

MINISTRY OF HEALTH OF THE
REPUBLIC OF UZBEKISTAN
MINISTRY OF HIGHER AND SECONDARY
SPECIALIZED EDUCATION OF THE
REPUBLIC OF UZBEKISTAN

2017

*Year of dialogue
with people and the
Human interests*



TASHKENT PEDIATRIC MEDICAL INSTITUTE

ANNUAL CONFERENCE



REPUBLICAN SCIENTIFIC PRACTICAL CONFERENCE
"YOUNG SCIENTIFIC ACHIEVEMENTS
IN THE FIELD OF PEDIATRICS"

ABSTRACT BOOK
Volume 2

TASHKENT 18th APRIL 2017

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ
САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА
ЎРТА МАҲСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**MINISTRY OF HEALTH OF THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN
MINISTRY OF HIGHER AND SECONDARY SPECIALIZED
EDUCATION OF THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN
TASHKENT PEDIATRIC MEDICAL INSTITUTE**

"Халқ билан мулоқот ва инсон манфаатлари 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 dialogue with people and the human interests”

**ТЕЗИСЛАР ТЎПЛАМИ II - ҚИСМ
ABSTRACTS**

Тошкент, 18 апрел, 2017

FEATURES OF LASER TREATMENT OF PEDIATRIC GLAUCOMA.

Buzrukov S.B., Kariev A.V.

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

Actuality. Pediatric glaucoma is the most serious problem among the children blindness in the world. Looking for optimal methods of its treatment always confound of children ophthalmologists.

The purpose. To define efficiency of laser treatment of pediatric glaucoma of various etiology.

Materials and methods. Research of case records 10 patients (18 eyes) with the glaucoma, were in the departments of ophthalmology of 1st clinic of Tashkent Pediatric Medical Institute and Tashkent Urban Children Clinic from 2011 to 2017 is carried out. The age of patients has made from 3 to 16 years. 4 patients (8 eyes) had a juvenile glaucoma. 1 child had a secondary glaucoma (2 eyes) after the implantation of intraocular lenses, thus with a congenital cataract. 1 child (1 eye) had a secondary glaucoma after the extraction of traumatic cataract without intraocular lens implantation. 1 child (1 eye) had a secondary glaucoma after the operation of iris cyst. 3 children (6 eyes) had a congenital glaucoma. By preparation of patients for laser manipulations necessary ophthalmologic researches as visual acuity checking, Goldman tonometry, slit lamp biomicroscopy, A and B ultrasound are carried out. Visual acuity before operation. more low 0,01 it were marked on 8 eyes (44,5 %), 0,02 - 0,05 on 5 (27 %), 0,06 - 0,1 on 3 (18 %), 0,2 - 0,5 on 2 eyes (11 %).

To all patients it were made various laser surgeries with use of Nd.YAG-laser from a wave 1,064 nm. Pulse laser energy by capacity from 1,9 мJ to 4,0 мJ is used. It depended of degree of density and pigmentation of the iris, density of pupillary membrane and turbidity of posterior capsule. To 6 patients for operation were spent local anesthesia of 1 % eye drops of Propracaine with use of Abraham’s lens. 4 patients till 5 years manipulation is spent after an intravenous anesthesia. Owing to manipulation it were formed of basal iridectomy, remove of pupillary membrane which prohibited of intraocular liquid outflow through the pupil, an optical aperture in the center of a posterior capsule in diameter of 3,0 mm. To all patients right after operations it was appointed disposable instillation of eye drops “Fotil” for preventive maintenance transitory increasing of intraocular pressure. For preventive maintenance cystoid macular edema were instilled 0, 1 % eye drops of Diclophenac and 0,1 % eye drops of Dexamethasone in a period of two weeks.

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

Results. After the manipulations in all cases we reached stability of intraocular pressure. Transitory intraocular hypertension at one patient it was marked. Visual acuity after operation. more low 0,01 it is marked in 1 eye (5,5 %), 0,02 0,05 on 4 (22,5 %), 0,06 - 0,1 on 3 (19 %), 0,2 - 0,5 on 6 eyes (33 %), 0,6-1,0 on 4 eyes (20 %). Results of manipulations depended from a kind of glaucoma, degree of turbidity of a posterior capsule, term of its development, absence or presence amblyopia, damage of optic nerve disc and others.

Conclusions. Laser manipulation is not invasive technique of treatment of glaucoma at children about with minimum risks and a good outcome. Light colored irises are more yields for iridectomy. Soft intraocular lenses are steadier against laser influence.

ACUTE DIARRHEA OF SHIGELLYSIS ETIOLOGY IN CHILDREN OF EARLY AGE

Ibragimov D.B., Umarov T.U.

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

Actuality. Damage of gastro – intestinal tract of shigellosis etiology is characterized by significant severeness of the process and expressed morphologic changes in distal portions of the small intestine and proximal anseae of the large intestine. At present time the study of etiology structure and clinical laboratory characteristics of infective diarrhea in children of early age has great specific value for improvement the diagnosing of these problems.

Purpose. Researchers aimed to study acute diarrhea of etiology in children of early age.

Materials and methods. 43 children at the age of 12 months and younger. Verification was done according to bacteriologic investigation of shigellosis stools. massive culture growth first days of the illness.

This age group included children of 6 months age- 78%, up to 3 months-35% From the history, number of factors unfavourably influencing the course character have been revealed. 25 children {73% } were artificially fed.

In 20 children {58% } anaemia was revealed, 10 of them {31% } were diagnosed as having 1st degree hypotrophy, 11 children {33% }- rachitis, 5 cases {16% } were diagnosed as having exudative catarrhal diathesis.

Average severeness of shigellosis occurred in 26 children {81%}, and in 6 children {18%} – severe form of illness was diagnosed. In 18 cases {73%} gastroenterocolitic from of illness has been revealed, enterocolitic -11 cases {33%} and gastroenteritis – only in 4 cases {10%}. Clear picture of diarrhea syndrome was correlated to the severeness of the condition. So, mild forms of the illness, mild diarrhea was noted. stools -5 times a day in 19 cases {267%}, 6-10 times a day in 30 cases {42.4%}, more than 10 times a day – in 23 {31.2%}, 7 patients suffered from severe form, stools frequency was 15-20 times a day, feces contains large number of mucous and blood, as well as opening of anus was observed. Hemoclyte was noted in 20 children {28%} with shigellosis. The most duration of diarrhea with shigellosis among the patients is 14.7 +/-0.3 days.

Changes in peripheric blood showed hemoglobin decrease 110- 90 g/l {7 cases}, leucocytosis $8,5 \times 10^9$ g/l – 18.8×10^9 g/l {16cases}, accelerated ESR – 15- 37 mlm/h. The rest of the patients revealed normal condition of the cells and normal ESR.

Thus. intestinal infection of shigellosis etiology frequently occurs in early age children, especially with deviated reactivity and unfavourable premorbid background, being characterized by the tendency to development of damage in gastro- intestinal tract with severe form of disturbances in water – electrolyte balance.

THE VALUE OF TISSUE ENZYMES IN PREDICTING THE CLINICAL COURSE OF CARDIOMIOPATHY IN CHILDREN

Khadjieva Z.U., Akhmedova N.R.

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

Currently, there is no doubt the fact of pathogenesis relationship of heart failure (HF) and increased expression of tissue enzymes. Increased congestion and increasing hypoxia and peripheral tissues of the myocardium, heart failure characteristic may be the root cause of the activation of the enzyme system. In connection with this study of the activity of tissue enzymes in diseases of the cardiovascular system it is particularly relevant with children and at the same time is a quite challenging problem of clinical medicine and defines the purpose of the present study.

The goal of the study. Examine the meaning of tissue enzymes in the prediction of clinical course of cardiomyopathy in children.

Materials and methods. The study involved 45 children between 3 and 16 years with hypertrophic, dilated and restrictive cardiomyopathy hospitalized in cardiorheumatological RSSPMC department of Pediatrics in Tashkent and RDMMTS in Nukus. We conducted biochemical studies, including the study of the activity of tissue enzymes (LDH, CK, CK-MB, AST ALT) in these children. The control group consisted of 20 healthy children.

Results and evaluation. To assess the state of myocardium in children with cardiomyopathy an analysis of cardiac enzymes depending on the form of cardiomyopathy was conducted. The resulted studies showed that these children have increased tissue enzymes LDH and MB fraction of CK, which is associated with the degree of myocardial dysfunction and is reliably higher in children with restrictive and dilated cardiomyopathy. Level of ACT was in the normal range, but was above the de Rytis ALT values by a factor of <1 , which was unusual for liver disease, and more aligned with the presence of these children pathology of the cardiovascular system. In the subgroup of children with hypertrophic cardiomyopathy of all indicators was only increased rate of CK-MB, while it was the lowest compared to the indicators of ALT and CPK were within normal limits, but it may be noted that the values of these enzymes in the subgroups of patients, and hypertrophic dilated cardiomyopathy and hypertrophic cardiomyopathy were the highest and almost equal. CK-MB index was increased in all subgroups with the largest of its value in a subgroup of children with hypertrophic cardiomyopathy.

Conclusion. Children with cardiomyopathy characteristics level of tissue enzymes depend on the form of cardiomyopathy. They have a marked increase in tissue enzymes LDH and MB fraction of CK, which is associated with the degree of myocardial dysfunction and significantly higher in children with restrictive and dilated cardiomyopathy.

**ASSESSMENT OF THE INFLUENCE ACUTE PAIN SYNDROME -
RENAL COLIC ON THE SEVERITY OF URONEPHROLITHIASIS**

Khalmukhamedov J.A., Sharipov A.M.

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

Actuality. Acute pain for thousands of years remains a serious problem in medicine. According to current statistics the top 5 countries in Europe 11.2 million patients suffer from pain of high intensity. The presence of pain is always fraught with the deterioration of the quality of life high-cost society on diagnosis and treatment and a significant reduction in work capacity. After the initial inspection the cause of pain are still unclear for half of the patients. In the US, up to 10% of daily visits to emergency departments and about 8 million patients visiting doctors per year due to the syndrome of acute pain. The widely used term "renal colic" is one of the current options for acute pain and the result of urinary system pathological process. Renal colic (RC) is a painful syndrome that occurs as a result of an acute (sudden) violations of the outflow of urine from the kidneys, leading to renal pelvis hypertension, reflex spasm of the arteries of the renal vessels, venous stasis and edema of the renal parenchyma, its hypoxia and hyperinflation fibrous capsule [Zozulya IS, 2008].

Aims and objectives. One important aspects of emergency medical care is adequate analgesia. Pain is a subjective feeling which depends on many factors. One of the persistent problems in the clinical practice of doctors is the objectification of pain.

Methods of research. The measurement of pain is difficult and requires complex methods. Quantitative measurement of pain is necessary to adequately assess the severity of the condition, clarify the scope of pain therapy, analysis of the effectiveness of the treatment, determining the degree of disability and quality of life of the patient. One of the main reasons of ineffective treatment of pain is insufficient use of methods of measurement and evaluation of pain.

Obtained results. According to the literature it is revealed that 25-40% of hospitalized patients are from moderate to severe pain [R.Cowen, 2015 et al.], which has resistance nature. Relief of the RC is often hampered by poor assessment of pain. As a result clinicians have identified the need of developing more objective measures of pain assessment which would allow developing reliable methods for correcting pain. Although there is an extensive diagnostic and therapeutic arsenal, RC is one of

the leading problems of urgent uronephrology. In practice (not including injuries) urgent medical assistance RC takes 2nd place after the frequency of acute appendicitis. In Europe, it is diagnosed in 7-9% of patients seeking medical help in pain [Kober A. et al., 2003, L. Rinnab, 2005].

Conclusion. The correct quantification of the severity of pain is the first step in the complex treatment of analgesic action affects for the efficiency and adequacy of anesthesia chosen treatment. Using of modern methods of pain assessment should become a routine practice in the daily work life of pain treatment.

THE STATE OF INTERFERONGENESIS IN ANTIVIRAL THERAPY OF CHRONIC VIRAL HEPATITIS B AND C.

Komilova O.S., Rikhsieva G.M.

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

Actuality. Problem of viral hepatitis by parenteral way of infection in children is one of the most complicated and actual in infectology.

The variety of clinical forms, unfavourable course and outcome of viral hepatitis B and viral hepatitis C require necessity of further research, particularly chronic forms of these infections, Prolonged viremia, active viral replication are activating forms for immune answer, The most important unit of immunne reactions is the ability of organism for antiviral protection, namely the state of interferonogenesis, the ability immune – competent cells to produce interferon in answer to virus persistence in the patients organism.

Interferon is the most important factor of immunity, so research of interferonogenesis mechanisms in VHB and VHC infections is extremely important in disease prognosis.

Purpose. The aim of research is to study the particular features of Ch VHB and Ch VHC course depending on interferonogenesis state.

Materials and methods. In connection with the aim of research 82 patients with chronic viral hepatitis C and chronic viral hepatitis B + C were examined. The research work was carried out on the base of city clinic infection hospital N 5 of Tashkent.

Interferonogenesis patients with VHB and VHC have been studied both before interferon treatment and after the course of therapy and the control group consisted of 15 patients.

Interferonogenesis has been estimated according to the content of alpha and gamma interferon in blood serum and leucocytes ability to produce the same interferon types (IRL). In ChVHB and ChVHC patients in active phase of inflammatory process before treatment increase of α INF u γ INF and was observed.

42 patients have been examined, 25 from them received base therapy, 10 patients got viferon in combination with base therapy. Common interferonogenesis and its alpha and gamma types and interferon reaction of leukocytes alpha and gamma types as well were determined for more complete evaluation of interferonogenesis.

Before treatment in all patients with CVH INF increase was marked considerably due to alpha type and IRL reducing, particularly alpha type. After the base therapy changes of the same type for ChVHB u ChVHC were revealed. The increase of γ -INF in blood serum and growth IRL of alpha type was distinctive. In this group of children the most outcome of α - INF (K_{α} -0,63) was in hepatitis C, for γ - INF it was - 0,40

After cyclopheron treatment there were marked not nigh indexes of alpha and gamma interferon (18,6+-2,1 ME/m/and 11,2+-1,3ME/ml accordingly) content in blood. Probably such low rates are connected with considerable blockade of membranous processes in lymphocytes. Confirmation of it are low coefficients of IFH/IRL ratio (for α - INF - 0,38 u, for γ - INF- 0,11) in sufficient increase of IRL as for both α - and γ - interferons.

Thus. Increase of interferon (IRL) after cyclopheron treatment is obviously due to stimulation of interferonocytes (possibly to proliferation), and viferon - considerably due to change of properties of lymphocytes membrane resulting in increase of interferon outcome.

**IMPLEMENTATION OF DRAINAGE FREE METHOD TREATMENT IN
APPENDICULAR PERITONITIS IN CHILDREN**

*Kuchimov Q.P., Chuliev M.S., Nasirov M.M.
Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan*

Relevance. Appendicular peritonitis may proceed with different clinical presentation and with high risk complication. There is a lot of controversies for today, related to reasonable of draining abdominal cavity. According to our investigation, there is no difference between complications in post-operative days after draining and drainage free treatment of peritonitis – from 29% to 36%¹⁻⁴. Additionally, concerning to investigations carried out by Vinnicombe J. drainage implemented to peritoneal cavity clogged in first post-operative days and become non-useful⁵. All this dates lies on the basis of our investigation.

Objective. To determine indications and contraindications for drainage-free treatment of appendicular peritonitis in children.

Materials and Methods. investigation carried out on the basis of Tashkent Pediatric Medical Institute’s clinic, in the Department of Faculty Pediatric Surgery from 2010 to 2016. Retrospective analysis of medical charts of 59 patients with appendicular peritonitis were performed. Among them 33 patients has underwent closure of abdominal cavity without drain. Other 10 patients underwent treatment of peritonitis with draining of abdominal cavity. In the group of drainage, antiseptic solution (furacillinum, chlorgexidinum from 5 to 20 ml, 2 times a day) was injected though the drainage tube.

Results. to the date, 59 patients with different pathology of “acute abdomen” were selected. All patients represent clinic of fever, vomiting, abdominal pain. Leukocytosis with neutophilic changes, pulse acceleration was estimated. After analyzing we couldn’t find any changes in age and clinical points in two groups. In 2 patients from 19 (drainage-free group) with local forms of peritonitis fever – 39,5⁰ C during the 5th postoperative days. Antibiotics should be prolonged for 5 days additionally in 17 patients.

In 7 patients from 19 with local forms of appendicular peritonitis, whom draining of abdominal cavity were not performed, collecting of fluid was estimated.

In all 28, whom draining was performed constant fever was noticed. Also in 8 patients, increasing of peristalsis and stool delay for 3 days was noticed after operation.

Conclusion. On the basis of our investigation, we conclude that, there is no any importance to estimate drainage to abdominal cavity in appendicular cavity in children. In our opinion, specific intensive antibiotic therapy, carry sanation of abdominal cavity, desintoxicational therapy is enough for managing in the treatment of appendicular peritonitis. Consequently, in the group of patients, which draining of abdominal cavity was performed, significant changes were not noticed (early clogging of lumen). Concerning, to abovementioned, we think that there no importance to drain abdominal cavity after operation due to appendicular peritonitis.

FEATURES OF THE CLINICAL COURSE OF ACUTE INTESTINAL INFECTIONS WITH EXSICOSIS

Miralieva N.A., Aliyeva G.R.

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

The urgency of the problem of acute intestinal infections (AII) is due to the fact that this group of infectious diseases steadily keeps one of the leading infectious morbidity. Intestinal exsicosis - one of the most commonly occurring emergency conditions due to the action of heat labile enterotoxin of Gram-negative bacteria and some viruses on the enterocytes.

The aim was to study the peculiarities of the AII with exsicosis in infants.

Materials and Methods. The study was conducted on the basis of 4-DIB Tashkent city, were studied medical records of 40 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%. Premorbid background, 80% of children were burdened by earlier transition to artificial feeding, prematurity, perinatal encephalopathy, anemia, intestinal dysbiosis, biliary dyskinesia. All 40 children came to the hospital in a state of moderate to moderately severe symptoms of intoxication (restlessness, weakness, lethargy, loss of appetite, etc..), The development of toxicosis with exsicosis I st. 65%, II art. - 35%. The initial symptoms of DCI has been an increase in temperature. All the patients showed signs of shock syndrome, including regurgitation, vomiting, pain, bloating,

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

diarrhea. Vomiting occurred in 85% with a frequency of one to three times / day - 35.3%, from 4 to 10 times / day - 64.7% at. Non-localized abdominal pain were observed in half of the patients, phenomena of flatulence - at 77.5%. At the same time, or within a few hours after vomiting in all patients appeared abundant liquid watery stools. with a frequency of up to 5 times / day - 35%; 6 to 10 times / day - 57.5%; more than 10 times / day - at 7.5% of children. E. coli with altered properties. In 80% of sown UPM (Staphylococcus aureus, Proteus mirabilis, P. vulgaris, P. rettgeri, Klebsiella pneumoniae, K. oxytoca, Citrobacter freundii, Enterobacter cloacae), exceeding the permissible concentration of 1.5-2 times. At the same time 30% of the sown a few pathogens.

Conclusion. During the period of the research in the hospital DIB number 4 of the 40 patients diagnosed with OKINE 17.4% verified AII. The disease occurs in the form of mono- and mixed-AII mainly in moderate form with the peak age of one year to two years, with exsiccosis 2-3 degrees.

FEATURES HEURISTIC LEARNING

Ortqboev J.O. Akramova L.Y., Yunusova R.T.

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

Relevance of the topic. Today, the role of education in the development of students' harmonious personality is quite high. The ultimate goal is to create an atmosphere of teaching, in which students work together with the teacher actively, consciously reflect on the learning process, track, confirm, deny or extend the knowledge, ideas or opinions about the world.

The purpose and objectives of the study. Explore features of the heuristic teaching, consider the theoretical basis of heuristic learning and meet the scientific school A.V. Khutorskiy - Developer heuristic learning.

Research methods. Comparative, selection and analysis of the literature.

Results of the study. The main characteristic of a heuristic learning is creating etsy students materialized product activity in the form of judgments, texts, drawings, crafts, etc .; and changes in personality as an apprentice, developing in the educational process.

Discussion. Heuristics - young scientific discipline that emerged at the crossroads of science, philosophy, cybernetics, psychology and

pedagogy. Psychologists believe heuristics section of psychology, studying creative thinking. Educators believe heuristics about the science of means and methods of problem solving. Heuristic called a human activity that leads to the solution of complex, non-standard tasks, and can be considered a specific heuristic techniques that man has formed in his course of solving some problems and knowingly transfers to other tasks. Heuristic activities pupils in understanding A.V. Khutorskiy is creative self-realization of the disciple. The main objectives. creating educational products students in the study areas; the development of the basic content of these areas by comparison with their own results; alignment of individual educational trajectories of student drawing on personal qualities.

Conclusions. The effectiveness of heuristic learning systems confirmed by scientists conducted the examination. approximately half of the students can be expected to produce high and middle level; the other half after one or two years of training to satisfactorily solve creative tasks; students who are not able to any kind of creativity.

INDICATORS OF INTRACARDIAC HEMODYNAMICS IN PATIENTS WITH STABLE ANGINA GRADE I-II

*Saidov Sh.B., Muminov Sh.K., Buranova D.D.
Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan*

Actuality of the problem. Indicators of intracardiac hemodynamics is the important basis for diagnostics of coronary heart disease. The decline of echocardiographic parameters may cause further coronary complications.

Aim of research. To evaluate echogeometrical parameters of the heart in patients with stable angina (SA) Grade (G) I-II.

Material and Methods. We examined 33 patients, of whom 24 (72.7%) men and 9 (27.3%) women with coronary heart disease stable angina G I-II (disease duration - 4,5 years). All patients received standard treatment in the department, "Interventional Cardiology" JSC «RSSPMCOT and MR». The average age of patients was 58.9 years, the average age of men 57.6 years, the average age of women 62.6 years. All patients underwent a standard echocardiographic examination at department to the definition of the size of the left atrium (LA), left ventricular end diastolic diameter (LVEDD), interventricular septum thickness (IVST), posterior wall

thickness (PWT), left ventricular end diastolic volume (LVEDV), left ventricular stroke volume (LVSV), ejection fraction (EF).

Research results. Analysis obtained results of echocardiography of the patients with stable angina G I-II (n = 33), it was found that average LA 3.4 cm (normal parameters (NP) <4 cm), 3.4 cm in men, in women 3, 3 cm. Average LVEDD 5.3 cm (NP <4,5-5,4 cm), males 5.4 cm, 4.8 cm in women. Average IVST 1.03 cm (NP <1.1 cm), 1.05 cm in men, women 0.9 cm. Average PWT 1.0 cm (NP <1.1 cm), 1.02 cm in men, women 0.9 cm. Average LVEDV 139.2 ml (NP 70-140 ml), 149.0 ml in men, women 112.8 ml. Average LVSV 74.1 mL (NP 45-88 ml), 77.6 ml in men, in women 64.8 ml. Average EF 55.2% (NP >55%), 54% of men, 58% women.

Conclusions. Thus, the majority of patients with stable angina G I-II observed normal intracardiac hemodynamics. Besides the studying of Indicators of intracardiac hemodynamics, it is important to learn other methodic and showings in the given direction for receiving of better results.

CAUSES OF LATE DIAGNOSIS OF PULMONARY TUBERCULOSIS.

*Seytbaev I.Sh., Khodjaeva M.I., Abdugapparov F.B.
Tashkent Medical Academy. Tashkent, Uzbekistan*

Relevance. Monitoring of the epidemiological situation indicates late detection of tuberculosis, which is associated with a low level of alertness of doctors general health (DGH).

The aim. The study of the causes of late diagnosis of pulmonary tuberculosis.

Results. A study of 105 newly diagnosed patients with destructive pulmonary tuberculosis (DPT). infiltrative tuberculosis (IT) - 74 (70.5%), disseminated (DT) - 16 (15.3%), fibro-cavernous (FCT) - have 11 (10.4%) and cavernous (CT) - in 4 (3.8%). 78 (74.2%) observed when handling.

DPT and IT identified in terms of 1-3 months from onset of symptoms - 6 (37.5%) and 30 (40.5%) and 3-6 months - 6 (37.5%) and 21 (28.4%) patients, respectively. Patients with the FCT and CT revealed at a later date. from 6 months to 1 year - from 36.3% to 75%, from 1 year to 2 years - from 45.5% and 25%, respectively.

In late diagnosis affected by the temporary improvement after uncontrolled receiving fluoroquinolones and macrolides in 78 (74.3%) patients. Concomitant diseases - in 70

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

(66.6%), as were the difficulties in diagnosis due to changes in the clinical picture of TB. Anaemia - in 57 (54.2%), HIV infection - in 19 (27.1%), hepatitis "B / C" - in 18 (25.7%), COPD - in 17 (24.2%) and diabetes - 15 (21.4%) patients.

In late detection mattered bad habits and social status. unemployed - 74.3%, drinking alcohol - 26 (48.1%), smoking - 50 (92.5%), the use of nasvay - 5 (9.2%), criminal records - 7 (6.6%), injecting drug users - 5 (4.7%), homeless persons - 5 (4.7%).

X-ray, mostly met one-way process - in 80 (76.1%) patients and in 25 (23.9%), two-sided. Mycobacterium tuberculosis was detected in 93 (88.6%).

The majority of patients enrolled in average severity condition a - in 79 (75.3%) and in relatively good condition - in 23 (21.9%), in a serious condition - 3 (2.8%).

Conclusions. DGH physicians should conduct full diagnostic examination for tuberculosis patients with risk factors (social status, bad habits, co-morbidities). Appointment of fluoroquinolones should be only after the confirmation of the absence of TB.

FUNCTIONAL STATE OF CARDIOVASCULAR SYSTEM IN PATIENTS WITH NEWLY DIAGNOSED DESTRUCTIVE PULMONARY TUBERCULOSIS.

Seytbaev I.Sh., Khodjaeva M.I.

Tashkent Medical Academy. Tashkent, Uzbekistan

Actuality. The study of the cardiovascular system (CVS) for tuberculosis (TB) helps to identify existing functional changes and appointment of justified pathogenetic therapeutic measures.

Objective. The study of the cardiovascular system in patients with newly diagnosed destructive pulmonary tuberculosis (NDDPT).

Results. A total of 105 NDDPT aged 20-70 years. It is predominated age group 20-40 years (50.5%). In 74 (70.5%) patients revealed infiltrative TB, in 16 (15.3%) - disseminated, in 11 (10.4%) – fibro-cavernous, in 4 (3.8%) - cavernous TB.

Clear clinical picture was typical for NDDPT. The condition of 79 (75.3%) patients were average severity, in relatively good condition - 23 (21.9%), in a serious condition - 3 (2.8%). Fever was reported in 69 (65.7%), general weakness - in 100 (95.2%), weight loss - 81 (77.1%), loss of appetite - in 93 (88.5%), cough - 95 , 2%,

chest pain - in 33 (31.4%) patients. In 4 (3.8%) patients had hoarseness as a sign of the generalization process.

In 77 (73.3%) patients on a different ECG changes were identified. in 25 patients was from one disturbance indicated, in the rest from 2 to 4 different pathological changes. Thus, the violation of automatism - in 46 (77.9%) patients, including sinus tachycardia in 44 (51.9%), sinus arrhythmia in 7 (9.1%), violation of excitability in 2 (2.6%), conduction disorder in 8 (10.3%) patients. Symptoms of right heart disease (the value of the amplitude of P II, III up to 3.0- 3.5 mm) were determined in 2 (2.6%) patients, degenerative changes of the myocardium (the reduction and flattening of the T wave in the multi-lead) in 12 (15 , 5%), metabolic changes (increase in T wave amplitude of more than 5 mm) in 23 (29.8%) and signs of coronary insufficiency (negative T waves and S -T inversion interval of 2 mm in chest leads) were observed in 3 (3.8%) patients.

Conclusion. In NDDPT with the CVS observed different types of arrhythmias, which is the result not only of tuberculosis intoxication, but also a consequence of the activation of the functional state of the autonomic nervous system.

CLINICAL MANIFESTATIONS OF TUBERCULOSIS IN CHILDREN WITH HIV INFECTION

Sultanov S.A.

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

Relevancy. The problem of HIV infection in patients with tuberculosis (TB) is a global problem of modern TB. TB in HIV infection is malignant, the treatment results are low.

Objective. To study the peculiarities of TB in children with HIV infection.

Materials and Methods. The medical records were analyzed in 54 children treated at Children's Hospital Center Department of Tuberculosis and Pulmonology in the past three years, with the presence of HIV infection and tuberculosis intrathoracic (VGT). Age surveyed ranged from 1 year to 14 years, 77.7% of them were between the ages of 2 to 6 years. Girls were 35.2%, boys - 64.8%.

Results. 77.7% of children diagnosed with TB was preventive examination of HIV infected children, 22.2% - HIV infection is established in the course of anti-TB therapy. The level of CD cells, the patients were divided into 2 groups. In group 1

included 18 children with a slight decrease in the level of CD cells, while the 2 - 36 children with progressive severe immunodeficiency. The majority of the surveyed group was diagnosed children 2 disseminated forms (37%), and generalized (20.3%) primary tuberculosis. Limited forms of BHT in 2 times more often detected in children in group 1 with moderate immunodeficiency ($18,5 \pm 5,5$ and $9,3 \pm 3,8\%$). All children with TB / HIV established the presence of hepatomegaly and generalized adenopathy. More severe hepatomegaly with liver enlargement by 5 cm or more 5 times more frequent in the group of children with severe immunosuppression. Despite the pronounced hepatomegaly in the biochemical study of blood in most patients established liver enzyme activity in the upper limit of normal. Only in 12.9% of children are marked by enzyme release in moderation within which returned to normal after 2-3 months of chemotherapy.

Weight deficiency was observed in 94.5% of the surveyed children and had a direct relationship to the degree of immunodeficiency. Increased body temperature at 64.8% of children with TB / HIV was characterized by unstable, prolonged febrile. Catarrhal changes in the lungs were observed in 38.9% of children on admission. Stunting is 1.4 times more frequent in the group of children with severe immunodeficiency. We surveyed 20 children of preschool age (3-5 years) was not developed spoken language, there was no skill walking alone. Shifts in the hemogram in the form of lower levels of hemoglobin were observed in 88.9% of surveyed children, 51.8% - moderate leukocytosis in the range of 8-12 thousand, at 64.8% - neutrophilic shift to the left, at 96.2% of children accelerated ESR in the range of 20-70 mm / h. In 11.1% of children were found tubercle bacilli in the sputum. The results of Mantoux test with 2ME were negative in 87.1% of children. Radiological findings in children from group 2 lesion volume intrathoracic lymph nodes was more extensive, and 2 times the volume of lesions in children 1 group. In 61.1% of children set for tuberculosis complicated. in 21.5% of patients - pulmonary atelectasis individual segments, 15.7% - pleurisy, at 90.1% - contamination foci in lung tissue.

Conclusion. The clinical course in children TB / HIV differs versatility of clinical signs of the disease with a predominance of general intoxication syndrome. Due to the high frequency of detection polilimfadenopatii on the background of intoxication syndrome, children with HIV require a thorough radiographic and tomographic studies.

CONTEMPORARY DIAGNOSIS OF THE URINARY TUBERCULOSIS

*Uteshev M.S., Mukhamedov K.S., Xodjaeva M.I.
Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan*

Relevance. The prevalence of genitourinary tuberculosis over the past 5 years in Uzbekistan is 10.3-12.4%. 40-60% of newly diagnosed cases are destructive, advanced and complicated forms of nephrotuberculosis, typically resulting in adverse sequela.

Purpose of the study. Optimize the system of early diagnosis of urogenital tuberculosis.

Materials and methods. We examined 70 patients with newly diagnosed tuberculosis of the genitourinary system (GUS), aged 20 to 60 years, treated at the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Tuberculosis and Pulmonology (RSNPMTsFiP) in 2016.

Results. According to gender distribution, 43 male (60.3%), 27 female (39.66%) patients were examined. In accordance with distribution of patients by nosological forms of GUS, the most frequent was papillitis - 21 (29.3%) cases, followed by tuberculosis of the urethra - 16 (21.8%) cases, less frequent - tuberculosis of male genitalia - 12 (16.8%) cases, bladder tuberculosis - 11 (15.4%) cases, tuberculosis of renal parenchyma - 6 (10.8%) cases and cervical tuberculosis - 4 (5.9%) cases. On admission, in 48 (68.6%) patients the diagnosis was confirmed bacteriologically; it should be noted that more than half, i.e. 27 (56.3%) patients were discharging mycobacteria, 21 (43.7%) patients had positive cultures obtained from surgical specimens. All patients underwent roentgenological studies, including one or two methods, i.e. intravenous excretory urography in 16 (23%) patients was performed pursuing differential diagnosis between Fraley syndrome and tuberculosis of renal parenchyma. Retrograde ureteropyelography was performed in 5 (8.2%) and antegrade pyelography in 11 (16%) cases for the purpose of differential diagnosis with tumors and urolithiasis. Ascending ureterocystography was performed in 25 (36%) patients to determine their urodynamics. MRI was performed in 30 (42.8%) and MSCTI in 60 (85.7%) cases. All female and 16 (37.2%) male patients underwent dynamic cystoscopy with biopsy of the bladder. Prognosis of the disease dynamics of urogenital tuberculosis was foremost unfavorable. While maintaining the same conditions and factors, urinary tuberculosis was expected to be increased twofold or

more. Feature of the course of urinary tuberculosis is the pathogenically caused early progressive dysfunction of the affected organs and systems.

Conclusions. In order to establish a diagnosis in the early stages of the urinary tuberculosis, and determine the treatment program, it is recommended to identify the risk factors and to benefit from MRI, MSCTI, CTI studies which are of utmost importance on admission of patients to a primary care unit.

COMPLICATED FORMS OF ALLERGIC RHINITIS IN CHILDREN

*Xudoyberdiva F.F., Yusupova S.R., Umarov X.U.
Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan*

Purpose. Clarification of etiological causes of nasal obstruction and improved ways to eliminate it.

Material and Methods. The study appears in the family polyclinic №50 Tashkent. Under our supervision there were 60 patients with allergic rhinitis children aged 4 to 14 years. All children were held clinical laboratory, allergy and functional examination in accordance with the standards adopted in allergy to verify the diagnosis. collect allergic history, determination of total and allergen-specific IgE, production of skin allergy tests. Also, the surveys were conducted to assess the subjective severity of the clinical manifestations and microbiological studies, endoscopic examination of the nose using a flexible endoscope Olympus, cytological examination of nasal secretions before and after treatment. In 15 (39.2%) patients had different types of deformation of the nasal septum, in 20 (16.7%) - hypertrophy of the tonsils, 8 patients (19.2%) - adenoid razrascheniya different degrees, in 5 (15.0 %) - sinusitis, and 13 (10.8%) - hypertrophic and vasomotor rhinitis. It should be noted that of the 60 patients, 28 (23.3%) in the genesis of nasal obstruction lay the only reason, and in 5 (76.7%) was observed polymorphic genesis of the disease.

Results and Discussion. The results of a survey of 50 children with allergic rhinitis revealed that up to 10 prevailed kataralno- edematous form, 15 acute rhinosinusitis, in 20 purulent and 5 adenoid. Of the surveyed group is selected 30 children with ages 4 to 14 years with persistent allergic rinitom- mild, moderate, complicated forms. These patients received monotherapy with fluticasone nasal spray for ages 4 to 7 years 100mcg / day, from 8 to 14 years, 300mcgs / day. The results were evaluated at 3, 7 days or 1 month. The effectiveness of treatment was assessed,

followed by pokazatelyam- degree of violation of nasal breathing, the presence of abnormal discharge, local and general somatic symptoms. For an objective evaluation of treatment outcomes were compared in the groups before and after therapy. Analysis of the dynamics of change of complaints before and after treatment in the first group showed that the nature of the discharge after treatment for 3-4 days is changing, there is mucus, and 5-6 day discharge completely disappear. The same pattern is observed in the other groups, but these effects occur 2-3 days earlier. Manifestations on the part of the nose and paranasal sinuses, such as pain, nasal congestion, fever, disappear for 3-4 days in all groups. Indicator of hearing loss after treatment in the first group did not change, in - the second group decreased from 88.2% to 80.0%. Itching and rhinorrhea in patients in the first and - to the second group after treatment remained unchanged in the third group in the 2-fold decreased, and the fourth group is completely eliminated. Dynamics of changes in objective measures of inspection before and after treatment showed that the patency of the eustachian tube was restored in 62.3%, and the allocation completely disappeared. Hyperemia in the first and second groups of water completely preserved in almost all patients in the third group decreased to 21.3% and in the fourth group decreased to 40.2%.

Conclusion. The results of treatment failed to note the effect of treatment which come within 3 days of treatment. Of the 25 (70%) children good results were obtained in 21 (20%), satisfactory in 4 (10%). Thus, we can conclude that in the arsenal otorinolaringolov a new highly effective method for the treatment of complicated forms of allergic rhinitis. Thus, we conducted observations show that most of the genesis of nasal obstruction polymorphic for which elimination is necessary to conduct a combined surgical treatments. Analyzing the performance duration of remission, came to the conclusion that the duration of remission using combined therapy increased 2.5-3 times.

**ELECTRICAL AND ECHOCARDIOGRAPHIC INDICATORS AT
CHILDREN WITH CARDIOMYOPATHIES**

Yakubova K. N., Akhmedova N. R.

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

Disturbance of heart conduction is one of the most complex problems in a children's cardiology. This pathology occurs in 28% of cases at children in early age with disturbance of cordial rhythm and conduction and very often has an unfavorable result.

Research objective. to study functional changes at children with cardiomyopathies.

Materials and methods of research. There were examined 56 children from 3 to 16 years with hypertrophic, dilation and restrictive cardiomyopathies hospitalized in cardiorheumatological departments of RSSPMC of Pediatrics in Tashkent and RMMC in Nukus city. All examined patients have undergone clinical and functional trials (ECG, EchoCG).

Results and discussions. Among children with a cardiomyopathy in carrying out ECG at all there were noted perceptible signs of a hypertrophy of the left departments of heart and intraventricular septum, tachycardia, there were registered arrhythmias, disturbance of a depolarization phase, incomplete blockade of the right leg of Giss rays, signs of overload of RH and Lh, and also hypertrophy signs of LV at patients. Along with it there was registered a low voltage of QRS complexes in standard leads. In ECG analysis. there was noted an existence of signs of ventricles hypertrophy, a sinus arrhythmia (45%), episodes of atrioventricular or ventricular premature ventricular contraction (20%), disturbance of conduction (80%), disturbance of processes of depolarization in a myocardium of ventricles (100%). Disturbances of conduction were shown in blockade of branches of atrioventricular band, is more often than anterosuperior branch that is followed by a sharp deviation of electric axis of heart to the left, or in atrioventricular blockade of the I-II degree.

When carrying out EchoCG at children with DKMP, we noted changes in type of dilatation in heart cavities (90%) - more left ones, depression of systolic function (85%), regurgitation via atrioventricular valves (40%), diastolic dysfunction of myocardium (90%), signs of pulmonary hypertensia (40%). A distinctive sign of HSN at such children was early implication (before emergence of complaints) of echocardiographic changes. They included. LV wall hypertrophy (25%) or interventricular septum (75%) with decrease of LV cavity (75%), obstruction of lead-

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

out tract of LV (60%), disturbance of diastolic function (90%) and relative rising in fraction of exile (85%).

Thus, existence of functional changes at children with cardiomyopathies testifies about depression of contraction and functional ability of a myocardium, and is followed by changes of central hemodynamics and morphometric indicators.

ВНУТРИУТРОБНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

*Аббасова Х.Х., Нурутдинова Г.Т., Хакимов Ш.К., Инакова Б.Б.
Андижанский государственный медицинский институт, Г. Ташкент,
Узбекистан*

Исходя из современных представлений, внутриутробные инфекции (ВУИ) - это группа заболеваний плода, новорожденного и детей раннего возраста инфекционно-воспалительной природы, вызываемые различными возбудителями, которые часто характеризуются сходными эпидемиологическими параметрами и имеют однотипную клиническую картину. Считается, что внутриутробные инфекции реализуются в результате антенатального или интранатального инфицирования плода.

Под нашим наблюдением находилось 27 детей в возрасте от 1 до 7 месяцев жизни с лабораторным подтверждением острой инфекции ЦМВИ. Jg M (≥ 1.100) и Jg G (≥ 1.1000). Большинство детей родились от женщин домохозяек (77,8%), у многих до беременности отмечались осложнения в их здоровье. Среди них были преимущественно выкидыши (22,2%), искусственные аборты (14,8%), мертворождаемость детей (8,4%). Отмечались также гинекологические патологии, такие как кольпит (7,41%), аднексит, поликистоз яичника, эрозии шейки матки (22,2%). Существенно часто выявлялись эндокринные заболевания – ожирение (11,1%), диффузный токсический зоб (18,5%), бесплодие (7,41%), миопия (3,71%), НЦД по гипертоническому типу и артериальная гипертензия (25,9%).

Течение беременности осложнялось угрозой прерывания беременности в ее первой (22,2%) и во второй половине (24,3%), женщины переносили часто ОРВИ и грипп (70,4%), у 3-х (11,1%) женщин обнаруживалось многоводие, у 4-

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

х (14,8%) гестационный пиелонефрит, у 11 (40,7%) выраженные признаки преэклампсии.

Роды у них завершились в 17 случаях (62,9%), преждевременным рождением детей (≤ 37 недель), у 7 (25,9%) проводилась операция кесарево сечение по поводу отслойки нормально расположенной или низко расположенной плаценты, поперечное положение плода, миопия матери и слабость родовой деятельности. Эпизео- и перинеотомия проводилась у 5 (18,5%) женщин.

Таким образом, у новорожденных с острой формой ЦМВИ перинатальный период отягощен многими факторами риска, что усугубляет тяжесть течения основного заболевания.

ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ КОНТАКТНАЯ ЛИТОТРИПСИЯ КАМНЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ

Абдиев Б.Р., Рахматуллаев А.А.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. До настоящего времени традиционные открытые оперативные методы лечения камней мочевого пузыря у детей применяются наиболее часто. Разработка и внедрение новых технологий в клиническую практику привели к интенсивному развитию эндоскопической коррекции камней мочевого пузыря.

Цель. Совершенствовать эндоскопическое лечение камней мочевого пузыря у детей.

Материал и методы. В отделе хирургии РСНПМЦ Педиатрии 27 больным в возрасте от 2 до 6 лет выполнена эндовидеоскопическая трансуретральная контактная гольмиево-лазерная литотрипсия камней мочевого пузыря. Для эндоскопического лечения использовали детские цистоскопы фирмы «Karl Storz» (Германия) и гольмиево-лазерный литотриптор фирмы «Ассу Tech 80» (Китай).

Результаты. При диагностической уретроцистоскопии обратили внимание на наличие инфравезикальной обструкции, состояние слизистой мочевого пузыря, количество и размеры камней. Размеры камней составили

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

2,8±0,6см, инфравезикальной обструкции не выявили, во всех случаях наблюдались гиперемия и отёчность слизистой мочевого пузыря. У 23 (85%) детей встречались одиночные камни, у 4 (15%) детей множественные камни. Эффективность вмешательства после операции оценивали по регрессии мочевого синдрома, УЗИ мочевого пузыря и урофлоуметрии по Гольдбергу. Только у двух больных (7,4%) было явление дизурии, в связи с чем, мочевого катетер был удален спустя 48 часов после операции. Обострение инфекции мочевого тракта было отмечено у троих (11%) больных. Усиление антибактериальной терапии позволило ликвидировать явления воспалительного процесса мочевого тракта, без каких либо осложнений и купирование наблюдалось к моменту выписки из стационара. В отдалённые сроки у 25 (92,6%) детей (22 детей с одиночными камнями, 3 детей с множественными камнями) отмечена стабильная ликвидация мочевого синдрома, отсутствие дизурии и фрагментов камней.

Выводы. Трансуретральная контактная гольмиево-лазерная литотрипсия является наиболее эффективным методом лечения камней мочевого пузыря у детей, что позволяет добиться положительного результата во всех случаях при полной безопасности для пациента.

ДИНАМИКА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОЖИРЕНИЕМ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМАХ ТЕРАПИИ

Абдувахабова М.Б., С.И. Исмаилов.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Цель исследования. Изучить эффективность патогенетической терапии и динамику антропометрических показателей у женщин с ожирением фертильного возраста при различных эндокринопатиях до и через 6 мес после лечения. .

Материал и методы исследования. По этиологическому фактору пациентки с ожирением были распределены на три группы. 1 гр. - пациентки с ожирением при синдроме поликистозных яичников (СПКЯ) – 30 больных, 2 гр.

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

- пациентки с диенцефальным ожирением – 21 случаев и 3 гр.- пациентки с эндокринным ожирением (при первичном гипотиреозе) – 20 больных.

Возраст пациенток в 1-й группе колебался от 20 до 39 лет.

Всем больным проводился следующий спектр исследований, включавший общеклинические, биохимические исследования, радиоиммунологические гормональные методы исследования крови, ЭКГ, УЗИ матки и яичников с фолликулометрией на 11-14 дни цикла.. Всем пациенткам была выполнена магнитно-резонансная томография гипофиза (МРТ).

Антропометрическое исследование включало определение роста, веса, определение индекса массы тела (ИМТ), окружность талии (ОТ), окружность бедер (ОБ), ОТ/ОБ..

Пациенткам для снижения массы тела была назначена немедикаментозная и этиопатогенетическая терапия.. Этиопатогенетическая терапия включала 3 схемы терапии в 3 группах пациенток в течение 6 мес.

1 группе была назначена комбинация сиофора 1000 мг в сутки + верошпирон 100 мг дважды в неделю + йодмарин 100 мкг утром + левотироксин 50 мг утром + антиандрогены (Ярина, Джес, дексаметазон и др.) + антидепрессанты курсами (амитриптиллин, фенибут, рексетин и др)..

2 группе была назначена комбинация сиофора 1000 мг в сутки + верошпирон 100 мг дважды в неделю + йодмарин 100 мкг утром + левотироксин 50 мг утром + метаболики (пиррацетам, актовегин внутривенно №10) + редуксин 15 мг утром после еды+ антидепрессанты курсами (амитриптиллин, фенибут, рексетин и др)..

3 группе назначена комбинация йодмарин 100 мкг утром + левотироксин 50 мг утром

Результаты исследования. В 1 и 2 группах пациенток отмечались достоверное снижение ИМТ 1 и 2 степени после 6 мес лечения, в то время как у пациенток 3 группы достоверных изменений ИМТ через 6 мес лечения не было достигнуто ни при одной из степени ИМТ. При этом, у пациенток 1 и 2 групп с ИМТ 3 степени через 6 мес была достигнута тенденция к снижению ИМТ. Кроме того, восстановление фертильности и беременность была достигнута у пациенток 1 группы – в 19,5% случаев (у 10 больных). В 1 и 2 группах пациенток отмечались достоверное улучшение показателей по сравнению со средними данными ОТ, ОБ, ОТ/ОБ до лечения, в то время как у пациенток 3 группы достоверных изменений средних значений ОТ, ОБ, ОТ/ОБ через 6 мес лечения не установлено

Выводы. Проведение комплекса лечебных мероприятий, с учетом разработанного алгоритма индивидуального этиопатогенетического подбора терапии ожирения, позволяет эффективно снижать и удерживать достигнутую массу тела, способствует улучшению соматического и репродуктивного здоровья у женщин детородного возраста.

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ ТРЕВОЖНО- ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ

Абдувахитова А.Н., Сабиржанова З.Т.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Согласно существующим рекомендациям, терапия ХСН предполагает длительный прием лекарственных препаратов, а также соблюдение некоторых ограничений, касающихся образа жизни больных. В настоящее время актуальным сохраняется несоответствие между возможностями современной медицины и фактической терапией больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН). В качестве факторов, связанных с низкой комплаентностью 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 48 больных (48 мужчин и 20 женщин) в возрасте от 60 до 75 лет с ХСН II ФК по классификации NYHA, развившейся вследствие ИБС и артериальной гипертонии (АГ). В исследование не включали больных с ревматическими пороками сердца, инфекционным эндокардитом, инсультом в анамнезе. Для оценки качества жизни использовался — Миннесотский опросник «Жизнь больных с хронической сердечной недостаточностью». Наличие и выраженность тревоги и депрессии оценивали с помощью госпитальной шкалы

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

самооценки тревоги и депрессии (HADS). 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 50 баллов и при выписке 54 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 27 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 ($r=-,209; p=0,32$), тяжелым течением ХСН по ШОКС ($r=-0,26; p=0,004$) и наличием инвалидности ($r=0,206; p=0,026$).

Заключение.

Медицинские факторы и дезадаптационные явления в повседневной жизни больных 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.

**ВЛИЯНИЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РАЗЛИЧНОЙ КРАТНОСТИ НА
ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ
РАССТРОЙСТВАМИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

Абдукодирова Н.А.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. На сегодняшний день имеет не маловажное значение влияние динамического наблюдения различной кратности на ИМТ больных АГ с метаболическими нарушениями.

Материал и методы исследования. Все больные, включенные в исследование, имели абдоминальный тип ожирения (ОТ/ОБ больше 0,9 для мужчин и больше 0,85 для женщин). При каждом посещении кардиолога больным проводились мероприятия, направленные на снижение массы тела. антропометрические измерения (определение роста, массы, объема талии и бедер, подсчет ИМТ и соотношения объема талии/объем бедер), обсуждение полученных результатов; предоставление больным информации о правильном питании, необходимости адекватных физических нагрузок, о вреде повышенной массы тела и возможных осложнениях; совместный просмотр дневника самонаблюдения.

Из 72 пациентов 1-й группы 29 (40,28%) человек имело ожирение I степени, 25 (34,72%) - ожирение II степени, 18 (25%) человек - ожирение III степени. Из 60 больных 2-й группы ожирение I степени имели 26 (43,33%), ожирение II степени - 20 (33,33%), ожирение III степени - 14 (23,33%) больных. В 3-й группе, в которой было 48 больных, ожирение I степени встречалось у 18 (37,5%), ожирение II степени - у 17 (35,42%) и ожирение III степени у - 13 (27,08%) больных. В начале исследования группы были сравнимы по этому признаку ($p > 0,05$).

Результаты/обсуждение. Через 6 месяцев наблюдения в 1-й группе (кратность наблюдения один раз в 3 месяца) ожирение I степени было зафиксировано у 38 человек, что составило 52,78%, ожирение II степени - у 21 (29,17%), ожирение III степени - у 13 (18,06%) человек.

Во 2-й группе (кратность наблюдения один раз в 6 месяцев) через 6 месяцев ожирение I степени было зафиксировано у 27 (45,76%) человек,

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

ожирение II степени - у 16 (27,12%), ожирение III степени - у 16 (27,12%) человек.

Через 6 месяцев наблюдения в 3-й группе (кратность наблюдения один раз в 6 месяцев) ожирение I степени выявлено у 14 (29,79%) больных, ожирение II степени — у 16 (34,04%), а ожирение III степени - у 17 (36,17%) больных.

Выводы. Таким образом, в 1-й группе отмечалось увеличение количества больных с ожирением I степени и снижение количества больных с ожирением II и III степеней. Во 2-й группе количество больных с ожирением I степени практически не изменилось, количество же больных с ожирением II и III степеней стало равным, за счет повышения массы тела больных, прежде имевших ожирение II степени. В 3-й группе отмечено снижение количества больных с ожирением I степени и увеличение больных с ожирением III степени.

Можно заключить, что более выраженная положительная динамика по данному показателю (степень ожирения) через 6 месяцев исследования отмечалось в 1-й группе, а отрицательная в 3-й группе.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОЧЕЧНОГО КРОВОТОКА У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

Абдурахманов Д.А., Розыходжаева Г.А., Болтаева Н.Н.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Цветовое дуплексное сканирование (ЦДС) является важным методом для оценки почечной гемодинамики у детей. С помощью ЦДС можно дифференцировать почечные артерии (ПА), сегментарные почечные артерии (СА) и междолевые артерии (МА) и качественно оценить гемодинамику почек. Метод импульсно-волнового доплера на уровне магистральной почечной артерии, сегментарных, междолевых и дуговых артерий позволяет проводить количественную оценку почечного кровотока.

Цель работы. Изучение диагностической значимости доплерографической оценки скоростей кровотока и индекса сопротивления в различных почечных артериях у здоровых детей.

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

Материал и методы. Обследовано 30 практически здоровых детей методом ЦДС. Дети были разделены по возрасту 4 группы. 7 детей (<1 года), 7 детей младшего возраста (1-6 лет), 8 школьников (7-11 лет) и 8 подростков (12-18 лет).

Исследования проводились на базе кафедры “Поликлинической педиатрии, лучевой диагностики и терапии” и клиники ТашПМИ на ультразвуковом диагностическом аппарате “Sonoscape SSI 5000” в В-режиме и режиме цветового доплеровского картирования и импульсной доплерометрии. При этом использовался конвексный датчик с частотой сканирования 2-5 мГц. У всех детей измеряли пиковую систолическую скорость кровотока (ПСК) и индекс резистентности (RI) в ПА, СА, МА. Результаты исследования обработаны с помощью пакета статистической программы «Sta_win.exe».

Результаты. Самая низкая скорость кровотока выявлена у детей до 1 года (1-ая группа), самая высокая у детей 3-ей и 4-ой групп. У детей 1-ой группы значения ПСК в ПА, СА, МА были соответственно равны $49,9 \pm 11,2$; $32,7 \pm 10,1$ и $16,7 \pm 7,6$ см/сек; у детей 2-ой группы $69,4 \pm 14,2$; $44,1 \pm 11,4$ и $29,7 \pm 8,3$ см/сек, соответственно. Показатели скоростей в ПА, СА, МА у детей 3-ей группы были равны $83,6 \pm 17,8$; $48,3 \pm 10,8$ и $29,0 \pm 7,7$ см/сек, соответственно, а у 4-ой группы $81,7 \pm 14,2$; $47,1 \pm 13,2$; $27,9 \pm 8,3$ см/сек. Каждая скорость кровотока в пределах ПА и МА возрастала с увеличением возраста ($p < 0,05$). Наибольшие значения скорости кровотока выявлены в ПА, наименьшие - в МА, что соответствует выводам других исследователей, что скоростные показатели снижаются примерно на 30 % от ПА к СА и около 30% - от СА до МА. Индексы сопротивления снижались от ПА до МА. Кроме того, наблюдалась заметная тенденция к снижению показателей сопротивления с возрастом ($p < 0,05$). Так, у детей 1 и 2-ой групп RI в ПА $0,83 \pm 0,17$ и $0,74 \pm 0,11$, соответственно, в СА $0,82 \pm 0,18$ и $0,69 \pm 0,10$, в МА $0,74 \pm 0,21$ и $0,68 \pm 0,11$. У детей 3 и 4-ой групп RI в ПА был равен $0,73 \pm 0,13$ и $0,70 \pm 0,09$, в СА $0,67 \pm 0,10$ и $0,64 \pm 0,13$, в МА $0,59 \pm 0,09$ и $0,61 \pm 0,12$, соответственно.

Выводы. Результаты исследования показали, что скорость кровотока в различных почечных артериях и показатели сопротивления зависят от возраста и места расположения почечных сосудов. Полученные данные могут быть использованы для сравнения значений кровотока в почечных артериях у детей, а также указывают на необходимость учета возраста и местоположения контрольного объема в различных почечных артериях при измерении параметров патологического кровотока.

**ДИФФУЗ БЎҚОҚ БИЛАН ОҒРИГАН БОЛАЛАРДА ЮРАК ҚОН
ТОМИР ТИЗИМ ХОЛАТИНИ ЭРТА ТАШХИСЛАШ**

Абдурахманова Д.Ф., Ходжиметов Х.А.

Тошкент Педиатрия Тиббиёт Институтини, Тошкент ш, Ўзбекистон

Долзарблиги. Диффуз нотоксик бўқоқ (ДНБ) хасталигида юрак қон томир тизими (ЮҚТТ) динамикасини издан чиқиши, уни гемодинамик ва метоболик асоратлар олиб келишини олдини олиш самарадорлигини оширишда эрта ташхислаш шунингдек диагностиканинг адекват усуллари танлаш катта прогностик аҳамиятга эга. Олиб борилаётган илмий татқиқот ишимизда бола организмда йод етишмовчилиги натижасида юзага келаётган ДНБ ва бунинг оқибатида ЮҚТТ да секин асталик билан функционал, органик ўзгаришларни келиб чиқишини эрта олдини олишга қаратилган.

