01.2014 по 01.09. 2015гг которым выполнена операция. В различные сроки после операции продолженный рост опухоли отмечен у 25 больных, которые были реоперированы. Возраст больных составил от 20 до 68 лет. Соотношение мужчин и женщин составило 1,27:1,0, соответственно. Всем пациентам в дооперационном периода проводилось клиничко-неврологическое, нейроофтальмологическое, отоневрологическое обследование. Из методов нейровизуализации использовалась компьютерная (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ).

Результаты исследования. При анализе больных в зависимости от локализации, опухоль чаще всего располагалась в лобной доле- 4 (16,0%) больных, височной- 2 (8,0%) больных, теменной- 3 (12,0%) больных, затылочной- 1 (4,0%) больных, боковые желудочки 2 (8,0%) больных. В 11 (44,0%) случаях опухоль распространялась на 2 и более долей больших полушарий, в 2 (8,0%) наблюдениях в процесс были вовлечены оба полушария большого мозга и срединные структуры. В группе больных, у которых отмечен рецидив/процедив новообразования тотальное удаление опухоли было проведено у 5 (20,0%) из 25 случаев, субтотальное – 15 (60,0%), частичное – 4 (16,0%), не известно – 1 (4,0%).

Выводы. Таким образом, повторный рост опухоли отмечался чаще при субтотальном удалении опухоли. Продолжительность между первой и повторной операциями составляла от 3 мес. до 5 лет. Послеоперационная смертность составила 1(4,0%). Повторный рост опухоли чаще отмечался у больных с астроцитомами высокой степени злокачественности.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ

Умарова С.С., Холмурадова З.Э., Ибатова Ш.М., Атаева М.С.
Самаркандский Государственный медицинский институт,
г. Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Болезни органов дыхания среди детского населения являются наиболее распространенными по сравнению с другими заболеваниями и занимают ведущее место в структуре общей заболеваемости детей. У детей раннего возраста бронхообструктивный синдром (БОС), встречается часто и иногда протекает тяжело, сопровождаясь признаками дыхательной недостаточности. Пик заболеваемости приходится на детей первых лет жизни, что связано с анатомо-физиологическими особенностями респираторной системы детского организма: За последнее десятилетие распространенность заболеваний органов дыхания, протекающих с бронхообструктивным синдромом увеличилась более чем в 10 раз. Своевременная диагностика, раннее начало терапии у детей играют важную роль в исходе заболевания и улучшении качества жизни больного ребенка.

Целью работы явилось изучение особенностей течения бронхообструктивного синдрома у детей с острым обструктивным бронхитом (ООБ).

Материал и методы исследования. Нами был проведен ретроспективный анализ 57 случаев историй болезни детей до 3-х лет с острым обструктивным бронхитом, которые были госпитализированы в отделение педиатрии №1 Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи за период с 2012 по 2014 годы.

Обсуждение результатов. Проведенные исследования показали, что соотношение мальчиков и девочек составляет 2:1. У детей БОС клинически проявлялся

удлиненным выдохом, появлением экспираторного шума (свистящее, шумное дыхание), приступов удушья, участия вспомогательных мышц в акте дыхания; часто отмечался малопродуктивный кашель. Бронхообструктивный синдром в 2 раза чаще наблюдался у детей в возрасте до 1 года. Большинство обследованных (47,8%) больных были в возрасте от 6 месяцев до 1 года. Из них 9 (17%) детей были госпитализированы в первый день от начала заболевания, 31 (58,5%) – на 2-3 день и остальные 13 (24,5%) – после 3 –х суток. БОС у них развивался на 2-3 день от начала симптомов заболевания. У всех детей отмечались ночные эпизоды кашля и одышка. Заболевание начиналось с сухого кашля в 68,3% случаях, влажный кашель отмечался у 31,7%. Из анамнеза было выяснено, что у 43,7% родственники страдали аллергическими заболеваниями, у 41% детей отмечалась перинатальная энцефалопатия, аллергический диатез у 53,7%, полидефицитная анемия у 63,7%, рахит у 53,6%, белковоэнергетическая недостаточность питания у 47,3%. Матери больных детей предъявляли жалобы

на приступообразное усиление одышки в покое, кашель и беспокойство. У 51,3% больных отмечалась выраженная одышка экспираторного характера, а у 48,7% одышка смешанного типа. При аускультации сухие хрипы преобладали над влажными у 63% больных. ДН I-II степени выявлена у 44 (83%) детей и III-степень - у 9 (17%) больных. Основными рентгенологическими признаками было усиление легочного рисунка в прикорневых и нижнемедиальных отделах легких и наличие признаков эмфиземы. У детей в общем анализе крови преобладал лимфоцитоз и высокое СОЭ, что указывало на выраженность воспалительного процесса.

Выводы. Таким образом, выявлено, что острый обструктивный бронхит часто встречается у детей на первом году жизни, протекает с выраженным бронхообструктивным синдромом, существенную роль играет определение факторов риска развития заболевания, выявление которых имеет огромное значение для ранней диагностики заболевания. Врачам общей практики семейных поликлиник при проведении диспансеризации детей, вошедших в группу риска необходимо проводить мероприятия, направленные на устранение управляемых факторов риска.

ОБ УПРАВЛЯЕМЫХ ПРЕДИКТОРАХ РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ

**Умарова С. С., Алтиев Т.А., Абдумуминов М.А., Уралов Ш.М.
Самаркандский Государственный медицинский институт,
г. Самарканд, Узбекистан**

Актуальной проблемой современной педиатрии остаются заболевания органов дыхания, в структуре которых особое место занимает бронхиальная астма (БА). В развитых странах БА страдает от 3 до 12 % детского населения, 2/3 из которых заболевают в первые 5 лет жизни. Трудности в диагностике БА у детей младшей возрастной группы связаны с ограниченными возможностями аллергологической и функциональной диагностики в этом возрасте, а также с тем, что чем младше ребенок, тем больше дифференциальный ряд патологии, в клинике которой имеет место бронхообструктивный синдром (БОС). В генезе БА важную роль играют не только генетические факторы, обуславливающие предрасположенность к аллергическим болезням, но и различные биологические, внешнесредовые и социальные факторы риска, которые в определенных условиях могут сыграть решающую роль в развитии БА.

Целью работы явилось выявление основных факторов риска развития БА у детей в возрасте до 5 лет, имеющих в анамнезе БОС любого генеза, устранение которых могут сыграть решающую роль в профилактике заболевания.

Материал и методы. Путем ретроспективного исследования нами были обработаны 900 историй болезни детей, перенесших БОС, в возрасте от 2

месяцев до 5 лет, госпитализированных в отделение реанимации, 1 и 2-детские отделения СФРНЦЭМП за период с 2011 по 2014 гг. Формирование группы риска по развитию БА среди детей, перенесших в первые годы жизни БОС, проводилось по критериям прогнозирования риска развития БА у детей с эпизодом БОС в анамнезе, разработанной сотрудниками кафедры.

Полученные результаты. Нами определены критерии формирования групп высокого и умеренного риска по развитию БА у детей первых 5 лет жизни с БОС в анамнезе. К факторам высокого риска по формированию БА у детей с БОС в анамнезе относятся: наличие отягощенного семейного аллергического фона; использование коровьего молока, как основного питания детям первого года жизни; указание в анамнезе ребенка на ОРИ, предшествующие первому эпизоду БОС, особенно острые бронхиты и бронхиолиты; отягощенный аллергоанамнез ребенка - проявления атопического диатеза, аллергический ринит, отек Квинке, крапивница; результаты лабораторно-инструментальных методов исследования, указывающие на дисбактериоз кишечника, аденоидит, дискинезию желчевыводящих путей, лямблиоз кишечника; возникновение первого эпизода БОС с воздействием специфических факторов, особенно бытовых, пищевых аллергенов; клинические особенности первого эпизода БОС, такие как приступообразный характер кашля, отсутствие гипертермии; наличие домашних животных; курение родителей. Специфичность и диагностическая эффективность этих критериев составила - 90,6 %, что позволило отнести их к группе высокого риска.

Выводы. Всем детям первых 5 лет жизни с БОС в анамнезе рекомендовано проведение предлагаемого тестирования. При сборе анамнестических данных у детей, выделенных в группу риска необходимо выявлять индивидуальные факторы риска развития БА, которые должны учитываться при проведении совместно с аллергологом «Д» наблюдения и назначении профилактических мероприятий. Врачам ГВП и СВП при диспансеризации детей, вошедших в группу риска, проводить мероприятия, направленные на устранение внешнесредовых (контакт с домашними животными, воздействие табачного дыма, неблагоприятная микроэкология, начало посещения ДДУ до 2-х летнего возраста) и биологических (тубинфицирование, частые ОРИ, необоснованная антибиотикотерапия и полипрогмазия при л

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ТОМОГРАФИИ В ВЫЯВЛЕНИИ МЕТАСТАЗОВ ПАРАГАСТРАЛЬНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА

Усманов Х.С., Курбанова С.Н.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Рак желудка, несмотря на современные возможности диагностики, сохраняет лидирующие позиции в структуре злокачественных новообразований во всем мире. Выявление метастазов в регионарные лимфоузлы при раке желудка на дооперационном этапе позволяет сделать прогноз о дальнейшем течении заболевания.

Цель работы: оценка возможностей УЗИ в дифференциальной диагностике метастазов и гиперплазии, регионарных лимфоузлов при раке желудка. Регионарными лимфоузлами первого порядка для рака желудка являются парагастральные лимфоузлы и лимфоузлы в области печеночно - двенадцатиперстной связки, а также лимфоузлы вдоль сосудов левой желудочной, общей печеночной, селезеночной и чревной артерий.

Материалы и методы: Было обследовано 67 пациентов с диагнозом рак желудка. Метастазы в парагастральные лимфатические узлы по данным УЗИ были выявлены в 38,8% случаев (26 пациентов). Лимфоузлы чаще были представлены мелкими (до 0,5-0,6 см) округлыми гипоэхогенными образованиями без четких контуров. Лимфоузлы, расположенные дальше от желудка были крупнее (от 0,8 до 1,7 см), чаще овальной формы. Необходимо отметить, что не всякое увеличение парагастральных лимфоузлов свидетельствует об их метастатическом поражении, так как при злокачественных опухолях возможна лимфоидная гиперплазия лимфатических узлов. В 3% случаев по данным УЗИ определялись плоские лимфоузлы средней эхогенности с признаками гиперплазии. В 58,2% (39 человек) по данным трансабдоминальной УЗИ увеличенных парагастральных лимфоузлов не выявлено. 49 пациентам из 67 с диагнозом рак желудка было проведено хирургическое лечение. Данные УЗИ о наличии измененных парагастральных лимфоузлов сравнивались с результатами их гистологического исследования после лимфодиссекции. Метастатическое поражение парагастральных лимфоузлов было отмечено в 22,5% случаев, гиперплазия в – 12,2%, в 65,3% случаев парагастральные лимфоузлы были не увеличены.

Выводы. При наличии увеличенных лимфоузлов, УЗИ не позволяет достоверно отличить метастазы в парагастральные лимфоузлы от их гиперплазии. Диагностическая эффективность в выявлении метастазов в парагастральные лимфоузлы у пациентов с диагнозом рак желудка по данным трансабдоминальной УЗИ составила: чувствительность 65,5%, специфичность 84,1% и точность 75,6%.

В результате проведения указанных мероприятий повысится качество медицинского обслуживания детского населения по профилактике БА у детей, перенесших БОС в анамнезе.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗНОГО СПОНДИЛИТА

Усмонкулов Б.А., Головач М.П.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Туберкулез внелегочной локализации в общей структуре заболеваемости туберкулезом составляет от 14 до 30%. Наиболее распространенной формой внелегочного туберкулеза является костно-суставной туберкулез (по разным авторам встречается у 26-47% всех больных внелегочным туберкулезом), который прежде всего характеризуется поздней выявляемостью (от 3 мес до нескольких лет от начала заболевания), что обуславливает высокий процент осложнений - до 80%. Поэтому очень важной представляется проблема ранней диагностики данной формы туберкулеза.

Цель: уточнить возможности лучевых методов исследования в ранней диагностике туберкулезного спондилита.

Материалы и методы. Были исследованы проспективные и ретроспективные данные 23 пациентов стоявших на учете в противотуберкулезном диспансере за период с 2010 по 2015 год с туберкулезом внелегочной локализации: туберкулезный спондилит, костно-суставной туберкулез, туберкулез мочеполовой системы, глаз, кожи.

Полученные результаты. По локализации туберкулезный воспалительный процесс определялся в шейном, грудном, поясничном отделе позвоночника. В зависимости от стадии процесса: спондилитическая стадия выявлена у - 4 больных, постспондилитическая – у 5. Число впервые заболевших костно-суставным туберкулезом за исследуемый период возросло: за последние 3 года выявлено 5 больных туберкулезным спондилитом, причем один ребенок в возрасте 16 лет. Всем пациентам диагноз выставлен на основании данных, полученных при проведении динамического рентгенологического исследования. проводилась спондилография в двух проекциях, томография позвоночника. Также с помощью лучевых методов осуществлялось динамическое наблюдение за стадиями течения туберкулезного спондилита, результатами консервативного и оперативного лечения: в зависимости от сроков и группы наблюдения производились контрольные рентгенограммы, рентгеновская компьютерная томография.

Выводы. Туберкулез позвоночника в структуре туберкулеза внелегочной локализации занимает 1 место. Наиболее часто патологический процесс локализуется в поясничном и грудном отделах позвоночника. Рентгенологические методы занимают ведущее место в постановке диагноза

При проведении рентгеновской компьютерной томографии диагноз ставится в более ранние сроки.

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО БРОНХИТА

Умарходжаева Г.М., Агзамова Н.В.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность: среди форм патологии бронхолёгочной системы в последние годы отмечено нарастание удельного веса рецидивирующего бронхита у детей раннего возраста. Антибактериальные препараты при лечении рецидивирующего бронхита оказывают противомикробное действие. Резкое увеличение расходов на здравоохранение, которое во всех без исключения странах сочетается с ограниченностью денежных ресурсов, в последние годы поставило перед обществом новую задачу – определение экономических преимуществ различных методов лечения.

Цель и задачи: провести фармакоэкономический анализ применения антибактериальных препаратов при лечении рецидивирующего бронхита.

Материалы и методы исследования: проведен фармакоэкономический анализ 40 историй болезни детей, получавших стационарное лечение в клинике ТашПМИ с рецидивирующим бронхитом.

Результаты исследования: исследования показали, при лечении рецидивирующего бронхита применялись антибактериальные лекарственные средства, включающие препараты цефалоспоринового ряда. Оценка эффективности от проведенной антибактериальной терапии проводилась на 2-3 сутки после начала лечения данными средствами. В динамике отмечалось уменьшение общих симптомов интоксикации, уменьшение явлений дыхательной недостаточности, кашель становился продуктивным, что указывает на чувствительность возбудителя к препарату и позволяет продолжить его назначение.

При анализе “влияние на бюджет” цена курсового лечения цефтриаксоном отечественного производства составила 42000 сум, тогда как использование цефтриаксона украинского производства составила 70000 сум. Пересчет этих показателей на предполагаемое среднее количество пациентов при проведении лечения Цефтриаксоном отечественного и украинского производства составила 10.080.000 сум и 16.800.000 сум соответственно. Разница составила 6.720.000 сум, что значительно влияет на бюджет клиники.

Выводы: таким образом, проведенное исследование показало, что использование антибиотика отечественного производства в сравнении с этим же лекарственным средством иностранного выпуска не показало существенной

разницы в их эффективности (снижение интоксикационного синдрома, выраженности дыхательных расстройств и т.д.), что в свою очередь доказывает фармакоэкономическую выгоду применения цефалоспоринов, выпущенных в нашем государстве.

ВЛИЯНИЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЁННОГО

Урунова Ф.А., Дильмурадова К.Р.
Самаркандский Государственный медицинский институт,
г.Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Преэклампсия (тяжелый гестоз) является наиболее серьёзным осложнением беременности, представляющей опасность для жизни матери и ребёнка. Тяжёлый гестоз занимает стабильное третье место среди причин материнской смертности и является основной причиной перинатальной заболеваемости и смертности (Перфилова В.Н. и соавт., 2014)

Цель и задачи исследования: провести ретроспективный анализ влияния преэклампсии на состояние здоровья новорождённого.

1. Установить основные причины развития преэклампсии у беременных.

2. Определить характер патологии у новорождённых, родившихся от матерей с преэклампсией.

Методы исследования. У 144 беременных с преэклампсией и 28 - с физиологическим течением беременности, находившихся в Самаркандском областном перинатальном центре, проведен ретроспективный анализ особенностей состояния их здоровья, течения беременности и исходов родов. Проведена также оценка здоровья их новорождённых (172 ребёнка).

Полученные результаты. Основной причиной развития преэклампсии у беременных были нефропатии (83,3% случаев), затем анемии (59% случаев), гипертоническая болезнь, сердечно-сосудистая патология. Из 144 анализированных случаев беременности с преэклампсией роды путём кесарева сечения отмечались у 36,8%, вагинальные – у 63,2% рожениц. Здоровыми родились при оперативном родоразрешении 10,9%, при вагинальных родах – 9,1% новорождённых. Среди новорождённых, родившихся от матерей с преэклампсией оценку состояния по шкале Апгар ниже 7 баллов на 5 минуте жизни получили 48,5% детей. При кесаревом сечении тяжело больными родилось около 67,8% новорождённых, а при вагинальных родах – 32,2%. Среди новорождённых от матерей с преэклампсией часто встречались недоношенность – 37,5%; асфиксия – 31,2%; синдром дыхательных расстройств – 15,9%; внутричерепные кровоизлияния – 13,1%; внутриутробные инфекции – 1,4%. Частота перинатальных энцефалопатий у новорождённых, родившихся оперативным путём, составила 18%, а при родах через естественные родовые пути – 30%.

Обсуждение. Преэклампсия часто встречалась у беременных страдающих патологией почек, это и явилось причиной проведения родов оперативным путём. Полученные результаты свидетельствуют о неблагоприятном влиянии преэклампсии на исход родов и состояние новорождённого: значительная часть новорождённых родились при оперативном родоразрешении. Выявленная относительно большая частота рождения тяжело больных детей с патологией центральной нервной системы, по-видимому, связана с отягощенным пренатальным анамнезом (преэклампсией), влиянием преэклампсии на плод и оперативных родов на новорождённого.

Вывод. Основной причиной преэклампсии во время беременности являются хронические заболевания почек (хронический пиелонефрит, анемия матери). Дети, рождённые от матерей с преэклампсией являются группой риска по развитию преждевременных родов, внутричерепных кровоизлияний, асфиксий тяжелой степени, дыхательных расстройств. Это необходимо учитывать для своевременного проведения реанимационных, диагностических и профилактических мероприятий.

ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА И ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Усмонов Б.У., Алланазаров Ф.Ш., Мухитдинов У.Б., Усманхаджаев А.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Правильная диагностика и хирургическая тактика при хроническом кариозном процессе височной кости, является профилактикой внутричерепных осложнений и является выбором метода лечения.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 78 больных с ХГСО в возрасте от 10 до 50 лет. Двухстороннее поражение было выявлено у 57 больных, одностороннее у 21. Больных разделили на две одинаковые группы. В первую группу отобраны больные с мезотимпанитом, у которых на МСКТ не определена холестеатома 39 (50%) больных; во вторую эпитимпанит или эпимезотимпанит, у которых на МСКТ определена холестеатома (мягкотканная тень). Всем больным помимо МСКТ было выполнено комплексное клиничко-лабораторное обследование в условиях стационара.

Результаты исследования. При анализе полученных данных МСКТ височных костей в первой группе и напротив второй группы, выявили склеротические изменения верхушки височной кости в 30 наблюдений, напротив 37, расширение преантральных межклеточных перегородок в сосцевидном отростке в 20, напротив 35. Нарушение пневматизации адитуса, антрума и в клетках сосцевидного отростка отметили в 21 наблюдениях, напротив 29. Неполное нарушение пневматизации, сочетание

воздуха и патологического содержимого выявлено в 17 наблюдениях, напротив 28. Кариозные изменения в длинном отростке молоточка в 13 наблюдений, напротив 19, в коротком отростке 6, напротив 10. Головка стремени на фоне патологического субстрата не определялась в 14 наблюдениях, напротив 20. Реже встречались разрушения наковальни (5 наблюдений), напротив 8 и в теле наковальни 2, напротив 3. Полное разрушение цепи слуховых косточек было обнаружено в 1 наблюдений, напротив 3, или наличия единичных фрагментов последних (2).

Из 78 больных у 42 (53,8%) было проведено санлирующая операция. Изпрооперированных в обеих группах абсолютно в большинстве случаев **Результаты:** МСКТ височной кости подтвердились данными полученными во время операции, что позволяет сделать вывод о высокой диагностической ценности данного метода.

Обсуждение результатов. Метод МСКТ дает выявить кариозные изменения в структурах височной кости, что позволяет оценить метод оперативного вмешательства и сохраняет жизненно важных органов и систем.

Выводы. 1. Кариозные изменения в височной кости, зависят от формы заболевания и могут быть выявлены методом МСКТ.

2. Использование МСКТ височных костей открывает новые возможности в диагностике ХГСО и позволяет достоверно определить метод хирургического вмешательства.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

Усмонов О.М., Ибрагимов А.В.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,

г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность проблемы: Несмотря на значительное количество работ, посвященных хирургическому лечению эхинококкоза, на сегодняшний день не удалось встретить данные результатов диагностики и лечения эхинококкоза органов брюшной полости у детей. Вопросы ранней диагностики и эффективного хирургического лечения эхинококкоза печени и органов брюшной полости у детей не получили пока еще достаточного разрешения. Однако многие вопросы применения данного метода, остаются пока на стадии разработки.

Цель исследования: Улучшение результатов хирургического лечения солитарных и множественных эхинококкозов органов брюшной полости у детей, путем совершенствования хирургической тактики.

Материалы и методы исследования: В основу настоящего исследования положены результаты обследования и лечения 50 детей с эхинококкозом печени и редких локализаций органов брюшной полости в возрасте от 3-х до 15

лет, находившихся на стационарном обследовании и лечении в клинике 2-ГДХБ за период с 2005 по 2015гг.

Среди обследованных больных мальчиков 26 (52%), девочек 24 (48 %). Из общего количества больных (50) у 33 (66%) солитарный поражение: печени - 30 (60,0%), селезенки - 2 (4,0%), почек - 1 (2,0%); множественный эхинококкоз органов брюшной полости 12 (24,0%): печени-7 (14,0%), печени и селезенки - 3 (6,0%), печени, селезенки и брюшной полости 2 (4,0%); сочетанный эхинококкоз 3 (6,0%): печени и левой почки – 1 (2,0%), печени и правой доля легки 1 (2,0%), печени, селезенки и нижний доля правого легкого 1 (2,0%). У двух (4,0%) больных диагностирован эхинококкоз редкой локализации: в забрюшинном пространстве – 1, гигантская напряженная эхинококковая киста большого сальника – 1.

Результаты: Всем больным, во время первичной операции, применяли традиционное оперативное вмешательство, распространенная во многих хирургических стационарах - традиционная эхинококкэктомия (закрытая, полу открытая, открытая). При выполнении эхинококкэктомии из печени учитываем строгое соблюдение принципа апаразитарности, заключающегося в предотвращении излияния содержимого эхинококковой кисты в зону оперативного вмешательства. Полное удаление кутикулярной оболочки и зародышевых элементов.

Выводы: Планировать операцию, ориентируясь на локализацию эхинококковых кисты по данным УЗИ и КТ исследований. Хирургическое лечение эхинококкоза печени и др. органов брюшной полости, независимо от числа размеров, мест локализации эхинококковых кисты и их состояния, целесообразно дополнить препаратами Альбендозола.

РОЛЬ КАЛЬЦИЯ И ЙОДА В РОСТЕ И РАЗВИТИИ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Файзиева З.Я., Ахрарова Н.А.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Введение. Минеральные вещества, регулируя деятельность ферментов, оказывают нормализующее действие на углеводный и белковый обмен, на рост мышечной и костной ткани. Они наряду витаминами являются жизненно важными компонентами пищи человека и необходимы для построения химических структур живых структур организма. Среди них кальций и йод являются незаменимыми микроэлементами для гемопоза, умственного и физического развития ребенка. При дефиците кальция наблюдается замедление роста, потеря массы, приводит рождению детей с низким весом. Недостаток йода приводит к возникновению зоба и кретинизму.

Цель. Изучить влияние микроэлементов кальция и йода на нервно-психическое и физическое развитие детей грудного возраста.

Материалы и методы исследования. Исследованы 25 детей грудного возраста от 9 до 12 месяцев на определение соответствия уровня нервно-психического и физического развития. Учитывалось при этом прием матерями поливитамино-минеральных комплексов (ПВМК) во время беременности и кормления, содержащих в своем составе кальций и йод. Контрольная группа – 15 детей, матери которых не принимали ПВМК.

Результаты. Нервно-психическое развитие детей, матери которых получали ПВМК и кормили ребенка грудным молоком, соответствуют своему возрасту. Эти дети активны (92,3%), жизнерадостны, хорошо растут, показатели физического роста - веса, длины тела, окружности головы и груди соответствуют возрасту (89,9 %), легко осваивают навыки (90,6%). Уровень гемоглобина у детей этой группы в среднем составило 117,5 г/л. Дети в контрольной группе, матери которых не принимали ПВМК или не кормящиеся грудью, несколько отстают от сверстников, особенно в освоении простых ранних навыков на 37,3 % (52,4 %). Детей с хорошим показателем физического развития в этой группе - 27,2 %. Вес детей в исследуемой группе превышает на 356,1 грамм, чем в контрольной ($9447,6 \pm 0,41$ и $9091,5 \pm 0,54$ грамм соответственно), рост на 2,4 см ($74,2 \pm 0,39$ и $71,8 \pm 0,44$ см), уровень гемоглобина у этих детей оказались относительно сниженными – 108,9 г/л.

Выводы. Таким образом, дефицит биоэлемента кальция и йода у матерей приводит к развитию нарушений со стороны органов и систем, особенно нервной системы. Прием кормящими матерями ПВМК оказывает положительное влияние на физическое и нервно-психическое развитие детей.

СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ С НИНГ ЖИГАРДАН ТАШҚАРИ КЎРИНИШЛАРИ ҲАҚИДАГИ МАСАЛАЛАР

Файзуллаева С.А., Арипходжаева Ф.А.
Тошкент педиатрия тиббиёт институти,
Тошкент ш., Ўзбекистон

Долзарблиги: В ва С вирусли гепатитлари соғлиқни сақлашнинг жиддий муаммоси бўлиб қолмоқда ва касалликнинг нафақат ўтқир, балки сурункали шакллари ҳам цирроз ва гепатоцеллюляр каринотанинг ўлимли оқибатларини чақирishi мумкин. (Исаков В.А. ва б, 2001; Лопаткина Т.Н. 2000; Ҳикматуллаева А.С. 2010). Беморларнинг кўпчилик қисмида сурункали гепатит С (СГС) кам фаоллика эга, бунда жигар жараёнининг ривожланиши секин суръатлар билан характерланади. Шунга қарамасдан HCV – инфицирланган беморларда кам бўлмаган ҳолатларда тери, бўғимлар, буйрақлар, периферик нерв тизими, камроқ – ўпкаларнинг, қон тизими, ошқозон ичак йўли (ОИЙ) нинг шкасланиши аниқланади, бунда бир қатор ҳлатларда жигардан ташқари

кўринишлар, биринчи навбатда буйракларнинг шикасланиши касалликнинг прогнозини белгилайди. (Бушева Н.В. ва б, 2003; Бушуева Н.В. ва б, 2005)

Ишнинг мақсади: сурункали гепатит С (СГС) билан касалланган бемрларда гепаторенал синдромнинг патологик жараён ифодаланиши билан ўзаро алоқадорлигини аниқлаш.

Материал ва усуллар: СГСли 78 нафар бемор текширувдан ўтказилди. Ташхис анамнез, клиник маълумотлар ва ПЦР (РНК - HCV) ва ИФА (анти – HCV) нинг мусбат натижалари асосида қўйилади. Ташхисни белгилаш муддати 5 дан 15 йилгачани ташкил қилди. Патологик жараён фаоллигининг даражаси ЎЗР ССВ нинг 5 нварь 2012 йил. № 5 бууйруғи тавсиялари асосида гиперферментемиянинг ифодаланиш бўйича аниқланади. С вирусининг генотиплари қуйидаги тарзда тақсимланди: 29 беморда – 1 (37.2 %), 32 бемордан – 2 (42.3 %), 16 беморда – 3 (20.5 %). Буйракнинг сурункали касаллиги билан СГС ли беморлар анамнезда назорат гуруҳидан чиқарилади. Буйракларнинг функционал ҳолатлари сийдикнинг умумий таҳлили натижалари, шунингдек қон зардобида мочевина ва креатинин, ўрамли филтрация ва каналли реабсорбция (Реберг синамаси) текширувлари асосида баҳоланади.

Натижалар ва уларнинг муҳокамаси. Ўтказилган текширувлар натижалари СГС билан касалланган текширувдан ўтказилган 78 бемордан 14 нафарида (17.9 %) гепаторенал синдром ташхисланди. СГС нинг ГРС (I гуруҳ) билан ва ГРС сиз (II гуруҳ) клиник кечишининг қиёсий таҳлилида I гуруҳ беморларида ҳолсизлик ва тез чарчаб қолиш, иштаҳанинг сусайиши, чанқаш, белда оғриқ, вена ичи томчи муолажаларидан кейин қалтираш тез – тез рўйхатга олинади. Бироқ I гуруҳ беморларида тез – тез протеинурия, эпителиурия ва ўрамли филтрациянинг камайиши аниқланади. ГРС ли ва ГРС сиз беморлар гуруҳларида гиперферментемия ифодаланишининг қиёсий таҳлили I ва II гуруҳ беморларининг қон зардобида АлАТ даражаларида ишончли фарқлар йўқлигини кўрсатди. Шундай қилиб, I гуруҳда АлАТ нинг ўртача даражаси – 1.27 ± 0.08 ни, II гуруҳида – 1.19 ± 0.07 ($p > 0.05$) ни ташкил қилади.

Хулоса: шундай қилиб, текширилган СГС ли беморлар гуруҳида 17.9 % ГРС ташхисланди. СГС ли беморларда гиперферментемиянинг ифодаланганлиги ГРС билан ўзаро боғлиқ эмас. СГС да ГРС нинг учраш частотасини ҳисобга олган ҳолда, инфекция – патологик жараёнга буйраклар жалб этилишининг таянч клиник симптомлари фонида жигарнинг сурункали касаллиги бўлмаганида амалиёт шифокорлари текшириш ва даволашнинг оптимал схемаларини белгилаш учун ГРС ривожланиш эҳтимолини ҳисобга олишлари зарур.

ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА БОЛЬНЫХ С МИОКАРДИТОМ

Фаттохова Н.М., Музаффаров Т.А.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Цель – оценка эффективности лечения хронического неспецифического компенсированного тонзиллита с препаратом Мараславина и в сочетании с применением перорально тонзиллотрена.

Материалы и методы. 24 больных, страдающим хроническим неспецифическим компенсированным тонзиллитом. Выделены две группы, в первую вошли 10 пациента с хроническим тонзиллитом без нарушений сердечной деятельности, во вторую – 14 пациента с хроническим тонзиллитом с нарушением сердечной деятельности, миокардиодистрофией. Для лечения использовали Мараславин (5мл мараславин + NaCl 0,9% - 5 мл) в сочетании с тонзиллотреном по 1 таблетки 3 раза в сутки в течение 14 дней. Количество процедур – семь, режим проведения ежедневно. Всем пациентам проводилось клинико – лабораторное исследование до лечения и через две недели после окончания курса лечения. Всем больным проводилось исследование клинического анализа крови. Возраст больных в группах в среднем составили 49,5 года. Сердечная деятельность оценивалась клинически с учетом совокупности анамнестических и лабораторных данных. Клинико – биохимические методы включали определение ЛДГ и ЛДГ – 1 в сыворотке крови.

Результаты и обсуждение. После окончания курса лечения самочувствие у больных значительно улучшилось: жалобы на болезненность в горле не предъявляли, увеличилась работоспособность. При фарингоскопии: небные миндалины очистились от патологического содержимого, уменьшилась гиперемия небных дужек.

Однако лучшие результаты: получены в первой группе пациентов, где улучшение по субъективному по субъективным признакам отмечено у 80,1% пролеченных пациентов. Во второй группе улучшение отмечено у 72% пациентов. При применении мараславина в сочетании с пероральным применением тонзиллотрена позволило достичь улучшения с средним на две дня раньше, чем при лечении другими растворами.

У 10 больных хроническим тонзиллитом без нарушений сердечной деятельности через 5 -7 дней после перенесенной инфекции уровень ЛДГ и ЛДГ – 1 не отличались от таковых в группе условно здоровых. Следовательно у больных хроническим тонзиллитом с нарушением сердечной деятельности, миокардиодистрофией на фоне перенесенной инфекции уровни ЛДГ и ЛДГ – 1 умеренным повышением по сравнению с нормой длительным сохранением их в динамике.

Выводы. Применение раствора мараславина в сочетании с пероральным применением тонзиллотрена увеличивает эффективность лечение хронического тонзиллита.

У больных с хроническим тонзиллитом с нарушением сердечной деятельности, миокардиодистрофией на фоне перенесенной инфекции уровни ЛДГ и ЛДГ – 1 характеризуется умеренным повышением по сравнению с нормой и длительным сохранением их в динамике.

ВРОЖДЕННЫЕ ПРЕАУРИКУЛЯРНЫЙ ФИСТУЛА И ИХ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Хабибуллаев Х.Р., Бабаханов Г.К.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Среди врожденных пороков развития уха определенное место занимает околоушной свищ (околоушная фистула), наследственное происхождение которого удается доказать лишь в четверти случаев.

Цель. Изучит распространенность патологии и течение врожденного преаурикулярной фистулы у детей.

Материалы и методы. С 2012 по 2015 нами был проведен ретроспективный анализ 26 больных с врожденной преаурикулярной фистулой, которым было проведено хирургическое вмешательство. Возраст больных был от 5 до 15 лет. Мальчиков было 20, девочек 6. Односторонняя преаурикулярная фистула определялась у 19 больных, двусторонняя у 7. При осмотре входное отверстие находилось у большинства больных несколько впереди от козелка, у остальных – несколько выше или ниже от него. Больные жаловались на выделения из ранки около уха и зуд кожи в этой области. У всех оперированных больных в ближайшие и отдаленные сроки (до 1 года) рецидивов не обнаружено.

Приводим пример собственного наблюдения

Больной М.М 14-лет поступил в ЛОР отделение клиники РИПИАТМ 10.03.2015 с диагнозом врожденная преаурикулярная фистула справа. При поступлении больная жаловалась на жидкое отделяемое из ранки перед козелком правого уха, периодическое обострение воспаления кожи и окружающих тканей в данной области.