Тадқиқот мақсади. Диффуз нотоксик бўқоқни жинсга қараб учраш даражаси ва юрак қон томир тизимида боғлиқ объектив кўрув натижаларини ўрганиш.

Тадқиқот услублари. Муаммони ёритиб беришда 8 ёшдан 17 ёшгача бўлган 50 та ДНБ билан оғриган бола киритилди. Буларни 30(60%) тасини қиз ва 20(40%) тасини ўғил болалар ташкил қилади. Текширув учун беморлар РИЭИАМ болалар бўлими, ТошПТИ клиникаси ва хайрия текширувига келган меҳрибонлик уйи болалари орасидан танлаб олинди. Ташхис қўйиш бемор шикоят, анамнези, эндокринолог кўруви, объектив кўрув ва лаборатор инструментал текширувларга асосланиб қўйилди.

Тадқиқот натижалари.

Текширув ўтказилган беморларни жинсга қараб ажратилганида ДНБни 1- даражали катталашуви 33(66%) та болада, шулардан 18(36%) нафари қизлар 15(30%) таси ўғил болаларда кузатилди. ДНБ 2- даражали катталашуви 17(34%) та болада, булардан 12(24%) та қиз, 5(10%) та ўғил болаларга тўғри келди. Бўқоқ даражасига кўра текширувдаги беморларни 2 баробар кўп қисмида ДНБ 1 даражали катталашуви кузатилиб, беморларни 2 мартаба ортик қисмини қизлар ташкил қилади.

Объектив кўрувда 37(74%) беморда юрак учи турткиси нормада жойлашган. Перкутор текширилганида юрак нисбий тўмтоқлик чегараси 37(74%) та болада ёшига мос ўлчамда. Юрак нисбий тўмтоқлик чегараси 13(26%) нафар беморда нормага нисбатан ўзгарганлиги кўрилди. Буларни 5(10%) тасида ўнгга

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

силжиш, 7(14%) нафарида чап томонга кенгайганлиги аниқланди. Текширув ўтказилганлардан 1(2%)да юрак ҳам чап ҳам ўнг томонга кенгайганлиги аниқланди.

Хулоса.

Диффуз нотоксик бўқоқ жинсга қараб учраши ўрганилганида ДНБни 1-даражали котталашуви 33(66%)та болада, шулардан 18(36%) нафари қизлар 15(30%)таси ўғил болаларда кузатилди. Об'ектив кўрув натижаларига кўра 50 нафар боладан 37(74%)тасида юрак учи турткиси нормада жойлашганлиги кўрилди. Юқорида келтирилган фикрлар ДНБ билан касалланган болаларни эрта ташхислашда ва касаллик натижасида келиб чиқаётган кардиоваскуляар бузилишларни эрта олдини олиш, даволаш усулларини ишлаб чиқиш ва уни такомиллаштириш учун илмий татқиқот олиб боришга асос бўлди.

ДИФФУЗ БЎҚОҚ БИЛАН ОҒРИГАН БОЛАЛАРДА ЮРАК ҚОН ТОМИР ТИЗИМ ХОЛАТИ

Абдурахманова Д.Ф., Ходжиметов Х.А.

Тошкент Педиатрия Тиббиёт Институти, Тошкент ш., Ўзбекистон

Долзарблиги. Юртимиз ва кўшни давлатларда қалқонсимон без касаллигини ЮҚТТга таъсири юзасидан олиб борилган татқиқотларни аксарияти диффуз токсик бўқоқ (ДТБ) хисобланади. Диффуз нотоксик бўқоқ (ДНБ) ва унинг юрак қон томир тизими (ЮҚТТ)га таъсир этишини деярлий илмий ёритиб берилмаган. Ушбу илмий татқиқот ишимизда ДНБ касаллиги оқибатида ЮҚТТда юзага келувчи функционал ўзгаришлар ва уларни вақт ўтган сари органик ўзгаришларга олиб келишини имкон қадар ёритиб берилди

Тадқиқот мақсади. Диффуз нотоксик бўқоқ даражасига кўра кузатилаётган шикоятлар натижаларини ўрганиш.

Тадқиқот услублари. Муаммони ёритиб беришда 8 ёшдан 17 ёшгача бўлган 50 та ДНБ билан оғриган бола киритилди. Буларни 30(60%) тасини қиз ва 20(40%)тасини ўғил болалар ташкил қилади. Текширув учун беморлар РИЭИАМ болалар бўлими, ТошПТИ клиникаси ва хайрия текширувига келган меҳрибонлик уйи болалари орасидан танлаб олинди. Ташхис қўйиш бемор шикояти, анамнези, эндокринолог кўруви, объектив кўрув ва лаборатор инструментал текширувларга асосланиб қўйилди.

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

Тадқиқот натижалари .

Илмий текширувга олинган 50 нафар ДНБ билан оғриган болаларни шикоятлари асосида жадвалга киритилди. ДБ даражаларига кўра бўлиб чиқилди. Кузатув натижалари шуни кўрсатдики ДНБ билан касалланган болаларни клиник симптомларига кўра 31(62%) та бемор юрак соҳасида оғриқ, санчиқ борлигига шикоят қилган. Булардан 19(38%)таси ДБ 1 даражали котталашганларда, 12(24%) та ДБ 2 даражали котталашганларда кузатилди. Энтикиш ҳолати бўлган беморлар 17та (34%), шундан ДБ1 даражали беморларда ДБ2 даражалига нисбатан 7(14%)та кўп учраган. Тез чарчаш белгиси 29(58%)тани кўрсатди. Инжиқлик умумий 23(46%)ни ташкил этиб, 13(26%) ДБ 1 даражали беморларда, 10(20%) ДБ 2 даражали беморларда кузатилди. Хотира сустигига бўлган шикоят барча текширилганларни 23(46%)тасида кузатилиб, булардан ДБ 1 даражалиларда 13(26%), ДБ 2 даражалиларда 10(20%) та беморда аниқланди. Диққат пасайишига бўлган шикоят текширувга ажратиб олинган 50 та боладан 35(70%)тасида учради. Соч тўкилишига бўлган шикоят жаъми 14(28%)нафар беморда кузатилиб булардан 6(12%)та ДБ 1 даражали, 8(16%) ДБ 2 даражали беморларда аниқланди. Терлашга бўлган шикоят умумий кузатувдагиларни 14(28%)нафарида қайд этилди. Йиғилган шикоятларга кўра текширилаётганларда совқотиш ҳолати жаъми 16(32%)та беморда кузатилиб, булардан 8(16%)та ДБ1 даражали, 8(16%)та ДБ2 даражали беморларда кузатилди. Кўнгил айниш ҳолати умумий 8(16%)та беморда аниқланиб буларни 6(12%) ДБ 1 даража, 2(4%) ДБ 2 даража котталашган беморларга тўғри келди. Метиоризмга текширилаётган беморларни 18(36%) нафарида шикоят бўлиб, булардан 12(24%) ДБ 1 даражали, 6(12%) ДБ 2 даражали , ич қотиш белгилари эса умумий 30(60%) беморда шикоят қилинди, шулардан ДБ 1 даражали беморлар 16(32%), ДБ 2 даражали беморлар 14(28%) нафарини ташкил қилди.

Хулоса. Юрак қон томир тизимига боғлиқ шикоятлар натижаларини шуни кўрсатдики 31(62%) та бемор юрак соҳасида оғриқ, санчиқ борлигига шикоят қилган. Булардан 19(38%)таси ДБ 1 даражали котталашганларда, 12(24%)та ДБ 2 даражали котталашганларда кузатилди. Энтикиш ҳолати бўлган беморлар 17та(34%), шундан ДБ1 даражали беморларда ДБ2 даражалига нисбатан 7(14%)та кўп учраган. Юқорида келтирилган фикрлар ДНБ билан касалланган болаларни эрта ташхислашда ва касаллик натижасида келиб чиқаётган кардиоваскуляр бузилишларни эрта олдини олиш, даволаш усуллари ишлаб чиқиш ва уни такомиллаштириш учун илмий татқиқот олиб боришга асос бўлди.

**КЛИНИКО-НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ
ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ**

Абдусаттарова Г.Ш., Маджидова Ё.Н.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Изучение причин фармакорезистентного течения эпилепсии является одной из наиболее актуальных задач в современной эпилептологии. Неконтролируемое течение заболевания представляет серьезную медицинскую проблему, так как в этом случае у пациентов повышается риск заболеваемости, инвалидизации и смертности. Проблема фармакорезистентности эпилепсии особенно актуальна в детском возрасте, так как длительное активное течение заболевания приводит к развитию эпилептической энцефалопатии, что особенно неблагоприятно влияет на психическое развитие детей, обуславливая вторичную или дополнительную инвалидизацию.

Цель исследования. Разработать клинико-нейрофизиологические критерии фармакорезистентности эпилепсии у детей, определить прогностические факторы течения эпилепсии.

Материал и методы исследования. В основу исследования были положены данные обследования 60 детей с эпилепсией получавшие лечения в неврологическом отделении клиники ТашПМИ. В исследования использовались общепринятые клинико-неврологические и инструментальные методы обследования.

Результаты исследования. Показано, что у 43% пациентов с безуспешным применением двух первых антиэпилептических препаратов, возможно достижение длительной ремиссии, причем полный контроль над приступами может быть достигнут при введении в рациональной политерапии седьмого по счету АЭП. Показано, что у детей с эпилепсией в 28% случаев отмечается фармакорезистентное течение заболевания, причем у 87%-91% детей этой группы лекарственная устойчивость отмечается уже на введение первого АЭП. У 9%- 13% детей этой группы приступы, возобновившиеся после длительной ремиссии (от года до семи лет), наступившей при введении двух первых АЭП, приобретают фармакорезистентное течение, что свидетельствует о формировании феномена фармакорезистентности. У детей с подтвержденным

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

диагнозом эпилепсии при изменении вида приступов или при присоединении других видов приступов проведение видео-ЭЭГ мониторинга позволяет выявить в 10% случаев неэпилептические приступы. К благоприятным клиническим прогностическим факторам достижения ремиссии при эпилепсии, относится отсутствие перинатальной патологии, нормальные темпы; психомоторного развития на первом году жизни, дебют заболевания с любых видов эпилептических припадков (за исключением. инфантильных спазмов); невысокая частота приступов (не чаще одного раза в месяц); отсутствие двигательных и когнитивных нарушений, отсутствие патологических изменений при нейровизуализации.

Выводы. Таким образом, определены основные виды пароксизмальных состояний у детей, сходные по клиническим проявлениям с эпилептическими приступами, определены дифференцирующие клинико-ЭЭГ критерии эпилептических и неэпилептических приступов. Показано, что путем рационализации проводимой антиэпилептической терапии возможно достижение продолжительной ремиссии у 72% пациентов. Определены клинические прогностические факторы благоприятного течения эпилепсии у детей. Проведен анализ успешности проведения различных видов терапии и отдельных групп препаратов в зависимости от вида эпилептических приступов в дебюте заболевания.

TORCH ИНФИЦИРОВАНИЕ МАТЕРЕЙ НОВОРОЖДЁННЫХ С ВРОЖДЁННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА.

Абсаломова Ф.А., Турдыева Ш.Т.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Доля ВУИ в структуре перинатальной смертности в нашей стране составляет почти 25 %, вместе с тем трансплацентарное инфицирование плода считается одной из наиболее вероятных причин 80 % врождённых пороков развития, которые, в свою очередь, составляют около 30 % всех смертей детей до 1 года (Комова О.В., 2015). Результатом инфицирования может стать выкидыш, врождённые пороки развития или острый инфекционный процесс у новорождённого. К сожалению, отмечено, что в

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

последние годы с помощью этого анализа чаще обнаруживают не одну, а несколько инфекций одновременно, что ухудшает прогноз развития внутриутробной инфекции. Внутриутробное инфицирование чаще всего протекает незаметно, практически никаких симптомов у матер и не наблюдается, ультразвуковое исследование плода тоже редко выявляет факт инфицирования .

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 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%. 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%.

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

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.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПРОМЕДОЛОМ У ДЕТЕЙ

Авазов Ж.Х., Юсупов А.С.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Обезболивание пациентов в послеоперационном периоде – одна из важнейших задач и проблем современной интенсивной терапии. Наиболее часто для послеоперационной аналгезии применяют ненаркотические анальгетики, неспособных обеспечить адекватное обезболивание. Из числа наркотических анальгетиков растворы морфина и фентанила, оказывают влияние на гемодинамику и дыхание, что ограничивает их использование в педиатрии в дозировках, бупренорфин, трамал используют у детей старшей возрастной группы. Кроме того и морфин и в чуть меньшей степени фентанил, способны вызывать депрессию дыхания, что может существенно осложнить течение послеоперационного периода.

Цель исследования. оценка характера и эффективности послеоперационного обезболивания у детей при использовании внутримышечного введения промедола.

Материалы и методы. Детям в возрасте от 5 месяцев до 14 лет, подвергшихся оперативным вмешательствам планового характера, использовали внутримышечное введение 1% раствора промедола. Детям

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

обезболивание проводили при наличии болевого синдрома из расчета 0,25 мг/кг промедола.

Результаты. Длительность послеоперационного обезболивания составляла от 36 до 63 часов, в среднем 51 ± 6 часов. У больных величина ЧСС в послеоперационном периоде была выше, чем до операции. В промежутке между 21-м и 27-м часами исследования величина ЧСС была достоверно более высокой, что потребовало дополнительного обезболивания. Показатели АД на протяжении всего исследования оставались стабильными с незначительными отклонениями. Введение промедола не оказывало заметного влияния на оцениваемые гемодинамические параметры, обезболивание было эффективным.

Выводы. По сравнению с традиционно используемым в детской практике ненаркотических анальгетиков, болюсно внутримышечное введение промедола, обеспечивает более комфортное течение послеоперационного периода, более эффективную послеоперационную аналгезию и не оказывает влияния на оцениваемые гемодинамические параметры.

ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АНЕСТЕЗИИ ЦЕНТРАЛЬНЫМИ АНАЛГЕТИКАМИ

Ж.Х. Авазов, А.С. Юсупов

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Существуют различные методы комбинированной анестезии (КА) с применением центральных анальгетиков (ЦА) при многих хирургических вмешательствах у детей. Особое значение при анестезии данных методик имеет оценка показателей гемодинамики. Однако использование ЦА в детской практике имеет некоторые ограничения, что связано с физиологическими особенностями детского возраста. На сегодняшний день из числа ЦА наиболее широкое применение нашли фентанил и промедол. Варианты использования ЦА при хирургических вмешательствах у детей остаются полемической.

Цель исследования. Изучить изменение показатели ЦГ при урологических операциях у детей.

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

Материалы и методы. Исследованы 22 больных (4-14лет) которым проводилось оперативное вмешательство при абдоминальных и урологических патологиях с осуществлением КА. Пациенты разделены на 2 группы. 1-группа 13 больных, которым проводилось КА с применением промедола (1,5мг/кг) и ГОМК (100мг/кг); 2 –группа 9 больных, которым проводилось КА с применением фентанил (5мкг/кг) сибазона (0,2мг/кг). Обе группы были сравнимы по основным антропометрическим показателям. Исследовали параметры центральной (ЭхоКГ) и периферической (АДс, АДд, АДср, ЧСС) гемодинамики (ЦГ и ПГ), сатурация кислорода (Sat O₂ кардиомониторе VLT, Китай).

Результаты и обсуждения. при проведенных исследованиях было выявлено, что в вводный период проведение анестезии имеет существенное значение на последующие этапы анестезиологического пособия. Результативность КА у пациентов 1 –группы ознаменовалось стабильностью гемодинамики и показателей Sat O₂. Это было обусловлено положительным влиянием ГОМКа и обезболивающим эффектом промедола. Однако, у пациентов 2-группы имелось некоторые особенности в виде снижения ОПСС- на 14%, СИ- на 26%, АДс-на 21%. Отличительным влиянием КА у детей в 1 – группе явилось стабильность параметров ЦГ и ПГ, что отразилось на положительной работе сердечно-сосудистой системы (ССС), время выхода из наркозного состояния у пациентов 1-группы был позднее на 25,0±1,12 мин.

Вывод. Таким образом КА с применением фентанила и сибазона характеризовалась относительной стабильностью состояния и ранним пробуждением больных в после- операционном периоде.

**РОЛЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ
КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ
С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ**

Маджидова Е.Н., Аъзамова Н.С.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Наиболее ранним и распространенным проявлением дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) является нарушение когнитивных функций. Так, по данным А.Б. Локшиной и Н.Н. Яхно, когнитивные расстройства присутствуют почти в 90% случаев уже на I- II стадии ДЭ. При этом нарушения когнитивных функций являются достаточно воспроизводимым симптомом ДЭ, то есть при повторных исследованиях они имеют одинаковые проявления.

Цель исследования. Изучение особенностей показателей когнитивной сферы у пациентов с ДЭ на фоне артериальной гипертензии, в зависимости от ее степени

Материал и методы исследования. Обследованы 100 пациентов (средний возраст $54,5 \pm 0,7$ года) с ДЭ, развившейся преимущественно на фоне артериальной гипертензии (АГ). Контрольную группу составили 30 практически здоровых людей (средний возраст $52,2 \pm 0,9$ года) без объективных проявлений ДЭ, не предъявлявших жалобы на состояние здоровья. Исследование проведено в центральной клинической больнице Государственной Акционерной Железнодорожной Компании «Ўзбекистон темир йўллари». С целью оценки когнитивной сферы мы использовали тест Шульте, тест Бурдона.

Результаты и обсуждение. Результаты исследований показали зависимость когнитивных нарушений от выраженности АГ. Так, исследование темпа сенсомоторных реакций и внимания, которое проводилось по таблицам Шульте, выявило, что среднее затраченное время в контрольной группе равнялось $33,0 \pm 0,4$ с. У пациентов с ДЭ затраченное время составило $50,7 \pm 0,5$ с ($P < 0,001$).

Темп сенсомоторных реакций и внимания по таблицам Шульте у больных с ДЭ на фоне АГ был замедлен, по сравнению с показателем контроля. Далее мы провели анализ темпа сенсомоторных реакций и внимания у пациентов с ДЭ в зависимости от степени АГ, который показал, что у пациентов с АГ I

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

степенью скорость равнялась $49,2 \pm 0,6$ с., с АГ II степенью - $52,2 \pm 0,7$ с., при АГ III степени - $58,5 \pm 0,5$ с. соответственно. Далее мы исследовали концентрацию и устойчивость внимания в группе контроля и у пациентов с ДЭ с помощью корректурной пробы Бурдона. Исследование показало, что у лиц контрольной группы концентрация внимания составила $435,4 \pm 20,9$, устойчивость внимания - $4,5 \pm 0,04$. У пациентов с ДЭ группы концентрация внимания равнялась $95,3 \pm 3,7$, а устойчивость внимания $3,2 \pm 0,03$ ($P < 0,001$), показатели были значительно ниже, по сравнению с контролем. Это связано с ранним и прогрессирующим поражением преимущественно белого вещества головного мозга, которое наблюдается при АГ.

В ходе работы мы проанализировали показатели внимания у пациентов с ДЭ в зависимости от степени АГ, у пациентов АГ I степени концентрация внимания равнялась $102,9 \pm 5,6$, устойчивость внимания - $3,2 \pm 0,05$. У больных АГ II степенью $71,7 \pm 3,0$ и $3,17 \pm 0,07$ – соответственно. А у пациентов АГ III степенью концентрация и устойчивость внимания составили $66,5 \pm 3,7$ и $3,6 \pm 0,51$ соответственно. Отмечено, что в группе с АГ III степенью показатели внимания значительно снижены.

Выводы.

1. В основе когнитивных расстройств при ДЭ лежит наблюдаемый в подавляющем большинстве клинических случаев феномен корково-подкоркового и корково-коркового разобщения.

2. По мере нарастания степени АГ отмечается снижение показателей когнитивной сферы, т.е. у пациентов с ДЭ на фоне АГ III степенью показатели внимания и темп сенсомоторных реакций были значительно снижены по сравнению с группами пациентов с ДЭ АГ I и II степени.

**ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ МЕТОДОМ
ИМПЕДАНСНОЙ КАРДИОГРАФИИ ПРИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ
ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ**

Алимов А.А.

*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 оценки 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 центральной гемодинамики с использованием системы «ЮМ 300» (Украина), когда 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 центральной 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 хирургической коррекции. на 2 сутки после операции средние величины минутного объема сердца постепенно снижались. Учащением пульса на 20—36%, наиболее выраженным у детей в возрасте 2-3 лет. На 3 сутки послеоперационного периода наблюдали только постепенное урежение пульса. Изменения АД при

неосложненном послеоперационном периоде были незначительны 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.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ВТОРИЧНОЙ КАТАРАКТЫ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ЭКСТРАКЦИИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ КАТАРАКТ И ИМПЛАНТАЦИИ ИОЛ

Алимова М.Б., Хамраева Л.С., Бобоха Л.Ю.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Вторичная катаракта (фиброз задней капсулы хрусталика (ЗКХ))—это помутнение и уплотнение ЗКХ после экстракапсулярной экстракции катаракты. Вторичная катаракта является распространенной причиной снижения зрения после экстракции катаракты и занимает значительное место среди патологии органа зрения у детей, развиваясь после удаления врожденных, травматических и осложненных катаракт и варьирует от 10 до 50% у взрослых и 93,2% – у детей.

Целью нашего исследования является изучение факторов, влияющих на развитие вторичной катаракты у детей после экстракции различных видов катаракт и имплантации интраокулярных линз (ИОЛ).

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 20 больных (32 глаза), прооперированных в глазном отделении клиники ТашПМИ. Возраст детей варьировал от 9 месяцев до 14 лет. Всем больным были проведены офтальмологические (визометрия, метод наружного осмотра глаз, определение угла косоглазия, биомикроскопия, офтальмоскопия), клиничко-лабораторные методы исследования и консультации смежных специалистов.

Результаты. По этиологии катаракты больные были распределены на 2 группы. в-I группу вошли дети с артефакцией после экстракции врожденной катаракты (всего - 15 (75%)). Во II-ю – дети с артефакцией после экстракции

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

травматической катаракты, в количестве 5 (25%). В I-ой группе фиброз ЗКХ I-степени составил 14% (4 глаза), II-степени 58 % (15 глаз) и III-степени 28% (8 глаз) случаев. Во II- группе фиброз ЗКХ I-степени наблюдался в 60% (3 глаза), II- степени в 40% (2 глаза) случаях. Интра- и послеоперационные ожидаемые незначительные осложнения наблюдались и в I и во II группах, но чаще встречались в I – ой после экстракции атипичных катаракт. Фиброз ЗКХ развивался на 1 – 2 месяца раньше у детей после экстракции травматической катаракты со вторичной имплантацией ИОЛ, а также у детей после экстракции врожденной атипичной катаракты.

Вывод. К факторам риска развития вторичной катаракты относятся вид катаракты и сроки имплантации ИОЛ. Результаты наших исследований показали, что вторичная катаракта развивается раньше после экстракции врожденных атипичных и травматических катаракт со вторичной имплантацией ИОЛ.

СТРУКТУРА ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Алиярова Ф.Т., Хамраева Л.С.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Патология органа зрения и его придаточного аппарата играет важную роль среди причин детской инвалидности. По данным ВОЗ в мире насчитывается около 28 млн.слепых, из них 12% - дети. Распространенность и высокая социальная значимость нарушений зрения у детей определяет необходимость поиска эффективных путей их лечения, профилактики и коррекции, а также повышенные требования к организации офтальмологической помощи детям. В связи с этим, в настоящее время, изучение структуры глазной патологии у детей является востребованным

Цель. Изучить структуру офтальмопатологии у детей по обращаемости пациентов в глазной кабинет консультативно – диагностической поликлиники(КДП) клиники ТашПМИ за 2015 год.

Материалы и методы. Проведен анализ 8684 амбулаторных карт больных, обратившихся в глазной кабинет КДП клиники ТашПМИ за 2015 г. Всем больным были проведены офтальмологические

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

(визометрия; тонометрия; биомикроскопия; офтальмоскопия; определение угла косоглазия; УЗИ глаза (А и В-режим)), клинично-лабораторные методы исследования, консультации узких специалистов.

Результаты. Мониторинг медицинской документации показал следующее. за 2015 календарный год в глазной кабинет КДП всего обратилось 8684 пациента, из них офтальмологические заболевания были обнаружены у 7345(85%) детей, патологии со стороны органа зрения не обнаружено у 1339(15%) пациентов. Из обследованных больных мальчиков было 4148(56%), девочек 3197(44%). Все больные были распределены по возрасту. Наибольшую часть составили мальчики в возрастной группе от 5 до 18 лет.

Был проведен анализ посещаемости детей из регионов республики. Из Ташкентской области обратилось 2516 (34%) пациентов, Кашкадарьинской 754 (10%), из города Ташкента 680 (9%), Сурхандарьинской 536 (7%), Наманганской 459 (6%), Ферганской 386 (5%), Бухарской 309 (4%), Джизакской 313 (4%), Хорезмской 316 (4%), Самаркандской 320(4%), Андижанской 177 (2%), Сырдарьинской 165 (2%), из Республики Каракалпакстан 157 (2%), Навоинской области 160 (2%), из зарубежных стран 92 (1%). Наибольшее количество детей обратились из Ташкентской области, что объясняется территориальной близостью нашей клиники.

По нозологиям больные были распределены следующим образом (диагноз ставился согласно международной классификации болезней (МКБ) десятого пересмотра, вступившего в силу с 1 января 1993г.). новообразования глазного яблока и его придаточного аппарата у 20 (0,27%), болезни век, слезных органов и глазницы у 1188 (16,16%), патология конъюнктивы у 257 (3,49%), патология склеры, роговицы, сосудистого тракта у 353 (4,8%), болезни хрусталика (катаракта, афакия, вывих хрусталика) у 921 (12,53%), патология сетчатки у 799 (10,87%), врожденная глаукома у 118 (1,6%), болезни стекловидного тела у 44 (0,59%), патология зрительного нерва и зрительных путей (неврит, атрофия) у 238 (3,23%), патология глазодвигательного аппарата у 2100 (28,6%), нарушение аккомодации и рефракции у 992 (13,5%), анофтальм, микрофтальм у 66 (0,89%), последствия травм (субатрофия глазного яблока) у 175 (2,38%) детей соответственно.

Вывод. Наиболее часто регистрировались заболевания глазодвигательного аппарата (28,99%), болезни век и слезных органов (16,16%), аномалии рефракции (14,30%), болезни хрусталика (12,53%), патология сетчатки (10,8%).

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ
С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЦА**

Атажанов Х.П., Ходжиметов Х.А.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность исследования. Недостаточность питания среди детей с хроническими заболеваниями сердца имеет высокую распространенность в мире, составляя от 18 до 64%, и рассматривается как часть заболевания. Наличие недостаточности питания ухудшает течение заболевания, прогноз, увеличивает сроки госпитализации и затраты на лечение.

У детей с заболеваниями сердца часто имеет место сопутствующая патология (Раянова Р.Р., 2005; Фокина В.В., 2005). Экстракардиальная патология относится к факторам операционного риска и определяется у 30% детей с врожденными пороками сердца (Шведунова В.Н. и др., 2012).

Целью исследования определить распространенность недостаточности питания у детей с врожденными пороками сердца и кардиомиопатиями.

Материал и методы исследования. У 32 пациентов (18 девочки) с различными заболеваниями сердца (врожденный порок сердца до и после операции, дилатационная кардиомиопатия, гипертрофическая кардиомиопатия, рестриктивная кардиомиопатия, хронический миокардит, нарушения ритма сердца) в возрасте от 1 месяца до 10 лет в течение 48 часов после поступления проводилась клиническая оценка и антропометрические измерения. Антропометрические данные оценивались согласно критериям ВОЗ (программа «WHO Anthroplus»). Острая недостаточность питания была определена как -2 SD веса по отношению к росту, и хроническая недостаточность питания как -2 SD роста относительно возраста.

Результаты исследования. Из общего числа обследованных детей с заболеваниями сердца недостаточность питания была выявлена у 31,7% детей. Хроническая недостаточность питания наблюдалась у 4 (9%) пациентов, и острая у 10 (22,7%) пациентов. У 9 (20,4%) пациентов Z-скор веса к росту составил — $1-2$ SD, что позволило включить этих детей в группу риска по развитию нутритивной недостаточности.

Таким образом, недостаточность питания среди детей с хроническими заболеваниями сердца имеет высокую распространенность (около 1/3 госпитализированных пациентов). У 1/4 госпитализированных детей

отмечается риск развития недостаточности питания, что требует консультации врача-диетолога и назначения специализированных продуктов энтерального питания.

ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ИНВАЗИВНОЙ ДИАРЕЕ У ДЕТЕЙ

Атоева И.И., Умаров Т.У.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. По данным ВОЗ, ежегодно в мире регистрируется до 1-1,2 млрд. «диарейных» заболеваний и около 5 млн. детей ежегодно умирают от кишечных инфекций и их осложнений. В Республике Узбекистан в 70-годы прошлого столетия ОКИ также были широко распространены. Так, если в 1971 году в республике переболело 141747 человек указанными инфекциями, то в 1972 году этот показатель составил 142308. В настоящее время благодаря осуществлению широкомасштабных профилактических мероприятий заболеваемость инвазивной диарей в республике значительно снизилась. Инвазивные диареи у детей раннего возраста характеризуются клинико-эпидемиологическими особенностями, выраженным полиморфизмом клинических проявлений, значительным числом тяжелых и осложненных форм, склонностью к затяжному течению, что затрудняет рациональное лечение. Ребенок инфицируется во время родов, а также пищевым путем, контактным и воздушно-капельным путем. Инвазивные диареи у детей раннего возраста характеризуются клинико-эпидемиологическими особенностями, выраженным полиморфизмом клинических проявлений, значительным числом тяжелых и осложненных форм, склонностью к затяжному течению, что затрудняет рациональное лечение, реабилитацию больных детей. В последние годы наблюдается увеличение удельного веса инвазивной диареи, вызванной полирезистентными штаммами.

Цель исследования. изучение функционального состояния печени при тяжелом течении ОКИ у детей вызванными полирезистентными штаммами.

Материалы и методы. Исследования проведены у 28 детей в возрасте от 6 месяцев до 2 лет. У всех детей, больных инвазивными диареями установлены

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

следующие сопутствующие заболевания. ОРВИ, бронхит, пневмония. У всех детей констатировано состояние инфекционно-токсического шока второй и третьей степени. Установлено, что у всех обследованных детей отмечался токсический гепатит с проявлениями гепатомегалии и спленомегалии. У 4 обследованных детей с тяжелым течением ОКИ констатирована острая печеночная энцефалопатия 1-2 степени.

Анализ полученных данных определяет нарушение гемодинамических потенциалов в виде гиповолемии в обеих группах с характерным для течения ИТШ снижением АД и ЦВД, развитием сердечной недостаточности по гипотоническому типу.

Отличительно от классического варианта развития синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС), у детей обеих групп превалировал гипокоагуляционный синдром с удлинением ВСК, тромбоцитопенией, повышением деградации фибриногена, повышением этанолового, протаминсульфатного тестов, реакции рекальцификации плазмы. Необходимо отметить выраженность указанных изменений у детей с крайне тяжелым течением ИТШ. Отмечалась гиперферментемия и гипербилирубинемия, особенно у детей с явлениями ИТШ.

Выводы. Токсическое влияние инфекта и развивающаяся гипоксия оказывают решающее влияние на систему гемостаза, в связи с чем только активное воздействие на фазность возникающих изменений гемореологии способно в достаточной мере корригировать развитие ДВС-синдрома.

БОЛАЛАРДА ГЕЛЬМИНТОЗЛАРГА ҚАРШИ ПРОФИЛАКТИК ТАДБИРЛАР САМАРАДОРЛИГИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Ахатова Г.Х., Назарова С.К.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент Ш, Ўзбекистон

Мавзунинг долзарблиги Ўзбекистонда инсоннинг касалланишига сабаб бўладиган гельминтларнинг 10 дан ортик тури маълум. Улардан 4-5- тури (энтеробиоз) кенг тарқалганлиги ва аҳоли, айниқса усиб келаётган ёш авлоднинг соғлигига катта зиён етказиши сабабли тиббиёт нуктаи назаридан ғоят аҳамиятли ҳисобланади. Острицалар билан 30% зарарланиш ва айнан

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

болалар уюшган жамоаларида ушбу ҳолат 90% гача бўлиб, ер куррасининг барча қитъаларида учраши тасдиқланган (Т.А. Абдиев).

Тадқиқот максоди ва вазифалари. Болаларда гельминтозларга қарши профилактик тадбирлар самарадорлигини урганиш ва такомиллаштириш бўйича таклифлар ишлаб чиқиш.

Тадқиқот натижалари. Яшнобод тумани 531- сонли мактабгача таълим муассасалари (МТБ), оилавий поликлиника (ОП) ва туман давлат санитария-эпидемиология назорати маркази (ДСЭНМ)да болалар орасида гельминтозлар билан касаланишни ўрганиш мақсадида тиббиёт ва статистика ҳужжатлари билан танишиб чиқилди, маълумотлар олинди ва уларга статистик ишлов берилиб, олиб борилаётган ишлар таҳлил қилинди. 531-сонли МТМ болалари орасида гельминтозлар билан касаланишни урганилган 477 нафар болалардан кизлар 248 (52%), уғил болалар 229(48%) ташкил этган. Ёши бўйича тақсимланиши. 2 ёшдан - 3 ешгача болалар сони- 96(20,13%); 4-5 ёшдаги болалар – 262(54,9%); 6-7 ёшлик болалар – 119(24,97%) ташкил этади. Туман ДСЭНМ ходимлари билан биргаликда боғча болаларидан олинган аҳлат (капрология) анализи ва анал тешигидан суртмалар (соскоб) текширилди. Тадқиқотга жалб этилган 15 нафар (3,10%) болалар аҳлатида гельминтлар аниқланди. Булар орасида 33,3% острицалар, 26,7% лямблиялар, 40% аскаридалар ташкил этган. Гельминтлар аниқланган болаларга небиндазол дори препарати билан 1 кг вазн танага –250 мгдан дори ичирилди. Ва ушбу болаларда 3 ойдан кейин 15 нафар болалар орасида бир нафар (6,7%) болада острицалар тухуми аниқланди ва ушбу болага гельминтокс берилди. Ушбу болада 2 ойдан кейин 3 маротаба текширув утказилди ва капрология анализиде гельминтлар ёки тухумлар аниқланмади.

Хулоса. Болалар орасида гельминтозларга қарши профилактика ишлари умумий-ташқилий ва гигиеник чора тадбирлардан иборатлиги ва уларнинг аксарияти турли тадбирлар (кампания) доирасида олиб борилиши ва олиб борилган дегельминтация ишлари самарадор эканлиги аниқланган. Мустахкам профилактика ишларни олиб бориш ва юқори самара бериш учун уларни тизимли равишда олиб бориш зарурлиги бўйича таклифлар ишлаб чиқилди. Таклифлар туман ДСЭНМ, ОП ва 531-сонли МТБ раҳбарларига берилди.

**СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ОБСТРУКТИВНЫХ
ХОЛЕСТАЗОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

Ахмаджанов А.М., Алиев М.М., Адылова Г.С.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Распознавание аномалий желчных протоков является трудным диагностическим процессом с применением методов сложных в техническом отношении.

Целью исследования явилось определить диагностическую эффективность МРТ холангиографии и эластометрии при обструктивной холангиопатии

Материал и методы. В исследовании использованы результаты обследования 127 детей с явлениями холестаза в возрасте от 20 до 120 дней, из них 78 детям установлен диагноз атрезия ЖВП и выполнена операция Касаи. Средний возраст пациентов при выполнении операции Касаи 75 дней.

Результаты. Все пациенты (100%) обращались в клинику с идентичными жалобами. ахоличный стул, желтушность кожных покровов, гепатоспленомегалия. В стандарт диагностики кроме общепринятых лабораторных методов обследования включили динамическое эхосканирование желчевыводящих путей (100%), МРТ без контрастную холангиография (46-37%), эластометрия (77-61%). Биохимическом обследовании сыворотки крови показало у 99 (78%) гипербилирубинемия с превалированием конъюгированной фракции, у 21 фракции приблизительно равные, и лишь 7 превалировала неконъюгированная фракция, увеличено содержание маркеров холестаза. ЩФ, ГГТ. У детей старше 40 дней определялось нарушение агрегатного состояния крови, в частности снижение ее свертываемости. У 63 детей (49%) нарушены все виды обмена. жировано, белковый, углеводный, водно-солевой.

Эхосканирование проводилось в динамики на фоне консервативной терапии (метил преднизолон 5мг*кг/сут, урсодеоксихолевая кислота 20мг*кг/сут, фолиевая кислота, ферментные препараты (липаза 100ЕД/сут), противовирусная терапия, жирорастворимые витамины). Определяли наличие и размеры желчного пузыря(размеры менее 12*4мм , отсутствие слизистой, наличие фиброзного треугольника в области ворот печени считали признаками атрезии ЖВП-31 ребенок), полиспления (выявлена у 13 пациентов). Эластометрия у 13 детей выявили признаки цирроза печени, у 9- фиброз

печени, у 34- хронический гепатит, а у остальных показатели в пределах нормы.

По данным МРТ безконтрастной холангиографии атрезия ЖВП выявлена у 67 больных, у остальных данных за атрезию не было.

На основании проведенного комплексного обследования у 92 пациентов установлен клинический диагноз атрезия ЖВП, однако учитывая возраст ребенка 90 дней и более, наличие цирротических изменений (МРТ, эластометрия) сопутствующую патологию 14 пациентов признаны не операбельные и им предложена трансплантация, всем остальным выполнена операция Касаи. В раннем послеоперационном периоде скончались 2 ребенка от нарастающей печеночно клеточной недостаточности. По данным морфологического исследования печени в 21 случаев выявлены явления биллиарного цирроза на фоне атрезии ЖВП.

Сопоставляя интраоперационно, морфологические данные и результаты МРТ и эластометрии специфичность этих методов диагностики 87%, что соответствует литературным данным.

Заключение. таким образом комплексное обследование, включающее динамическое эхосканирование, МРТ без контрастную холангиографию и эластометрию дает возможность установить атрезию ЖВП и решить вопрос о хирургическом вмешательстве.

К ЛЕЧЕНИЮ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Ахмедов М.А. Джаббарова Д.Р.,

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент ш, Ўзбекистон

Актуальность. Сенсоневральная тугоухость (СНТ) является одной из актуальных проблем в детской оториноларингологии, так снижение слуха в раннем возрасте часто приводит к задержке речевого развития ребенка с отставанием его психофизического развития снижающее его социально адаптационные возможности. Кохлеарная имплантация (КИ) широко используемый метод лечения и реабилитации слуховой функции у детей с тяжелой СНТ. Однако остаются многие нерешённые вопросы эффективности реабилитационных мероприятий у детей раннего возраста.

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

Цель исследования. Изучение эффективности реабилитации детей раннего возраста с КИ.

Материалы и методы исследования. в исследовании принимали участие 60 детей с СНТ, в возрасте от 10 месяцев до 10 лет проходивших лечение и реабилитацию в «Отделение врожденной и приобретенной ЛОР патологии» РСНПМЦП за последние 2 года (2014-15г). Дети были распределены на 1-группу, 37 (61,6%) детей раннего возраста, оперированных в прелингвальной (развитие слуховой дисфункции до овладения речью) и 2-группу, 23 (38,4%) детей оперированных в постлингвальной (развитие тугоухости во время неполной устойчивости речевых навыков с тенденцией к распаду речи) периоде. Всем пациентам обследуемой группы была выполнена КИ. Включение кохлеарного импланта и настроечная сессия производились через 1 месяц после операции, а оценка эффективности проводилась в течение года от начала слухоречевой реабилитации. Для оценки результата программы слухоречевой реабилитации выделено 3 уровня ее эффективности. отличный, хороший и удовлетворительный.

Результаты исследований. Из числа пациентов, оперированных в прелингвальном возрасте (до 3-х лет) отличный и хороший результат был отмечен у 53 (88,33%) детей, у 5 (11,67) удовлетворительный результат, плохих результатов не наблюдалось. Отмечено достоверное понижение эффективности КИ в подгруппе пациентов, оперированных при длительности тугоухости от 2 до 5 лет, в сравнении с подгруппой пациентов до 2 лет (66,5%) ($p < 0,05$). При этом, между эффективностью КИ в подгруппах пациентов с длительностью тугоухости 2-5 лет и более 5 лет (где получено 67,8% хороших и отличных результатов) достоверных различий получено не было ($p > 0,05$).

Выводы. Эффективность кохлеарной имплантации зависит от возраста пациента, так как у детей оперированные в раннем возрасте отличный и хороший результат был отмечен у более 88% детей.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АДЕНОИДИТА У ДЕТЕЙ

Ахмедов М.А, Умаров Х.У.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность темы. Аллергические заболевания являются актуальной проблемой практического здравоохранения и в последние десятилетия привлекают все более пристальное внимание врачей разных специальностей. Самой распространенной патологией ЛОР-органов в детском возрасте являются заболевания лимфаденоидного кольца глотки, их гипертрофия и воспалительные заболевания.

Вопрос о значении аденоидных вегетаций в патогенезе аллергии не является решенным до настоящего времени. Сочетание и взаимодействие аллергического ринита, аденоидита и бронхиальной астмы важная проблема современной аллергологии и оториноларингологии. Связь этих заболеваний требует серьезного изучения, в частности вопрос о влиянии аденотомии на дальнейшее течение аллергического ринита.

Цель исследования. Определить в какой степени аллергия лежит в основе хронического воспаления лимфоидной ткани носоглотки у детей.

Материал и методы. Ретроспективно изучены истории болезни 53 детей в возрасте от 1 года до 14 лет, в анамнезе которых имеются аллергические риниты, на фоне хронического текущего аденоида. У детей подробно изучался анамнез заболевания, длительность заболевания, этиологические факторы вызвавшие аллергию (бытовые и пыльцевые аллергены). Изучали, в какой степени аллергия лежит в основе хронического воспаления лимфоидной ткани носоглотки у детей. Провели комплексное аллергологическое обследование детей с хроническими аденоидитами включающим бактериологический посев из носоглотки и исследование крови на наличие специфических IgE антител к энтеротоксинам *Staphylococcus aureus*. Определили особенности эндоскопической картины лимфоидной ткани носоглотки у детей с аллергией. Изучалось влияние аллергических аденоидитов на дыхательную функцию методом передней активной риноманометрии. Кроме этого, исследовали слуховую функцию у детей с аллергическим аденоидитом.

Результаты и обсуждение. У всех детей выяснилось влияние аллергического фактора в основе хронического воспаления лимфоидной ткани

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

носоглоти у детей. Проведено комплексное аллергологическое обследование детей с хроническими аденоидитами. Определены особенности эндоскопической картины лимфоидной ткани носоглотки у детей с аллергией. Характерными эндоскопическими признаками аллергических аденоидитов являются бледно-розовый цвет аденоидных вегетаций, выраженная отечность и сглаженность борозд, слизистый характер отделяемого. Наиболее важным признаком можно считать лабильность в размерах глоточной миндалины, обусловленную течением аллергического процесса. Исследовано влияние аллергических аденоидитов на дыхательную функцию методом передней активной риноманометрии. Исследована слуховая функция у детей с аллергическим аденоидитом.

Выводы. развитие и течение хронических аденоидитов у 11 детей, что составило 20,7% случаев обусловлено аллергическим состоянием. У 44 детей наиболее часто причинно-значимыми аллергенами являются бытовые, что составило 83%, а у 30 детей (56,6%) пыльцевые аллергены. У 17 детей (в 32,1% случаев) с аллергическими аденоидитами выявлено снижение слуха. Определяется «флюктуирующий» характер тугоухости, за счёт выраженного отека процесса лимфоидной ткани носоглотки. Исследования методом передней активной риноманометрии позволяют объективно оценивать динамику функции носового дыхания на фоне проводимого лечения.

НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ БЕСПЛОДИЕМ

Ахунова Н.Х., Назарова С.К.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Невынашивание беременности — проблема, значение которой не только не уменьшается со временем, но, пожалуй, даже возрастает. Среди различных форм невынашивания беременности особое место занимает несостоявшийся выкидыш, то есть гибель эмбриона или плода в раннем сроке с длительной задержкой его в полости матки — неразвивающаяся беременность (далее НБ). В МКБ-10 введена специальная рубрика. «Беременность с абортивным исходом» (O05), в которой выделены формулировка и код

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

отдельных форм ранней патологии беременности. Длительная задержка погибшего эмбриона (плода) в матке на фоне угнетения её сократительной деятельности сопровождается высоким риском развития инфекционных и гемостатических осложнений, может явиться причиной вторичного бесплодия и материнской смертности. Удельный вес данной патологии в структуре репродуктивных потерь довольно высок. 10–20%.

Цель работы Выявить этиологические причины и факторы невынашивания беременности у женщин, страдающих бесплодием.

Материал и методы исследования Материалами исследования послужили статистические данные семейных поликлиник и родовспомогательных медицинских учреждений, в которых проводилось исследование.

Собственные исследования. По результатам исследования было выявлено, что у 90 (17,14%) женщин страдающих бесплодием имело место наличие НБ, в 1,11% случаях неразвивающаяся беременность диагностирована после экстракорпорального оплодотворения. Из гинекологических заболеваний в анамнезе бесплодие выявлено у 4- (4,4%) пациенток, эрозия шейки матки - 16(17,8%), воспалительные заболевания женских половых органов - 3(3,3%), эндометриоз -1(2,2%), задержка плода в полости матки 1(2,2%), миома матки-1(2,2%), кисты яичников - 1(2,2%), апоплексия яичника - 1 (2,2%) случай. В исследуемой группе случаев НБ встречалась в сроках от 3 до 18 недель в среднем в 86%. У большинства беременных выявлены явления кольпита (18,9%), цервицита (10.4%), эрозия шейки матки (14,4%), у 16,66% в предыдущем был выставлен диагноз невынашивание беременности.

Выводы. На основании приведенного анализа, можно сделать вывод, что неразвивающаяся беременность является достаточно серьезной патологией. При ее формировании необходимо провести углубленное обследование пациентки для выяснения причины гибели эмбриона. Для уменьшения вероятности действия возможных повреждающих факторов на течение беременности необходимо более ответственно относиться к будущей беременности!

**АНАЛИЗ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК
БРУЦЕЛЛЁЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ**

Бабаев К.Д., Косимов И.А.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Бруцеллёз особо опасная и социально значимая инфекция, приносящая значительный экономический ущерб и обуславливающая высокий уровень инвалидизации больных. За последние годы произошла эволюция клиники бруцеллёза, изменилась эпидемиологическая ситуация, этиологическая структура заболеваемости, кратность заражения людей бруцеллёзом с соответствующим клиническим течением болезни. Знание клинических особенностей течения инфекции у детей, как и механизмов развития эпидемического процесса, позволяет отобрать прогностические критерии в оценке осложненной эпидемиологической ситуации.

Целью настоящего исследования явился анализ клинико-эпидемиологических проявлений бруцеллёзной инфекции у детей.

Материалы и методы. В процессе исследований нами было проанализировано 58 эпид.карта и 104 историй болезни детей и подростков, больных бруцеллезом находившихся на стационарном лечении в бруцеллёзном отделении клинической инфекционной больницы при НИИЭМИЗ МЗРУз в период 2005-2009 гг.

Результаты. Анализ возрастно-полового состава 104 больных детей показал, что дети младшего возраста от 4-6 лет составили -14 (13,4%); дети от 7-10 лет -26 (25,0%), 11-13 лет-28 (26,9%); 14-17 лет – 36 (34,6%). Всего же из 104 исследуемых больных детей было выявлено 66 (63,4%) мальчиков и 38 (36,5%) девочек. Сравнительный анализ возрастных групп исследованных больных выявил преобладание детей в возрасте от 7-14 лет (86,5%), реже бруцеллёз встречается у детей дошкольного возраста (13,4%). Выявленная прямая связь между возрастом и числом заболевших детей объясняется тем, что у детей старшего возраста условий для контакта с животными и употребления в пищу инфицированных мясо-молочных продуктов больше, чем у детей младшего возраста. Из числа исследуемых больных детей

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

мальчиков было больше (63,4%), чем девочек (36,5%), что объясняется преимущественным привлечением их по уходу за животными.

В результате анализа были зарегистрированы все клинические формы бруцеллёза. Острый бруцеллёз констатирован у 51 (49,0±4,9%) заболевших детей; подострый бруцеллёз отмечен у 22(21,2±4,0) детей, среди которых (9,1±6,1) в возрасте 4-6 лет; 36,4±10,3 в возрасте 7-10 лет; 27,3±9,5%- в возрасте 11-13 лет и 27,3±9,5% в возрасте 14-17 лет. Хронический бруцеллёз как первичный, так и вторичный в возрастной категории 4-6 лет не встречался. Всего среди больных детей в возрасте от 4 до 17 лет острая форма наблюдалась в 51 (49,0±4,9%); подострая- в 22 (21,1±4,0%); первично-хроническая форма –в 19 (18,3±3,8%); вторично-хроническая форма- в 12 (11,5±3,1%) в случаях.

Для подострого бруцеллёза были характерны клинические проявления, сходные с острым бруцеллёзом, отличительным признакам являются лишь длительность течения и наличие очаговости со стороны висцеральных органов, опорно-двигательного аппарата.

Выводы. клиническая картина у детей с острым бруцеллёзом на современном этапе развития заболевания сохраняет свой характерный симптомакомплекс, позволяющей диагностировать хроническую бруцеллёзную инфекцию и проводить дифференциальный диагноз.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕНИЯ СУСТАВОВ ПРИ ГИПЕРМОБИЛЬНОМ СИНДРОМЕ

Балтабаева С. Ходжиметов Х.А. Аташикова Р.М.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность исследования. Среди малоизученной патологии в ревматологии выделяют гипермобильный синдром (ГМС). Впервые сформулированная Kirk J.H. et al. (1967) как заболевание, при котором, вследствие имеющейся ГМ, развивается различная патологическая симптоматика со стороны опорно-двигательного аппарата, в целом сохранила свою актуальность.

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

Известно, что подвижность в суставах зависит от ряда факторов, к числу которых можно отнести. морфологические особенности костных и суставных элементов, расслабленность связок и суставной капсулы, уровень мышечного тонуса и силу мышц. Кроме того, значительная роль в этиопатогенезе этого феномена отводится генетическим факторам (Кадурин Т.И., 2000; Ондрашик М., Грэхем Р., 2006; Wynne-Davies R., 2000; Child A., 2002).

Целью исследования явилось изучить клинические проявления гипермобильности суставов и состояние опорно-двигательного аппарата при гипермобильном синдроме у детей.

Материал и методы исследования. Существенную помощь в диагностике оказывает внимательный сбор анамнеза. Характерным фактом в истории жизни пациента является его особая чувствительность к физическим нагрузкам и склонность к частым травмам (растяжения, подвывихи суставов в прошлом), что позволяет думать о несостоятельности соединительной ткани. Выявляемый методом Бейтона избыточный объем движений в суставах дополняет собственно клинические формы проявления СГМС.

Под нашим наблюдением находилось 29 детей находившихся на лечении в кардиоревматологическом отделении клиники ТашПМИ в возрасте от 3-х до 18 лет с различными остеопатиями.

Результаты исследования. Анализ клинических данных показал, что артралгия и миалгия определилась у 100% исследуемых. Ощущения могут быть тягостными, но не сопровождаются видимыми или пальпируемыми изменениями со стороны суставов или мышц. Наиболее частая локализация — коленные, голеностопные, мелкие суставы кистей. У детей описан выраженный болевой синдром в области тазобедренного сустава, отвечающий на массаж у 6 больных (20,6%). На степень выраженности боли часто влияют эмоциональное состояние, погода.

Острая посттравматическая суставная или околосуставная патология, сопровождающаяся синовитом, теносиновитом или бурситом определилась у 7 больных (24%).

Периартикулярные поражения (тендиниты, эпикондилит, другие энтезопатии, бурсит, туннельные синдромы) определились у 10 (34,4%) пациентов. Которые возникали в ответ на необычную (непривычную) нагрузку или минимальную травму.

Хроническая моно- или полиартикулярная боль определилась, у 20 пациентов (68%) и в ряде случаев сопровождалась умеренным синовитом, провоцируемым

физической нагрузкой. Это проявление СГМС наиболее часто приводит к диагностическим ошибкам.

Таким образом, диагноз синдрома ГМС становится обоснованным, когда исключены другие ревматические заболевания, а имеющиеся симптомы соответствуют клиническим признакам синдрома, логично дополняемым выявлением избыточной подвижности суставов и/или других маркеров генерализованного вовлечения соединительной ткани.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНОГО ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С ВРОЖДЕННОЙ КАТАРАКТОЙ И СИНДРОМОМ ППГСТ

*Бердалиев А.Ф., Бузруков Б.Т., Туракулова Д.М.
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Врожденная катаракта (ВК) являются одной из основных причин инвалидности по зрению, встречается в 1-15 случаев на 10000 новорожденных и составляет 9.4-37.3 % в структуре слепоты и слабовидения. Сочетание врожденной катаракты с синдромом первичного персистирующего гиперпластического стекловидного тела (ППГСТ), создает определенные трудности при хирургическом лечении . ППГСТ- врожденная патология глаза, связанная с нарушением регресса первичного стекловидного тела. В основе заболевания лежит задержка обратного развития не только гиалоидной артерии, но и её ветвей , а также других собственных сосудов стекловидного тела и передних цилиарных сосудов эмбриональной сосудистой оболочки хрусталика

Цель. Представить случай клинического наблюдения ребенка с врожденной катарактой и синдромом первичного персистирующего гиперпластического стекловидного тела.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находился больной М-ов Ж., 6-ти месяцев диагнозом «OS Врожденная катаракта. ППГСТ. Микрофтальм, микрокорнеа». Больному проводились офтальмологические методы исследования. А-В скан обследования, ультразвуковая доплерография, осмотр на щелевой лампе с предварительным 3х кратным закапыванием 1%

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

мидриацила для максимального расширения зрачка. Консультация офтальмоонколога, ЛОР врача и педиатра.

Результаты. Больной поступил в глазное отделение с жалобами со слов матери на серый цвет зрачка и низкое зрения на левом глазу. При сборе анамнеза выяснено, что заболевание отмечают с рождения. Также было выяснено, что мама во время беременности перенесла ОРВИ в первом триместре. Объективно. OU спокойные. OD глазное яблоко шаровидное, оптические среды прозрачные (ПЗР -20,8 мм). OS уменьшен в размере (ПЗР - 16,5 мм) . Роговица прозрачная, передняя камера средняя, зрачок в центре, серого цвета, хрусталик помутнен. Офтальмоскопия. OD ДЗН бледноватый, границы четкие, ход сосудов центральный, калибр не изменен, OS не офтальмоскопируется из –за помутнения хрусталика. Была проведена операция. OS – Синехиотомия, удаление кальцифицированного хрусталика. Базальная иридэктомия, частичная витрэктомия. Во время операции были обнаружены шварты в стекловидном теле прикрепляющиеся к задней капсуле хрусталика с мелкими облитерированными сосудами. В послеоперационном периоде была назначена. противовоспалительная, гормонотерапия местно в виде капель и также антибактериальная терапия. При выписке состояние больного улучшилось. С глазного дна слабый розовый рефлекс.

Вывод. Таким образом, синдром ППГСТ с облитерирующими сосудами не выявляется при УЗДГ, и обнаруживается в ходе оперативного вмешательства. При микрофтальме и при подозрении на ППГСТ рекомендовано хирургическое лечение с использованием витреотома.

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ У ДЕТЕЙ

Бурхонитдинов Ф.Б., Мавлонов У.О. Абдукаримов Б.А.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Повреждения черепа и головного мозга в структуре всех фиксирующихся травм детского возраста занимают 40-50%. Согласно статистическим данным, регулярно публикуемым ВОЗ, частота встречаемости черепно-мозговых травм во всём мире ежегодно нарастает на 2%. Анализ обстоятельств получения таких травм показывает, что в абсолютном большинстве случаев ЧМТ у детей

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

относятся к бытовой травме (60-96%), тогда как на транспортную травму приходится лишь 4-27% случаев. Кроме того, обстоятельства травмы как правило, напрямую зависят от возраста ребенка.

Цель исследования является установление танатогенеза ЧМТ как в момент ее причинения в процессах ликворообращений.

Материалы и методы. Клинические наблюдения проводились за 16 больными с тяжёлыми формами черепно-мозговой травмы (ушибы и сдавления головного мозга). Кроме того, изучены заключения комиссионных судебно-медицинских экспертиз с участием врачей-офтальмологов. Из 16 пострадавших было 10 (62,5%) мальчиков. Все травмы были получены в результате ДТП. Средний возраст потерпевших от $12,6 \pm 0,4$ года. Исследования СВП проводились при прямой офтальмоскопии на большом офтальмоскопе с помощью щелевой лампы.

Результаты. При сравнительной оценке диагностической ценности застойного диска зрительного нерва и спонтанного венного пульса выявлено, что при относительно «лёгких» черепно-мозговых травмах (ушиб головного мозга лёгкой степени) СВП является более информативным, причем этот феномен определяется гораздо чаще, чем застойный диск зрительного нерва. Кроме того, ценность этого метода заключается в том, что исследования СВП на диске зрительного нерва позволяют зарегистрировать внутричерепную гипертензию значительно раньше, чем появляются застойные явления диска зрительного нерва, а нередко даже в тех случаях, когда эти явления не успевают сформироваться в силу обратного развития патологического процесса.

Таким образом, для определения наличия внутричерепной гипертензии при черепно-мозговых травмах, наряду с новыми методами изучения органа зрения, необходимо использовать легко выполнимые и очень ценные в диагностике методы определения застойного диска зрительного нерва и спонтанного венного пульса.

Выводы. При лёгких черепно-мозговых травмах для выявления внутричерепной гипертензии необходимо использовать метод спонтанного венного пульса.

ОЦЕНИТЬ ВЛИЯНИЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ

Валиходжвева Э.Б., Артыкова С.Г., Эгамбердиева Д.А.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Остеоартроз (ОА) занимает ведущее место в структуре суставной патологии, вызывая длительную нетрудоспособность и инвалидизацию пациентов.

Цель. изучение терапевтической эффективности препарата Терафлекс Адванс в лечении больных ОА.

Задачи.

1. Изучить клинико-функциональные показатели у больных ОА до и после лечения.
2. Изучить терапевтическую эффективность препарата Терафлекс Адванс.

Материал и методы. Обследовано 60 больных на ОА в возрасте 35-68 лет. Основную группу составили 30 пациентов ОА II-III стадии (по классификации Келгрена-Лоуренса). Все пациенты жаловались на боли в суставах. Больные основной группы в комплексной терапии принимали препарат Терафлекс Адванс в течение месяца по 2 капсулы три раза в день, контрольной группы (n=30) - препарат Артронфлекс по 1 таблетке два раза в день, затем - по 1 в день в течение 2 месяцев.

Всем больным до и после лечения определяли боль в покое и при движении (в мм по визуальной аналоговой шкале-ВАШ), боль при пальпации (мм по ВАШ), признаки синовита (в баллах), утреннюю скованность, функциональную недостаточность суставов (по опроснику WOMAC, отражающий динамику болевого синдрома, скованности функции подвижности суставов).

Результаты и их обсуждение.

После проведенного лечения в обеих группах наблюдалась положительная динамика клинических симптомов, но лучше – в основной.

Использование препарата Терафлекс Адванс способствовало снижению болевого синдрома по ВАШ индексу WOMAC, снижению показателя скованности, повышению показателя повседневной активности, уменьшению или исчезновению признаков синовита.

Вывод.

Применение препарата Терафлекс Адвансв комплексной терапии остеоартроза способствует более быстрому снижению выраженности болевого синдрома у больных ОА и улучшению качества жизни.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ И МРТ ДИАГНОСТИКА ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ

Вахидова Н.Т., Юсупалиева Г.А.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. По оценкам ВОЗ (2014) заболеваемость пневмонией в мире составляет 150,7 миллионов случаев в год, у детей до 5 лет эта цифра составляет 20 миллионов случаев.

Цель. Оптимизация диагностики пневмоний и их осложнений у детей путём применения комплексного ультразвукового сканирования и магнитно-резонансной томографии.

Материалы и методы. Настоящее исследование основано на результатах комплексного клинического и инструментально-лабораторного обследования, проведённого в отделении лучевой диагностики клиники Ташкентского Педиатрического Медицинского института, в клинике ТМА-3 и клиники “STARMED”. Полученные данные внесены в разработанные карты больных для последующего анализа, где отмечались возраст и пол больного, данные клинических, лабораторных, ультразвуковых и МРТ исследований.

Результаты. Из 122 детей, у 8886 детей установлены пневмонии. очаговая - 82, очагово-сливная - 1, сегментарная - 3, крупозная -2. острые Пневмонии различной степени тяжести, а у 30 детей патологии со стороны лёгких не выявлено (контрольная группа), а у 4 детей в ходе исследования диагноз пневмонии рентгенологически не подтвержден. Из них 6870 мальчиков, 52 девочек.

Во всех возрастных группах детей очаговые пневмонии преобладали над остальными формами пневмоний ($p < 0,05$). Долевые пневмонии в структуре заболеваемости пневмониями (2,2%). На долю остальных форм приходилось 3%. Низкопольное МРТ (0,2Т) изображения всегда получались на фоне множественных двигательных и дыхательных артефактов и получить достоверную информацию было затруднительным. Однако, была возможность

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

определить очаги крупнее одного сегмента легкого. На высокопольном МРТ (1,5T) была возможность выявить пневмонии более 0,5 см.

Выводы. Установлена высокая чувствительность, специфичность и диагностическая точность ультразвукового исследования воспалительных инфильтратах ($87,8\% \pm 3,2\%$; $100,0\%$; $88,7\% \pm 2,7\%$), что выдвигает его в ряд высокоинформативных методов медицинской визуализации при перечисленных заболеваниях лёгких. Информативность при МРТ исследовании составило - $70 \pm 4,1\%$, 100% , $88 \pm 2,5\%$. УЗИ уступает рентгенографии только в специфичности метода, а МР-томография в специфичности и точности метода МРТ превышают рентгенографию при пневмониях у детей.

ТИББИЁТ ОЛИЙГОҲЛАРИДА ЧЕТ ТИЛИГА ЎҚИТИШНИНГ СИФАТ ОМИЛИ

¹Давлетярова Н.И. ²Буранова Д.Д.,

*¹Ўзбекистон Давлат Жaxon тиллари Унверситети Тошкент ш,
Ўзбекистон*

²Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент ш, Ўзбекистон

Мавзунинг долзарблиги. Тиббиёт олий таълим муассасаларида талабаларнинг чет тиллари бўйича билим ва кўникмаларни ҳосил қилишлари ва мунтазам равишда такомиллаштиришлари уларнинг ўз билимларини ҳар томонлама ошириши, замонавий тиббиёт йўналишидаги илмий кашфиётлар ҳамда янгиликлардан бохабар бўлишлари, мутахассисликнинг замонавий босқичига кўтарилишидаги салоҳиятининг мукамал шаклланиши каби долзарб вазифаларни бажаришларидаги муҳим қадамлардандир.

Татқиқотнинг мақсади. Чет тиларни ўрганишнинг айнан тиббий соҳа мутахассислари учун мўлжалланганлигини ҳисобга олган ҳолда, таълим жараёнида бу жиҳатларни ҳисобга олиш ва уларга таяниш таълим самарадорлигини ошириш учун пойдевор яратади. Бунда English for Specific Purpose (ESP) – “махсус йўналишларда қўлланилишни тақозо этувчи инглиз тили” дастури алоҳида аҳамиятга эга бўлиб, турли фан соҳалари, мутахассисликлар, йўналишларда қўлланилувчи инглиз тили, яъни **касбга йўналтирилган инглиз тили** айтилиши муддаодир. Тиббиёт олийгоҳлари талабаларини ўқитиш жараёнида уларни чет тилларини мукамал ўзлаштирган

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

тиббиёт соҳа мутахассиси сифатида шакллантириш ва камол топтириш муҳим аҳамият касб этади.

Татқиқот материаллари, усуллари. Тиббиёт олийгоҳларида таҳсил олаётган талабаларнинг инглиз тилини ўрганиш жараёнида тиббиёт соҳасига оид терминларни ўрганиши ва мукамал ўзлаштириши, бу борада таълим жараёнида юзага келаётган муаммолар ва уларнинг ечимлари таҳлил қилинди. Шу ўринда тиббиётга оид терминлар тузилиши ва маъноси айниқса аҳамиятга эгаллиги аниқланди. Шунингдек, инглиз тилидаги мутахассисликка оид лексикани касбий йўналиш доирасида ўрганиш мақсадга мувофиқдир. Тиббиётда ҳам турли йўналишлар бўлиб, ҳар бир ихтисослик ўз терминологиясига эга. Масалан, кардиологлар учун юрак қон айланиш системаси мисолида соҳага доир лексик базани ўзлаштириш, асаб касалликлари учун неврология соҳасидаги терминларни ўзлаштириш ўринли. Фан соҳасига тегишли маълум бир йўналишга дахлдор бўлган топшириқларни бажариш учун белгиланган услуб ва воситаларни қўллаш, бунда адабиётлар, электрон ресурслар, дидактик материалларни қўллаш шу масалаларга тааллуқли илмий муаммо умумлашган йирик бир вазифани ҳал қилишга йўналтирилади. Демак, тил ўрганиш жараёнида илмий муаммоларни ҳам ўрганиб, уларни ечиш ҳам илмий фаолиятга, ҳам тилларни ўзлаштиришга тўғри ёндашишни тақозо этади.

Олинган натижалар. Чет тилларини ўрганишда турли фан соҳалари, мутахассисликлар, йўналишларда қўлланилувчи инглиз тили, яъни касбга йўналтирилган инглиз тили айни муддаодир. Таълим соҳасида ESP дастури мутахассислиги чет тили бўлмаган педагог кадрлар учун мўлжалланган бўлиб, унинг мақсади чет тилларини ўзлаштиришда тил структурасининг грамматик жиҳатларига эмас, балки тилнинг ўзига, мутахассислик ва касб нуқтаи назаридан келиб чиққан ҳолда ўзлаштирилишига эътиборни қаратади. Чет тилларини ўзлаштиришга қаратилган мазкур ёндошув тиббиёт олий таълим муассасалари учун айни муддао бўлиб, тиббиёт соҳа вакиллари учун ўз касбий маҳоратларини янада такомиллаштиришда чет тилларидан унумли фойдаланишлари учун самарали ҳисобланади.

Хулоса. Фан-техника тараққиёти ва ижтимоий-иқтисодий янгилиниш тиббиёт олий таълим муассасаларидаги ўқув жараёнини илғор хорижий тажрибаларни ўрганиш, таълимдаги инновацион ёндашувлар ва ахборот технологияларидан фойдаланган ҳолда такомиллаштириш долзарблик касб этади. Бунда замон талабларига мувофиқ равишда фаолият юритиш мураккаб ҳамда прогрессив янгилинишларга олиб келувчи муҳим омил ҳисобланиб, ўрганувчининг соҳаси, дунёқараши, мақсадлари ва талаблари асосида

ташқиллаштирилган фаолият юқори самарага эришишнинг асосий шарти ҳисобланади.

ЗНАЧЕНИЕ КЛИНИКО-АУДИОЛОГИЧЕСКИХ, УЛЬТРАЗВУКОВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ УХА У ДЕТЕЙ

Джумамуратов И.Б.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность Знание механизмов развития элементов органа слуха, раннего выявления возникновения уровня поражения, вопросы изучения, предупреждения и лечения врожденных уродств органа слуха неразрывно связаны.

Частота встречаемости порока составляет при одностороннем поражении 1. 7000-10000 новорожденных, при двустороннем - 1.20000. (Балясинская Г.Л., Богомильский М.Р., Овчинников Ю.М. 2001). По данным В.Ваг (1988) в 15 % случаев врожденная патология наружного и среднего уха является одним из проявлений тяжелых наследственных синдромов (Тричера Коллинза, Голденхара, Конигсмарка).

Целью исследования явилось изучить возможности клинико-аудиологических, ультразвуковых методов исследования в диагностике врождённых пороков развития уха у детей.

Материал исследования. Исследование проводилось на базе кафедры оториноларингологии ТашПМИ в отделении врождённых и приобретённых заболеваний уха РСНПМЦП, за период с 2014-2017гг.

В исследование были включены 30 детей с врождённой патологией развития уха в возрасте с 6 до 18 лет.

Результаты исследования. Аудиологические исследования были выполнены на аудиометре «МА – 31» фирмы Klaman и Grahnert, нулевой уровень которого был откалиброван по стандарту ISO – 64. Определялись пороги восприятия звука по воздушной и костной проводимости по всей тон шкале (от 125 Гц до 8 кГц), по общепринятой методике, учитывая различия в

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

возрастном аспекте обследованных больных и возрастные особенности различия в остроте слуха (Сагалович Б.М., 1975; Лопатко А.И. с соавт., 1986).

Данные акуметрических и аудиологических исследований позволили нам условно разделить обследованных больных на 4 группы. в I группу вошли 6 больных, у которых костно-тканевая проводимость оставалась в пределах нормы, а пороги воздушной проводимости составляли от 30 до 40 дб, во II группу – 13 больных, у которых пороги костно-тканевой проводимости составили от 10-15 дб, воздушная – 50-60 дб. III группу – 7 больных, у которых пороги костно-тканевой проводимости составили 20-40 дб, воздушная – 70-80 дб. В IV группу вошли 4 больных с порогами костно-тканевой проводимости–40-60 дб, воздушной 80-100 дб, у 6 больных данной группы наблюдались обрыв костно-тканевой и воздушной проводимости. Разделение больных на 4 группы по результатам аудиологических исследований имеет существенное значение при оценке состояния слухового анализатора и степени повреждения элементов наружного, среднего и внутреннего уха. Поэтому, анализ результатов аудиологических исследований в четырех группах больных в отдельности помогает определить методику реконструктивно-слухоулучшающих операций.

Таким образом, Аудиологические исследования являются основным методом, определяющим функциональные состояния звукопроводящей и звуковоспринимающей системы слухового анализатора при врожденных пороках развития уха. Поэтому, результаты аудиологических исследований являются решающим моментом в диагностике и прогнозировании слуха, а также в определении вариантов реконструктивно-слухоулучшающих операций.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСЛЕДОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ УХА

Джумамуратов И.Б.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность Анализ литературы свидетельствуют о том, что, наряду с поражением уха, почти всегда существуют определенные симптомокомплексы, которые обязательно должны быть учтены при планировании реконструктивно-пластических операций, как в функциональном, так и в косметическом

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

отношении. Частота встречаемости порока составляет при одностороннем поражении 1. 7000-10000 новорожденных, при двустороннем - 1.20000. (Балясинская Г.Л., Богомильский М.Р., Овчинников Ю.М. 2001). По данным В.Ваг (1988) в 15 % случаев врожденная патология наружного и среднего уха является одним из проявлений тяжелых наследственных синдромов (Тричера Коллинза, Голденхара, Конигсмарка).

Целью исследования явилось изучить клинические характеристики обследованных детей с врожденными пороками развития уха.

Материал исследования. Исследование проводилось на базе кафедры оториноларингологии ТашПМИ в отделении врожденных и приобретенных заболеваний уха РСНПМЦП, за период с 2014-2017гг.

В исследование были включены 30 детей с врожденной патологией развития уха в возрасте с 6 до 18 лет.

Результаты исследования. Проведенный анализ клинических симптомов проявления порока развития уха показал, что данная патология сопровождается полиморфизмом клинических проявлений. Так, нами отмечено, что наряду с ушными проявлениями порока наблюдались симптомы со стороны глаз, челюстно-лицевой системы и других систем организма, что создавало определенную трудность в диагностике врожденного порока развития уха. Микроотия различной степени отмечена у - 24 (80%) больных, анотия - у 2 (6,6%), атрезия наружного слухового прохода односторонняя у - 12 (40 %), двухсторонняя у 18 (60%). Кроме того, часто встречались добавочные дольки уха – у 5 (16%), ушные свищи – у 3 (10%). Назальные симптомы нами наблюдались у 5 (16,6%) больных и характеризовались уширением переносицы, девиации носа от средней линии, деформацией крыльев носа.

Наиболее часто наблюдались челюстно-лицевые симптомы – у 23 (76,6%), которые проявлялись в виде гипоплазии ветвей нижней челюсти с одной или обеих сторон, нарушением прикуса, нарушением роста и формы зубов, дистрофией и пигментации эмали, высоким небом, что имело существенное значение в дифференциации порока.

Выявленные нами глазничные симптомы - у 4 (13,3%) характеризовались птозом, и изменением разреза глаз (монголоидный и антимонголоидный).

Таким образом, определение характера врожденных пороков развития уха основывалось на данных аудиологических, рентгенологических исследований. При этом наружное проявление порока мало отличается друг от друга, что диктовало необходимость проведение более углубленных исследований.

МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КАТАРАКТ

Джураев Н.А., Бабаджанова Л.Д.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения катаракта является одной из причин слепоты и слабовидения (13-28%). Несмотря на продолжительную историю развития хирургии катаракты, технология этой операции постоянно совершенствуется. Усилия офтальмохирургов направлены на достижение атравматичности вмешательств, снижении интер- и постоперационных осложнений и улучшении функциональных результатов. На смену экстракапсулярной (ЭЭК) и интракапсулярной экстракции катаракты (ИЭК) пришёл метод факоэмульсификации (ФЭК), который составляет до 85-90% объема хирургии катаракты в развитых странах. Однако данный метод лечения неприменим в ряде случаев. В таких случаях применяется мануальная технология хирургии катаракты через малый разрез – тоннельная экстракапсулярная экстракция катаракты.

Цель. провести анализ результатов использования факоэмульсификации и экстракапсулярной экстракции катаракты.

Материал и методы. Нами проведен анализ результатов хирургического лечения 60 пациентов (90 глаз), прооперированных по поводу врожденной и возрастной катаракты, которые были подразделены на 3 гр.. 1 группу – составили 20 (33%) больных, где была применена факоэмульсификация. 2 группу – составили 10 больных (17%), где использована – ЭЭК. 3 группу – составили 30 детей (50%) где применено стандартное хирургическое лечение – аспирация-ирригация через малый склерокорнеальный разрез.

Результаты. В 1- и 2- группах ранний послеоперационный период у всех протекал практически без осложнений. Отек роговицы наблюдался у 3-х (10%). Острота зрения до хирургии составляла 0,01-0,06. После операции была повышена до 0,1 у 62% (19 чел.), до 0,3 – у 38% (11 чел.). В динамике максимальное зрение без коррекции составило 0,8-1,0 у 94% (28 чел.). В 6% (2 чел.) – случаях была 0,3 из-за изменений сетчатки (ЦХРД) и глаукоматозной атрофии зрительного нерва. В 3-й группе, у 7-детей (23%) отмечался отек роговицы, у 2 (7%) – выпадение фибрина в области зрачка и радужки. Острота

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

зрения в данной группе детей до операции была от светоошущение до предметного зрения у лица. В динамике (срок наблюдения 1 год) от 0,08 до 0,3. В отдаленные сроки (от 3 мес. – до 1 г.) фиброз задней капсулы отмечен у 17 (57%) детей. Во всех случаях проведение ИАГ-лазерной дисцизии позволило достичь чистоты оптической зоны. Всем (90 глаз) использована мягкая, гибкая ИОЛ (фирмы Alcon-AcrySOF, Ocuflex, PC Omni).

Выводы. ФЭК – позволяет выполнять хирургическое вмешательство через минимальный роговичный разрез, что обеспечивает высокие стабильные рефракционные результаты, а значит несомненные медико-экономические преимущества. Тоннельная ЭЭК – является эффективной методикой, позволяющей использовать ее в сложных ситуациях, когда ФЭК ограничена. При этом также сохраняются преимущества ультразвуковых технологий. малый разрез, минимальный астигматизм, достижение в короткие сроки полной клиничко функциональной реабилитации пациента. Одномоментная имплантация ИОЛ способна значительно восстановить остроту зрения у детей, что намного превышает показатели остроту зрения афакичного глаза.

ХАРАКТЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАРТИНЫ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Дустмухамедова З.Т., Фазилов А.А., Болтаева Н.Н.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

В разных странах заболеваемость панкреатитом составляет 5–7 новых случаев на 100 000 человек населения, он диагностируется у 5,1-9% от общего числа всех больных с заболеваниями органов пищеварения. При этом за последние 40 лет произошел примерно двукратный прирост заболеваемости. В основном, это пациенты от 39 лет до 60 лет, то есть лица наиболее трудоспособного возраста. В Узбекистане заболеваемость различными заболеваниями, в течение многих лет патологические процессы в поджелудочной железе остаются важной медико-социальной проблемой.

Цель исследования. Установить особенности ультразвуковой диагностики хронической формы панкреатита.

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

Материалы и методы исследования. Проведено обследование 19 пациентов с хроническим панкреатитом, в том числе 12 мужчин и 7 женщин. Возраст пациентов составлял от 30 до 74 лет, средний возраст - $47 \pm 0,2$ лет.

Ультразвуковое исследование проводилось мультисекторными конвексными преобразователями с частотами 2-3 МГц и 5-7 МГц на ультразвуковых сканерах Logiq 400MR и Voluson 730 Expert фирмы «GE MS».

Результаты исследования. При обследовании больных хроническим панкреатитом в 3 (15,8%) наблюдениях была выявлена кальцифицирующая форма, в 6 (31,6%) - панкреатические псевдокисты, в 1 (5,3%) - хронический панкреатит с преимущественным поражением головки поджелудочной железы (псевдотуморозный), в 2 (10,5%) - липоматоз поджелудочной железы, в 7 (36,8%) - начальные стадии хронического панкреатита. По нашим наблюдениям, размер поджелудочной железы при хроническом панкреатите изменялся в зависимости от стадии и фазы заболевания. В большинстве наблюдений подобные трансформации имели равномерный характер, но в 6 случаях определялось локальное увеличение головки более 4 см. При ультразвуковом исследовании контуры железы при хроническом панкреатите были неровными за счет втяжений и выпуклостей, обусловленных альтеративно-воспалительным процессом. Хронический панкреатит, осложненный панкреатической псевдокистой (ППК) мы наблюдали у 6 пациентов. Основным эхографическим признаком ее являлось наличие эхонегативного образования с четким контуром и эхопозитивной стенкой. Размеры ППК у 6 пациентов варьировали от 1 до 10 см. У 2 пациентов при затруднениях в определении органной принадлежности кисты (хвост ПЖ, левый надпочечник или левая почка) окончательный диагноз был установлен только после проведения спиральной компьютерной томографии с болюсным усилением изображения (СКТ-ангиография). При УЗИ кроме увеличения головки более 5 см отмечались неровные контуры и неоднородная структура из-за включения кальция или наличия псевдокист.

Выводы. Таким образом, определены специфические ультразвуковые признаки различных форм хронического панкреатита при использовании эхографии. При хроническом панкреатите железа значительно увеличена в размерах, имеет нечеткие контуры в 76%, неоднородность структуры в 91%, жидкостные коллекторы выявляются в 64% случаев. Стандартное ультразвуковое исследование позволяет выявлять и дифференцировать различные формы хронического панкреатита с чувствительностью 81%, специфичностью 75%, точностью 73%.

**КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА, ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ
И ФАКТОРЫ РИСКА ПОСТИНСУЛЬТНОЙ ЭПИЛЕПСИИ**

Ёдгарова У.Г., Максудова Х.Н.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Инсульт является основной причиной впервые выявленной эпилепсии в возрасте старше 65 лет, на него приходится 50-75% случаев эпилепсии, когда причина заболевания может быть установлена. Постинсультная эпилепсия обычно развивается в течение 3-12 месяцев после события; в первый год после инсульта риск развития судорожного приступа увеличивается в 20 раз, но приступ может случиться и спустя много лет. Диагностический подход к пожилым пациентам с впервые выявленным эпилептическим приступом должен включать всестороннюю оценку цереброваскулярных факторов риска.

Цель исследования. выявить и оценить основные факторы риска развития эпилепсии на фоне перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения с последующей оптимизации прогноза при постинсультной эпилепсии.

Метод и материалы диагностики. Исследованы 20 пациентов с постинсультной эпилепсией, средней возраст 60-69 лет. Всем больным проведены клиничко-неврологические и инструментальные исследования (ЭЭГ и МРТ головного мозга).

Результаты и обсуждение. В группе больных из 20 человек, перенесших инсульт, в 14 случаях (70%) он носил ишемический характер, в 6 (30,0%) – геморрагический. У 6 (30%) больных в дальнейшем развилась эпилепсия с легким течением, у 3 (15%) – со среднетяжелым, у 11 (55%) – с тяжелым. Левосторонняя локализация инсульта была у 10 больных (50%), правосторонняя – у 6(30,0%), двусторонняя – у 4 (20%) пациентов. Отмечено более тяжелое течение ПИЭ при левосторонней локализации инсульта. у 36,4% больных с левополушарной локализацией по сравнению с 16,7% с правополушарной.

Время дебюта первого эпилептического припадка –у 12(60%) пациентов приступ развился в течение первого года после перенесенного инсульта и 8(40%) в течение второго года.

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

По данном ЭЭГ постинсультной эпилепсии выявлено следующие особенности.

Высокоамплитудная гиперсинхронизация основных корковых ритмов периодическое региональное замедление в височных и лобных областях, значительная межполушарная асимметрия и латерализованная эпилептиформная активность в проекции очага постинсультного размягчения. В 75% (15 пациентов) отмечено совпадение локализации очага постинсультных и очаговой эпилептиформной активности на ЭЭГ.

У больных перенёсших ишемический инсульт, симптоматическая эпилепсия достоверно чаще развивалась после кардиоэмболии , в бассейнах СМА, преобладали очаги постинсультных рубцовых очагов корковой и корково-подкорковой локализации. У больных перенёсших геморрагический инсульт было отмечено постинсультная эпилепсия достоверно чаще развивалась после паренхиматозно-субарахноидальных кровоизлияний средних размеров, локализующихся в кортикальных отделах головного мозга.

Выводы. 1. Постинсультная эпилепсия достоверно чаще возникает у больных перенесших ишемический инсульт и чаще корковой локализации.

2. Межполушарная асимметрия и латерализованная эпилептиформная активность в проекции очага постинсультного размягчения являются нейрофизиологической особенностью постинсультной эпилепсии.

3. Левополушарная локализация очага инсульта является значимым фактором риска развития ПИЭ и предиктором более тяжелого течения эпилепсии.

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 мыщелка 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 мыщелка плечевой кости, отвечающая вышеуказанным требованиям.

Материал и методы. Разработанная методика применена у 35 детей с переломами головки мыщелка 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 мыщелка плечевой кости, освежаются поверхности излома на отломках, и далее головку мыщелка сопоставляют и проводят 3 спицы с упорной площадкой. Первая спица проводится снаружи кнутри во фронтальной плоскости через ядро окостенения головки мыщелка вне зоны роста; вторая спица проводится через головку мыщелка 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 кнутри кнаружи до упора площадкой в костную ткань. Далее все спицы укрепляют на двух полукольцах аппарата Илизарова в натянутом состоянии на спицедержателях и, визуально 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

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

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.

СОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ ВНУТРИМОЗГОВОГО ПЕРФУЗИОННОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ

Ёдгорова С.И.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Внедрение современных ингаляционных анестетиков ознаменовала новый этап эффективности педиатрической абдоминальной хирургии, обеспечивая гладкое течение и быстрое послеоперационное восстановление, однако их влияние на церебральную гемодинамику, особенно у детей с повышенным внутримозговым давлением (ВМД) до конца не изучено.

Цель исследования – определение влияния анестезии, на основе севофлюрана, в сравнении с анестезией на основе пропофола, на внутримозговое и мозговое перфузионное давление согласно данным электронной офтальмомодинамометрии центральной вены сетчатки.

Материал и методы. Исследования проведены у 30 детей (1-4 года), которым в плановом порядке выполнялись оперативные вмешательства на органах брюшной полости. По проводимому виду анестезии пациенты были разделены на 2 группы. 1 –я (14 ребенка) – осуществлялась комбинированная анестезия на основе севофлюрана (КАС) и фентанила; 2-я (16 детей) – тотальная внутривенная анестезия (ТВА) на основе пропофола и фентанила. ВМД определяли неинвазивным способом, измеряя давление центральной вены

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

сетчатки (ДЦВС) электронным офтальмодинамометром ЭО-2 (Россия) в горизонтальном положении ребенка. Мозговое перфузионное давление (МПД) определяли как разницу между средним АД и ВМД (МПД=САД-ВМД мм.рт.ст).

Результаты и обсуждение. Проведенными исследованиями установлено, что общая доза пропофола была достоверно ниже в 1-ой группе (на 12,4%), при использовании его в течении индукции анестезии.

При проведении ТВА (2 гр), в подгруппе с нормальным ВМД, достоверного изменения данного показателя зафиксировано не было, а в подгруппе с внутримозговой гипертензией (ВМГ) наблюдалось постепенное снижение данного показателя (на 14,5%). К концу анестезии ВМД снизилось до нормы.

При проведении КАС (1 гр) в подгруппе с нормальным ВМД также достоверного изменения не отмечено, а в подгруппе с ВМГ увеличение его к концу анестезии составило 56% по сравнению с исходным значением (с 16 до 25 мм.рт.ст). Значения АД_{ср} до начала анестезии, отмечено достоверным повышением в подгруппах с исходной ВМГ, динамика которой на этапах исследования характеризовалась снижением после индукции анестезии на 8% (1 гр), и 10% (2 гр). Однако в дальнейшем АД_{ср} оставалось стабильным во всех группах.

Анализ МПД в подгруппах с нормальным ВМД определил умеренное его снижение до 15% не зависимо от метода анестезии. В условиях исходной ВМГ изменения этого показателя при проведении КАС снижалось до 35% (с 85 до 65 мм.рт.ст.), тогда как в дальнейшем изменения МПД не отмечено.

Выводы. У детей с внутримозговой гипертензией проведение комбинированной ингаляционной анестезии на основе севофлюрана приводит к дальнейшему увеличению ВМД и снижению МПД, связанное с увеличением времени послеоперационного восстановления сознания. Тотальная внутривенная анестезия на основе пропофола и фентанила обеспечивает стабильность мозговой гемодинамики и является методом выбора у пациентов с повышенным ВМД.

**КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ
МАТЕРЕЙ С РУБЦОМ НА МАТКЕ**

Ерназарова Б.Ж., 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, что связано с расширением показаний со стороны плода, что преследует цель обеспечить рождение жизнеспособного и здорового ребенка.

Цель исследования. Изучить клинические проявления неврологических расстройств у новорожденных детей, рожденных от матерей с рубцом на матке.

Материал и методы. Для решения поставленных задач, проводились исследования на базе РПЦ, 6 ГРК и 5-ГДБ. В ходе работы нами обследовано 30 новорожденных детей, родившихся от матерей с рубцом на матке. Проводилось общий клинический осмотр, изучали неврологический статус.

Инструментальные методы исследования. Нейросонография головного мозга.

Результаты и обсуждение. Анализ исследований показал, что среди обследуемых новорожденных детей, рожденных от матерей с рубцом на матке наиболее часто наблюдалось синдром угнетения-23,3%, синдром вегето-висцеральной дисфункции-20%, в 1,4 раза меньше синдром вялого ребенка (16,7%). У более меньшего количества детей выявлялось судорожный синдром (13,3%), 2 и более сочетанных синдромов (13,3%) и в единичном случае синдром коматозного состояния (3,3%). По данным НСГ исследований у обследуемых новорожденных детей преобладали 53,3% составили гипоксически ишемические поражения ЦНС, которые проявлялись чаще церебральной ишемией I степени 26,7%, церебральной ишемией II степени 23,3% и в единичных случаях церебральной ишемией III степени (3,3%). Гипоксически-геморрагические поражение ЦНС наблюдалось у 10% новорожденных в виде ВЖК I и III степени в равных количествах (по 3,3%) и в единичном случае субарахноидальное кровоизлияние (3,3%).

Выводы. Таким образом, у всех обследуемых новорожденных наблюдались перинатальные поражения ЦНС наиболее часто встречающимися с синдромами угнетения и вегето-висцеральной дисфункции. По данным НСГ

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

было выявлено, что у основного контингента детей, родившихся путем КС наблюдались гипоксически ишемические поражения ЦНС с преобладанием церебральной ишемией I и II степени. Гипоксически геморрагических поражений ЦНС встречались реже в виде ВЖК I и III степени.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С РУБЦОМ НА МАТКЕ

Ерназарова Б.Ж., Гулямова М.А.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. В последние годы прослеживается отчетливая тенденция к увеличению частоты кесарева сечения (КС). Эксперты ВОЗ считают, что процент кесаревых сечений по отношению к естественным родам не должен превышать 15%. В России этот показатель составляет 17-18% ко всем родам. Данный вопрос актуален, так как дети, рожденные путем кесарева сечения, чаще испытывают нарушения адаптации, имеют более высокий уровень заболеваемости, высокий риск неонатальной смертности.

Цель исследования. Изучить структуру заболеваемости у новорожденных детей, рожденных от матерей с рубцом на матке.

Материал и методы. Для решения поставленных задач, проводились исследования на базе РПЦ, 6 ГРК и 5-ГДБ. В ходе работы нами обследовано 30 новорожденных детей, родившихся от матерей с рубцом на матке. Проводилось общий клинический осмотр и лабораторные методы исследования. Инструментальные методы исследования. Рентгенография.

Результаты и обсуждение. Анализ исследований показал, что среди обследуемых новорожденных детей, рожденных от матерей с рубцом на матке наиболее часто из сопутствующих патологий наблюдались, пневмония-70%, ВУИ-53,3%, ЗВУР-43,3%, СДР-40%, ВПР-20%, сравнительно с меньшей частотой встречались следующие сопутствующие патологии. НЭК-16,7%, ДВС-13,3%, анемия-10%, родовые травмы-8,1% и в единичных случаях ретинопатия, БЛД, что соответственно составили по 6,7%.

Выводы. Таким образом, в структуре заболеваемости детей, рожденных от матерей с рубцом на матке преобладает патология органов дыхания, ВУИ,

ЗВУР и реже встречаются родовые травмы. Все это свидетельствует об особенностях детей, рожденных от матерей с рубцом на матке, требующих специального комплекса мероприятий по выхаживанию таких новорожденных в ранний неонатальный период и дальнейшего индивидуального наблюдения.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ТЕРАПИИ ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЙ ПРИ ВЫСОКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Жабборова М. А., Юнусова Р. Т.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. У детей раннего возраста при врожденных пороках сердца с лево-правым шунтом развивается гиперволемическая легочная гипертензия со склерозированием легочного сосудистого русла (Белозеров Ю.М., 2004), ВПС с артериальной гиперволемией-75% (Павлова Е.С., 2011). Нарушение микроциркуляции и снижение кровенаполнения приводят к местной альвеолярной гипоксемии, что и определяет клинический вариант течения пневмонии и исход заболевания (Л.И. Агапитов с соавтр., 2012). Клинические особенности течения пневмоний при гемодинамически значимых пороках, а также разработка новых терапевтических подходов являются актуальными.

Целью исследования было изучить клинических особенностей острых пневмоний у детей раннего возраста на фоне легочной гипертензии при ВПС и обосновать дальнейшее совершенствование терапевтического подхода. Решались следующие задачи. изучение эхокардиографических параметров с дальнейшей разработкой рациональных диагностического и терапевтического подходов к пневмонии на фоне высокой легочной гипертензии (ВЛГ) у детей раннего возраста. Методами исследования являются физикальные, клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования (рентгенография органов грудной клетки, ЭКГ, ЭхоКГ, пульсоксиметрия).

Результаты и их обсуждение. Особенности клинического течения острых пневмоний у детей раннего возраста на фоне ВПС с ЛГ базируются на исследовании особенностей эхокардиографических параметров, что позволяет диагностировать гипертензию малого круга кровообращения и оценить ее

выраженность. ЭКГ является также обязательным методом в диагностике ЛГ и ВПС, выявляющим признаки гипертрофии или перегрузки желудков, предсердий, их дилатацию, отклонение электрической оси сердца. Рентгенография органов грудной клетки позволяет частично уточнить этиологию ЛГ, выявить интерстициальные заболевания легких, приобретенные и ВПС, а также судить о тяжести ЛГ. Так, основными рентгенологическими признаками ЛГ являются выбухание ствола и левой ветви легочной артерии. Пульсоксиметрия контролирует частоту сердечных сокращений и степень насыщения крови кислородом. Следующим важным разделом является терапия, в которой следует выделить два раздела лекарственной терапии у больных с ЛГ. поддерживающая терапия (оральные антикоагулянты и дезагреганты, диуретики, сердечные гликозиды, оксигенотерапия) и специфическая терапия, включающая антагонисты кальция, простагландины, антагонисты рецепторов эндотелина, ингибиторы фосфодиэстеразы типа 5. Диуретики позволят улучшить клиническое состояние больных с ЛГ и рекомендуются во всех случаях развития декомпенсации правого желудочка. Дозы диуретиков должны аккуратно титроваться во избежание резкого падения объема циркулирующей крови и снижения артериального давления. Отсутствие рандомизированных исследований оставляет за клиницистами право выбора конкретного препарата и дозы.

Вывод. Таким образом, неоспорима актуальность представления научнообоснованных данных об особенностях клинического течения острых пневмоний у детей раннего возраста на фоне ВПС с ЛГ, особенности эхокардиографических параметров сердца при острых пневмониях, а также более рациональные диагностический и терапевтический подходы к острой пневмонии у детей раннего возраста на фоне легочной гипертензии (ЛГ).

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ У ДЕТЕЙ
ПРИ ЭКСТРЕННЫХ АБДОМИНАЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ**

Жураев И.Б.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Концепция безопасной анестезиологической защиты предполагает качественный анестезиологический менеджмент, что является особенно актуальным при совершенствовании методов общей анестезии. Данная ситуация достаточно правомочна при осуществлении общей анестезии у детей при абдоминальных операциях (АО). Разноплановость оперативных вмешательств, многообразие изменений анатомической структуры органов, изменения гомеостаза являются достаточно специфичными предпосылками при АО. В связи с этим, анестезиологическое пособие должно предусматривать различные стороны формирующихся изменений.

Цель исследования. Анализ и изучение анестезий у детей при экстренных абдоминальных операциях в зависимости от степени анестезиологического риска.

Материалы и методы. Анализу подверглись 24 ребенка (2-14 лет), которым в экстренном порядке (до 6 часов) были проведены АО по поводу аппендицита (13), кровотечений из желудка (8), травмы брюшной полости (3). Анестезия осуществлялась кетамин (5% - 3-5 мг/кг) и болюсно пропофолом (4% - 2-2,5 мг/кг) в условиях фентанила (0,005% - 5 мкг/кг).

Исследовали уровень центральной (ЦГ) и периферической (ПГ) гемодинамики, сатурации кислорода (Sat. O₂), степень анестезиологического риска по ASA.

Результаты и обсуждение. По степеням ASA дети были разделены на 3 группы. 1 степень - 23,7%; 2 ст. - 59,3%; 3 ст. - 14,4%; 4 ст. - 2,6%. Детям осуществлены; внутривенная анестезия - 8 (33,3%), эндотрахеальный наркоз (ЭТН) - 16 (66,6%). Внутривенную анестезию проводили на основе кетамина, со средней дозой 0,8±0,025 мкг/кг. При ЭТН - кетамин+пропофол+фентанил+аркуроний (0,05мг/кг) на фоне нормовентиляции.

Анализ показателей ЦГ при внутривенном наркозе выявил гиперкинетический тип гемодинамики, связанный с положительным

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

инотропным действием кетамина. Для нивелирования побочных эффектов кетамина применялась методика пофоловой анестезии, позволяющая не только стабилизировать гемодинамические показатели, но и способствующая быстрому восстановлению сознания.

При ЭТН – установлен также гиперкинетический тип гемодинамики, но с более уравновешанными показателями ЦГ, адекватно влияющие на применение нейроплегиков. Более гладкое течение данного вида обезболивания связано с адекватным влиянием наркотического анальгетика (фентанил), гипнотическим влиянием пропофола (антиоксидант), достаточной оксигенацией тканей (интубация). Применение пофола (2-2,5 мг/кг) при данной виде наркоза обеспечивает стабильность ПГ и ЦГ, нивелирования нейрогуморальных сдвигов.

Выводы. Таким образом, при осуществлении анестезии экстренных абдоминальных операций у детей, в целях профилактики гемодинамических расстройств, применение пофола/ пропофола является методом выбора для обеспечения анестезиологической защиты

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ДИФФУЗНЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ

Жураева Н.А., Убайдуллаева Н.Б.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Диффузный токсический зоб (ДТЗ) — заболевание, обусловленное избыточной секрецией тиреоидных гормонов, как правило, диффузно увеличенной ЩЖ. Одним из распространенных дистиреоидных состояний является диффузный токсический зоб (ДТЗ). ДТЗ встречается с частотой 23 на 100 тыс. населения, причем в последние годы отмечается рост заболеваемости. При тиреотоксикозе не является редкостью когда психические нарушения достигают выраженности психотического или депрессивного расстройства, редко формируется апатико-абулический синдром.

Цель работы. Выявить особенности психоэмоционального статуса у больных с ДТЗ.

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

Материал и методы исследования. Проведено анкетирование 60 женщин с ДТЗ, которые составили основную - 60 (70%) контрольную группу составили -12 (30%) пациенток. Средний возраст составил $29,5 \pm 3,7$ лет (Ме 29,0 лет IQR25,4-35,6) Для оценку психоэмоционального статуса пациентов использовали опросник - шкала оценки депрессии Гамильтона (HAMILTON RATING SCALE FOR DEPRESSION), набор тестов Исака по речевой активности (IST). Полученные данные обрабатывали с помощью компьютерных программ Microsoft Excel, STATISTICA 6 I Biostat. Данные Представлены в виде $M \pm m$. Различия считали достоверными при уровне значимости $p < 0.05$.

Результаты. По результатам нейропсихологического обследования, у пациентов с ДТЗ страдает в первую очередь эмоциональная сфера, причем данные больные уровень депрессии повышен до средней степени ОГ. $16 \pm 1,4$ достоверно отличаются и от данных КГ $8,5 \pm 1,4$ (норма-до7). При скрининг - оценке тестов Исака по речевой активности умственного состояния обнаружено, что пациентс ДТЗ ОГ. $38,2 \pm 1,2$ показывают хорошие результаты - они достоверно не отличимы от данных контрольной группы-ГК. $39,1 \pm 1,7$ (норма-40).

Выводы. Наше исследование показало , что особенностью психоэмоционального статуса у больных с ДТЗ является депрессия, рассеянность, вспыльчивость, при этом показатели памяти и речевой активности остаются интактными.

ПОКАЗАТЕЛИ НЕЙРОСОНОГРАФИИ У ДЕТЕЙ РОДИВЩИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ С TORCH ИНФЕКЦИЕЙ

Зайнутдинова Д.Р., Азимова Н.М.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. В последние годы отмечаются неуклонный рост внутриутробных инфекций (ВУИ) и повышение их роли в структуре перинатальной и младенческой заболеваемости и смертности. Нейросонография (НСГ) — основной ультразвуковой неинвазивный метод визуализации головного мозга у детей раннего возраста.

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

Цель исследования. изучить показатели НСГ у детей родившихся от матерей с TORCH инфекцией.

Методы исследования. Нами было обследовано 52 ребёнка в возрасте от 0 до 3 года, находящихся на амбулаторном и стационарном лечении в клинике ТашПМИ. В основную группу вошли 32 ребёнка рождённые от матерей с TORCH инфекцией. Контрольную группу составили 20 здоровых детей аналогичного возраста. Всем детям проведено клиничко-неврологическое и НСГ обследование.

Результаты исследования. При сборе анамнеза у матерей отмечалось сочетание различных видов бактериальной и вирусной инфекции. герпетической инфекции, цитомегаловирусной хламидийной инфекции и уреоплазмоза. Лидирующее место занимало сочетание ВПГ и ЦМВ в 55 % случаев.

Факторами, отягощающими течение беременности были смерть предыдущих детей в неонатальном периоде, Патологическое течение беременности — гестозы, угроза прерывания беременности, многоводие, анемия беременных, обострение хронических инфекционных и соматических заболеваний, ОРВИ во второй половине беременности.

При неврологическом обследовании у детей основной группы отмечались признаки ликворно-сосудистой дистензии. Жаловались на беспокойный плач с запрокидыванием головы, нарушение сна, капризность, метеолабильность 47,2 % обследованных. У 36,3 % детей отмечались двигательные нарушения в виде снижения тонуса мышц, отставание в моторном развитии.

Результаты выборки. без особенностей — 43%, снижение эхо-структурности — 22%, асимметрия боковых желудочков — 15%, интравентрикулярное кровоизлияние — 13%, другие изменения — 7%. У 7 пациентов с диагнозом ППНС в 100% случаях выявлена картина снижения эхоструктурности головного мозга. У недоношенных значительно чаще диагностируется снижение эхоструктурности — 54%, интравентрикулярное кровоизлияние — 17%, асимметрия желудочков — 8%.

Заключение. НСГ у детей первого года жизни позволяет проводить раннюю топическую диагностику и визуализацию структурных изменений головного мозга, в том числе у неврологически «здоровых» детей.

МЕТОДЫ ПРОВЕДЕНИЯ АНЕСТЕЗИИ В ОФТАЛЬМОХИРУРГИИ

Закирова Н.З.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность проблемы. Оперативные вмешательства по поводу глаукомы у детей отличаются высокой травматичностью и выраженным болевым синдромом в послеоперационном периоде, что требует дополнительных путей повышения качества анестезиологического обеспечения.

Цель исследования. Оценка эффективности сочетанной анестезии как варианта анестезиологического обеспечения травматичных вмешательств в офтальмохирургии.

Материалы и методы исследования. В данном исследовании анализирован опыт применения сочетанной анестезии в офтальмохирургии в рамках проспективного исследования, включившего 40 клинических наблюдений. Возраст пациентов составил от 1 года до 5 лет, физический статус – ASA – I-II ст. В 1-ую группу (n=22) вошли пациенты, которым в схему анестезиологического пособия была включена анестезия с применением фентанила, пропофола и севофлюрана. Группу сравнения (2 группа) составили 16 пациентов, которым проводили ТВА на основе оксибутирата натрия и фентанила с ИВЛ. Мониторинг включал в себя Гарвардский стандарт безопасности пациентов и нейромониторинг. Согласно «Протоколу исследования», у всех пациентов поддерживали одинаковый уровень угнетения сознания, при значениях биспектрального индекса (BIS) = 40- 60. Оценивали временные интервалы от момента окончания операции. 1- До восстановления сознания. 2 - До экстубации. 3- До перевода в палату (достижение 9-10 баллов по шкале Алдрета). 4- до первого потребовавшегося обезболивания в послеоперационном периоде.

Результаты исследования. В обеих группах индукционная доза пропофола составила 1,84 (1,5 – 2,5) мг/кг. Доза фентанила до интубации трахеи в 1 группе составила 1,2 мг/кг; в контрольной группе - 2,86 мг/кг. Скорость инфузии пропофола в период поддержания анестезии составила. в 1 группе 1,8 мг/кг x час (1,5 – 2,8); во 2-ой группе оксибутирата натрия – 50 мг/кг. При сочетанной анестезии фентанил применяли лишь однократно (1 –

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

1,25 мг/кг на начало вмешательства). В контрольной группе потребность в фентаниле составила 3,2 (2,8 – 5) мг/кг х ч ($p < 0.05$).

При сравнительном анализе было отмечено, что течение сочетанной ингаляционной анестезии характеризовалось большей стабильностью мониторируемых показателей гемодинамики. При минимальной потребности в фентаниле в 1 группе отмечали эффективность протекции от окулокардиального рефлекса. По субъективным оценкам хирургов сочетанной анестезии были лучше для выполнения операций в связи с меньшей кровоточивостью. Время с момента окончания оперативного вмешательства до экстубации трахеи было в 2 раза меньше ($p < 0.05$) в основной группе (в среднем 3 – 7 мин), а в послеоперационном обезболивании пациенты нуждались не раньше чем через 2,5 – 3 часа.

Заключение. при выполнении оперативных вмешательств при глаукоме эффективно применение сочетания малых доз фентанила, пропофола с ингаляцией севофлюрана.

УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РОДОВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ

Зекрияев Н.Н., Сайдалиев Э.И., Халикулов Э.Ш.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Несмотря на знание причин, приводящих к травме плечевого сплетения и высокой квалификации медицинского персонала, родовые повреждения плечевого сплетения (РППС) по данным различных источников не уменьшаются, и составляют от 0,2 до 0,38 % новорожденных (Комаревцев В.Д., 1991, 2000 гг., Фищенко В.А., 1993 г., Stevens J.H., 1934 г., Soni A.L., 1985 г.). Нейрохирургические вмешательства на плечевом сплетении включают на сегодняшний день ревизию, невролиз, невротизацию и ауто-аллопластику нервов. Показания к ним ставят после безуспешного консервативного лечения в первые 6 месяцев жизни. Ортопедические операции - мышечные и мышечно-сухожильные пересадки проводят после безуспешных нейрохирургических операций и курса ЛФК, ФТЛ с 2 до 7 лет.

Цель и задачи.

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

1. Улучшить качество жизни пациентов в более ранние сроки послеоперационного периода.
2. Провести анализ отдалённых результатов хирургического лечения у больных с РППС.

Материалы и методы. Нами проведён ретроспективный анализ 20 случаев с РППС пролеченных в РНЦНХ в период с 2014 по 2016г. Больным производились операции. невротизация, невротизация с мышечно-сухожильной пластикой. Всем больным до и после хирургических вмешательств со сроком 6-12 месяцев производилось ЭНМГ (электронейромиография) исследование, которое является на сегодняшний день золотым стандартом в выборе тактики лечения и прогнозировании исходов. Возрастная градация пациентов составляла от 6 месяцев до 3-х летнего возраста. Первичное обращение на приём нейрохирурга варьировало от месячного до 3 годичного возраста. Всем больным в послеоперационном периоде проводилось адекватное консервативное лечение, а также реабилитационные мероприятия(ЛФК, ФТЛ).

Результаты.

1. Лучшие показатели от хирургических вмешательств наблюдались у пациентов с ранней адекватной диагностикой и своевременным хирургическим лечением, что объясняется более высокими показателями нейропластичности организма в первые годы жизни и репаративных способностей молодого организма.
2. Одномоментная мышечно-сухожильная пластика в сочетании с невротизацией даёт более высокие показатели улучшения качества жизни больных в сравнении с двухэтапными хирургическими вмешательствами.

Обсуждения. Анализ литературного материала и собственного клинического материала говорит о том, что больные с РППС, зачастую, получают длительное безуспешное консервативное лечение у невропатологов и педиатров в поликлиниках по месту жительства. Многим больным не проводилось ЭНМГ исследование по причине его отсутствия в протоколах педиатрических стационаров. В результате чего эти больные впервые попадают на прием к нейрохирургу в возрасте старше 1 года или спустя 2-3 года после травмы к ортопеду, с уже сформированной нейрогенной деформацией конечности и различной степени тяжести нейротрофическими нарушениями, что значительно ухудшает результаты от хирургической коррекции и вносит значительные трудности дальнейшей реабилитации.

Выводы. Необходимо расширить показания к ЭНМГ исследованиям РППС включая их в стандарты диагностики неонатологических и педиатрических

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

протоколов с целью своевременного определения необходимости хирургического вмешательства.

ДИАГНОСТИКА ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

А.В. Ибрагимов, А.А.Рахматуллаев

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

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

Цель. Анализ результатов диагностики различных форм эхинококкоза легких у детей.

Материалы и методы исследования. Нами проведен ретроспективный анализ историй болезней 53 детей оперированных по поводу ЭЛ в отделении торакальной хирургии 2 ГДХКБ за период с 2010 г. по 2015 г. в возрасте от 2 до 15 лет. Были использованы следующие методы исследования. общие клинические, лабораторные, ультразвуковые, рентгенологические и КТ исследования.

Результаты исследования и обсуждение. 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%). Правостороннее расположение у 14 (26.4%) и левостороннее – 8 (15.1%) больных. У 6 больных отмечалась двухсторонняя множественная локализация. У 13 больных отмечались сочетания 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. Всем больным проводили рентгенографические методы исследования. У 12 больных киста выявлена случайно, при массовом флюорографическом исследовании. При неосложненных кистах четко вырисовывалась тонкая округлая фиброзная капсула, без явлений перифокального воспалительного

процесса. При прорывах кисты в бронх, на рентгенограмме определялось кистозное образование с уровнем жидкости и газовым пузырем, что свидетельствовало о спадании хитиновой оболочки (симптом плавающего хитина).

УЗД исследование проводили у 34 больных, который подтверждал диагноз и позволял в ряде случаев исключить другие заболевания. Для неосложненной эхинококковой кисты выявляли характерный гиперэхогенный контур, сформированный акустическими тенями фиброзной и хитиновой оболочек кисты и анаэхогенное содержимое (жидкость). При нагноении кисты выявляли двойной контур кисты по периферии, толщина капсулы составляла $2,5 \pm 0,4$ мм, в полости кисты присутствовала гиперэхогенная взвесь. Прорывы ЭК в бронх характеризовались наличием гиперэхогенных включений с акустической тенью в виде пузырьков воздуха. При прорыве в плевральную полость киста имела неправильную овальную форму, неровные контуры, определялось наличие свободной жидкости и нитей фибрина в реберно-диафрагмальном синусе.

У 28 пациентов в сомнительных случаях, с целью дифференциальной диагностики, применена КТ. При отслойке хитиновой оболочки, характерной чертой является двухконтурность стенки жидкостного образования, которая создается фиброзной и хитиновой оболочками плотностью 134 - 156 МЕ, а между ними тонкая прослойка воздуха с отрицательной плотностью и жидкости с плотностью 36 - 48 МЕ. При осложнениях ЭК с прорывом, отмечали инфильтративные изменения в паренхиме легкого, с признаками распада и формированием полости, компрессинного ателектаза, гидроторакса.

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

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ШИГЕЛЛЕЗНОЙ
ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ЖАРКОГО
КЛИМАТА**

Ибрагимов Д.Б., Мирисмоилов М.М

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. По данным ВОЗ, ежегодно в мире регистрируется до 1-1,2 млрд. «диарейных» заболеваний и около 5 млн. детей ежегодно умирают от кишечных инфекций и их осложнений. В Республике Узбекистан в 70-годы прошлого столетия ОКИ также были широко распространены. Так, если в 1971 году в республике переболело 141747 человек указанными инфекциями, то в 1972 году этот показатель составил 142308. В настоящее время благодаря осуществлению широкомасштабных профилактических мероприятий заболеваемость ОКИ в республике значительно снизилась. В Республиках Средней Азии, проблема острых кишечных инфекций у детей, занимает одно из ведущих мест среди других инфекционных заболеваний.

Целью. Настоящего исследования явилось изучение особенностей клинической характеристики и антибиотикочувствительность острых кишечных инфекций у детей раннего возраста в условиях жаркого климата бактериологическое исследование диарейных заболеваний для установления этиологической структуры, биохимические анализы.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели было обследовано 30 детей со степенью тяжести заболевания. Возраст больных детей составил до 1 мес. 5 (16,67%), от 1 мес. до 1 года – 19 (63,33%), от 1 года до 3 лет – 5 (20%). Анализируя анамнез, мы выявили ряд факторов, неблагоприятно влияющих на характер течения заболевания. Так, 8 детей (26,67%) находились на раннем искусственном вскармливании. У 19(63,34%) детей отмечались фоновые заболевания. у 17(56,67%) детей выявлена железодефицитная анемия в легкой форме, у 3 (10%) - гипотрофия I степени, у 13 (41,93%) - рахит, у 4 (13,34%) - экссудативно-катаральный диатез, у 2 (6,66%) - перинатальная энцефалопатия. Сопутствующая острая респираторная вирусная инфекция отмечалась у 16 (53,33%) больных. Среднетяжелая форма шигеллезной инфекции наблюдалась у 13 (43,33%) детей, 17 (56,67%) тяжёлая форма у детей. У 8 (26,6%) больных с тяжелой формой заболевания стул был 15-20 раз в

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

сутки, с большим количеством слизи, отмечалось зияние ануса. В большинстве случаев наблюдалось энтероколитическая форма шигеллезной кишечной инфекции, которая была выявлена нами у 16 больных (53,33%). Для нее были характерны выраженные общетоксические симптомы, развитие симптомов дегидратации. Гастроэнтеретическая форма заболевания отмечена у 11 больных (36,67%). Для нее был наиболее характерен местный воспалительный процесс в ЖКТ, большая длительность и выраженность диареи. Клиника энтерита была лишь у 3 детей (10%). Заболевание протекало в среднетяжелой форме с умеренно выраженным диарейным синдромом

Выводы. Исследования показали, что кишечные инфекции шигеллезной этиологии чаще встречаются у детей раннего возраста, особенно у детей с измененной реактивностью и неблагоприятным преморбидным фоном, и характеризуются тенденцией к развитию распространенных форм поражения желудочно-кишечного тракта, протекающих в тяжелой форме с выраженными нарушениями водно-электролитного баланса. Установлено, что у детей, находящихся на грудном вскармливании, заболевание протекало в среднетяжелой форме составило - 43,3% , то у детей, находящихся на искусственном вскармливании преимущественно в тяжелой форме составило- 57,7%.. Установление этиологической структуры шигеллезной инфекции у детей раннего возраста повысит эффективность эпидемиологического расследования случаев шигеллезной инфекции у детей, а также своевременная коррекция антибактериальной терапии, обеспечит высокую эффективность лечения.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ОЦЕНКА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ РЕАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТНОГО ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА

Икматов М.А., Розиходжаева Г.А., Абзалова М.Я.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Важное значение приобретает доклиническая диагностика состояния сосудистого русла у детей с повышенной массой тела, которая имеет большое значение в профилактике развития клинической кардиоваскулярной стадии заболевания в подростковом возрасте.