Выводы. Нами было определено, что врожденная преаурикулярная фистула среди детей и подростков Узбекистана встречается реже, чем врожденные пороки развития наружного и среднего уха. Однако больные обращаются за медицинской помощью лишь при воспалении и абсцедировании свища. Основным методом лечения врожденной преаурикулярной фистулы является полное его хирургическое иссечение.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМАНГИОМ ВЕК И ПЕРИОРБИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ

Хаджимухамедов Б.Б., Исламов З.С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Кожа век и периорбитальной области отличается тонкостью, отсутствием подкожно жировой клетчатки. Поэтому лечение гемангиом этой локализации требует особого подхода, так как применяемые в других участках кожи методы лечения гемангиом (криотерапия, иссечение, склерозирование) здесь могут привести к значительным осложнениям.

Цель. Изучение новых подходов лечения гемангиом век и периорбитальной области у детей.

Материалы и методы. Нами пролечено 12 больных с обширными и смешанными формами гемангиом век и периорбитальной области. Возраст варьировал от 5 месяцев до 1,5 лет, из них 7 девочек и 5 мальчиков. У всех больных гемангиомы были толщиной от 1 до 5 см, занимали следующие области: верхнее и нижнее веко, лоб, переносица, висок. При первичном обращении пациентам назначили гормонотерапию на 1 месяц (преднизолон по схеме 1мг/кг веса ребенка). Всем больным проведена КТ, УЗИ, УЗДГ периорбитальной области. В стационаре проводилась 2-х этапная операция: 1 этап – диатермокоагуляция вокруг опухоли с целью коагуляции её питающих сосудов, что приведет к прекращению роста опухоли и уменьшению возможной кровопотери при втором этапе операции; диатермокоагуляция поверхностной кожной части гемангиомы для создания рубца; 2 этап операции проводили спустя 3 месяца, когда на месте опухоли формировался нежный кожный покров, через разрез которого проводилось удаление подкожной части опухоли.

Результаты: Наблюдалось уменьшение объема опухоли до 50% у всех больных после первого этапа операции. После второго этапа у всех больных отмечен удовлетворительный клинический эффект и достигнут косметический.

Результаты: лечения оценивали клиническим осмотром, контрольным УЗИ и УЗДГ, а также проверкой функций *m.levator palpebrae* и *m.orbicularis oculi*.

Вывод. Анализ и изучение результатов операций по удалению гемангиом век и периорбитальной области у детей показал свою эффективность, безопасность и удовлетворительный анатомо-физиологический и косметический эффект.

ВЛИЯНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОДРОСТКОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ДЕПРЕССИВНОГО ГЕНЕЗА

Хайруллаева О.О., Бабарахимова С.Б.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность проблемы: эпидемиологические исследования последних лет свидетельствуют о стремительном росте распространенности депрессивных расстройств в детском и подростковом населении, которые нередко сопровождаются расстройствами поведения, нарушением развития, соматическими проявлениями и школьной дезадаптацией

Цель исследования: изучить конституционально-личностные особенности подростков с депрессивными расстройствами и их влияние на формирование поведенческих нарушений для улучшения качества диагностической и лечебно-коррекционной помощи этому контингенту больных.

Материалы и методы исследования: были обследованы 16 подростков в возрасте от 12 до 15 лет с депрессивными расстройствами и нарушениями поведения. В ходе исследования для оценки выраженности депрессивных расстройств применялась шкала Гамильтона, а для определения личностных особенностей был использован тест Шмишека-Леонгарда.

Результаты и их обсуждение: все пациенты были разделены на три группы: с дисфорической депрессией - 43,8% (n=7), тревожной депрессией – 31,2% (n=5), маскированной депрессией 25% (n=3) . В формировании депрессии были выявлены такие клинические проявления, как постоянное сниженное настроение, потеря интересов и чувства радости в обычной активности, заметные страдания, высказывание идей самообвинения и безнадежности. В клинической картине дисфорической депрессии установлены аддиктивные формы нарушения поведения: мелкие кражи, побег из дома, табакокурение, употребление алкогольных напитков и токсикоманических препаратов. По результатам тестирования было выявлено, что наиболее часто депрессия тяжёлой степени встречалась у лиц с дистимическим типом личности. Депрессивные расстройства средней степени наблюдалась у подростков психоастенического типа, у которых чаще всего отмечалась склонность к самоповреждению и аутоагрессии. Лёгкие депрессивные расстройства были диагностированы у пациентов с демонстративным типом личности, поведенческие нарушения у которых проявлялись в виде реакций оппозиции и протеста, демонстративно-шантажным суицидальным поведением

Вывод: выделение типов депрессивного поведения с учётом конституционально-личностных особенностей позволит более дифференцированно осуществлять лечебно-реабилитационную помощь пациентам подросткового периода, предупреждая развитие выраженных нарушений поведения и формирование асоциальной личности.

ПОКАЗАТЕЛИ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С УРОВНЕМ ЦИТОЛИЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ С

Хайруллина А.Х., Печеницына Т.В.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Прооксидантная и антиоксидантная система гепатоцитов имеет важное значение в определении тяжести течения и прогноза хронических заболеваний печени, в том числе и при хроническом вирусном гепатите С (ХВГС). При этом прооксидантно-антиоксидантный дисбаланс клеток, лежащий в основе формирования как клинической картины, так и процессов склерозирования ткани печени при ХВГС, остается пока малоизученным.

Цель. Изучить показатели эндогенной интоксикации в группах больных ХВГС с различной степенью цитолиза гепатоцитов.

Материалы и методы. Обследовано 98 больных ХВГС от 20 до 50 лет и 20 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-НСV (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. Выраженность эндогенной интоксикации оценивали по показателям уровня среднемолекулярных пептидов (СМП) в плазме.

Результаты исследования. Анализ полученных результатов показал, что у обследованных больных показатель уровня СМП в плазме в 1,5 раза выше, чем у здоровых лиц ($14,02 \pm 0,28$ и $9,79 \pm 0,09$ у/е, $p < 0,001$). При этом достоверных отличий в показателях СМП в группах больных с различным уровнем цитолиза нами не выявлено.

Выводы. Таким образом, у больных ХВГС отмечается повышение уровня эндогенной интоксикации, показатель которой достоверно не зависит от уровня цитолиза гепатоцитов, то есть уровень цитолиза у больных ХВГС не может быть маркером

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЗАДНЕМ ЛЕНТИКОНУСЕ

Хайталиев Ф.А., Бабаджанова Л.Д.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Задний лентиконус (ЗЛ) был описан F. Meyer более 100 лет назад — в 1888 году. Это редкая патология всего 1—4 случая на 100 000 детей. ЗЛ выявляется чаще у детей в возрасте 3—7 лет. Выраженное патологическое истончение задней капсулы несет в себе риск ее разрыва. Отсутствие общепринятого подхода к интраокулярной коррекции обуславливает непрекращающиеся научные поиски в этом направлении.

Цель исследования. Определить наиболее оптимальные хирургические подходы удаления врожденной катаракты на глазах у детей с задним лентиконусом.

Материалы и методы. За период 2013-2015 годы нами было обследовано 18 (32 глаза) больных с врожденными катарактами где сопутствовал ЗЛ. Из обследованных больных мальчиков было 8 (45%), девочек 10(55%). Возраст больных варьировал от 1 года до 10 лет. Всем больным были проведены офтальмологические и лабораторные методы исследования.

Результаты и обсуждение. Из 18 (32 глаза) обследованных детей с врожденными катарактами двусторонний процесс у 14 (78%) детей и односторонний у 4 (22%). Хирургическая тактика при экстракции ВК с имплантацией ИОЛ на глазах с ЗЛ зависела от степени его выраженности и отличалась диаметром проведения переднего капсулорексиса и методикой удаления хрусталиковых масс. Для удаления хрусталиковых масс применяли наиболее щадящую по отношению к истонченной задней капсуле методику вискохирургии. У 13(27 глаз) детей удалось имплантировать ИОЛ. На 12 из них(44%)глазах ИОЛ имплантировали интракапсулярно. На 15(56%) глазах на переднюю капсулу в цилиарную борозду. У 4 (5 глаза) детей не удалось имплантировать ИОЛ из-за большого дефекта задней и передней капсулы хрусталика.

Вывод. Необходимо применять дифференцированный подход хирургии врожденной катаракты сочетающихся с задним лентиконусом для избежания развития операционных и послеоперационных осложнений.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ПЕРЕЛОМАМИ БЕДРА

Хакимов Ф.К., Турсунов Б.С., Кодыров Р.С.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность проблемы. Возникновение, характер и последствия травм у детей существенно отличаются от таковых у взрослых. В связи с этим организация профилактики и лечения детей, получившие повреждения имеют свои особенности.

Цель исследования. Повысить эффективность консервативного лечения детей с переломами бедренной кости у детей.

Материал и методы исследования. Травматологическая помощь детям в г. Ташкенте оказывается по линии скорой помощи, в травматологических пунктах, УзНИИТО, и клиниками ТашПМИ. В частности в травматологическое отделение 2-ГКДБ ежегодно обращаются около 4-х тысяч больных детей с повреждениями. Из них повреждениями нижних конечностей около 1000.

Результаты: обсуждения. За последние 3 года в приемной покой травматологического отделения 2- ГКДБ обратились 92 больных с переломами бедренной кости. Всем больным производили рентгенографию в 2-х проекциях. Анализ показал, что основной причиной у детей раннего возраста было бытовая травма(падение с мебели, кровати, удары различными предметами), а у детей более старшего возраста и школьников, падение с высоты(деревьев, крыши и т.д.) и дорожно-транспортные происшествия.

Как известно, степень восстановления и формы и функции поврежденного органа в частности, нижней конечности зависело от правильно и своевременно оказанной догоспитальной помощи. Мы большое значение придаём при транспортировке на иммобилизацию конечностей у детей с переломами бедренной кости, предложенной нами способом, т. е. кромеровской шиной имеющей подкладку с тесемками для фиксации в положение сгибания в коленном и тазобедренном суставах. При этом дополнительной травматизации мягких тканей сосудисто-нервного пучка в области перелома не наблюдается. В клинике для лечения больных с переломами бедренной кости пользовались модифицированным способом по Шеде и скелетным вытяжением на модифицированной шине. Лейкопластрное вытяжения в 2-х плоскостях на шине Белера считаем не эффективным и не пользуемся. При выборе лечения мы ориентируемся не возрастом а весом больного. Больным весом до 15 кг (примерно до 4-х лет) пользуемся вытяжением типа Шеде, а свыше 15 кг-скелетным вытяжением. Всех больных через 2-3 недели снимали с вытяжение и накладывали видоизмененную гипсовую кокситную повязку, в положение соответственно центральному отломку(сгибая в тазобедренном и коленном суставах и ротируя конечность кнаружи). По необходимости производили рентгеновский контроль в динамике, обязательно в 2-х проекциях. Ближайшие

и отдаленные результаты лечения больных с переломами бедра были вполне удовлетворительными и хорошими.

Таким образом качество оказываемой помощи больным с переломами бедра зависело от слаженной постановки дела в травматологических пунктах, скорой и стационарной помощи, учитывая вес больного, характер, уровень и вид перелома.

НПВП-ИНДУЦИРОВАННЫЕ ГАСТРОПАТИИ У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Халдарбекова М.А., Каримова М.Н.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Актуальность проблемы безопасности лечения нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) в педиатрии обусловлена широким использованием этой группы препаратов среди детей с ювенильным ревматоидным артритом (ЮРА), риском возникновения побочных эффектов, в частности развитием НПВП-гастропатий. Протекая бессимптомно или с минимальным количеством субъективных ощущений, что в большей степени обусловлено анальгезирующим эффектом самих препаратов, НПВП-гастропатия опасна возможными серьезными осложнениями - кровотечением и перфорацией желудочно-кишечного тракта (ЖКТ)

Цель. Изучить удельный вес НПВП индуцированных гастропатий при ювенильном ревматоидном артрите у детей.

Материал и методы. Обследовано 43 больных ЮРА в возрасте от 5 до 16 лет, из них 25 (58,1%) мальчиков и 18 (41,9%) девочек. Проведен анализ воздействия НПВП на органы пищеварения у 43 больных ЮРА, из них 37 (86,1%) с суставной формой и 6 (13,9%) суставно-висцеральной формой болезни Исследования проведены на базе кардиоревматологического отделения клиники Ташкентского Педиатрического Медицинского Института. Наблюдаемые больные были разделены на 4 группы в зависимости от срока заболевания: I группа – срок болезни до 1 года 10 (23,3%), II группа 1-3 года 13 (30,2%), III группа 3-5 лет – 17 (39,5%), IV группа более 5 лет 3 (7,0%). В ходе изучения анамнеза заболевания, выявлены факторы предшествовавшие развитию на НПВП гастропатии, проведен анализ жалоб больных с акцентом на выявление патологии органов пищеварения, оценен настоящий соматический статус, данные клинических, лабораторных и инструментальных (ЭФГДС) исследований.

Результаты и обсуждение. В зависимости от пола среди обследованных больных несколько преобладали мальчики – 58,1%. Все наблюдаемые больные с суставно-висцеральной формой получали нестероидные противовоспалительные средства. Из 37 больных с суставной формой 29

(78,3%) принимали НПВС. Из нестероидных противовоспалительных средств детям были назначены ортофен, индометацин, аспирин, ибупрофен, нимесулид. Изучение клинических признаков гастропатии показывает, что жалобы на снижение аппетита, тошноту, рвоту, боли в животе, диарею предъявляли 2 (20,0%) больных I группы, 5 (38,4%) больных II группы, 11 (64,7%) больных III группы и все 3 (100%) больных IV группы. Если у детей на ранних этапах заболевания констатировались функциональные расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта, то по мере прогрессирования болезни отмечались признаки гастрита, гастродуоденита, иногда с образованием эрозий и язв, подтвержденные на ЭФГДС. Последнее было характерно для больных III и IV группы. Анализ данных ЭФГДС показал, что эзофагит обнаруживался в 1 (2,3%) случаях, атрофический гастрит в 3 (6,9 %) случаях, эритематозный гастрит в 6 (14,0 %), эрозивный гастрит 1(2,3%), эритематозный гастродуоденит 4 (9,3%), нодулярный гастродуоденит у 3 (6,9%) детей, язва желудка у 2-х (4,7 %), язва 12-перстной кишки у одного больного (2,3%).

Заключение. Таким образом, анализ результатов, полученных в ходе настоящего исследования, позволяет сделать вывод, что НПВП-индуцированные гастропатии у детей, больных ЮРА является частой патологией, что диктует необходимость раннего включения в комплекс терапии препаратов, обеспечивающих защиту слизистой оболочки желудка.

КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ И КАЧЕСТВЕННЫЙ СОСТАВ ФОСФОЛИПИДОВ В ЖЕЛЧИ У БОЛЬНЫХ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

**Хамдамова Ш.Ж., Икрамова Г.А., Турсунбаев А.К.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность: Сведения о распространенности неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) основываются на результатах широких эпидемиологических исследований (Alberti K.G, 2005, Lazo M., 2008), согласно которым стеатоз печени и неалкогольный стеатогепатит (НАСГ) характерны для всех возрастных групп населения, включая детей. Целью наших исследований: оценка количественного и качественного состава фосфолипидов в желчи у больных с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП).

Материал и методы: В исследование было включено 40 больных (19 мужчин, 21 женщина) с НАЖБП, средний возраст которых составлял $38,8 \pm 10,42$ с индексом массы тела 25,0-34,9. Из них у 26 пациентов отмечался стеатогепатоз (СГ), а у 14 неалкогольный стеатогепатит (НАСГ). Проводили изучение количественного определения фосфолипидов по содержанию в желчи неорганического фосфора. Для изучения качественного состава фосфолипидов мы применяли методику тонкослойной хроматографии. В качестве контроля

служили показатели 10 здоровых лиц. **Результаты:** Изучение фосфолипидного состава желчи у больных НАЖБП показало, что у них отмечается снижение содержания общих фосфолипидов (ОФЛ). У больных со СГ снижение ОФЛ в желчи по сравнению со здоровыми лицами составило достоверно 30, 0% ($P < 0, 05$). У больных с НАСГ эта разница между показателями здоровых и больных составляла 52, 0% ($P < 0, 001$). Разница в показателях ОФЛ в желчи больных с СГ и НАСГ была равна 30, 8% ($P < 0, 05$). Изучение спектра фракций ФЛ при НАЖБП показало, что у больных со СГ и НАСГ наблюдаются значимые сдвиги. Все это выражалось в достоверном увеличении доли высокотоксичной фракции ФЛ – лизофосфатидилхолина (ЛФХ) при СГ и НАСГ на 66, 6% и 133%, при снижении доли основной лецитиновой фракции ФЛ – фосфатидилхолина (ФХ) на 26, 5 % ($P < 0, 05$) и 36, 8%, достоверно ($P < 0, 01$). В содержании остальных майорных и минорных фракций ФЛ особо заметных сдвигов в абсолютном весовом значении не наблюдалось.

Выводы: Таким образом, исследования показали, что при НАЖБП в составе желчи снижается количество фосфолипидов. Прежде всего, это происходит за счет нарушения синтеза фосфатидилхолиновой (лецитиновой) фракции.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КАТАРАКТ У ДЕТЕЙ

Хамидуллаева М.Б., Сидиков З.У.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Согласно данным ВОЗ, примерно 17 миллионов человек страдает катарактой. Катаракта стала причиной слепоты у 20 миллионов человек во всем мире. Помутнение хрусталика различной этиологии является одной из причин слабовидения и слепоты у детей. Хирургическое лечение детей с врожденной, осложненной и травматической катарактами в настоящее время является сложной проблемой в детской офтальмологии.

Цель. Анализ результатов хирургического лечения катаракт различного генеза у детей.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 48 детей в возрасте от 2 до 14 лет с различными видами катаракт: врожденная 28 (53,8%), травматическая 17 (32,6%), осложненная диабетическая 2 (3,84%), вторичная 5 (9,61%). На 28 глазах хирургия катаракты проведена роговичным и на 20 глазах – тоннельным склеро-роговичным доступами. Имплантированы различные модели ИОЛ (AYCROL, RSP-4, AUROLAB). Выполнялись дисцизия передней капсулы, факоаспирация и факоирригация, при необходимости проводилась синехиотомия, истончение задней капсулы, дисцизия задней капсулы, задний капсулорексис и передняя витрэктомия.

Результаты: В раннем послеоперационном периоде наблюдались отек роговицы и транзиторная гипертензия в 3 (6,25%) случаях, экссудативная реакция в виде нитевидного экссудата на теле ИОЛ на 9 (17,3%) глазах.

Отдаленные результаты всроки от 3 месяцев до 1,5 лет прослежены у 19 детей. Выявлен фиброз задней капсулы различной степени на 11 глазах, дислокация ИОЛ по типу «захвата зрачка», макулярный отек и фиброз стекловидного тела по 1 случаю, вторичная катаракта выявлена у 3 больных.

Острота зрения 0,3 и выше в отдаленном периоде была у 74,2% детей. Низкое зрение у 25,8% больных объяснялось анатомо-морфологическими изменениями глаза (патологией сетчатки, фиброзом задней капсулы и стекловидного тела), амблиопией.

Выводы. Имплантация различных моделей ИОЛ в сочетании с высокой технологией и использованием малых разрезов при удалении катаракты позволяют добиться высоких зрительных функций у детей с различными формами катаракт.

РОЛЬ НЕЙРОСОНОГРАФИИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССА ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ

Файзуллаев Р.Б., Хамидуллаев Д.И.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Абсцесс головного мозга – это ограниченное капсулой скопление гноя в веществе мозга. Несмотря на внедрение в медицинскую практику компьютерной (КТ) и магниторезонансной (МРТ) томографии, роль нейросонографии при диагностике и лечении абсцессов головного мозга остаются незаменимым, так как оно определяет ультразвуковые характеристики абсцессов головного мозга, оценивает возможности нейросонографии как способа интраоперационной диагностики и динамического наблюдения в послеоперационном периоде.

Материалы и методы исследования. На анализе данных пациентов с абсцессами головного мозга за период с 2009 по 2014 год интраоперационная нейросонография выполнена 17. Возраст пациентов от 3 месяцев до 12 лет. Пациентов мужского пола было 13 (76%), женского 4 (24%). В 8 (47%) случаях абсцесс выявлен в правой теменной, а в 6 (35%) в левой височной долях головного мозга. В 3 (18%) случаях абсцесс выявлен в задней черепной ямке в полости IV-го желудочка головного мозга.

Во время всем пациентам проводилась нейросонографическое исследование. Операция выполнялась следующим образом. После доступа к абсцессу, точно вскрывалась твердая мозговая оболочка, рядом размещался ультразвуковой датчик. В полость абсцесса вводилась аспирационная канюля, с последующим аспирацией гноя и промыванием полости растворами

антисептиков. Все этапы операции контролировались на мониторе в режиме реального времени.

Результаты и их обсуждение. У 12 (70%) пациентов после пункционной аспирации с промыванием полости, отмечено явный клинический эффект, в виде регресса общемозговой и неврологической симптоматики. Неврологический дефицит сохранялся у 3 (18%) пациентов. Летальность составила 2 (12%) пациентов, причиной которого явился отек с выраженным дислокационным синдромом и вклинением ствола головного мозга.

Выводы. 1. Интраоперационное ультразвуковое сканирование позволяет не только достоверно диагностировать и выбрать оптимальный путь доступа к абсцессу головного мозга, но и обеспечивает в режиме реального времени контроль процесса её пункции и аспирации.

2. Метод являясь неионизирующим, мобильным и почти обеспеченным во всех лечебных учреждениях в областях и отдалённых районах, которое испытывает нехватки врачей-специалистов по нейросонографии, требует подготовки и переподготовки УЗД-специалистов, для своевременной диагностики и лечения абсцессов головного мозга.

КАРТИНА ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦНС У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ПО ДАННЫМ НЕЙРОСОНОГРАФИИ

Хамраева С.А., Рахманкулова З.Ж.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Одной из актуальных проблем неонатологии остается вопрос ранней диагностики различных форм поражения головного мозга у недоношенных новорожденных. Трудность топической диагностики объясняется анатомической и функциональной незрелостью ЦНС, а также неспецифической полиморфной реакцией мозга в ответ на разнообразные внутричерепные патологические процессы.

Цель: Установить картину перинатального поражения ЦНС у недоношенных новорожденных детей.

Материал и методы. Исследования проведены на базе 5-й городской детской больницы г.Ташкента. Обследовано 45 недоношенных новорожденных детей. Нейросонография (НСГ) проводилась в режиме реального времени методом чрезродничкового ультразвукового сканирования головного мозга по стандартным сечениям во фронтальной и сагиттальной плоскостях на аппарате Sonoscope 300 специальным микроконвексным датчиком 7,5 МГц.

Результаты исследования. Установлено, что у 62,2% новорожденных детей выявлялись признаки постгипоксических изменений головного мозга, проявившихся зернистостью подкорковых ядер. В 40% случаев отмечались

признаки перивентрикулярной гиперэхогенности в области передних и задних рогов, боковых желудочков, что расценивалось как перивентрикулярная лейкомаляция.

Контуры борозд и межполушарная щель становились менее отчетливыми, размытыми, утолщенными, а кора была истонченной. Кроме того, базальные ядра и таламусы также были повышенной эхогенности. Всё вещество мозга нейросонографически лоцировалось диффузно-повышенной эхоплотности. У 36% новорожденных были выявлены изменения ликворной системы такие, как расширение субарахноидального пространства, дилатация ликворных путей, желудочков, вентрикуломегалия.

Выявилось также, что боковые желудочки у данных детей были умеренно расширенными, и имели тенденцию к прогрессирующей дилатации при динамическом наблюдении.

Сосудистые сплетения были увеличены, неправильной формы с наибольшим утолщением в затылочных и лобных рогах.

По данным НСГ, внутрижелудочковые кровоизлияния наблюдались у 14 новорожденных из всех обследованных детей (31,1%).

Выводы. Таким образом, результаты наших исследований показали, что у недоношенных новорожденных детей перинатальные поражения головного мозга характеризуются глубокими гипоксически-ишемическими и геморрагическими повреждениями, которые могут привести к тяжелым осложнениям.

РАЗРАБОТКА ОПТИМАЛЬНЫХ СРОКОВ ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Хасанов Х.З., Иноятов А.Т.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Главной проблемой современной фтизиатрии является лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза. В последние годы отмечается рост больных с лекарственно-устойчивым (ЛУ) фиброзно-кавернозным туберкулезом. Возникает необходимость пересмотра показаний к хирургическому методу лечения у больных ЛУ туберкулезом.

Цель работы. Применение хирургических вмешательств у больных с лекарственно-устойчивым фиброзно-кавернозным туберкулезом.

Материалы и методы. В исследование было включено 124 больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом с ЛУ МБТ, в возрасте от 15 до 70 лет (мужчин - 78, женщин – 46). Среди больных преобладали лица молодого и наиболее трудоспособного возраста от 20 до 45 лет (106-85,5%), а также количество мужчин (78 – 62,9%) превалировало по сравнению с женщинами (46

– 37,1%). Продолжительность заболевания до 1 года составляли 29 больных (23,4%), до 2 лет-38 (30,7%), до 3 лет-18 (14,5%), до 4 лет-21 (16,9%), до 5 и более лет- 18 больных(14,5%).

Результаты: Всем больным неоднократно проводилась стационарная и амбулаторная химиотерапия, которая была неэффективной из-за плохой переносимости и нерегулярного приема противотуберкулезных препаратов. Поэтому нередко химиотерапия проводилась по индивидуальной схеме, в соответствии с чувствительностью возбудителя и переносимостью препаратов. Пульмон-и плевропульмонэктомия выполнена у 32 больных (25,8%), лоб- и билобэктомия-у 44 (35,5%), комбинированная резекция- у 20 (16,1%), экстраплевральный пневмолиз- у 10 (8,1%), сегментарные резекции- у 18 (14,5). Хорошая клиническая эффективность хирургического лечения установлена у 109 больных (87,9%), удовлетворительная - у 13 (10,5%) летальность - у 2 (1,6%).

Вывод. Своевременное проведение операции больным с лекарственно-устойчивым туберкулезом позволяет существенно повысить эффективность лечения. Хирургические методы лечения у больных с лекарственно-устойчивым фиброзно-кавернозным туберкулезом, являются одним из основных методов терапии и позволяют получить хороший клинический эффект у 87,9% оперированных больных.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ С У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Хасанова Г.А., Ибрагимова Х.Н.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность: Парентеральные гепатиты С у детей. Частота перинатального инфицирования детей от матерей, больных ВГ, по данным литературы, колеблется при ВГС от 1,0 до 29,0% . Диагностика ВГ сегодня достаточно хорошо разработана, однако у детей раннего возраста имеются определенные трудности, поскольку у них в крови могут длительно циркулировать материнские антитела (Ат) к этим вирусам. Остаются не до конца решенными и вопросы терапии. Большинство противовирусных препаратов, успешно применяемых у взрослых пациентов, имеют возрастные ограничения к использованию у детей. Все это и обуславливает необходимость поиска и разработки новых, альтернативных методов диагностики и лечения ВГ у детей.

Цель исследования: Определить частоту инфицирования НС-вирусами у детей, рожденных от больных матерей, установить особенности течения ВГ С в раннем возрасте и разработать оптимальные схемы терапии.

Материалы и методы: Обследовано 20 ребенка, рожденных от матерей с

НСV-инфекцией, и 10 ребенка, ВГ С (40 детей в возрасте до 1 года и 24 ребенка, больных ХВГ С, в возрасте от 1 до 5 лет). В работе использованы методы: клинические, биохимические (АлАТ, АсАТ, билирубин), инструментальные (УЗИ брюшной полости), серологические (анти-НСV), вирусологические (РНК-НСV). Лабораторные исследования осуществлялись с применением ИФА.

Результаты и их обсуждение: Изучение вопроса перинатального инфицирования при ВГ С проведено в институт Вирусологии. Обследование 20 детей, рожденных от матерей, больных ВГ С, показало высокую частоту выявления у них в крови маркеров НС-вирусов (анти-НСV).

Так, у детей, рожденных от матерей с ВГ С, в роддоме анти-НСV выявлялись в 70,0%, в 6 месяцев — в 30% случаев. В год они регистрировались у 10% детей, а у 2% детей сохранялись до 15 месяцев. Однако в большинстве этих случаев они имели материнское происхождение (проникали в организм ребенка через плаценту и с грудным молоком). Анализ течения беременности и родов у матерей показал, что самыми важными факторами в передаче инфекции от матери к ребенку явились активность вирусного процесса у матери и преждевременное излитие околоплодных вод. Длительность грудного вскармливания не влияла на частоту инфицирования.

При УЗИ кроме увеличения печени и патологии желчного пузыря другой патологии не выявлено.

Выводы: У детей 1 -го года жизни заражение ВГ С происходит в 75-90% случаев от больной матери. В связи с этим диспансерное наблюдение за детьми, рожденными от инфицированных матерей, должно включать полноценное вирусологическое обследование, позволяющее выявить заболевание в первые месяцы жизни.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПЕРФУЗИОННОЙ СЦИНТИГРАФИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИБС

Хикматов А.А., Баженова Т.Ф.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность Применение метода перфузионной сцинтиграфии миокарда (ПСМ) в области кардиологии в частности ИБС является актуальным.

Цель исследования – определить диагностическую значимость ПСМ в оценке микроциркуляторных изменений при невыраженных стенозах коронарных артерий (КА).

Материалы и методы исследования: Результаты наблюдения 22 больных ИБС в Республиканском специализированном центре хирургии имени академика В.Вахидова (РСЦХ) за 2011-2015 годы, возраст больных от 32 до 68 лет. Перфузионная сцинтиграфия миокарда с использованием

радиофармпрепаратов – технетрил аналог (sestamibi), проводилась по однодневному протоколу на двухдетекторном однофотонном эмиссионном компьютерном томографе Mediso (Nuclear Spirit). Нагрузочная проба выполнялась на велоэргометре по Брюс протоколу с мониторингом АД, ЧСС и ЭКГ.

Результаты исследования: Нарушения перфузии встречались во всех исследуемых группах. Из 8 больных с нормальной кардиограммой у 4, наблюдались умеренная преходящая ишемия миокарда. Сравнивая данные ПСМ с клиническими данными, выяснилось, что у 4 больных имелась типичная стенокардия напряжения, а у 3 больных отмечалось «немая ишемия» на ЭКГ при нагрузочных пробах.

Только у 2 из 22 больных с невыраженными стенозами КА не наблюдались перфузионных нарушений, у остальных по данным сцинтиграфии выявлена ишемия различной степени выраженности. У 6 больных отмечались нарушения перфузии, характерные для перенесенного ИМ, имели невыраженные нарушения перфузии или даже их отсутствие.

Локализация дефектов перфузии миокарда совпадало с зонами кровоснабжения артерий, вовлеченных в патологический процесс, что явилось причиной удовлетворительной чувствительности, специфичности, и точности ПСМ при невыраженных стенозах КА.

В итоге при исследовании с технетрил аналогом (sestamibi) показатели чувствительности, специфичности и точности ухудшались с увеличением количества артерий вовлеченных в патологический процесс, в то время как при использовании тетрафосмина улучшались.

Вывод: Таким образом, перфузионная сцинтиграфия миокарда с радиофармпрепаратами, технетрил аналогом (sestamibi) является высокочувствительным, специфичным и точным методом исследования, показавшим высокую частоту нарушений кровоснабжения миокарда у 75% больных с невыраженными стенозами КА.

СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ С ДА ВИРУСГА ҚАРШИ ДАВОЛАШНИНГ САМАРАДОРЛИГИ ВА ИНТЕРФЕРОНОГЕНОЗНИНГ ЎЗАРО АЛОҚАДОРЛИГИ

**Ҳикматова М.А., Арипходжаева Г.З.
Тошкент педиатрия тиббиёт институти,
Тошкент ш., Ўзбекистон**

Бугунги кунда сурункали гепатитни (СГС) даволашда асосий этиотроп препарат интерферон – альфа (ИФН - 1) ҳисобланади. ИФН - 1 ҳисобланади. ИФН - 1 вирус элиминациясига ёрдам бериши ва фиброгенезни бартараф этиб, жигарда патологик жараённинг ривожланишини камайтириши мумкинлиги аниқланади. [SEEf L.V., Hoofnagle J.H. 2003; Баранова Н.П. ва б, 2010]. Қатор

муаллифларнинг маълумотлари бўйича интерферон билан даволашнинг мўътадил ижобий натижаларига СГС билан оғриган беморларнинг фақат 20 – 25% идагина эришиш мумкин. (Мамаев С.Н. ва б, 2001; Ивашкин В.Т. ва б, 2002). Шу билан боғлиқ ҳолда альфа – интерферон препаратларнинг вирусга қарши механизмини хужайралараро медиаторлар бўлган ИФН –2 ва ИФН – 3 билан ўзаро алоқадорликда ўрганиш муваффақият омилларини аниқлаш ва вирусга қарши даволашнинг самарадорлигини оширишга имкон яратади.

Тадқиқотнинг мақсади: альфа – интерферон билан вирусга қарши даволаш ва ВҚД га жавоб хусусияти билан ушбу кўрсаткичларнинг ўзаро алоқадорлиги фонида СГС бўлган беморларда ИФН – 1, ИФН – 2 ва анти – ИФН – 1 зардоб концентрацияларининг динамикасини ўрганиш бўлади.

Материаллар ва усуллар: 19 дан 45 ёшгача бўлган сурункали гепатит С билан касалланган 57 нафар бемор кузатув остида бўлади. Ҳамма беморлар ўз ичига альтевир – интерферон альфа – 2 b (Фармапарк) ва ишлаб чиқарувчи тавсия қилган дозаларда рибавиринни олган ВҚД ни олдилар. ИФН – 1, ИФН – 2 ва ИФН – 3 цитокинларнинг даражаси “Протенли контур” ва “Цитокин” тест – жамланмаларидан фойдаланган ҳолда ИФА усули билан аниқланади (Санкт - Петербург). Иммунологик текширувлар иммунология ИТИ “Иммуноцитокинлар” лабораториясида ўтказилади (директор Арипов Т.У.)

Назорат гуруҳини В ва С вирусли гепатитларининг манфий маркерлари билан 19 дан 30 ёшгача бўлган амалий жихатдан соғлом 12 нафар донорларнинг кўрсаткичлари ташкил қилади. Текширув натижалари Microsoft Statistica 6.0 дастурлар пакети ва стьюдентнинг t – мезонини қўллаш билан ишлаб чиқилди.

Натижалар ва муҳокама. Текширувдан ўтказилган беморларнинг умумий гуруҳида альфа - , гамма – ва анти альфа интерферонларнинг кўрсаткичлари назорат маълумотларидан анча ортиқ бўлади. Бунда С вирусининг интерфероногенезни индукциялаш қобилиятининг пастлиги ўзига эътиборни тортади. ВҚД га ижобий жавоб бўлган беморларда ИФН – 1, ИФН – 2 нинг бошланғич кўрсаткичлари ВҚД га жавоб бўлмаган беморлардагига қараганда анча юқори бўлди. (14.9 ± 0.87 пг/мл, 12.9 ± 0.95 пг/мл ва 10.3 ± 0.75 пг/мл, 4.3 ± 0.17 пг/мл, $p < 0.01$ мос равишда). Анти – ИФН – 1 кўрсаткичлари динамикаси ВҚДга жавоб хусусияти билан ўзаро алоқадорликда бўлмади.

Шундай қилиб, ўтказилган текширувлар натижалари кўрсатадики, текширувдан ўтказилган СГС беморлари гуруҳида интерфероногенез динамикаси ВҚДга жавоб хусусияти билан ўзаро боғлиқ.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, С ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕ БОЛЕЕ 5 ЛЕТ

**Хикматуллаева Р.А., Исмаилов С.И., Юлдашева Н.М.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Катастрофичный рост заболеваемости СД 2 типа, как в развитых, так и в развивающихся странах ведет к неуклонному росту его одного из тяжелых осложнений – диабетической ретинопатии (ДР). Согласно данным литературы ДР развивается в 45–70% наблюдений при стаже основного заболевания 10 лет и более (Wong T.Y., Klein R., Islam A. et al., 2006.). Однако, все чаще ДР регистрируют у лиц молодого, трудоспособного возраста и при длительности СД не более 10 лет (Varma R., 2006.). Это дает основание считать ДР социально значимой патологией и требует изучения основных факторов риска ее развития.

Цель исследования: изучить факторы риска развития ДР у пациентов СД 2 типа при длительности заболевания не более 5 лет.

Материал и методы исследования. Проведен опрос и обследование 94 пациентов СД 2 типа со стажем заболевания не более 5 лет в консультативной поликлинике РСНПМЦ Эндокринологии за период с января по декабрь 2015 г. В 19 случаях (20,2%) у обследованных диагностировали ДР. Всех пациентов разделили на две группы: I группа – 19 пациентов с ДР на глазном дне, группа II – 75 пациентов без признаков ДР. В ходе опроса пациентов собирали информацию о характере течения СД, его лечении, существующих осложнениях, вредных привычках (курение) и др. Регистрировали рост, вес, индекс массы тела (ИМТ), объем талии (ОТ), уровни гликированного гемоглобина, липидов крови, артериального давления и др. Офтальмологическое обследование включало визометрию, тонометрию, периметрию и биомикроскопию.

Результаты: исследования показали, что обе группы наблюдения не имели статистически значимых отличий по полу, наследственности и длительности СД. Пациенты группы I были достоверно моложе ($51,3 \pm 8,4$ лет) пациентов группы II ($68,6 \pm 4,7$ лет), при $p < 0,01$. Одинаково часто у пациентов обеих групп регистрировали высокие уровни гликированного гемоглобина на момент осмотра: 57,9% в группе I и 61,3% в группе II. Достоверно чаще пациенты I группы рассказывали о гипогликемических состояниях в анамнезе: 47,4% в группе I, против 29,3% в группе II. В 57,9% наблюдений пациенты группы I сообщили о высоких уровнях АД, трудно поддающихся коррекции. В группе II таких пациентов было только 34,7% наблюдений. Нарушения липидного профиля с повышением уровня холестерина и липопротеидов низкой плотности в I группе регистрировали в 84,2% случаев, а в группе II – только в 68%. Мы не отмечаем достоверной разницы в общем количестве

курящих пациентов в обеих группах (21,05% – в группе I и 18,7% – в группе II). Однако, пациенты I группы наблюдения выкуривали большее количество сигарет в день (12 и более), против 4 и более – в группе II. Значительно чаще во II группе регистрировали миопическую рефракцию – 18,7%, а в I группе – в 5,3%. Гиперметропическую рефракцию чаще регистрировали в группе I: 73,7%, против 38,7% в группе II.

Выводы. Таким образом, результаты наших предварительных наблюдений свидетельствуют, что такие факторы как ранний возраст начала СД, нарушения липидного обмена, высокий, не поддающийся коррекции уровень АД, частые гипогликемические состояния, а также гиперметропическая рефракция и курение могут быть факторами риска развития ДР у пациентов СД 2 типа со стажем заболевания не более 5 лет. В тоже время, малое количество, обследованных нами, пациентов и относительно непродолжительный период наблюдения требуют продолжения исследования.

ОСОБЕННОСТИ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИЕЙ

Ходжаева Д.Х., Абдуллаева В.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Актуальность проблемы наркотической зависимости определяется ее высокой медико-социальной значимостью (А.А. Касторная, М.И. Ягубов, 2013). Последствия злоупотребления наркотиками проявляются не только психосоматическими расстройствами, деградацией личности и социальной дезадаптацией, но и проблемами в сексуальной сфере (O'Farrell T.J., 2007).

Цель исследования – изучить клинические особенности сексуальных расстройств у больных с героиновой наркоманией.

Материал и методы исследования. Для решения поставленных задач обследовано 40 больных героиновой наркоманией. Средний возраст пациентов составил $36,0 \pm 9$ лет. Методами исследования явились клиничко-психопатологический метод и клиничко-сексологический метод (шкала сексуальной функции – ASEХ (Arizona Sexual Experience Scale).

Результаты и обсуждение. Средний возраст больных к началу систематического потребления составил 21 ± 5 лет. Сексуальные расстройства возникали в среднем к 34 ± 7 годам, т.е. формировались во второй стадии заболевания. Ретроспективно, по анамнестическим сведениям, а также по данным, полученным от сексуальных партнеров (жен) обследуемых, было установлено, что во время ремиссии у пациентов (балл по ASEХ шкале – $20 \pm 3,5$) в 60,3% случаев снижалось половое влечение. Это влекло за собой урежение сексуальных контактов, вплоть до полного прекращения половой

жизни, а у 33% пациентов наблюдалось еще и нарушение эрекции. Расстройство эякуляции (ускоренное семяизвержение) было диагностировано у 10% больных. Ускоренное семяизвержение наблюдалось с начала половой жизни. В период употребления наркотиков (баллы по шкале ASEХ – 28±2,5) и существования абстинентного синдрома (баллы по шкале ASEХ – 25±6,9) интимные отношения отсутствуют. На фоне выраженных астенических явлений (слабость, утомляемость, снижение работоспособности) сексуальные нарушения сохраняются (общий балл по шкале ASEХ – 24±4,7).

Заключение. У подавляющего большинства больных героиновой наркоманией наблюдаются сексуальные дисфункции, которые имеют свои особенности во время ремиссии, в периоды злоупотребления наркотическими средствами, во время существования абстинентного синдрома и во время его редукции. У больных во время ремиссии наблюдаются сексуальные дисфункции в виде расстройства полового влечения (60,3%), нарушения эрекции (33%) и ускоренного семяизвержения (10%).

ХРОНОЛОГИЯ РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

**Ходжаева И.А., Каримова М.Н.,
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Манифестация аллергических заболеваний у обследованных нами детей начиналась с симптомов пищевой аллергии, часто проявляющихся атопическим дерматитом. Он дебютировал преимущественно на первом году жизни и являлся первым признаком атопического заболевания. Атопический дерматит характеризовался сухостью кожи, мучительным зудом, экзематозными и лихенифицированными высыпаниями на коже конечностей и лице. Провоцирующими факторами были домашняя пыль, компоненты еды, ранний перевод на искусственное вскармливание, вакцинация. Необходимо отметить, что у детей с пищевой аллергией и атопическим дерматитом в 62% случаях отмечались функциональные расстройства ЖКТ и в 31% случаев – респираторная патология.

Цель исследования: изучить хронологию развития бронхиальной астмы у детей

Материалы и методы исследования: обследовано 50 больных детей, из них 31 детей раннего возраста с обструктивным бронхитом и 17 детей дошкольного и школьного возраста с бронхиальной астмой в аллергологическом и соматическом отделении ГКДБ №1 г. Ташкента и в ГМДКДЦ. Применялись общепринятые методы исследования.

Результаты исследования: у 10,5% обследованных детей дошкольного и школьного возраста отмечались проявления аллергического ринита, который характеризовался наличием интермиттирующего воспаления слизистой

оболочки носа и его пазух. Установлено, что дети с аллергией в 6 - 7 раз чаще подвергались респираторной патологии, чем практически здоровые дети. Заболевания ЛОР-органов в виде тонзиллита, синусита, ринита, также встречались в 3 – 3,5 раза чаще у детей с атопией. Так, атопический дерматит (АтД) зарегистрирован у 42,7% пациентов с БА и во всех случаях дебютировал на 1-м году жизни. Почти у половины детей (45,3%) уже в грудном возрасте отмечались симптомы неспецифической гиперреактивности бронхов (ГРБ). В анамнезе 41,2% детей наблюдались острые кожные реакции по типу крапивницы и/или ангиоотека. В 95,6% случаев в периоде манифестных клинических проявлений БО выявлялась эозинофилия более 5%. У 79,4% детей к моменту исследования сформировался аллергический ринит (АР). Для абсолютного большинства детей с ОБ собственный атопический анамнез был отрицательным. Только 1 ребенок (4,3%) имел проявления АтД на 1-м году жизни. У двоих детей (8,7%) на фоне частых ОРИ к возрасту четырех - пяти лет развился АР. Удельный вес часто и длительно болеющих детей (ЧДБД) в разные возрастные периоды был в 1,4-3,5 раза выше, чем в основной группе ($p < 0,05$). Лишь к возрасту 6 лет доля ЧДБД уменьшилась до 17,4%. Сравнительный анализ показал, что у значительного числа детей с БА (61,8%) первый эпизод БО развивался на 2-3-м году жизни ($p < 0,001$), почти у пятой части – на 4-5-м году жизни (14,7% и 7,4% соответственно). Лишь в 17,6% случаев БО возникала на 1-м году жизни. Максимальная кратность БО ($7,4 \pm 0,02$ эпизодов) приходилась на 3-й год жизни ($p < 0,05$). Более поздний старт БО при БА подтверждался результатами корреляционного анализа: $r = -0,31$ при $p < 0,05$.

Основными факторами, вызывающими обострение БА, служили аллергены (бытовые, эпидермальные, пыльцевые, пищевые, грибковые). Более чем у половины больных (67,6%) в качестве триггера БА выступала ОРИ, преимущественно в период эпидемического подъема инфекционных заболеваний.

Заключение: таким образом, анализ хронологии и клинических проявлений аллергических заболеваний установил группы риска по аллергии, последовательность клинических проявлений аллергии в зависимости от возраста ребенка, знание чего будет способствовать своевременной диагностике и профилактике аллергических заболеваний у детей.

ХАРАКТЕРИСТИКА БРОНХИАЛЬНОЙ ПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Хожаева И.А., Каримова М.Н.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность: Базовым методом диагностики в педиатрической практике является спирометрия. Основной показатель, интересующий специалистов при

бронхиальной астме, – объем форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ1), как базовый показатель бронхиальной проходимости. Достоинством спирометрии является доступность метода, однако она имеет свои ограничения: в частности, метод требует активного участия в исследовании пациента, что затруднительно в педиатрической практике (с детьми младшего возраста). Основным индикатором правильно выполненного исследования является показатель жизненной емкости легких. Если этот показатель снижен, то ОФВ1, как производный показатель, тоже непременно будет снижен, сочетание этих показателей говорит о неправильном выполнении пробы.

Истинное снижение ОФВ1 может быть только при нормальном или субнормальном показателе жизненной емкости легких. Современной возможностью спирометрии является метод перекрытия потока, когда кратковременно, во время спокойного выдоха перекрывается поток и измеряется сопротивление в дыхательных путях. Величина, обратная этому сопротивлению, характеризует проходимость бронхиального дерева. Данная опция не требует активного участия пациента, поэтому может широко применяться в педиатрической практике. В настоящее время метод широко используется для проведения функциональных проб. Динамика показателя сопротивления, отражающего бронхиальную проходимость, позволяет определить влияние на него бронхолитика или провокационной пробы.

Цель исследования: изучить показатели спирометрии у детей с бронхиальной астмой

Материалы и методы исследования: обследовано 50 больных детей, из них 31 детей раннего возраста с обструктивным бронхитом и 17 детей дошкольного и школьного возраста с бронхиальной астмой в аллергологическом и соматическом отделении ГКДБ №1 г. Ташкента и в ГМДКДЦ. Изучали функцию внешнего дыхания методом централизованной спирометрии с автоматическим анализом должных показателей петли «поток – объем». Интерпретация всех спирографических показателей основывали на расчете отклонений фактических величин от должных.

Результаты исследования: Согласно полученным данным при спирографическом исследовании отмечалось нарушение функции внешнего дыхания по обструктивному или смешанному типу. У всех больных БОС установлено нарушение бронхиальной проходимости: ОФВ – 90%, МОС25 – 86%, МОС 50 – 61%, МОС75 – 44% и положительная проба на физическую нагрузку. Признаки нарушения бронхиальной проходимости вне обострения заболевания были установлены у 28 (у 38,9%) больных основной группы и у 25 (у 34,7%) больных контрольной группы. Функциональные изменения дыхания у больных бронхиальной астмой характеризовались обструктивными и смешанными нарушениями вентиляции. Средние величины функциональных показателей при астматическом бронхите и бронхиальной астме демонстрировали смешанный тип вентиляционных нарушений с преобладанием в период обострения бронхиальной обструкции, которая имела генерализованный характер. Петля «поток- объем» у всех больных была

типичной обструктивной формы. В группе больных со средней степенью тяжести астмы выявлено достоверное снижение всех показателей бронхиальной проходимости в сравнении с основной группой, как в период обострения, так и в период контролируемого течения астмы.

Заключение: у обследованных детей имеются выраженные нарушения функции внешнего дыхания с выраженным преобладанием обструктивного или смешанного.

ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЦВЕТНОГО ДОПЛЕРОВСКОГО КАРТИРОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ходжаева Н.А., Юсупалиева Г.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность: Внедрение современных высокоинформативных методов ультразвукового исследования в клиническую практику, таких как цветное доплеровское картирование (ЦДК), открывает новые возможности в проведении дифференциальной диагностики узловых образований железы.

Цель исследования: Изучение возможностей и роли ЦДК в комплексной ультразвуковой диагностике и дифференциальной диагностике узловых образований щитовидной железы.

Материалы и методы исследования: Обследован 101 пациент с узловыми образованиями щитовидной железы. УЗИ проводили на современном ультразвуковом приборе с использованием линейного датчика с диапазоном частот 7-12 МГц. Заключительный диагноз обследованных пациентов, подтвержденный послеоперационным гистологическим исследованием, представлен следующими заболеваниями: многоузловой эутиреоидный коллоидный зоб - 62 (61,5 %) пациента, аутоиммунный тиреоидит (АИТ) с узлообразованием - 7 (6,9 %), фолликулярная аденома - 13 (12,9 %), токсическая аденома - 1 (0,9 %), фолликулярный рак - 5 (4,9 %) и папиллярный рак диагностирован у - 13 (12,9 %) больных.

Результаты исследования: Аденома в большинстве случаев определяется как четко очерченный узел с наличием тонкой гиперэхогенной капсулы, окруженный анэхогенным ободком по периферии. Эхографическая картина многоузлового эутиреоидного коллоидного зоба в большей степени напоминает аденому с четкими контурами. Классическое описание рака щитовидной железы характеризуется следующими эхопризнаками: солидная эхоструктура образования с гиперэхогенными включениями; отсутствие анэхогенного ободка; гипоэхогенность очага; неровность, бугристость границ, нечеткость и размытость контуров; образование неправильной формы; наличие

кальцинатов. Проведенный анализ полученных результатов доказал, что АИТ с узлообразованием токсической аденомы характеризуется отсутствием кровотока как в самом узле, так и вокруг него и перинодулярной васкуляризацией, т.е. когда регистрируется кровоток только вокруг узла, подтверждающие доброкачественную природу узлов. При многоузловом эутиреоидном коллоидном зобе у 75,9 % пациентов также определялись отсутствие кровотока, а в 24,1 % случаев имелась смешанная васкуляризацию узлового образования, которая является косвенным признаком злокачественного процесса, характерный для фолликулярного и папиллярного рака щитовидной железы.

Вывод: Таким образом, что комплексная ультразвуковая диагностика узлового образования щитовидной железы с обязательным включением в обследование ЦДК расширяет возможности диагностики и дифференциальной диагностики данных образований.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВЕДЕНИЮ ДЕТЕЙ С ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**Ходжиметова Ш.Р., Убайдуллаева С.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Одной из актуальных гастроэнтерологических проблем у детей различных возрастных групп являются нарушения переваривания и всасывания углеводов, среди которых наиболее распространенной и изученной является лактазная недостаточность (ЛН). Различные варианты ЛН широко распространены среди населения земного шара, однако лишь относительно небольшой части лиц с ЛН требуется серьезное вмешательство со стороны врача. Распространенность ЛН на нашей планете достигает 70%. Клиническая картина ЛН достаточно характерна и позволяет легко поставить диагноз, а широкий выбор низколактозных продуктов дает возможность эффективно корректировать состояния, в первую очередь, у детей первого года жизни.

Цель исследования. Оценка эффективности применения ферментного препарата лактазы у детей с лактазной недостаточностью

Материалы и методы исследования: в основу исследования положены данные обследования 34 детей в возрасте от 1 месяца до 3 лет. Дети были рандомизированы на 2 группы. Дети основной группы (19 детей) получали ферментный препарат лактазы. В группе сравнения 15 детей не получали данный препарат. В данном исследовании использована «Лактаза Бэби». Препарат выпускается в капсулах (Lactase, Nature's Way Products, Inc), в 1 капсуле содержится 230 мг- 3450ЕД лактазы.

Повторное исследование проводилось углеводов в кале.

Результаты исследования: Клиническая картина при лактазной недостаточности характеризуется частым (8-10 раз) водянистым стулом, урчанием в животе, флатуленцией и кишечными коликами. У детей в основной группе незначительные отклонения от нормы встречались у 12,5%, их средние показатели составили 0,56%; средние отклонения составили 57,5% – $0,96 \pm 0,02\%$; существенные отклонения отмечались у 30% детей – $1,8 \pm 0,2\%$.

Предварительные результаты в ходе исследования по оценке эффективности ферментного препарата «Лактаза Энзим», свидетельствуют об эффективности терапии данным препаратом для лечения лактазной недостаточности. Так если в основной группе содержание углеводов в кале до лечения составляло $0,96 \pm 0,02\%$, то после лечения они снизилось до $0,28 \pm 0,01\%$, в группе сравнения эти показатели в среднем составили до лечения $0,85 \pm 0,01\%$, а после лечения $0,65 \pm 0,02\%$. В основной группе показатели достоверно снижались по сравнению с показателями группы сравнения ($0,28 \pm 0,01$ и $0,65 \pm 0,02$ соответственно; $P < 0,05$). Однако, показатели после лечения не достигали контрольных цифр как в основной группе, так и в группе сравнения. У детей контрольной группы показатели углеводов в кале в среднем составили $0,12 \pm 0,01\%$, что в 8 раз было ниже по сравнению с показателями основной группы до лечения и в 2,3 раза после лечения. В группе сравнения показатели углеводов в кале были повышены в 7,1 раз до лечения и в 5,4 раза после лечения по сравнению с контрольной группой.

Заключение: Включение в реабилитацию препарата «Лактаза Бэби» у детей с лактазной недостаточностью является целесообразным, т.к. он способствует нивелированию клинических симптомов данной патологии и снижению к показателей углеводов в кале.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Ходжиметова Ш.Р., Убайдуллаева С.А.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Система лечебных мероприятий затяжных диарейных заболеваний предусматривает назначение элиминационных диет. Оказание помощи детям с ЛН зависит от степени, тяжести ее клинических проявлений. В случаях, когда ЛН сопровождается тяжелыми клиническими проявлениями, единственно правильным решением является исключение из питания ребенка молока и молочных продуктов. Альтернативным питанием таких больных является безлактозные и низколактозные смеси, в которых содержание лактозы практически равно нулю. В питании детей с гиполактазией, находящихся на грудном вскармливании, рекомендуется сохранять грудное молоко в рационе, заменяя без и низколактозными смесями не более половины каждого кормления.

Целью исследования явилось определить эффективность применения ферментного препарата лактазы у детей с лактазной недостаточностью.

Материалы и методы. В основу исследования положены данные обследования 34 детей в возрасте от 1 месяца до 3 лет, из них мальчиков было 14, девочек 26. Дети были рандомизированы на 2 группы. Дети основной группы (19 детей) получали ферментный препарат лактазы. В группе сравнения 15 детей не получали данный препарат. В данном исследовании использована «Лактаза Бэби». Препарат выпускается в капсулах (Lactase, Nature's Way Products, Inc), в 1 капсуле содержится 230 мг- 3450ЕД лактазы. Повторное исследование проводилось углеводов в кале.

Результаты и обсуждение. Манифестация заболевания наблюдалась у 7,5% больных с рождения, у 65,6% пациентов в месячном возрасте, а у остальных 8,6% после 3 месяцев. Дети употребляли смесь как заменитель грудного молока и основу для каш. Концентрацию смеси увеличивали постепенно, согласно рекомендации компании-изготовителя. Эффективность изучаемой смеси проводилась по данным клинико-лабораторных методов исследований.

Клинические проявления заболевания, характеризующие, лактазную недостаточность наблюдались у всех больных. Основными жалобами родителей были учащенный стул (100%), пенистый (85,0%), кислым запахом (85,0%), урчание в животе во время кормления (87,5%), беспокойство ребенка (95,0%), особенно после кормления. Характер диарейного синдрома был осмотический у всех детей. Синдром диареи проявлялся постепенно в зависимости от степени выраженности дефицита лактазы. Несмотря на длительность диареи, симптомы интоксикации, как правило, не были выражены. Параметры физического развития у большинства детей (77,5%) были в пределах нормы, у остальных детей (22,5%) значения соответствовали ниже 1 стандартного отклонения.

У пациентов в основной группе отмечалось быстрое восстановление аппетита, купирование диспепсического синдрома (метеоризм, диарея). Так же быстрее наблюдалось улучшение общего состояния, исчезновение симптомов хронической интоксикации (беспокойство, плохой сон).

У всех больных наблюдался жидкий и кашицеобразный стул. При лабораторном исследовании крахмал у 95,0%, непереваренная растительная клетчатка, йодофильная флора, жирные кислоты и мыла регистрировалось у 100% больных. У больных основной группы отметилось значительное улучшение копрологических показателей.

Выводы. На фоне назначения ферментного препарата у детей основной группы отмечалось улучшение общего состояния, быстрое восстановление аппетита, купирование диспепсического синдрома (метеоризм, диарея), исчезновение симптомов хронической интоксикации (беспокойство, плохой сон).

УРОВЕНЬ КОМПЛАЕНСА У ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЫ

Хомова Н.А., Ташпулатова Ф.К.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Туберкулез (ТБ) по –прежнему входит в число инфекционных болезней, уносящих наибольшее число жизней. Согласно оценкам ВОЗ, число заболевших ТБ в 2013г. составило 9,0 млн. человек, а 1,5 млн. человек умерли от этой болезни. Недостаточная мотивация и низкая приверженность к терапии является одной из причин низкой эффективности лечения больных ТБ. Около 5% больных всеми формами впервые выявленного ТБ отказываются от стационарного лечения по различным причинам и около 20% пациентов выписываются в первые два месяца лечения за нарушение режима. Проблема заключается не в отсутствии эффективного лечения, а в основном, в организации: как адекватно применять долгосрочные курсы химиотерапии

Цель: изучить уровень комплаенса у больных с впервые выявленным туберкулезом легких и плевры.

Методы исследования: изучение приверженности проводилось с помощью тест-опросника Мориски – Грина.

Результаты: и обсуждения: исследование проводилось в отделении Диагностики патологии легких и плевры в РНПМЦФиП им. Алимова МЗРУз. Было обследовано 20 пациентов в возрасте 22-72 лет, которым был выставлен диагноз впервые выявленный туберкулез, причем встречались различные его формы (очаговый, диссеминированный, инфильтративный туберкулез легких, туберкулезный плеврит). Среди них было 8 женщин (40%) в возрасте 22-59 лет и 12 мужчин (60%) в возрасте 30-72 лет. В результате анкетирования было выявлено, что 3 больных являются комплаенсными (15%), 8(40%) – находятся в группе риска и 9(45%) – некомплаенсные больные. Из 9 некомплаенсных больных 7(77,8%) – мужчины. В браке состояло 16(80%) человек, разведена – 1(5%), вдова – 1(5%), холостых – 2(10%). 8(50%) пациентов из 16 –ти, состоящих в браке, оказались некомплаенсными. Из всех опрошенных 9(45%) были безработными, 6(30%) – официально работающие, 4(20%) – пенсионеры, 1(5%) – студентка. 5(55,5%) из 9 некомплаенсных больных были безработными. Из 20 обследованных удовлетворительные социально – бытовые условия были у 4(20%) больных, хорошие – у 10(50%), отличные – у 6(30%). Четверо больных, у которых были удовлетворительные социально – бытовые условия, показали некомплаенсное поведение, т.е. 100%. Вредные привычки были выявлены у 4(20%) больных из 20 опрошенных, и двое из них (50%) были неприверженными к лечению. В результате анкетирования было выявлено, что из всех опрошенных 7(35%) имеют высшее образование, 2(10%) – незаконченное высшее образование, 3(15%) – среднеспециальное и 8(40%) –

среднее образование. Причем 3(43%) с высшим образованием и 4(50%) человек со средним образованием показали некомплаенное поведение. Также в опросник был включен вопрос о расположении ближайшего ЛПУ к месту жительства больного. 2(10%) из опрошенных указали, что ЛПУ находится очень близко, 13(65%) – близко, 5(25%) – далеко. 5(33,3%) больных, из тех, кто отметили близко, и 4(80%) – из тех, кто отметил далеко, оказались не приверженными к лечению.

Вывод: на основании полученных результатов можно сделать вывод о том, что некомплаенное поведение проявляют безработные мужчины в возрасте 31-64 лет с высшим и средним образованием, проживающие в удовлетворительных социально – бытовых условиях и имеющие вредные привычки, причем редко обращающиеся за медицинской помощью в ЛПУ.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ПОРАЖЕНИЯ ПЛЕВРЫ У БОЛЬНЫХ С ВИЧ-АССОЦИИРОВАННОЙ ТУБЕРКУЛЁЗНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Худоёров И.А., Рашидов З.Р.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Ранняя диагностика туберкулеза у больных с ВИЧ-ассоциированной туберкулёзной инфекцией является одной из актуальных задач медицинской радиологии и фтизиатрии.

Целью исследования явилась оценка значимости традиционного рентгенологического метода (ТРМ), компьютерной томографии (КТ) и ультразвукового исследования (УЗИ) в определении поражения плевры у больных ВИЧ/ТБ.

Материалы и методы. Были проанализированы данные о 80 больных ВИЧ-инфекцией с впервые выявленным туберкулёзом. При поступлении всем больным проводились традиционные обследования, включающие клинические, лучевые и лабораторные исследования.

Всем больным проводились традиционные рентгенологические исследования, КТ и УЗИ по стандартной методике.

Результаты: Количество больных мужчин (52) преобладало над женщинами (38). Большинство больных были в возрасте от 30 до 39 лет.

Изменения в области плевры были выявлены у 61 больного. Для определения роли ультразвукового исследования при оценке плевральных изменений у больных туберкулёзом в сочетании с ВИЧ-инфекцией и необходимости включения его в алгоритм исследования, проведена сравнительная оценка результатов различных методов лучевой диагностики.

Сравнение результатов ультразвукового и традиционного рентгенологического исследования показало, что эффективность

ультразвукового исследования оказалось значительно выше, при выявлении изменений в плевре. Утолщение плевральных листков по данным ТРМ было выявлено только у 22 из 31 больного, а наличие плеврального выпота у 22 из 30 больных с поражением плевры, выявленным при ультразвуковом обследовании ($p < 0,01$).

Установлено, что изменения в плевре при компьютерной томографии и при УЗИ, определялись практически с одинаковой частотой, однако если по данным КТ у 3-х больных было констатировано «утолщение листков плевры», то методом УЗИ была обнаружена жидкость в плевральной полости.

Выводы. Таким образом, исследование показало, что ультразвуковая диагностика по сравнению с ТРМ и КТ, является наиболее эффективным методом при выявлении изменений в плевре. УЗИ является самым доступным, безопасным и дешёвым методом лучевой диагностики поражения плевры. Это имеет особенное значение в случаях необходимости контроля за динамикой плевральных изменений, при неоднократной пункционной эвакуации экссудата.

ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ

Худойбергенова Л.Б., Агзамова Ш.А.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Распространенность эссенциальной артериальной гипертензии (ЭАГ) в детском и подростковом возрасте составляет, по данным разных авторов, значительную величину – от 2,4% до 20%. С 2007 г. в рекомендациях по проблеме АГ Европейского общества гипертензии (ESH) и Европейского общества кардиологов (ESC), параметры жесткости сосудистой стенки включены в число тестируемых при поиске субклинического поражения органов-мишеней при АГ, а также в число факторов, серьезно влияющих на прогноз у пациентов с АГ. В настоящее время именно на исследовании степени дилатации плечевой артерии во время реактивной гиперемии и толщина комплекса интима-медиа (ТКИМ) общей сонной артерии (ОСА) с использованием ультразвука основан один из наиболее распространенных в клинических исследованиях методов оценки функции эндотелия и индивидуального риска у больных.

Обсуждение. Формирование и течение АГ сопровождается нарушением функции эндотелия. Сочетанное влияние на сосудистую стенку повышенного АД, нарушенной углеводного и липидного обмена, активации симпатoadреналовой и ренин-ангиотензиновой систем, приводят к морфологическим изменениям сосудистой стенки и структурно-функциональным нарушениям органов и систем. Косвенно функцию эндотелия оценивают по его сосудодвигательной активности и величине локального кровотока на модели

плечевой артерии (ПА) (методика D. Celermajer и соавт). Установлена связь между изменениями эндотелиальной функции ПА и атеросклерозом коронарных артерий. Маркером раннего вовлечения сосудистой стенки в процесс атерогенеза является ТКИМ, определяемая доплер эховазографически, отражающая не только местные изменения, но и распространенность атеросклероза. У детей с возрастом увеличивается диаметр артерий, в то время как изменения толщины ТКИМ сосудистой стенки не столь очевидны. Некоторые исследователи отмечают небольшое увеличение ТКИМ ОСА с возрастом. В 2004 г. A.Wiegman и соавт. (2004) на примере детей и подростков в возрасте 8–18 лет из семей с наследственной формой гиперхолестеринемии подтвердили влияние метаболических факторов риска на ТКИМ ОСА.

Выводы. Состояние функции эндотелия модулирует связь между параметрами жесткости сосудистой стенки плечевой артерии и толщиной КИМ ОСА, что может рассматриваться как важный предиктор кардиоваскулярного риска и потому заслуживает, чтобы ему уделяли внимание в рутинной терапевтической и педиатрической практике. К тому же, хотя субклинический атеросклероз и коррелирует с возрастом, следует учитывать, что он как раз и отличается тем, что наблюдается у многих людей молодого возраста, автоматически относя их в группу повышенного риска сердечно-сосудистых событий в отдаленном будущем.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА У БЕРЕМЕННЫХ

Худобердиева Ф.Ф.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Вазомоторный ринит, возникающий во время беременности, является распространенной патологией, в основе которой лежит изменения гормонального статуса беременных женщин. По некоторым данным он развивается у 5-32% беременных женщин (Е.А. Pribitkin,2003;Е. J. Hillmaan,2000). Подругим, у каждой 2\5 женщины в период гестации (Черных Н. М. 2008.)

Целью исследования является: изучить частоту встречаемости вазомоторного ринита среди беременных.

Материалы и методы: были проанализированы истории болезни 2079 беременных стоявших на учете в Центральной многопрофильной поликлинике Юнусабадского района за период 2014 -2015 года.

Результаты исследования: анализ амбулаторных карт выявил, число стоявших на учете беременных составило – 677 (100%). Из них, обратившиеся с жалобами общей патологии носа составило-264 (39%), а беременные с

вазомоторным ринитом составило- 108 (15.9%). Большинство беременных жаловались на затрудненное носовое дыхание, нехватка воздуха во время сна, ринорею.

Диагноз вазомоторного ринита был установлен на основании изучения жалоб, анамнеза, ЛОР осмотра, а так же проводилась эндоскопия ЛОР органов.

Вывод: таким образом, надо сказать что, удельный вес вазомоторного ринита у беременных в структуре общей патологии носа и придаточных пазух в наших исследованиях составил 15,9% от общего числа исследованных беременных.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО КОНЦА КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ У ДЕТЕЙ

Хужаев Э.А., Ходжанов И.Ю., Турсунов Б.С.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Лечение больных переломами дистального конца костей предплечья остаётся актуальной проблемой детской травматологии. Главной особенностью переломов костей предплечья у детей являются самые разнообразные повреждения тех участков костей предплечья, за счет которых осуществляется основной рост костей: эпифизолизы и остеоэпифизолизы (Н.Л. Кузнецова, Н.В. Мензорова, А.И. Цветков). К функциональным нарушениям относят боли в области лучезапястного сустава, встречающиеся в 19% случаев и ограничение движений в суставе из-за повреждения мышц и сухожилий, отмечающихся в 5 -16% случаев. При неправильном подборе способа лечения могут наблюдаться различные осложнения у детей, в зависимости от возраста, допускаются различные остаточные как известно угловые деформации. Травматическое воздействие на лучевую кость оказывает либо стимулирующее, либо регрессивное влияние на процессы синостозирования дистального эпифиза с метафизом, что может способствовать возникновению деформации- типа Маделунга.

Лечение перелома лучевой кости в типичном месте может сопровождаться такими ошибками, как: неполная репозиция, отсутствие контроля за состоянием отломков в гипсовой повязке (риск вторичных смещений), недостаточная по времени и объему иммобилизация, пренебрежение реабилитационными мероприятиями.

Целью нашего исследования является улучшение исходов лечения больных с дистальными переломами костей предплечья у детей. Для этого нами изучение результата лечения при различных вариантах консервативной и хирургической тактики.