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

Цель исследования. Изучение цереброваскулярной реактивности при проведении функциональных тестов (гипервентиляция и апное-тест) у детей 7-16 лет в зависимости от возрастного индекса массы тела.

Материалы и методы исследования. Обследовано 30 практически здоровых детей школьного возраста (7-16 лет). На основе возрастного индекса массы тела (ИМТ) выделено 2 группы детей. 1) с избыточным весом (выше 90-й процентиля возрастного ИМТ) – 15 детей (основная группа); 2) с нормальным весом (с нормальным возрастным ИМТ) – 15 детей (контрольная группа). Анализ полученного материала производился с учетом пола, возраста, анамнестических сведений относительно потенциальных факторов риска развития цереброваскулярных заболеваний. Всем детям проведен диагностический комплекс исследований направленный на оценку антропометрических показателей: веса (кг), роста (см), возрастной ИМТ (перцентиль), а также уровня систолического и диастолического давления. Всем детям проводилось транскраниальное триплексное сканирование основной и среднемозговых артерий с целью оценки кровотока в покое, а также при проведении функциональных тестов (гипервентиляция и апное-тест) для определения цереброваскулярной реактивности на ультразвуковом диагностическом аппарате «Mindray DR 6900» с использованием мультисекторного датчика с частотой 1-4 МГц. В качестве функционального теста на гипокапнию будет использоваться проба с гипервентиляцией.

Результаты исследования. При исследовании получили количественные данные показателей церебральной гемодинамики у мальчиков и девочек в зависимости от возрастного индекса массы тела, а также определили взаимосвязь антропометрических показателей, показателей АД с показателями церебральной гемодинамики, коэффициентами вазоконстрикторного и вазодилатационного резервов у детей школьного возраста с различным возрастным ИМТ, а также уточнили цереброваскулярную реактивность у детей школьного возраста в зависимости от возрастного индекса массы тела.

Выводы. Таким образом, изучение адаптационных возможностей системы церебральной гемодинамики путем оценки реактивности различных звеньев сосудистого русла головного мозга при функциональных тестах способствуют пониманию механизмов регуляции сосудистого тонуса и церебрального кровообращения у детей.

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ДЕРМАТОГЛИФИКИ ПРИ СУИЦИДАХ

Икрамов К.И., Шамсиев А.Я., Рузиев Ш.И.

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

Актуальность темы. В практике судебной медицины судебно-медицинские эксперты в процессе изучения суицидальных положений и при судебно медицинском оценивании проводят медицинские обследования основанные на результатах дополнительных медицинских обследований и имеющих ряд морфологических признаков. В суицидальных положениях изложенных в специальной литературе патоморфологические признаки не всегда определяют в реальной практике экспертизы. В таких положениях ставится задача перед экспертами судебной экспертизы используя новые современные методы провести экстренные судебные медицинские обследования. Один из таких современных методов это – метод дерматоглифического обследования.

Дисциплина изучающая структуру папиллярного рельефа – развитие дерматоглифики доказала передачу ей многих данных, а это дает возможность найти решение очень многим задачам криминалистики и судебной медицины, а также дать судебно медицинскую оценку суициду, также выявить к нему генетическую предрасположенность.

Объект исследования. в процессе исследования рисунок пальц ладони 10-ти трупов (ранне болевшие генетическими заболеваниями и не стоявшие на диспансерном учете) относившиеся к мужскому и женскому полу в возрасте 12-16 года намеренно покушивших на свою жизнь.

Предмет исследования. были проведены следующие методы сканирования изучения рисунков пальцев рук. Методом сканирования применяя 600 dpi качественный, bmp форматный простой сканер – «EPSON perfection – 200» по программному обеспечению (Искадарова-Кузиева) полученный программный продукт «ИК», проведен точный анализ углов, ладони, папилляров пальцев.

Обсуждение. В большинстве случаев больше встречаются завитки на 4-ом пальце, портики на 2-ом пальце, радиальная петля – на 2-ом пальце, а улнарная петля на 5-ом пальце.

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

На пальцах рук много встречается улнарная петля (в среднем свыше 50 %). А завитки почти в два раза меньше (около к 28%).

В правой руке по отношению с левой рукой среднее статистическое распределение бывает ближе к симметрии, потому что полученные результаты данных между собой очень сходны, и отличаются только лишь на десятку, сотку одного процента. Определено то, что максимальное различие для завиток 3,1 %. Частота обнаружения узоров (отпечаток) разных типов на пальцах рук отмечается следующим образом.

$$Lu > W > A > Lr > LW$$

На первом пальце правой руки узоры низкого роста встречаются гораздо больше чем узоры среднего роста. Почти одинаковы частоты обнаружения низких и средних узоров на первом пальце левой руки.

На обеих руках чаще встречаются узоры средней высоты (70,5 %) в 3 раза больше (25,3 %) и на 16 раз больше чем (4,3 %) высокие узоры. Можно сказать то, что на руках очень мало встречаются высокие узоры.

Заключение. Вместо заключения можно отметить то, что выше изложенные данные могут служить системой дополнительных материалов в оценивании суицидалных положений в отрасли судебной медицины и криминалистики.

ҚАНДЛИ ДИАБЕТДА ДЕРМАТОГЛИФИКНИ ЎЛИМДАН КЕЙИНГИ ЭКСПЕРТ БАҲОЛАШ

К.И.Икрамов, Ш.И.Рўзиев, З.А.Улугов, Ж.З. Ботиров

Тошкент Педитрия Тиббиёт институти, Ўзбекистон, Тошкент

Суд тиббиёти амалиётида жуда кўплаб саволларга бугунги кунда кафт-бармоқ нақшларига қараб баҳо бериш, унинг амалий аҳамиятини ошириб келмоқда.

Маълумки суд тиббиёти амалиётида қандли диабет ташхиси қатор мавжуд морфологик белгилар ва кўшимча текширувлар натижалари асосида қўйилади.

Тадқиқот объекти. Тадқиқот жараёнида қандли диабет билан оғриган 40-70 ёшлардаги эркак ва аёл жинсига мансуб 18 нафар тўсатдан вафот этганларни (хаётлиги давомида қандли диабет билан оғриган) кафт бармоқ андозаларини таҳлил қилинди.

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

Тадқиқот предмети. Махсус биз томонимиздан таъсис этилган буюкли усул (Искандаров А.И., Қўзиев О.Ж., Ҳамдамов А.М., Рўзиев Ш.И., Шаробиддинов З.Б., патент № FAP 00802,). Буюкли усулида бармоқ ва кафт изларини олиш тирик шахсларда ҳам, мурдаларда ҳам штемпель мастикасига шимдирилган губка ёрдамида амалга оширилади, бу губка махсус ишлаб чиқилган ғилофда жойлашган бўлиб, унинг пастки қирраси қўл кафтининг шимдирилган губкада қулай жойлашиши учун атайлаб мослаштирилган.

Муҳокама. Кузатувларимиз натижасида ҳаётлигида қандли диабет билан касалланган ва тўсатдан вафот этган мурдаларнинг бармоқ нақшларида асосан гажаксимон нақшлар қўлнинг биринчи, иккинчи тўртинчи ва бешинчи бармоқларида кўпроқ учраши кузатилди. Қўш сиртмоқлар эса нисбатан учинчи, тўртинчи ва бешинчи бармоқларда камроқ учраши ҳам ўз исботини топди.

Ўнг ва чап қўлларда турли нақш типларини учраш частотасини қиёсий характеристикаси.

Ўнг қўл	Нақш	Чап қўл
5>3>1>4>2	Lu	5>3>1>4>2
4>1>2>3>5	W	4>2>1>3>5
2>3>4>5>1	A	2>3>1>4>5
2>3>4>5>1*	Lr	2>3>4>5>1*
2>4>5>(1=3)	LW	1>2>4>3>5

Эслатма *-нақш бармоқда бирор мартда учрамади.

Қандли диабет билан касалланган мурдаларнинг чап қўл папилляр нақшлари таҳлил қилинганда гажаксимон нақшлар асосан қўлнинг биринчи бармоғида кўпроқ учраши аниқланди. Шунингдек учинчи, тўртинчи ва бешинчи бармоқларда асосан қўш сиртмоқ ва радиал сиртмоқлар нисбатан кам учрашига ҳам аниқлик киритиб ўтилди

Хулоса. Хулоса ўрнида шуни алоҳида таъкидлаш лозимки юқорида келтириб ўтилган маълумотлар нафақат суд тиббиёти амалиётида қандли диабетни, балки тиббиётда ҳам қандли диабет касаллигини эрта ва тезкор ташхислашда қўшимча замонавий усуллардан бири бўлиб хизмат қилиши мумкин.

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭПОЭТИНА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ
ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК НЕДИАБЕТИЧЕСКОЙ
ЭТИОЛОГИИ**

Икрамова Ф.А. Даминов Б.Т., Эгамбердиева Д.А.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Дисфункция почек сама по себе является важной причиной прогрессирования патологических изменений сердечно-сосудистой системы. Это обусловлено рядом метаболических и гемодинамических нарушений, таких как альбуминурия, системное воспаление, оксидативный стресс и анемия. Анемия приводит к нарушению кровообращения, способствуют объемной перегрузке сердца.

Цель исследования. Оценить применения эпоэтина в лечении больных хронической болезнью почек недиабетической этиологии.

Материалы и методы исследования. Обследованы 57 больных, находящихся на лечении в отделении нефрологии 3 клинике ТМА с консервативной стадией ХБП недиабетической этиологии. Больные разделены на две группы в зависимости от уровня гемоглобина. Первую группу составили 35 больных с уровнем гемоглобина ниже 80 г/л (в среднем 71 г/л), контрольную группу – 22 больных, у которых гемоглобин был выше 100 г/л (в среднем 103 г/л). Для коррекции анемии все больные получали Эпоэтин (ЭПО) в дозе 2000 ЕД подкожно. Начальная доза препарата у больных равнялась 75-100 ед/ кг в неделю. При отсутствии в течение 2 недель повышение гемоглобина и гематокрита (менее 3 г/л или 1% 14 дней) доза препарата увеличивалось вдвое. Наряду с ЭПО всем больным в/в вводили Венофер 50 мг/нед. Определяли уровень гемоглобина, гематокрита, формулы крови и биохимия крови, АД. Запасы железа в организме оценивали по содержанию ферритина в сыворотке, коэффициенту насыщения трансферрина железом. С помощью эхокардиографического исследования определяли конечный систолический, диастолический объемы и размеры левого желудочка (КСО, КДО, КСР, КДР, толщину ЗСЛЖ), фракцию выброса.

Результаты исследования. К началу лечение ЭПО преобладающее число больных первой группы имели выраженные признаки и симптомы кардиоваскулярной патологии. К 6 месяцам лечения у всех больных

улучшились показатели гемопозза и гематокрит превысил 30 %. Коррекция анемии повысила переносимость физических нагрузок, уменьшила частоту приступов стенокардии, улучшилась систолическая функция сердца, уменьшались размеры ЛЖ, увеличилась фракция выброса. Эти положительные эффекты отчетливо выявлялись у больных второй группы.

Выводы. Своевременная коррекция анемии при применении препарата Эпоэтина у больных в консервативной стадии ХБП стабилизируют работы сердца, снижает кардиоваскулярные осложнения и улучшает качество жизни.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ

Икрамова Г.А., Умарова З.Ф., Эгамбердиева Д.А.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. В большинстве стран мира подагра является актуальной не только медицинской, но также и социальной проблемой. Распространенность метаболического синдрома в различных популяциях варьирует от 10 до 63% и выше. Вместе с тем, происходит рост частоты метаболического синдрома во всем мире.

Цель исследования. изучение частоты метаболического синдрома (МС) и его компонентов среди больных подагрой.

Материал и методы исследования. В исследование включено 75 больных подагрой из них, 64 мужчины (86,2%) и 11 женщин (13,8%). Включались пациенты старше 18 лет, соответствующие классификационным критериям подагры S. Wallace и соавт. Диагноз МС выставлялся на основании критериев AdultTreatmentPanel III (АТР III). Регистрировалось наличие МС, отдельных его компонентов и сопутствующих заболеваний.

Результаты исследования. Общая частота МС у пациентов с подагрой составляла 58%. Из коморбидных заболеваний наиболее часто выявлялись артериальная гипертензия (у 3/4 больных), несколько реже – ишемическая болезнь сердца (ИБС; 42%) и сахарный диабет 2-го типа (24%); инфаркт миокарда перенесли 13% больных, почечная и сердечная недостаточность

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

наблюдалась также у 14%. У пациентов с подагрой МС ассоциировался с наличием ИБС.

Выводы. У больных подагрой отмечена высокая частота МС (57%), его компонентов и кардиоваскулярных заболеваний. Полученные данные позволяют предположить существование взаимосвязи между наличием МС и развитием ИБС.

ПРИЧИНЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗАПОРОВ У ДЕТЕЙ

Исабаева Д.Х., Ахмедова И.М.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Одной из актуальных проблем детской гастроэнтерологии является нарушение моторики толстой кишки, проявляющееся запором. Однако практика показывает, что данной проблеме уделяется недостаточно внимания. Не учитывается и тот факт, что запор может приводить к такому серьезному и социально значимому последствию как недержание кала, инвалидизирующему ребенка и изменяющее его психику, а соответственно, и качество жизни.

Цель исследования. Выявление причин формирования запоров у детей.

Материалы и методы. Для исследования были включены 60 детей в возрасте от 1 до 7 лет с заболеваниями органов пищеварения, находящихся на стационарном лечении в отделении гастроэнтерологии и состоявших на диспансерном учете в консультативно-диагностической поликлинике РСНПМЦ Педиатрии.

Оценку клинических проявлений заболевания 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. Для исключения органической природы запора использовали инструментальные методы исследования. рентгенологическое исследование толстой кишки, ультразвуковые методы исследования.

Результаты и обсуждение. При анализе причин формирования запоров у детей установлено, что факторы риска развития запоров у детей очень разнообразны. В первую очередь необходимо отметить отягощенный по

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

гастроэнтерологической патологии семейный анамнез. По нашим наблюдениям при наличии у родителей хронических запоров частота их развития у детей составило 52%. У 14,9% наблюдаемых детей раннего возраста в анамнезе выявлен неправильный режим питания кормящей матери, у 34,2% перинатальная энцефалопатия гипоксического или травматического генеза, у 9,3% мышечная гипотония, у 32,5% рахит и рахитоподобные заболевания, у 23,7% явный или латентный дефицит железа, у 34,9% недостаточный питьевой режим при искусственном вскармливании, быстрый переход на искусственное вскармливание почти у половины наблюдаемых больных, с одной смеси на другую, вскармливание детей первых месяцев жизни неадаптированной молочной смесью у 45,0%, у 29,0% гастроинтестинальная форма пищевой аллергии. У детей старшего возраста выявлено следующее, особенности питания у 27,5%, длительное употребление щадящей пищи в малом объеме у 4,0%, гиподинамию у 56,0%, эмоциональные перегрузки и вегетативную дисфункцию у 32,5%, гастрит с повышенной секрецией у 45,0%, дисфункцию билиарного тракта имели 23,0%, гастроинтестинальная форма пищевой аллергии установлено у 12,0% больных.

Распространённой ошибкой явилось применение у детей грудного возраста мыльных клизм, вазелинового масла, который выявлен у 26,6% наблюдаемых. Нарушение формирования рефлекса на дефекацию по нашим данным выявлено в 65,0 % случаях, т.е. родители не приучали ребёнка пользоваться горшком, длительно используя памперсы.

Заключение. Разнообразие этиологических факторов хронического запора требуют дифференцированного подхода к профилактике и лечению этой патологии у детей.

ПЛОСКОСТОПИЕ И ЗАБОЛЕВАНИЕ СТОПЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Исаева М.А., Уста-Азизова Д.А.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Идеальная стопа встречается менее чем у половины человечества. Плоскостопие является одним из распространенных заболеваний

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

опорно-двигательного аппарата. Все дети рождаются с плоской стопой, но когда ребёнок начинает вставать, а затем ходить, нагружая стопу всё больше и больше, у него формируются правильно все элементы стопы. После 6 лет ребенок при беге начинает ставить стопу с носка, формируются более правильные элементы ходьбы. После 7-8 лет сила мышц и выносливость повышаются. К 10 годам строение стопы формируется и приближается к строению стопы у взрослых. Задача врача-ортопеда в этот период жизни ребёнка состоит в том, чтобы вовремя определить есть ли тенденция к формированию плоскостопия или нет. Поэтому посещение ортопеда до года, когда ребёнок начинает ходить, является очень важным.

Цели и задачи. Изучение плоскостопия и исследование заболевания стопы у детей раннего возраста.

Методы исследования. Исследования проводились среди детей раннего возраста в клинике при ТашПМИ. Проводилась рентгенография стоп, компьютерная плантография и подометрия.

Результаты исследования. При проведении исследования на рентгенограммах стоп, выполненных в 3-х проекциях, удалось увидеть изменение положения стоп относительно друг друга. Компьютерная плантография позволила рассчитать различные морфологические параметры стопы. С помощью подометрии удалось оценить распределение нагрузки на разные отделы стопы. В ряде случаев с уточняющей целью может потребоваться проведение УЗИ суставов.

Обсуждение. Исследования показали, что лечение плоскостопия является комплексным, важными компонентами которого являются физические упражнения, ЛФК, закаливание, двигательный и гигиенический режимы. В профилактике важны регулярность, правильный выбор обуви, полезна ходьба босиком по неровной поверхности, катание на лыжах, плавание.

Вывод, заключение. Таким образом, следует регулярно посещать педиатра, а также профилактические осмотры, осуществляемые специалистами разного профиля (в т. ч. детским хирургом и ортопедом). Необходимо уделять серьезное внимание правильному подбору обуви для ребенка. она должна быть по размеру (не мала и не велика); изготовлена из качественных натуральных материалов; иметь плотный супинатор, жесткие заднюю и боковую части.

ЗАТЯЖНАЯ ЖЕЛТУХА ВЕРОЯТНЫЙ СИМПТОМ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ.

*Искандаров Б., Инакова Б.Б., Хакимов Ш.К., Нуритдинова Г.Т.
Андижанский государственный медицинский институт г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность проблемы. ВУИ определяется еще и тем, что у детей с ВУИ в последствие могут развиваться серьезные нарушения здоровья, которые могут приводить к развитию хронических заболеваний, инвалидизации, и, следовательно, к снижению качества жизни ребенка в целом.

Целью нашего исследования явилось изучение ассоциативности пролонгированной желтухи у новорожденных с лабораторными признаками TORCH-инфекции.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 14 новорожденных с пролонгированной желтухой обследованы на TORCH-инфекцию. Из них 9 – недоношенные (≤ 37 недель) и 5 доношенных детей с низкой массой тела по отношению к гестации (38 – 42 нед).

Результаты собственных исследований. Установлено, что длительность желтухи в среднем составила $34,7 \pm 1,7$ дней, общий билирубин к концу первого месяца составил $97,4 \pm 9,2$ мкмоль/л с преобладанием непрямой фракции. У 7 детей в крови повысились трансаминазы за счет АСТ фракции (более 0,7 ед), увеличение печени обнаружено у 10 детей, у 3 детей – признаки неспецифического энтероколита (антибиотик ассоциированная диарея), у 5 – признаки гипертензионно-гидроцефального синдрома, у 2-х – конъюнктивит, у 6 – анемия ($Hb \leq 130$ г/л) и у 1 кандидоз, у 4 – длительный субфебрилитет. На нейросонографии у 12 детей обнаружена вентрикумегалия, перивентрикулярная лейкомаляция, вентрикулит.

У 13 матерей (92,9%) обнаружены ИФА-маркеры TORCH-инфекции. уреоплазма (4), генитальный герпес (3), ЦМВ (5), 1 – микоплазма+хламидиоз.

Таким образом, высокая частота TORCH-инфекции у матерей новорожденных с пролонгированными желтухами, требует их обследования на наличие клинико-лабораторных признаков внутриутробных инфекций и провести целенаправленные терапевтические мероприятия.

**РЕЗУЛЬТАТЫ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И
АКУШЕРСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА У ПЛОДА**

*Исмадияров Б.У., Эргашев Б.Б., Эшкабилов Ш.Д.
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. За последние годы достигнуты огромные успехи в антенатальной диагностике фетальных аномалий. Пренатальная ультрасонография позволяет обнаруживать различные врожденные пороки развития плода. В настоящее время по данным литературы эффективность антенатальной диагностики пороков развития в развитых странах в учреждениях первого уровня составляет 20%, второго уровня – 55%, а в перинатальных центрах достигает 90%.

Целью исследования является ретроспективный анализ результатов пренатальной диагностики и акушерской тактики при атрезии пищевода у плода.

Материалы и методы исследования. Изучены результаты 30 беременных женщин с подозрениями на АП в период 2014-2016 год. Все беременные женщины подвергались ультразвуковому исследованию во втором или третьем триместре. Для ретроспективного анализа собраны следующие данные: возраст матери, количество родов, акушерский анамнез, способы родоразрешения, гестационный срок, после рождения у всех детей было проведено зондирование пищевода, проба Элефанта, контрастное рентгенологическое исследование пищевода.

Результаты. В период с 2014 по 2016 года нами наблюдалось 30 беременных женщин с подозрениями на АП у плода, которые наблюдались у акушера-гинеколога и детского хирурга в условиях РПЦ. Основными эхографическими признаками АП явились: многоводие, которое выявлено во всех случаях, отсутствие эхотени желудка или маленькие его размеры (microgaster) у 19 (63,3%) беременных. В 11 (36,7%) случаях удалось визуализировать расширенный проксимальный конец пищевода. Из 30 женщин с подозрением на АП у плода 13 (43,3%) были в возрасте 17-30 лет, а 17 (56,7%) - 31-40 лет. Первородящих женщин было 14 (46,7%), повторнородящих – 16 (53,3%). Патология органов гениталий отмечено у 5 (16,6%) женщин, экстрагенитальная патология (ОРВИ, пиелонефрит, зуб, анемия и т.д.) у 25 (83,3%) рожениц. Рождение детей с пороками развития в предыдущих родах отмечено у 2 (6,7%) женщин. Из 30 беременных женщин у 21 (70%) роды были осуществлены физиологическим путем, а у 9 (30%) кесарева сечения.

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

Постнатальный диагноз атрезии пищевода подтверждён только у 16 новорожденных и тем самым, точность антенатальной ультразвуковой диагностики АП составила 53,3%.

Выводы. 1. Антенатальная ультразвуковая диагностика атрезии пищевода у плода позволяет ранней постнатальной диагностики и тем самым, предупреждает развитие различных осложнений, ведущим из которых является аспирационная бронхопневмония.

2. При антенатальной диагностики АП у плода необходимо роды в условиях перинатальных центров с активным участием неонатолога, акушер-гинеколога и детского хирурга.

ОСОБЕННОСТИ АУДИОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Исматова К.А., Умаров Х.У., Махмудов М.У.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. На сегодняшний день для аудиологических скрининга золотым стандартом является метод отоакустическая эмиссия. Известно, что на каждые 1000 родившихся здоровыми, приходится рождение 1-2 ребенка с двусторонней тугоухостью высокой степени.

Цель исследования. Повышении эффективности диагностики слуха у новорожденных.

Материалы и методы. Считается, что патология слуховой функции, обнаруженная у новорожденного ребенка, как правило, необратима. Однако указания на возможность задержки развития слуховых путей в грудном возрасте и, соответственно, транзиторном характере повышения порогов слуха, позволяют предположить, что часть детей, у которых при аудиологическом скрининге в отделение ОПН и ОНН при РСНПМЦП отсутствует отоакустическая эмиссия, имеют все же преходящие нарушения слуха. С 2014г по 2017г обследовано 2113 новорожденных. Аудиологический скрининг проводили путем определения задержанной вызванной отоакустической эмиссии и отоакустическая эмиссия на частоте продукта искажения (Нейро-аудио-скрин. Россия. г. Иваново). Обследование являлось двухэтапным. ЗВОАЭ и ПИОАЭ проводили на 2-4 сутки при поступлении новорожденного,

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

при получении отрицательного результата тестирование повторяли перед выпиской новорожденного из отделения. Протокол исследования стандартизован.

Результаты. Тестирование на первом этапе аудиологического скрининга не прошло 85 человека, что составило 4% от общего количества обследованных, на втором этапе тестирования результат получен у 6 детей (0,3% от общего числа обследованных и 7,3% от непрошедших тест с первого этапа). Проанализировав полученные данные, мы отметили, что практически половина (53,4%) детей не прошедших первый этап аудиоскрининга, имели при рождении массу менее 3000 гр, что составило 9,9% от всех обследованных детей с массой менее 3000 гр.

Выводы. На наш взгляд, в группе маловесных детей положительные результаты первого этапа аудиологического скрининга можно расценивать как преходящие и связанные с отставанием в развитии, обусловленным гипотрофией, недоношенность, закупорка наружного слухового прохода, жидкость в среднем ухе.

СРАВНЕНИЕ НЕИНВАЗИВНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В РЕЖИМАХ PAV И PSV

Исмоилова Х.Э.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Введение. Одним из современных методов респираторной поддержки при острой дыхательной недостаточности у детей старшего возраста, является проведение неинвазивной искусственной вентиляции легких в режиме Proportional Assist Ventilation (PAV). При проведении вентиляции в данном режиме ни поток, ни объем, ни давление как таковые не задаются. Поэтому данный режим позволяет пациенту сохранять полный контроль над паттерном дыхания.

Цель исследования. сравнить влияние неинвазивной вентиляции легких в режиме PAV и PSV на показатели внешнего дыхания, легочного газообмена и

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

кислородо -транспортной функции крови у больных с острой дыхательной недостаточностью (ОДН).

Исследование проведено у 40 детей (3-16 лет), оперированных на органах брюшной полости с развившейся в раннем послеоперационном периоде острой паренхиматозной дыхательной недостаточностью (ДН).

Больные были разделены на две группы. 1-ю группу (n=19) составили больные, которым проводилась масочная вентиляция в режиме PAV; 2-ю группу (n=21) в режиме PSV. Неинвазивная вентиляция осуществлялась при помощи дыхательного аппарата BiPAP Vision (Respironics inc. USA). Стандартные начальные установки.

- PAV. FA=2cm H₂O/L/s, VA=5cm H₂O/L, PA=100%.

- PSV. PS=6cm H₂O, PEEP=4cm H₂O.

Исследование проводили на следующих этапах. перед началом вентиляции, через 15 мин, 30 мин, 1 ч и 2 ч, на которых изучались параметры PaCO₂, PaO₂/FiO₂, RR, Rпик.ср, комфорт по визуальной аналоговой шкале (ВАШ).

Материалы и методы. У всех больных наблюдалось улучшение респираторных и гемодинамических изучаемых параметров. При динамическом исследовании отмечено достоверное снижение RR (p<0,05) с 15-й мин в группе больных вентилируемых режимом PAV.

К 30-й мин выявлено увеличение Rпик.ср до 12,4±0,5 см H₂O в режиме PSV (p<0,05), по сравнению с исходными данными (11,2±0,5 см H₂O). В режиме PAV Rпик.ср существенно не изменялось. Проводимый анализ субъективных ощущений по бально-аналоговой шкале показал комфортность режима PAV в сравнении с PSV (p<0,05).

Выводы. у больных с ОДН режим PAV поддерживает газообмен также эффективно, как и PSV; выявлена тенденция к повышению Rпик.ср в дыхательных путях при режиме PSV; отмечена большая комфортность режима вентиляции PAV в сравнении с PSV.

**ВЫБОР ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА ПРИ ВРОЖДЕННЫХ
ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ У НОВОРОЖДЕННЫХ**

Исроилов Э.У., Эргашев Б.Б.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Врожденная диафрагмальная грыжа (ВДГ) – это сложный порок развития, встречающийся в 8 % случаев от всех врожденных пороков. Частота встречаемости ВДГ составляет 1 на 2000-4000 новорожденных при соотношении полов 1.1. В 30 % случаев такие дети рождаются мертвыми, а 35-70% умирают после рождения до поступления в отделение хирургии новорожденных. ВДГ требуют ранней диагностики и оперативного вмешательства. Особенность анатомического расположения диафрагмы дает возможность хирургических манипуляций при этом пороке, как со стороны грудной полости, так и через лапаротомный разрез. Поэтому отдельными хирургами предпочтение отдается к тому или иному доступу.

Целью настоящего исследования являлось выбор оптимального доступа операции при врожденных диафрагмальных грыжах у новорожденных путем сравнительного анализа трансторакального и транслапаротомного разрезов.

Материал и методы. За 2013–2016 гг. в республиканском учебно-лечебно-методическом центре неонатальной хирургии при РПЦ находилось 39 больных с ВДГ. Возраст больных колебался от 1 дня до 2 месяц. На основании установленного диагноза всем больным проводилось оперативное лечение. 14 (36 %) больных были оперированы по экстренным показаниям, в 25 (64 %) случаях проведена срочно- плановая операция.

Результаты. Анализ материала показала, что у абсолютно большинства больных встречались грыжи собственной диафрагмы. левосторонняя локализация – у 25 (64,1 %) новорожденных. 21 (53,8 %) – ложные, 4 (10,3 %) – истинные, в 9 (23,1 %) случаях – правосторонняя локализация. 6 (15,4%) – ложные, 3 (7,7 %) – истинные, 3 (7,7 %) релаксаций купола диафрагмы. У 2 (5,1 %) новорожденных диагностированы грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Были проведены следующие оперативные доступы. у 23 (59%) – торакотомный; у 12 (30,8%) – лапаротомный; у 4 (10,3%) – последовательная одноэтапная торакотомия и лапаротомия. В последнее время мы отдаем предпочтение торакотомному доступу, независимо от вида грыж (ложной или

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

истинной). При этом, в случаях истинных грыж, пластика диафрагмы не представляет трудности. При ложной грыжи вправление перемещенных органов через узкую щель (грыжевые ворота) создают определенные трудности. Для нетравматичного вправления перемещенных органов, нами проводится продольное рассечение свободного купола диафрагмы на 2–2,5см, что способствует увеличению размеров грыжевой вороты, при котором без особого труда вправляются перемещенные органы в брюшную полость. Торакотомный доступ так же является более доступным при ликвидации грыж пищеводного отверстия диафрагмы.

У новорожденных перенесшие торакотомию при диафрагмальных грыжах течение послеоперационного периода более благоприятное по сравнению транслапаротомного доступа, выражающееся с умеренными явлениями пареза кишечника и быстрого восстановления аэрации в сторону оперированного легкого.

Выводы. Можно отметить при устранении ВДГ трансторакальный доступ является более предпочтительным, обеспечивающий свободный доступ и благоприятные условия для предотвращения различных причин обуславливающие возникновение диафрагмальных грыж и сравнительно лучшие непосредственные результаты.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПТОЗА ВЕРХНЕГО ВЕКА У ДЕТЕЙ

Кадилова М.А.; Бабаджанова Л.Д.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Различные типы блефароптоза являются основной формой офтальмопатологии детского возраста среди врожденных аномалий органа зрения. Опущение верхнего века (птоз) является выраженным косметическим дефектом, который нарушает адаптацию ребенка в обществе. Внешний вид ухудшают также осложненные формы блефароптозов, встречающихся в 40% случаев. Птоз также сочетается и с другими патологическими состояниями глаза и глазодвигательного аппарата, таких как эпикантус, различные виды косоглазия, блефарофимоз. Для предупреждения ряда осложнений, таких как амблиопия, расстройства бинокулярного зрения,

неправильное положение головы, связанных с опущением верхнего века рекомендуется проводить своевременное хирургическое лечение. По данным различных авторов, процент гипоеффектов при данном виде хирургического вмешательства составляет 7-40%, во избежание которых важен правильный выбор метода хирургического лечения птоза в зависимости от функционального состояния леватора.

Цель исследования. Анализ результатов хирургической коррекции блефароптоза у детей.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось в отделении офтальмологии ТашПМИ. Было обследовано 20 детей (20 глаз) с врожденным и приобретенным птозом в возрасте от 4 до 15 лет. Больным были проведены офтальмологические обследования (визиометрия, офтальмоскопия, определение угла косоглазия, определение подвижности глазных яблок, положения верхнего века и степени его опущения, измерялась ширина и длина глазных щелей, определение экскурсии верхнего века, тест на миастению).

Результаты и их обсуждение. Из 20 детей- 55% составили мальчики, 45%- девочки. По возрасту дети были разделены на 2 группы. от 4 до 7 лет- 65%, от 7 до 15 лет- 35%. У 11 детей (55%)- двусторонний процесс, у 9 детей (45%)- односторонний, у 3(15%) –сочетанное с монолатеральным косоглазием. Амблиопия различной степени определена у 4 детей из 20 (20%). Дети с амблиопией средней степени- 3 (15%), высокой степени- 1 ребенок (5%). У 16 пациентов (80%) амблиопии не наблюдалось. Вынужденное положение головы отмечалось у 4 детей(20%). Слабый врожденный птоз с функцией леватора 8 мм и более, а также неповрежденным апоневрозом был исправлен резекцией в 14-16 мм у 9 детей (45%), 8 детям(40%) с функцией леватора 5-6 мм и слабым апоневрозом была произведена резекция в 18-22 мм. В результате хирургического лечения птоз был практически устранен у 18 детей (90%), частично устранен в 2 случаях (10%).

Выводы . Метод хирургического лечения опущения верхнего века- резекция леватора обеспечивает больший физиологичный эффект, а также обеспечивает сохранение анатомического расположения структуры комплекса леватора верхнего века.

**ФАКТОРЫ РИСКА ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ
ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

Кадырова З.С., Ахмедова Ш.У.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Распространенность ожирения пропорционально повышается до эпидемии и является серьезной проблемой здравоохранения во всем мире. Диабетическое поражение почек считается одним из разрушительных осложнений диабета и является главной причиной развития терминальных стадий почечной недостаточности (ТПН), более того случаи развития ТПН за последние два десятилетия удвоились. Ожирение, также как, и сахарный диабет (СД), и артериальная гипертензия (АГ), являются ведущими причинами хронического заболевания почек (ХБП) и ТПН. Заболевания почек ассоциированная ожирением связано с расстройствами гемодинамики в почках, дисфункцией эндотелия и падоцитов, повреждением базальной мембраны гломерул, мезангиальной экспансией, тубулярной атрофией, интерстициальным фиброзом и прогрессирующим снижением функции почек (увеличением альбуминурии и снижением скорости клубочковой фильтрации СКФ) ведущей к ТПН.

Цель исследования. Изучение роли ожирения в прогрессировании диабетической нефропатии у больных сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 50 больных с сахарным диабетом 2 типа (СД 2 типа) от 45 до 69 лет (среднее значение $58,5 \pm 7$), находившиеся на лечении в РСНПМЦЭ в 2014-2016 гг. Все обследованные больные разделены на две группы. I-группа. 38(76 %)больных с СД 2 типа с ожирением и АГ (СО). II-группа. 12(24 %) больных с СД 2 типа без ожирения, но с АГ(БО). Всем больным определили индекс массы тела (ИМТ), окружность талии (ОТ), окружность бедер (ОБ), соотношение ОТ/ОБ. В сыворотке крови определяли уровни креатинина, мочевой кислоты, липидного спектра, гликированный гемоглобин (HbA1c). Поражение почек, оценивали по уровню СКФ и альбуминурии.

Результаты исследования. В результате проведенного исследования установлена, при длительности СД более 5 лет. развитие гиперфильтрации (СКФ >90 мл/мин/ $1,73$ м²), микроальбуминурии (МАУ) и протеинурии (ПУ) у

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

больных с ожирением наблюдалось достоверно чаще. Частота МАУ у больных без ожирения составляла 11,1 %, у больных с ожирением – 26,6%, частота ПУ – 11,1% и 50% соответственно. При оценке традиционных факторов риска ДН, у больных СД 2 типа с ожирением при длительности СД более 5 лет. чаще определялась 3 степень АГ (СО 13%; БО 7,7%) и в большем проценте случаев появлялась необходимость использования 3-х и более антигипертензивных препаратов (СО 43,6%; БО 20,4%). Кроме того, у больных с ожирением были более выражены расстройства пуринового и липидного обменов. был выше уровень мочевой кислоты в сыворотке крове, чаще определялось снижение ЛПВП.

Выводы. При СД 2 типа абдоминальное ожирение наряду с нарушениями углеводного обмена и систолической АГ является самостоятельным фактором риска поражения почек. В группе больных СД 2 типа с ожирением частота гиперфльтрации, МАУ и ПУ была выше, по сравнению с группой пациентов СД 2 типа без ожирения. Более частое поражение почек у больных СД 2 типа с ожирением обусловлено ассоциированными с ожирением нарушениями липидного и пуринового обменов, а также нарушениями системной гемодинамики (АГ) и внутривисочечной гемодинамики (гиперфилтратией).

МОНОКУЛЯРНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ МАЛЫХ УГЛОВ СОДРУЖЕСТВЕННОГО СХОДЯЩЕГОСЯ КОСОГЛАЗИЯ У ДЕТЕЙ

Каланходжаева Д.Б., Бабаджанова Л.Д.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Косоглазие по частоте среди офтальмопатологий встречается в 0,5-3,5% случаев и является одной из причин препятствующий гармоничному развитию зрения, сопровождающееся сильным влиянием на психику и формирование характера детей. Содружественное косоглазие является патологией раннего детского возраста, характеризующееся постоянным или периодическим отклонением одного из глаз от точки фиксации, что влечет за собой нарушение бинокулярного зрения. У детей 3-4 лет в 10 раз чаще встречается сходящееся содружественное косоглазие, так как дети младшего возраста отличаются особенностями строения глазного яблока,

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

чем обусловлена их функциональная возрастная гиперметропическая рефракция. Лечение малых углов содружественного косоглазия на сегодняшний день остается сложной задачей, так как эффективность лечение содружественного косоглазия колеблется от 33%-96,5% и зависит от ранней диагностики, комплексного лечения и реабилитации детей с данной патологией. Особенно сложным является дозирование хирургических вмешательств при исправлении малых углов сходящегося содружественного косоглазия, так как рецессия внутренней прямой мышцы в 10-20% случаев осложняется обратным косоглазием, что связано с прикреплением внутренней прямой мышцы и ее конвергирующей функцией.

Цель. Изучить эффективность применения монокулярной схемы расчета рецессии внутренней прямой мышцы при малых углах косоглазия.

Материал и методы исследования. проведен анализ обследования и хирургического лечения 15 детей (15 глаз) с малым углом содружественного сходящегося косоглазия, находившееся в клинике ТашПМИ с 2015-2016 гг. Из них 10 девочек (67%) и 5 мальчиков (33%). Средний возраст детей составил от 5-13 лет. Проведено комплексное офтальмологическое обследование. визиометрия, рефрактометрия, исследование бинокулярного зрения, подвижности глазных яблок в 8 меридианах, измерение угла девиации (отклонение) с помощью призм, офтальмоскопия. Все дети обследовались смежными специалистами (педиатр, невролог, анестезиолог). При необходимости проводилась дополнительная консультация других специалистов.

Результаты. Острота зрения у 9 детей (60%) была снижена до 0,6-0,8, у 6 (40%) соответствовало возрастной норме. Характер зрения (бинокулярное зрение) у 60% - был одновременным, у 40% - бинокулярным. У 8 детей (53%) рефракция была гиперметропической, которая совпадала с возрастной нормой. У 6 (40%) отмечалась гиперметропия средней степени, у 1 (7%) отмечалась миопия слабой степени. Ограничение подвижности глаз не отмечалось. Угол девиации варьировал от 10-25 призмных диоптрий (ПД). У всех детей со стороны офтальмоскопических исследований патологии не отмечались. Всем детям в зависимости от угла девиации, применена схема расчета рецессии внутренней прямой мышцы монокулярно (Нуччи П., Серафино М., 2007). У всех детей наблюдался положительный косметический эффект, правильное положение глаз (ортофория) достигнута в 100 %.

Выводы. Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о том, что примененная схема расчета обеспечивает высокую эффективность

хирургического лечения при малых углах содружественного сходящегося косоглазия и приводит глаза в состояние ортофории, полностью устраняя косметический дефект.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ У ДЕТЕЙ 1-6 ЛЕТ С ВИРУСНЫМ КОНЬЮНКТИВИТОМ ПОСЛЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ

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

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. До настоящего времени еще не разработаны эффективные средства лечения вирусных конъюнктивитов (ВК) у детей. Предстоит решить задачи, связанные с тем, чтобы добиться прекращения продуктивной вирусной репликации и вирусной экскреции, перевести инфекцию в латентную стадию и способствовать установлению контроля иммунной системы организма по недопущению активизации инфекции. Актуальность проблемы восстановления иммунологических нарушений с помощью иммунокорректирующих препаратов в настоящее время несомненна. Однако, при всей очевидности использования иммуностропных средств в комплексном лечении детей с ВК, терапия таких пациентов представляет собой сложную задачу и не может в настоящее время считаться разработанной. Возникает возможность выработки общих универсальных способов иммунокоррекции, основанных на клинической характеристике течения процесса, не требующей в дальнейшем детальной иммунодиагностики, и приемлемых в широкой клинической практике.

Цель исследования – комплексная клинико-иммунологическая оценка эффективности применения офтальмоферона с вифероном.

Материал и методы. Было обследовано 27 детей дошкольного возраста, в 2-х группах. 1-я - дети, которые были обследованы до лечения (19); 2-я - дети, получавшие офтальмоферон с вифероном (8). Контрольную группу (17) составили здоровые дети от 1 года до 6 лет.

Результаты. После проведенной лечения у детей с ВК клиническое состояние улучшилось. Исчезли такие симптомы как, слезотечение, зуд и боль в глазах.

Анализ результатов иммунологических исследований показали следующие неоднозначные изменения показателей клеточного и гуморального иммунитета при ВК после лечения офтальмофероном на фоне виферона. Относительное количество лейкоцитов и лимфоцитов у детей с ВК после лечения офтальмофероном имело некоторую тенденцию к снижению ($P > 0,05$), однако результаты не отличались достоверностью. Отмечалась достоверное повышения ($P < 0,001$) сниженного у больных при ВК относительного количества CD3-лимфоцитов. Выявилась достоверное увеличение относительного количества и незначительная тенденция к увеличению абсолютного чисел CD4⁺ клеток. Также выявлена тенденция к снижению абсолютного ($P > 0,05$) числа Т-супрессорных цитотоксических (CD8) клеток, а относительные количества этих клеток оставались в пределах контрольных значений. После лечения иммунорегуляторный индекс статистически не отличались от контрольных значений. Сниженное количество естественных киллеров ($P < 0,001$) достоверно повышалось ($P < 0,05$). Достоверно увеличенные относительные и абсолютные количества CD19 клеток до лечения снизились ($P < 0,05$), и отличались от значений до лечения. Сниженные концентрации иммуноглобулинов IgA и IgG, после проведенной иммунокоррекции повышались. Показатели CD25 и CD95 клеток нормализовались. После лечения больных с ВК показатели интерлейкинового и интерферонового статуса также стабилизировались.

Заключение. Таким образом, клиническое состояние больных ВК улучшилось. Исчезли такие симптомы как, слезотечение, зуд и боль в глазах. После проведенного комплексного лечения у детей с ВК количество CD3, CD4 и CD16 клеток достоверно повышается, количество CD25 лимфоцитов имеет тенденцию к повышению, а число CD19 и CD95 клеток достоверно снижается, и постепенно приближаются к контрольным значениям. Продукция ИЛ-1 и ИЛ-4 достоверно снижается, а продукция γ -интерферона повышаясь становятся достоверно выше контрольных значений.

**КОМПЛЕКСНАЯ ЭХОГРАФИЯ СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ МАТЬ -
ПЛАЦЕНТА - ПЛОД У БЕРЕМЕННЫХ С ЗАДЕРЖКОЙ
ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА ПРИ ГЕСТАЦИОННОМ
САХАРНОМ ДИАБЕТЕ**

Каримова З.Н., Мамадалиева Я.С., Абзалова М.Я.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Одной из актуальных проблем современного акушерства является сахарный диабет у беременных, который составляет 3% - 6 % от общего количества родов. Сахарный диабет беременных имеет особенности, связанные с гормональными и метаболическими перестройками, возникающими в организме женщины с началом функционирования системы мать-плацента-плод. Течение заболевания отличается лабильностью, склонностью к кетоацидозу, гипогликемическим состояниям, прогрессированию сосудистых нарушений и истощением адаптационно-компенсаторных механизмов организма беременных. Частота выраженных нарушений внутриутробного развития плода при сахарном диабете приближается к 100 %, они приводят к высокой перинатальной смертности.

Цель. Оптимизировать комплексную ультразвуковую оценку функционального состояния системы мать-плацента-плод при ЗВУР плода для прогнозирования риска перинатальных осложнений у беременных с гестационным сахарным диабетом.

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 20 беременных с гестационным сахарным диабетом со ЗВУР плода.

Результаты. На основании проведённого комплексного исследования функционального состояния системы мать-плацента-плод у беременных с гестационным сахарным диабетом со ЗВУР плода выявлены наиболее информативные параметры. ультразвуковая фетометрия, букальный показатель, критерии фето-плацентарной недостаточности (систола-диастолическое отношение в маточных артериях, гипоплазия плаценты), признаки централизации кровообращения (скорость кровотока венозного протока в

период сокращения предсердий, систоло-диастолическое отношение в средней мозговой артерии, скорость реверсного кровотока нижней полой вены в период сокращения предсердий), индекс напряжения, наличие децелераций и акцелераций. Наименьшим информационным весом обладает базальная частота сердечных сокращений при отсутствии сопутствующей гипоксии.

Выводы. Разработанный диагностический алгоритм исследования функциональной системы мать-плацента-плод у беременных с гестационным сахарным диабетом позволил оптимизировать тактику ведения беременности и родоразрешения, что снизило перинатальную смертность, перинатальную заболеваемость (уменьшение патологии ЦНС, уменьшение основных признаков диабетической фетопатии у новорожденных. подкожного отека, гепатомегалии, гипогликемии, кардиомиопатии).

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО РАХИТА

Каримова М.Х. Ильхамова Х.А.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность исследования. Болезни органов дыхания у детей раннего возраста до сих пор являются определяющими уровень детской заболеваемости и младенческой смертности (Захарова И.Н., Дмитриева Ю.А. 2014). Анализ индивидуальных факторов риска конкретного больного может существенно повлиять на течение болезни, прогноз и возможности лечения.

Целью исследования определение особенности клинических проявлений пневмонии у детей на фоне рахита.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе клиники ТашПМИ, в пульмонологическом отделении, за период 2016-2017 гг. В исследование были включены 25 детей с пневмонией протекавшей на фоне рахита.

Результаты исследования. Пневмония носила затяжной, рецидивирующий характер у всех 25- (100%) больных. При рахите II,III степени течение пневмонии острое, с появления выраженных признаков дыхательной недостаточности (одышка смешанного характера, бледность, цианоз, участие

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

дополнительной мускулатуры в акте дыхания) в 14 случаях (56%). Температура повышается до фебрильных цифр. Обильные катаральные явления в легких. Перкуторно звук с коробочным оттенком, укорочение в межлопаточных областях и в подмышечных областях из-за увеличения лимфатических узлов, бронхопульмональных, бифуркационных. При аускультации обильные мелкопузырчатые и сухие разнотембровые хрипы на выдохе («звучащая грудная клетка» по Домбровской). Из-за гипотонии мышц дыхательных путей мокрота не эвакуируется, стекает в нижние отделы, что приводит к нарастанию дыхательной недостаточности. У 4 больных (16%) при тяжелом рахите пневмония имела токсическое и токсикосептическое течение, начиналась исподволь на фоне нормальной температуры, нарастала одышка и дыхательная недостаточность.

Таким образом, клинические проявления пневмонии усугубляются ацидозом, полигиповитаминозом, недостаточной экскурсией грудной клетки (участки гиповентиляции), иммунной недостаточностью развивающихся на фоне рецидивирующего рахита.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ И УСТРАНЕНИЮ СТРЕССА В РАБОТЕ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Кравченко Л. Ш., Камилова Д.Н.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Профессиональный стресс — многообразный феномен, выражающийся в психических и соматических реакциях на напряженные ситуации в трудовой деятельности человека. В настоящее время он выделен в отдельную рубрику в Международной классификации болезней (МКБ-10. Z 73. «стресс, связанный с трудностями управления своей жизнью»). В литературе встречается также термин «психическое выгорание», под которым обычно понимают синдром, возникающий вследствие длительных профессиональных стрессов. Это в полной мере относится к медицинским специальностям.

Цель исследования. Изучение организации профилактических мероприятий по выявлению и устранению стресса в работе врача общей

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

практики и разработка организационных мероприятий по его раннему выявлению и профилактике.

Материалы и методы исследования. Материалами исследования послужили статистические данные медицинских учреждений, в которых проводилось исследование. А так же результаты анкетирования, которое проводилось среди 24 медицинских работников реанимационных отделений 6 медицинских клиник города Ташкента.

Собственные исследования. По результатам нашего исследования было выявлено, что у 50% опрошенных врачей реанимационных отделений выявилась та или иная стадия депрессии или тревоги; у 42% наблюдается личностная отстраненность. В фазе резистентности находятся 39% опрошенных, в фазе напряжения - 15%, истощения - 35%, никаких признаков выгорания и стресса не обнаружилось у 11%. С учетом полученных данных в ходе анкетирования были разработаны практические рекомендации по раннему определению и снижению уровня эмоционального выгорания среди медицинских работников реанимационных отделений.

Выводы. С целью ранней диагностики СЭВ среди врачей первичного звена здравоохранения необходимо оснастить руководителей служб ПМСП авторскими методиками; Создание благоприятного психоэмоционального климата в коллективе; Расширение информированности врачей о том, как общедоступными методами помочь себе сохранить профессиональное здоровье и работоспособность; Помощь, направленная на восстановление психоэнергетических ресурсов и преодоление негативных последствий профессиональных стрессов.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ СИНУСИТА У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Кузиев О.А. Расулова Н.А.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность исследования. В настоящее время заболеваемость синуситами продолжает оставаться высокой. По данным литературы за последние десять лет она выросла в три раза (Пискунов Г.З. с соав., 2002), от 5

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

до 15% взрослого населения в мире страдает от различных форм синусита (Крюков А.И. с соав., 2001; Крюков А.И. с соав., 2002; Козлов С.Н. с соав., 2004), а данная категория больных составляет от 15 до 36% пациентов оториноларингологических стационаров (Пальчун В.Т. с соав., 1998; Рязанцев С.В. 2003; Вавин В.В. с соав., 2007).

Заболевания слизистой оболочки носа и носовых пазух на фоне ВИЧ-инфекции имеют яркие манифестные проявления, иногда с атипичным характером течения (Максимовская Л.Н. с соавт., 2005; Шатохин А.И., 2006; Reichart P. et al., 2002; Reznik D., 2006).

Целью исследования явилось изучение особенностей диагностики синуситов у ВИЧ инфицированных больных.

Материал исследования. В исследование были включены 32 ВИЧ инфицированных больных с хроническим синуситом, непрерывно рецидивирующим течением заболевания и резистентностью к общепринятой терапии, с длительностью заболевания от 2 до 16 лет.

Результаты исследования. Синусит у ВИЧ- инфицированных встречается довольно часто, но о его патогенезе, возбудителях и способах лечения известно немного. Обычно синусит возникает на стадии СПИДа, нередко бывает рецидивирующим и не поддающимся лечению. В нашем исследовании у 9 (28%) больных определился - полисинусит, у 23 (72%) больных определился - гайморит и этмоидит.

При определении возбудителей синуситов, преобладали *Streptococcus pneumoniae* у 12 (38%) больных и *Haemophilus influenzae* у 15 (42%) больных.

При эндоскопическом исследовании у больных с естественным течением ВИЧ-инфекции были выявлены. выраженное воспаление слизистой оболочки с явлениями диффузной гиперемии -32,(100%), отека- 27 (84,%), иктеричности - 8(25%), сухости -5(15,0%), а также клинические признаки кандидоза -32 (100,0%) и поражения герпесвирусной этиологии -12 (37,5%).

Таким образом У больных с хроническим синуситом+ ВИЧ инфицированных, клинические признаки хронического синусита показывали на глубокое поражение слизистой оболочки носа и околоносовых пазух, с преобладанием анаэробной флоры.

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СИНУСИТА У ВИЧ
ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ**

Кузиев О.А. Расулова Н.А.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность изучения проблемы синуситов обусловлена и тем, что основные симптомы этого заболевания. лицевая и головная боль, затруднение носового дыхания, гнойные выделения из носа и нарушение обоняния значительно отягощают общее состояние пациента. Кроме того, отмечается тенденция к затяжному течению синуситов, переходу процесса в хроническую форму, возможному развитию грозных осложнений со стороны нижних дыхательных путей, внутричерепных и внутриорбитальных осложнений (Крюков А.И. с соав., 2006; Дженжера Г.К. с соав., 2009).

Заболевания слизистой оболочки носа и носовых пазух на фоне ВИЧ-инфекции имеют яркие манифестные проявления, иногда с атипичным характером течения (Максимовская Л.Н. с соавт., 2005; Шатохин А.И., 2006; Reichart P. et al., 2002; Reznik D., 2006).

Целью исследования явилось изучение особенностей клинического течения синуситов у ВИЧ инфицированных больных.

Материал исследования. В исследование были включены 32 ВИЧ инфицированных больных с хроническим синуситом, непрерывно рецидивирующим течением заболевания и резистентностью к общепринятой терапии, с длительностью заболевания от 2 до 16 лет.

Результаты исследования. В результате исследования определилось, что динамика основных клинических проявлений хронического гнойного синусита, выраженность всех субъективных признаков в группе, с ВИЧ инфекцией, более тяжёлое проявление клинических признаков заболевания. У больных с естественным течением ВИЧ-инфекции были выявлены. выраженное воспаление слизистой оболочки с явлениями диффузной гиперемии -32,(100%), отека- 27 (84,%), иктеричности -8(25%), сухости -5(15,0%), а также клинические признаки кандидоза -32 (100,0%) и поражения герпесвирусной этиологии -12 (37,5%). Состояние иммунной системы определяли по уровню Т(СД4)-лимфоцитов. Клетки СД4 – это вид лимфоцитов (белых кровяных телец). Они являются важной частью иммунной системы. Иногда клетки СД4

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

называют Т-клетками. Клетки Т-4, или клетки CD4+, называют клетками-«помощниками». Они первыми атакуют инфекции. Клетки Т-8 (CD8+) – подавляющие клетки, которые завершают реакцию иммунной системы. Для здоровых людей это соотношение составляет от 0,9 до 1,9, что означает, что на каждую клетку CD8 приходится от 1 до 2 клеток CD4. При анализе уровня Т(CD4)-лимфоцитов в нашем исследовании определилось, CD4 ниже 14%, по мере того, как ВИЧ уменьшает количество CD4, человек утрачивает способность бороться с определенными типами микроорганизмов, для борьбы с которыми эти семейства предназначались, при этом развиваться оппортунистические инфекции, которые приводят к более тяжёлым клиническим проявлениям хронического гнойного синусита.

Таким образом, Характер и степень изменений слизистой оболочки находились в прямой зависимости от стадий ВИЧ-инфекции и степени изменений основного показателя иммунодефицита - уровня Т(CD4)-лимфоцитов.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ ДОППЛЕРОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ КРОВОТОКА ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ ПОРАЖЕНИИ ПОЧЕК

Кутумов Х.Ю., Рашидов З.Р., Манашова А.Р.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Новые возможности в изучении васкуляризации почек открывает исследование спектра сосудистого кровотока и ультразвуковая ангиография- цветное доплеровское картирование (ЦДК) и энергетическая доплерография (ЭД). Появившиеся в последние годы сообщения указывают на перспективность этих методов исследования при заболеваниях почек, в том числе и при туберкулезе почек

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

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

междолевые артерии в паренхиме почки, сниженным – если имело место единичное число сосудов в корковом слое паренхимы, фрагментарным – в случае, если в каком-то участке паренхимы кровотоков не визуализировался, эхографически считался не определяющимся – когда интратрениальный 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.

**БЕЗДРЕНАЖНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ АППЕНДИКУЛЯРНЫХ
ПЕРИТОНИТАХ У ДЕТЕЙ**

Кучимов К.П., Чулиев М.С., Носиров М.М.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. острые гнойные перитониты занимают значительное место в структуре хирургической патологии у детей. Дренирование брюшной полости при воспалительных процессах по прежнему является предметом дискуссий и постоянного обсуждения.

Цель исследования. улучшить результаты лечения тяжелых форм аппендикулярного перитонита в детском возрасте.

Материал и методы. с 2011 по 2016 гг. в клинике ТашПМИ находились на изучении результаты лечения 18 детей с диагнозом аппендикулярный перитонит. Для оценки стадий перитонита пользовались классификацией С. Я. Долецкого с соавт.(1982г.), в которой выделено 3 стадии разлитого перитонита. начальная, стадия разгара и конечная (терминальная). Были определены две группы анализа. первую - основную группу составили больные, которым выполнено бездренажное лечение перитонита (n=10), а вторая - контрольная группа (n=8) - лечение с дренированием брюшной полости.

Результаты. местный перитонит отмечался у 8 (44%), диффузный — у 10 (56%). По характеру экссудата выделены серозный - 4, серозно-гнойный - 6 и гнойный – 8 перитониты. Хирургическая тактика без дренирования брюшной полости определялась в зависимости от распространенности перитонита, длительности заболевания, возраста ребенка. При серозно-гнойном и гнойном разлитом перитонитах произведено дренирование брюшной полости. При ограниченных тазовых перитонитах брюшная полость промыта комбинированными асептическими растворами, не распространяясь на пораженные квадраты брюшной полости. В послеоперационном периоде у больных проводилась декомпрессия толстой кишки до печеночного угла. Консервативное мероприятие проводилось в виде детоксикации, стимуляции кишечника, комбинированной, антибактериальной, иммунной, антигистаминной и симптоматической терапии, которая требует комплексного многокомпонентного подхода, направленного на все звенья патогенеза перитонита. В динамике течение больных контролировались УЗИ

исследованием. У всех прооперированных больных с дренажными и без дренажными способами отмечались улучшения на 2-5 сутки.

Заключение. таким образом, несмотря на минимальный накопленный нами опыт лечения перитонитов различного генеза и форм, нет необходимости дренирования брюшной полости.

РОЛЬ НЕКОТОРЫХ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ КАРДИОМИОПАТИЙ У ДЕТЕЙ

Маматкулова Р.И., Ахмедова Н.Р., Умарбекова Н.Ф.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

В настоящее время не подлежит сомнению, что иммунная система играет ведущую роль в патогенезе, клиническом течении и исходе заболеваний ССС у детей, вызванных обменными нарушениями. Всё вышесказанное свидетельствует об актуальности изучения провоспалительных иммуноцитокинов и активационно-пролиферативного звена иммунологического реагирования у детей с различными поражениями ССС.

Цель исследования. изучить роль цитокинов в клиническом течении кардиомиопатий у детей.

Материалы и методы исследования. Обследовано 45 детей от 3 до 16 лет с гипертрофической, дилатационной и рестриктивной кардиомиопатиями, госпитализированные в кардиоревматологические отделения РСНПМЦ Педиатрии в г.Ташкенте и РДММЦ в г.Нукус. Нами проведены иммунологические исследования, включающие изучение цитокинов (ИЛ-1, ИЛ-6 и ИЛ-8) у этих детей.

Результаты и обсуждения. При анализе проведенных исследований у больных с кардиомиопатиями были обнаружены выраженные изменения продукции ИЛ1, ИЛ6 и ИЛ8, в зависимости от стадии НК. Установлена гиперпродукция ИЛ2 у пациентов с НК IIБ–III ст. при ДКМП и с НК II ст. при ГКМП. У детей с ДКМП и ГКМП отмечена их максимальная концентрация при выраженной стадии НК. Как известно, усиление продукции ИЛ2 и ИЛ6 может быть одной из причин увеличения синтеза ФНО- α у таких больных. У детей с дилатационной кардиомиопатией отмечается прямая зависимость степени

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

дилатации ЛЖ от уровня ИЛ-1, ИЛ-6 и ИЛ-8. конечного диастолического размера (КДР) от концентрации ИЛ-1 (КДР–ИЛ1, $r=0,52$); конечного диастолического объема (КДО) от уровня ИЛ-8 (КДО–ИЛ-8, $r=0,57$) и обратная связь между параметром фракции изгнания и ИЛ-6, ($r=-0,48$). Полученные результаты являются подтверждением концепции о механизмах развития СН, в основе которой лежит представление об иммунной активации и гибели кардиомиоцитов как маркерах неблагоприятного прогноза и формирования дисфункции ЛЖ.

Выводы. Хроническая сердечная недостаточность у детей сопровождается повышением концентрации ИЛ-1 и ИЛ-8 в сыворотке крови. Выраженность указанных сдвигов определяется стадией НК, ее длительностью, не зависит от этиологического фактора СН и обуславливает прогноз заболевания.

ПОРАЖЕНИЕ НЕРВНЫЕ СИСТЕМЫ ПРИ ЮВЕНИЛЬНОЙ РЕВМАТОИДНОЙ АРТРИТЕ И СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ У ДЕТЕЙ

Маматкурбонов Ш.Б., Зияходжаева Л.У.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА) и системная красная волчанка (СКВ) относится к коллагенозам. Всем коллагенозам характерно поражения центральные и периферические нервные системы и приводящее к инвалидации больных, развивающееся у детей в возрасте до 16 лет.

Цель. Поражение нервные системы при ювенильной ревматоидной артрите и системной красной волчанке у детей.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 55 детей в возрасте от 4 до 18 лет с клинически верифицированным диагнозом «ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА)» и «системная красная волчанка (СКВ)» из них 40 (73%) пациентов с ЮРА и 15 (27%) пациентов с СКВ. Диагноз «ювенильный ревматоидный артрит» и «системная красная волчанка» устанавливался на основании критериев Американской коллегии ревматологов

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

(АҚР) 1990г. Всем больным, включенным в исследование, проводилось традиционное клинико-неврологическое обследование сбор анамнеза, включающий анализ жалоб на момент осмотра, раннего развития ребенка, периодов дошкольного и школьного обучения; истории настоящего заболевания (длительность заболевания, степень активности процесса, клинический диагноз, характер и длительность неврологических проявлений), а также инструментальные методы (электроэнцефалография, электрокардиография).

Результат исследования. Из 40 обследованных детей с ЮРА были выявлены следующие неврологической патологии. головная боль – 10 (25%), парестезии и онемения в дистальных отделах конечностей – 7 (18%), судороги (гиперкинезы) – 6 (15%), головокружение – 5 (12%), снижение фона настроения – 4 (10%), повышенная потливость - 2 (5%), ночной энурез – 2 (5%), мышечная гипотония – 18 (45%).

Из 15 обследованных детей с СКВ были выявлены следующие неврологической патологии. головная боль – 6 (40%), судороги (гиперкинезы) – 5 (34%), мышечная гипотония – 18 (45%). Социальная дезадаптация – 3(20%).

Выводы.

1. Парциальное снижение когнитивных функций, выявленное у детей с ювенильным ревматоидным артритом и системной красной волчанкой требует консультации невролога, медикаментозной коррекции, разработки индивидуальной программы обучения.
2. Пациенты, страдающие ювенильным ревматоидном артритом и системной красной волчанкой имеют особенности психо-эмоциональной сферы и нуждаются в психологической поддержке как в периоды госпитализации в стационар, так и повседневной жизни.

**КОМПЛЕКСНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА
ОСЛОЖНЕНИЙ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ**

Махкамова О.Д., Юсупалиева Г.А.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Несмотря на заметное расширение методов исследований, некоторые стороны проблемы диагностики осложнений пневмонии изучены недостаточно. Своеобразие комплексная лучевая диагностическая картины различных форм осложнений пневмонии не нашло достаточного отражения в литературе. Приведенная семиотика осложненной пневмонии с применением новых видов визуализации в лучевой диагностике представлена неполно. В настоящее время в ранней и дифференциальной диагностике осложнений пневмонии отсутствует опыт комплексной лучевой диагностической методов обследования, не выяснен алгоритм их применения.

Цель. определение диагностической эффективности осложнений пневмоний у детей путём использования метода комплексной диагностики.

Материалы и методы исследования. В работе положены результаты обследования 120 детей. Обследование включал в себя подробный сбор анамнеза, физическое исследование, анализы крови, комплексную сонографию в клинике ТашПМИ на ультразвуковых аппаратах Sonoscape 5000 и Mirror 2.

Результаты исследования. Из 120 больных (40 больных контрольная группы и 80 с осложнениями пневмоний) были проведены комплексные ультразвуковые. У 58 (72,5%) детей с бактериальной деструкцией легких (БДЛ) при эхографии безвоздушные участки увеличивались в размерах, несколько мелких сливались в более крупные. При этом в безвоздушной части легкого появлялись небольшие участки несколько повышенной эхогенности, в центре которых затем возникали анэхогенные включения с нечетким контуром. У больных исследования проводились с самого начала формирования очагов, при этом можно было определить их последовательность стадий и дальнейшее выздоровление больного. У 9 (11,2%) детей отметили экссудативные плевриты и у 1 (1,25%) ребенка эмпиема плевры. Основным эхографическим признаком экссудативных плевритов являлось разделение двух сигналов от плевральных листков анэхогенным участком однородной или неоднородной структуры, представляющим собой содержимое плевральной полости. Ширина участка зависела от количества жидкости в данном месте плевральной полости. Минимальное количество жидкости в плевральном синусе, доступное

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

ультразвуковой визуализации, равнялось 5 мл. Гнойная форма экссудативного плеврита - эмпиема плевры (пиоторакс) была диагностирована у 1 ребенка. Эмпиемная полость содержала обычно умеренное количество анэхогенной жидкости с гиперэхогенной взвесью, которое с внутренней стороны было ограничено легочной тканью и висцеральной плеврой, а с наружной париетальной плеврой и грудной стенкой.

Выводы. Установлена высокая диагностическая эффективность (чувствительность, специфичность и точность) ультразвукового исследования в диагностике осложнений пневмоний у детей. При БДЛ - 92,4%, 96,7%, 92,4% при абсцессе - 96,3%, 96,8%, 96,3% и при плевритах - 94,5%, 97,6%, 94,5%. Из перечисленных результатов видно, что УЗ диагностика высоко информативна для осложнений пневмоний

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КОЛОСТАЗА У ДЕТЕЙ

Мирзаахмедов У.М. Каримов И.М.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Выбор тактики лечения хронического колостаза (ХК) у детей является одной из актуальных проблем детской хирургии и гастроэнтерологии. Частота встречаемости ХК у детей в возрасте до 1 года составляет 17,6%, а в более старшем возрасте 10-25%.

Цель. Оптимизация диагностики и тактики лечение хронического колостаза у детей.

Материал и методы. В отделение детской хирургии 1-ГДКБ и амбулаторных за последний 3 года на лечение находилось 87 детей с ХК, из них 47 (54,1%) мальчиков и 40 (45,9%) девочек, в возрасте от 3 месяца до 18 лет. Всем детям проводилось следующие диагностические исследования. 87 (100%) больным проводилос на основании данных анамнеза и результатов клинико-биохимических анализов (анализы крови, мочи, копрограмма), также выполнена ирригография — 87 (100%), фиброколоноскопия — 18 (20,6%), МСКТ с контрастированием и виртуальная колоноскопия с 3D-реконструкцией — 17 (19,5%), пациентам исследование пассажа бариевой взвеси по желудочно-

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

кишечному тракту — 6 (6,9%), морфологическое исследование биоптата ткани толстой кишки (при фиброколоноскопии)— 3 (3,5%),

Результаты и обсуждение. По результатам исследования у 48 (55,2%) детей диагностированы долихосигма, у 22 (25,3%) – болезнь Пайра, у 10 (11,5%) – функциональные запоры, у 7 (8%) – долихоколон. Консервативное лечение получили 72 (82,8%) детей, которые было направленно на повышение тонуса кишечной стенки, увеличение объема кишечного содержимого, выработку рефлекса на дефекацию, нормализацию микробного пейзажа толстой кишки. Оперативный метод лечения выполнено у 15 (17,2%) детей. Из них у 7 (8%) больных выполнено одноэтапное вмешательство — левосторонная гемиколэктомия с формированием коло-колоанастомоза «конец в конец», у 6 (6,9%) больных произведено одноэтапное вмешательство — резекция сигмовидной кишки с формированием коло-колоанастомоза «конец в конец», у 2 (2,3%) больных выполнено одноэтапное вмешательство — ревизия органов брюшной полости, транзверзогастропексия». Наилучшие хирургические результаты получены при левосторонной гемиколэктомии, сама резекция сигмовидной кишки не всегда даёт хорошие результаты, часто возникают рецидивы запоров.

Вывод. Таким образом, мы отдаём предпочтение строгим показаниям к операции и индивидуальному подходу к резекции толстой кишки при оперативном лечении у больных со стойкими приобретенными ЖК суб - и декомпенсации на фоне ригидности, сужения и дистальной резкой дилатации толстой кишки, не поддающимся консервативному лечению в сочетании с мегаректумом, долихосигмой и долихоколоном.

ОПТИМИЗАЦИЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПОСЛЕ АБДОМИНАЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ДЕТЕЙ

Мойлиев Х.Т.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Неадекватная послеоперационная анальгезия увеличивает число послеоперационных осложнений, ухудшает течение и исход ближайшего послеоперационного периода. К настоящему времени известно,

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

что боль, перенесенная в послеоперационном периоде (п/п), изменяет развитие системы ноцицепции и приводит к функциональным и структурным изменениям в ЦНС у детей.

Цель исследования. Изучение уровня анальгезии при использовании мультимодального принципа в послеоперационном периоде (п/о) при брюшнополостных операциях у детей.

Материалы и методы. Исследование проведено у 42 ребенка (2-12 лет) в послеоперационном периоде абдоминальных хирургических операций. Пациенты разделены на 3 группы по принципу п/о обезболивания. 1 – группа (14) - в п\о периоде проводилось обезболивание фентанилом (0,5 мкг/кг/час) и сибазоном (0,3 мг/кг); 2- группа (20) - в п\о периоде обезболивание проводится фентанила (0,5 мкг/кг/час) и натрия оксибутиратом (30-50 мг/кг); 3- группа (8) - в п\о периоде проводилось обезболивание фентанилом (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., центрального венозного давления (ЦВД), объем циркулирующей крови (ОЦК) в мл/кг, и периферической (мониторное наблюдение АДс, АДд, Ад ср, дыхание) гемодинамики, сатурации кислорода (SpO_2), уровня биохимических изменений крови (электролиты, КЩС).

Результаты и обсуждение. Применение натрия оксибутирата, используемого в сочетании с другими анальгетическими средствами в 93,5% случаев стабилизирует функциональную деятельность ЦНС, с адекватной анальгезией. У 68,3% детей обезболивание фентанилом + сибазоном, методом мультимодальной анальгезии, предотвращает психомоторные возбуждения в постоперационном периоде, когда особенно это выражено свойственное возбуждение 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 п/п. П/о обезболивание инфузией фентанила предпочтительно использовать у находящихся на продленной ИВЛ, в виду выраженного угнетения дыхания и седативного эффекта данного препарата, и отмену фентанила проводить за 2-2,5 часа до окончательного перевода ребенка на самостоятельное дыхание.

Выводы. Мультимодальный подход нивелирует послеоперационный процент осложнений, усиленное нервно-рефлекторную возбудимость ЦНС. 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 абдоминальных операций.

АНАЛИЗ ДАННЫХ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ГЛАУКОМУ

Муратова Ю.Ш., Туракулова Д.М., Бобоха Л.Ю.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Врожденная глаукома – состояние глаз, для которого характерны систематические повышения внутриглазного давления, сопровождающиеся глубокими деструктивными изменениями тканей, обеспечивающих правильную циркуляцию внутриглазной влаги, и необратимыми изменениями сетчатки и зрительного нерва, приводящее к ухудшению зрения или слепоте. По данным ВОЗ примерно 1 младенец из 10000 новорожденных появляется на свет с врожденной глаукомой разных типов. Если вовремя не диагностировать болезнь и не провести лечение, соответствующее форме заболевания, ребенку грозит ухудшение зрения с развитием необратимой слепоты, что наблюдается в 4-18 % у детей с врожденной глаукомой.

Цель. Изучить результаты обследования детей с подозрением на врожденную глаукому.

Материал и методы. Нами обследованы 31 ребенок, обратившиеся в консультативно - диагностическую поликлинику клиники ТашПМИ с диагнозом. «Подозрение на глаукому». Все дети для уточнения диагноза госпитализированы в клинику ТашПМИ. Возраст детей варьировал от 5 до 16 лет (средний возраст $9,9 \pm 0,5$ лет). Девочки составили – 15 (48 %), мальчики - 16 (52%). У всех больных был тщательно собран анамнез жизни и болезни. Всем больным проведены офтальмологические методы исследования. визометрия, периметрия, биомикроскопия, офтальмоскопия, тонометрия, тонография, гониоскопия, ОСТ, пахиметрия, кератометрия

Результаты. Все дети обследованы в стационарных условиях. У 6 (18%) детей выявлено мегалокорнеа (увеличение диаметра роговицы), у 6 (18%) детей

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

были обнаружены изменения на глазном дне в виде увеличения физиологической экскавации, у 11 (36%) детей - миопия разной степени и у 8 (27%) детей ямка диска зрительного нерва. Из всех обследованных детей диагноз глаукомы подтвердился у 8 (27%) детей, у которых внутриглазное давление было в пределах нормы. Данные тонографии показали повышение истинного давления и уменьшение скорости оттока. У этих больных увеличение физиологической экскавации составило до 70% (норма 30-40%). Это подтвердилось данными ОСТ исследования. Данным гониоскопии показали, что угол передней камеры у этих больных частично закрыт, гониодисгенез II степени, пролапс радужной оболочки. При периметрии на белый цвет выявлено у 3 больных сужение до 145 градусов периферических границ (№ 520 градус). Всем больным рекомендована антиглаукоматозная операция. У 23 (73%) детей диагноз глаукомы не подтвердился. Этим детям рекомендовано наблюдение офтальмолога по месту жительства с обязательным контролем внутриглазного давления, поля зрения, передне-заднего размера глазного яблока и состоянием глазного дна.

Вывод. Таким образом, все дети с подозрением на глаукому подлежат обязательной госпитализации, для исключения или подтверждения данного диагноза с обязательным проведение всего комплекса офтальмологических исследований. В результате проведенного стационарного обследования с подозрением на глаукому, диагноз «Первичная глаукома» подтвердился у 23% детей, у которых наблюдалось увеличения диаметра роговицы, увеличение физиологической экскавации и гониодисгенез II степени.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ БЕЗ СУДОРОЖНЫХ ПАРОКСИЗМОВ

Мухамедханова М.И., Садыкова Г.К.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. В последние годы все большее внимание уделяется изучению возможностей диагностики и лечения эпилептической энцефалопатии без судорожных пароксизмов, поскольку многие её аспекты мало разработаны.

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

Цель исследования. изучить клинические особенности бессудорожной формы эпилептической энцефалопатии (БФЭЭ).

Материалы и методы исследования. в основу исследования вошли 25 детей с диагнозом БФЭЭ. Большинство из них были направлены на обследование психоневрологом по поводу поведенческих, когнитивных расстройств и задержки психомоторного, психоречевого или общего психического развития. Средний возраст наблюдаемых детей с БФЭЭ составил $8,1 \pm 0,6$ лет. Дебют заболевания составил $5,1 \pm 0,49$ лет, а длительность в среднем составила $3,5 \pm 0,54$ лет и варьировала в пределах от 1 года до 13 лет. В данной работе использовались общеклинические, неврологические и инструментальные методы исследования (ЭЭГ).

Результаты исследования. эпилептические припадки у данной категории больных либо совершенно отсутствовали, либо возникали очень редко или в анамнезе (12,0%). Особенности неврологического статуса детей с БФЭЭ характеризовались низким процентом наличия косоглазия (16% против 24%; $P < 0,05$) и горизонтального мелкоамблиопического нистагма (24% против 32%; $P < 0,05$), а также низким процентом центрального пареза лицевого нерва (16% против 20%; $P < 0,05$).

При изучении показателей высшей корковой деятельности у обследованных детей с БФЭЭ было отмечено отставание в психоречевом и умственном развитии. В неврологическом статусе не было отмечено грубых изменений. При ЭЭГ-исследовании были выявлены вспышки Θ -, δ - и α -активности с амплитудой 200-1000 мкВ ($598 \pm 21,3$ мкВ). Основным ЭЭГ-феноменом наряду с высокоамплитудной активностью было грубое нарушение ритмики. Высокоамплитудная активность имела медленный характер, часто сочетаясь с эпилептиформной, что позволило классифицировать это явление как эпилептическую дизритмию. Такое грубое нарушение биоэлектрических ритмов указывает на тяжелое расстройство функций отмеченных структур, являющихся, как правило, при парциальных формах эпилепсии пейсмейкерами эпилептической активности.

Заключение. описанные структурные изменения, которые могут сохраняться и при прекращении эпилептической активности, являются причиной персистирования клинических нарушений у детей при бессудорожных формах эпилептической энцефалопатии.

**АНАЛИЗ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ
МЕНИНГОКОККОВЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ**

Мухаммадиев Х.Х., Косимов И.А.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Менингококковая инфекция (МИ) регистрируется во всех странах мира и во всех климатических зонах континента. Несмотря на относительно невысокие заболеваемости менингококковой инфекции в последние десятилетия и спорадический её характер наблюдаемый на территории нашей республики, проблемы диагностики и терапии этой патологии в структуры инфекционных болезней сохраняют значимость вследствие частого развития гипертоксических форм и высоких показателей летальности, среди детей.

Цель исследования- изучение клинико-эпидемиологических проявлений менингококковых инфекций у детей.

Материалы и методы исследований. Проведено клинико-эпидемиологическое и лабораторное обследование 30 детей с гнойными менингитами в возрасте 3-14 лет, госпитализированных в клиническую инфекционную больницу №1 г. Ташкента в период 2014-2015 гг. Диагноз гнойного и серозного менингита был поставлен на основании клинической картины и результатов исследования спинномозговой жидкости.

Результаты. Как показали результаты исследований, из общего количество детей, находившихся под наблюдением, гнойный менингит встречался чаще у детей 3-7 лет (56%) и 1-2 лет (24%) и только у 20% детей в возрасте 7-14 лет., из числа которых 4% были дети 14 лет и старше. Серозные менингиты чаще встречались у детей старшего школьного возраста. Так, наибольшее количество больных детей было в возрасте 7-14 лет (60%) и 14-17 лет (35%) и всего лишь 5% детей 3-7 лет.

Среди выявленных случаев гнойного менингита наиболее уязвимой являлась группа организованных детей (92%) посещающих детские дошкольные учреждения и наименее уязвимой-группа неорганизованных детей (8%). Тогда как серозный менингит встречался только у организованных детей, в 95% случаев среди учащихся.

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

Клинически легкую форму менингита имели всего лишь 3% детей с серозным менингитом. Среднетяжелая форма отмечалась у 90% больных с гнойным менингитом. Тогда как тяжелая форма встречалась чаще у детей с серозным менингитом (17,5%), по сравнению с детьми больными гнойным менингитом (10%).

Выводы. дети младшего возраста более подвержены бактериологическим инфекциям и развитию гнойного менингита по сравнению с детьми старшего школьного возраста чаще поражаемых серозными менингитами, что требует дифференцированного подхода к выбору и проведению профилактических и противоэпидемических мероприятий.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ БОЛИ НА ОСНОВАНИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК

Назарова К. У, Нурмухамедов Х.К.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

На сегодняшний день эффективность моделей, предлагаемых для прогнозирования послеоперационной (п/о) боли составляет всего 54%, т.е. практически у каждого второго пациента они не работают. Данное обстоятельство настойчиво предполагает поиск коррекционных подходов к вопросу предупреждения и прогнозу п/о боли.

Цель исследования. На основании психологических характеристик оценить возможность прогнозирования п/о боли.

Материалы и методы. В исследование были включены 60 детей (5-16 лет) в п/о хирургических патологий брюшной полости. Проведено исследования в двух группах. 1-я группа – при применении стандартных методов профилактики и лечения послеоперационной боли; 2-я группа – при применении разработанной схемы уменьшения послеоперационной боли, проводимых на основании специальных шкал. Помимо общеклинических обследований для определения интенсивности боли применили визуальную аналоговую шкалу (ВАШ), интенсивного теста тревожности (ИТТ), опросника неврологических расстройств (ОНР), опросника «тип отношения к боли»

(ТОБОЛ).

Результаты и обсуждение. В 1 гр. (29) средние значения болевой чувствительности при уколе в палец, в п/о периоде по ВАШ составило $36,83 \pm 4,28$ балла, при уколе в вену – $25,66 \pm 4,33$ балла. Выраженность боли сразу после пробуждения оказалось $24,21 \pm 5,35$ балла, через 1 час – $47,69 \pm 5,22$ балла, через 3 часа $61,69 \pm 2,84$, а через сутки – $33,1 \pm 3,7$ балла. Максимальная болевая чувствительность наблюдалась через 3 часа п/о периода. Во 2 гр. средние значения боли в п/о периоде при уколе в палец были $36,68 \pm 5,36$ балла, при уколе в вену – $25,9 \pm 4,12$ балла. Боль сразу после пробуждения – $20,61 \pm 4,81$ балла, через 1 час после пробуждения – $32,20 \pm 4,95$ балла, через 1 час – $22,74 \pm 3,55$ балла. Максимальная болевая чувствительность наблюдалась также через 3 часа после операции, причем она при уколе в палец (устойчивые личносно-поведенческие характеристики) выше, чем при уколе в вену (преходящие характеристики актуального психоэмоционального состояния).

Влияние психологических составляющих подтверждается различиями результатов между психологическими характеристиками и болевой чувствительностью, определенное при венепункции (1 достоверная корреляция в 1 гр. и 7 – во 2 гр), тогда как при заборе крови из пальца выявлено 3 достоверных корреляции (3 – в 1 гр и 3 во 2 гр). Возможно, что при венепункции большинство больных испытывают выраженное психоэмоциональное напряжение, а укол в палец не является психотравмирующим обстоятельством для многих пациентов, и коррелируют устойчивые личносно-поведенческие характеристики (включая отношение к болезни). Полученные данные позволяют прогнозировать выраженность п/о боли как минимум в двух точках. сразу после пробуждения от наркоза и через сутки после операции.

Выводы. При прогнозировании болевого синдрома в п/о периоде необходимо учитывать психологические факторы, влияющие на восприятие боли, однако прогнозирование затруднено в силу многочисленных подобных факторов и трудоемкости психологического процесса.

ХАРАКТЕРНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ СИНДРОМА PANDAS У ДЕТЕЙ

Насырова И.Р., Садыкова Г.К.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. В последние годы выдвинуто предположение о связи различных хореоформных гиперкинезов, тиков, миоклоний и неврозоподобных навязчивых состояний у детей с β -гемолитическим стрептококком группы А (БГСГА). Подобные случаи, по предложению S.E. Swedo, L. Klesling (1994), принято обозначать как «Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal infection (PANDAS syndrome)» - «педиатрическое аутоиммунное нейропсихиатрическое расстройство, ассоциированное со стрептококковой инфекцией», или синдром PANDAS у детей.

Материалы и методы. нами были исследованы 15 детей в возрасте 3-15 лет, госпитализированных в 4-ГДКБ в отделении неврологии и кардиоревматологии. Из них. 1-группа 9 детей в возрасте 3-8 лет (60%), 2-группа 6 детей в возрасте 9-15 лет (40%). Из госпитализированных детей за период наблюдения в I группе из 9 больных детей симптомы интоксикации (повышение температуры тела, озноб, недомогания, слабость) были более выражены, тиковые гиперкинезы наблюдались в течении 2-3 дней, затем исчезали, обсессивно-компульсивные расстройства менее выражены. Во II группе из 6 детей симптомы интоксикации были менее выражены, тиковые гиперкинезы наблюдались в течении 7-10 дней, обсессивно-компульсивные расстройства более выражены и требовали тщательного лечения. Аускультативно на верхушке выслушивался систолический шум. В лабораторных анализах крови отмечается лейкоцитоз ($9-12 \cdot 10^9/\text{л}$), повышение СОЭ (20-28 мм/час). В мазках из зева у детей был выделен БГСГА, умеренно положительными были острофазовые показатели (СРВ, криоглобулины и повышение титров антистрептолизина-О). В I группе больных на ЭЭГ - вариант нормы, во II группе больных на ЭЭГ выявлены поражение корково-подкорковых структур головного мозга и единичные эпилептиформные разряды (без клинических проявлений). На ЭКГ патологических изменений не выявлены.

Результаты наши исследований выявили следующие особенности болезни. - дети в возрасте 3-8 лет (I группа) заболевание чаще протекает с выраженными признаками интоксикации; -у детей в возрасте 9-15 лет (II группа) тикозные гиперкинезы наблюдались более ярко, обсессивно-компульсивные расстройства отмечались более выражены.

Выводы. характерными клиническими признаками синдрома PANDAS у детей являются симптомы интоксикации (повышение температуры тела, озноб, недомогания, слабость), тикозные гиперкинезы, обсессивно компульсивные расстройства требующие тщательного обследования с целью постановки правильного диагноза.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА PANDAS У ДЕТЕЙ.

Насырова И.Р., Садыкова Г.К.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. В последние годы выдвинуто предположение о связи различных хореиформных гиперкинезов, тиков, миоклоний и неврозоподобных навязчивых состояний у детей с β -гемолитическим стрептококком группы А (БГСГА). Подобные случаи, по предложению S.E. Swedo, L. Klesling (1994), принято обозначать как «*Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal infection (PANDAS syndrome)*» - «*педиатрическое аутоиммунное нейропсихиатрическое расстройство, ассоциированное со стрептококковой инфекцией*», или синдром PANDAS.

Цель работы – изучить особенности течения синдрома PANDAS у детей.

Материалы и методы. нами были исследованы 18 детей в возрасте 3-15 лет, госпитализированных в 4-ГДКБ в отделении неврологии и кардиоревматологии. Из них. 1-группа 10 детей в возрасте 3-8 лет (55,5%), 2-группа 8 детей в возрасте 9-15 лет (44,5%).

Из госпитализированных детей за период наблюдения в I группе из 10 больных детей симптомы интоксикации были более выражены, тикозные гиперкинезы наблюдались в течении 2-3 дней, затем исчезали, обсессивно-компульсивные расстройства менее выражены. Во II группе из 8 детей симптомы интоксикации были менее выражены, тикозные гиперкинезы наблюдались в течении 7-10

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

дней, обсессивно-компульсивные расстройства более выражены и требовали тщательное лечение. В лабораторных анализах крови отмечается лейкоцитоз ($9-12 \cdot 10^9$ /л), повышение СОЭ (20-28 мм/час). В мазках из зева у детей был выделен БГСА, умеренно положительными были острофазовые показатели (СРВ, криоглобулины и повышение титров антистрептолизина-О). В I группе больных на ЭЭГ - вариант нормы, во II группе больных на ЭЭГ выявлены поражение корково-подкорковых структур головного мозга и единичные эпилептиформные разряды (без клинических проявлений). Со стороны сердца иногда (6 случаев) наблюдалась функциональный систолический шум, без проводного характера, а ЭКГ у всех больных в пределах варианта нормы.

Результаты исследования нами показали наблюдения за больными. - дети в возрасте 3-8 лет (I группа) заболевание чаще протекает с выраженными признаками интоксикации; - у детей в возрасте 9-15 лет (II группа) тикозные гиперкинезы наблюдались более ярко, обсессивно-компульсивные расстройства отмечались более выражены.

Выводы. клинические особенности течения синдрома PANDAS у детей показывают не зависимости от возраста признаки интоксикации, гиперкинезы и обсессивно – компульсивные расстройства различной степени и выраженности, без признаков поражения сердца.

БИЛАК СУЯГИ БОШЧАСИНИ ТРАВМАТИК ЧИҚИШИНИ ДАВОЛАШ УСУЛИ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ

Нишонов Л.Д., Нарзикулов У.К.

Тошкент Педиатрия Тиббиёт Институтини, Тошкент ш, Ўзбекистон

Мавзунинг долзарблиги. Мураккаб бўғимлардан бири бўлмиш тирсак бўғими бир вақтнинг ўзида кетма-кет бир неча букиш-ёзиш, супинация-пронация функцияларни бажаради. Бу бўғим соҳасидаги ҳар қандай жароҳат тўғридан-тўғри бу функцияларни чегараланишига олиб келади.

Билак суягини травматик чиқиши тирсак бўғими соҳасидаги жароҳатлар орасида етакчи ўринларни эгаллайди ва бу соҳадаги жароҳатларнинг 50-70 % ни ташкил этади ва асосан 5 ёшгача бўлган болаларда кўп учрайди.

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

Ишнинг мақсади. Билак суяги бошчасини травматик чиқишида даволаш натижаларини яхшилашга эришиш ва тирсак бўғими функциясини қайта тиклаш.

Материал ва натижалар. Ишимиз ТошПМИ клиникасининг травматология ва ортопедия бўлимида 2006-2017 йилларда билак суяги бошчасини травматик чиқиши билан 5 ёшгача даволаниб чиққан 60 беморларнинг таҳлилига асосланган. 24 беморда рентген текширувлар ўтказилгач, билак суягини бошчаси жойига солиниб амбулатор кузатувга юборилган бўлиб бу беморларни I - гуруҳга киритдик. 56 бемордан 14 беморга билак суяги бошчаси жойига солингач орқа гипс лонгета билан иммобилизация қилиниб амбулатор кузатувга чиқарилган ва бу беморлар II - гуруҳга киритилди. 25 беморга билак суяги бошчаси жойига солингач бармоқ асосларидан елкани юқори қисмигача орқа гипс лонгета қўйилиб амбулатор кузатувга чиқарилган ва бу беморларда гипс боғлам ечилгач II - босқичли реабилитация ўтказилди ва бу беморлар III - гуруҳга киритилди.

Кузатувимиздаги I - гуруҳдаги беморлардан 7 таси билак суягини бошчасини одатий чиқиши, яъни қайта чиқиб кетиши билан мурожат этишди. II - гуруҳимиздаги беморлардан жароҳатдан сўнг гипс боғлам билан иммобилизация қилинишига қарамасдан 3 беморда одатий чиқиш кузатилди. III - гуруҳимиздаги беморларда одатий чиқиш кузатилмади.

I – II - гуруҳ беморларидан фарқли ҳолда III - гуруҳ беморлар билак суягини бошчаси жойига солингач 10 кунга орқа гипс боғлам билан иммобилизация ўтказдик ва гипс боғлам ечилгач тирсак бўғими соҳасига ЛФК, парафин аппликацияси, электрофорез калий йод билан ва массаж муолажаларини ўтказдик, бу муолажаларни 3 ой ўтгач қайта амалга оширдик.

Хулоса.

1. Шуни такидлаш керакки, билак суяги бошчасини травматик чиқишида иммобилизация ўтказиш билак суяги бошчасини одатий чиқишини олдини олади.

2. Босқичли реабилитацияни амалга ошириш бўғим функциясини эрта тиклашга имкон яратади ва болаларни ногирон бўлиб қолишларини олди олинади.

**БОЛАЛАРДА ТУҒМА МАЙМОҚЛИКНИ ПОНСЕТИ УСУЛИДА
ДАВОЛАШ**

Нишонов Л.Д., Нарзикулов У.К.

Тошкент Педиатрия Тиббиёт Институтини. Тошкент ш, Ўзбекистон

Мавзунинг долзарблиги. Маймоқлик болдир-панжа бўғими соҳасидаги деформация бўлиб, оёқ панжаларининг анатомик тузилиши ва функцияларини жиддий бузилиши билан кечадиган патологиядир.

Маймоқликни келиб чиқиш сабаблари ҳозирги вақтгача ноаниқ бўлиб, кўпгина назариялар мавжуд. Олимлар бу касалликни келиб чиқишини экзоген, эндоген ва генетик омиллар сабабида ривожланишини тахминий назарияни илгари суришмоқда.

Мақсад. Гўдак ёшдаги болаларда туғма маймоқликни консерватив даволаш натижаларини яхшилашга.

Материал ва натижалар. Ишимиз ТошПМИ клиникасининг ортопедия бўлимида 2010-2017 йилларда туғма маймоқлик билан чақалоқлик давридан 6 ёшгача даволаниб чиққан 40 бемор болаларнинг таҳлили ўрганилди. Бу касалликда биринчи кунданок супинация, аддукция ва эквинус белгилари, деформациялар яққол намоён бўлади ва шунинг учун бу касалликни ташхислаш жуда енгил ва қийинчилик юзага келтирмайди.

Муҳокама. Кузатувимиздаги 19 бемор қиз болаларни ташкил этган бўлса, ўғил болалар 21 тани ташкил этди. 21 беморнинг 12 тасида маймоқлик икки томонлама ва фақатгина 2 беморда бир томонлама маймоқлик кузатилди.

Маймоқлик билан туғилган чақалоқларда енгил ЛФК, уқалашлар буюрилади ва болани 3 ҳафталигидан бошлаб деформацияларни бартараф этиш учун Понсети (Ignacio Ponseti) усулида даволаш муолажалари олиб борилади. Бунда оёқларга ватник ўралгач тизза бўғимидан 90⁰ га букилиб ахилл пайи бўшаштирилади ва бармоқлар учидан соннинг юқори қисмигача циркуляр гипс боғлам қўйилади ва босқичма-босқич олдин супинация кейин аддукция ва эквинус деформациялари бартараф этилади. Гипс боғлам ҳар 12-15 кундан кейин ечилиб янгиси қўйилади. Бу усулда даволаш бола 2 ёшга тўлгунича олиб борилади. Бу усул билан даволаш натижасида кўп ҳолларда тўлиқ коррекциялашга эришилади. Кўпгина ҳолларда супинация ва аддукция белгиларни бартараф этилади, лекин эквинус биров қийинчилик билан коррекцияланади. Бизнинг кузатувимиздаги 9

беморда маймоқликни оғир даражаси мавжуд бўлганлиги учун эквинус холатини босқичли бартараф этиш мақсадида 2 ёшдан сўнг ахилл пайи тенатомияси ўтказилди ва этикча гипс боғлам қўйилди. Операция ўтказилган барча беморларга 1 йил мобайнида махсус ортопедик оёқ кийимида юриш буюрилди.

Хулоса. Эрта ёшдаги гўдакларда маймоқликни эрта, тўғри танланган Понсети усули билан даволаш кутилган ижобий натижани беради ва 1 йил мобайнида ортопедик оёқ кийимида юриш касалликни қайталашини олдини олади.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ИНФОРМАТИВНОСТЬ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПОЧЕК

Ниязов А.Н., Рашидов З.Р., Манашова А.Р.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность исследования. Внедрение мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) - инновационного метода лучевой диагностики туберкулеза в практику фтизиатрической службы требует оптимизации ее использования. Метод применяется преимущественно при обследовании взрослых больных, для выявления туберкулеза, в том числе и туберкулеза почек.

В связи с этим необходима четкая координация в применении различных методов лучевой диагностики, с целью оценки функционального состояния почек при туберкулезе для разработки МСКТ критериев определения тактики лечения больных нефротуберкулезом.

Цель. Оценить информативность мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) в диагностике туберкулеза почек.

Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный анализ диагностической информативности МСКТ у 40 больных туберкулезом почек, находившихся в клинике РСНПМЦ фтизиатрии и пульмонологии МЗ Республики Узбекистан. Среди больных мужчин составило 23 (57,5%), женщин 17 (42,5%), с различными формами туберкулеза почек, в возрасте от 20 до 68

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

лет. Исследование проводилось на аппаратах Siemens SOMATOM Spirit и Siemens SOMATOM Definition AS.

Результаты. Диагностическая информативность МСКТ в диагностике различных форм туберкулеза почек показала их различную значимость. Так чувствительность МСКТ с контрастированием в диагностике ограниченных форм туберкулеза почек (туберкулезный папиллит) составила - 48,7%, в диагностике деструктивных и обструктивных форм нефротуберкулеза (кавернозные формы, туберкулезный пионефроз, уретерогидронефроз) составила – 98,2%. При МСКТ с контрастированием отмечались деструкции чашечно-лоханочной системы, а также множественные стриктуры мочеточников, петрификаты в чашечно лоханочной системе, деструкции сосочков, окклюзии шеек чашечек с их выключением, а также деструкция почечной паренхимы. Деформации чашечек свидетельствовали о множественных папиллитах.

Выводы. Таким образом, МСКТ показала низкую эффективность в диагностике начальных деструктивных изменений и МСКТ является высокоинформативным методом в диагностике деструктивных и обструктивных форм туберкулеза почек.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ

Норхужаева Ш.Б., Умаров Х.У.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан.*

Актуальность темы. Значительная распространенность острых воспалительных заболеваний среднего уха у новорожденных и детей грудного возраста определяет актуальность данной проблемы. Частота острого воспаления среднего уха в структуре отоларингологических заболеваний составляет 15–20%, а среди заболеваний уха достигает 65–70%. На первом году жизни 44% детей переносят острый средний отит (ОСО) 1–2 раза, а 7–8% – 3 раза и более. Диагностика ОСО у новорожденных и детей грудного возраста достаточно сложна и сопряжена с рядом трудностей вследствие анатомо-физиологических особенностей, неспецифичности симптомов заболевания,

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

стертости клинической картины, из-за назначения ребенку антибактериальной терапии до осмотра его отоларингологом. У новорожденных и детей грудного возраста классические признаки ОСО (боль, нарушение слуха, изменения барабанной перепонки), как правило, теряют свою достоверность. Поэтому диагноз может быть установлен только при тщательном учете данных отоскопии и обще клинических симптомов. Многие авторы считают, что наиболее верным диагностическим методом является отоскопия.

Цель исследования. оценка эффективности использования цифрового видеоотоскопа для эндоскопической диагностики острого воспаления среднего уха у новорожденных и детей грудного возраста.

Материал и методы исследования. Нами были обследованы 40 детей в возрасте от 7 дней до 1 года с направляющим диагнозом ОСО. Эти пациенты были разделены на 2 группы. 1-я – 12 доношенных новорожденных детей в возрасте от 7 дней до 28 дней, 2-я – 18 детей в возрасте от 1 месяца до 1 года. Кроме того, 15 детей в возрасте от 10 дней до 1 года обследовались как скрининг на ОСО. Они также были разделены на 2 группы. 9 доношенных новорожденных детей в возрасте от 10 дней до 28 дней и 6 детей в возрасте от 1 месяца до 1 года. Дети наблюдались нами как в условиях стационара, так и амбулаторно. Дети с острым воспалением среднего уха поступали под наше наблюдение на 2–8-й день от начала заболевания.

Результаты и их обсуждение. В начальной стадии заболевания гиперемия может отсутствовать, но уже через несколько часов появляется инъекция сосудов, а затем и гиперемия всей перепонки. Неперфоративные формы острого гнойного среднего отита выявлены нами у 42,9% новорожденных и у 45,5% детей грудного возраста. Перфоративные формы острого среднего гнойного отита у новорожденных и грудных детей наблюдались в 57,1% и 54,5% соответственно. Для отоскопической картины острого среднего катарального отита у новорожденных и грудных детей характерно наличие 2 из 5 симптомов: гиперемия барабанной перепонки, изменение ее цвета (белый, желтый), инфильтрация, нарушение подвижности, сглаженность или отсутствие светового рефлекса. При постановке диагноза острого среднего гнойного отита у детей данных возрастных групп следует ориентироваться на 3 из 5 следующих отоскопических признаков: гиперемия барабанной перепонки, выбухание в задне-верхнем квадранте, непрозрачность (мутная), нарушение подвижности, наличие за барабанной перепонкой патологического содержимого.

Заключение. Использование цифрового видеоотоскопа наиболее актуально у новорожденных и грудных детей в связи со значительными

трудностями при осмотре их с помощью рефлектора, ушной воронки и даже отоскопом. Цифровая видеоотоскопия является наиболее удобным, быстрым, неинвазивным и информативным методом эндоскопической диагностики острых воспалительных заболеваний среднего уха у новорожденных и детей грудного возраста.

СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ С БИЛИАРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Олимхонова К.Н, Эгамбердиева Д.А.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Формированию морфологических основ эзофагита способствует микробный патобиоценоз слизистой оболочки пищевода, выявляемый при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Однако качественные и количественные характеристики его в настоящее время детально не выяснены.

Цель исследования. Изучение особенностей клинического течения ГЭРБ, а также качественных и количественных характеристик патомикробиоценозов эзофагогастродуоденальной зоны (ЭГДЗ).

Материалы и методы. Обследовано 45 пациентов в возрасте от 26 до 62 лет ($55,3 \pm 12,2$ года). Критериями включения в группу обследования было наличие у больных типичных для ГЭРБ жалоб (изжога, регургитация, дисфагия), явлений дуоденогастрального рефлюкса и дуоденогастроэзофагеального рефлюкса с эпизодами $pH > 8$ 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 результаты бактериологического посева дуоденального содержимого. Микробный состав эзогастродуоденальной зоны изучали у 20 больных с хроническим бескаменным холециститом (1-я группа) из визуально неизмененных участков двенадцатиперстной кишки (ДПК) и у 15 больных с желчекаменной болезнью

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

(2-я группа) и сравнивали с данными исследования 10 практически здоровых добровольцев.

Результаты. Анализ патомикробиоценоза верхних отделов пищеварительного тракта производили с учетом ведущей патологии билиарного тракта. У больных с хроническим бескаменным холециститом и с желчекаменной болезнью 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 ХБХ и ЖКБ отмечено преобладание стафилококков (соответственно в 95 и 87% выделений), стрептококков (71 и 60%). Их количество у больных ХБХ колебалось от 3,2 до 5,3 lg КОЕ/г, у пациентов с ЖКБ — от 3,1 до 5,4 lg КОЕ/г.

Выводы. Изучение биохимических свойств выделенной микрофлоры из пораженных участков слизистой оболочки эзофагогастроуденальной 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.

ЗАТРАТЫ НА ФАРМАКОТЕРАПИЮ СЕПСИСА В ОРИТ

Ортикбоев. Ж.О., Хакимов.Д.П, Сафаров.З.Ф.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Цель. Оценка затрат и длительности пребывания больных с сепсисом в ОРИТ педиатрического профиля с целью определения возможностей и подходов финансирования интенсивного этапа лечения.

Материалы и методы. Пациенты, поступавшие в 11 модельных ОРИТ на протяжении 6 месяцев 2016г., описаны с точки зрения ведущего патологического синдрома по единым критериям. Исследования проводились на базе республиканского научном центра экстренной медицинской помощи.

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

Выделено 7 синдромов. сердечнососудистой недостаточности (ССН), дыхательной (ДН), почечной (ПН), печеночной (ПЕЧ), церебральной (ЦН), послеоперационный синдром (ПС) и синдром системного воспаления (ССВ). Диагноз синдрома системного воспаления в данной программе соответствовал критериям «сепсис» и «тяжёлый сепсис» АССР/SCCM. Разработка специального программного обеспечения позволила в проспективном режиме проводить их регистрацию, затраты на лекарственные средства (ЛС) и расходный материал. Проанализировали расход фармакотерапию у 267 пациентов.

Результаты и обсуждение. Длительность пребывания больных с сепсисом в ОРИТ была наибольшей 6,2 (0,29 – 31,0) дня в сравнении с другими синдромами. ССН – 3,1; ДН – 5,7; ЦН – 5,4 дня. Суммарные затраты на ЛС у пациентов с сепсисом составили 34,1% от всех расходов на медикаменты в ОРИТ, превышая таковые при отдельных синдромах в 1,5 – 38,9 раза. При этом денежные траты на антибиотики преобладали –45,5% от общих расходов, соответствуя стоимости компонентов и препаратов крови, коллоидов и кристаллоидов.

Заключение. Суммарные затраты на ЛС для пациентов с сепсисом значительно превышают таковые в сравнении с другими категориями больных поступающими в ОРИТ педиатрического профиля.

СУД ТИББИЁТИ АМАЛИЁТИДА ОПИЙ МОДДАСИДАН ЗАХАРЛАНИШЛАРНИНГ СУД ТИББИЙ АХАМИЯТИ

С.И.Отақулов, Б.А.Абдукаримов, Қ.Ў.Қодиров

Тошкент Педитрия Тиббиёт институти, Тошкент ш, Ўзбекистон.

Мавзунинг долзарблиги. Бугунги кунда дунё ахолиси, айниқса ёшлар орасида турли хилдаги наркотик ва психотроп моддалар ва улардан фойдаланиш авж олиб бормоқда. Бу эса ўз навбатида тиббиёт ходимлари, жумладан суд тиббий экспертиза ходимлари олдига ечилиши лозим бўлган кўплаб саволларни туғдирмоқда.

Ана шундай наркотик моддалардан бири бу опийдир. Опий бу кўкнорнинг етилмаган бошчасидан олинган ширасини қуритилиши туфайли тайёрланган оқимтир модда бўлиб, унда 20 га яқин алколоидлар, улардан 10-20

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

фоизини морфин ташкил қилади. Тиббиётда асосан морфиннинг хлорид кислотали тузи тарқалган. Даволаш мақсадида морфиннинг кўпинча дионин, героин, кодеин ва бошқа ҳосилаларидан оғриқни қолдирувчи сифатида фойдаланилади.

Шу сабабли текширишнинг оддий ва самарали усулларидан фойдаланишга бўлган қизиқиш, объектив қонуниятларга асосан ортмоқда.

Тадқиқот мақсади. Опийдан захарланиш ҳолларида суд тиббиёти амалиёти учун махсус алгоритм ишлаб чиқиш.

Тадқиқот объекти. Тадқиқот объекти сифатида опий моддасидан захарланган 10 нафар мурдалар олинди.

Тадқиқот усули. Текшириш усули сифатида ретроспектив, морфологик ва лаборатор усуллардан фойдаланилди.

Текширув натижалари. Биз текширишларимизни Тошкент шаҳар СТЭ бюросида 2014-2016 йиллар давомида опий моддасидан захарланиш натижасида вафот этган мурдаларнинг эксперт хулосаларининг ретроспектив таҳлиллари, шунингдек морфологик усуллар асосида ўтказдик ва олинган натижаларни таҳлил қилдик.

Таҳлиларимизни 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 қорачиқлари 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.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ОПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С ЭКСТРАДУРАЛЬНЫМИ ОПУХОЛЯМИ СПИННОГО МОЗГА

Ражабов М.М., Марданов Ж.Ж., Мухторов Ш.Н.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. В связи повсеместным ростом новообразований различной локализации, (Аксель Е.М., Давыдов М.И., 2002; Мерабишвили В.М., 2002; Хансон К.П., 2005); и возросшая эффективность их терапии, сопровождающаяся увеличением продолжительности жизни пациентов, формируются новые требования к паллиативной и симптоматической помощи, связанные с профилактикой осложнений и повышением качества жизни больных. Особенно явно это проявляется у пациентов с новообразованиями позвоночника, где осложнения часто приводят к нарушению его опороспособности и неврологическому дефициту, доминируя в клинических проявлениях заболевания, снижают качество жизни больных, делают невозможной их дальнейшую комбинированную терапию (Грунтовский Г.Х. и соавт., 1998; Weigel V. Etall, 1999).

Цель исследования – изучить качества жизни больных экстрадуральными опухолями спинного мозга.

Материал и методы исследования Материалом настоящей работы являются результаты исследований и лечения 101 больного с экстрадуральными новообразованиями спинного мозга, проведенных в период с 2009-2013гг в клинике РНЦНХ МЗ РУз.

Для оценки функционального результата лечения использовали шкалу Karnofski. При этом хорошие результаты предполагали уменьшение неврологического дефицита и повышение индекса Karnofski в раннем послеоперационном периоде. Об удовлетворительных результатах говорилось

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

при нарастании неврологического дефицита в раннем послеоперационном периоде (уменьшение индекса Karnofski не более чем на 20 баллов по сравнению с дооперационным), и восстановлением в сроки от 2 до 6 месяцев до уровня, как минимум, дооперационного состояния, или выше. Ухудшение состояния больного предполагало стойкое длительное нарастание неврологического дефицита с уменьшением индекса Karnofski более чем на 20 баллов по сравнению с дооперационным.

Таблица 1. Оценка ближайших результатов хирургического лечения по шкале Karnofski.

Результат	Послеоперационное состояние по шкале Карновского (в баллах)					
	90	80	70	60	50	40 и менее
Хороший	8	18	11	-	10	14
Удовлетворительный	13	5	9	-	2	11
Ухудшение	-	-	-	-	-	-

Результаты. Анализ ближайших результатов хирургического лечения через 7-10 дней после операции показал следующее. Из всех 101 (100%) больных, хороших результатов по шкале Karnofski удалось достичь в 61 (60%), удовлетворительных - в 40 (40%) наблюдений. Неудовлетворительных результатов получено не было.

Вывод. Оценка ближайших результатов по шкале Karnofski указывает на положительное влияние хирургической операции на состояние здоровья больных в большинстве наблюдений 61 (60%). Кроме объективного улучшения неврологического состояния и уменьшения болей у пациентов повышалось настроение, улучшался аппетит, возрастала двигательная активность, что ускоряло дальнейшее выздоровление.

**ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДЕФИЦИТА У
БОЛЬНЫХ С ЭКСТРАДУРАЛЬНЫМИ ОПУХОЛЯМИ СПИННОГО
МОЗГА**

Ражабов М.М., Марданов Ж.Ж., Мухторов Ш.Н.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Актуальность проблемы экстрадурального опухолевого поражения позвоночника подтверждают данные группы Sundaresan. частота параплегии, вызванной опухолевым поражением, составляет 8,5 на 100 000 населения, в то время как при травме позвоночника только 3-5 больных на 100 000 (1990). Примерно у 2,54% больных, умирающих ежегодно от злокачественных новообразований, имеется клиника компрессии спинного мозга или его элементов. Вследствие медленного развития клинических симптомов у больных с первичными опухолями позвоночника намного реже встречаются неврологические осложнения в виде параличей и расстройств тазовых функций. Прогноз у таких больных значительно лучше (P. Levack et al., 2002; D.A. Loblaw, 2003).

Цель исследования. Изучить неврологические нарушения у оперированных больных с экстрадуральными опухолями спинного мозга.

Материал и методы исследования. Работа основана на анализе данных обследования 116 больных с экстрадуральными опухолями спинного мозга различной локализации, находившихся на лечении в Научном центре нейрохирургии МЗ РУз за период с 2008 года по 2012 год. Все больные прошли полное клиническое обследование (общее соматическое, нейрохирургическое, рентгенологическое, компьютерно- и магнитно-резонансно томографическое), оперированы по поводу экстрадуральных опухолей спинного мозга. Диагноз был верифицирован на операции и подтвержден гистологически. Клиническое обследование больных складывалось из оценки особенностей неврологических нарушений и течения заболевания на различных стадиях развития. Изучались характер неврологических нарушений, болевой синдром, спинальные и корешковые нарушения в виде чувствительной и двигательной недостаточности, изменение сухожильных рефлексов, наличие патологических рефлексов и тазовых нарушений, подвижность в том или ином отделе позвоночника, в зависимости от расположения опухоли. Для характеристики

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

неврологического ухудшения мы использовали шкалу Frankel, которая остается наиболее приемлемой для больных с опухолевым поражением позвоночника. Больных, относящихся к группе А было 5 (4,3%), группе - С 23 (19,8%), группе D - 29 (25%), наибольшее число пациентов в группе Е - 59 (50,9%) наблюдений.

Результаты. Улучшение неврологических функций, после операции, переход больного из одной группы в другую хотя бы на одну ступень выше, отмечен в 21 (18%) наблюдениях, а ухудшение в 5 (4,3%). В остальных 90 (77,7%) наблюдениях неврологический статус пациентов остался прежним. Наиболее демонстративно это видно в группе «С», где из 23 неамбулаторных больных, то есть, неспособных к самостоятельному передвижению, 14 (61%) больных смогли самостоятельно передвигаться без посторонней поддержки после операции. Всего же из 26 больных, относящихся к группе неамбулаторных, то есть вошедшие в группы «А», «В», «С» по шкале Frankel, 14 (54%) пациентов стали амбулаторными, то есть ушли из отделения после их выписки на собственных ногах. Пациенты, которые могли передвигаться самостоятельно до операции, сохранили статус амбулаторных больных и после оперативного вмешательства.