Материал и методики. В клинике ТошПМИ 2-ГДХБ отделении травматологии и ортопедии находился на лечении 21 больной с переломами

дистального конца костей предплечья. Большинство больных были в возрасте от 6 до 10 лет (81 - 61%). Повреждения в 2 раза чаще встречались у мальчиков (66,6%). Травма правого предплечья наблюдалась у 13 (61,9%) больных, левого - 8 (38,1%). Все больные подвергались рентгенографии костей предплечья в 2х проекциях до и после репозиции, а также в динамике для определения срока иммобилизации. Больным производилась, одномоментная ручная репозиция костных отломков с наложением гипсовой повязки. 3м больным произведена повторная репозиция костей после спада отеков из за вторичного смещения.

Результаты: у всех оказались в полне удовлетворительными хорошими.

В заключении следует отметить, что переломы дистального конца костей предплечья встречается довольно часто, лечение у детей в основном консервативное и при индивидуальном подходе может получить хорошие результаты.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Хусенова Д.Ш., Рузметова И.А., Эгамбердиева Д.А., Хусенова М.К.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: Изучение клинической симптоматики и эндоскопической картины язвенной болезни с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки.

Материал и Методы исследования: В основу работы положен анализ результатов обследования 30 больных в возрасте от 18 до 39 лет, в среднем - $28,4 \pm 2,3$ лет. Среди обследованных преобладали мужчины (17 из 30 больных, 67,5%), возраст которых чаще от 18 до 30 лет (в среднем - $27,0 \pm 2,1$ лет). В обследованиях было 13 женщин (32,5%). в возрасте от 18 до 39 лет (в среднем - $32,0 \pm 2,5$ лет). Продолжительность заболевания была от 1 года до 20 лет (в среднем - $5,2 \pm 0,4$ лет).

Результаты исследования: Анализ результатов ЭФГДС с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки позволил выявить наиболее часто встречающиеся 4 формы язвы. В период обострения заболевания у 60,0% больных (60,0%) была обнаружена язва круглой (овальной) формы, у 7 (17,5%) - неправильной формы, у 3 (7,5%) - язва линейной формы и у 6 (15,0%) — «красно-белая» язва. В большинстве случаев язвы локализовались на передней (у 20 больных, 50,0%) и на верхней стенке (у 10 больных, 25,0%), при этом в центральной /части луковицы (75,0%). Больных с язвой круглой и овальной формы чаще жаловались на изжогу, отрыжку кислым, вздутие живота, обложенность языка. Частота этих симптомов доходила от 83 до 96%. Похудание, болевой симптом и симптом Менделя имели среднюю частоту - от 58,0 до 75,0%. Рентгенологический симптом «ниши» был обнаружен у 66,7%

больных. При язвах неправильной формы преобладал болевой симптом и положительная проба Менделя (100%), Обложенность языка, изжога, отрыжка, похудание явились симптомами средней частоты - от 57 до 71%, а запоры имели место всего лишь у 28,7% больных. Клиническая картина язв линейной формы мало отличался от язв неправильной формы. При линейных язвах также преобладали болевой симптом, положительная проба Менделя и вздутие живота (100%), Запоры, обложенность языка имели место у 66,7%, другие симптомы (изжога, отрыжка, похудание) — у 33,3% больных. Отличительной чертой красно-белых язв была болевая симптоматика (100%), положительная проба Менделя (100%), вздутие живота (100%), исхудание(83%).

Выводы: Клиническая картина язвенной болезни двенадцатиперстной кишки зависит от морфологии язвы. По морфологии наиболее часто встречаются круглые язвы (60,0%). Болевой симптом чаще встречался у больных с язвами неправильной, линейной формы и с красно-белыми язвами, симптомы диспепсии - чаще при язвах круглой формы.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ОТ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ РОЖДЕНИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ХОРИАЛЬНОСТИ

Хусенова Н.А., Рахманкулова З.Ж.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Проблема многоплодной беременности актуальна для современной перинатологии в связи с высоким риском развития перинатальной патологии и смертности близнецов. Перинатальные исходы при многоплодной беременности в значительной степени зависят от хориальности (числа плацент). Монохориальный тип плацентации наименее благоприятный, с которым связано большее число неблагоприятных перинатальных исходов по сравнению с бихориальным.

Цель. Провести оценку состояния новорожденных детей от многоплодной беременности при рождении в зависимости от типа хориальности.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 30 пар новорожденных детей из двоен. Среди этих детей 19 пар новорожденных развивались при монохориальном типе плацентации, 11 пар новорожденных при бихориальном типе плацентации. Проведена оценка состояния новорожденных по шкале Апгар. Исследования проводились в РПЦ.

Результаты исследования. В наших исследованиях сразу после рождения была проведена оценка состояния новорожденных по шкале Апгар. Было установлено, что среди первых плодов как при монохориальном типе плацентации, так и при бихориальном типе все новорожденные (100%) родились в средне тяжелой асфиксии (4-7б). На 5-ой минуте новорожденных с

монохориальным типом в средне тяжелом состоянии уже было 56%, в удовлетворительном 44%. Среди новорожденных с бихориальным типом к 5-ой минуте в средне тяжелом состоянии было 27%, в удовлетворительном 73%.

Среди вторых плодов на 1-ой минуте при монохориальном типе с тяжелой асфиксией родились 11% детей, в средне тяжелой форме-89% детей, а при бихориальном типе все 100% детей родились в средне тяжелой форме. На 5-ой минуте среди новорожденных с монохориальным типом плацентации в средне тяжелом состоянии уже было 50% детей, в удовлетворительном состоянии было 44%, один из новорожденных (6%) умер.

Среди новорожденных с бихориальным типом плацентации на 1-ой минуте жизни все 100% новорожденных родились в средне тяжелом состоянии. К 5-ой минуте жизни 27% новорожденных были в средне тяжелом состоянии, 73% детей уже были в удовлетворительном состоянии.

Реанимационные мероприятия среди первых плодов при монохориальном типе плацентации проводились у 19%, при бихориальном типе у 10% детей. Среди вторых при монохориальном типе плацентации проводились у 21%, при бихориальном типе у 16% детей.

Вывод. Таким образом, результаты наших исследований показывают, что среди новорожденных детей родившихся от многоплодной беременности в наиболее тяжелом состоянии на 1-ой минуте жизни рождаются вторые плоды, развивавшиеся при монохориальном типе плацентации.

ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОПЕРАЦИЙ НА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Хушиев З.А.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Анестезиологическое обеспечение операций на печени у детей остается одной из наиболее сложных и важных задач в педиатрической анестезиологии, обусловленное как патологией самого органа, так и формированием различных осложнений, среди которых блокады воротного кровообращения, печеночной портальной гипертензии, риск развития кровотечений приводит к нежелательным последствиям. Современные операции на печени у детей осуществляют под сочетанной многокомпонентной анестезией с применением современных ингаляционных анестетиков (изофлюран, севофлюран), большим преимуществом которых является отсутствие гепатотоксического эффекта, достаточно стабильный внепеченочный метаболизм, адекватный гипнотический эффект, отсутствие значимого влияния на печеночный кровоток. Однако еще многие вопросы дозировок перапаратов, метаболических их функций остаются малоизученными

Целью исследования явилось сравнительная характеристика безопасности и эффективности многокомпонентных сбалансированных анестезий при операциях на печени.

Материалы и методы. Проведен анализ анестезий у 40 детей (3-12 лет), оперированных по поводу хирургических заболеваний печени (эхинококкоз, портальная гипертензия), которым проведены плановые операции. Все пациенты оперированы в условиях общей многокомпонентной анестезии на основе ингаляционного (севофлюран) или внутривенного (фентанил+пропофол) анестетика. В состав премедикации входили: атропин (1%-0,1 на год жизни), фентанил (0,2%-0,5 мг/кг), сибазон (4%-0,2 мг/кг). Вводная анестезия: пропофол (2,14 мг/кг), фентанил (0,3 мг/кг), рокуроний бромид (0,04 мг/кг). Проведен анализ между двумя группами: 1 – анестезиологическое пособие на основе севофлюрана (4 об%) и постоянной дозированной инфузии пропофола (1%-4-8 мг/кг).

Результаты и обсуждение. Среднее АД менялось незначительно на этапах операций при обеих методиках анестезии. ЧСС несколько увеличивалось на этапах мобилизации печени и диссекции в обеих группах. Во 2 группе (пропофол) показатели ЧСС превышали аналогичные в 1 группе на 10% (79,7 и 69,8 соответственно). Из показателей гемодинамики, сердечный индекс (СИ) увеличивался на этапе мобилизации печени, но на этапе диссекции снижался в обеих группах в среднем на 10%. Общее периферическое сопротивление (ОПСС) в 1 группе оставался стабильным на всех этапах операции, во 2 группе снижался на этапе диссекции примерно на 15% от исходных показателей. Ударный объем практически не претерпевал изменений при использовании ингаляционного анестетика (1 гр) и снижался на этапе мобилизации и диссекции на 20% во 2 группе (пропофол). Показатели артериовенозной разницы по кислороду снижались интраоперационно в обеих группах и к этапу ушивания были меньше исходных показателей. Потребление кислорода снижалось интраоперационно в обеих группах пациентов и к этапу ушивания были меньше исходных значений примерно на 54%. Показатели индекса оксигенации интраоперационно к этапу ушивания имели тенденцию к увеличению на 15% в 1 гр., и на 13% в 1 гр.

Выводы. Применение обеих методик анестезии при операциях на печени обеспечивает гемодинамическую стабильность, адекватную анестезиологическую защиту.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ДИСТИМИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Чельма Ю.Ю., Абдуллаева В.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Проблема дистимических нарушений в современной психиатрии приобретает особую значимость. Экспертным советом ВОЗ особо подчеркивается, что, несмотря на относительную легкость своих проявлений, дистимия оказывает серьезные деструктивные воздействия на качество жизни пациентов.

Цель и задачи исследования – изучение особенностей психопатологических нарушений у больных с дистимическими расстройствами.

Материал и методы исследования. Клинико-психопатологическим методом обследовано 46 больных с дистимическими расстройствами (F34.1), получавших стационарное лечение в городской клинической психиатрической больницы г. Ташкента. Возраст больных к началу заболевания составил от 20 до 55 (средний возраст – 37,0+ 3,1). Длительность дистимии у изученных больных от 2,2 лет до 6 лет (в среднем – 2,8 + 1,1).

Результаты и обсуждение. В исследуемой группе пациентов согласно критериям МКБ-10 среди симптомов дистимии депрессивное настроение встречалось в 100% случаев. Недостаток энергии или утомление занимало второе место после угнетенного настроения (79,4%). У больных начинали возникать ипохондрические опасения, фобические реакции, навязчивые сомнения. Заниженная самооценка встречалась в 62,5% случаев и чаще всего касалась познавательных возможностей, трудоспособности, соматической силы и энергии. Отмечались вторичные идеи вины, возникающие транзиторно в связи с реактивно переживаемыми обстоятельствами жизни. Нарушение концентрации внимания или затруднение в принятии решения наблюдалось у 50,5% больных. Жалобы были на отсутствие или снижение памяти, затруднения в сосредоточении внимания, недостаточность волевой активности. Последний из симптомов дистимии по МКБ-10 – чувство безнадежности, отмечалось у 67,2% больных. Оно проявлялось у больных в форме образных сенсорно-окрашенных представлений. Безнадежность проявлялась и в ощущении нехватки психических ресурсов для того или иного вида деятельности, что нередко приводило к внутренним самоупрекам или переживанию несостоятельности и деморализации.

Заключение. Таким образом, проведенное исследование показывает клиническую неоднородность дистимии. Клинический полиморфизм дистимии определяется нерезко выраженными проявлениями депрессивных расстройств. Среди основных диагностических критериев дистимии по МКБ-10 депрессивное настроение встречается в 100% случаев; недостаток энергии или

утомление – 79,4%; бессонница – 71%; чувство безнадежности – 67,2%; низкая самооценка – 62,5%; расстройства аппетита – 57,8%; нарушение концентрации внимания или затруднения в принятии решений – 50,5%.

ДИАГНОСТИКА ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У НАВОРОЖДЕННЫХ

Шавкатов У.Ш., Буриев М.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность темы. Дисплазия тазобедренных суставов встречается в 10-12% случаев всей ортопедической патологии у детей. Поздновыявленные случаи приводят к вывиху или подвывиху бедра из-за вертикализации ребенка. Исходы данной патологии весьма разнообразны: от разных стадий коксартроза до вывихов бедра с формированием неартроза и значительными функциональными нарушениями вплоть до инвалидности.

Цель исследования. Улучшить раннюю диагностику дисплазии тазобедренных суставов.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ наблюдения и лечения 40 новорожденных детей в возрасте до 2 месяца с признаками дисплазии тазобедренных суставов в отделении неонатологии и неонатальной хирургии РЦП. При первичном осмотре классические клинические признаки дисплазии тазобедренных суставов, такие как асимметрия ягодичных и паховых складок, ограничение отведения в тазобедренном суставе, симптом Маркса-Ортолани, относительное укорочение конечности при одностороннем поражении выявлены у 4 детей. У 10 детей в возрасте 2 месяцев признаки дисплазии тазобедренных суставов выявлены на скрининговом УЗ исследование, которое проводилось на аппарате- 40 (угол 60° , угол B более 55° , замедление оссификации головки бедра, закругление лимбусавыпуклая форма крыши вертлужной впадины, степень костного покрытия головки бедра менее 1,0), в то время как классические признаки заболевания отсутствовали. Следует отметить, что у 10 пациентов выявлен синдром мышечной гипотонии и объем отведения в тазобедренных суставах был избыточным. У всех детей выявлены рахитоподобные симптомы, поражение суставов во всех случаях было двусторонним и они лечились по поводу других заболеваний в Республиканском перинатальном центре

Результаты: УЗИ-скрининга были подтверждены рентгенологическим исследованием таза в прямой проекции. У 10 пациентов обнаружено замедление оссификации и латерализация головок бедренных костей, недоразвитие крыш вертлужных впадин (ацетабулярный угол более 30°), вальгусная форма шеек бедренных костей, превышающая физиологическую норму. У 4-х детей заболевание выявлено к 2 месячного возраста, то есть с

началом вертикализации, в связи с чем сформировались подвывихи бедер. Из 40 больных у 4-х дальнейшее проводилось лечения травматологическим отделением клиники ТашПМИ

Выводы: Скрининговая УЗИ-диагностика тазобедренных суставов у детей до 2-х месяцев оправдана в связи с существованием атипичных (клинически скрытых) форм дисплазии. При наличии УЗИ-признаков дисплазии необходимо проводить рентгенологическое исследование тазобедренного сустава в прямой проекции.

YURAK ISHEMIK KASALLIGIDA ENDOTELIYGA BOGLIQ MIOKARD ISHEMIYASI VA YURAK GEMODINAMIKASIGA METOBALIK TERAPIYANI TA'SIRI

Shaydullaev N.R., Alyavi B.A.

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti, Toshkent sh., O'zbekiston

Dolzarbliqi: Yurak qontomir kasalligiumumiy o'lim korsatkichi bo'yicha etakchi sabablardan biridir, yurak-qon tomir kasalligi bo'lgan bemorlarda bevosita o'lim sababi surunkali yurak ishemik kasalligi (YuIK) hisoblanadi. Birinchi navbatda, YuIK turli ko'rinishlaridan koronar arteriyalar aterosklerozi va ishemik o'zgarishlar, rivojlantirishi uchun, muhim sabablaridan biri endotelial funksiyasini buzilishi bilan endogen NO ishlab chiqarish kamayishi yoki yo'qligi natijasida yuzaga keladi. L-arginin odam organizida ko'plab hayotiy faol vazifalarini nazorat qiluvchi, muhim aminokislotalar hisoblanadi. L-arginin NO-sintiz uchun endotelial hujayralarda kataliz jarayonida NO ishlab chiqarish uchun substrat hisoblanadi. Qon tomirlar endotelial funksiyasini oshishiga olib keladi.

Tadqiqot maqsadi: YuIK stabil stenokardiya FS-II-III da metabolik terapiyanisamaradorligini L-arginin misolida organish .

Materiallar va usullari Dinamik kuzatish va davolash effektivliginibaxolash maqsadida, YuIK stabil stenokardiya FS II-III ogrigan, yoshi 50-70 bolgan (10 erkaklar, 6 ayol) olindi. YuIK stabil stenokardiya FS II-III da standart davolangan 8 ta bemor (FS -II -50%. FS -III -50%). YuIK stabil stenokardiya FS II-III da standart davolangan bilan L-arginin qabul qilgan 8 ta bemor (FS-II -50%. FS -III -50%). Ulardan YuIK stabil stenokardiya FS -II -50%. FS -III -50%. Anamnezmiokardinfarktiotkazgan (31,25%) bemor, Gipertoniya kasalligiqushilibkelgan (31,25%) bemor, QD-2 tip bilankasallangan (18,75%) bemor, Bosh miyaqontomirlarateroskleroz (18,75%).

Olingan natija va muxokamalar: Barcha bemorlarda Veloergometriya sinovi o'tkazildi. Davo samaradorligini aniqlash maqsadida bazis davoga L-arginin qushib davolangan bemorlarda Veloergometriya sinovida EKG da ST segmentini xosil bo'lish vaqti yoki stenokardek xuruj xosil bo'lishichozilgan bu ko'rsatkichlar $5,16 \pm 0,16$ dan $8,90 \pm 0,72$ $p < 0,001$ 14% yaxshilandi, davolash samaradorligini aniqlash uchun stenokardiya xurujlari va sutka davomida nitroglitsirin tabletka qabul qilish

sonini tekshirildi. Bir sutkakadagi xurujlar soni $6,51+0,57$ dan $1,99+0,24$ $p<0001$ sutka davomida nitroglitsirin qabul qilish soni $5,90+0,50$ dan $2,9+0,35$ $p<0001$ shunday qilib bemorlarda xayot sifati yaxshilanishi kuzatildi

Xulosa: Stabil stenokardiya FS II-III da basis davoga L-arginin qushib davolangan bemorlardajismoniy yuklamaga chidamlilikni oshishi, sutka davomidastenokardiya xurujlar vaqti va sonini kamayishi bilan xayot sifati yaxshilandi.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Шамиев И.М., Бабарахимова С.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность: применение краткосрочных методов когнитивно-поведенческой психотерапии ориентированных на обучение пациента и его родственников навыкам преодоления депрессии, стало важной частью спектра медицинской помощи при лечении пациентов, страдающих патологией эмоциональной сферы.

Цель исследования: определение эффективности когнитивно-поведенческой модели психотерапии, адаптированной для применения в стационарных условиях у женщин с депрессивными расстройствами с учётом личностных особенностей.

Материал и методы исследования: в исследование были включены 30 женщин с депрессивными расстройствами, находившихся на стационарном лечении в 9 отделении ГКПБ города Ташкента. В ходе исследования для оценки выраженности депрессивной симптоматики применялась шкала Гамильтона, для определения личностных особенностей был использован тест Шмишека-Леонгарда.

Результаты и обсуждение: наиболее часто аффективные нарушения классифицировались как тяжёлый депрессивный эпизод (F 32.3) - у 10 пациентов (33,3%), смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F 41.2) - у 8 женщин (26,7%). Реже встречались умеренный депрессивный эпизод (F 32.1) - у 20% обследованных женщин, пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (F 43.21) - у 3 женщин (10%) и дистимия (F34.1) - у 3 обследованных (10%). При исследовании личностных особенностей с помощью теста Шмишека-Леонгарда среди всех обследованных были выявлены: демонстративный тип личности у 3 больных (10%), застревающий тип личности у 8 больных (26,7%), дистимический тип в 40% случаев (12 обследованных), тревожно-боязливый тип у 5 больных (16,7%), в 6,6% случаев был выявлен эмотивный тип личности. Основной мишенью

психотерапии было изменение поведенческих навыков и стратегий в ситуации стресса, акцентирование особого внимания вопросу соблюдения режима лечения, выявлению выгод от краткосрочной и долгосрочной систематической помощи: когнитивные тренинги, индивидуальные и групповые занятия, семейная терапия, реабилитационная терапия, разработке различных протоколов лечения депрессивной патологии в рамках КПП.

Выводы: пациентки с депрессивными расстройствами в ходе проведённой когнитивно-поведенческой психотерапии овладели рядом психотерапевтических техник, позволяющих самостоятельно справляться с негативными аффективными реакциями и жизненными стрессами.

ҚАНДЛИ ДИАБЕТДА ДЕРМАТОГЛИФИКАНИНГ СУД ТИББИЙ АХАМИЯТИ

Шамсиев А.Я., Рўзиев Ш.И.

Тошкент педитрия тиббиёт институти, Тошкент ш., Ўзбекистон

Мавзунинг долзарблиги: Сўнгги 30-йил ичида қандли диабет(ҚД) билан касалланиш кескин кўпайганлиги қайд этилмоқда. Ҳар 10-15 йил ичида ҚД билан хасталанган беморлар сони икки баробар ошиб бормоқда. Шифокорга мурожаат қилган битта беморга ўзида ҚД мавжудлигини гумон қилмаган ва қон таркибидаги глюкоза миқдори 7-15ммоль/л ни ташкил этган 3-4 одам тўғри келади. Айтиш жоизки, бу ҳолатларда кўпинча тўсатдан ўлим қайд этилади, бунда мурдада мажбурий суд-тиббий текширувлари ўтказилади.

Бунда ҚД ўлимдан кейинги ташхисда (асосий ёки қўшимча патология сифатида) жуда кам учрайди. Шубҳасиз, суд-тиббиёти экспертлари орасида ҚДга ўлимнинг асосий сабабчиси сифатида етарлича баҳо берилмаслиги кузатилмоқда.

Тадқиқот мақсади: Қандли диабетни ташхислашдаги қўшимча текшириш усулларида дерматоглифик кўрсаткичларнинг янгича суд-тиббий мезонларини ишлаб чиқиш.

Тадқиқот объекти: Тадқиқот жараёнида қандли диабет билан оғриган 20-60 ёшлардаги эркак ва аёл жинсига мансуб 30 нафар тўсатдан вафот этганларни (ҳаётлиги давомида қандли диабет билан оғриган) кафт бармоқ андозалари.

Тадқиқот предмети: Қўллардаги бармоқ нақшларини ўрганишни қуйидаги усул сканерлаш усули бўйича амалга оширилди. Сканерлаш усулида 600 dpi сифатли, bmp форматли оддий сканер-“EPSON perfection-200”ни қўллаган ҳолда, олинган дастурий маҳсулот “ИК” (Искандаров-Кузиев) дастурий таъминот бўйича қирралар, кафт, бармоқ папиллярларининг аниқ таҳлили амалга оширилди.

Текширув натижалари: Таҳлилларимизни 10 аёл ва 20 эркак гуруҳларида ўргандик. Тўсатдан вафот этган (ҳаётлиги давомида қандли диабет билан оғриган) шахсларининг бармоқ нақшларини таҳлил этдик, нақш

комбинацияларини учрашини белгилар мустақиллиги гипотезасига асосланган ҳолда назарий жиҳатдан ҳисоблаш ўтказилди. Олинган маълумотларнинг яқинлиги шуни кўрсатадики, назарий қиёслашни кейинги тадқиқотларда ҳам қўллаш мумкин.

Биз шунингдек кузатувларимиз ва таҳлилларимиз жараёнида ҳар иккала қўлларда, кафт – бармоқ нақшларида турли хилдаги нақшларнинг ўзаро учраш частоталарини ҳам текшириб чиқишга мувофақ бўлдик.

Бир дельтали нақшлар қўл бармоқларида бошқа типдаги нақшлардан анча кўп. Ўнг ва чап қўлларда дельталар сони турлича бўлган нақшлар умуман симметрик, фақат қўш дельтали нақшлар ўнг қўлда чапдагига нисбатан бироз кўп. Қўл бармоқларида қўш дельтали нақшлар бир дельталилардан 1,9 марта, дельтасизлардан 9,2 марта, уч дельталилардан 14,5 марта кўп учрайди.

Ҳисоблашларда дельталардан фойдаланиш нақш типларидаги маълумотларни такрорламайди. Биринчидан, дельталар ульнар-радиал йўналишларни ҳисобга олмайди. Иккинчидан, агар битта бармоқдаги дельталар сони нақш типини тахминласа ҳам, унда дельталар сони бир неча бармоқлардаги нақшларни тасаввур этишни имконини бермайди. Учинчидан, дельталар нақшлардан кўпроқ ирсийланади. Бармоқ ёстикчасида нақшни шаклланиши айнан дельтани ҳосил бўлиши билан бошланади, нақшнинг тўла кўриниши кечроқ ва узоқроқ вақтда ҳосил бўлади, демак, ташқи ва ички муҳитнинг тасирида бўлади.

Кандли диабет билан касалланган инсонларда, оддий одамларга караганда нақш типларининг учраши ҳар иккала қўлда ҳар хиллиги текширувларимиз жараёнида уз тасдигини топди.

Хулоса: Хулоса ўрнида шуни таъкидлаш лозимки юқорида эътироф этилган маълумотлар ўлимдан сўнгги қандли диабет ташхисотида қўшимча маълумотлар тизими бўлиб хизмат қилиши мумкин.

ЎЗ ЖОНИГА ҚАСД ҚИЛИШ ХОЛАТЛАРИДА ДЕРМАТОГЛИФИК БЕЛГИЛАРНИНГ СУД ТИББИЙ АХАМИЯТИ

Шамсиев А.Я., Рўзиев Ш.И.

Тошкент педитрия тиббиёт институти, Тошкент ш., Ўзбекистон

Мавзунинг долзарблиги: Суд тиббиёти амалиётида суд тиббий экспертлар суицидал ҳолатларни ўрганиш ва суд тиббий баҳо бериш жараёнида қатор мавжуд морфологик белгилар ва қўшимча текширувлар натижаларига асосланган суд тиббий текширувлар олиб борадилар. Махсус адабиётларда баён этилган суицидал ҳолатларда патоморфологик белгилари реал экспертиза амалиётида ҳар доим ҳам аниқланмайди. Бу ҳолатларда суд тиббий экспертлар олдида янги замонавий усуллардан фойдаланган ҳолда тезкор суд тиббий текширувларни амалга ошириш вазифаси юкланади. Шундай замонавий усуллардан бири бу – дерматоглифик текшириш усулидир.

Папилляр рельеф тузилишини ўрганувчи фан–дерматоглификанинг ривожланиши унинг кўп маълумот беришини исботлади, бу эса суд тиббиёти ва криминалистиканинг жуда кўп вазифаларини ечимини топиш, шу жумладан суицидга суд тиббий баҳо бериш, ҳамда унга ирсий мойилликни аниқлаш имконини беради.

Тадқиқот объекти: Тадқиқот жараёнида ўз жонига қасд қилган 15 – 45 ёшли эркек ва аёл жинсига мансуб 30 нафар мурдаларнинг (хаётлиги давомида ҳеч қандай ирсий-рухий касалликлар билан оғримаган ва рўйхатда турмаган) кафт бармоқ андозалари.

Тадқиқот предмети: Қўллардаги бармоқ нақшларини ўрганишни қуйидаги усул сканерлаш усули бўйича амалга оширилди. Сканерлаш усулида 600 dpi сифатли, bmp форматли оддий сканер-“EPSON perfection-200”ни қўллаган ҳолда, олинган дастурий маҳсулот “ИК” (Искандаров-Кузиев) дастурий таъминот бўйича кирралар, кафт, бармоқ папиллярларининг аниқ таҳлили амалга оширилди.

Муҳокама: Гажаклар кўпинча қўлларнинг 4–бармоғида, равоқлар қўлнинг 2 – бармоғида, радиал сиртмоқ 2 – бармоқда, улнар сиртмоқ эса 5 – бармоқда кўпроқ учрайди.

Қўл бармоқларида улнар сиртмоқ кўп учрайди (ўртача 50%дан кўпроқ). Гажаклар эса деярли икки марта кам (28%га яқин).

Ўнг қўлда нақш типларининг ўртача статистик тақсимланиши чапдагисига нисбатан симметрияга яқин бўлади, чунки олинган маълумотлар ўзаро жуда яқин ва ўндан, юздан бир фоизга фарқланади ҳолос. Максимал фарқ гажак учун 3,1% лиги аниқланди. Қўл бармоқларида турли типдаги нақшларни учратиш частотаси қуйидагича белгиланади:

$Lu > W > A > Lr > LW$

Нақшлар баландлиги вариантларини қўл бармоқларида учраш частотасини қиёсий характеристикаси:

$Ўрта > Паст > Баланд$

Ўнг қўлнинг биринчи бармоғида паст бўйли нақшлар ўрта бўйли нақшлардан анча кўп учрайди. Чап қўлнинг биринчи бармоғида паст ва ўрта нақшларнинг учраш частотаси деярли бир хил.

Қўлларда ўртача баландликдаги нақшлар (70.5%) паст нақшлардан 3 баробар (25.3%) ва баланд нақшлардан (4.3%) 16 баробар кўп учрайди. Қўлларда баланд нақшлар нисбатан энг кам учрайди дейиш мумкин.

Чизиқ тўпламларининг паралел шакллари кўп ҳолларда қўлларнинг учинчи ва бешинчи бармоқларида кузатилади. Қўлларда шундай шакллардаги нақшлар S-форма нақшлардан 2 марта ва Т-формадан 6 марта кўп кузатилади.

Хулоса: Хулоса ўрнида шуни таъкидлаш лозимки юқорида эътироф этилган маълумотлар суд тиббиёти ҳамда криминалистика соҳасида суицидал ҳолатларни баҳолашда қўшимча маълумотлар тизими бўлиб хизмат қилиши мумкин.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У МАЛОВЕСНЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРИНАТАЛЬНУЮ ГИПОКСИЮ

Шаназарова М.Б., Рахманкулова З.Ж.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

В последние годы большой интерес вызывает проблема поражения сердечно-сосудистой системы у новорожденных вследствие перенесенной внутриутробной, интранатальной, либо перинатальной гипоксии. Клиническая картина данной патологии полиморфна и часто маскируется под другие заболевания, создавая дифференциально - диагностические трудности, а тяжесть состояния новорожденных колеблется от минимальной до тяжелой.

Цель: Установить характер клинических проявлений поражения сердечно-сосудистой системы у недоношенных новорожденных, перенесших перинатальную гипоксию.

Материал и методы. Всего обследовано 45 недоношенных новорожденных ребенка. Из них 23 новорожденных ребенка, развившихся в условиях хронической внутриутробной гипоксии – I группа и II группа 22 новорожденных, перенесших асфиксию. Исследования проводились на базе РПЦ и 5-ой городской детской больницы г. Ташкента. Проведено клиническое обследование новорожденных в раннем и позднем неонатальном периоде.

Результаты: При анализе перкуторных, аускультативных и пальпаторных признаков также были обнаружены существенные изменения у новорожденных детей обеих групп. Почти у всех детей I-ой группы (95,6%) и II-ой группы (91%) отмечалось приглушение или глухость тонов сердца. У значительной части детей I-ой и II-ой группы отмечался систолический шум, соответственно в 65.2% и 50% случаев. При определении границ относительной тупости сердца у детей I-ой группы в 2.9% случаев, а у детей II-ой группы в 4.5% случаев отмечалось их расширение. При определении характера пульса, было установлено, что у детей II-ой группы чаще регистрируется аритмичный пульс (13.6%), по сравнению с детьми I-ой группы (8,7%).

Поражение ССС у наблюдаемых детей клинически проявлялось в виде цианотичности кожных покровов, бледности кожи, акроцианоза периорального цианоза, мраморности, мелкопузырчатых хрипов в легких. У детей I-ой группы цианотичность и бледность кожных покровов отмечались с большей частотой, соответственно в 86,9% и 78.3% случаев по сравнению детьми II-ой группы, где эти признаки встречались с одинаковой частотой (по 68.2%). Такие признаки, как периоральной цианоз и мелкопузырчатые хрипы в легких во II-ой группе встречались чаще (по 60.1%), чем в I-ой группе, соответственно в 86.4% и 11% случаев.

Общее состояние наблюдаемых новорожденных детей в неонатальном периоде осложнялось развитием сердечно-сосудистой недостаточности,

дыхательной недостаточности. У одного (4.5%) ребенка родившегося в асфиксии наступил летальный исход. У детей с хронической внутриутробной гипоксией сердечно-сосудистая недостаточность (26.1%) и дыхательная недостаточность (22,7%) развивались значительно чаще, чем у детей, перенесших асфиксию, у которых сердечно-сосудистая недостаточность развивалась в 9.1% случаев, а дыхательная недостаточность в 22,7% случаев.

Выводы. Таким образом, результаты наших исследований показывают, что у детей, развивавшихся в условиях хронической внутриутробной гипоксии и у детей, родившихся в асфиксии имеются неоднозначные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, что требует дальнейшего тщательного изучения.

ИЗУЧЕНИЕ ЦИРКАДНОГО РИТМА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Шарипова А.У., Аляви Б.А., Рузметова И.А., Эгамбердиева Д.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Цель работы: Изучить динамику артериального давления и внутрисердечной гемодинамики при 24 часовом мониторинге 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 мониторирование АД выполнено у 34 больных ЭАГ и ЗЛ. Оценка систолической и диастолической функций и ремоделирования сердца проводилась по данным эхокардиографии и доплерэхокардиографии покоя у 25 больных ЭГ и 20 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%, «nondippers» -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.

Выводы: По показателям, суточного мониторинга АД и ИММЛЖ, было выявлено, что группа больных с ЭГ характеризовалась 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.

ОСНОВНЫЕ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ В ДИАГНОСТИКЕ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ПЕРИКАРДИТА У ДЕТЕЙ

Шарипова Р.Ф., Худойназарова С.Р.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Патология перикарда, оживленно обсуждаемая в последние десятилетия в медицинской литературе, имеет ряд мало изученных аспектов, к которым относятся хронические перикардиты, приводящие к снижению качества жизни, инвалидизации и тяжелым осложнениям. Однако обстоятельства, приводящие к формированию хронических форм перикардита, остаются недостаточно изученными, не уточнена роль иммунного ответа пациентов при хронизации воспаления серозной оболочки сердца.

Цель исследования. Определить критерии ранней диагностики хронического перикардита с учетом основных маркеров клинко-лабораторных и кардиодинамических показателей.

Материалы и методы исследования. Исследование включает 2 раздела: проспективное (с декабря 2014 года) и ретроспективное исследование (с 2010 по сентябрь 2014 года). Исследовано 20 карт детей в возрасте от 1 года до 18 лет с перикардитом. Идентификация возбудителя инфекции проводится с помощью принятых в лаборатории методов.

Результаты: По данным исследования у 12 (60%) больных причиной перикардита выступает ассоциация этиологических факторов играющих запускаящую или провоцирующую обострение заболевания. Многофакторное поражение перикарда достоверно чаще приводит к развитию хронического перикардита, чем острого. Диагностируемое при ЭхоКГ-исследовании утолщение перикарда является результатом суммарного отражения ультразвука от тканей, включающих воспаленный перикард и субэпикардальные слои миокарда. Измерение толщины перикарда по передней стенке сердца, а эпикарда по задней при проведении ЭхоКГ позволяет диагностировать продуктивное воспаление при перикардите. В нашем исследовании определено, что увеличение толщины перикарда по передней стенке сердца отмечалось в 70%, а эпикарда в 65%. Развитие констриктивного перикардита проявляется преобладающим утолщением эпикарда в сравнении с перикардом, при этом разность толщины колеблется в пределах от 1 до 3мм. $P < 0,1$.