Заключение. Таким образом результаты показали, наиболее выраженное улучшение функционального состояния больных получено в группе пациентов с доброкачественными опухолями. В группе больных с первичными злокачественными опухолями этот показатель оказался ниже и самый низкий был выявлен в группе больных с метастатическими опухолями. По всей видимости, это связано с характером течения патологического процесса.

БЕЛ УМУРТКАЛАРИ ДИСК ЧУРРАЛАРИНИ ЭРТА ЖАРРОХЛИК УСУЛИДА ДАВОЛАШ МЕЗОНЛАРИ

Роззоков Д.Т., Холикулов Э.Ш

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент ш, Ўзбекистон.

Долзарблиги. Бел умурткалари диск чурралари касаллиги хозирги вақтда жуда кўп учраб унга умуртка пағонаси микротравмаси, моддалар алмашинуви бузилиши, тана вазнини ортиши каби омиллар сабаб булади. Бу каби сабаблар эса касалликнинг эрта аниқланиб даволаш тартиби аниқ олиб борилмаслиги ва бир канча салбий оқибатларга олиб келиши мумкин.

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

Тадқиқот мақсади. Шу уринда бизнинг мақсадимиз бел умурткалари диск чурралари бор беморларда аниқ ва эрта даволашни йулга қуйишдан иборат.

Материал ва усуллар. Тадқиқот учун бизга бел соҳасида огрик билан мурожат қилган 20 та бемор олинди. Улардан касаллик анамнези аниқланди ва зарур қушимча диагностик МРТ ва КТ текширувлари утказилди, ва уларнинг касаллик тарихи таҳлил қилинди.

Тадқиқот натижалари. Мурожат қилган беморларни текшириш натижасида касаллик клиник белгилари, бел умурткалари диск чурраларини жойлашган жойи ва улчамига қараб бир мунча фарқли кечиши аниқланди. Бел умурткалари диск чурралари билан мурожат қилган 20 та беморларнинг 8 таси (40%) касалликнинг кечиккан ва огир босқичларида мурожат қилганлиги, амбулатор шароитда кансерватив даво олиб ижобий тамонга натижа бўлмаганда уларга хурургик даво чора-тадбирлари қулланди. Қолган 12 та (60%) беморлар касалликнинг эрта белгилари юзага келиши билан мурожат қилгани сабабли уларга 3-4 хафта давомида медикаментоз даво чоралари қулланилди ва шу беморлардан 10 та медикаментоз беморларда даво чора тадбирларининг ижобий тамонга силжиши қузатилди. Қолган медикаментоз даводан сунг узгариш қузатилмаган 2 та (10%) беморларга хурургик даво чоралари қулланилди.

Хулоса. Бел умурткалари диск чурраларини эрта хурургик усулда даволашнинг кечиктирилиши беморларнинг касалликнинг огир босқичларида мурожат қилиши ёки хурургик даводан воз кечиши сабаб сифатида аниқланди. Аксинча касалликнинг биринчи белгилари юзага келиши биланок мурожат қилган беморларнинг қупчилигида биринчи навбатда медикаментоз даво чора тадбирлари қулланилиб ундан ижобий натижа олган беморлар таркиби аниқланиб медикаментоз даво-чоралари ёрдам бермаган беморларга хурургик дова чоралари қуллаш тавсия этилади ва қулланилади.

**ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ
ПОЧЕК ПРИ ПРИМЕНЕНИИ МОДЕЛИ KFRE**

Расулев Ё.Э., Рузметова И.А.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Расчет показателей скорости клубочковой фильтрации (СКФ) играет принципиальную роль в диагностике и течении хронической болезни почек (ХБП), а расчеты прогнозирования основанные на СКФ с применением модели Kidney Failure Risk Equation (KFRE) должны предсказать дальнейшую тактику ведения больных с ХБП, по планированию лечения и вторичной профилактики.

Цель исследования. Применить модель KFRE, для прогнозирования течения хронической болезни почек, у больных с ХБП III-IV стадий.

Пациенты и методы. Для прогнозирования течения ХБП по модели KFRE (3 переменной), необходимо включить следующие параметры. возраст (в годах), пол, расчетная СКФ (рСКФ). Модель позволяет прогнозировать у больных с ХБП III-IV стадией, риск прогрессирования в ХБП - V стадию, в течение последующих 5 лет. Методом изучения было применение формулы Кокрофта–Голта расчета СКФ, затем применение модели KFRE для расчета риска прогрессирование ХБП.

В исследование включено 15 больных с ХБП III-IV стадией, в отделении Нефрологии 3-й клиники Ташкентской медицинской академии, из них с ХБП - III стадией составляло 10 больных, а с ХБП - IV стадий 5 больных. Всем больным проводились общеклинические анализы, расчет СКФ по формуле Кокрофта–Голта, определялся креатинин плазмы крови. Все больные получали стандартное лечение основного заболевания (хронического гломерулонефрита, хронического пиелонефрита, диабетическая нефропатия). У 15 обследованных были выявлены следующие сопутствующие заболевания. сахарный диабет II типа, инсулин зависимая форма у 6 больных; мочекаменная болезнь у 2 больных; ИБС у 7 больных; гипертоническая болезнь у 7 больных; хронический холецистит у 2 больных; гастродуоденит у 2 больных; ХСН - у одного больного; бронхиальная астма - у одного больного; ГЭРБ - у одного больного; хронический простатит - у одного больного.

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

Результаты. Средний возраст 15ти больных составил 52,66 года, средний возраст мужчин составил 51,25 года и женщин 54,28 года. Из них 8 больных составляли мужчины и 7 соответственно женщины. Среднее значение креатинина плазмы составило 285,73 мкмоль/л, у мужчин 319,73 мкмоль/л, и у женщин 246,91 мкмоль/л. Среднее значение рСКФ составляло 39,34 мл, у мужчин 39,54 мл, и у женщин 39,12 мл. Среднее значение гемоглобина составляло 97,13 мг/л, у мужчин – 101,0 и у женщин – 92,71. При этом среднее значение мочевины крови составило 13,59 ммоль/л, у мужчин 13,47 ммоль/л и у женщин 13,72 ммоль/л соответственно.

При расчете прогнозирования по модели KFRE было выявлено, что среднее значение риска прогрессирования в ХБП - V составило – 20%, у больных с ХБП - III стадией – 4,7% и у больных с ХБП - IV стадий – 50,6% соответственно. Также необходимо отметить, что у больных с ХБП - III стадией у мужчин было – 3,6% и у женщин – 5,8%; а у больных ХБП - IV стадий у мужчин 64,33% и у женщин 30% соответственно.

Выводы. Модель KFRE проста в использовании для контроля и прогнозирования, контроля рСКФ у амбулаторных и стационарных пациентов. Исходя из вышеизложенного, необходимо отметить, что на поздних этапах диагностики, лечения и профилактики (ХБП), модель для расчета прогнозирования является эффективной.

ГИРУДОТЕРАПИЯ ПРИ ФУРУНКУЛАХ НОСА У ДЕТЕЙ

Расулов Б.Р.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Фурункул носа (ФН) является одной из часто встречающихся в оториноларингологической практике форм гнойно-воспалительного заболеваний носа у детей, при котором возможны внутричерепные, внутриорбитальные гнойные осложнения, сепсис, угрожающие не только здоровью, но и жизни больного. Частота этой патологии в последние годы растет. Применение гирудотерапии широко распространено при различных гнойно-воспалительных заболеваниях. Основное действующее вещество при лечении пиявками – слюна пиявки, которая содержит большое количество

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

биологически активных веществ и микроэлементов, а так же – гиалуронидазу, которая способствует восстановлению нормальной микроциркуляции крови и лимфы.

Цель исследования. оценка применения гирудотерапии в комплексном лечении фурункулов носа у детей.

Материал и методы исследования. нами было обследовано и пролечено 26 детей с фурункулами носа в возрасте от 7 до 15 лет. Группа исследования, это больные, которые получали комплексное лечение. антибиотикотерапию, местное лечение (элиминация гнойного очага), в качестве антиагрегантной терапии больным проведена гирудотерапия. Для сравнения была взята группа контроля получавшие стандартное лечение с включением в качестве антиагрегантной терапии аспирина в соответствующей возрастной дозе.

Результаты исследования. В группе исследования общее улучшение состояния наступало на $4 \pm 0,25$ сутки ($p \leq 0,01$), на $2 \pm 0,18$ ($p \leq 0,01$) дня раньше, чем в группе контроля. Параллельно улучшения местной раны и заживление наступало в группе исследования на $7 \pm 0,22$ ($p \leq 0,01$) сутки, в группе контроля на $9 \pm 0,34$ ($p \leq 0,01$) сутки

Выводы. Таким образом клинические наблюдения свидетельствуют о положительном эффекте гирудотерапии при гнойно-воспалительном процессе в области носа у детей, которая способствует улучшению микроциркуляции в данной области, ускорению заживления, что является профилактикой грозных осложнений фурункулов носа.

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Расулова М.М., Исмаилова М.А.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) у беременных в настоящее время остается основной причиной как материнской, так и перинатальной заболеваемости и летальности, а также ряда акушерских осложнений. По данным ВОЗ, в структуре материнской смертности доля гипертензивного синдрома составляет 20-30%.

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

Цель исследования. Изучить особенности адаптации новорожденных, рожденных от матерей с артериальной гипертензией.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач было обследовано 50 новорожденных в неонатальном периоде, из них 35 новорожденных, рожденных от матерей с АГ (I-группа основная) и 15 новорожденных, рожденных от матерей без АГ (II- группа сравнения). Сбор материала проводили в родовспомогательных учреждениях 2-3 уровня города Ташкента. Детям проведено целенаправленное клинико-лабораторное и инструментальное обследование.

Результаты исследований. Согласно поставленной цели, клинические исследования проведены у 50 беременных. Антенатальное наблюдение за всеми пациентками начиналось на ранних (до 8-12 нед.) сроках гестации. Средний возраст беременных составил - 18-38 год ($25,9 \pm 0,37$ лет). Акушерский анамнез у беременных с АГ выявил, все обследованные во время предыдущей беременности перенесли АГ.

На основании полученных результатов можно предположить, что важными причинами формирования АГ являются частые инфекции мочеполовых путей, паритет, отягощенный акушерский анамнез - соматические заболевания, которые необходимо учитывать в акушерско-гинекологической практике у беременных с риском развития АГ. Доля процента недоношенных детей (<37 нед. гестации) была достоверно больше в группах с гипертензивными нарушениями ($p < 0,0001$). Отмечался синдром задержки роста плода в группах с гипертензивными расстройствами у каждого пятого ребенка (20%). Средний балл по шкале Апгар в основной группе составил $5,12 \pm 0,24$ на 1 минуте и $6,24 \pm 0,25$ - на пятой, тогда как у детей группы сравнения эти показатели составили $7,33 \pm 0,38$ и $9,56 \pm 0,4$ баллов соответственно.

У детей группы сравнения более чаще регистрировалась средняя степень тяжести асфиксии (24%), тогда как в основной группе наибольший процент составляли новорожденные со средне тяжелой (45,7%) и тяжелой степенью асфиксии (17,1%).

Состояние новорожденных усугублялось такими сопутствующими заболеваниями, как анемия (31,4% и 20,0% соответственно), конъюгационная желтуха (22,9% и 13,3% соответственно), синдром дыхательных расстройств (34,3% и 26,7% соответственно), сердечной недостаточности (40,4% и 32,7%), кишечной непроходимости (17,1% и 13,3% соответственно), что в значительной степени ухудшало соматический статус, особенно в основной группе. Перинатальные поражения ЦНС проявлялись в виде синдрома нервно-

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

рефлекторной гипервозбудимости, синдрома угнетения и судорожного синдрома. нейро-рефлекторной возбудимости у новорожденных основной группы регистрировался в 62,9% случаев. Подтверждением неврологической клиники служили также данные нейросонография. Кровоизлияния различной локализации регистрировались только в основной группе. Наиболее чаще относительно других кровоизлияний встречались ПВК.

Выводы. Артериальная гипертензия у беременных неблагоприятно влияет на внутриутробное развитие плода и снижает адаптационные возможности организма новорожденного ребенка. У новорожденных, родившихся у матерей с АГ, в 1-е сутки жизни отмечается напряженность компенсаторно-приспособительных механизмов, которая к концу раннего неонатального периода сменяется истощением резервных возможностей организма.

ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ ПНЕВМОНИЯХ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ У ДЕТЕЙ

Рахимова Л.Х., Юсупалиева Г.А.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Одной из наиболее актуальных проблем современной педиатрии и детской радиологии является своевременная диагностика пневмоний и их осложнений у детей. В Республике Узбекистан в 2016 г. показатели болезни органов дыхания составили всего 17863,5, а среди детей 50127,7. В 2014г. - 18663,5 и 52216,3 соответственно (Статические материалы о деятельности учреждении здравоохранения Республики Узбекистан в 2014г.).

Цель исследования. Улучшение ранней эхографической диагностики изменений сердца при пневмониях и их легочных и плевральных осложнениях у детей.

Материалы и методы исследования. Комплексные стандартные обследования были проведены в клинике ТашПМИ и включали в себя общепринятые клинические и лабораторные исследования, традиционные и цифровые рентгенологические исследования органов грудной клетки на аппаратах Sirescop (Siemens), CR 30-X, комплексные ультразвуковые

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

исследования сердца на ультразвуковом аппарате Acuson 128XP\10 и МРТ исследования сердца и сосудов на МРТ-аппарате Magnetom Open Viva, 0,2 Тесла в 3-клинике ТМА.

Результаты исследования. Комплексное клинико-лабораторное, рентгенологическое и ультразвуковое исследование было проведено 40 детям (30 детей с пневмониями и их легочными и плевральными осложнениями, по анамнестическим данным, не имеющих ранее патологии сердца системы и 10 практически здоровых детей контрольной группы). У 30 детей больных пневмонией разнообразные проявления патологии сердечно-сосудистой системы, а также изменения данных лабораторных и функциональных методов исследования у детей основной группы с пневмониями сопровождалась выраженной общеклинической и местной симптоматикой, которая купировалась по мере стихания воспалительного процесса. Функциональные изменения электрографически выражались у детей преимущественно в виде синусовой тахикардии. Изменения систолической функции ЛЖ наблюдались преимущественно у детей младшей возрастной группы. В период манифестации у детей с пневмониями, нарушения диастолической функции всегда предшествовали нарушению систолической функции левого желудочка. Изменения трансмитрального и транстрикуспидального диастолического потоков и центральной гемодинамики у детей с тяжелым течением деструктивной пневмонии, свидетельствовали о срыве механизмов адаптации сердечно-сосудистой системы и развития у них транзиторного нарушения диастолической функции ЛЖ и ПЖ по I типу. Гипердиастолический тип нарушения отмечался у большинства детей и сочетался с гиперкинетическим типом центральной гемодинамики. Эти изменения свидетельствовали о напряжении механизмов адаптации сердечно-сосудистой системы у детей. Повышение давления в легочной артерии в острый период заболевания имело место у 100% пациентов. Транзиторные изменения центральной гемодинамики протекали по гиперкинетическому типу у 88% пациентов. Достоверная обратная корреляционная связь между фракцией выброса и давлением в легочной артерии с коэффициентом корреляции ($r_x = -0,73$) зарегистрирована у 11,8 % детей, имеющих нарушение систолической функции левого желудочка.

Выводы. С целью своевременной диагностики кардиальных нарушений и назначения адекватной медикаментозной терапии при тяжелых и осложненных формах пневмонии у детей и подростков рекомендуется в комплекс функциональных методов обследования включить эхокардиографическое исследование в ранние сроки заболевания, а также в период клинико-лабораторного и рентгенологического выздоровления.

**ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ
ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА, ОСЛОЖНЕННЫХ ЛЕГОЧНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИЙ**

Рахматиллаева М. Ш., Юнусова Р. Т.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Одним из наиболее грозных осложнений естественного течения врожденных пороков сердца (ВПС) с увеличенным легочным кровотоком является легочная гипертензия (ЛГ), снижающая качество жизни пациентов и приводящая их к ранней инвалидизации и преждевременной смерти. (Бокерия Л.А. и др., 2010-2014; Newfeld E.A. et al., 2012). Эхокардиографическим методом можно определить степень легочной гипертензии, от которой зависит выбор тактики лечения. (Абролов Х.К. и др. 2014).

Цель исследования – определить эхокардиографические особенности диагностики врожденных пороков сердца, осложненных легочной гипертензией

Материал и методы. Проведен анализ ЭхоКГ 30 больных, госпитализированных с ВПС, осложненной ЛГ в отделения кардиоревматологии, кардиохирургии и раннего возраста в клинике ТашПМИ за период 2015-2017 г. При эхокардиографической диагностике врожденных пороков сердца, которые имеют лево-правый сброс, измеряли градиент давления между камерами сердца или на уровне сердечного шунта. У 95-98% пациентов определилась незначительная (физиологическая) недостаточность трехстворчатого клапана. Посредством доплер ЭхоКГ во время систолы правого желудочка измеряли значение максимальной скорости регургитации на трикуспидальном клапане. Далее по уравнению Бернули ($xP=4V^2$) рассчитывали разницу давления между правым желудочком и правым предсердием. К примеру, скорость регургитации 2 м/с, соответственно градиент давления между ПЖ и ПП равен 16 мм рт.ст. Далее, анализируя реакцию нижней полой вены на вдох, определяли уровень давления в ПП. Если НПВ колабирует при вдохе более 50%, то прибавляли к градиенту давления на трикуспидальном клапане 3 мм рт. ст. и получили показатель систолического давления в легочной артерии (Пример. СДЛА = 16+3=19 мм рт.ст.).

Результаты. У 26,6% больных диагностирована ЛГ I степени, у 20% - ЛГ II ст., у 33,3% - ЛГ III ст., у 20% - ЛГ IV ст. При диагностике ЛГ использовали перечисленные эхокардиографические показатели, которые определили тактику лечения и ведение больных в послеоперационном периоде.

Выводы. Современный подход к эхокардиографической диагностике у больных с ВПС, осложненной легочной гипертензией определяет оптимальную тактику введения.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА ПРИ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Рахматиллаева М. Ш., Юнусова Р. Т.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Врожденные пороки сердца составляют не менее 30% всех пороков развития и становятся причиной 11% младенческих смертей, связанных с пороками развития. (Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г. 2010г). Прогноз у детей с врожденными пороками сердца во многом определяется своевременностью кардиохирургического лечения. Отсрочка операций часто обусловлена интеркуррентной заболеваемостью, преимущественно пневмонией, имеющей у детей с пороками сердца осложненное легочной гипертензиями. (Forrester M.V., Merz R.D. 1989- 1999г.)

Целью исследования явился комплексный анализ риска тяжелого, осложненного течения пневмонии при врожденном пороке сердца в зависимости от степени легочной гипертензии и артериальной гипоксемии.

Материалы и методы. В период 2015—2017 гг. на базе ТашПМИ обследованы 30 детей с гемодинамически значимыми врожденными пороками сердца. Дети были направлены с диагнозом «пневмония». Возраст детей составлял от 6 мес. до 24 мес. Мальчиков было 54%, девочек — 46%. Дети по степени ЛГ были распределены следующим образом, 26,6% больных ЛГ I степени, у 20% - ЛГ II ст., у 33,3% - ЛГ III ст., у 20% - ЛГ IV ст. При диагностике ЛГ использовали эхокардиографические показатели. Тяжесть

течения пневмонии определяли по сатурации кислорода. Уровень артериальной гипоксемии определялся по данным мониторингования SpO₂.

Результаты исследования. У детей ЛГ I ст. при пневмонии SpO₂ – 94-96%, ЛГ II ст. SpO₂ – 90-94%, ЛГ III ст. 75-89%, ЛГ IV ст. <75%.

Выводы. Определилось, что группой риска неблагоприятного течения и исхода пневмонии при врожденных пороках сердца у детей являются ЛГ III-IV степени с SpO₂ менее 75%.

ПНЕВМОНИЯ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА С АРТЕРИОВЕНОЗНЫМ СБРОСОМ

*Рахматуллаева М., Абдумажидова Н., Акбарходжаева М.Р.
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность исследования. Врожденные пороки сердца (ВПС) составляют до 30% всех врожденных пороков развития, а в 11% случаев являются причиной младенческой смертности (Бокерия Л.А., 2006). Известно более 90 вариантов ВПС и множество их сочетаний. Распространенность ВПС, по данным различных исследований, колеблется от 4 до 50 случаев на 1000 живорожденных младенцев (Hoffman J.I., Kaplan S., 2002). В Узбекистане рождаемость детей с врожденными пороками сердца составляет от 5,5 человек на 1000 родившихся живыми. Пневмония у детей раннего возраста была и остается актуальной проблемой в педиатрии. При этом ее значимость возрастает у детей с ВПС в неоперированных случаях.

Целью исследования изучение течения и исходов пневмонии на фоне врожденных пороков сердца у детей раннего возраста.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 29 детей находившихся на лечении в кардиоревматологическом отделении клиники ТашПМИ, в возрасте от 6 мес до 3-х лет, у которых пневмония протекала на фоне врожденных пороков сердца. ДМЖП у 8 (27,5%) больных, ДМПП у 12 (41,3%), ОАП у 9 (31,0%) детей. У 16 (55,1%) детей отмечались повторные случаи заболевания пневмонией. Всем больным проводились клинические и биохимические анализы крови, рентгенография органов грудной клетки. Компьютерная томография проведена 5 больным.

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

Результаты исследования. В зависимости от клинико-морфологической формы пневмония была. очаговая у 17 (58,6%) больных, очагово-сливная у 7 (24,1%), полисегментарная у 5 (17,2%). Пневмонии предшествовала острая респираторно-вирусная инфекция, диагностированная у всех больных. В клинической картине пневмонии у больных диагностированы бронхообструктивный синдром у 19 больных (65,5%), пневмонический токсикоз у 21 больного (72,4%), субфебрильная температура преобладала над фебрильной — соответственно (17 больных — 58,6%, 4 больных — 13,7%), у 8 больных (27,%) температурная реакция была нормальной. Быстро развивалась дыхательная недостаточность, которая была на уровне 2–3 степени и подтверждала тяжесть пневмонии. Физикальные данные в легких соответствовали характеру пневмонии. Параклинические обследования — умеренный лейкоцитоз у 19 больных (65,5%), положительный С-РБ — у 21 больного (72,4%). 4 (13,7%) больных в виду ухудшения состояния, не смотря на проводимую активную борьбу с токсикозом были переведены в реанимационное отделение.

Таким образом, на фоне ВПС с перегрузкой малого круга кровообращения пневмония у детей раннего возраста протекает в тяжелой форме и является причиной высокой летальности.

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА

Рахмонов М.М, Акбарходжаева М.Р.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность проблемы. В течение последних десятилетий наблюдается тенденция к неуклонному росту ревматических заболеваний в детской популяции. В структуре первичной заболеваемости ревматическими болезнями 56% принадлежит реактивным артритам (Алексеева Е.И., Жолобова Е.С 2002 г). Основным этиологическим фактором в развитии реактивных артритов у детей, наряду с кишечной инфекцией, является хламидийная инфекция, вызванная *Chlamydia Trachomatis* и *Chlamydia Pneumoniae* (Баранов А.А., Алексеева Е.И.2004г). Сложность проблемы лечения реактивных

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

артритов, ассоциированных с хламидийной инфекцией, связана с рядом факторов.

- широкой распространенностью хламидий в природе;
- всеобщей восприимчивостью к этому микроорганизму;
- особенностями путей передачи (воздушно-капельный, контактно- бытовой, половой, внутриутробный);
- недостаточным эффектом антибиотиков, что обусловлено особенностями жизненного цикла микроорганизма;
- характером иммунологических реакций макроорганизма.

Все вышеизложенное послужило основанием для проведения настоящего исследования.

Материал и методы исследования. Проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 28 детей с хроническим течением РеА детей находившихся на лечении в клинике ТашПМИ за период с 2013-2016 гг.

Результаты исследования. Эффективность комбинированной терапии полиоксидонием и антибиотиком при лечении хронического реактивного артрита, ассоциированного с хламидийной инфекцией, составила 70%. Через 6 месяцев после завершения терапии у 70% больных развилась клинико-лабораторная ремиссия. У этих детей перестал рецидивировать суставной синдром, полностью восстановилась функция суставов, нормализовались лабораторные показатели и перестали выявляться иммунологические маркеры хламидийной инфекции.

Выводы. Больным с острым и хроническим течением реактивного артрита показано дифференцированное назначение противохламидийной терапии. Монотерапию антибиотиками или комбинированную терапию с использованием иммуномодулятора и антибиотика целесообразно назначать в зависимости от длительности заболевания и характера ранее проводимой терапии.

НАРУШЕНИЯ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С АРТРОПАТИЯМИ

*Рахмонов М.М., Худойназарова С.Р., Аташикова Р.М.
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания детского возраста представляют собой одну из наиболее серьезных проблем здравоохранения (Белоконь Н.А., 1990; Бокерия Л.А., 1997; Кушаковский М.С., 2005). Структура сердечнососудистой патологии в детском возрасте претерпела за последние три десятилетия существенные изменения, и в настоящее время нарушения сердечного ритма и проводимости, наряду с врожденными пороками сердца, вышли на одно из первых мест (Школьников М.А., 2006).

Цель работы. изучить частоту и структуру нарушений ритма сердца и проводимости у детей с заболеваниями мочевыделительной системы.

Материалы и методы. обследовано 15 детей (в возрасте от 2 до 17 лет средний возраст $6,7 \pm 5,2$) с воспалительными заболеваниями суставов, находившихся на лечении в клинике ТашПМИ, за период 2015-17 гг. При клинико-инструментальном исследовании (ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ и УЗИ сердца) у них впервые были выявлены нарушения ритма сердца и проводимости. Данных за органическую патологию сердца не выявлено. Дети аритмию не ощущали, жалоб не предъявляли.

Результаты. при обследовании выявлены следующие нарушения ритма сердца и проводимости. у 10 детей брадиаритмии различной степени выраженности, у 1 ребенка выявлено сочетание брадиаритмии с А-В блокадой I степени, у 2 детей предсердные эктопические ритмы, А-В блокада I степени у 1 ребенка, феномен Вольфа-Паркинсона-Уайта у 1 ребенка и 1 ребенок был с синусовой тахикардией.

У 7,4% детей, находившихся на обследовании за период (октябрь 2015 года по ноябрь 2017 г.) впервые выявлены нарушения ритма и проводимости. Показатели УЗИ сердца и сократительная способность миокарда у детей были в пределах возрастной нормы. У 3 детей выявлены признаки дисплазии сердца (пролапс митрального клапана, пролапс трикуспидального клапана, дополнительная ложная хорда в полости левого желудочка). Двое детей, имеющих выраженное нарушение ритма сердца и проводимости, для

обследования были переведены в специализированную кардиологическую клинику.

Выводы. У 7,4% детей с заболеваниями суставов в возрасте от 2 до 17 лет при обследовании впервые были выявлены нарушения ритма и проводимости сердца.

Среди нарушений ритма и проводимости преобладали брадикардии (66%).

Нарушения ритма сердца и проводимости протекали бессимптомно, без выраженных нарушений гемодинамики.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ С ВАРИАНТАМИ ОТВЕТА НА ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С

Рашидова С.А., Печеницына Т.В.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Нарушение баланса продукции цитокинов Th1/Th2-клетками играет важную роль в иммунопатогенезе и прогрессировании HCV-инфекции [Ивашкин В.Т., 2009; Нагоев Б.С., Понежева Ж.Б., 2009]. Влияние на продукцию межклеточных медиаторов рассматривается как один из возможных путей позитивного терапевтического противовирусных препаратов при HCV [Корочкина О. В., Рюмин А. М., 2013; Spaan M. et al. 2012].

Цель исследования. Определить показатели клеточного и гуморального иммунитета, а также уровни цитокинов у больных ХГС во взаимосвязи с эффективностью комплексной противовирусной терапии.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 29 больных с ХГС возрасте от 19 до 45 лет. Диагноз ХГС выставлялся на основании анамнеза, клинических данных и положительных результатов ПЦР и ИФА. Из них мужчин было 12 (41,4%), женщин - 17 (58,6%). Генотипы вируса С в группе обследованных больных распределились следующим образом. 1- у 10 больного (34,5%), 2 – у 12 больных (41,4%), 3 – у 7 больных (24,1%). Все больные получали противовирусную терапию (ПВТ) в зависимости от варианта генотипа вируса С, включающую препараты софосбувир, ледипасвир, даклатасвир. Положительный ответ на ПВТ регистрировался при

отрицательных результатах РНК-НСV в конце курса лечения и на протяжении последующего одного года. Маркеры иммунокомпетентных клеток (CD3+, CD4+, CD8+, CD16+, CD20+, CD25+, CD38+, CD95+) определяли с использованием моноклональных антител. Функциональное состояние В-системы иммунитета оценивали путем определения сывороточных иммуноглобулинов основных классов IgG, А, М общепринятым методом радиальной иммунодиффузии в геле по И.Манчинис использованием наборов моноспецифических сывороток против IgG, А, М. ЦИК определяли спектрофотометрическим методом. Фагоцитарную активность нейтрофилов определяли по методу Маянского А.Н. и др. (1993). Уровни цитокинов ИЛ-1 β , ИЛ-4, ИЛ-8, ФНО- α определялись методом ИФА с использованием тест-наборов “Цитокин” и “Протеиновый контур” (Санкт-Петербург). Иммунологические исследования проведены в лаборатории «Иммуноцитокинов» в НИИ Иммунологии (директор д.м.н. профессор Арипова Т.У.). Контрольную группу составили показатели 12 практически здоровых доноров в возрасте от 19 до 30 лет с отрицательными маркерами вирусных гепатитов В и С. Для достижения поставленной цели больные ХГС были разделены на две группы. 18 больных с положительным ответом на ПВТ (I группа) и 11 больных, не ответивших на ПВТ (II группа). Иммунологические исследования проведены до начала и после окончания ПВТ. Результаты исследования обработаны при помощи пакета программ Statistica 6.0 Microsoft и применением *t*-критерия Стьюдента.

Результаты. Сравнительный анализ иммунологических показателей в группах с различным ответом на ПВТ показал, что изначально иммунная система этих больных на вирус С реагирует по-разному. В группе больных с отрицательным ответом на ПВТ на фоне дисбаланса Т-системы наблюдается выраженная супрессия про- и противовоспалительных цитокинов, что очевидно имеет патогенетическое значение в формировании вирусологического ответа на ПВТ у больных ХГС.

Выводы. В группах обследованных больных ХГС выраженная супрессия межклеточных медиаторов ассоциирована с отрицательным ответом на ПВТ. Этот факт диктует необходимость индивидуального подхода при подготовке и проведении ПВТ у больных ХГС.

**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ДИФФУЗНЫМ
ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ**

Рихсиева Н. Ю.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Цель исследования. провести анализ КЖ больных оперированных по поводу диффузного токсического зоба (ДТЗ).

Материалы и методы. Обследованы 26 больных с ДТЗ III, IV и V степени. Средний возраст пациентов составил $36,92 \pm 5$. Мужчин – 2, женщин – 24. Контрольную группу составили 16 практически здоровых лиц без тиреоидной патологии (средний возраст $36,3 \pm 7$; мужчин – 6, женщин – 10). Анализ КЖ больных проведен методом анкетирования с помощью универсального, адаптированного опросника Medical Outcomes Study Form (SF-36) до операции и через 6 месяцев после проведенной тиреоидэктомии. Данный опросник состоит из 8 шкал, включающий в себя определение физического и психо-эмоционального статуса пациента, оценивается по балльной системе от 0 до 100. Чем выше значение, тем лучше КЖ больного.

Результаты и обсуждение. По объему операции были проведены. тотальная струмэктомия выполнена 26(100%) больным. В раннем послеоперационном периоде осложнений не выявлено. В целях профилактики послеоперационного гипотиреоза была назначена соответствующая доза левотироксина натрия. До операции у пациентов зарегистрирован гормональный гипотиреоз то есть средний уровень ТТГ- 10,3 мМЕ/л (в норме 0,17-4,05 мМЕ/л), свТ4-9,8 пмоль/л (в норме 11,5-23,0 рМ). Спустя 6 месяцев после операции, у 26(100%) пациентах был определен манифестный гипотиреоз (средний уровень ТТГ-12,05 мМЕ/л, свТ4-8,65 пмоль/л). Этим пациентам был рекомендован левотироксина натрия в дозе от 75 мкг до 125 мкг. Оценка параметров КЖ у больных с ДТЗ до оперативного вмешательства параметры КЖ при использовании опросника SF-36 были достоверно ниже по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$). При повторном анкетировании пациентов через 6 месяцев после операции было отмечено достоверно значимое улучшение показателей КЖ по сравнению с результатами КЖ до операции ($p < 0,05$). физическое функционирование (ФФ) увеличилось с 50,0 балла до 92,5 балла; ролевое физическое функционирование (РФФ) с 0,00 балла до 100 балла; по

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

интенсивности боли (ИБ) с 42,5 балла до 90,8 балла; показатель общего состояния здоровья (ОСЗ) вырос с 32,5 балла до 86,5 балла; показатель жизненной активности (ЖА) увеличился с 31,9 балла до 90,8 балла; социальное функционирование (СФ) с 34,4 балла до 93,8 балла; ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ) повысилось с 16,7 балла до 100 балла; психическое здоровье (ПЗ) с 29,7 балла до 90,7 балла. Контрольная группа (баллы). ФФ-91,9; РФФ-78,1; ИБ-75,2; ОСЗ-75,6; ЖА-66,9; СФ-82,8; РЭФ- 80,2; ПЗ-77,8.

Вывод. Анализ динамики изменений параметров КЖ больных оперированных по поводу диффузного токсического зоба ЩЖ показал, что параметры КЖ больных с доброкачественным зобом через 6 месяцев после хирургического лечения по многим показателям достоверно улучшились, и не отличается от параметров КЖ здоровых людей.

КОРРЕЛЯТИВНУЮ ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ВЖК

Рузметова Г.Б., Гулямова М.А.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. ВЖК воздействуют на различные звенья гемостаза и могут провоцировать развитие новых кровоизлияний, а также сужают диапазон адаптационных изменений в самой системе гемостаза, уменьшая ее резервные возможности адаптации.

Цель. Изучить коррелятивную взаимосвязь клинических проявлений геморрагических синдромов от степени тяжести ВЖК.

Материалы и методы. Под наблюдением находится 50 новорожденных детей. Все новорожденные разделены на 2 группы. 1-группа - 20 новорожденных, с гипоксически-ишемическими поражениями ЦНС. 2-группа - 30 новорожденных, с гипоксически-геморрагическими поражениями ЦНС. Гестационный возраст детей составил от 32 до 42 недель. Проведены клиничко-лабораторные и инструментальные (НСГ) исследование.

Результаты и обсуждения. Среди клинических проявлений геморрагических синдромов у обследуемых новорожденных наиболее часто

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

наблюдались локальные кровоизлияния - 60%, чем множественные геморрагии различной локализации – 30%.

Среди клинических проявлений геморрагического синдрома в виде локальных кровоизлияний у новорожденных наиболее часто наблюдалось желудочно-кишечное кровотечение (52%), кровотечение из мест инъекций (30%), петехий (28%) и меньшем количестве пупочные кровотечения и гематурия (по 14%).

Необходимо отметить, что среди детей I группы из локальных кровотечений наиболее часто наблюдались желудочно-кишечные кровотечения и кровотечения из мест инъекций, что составили по – 40%, в 2,5 раза меньше пупочные кровотечения и петехии по – 15%, в единичных случаях гематурия – 10%. Во II группе также из локальных кровотечений у новорожденных превалировало желудочно-кишечное кровотечение - 60%, петехии у – 36,6%, а у 1/4 новорожденных встречались кровотечения из мест инъекций 23,3%, пупочный - 13% и гематурия – 16,6%.

Среди новорожденных детей с гипоксически-геморрагическими поражениями ЦНС наиболее часто наблюдалось ВЖК у – 79,8%. Среди них преобладали дети с ВЖК I степени - 46,6% , 1/3 часть составили дети с ВЖК II степенью - 26,6% и в единичных случаях ВЖК III степени -6,6%.

Анализ исследования показал коррелятивную взаимосвязь клинических проявлений геморрагических синдромов от степени тяжести ВЖК. Прямая сильная корреляционная взаимосвязь наблюдалась при геморрагических синдромах виде петехий (+1,0) и гематурии (+0,7) при ВЖК III степени. Прямая средняя корреляционная связь наблюдалось при всех видах геморрагических синдромов при ВЖК II степени и только при желудочно-кишечных (+0,4) кровотечениях при ВЖК III степени. В остальных случаях прямая слабая корреляционная связь.

Выводы. Таким образом, наиболее часто наблюдались локальные кровоизлияния в обеих группах, чем множественные геморрагии различной локализации. Среди всех локальных кровотечений преобладали желудочно-кишечные кровотечения, которые часто наблюдались среди детей II группы. Множественные геморрагии различной локализации преобладали в группе с геморрагическими поражениями ЦНС.

Наблюдается прямая корреляционная взаимосвязь при геморрагических синдромах в зависимости от степени тяжести ВЖК, при этом сильная корреляционная взаимосвязь наблюдалась в клинической картине

геморрагического синдрома в виде петехий и гематурии при ВЖК III степени.

НАРУШЕНИЯ В СИСТЕМЕ ГЕМОСТАЗА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ

Рузметова Г.Б., Гулямова М.А.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК) у недоношенных новорожденных являются частой причиной летальных исходов.

Цель исследования. Изучить особенности клинической картины и нарушения в системе гемостаза у недоношенных новорожденных с внутрижелудочковыми кровоизлияниями

Материалы и методы. Под наблюдением находились 30 новорожденных детей. Все новорожденные были подразделены на 2 группы. 1-ая **недоношенные** (15), 2-ая – доношенные методами (**15**). Всем новорожденным проводилось исследование системы гемостаза стандартными методами.

Недоношенных новорожденных с ВЖК с оценкой по шкале Апгар 7-10 баллов наблюдалось 9 (60%) детей, 4-6 баллов- 5 (33,3%) и 0-3 балла- 1 (6,6%). Доношенных новорожденных с ВЖК с оценкой по шкале Апгар 7-10 баллов наблюдалось 5 (33,3%) детей, 4-6 баллов- 9 (60%) и 0-3 балла- 1 (6,6%) ..

Результаты и обсуждения.. В возрасте 4-7 дней у недоношенных новорожденных с ВЖК с исходной гиперкоагуляцией клинически проявился геморрагический синдром. меленой – у 2, геморрагическими высыпаниями на коже – у 2, рвотой «кофейной гущей» - у 3. Отмечалось незначительное снижения количество тромбоцитов($258 \pm 6,1$). Нехарактерная для этого периода гиперкоагуляция, была нами расценена как ответ системы гемостаза на ВЖК и геморрагии. У доношенных новорожденных с ВЖК с исходной гипокоагуляцией клинически проявился геморрагический синдром. меленой – у 3, геморрагическими высыпаниями на коже – у 3, рвотой «кофейной гущей» - у 2, кровотечения из мест инъекции - у 2 . Отмечалось умеренное снижение общего фибриногена($1,52 \pm 0,1$). Вероятно, гипокоагуляционная направленность

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

системы гемостаза у этих детей связана с истощением коагуляционного звена, вызванным ВЖК, что обуславливает повышенную склонность к геморрагическим осложнениям, в том числе к такому опасному, как ДВС синдрому.

На фоне проводимого лечения в возрасте 8-15 дней у новорожденных детей обеих групп в гемокоагулограмме не отмечалось критических показателей. Однако наблюдалась тенденция к снижению количество тромбоцитов. Выявленные геморрагические проявления в клиническом статусе новорожденных в этом периоде проявились в не значительным геморрагическим синдромом. меленой – у 1, геморрагическими высыпаниями на коже – у 1, а новые не отмечались. У доношенных новорожденных клинических геморрагических проявлений в этот период не отмечалось. Тенденция к нормализации показателей гемостаза во всех группах произошла к концу к 16-28 дню жизни. Однако уровень количество тромбоцитов оставалось на низких нормативных показателях($228,3 \pm 6,55$; $237 \pm 4,3$).

Выводы. Таким образом, у новорожденных с ВЖК обнаружены разнонаправленные длительные лабораторные изменения системы гемостаза. Гиперкоагуляция встречалась у недоношенных детей, гипокоагуляция – у доношенных новорожденных. Однако клинические проявления геморрагического синдрома у новорожденных с ВЖК выявляются у доношенных детей – 27%, а у недоношенных в 20% случаев. Очевидно, ДВС-синдром развивается значительно чаще, чем диагностируется вследствие мало выраженного и даже бессимптомного его течения.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ ПРИ ТРАХЕОБРОНХОСКОПИИ У ДЕТЕЙ

Сабиров У.С.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

На современном этапе развития медицины большое значение придаётся новым высокотехнологичным методом диагностики и лечения. К их числу относятся эндоскопические исследования дыхательных путей. При проведении бронхоскопии необходимо учитывать, что гортань и трахея являются высоко

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

рефлексогенными зонами и манипуляции на них вызывают реакцию сердечно – сосудистой системы в виде тахикардии и артериальной гипертензии.

Цель работы. Изучение новых методик анестезиологическое, основанных на взаимодействии и комбинированном использовании некоторых современных фармакологических препаратов (натрия оксибутират, сибазон, дитилин) для анестезиологического обеспечения различных бронхоскопических вмешательств.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 20 пациентов в возрасте от 1 года до 5 лет. У всех больных бронхоскопия была в плановом порядке. Мониторировались (монитор «ЮМ – 300», «ЮТАС», Украина) следующие показатели. неинвазивное артериальное давление (НИАД), частота сердечных сокращений (ЧСС), показатели электрокардиографии (ЭКГ), пульсовая оксиметрия.

Для плановой бронхоскопии пациенты готовились так же, как для операций под эндотрахеальным наркозом, поэтому в число необходимых анализов включались следующие. общий анализ крови с дополнительным определением количества тромбоцитов, времени кровотечения и времени свёртывания крови, биохимический анализ крови, общий (разовый) анализ мочи, ЭКГ, рентгенологическое исследование грудной клетки.

Результаты. Применение стандартных методов анестезии (пропофол, ардуан) у пациентов привило к заметному снижению гемодинамической реакции на интубации трахеи (АД на 35%, ЧСС на 30%), а к концу исследования вернуло гемодинамические параметры практически в исходное состояние (АД на 15%, ЧСС на 20%). Но пациенты с применением натрия оксбутирата, в сочетании с дитилином и сибазоном, более рано выходили из наркоза и могли транспортироваться в послеоперационную палату (АД на 5%, ЧСС 10%).

Выводы. Применения при бронхоскопии натрия оксибутирата в сочетании с дитилином и сибазоном привило к более гладкому течению и уменьшению осложнений после бронхоскопии. Выявленные показатели гемодинамики для оценки анестезиологического пособия при бронхоскопии показывают в точных цифрах эффективность комбинированной анестезии.

АНЕСТЕЗИЯ ПРИ БРОНХОСКОПИИ У ДЕТЕЙ

Сабиров У.С.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Сложные эндоскопические исследования и операции на трахеобронхиальном сегменте дыхательной системы в последние десятилетия стали привычными методами диагностики и лечения, а в ряде случаев альтернативой полостным операциям. Относительно короткая продолжительность эндоскопических вмешательств, высокая рефлексогенность зоны вмешательства, необходимость создания условий «хирургического комфорта» - вот неполный перечень проблем, предъявляющих особые требования к анестезиологическому обеспечению.

Цель работы. Изучить возможность применения натрия оксибутират, сибазон и дитилин при бронхоскопических исследованиях у детей. Изучение новых методик анестезиологическое, основанных на взаимодействии и комбинированном использовании некоторых современных фармакологических препаратов (натрия оксибутират, сибазон, дитилин) для анестезиологического обеспечения различных бронхоскопических вмешательств.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 30 пациентов в возрасте от 1 года до 5 лет. У всех больных бронхоскопия была в плановом порядке. Мониторинг проводился с помощью монитора «ЮМ – 300» кампания ЮТАС, Украина. Мониторировались следующие показатели. неинвазивное артериальное давление (НИАД), частота сердечных сокращений (ЧСС), показатели электрокардиографии (ЭКГ), пульсовая оксиметрия.

Для плановой бронхоскопии пациенты готовились так же, как для операций под эндотрахеальным наркозом, поэтому в число необходимых анализов включались следующие. общий анализ крови с дополнительным определением количества тромбоцитов, времени кровотечения и времени свёртывания крови, биохимический анализ крови, общий (разовый) анализ мочи, ЭКГ, рентгенологическое исследование грудной клетки.

Результаты. Применение стандартных методов анестезии у пациентов привело к заметному снижению гемодинамической реакции на интубации трахеи (АД на 25%, ЧСС на 30%), а к концу исследования вернуло гемодинамические параметры практически в исходное состояние (АД на 10%,

ЧСС на 15%). Но у пациентов с применением натрия оксбугириата в сочетании с дитилином и сибазоном, более рано выходили из наркоза и могли транспортироваться в послеоперационную палату (АД на 5%, ЧСС 10%).

Выводы. Применения при бронхоскопии натрия оксбугириата в сочетании с дитилином и сибазоном привило к более гладкому течению и уменьшению осложнений после бронхоскопии. Выявленные показатели гемодинамики для оценки анестезиологического пособия при бронхоскопии показывают в точных цифрах эффективность комбинированной анестезии. Методы неинвазивного мониторинга свидетельствуют об адекватности анестезиологического обеспечения при эндоскопических вмешательствах и определяют успешное течение раннего постнаркозного периода.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МАЛЫХ АНОМАЛИЙ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

Садикова Р.Р., Ахмедова Н.Р., Акбарходжаева М.Р.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Благодаря широкому внедрению ультразвуковых методов исследования стали диагностироваться минорные аномалии сердца (МАРС), которые представляют собой гемодинамически малозначимые анатомические изменения сердца и магистральных сосудов. В детском возрасте малые аномалии в сердце ряде случаев являются морфологической основой функциональной кардиоваскулярной патологии. Малые аномалии сердца

Целью исследования определение клинического значения малых аномалий сердца у детей для совершенствования диагностики, прогнозирования состояния и обоснования дифференцированного наблюдения.

Материал и методы исследования. Обследовано 80 детей в возрасте от 1 года до 18 лет с подтверждённым диагнозом МАРС находившиеся на лечении в кардиоревматологическом отделении клиники ТашПМИ. Комплексное обследование включало. клиничко-анамнестический обследование, доплер-эхокардиографию и функциональные методы исследования. электрокардиографию, кардиоинтервалографию. Для ультразвуковой диагностики был использован аппарат «Acuson 128-XP» (США) в одномерном и двухмерном режиме с использованием импульсной доплер - ЭхоКГ.

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

Результаты исследования. Среди обследованных у 53 (66,25%) детей отмечалась одна аномалия, у 17 (21,25%) детей комбинированно 2 аномалии и у 10 (12,5%) детей комбинированно 3 аномалии, что считается пороговым показателем.

В результате анализа клинических проявлений МАРС в группах исследования определилось, что 37 - (47%) детей жаловались на боли в грудной клетке, сердцебиение, одышку, головокружение, головные боли, слабость. Боли локализовались в левой половине грудной клетки без иррадиации, носили характер колющих, давящих, ноющих.

Анализ результатов ЭКГ показал наличие следующих нарушений сердечного ритма (НСР). в 46% неполная блокада правой ножки пучка Гисса, в 34% - миграция водителя ритма, в 36% - преждевременное возбуждение желудочков в 24% - ранняя реполяризация желудочков. У 5 - (6,25%) детей с комбинированными аномалиями были выявлены экстрасистолии. Также определилась ассоциация экстрасистолий с малыми аномалиями правого предсердия, погранично узкой аортой, аномально расположенными трабекулами в левом желудочке и пролапсом митрального клапана приводящими к возникновению турбулентного потока крови в камерах сердца и рефлекторному раздражению пейсмекерных образований.

Таким образом, малые аномалии сердца являются структурно-функциональными факторами риска развития нарушений сердечного ритма у детей.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ У ДЕТЕЙ С МАЛЫМИ АНОМАЛИЯМИ СЕРДЦА

Садикова Р.Р., Аташикова Р.М.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность исследования. Заболевания сердечно-сосудистой системы занимают одно из ведущих мест в структуре патологии детского возраста и составляют более 3%. Современное эхографическое оборудование обеспечивает высококачественную визуализацию сердечных структур и позволяет детально охарактеризовать внутрисердечную гемодинамику. По данным авторов, частота

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

встречаемости детей с надпороговым (более 3 стигм) уровнем кардиальной стигматизации составляет 31,8%.

Целью исследования. определить клинико анамнестические данные у детей с малыми аномалиями сердца.

Материал и методы исследования. В исследование включены 80 детей в возрасте от 1 года до 18 лет с подтверждённым диагнозом МАРС, находившиеся на лечении в кардиоревматологическом отделении клиники ТашПМИ. Из них у 57 (71%) детей отмечалась одна аномалия у 12 (15%) детей комбинированно 2 аномалии и у 11 (13,7%) детей комбинированно 3 аномалии, что считается пороговым показателем. Комплексное обследование включало. клинико-анамнестический метод, доплер-эхокардиографию и функциональные методы исследования. электрокардиографию. Для ультразвуковой диагностики был использован аппарат «Acuson 128-XP» (США) в одномерном и двухмерном режиме с использованием импульсной доплер - ЭхоКГ. Учитывая что, МАРС имеют многофакторную природу развития при проведения анамнестического исследования обращали внимание на анамнез жизни, анамнез заболевания, течение беременности, родов, наследственность

Результаты исследования Изучение анамнеза больных показало, что в среднем 72% случаев имело место неблагоприятное течение беременности, дети с МАРС, родились от матерей с неблагоприятным течением беременности. токсикозом 1 половины, угрозой прерывания, острыми респираторными вирусными инфекциями.

В 79% случаев определилось патологическое протекание родов (быстрые, стремительные роды, вакуум экстракция, кесарево сечение в родах), у 11% детей в перинатальном периоде были отмечены признаки повреждения центральной нервной системы (родовая травма, асфиксия), у 55% детей был выявлен высокий уровень стигматизации (от 5 до 12 стигм), что является фенотипическим признаком дисплазии соединительной ткани.

Таким образом, причинами формирования МАРС являются различные факторы. нарушения эмбриогенеза и кардиогенеза в результате влияния внешних факторов, а также врожденные аномалии развития соединительной ткани.

**ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МОЗГОВОГО
КРОВООБРАЩЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЯРНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

Саидова Д.П., Маджидова Ё.Н.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Особенности сосудистой патологии при вертебро-базилярной недостаточности является развитие атеросклероза сосудов головного мозга. *Вертебро-базилярная недостаточность (ВБН)* – ухудшение функционирования мозга из-за ослабления кровотока в базилярной и позвоночных артериях. Больше всего ВБН подвержены те люди, у которых диагностирован остеохондроз, при котором возникает дисциркуляция (снижение кровотока) крови в главных артериях позвоночника. Каждый третий больной остеохондрозом подвержен вертебро-базилярной недостаточности.

Цель исследования. Изучить особенности нарушений церебральной гемодинамики у больных с вертебро-базилярной недостаточностью.

Материал и методы исследования. Обследовано 20 пациентов, которым была проведена ультразвуковая доплерография брахицефального ствола с изучением выраженности атеросклеротических изменений сосудов. Пациенты были разделены на 2 группы. 1 группа - пациенты с длительностью ВБН до 7 лет; 2 группа - пациенты с длительностью ВБН более 7 лет.

Результаты. У пациентов I группы с длительностью ВБН до 7 лет показатели кровотока характеризуют атеросклеротические поражения в брахицефальных артериях, преимущественно в экстракраниальных сосудах, начальный стенозирующий процесс в них, и высокий тонус интракраниальных магистральных артерий с различной степени выраженности вазоспазмом артерий малого калибра. При длительности ВБН более 7 лет гемодинамические нарушения коррелируют с нарастанием атеросклеротического стенозирующего процесса как в экстракраниальных, так и в интракраниальных сосудах. У пациентов отмечается снижение мозговой перфузии, с элементами обкрадывания в интракраниальных артериях, затруднённой перфузии по внутренним сонным артериям с развитием хронической недостаточностью МК.

Вывод. Основными проявлениями головокружений при ВБН являются динамические нарушения мозгового кровообращения или хроническая

мозговая недостаточность кровотока. Полученные данные позволяют рассматривать варианты морфологического поражения сосудов, характеризовать выраженность и продолжительность нарушений церебрального кровообращения, что тесно коррелирует с характером и степенью поражения мозга и имеет важное прогностическое значение в дополнительной коррекции медикаментозной терапии.

СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Саипова Д.С., Рузметова И.А., Эгамбердиева Д.А.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Снижение СКФ и повышения концентрации креатинина сыворотки у больных с ХБП (хроническая болезнь почек) являются сильными независимыми предикторами сердечно-сосудистой смертности. При снижении СКФ <44 мл/мин относительный риск смерти в 2,85 раза выше, чем при СКФ 76 мл/мин ($p=0.001$). У больных с ХБП при развитии дисфункции почек прогноз заболевания значительно ухудшается.

Цель работы. исследование функции почек у больных ХБП.

Материалы и методы исследования. материалы для написания данной работы послужил анализ 75 больных кардиологического отделения РСНПЦТ и МР в возрасте от 35 до 68 лет, из них 30 женщин (45,2%) и 45 мужчины (54,8%), госпитализированных с диагнозом ХБП. Критериями исключения являлись первичная патология почек и почечных сосудов, аутоиммунные и онкологические заболевания. Проводился анализ анамнеза, клинических данных; биохимических показателей крови. Функция почек оценивалась по СКФ рассчитанной с помощью формулы MDRD.

Результаты. Среди обследованных пациентов с ХБП у 39 (50,7%) человек выявлен нормальный уровень СКФ. Стоит отметить, что 24,8% ($n=19$) пациентов выявлен гиперфльтрация, которая приводит к индицированию и прогрессированию нефросклероза. Поэтому следует расценивать гиперфльтрацию, как начальные проявления развивающейся ХБП. У 24,4% ($n=17$) выявлено снижение СКФ ниже 90 мл/мин/1,73м, что свидетельствует о

прогрессирующем процессе ХБП, причем количество больных со сниженной СКФ достоверно увеличивалось.

Выводы. Снижение СКФ может быть обусловлено непосредственно нарушением процесса клубочковой фильтрации вследствие повреждения клубочков почек и/или потерей массы действующих нефронов (МДН).

ЛУЧЕВАЯ КАТАРАКТА

А.А.Сайдазимов, Л.Д.Бабаджанова, З.С.Исламов

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Введение. Множество факторов играет важную роль в катарактогенезе, включая генетические метоболические факторы окружающей среды. Считается, что ткани, образующие хрусталик глаза являются радиочувствительными.

Катаракта — одно из серьезных отдаленных последствий воздействия ионизирующей радиации на глаз (20-50%). По данным международного комитета по радиационной защите появление лучевой катаракты связано с минимальным порогом дозы от 0,5 до 2,0 Гр при остром облучении, 5,0 Гр, при фракционизированным или длительном воздействии, а допустимый предел дозы облучения — 20 мЗв в год.

Ретинобластома (РБ) — высокорadiочувствительная опухоль, поэтому всевозможные методики лучевой терапии (ЛТ) прочно вошли в систему лечебных мер при РБ.

Материал и методы. Обследованы и прооперированы 15 детей (15 глаз) с лучевой катарактой в клинике ТашПМИ за 2013-2015 годы. Из них мальчиков 6 (40%), девочек 9 (60%).

С анофтальмом были 8 детей (53%), односторонний процесс был у 7 детей (47%). Возраст детей составил от 6 до 14 лет. Всем проведено комплексное общее, офтальмологическое и клиничко лабораторное обследование. Все дети поступали в заключение онкоофтальмолога о регрессии опухоли с образованием слабо проминирующего рубцового образования (доплерография).