Вывод. Таким образом, выше указанные данные позволяют по эхокардиографическим показателям определить с высокой точностью формирование различных клиничко-морфологических вариантов перикардита.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ

Шаропов Ф.Х., Рахматуллаев А.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Интерес детских хирургов к гипоспадии не ослабевает, постоянно предлагаются новые методики, что очевидно, свидетельствует о неудовлетворенности результатами лечения. При этом, помимо хороших косметических результатов необходимо обеспечить свободный поток мочи. Объективная оценка отдаленных результатов лечения гипоспадии позволяет выбрать оптимальные методы операции и избежать серьезных осложнений.

Цель: Оценить ближайшие и отдаленные результаты лечения различных форм гипоспадии у детей.

Материалы и методы: За период 2010 по 2015гг в отделе хирургии РСНПМЦ Педиатрии и клинике ТашПМИ оперированы 72 больных. Из них было 26 (36,1%) пациентов с проксимально-стволовой формой, 21 (29,2%) пациентов с проксимально-венечной и 25 (34,7%) дистально-стволовой формой гипоспадии. Всем больным наряду с клиничко-лабораторными исследованиями была проведена ретроградная уретрография, УЗИ мочевыводящих путей, урофлоуметрия. Проведены операции уретропластика по Duplay – 16 (22,2%) детям, по балапениальной неоуретропластике – 25 (34,7%) и по Snodgrass – 31 (43,1%) больным. Всем детям осуществлялась одномоментная уретропластика с использованием прецизионной техники оперирования, моча отводилась через уретру сроком от 5 до 9 суток.

Результаты: В ближайшем послеоперационном периоде у 7 (9,7%) из 72 детей наблюдались осложнения – частичный некроз краев кожи с образованием свища 4 (5,5%), меатостеноз 3(4,1%). После уретропластики Duplay у 18,7% балапениальной неоуретропластики – у 8 %, Snodgrass –6,4% детей.

Отдаленные результаты лечения изучены у 60 (охват 83,3%) детей в сроке от 6 месяцев до 2 лет. У 95,2% результаты признаны положительными, жалоб со стороны пациентов не предъявлялось, наружное отверстие уретры располагалось на естественном месте, струя мочи положительная. При урофлоуметрии через 6 месяцев было отмечено снижение средней скорости мочеиспускания при использовании методики Duplay-4(33,3%), Snodgrass-3(11,5%), балапениальной неоуретропластики-2 (10%) до $12,8 \pm 0,8$ мл/сек. Через 10 месяцев после метод Dupley-1 (8,3%) на урофлоуметрии показатели средней скорости мочеиспускания сниз до $11,3 \pm 1,6$ мл/сек. На восходящей

уретрографии у 2 (3,4%) детей выявлена стриктура уретры и 3 (4,2%) детей наблюдались свищ уретры.

Выводы: Таким образом, при выполнении одноэтапной уретропластики по Duplay, балапениальной неоуретропластики и Snodgrass достигнуто снижение послеоперационных осложнений с 18,7% до 6,4% у детей в отдаленном сроке лечения различных форм гипоспадии.

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРОКСИМАЛЬНЫХ ФОРМ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ

Шаропов Ф.Х., Рахматуллаев А.А.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность проблемы: Гипоспадия — один из наиболее распространенных пороков развития у детей, встречается в среднем от 1:300 до 1:400 новорожденных мальчиков. За последние 30 лет произошло значительное увеличение частоты встречаемости заболевания на 25—30%. Вопрос выбора одно или двухэтапного лечения при проксимальных формах гипоспадии является дискуссионным.

Цель: Провести сравнительную оценку результатов одноэтапного и двухэтапного методов хирургического лечения проксимальной гипоспадии.

Материал и методы: За период 2009 по 2014гг в клиниках Ташкентского Педиатрического Медицинского Института и Республиканского Специализированного Научно-Практического Центра Педиатрии проведено оперативное лечение 32 мальчикам с проксимальных форм гипоспадии в возрасте до 6 лет - 21 детей, от 6 до 10 лет – 11 мальчиков. Больные были разделены на 2 группы. I группу составили 11(34,4%) перенесшие двухэтапное оперативное лечение. II группу составил 21(65,6%) пациент, которым была произведена одноэтапная балапениальная уретропластика. При выраженном искривлении полового члена первым этапом проводилось выпрямление полового члена, вторым этапом - операция Duplay.

Результаты: лечения оценивали в сроки от 6 месяцев до 5 лет по следующим критериям: внешнему виду полового члена, восстановлению нормального самостоятельного мочеиспускания, отсутствию уретрального свища и меатостеноза. У 28 (87,5%) больных в отдаленном периоде зафиксировано отсутствие искривления полового члена, наружное отверстие мочеиспускательного канала на верхушке головки, мочеиспускание без затруднений, широкой струей.

В I группе осложнения возникли у 3 больных (18,2%): у 2х (6,2%) в виде уретрального свища, у 1 (3,1%) пациента наблюдался меатостеноз. Во II группе свищ уретры отмечен у 1 пациента (4,7%), стеноз меатуса у 1 пациента (4,7%).

При урофлоуметрии через 6 месяцев после операции Duplay нами определено снижение средней скорости до $12,6 \pm 0,58$ мл/сек. 3 (27,2%), и балапениальной уретропластике-2 (9,5%). Через 9 месяцев у 2 (18,2%) детей после метода Dupley на урофлоуметрии показатели средней скорости снизилась до $11,3 \pm 1,03$ мл/сек.

Заключение: Таким образом, результаты наших исследований свидетельствуют, что при лечении проксимальных форм гипоспадии у детей, предпочтителен одноэтапный метод балапениальной уретропластики в связи с спасением многоэтапного, наименьшим количеством осложнений и полученными лучшими косметическими результатами.

КОМПЛЕКСНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ГАСТРИТА И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА

Шеров А.С., Фазылов А.А.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Диагностика гастрита и язвенной болезни желудка является одной из актуальных задач гастроэнтерологии, а изучение возможностей комплексного ультразвукового исследования позволит в динамике наблюдать за течением патологического процесса.

Цель исследования: изучить ультразвуковую эхосемиотику гастрита и язвенной болезни желудка, возможности комплексного ультразвукового исследования, с применением комплексных ультразвуковых методов диагностики.

Материалы и методы исследования: В основу исследования положены данные 75 обследованных в возрасте от 18 до 35 лет, из них 25 с гастритом (Г) (с преимущественным поражением в антральном отделе желудка), 25 – с язвенной болезнью (ЯБ) (из них: с язвой желудка - 11 (5,5%) и 25 – без заболеваний желудочно-кишечного тракта (контрольная группа).

УЗИ осуществляли с применением специальной методики, которая обеспечивала чёткую визуализацию стенок и возможность изучения изменений функциональных особенностей желудка.

Результаты исследования: при заболеваниях, которые носили воспалительный характер (гастрит) были отмечены следующие ультразвуковые признаки: утолщение стенок более 5 мм у 85% пациентов; нарушение слоистости стенок у 77,6% пациентов; ровные контуры стенок у 84,6% пациентов.

При воспалительно-деструктивных изменениях желудка (язвенная болезнь) характерным было: нарушение непрерывности внутреннего контура стенки у 14,9% пациентов; наличие язвенного дефекта у 14,9%;

инфильтративный вал вокруг язвы у 10,4%; ригидность стенки у 14,9%; утолщение стенок более 5 мм у 12,9% пациентов.

Вывод. Таким образом, исследование желудка с помощью комплексных ультразвуковых методов является высокоинформативной и неинвазивной при диагностике гастрита и язвенной болезни желудка.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ВВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Шомуратова М.С., Ахмедова Ш.У.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность: Врожденная дисфункция коры надпочечников (ВДКН) - спектр заболеваний, обусловленных дефектом ферментных систем, участвующих в биосинтезе стероидных гормонов надпочечников. 95 % всех случаев заболеваний связано с дефицитом 21-гидроксилазы. Поздняя диагностика, несвоевременная и некорректная терапия приводят к тяжелым последствиям: летальный исход от сольтеряющих кризов, ошибкам в выборе половой принадлежности при выраженной вирилизации наружных гениталий у девочки, нарушениям роста и полового созревания, бесплодию. Частота дефицита 21-гидроксилазы в мире чрезвычайно вариабельна и по данным различных зарубежных авторов составляет от 1: 280 (Аляска) до 1: 37 220 (Швейцария) новорожденных детей.

Цель данного исследования – провести анализ показателей уровня 17 гидроксипрогестерона(17- ОП), кортизола и тестостерона в крови с учетом возраста и пола детей.

Материал и методы исследования. Были обследованы дети и подростки получавшие стационарное лечение в РСНПМЦ Эндокринологии за период с 2015 по 2016 гг., а также по архивным материалам истории с 2007 по 2015 гг.

Результаты исследования. Было проанализировано 58 историй болезней детей и подростков с диагнозом «ВДКН дефицит 21 гидроксилазы, вирильная форма». Средний возраст пациентов составлял 7,1 лет (0,2 ; 16,5). Количество девочек составило 68,4% (26/38), мальчиков 31,6% (12/38). Соотношение девочек и мальчиков составило 1,5:1.

Показатели тестостерона были повышены у девочек во всех возрастных категориях (0,2 ; 4,7) медиана составила 2,4 нмоль/л. У мальчиков показатели были повышены в допубертатном периоде (2,64 ; 8), медиана 3,8 нмоль/л, однако заметно ниже нормальных показателей в период пубертата (2 ; 4,1), медиана составила 2 нмоль/л.

Средние показатели кортизола при диагностике ВДКН у обследуемых субъектов соответствовали 227,2 (40; 881) нмоль/л. Значения ниже нормальных показателей (менее 150 нмоль/л) оказались у 39% (15/38).

Уровень 17-ОП крови был повышен у всех обследованных пациентов, средний показатель составил 9 (2,9 ; 21) нмоль/л.

Выводы: 1. Среди обследованных детей ВДКН чаще диагностируется у девочек (в 1,5 раза). У мальчиков диагностика вирильной формы является наиболее сложной задачей ввиду отсутствия в раннем возрастном периоде объективной клинической симптоматики. 2. В качестве обязательного критерия первичной диагностики ВДКН служат показатели уровня кортизола крови, определяемого тяжесть заболевания и в последующем потребность в объеме заместительной гормональной терапии. Показатели 17-ОП крови являющейся диагностическим маркером данного заболевания был повышен у всех обследованных. 3. Повышение тестостерона крови у девочек указывает на высокую степень андрогенизации.

ПРИМЕНЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНЫХ АНАЛЬГЕТИКОВ ДЛЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ

Шорахмедов Ш.Ш.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Проблема послеоперационного обезбоживания (ПО) остается достаточно актуальной и в связи с современными требованиями постоянно реконструируется. В последние годы обращено внимание на применение центральных анальгетиков для послеоперационного обезбоживания при кардиохирургических операциях у детей. Схемы анальгезии включают в себя применение различных наркотических и ненаркотических опиоидных анальгетиков (промедол, трамадол, трамал), среди которых трамадол являясь ингибитором моноаминов, отличается рацемической смесью двух энантиомеров, относящих его к анальгетикам центрального действия.

Изучение обстоятельств ухудшения состояний после кардиохирургических операций, на данном этапе развития кардиоанестезии и кардиореанимации становится достаточно актуальным, так как имеется большой процент формирующихся осложнений. Многие исследователи акцентируют внимание на ранних послеоперационных изменениях, развивающиеся как следствие длительности операции, ее травматичности, широкого применения инвазивных методик (ИК, перфузия, ультрафильтрация), формирования каскада изменений в результате перераспределения крови.

Цель исследования: Изучение эффективности применения центральных анальгетиков с целью обезбоживания детей с ВПС в послеоперационном периоде (ПП).

Материалы и методы. У 40 детей (3-14 лет), после кардиохирургических операций (ДМПП, ДМЖП, ОАК) были изучены показатели центральной (ЭхоКГ) и периферической (АДд, АДс, АДср, ЧСС) гемодинамики, КЩС, визуально-аналоговая шкала (ВАШ). Из используемых центральных анальгетиков в ПП были применены промедол (1%, - 1 мкг/кг), трамадол (5%- 1-2 мг/кг), как болюсно, так и одноразово. Разделение пациентов на группы – по применяемому анальгетику.

Результаты и обсуждение. В обеих группах экстубацию трахеи проводили на фоне терапевтических доз центральных анальгетиков, соответственно промедолом и трамадолом. При этом, во избежание депрессии дыхания, на фоне остаточного действия общей анестезии, через 2 часа вводили тримеперидин.

Изучение динамики выраженности болевого синдрома, непосредственно после экстубации определили более значительную боль у пациентов 2 группы (трамадол), когда через 1 час интенсивность боли в обеих группах (ВАШ) стала практически одинаковой. Можно отметить. Что если перед экстубацией пациентам не вводили центральные анальгетики, выраженность болевого синдрома в обеих группах была значительной. Поскольку боль при стернотомии и дренировании плевральных полостей приводит к ограничению экскурсии грудной клетки, и центральные анальгетики положительно влияют на снижение болевого синдрома после операции.

Исследования показали, что промедол обеспечивает достоверный опиоидосберегающий эффект, по сравнению с трамадолом на более значительный период (3 часа) ПП. В 1 группе данное значение составило 42%, расход тримеперидина на одного больного в сутки в среднем составил 41,85 мг., что довольно меньше чем у пациентов 2 группы (трамадол).

Выводы. Исследование определяет безопасность применения промедола у детей в ПП кардиохирургических операций, снижению выраженности ПО болевого синдрома, стабильностью гемодинамики, ранней активизации пациентов.

МОТИВАЦИЯ ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ДИЗАРТРИЕЙ К ШКОЛЕ

**Шукурова М.А., Муминова Л.Р., Ахмедова Ш.У.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальной проблемой среди детей дошкольного возраста является нарушения речи и, в частности, проблема дизартрии, которая имеет тенденцию к значительному росту. Неразборчивая речь при дизартрии обусловлена расстройствами артикуляции, нарушением речевого дыхания, голосообразования, которая чаще выявляется, как правило в возрасте от 3 до 10 лет.

Все эти проблемы, если их вовремя не исправить в детском возрасте, вызывают трудности, общения с окружающими, а в дальнейшем влекут за собой определенные изменения личности в цепи развития «ребенок-подросток-взрослый», т.е. ведут к возникновению у детей закомплексованности, мешая им учиться и в полной мере раскрыть свои способности и интеллектуальные возможности.

В речевых детских садах создаются наиболее благоприятные условия для развития ребенка с учетом особенностей для речевого дефекта. Именно в этих учреждениях обеспечиваются своевременное устранение вторичных отклонений психического развития, всестороннее развитие физических и умственных способностей детей.

Нами проведен анализ нарушения речи у детей, в частности у детей с дизартрией.

Результаты: педагогического эксперимента показали, что необходимо уделять должное внимание упражнениям, играм, инсценировкам на развитие чувства темпа, ритма, мелодики и интонации.

Занятия по формированию просодики у детей с дизартрией нормализуют основные компоненты просодической стороны речи и делают речь выразительной, эмоционально окрашенной и способствуют решению коррекционных задач.

Обнаруженные у дошкольников с дизартрией разные уровни нарушения просодики позволяют осуществить дифференцированный и индивидуальный подход к детям в процессе обучения, избирательно воздействовать и улучшить просодическую сторону речи детей, для оптимизации коррекционной работы в условиях специальных дошкольных учреждений и семьях, а также у детей с дизартрией.

Речевые нарушения у детей включают:

- фонетико-фонематические, которые проявляются в рамках различных форм дизартрии;
- специфические особенности усвоения лексической системы языка, обусловленные спецификой самого заболевания.
- нарушения грамматического строя речи, которые неразрывно связаны с лексическими и фонетико-фонематическими расстройствами, их формирование осуществляется как единый неразрывный процесс;
- нарушения формирования связной речи и понимания речевого сообщения, которые имеют некоторую специфику при разных формах болезни. Эти нарушения могут иметь как специфически лингвистическую природу, так и неспецифический характер в связи с общими психическими особенностями детей.

Таким образом, анализ полученных результатов показал, что речевое развитие детей с дизартрией имеет количественные и качественные особенности по сравнению с развитием детей в норме.

НЕКОТОРЫЕ ПАРАМЕТРЫ ИСХОДА ЮВЕНИЛЬНОГО АРТРИТА В НАШЕМ ИССЛЕДОВАНИИ

Эбраев А.А., Абдуразакова З.К., Акбарходжаева М.Р.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Ювенильный хронический артрит (ЮХА) рассматривается как неоднородная группа хронических воспалительных заболеваний суставов, имеющих различные исходы, нозологическую принадлежность и неоднозначный прогноз.

Публикации последних лет отражают некоторые параметры исхода ЮХА при большом сроке заболевания, однако данные различных авторов противоречивы; отечественные исследования, касающиеся этих вопросов, единичны. (В.И.Пуринь, 1999; Е.Ю. Логинова, 2000; S. Magni-Manzoni, A. Martini et al., 2008).

Согласно имеющимся сведениям из отечественных и зарубежных источников, касающихся отдаленного прогноза, ЮА часто является причиной ухудшения состояния здоровья, дискомфорта и функциональной недостаточности. (Е.И. Алексеева, 2002; К. Yarosova, 2002). С другой стороны, есть мнения об относительно благоприятном течении и исходе ЮА (Е.Ю. Логинова, 2000; L. Verlitsson, 2002).

Цель исследования. На основании трёхлетнего наблюдения и ретроспективного анализа архивных историй болезни кардиоревматологического отделения клиники ТашПМИ, была представлена комплексная характеристика параметров исхода ЮХА.

Результаты исследования. Среди включенных в исследование в трех группах преобладали девочки (60,7%-83,3%-72,8%), средний возраст больных в зависимости от группы колебался от $7,9 \pm 5,0$ лет до $13,9 \pm 6,5$ лет. Давность заболевания в группе раннего артрита составила от 2 недель до 6 месяцев, в двух других варьировала от 3 до 5 лет. Как показало наше исследование, в дебюте заболевания превалировал олигоартикулярный характер суставного поражения (55,4%).

Проспективное наблюдение за нашими пациентами с ЮХА на ранних сроках показало, что в первые годы болезни отмечалось небольшое преобладание пациентов с олигоартритом, которая сохранилась, однако с течением времени у 43% больных. Отмечалось количественное прогрессирование, в группах с длительным ЮХА полиартикулярный вариант стал доминирующим (78,1%).

Выводы. Ремиссия – один из важнейших параметров исхода заболевания, поскольку о выздоровлении при большинстве вариантов ЮХА судить сложно. Полная ремиссия (без лечения) формировалась к концу наблюдения у трети больных ранним ЮХА, около 15% во 2 и 3 группах. По нашим данным,

ремиссия чаще отмечалась у мальчиков, имеющих олигоартрит, и не зависела от возраста.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПОВТОРНОЙ ОПЕРАЦИИ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ЗОНЫ У ДЕТЕЙ

Эргашев Б.С., Авазов Р.А., Хамраев А.Ж.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Проблемы лечения послеоперационных осложнений врожденных патологий аноректальной зоны у детей остаются далеко нерешенными.

Цель работы. Улучшить Результаты: повторно операций (ПО) при аноректальной зоны у детей.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 30 больных за последние лет в 1-ГКДБ с органическими и функциональными нарушениями заднего прохода после первичной коррекции аноректальных аномалий. Больные оперированы: двукратно – 13 (42.4%), трёхкратно 11 (36.4%), четырёхкратно-5 (15%) и более – 1 (6%). Недостаточность анального жома (НАЖ) составило 23 больных, стенозы – 10. Среди повторно оперированных больных составляет: промежностная проктопластика (ПП) - 16 (51.5%), брюшно-промежностная проктопластика (БПП) - 9 (33.3%); переднесагитальная проктопластика (ПСПП) - 3 (9.1%); и заднесагитальная проктопластика (ЗСПП) - 2 (6.1%). Всем больным проводились общефизикальные, лабораторные и специальные методы исследования. Больные распределились на 2 группы. Первая группа (15 больных) - получили только ПО. Вторая группа (15 больных) - перед каждой ПО получили реабилитационное лечение(РЛ).

Результаты: При изучении историй болезни, выписок и анамнеза больных, нами выявлено, что осложнения развивались в 39% на почве диагностических ошибок: неправильное определение высоты атрезии, недиагностирование свищей уретры, неточная идентификация аномалий при первичной диагностике; 38% тактических: неправильный выбор показаний и сроков первичной радикальной операции и колостомы; и 23% технических: ятрогенное ранение уретры и повреждение сфинктера, недостаточная мобилизация дистального отдела толстой кишки. Нами во всех случаях ПО выполнялись в более сложных условиях чем первичные и с меньшими возможностями классического выбора оперативного метода на фоне грубых рубцовых изменений тканей промежности. При решении выбора метода ПО нами пришлось совершенствовать хирургическую технику у 30% больных по поводу ликвидации осложнений первичной коррекций. При помощи ПП устранен дефект прямокишечно – влагилищной перегородки – 11(33.5%) больных, непротяженного стеноза ануса – 4(12.2%), удален избыток ткани и пролабирование слизистой оболочки в области неануса–2(6%); путём БПП

ликвидирован ректоуретральный свищ – 9(27.3%), стеноза прямой кишки – 2(6%) ; при помощи ПСПП ликвидирован стеноз ануса- 3(9%) и путем ЗСПП создание неоануса- 2(6%). При ПО аноректальной зоны придерживались: по возможности обходиться без лапаротомии, с минимальной диссекцией тканей; точно выводить прямую кишку через центр удерживающего мышечного комплекса; восстанавливать физиологический аноректальный угол; сохранять внутренний анальный сфинктер; избегать от натяжение кишки. Результаты ПО показали что, чем больше кратность операции, тем больше тенденции к рубцеванию и стриктуры ануса. Поэтому важно, чтобы между операциями проводилось местное РЛ, как профилактика разрастания рубцовой ткани. В основной группе всем больным при НАЖ нами проводились электростимуляция анального жома аппаратом ФЭС-02, а при стенозе заднего прохода – электрофорез с лидазой и бужирование с баллонодилатацией. При этом, у 13(39%) больных улучшились **Результаты:** лечения при второй ПО на аноректальной зоне у детей.

Заключение. Перед каждой ПО аноректальной зоны у детей проведение РЛ (противовоспалительного и местного противовоспалительного) способствует улучшению результатов лечения и профилактики излишних повторных операций.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАНЕЕ ОПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМ ГИДРОНЕФРОЗОМ

Эшкулов Ш.Х.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Общая частота развития гидронефроза составляет 1:1500. У мальчиков гидронефроз встречается в 2 раза чаще, чем у девочек. Значительное количество детей с различными формами гидронефроза, а также недостаточно высокие результаты хирургического лечения определяют интерес к таким больным, а также неоднозначные оценки методов хирургической коррекции.

Цель исследования: изучить отдаленные результаты хирургического лечения гидронефроза у детей.

Материалы и методы исследования: в основе работы лежит анализ результатов обследования 50 детей в возрасте от 3 месяцев до 15 лет. Диагноз гидронефроза у детей подтверждался на основании проведения комплексного обследования. При гидронефрозе среди детей со II и III стадией применяли хирургические вмешательства по методике Хайнес – Андерсен- Ян Кучера с резекцией лоханки (2 группа) и метод «воронкообразный» пиелоуретероанастомоз с резекцией лоханки (3 группа). При I стадии гидронефроза использовали метод Хайнес – Андерсен без резекции лоханки (1

группа). Длительность катамнестического наблюдения за больными составила от одного до 5 лет после оперативного лечения.

Результаты исследования: Среди всех обследованных детей неудовлетворительные результаты были получены у 5 больных, что составило 9,8%. Все больные с неудовлетворительными результатами были повторно оперированы. После хирургического лечения в 1 группе отмечено у 3 (37,5%) хороший и 2 (25%) удовлетворительный результаты лечения. Неудовлетворительные результаты выявлены в 3 (37,5%) наблюдениях. Во 2 группе были получены следующие результаты хороший отмечался в 14 случаях (63,6%), удовлетворительный в 7 (31,8%), а неудовлетворительный в 1 (4,5%). В 3 группе детей хорошие результаты установлены в 13 (65 %) случаях, удовлетворительные в 6 (30 %) и не удовлетворительные в 1 (5%). Оценка степени проходимости анастомоза, по данным трансформационной эхопелоскопии (ТЭ), после операций Andersen-Hynes-Kucera, Andersen-Hynes и методом «воронкообразного» пиелуретероанастомоза, показала достоверное сокращение времени возвращения размеров ЧЛС к исходным значениям, в отделенном периоде относительно дооперационных ($P < 0,05$). У всех (50) больных в отдаленном периоде рентгенологический контроль показал улучшение экскреторной функции почки. Уменьшилась степень эктазии ее чашечно-лоханочной системы, и функционирование анастомоза стало хорошим. Временное нарушение уродинамики у детей с удовлетворительным исходом (15 (30%)) в отдаленном послеоперационном периоде, сопровождался атакой пиелонефрита, причиной которых явился воспалительный отек анастомоза и атония ЧЛС носили транзиторный характер и купировались после проведенной противовоспалительной, стимулирующей и физиотерапии к исходу 2 и 3 недели после операции.

Заключение. Таким образом, проведенные исследования позволили оценить функцию почек у детей в отдаленном периоде после проведенного хирургического лечения при гидронефрозе. Установлено, что при оперативном вмешательстве по методу Хайнес – Андерсен без резекции лоханки в большинстве случаев получены (37,5%) неудовлетворительные результаты. Проведение оперативных вмешательств по Andersen-Hynes-Kucera и методом «воронкообразного» пиелуретероанастомоза позволяет предотвратить стеноз анастомоза, максимальное приближение анастомозной камеры к форникальным каналам улучшает отсасывающую функцию мочеточника.

ХАРАКТЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ И ИХ ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Эшкулов Ш.Х.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Гидронефроз – прогрессирующее расширение лоханки и чашечек почки, возникающее вследствие нарушения оттока мочи из почки из-за препятствия в области лоханочно-мочеточникового сегмента. Общая частота развития гидронефроза составляет 1:1500. У мальчиков гидронефроз встречается в 2 раза чаще, чем у девочек.

Цель исследования: изучить отдаленные результаты хирургического лечения гидронефроза у детей.

Материалы и методы исследования: из 50 детей с расширением лоханки, функциональное поражение лоханочно-мочеточникового сегмента выявлено у 12 детей, органическое поражение лоханочно-мочеточникового сегмента у 38 детей.

Диагноз гидронефроза у детей подтверждался на основании проведения комплексного обследования, включающего в себя диуретическое ультразвуковое исследование, радиоизотопную ренографию, экскреторную урографию, доплерографию почечных сосудов проводилось у детей с резким снижением функции почки. Реконструктивные операции лоханочно-мочеточниковом сегменте осуществлялись по показаниям по Кучера-Андерсена, Хайнес – Андерсен- Ян Кучера и методом «воронкообразный» пиелoureteroанастомоза.

Результаты исследования. В катамнезе, который составил от 3 месяцев до 5 лет, положительные результаты оперативного лечения достигнуты в 97% случаев, и только в 3% неудовлетворительные.

Результаты: оперативного лечения оценивались по восстановлению уродинамики, которая отмечена в 97 % (экскреторная урография и трансформационная эхопиелоскопия) случаях, по уменьшению размеров чашечно-лоханочной системы (79%) и росту толщины паренхимы (по УЗИ). Улучшение функции почки оценивалось по данным радиоизотопной ренографии (уменьшение периода максимального накопления РФП до 20 минут, уменьшения периода полувыведения РФП до 20 минут). В 90% случаев отмечено отсутствие атаки пиелонефрита.

По данным доплерографии, выявлены изменения строения сосудистого рисунка, особенно у детей III стадии гидронефроза. В катамнезе (5 месяцев), отмечается восстановление сосудистого рисунка почечных сосудов, что очевидно связано не с пороком развития сосудов, а, со сдавлением почечных сосудов гидронефротической трансформацией почки.

Таким образом, проведение ранней коррекции гидронефроза, в условиях отсутствия инфицирования, приводит к сохранению функции почки и создает

оптимальные условия для дальнейшего развития и роста функциональных структур.

ОСОБЕННОСТИ РЕТИНОПАТИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ

Юлдашева З.Б., Хамраева Л.С.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность.Преэклампсия матери является одной из причин недоношенности ребенка, при этом характерен риск поражения практически всех систем организма. По данным различных исследований у детей раннего возраста, родившихся прежде срока, заболевания глаз и аномалии развития органа зрения выявляются в 5 - 10 раз чаще, чем у рожденных в срок. Недоношенные новорожденные составляют группу высокого риска перинатальной смертности, при этом глазная патология в первую очередь способна привести к резкому снижению зрения вплоть до полной слепоты и, тем самым, еще больше усугубить и без того тяжелую ситуацию.

Цель исследования.Определить особенность ретинопатии недоношенных (РН) новорожденных от матерей с преэклампсией легкой степени.Материал и методы исследования. Обследовано 30 недоношенных детей (из них 8 мальчиков и 22 девочки) в возрасте от 2 до 40 дней, родившихся от матерей с преэклампсией легкой степени в Республиканском перинатальном центре МЗ РУз. Недоношенным детям с РН проводились следующие офтальмологические исследования: наружный осмотр, определение рефракции, офтальмоскопия бинокулярным офтальмоскопом Скепенса, фоторегистрация глазного дна ретинальной камерой RetCam.

Результаты и обсуждение. Гестационный возраст недоношенных детей составил 29- 33 недели и вес при рождении от 800 до 3100 гр. У 25 (83,3%) детей выявлена РН в различной стадии (международная классификация РН 2005г.). Проведенное обследование установило у 7(23,3%) недоношенных детей- РН 1 стадии, у 7 (23,3%) - РН 2 стадии, у 6 (20%) - РН 3 стадии, у 4 (13,3%) - РН 4 стадии, у 1 (3%) - РН 5 стадии соответственно.

Вывод. Ретинопатия недоношенных новорожденных от преэклампсии легкой степени чаще наблюдается I и II степеней тяжести.

ХАРАКТЕР И СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Юльчиева У.А., Ильхамова Х.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Характер и степень выраженности изменений сердечно-сосудистой системы при острых респираторных заболеваниях, сопровождающихся бронхиальной обструкцией, у детей раннего возраста остается недостаточно изученной проблемой.

Было доказано, что гипоксическое поражение сердечно-сосудистой системы в перинатальном периоде у 40-70% детей сопровождается изменениями со стороны сердечно-сосудистой системы с развитием синдрома дизадаптации (СД) сердечно-сосудистой системы (ССС) в период новорожденности (Таболин В.А., Котлукова Н.П.(2004)) и в дальнейшем может способствовать нарушению деятельности сердечно-сосудистой системы при острых респираторных заболеваниях, утяжеляя их течение и ухудшая прогноз.

Цель исследования. Установить характер и степень выраженности изменений сердечно-сосудистой системы при острой бронхиальной обструкции у детей.

Результаты исследования. В соответствии с поставленными задачами нами проанализированы результаты обследования, лечения и длительного (в течение 5 лет) катамнестического наблюдения 70 детей в возрасте от 1 года ($1,0 \pm 0,8$) до 6 лет ($4,6 \pm 0,7$) с респираторной патологией, из них 36 девочек, 34 мальчиков. С клинической картиной острой респираторной вирусной инфекции наблюдалось 20 детей, с острым обструктивным бронхитом инфекционного генеза - 40, В катамнезе было обследовано 10 детей в возрасте от 6,5 до 8 лет. (средний $7,02 \pm 0,99$ лет), длительность катамнестического наблюдения 5 лет, 9 из наблюдаемых были расценены, как реконвалесценты БОС, протекающего с нарушением адаптации ССС, 9 без нарушения деятельности ССС. Острый период бронхиальной обструкции сопровождается формированием физиологической адаптационной реакции со стороны ССС, которая характеризуется скоординированной деятельностью кардиореспираторной системы и отсутствием патологических клинических проявлений.

Тахикардия, не соответствующая степени выраженности дыхательных расстройств и лихорадка, свидетельствует о нарушении скоординированной деятельности сердечно-сосудистой системы в острый период БОС. При этом нами было установлено, что частота дыхания на высоте обструкции была достоверно ($p < 0,05$) выше у больных с нарушением адаптации и достигала от 60,0 до 48 ($54,6 \pm 2,0$) в мин. Среди обследованных нами больных 85% детей были в возрасте от 1 года. до 2 лет и 15% - в возрасте от 2 лет. У детей

аналогичного возраста, без нарушения деятельности ССС в острый период БОС, частота дыхания не превышала 52,0 - 48 (48,6±3,0) в мин.

Выводы. Таким образом, проведенное клинико-инструментальное исследование ССС у 70 больных в острый период БОС, позволило выявить у 45 % детей нарушение адаптации ССС. Нормальная реакция кардиореспираторной системы при БОС определялось у 55% больных.

ИСИТМА ЎТКИР РЕСПИРАТОР ИНФЕКЦИЯНИНГ АСОСИЙ СИМПТОМИ СИФАТИДА ВА УЛАРГА ДАВО ЧОРАЛАРИНИ БЕЛГИЛАШ

**Юсупбекова А.Ю., Ахматалиева М.А., Маматкулов Б.Б.
Тошкент педиатрия тиббиёт институти,
Тошкент ш., Ўзбекистон**

Мавзунинг долзарблиги. Маълумотларга қараганда иситма педиатрия амалиётида кўп учрайдиган синдром бўлиб, шошилиш тиббий ёрдам бўлимига мурожаат қилаётган беморларнинг учдан бир қисмида кузатилади. Иситманинг асосий сабабларидан бири бу юқори ва пастки нафас йўллари юқумли касалликлари ҳисобланади. Бу айниқса болаларда 80 – 90 % . ЎРИ фониди намойиш бўлади. Иситма – ўткир респиратор инфекциянинг (ЎРИ) биринчи симптомларидан бири бўлиб, ота-оналарни ҳавотирга солувчи ва “тез тиббий ёрдам”нинг педиатрия бригадасини чақирувчи сабабларидан бири ҳисобланади.

Мақсад. Иситма билан мурожаат қилган бир ёшгача бўлган болаларда ЎРИнинг структурасини аниқлаш ва уларга даво чораларини белгилаш.

Материал ва услублар. РШТЎИМ, педиатрия қабул бўлимига иситма билан мурожаат қилган 130 та бир ёшгача бўлган болаларда текшириш олиб борилди. Барча болаларда тана ҳарорати аксиал термометрда ўлчанди. Текширувлар шошилиш ҳолатдаги соматик беморда детал ва фокусланган физикал текширишлар ўтказиш стандартлари асосида олиб борилди. Қўшимча 17 болага кўрсатмага қараб кўкрак қафаси рентгенографияси ўтказилди. Текшириш натижалари бўйича 17 та болада ўткир зотилжам (13%), 78та болада ЎРИ (60%), 23 та болада ЎРИ бронхообструктив синдром билан(17,7%), 12 та болада оддий бронхит (9,3%) аниқланди.

Олинган натижалар Текширишлар натижасида болаларда тана ҳароратининг кўтарилиши 37,5-39,0 °С оралиғида бўлиб, 7 та болада иситма натижасида фебрил талваса кузатилган. 18 та болада касалликнинг кечиши “оқ иситма”кечганлиги аниқланди. Касаллик кечиши фебрил талваса, бронхообструктив синдром ва “оқ иситма” билан кечган барча болаларга РШТЎИМ қабул бўлими, Шок залида ЎзРССВнинг “Болаларга шошилиш тез тиббий ёрдам кўрсатиш протоколлари” бўйича ёрдам кўрсатилди. Иситмани туширишда боланинг умумий ҳолатига, қайси саломатлик гуруҳига мансублигига, касаллик бошланган даврдан кейин қачон биринчи марта

шифокор қабулига келганлигига эътибор қаратилди. Иситма туширувчи дори воситаси сифатида парацетамол, ибупрофен шамчаси ёки суспензияларидан фойдаланилди. Текширишлар натижасида қабул бўлимига мурожаат қилган болаларнинг 27 таси стационар даво учун марказда олиб қолинди. 11 та бемор дислокация бўйича шаҳар болалар клиникаларига юборилди. Қолган барча болалар тез ёрдам самарасидан кейин уйларига, маҳалла шифокори назоратида амбулатор давои давом эттириш учун юборилди.

Хулоса. Болаларда иситма ҳолатининг асосий сабабларидан бири ЎРИ эканлиги бизнинг текширишларимизда яна бир бор ўз исботини топди. ЎРИ бола ҳаёти учун ҳар доим ҳам хавф туғдирмайди ва аксарият ҳолларда уй шароитида, маҳалла шифокори шароитида амбулатор даволаш орқали ижобий натижалар олиш мумкин. Бу эса болаларнинг асоссиз равишда ота-оналари билан шифохонага мурожаат қилишини, асоссиз текширишларни олдини олиш имконини беради.

ТРЕХМЕРНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ИЗОБРАЖЕНИЯ И УЛЬТРАЗВУКОВАЯ АНГИОГРАФИЯ В УТОЧНЕНИИ ПРИРОДЫ ОЧАГОВЫХ ПОЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

**Юсупов Ж.Б., Юсупова М.Ш., Гиясова Х.Б.,
Мамарасулова Д.З., Рашидова Ш.У.
Андижанский Государственный медицинский институт,
г.Андижан, Узбекистан**

Цель исследования: Определить возможности ультразвуковой доплерографии и трехмерной эхографии в уточнении природы очаговых поражений печени.

Материалы и методы: Проведен анализ УЗИ 110 больных с очаговыми изменениями печени различного генеза (гемангиомами – у 37, жировым очаговым гепатозом – у 18, первичным раком печени – у 9, метастатическим поражением – у 46). Диагноз верифицирован при пункционной биопсии, операции у 65 пациентов, по результатам КТ, динамического мониторинга до 5 лет у 45 пациентов.

Результаты: В режиме Ц(Э)ДК, спектрального анализа для злокачественных поражений печени характерен артериальный тип кровотока в 68,9% образований, при доброкачественных изменениях преобладал венозный тип - в 85,5%. По периферии очага артериальная васкуляризация определялась при метастазах в 66,7%, при раке печени - в 70,6% наблюдениях. Интранодулярный кровоток был представлен артерией в метастазах в 69,6% при первичном поражении печени - в 77,8% очагах. В гемангиомах вокруг образования вены лоцировались в 92% случаев, при жировом гепатозе - в 90,9%. Внутри гемангиом венозный тип кровотока наблюдался в 60%, при очаговом жировом гепатозе - в 75% наблюдениях. При реконструкции 3D

изображения ангиоархитектоники доброкачественных изменений сосуды имели прямолинейный ход или огибали очаг, отсутствовали патологическая извитость, разнокалиберность. Данная картина наблюдалась в 90% гемангиом, в 100% очагового жирового гепатоза. При трехмерной реконструкции злокачественных образований в режиме Ц(Э)ДК сосудистая сеть имела хаотичное строение, злокачественную трансформацию сосудов в виде их четкообразности, извитости, колбообразного расширения. Подобная патологическая васкуляризация наблюдалась в 76,2% случаев метастазов в 85,7% - первичных поражений печени. 3D реконструкция сосудистой сети дает дополнительную информацию об ангиоархитектонике очаговых образований печени в 44,9 % случаев по отношению к исследованию в двухмерном режиме Ц(Э)ДК.

Выводы: Данные спектрального анализа, 3D реконструкции сосудов в сопоставлении с данными серошкального изображения повышают чувствительность УЗИ до 87,3%, специфичность - до 92% в определении злокачественности очаговых изменений печени.

ГИПЕРФУНКЦИЯ НИЖНИХ КОСЫХ МЫШЦ 4- СТЕПЕНИ. МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Юсупов М.М., Бабаджанова Л.Д.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Вертикальное косоглазие встречается у 30-72% детей с косоглазием и часто сочетается с горизонтальным. Ведущее место в патогенезе вертикального косоглазия занимает парез (паралич) верхней косой мышцы. Механический дисбаланс, вызванный потерей функции верхней косой мышцы, приводит к гиперфункции ее антагониста - нижней косой мышцы. При этом создается такое положение глаз, при котором зрительные оси не сходятся на рассматриваемом предмете, глаз отклоняется в сторону, нарушаются восприятие и проведение зрительной информации, между правым и левым глазом, возникает дисбаланс между глазодвигательными мышцами, что приводит к неспособности к объемному зрительному восприятию.

Цель. Анализ результатов ослабляющих операций при гиперфункции нижней косой мышцы (НКМ) 4 степени.

Материал и методы. Произведен ретроспективный анализ результатов лечения 60 детей (96 глаз) с гиперфункцией НКМ в отделении офтальмологии клиники ТашПМИ в период с 2013 по 2015годы.

1-группа 35 больной (62 глаза)-проведена транспозиция НКМ с дозированной рецессией.

2-группа 20 больных (28 глаз)-произведена миозэктомия НКМ

3-группа 5 больных (6 глаз)-из первой группы с остаточным углом, которым произведена миозектомия НКМ через 6-8 месяцев.

Результаты: 1-группа У 81% больных (54 глаза) гиперфункция НКМ исправлена. У 19% больных (8 глаз) определялся остаточный угол.

2-3 группы У 97% больных (33 глаза) гиперфункция НКМ исправлена;

У 3% больных (1 глаза) определялся остаточный угол.

Выводы. Миозектомия нижних косых мышц полностью исключает её действие, что приводит устранению гиперфункции НКМ (оверации) 4 степени, что подтверждает патогенетическую обоснованность данной операции. При выполнении операции необходимо помнить об анатомо-топографических особенностях НКМ. Миозектомия нижних косых мышц является эффективным методом хирургического лечения вертикального косоглазия с выраженной гиперфункцией НКМ 4- степени и может быть рекомендована к широкому внедрению в офтальмохирургическую практику.

ВОЗРАСТНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАКА ЯИЧНИКА В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Якуббекова С.С., Мамарасулова Д.З.

**Андижанский Государственный медицинский институт,
г.Андижан, Узбекистан**

Актуальность темы. Актуальной проблемой современной гинекологии является увеличение частоты злокачественных опухолей яичников, на долю которых приходится 25-35 % новообразований женских половых органов. Известно, что более 850 тыс. из 10,9 млн ежегодно регистрируемых в мире новых случаев рака приходится на заболевания женской половой сферы.

В Англии, Дании, Финляндии, Чехии, Швеции заболеваемость этой формой рака составляла 9-15 на 100 тыс. женского населения (мировой стандарт). В России доля РЯ среди злокачественных новообразований колебалась от 4,9 % (в 55-69 лет) до 7,2 % (в 40-54 года) и 7,7 % (в 15-39 лет). Показатель заболеваемости достигал наибольшего значения (37,9 %) в 60-64 года. В возрастной группе до 30 лет РЯ являлся причиной смерти в 20-70 % случаев среди всех опухолей гениталий.

Цель исследования. Определить возрастную характеристику заболеваемости рака яичника в Андижанской области.

Материалы и методы исследования. Мы изучили заболеваемость раком яичников с учетом возраста в Андижанской области которые были взяты на учет в Андижанский областной онкологический диспансер. Были исследованы все амбулаторные карты учетных больных с раком яичников с 2013 по 2014 года включительно. За 2 года было взято на учет 84 больных с раком яичников.

Результаты: собственных исследований в АООД с 2014-2015 годы произошло омоложение рака яичников в Андижанской области по сравнению с данными за 20 лет, когда основной контингент этого недуга составлял пожилой

возраст. Максимальные показатели заболеваемости наблюдаются в старших возрастных группах. Пики заболеваемости приходятся на возрастной контингент от 40 до 59 лет. Возрастные показатели заболеваемости в 2014 - 2015 году (на 100 000 женщин соответствующей возрастной группы: Молодой возраст от 7-19 лет 3 больных (3,5%), репродуктивный возраст от 20 до 39 составило 13(15,5%) больных, пременопауза 27(32,1%), менопауза 20(23,8%) и постменопауза 11(13%) больных. Основная масса больных приходится на трудоспособное население, что влияет на экономическую ситуацию этой области.

Заключение. Учитывая возраст больных, зарегистрированных в АООД за 2014-2015 года включительно, приходится в основном на трудоспособный, что составляет 73 (86,9 %) больных. Это говорит о повышении смертности от рака яичников, которая приходится на долю женщин в их активном периоде жизни. Необходимо проводить скрининг рака яичников во избежание смертности от этого недуга.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ РАКА ЯИЧНИКА ПО ДАНЫМ ОНКОДИСПАНСЕРА г. АНДИЖАНА

**Якуббекова С.С., Мамарасулова Д.З.
Андижанский Государственный медицинский институт,
г.Андижан, Узбекистан**

Актуальность темы. Известно, что злокачественные новообразования яичников является одной из актуальных проблем в онкогинекологии. Злокачественные новообразования яичников занимает третье место среди злокачественных опухолей женской репродуктивной системы. В последние 3 года отмечается рост этой патологии и омоложение злокачественного процесса. В связи с вышеизложенным, необходимо проанализировать структуру, заболеваемость, распространенность, яичника по материалам архива Андижанского областного онкологического диспансера.

Цель: Изучить эпидемиологическую обстановку заболеваемости рака яичников всех районов входящие в Андижанскую область с учетом возрастных групп.

Материалы и методы. При изучении эпидемиологических и статистических данных по РЯ служили отчетные формы и амбулаторные карты учетный больны, которые находились на диспансерном учете с 2013 по 2015 год.

Результаты: При анализе изучения эпидемиологической обстановки всех 17 районов входящих в Андижанскую область было выявлена следующая ситуация. В 2013 году всего было взято на учет 40 больных с раком яичников, из них основную массу составляли больные из Асакинского района, что составила 7 (17%) больных и в Жалакудукском районе 6(15%) больных. Интересы вызвали Кургантепинский и Ханабадские районы, где не было ни

одного больного с раком яичника. При анализе данных за 2014 года, обстановка была следующая: На учет были взяты 46 больных, что на 6 больных больше предыдущего года. При анализе в разрезе районов было обнаружено высокая заболеваемость в Шахриханском районе, что составило 9(19,5%), а в других районах не превышало 4(8,7%) больных. Ни одного больного не было из Булокбошинского района, а из Хонабдского района была взята на учет 1(4,6%) хотя в 2013 году выявленных больных с раком яичников не наблюдалось. Возраст от 7 лет до 70 лет.

Вывод. При анализе данных эпидемиологической обстановки в Андижанской области были выявлены то, что заболеваемость раком яичников в некоторых как в Асакинском, Шахриханском и Жалакудукских районах высока, что возникает интерес к причине заболеваемости. Глубокое изучение с учетом всех факторов риска можно получить ответ на причину высокой заболеваемости в этих районах.

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КАРДИОМИОПАТИЙ У ДЕТЕЙ

**Якубова К.Н., Ходжиева З.У., Ахмедова Н.Р.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Кардиомииопатии – особая группа гетерогенных болезней сердца, в основе которого лежит преимущественное поражение миокарда неясной этиологии, объединенная не столько этиопатогенетическими факторами, сколько общими структурными и патофизиологическими механизмами и часто заканчивающаяся внезапной сердечной смертью. Прогрессивно возрастающая частота кардиомииопатий среди детей и подростков в определенной мере обусловлена широким внедрением в диагностику метода эхокардиографии, так и унификацией и дифференциацией различных форм кардиомииопатий.

Цель. Изучить клиническо-функциональные показатели кардиомииопатий у детей.

Методы. Обследовано 28 детей от рождения до 18 лет, госпитализированных в кардиоревматологические отделения РСНПМЦ Педиатрии в г.Ташкенте и РДММЦ в г.Нукус с диагнозами гипертрофическая, дилатационная, рестриктивная кардиомииопатия и аритмиями. Всем обследованным проведены клинические и инструментальные методы исследования (ЭКГ, ЭхоКГ, рентганография грудной клетки).

Результаты: Полученные результаты детей с дилатационной кардиомииопатией указывали на бессимптомное начальное течение заболевания, отставание в физическом развитии, толерантность к физическим нагрузкам. Клинически выявлялись выраженные признаки ЛЖ недостаточности. У детей с гипертрофической кардиомииопатией заболевание спровоцировано интенсивной физической нагрузкой, которое проявлялось приступами резкой слабости,

бледностью и головокружениями. Среди 15 детей с кардиомиопатией на ЭКГ отмечались признаки гипертрофии левых отделов сердца и межжелудочковой перегородки, тахикардия, у 24% больных зарегистрированы аритмии, у 16% - нарушение фазы реполяризации, у 20% - неполная блокада правой ножки пучка Гиса. На рентгенограмме зарегистрирована кардиомегалия, увеличение КТИ. На ЭхоКГ детей с гипертрофической кардиомиопатией отмечалась дилатация обоих предсердий, у 28,6% больных симметричная (гипертрофией обеих желудочков, межжелудочковой перегородки) и у 71,4% больных асимметричная гипертрофии отделов сердца. У детей с дилатационной кардиомиопатией выявлены впряженное снижение сократительной способности ЛЖ, шаровидная дилатация камер левых отделов сердца.

Вывод. Клинические показатели зависят от формы кардиомиопатии и характеризуется хроническим прогрессирующим течением, в конечном счете, кардиомегалией, прогрессирующей сердечной недостаточностью.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПИЛОРОСПАЗМА И ПИЛОРОСТЕНОЗА У ДЕТЕЙ

Якубова Л.Т., Фазылов А.А.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Несмотря на большое число работ, посвященных изучению врожденных пороков развития и функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у грудных детей, проблема остается недостаточно изученной.

Целью исследования явилось улучшение своевременной и уточняющей диагностики пилороспазма и пилоростеноза у детей путем применения современных методов серошкальной эхографии.

Материалы и методы. С помощью аппарата ультразвуковой диагностики «Sonoscape SSI-5000» линейными датчиками на частоте 8,0-12,0 МГц. были исследованы 30 новорожденных без патологических изменений желудочно-кишечного тракта (контрольная группа) и 70 детей с подозрением на функциональные или органические изменения антрального отдела желудка. По комплексным клинико-эхографическим и рентгенологическим исследованиям у 8 детей установлен пилороспазм, у 54 – пилоростеноз.

Для улучшения визуализации желудка нами были применены технологии тканевой гармоник и прицельной мультислайсной томографии. Первая технология способствует улучшению эхографического отображения антрального отдела путем увеличения частоты ультразвука до 12-14 МГц. Это способствует изучению тонких слоев этого участка желудка, а мультислайсная томография – получению серии послойных срезов эхограмм толщиной 0,5-1,0 мм.

Результаты: У здорового ребенка в незаполненном желудке сразу под левой долей печени определялся пилорический отдел, представленный трубчатой структурой с гипоэхогенными стенками. У детей контрольной группы их общая толщина не превышала $8,5 \pm 1,1$ мм, а длина – $13 \pm 1,2$ мм, стенки которой состоят из трех слоев: наружного тонкого гиперэхогенного – серозного, среднего гипоэхогенного – мышечного и внутреннего эхогенного – слизистого. Толщина мышечного слоя самой дистальной части пилорического отдела желудка не превышало 3 мм, толщина слизистого на всем протяжении находился в пределах – 2 мм.

При пилоростенозе на эхограммах пилорический отдел желудка визуализировался при продольном сканировании как округлое образование, состоящее из толстого гипоэхогенного ободка гипертрофированной круговой мышцы, и эхогенного центра - слизистого слоя. При поперечном сканировании - как овальная структура, имеющая те же эхографические характеристики. Прослеживание за этой структурой позволяет видеть переход утолщенной пилорической мышцы в мышечный слой 12-перстной кишки, имеющей нормальную и, следовательно, значительно меньшую толщину. Этот признак был особо ценным при невыраженной гипертрофии пилорической мышцы.

Одним из ведущих признаков пилоростеноза является визуализация утолщенной пилорической мышцы в продольном и поперечном срезах, удлинение пилорического канала и нарушение эвакуации содержимого из желудка. При этом длина пилорического канала больше 19 мм, диаметр превышает 10 мм, а толщина мышечной стенки больше 4 мм.

К косвенным признакам пилоростеноза относится увеличение размеров желудка, наличие в его просвете большого количества слизи, остатков пищи, появление хаотических перистальтических волн.

При пилороспазме мы не выявили изменения толщины мышцы и удлинение ширины пилорического канала; вместе с этим канал долго был в сокращенном состоянии. Фармакологическая проба спазмолитиками позволяют четко дифференцировать пилороспазм от органического поражения. При пилороспазме эвакуация содержимого желудка в двенадцатиперстную кишку восстанавливался через 10-15 мин после введения спазмолитиков в возрастной дозе. Наличие значительного количества содержимого в желудке перед кормлением позволило предположить нарушение эвакуаторной функции. При этом исследование было повторено сразу после кормления, и фиксировались размеры желудка, а затем наблюдаем за динамикой выхода содержимого через каждые 15 мин. Опорожнение желудка на 75% наступало через 2-2,5 часа.

Выводы. Основными эхографическими критериями для постановки диагноза пилоростеноза являются визуализация утолщенной пилорической мышцы на продольном и поперечном срезах, увеличение длины пилорического канала, наличие содержимого в желудке.

ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Яхшимуратов С.Ш., Хамидов Б.Х.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. В детской хирургии гнойная хирургическая инфекция является одной из важнейших проблем. Более 50% хирургических коек занято больными с гнойными заболеваниями, а в 74% случаев летальный исход связан с гнойными осложнениями. Форма гнойно-воспалительного процесса зависит от вирулентности и патогенности возбудителя, а также от реакции организма ребенка. При гнойной инфекции в организме развивается ряд процессов так называемого патологического процесса (С.Я.Долецкий). Это понятие включает в себя единый процесс, обусловленный, как реакцией всего организма (иммунологические и нейрогуморальные сдвиги, нарушение кислотно-щелочного, водно-электролитного, энергетического баланса), так и местным процессам.

Цель исследования. Изучение реализации функционального потенциала нейтрофилов периферической крови у детей с гнойно-хирургической инфекцией.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением в период с 2012 по 2015г находилось 92 ребенка в возрасте от 10 до 15 лет с гнойно-хирургической инфекцией. Контрольную группу составили 22 здоровых ребенка того же возраста. При поступлении были взяты общие анализы крови. Перед выпиской на 9 сутки также были взяты общие анализы крови.

Результаты: В ходе исследования установлено, что для здоровых детей коэффициент реализации функционального потенциала нейтрофильных гранулоцитов составляет $2,51 \pm 0,08$. Гнойно-септические заболевания средней тяжести сопровождаются меньшим снижением КР, достигающим $1,16 \pm 0,03$. В тоже время при локальных формах гнойной инфекции наблюдается повышение КР до $1,92 \pm 0,04$. Анамнез полученных данных позволил выявить границы величин КР, характерные для различного вида гнойно-септических заболеваний с учетом тяжести патологического процесса.

Выводы. Повышение коэффициента реализации (КР) у больных детей относительно такового у здоровых, свидетельствует о состоятельности аварийной линии иммунитета, что является благоприятным признаком. Снижения уровня коэффициента реализации в 1,0-1,5 раза относительно контрольных показателей является неблагоприятным признаком и требует проведения своевременной коррекции.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕКОТОРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ВРОСШИХ НОГТЕЙ У ПОДРОСТКОВ

Яхшимуратов С.Ш., Хамидов Б.Х.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Вросший ноготь-это процесс, медально или латерально развивающийся в области ногтевой фаланги первого пальца стопы, вклинивающийся в околоногтевые мягкие ткани и приводящий к их воспалению. При отсутствии своевременной помощи вросший ноготь может стать источником распространения воспалительного процесса на стопе и развития сепсиса.

Цель исследования. Оценка лечебной эффективности оперативных методов при вросшемся ногте у детей.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 32 девушки и 27 юношей от 12 до 18 лет, которые были оперированы. Через 3-6 месяцев нами были оценены результаты оперативного вмешательства.

Результаты и обсуждение. В зависимости от хирургической тактики дети с диагнозом «вросший ноготь» были нами разделены на 3 группы:

В первую группу вошли 17 больных. Хирургическая тактика при лечении их была традиционной и заключалась в удалении ногтя, осложненного гнойным подкожным панарицием, удалением гноя и обработкой полости антисептиком. При этом у 7 больных наступило полное выздоровление; 8 больных через 6 месяцев поступили повторно с рецидивами, а у 2 больных образовались подкожные панариции на месте вновь вросших ногтей в глубь мягких тканей.

Во вторую группу вошли 23 больных. Хирургическая тактика при лечении их заключалась в раннем краевом иссечении ногтевой пластинки, с прикладыванием левомиколойной мази. У 16 наступило полное выздоровление; у 7-рецидив. Хороший эффект оказывает операция в сочетании с физиотерапевтическими методами лечения (УФО, УВЧ).

В третью группу вошли 19 больных. Хирургическая тактика при их лечении заключалась в новокаиново-антибиотической блокаде с 2 сторон с целью обезболивания. После обработки в подошвенной поверхности фаланги был сделан полулунный разрез кожи и подкожной клетчатки. Надмышечная фасция края ногтевого валика натянута к центру и наложены швы. Корень ногтевой пластинки приподнят над валиком. Швы были сняты на восьмые сутки.

Следует подчеркнуть, что наименьшие рецидивы отмечались, когда операция выполнялась при условии дооперационной процедуры (подготовки), а именно, для исчезновения воспалительного процесса в околоногтевой области со стороны вросшего ногтя.

Выводы. Проведенный анализ свидетельствует о преимуществе предоперационной подготовки противовоспалительными процедурами,

применяемыми местно. Метод следует считать патогенетически обусловленным.

СТАБИЛЬНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ АППАРАТОМ ИЛИЗАРОВА ПЕРЕЛОМОВ ГОЛОВКИ МЫШЦЕЛКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Ёдгоров Б.К., Ходжанов И.Ю., Ганиев А.К.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Среди переломов области локтевого сустава у детей особое место занимают переломы головки мышцелка плечевой кости, которые составляют более 17,4 % среди всех переломов локтевого сустава (Чижик-Полейко А.Н. с соавт., 2007), а по частоте неблагоприятных исходов данные переломы занимают одно из первых мест (Сыса Н.Ф., 1998). Литературные данные как отечественных, так и зарубежных авторов позволили выявить различия в выборе метода лечения переломов дистального отдела плечевой кости у детей. Основным методом фиксации отломков плечевой кости большинство авторов считают спицы Киршнера. Однако, нередко встречаются работы по применению винтов и аппаратов внешней фиксации (Рахманов Р.Д. 2000г., Hasler С С 2001г., Gugenheim JJ Jr. 2000г.).

Цель. Улучшение результатов оперативного лечения переломов головки мышцелка плечевой кости у детей путем разработки и применения более удобных и менее травматичных методик внешней фиксации, обеспечивающих стабильную фиксацию отломков и сохранение функции суставов. В связи с этим в НИИ травматологии и ортопедии отделение детской травматологии разработана и внедрена методика стабильно-функционального остеосинтеза аппаратом Илизарова переломов головки мышцелка плечевой кости, отвечающая вышеуказанным требованиям.

Материал и методы. Разработанная методика применена у 35 детей с переломами головки мышцелка плечевой кости в возрасте от 3 до 14 лет, находившихся на обследовании и лечении в отделении детской травматологии НИИТО МЗ РУз. Суть разработанной методики состоит в следующем. Под наркозом по задней поверхности нижней трети плеча по наружному краю сухожилия трехглавой мышцы с переходом на верхнюю треть предплечья проводится разрез длиной 6-7 см. Выделяется место перелома головки мышцелка плечевой кости, освежаются поверхности излома на отломках, и далее головку мышцелка сопоставляют и проводят 3 спицы с упорной площадкой. Первая спица проводится снаружи кнутри во фронтальной плоскости через ядро окостенения головки мышцелка вне зоны роста; вторая спица проводится через головку мышцелка плечевой кости в сагиттальной плоскости снаружи кнутри и кверху под углом 45° к сагиттальной оси плечевой кости; третья спица

проводится во фронтальной плоскости над внутренним мыщелком плечевой кости снаружи до упора площадкой в костную ткань. Далее все спицы укрепляют на двух полукольцах аппарата Илизарова в натянутом состоянии на спицедержателях и, визуальнo убедившись в фиксации отломков, создают дозированную компрессию по плоскости перелома.

Результаты и обсуждение. После наложения устройства больные переводятся в палату для дальнейшего наблюдения и лечения. Сроки фиксации аппаратом зависят от характера перелома, возраста пострадавшего и тяжести повреждения. Разработанный стабильно-функциональный метод остеосинтеза позволяет с первых дней после операции проводить активные движения в локтевом суставе и, тем самым, создавать оптимальные условия для сращения при сохранении функции поврежденного сустава.

Отдаленные результаты: изучены у 17 больных в сроки от 6 месяцев до 2 лет после травмы. Хороший исход (полный объем движений в суставах, отсутствие деформации) отмечен у 15 больных. Удовлетворительный (полный объем движений, в ряде случаев жалобы на боли в суставе при перемене погоды) – у 2 больных.

Выводы. Таким образом, применения стабильно-функционального остеосинтеза аппаратом Илизарова у больных с переломами головки мыщелка плечевой кости, позволяет рекомендовать его как перспективный метод, позволяющий стабильную фиксацию и раннее начало движений в локтевом суставе.

ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ЭЛАСТОГРАФИИ ДИАГНОСТИКЕ ОБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ёкубова М.А., Мамадалиева Я.М.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г.Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Неуклонный рост как доброкачественных, так и злокачественных заболеваний молочных желез (МЖ) определяет актуальность поиска наиболее эффективных схем скрининга, диагностики, лечения и профилактики этой патологии. Несмотря на большой интерес к данной проблеме со стороны врачей различных специальностей и многочисленные исследования, диагностика опухолевых и предопухолевых поражений МЖ до конца не ясны.

Цель исследования. Улучшение ранней диагностики образований молочных желез с помощью современного метода ультразвуковой эластографии (ЭГ).

Материалы и методы исследования. В основу настоящей работы положен анализ результатов комплексного ультразвукового исследования 127 наблюдений у 120 пациентов с заболеваниями МЖ в возрасте от 18 до 92 лет (средний возраст $45,5 \pm 7,51$). Оценка эластичности выявленных изменений были

выполнены на современном ультразвуковом аппарате «HitachiHiVision 6500»(HITACHI, Япония), работающих в режиме «реального времени», с использованием мультисекторных линейных датчиков L 74M, с частотой 5-13MHz, оснащенных программным обеспечением для соноэластографии.

Результаты исследования. Результаты ЭГ у больных раком МЖ отличались от результатов у пациентов с доброкачественными образованиями за счет более высокой плотности узлов и инфильтрации окружающих тканей. При злокачественных образованиях в 78,6% определялся четвертый и пятый тип эластограммы. В то время как, при доброкачественных заболеваниях в 94,5% определялся первый, второй, третий, шестой и седьмой тип эластограммы. При анализе ЭГ в четвертом типе эластограммы образование имело отображение в виде гомогенного плотного узла, окружающие ткани сохраняли нормальные параметры эластичности. Данный тип достоверно чаще был характерен для солидных, отграниченных карцином. В ряде случаев дифференциальный диагноз доброкачественных опухолей и отграниченных карцином затруднен. Выявление пятого типа картирования являлось достоверным признаком злокачественной опухоли.

Выводы. Таким образом, ЭГ позволяет оценить размер опухоли с высокой степенью достоверности и может использоваться при уточнении стадии опухолевого процесса.

МУНДАРИЖА

1. *Абдурахмонова С.М., Данияров Р.Г., Лысенко С.А.* **3**
ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИДА АКТ СОҶАСИДАГИ ИШЛАР
2. *Абдусаматова Б.Э., Камилов Ж.А.* **4**
ЗАКАЛИВАЮЩИЕ ПРОЦЕДУРЫ СРЕДИ УЧАЩИХСЯ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ
УРОВНЯ ИХ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ
3. *Абдусаматова Б.Э., Камилов Ж.А.* **5**
КРАТНОСТЬ ПРИЕМА УЧАЩИМИСЯ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК К
ПИЩЕ И ВИТАМИНОВ
4. *Адилов У.Х.* **6**
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ОЦЕНКЕ РИСКА
РЕПРОДУКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ
5. *Азимова Н.М., Абзалова Ш.Р., Рахимгазиев У.Г.* **7**
ПОРАЖЕНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С БРОНХО-ЛЕГОЧНОЙ
ПАТОЛОГИЕЙ
6. *Акрамова Х.А.* **8**
ХАРАКТЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА
И ГЕМОГРАММЫ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ НАРУШЕНИЙ АДАПТАЦИИ
МАЛОВЕСНЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ (экспериментальное исследование)
7. *Аминова Д.А., Садыкова Г.К.* **10**
ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭПИЛЕПТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У
ДЕТЕЙ
8. *Аминова Д.А., Садыкова Г.К.* **11**
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭПИЛЕПТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ I
ТИПА У ДЕТЕЙ
9. *Ахмадалиева Н.О.* **12**
ЁШЛАР ЎРТАСИДА СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИНИ ШАКЛЛАНТИРИШ
10. *Ахмадалиева Н.О., Комилова З.С.* **14**
ТИББИЁТ КОЛЛЕЖИ ЎҚУВЧИЛАРИ ЎРТАСИДА КАСБ ТАНЛАШ МОТИВАЦИЯСИ
11. *Ахмеджанова Н.И., Дильмурадова К.Р., Ахмеджанов И.А., Маматкулова Д.Х.* **15**
ПОКАЗАТЕЛИ ПАРЦИАЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ПОЧЕК ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ
ПИЕЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ НОВЫХ МЕТОДОВ
ЛЕЧЕНИЯ
12. *Ахмедова Д.Р.* **16**
ПРИЧИНА ЖЕЛЕЗОДЕФЕЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕВОЧЕК – ПОДРОСТКОВ
ПРОЖИВАЮЩИХ В КАРАУЛБАЗАРСКОМ РАЙОНЕ БУХАРСКОЙ ОБЛАСТИ
13. *Ахмедова Н.Р., Саиджалалова У.С.* **17**
СВЯЗЬ МИКРОЭЛЕМЕНТОЗОВ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПРИ
КАРДИОМИПАТИЯХ У ДЕТЕЙ
14. *Ахрарова Ф.М., Ахрарова Н.А.* **18**
ЗНАЧЕНИЕ ЦИНКА ДЛЯ ГЕМОПОЭЗА В ОРГАНИЗМЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА
15. *Ахрарова Ф.М., Муратходжаева А.В.* **19**
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ
У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА
16. *Ачилова Г.Т., Ташимов Т.Э.* **21**
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДИФФУЗНЫМ АКСОНАЛЬНЫМ
ПОВРЕЖДЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА
17. *Ачилова Г.Т., Шодиев Ж.Г.* **22**
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЛОКТЕВОГО НЕРВА
В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ОТДЕЛЕНИЯ РНЦНХ

| | | |
|-----|---|----|
| 18. | Башарова Л.М. ЧАСТОТА ПОТРЕБЛЕНИЯ ОСНОВНЫХ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ ДЕТЬМИ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ | 23 |
| 19. | Башарова Л.М., Камилев Ж.А. ДОМАШНЕЕ ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ОБЩЕГО ТИПА | 24 |
| 20. | Davletyarova N.I., Vuranova D.D. THE SPECIFICITIES OF TEACHING ENGLISH LANGUAGE FOR CHILDREN ON EARLY STAGES IN THE PRESENT YEAR “HEALTHY MOTHER- HEALTHY CHILD” | 25 |
| 21. | Данияров Р. Г., Абдурахмонова С.М., Лысенко С.А. ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ ПРОФЕССОРСКО-ПЕРЕПОДАВАТЕЛЬСКОГО СОСТАВА КАК СРЕДСТВО ВНУТРИВУЗОВСКОЙ СЕРТИФИКАЦИИ | 26 |
| 22. | Камилова Р.Т., Абдусаматова Б.Э. ЗНАНИЯ УЧАЩИХСЯ О ЗАЩИТЕ ОРГАНИЗМА ОТ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ И ВИЧ-ИНФЕКЦИИ | 27 |
| 23. | Камилова Р.Т., Башарова Л.М. ВКУСОВЫЕ ПРЕДПОЧТЕНИЯ, ЧАСТОТА УПОТРЕБЛЕНИЯ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НАПИТКОВ И ФАСТ-ФУДОВ ОРГАНИЗОВАННЫМИ ДЕТЬМИ | 28 |
| 24. | Мазинова Д.Э. ВНЕДРЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА НА МЕСТАХ В СВП | 29 |
| 25. | Мазинова Д.Э. СКОЛИОЗ – АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ШКОЛЬНИКОВ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ | 30 |
| 26. | Маматкулова Д.Х., Маматкулова Ф.Х. КЛИНИКО-ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СИНДРОМА УВЕЛИЧЕННОЙ ВИЛОЧКОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ | 31 |
| 27. | Маматкулова Д.Х., Тураева Н.О., Рустамова Г.Р. КЛИНИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ПРЕВЕНТИВНОГО ДЕЙСТВИЯ КЕТОТИФЕНА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ | 32 |
| 28. | Махкамова Г.Т. ЭТИОЛОГИЯ ОСТРЫХ ГНОЙНЫХ СРЕДНИХ ОТИТОВ У ДЕТЕЙ | 33 |
| 29. | Махкамова Г.Т., Махкамова Ш.Б. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПНЕВМОКОККОВЫХ ПНЕВМОНИЙ ДО ВНЕДРЕНИЯ ВАКЦИНЫ ПРОТИВ S.PNEUMONIAE В УЗБЕКИСТАНЕ | 34 |
| 30. | Мирзаахмедова К.Т., Шатурсунова М.А., Абдулатипов А.А. СУРУНКАЛИ ГЕПАТИТДА КОБАЛЬТНИНГ КООРДИНАЦИОН БИРИКМАЛАРИНИ ЎТ САФРОСИНИНГ КИМЎВИЙ ТАРКИБИГА ТАЪСИРИ | 35 |
| 31. | Мирзаахмедова К.Т., Бахриддинов М.Б., Муродхужаев С.Б. ТОКСИК ГЕПАТИТДА ЎТ ҲОСИЛ БЎЛИШ ЖАРАЁНЛАРИНИ БУЗИЛИШИ ВА УЛАРНИ ФИТИН БИРИКМАЛАРИ БИЛАН ДАВОЛАШ | 36 |
| 32. | Низамова С.А., Касымов И.А. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВИЧ – ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА В Г. ТАШКЕНТЕ И ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ | 37 |
| 33. | Омонова У.Т. СОМАТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МЫШЕЧНОЙ ДИСТРОФИИ ДЮШЕННА У ДЕТЕЙ | 38 |
| 34. | Омонова У.Т. КЛИНИЧЕСКАЯ И ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МИОДИСТРОФИИ ДЮШЕННА/БЕККЕРА В УЗБЕКИСТАНЕ | 39 |
| 35. | Расулова Х.А. | 40 |