Результаты. Удаление лучевой катаракты проводилось стандартным путем через склерокорнеальный тоннельный разрез. Плотно сращенные с задней капсулой наслоения, выявленные после удаления хрусталиковых масс,

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

потребовали дополнительную манипуляцию — шлифовка. Заднюю капсулу сохраняли интактной. Оставшийся фиброз задней капсулы устраняли ИАГ-лазерной дисцизией через 2-3 мес. 13 детям (87%) имплантирована мягкая гибкая ИОЛ, 2 детей (13%) — были афакичными из-за большого рубцового образования с захватом макулярной части. Послеоперационный период протекал без осложнений. Лечение заключалось в применении антибактериальных и противовоспалительных препаратов по схеме. Острота зрения повысилась от светоощущения до 0,2-0,3.

Вывод. Представленные клинические случаи наблюдения детей с ретинобластомой, перенесших органосохраняющие лечения и устранения лучевой катаракты, при возможности даже имплантации ИОЛ, показывают возможности успешного их использования в педиатрической практике.

К ЛЕЧЕНИЮ ВРОЖДЁННЫХ ФОРМ ГИДРОЦЕФАЛИЙ

Сайдалиев Э.И., Зекрияев Н.Н., Халикулов Э.Ш.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Несмотря на множество методов лечения и профилактики возникновения гидроцефалий, данная нозология остаётся значимой проблемой в медицине и в социально-экономической сфере. По данным мировой медицинской статистики можно сделать вывод, что за последнее десятилетие снизилась встречаемость пациентов с данной патологией благодаря различным программам охраны здоровья матери и ребёнка.

Этиопатогенетические и симптоматические методы лечения направленные на предотвращения нарушений ликворообращения. удаление новообразований деформирующих ликворную систему; краниальные реконструкции, позволяющие устранить окклюзию ликворных путей; реконструктивные операции направленные на активацию ликворорезорбции; удаление факторов вызывающих гиперпродукцию ЦСЖ (хориоидпапиллома, хориоидкарцинома, эпендимомы) и других факторов способствующих его недостаточной резорбции не всегда приводят к желаемому результату. Несмотря на популярность и необходимость хирургического вмешательства, которое в весомой степени решает вопрос проблемы лечения гидроцефалии, результатом его достаточно

часто является дисфункция шунтирующих систем(в виде гипо- и гипердренажных состояний, а также в виде отрыва периферического или центрального концов по различным причинам) и неоднократные повторные оперативные вмешательства, что ухудшает качество жизни пациента.

На сегодняшний день, если исходить от этиопатогенетической структуры возникновения гидроцефалий, то более значимое место имеет нарушение развития центральной нервной системы вследствие неблагоприятного воздействия различных тератогенных и эмбриопатических факторов, а также актуальным остаётся вопрос родственных браков.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ больных гидроцефалией, получивших первичное, а впоследствии и повторное хирургическое лечение в РНЦНХ (20 больных с катамнезом 1-10 лет) в период с 2005 по 2014гг. и ретроспективный анализ периода беременности их матерей

Результаты. У больных в послеоперационном периоде как в раннем, так и в отдалённом возникали вышеуказанные осложнения, что требовало повторных хирургических вмешательств как по поводу реимплантации шунтирующей системы, так и по установлению новой системы с другой стороны. Эти данные позволяют утверждать, что основной задачей решения проблемы актуальным остаётся профилактика неблагоприятных воздействий на плод и информированность населения по поводу данной нозологии, особенно женщин фертильного возраста с целью предупреждения возникновения данной патологии, с учётом того, что хирургическое вмешательство не является абсолютным.

Важной задачей является также доведение до населения необходимости скрининговых обследований и консультаций у врача генетика в случае, если имеют место родственные отношения между супругами или в семье имеется ребёнок с врождённой патологией ЦНС.

Выводы.

1. Хирургическое лечение и на сегодняшний день является паллиативным методом лечения, так как не приводит к радикальному решению вопроса.
2. Основная роль в уменьшении встречаемости данной патологии должна уделяться профилактике её возникновения.

ПОСЛЕОПЕОПЕРАЦИОННЫЕ ЭКГ ПРОЯВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ВПС

Салиева Н. Ташметова Б.Р.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность проблемы. Врожденные пороки сердца у детей занимают третье место среди пороков развития после аномалий центральной нервной системы и опорно-двигательного аппарата. В Узбекистане рождаемость детей с врожденными пороками сердца составляет от 5,5 человек до 15,7 человек на 1000 родившихся живыми. Распространенность ВПС, по данным различных исследований, колеблется от 4 до 50 случаев на 1000 живорожденных младенцев (Hoffman J.I., Kaplan S., 2002).

Социальная значимость проблемы определяется тем фактом, что среди врожденных аномалий развития, приводящих к инвалидности, врожденные пороки сердца составляют около 50%. (Л.А. Бокерия, 2003; Л.И. Меньшикова, 2003).

Целью исследования явилось изучить особенности ЭКГ проявлений у детей с врожденными пороками сердца в отдаленном периоде после операции.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в кардиохирургическом отделении клиники ТашПМИ в период с 2012-2016 гг. Нами проведен ретроспективный анализ историй болезни 30 детей с ВПС после хирургической коррекции.

Результаты исследования. При изучении нарушений сердечной проводимости в послеоперационном периоде различных ВПС установлено, что полная блокада правой ножки пучка Гиса являлась частым последствием хирургической коррекции ВПС и была зарегистрирована у 8 детей (26,6%). Данный вид нарушения сердечной проводимости это следствие повреждения средней или дистальной части правого пучка Гиса во время пришивания лоскута (К.А. McLeod, 1999; С.И. Verul, 1997).

Следует отметить, что чаще у 12 детей (40%) отмечалась полная блокада правой ножки пучка Гиса. При ВПС с обеднением по малому кругу кровообращения (МКК), что соответствует данным других авторов (Л.А. Зубов, 2003; S. Sato, 1995; В. Sarubbi, 1999). Атриовентрикулярная блокада диагностирована у 4 детей (13,3%) в послеоперационном периоде при коррекции различных ВПС, что достоверно реже, чем другие нарушения сердечной проводимости ($p < 0,01$).

Выводы. Структура и частота нарушений ритма сердца у детей после коррекции ВПС в условиях искусственного кровообращения зависят от конфликта проводящей системы сердца, области операции, а также сложности оперативного вмешательства.

БОЛАЛАРДА АТОПИК ДЕРМАТИТ КАСАЛЛИГИНИНГ ПСИХОЛОГИК ОМИЛЛАРИ

Салимова И.У., Шойимова Ш.С

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент ш, Ўзбекистон

Долзарблиги. Атопик дерматит болалар учун кўплаб муаммоларни келтириб чиқарувчи касалликдир. Одатда атопик дерматит касаллигини даволашда махсус овқатланиш, турли аллерген маҳсулотларни чеклаш ҳамда препаратлар тавсия қилинсада, бироқ ушбу касаллик кўп ҳолатларда психолог ёрдамида даво топади. Одамнинг психик ҳолати ҳеч қандай жисмоний сабабларсиз турли касалликларни келтириб чиқариши психосоматика деб номланади. Атопик дерматит психосоматик касалликлардан бири бўлиб, унинг психологик омилларини ўрганиш самарали даво муолажаларни ташкил қилишда муҳим аҳамият касб этади.

Ишнинг мақсади. болаларда атопик дерматит касаллигининг психологик омилларини назарий жиҳатдан ёритишдан иборат.

Қўлланилган усуллар. адабиётлар билан ишлаш ва назарий таҳлил.

Олинган натижалар муҳокамаси. Болаларда атопик дерматит тери касаллиги психосоматик нуқтаи назардан қаралганда она ва бола муносабатларининг бузилганлиги билан изоҳланади. Тери - бу “алоқа чегараси”, яъни “мен ва атроф - муҳит”, “мен ва менинг оилам”, “мен ва бошқа одамлар” алоқаларидир. Шунинг учун тери билан боғлиқ бирор касалликни юзага келиши атрофдаги одамлар билан алоқа ўрнатишда муаммо борлигидан дарак беради. Бола ота – она диққатини тортиш учун тана тилидан фойдаланиб ўз ҳиссиётини намоён қилишга мажбур бўлади. Психологик дискомфорт сабаблари боланинг асосий эҳтиёжларини тўлиқ қондирилмаслигида намоён бўлади. жисмоний хавфсизлик ва ҳиссий қулайликка бўлган эҳтиёж (илк болалик); эътибор ва меҳр – муҳаббатга бўлган эҳтиёж (мактабгача тарбия ёшида); ҳурмат ва тушунишга бўлган эҳтиёж (мактаб ёшида). Атопик дерматит

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

касаллиги деярли 91% ҳолатда икки ёшгача бўлган болаларда кузатилади. Бола териси она билан алоқа ўрнатишнинг асосий воситаси бўлиб, у боланинг эмоционал ҳолатига таъсир этади. Бола мунтазам тери орқали она билан жисмоний алоқада бўлса тезда вазни ортади, психомотор кўникмалари шаклланади, кам касалликка чалинади. Бундай контакт болада ўзига ишонч ва ҳимояланганлик ҳиссини таъминлайди. Г.И.Смирнова фикрича, 60% дан ортиқ бола сунъий озиқланиши, 30% га яқин болаларни касалликка чалиниш сабабини эса она кукрагига кеч қўйилганлиги билан изоҳлайди. У.Е.Панконеси маълумотига кўра, онаси ташлаб кетган деярли 100% болалар атипик дерматит билан азият чекади. Ю.М.Сааринен 17-йиллик тадқиқоти натижаларига кўра фақат она сути орқали мунтазам 6 ой давомида болани овқатлантириш атопик дерматит ҳолатларини кескин камайиши кузатилади. Н.Пезешкиан тери касалликларини келтириб чиқарувчи энг асосий омил сифатида онанинг совуққонлигини устун келишида, деб ҳисоблайди. Spitz илмий изланишлари натижаларига асосланиб, ушбу касалликнинг муҳим иккита омилларини фарқлайди. 1 - омил. она шахси структурасида инфантиллик мавжудлиги, уни болага нисбатан адоватини намоён қилади. Бундай она ҳадикли ниқоб остида болани истар истамас парвариш қилади, у билан тана алоқаларидан мунтазам ўзини тияди. Бола томонидан эса тери орқали психологик конфликтларни идрок этади ва унга жавобан юқори тери реакциясига мойилликни намоён қилади. 2 – омил. онанинг икки феълли хулқ-атвори, яъни болага бўлган муносабати унинг ички установка ва хатти-ҳаракатларига мос келмаслиги оқибатида юзага келади.

Хулоса. Болаларда атопик дерматит касаллигининг психологик сабабларини аниқлаш ва уларни коррекция қилишга мўлчалланган методикалардан фойдаланиш касалликни даволашда ижобий самара беради.

**ОЦЕНКА ОКСИДАНТНОГО И АНТИОКСИДАНТНОГО СТАТУСА
В РАННИЙ ПЕРИОД РАЗВИТИЯ ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ**

Собиров Э.Ж.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Введение. Известно, что формирование перитонита зачастую сопровождается интенсификацией процессов свободно-радикального окисления, напряжением антиоксидантной системы.

Целью исследования явилось изучение и анализ динамики параметров оксидантной и антиоксидантной защиты в ранний послеоперационный период перитонита у детей.

Материалы и методы. Обследовано 44 ребенка (13-17 лет), из которых 34 поступили с перитонитом при благоприятном исходе (10 в реактивной стадии, 24 в токсической стадии) и 10 пациентов с неблагоприятным исходом заболевания. В 31,8% наблюдений причиной перитонита был аппендицит, в 22,7% - повреждения полых органов брюшной полости, в 39,2% - как послеоперационное осложнение. По характеру выпота в брюшную полость и состоянию желудочно-кишечного тракта в 40,9% (18 детей) зарегистрирован серозно-фибринозный перитонит; в 18,2% случаев – разлитой гнойный перитонит; в 9,1% - ферментативный и серозный перитонит; в 9,2% - местный серозно-фибринозный и диффузно-геморрагический перитонит. Для выявления оксидантного и антиоксидантного статуса изучали сыворотку крови, общую оксидантную (ООА) и антиоксидантную (ОАА) активность; уровень тиобарбитуровой кислоты (ТБК).

Результаты и обсуждение. Исследования выраженности нарушений динамики клинико-лабораторных показателей и параметров ООА и ОАА позволили выявить манифестирующие биохимические звенья развития интоксикации в ранний послеоперационный период. Достоверные различия были установлены у детей с реактивной стадией перитонита на 1 сутки наблюдений; снижение активности каталазы (42%) и ОАА эритроцитов на 21%; возрастание уровня ОАА сыворотки крови (на 34%) и ООА на 24%. Концентрация ТБК возрасла в 2 раза.

У детей с клинической картиной 1 суток реактивной стадии перитонита показатели выявили увеличение количества нейтрофилов (19%), снижение

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

лимфоцитов (10%), ОАА уменьшилась на 37%. На 3 сутки наблюдений в данной группе отмечено снижение концентрации гемоглобина, уровня гематокрита, в 1,5 раза – лейкоцитов, в 1,4 раза – эритроцитов, на 1,4 раза – ОАА.

При неблагоприятном исходе (10 детей) заболевания, по сравнению с выжившими больными токсической стадией перитонита, на 1 сутки после операции ОАА в сыворотке крови была меньше на 9%, ООА – на 17%, на 3-5 сутки наблюдений диапазоны значений этих параметров становятся приближенными. Концентрация гемоглобина и уровень гематокрита при летальном исходе были меньше на 16% и на 8% соответственно, чем у больных токсической стадией перитонита. Количество палочкоядерных нейтрофилов увеличивалось на 1 сутки после операции до 22%, на 3 сутки этот показатель составил 18% (у выживших- 12%).

Выводы. У больных разлитым перитонитом прогностическим комплексом нарушений оксидантного статуса крови могут служить уровень общей оксидантной активности крови и концентрация ТБК активных продуктов в сыворотке крови.

АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ТЕЛА ШКОЛЬНИКОВ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ 1 СТЕПЕНИ.

*Солиева М., Хакимов Ш.К., Инакова Б.Б., Нурутдинова Г.Т.
Андижанский государственный медицинский институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Одним из распространенных состояний у детей, вызванных дефицитом железа (ДЖ), можно считать железодефицитную анемию (ЖДА). Данная проблема является наиболее актуальной в регионах СНГ, где широко распространены заболевания дыхательной и желудочно-кишечных систем, которые усугубляют ДЖ и способствуют манифестации ЖДА.

Школьный возраст является наиболее уязвимым периодом жизни, в связи с концентрацией факторов, приводящих к ЖДА.

Цель исследования. Изучить особенности длиннотных размеров тела школьников в возрасте 6-7 лет с железодефицитной анемией I степени (ЖДА).

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

Материалы и методы исследования. Обследованы 62 школьников в возрасте 6-7 лет (32 мальчиков и 30 девочек) с ЖДА I степени. Среди обследованных применялись антропометрические исследования длиннотных размеров. длина тела, туловища, рук, плеча, предплечья, кисти, ноги, бедра, голени, стопы, верхнего и нижнего сегмента тела на уровне пупка.

Результат исследования и их обсуждения. Признаки ЖДА у обследованных школьников характеризовались снижением уровня НВ ($95,4 \pm 1,73$ г/л против $110,6 \pm 0,28$ г/л.), эозинофилов ($3,62 \pm 0,06 * 10^{12}$, против $4,04 \pm 0,04 * 10^{12}$), снижение уровня сывороточного железа ($10,6 \pm 0,48$ ммоль/л. против $15,7 \pm 0,51$ ммоль/л, $P < 0,01 - 0,01$).

Результаты исследования длиннотных размеров тела показывают, что у школьников с ЖДА I степени в отличие от таковых контрольной группы соответственно уменьшены длина тела ($119,2 \pm 1,66$ см против $125,9 \pm 0,64$ см $P < 0,01$), длина рук ($89,2 \pm 1,41$ против $54,6 \pm 0,75$ см $P < 0,01$), длина кисти ($10,5 \pm 0,15$ против $12,8 \pm 0,22$ см, $P < 0,01$), длина ноги ($62,8 \pm 2,06$ против $73,9 \pm 0,64$ см $P < 0,01$), длина нижнего сегмента ($71,4 \pm 0,98$ против $77,7 \pm 0,77$ см $P < 0,01$). увеличение длины туловища ($34,6 \pm 2,16$ против $26,2 \pm 0,52$ см $P < 0,01$).

Длиннотные размеры тела девочек ЖДА I степени были идентичными как у мальчиков, т.е. отставание длины рук, длины кистей, ног ($P < 0,05 - P < 0,001$) увеличение длины туловища ($P < 0,001$). Однако в отличие от мальчиков у девочек с ЖДА отмечается снижение значение верхних сегментов ($46,7 \pm 0,73$ против $53,2 \pm 0,43$ см $P < 0,01$) и увеличение нижнего сегмента ($72,9 \pm 0,64$ против $67,7 \pm 1,19$ см $P < 0,001$).

Следовательно, у школьников с ЖДА I степени отмечается различие в длиннотных размерах тела, характеризующиеся уменьшением длины, что будет способствовать их отставанию от своих сверстников.

**АКТУАЛЬНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И
ПРОФИЛАКТИКИ ФАКТОРОВ РИСКА ПОЛИПАТИЙ СРЕДИ ВИЧ-
ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ БЕРЕМЕННЫХ**

Солиева Р., Юлдашева О.С.

*Андижанский Государственный Медицинский Институт, г.Ташкент,
Узбекистан*

Убедительными научными фактами доказано, что заболеваемость ВИЧ-инфекцией продолжает расти во всех странах, а отсутствие научных профилактических подходов и эффективных способов лечения не позволяет ожидать снижения или стабилизации этого заболевания в ближайшем будущем.

На основании публикаций в периодической печати, становится очевидным, что в настоящее время все больше изучение данной проблемы направленно на проблемы распространенности и пути передачи ВИЧ-инфекции в том числе и у беременных.

Выше изложенное требует новых подходов к вопросу противодействия распространению ВИЧ. В свете этого понятие «противодействие распространению ВИЧ-инфекции» является по содержанию более широким понятием чем – «профилактика ВИЧ-инфекции» и вбирает в себя такие аспекты как профилактика, диагностика и лечение заболевания.

В связи с этим ведется поиск ведущих факторов риска, дающих возможность профилактики патологического процесса на уровне популяции - популяции беременных. Как показывает анализ литературы посвященной данной патологии, наименьше изученным вопросом является изучение сочетанного течения ВИЧ-инфекции среди данной популяции (Фаучи Э., Лэйн К., 2012; Pataleo G. et al., 2015; Whafen C. et al., 2015; Samson M. et al., 2013) и в особенности при тех случаях когда у данной категории больных имеет место полиорганная недостаточность или же соматический статус усугубляется течением 2-х, а то и более неинфекционных заболеваний (полипатий) (Шамурова Ю.Ю., 2011; Салахидинов З.С., 2011; Саипова М.Л., 2012). На сегодняшний день эпидемиологическое изучение полипатий у различных популяций является весьма актуальным и тоже время недостаточно освещенным в литературе разделом современной медицинской науки (Беленков Н.Н., 2013; Блужас Й., 2013). Известные публикации посвященной данной патологии рассматриваются отдельные стороны сочетанных соматических заболеваний и в основном – у взрослого населения (Воробьев И.А., 2013;

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

Мамутов Р.Ш., 2013). Очень мало публикаций посвященных изучению эпидемиологии и профилактики факторов риска полипатий среди.

Таким образом, существует необходимость изучения распространенности полипатий ВИЧ-инфицированной популяции беременных, а так же совершенствования профилактики данной болезни в этой сфере, поэтому актуальность данного вопроса не вызывает сомнения, так как эпидемиологическое выявление факторов риска неинфекционных заболеваний в сочетании с традиционными у популяции ВИЧ-инфицированных беременных способствуют решению приоритетных задач современной науки, то есть способствуют разработки цельных программ и алгоритмов раннего прогнозирования соматического статуса у беременных на фоне СПИДа.

Следовательно, популяционные данные, направленные вопросам разработки новых технологий профилактики у беременных на фоне СПИДа, в настоящее время представляют исключительно прямой интерес для практического здравоохранения, что явилось целью нашего дальнейшего исследования и изучение данной патологии.

ОБОСНОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫХ ПАТОЛОГИЙ СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Солиева Р.Б., Юлдашева О.С.

*Андижанский Государственный Медицинский Институт, г.Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. В настоящее время актуальность изучения ВИЧ-инфекции обусловлено тем, что она отрицательно влияет не только на систему здравоохранения, но и на экономику стран, нанося ущерб здоровью трудоспособной части населения - огромными затратами по обязательствам социальной защиты.

Неоспорим тот факт, что диагностика ВИЧ-инфекции осуществляется в основном по обращаемости, или же вследствие малосимптомного или атипичного течения соматического заболевания, а у женщин детородного возраста вследствие обострения экстрагенитальных заболеваний.

Цель и задачи исследования. В связи с вышеизложенными постулатами, цель нашего исследования предопределена необходимостью совершенствования

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

программ и алгоритмов ранней профилактики и прогнозирования соматического статуса у беременных с экстрагенитальных патологий на фоне ВИЧ-инфекции, что предопределяет решение следующих задач.

1. Изучение распространенности основных факторов риска экстрагенитальных заболеваний среди ВИЧ-инфицированных беременных.

2. Усовершенствование алгоритма раннего выявления и коррекции факторов риска и на этом основании профилактики экстрагенитальных заболеваний у данной категории ВИЧ-инфицированных.

Материалы и методы исследования. В группу обследованных были включены ВИЧ-инфицированные беременные находящиеся на учете, а также впервые выявленные.

Диагностика ВИЧ-инфекции была осуществлена по специфическим и экспресс тестам, изучением иммуноблот и метода полимеразной цепной реакции, а также проведения неспецифических методов.

Комплексное обследование, предполагало подтверждение диагноза экстрагенитальной патологии, и включавших проведения клинико-лабораторных исследований, проведенных по общепринятым методикам, применяемые в клинических и биохимических лабораториях стационаров.

Нами разработаны алгоритмы раннего выявления экстрагенитальных заболеваний у ВИЧ инфицированных женщин и разработан обследования включающие.

- 1) Сбор анамнеза
- 2) общий осмотр
- 3) инструментальные методы исследования. ЭКГ, ультразвуковые.
- 4) общеклинические исследования (кровь, моча, мазок)
- 5) биохимический анализ крови (сахар, холестерин, креатинин, мочевины, АЛТ, АСТ, билирубин, остаточный азот, мазок крови)
- 6) посев мокроты
- 7) мазок из носоглотки

Результаты и выводы. На основании полученных результатов, нами установлены популяционные закономерности экстрагенитальных заболеваний у ВИЧ-инфицированных беременных, что позволило разработать алгоритм раннего выявления и коррекции факторов риска развития и профилактики экстрагенитальных заболеваний у данной категории больных.

**ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С
ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ И ВОПРОСЫ
ОПТИМИЗАЦИИ ТЕРАПИИ**

Солихзода А.А., Максудова Х.Н.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность работы. Эпилепсия - одно из самых распространённых неврологических заболеваний человека, проявляющееся в предрасположенности организма к внезапному возникновению судорожных приступов. Когнитивные нарушения при эпилепсии – важная проблема неврологии. К наиболее частым проявлениям когнитивной дисфункции при эпилепсии относятся депрессия, нарушения памяти, внимания и брадифрения в межприступном периоде. «Трудноизлечимыми», «резистентными», «некурабельными» (intractable) эпилепсиями называют заболевания, при которых тяжесть и частота припадков, неврологические и психические сопутствующие симптомы или побочные действия ПЭП не поддаются удовлетворительной коррекции и не приемлемы для больного.

Цель исследования. Изучение особенностей когнитивных нарушений у больных с фармакорезистентной эпилепсией с оптимизацией терапии.

Материал и методы исследования.

Обследованы 20 больных с фармакорезистентной эпилепсией. Возраст больных от 22 до 46 лет, 13 (65%) мужчин, 7 женщин (35%). Всем больным проведено тщательное клиничко-неврологическое обследование, ЭЭГ, исследование памяти по методу Лурия, исследование внимания по тесту Шульте. Больные разделены на две группы.

1. Больные, которые проводилось нейропротективное лечение на фоне базисной терапии.
2. Больные, которые получали только базисное лечение.

Результаты и обсуждение. В результате обследования неврологического статуса было выявлено, что у 12 (60%) больных с фармакорезистентной эпилепсией имеется рассеянная неврологическая симптоматика в виде анизорефлексии, неустойчивость в позе Ромберга, тремор вытянутых рук. У остальных 8 (40%) неврологический статус без патологий. У всех больных на

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

ЭЭГ выявлена патологическая активность (Спайки , Островолновая активность, комплекс острая волна-медленная волна)

При исследовании памяти по методу Лурия выявлено заметное снижение памяти. 18 (90%) больных при просьбе повторить услышанные 10 слов через 5 мин. не смогли повторить 5 слов, а через 10 мин. 3 слова.

При исследовании внимания по тесту Шульте у всех больных выявлено снижение внимание.

12 (60%) больным (1 группа) проведено на фоне базисной терапии лечение кортексином (2,0 в/м с новокаином 2,0 №10). 8 (40%) больных получили базисную противоэпилептическую терапию. При исследовании всех больных после лечения отмечалась некоторое уменьшение выраженности неврологической симптоматики у больных 1 группы. У 2 группы изменений не отмечалась. На ЭЭГ явных изменений в обеих группах не было.

у больных 1 группы Выявлено значительное улучшение когнитивных функций в виде заметного увеличения количества слов при повторении по методу Лурия. По тесту Шульте в первой группе отмечалась улучшение показателей, а во второй группе улучшение не отмечалась

Выводы. 1. У больных с фармакорезистентной эпилепсией отмечаются рассеянная неврологическая симптоматика с заметным нарушением когнитивных функций.

2. Включение нейропротективного препарата кортексин в терапию фармакорезистентной эпилепсии улучшает неврологический статус и когнитивные нарушения.

РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА

Сон И.Л., Баженова Т.Ф., Болтаева Н.Н.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. До настоящего времени одной из актуальных проблем современной онкологии остается лечение больных раком анального канала. Несмотря на доступность анального канала для визуального и инструментального осмотра судить о протяженности процесса, отношения опухоли к соседним органам и наличия затеков при запущенных процессах является трудноразрешимой проблемой. Традиционная методика рентгенологического исследования прямой кишки стандартными наконечниками бывает затруднительной вследствие резкого сужения и болезненности манипуляций в зоне опухоли, и зачастую оказывается малоинформативной.

Цель работы. Улучшить диагностику рака анального канала с применением усовершенствованной техники анопроктографии.

Материал и методы. Выполнены ано-проктографии у 42 больных с опухолями анального канала при помощи obturator собственной модификации (Ососков А.В.; патент №FAP 00293). В ходе исследований определялась протяженность опухоли, состояние стенок анального канала (бугристость, ригидность), наличие затеков контраста за пределы кишечника (при распаде опухоли).

Результаты и обсуждение. Пациентам, которым было проведено данное исследование, исчерпывающую информацию о состоянии опухоли удалось получить у 34 (80,9%) больных, что говорит о высокой разрешающей способности этого метода. Среди обследуемых рак анального канала преобладал у женщин 33 (78,6%) чем у мужчин 9 (21,4%). Из них, протяженность опухоли от 2 до 5 см было у 8 (19%), более 5 см без затека контраста у 20 (47,6%) и у 14 (33,3%) больных был затек контраста за пределы кишечной трубки. После проведения противовоспалительных мероприятий и дренирования затеков, этим больным удалось выполнить радикальные или условно-радикальные операции по поводу рака анального канала.

Выводы. Проведение предложенного метода исследования не требует дополнительного, порой дорогостоящего оборудования. Наличие obturаторов

оригинальной конструкции и квалификация рентгенолога позволяет наладить диагностику данной локализации опухоли и этим самым улучшить результаты лечения рака анального канала.

ВЛИЯНИЕ ВСКАРМЛИВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ НА ДЛИТЕЛЬНОСТЬ НЕОНАТАЛЬНЫХ ЖЕЛТУХ.

Сулейманова Л.И., Исмаилова М.А.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Неонатальные желтухи являются часто встречающимся синдромом периода новорожденности. В период неонатальной адаптации желтуха выявляется у 50-60% доношенных и у 70-90% недоношенных детей.

Цель исследования. Провести анализ эффективности снижения уровня общего билирубина сыворотки крови (ОБС) в зависимости от сроков прикладывания к груди при неонатальных желтухах.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 42 клинических случаев желтух новорожденных. Все новорожденные разделены на две группы. 1-ую составили 15 детей с физиологической желтухой (ФЖ) и во 2-ую включены 27 детей с затяжной желтухой (ЗЖ). Проводились мониторинг вскармливания детей и клиничко-лабораторное обследование. биохимия крови, определение ОБС и его фракций в плазме крови, ферменты печени АЛТ, АСТ. В наших исследованиях раннее прикладывание к груди в первый день жизни имело место у 25 (59,5%) новорожденных, из них в родзале были приложены 6 (24%) детей с ФЖ и 19 (76%) детей с ЗЖ. Остальные дети (40,5 %) прикладывались к груди в более поздние сроки по причинам недоношенности и оперативного родоразрешения. Поздние сроки прикладывания к груди у НД составляли от 2-го до 25 дня жизни. Отмечено, что дети, приложенные к груди со 2 недели жизни (на 8-й день жизни и позже) наблюдались только в группе детей ЗЖ.

Результаты. Анализ уровней снижения ОБС в группе с ФЖ показал, что при раннем прикладывании к груди – в родзале средний уровень ОБС на 3-5 сутки достигал $184 \pm 32,4$ мкмоль/л и достоверно снизился до $70,3 \pm 15,2$ мкмоль/л к 10 дню жизни ($p < 0,001$), что составило 61 % снижения от первичного уровня

ОБС. У детей этой же группы приложенных к груди со 2-го до 7-го дня жизни первичный средний уровень ОБС составил $192,67 \pm 17,6$ мкмоль/л и достоверно снизился до $84,16 \pm 10,7$ мкмоль/л ($p < 0,001$). В группе детей с ЗЖ первичный уровень ОБС составил $191,53 \pm 10,2$ мкмоль/л и к 10-му дню жизни он снизился до $118,2 \pm 8,3$ мкмоль/л, то есть у этих детей отмечалось достоверно замедленное снижение относительно детей 1 группы ($p < 0,05$). У новорожденных с ЗЖ при раннем прикладывании, снижение ОБС до $90 \pm 5,1$ мкмоль/л наблюдалось только к 18-му дню жизни. Новорожденные группы сравнения, приложенные к груди на 2-7 дни жизни, характеризовались повышенным начальным образованием уровня ОБС $174,4 \pm 12,2$ мкмоль/л. К 10-му дню жизни их уровень ОБС оставался высоким $139,36 \pm 3,1$ мкмоль/л и только к моменту выписки, позже 18 дня, уровень ОБС снизился до $100,78 \pm 2,5$ мкмоль/л. Тогда как, у 12 % новорожденные с ЗЖ, приложенных к груди после 8-го дня жизни, показатель начального образования билирубина был «максимально высоким уровнем, с риском поражения мозга» $289 \pm 12,8$ мкмоль/л. К 10-му дню жизни ОБС оставался высоким $221,4 \pm 6,4$ мкмоль/л, отмечалась низкая эффективность снижения и сохранялась опасность по поражению мозга. К моменту выписки к 39 дню жизни ОБС снизился до $121,4 \pm 3,2$ мкмоль/л, то есть достоверно выше норм утилизации неконъюгированного билирубина.

Выводы. Таким образом, сравнительный анализ снижения уровня ОБС в зависимости от сроков прикладывания к груди показал, что раннее прикладывание к груди достоверно эффективно снижает уровень ОБС при неонатальных желтухах, особенно при ФЖ. Умеренная или низкая эффективность снижения ОБС к 10 дню жизни может расцениваться, как прогностический признак затяжного течения.

**МУЛЬТИМОДАЛЬНОСТЬ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПОСЛЕ
БРЮШНОПОЛОСТНЫХ ОПЕРАЦИЯХ У НОВОРОЖДЕННЫХ**

Таганова Г.А.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Непрерывная или неоднократная боль у 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 изменением в ЦНС.

Цель исследования. Изучение уровня анальгезии при использовании мультимодального принципа в послеоперационном периоде при брюшнополостных операциях у новорожденных.

Материалы и методы. Исследование проведено у 48 новорожденных в послеоперационном периоде хирургических операций. Пациенты разделены на 3 группы. 1 – группа (20) - в п\о периоде проводится обезболивание фентанила (0,5 мкг/кг/час) и сибазоном (0,3 мг/кг); 2- группа (20) - в п\о периоде обезболивание проводится фентанила (0,5 мкг/кг/час) и натрия оксibuтират (30-50 мг/кг); 3- группа (8) - в п\о периоде будет проводиться обезболивание 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., центрального венозного давления (ЦВД), объем 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

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

сочетании с другими анальгетическими средствами в 93,5% случаев стабилизирует функцию почек после интраоперационной кровопотери и наблюдалось адекватная анальгезия. У 68,3% детей при обезболивании фентанила с сибазоном методом мультимодальной анальгезии предотвращает психомоторные возбуждения в постоперационном 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 обезбоживание инфузией фентанила предпочтительно использовать у новорожденных детей на ИВЛ, в виду выраженного угнетения дыхания и седативный эффект у этого препарата, и отмену фентанила проводить за 20-24 часа до окончательного перевода ребенка на самостоятельное дыхание.

Выводы. 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.

ОЦЕНКА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Таджибаева Л., Эгамбердиева Д.А.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) является глобальной проблемой здравоохранения, что связано с устойчивой тенденцией к росту заболеваемости. Наличие эндотелиальной дисфункции, как полагают, является патогенетическим механизмом, лежащим в основе большинства системных

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

проявлений, как патологии дыхательной системы, так и сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель исследования. Оценить состояние эндотелиальной функции и сердечно-сосудистого ремоделирования у больных с бронхиальной астмой.

Материалы и методы. В исследование включены 45 больных в возрасте от 17 до 70 лет. Основную группу составили 35 человека с БА персистирующего течения разной тяжести. Продолжительность заболевания — $9,04 \pm 0,60$ лет. В зависимости от тяжести БА, были выделены 3 группы (GINA, 2016). В 1-ю группу вошли больные с БА легкого персистирующего течения (10 человек.), во 2-ю — среднетяжелого (15), в 3-ю — тяжелого течения (10). Критериями исключения являлись сахарный диабет, сердечная недостаточность 3-й стадии, хроническая болезнь почек. Группу контроля составили здоровые лица (10 человек.) в возрасте от 18 до 66 лет ($40,10 \pm 1,66$ года). Функцию эндотелия оценивали с помощью метода компьютеризированной фотоплетизмографии — ФПГ. Оценивали следующие параметры ФПГ: индекс отражения (ИО, %), индекс жесткости (ИЖ, м/с), показатель функции эндотелия (ПФЭ), клетки дисфункции эндотелия (ДЭ) оценивался по проценту изменения индекса отражения на 3-й минуте в пробе с ишемией верхней конечности (ПФЭиш) и в пробе с ингаляцией сальбутамола в дозе 400 мкг (ПФЭсальб). Оценивали параметры среднего давления (СрДЛА) в легочной артерии, размеры полости и передней стенки правого желудочка (ПС ПЖ). Диастолическую функцию правого (ПЖ) и левого (ЛЖ) желудочков определяли по параметрам транстрикуспидального и трансмитрального потоков на аппарате эхокардиографии (ЭхоКГ).

Результаты. Анализ параметров ФПГ показал достоверно высокое значение индекса жесткости периферических артерий у всех групп больных с БА. ПФЭ в ходе ишемической пробы был достоверно ниже в группе больных по сравнению со здоровыми лицами; аналогичное снижение ПФЭ в пробе с сальбутамолом выявлено в группе больных ($p < 0,05$). При повреждении эндотелия в кровотоке появляются клетки дисфункции эндотелия (ДЭ). Количество ДЭ у больных БА было выше, чем у здоровых ($p < 0,05$). В группе больных также установлена взаимосвязь уровня ДЭ и ПФЭиш ($r = -0,66$; $p < 0,05$), а также ДЭ с ПФЭ сальбутамолом ($r = -0,65$; $p < 0,001$). По данным ЭхоКГ, у больных с БА был выявлен достоверно высокий уровень СрДЛА. Обнаружилось выраженное повышение СрДЛА в 3-й группе, превышавшее СрДЛА у пациентов 1 и 2-й групп ($p < 0,05$). Диаметр легочной артерии (ДЛА) в группах больных БА был достоверно больше, чем у здоровых.

Выводы. Снижение реактивности периферических сосудов у больных БА подтверждает мнение, что гипоксия, сопровождается повреждением функции сосудистого эндотелия. Ремоделирование стенки бронхов с частичной обратимостью обструкции сочеталось с повреждающим действием гипоксии на сосудистый эндотелий.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ВИЧ ИНФЕКЦИЕЙ

Таджиева Н.А., Мухамедова Н.С.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность темы. Профилактика ВИЧ инфекции и работа с ВИЧ инфицированными является одним из важнейших разделов работы семейных поликлиник, сельских врачебных пунктов и медицинской общественности в целом. В 2008 году в Узбекистане выявлено 3404 ВИЧ-позитивных, на 1 января 2014 года в Республике было 12816 человек, зараженных вирусом иммунодефицита человека (Н.Атабеков). Распространенность ВИЧ по полу. женщины 38,7%, мужчины 61,3 %.

Цель и задачи исследования. Изучение профилактических мероприятий для больных детей, страдающих ВИЧ инфекцией.

Научная новизна исследования. Обоснование профилактических мероприятий для больных детей, страдающих ВИЧ инфекцией.

Методика исследования санитарно–эпидемиологические, социологические методы исследования, статистические расчёты и анализы.

Собственные исследования. Исследованием изучены мероприятия по противодействию распространения ВИЧ инфекции на страновом уровне. Из числа лиц группы риска развития ВИЧ инфекции - дети, родившиеся от матерей, инфицированных ВИЧ. В стране по сравнению с 2011 годом ВИЧ-инфекция среди детей до 3 лет уменьшилась почти в два раза, среди детей 4-6 лет — также почти в два раза, несколько увеличился показатель среди подростков 14-16 лет, что связано с большим охватом тестирования и увеличением выявляемости. В последнее время происходит уменьшение парентерального пути передачи (через кровь), доля которого 5-7 лет назад была

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

равна почти 80%. Самый маленький процент занимает вертикальный путь передачи ВИЧ-инфекции (от матери ребенку) — 3,6%, около 12% составляет неизвестный путь передачи. Большая роль отводится профилактической работе. С 2003 года проводится обследование новобрачных на ВИЧ инфекцию, с 2009 года на ВИЧ тестируются беременные женщины, что является профилактикой вертикальной передачи. Важнейшим моментом является осведомленность населения в вопросах профилактики заболевания и особенностей данной инфекции. Если в 2005 году информированность молодежи и в целом населения по данным вопросам составила всего 32%, то на сегодняшний день этот показатель равен 75%. В 2011 году тестированием на наличие ВИЧ было охвачено 1,8 миллиона человек, что в полтора-два раза больше, чем в 2007 году.

Вывод. Исследованием изучена и обоснована организация мероприятий для больных детей, страдающих ВИЧ инфекцией. Отмечена роль первичного звена здравоохранения в предупреждении развития ВИЧ/СПИД инфекции, Проведен анализ статистических показателей, изучены мероприятия по санитарно-просветительной работы среди населения.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА (ЮИА) У ДЕТЕЙ

Тангибаева Ю.Ш., Абдуразакова З.К.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность исследования. Ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) — артрит неустановленной причины, длительностью более 6 нед, развивающийся у детей в возрасте до 16 лет, при исключении другой патологии суставов (по классификации International League of Associations for Rheumatology, ILAR).

Ювенильный идиопатический артрит — одно из наиболее частых и самых инвалидизирующих ревматических заболеваний, встречающихся у детей. Заболеваемость ЮИА составляет 2–16 на 100 000 детского населения в возрасте до 16 лет. Распространенность ЮИА в разных странах колеблется от

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

0,05 до 0,6%. Чаше болеют девочки. (И.М. Воронцов, 2001; Е.И. Алексеева, 2007; E.J. Brewer, 1982; J.T. Cassidy, 2005).

Целью исследования явилось изучение клинических и рентгенологических признаков при диагностике ЮИА у детей.

Результаты исследования. Обследовано 32 детей, больных ювенильным идиопатическим артритом. Исследование проводилось в кардиоревматологическом отделении клиники ТашПМИ. Период наблюдения составил от 6 месяцев до 3 лет. В соответствии с критериями классификации ЮИА (ILAR, 2001) были выделены 3 группы больных в зависимости от варианта дебюта заболевания. системный, олигоартикулярный и полиартикулярный (13, 11 и 8 человек соответственно). Возраст больных детей составил от 8 ± 5 лет. Ювенильный идиопатический артрит чаще встречался у девочек- 81%, чем у мальчиков -19%. Среди них преобладали дети среднего и старшего школьного возраста.

Проспективное наблюдение за нашими пациентами с ЮИА на ранних сроках показало, что в первые годы болезни небольшое преобладание пациентов с олигоартритом сохранилось, однако с течением времени у 43% больных отмечалось количественное прогрессирование, и ЮИА полиартикулярный вариант стал доминирующим.

Из всех обследованных нами больных детей с ЮИА, рентгенологические изменения в суставах у 58% пациентов характеризовались умеренно выраженным эпифизарным остеопорозом, что соответствует I рентгенологической стадии, в 32% случаев определена II, а в 9% - III рентгенологическая стадия. Лишь у 1 (2,6%) больного с полиартикулярным поражением суставов при рентгенологическом исследовании отмечалось формирование фиброзного анкилоза, что соответствует IV стадии.

Таким образом, у больных с системным и полиартикулярным вариантами ЮИА наиболее вероятным было формирование III и IV рентгенологической стадий ЮИА у которых отмечались формирование фиброзного анкилоза.

**РОЛЬ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ
ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ
ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ**

Тангибаева Ю.Ш., Абдуразакова З.К.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность исследования. Ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) остается одной из актуальных проблем современной детской ревматологии и педиатрии в целом, поскольку является наиболее распространенной патологией среди воспалительных ревматических заболеваний детского возраста. Возникновение патологического процесса при ЮИА связывают с участием множества наследственных (внутренних) и средовых (внешних) факторов в сложном их взаимодействии (Жолобова Е.С. 2005;).

Ювенильный идиопатический артрит — одно из наиболее частых и самых инвалидизирующих ревматических заболеваний, встречающихся у детей. Заболеваемость ЮИА составляет 2–16 на 100 000 детского населения в возрасте до 16 лет. Распространенность ЮИА в разных странах колеблется от 0,05 до 0,6%. Чаще болеют девочки. (И.М. Воронцов, 2001; Е.И. Алексеева, 2007; Е.Ј. Brewer, 1982; J.T. Cassidy, 2005).

Целью исследования явилось изучение роли наследственных факторов при формировании патологического процесса у детей с ювенильным идиопатическим артритом.

Результаты исследования. Обследовано 32 детей, больных ювенильным идиопатическим артритом. Исследование проводилось в кардиоревматологическом отделении клиники ТашПМИ. Период наблюдения составил от 6 месяцев до 3 лет. В соответствии с критериями классификации ЮИА (ILAR, 2001) были выделены 3 группы больных в зависимости от варианта дебюта заболевания. системный, олигоартикулярный и полиартикулярный (18, 12 и 8 человек соответственно).

Возраст больных детей составил от 8 ± 5 лет. Ювенильный идиопатический артрит чаще встречался у девочек- 81%, чем у мальчиков -19%. Среди них преобладали дети среднего и старшего школьного возраста.

Все больные были обследованы по общепринятой в клинике схеме, включающей сбор анамнеза, в том числе генеалогический (особенно по заболеваниям ревматической природы), оценку объективного статуса, клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования.

В нашем исследовании при анализе данных семейного анамнеза установлено, что в 46% случаев у обследованных нами детей, страдающих ЮИА, выявлена семейная отягощенность по развитию заболеваний ревматической природы (РА, ревматическая болезнь сердца, деформирующий остеоартроз, болезнь Бехтерева и др.; $p < 0,01$). Кроме этого у детей с ЮИА достоверно чаще ($p < 0,05$), чем в группе контроля, в генеалогическом анамнезе встречались различные заболевания, имеющие отношение к иммунопатологии. онкологические у (37%), эндокринные у (25%), аллергические у (19%) пациентов.

Таким образом, К факторам риска, способствующим возникновению ювенильного идиопатического артрита, можно отнести. отягощенность семейного анамнеза по ревматическим болезням и болезням имеющие отношение к иммунопатологии, это онкологические, эндокринные и аллергические заболевания.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ВВЕДЕНИЯ МЕТОТРЕКСАТА С ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ У ДЕТЕЙ

*Тангибаева Ю.Ш., Абдуразакова З.К., Акбарходжаева М.Р.
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Ювенильный идиопатический артрит — одно из наиболее частых и самых инвалидизирующих ревматических заболеваний, встречающихся у детей. Заболеваемость ЮИА составляет 2–16 на 100 000 детского населения в возрасте до 16 лет. Распространенность ЮИА в разных странах колеблется от 0,05 до 0,6%. Чаще болеют девочки. (И.М. Воронцов, 2001; Е.И. Алексеева, 2007; E.J. Brewer, 1982; J.T. Cassidy, 2005). Современные данные об особенностях цитокиновой регуляции системы иммунитета позволяют совершенствовать базисное лечение ЮИА.

Цель исследования. провести оценку эффективности метотрексата у пациентов с ЮИА при различных способах введения.

Пациенты и методы. Проведен анализ течения суставных форм ЮИА у 17 детей (11 девочек, 6 мальчиков) в возрасте от 3,2–17 лет, находившихся на лечении в кардиоревматологическом отделении клиники ТашПМИ за период с 2013-2016гг. У всех пациентов диагностирован ЮИА с активностью воспалительного процесса в пределах I–II степени, в результате чего им была назначена терапия метотрексатом (15 мг/м²/нед.) и НПВС. На протяжении 6 месяцев 9 пациентов принимали метотрексат перорально (I группа) и 8 парентерально (внутримышечно) (II группа). Результаты. В I и во II группе преобладали девочки (64.7%) с олигоартритом. В целом структура пациентов с ЮРА была представлена следующим образом. олигоартрит — 65%, серонегативный полиартрит — 24%, серопозитивный полиартрит — 11%.

В результате наблюдения выявлена эффективность терапии метотрексатом в виде уменьшения суставного (p 0,03), интоксикационного (p 0,02), гипертермического (p 0,02) синдромов с сопоставимыми показателями в обеих группах. Клиническая динамика сопровождалась тенденцией к нормализации лабораторных показателей и активности воспалительного процесса на фоне введения метотрексата в 77.8% случаев у пациентов I-й группы и в 87.5% случаев во II-й группе. Было отмечено снижение степени гипергаммаглобулинемии (p 0,03) у всех пациентов, получавших метотрексат парентерально, а у детей I-й группы аналогичные показатели улучшились в 75% случаев. Оценивалась переносимость метотрексата с учетом диспептических жалоб. У больных I-й группы в 44% случаев наблюдались тошнота и рвота по сравнению с 6% случаев пациентов II-й группы.

Заключение. Парентеральное введение метотрексата является предпочтительным в связи с более выраженной противовоспалительной активностью и минимальными побочными эффектами.

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ Н–ФОРМЫ АНОРЕКТАЛЬНЫХ
АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ**

Тастанов А.М., Эргашев Н.Ш., Отамуродов Ф.А.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Аноректальные аномалии (АРА) представлены широким спектром нозологических форм. Многие аспекты хирургического лечения Н-форм свищей при нормально сформированном анусе остаются дискуссионными, поскольку в литературах освещены недостаточно.

Цель работы. улучшение результатов хирургической коррекции Н–формы свищей при нормально сформированном анусе у детей.

Материал и методы. В клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии с курсом онкологии ТашПМИ в 2004-2016 г. находились на обследовании и лечении 432 детей в возрасте от 1 дня до 15 лет с АРА; из них 20 (4,6%) составили больные с Н-формой (19-девочки, 1-мальчик). Всем больным проводили комплексное обследование, включавшее сбор жалоб, анамнез, клинический осмотр промежности, лабораторную диагностику, рентгенологическое, КТ, УЗИ и морфологическое исследование.

Результаты и их обсуждение. Поводом для обращения родителей больных детей к нам служили прогрессирование явлений вульвовагинита и выделение жидких каловых масс и газа из преддверия влагалища. Основным для установления диагноза был осмотр промежности, наружных половых органов и прямой кишки. У 19 (95,0%) детей анус был сформирован нормально, только у 1 (5,0%) отмечены явления стеноза. У 13 (65,0%) больных при диаметре свищевого хода более 5мм было хорошо заметно место открытия фистулы в преддверье влагалища. У 4 (20,0%) больных при узком свищевом ходе и у 3 (15,0%) с ректовагинальным свищем точно определить локализацию фистулы удалось при помощи пуговчатого зонда, введенного через устье свища со стороны преддверия влагалища или в просвете прямой кишки. У 4 (20,0%) больных локализация соответствовала ановестибулярному Н-типу – «промежностный канал»; у 10 (50,0%) – ректовестибулярному – промежуточная форма; у одной из них при наличии ректовестибулярного сообщения отмечен также параректальный свищ; у 6 (30%) –высокая форма.

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

Всем больным с Н-типом выполнена хирургическая коррекция. 16 (80,0%) детям первичная операция проведена в нашей клинике. 4 (20,0%) поступили с рецидивами после операции инвагинационной экстирпации свища в других стационарах. У 18 (90,0%) больных радикальная коррекция начата без предварительного наложения стомы. У 2 (10,0%) - после наложения двуствольной сигмастомы. Инвагинационная экстирпация по А.И. Лёнюшкину произведена 3 (15,0%) больным, ликвидация свища переднесагитальным доступом - 5 (25,0%). 11 (55,0%) пациенткам повторные операции при рецидивах проведены по адаптированной методике ликвидации свища с низведением передней стенки прямой кишки разработанного нами способа.

Из 16 первично оперированных в нашей клинике больных у 13 (81,25%) послеоперационный период протекал без осложнений. У 3 (18,75%) больных наблюдались осложнения. Двое были с ректовестибулярным свищем, одна – с ректовагинальным соустьем при наличии стеноза прямой кишки наступил рецидив свища. Этим больным проведены инвагинационная экстирпация свища (1) и передняя аноректопластика (2).

Результаты лечения изучены у 17 (85,0%) из 20 оперированных детей в сроки от 1 года до 5 лет после оперативного вмешательства. Хороший результат отмечен у 14 (82,4%), удовлетворительный результат у 2 (11,8%), неудовлетворительный результат у 1 (5,8%).

Заключение. При промежуточных и низких локализациях свища показана одномоментная коррекция. Сравнительно лучшие результаты получены при ликвидации свища с низведением передней стенки прямой кишки. При высоких (ректовагинальных) свищах данный вид операции целесообразен после наложения превентивной двойной сигмастомы.

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РЕДКИХ ФОРМ АНОРЕКТАЛЬНЫХ
АНОМАЛИЙ У ДЕВОЧЕК**

Тастанов А.М., Эргашев Н.Ш., Отамуродов Ф.А.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Аноректальные мальформации (АРМ) разнообразны по клинико-анатомическим формам, требуют консервативного лечения или оперативной коррекции различной сложности.

Цель. выбор оптимального метода хирургической коррекции при редких форм аноректальных аномалий.

Материалы и методы. За период с 2004 по 2016 гг. на клинических базах кафедры детской госпитальной хирургии ТашПМИ находились 57 пациенток с редкими формами АРМ. Из них у-19 (33,3%) с ректовагинальным свищом, у-20 (35,1%) ректовестибулярный свищ при нормально сформированном анусе (Н формой), у-11 (19,3%) эктопия ануса, у-6 (10,5%) с ректальным мешком и у 1 (1,8%) атрезия прямой кишки при нормальном анусе. Возраст пациентов колебался от 1 го дня до 15 лет. Для уточнения анатомической формы аноректальных мальформаций и выявления сопутствующих пороков развития других органов и систем больным проведены комплексные клинические, ультразвуковые и рентгенологические методы исследования.

Результаты и их обсуждение. По международной классификации принятой в Крикенбеке (2005) к редким формам относятся ректовагинальные свищи, Н формы, ректальный мешок, ректальный стеноз или атрезия и другие. По ходу обследования установлено, что при ректовагинальных свищах из 19 больных у 8 (42,1%) пациенток прямая кишка со свищом открывалась в дистальную часть влагалища и выделение кишечного содержимого из нее ошибочно расценена как ректовестибулярный свищ.

При осмотре промежности Н-форм, наружных половых органов, прямой кишки и исследовании пуговчатым зондом устье свища в просвете прямой кишки локализовалось на различных расстояниях. от кожно-слизистого перехода прямой кишки. до зубчатой линии- у 4 (20,0%), на его уровне - у 10 (50,0%), выше - у 6 (30,0%).

Эктопия ануса выявлена у 11 (19,3%) среди региональных форм АРМ у девочек. В наших наблюдениях из 11 пациенток у 10 проведены операции и у 1 ограничили консервативными мероприятиями.

Среди 6 детей с ВРМ у 2 данные соответствовали - IV типу открывавшейся во влагалище, у трех II типу и у одного I тип, имевшему сообщение с мочевым пузырем.

Заключение. Можно отметить, что выбор хирургической тактики при редких формах аноректальных аномалий зависит от анатомической формы порока его индивидуальных особенностей обусловленные строением, локализацией и размером свищевого хода. Наблюдение и лечение данной патологии может осуществляться лишь в специализированных учреждениях, располагающих высоко компетентными кадрами.

КОРОТКОЛАТЕНТНЫЕ СЛУХОВЫЕ ВЫЗВАННЫЕ ПОТЕНЦИАЛЫ (КСВП) В ДИАГНОСТИКЕ ТУГОУХОСТИ ПРИ ИНФЕКЦИОННО- ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Темирова М.К.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Проблема тугоухости и глухоты у детей имеет высокую медицинскую и социальную значимость. Врожденный и рано приобретенный недостаток слуха, даже небольшое его снижение, влечет за собой не только речевые, но и интеллектуальные и социально-психологические нарушения в развитии ребенка [Богданова Т.Г., 2012; Bond D. et al., 2010].

Цель исследования. Определить характерные изменения волн КСВП при инфекционно-воспалительных заболеваниях нервной системы с выявлением факторов риска развития сенсоневральной тугоухости.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 50 детей в возрасте от 0 до 5 лет со слуховыми нарушениями в связи с перенесенным менингитом, находящиеся на стационарном лечении в РСНПМЦ Педиатрии, отделении врожденной и приобретенной ЛОР патологии. Больным проведено клинико-неврологическое обследование и КСВП.

Результаты. При обследовании полная глухота на оба уха отмечалась у 30 детей (60 %), глухота на одно ухо – у 5 (10 %), тугоухость у 15 детей (30 %).

При определении степени нарушения слуха были получены следующие результаты. тугоухость I степени отмечалась у 2 (4,6 %) больных, II степени — у 2 (4,6 %) больных, III степени — у 3 (37,5 %) больных, IV степени — 8 (53,3 %) больных. Следует отметить, что у большинства детей отмечалась рассеянная органическая неврологическая симптоматика, в виде центральной недостаточности VII и XII пар ЧМН, анизорефлексии, оживления сухожильных рефлексов. Все дети в обследованной группе страдали задержкой когнитивной сферы и психоречевого развития.

Регистрация слуховых вызванных потенциалов (СВП) производилась четырехканальным компьютерным аппаратом для вызванных потенциалов мозга «Нейро-МВП». Нами проведен индивидуальный анализ параметров волн КСВП у больных с сенсоневральной тугоухостью при условии отсчета интенсивности стимулирующего сигнала от порога слышимости каждого больного (дБ SL). Характерным для сенсоневральной тугоухости является появление всех комплексов КСВП уже при интенсивности стимула 10 дБ над порогом слышимости обследуемого, затем происходит резкое укорочение латентности всех компонентов КСВП, а при дальнейшем усилении интенсивности время возникновения комплексов укорачивается очень незначительно. Эта динамическая особенность возникновения волн КСВП и придает кривой функции интенсивность/латентность L-образную форму, которая типична для большинства больных с сенсоневральной тугоухостью.

Волны КСВП у обследованных пациентов, имеющих I степень тугоухости составила 25-40 дБ, при II степени тугоухости была в пределах 40-55 дБ, при III степени тугоухости, соответственно- 55-70 дБ, при IV степени тугоухости- 70-90 дБ. Показатели латентности волн КСВП данной группы больных оказались достаточно близкими для того, чтобы провести усреднение полученных данных.

Вывод. Выявление уровня и степени поражения слухового анализатора, а также определение степени тугоухости с определением КСВП позволит наиболее рационально планировать и осуществлять индивидуальные терапевтические и реабилитационные мероприятия у детей со слуховыми нарушениями.