| | | |
|-----|---|----|
| | <i>МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПОЧЕК ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ</i> | |
| 36. | Садриддинова М.Б., Бурибаева Б.И. <i>КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕЧЕНИЕ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ</i> | 41 |
| 37. | Саидходжаева С.Н. <i>ГОЛОВНЫЕ БОЛИ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ</i> | 42 |
| 38. | Тулеметов С.К. <i>ПОСТНАТАЛЬНОЕ СТАНОВЛЕНИЕ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ, ВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ И ЭНДОКРИННОЙ, СИСТЕМ ПОТОМСТВА В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ МАТЕРИНСКОГО ОРГАНИЗМА</i> | 43 |
| 39. | Турдыева Ш.Т. <i>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ШКОЛЬНИКОВ</i> | 44 |
| 40. | Тухтамуродов Ж.А., Соатов Э.Э. <i>ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ КРАНИФАРИНГИОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА</i> | 45 |
| 41. | Тухтамуродов Ж.А., Абдурахмонов Ж.Й. <i>ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИГАНТСКИХ ШВАННОМ МОСТОМОЗЖЕЧКОВОГО УГЛА ГОЛОВНОГО МОЗГА</i> | 46 |
| 42. | Убайдуллаева С.А., Мехманова С.А. <i>АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ</i> | 47 |
| 43. | Ульмасова С.И., Шомансурова Ш.Ш. <i>ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ У ДЕТЕЙ</i> | 49 |
| 44. | Умарова М.С., Эргашев Ш.Б. <i>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОКОРРЕКТОРА В ТЕРАПИИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ</i> | 50 |
| 45. | Усманханов О.А., Абдужалилова К.А. <i>ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛИПОМИЕЛОЦЕЛЕ</i> | 51 |
| 46. | Хайрулина А.Х., Алимов С.Г., Агзамова Т.А. <i>КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГРУППОВОЙ ВСПЫШКИ БОТУЛИЗМА</i> | 52 |
| 47. | Хаширбаева Д.М. <i>ВЛИЯНИЕ ЭКОЛОГИИ ВОЗДУШНОГО БАСЕЙНА ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ОБЪЕКТОВ НА САНИТАРНОЕ СОСТОЯНИЕ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА НАСЕЛЕННЫХ МЕСТ</i> | 53 |
| 48. | Хаширбаева Д.М. <i>ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ</i> | 54 |
| 49. | Хван О.И. <i>СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЧЕК ПРИ ТУПОЙ ТРАВМЕ У ЖИВЫХ ЛИЦ</i> | 55 |
| 50. | Холиярова Д.Д., Джалалова Н.А. <i>БОЛАЛАР ОРАСИДА БРУЦЕЛЛЁЗ КАСАЛЛИГИНИНГ ТАРҚАЛИШИНИ КЛИНИК-ЭПИДЕМИОЛОГИК ҲУСУСИЯТЛАРИ</i> | 56 |
| 51. | Шарипов Р.Х., Ахмедова М.М., Расулова Н.А. <i>МУЗЫКОТЕРАПИЯ ДЛЯ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ АСФИКСИИ</i> | 57 |
| 52. | Шарипов Р.Х., Расулов А.С., Ахмедова М.М., Ирбутаева Л.Т., Расулова Н.А. <i>ЧАСТО БОЛЕЮЩИЕ ДЕТИ – СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЭТУ ПРОБЛЕМУ</i> | 58 |

| | | |
|-----|--|----|
| 53. | <i>Эгамов О.Т., Атамухамедова Д.М.</i> <i>БОЛАЛАРДА ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ А КАСАЛЛИГИНИНГ ТАРҚАЛИШ</i> <i>ХУСУСИЯТЛАРИ</i> | 59 |
| 54. | <i>Эргашева Н.Н.</i> <i>КЛИНИКО - НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СКРЫТОГО СПИНАЛЬНОГО</i> <i>ДИЗРАФИЗМА У ДЕТЕЙ</i> | 60 |
| 55. | <i>Эргашев Ш.Б., Умарова М.С.</i> <i>ОЦЕНИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С</i> <i>ВРОЖДЁННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА ПРИ ЗАСТОЙНЫХ ПНЕВМОНИЯХ</i> | 62 |
| 56. | <i>Якубов Э.А., Киличев О.Ш., Эсанов Х.М.</i> <i>ЯТРОГЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В ХИРУРГИИ КИСТ ХОЛЕДОХА У ДЕТЕЙ</i> | 63 |
| 57. | <i>Abdusalatova S.B., Azimova N.M.</i> <i>RELATIONSHIP SLEEP DISORDERS AND CHRONICBRAIN ISCHEMIA.</i> | 64 |
| 58. | <i>Akhrorov M.M.</i> <i>AUDITORY NEUROPATHY CASE'S DIAGNOSIS ON SCREENING STAGES</i> | 65 |
| 59. | <i>Babaev A.O ., Aliev M.M.,Yuldashev R.Z., Uzbekov R.K.</i> <i>MANAGEMENT OF CHOLEDOCAL CYST IN NEWBORNS AND ELDER CHILDREN</i> | 66 |
| 60. | <i>Ju Seunghwan, Ismailov S.I.</i> <i>THE MEAN RANGE OF BLOOD GLUCOSE LEVEL IN PATIENTS WITH DIABETIC</i> <i>NEPHROPATHY BEFORE, DURING AND AFTER HEMODIALYSIS</i> | 67 |
| 61. | <i>Ju Seunghwan, Ismailov S.I.</i> <i>BLOOD GLUCOSE LEVEL OF PATIENTS WITH DIABETIC NEPHROPATHY 4-5</i> <i>DEGREEIN COMPARISON WITH DURATION OF HEMODIALYSIS</i> | 68 |
| 62. | <i>Kozimjonova I.F., Agranovskiy M.L., Usmanova M.B.</i> <i>CHILDREN AND WOMEN ALCOHOLISM</i> | 68 |
| 63. | <i>Kozimjonova I.F., Agranovskiy M.L., Usmanova M.B.</i> <i>FAMILY ALCOHOLISM AND SUICIDE</i> | 69 |
| 64. | <i>Khadjjeva Z.U., Akhmedova N.R., Yakubova K.N.</i> <i>SOME CLINICAL AND INSTRUMENTAL INDICATORS OF CARDIOMYOPATHY IN</i> <i>CHILDREN</i> | 70 |
| 65. | <i>Malikova F.H., Tadjiev B.M.</i> <i>FEATURES OF SALMONELLA INFECTION IN INFANTS.</i> | 71 |
| 66. | <i>Muminov D.K., Egamberdieva D.A.</i> <i>THE STATUS OF CELLULAR IMMUNITY AND THE CYTOKINE PROFILE IN</i> <i>PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE</i> | 72 |
| 67. | <i>Musaeva B. B., Umarnazarova Z.E.</i> <i>ROLE OF THE ANEMIA AT CHILDREN WITH JUVENILE RHEMATOID ARTHRITIS</i> | 73 |
| 68. | <i>Nazarova Z.Sh., Djumabaev X.T.</i> <i>ADVANTAGES OF ULTRASONIC ELASTOGRAPHY OF BREAST CANCER</i> | 74 |
| 69. | <i>Navruzova S.A., Abdullaeva U.U.</i> <i>NECESSITY OF EARLY DETECTABILITY OF THE HIV INFECTION AT NEWBORNS</i> | 75 |
| 70. | <i>Ortiqboev J.O., Usta-Azizova D.A.</i> <i>THE CURATOR ITS ROLE IN THE LIFE OF A STUDENT</i> | 76 |
| 71. | <i>Sultanov T.I.</i> <i>APPLICATION OF BIODEGRADABLE STENT POST-BURN ESOPHAGEAL STENOSES</i> <i>CHILDREN</i> | 77 |
| 72. | <i>Tuychiev S.R., Yakubov H.H.</i> <i>FORENSIC ASPECTS OF ACUTE POISONING WITH ACETIC ACID</i> | 78 |
| 73. | <i>Vakhidova N.T., Yusupalieva G.A.</i> <i>MRI OF THE LUNG IN CHILDREN</i> | 79 |
| 74. | <i>Yakubbekova S.S., Mamarasulova D.Z.</i> <i>EPIDEMIOLOGIC CONDITIONS OF OVARIAN CANCER IN ANDIZHAN REGION</i> | 80 |

| | | |
|-----|---|-----|
| 75. | <i>Yakubbekova S.S., Mamarasulova D.Z.</i> AGE CHARACTERISTICS OF OVARIAN CANCER IN ANDIZHAN REGOIN | 81 |
| 76. | <i>Yunusova D.H., Asrankulova D.B., Ahmedova N.M.</i> EVALUATION OF THE EFFECT OF COMPLEX TREATMENT OF IRON DEFICIENCY ANEMIA IN PREGNANT WOMEN WITH HYPOTHYROIDISM. | 82 |
| 77. | <i>Абасов Ё.Т., Золотова Н.Н.</i> ЛЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДОВ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ У ДЕТЕЙ | 83 |
| 78. | <i>Абдукадиров Д.А., Даминова К.М., Сабиров М.А.</i> НЕФРОПАТИЯ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ | 84 |
| 79. | <i>Абдукодирова Н.М., Маманазарова Д.К.</i> ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ | 85 |
| 80. | <i>Абдуллаев Д.Е., Бабаханов Б.Х.</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НАЗАЛЬНОЙ ЛИКВОРЕИ | 86 |
| 81. | <i>Абдуллаева Б.С., Сафаров З.Ф., Шоикромов Ш.Ш.</i> КРИТИК ҲОЛАТДА ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАРНИ ТАШХИСЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ | 87 |
| 82. | <i>Абдуллаева Д.Н., Гулямова М.А.</i> ФАКТОРЫ РИСКА, ПРИВОДЯЮЩИЕ К ОПЕРОТИВНОМУ РОДОРАЗРЕШЕНИЮ, ПУТЁМ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ | 88 |
| 83. | <i>Абдумажидов Р.А., Турсунов Б.С., Кодиров Р.С.</i> ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПЕРЕЛОМАМИ ДИСТАЛЬНОГО КОНЦА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ | 89 |
| 84. | <i>Абдурахманова Б.Р., Гулямова М.А.</i> ПОКАЗАТЕЛИ СМАД И ПУЛЬСА У НОВОРОЖДЕННЫХ С ППЦНС УЧЕТОМ ПЕРИОДА СНА И БОДРСТВОВАНИЯ | 90 |
| 85. | <i>Абдурахманова Б. Р., Гулямова М.А.</i> СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ППЦНС В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА | 91 |
| 86. | <i>Абдурахманова Д.Ф., Ходжиметов Х.А.</i> СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ПРИ ДИФФУЗНОМ ЗОБЕ | 93 |
| 87. | <i>Абдурахманова Д.Ф., Маннанова С.М.</i> ОСОБЕННОСТИ ЭКГ ИЗМЕНЕНИЙ У ДЕТЕЙ ПРИ ДИФФУЗНОМ ЗОБЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ | 94 |
| 88. | <i>Абдурашидов В.Ш., Шукуров Б.И., Хамзаев К.А.</i> ИЗМЕНЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ПАРАМЕТРОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ОЖОГОВЫМ ШОКОМ | 95 |
| 89. | <i>Абдусамихов О.А., Шарипов Ш.А., Умаров Т.У.</i> ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРАСНОЙ КРОВИ ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ С | 96 |
| 90. | <i>Абидова Ш.А., Хаитов К.Н.</i> ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ НА ТЕЧЕНИЕ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ МЕТОДОМ «НЖ» | 97 |
| 91. | <i>Абсаломова Ф.А., Турдыева Ш.Т.</i> ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ТОРСН ИНФИЦИРОВАНИЯ У МАТЕРЕЙ НОВОРОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА | 98 |
| 92. | <i>Абдувахитова А.Н., Сабиржанова З.Т.</i> ОЦЕНКА ТРЕВОЖНО- ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА | 100 |
| 93. | <i>Авазов Р.А., Эргашев Б.С., Хамраев А.Ж.</i> | 101 |

| | | |
|------|---|-----|
| | <i>ОШИБКИ И ПРИЧИНЫ ПРИВОДЯЩИХ К НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО ЖОМА У ДЕТЕЙ</i> | |
| 94. | <i>Азизов Б.Б., Умарходжаев Ф.Р. ПРИЗНАКИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ СКОЛИОЗА</i> | 102 |
| 95. | <i>Азизова М.С., Махкамова Ф.Т. МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЧЛО ДЕТЕЙ С МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ В ПОДРОСТКОВОМ ПЕРИОДЕ</i> | 103 |
| 96. | <i>Азизова М.С., Гулямов С.С., Каримов Д.М., Махкамова ПСИХОСОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС У РАСТУЩИХ ДЕТЕЙ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ</i> | 105 |
| 97. | <i>Акилова Н.Ш., Фазылов А.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ДОППЛЕРОГРАФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ГЛАУКОМЕ У ДЕТЕЙ</i> | 106 |
| 98. | <i>Алимов А.А., Усманов Р.Р. ВОЗМОЖНОСТИ МЕТОДОВ ИМПЕДАНСНОЙ КАРДИОГРАФИИ ПРИ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ</i> | 107 |
| 99. | <i>Алимова Д.А., Ахмедова Ш.У. ПОКАЗАТЕЛИ ЙОДУРИИ У ДЕТЕЙ В ЙОДДЕФИЦИТНОМ РЕГИОНЕ</i> | 108 |
| 100. | <i>Алимова К.Б., Урманова Ю.М. НЕЙРО-ВИЗУАЛИЗАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХИАЗМАЛЬНО-СЕЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ ГИПОФИЗА У БОЛЬНЫХ С НЕЙРОЭНДОКРИННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ</i> | 109 |
| 101. | <i>Аллабергенаева М.Р., Джалилов А.А. ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ИНФЕКЦИИ И ОСТРЫЙ СИНУСИТ У ДЕТЕЙ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ</i> | 110 |
| 102. | <i>Алланазаров Ф.Ш., Бобохонов Г. К. СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ ЎРТА ОТИТНИНГ ЁШГА БОҒЛИК ҲОЛДА КЕЧИШИ</i> | 112 |
| 103. | <i>Аллабергенаева М.Р., Джалилов А.А. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА БАКТЕРИАЛЬНОГО И ВИРУСНОГО СИНУСИТА У ДЕТЕЙ</i> | 113 |
| 104. | <i>Ахмедов Л.Э., Рашидов Ф.А. СКАРЛАТИНА ИНФЕКЦИЯСИНИНГ ЗАМОНАВИЙ ШАРОИТЛАРДА ТУРЛИ КЛИНИК КЕЧИШ ШАКЛАРИ ВА АСОРАТЛАРИНИНГ КЛИНИК БЕЛГИЛАРИ</i> | 114 |
| 105. | <i>Ахмедова Н.Ш., Хамраева Л.С. ГИДРОДИНАМИКА ГЛАЗА У ДЕТЕЙ ПОД ДЕЙСТВИЕМ ТОТАЛЬНОЙ ВНУТРИВЕННОЙ АНЕСТЕЗИИ КЕТАМИНОМ.</i> | 115 |
| 106. | <i>Ахмедова М.А., Тахирова Р.Н. МАКТАБ ЎҚУВЧИЛАРИНИНГ ЖИСМОНИЙ РИВОЖЛАНИШ КЎРСАТКИЧЛАРИ БИЛАН ЮРАК ҚОН-ТОМИР ВА НАФАС ТИЗИМИ ФУНКЦИОНАЛ КЎРСАТКИЧЛАРИНИНГ ЎЗАРО БОҒЛАНИШИ</i> | 116 |
| 107. | <i>Ачилова О.Д., Рустамов М.Р., Махмудова Ф.В., Джаббарова М.Р. ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОРИ У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ СФ РНЦЭМП</i> | 117 |
| 108. | <i>Ачилова О.Д., Исламова Д.С., Хакимов Б.А., Хасанов Э.А. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ В ЗИМНИЙ ПЕРИОД ГОДА У ДЕТЕЙ ОТ 2Х МЕСЯЦЕВ ДО 5 ЛЕТ</i> | 118 |
| 109. | <i>Ахмедова М.А., Тахирова Р.Н. ДИНАМИКА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА</i> | 119 |
| 110. | <i>Бакаева Ю.Р., Джалилова Г.А.</i> | 121 |

| | | |
|------|--|-----|
| | <i>ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН И ДЕТЕЙ</i> | |
| 111. | Барнокулов У.Х., Теребаев Б.А. <i>ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАННИХ ОСЛОЖНЕНИЙ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ</i> | 122 |
| 112. | Бекназаров С.Х. <i>ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ТОШНОТЫ И РВОТЫ ПРИ АНЕСТЕЗИИ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ</i> | 123 |
| 113. | Бойжигитова Д.А., Бобоев А.А., Язданов А.Я., Турсункулова З.А. <i>СОСТОЯНИЕ ПРОЦЕССОВ ВСАСЫВАНИЯ УГЛЕВОДОВ У ДЕТЕЙ С ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ</i> | 124 |
| 114. | Боситхонова Д.Э., Кадырова Г.Г., Эгамбердиева Д.А., Рузметова И.А. <i>ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ И ПРОГНОЗ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА</i> | 125 |
| 115. | Валиходжеева Э.Б., Артыкова С.Г., Эгамбердиева Д.А. <i>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХОНДРОИТИНА СУЛЬФАТА И ЕГО СОЧЕТАНИЯ ПРЕПАРАТАМИ КАЛЬЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ</i> | 126 |
| 116. | Вахидова Н.Т., Юсупалиева Г.А. <i>МРТ ДИАГНОСТИКА ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ</i> | 127 |
| 117. | Геллер С.И., Худоярова З.С. <i>СОСТОЯНИЕ ПРОНИЦАЕМОСТИ КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ЭНТЕРОПАТИЕЙ</i> | 128 |
| 118. | Грунина О.С., Хуснидинова Х.Х. <i>ПОДБОР ДОЗЫ АНТИБИОТИКА ДЕТЯМ С БУЛЛЁЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ</i> | 130 |
| 119. | Давронов С.Х., Ходжанов И.Ю. <i>ЛЕЧЕНИЕ ДЕФОРМАЦИЕЙ МАДЕЛУНГА У ДЕТЕЙ</i> | 131 |
| 120. | Джумашев И.А., Ибрагимова Р.А. <i>РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ СИНУСИТОВ</i> | 132 |
| 121. | Джурраев Н.А., Сайдахмедова К.А., Бабаджанова Л.Д. <i>ТЕХНИКА ТОННЕЛЬНОЙ ЭКСТРАКЦИИ КАТАРАКТЫ СПЛОТНЫМИ ЯДРАМИ</i> | 133 |
| 122. | Ерназарова Б.Ж., Ходжиметова Ш.Х., Гулямова М.А. <i>АДАПТАЦИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ, ИЗВЛЕЧЕННЫХ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ С РУБЦОМ НА МАТКЕ</i> | 134 |
| 123. | Жураев Б.У., Ходжанов И.Ю. <i>ПЕРЕЛОМЫ ГОЛОВЧАТОГО ВОЗВЫШЕНИЯ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ У ДЕТЕЙ</i> | 135 |
| 124. | Жураев Б.У., Ходжанов И.Ю. <i>ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ</i> | 136 |
| 125. | Закирходжаева З.С., Махкамова Ф.Т. <i>БИОХИМИЧЕСКИЙ СОСТАВ СЛЮНЫ ПРИ КАРИЕСЕ КОНТАКТНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ</i> | 138 |
| 126. | Заргарова Н.Р., Рузметова И.А., Эгамбердиева Д.А., Атаходжаева Г.А. <i>ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ БОЛИ У БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА В СОЧЕТАНИИ С ДИСФУНКЦИЕЙ БИЛИАРНОГО ТРАКТА</i> | 139 |
| 127. | Зиядуллаев Ж.К., Хакимов Б.Б., Ёдгорова С.И., Тураев Б.А. <i>ПЕРФУЗИОННОЕ НАРУШЕНИЕ И ИХ КОРРЕКЦИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ</i> | 139 |
| 128. | Зиядуллаев Ж.К., Матюшенко Ю.А., Павлов Б.П., Касимов У.А. | 141 |

| | | |
|------|---|-----|
| | <i>РЕСПИРАТОРНАЯ ТЕРАПИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ С МАЛОЙ МАССОЙ ТЕЛА</i> | |
| 129. | <i>Зияева М.М., Абдуллаева У.У. ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ И ОСТРЫЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ А: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО – ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ</i> | 142 |
| 130. | <i>Ибодуллаева Ш.Ю., Абдуллаева М.Н. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА</i> | 143 |
| 131. | <i>Ибрагимов А.В., Рахматуллаев А.А., Усмонов О.М. ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ</i> | 145 |
| 132. | <i>Ибрагимова С.Н., Ахмедов Б.Р. МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ АНГИОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ С ЯДРОМ МАЛОГО РАЗМЕРА</i> | 146 |
| 133. | <i>Ибрагимов Ф.Ю., Махкамова Ф.Т., Якубова Ф.Х. РОЛЬ ПРЕПАРАТА ЭЛЮДРИЛ В ПРОФИЛАКТИКЕ И КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОПР ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ</i> | 147 |
| 134. | <i>Ибрагимов Ф.Ю., Гулямов С.С., Махкамова Ф.Т. СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ</i> | 148 |
| 135. | <i>Иброхимов А.А., Гулямов С.С., Махкамова Ф.Т. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА У ДЕТЕЙ</i> | 149 |
| 136. | <i>Икрамова Г.А., Умарова З.Ф., Хамдамова Ш.Ж. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ПОДАГРЕ</i> | 150 |
| 137. | <i>Икрамова Ф.А., Даминов Б.Т., Эгамбердиева Д.А., Рузметова И.А. ХАРАКТЕРИСТИКА КАРДИОРЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК ДИАБЕТИЧЕСКОЙ И НЕДИАБЕТИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ</i> | 151 |
| 138. | <i>Инагамова Д.Т., Исмаилов С.И., Рахимова Г.Н. ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ПОЛОВОЕ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ</i> | 152 |
| 139. | <i>Инагамова Д.Т., Исмаилов С.И., Рахимова Г.Н. ВЕДЕНИЕ БОЛЬНОГО С ИСТИННЫМИ ФОРМАМИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ</i> | 153 |
| 140. | <i>Инояттов А.Т. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ ПЛЕВРИТЕ</i> | 155 |
| 141. | <i>Исабоева Д.Х., Ахмедова И.М. ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗАПОРОВ У ДЕТЕЙ</i> | 156 |
| 142. | <i>Исмадиярова З.Д., Мирджураев Э.М., Абдумавлянова Н.А. ВЛИЯНИЕ ГИРУДОТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ТРАНЗИТОРНЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ АТАКАМИ</i> | 157 |
| 143. | <i>Исмадияров Б.У., Эргашев Б.Б., Эшкабилов Ш.Д. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ</i> | 159 |
| 144. | <i>Исмаилов И.И., Даминова М.Н., Абдуллаева О.И. ГЕМАТОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА КРОВИ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 1 НА ФОНЕ НАРУШЕНИЙ МИКРОБИОЦИНОЗА КИШЕЧНИКА</i> | 160 |
| 145. | <i>Исмоилов И.И., Рахимова В.Ш. РОТОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ</i> | 161 |
| 146. | <i>Исмаилов Р.А., Юсупов А.С. ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С, С</i> | 162 |

| | | |
|------|--|-----|
| | <i>УЧЕТОМ ВИДА ТЕРАПИИ</i> | |
| 147. | <i>Исроилова Н.Р., Хасанова М.И.</i> <i>СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КАЧЕСТВО СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ РОДИЛЬНОМ КОМПЛЕКСЕ</i> | 163 |
| 148. | <i>Исроилова Ш.А., Дильмурадова К.Р.</i> <i>ВЛИЯНИЕ ТАЗОВОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЁННОГО</i> | 164 |
| 149. | <i>Кадырова З.С., Ахмедова Ш.У.</i> <i>СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ</i> | 166 |
| 150. | <i>Кадирова М.А., Бабаджанова Л.Д.</i> <i>ДИАГНОСТИКА БЛЕФАРОПТОЗА</i> | 167 |
| 151. | <i>Каландарова Ю.Б., Шарипова Ф.К.</i> <i>РОЛЬ ПРЕМОРБИДНОГО ФОНА В ДИНАМИКЕ ФОРМИРОВАНИЯ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОЙ ДЕМЕНЦИИ</i> | 168 |
| 152. | <i>Камбарова Д.Н., Назарова З.А., Мамарасулова Д.З., Рашидова Ш.У.</i> <i>УЛЬТРАЗВУКОВАЯ И РЕНТГЕНОВСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПСЕВДООПУХОЛЕЙ ПОЧЕК</i> | 169 |
| 153. | <i>Камилова У.Т., Даминова М.Н.</i> <i>МИКРОБИОЦЕНОЗ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА И ЕГО КОРРЕКЦИЯ</i> | 170 |
| 154. | <i>Каримова З.Н., Мамадалиева Я.С.</i> <i>КОМПЛЕКСНАЯ ЭХОГРАФИЯ СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ МАТЬ –ПЛАЦЕНТА – ПЛОД У БЕРЕМЕННЫХ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА</i> | 171 |
| 155. | <i>Каримов А.М., Асадов Н.З.</i> <i>СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТА РОЗУВАСТАТИНА И АТОРВАСТАТИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХСН ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА</i> | 172 |
| 156. | <i>Каримов Б.К., Даминова М.Н., Даминова К.М.</i> <i>АНТИГЕНЫ НЛА У ДЕТЕЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АВТОНОМНОЙ НЕЙРОПАТИЕЙ</i> | 173 |
| 157. | <i>Кожалепесова Ф.А., Қодиров К.У., Муродов Н.Х.</i> <i>СУД ТИББИЁТИ АМАЛИЁТИДА АЛКОГОЛ СУРРОГАТЛАРИ БИЛАН ЗАХАРЛАНИШЛАРИНИНГ РЕТРОСПЕКТИВ ТАХЛИЛИ</i> | 175 |
| 158. | <i>Косимов Д.А., Косимов А.К., Мамарасулова Д.З., Рашидова Ш.У.</i> <i>РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ</i> | 176 |
| 159. | <i>Куралов Э.Т., Абдусалиева Т.М.</i> <i>АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГЛАУКОМЫ У ДЕТЕЙ</i> | 177 |
| 160. | <i>Курбанов А.Т., Қўзиев О.Ж., Мавлонов У.О.</i> <i>ШАХСИ НОМАЪЛУМ МУРДАЛАРНИ ИДЕНТИФИКАЦИЯСИДА ДЕРМАТОГЛИФИКАНИНГ СУД ТИББИЙ АХАМИЯТИ</i> | 178 |
| 161. | <i>Кутумов Х.Ю., Рашидов З.Р.</i> <i>ИНФОРМАТИВНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ АНГИОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ КРОВОТОКА ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ ПОРАЖЕНИИ ПОЧЕК</i> | 179 |
| 162. | <i>Мавлонов У.О., Курбанов А.Т., Қўзиев О.Ж.</i> <i>БОШ МИЯ ЖАРОХАТЛАРИДА ОФИР ТАН ЖАРОХАТЛАРИНИ СУД ТИББИЙ БАХОЛАШ</i> | 180 |
| 163. | <i>Мадаминова Н.С., Махкамова Ф.Т., Пулатов О.А.</i> <i>МНЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ О КАЧЕСТВЕ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ</i> | 182 |
| 164. | <i>Мавлянова Н.Т., Агзамова Н.В.</i> | 183 |

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ СТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО БРОНХИТА

165. **Мадаминава Н.С., Махкамова Ф.Т., Пулатов О.А.** 184
ВНЕДРЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ
166. **Мажидова М.А., Назарова Н.М., Мамарасулова Д.З., Жалилов О.А.** 185
БУЙРАК КИСТОЗ РАКИНИ МАГНИТ РЕЗОНАНСЛИ ТОМОГРАФИЯ ТЕКШИРУВИ ЁРДАМИДА ТАШХИС ҚЎЙИШ
167. **Мамажонов Р.Б., Эргашев Б.Б., Усонов О.М.** 186
АНТЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННОЙ ЧАСТИЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ
168. **Эргашев Б.Б., Мамажонов Р.Б., Аллаберганов И.К.** 187
ВЫБОР СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ ЧАСТИЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ
169. **Маматкурбонов Ш.Б.** 188
БОЛАЛАРДА СИСТЕМАЛИ ҚИЗИЛ ЮГУРИК ВА ЮВЕНИЛ РЕВМАТОИД АРТРИТ КАСАЛЛИКЛАРИДА МАРКАЗИЙ ВА ПЕРИФЕРИК НЕРВ СИСТЕМАСИНИ ЗАРАРЛАНИШИ
170. **Маматов А.А., Давидходжаева А.А.** 189
ВОЗМОЖНОСТИ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ ПОЧЕЧНЫХ СОСУДОВ
171. **Маматова Д.М., Расулова Н.Ф.** 190
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЭТИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЁР
172. **Маматова Д.М., Расулова Н.Ф.** 191
ОПРЕДЕЛЕНИЕ НАЛИЧИЯ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ МЕДСЕСТЁР
173. **Махкамова О.Д., Юсупалиева Г.А.** 193
УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ АБСЦЕССА ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ
174. **Махмудов Д.А., Даминова М.Н., Алиева Г.Р.** 194
КОРРЕКЦИЯ ЭНТЕРОЛОМ НАРУШЕНИЙ МИКРОБИОЦИНОЗА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА
175. **Махмудова Н.А., Абдуллаева У.У.** 195
ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА РАСПРОСТРАНЕНИЕ ВОЗДУШНО-КАПЕЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ В г.ТАШКЕНТЕ
176. **Машарибова Н.И., Тахирова Р.Н.** 196
ВЛИЯНИЕ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА
177. **Машарибова Н.И., Тахирова Р.Н.** 197
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПЕРВОКЛАССНИКОВ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2013-2015гг.
178. **Мехманова Н.Б., Сабирджанова З.Т.** 198
СУТОЧНЫЙ МОНИТОРИНГ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С КАРДИОРЕНАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ
179. **Миноварова Ч.А., Сабиржанова З.Т.** 200
ОСОБЕННОСТИ ПАРАМЕТРОВ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА
180. **Миралиева Н.А., Рихсиева Г.М.** 201
ЛЕЧЕНИЕ ДИАРЕЙ, ВЫЗВАННЫХ УПФ ПРЕПАРАТОМ БИФИЛАК НЕО У ДЕТЕЙ

- РАННЕГО ВОЗРАСТА*
181. *Миралиева Н.А., Алиева Г.Р.* **202**
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ С ЭКСИКОЗОМ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА
182. *Мирзаева У.З., Исмаилов С.И.* **203**
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН С ДИФФУЗНЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ НА ФОНЕ РАДИОЙОД ТЕРАПИИ
183. *Мўйдинова Н.А., Назарова Н.М., Султонкулова М.К., Мамарасулова Д.З.* **205**
СУТ БЕЗИ РАКИ МУАММОСИ ВА УНДА ТАШХИС ҚЎЙИШ МАСАЛАЛАРИ
184. *Мулладжанова С.Р., Сабилов А.А., Мамарасулова Д.З., Рашидова Ш.У.* **206**
РОЛЬ ЦИФРОВОЙ МАММОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
185. *Муминова С.У., Исмаилов С.И.* **207**
РОЛЬ ОПРОСНИКА В ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА
186. *Муминов Д.К., Эгамбердиева Д.А.* **208**
ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ
187. *Муродова М.Д., Каримова Н.А.* **209**
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕФРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПЕРВОГО ТИПА
188. *Муродов Н.Х., Икрамов А.У., Мавлонов У.О.* **210**
АВТОМОБИЛ САЛОН ИЧИ ЖАРОХАТЛАРИДА ЖАРОХАТЛАНИШЛАРНИНГ СУД ТИББИЙ АХАМИЯТИ
189. *Мусаева Б. Б., Умарназарова З.Э.* **212**
КЛИНИКО-ФЕРРОКИНЕТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ
190. *Муталова Н.Р., Нурматова Н.С., Умарназарова З.Е.* **213**
КЛИНИКО-ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ
191. *Мухамедов Д.У., Жураева З.Ё., Шоазизов Н.Н.* **215**
ПОКАЗАТЕЛИ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ СТРАДАЮЩИХ РИНОСИНСУСИТАМИ
192. *Мухиддинов Б.М., Давидходжаева А.А.* **216**
ВОЗМОЖНОСТИ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ
193. *Мухиддинова Д.З., Баженова Т.Ф.* **217**
КОМПЛЕКСНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА КАРДИОМИОПАТИЙ У ДЕТЕЙ
194. *Мухримова Ш.З., Хасанов С.А.* **219**
ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА
195. *Мухримова Ш.З., Аманов Ш.Э.* **220**
ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА
196. *Назарова З.Ш., Соипова Г.Г., Мирзаабдуллахожиева О.У., Турсунов А.У., Джумабоев Т.З.* **221**
КЛИНИКО-ЭХОГРАФИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ГЕПАТО-ИНТЕСТИНАЛ-ТИРЕОИДНОГО СИНДРОМА У ПОДРОСТКОВ - БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В
197. *Нарзикулов У.К., Рузикулов У.Ш., Самадов У.М., Дустназаров Д.У.* **222**
БАРМОҚ ЖАРОХАТЛАРИДА ДЕСМУРГИЯНИ ЎРНИ

198. *Назарова З.Ш., Мирзаабдуллахожиева О.У., Соипова Г.Г., Турсунов А.У., Джумабаев Т.З.* 223
 КЛИНИКО-ЭХОГРАФИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ СИНДРОМА СПЛЕНОМЕГАЛИИ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ПОДРОСТКОВ
199. *Назарова З.Ш., Жумабаев Х.Т., Рашидова Ш.У.* 224
 ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛАСТОГРАФИИ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОПУХОЛЕЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ
200. *Назарова Н.М., Муйдинова Н.А., Жураева М.Й., Султанкулова М.К., Мамарасулова Д.З.* 226
 ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНО ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ
201. *Назарова Н.С.* 227
 ВТОРИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ И ОСТЕОПЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ (СД) 1 И 2 ТИПОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК
202. *Нафасова Н.Н., Исмаилова М.А.* 228
 ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ КРИТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ В РАННИЙ НЕОНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД
203. *Нафасова Н.Н., Махкамова Г.Г.* 230
 ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КОНТРАЦЕПТИВОВ НА ИЗМЕНЕНИЯ АНРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И АЛИМЕНТАРНЫМ ОЖИРЕНИЕМ
204. *Неъматова Ж.А., Неъматов А.А., Аблязов А.А., Мамарасулова Д.З., Рашидова Ш.У.* 231
 РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ИССЛЕДОВАНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
205. *Ни Г.В., Золотова Н.Н.* 232
 СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПРОДОЛЬНОГО ПЛОСКОСТОПИЯ У ДЕТЕЙ
206. *Нозай Е.Э., Умарова Р.Х.* 233
 3 СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ ПЛОСКОСТОПИЯ У ДЕТЕЙ
 5 ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА
207. *Норматова К.Ю., Абдуллаева В.К.* 234
 ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ДЕТСКОГО АУТИЗМА
208. *Насирова Н.М., Журавлев С.А.* 235
 РОЛЬ КОМПЛЕКСНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
209. *Нуралиева М.З., Таджиев Б.М.* 237
 ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ
210. *Нурматова Н.С., Муталова Н.Р., Умарназарова З.Е.* 238
 НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ
211. *Олимхонова К.Н., Рузметова И.А., Эгамбердиева Д.А.* 239
 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МИКРОБНОГО БИОЦЕНОЗА ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С БИЛИАРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
212. *Ортикбоев Ж.О., Хакимов Д.П., Юнусова Р.Т.* 240
 ПРОКАЛЬЦИТОНИН: НОВЫЙ ЛАБОРАТОРНЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР

| | | |
|------|--|-----|
| | <i>СЕПСИСА</i> | |
| 213. | Отақулов С.И., Тўйчиев С.Р., Носиров Т.К. <i>ОПИЙ МОДДАСИДАН ЗАХАРЛАНИШЛАРДА ИЧКИ АЪЗОЛАРДАГИ ЎЗГАРИШЛАР ВА УЛАРНИНГ СУД ТИББИЙ АХАМИЯТИ</i> | 242 |
| 214. | Перфилова В.В. <i>КЛИНИКО–ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОТДАЛЕННЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИПОКСИИ НА СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ У ДЕТЕЙ</i> | 243 |
| 215. | Пулатова Р.Н., Юнусова Р.Т. <i>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СИЛДЕНАФИЛА И БОЗЕНТАНА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА ОСЛОЖНЕННЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ ПОЗДНЕМ НАЗНАЧЕНИИ</i> | 244 |
| 216. | Пулатова Ш.М., Исмаилова М.А. <i>СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ У БЛИЗНЕЦОВ</i> | 246 |
| 217. | Разаков С.А., Ташпулатова Ф.К. <i>РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТАБАКОКУРЕНИЯ СРЕДИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ</i> | 247 |
| 218. | Расулов А.А., Абдусалиева Т.М. <i>ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА</i> | 248 |
| 219. | Расулова М.М., Юнусова С.Э. <i>ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У ДЕТЕЙ, ОТ МАТЕРЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ</i> | 249 |
| 220. | Расулов М.М., Нарбаев Т.Т. <i>ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАЦИИ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ АГАНГЛИОНАРНОЙ ЗОНЫ</i> | 250 |
| 221. | Рахимбердиева З.А., Ахмедова Ш.У. <i>ВЛИЯНИЕ АНЕМИИ НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ</i> | 251 |
| 222. | Рахимова Н.Ф., Гаффарова Ф.К. <i>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АНТОГОНИСТАМИ МИНЕРАЛКОРТИКОИДНЫХ РЕЦЕПТОРОВ НА ПАРМЕТРЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ</i> | 252 |
| 223. | Рахимова К.М., Мамарасулова Д.З., Рашидова Ш.У. <i>КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ДИАГНОСТИКА ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ</i> | 254 |
| 224. | Рахимов Б.О, Умаров Т.У. <i>ОСТРЫЕ ДИАРЕИ ШИГЕЛЛЕЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ</i> | 255 |
| 225. | Рахмонов М.М., Акбарходжаева М.Р. <i>БОЛАЛАРДА РЕАКТИВ АРТРИТНИНГ ЭТИОЛОГИК ОМИЛИНИ АНИҚЛАШ ОРҚАЛИ ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ ОШИРИШ</i> | 256 |
| 226. | Рашидова С.А., Печеницына Т.В. <i>СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ С БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ЭНДОГЕН ИНТОКСИКАЦИЯ ВА ЛПО КЎРСАТКИЧЛАРИ</i> | 257 |
| 227. | Рашидов Д.М., Шукурова Г.Р. <i>КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА I ТИПА</i> | 258 |
| 228. | Рашидов Д.М., Шукурова Г.Р., Махкамова Ф.Т. <i>МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА</i> | 259 |
| 229. | Рашидов Д.М., Махкамова Ф.Т. | 260 |

| | | |
|------|---|-----|
| | <i>ОЦЕНКА КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОГО РАВНОВЕСИЯ В ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ СД I ТИПА</i> | |
| 230. | <i>Рихсиева Н.Ю., Назарова Н.С. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 ОСЛОЖНЕННОГО С ВТОРИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ</i> | 261 |
| 231. | <i>Рузикулов У.Ш., Нарзикулов У.К., Бабобеков Ш.А. КУКРАК КАФАСИНИНГ ГИРДОБСИМОН ДЕФОРМАЦИЯНИ ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ЭРТА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ</i> | 263 |
| 232. | <i>Рузметова Г.Б., Гулямова М.А. СИСТЕМА ГЕМОСТАЗА НОВОРОЖДЕННЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМИ И ГЕМОРАГИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ</i> | 264 |
| 233. | <i>Рузметова Д.А., Курьязова Ш.М. КЛИНИКО- ЭТИОЛОГИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ НЕРЕВМАТИЧЕСКИХ КАРДИТОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА</i> | 265 |
| 234. | <i>Рустамов А.А., Сафаров З.Ф., Хакимов Д.П. РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА РАЗВИТИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ШОКА ПО ШОКОВОМУ ИНДЕКСУ АЛЬГОВЕРА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ</i> | 266 |
| 235. | <i>Сагираев Н.Ж., Хамраев А.Ж. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ И НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ</i> | 267 |
| 236. | <i>Садирходжаева А.А., Абдуразакова З.К., Аташикова Р.М. РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЕ СОСУДОВ ПО ЛИПИДНОМУ ПОКАЗАТЕЛЮ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ I ТИПА У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАЖА И ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ</i> | 269 |
| 237. | <i>Садирходжаева А.А., Абдуразакова З.К. ОСОБЕННОСТИ МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА</i> | 270 |
| 238. | <i>Садыкова Д.Ш., Ахмедова Ш.У. НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОЖИРЕНИЕМ</i> | 271 |
| 239. | <i>Саудазинова М.А., Давидходжаева А.А. АНОМАЛИИ ВЕНОЗНОЙ СИСТЕМЫ ЛЕВОЙ ПОЧКИ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ</i> | 272 |
| 240. | <i>Садыкова Р.А., Ташметова Б.Р. РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ И КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МАЛЫХ АНОМАЛИЙ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ</i> | 273 |
| 241. | <i>Саидов М.Х., Хамидов Б.Х. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СРЕДИННЫХ И БОКОВЫХ КИСТ И СВИЩЕЙ ШЕИ У ДЕТЕЙ</i> | 274 |
| 242. | <i>Саидов М.Х., Хамидов Б.Х. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЦИСТИТА У ДЕТЕЙ</i> | 276 |
| 243. | <i>Саидхонова Ф.А., Бабарахимова С.Б. ОЦЕНКА ШИЗОАФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ У ЖЕНЩИН</i> | 277 |
| 244. | <i>Саипова Д.С., Рузметова И.А., Эгамбердиева Д.А. ОЦЕНКА РОЛИ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В ФОРМИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА</i> | 278 |
| 245. | <i>Сайдалиева Н.М., Рахманкулова З.Ж. ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ</i> | 279 |
| 246. | <i>Сайдахмедова К.А., Джураев Н.А., Бабаджанова Л.Д.</i> | 280 |

| | | |
|------|---|-----|
| | <i>ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АТИПИЧНЫХ ФОРМ КОСОГЛАЗИЯ Y, X, λ ПАТТЕРН У ДЕТЕЙ</i> | |
| 247. | Саломов К.М., Музаффаров Т.А., Карабаев Х.Э. <i>ПРИМЕНЕНИЕ ГЕНФЕРОНА ЛАЙТА ПРИ ОСТРЫХ ЛАРИНГОТРАХЕИТАХ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ</i> | 281 |
| 248. | Санакулов З.З., Давидходжаева А.А. <i>РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ</i> | 283 |
| 249. | Сангилов У.Б., Собиров Ж.А., Умарходжаев Ф.Р. <i>КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ КИФОТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ</i> | 284 |
| 250. | Сангинов Ш.А., Алиев М.М. <i>ПОЧЕЧНАЯ ВЕНОЗНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ КАК СЛЕДСТВИЕ ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У ДЕТЕЙ С ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ</i> | 286 |
| 251. | Сарсенова А.Ж., Кощанова Г.А. <i>МОНИТОРИНГ ОБРАТИМОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ</i> | 287 |
| 252. | Сафаева К.А., Бобоха Л.Ю. <i>СЛУЧАЙ КЛИНИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ РЕБЕНКА С РЕТРОБУЛЬБАРНЫМ НЕВРИТОМ</i> | 288 |
| 253. | Сафарбаев Б.Б., Ахмедов С.А. <i>ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЦИОНАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ</i> | 289 |
| 254. | Сафарова М., Ахмедова Ш.У. <i>ПРОЛАКТИН И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ В ОРГАНИЗМЕ</i> | 290 |
| 255. | Сафаров Ж.О., Бабаджанова Л.Д. <i>ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИССОЦИИРОВАННОГО ВЕРТИКАЛЬНОГО КОСОГЛАЗИЯ У ДЕТЕЙ</i> | 291 |
| 256. | Сафоева З.А., Дильмурадова К.Р. <i>ВЛИЯНИЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЁННОГО</i> | 292 |
| 257. | Саъдиев Э.Б., Рихсиева Г.М. <i>ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА</i> | 294 |
| 258. | Собиров Х.Г., Турсунбаев А.К. <i>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЧРЕСКОЖНОЙ КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ И СИСТЕМНОГО ТРОМБОЛИЗИСА НА СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ</i> | 295 |
| 259. | Собиров Ж.А., Сангилов У.Б., Умарходжаев Ф.Р. <i>ОСОБЕННОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЕВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ</i> | 296 |
| 260. | Собиров Ж.А., Абдуллаева В.К. <i>КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКОГО АУТИЗМА, ПРОТЕКАЮЩЕГО С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ</i> | 297 |
| 261. | Собиров Ж.А., Абдуллаева В.К. <i>ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ДЕТЕЙ-АУТИСТОВ</i> | 298 |
| 262. | Соипова Г.Г., Назарова З.Ш., Мирзаабдуллахожиева О.У., Турсунов А.У., Джумабоев Т.З. <i>СИНДРОМ ЛИМФАДЕНОПАТИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В</i> | 300 |
| 263. | Соипова Г.Г., Назарова З.Ш., Мирзаабдуллахожисва О.У., Мамажалплова Д.Х. | 301 |

| | | |
|------|---|-----|
| | <i>Джумабоев Т.З.</i> | |
| | <i>КЛИНИКО-ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕНИИ БИЛИАРНОГО ТРАКТА У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В</i> | |
| 264. | <i>Сойибов А.Н., Гулямов Ш.Б., Карабаева З.Х.</i> <i>АНАЛИЗ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ОСТРОГО И ХРОНИЧЕСКОГО СТЕНОЗА ГОРТАНИ И ТРАХЕИ У ДЕТЕЙ ПО МАТЕРИАЛУ КЛИНИКИ ТАШПМИ</i> | 302 |
| 265. | <i>Сойибов А.Н., Гулямов Ш.Б.</i> <i>СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОСТИНТУБАЦИОННЫХ СТЕНОЗАМИ ГОРТАНИ И ТРАХЕИ У ДЕТЕЙ</i> | 303 |
| 266. | <i>Сон И.Л., Умарова Р.Х.</i> <i>РЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ПРИ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ В ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ</i> | 304 |
| 267. | <i>Сулейманова Л.И., Исмаилова М.А.</i> <i>КЛИНИЧЕСКИЙ АУДИТ НЕОНАТАЛЬНЫХ ЖЕЛТУХ</i> | 306 |
| 268. | <i>Султанова Д.Б., Хамраева Л.С.</i> <i>СЛУЧАЙ КЛИНИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ РЕБЕНКА С ПУЛЕВЫМ РАНЕНИЕМ ГЛАЗА</i> | 307 |
| 269. | <i>Султанова З.Х., Юнусова Р.Т.</i> <i>АСПЕКТЫ АНТИМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У ДЕТЕЙ</i> | 308 |
| 270. | <i>Султанова З.Х., Юнусова Р.Т.</i> <i>ЗНАЧИМОСТЬ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У ДЕТЕЙ</i> | 309 |
| 271. | <i>Султанова З.Х., Юнусова Р.Т.</i> <i>ОСОБЕННОСТИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ</i> | 310 |
| 272. | <i>Султанова К.Б., Абдуллаева В.К.</i> <i>КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ</i> | 310 |
| 273. | <i>Султанов Т.И.</i> <i>СТЕНТИРОВАНИЕ ПРИ ПРОТЯЖЕННЫХ РУБЦОВЫХ СТРИКТУРАХ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ</i> | 311 |
| 274. | <i>Султонов А.А., Каримов А.А.</i> <i>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРКУТАННОЙ ВЕРТЕБРОПЛАСТИКИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПОЗВОНОЧНИКА НА ФОНЕ ОСТЕОПОРОЗА</i> | 313 |
| 275. | <i>Таганова Г.А., Ёдгорова С.И., Абдусалиева Т.М.</i> <i>МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЙ ПРИНЦИП ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ БРЮШНОПОЛОСТНЫХ ОПЕРАЦИЯХ У НОВОРОЖДЕННЫХ</i> | 314 |
| 276. | <i>Таджибаева Л.К., Эгамбердиева Д.А., Рузметова И.А.</i> <i>ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ В РАЗВИТИИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ</i> | 315 |
| 277. | <i>Таджиева Г.А., Мирхайдарова М.Д., Ахмедова Ш.У.</i> <i>ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ СИНДРОМА ШЕРШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА СРЕДИ ДЕВОЧЕК УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ</i> | 316 |
| 278. | <i>Таджиева Г.А., Ахмедова Ш.У.</i> <i>ФАКТОРЫ РИСКА И ЧАСТОТА ОСНОВНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ И ФЕНОТИПИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕВОЧЕК С СИНДРОМОМ ШЕРШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА</i> | 318 |
| 279. | <i>Хамраева Л.С.</i> | 319 |

| | | |
|------|---|-----|
| | <i>СТРУКТУРА ЭТИОЛОГИИ НЕВРИТА ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА У ДЕТЕЙ</i> | |
| 280. | <i>Тангибаева Ю.Ш., Абдуразакова З.К.</i> <i>ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ЮВЕНИЛЬНОГО</i> <i>ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ</i> | 320 |
| 281. | <i>Таимухамедов А.А., Хамраева Л.С.</i> <i>РИГИДНОСТЬ СКЛЕРЫ У ДЕТЕЙ ПРИ СИЛЬНЫХ И СЛАБЫХ ВИДАХ</i> <i>РЕФРАКЦИИ</i> | 321 |
| 282. | <i>Тилляшайхова И.М.</i> <i>ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПЕРЕНОСИМОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ</i> <i>ПРЕПАРАТА ИНКРЕТИНОВОГО РЯДА АГПП1 - ЛИРАГЛУТИДА (ВИКТОЗЫ) ПРИ</i> <i>СД 2 ТИПА</i> | 323 |
| 283. | <i>Тўхтаева Д.М., Назарова С.К.</i> <i>БОЛАЛАР ШИКАСТЛАНИШИНИ ОЛДИНИ ОЛИШДА МАКТАБ ХАМШИРАСИ</i> <i>ИШИНИ ТАШКИЛЛАШТИРИШ</i> | 324 |
| 284. | <i>Тошпулатов С.А., Мирисмоилов М.М.</i> <i>КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА, ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ ПИЩЕВЫХ</i> <i>ТОКСИКОИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ</i> | 325 |
| 285. | <i>Тошпулатов С.О., Туракулова Д.М.</i> <i>ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ХОРИОРЕТИНАЛЬНЫХ ДИСТРОФИЙ У</i> <i>ДЕТЕЙ С МИОПИЧЕСКОЙ РЕФРАКЦИЕЙ.</i> | 326 |
| 286. | <i>Тўйчиев С.Р., Рўзиев Ш.И., Отакулов С.И.</i> <i>СУД ТИББИЁТИ АМАЛИЁТИДА АЛКОГОЛ ВА УНИНГ СУРРОГАТЛАРИДАН</i> <i>ЗАХАРЛАНИШЛАРНИ ЭКСПЕРТ БАХОЛАШ</i> | 327 |
| 287. | <i>Турсунов А.У., Назарова З.Ш., Соипова Г.Г., Мамажалилова Д.Х.,</i> <i>Джумабоев Т.З.</i> <i>ЧАСТОТА И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОЛИАРТРИТА У ПОДРОСТКОВ-</i> <i>БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В</i> | 328 |
| 288. | <i>Турсунова Ш.Ш., Фазылова С.А.</i> <i>ОПТИМИЗАЦИЯ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ В РОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ</i> <i>РАЗВИТИЯ ПЛОДА С ПОМОЩЬЮ КОМПЛЕКСНЫХ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ</i> <i>МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ</i> | 329 |
| 289. | <i>Турсунов Б.Ш., Жумабаев Х.Т., Мамарасулова Д.З., Рашидова Ш.У.</i> <i>КОМПЛЕКСНАЯ ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ</i> <i>ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ</i> | 330 |
| 290. | <i>Турсунов Б.Ш., Жумабаев Х.Т., Мамарасулова Д.З., Рашидова Ш.У.</i> <i>УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ</i> <i>ЖЕЛЕЗЫ</i> | 331 |
| 291. | <i>Тухтаева У.Д., Гулямова М.А.</i> <i>ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВАРЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ</i> <i>С ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДНЯ</i> <i>ЖИЗНИ</i> | 332 |
| 292. | <i>Уалиева В.Д., Туракулова Д.М.</i> <i>СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ</i> <i>НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ</i> | 333 |
| 293. | <i>Усмонова Г.М., Убайдуллаев С.Б., Касимов У.А.</i> <i>КОМБИНИРОВАННАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ</i> <i>ПОСЛЕ ОЖОГОВЫХ РУБЦОВ У ДЕТЕЙ</i> | 334 |
| 294. | <i>Улмасов О., Валиева Н.М.</i> <i>МЕТОДОЛОГИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ ФАГОЦИТАРНОЙ АКТИВНОСТИ</i> <i>НЕЙТРОФИЛОВ КРОВИ</i> | 335 |
| 295. | <i>Умаров А.Т., Даминова Х.М., Шамсиева У.А.</i> | 336 |

| | | |
|------|--|-----|
| | <i>ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КОНЕЧНЫХ ПРОДУКТОВ ОКСИДА АЗОТА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЯХ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПО ИШЕМИЧЕСКОМУ ТИПУ</i> | |
| 296. | Умаров М.М., Аляви Б.А. <i>ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИОРАСТВОРИМОГО СОСУДИСТОГО КАРКАСА ABSORB (ABVOTVASCULAR) У ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА</i> | 337 |
| 297. | Урдушев Д.Н., Бабаханов Б.Х. <i>РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПРОДОЛЖЕННЫМ РОСТОМ ГЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ БОЛЬШИХ ПОЛУШАРИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА</i> | 339 |
| 298. | Умарова С.С., Холмурадова З.Э., Ибатова Ш.М., Атаева М.С. <i>ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ</i> | 340 |
| 299. | Умарова С. С., Алтыев Т.А., Абдумуминов М.А., Уралов Ш.М. <i>ОБ УПРАВЛЯЕМЫХ ПРЕДИКТОРАХ РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ</i> | 341 |
| 300. | Усманов Х.С., Курбанова С.Н. <i>ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ТОМОГРАФИИ В ВЫЯВЛЕНИИ МЕТАСТАЗОВ ПАРАГАСТРАЛЬНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА</i> | 343 |
| 301. | Усмонкулов Б.А., Головач М.П. <i>ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗНОГО СПОНДИЛИТА</i> | 344 |
| 302. | Умарходжаева Г.М., Агзамова Н.В. <i>ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО БРОНХИТА</i> | 345 |
| 303. | Урунова Ф.А., Дильмурадова К.Р. <i>ВЛИЯНИЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЁННОГО</i> | 346 |
| 304. | Усмонов Б.У., Алланазаров Ф.Ш., Мухитдинов У.Б., Усманхаджаев А.А. <i>ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА И ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ</i> | 347 |
| 305. | Усмонов О.М., Ибрагимов А.В. <i>ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ</i> | 348 |
| 306. | Файзиева З.Я., Ахрарова Н.А. <i>РОЛЬ КАЛЬЦИЯ И ЙОДА В РОСТЕ И РАЗВИТИИ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА</i> | 349 |
| 307. | Файзуллаева С.А., Арипходжаева Ф.А. <i>СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ С НИНГ ЖИГАРДАН ТАШҚАРИ КЎРИНИШЛАРИ ҲАҚИДАГИ МАСАЛАЛАР</i> | 350 |
| 308. | Фаттохова Н.М., Музаффаров Т.А. <i>ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА БОЛЬНЫХ С МИОКАРДИТОМ</i> | 352 |
| 309. | Хабидуллаев Х.Р., Бабаханов Г.К. <i>ВРОЖДЕННЫЕ ПРЕАУРИКУЛЯРНЫЙ ФИСТУЛА И ИХ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ</i> | 353 |
| 310. | Хаджимухамедов Б.Б., Исламов З.С. <i>КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМАНГИОМ ВЕК И ПЕРИОРБИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ</i> | 354 |
| 311. | Хайруллаева О.О., Бабарахимова С.Б. <i>ВЛИЯНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОДРОСТКОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ДЕПРЕССИВНОГО ГЕНЕЗА</i> | 355 |
| 312. | Хайруллина А.Х., Печеницына Т.В. | 356 |

| | | |
|------|---|-----|
| | <i>ПОКАЗАТЕЛИ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С УРОВНЕМ ЦИТОЛИЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ С</i> | |
| 313. | <i>Хайталиев Ф.А., Бабаджанова Л.Д. ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЗАДНЕМ ЛЕНТИКОНУСЕ.</i> | 357 |
| 314. | <i>Хакимов Ф.К., Турсунов Б.С., Кодыров Р.С. ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ПЕРЕЛОМАМИ БЕДРА</i> | 358 |
| 315. | <i>Халдарбекова М.А., Каримова М.Н. НПВП-ИНДУЦИРОВАННЫЕ ГАСТРОПАТИИ У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ</i> | 359 |
| 316. | <i>Хамдамова Ш.Ж., Икрамова Г.А., Турсунбаев А.К. КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ И КАЧЕСТВЕННЫЙ СОСТАВ ФОСФОЛИПИДОВ В ЖЕЛЧИ У БОЛЬНЫХ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ</i> | 360 |
| 317. | <i>Хамидуллаева М.Б., Сидиков З.У. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КАТАРАКТ У ДЕТЕЙ</i> | 361 |
| 318. | <i>Файзуллаев Р.Б., Хамидуллаев Д.И. РОЛЬ НЕЙРОСОНОГРАФИИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССА ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ</i> | 362 |
| 319. | <i>Хамраева С.А., Рахманкулова З.Ж. КАРТИНА ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦНС У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ПО ДАННЫМ НЕЙРОСОНОГРАФИИ</i> | 363 |
| 320. | <i>Хасанов Х.З., Иноятлов А.Т. РАЗРАБОТКА ОПТИМАЛЬНЫХ СРОКОВ ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ</i> | 364 |
| 321. | <i>Хасанова Г.А., Ибрагимова Х.Н. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ С У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА</i> | 365 |
| 322. | <i>Хикматов А.А., Баженова Т.Ф., ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПЕРФУЗИОННОЙ СЦИНТИГРАФИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИБС</i> | 366 |
| 323. | <i>Хикматова М.А., Арипходжаева Г.З. СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ С ДА ВИРУСТА ҚАРШИ ДАВОЛАШНИНГ САМАРАДОРЛИГИ ВА ИНТЕРФЕРОНОГЕНОЗНИНГ ЎЗАР ОЛОҚАДОРЛИГИ</i> | 367 |
| 324. | <i>Хикматуллаева Р.А., Исмаилов С.И., Юлдашева Н.М. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, С ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕ БОЛЕЕ 5 ЛЕТ</i> | 369 |
| 325. | <i>Ходжаева Д.Х., Абдуллаева В.К. ОСОБЕННОСТИ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИЕЙ</i> | 370 |
| 326. | <i>Ходжаева И.А., Каримова М.Н., ХРОНОЛОГИЯ РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ</i> | 371 |
| 327. | <i>Ходжаева И.А., Каримова М.Н. ХАРАКТЕРИСТИКА БРОНХИАЛЬНОЙ ПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ</i> | 372 |
| 328. | <i>Ходжаева Н.А., Юсупалиева Г.А. ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЦВЕТНОГО ДОПЛЕРОВСКОГО КАРТИРОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ</i> | 374 |
| 329. | <i>Ходжиметова Ш.Р., Убайдуллаева С.А. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВЕДЕНИЮ ДЕТЕЙ С ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ</i> | 375 |

330. **Ходжиметова Ш.Р., Убайдуллаева С.А.** 376
ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
331. **Хомова Н.А., Ташипулатова Ф.К.** 378
УРОВЕНЬ КОМПЛЕКСА У ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ
ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЫ
332. **Худоеров И.А., Рашидов З.Р.** 379
ИНФОРМАТИВНОСТЬ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ПОРАЖЕНИЯ
ПЛЕВРЫ У БОЛЬНЫХ С ВИЧ-АССОЦИИРОВАННОЙ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ
ИНФЕКЦИЕЙ
333. **Худойбергенова Л.Б., Агзамова Ш.А.** 380
ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ
ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ
334. **Худобердиева Ф.Ф.** 381
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА У БЕРЕМЕННЫХ
335. **Хужаев Э.А., Ходжанов И.Ю., Турсунов Б.С.** 382
КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО КОНЦА КОСТЕЙ
ПРЕДПЛЕЧЬЯ У ДЕТЕЙ
336. **Хусенова Д.Ш., Рузметова И.А., Эгамбердиева Д.А., Хусенова М.К.** 383
КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ
337. **Хусенова Н.А., Рахманкулова З.Ж.** 384
ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ОТ МНОГОПЛОДНОЙ
БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ РОЖДЕНИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА
ХОРИАЛЬНОСТИ
338. **Хушиев З.А.** 385
ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОПЕРАЦИЙ НА
ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ
339. **Чельма Ю.Ю., Абдуллаева В.К.** 387
ОСОБЕННОСТИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С
ДИСТИМИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
340. **Шавкатов У.Ш., Буриев М.Н.** 388
ДИАГНОСТИКА ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У
НАВОРОЖДЕННЫХ
341. **Shaydullaev N.R., Alyavi B.A.** 389
YURAK ISHEMIK KASALLIGIDA ENDOTELIYGA BOGLIQ MIOKARD ISHEMIYASI VA
YURAK GEMODINAMIKASIGA METOBALIK TERAPIYANI TA'SIRI
342. **Шамиев И.М., Бабарахимова С.Б.** 390
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ У
ЖЕНЩИН С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ
343. **Шамсиев А.Я., Рўзиев Ш.И.** 391
ҚАНДЛИ ДИАБЕТДА ДЕРМАТОГЛИФИКАНИНГ СУД ТИББИЙ АХАМИЯТИ
344. **Шамсиев А.Я., Рўзиев Ш.И.** 392
ЎЗ ЖОНИГА ҚАСД ҚИЛИШ ХОЛАТЛАРИДА ДЕРМАТОГЛИФИК
БЕЛГИЛАРНИНГ СУД ТИББИЙ АХАМИЯТИ
345. **Шаназарова М.Б., Рахманкулова З.Ж.** 394
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ
СИСТЕМЫ У МАЛОВЕСНЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ
ПЕРИНАТАЛЬНУЮ ГИПОКСИЮ
346. **Шарипова А.У., Аляви Б.А., Рузметова И.А., Эгамбердиева Д.А.** 395
ИЗУЧЕНИЕ ЦИРКАДНОГО РИТМА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И
ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

347. Шарипова Р.Ф., Худойназарова С.Р. **396**
ОСНОВНЫЕ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ В ДИАГНОСТИКЕ
РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ПЕРИКАРДИТА У ДЕТЕЙ
348. Шаропов Ф.Х., Рахматуллаев А.А. **397**
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ
349. Шаропов Ф.Х., Рахматуллаев А.А. **398**
ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРОКСИМАЛЬНЫХ ФОРМ
ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ
350. Шеров А.С., Фазылов А.А. **399**
КОМПЛЕКСНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ГАСТРИТА И ЯЗВЕННОЙ
БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА
351. Шомуратова М.С., Ахмедова Ш.У. **400**
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ВВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННОЙ
ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ
352. Шорахмедов Ш.Ш. **401**
ПРИМЕНЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНЫХ АНАЛЬГЕТИКОВ ДЛЯ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ
ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ
353. Шукурова М.А., Муминова Л.Р., Ахмедова Ш.У. **402**
МОТИВАЦИЯ ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ДИЗАРТРИЕЙ К ШКОЛЕ
354. Эбраев А.А., Абдуразакова З.К., Акбарходжаева М.Р. **404**
НЕКОТОРЫЕ ПАРАМЕТРЫ ИСХОДА ЮВЕНИЛЬНОГО АРТРИТА В НАШЕМ
ИССЛЕДОВАНИИ
355. Эргашев Б.С., Авазов Р.А., Хамраев А.Ж., **405**
РЕЗУЛЬТАТЫ ПОВТОРНОЙ ОПЕРАЦИИ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ЗОНЫ У ДЕТЕЙ
356. Эшкуллов Ш.Х. **406**
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАННЕ
ОПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМ ГИДРОНЕФРОЗОМ
357. Эшкуллов Ш.Х. **408**
ХАРАКТЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ И ИХ ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ
358. Юлдашева З.Б., Хамраева Л.С. **409**
ОСОБЕННОСТИ РЕТИНОПАТИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ
ОТ МАТЕРЕЙ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ
359. Юльчиева У.А., Ильхамова Х.А. **410**
ХАРАКТЕР И СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ СЕРДЕЧНО-
СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ
360. Юсупбекова А.Ю., Ахматалиева М.А., Маматкулов Б.Б. **411**
ИСИТМА ЎТКИР РЕСПИРАТОР ИНФЕКЦИЯНИНГ АСОСИЙ СИМПТОМИ
СИФАТИДА ВА УЛАРГА ДАВО ЧОРАЛАРИНИ БЕЛГИЛАШ
361. Юсупов Ж.Б., Юсупова М.Ш., Гиясова Х.Б., Мамарасулова Д.З., Рашидова Ш.У. **412**
ТРЕХМЕРНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ИЗОБРАЖЕНИЯ И
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ АНГИОГРАФИЯ В УТОЧНЕНИИ
ПРИРОДЫ ОЧАГОВЫХ ПРОЦЕССОВ ПЕЧЕНИ
362. Юсупов М.М., Бабаджанова Л.Д. **413**
ГИПЕРФУНКЦИЯ НИЖНИХ КОСЫХ МЫШЦ 4- СТЕПЕНИ. МЕТОДЫ
ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ
363. Якуббекова С.С., Мамарасулова Д.З. **414**
ВОЗРАСТНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАКА ЯИЧНИКА В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ
364. Якуббекова С.С., Мамарасулова Д.З. **415**
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ РАКА ЯИЧНИКА ПО ДАННЫМ
ОНКОДИСПАНСЕРА г. АНДИЖАНА

| | | |
|-------------|--|------------|
| 365. | Якубова К.Н., Ходжиева З.У., Ахмедова Н.Р. <i>НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КАРДИОМИОПАТИЙ У ДЕТЕЙ</i> | 416 |
| 366. | Якубова Л.Т., Фазылов А.А. <i>УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПИЛОРΟΣПАЗМА И ПИЛОРОСТЕНОЗА У ДЕТЕЙ</i> | 417 |
| 367. | Яхиимуратов С.Ш., Хамидов Б.Х. <i>ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ</i> | 419 |
| 368. | Яхиимуратов С.Ш., Хамидов Б.Х. <i>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕКОТОРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ВРОСШИХ НОГТЕЙ У ПОДРОСТКОВ</i> | 420 |
| 369. | Ёдгоров Б.К., Ходжанов И.Ю., Ганиев А.К. <i>СТАБИЛЬНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ АППАРАТОМ ИЛИЗАРОВА ПЕРЕЛОМОВ ГОЛОВКИ МЫШЦЕЛКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ</i> | 421 |
| 370. | Ёкубова М.А., Мамадалиева Я.М. <i>ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ЭЛАСТОГРАФИИ ДИАГНОСТИКЕ ОБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ</i> | 422 |

Босишга рухсат этилди: 01.04.2016 й.
Бичими 60x84 ¹/₈. Шартли босма табағи: 28
Буюртма рақами № 10
Адади: 50 нусха

ООО “GLOBAL NEW REAL” босмахонасида чоп этилди
100170, Тошкент шаҳар, Шота Руставелли 1.6