**РОЛЬ ПРИМЕНЕНИЯ ОПТИЧЕСКОЙ КОГЕРЕНТНОЙ
ТОМОГРАФИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ВИТРЕОХОРИОРЕТИНАЛЬНЫХ
ДИСТРОФИЙ У ДЕТЕЙ С МИОПИЧЕСКОЙ РЕФРАКЦИЕЙ**

*Тошпулатов С.О., Туракулова Д.М., Тошмухамедов А.А.
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Периферические витреохориоретинальные дистрофии (ПВХРД) представляют собой патологию у лиц молодого возраста, нередко приводя к разрывам и отслойке сетчатки. По данным различных авторов, на фоне дистрофических изменений, которые в общей популяции обнаруживаются в 5-35% случаев, развивается отслойка сетчатки в 2,8-44% случаев. Раннее выявление наиболее опасных форм периферических дистрофий в развитии регмантогенной отслойки сетчатки может способствовать изучению их морфологии и особенностей течения с помощью оптической когерентной томографии. Оптическая когерентная томография (ОКТ) является одним из современных диагностических методов в офтальмологии, которая позволяет зафиксировать тонкие изменения структуры сетчатки, находящиеся за пределами разрешения других методов исследования и невидимые при рутинном осмотре глазного дна.

Цель. Определить эффективность выявления признаков прогностической опасности периферической витреохореоретинальной дистрофии у детей с миопической рефракцией методами оптической когерентной томографии.

Материал и методы. Нами обследовано 32 ребенка обратившихся в консультативно-диагностическую поликлинику клиники ТашПМИ 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. ОКТ проведено на аппарате Zeiss Cirrus 500HD.

Результаты. Миопия слабой степени была обнаружена у 7 (22%) больных и данные OCT показали, что при этой миопии толщина сетчатки в центре составила в среднем 129мкм., средней степени 15 (47%) толщина в проекции фовеа 208 мкм, в проекции периферии 126 мкм; при миопии высокой

степени у 10 (31%) больных толщина в проекции фовеа составила 185 мкм и в проекции периферии 105 мкм. Адгезия сетчатки при офтальмоскопии и при В сканировании не выявлено. При ОСТ на 23 % глазах выявлено наличие зон адгезии сетчатки задней гиалоидной мембраны по краю зон ПВХРД, которая при дальнейшем приводит появлению витреоретинальных сращений, фиброзных тяжей, псевдокист, что в последствии может привести к регматогенной отслойке сетчатки. Для профилактики отслойки сетчатки всем больным рекомендована профилактическая лазерная коагуляция сетчатки.

Вывод. Таким образом ОСТ исследование при ПВХРД показывает толщину сетчатки, а также зоны адгезии не выявленные при В сканирование. Ранее выявление витреоретинальных сращений, фиброзных тяжей, псевдокист уменьшает риск развития регматогенной отслойки сетчатки.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ДИЛАТАЦИОННЫХ КАРДИОМИОПАТИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Туляганова Н.З., Акбарходжаева М.Р.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность исследования. Согласно определению ВОЗ (1980), дилатационная кардиомиопатия - диффузное заболевание миокарда неизвестной этиологии, характеризующееся расширением всех камер сердца с выраженным нарушением его систолической функции. Отличительными особенностями дилатационной кардиомиопатии являются следующие гемодинамические признаки. дилатация полости левого желудочка, снижение контрактильной способности, увеличение систолического и диастолического объемов. Дилатационная кардиомиопатия может длительное время протекать латентно. Между появлением кардиомегалии и постановкой диагноза может пройти до 8-10 лет, что затрудняет изучение клинического течения этого заболевания. Вопросы терапии этого заболевания изучены недостаточно. По данным Ю.М. Белозерова и М.А. Школьниковой, частота дилатационной кардиомиопатии у детей составляет 5-10 случаев на 100 000 детского населения в год.(2005 г.) При этом болезнь может развиваться в любом возрасте, в том числе у грудных детей.

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

Целью исследования явилось изучить клинические проявления гипермобильности суставов и состояние опорно-двигательного аппарата при гипермобильном синдроме у детей.

Материал и методы исследования. Нами наблюдалось 12 детей с дилатационной кардиомиопатией в возрасте до 3 лет (из них 12 детей в возрасте до 1 года), находившихся на обследовании и лечении в кардиоревматологическом отделении клиники ТашПМИ, за период наблюдения (2014-17гг). План обследования включал проведение электрокардиографии, доплер-эхокардиографии, электроэнцефалографии, реоэнцефалографии, рентгенографии органов грудной клетки.

Результаты исследования. Первыми признаками болезни, заставившими обратиться за медицинской помощью, были одышка (58%), снижение аппетита, похудание или отсутствие прибавки массы (42%), вялость, адинамия (32%), беспокойство (26%), кашель (26%), лихорадка (21%), рвота (10,5%). У 5 детей сердечные нарушения выявлены на фоне пневмонии и обструктивного бронхита.

У 13 (68%) детей найдены нарушения сердечного ритма, отличавшиеся полиморфизмом. Больные получали 3 варианта терапии (только преднизолон, только дигоксин или преднизолон + дигоксин). Эффективность лечения оценивали по следующим критериям. частоте сердечных сокращений до и после лечения, частоте дыхания, состоянию фракции выброса (ФВ) и фракции сократимости (ФС). Анализ полученных результатов свидетельствует, что наиболее оптимальным вариантом лечения дилатационной кардиомиопатии у детей раннего возраста является сочетание кортикостероидов и гликозидов (преднизолон и дигоксина). После завершения основного курса лечения (преднизолон 2 мг/кг в сутки в течение 28 дней и дигоксин) отмечалось значимое снижение частоты сердечных сокращений, уменьшение одышки и увеличение ФВ до 54%, (у 5 из 7 больных). На фоне монотерапии преднизолоном выявлено уменьшение частоты сердечных сокращений. Монотерапия дигоксином приводила к уменьшению тахикардии и одышки, но ФВ и ФС не изменялись.

Таким образом, учитывая нецелесообразность назначения цитостатических препаратов у детей раннего возраста в связи с большим количеством осложнений лечения, более оптимальным в педиатрии представляется применение при дилатационной кардиомиопатии сердечных гликозидов пролонгированного действия в сочетании с кортикостероидными гормонами.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ
РЕКОМЕНДАЦИЙ ISUOG ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ
ДИАГНОСТИКЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ У ПЛОДА В
ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ**

Турсунова Ш.Ш., Мамадалиева Я.М., Болтаева Н.Н.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Врожденная патология плода является одной из актуальных проблем здравоохранения в условиях распространения множества факторов риска, приобретающих повсеместный характер, увеличением числа стрессовых ситуаций, неконтролируемого приема беременными лекарственных препаратов, распространения вредных привычек и инфекционных заболеваний среди населения (Стародубов В.И. и др., 2009; Верзилина И.Н. и др., 2011; Демикова Н.С. и др., 2011; Байбарина Е.Н. и др., 2012; Селютина М.Ю. и др., 2014). По данным различных исследователей, частота рождения детей с ВПР составляет 4-6%, а вклад данной патологии в структуру младенческой смертности – до 35-40% (Сбитнева В.Н. и др., 2010; Демикова Н.С. и др., 2011; Антонов О.В. и др., 2012; Селютина М.Ю. и др., 2014).

Цель. Улучшение пренатальной ультразвуковой диагностики ВПР плода в конце I триместра беременности путём использования практических рекомендаций ISUOG.

Материалы и методы исследования. Была проведена анализ серошкальных УЗИ беременных в конце I триместра беременности и уточняющая диагностика 122 беременных с применением практических рекомендаций ISUOG.

Результаты. Проведенные исследования показали, что применение практической рекомендации ISUOG комплексного подхода ультразвуковой диагностики ВПР изменило и дополнило первичное клинико-ультразвуковое заключение. Установлено, что применения данной методики обладает наибольшей информативностью при выявлении изменений у плода. В комплексной ультразвуковой диагностике ВПР у плода чувствительность составила 88,5 %. С применением практической рекомендаций ISUOG

чувствительность комплексной ультразвуковой диагностики повысилась до 95,5 %.

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. Знание специалистами нормальной эхографической анатомии плода в конце первого триместра беременности, исследование анатомических структур плода последовательно согласно практическим рекомендациям ISUOG позволит своевременно выявлять грубые пороки развития плода, подлежащих прерыванию, определять эхографические маркеры хромосомных аномалий, тем самым повысить эффективность ультразвукового исследования в пренатальной диагностике.

К ОЦЕНКЕ ФАКТОРОВ РИСКА ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Турсунхожаева Н.А., Рахманкулова З.Ж.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК) в структуре перинатальной заболеваемости и смертности занимают одно из важных мест. Однако, до сих пор проблемы диагностики, лечения и профилактики внутрижелудочковых состояний не изучены в достаточной мере. В этой связи, выявление причинных факторов данного патологического состояния во многом может позволить оптимизировать тактику профилактических мероприятий.

Цель. Установить прогностическую ценность перинатальных факторов в развитии внутрижелудочковых кровоизлияний различной степени тяжести у доношенных новорожденных детей.

Материал и методы. Исследования проведены на базе 5-й городской детской больницы г.Ташкента. Обследовано 30 доношенных новорожденных детей с внутрижелудочковыми кровоизлияниями и их матери. Для определения степени тяжести внутрижелудочкового кровоизлияния была проведена нейросонография (НСГ) в режиме реального времени методом

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

чрезродничкового ультразвукового сканирования головного мозга по стандартным сечениям во фронтальной и сагиттальной плоскостях на аппарате Sonoscope 300 специальным микроконвексным датчиком 7,5 Мгц. Проведены клинико-анамнестические исследования.

Результаты исследования. Все новорожденные дети были разделены на 3 группы. 1-я -дети с ВЖК 1 степени (11), 2-я – дети с ВЖК 2 степени (9), 3-я-дети с ВЖК 3-ей степени тяжести (10). Обследованные новорожденные дети родились с гестационным возрастом 38-42 недели. Нами был проведен анализ анамнестических данных. При изучении акушерского анамнеза, было выявлено, что в 1й-группе отягощенный акушерский анамнез выявлялся в 36% случаев, во 2й-группе – в 44,4%, в 3-й группе - в 50,0% случаев. Ранние токсикозы наиболее часто отмечались в 1-й группе - 73%, во 2-й группе они были выявлены у трети матерей - 33%, а в 3-й-группе - в 40,0% случаев. Гестозы в 3-й группе были выявлены более, чем у половины матерей - 50,0%, у матерей 2-й группы - в 11,1% случаев, а в 1-й группе они не встречались. Также, нами было установлено, что угроза прерывания беременности встречалась у матерей в 1-й группе – в 18,0%, во 2-й группе - в 44,4% и в 3-й группе- в 40,0 % случаев. Нами был проведен анализ заболеваемости матерей. Было выявлено, что все матери обследованных детей страдали анемией. В антенатальном периоде у новорожденных детей 1-й группы матери имели анемию 1 степени в 45,0%, 2-й степени – в 27% , 3-й степени – в 27% случаев. Во 2-й группе анемией 1-й степени страдали 55,6%, 2-й степени - 33,3%, 3-й степени - 11% случаев. В 3-й группе анемия 1-й степени выявлялась у 30% матерей, 2-й степени - у 20%, 3-й степени - у 50% женщин. Было выявлено, что среди матерей новорожденных 1-й группы TORCH инфекциями страдали 36% женщин, во 2-й группе- 33,0% и в 3-й группе - 40%. Наиболее часто все обследованные матери заболели острыми респираторными вирусными инфекциями. в 1-й группе - 91%, во 2-й группе- 100%, в 3-й группе - 80,0%.

Выводы. Таким образом, нами установлено, что все матери новорожденных детей с ВЖК страдали анемией, также у подавляющего большинства женщин были выявлены острые респираторные вирусные инфекции и более, чем у трети из них - TORCH инфекции. У новорожденных детей с ВЖК 1 среди факторов риска более всего преобладали ранние токсикозы и анемии 1-й степени. У новорожденных детей с ВЖК 2 степени наиболее значимыми были анемии 1-й степени, отягощенный акушерский анамнез и угрозы прерывания беременности. У новорожденных детей с ВЖК 3

степени наиболее часто выявлялась анемия 3-й степени, отягощенный акушерский анамнез, гестозы и TORCH инфекции.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ HELICOBACTER PYLORI АССОЦИИРОВАННОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Тухсанова Р.С.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность проблемы. Открытие *Helicobacter pylori* (HP) и доказательство его ведущей патогенетической роли в развитии большинства патологических процессов в гастродуоденальной области кардинальным образом изменили подходы как к диагностике, так и к лечению данной группы заболеваний. Распространенность HP ассоциированной гастродуоденальной патологии в Ташкентском регионе составляет у 12,9 % детей школьного возраста. Заболеваемость у детей старшего возраста в 3 раза превышает показатели заболеваемости детей младшего школьного возраста (Пазылова С.А., 2006). Многочисленные исследования последних десятилетий показали, что HP, признаваемый большинством исследователей в качестве этиологического фактора развития хронического гастрита, язвенной болезни и ассоциированной с лимфоидной тканью опухоли MALTомы, может быть причиной заболеваний практически всех органов и систем, т.е. не пищеварительных заболеваний

Цель. Выявить особенности клинической картины *Helicobacter pylori* ассоциированной гастродуоденальной патологии у детей школьного возраста.

Материалы и методы исследования. В основную группу вошли 20 детей с хронической гастродуоденальной патологией ассоциированной HP, находящихся на стационарном лечении в отделении гастроэнтерологии и состоявшихся на диспансерном учете консультативно-диагностической поликлинике РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз; Контрольную группу составили 10 детей с хронической гастродуоденальной патологией, не ассоциированной с HP аналогичного возраста. Диагноз заболеваний верифицировался по характерной клинической картине, результатах ЭГДС, эхографического исследования

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

органов пищеварения, инструментальных исследований. Наличие НР выявлена методом серологического ИФА на сыворотке крови в биохимической лаборатории РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз.

Результаты. Среди причин, приводящих формированию гастродуоденальной патологии в обеих группах детей, нами выделено нарушение режима и нерациональное (в качественном и количественном отношении) питание, увеличение психоэмоциональных нагрузок и стрессов. Одним из кардинальных симптомов хронического гастродуоденита явилось боли в животе которые у мы наблюдали у всех детей обеих групп. Такие симптомы, как потливость, вялость и быстрая утомляемость наблюдалось также у всех детей. Из диспептических симптомов, как тошнота, рвота, горечь во рту чаще визуализировались в первой группе детей 41,7%, а во второй группе у 12,5% случаях. Результаты исследования показали, что из диспептических проявлений отрыжка была характерной для детей основной группы. Существенное место в клинической картине и мелко в основной группе имело место рвота и горечь во рту, головные боли, которые наблюдались у 33,3%. В группе детей с ХГД с ассоциированной НР у каждого 5-го ребенка отмечались голодные, ночные боли, изжога, как симптом повышенной кислотности наблюдалась у 80 % больных, что меньше было выявлено во второй группе детей. В первой группе больных наряду с желудочными симптомами в первой группе больных наблюдались учащение аллергических заболеваний, резистентная к лечению анемия, диффузное увеличение щитовидно железы.

Заключение. Таким образом, при *Helicobacter pylori* ассоциированной гастродуоденальной патологии у детей школьного возраста наряду с желудочными симптомами , часто наблюдается внежелудочные проявления.

**КОМПЛЕКСНАЯ ЭХОГРАФИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ
МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ ПОДМЫШЕЧНОЙ
ЛИМФОАДЕНОПАТИЕЙ**

*Тухтаева Р.З., Мамадалиева Я.С., Давидходжаева А.А.
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Рак молочной железы (РМЖ) - одна из актуальных проблем онкологии, в РМЖ занимает первое место в структуре заболеваемости злокачественными опухолями женского населения и составляет 41,2 на 100000 женского населения. Своевременная диагностика РМЖ остается одной из актуальных проблем онкологии. Необходима оптимизация лучевых методов исследования позволяющих определить распространенность РМЖ, поражение регионарных лимфатических узлов, отдаленных метастазов. Это имеет значение в выборе тактики лечения и увеличения продолжительности жизни женщин с РМЖ. Комплексное УЗ исследование способствует ранней диагностике РМЖ, выявлению типа и степени васкуляризации опухоли. Одним из реальных путей снижения заболеваемости РМЖ является своевременное выявление мастопатии и патологии половых органов, проведение патогенетической терапии этих процессов. Большую роль в морфологической верификации играет стереотаксическая биопсия молочной железы.

Цель. Оптимизация комплексной эхографической диагностики злокачественных образований молочных желез, сопровождающихся подмышечной лимфоаденопатией.

Материалы и методы. Было проведено исследование 60 женщинам со злокачественными поражениями молочных желез. Исследование проводилось на базе Ташкентского областного онкологического диспансера, на ультразвуковом диагностическом аппарате «Mindray» с использованием конвексного и линейного датчиков (5-7,5 МГц). Были проведены комплексные ультразвуковые исследования с применением доплеровского режима. Из 60 обследованных нами женщин со злокачественными поражениями молочных желез, у 5 пациенток этот диагноз был выставлен в возрасте до 40 лет, что составило 8,3% от общего количества обследованных женщин и 55 (91,7%) женщинам старше 40 лет. Из женщин, имеющих злокачественное поражение молочных желез, у 58 (96,6%) были выявлены увеличенные лимфатических узлов в подмышечной области. У всех 58 пациенток с подмышечной

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

лимфаденопатией был собран анамнез, все они были осмотрены и им проведено комплексное ультразвуковое исследование с цветовым доплеровским картированием (ЦДК).

Результаты. При проведении комплексных ультразвуковых исследованиях с ЦДК увеличенных аксиллярных лимфатических узлов при злокачественном поражении молочных желез было выявлено, что незначительное нарушение корково-мозговой дифференциации в лимфатических узлах выявлялась при УЗИ у 10 женщин (16,6%), а ее отсутствие у 5 (8,3%), жировое перерождение лимфатических узлов отмечено у 5 женщин (8,3%), увеличение размеров лимфатических узлов больше 1 см - у 10 (16,6%), а также выявлялось двух стороннее поражение – у 5 (8,3%), четкость контуров увеличенных лимфатических узлов – у 25 (41,6%) женщин.

Выводы. Увеличенные лимфатические узлы с жировым перерождением и с отсутствием корково-мозговой дифференциации наблюдаются при злокачественных новообразованиях молочных желез и метастатическом поражении подмышечных лимфатических узлов.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ЖЕНЩИН СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Юсупалиева Г.А., Тухтаева Р.З.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Ежегодно в мире выявляют более 1 млн. новых случаев рака молочной железы, а к концу 2017 году прогнозируется рост числа заболевших до 1,5 млн. По данным ВОЗ, в последние 20 лет заболеваемость раком молочной железы удвоилась, главным образом, за счет его выявления у лиц молодого и среднего возраста. Широкое применение УЗИ как метода лучевой диагностики патологических изменений в молочных железах обусловлено и тем, что оно может быть проведено, вне зависимости от фазы менструального цикла, особенно, если решается вопрос об очаговой патологии. Кроме того, УЗИ дает возможность динамического наблюдения выявленных изменений без дополнительной лучевой нагрузки на женщину.

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

Цель. Оптимизация комплексной эхографической диагностики злокачественных образований молочных желез, сопровождающихся подмышечной лимфоаденопатией.

Материалы и методы. Было проведено исследование 60 женщинам со злокачественными поражениями молочных желез. Исследование проводилось на базе Ташкентского областного онкологического диспансера, на ультразвуковом диагностическом аппарате «Mindray» с использованием конвексного и линейного датчиков (5-7,5 МГц). Были проведены комплексные ультразвуковые исследования с применением доплеровского режима. Из 60 обследованных нами женщин со злокачественными поражениями молочных желез, у 5 пациенток этот диагноз был выставлен в возрасте до 40 лет, что составило 8,3% от общего количества обследованных женщин и 55 (91,7%) женщинам старше 40 лет. Из женщин, имеющих злокачественное поражение молочных желез, у 58 (96,6%) были выявлены увеличенные лимфатических узлов в подмышечной области. У всех 58 пациенток с подмышечной лимфаденопатией был собран анамнез, все они были осмотрены и им проведено комплексное ультразвуковое исследование с цветовым доплеровским картированием (ЦДК).

Результаты. При проведении комплексных ультразвуковых исследованиях с ЦДК увеличенных аксиллярных лимфатических узлов при злокачественном поражении молочных желез было выявлено, что незначительное нарушение корково-мозговой дифференциации в лимфатических узлах выявлялась при УЗИ у 10 женщин (16,6%), а ее отсутствие у 5 (8,3%), жировое перерождение лимфатических узлов отмечено у 5 женщин (8,3%), увеличение размеров лимфатических узлов больше 1 см - у 10 (16,6%), а также выявлялось двух стороннее поражение – у 5 (8,3%), четкость контуров увеличенных лимфатических узлов – у 25 (41,6%) женщин.

Выводы. При ультразвуковом исследовании метастатически измененные лимфоузлы характеризуются округлой формой, четкими, ровными контурами, нарушением внутренней дифференцировки, локальным утолщением краевого ободка с повышением относительной акустической плотности коркового вещества в сравнении с неизменными участками коркового вещества, отсутствием васкуляризации в зоне метастаза при цветовом и энергетическом доплеровском картировании.

**РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВАРЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С
ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ
ВИДАХ ВСКАРМЛИВАНИЯ**

*Тухтаева У.Д., Гулямова М.А.,
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Гнойно-септические инфекции у новорожденных представляют собой одну из проблем современной неонатологии. Данное заболевание тесно связано с инфицированностью матери, условиями ухода и санитарно-гигиеническими показателями окружающей среды. Чрезвычайно велико значение грудного вскармливания, которое обеспечивает продолжение иммунологической связи ребенка с матерью.

Цель. Установить характер расстройства пищеварения у новорожденных детей с гнойно-септическими заболеваниями при различных видах вскармливания.

Материалы и методы исследования. под наблюдением находилось 28 новорожденных детей. Все новорожденные были подразделены на 2 группы. 1-ой составили 14 новорожденных, получавших грудное молоко, а 2-ой-14 новорожденных, получавших смеси. У детей, находящихся на различных видах вскармливания, оценивали динамику расстройств пищеварения.

Результаты исследования. В ходе наблюдения было установлено, что кишечные колики среди всех расстройств пищеварения у новорожденных наиболее часто наблюдалось в первые 3 дня жизни в 1ой-группе, что составило 71%, а во 2-ой они наблюдались в 100% случаев. К 10 дню количество детей с коликами уменьшилось 1-группе до 57%, а во 2-ой до 86%. Метеоризм в первые 3 дня жизни преобладал у новорожденных в 1ой группы, что составило 85%, а 2-й группе этот показатель был в 1,5 раза меньше-57%. На 10 дни жизни метеоризм наблюдался у одинакового количества новорожденных детей в обеих группах и составил по 57%. Частота срыгивания у новорожденных детей преобладало во 2-й группе в 1,7 раза (71%), чем во 1-ой (42,8%). Количество детей со срыгиванием к 10 дню было одинаково в обеих группах, что составило по 71% детей. Запоры у новорожденных в первые 3 дня жизни отмечались, как в 1-ой, так и во 2-ой группах у одинакового количества детей (по 14%). На 10 дни жизни количество детей с запорами увеличилось 2 раза у детей в 2-ой группы - 28%, во 1-ой группе их число оставалось в том же количестве - 14%.

Патологические примеси в стуле в первые 3 дней жизни наблюдались в 1-ой группе у 14%, а во 2-ой группе у 57% новорожденных. На 10 дни жизни количество новорожденных с патологическими примеси в стуле увеличилось во 2-ой группе до 70%, а в 1-й группе оставалось прежним. Диарея в первые 3 дня жизни преобладал у новорожденных в 2ой группы, что составило 76,5%, а 1-й группе этот показатель был в 1,5 раза меньше-47,3%. На 10 дни жизни количества стула увеличилось в обеих группах в 1ой – у 57% ,а во 2-й - у 81,2%.

Выводы. Таким образом, клинические симптомы расстройств пищеварения, такие как кишечная колика, диареи, срыгивания и патологические примеси в стуле чаще наблюдались в группе новорожденных с гнойно септическими заболеваниями, получавших смесь для новорожденных, что ещё раз подтверждает тот факт, что грудное молоко является не имеющим себе равных способов обеспечения идеального питания для новорожденных.

РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВАРЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ВСКАРМЛИВАНИЯ

Тухтаева У.Д., Гулямова М.А.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Гнойно-септические инфекции у новорожденных представляют собой одну из проблем современной неонатологии. Данное заболевания тесно связаны с инфицированностью матери, условиями ухода и санитарно-гигиеническими показателями окружающей среды. Чрезвычайно велико значение грудного вскармливания, которое обеспечивает продолжение иммунологической связи ребенка с матерью.

Цель. Установить характер расстройства пищеварения у новорожденных детей с гнойно-септическими заболеваниями при различных видах вскармливания.

Материалы и методы исследования. под наблюдением находилось 28 новорожденных детей. Все новорожденные были подразделены на 2 группы. 1-ой составили 14 новорожденных, получавших грудное молоко, а 2-ой-14

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

новорожденных, получавших смеси. У детей, находящихся на различных видах вскармливания, оценивали динамику расстройств пищеварения.

Результаты исследования. В ходе наблюдения было установлено, что кишечные колики среди всех расстройств пищеварения у новорожденных наиболее часто наблюдалось в первые 3 дня жизни в 1ой-группе, что составило 71%, а во 2-ой они наблюдались в 100% случаев. К 10 дню количество детей с коликами уменьшилось в 1-группе до 57%, а во 2-ой до 86%. Метеоризм в первые 3 дня жизни преобладал у новорожденных в 1ой группы, что составило 85%, а 2-й группе этот показатель был в 1,5 раза меньше-57%. На 10 дни жизни метеоризм наблюдался у одинакового количества новорожденных детей в обеих группах и составил по 57%. Частота срыгивания у новорожденных детей преобладало во 2-й группе в 1,7 раза (71%), чем во 1-ой (42,8%). Количество детей со срыгиванием к 10 дню было одинаково в обеих группах, что составило по 71% детей. Запоры у новорожденных в первые 3 дня жизни отмечались, как в 1-ой, так и во 2-ой группах у одинакового количество детей (по 14%). На 10 дни жизни количество детей с запорами увеличилось 2 раза у детей в 2-ой группы - 28%, во 1-ой группе их число оставалось в том же количестве - 14%. Патологические примеси в стуле в первые 3 дней жизни наблюдались в 1-ой группе у 14%, а во 2-ой группе у 57% новорожденных. На 10 дни жизни количество новорожденных с патологическими примеси в стуле увеличилось во 2-ой группе до 70%, а в 1-й группе оставалось прежним. Диарея в первые 3 дня жизни преобладал у новорожденных в 2ой группы, что составило 76,5%, а 1-й группе этот показатель был в 1,5 раза меньше-47,3%. На 10 дни жизни количества стула увеличилось в обеих группах в 1ой – у 57% ,а во 2-й - у 81,2%.

Выводы. Таким образом, клинические симптомы расстройств пищеварения, такие как кишечная колика, диареи, срыгивания и патологические примеси в стуле чаще наблюдались в группе новорожденных с гнойно септическими заболеваниями, получавших смесь для новорожденных, что ещё раз подтверждает тот факт, что грудное молоко является не имеющим себе равных способов обеспечения идеального питания для новорожденных.

**АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЗРИТЕЛЬНОГО
НЕРВА У ДЕТЕЙ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ
ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

Уалиева В.Д., Туракулова Д.М., Бобоха Л.Ю.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Патология зрительного нерва является одной из главных причин слепоты и слабовидения и ставит изучение этой проблемы в ряд важнейших задач клинической офтальмологии. Высокая вероятность развития атрофии зрительного нерва, приводящая к необратимым нарушениям зрительных функций, а также значительная частота встречаемости заболеваний зрительного нерва среди работоспособного населения объясняет высокую социальную значимость данной проблемы. Неврит зрительного нерва (папиллит) - воспалительный процесс в его интраокулярной части. У детей неврит встречается относительно чаще, чем у взрослых. Встречаемость невритов неясной этиологии по данным литературы составляет 40% всех невритов. Прогноз невритов зрительного нерва серьезный, заболевание, как правило, заканчивается частичной или полной атрофией зрительного нерва, поэтому актуальным является своевременная диагностика и лечение невритов.

Цель. Провести анализ результатов лечения неврита зрительного нерва в зависимости от своевременно начатого лечения на примере двух клинических случаев.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 2 больных. У – в Б. 13 лет с основным диагнозом «OS – неврит зрительного нерва», сопутствующим. «Идиопатическая эпилепсия»; больная X-ва 17 лет с основным диагнозом «OD неврит зрительного нерва», сопутствующим. «НЦД». Были проведены офтальмологические (визометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия), лабораторные (анализ крови на TORCH). Консультации узких специалистов. педиатра, невролога, ЛОР врача.

Результаты. Больной У–в Б. поступил с жалобами на снижение зрения левого глаза. При сборе анамнеза выяснено, что ребенок месяц назад перенес грипп, а неделю назад стал отмечать снижение зрения на левом глазу. Объективно. Visus OD/OS= 1,0/ счет пальцев у лица. OU спокойные. Офтальмоскопия. OD ДЗН бледно- розовый, границы четкие, ход сосудов

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

центральный, калибр не изменен, OS ДЗН бледно-розовый, границы ступеваны с верхне-внутренней и носовой частях, сосуды расширены, сетчатка отечна, в области макулы отек. Консультация ЛОР врача – левосторонний гайморозтмоидит. Общий анализ крови, анализ крови на ревмопробу и TORCH без патологии. Больная X-ва поступила с жалобами на снижение зрения правого глаза. При сборе анамнеза выяснено, что девочка стала отмечать снижение зрения на правом глазу 20 дней тому назад. Лечились дома, к врчу не обращались. Объективно. Visus OD/OS= pr.1.certae/1,0. OU спокойные. Офтальмоскопия. OD ДЗН бледноватый, отечный, границы ступеваны, вены извиты, расширены, сетчатка отечна, в области макулы отек, OS ДЗН бледно-розовый, границы четкие, ход сосудов центральный, калибр не изменен. Была проведена комплексная поэтапная терапия. противовоспалительная, противоотечная, гормонотерапия, десенсибилизирующая терапия. Также дети получали назначения невролога. При выписке состояние больных улучшилось. У больного У-в Visus OD/OS= 1,0/0,2. У больной X-вой Visus OD/OS= 0,03/1,0.

Вывод. Таким образом сравнительный анализ двух клинических случаев больных с невритом зрительного нерва показал, что ранняя диагностика и лечение позволяет сохранить зрительные функции и предотвратить грозные осложнения, такие как атрофия зрительного нерва.

МЕТОДЫ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ РУБЦОВ У ДЕТЕЙ

С.Б Убайдуллаев, Х.К.Нурмухамедов, Э.Э.Эламанова

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Широкое применение севофлурана в практике пластических операциях послеожоговых рубцов у детей обусловлено нивелированием травматического стресса при хирургической коррекции, на наиболее васкулиризованных и иннервированных участках. Попытки совершенствовать анестезию при пластических операциях у детей в направлены на пролонгирование влияния севофлурана с одновременным введением пропофола, фентанила (КА –комбинированная анестезия), что заметно понижает кардиодепрессию и улучшает влияние анестетика.

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

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 (2-3мг/кг), фентанил (5-10 мкг/кг). Продолжительность операций составляла 180-240 мин. с объемом кровопотери, не превышающим 1,0% ОЦК. Премедикация была представлена атропином (0,1% 0,02мг/кг), кетамином (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

**ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ЭХОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ
АДЕНОМИОЗА ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ**

Уктамова Н.Х., Мамадалиева Я.М., Болтаева Н.Н.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Аденомиоз - многогранное, сложное заболевание, требующее решения проблем как пациенту, так и врачам акушер-гинекологам и лучевым диагностам. Аденомиоз, на сегодняшний день, следует рассматривать как в комплексе с эндометриозом, так и обособленно (Унанян А.Л., Сидорова И.С., 2012). Распространенность аденомиоза, как и эндометриоза в целом, в последние годы только растет, возраст пациенток молодеет и приходится на возраст реализации репродуктивных планов. Заболеваемость аденомиозом, по данным литературы, варьирует в широких пределах, от 5% до 70% (Дамиров М.М., 2016). На протяжении последних 15–20 лет отмечается рост частоты кесарева сечения в 3-4 раза. Согласно данным литературы, частота операции составляет от 13% до 45 % (Кулаков В.И., Чернуха Е.А., 2011).

Цель исследования. Оптимизировать методы ранней ультразвуковой диагностики аденомиоза у женщин после кесарева сечения.

Материалы и методы. Были изучены многочисленные литературные источники (тезисы, статьи, рукописи) по ультразвуковой диагностике аденомиоза.

Результаты исследования. По данным литературы, к эхографическим особенностям аденомиоза относят асимметрию толщины стенок матки в сагиттальном сечении, неоднородность эхоструктуры, миометральные кисты, нечеткость границы с миометрием и др. Эхографическая диагностика аденомиоза рассматривается как сумма признаков с различной степенью чувствительности и специфичности. Многие из этих признаков в разных сочетаниях встречаются и при других гинекологических заболеваниях (гиперпластические процессы, рак эндометрия, эндомиометрит). Несмотря на упоминания о эхографических особенностях диффузного поражения миометрия при аденомиозе, в доступной литературе нам не встретились работы, анализирующих информативность эхографии в диагностике аденомиоза после кесарева сечения.

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

Отмечается, что в отсутствие миомы матки диагностические возможности трансвагинальной эхографии (ТВЭ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) в диагностике аденомиоза примерно равны (*Sakhel K, Abuhamad A., 2012*). В последние годы появились публикации о возможностях трехмерной реконструкции матки, применении ЭХО-гистероскопии с контрастами повышенной вязкости, эластографии для уточняющей диагностики аденомиоза (*Exacoustos C, Brienza L., 2015*). Ни в коей мере не оспаривая ценности этих методов, нельзя не отметить, что, к большому сожалению, данные методики требуют применения дорогостоящего оборудования (МРТ, ультразвуковые датчики с возможностями объемной 3Д реконструкции, эластографии) и специальных условий (для проведения эхогистероскопии), что далеко не всегда возможно в рутинной клинической практике. С учетом широкой распространенности анализируемой патологии необходимы алгоритмы, основанные на простых и доступных методиках, не требующих значительных материальных, временных затрат, обладающих достаточным уровнем воспроизводимости.

Выводы. Диагностика аденомиоза после кесарева сечения представляет сложную задачу для клинициста, что связано с большим разнообразием проявлений заболевания, отсутствием патогномичных симптомов, многогранным характером нарушений, с нередкой субъективной интерпретацией данных, получаемых при оценке инструментальных методов обследования.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БРУЦЕЛЛЕЗА

Умаров С.М., Косимов И.А.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Рост заболеваемости, хроническое рецидивирующее течение, недостаточная эффективность существующих методов лечения и профилактики ставит бруцеллез в ряд наиболее актуальных проблем инфекционной патологии человека. Отмечено, что по своему распространению и социально-экономической значимости это заболевание занимает одно из первых мест среди зоонозов. Многообразие клинических проявлений, стертые клинические течение и

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

недостаточная эффективность существующих методов лечения бруцеллеза ведет к хронизации заболевания, с последующей стойкой инвалидизацией больных. В то же время, до настоящего момента не существует методов прогнозирования перехода острой формы бруцеллеза в хроническую, что обуславливает актуальность исследований, проводимых в этом направлении.

Цель исследования. На основании клинико-иммунологического обследования изучить роль иммунной системы в патогенезе бруцеллеза и разработать объективные критерии.

Материалы и методы исследования. исследование проводилось на базе клиники НИИЭМИЗ МЗ РУз, был проведен ретроспективный анализ 30 историй болезни, и были обследованы 20 больных с бруцеллезом.

Результаты. При постановке диагноза острого бруцеллеза, помимо продолжительности заболевания до 3 месяцев, положительной гемокультуры и ПЦР, наибольшее дифференциально-диагностическое значение имеют следующие признаки. повышение температуры до 38° С, увеличение размеров печени и селезенки, титры агглютининов в реакции Райта и гемагглютининов в РПГА выше 1 : 400, слабоположительная или отрицательная проба Бюрне. При постановке диагноза хронического бруцеллеза, помимо продолжительности заболевания более 6 месяцев и положительной ПЦР, наибольшее дифференциально-диагностическое значение имеют следующие признаки. нормальная температура тела, жалобы со стороны центральной и периферической нервной системы, снижение потенции у мужчин, нарушение менструальной функции у женщин, наличие миокардиодистрофии, остеохондроза и артрозов, титры агглютининов в реакции Райта и гемагглютининов в РПГА менее 1 : 200, положительная и резкоположительная проба Бюрне. При отсутствии у больного бруцеллезом выше перечисленных признаков или наличия комбинации признаков, характерных как для острого, так и для хронического бруцеллеза, целесообразно проведение углубленного иммунологического обследования, которое позволяет не только установить дополнительные дифференциально-диагностические критерии, но и прогнозировать риск хронизации заболевания.

При остром бруцеллезе наблюдается увеличение активности плазматических клеток, на что указывает повышение уровня иммуноглобулинов всех классов в сыворотке крови. Однако финальные процессы дифференцировки В-лимфоцитов в плазматические клетки у этих

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

пациентов нарушены, на что указывает низкий уровень продукции ИЛ6 и увеличение содержания в крови CD21-лимфоцитов. У больных хроническим бруцеллезом активность плазматических клеток снижается, на что указывает низкий уровень продукции IgM. Дифференцировка В-лимфоцитов в плазматические клетки нарушается на всех этапах, подтверждением чего является низкий уровень продукции ИЛ6 и ИЛ4.

Выводы. Активность клеточного звена иммунитета при остром бруцеллезе снижена о чем свидетельствует уменьшение количества CD3 и CD4-лимфоцитов и низкая продукция ИЛ2.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БИОРАСТВОРИМОГО СОСУДИСТОГО КАРКАСА «ABSORB» У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ И НЕСТАБИЛЬНОЙ ФОРМАМИ ИБС

Умаров М.М., Аляви.Б.А.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность исследования. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является острой медико-социальной проблемой, относящейся к приоритетам национальных систем здравоохранения большинства стран мира вследствие нарастающего распространения данного синдрома, несмотря на постоянное совершенствование лечения. (Агеев Ф.Т, Даниелян М.О., Мареев В.Ю, Беленков Ю.Н., 2004; Boulman N., Levy Y., Leiba R., Shachar S., Linn R., Zinder O., Blumenfeld Z., 2004).

По данным Европейской ассоциации кардиологов распространённость ХСН ишемического генеза в популяционных исследованиях увеличивается с возрастом и составляет от 0,1-1% среди женщин в возрасте 45-54 лет и до 10-15% в возрасте 65-74 лет, у мужчин – от 2-5% (45-54 лет) до 10-20% (65-74 лет). В Узбекистане ИБС страдают около 11% взрослого населения.

Цель исследования. Определить эффективность применения биорастворимого сосудистого каркаса «Absorb» у больных стабильной и нестабильной формами ИБС.

Материал и методы исследования. 20 больным находящимся в отделении рентгеноэндоваскулярной хирургии и нарушений ритма сердца

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

Республиканского специализированного центра хирургии им. академика В.В.Вахидова с стабильной и нестабильной стенокардией проведена имплантация стента, и проведена сравнительная оценка эффективности имплантации биоразстворимого сосудистого каркаса «Absorb» у больных в ближайшие сроки наблюдения.

Результаты исследования. Ангиографический улучшения при вмешательстве и успех процедуры достигнуто в 100% случаев. В 18 (90%) случаях имели непосредственный клинический успех. У 2 пациентов (10%) выявлено снижение ФК стенокардии на 1, что было обусловлено наличием диффузного атеросклероза в других сегментах коронарного русла. На госпитальном этапе больших клинических осложнений не наблюдалось (ОИМ, тромбоз каркаса, летальность). Перед процедурой средний ДМП составил 0,35мм, со средним стенозом 90,8 % (ДС). После процедуры средний ДМП составило 3,1мм ($p < 0,05$), в результате чего показатель острого прироста составило 2,75мм.

Выводы. Опыт имплантации биоразстворимых каркасов показал их эффективность. К особенностям установки БСК можно отнести то, что в отличие от обычных металлических стентов, для установки которых требуется минимальная подготовка сосуда перед имплантацией, при установке биоразстворимых каркасов требуется максимальная подготовка места стеноза перед имплантацией с помощью баллонирования.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ДЕТЕЙ С НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ

Умарова М. Э., Маджидова Ё.Н., Ниязова М.Т.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Особенности развития эмоциональной сферы могут характеризоваться непониманием и трудностями дифференциации эмоциональных проявлений окружающих в конкретных ситуациях, в том числе и в связи с ограничениями в восприятии эмоциональной окраски речи, передаваемой интонацией. Узнавание и понимание эмоций у детей с нарушенным слухом тесно связаны со зрительным восприятием мимики

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

собеседника, что часто без слухового подкрепления приводит к ошибочному или искаженному восприятию реальной ситуации. У части глухих и слабослышащих детей необоснованно долго сохраняется завышенная самооценка. Это объясняется тем, что с раннего возраста они находятся в зоне положительного оценивания своих достижений со стороны взрослых.

Цель. изучение эмоционально-поведенческих нарушений у детей дошкольного возраста с нейросенсорной тугоухости.

Материалы и методы. Использовались методы. клиническое наблюдение - общее клиническое, неврологическое, психопатологическое, логопедическое, психологический, нейропсихологический, анализ статистических данных.

Результаты. Наблюдалось 75 детей. Выделены две группы наблюдавшихся детей. группа 1 (слабослышащие дети с легким нарушением слуха) - 54 детей (72,4%), группа 2 (слабослышащие дети с умеренным нарушением слуха) - 21 ребенка (27,6%).

Эмоционально - поведенческие нарушения были диагностированы у 72 (97,3%). Они представлены состояниями. гиперкинетическое расстройство поведения - 32,7%; расстройство поведения, ограничивающееся условиями семьи - 26,3%; депрессивное расстройство поведения - 50,2%; эмоциональные расстройства, характерные для детского возраста - 39,1%, фобическое тревожное - 32,3%, социальное тревожное - 6,8%; транзиторное тикозное расстройство - 4,7%; неорганический энурез - 10,4%; неорганический энкопрез - 2,0%. Среди специфических особенностей формирования личности необходимо отметить наличие у таких детей комплекса негативных состояний – неуверенность в себе у (91,3%), страх у 32,3%, гипертрофированная зависимость от близкого взрослого у 6,8%, завышенная самооценка у (91,3%). Суммарный коэффициент частоты встречаемости эмоционально-поведенческих проявлений превышает 100%, поскольку у одного и того же ребенка нередко встречалось сочетание нескольких видов данных нарушений. Коррекционная программа эмоционально-поведенческих расстройств у детей с нарушением слуха (после коррекции слуха) осуществлялась по направлениям. коррекция эмоционально-поведенческих расстройств, развитие интеллектуальных способностей, укрепление адаптационных механизмов. Для коррекции эмоциональных нарушений использовались разные формы работы. индивидуальная, групповая, наглядная агитация, мастер-классы для родителей. Проведение данной комплексной психолого-медико- педагогической коррекции способствовало значительному снижению разных эмоционально-поведенческих нарушений у

детей, страдающих нейросенсорной тугоухостью.

Выводы. Эмоционально - поведенческие нарушения были диагностированы у 72 - 97,3%. Сопоставление приведенных данных исследования достоверно показало статистически обоснованную аргументацию в пользу проведения предложенной программы коррекции эмоционально-поведенческих расстройств с использованием комплексного системного воздействия у детей с нейросенсорной тугоухостью.

ВЫБОР ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С АУДИТОРНОЙ НЕЙРОПАТИЕЙ. КОХЛЕАРНЫЕ ИМПЛАНТЫ ИЛИ СЛУХОВЫЕ АППАРАТЫ?

Уринбаева Н.М., Умаров Х.У., Махмудов М.У.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Аудиторную нейропатию часто описывают как "недавно открытую форму тугоухости". Другие названия. слуховая нейропатия, слуховая диссинхрония, слуховая синаптопатия. В 1984г. Kraus N. с соавт. описали детей с несоответствием результатов регистрации слуховых вызванных потенциалов и аудиометрии. Аудиторная нейропатия- это расстройство слуха, характеризующееся нормальной функцией наружных волосковых клеток улитки в сочетании с нарушением афферентной передачи нервных импульсов. Одним из главных признаков служит наличие пренейронных ответов (ОАЭ-микрофонный потенциал улитки) в отсутствие нейронных слуховых ответов.

Цель. Повышение эффективности диагностики и реабилитации детей с аудиторной нейропатией.

Материалы и методы. В период с 06.12.2014 по 30.01.2016 в нашем отделении было диагностировано 16 детей со слуховой нейропатией. Возраст детей составлял от 8 месяцев до 6 лет. Из них. 3 детей - имплантированы, 13 детей - слухопротезированы мощными цифровыми программируемыми слуховыми аппаратами. В течение 6 месяцев у детей, которые были слухопротезированы.

Результаты. реабилитации был положительным у 4-х детей, а у остальных - реабилитация безуспешна и еще продолжается. Дети, которые имплантировались, пока реабилитируются, реакция на звуки с помощью

речевого процессора у этих детей существует. Это утвердилось путем регистрации стапедиального рефлекса.

Таким образом, слуховая нейропатия является самостоятельным слуховым расстройством, оно должно включать не только комплексное аудиологическое обследование детей со слуховой нейропатией, но также динамическое наблюдение за их слуховым и речевым развитием, а выбор для детей с аудиторной нейропатии на наш взгляд, решать вопрос слухопротезирование или кохлеарная имплантация индивидуально для каждого пациента.

КОМПЛЕКСНАЯ ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПЛОДА У БЕРЕМЕННЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ПОЧЕК

Усманова Ш.Б., Мамадалиева Я.М., Болтаева Н.Н.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Перинатальная охрана плода и снижение перинатальной заболеваемости и смертности являются в настоящее время одним из приоритетных вопросов акушерства в Республики Узбекистан и во всем мире. На основании результатов многочисленных исследований доказано, что здоровье новорожденного, его физическое и нервно-психическое развитие во многом зависят от течения антенатального периода.

Цель исследования. Изучить комплексную эхографическую оценку состояния плода у беременных с воспалительными заболеваниями почек.

Материалы и методы. Были изучены многочисленные литературные источники (тезисы, статьи, рукописи) по ультразвуковой диагностике аденомиоза.

Результаты исследования. По данным литературы у беременных болезни почек и мочевыводящих путей занимают второе по частоте встречаемости место после заболеваний сердечно-сосудистой системы. В период беременности и родов под влиянием механических, нейрогуморальных и эндокринных факторов возникают сложные анатомо-функциональные изменения в мочевыводящих органах, направленные на обеспечение нормального процесса гестации. Несмотря на это, частота манифестации пиелонефрита

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

у беременных колеблется от 12,2% до 33,8% и имеет четкую тенденцию к росту. В публикациях как отечественных, так и зарубежных исследователей единодушно отмечен продолжающийся рост числа инфекционно-воспалительных заболеваний мочевыводящих путей, в том числе пиелонефрита, который выявляется у 15% лиц молодого возраста. Особенно актуальны эти проблемы с позиции современного акушерства и перинатологии, так как чаще всего заболевание проявляется во время беременности или обуславливает осложненное течение беременности и высокую заболеваемость новорожденных при наличии этой патологии у матери. Пиелонефрит самое частое и опасное заболевание почек у беременных. Следует отметить, что не только пиелонефрит осложняет течение беременности, но и последняя негативно влияет на течение воспалительного процесса в почках. При этом примерно в 1/3 случаев наблюдается его обострение. Сочетание пиелонефрита и беременности повышает риск и послеродовых воспалительных осложнений, которые возникают у 22-33% родильниц.

Выводы. Таким образом, оценка состояния плода при патологии почек у матери остается чрезвычайно актуальной проблемой в акушерстве, педиатрии и определяет необходимость дальнейшего изучения и накопления опыта по совершенствованию эхографии и новейших технологий УЗД как основного, сравнительно качественно нового, безвредного и экономически необременительного для практического здравоохранения.

ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Фазилбекова З.Н., Атаходжаева Г.А.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

На сегодняшний день одним из критериев оценки вегетативной регуляции функции сердца является метод анализа вариабельности ритма сердца (ВРС). В настоящий момент это один из наиболее информативных неинвазивных методов количественной оценки состояния вегетативной регуляции работы сердца, который отражает тяжесть клинического течения заболевания и

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

определяет дальнейший прогноз для больных с ИМ. По данным некоторых исследователей, показатели ВРС по информативности и значимости сопоставимы с показателями фракции выброса левого желудочка, частотой эктопической желудочковой активности, параметрами электрокардиографии высокого разрешения, а также данными клинического обследования больного. В связи с этим проведено исследование, целью которого было определение параметров ВРС для оценки вегетативного тонуса в острый период инфаркта миокарда.

Материал и методы. Обследован 61 больной с острым ИМ (51 мужчина и 10 женщин) в возрасте от 43 до 69 лет, в среднем ($56,0 \pm 0,2$) года. Диагноз устанавливали на основании данных клинических, инструментальных и лабораторных исследований согласно критериям ВОЗ. В исследование были включены больные с первичным ИМ (классификация ИБС 2000г.). Критериями принадлежности к одному из четырех классов тяжести на стационарном этапе реабилитации являлись глубина и обширность поражения миокарда, наличие осложнений и коронарной недостаточности. В исследование не включали больных с повторным ИМ, острой недостаточностью левого желудочка I–IV стадии (по Killip), тяжелой сопутствующей патологией в стадии декомпенсации.

Всем больным проводили холтеровское мониторирование (ХМ) электрокардиограммы (ЭКГ) с определением параметров ВРС. Анализируя данные ХМ ЭКГ, рассчитывали временные и спектральные показатели ВРС.

Результаты. В острый период ИМ (во время первого обследования) у больных всех групп наблюдали снижение временных показателей ВРС, также возникал симпато-парасимпатический дисбаланс, который проявлялся большим снижением парасимпатической активности, что является закономерной реакцией на стресс симпатоадреналовой системы, и характерно для пациентов с острым ИМ. При этом нужно отметить, что у пациентов групп 1 были достоверно более высокие значения временных показателей (SDNN, pNN50, rMSSD) по сравнению с таковыми 2 группы и отмечены характерные изменения спектрального состава. Во 2 группе была более низкая мощность HF волн по сравнению с 1 группой. Во 2 группе мощность LF также была достоверно ниже, чем в 1 группе, что свидетельствует о более выраженной степени вегетативного дисбаланса в этих группах и, как следствие, повышает риск неблагоприятного исхода у этих больных. Исходные значения показателя LF/HF, характеризующего степень вегетативного дисбаланса, были наиболее высокими во 2 группе по сравнению с таковыми в 1 группе исследования, что

свидетельствует о преобладании симпатических влияний и является неблагоприятным признаком дальнейшего прогноза заболевания.

Выводы. У больных, с инфарктом миокарда, наблюдали исходно более высокие показатели вариабельности ритма сердца (SDNN, pNN50, rMSSD). У больных с SDNN менее 100 мс наблюдается ухудшение временных и спектральных показателей ВРС, что свидетельствует о повышении риска неблагоприятного исхода.

ОСОБЕННОСТИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЁННЫХ И ОСНОВНЫЕ КРИТЕРИИ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ

Хаитбаева Н., Зияходжаева Л.У.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Тяжёлые формы перинатальных поражений ЦНС наблюдаются у 10-15 % доношенных и у 60-70% недоношенных детей. От 5 до 55% детей первого года жизни получают такой диагноз, поскольку в это число иногда включают детей с лёгкими преходящими нарушениями со стороны нервной системы.

Цель исследования. Изучить особенности ЦНС у недоношенных новорождённых и основные критерии церебральных расстройств.

Материал и методы исследования. Исследования проведено в республиканском перинатальном центре. Под наблюдением находились 47 недоношенных новорождённых с церебральными расстройствами. Диагноз устанавливали по результатам клинико-неврологических и инструментальных исследований (нейросонография, электроэнцефалография)

Результаты исследование. По результатам исследования особенностью ЦНС у недоношенных новорождённых является незрелость структур головного мозга. Основными критериями церебральных расстройств являлись следующие клинико-неврологические симптомы. обще мозговые симптомы 4(8,5%), судороги 10(21%), двигательные нарушения 20(42%), отсутствие безусловных рефлексов 13(28%). При НСГ обнаружено вентрикулодилатация, внутрижелудочковые кровоизлияние, гипоксико-ишемические поражения

головного мозга, утолщения паренхимы у недоношенных детей. При ЭЭГ выявляются выраженная возрастная незрелость головного мозга.

Выводы. Результаты исследования показали, что в определение особенности ЦНС и церебральных расстройств у недоношенных детей использования диагностических методов НСГ, ЭЭГ даёт возможность раннего выявления расстройств

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ТЕЧЕНИЯ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Хаитбаева Ш.Х., Садикова Г.К.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Посттравматическая энцефалопатия - повреждение механическим способом черепа и внутричерепного содержимого (головного мозга, сосудов, мозговых оболочек и черепных нервов). Следует подчеркнуть, что клинические проявления ЧМТ, ее осложнения и последствия имеют свои отличительные признаки у детей, что обусловлено анатомо-физиологическими особенностями, присущими детскому возрасту. Черепно-мозговая травма является главной в структуре детского травматизма, составляя 30-40% всех видов травм. Чаще встречается ЧМТ у мальчиков в возрасте 3-7 лет. Симптоматика эпилепсия не редко возникает не сразу после ЧМТ, поэтому не всегда правильно диагностируется.

Цель исследования. Детальное изучение анамнеза, клиники посттравматической энцефалопатии с симптоматической эпилепсией с учётом типа травм, давности и характера.

Материалы и методы. Обследовали 15 больных с черепно-мозговой травмой в возрасте 5-18 лет получившим стационарное лечение в неврологическом отделении клинике ТашПМИ.

Результаты. Анализируя тип эпилептических приступов у обследованных нами детей выявлено клонические припадки у 38,6% детей, тонические приступы – в 31,3% случаев, смешанные тонико-клонические припадки – у 20,8% обследованных, миоклонические припадки были зарегистрированы 9,3%

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

детей. У обследуемых больных эпилептические приступы возникли через 3 месяца у 4 больных, через 4 месяца 7 больных, через 6 месяцев 4 больных. Все больные в момент острого ЧМТ не получали стационарного лечения. По характеру изменений параметров ЭЭГ нами получены следующие данные. В 21,1% случаев признаки фокальной эпилептиформной активности и вторичной билатеральной генерализацией – при этом альфа-активность отсутствовала, в 78,9% случаев при ЭЭГ – выявлена «модифицированная гипсаритмия» альфа-активность по типу «оскольчатого» альфа-ритма.

Выводы. 1. В структуре симптоматической эпилепсии при последствиях посттравматической энцефалопатии у детей значительно преобладали фокальные и вторично-генерализованные формы эпилепсии. 2. ЧМТ у детей в остром периоде требует проведения стационарного лечения. 3. Необходимо ранняя диагностика и своевременная фармакологическая коррекция СЭ путем назначения современных антиэпилептических препаратов с индивидуальным подбором дозы, учетом формы эпилепсии и характера ЭЭГ-паттерна.

ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОСЕВЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА С УЧЁТОМ ОСОБЕННОСТЕЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА

Хайитов З.Ш., Таджиев М.М.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность исследования. Осевые деформации позвоночника приводят к ранней инвалидизации и социальной дезадаптации больных вследствие развития грубых деформаций позвоночника и нарушения функций опорно-двигательной, кардио-респираторной, нервно-мышечной и других систем организма (Михайловский М. В., Фомичев Н.Г., 2002, Цивьян Я.Л., 1973, Marc A., Burton D., 2006), а также из-за развития вторичных депрессивных и тревожно-фобических расстройств, симптомов вегетативной дисфункции (Ульрих Э.В. с соавт., 2002).

Методы исследования. Исходя из данных объективного неврологического осмотра 50 (100%) детей с осевыми деформациями позвоночника, и результатов ЭНМГ можно выделить три группы.

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

В первой группе 25% исследованных больных определяются признаки органического поражения головного мозга. Со стороны нижних конечностей выявляется пирамидная симптоматика. По ЭНМГ дефицита надсегментарных влияний.

Во второй группе 50% исследованных больных признаки не грубого органического поражения головного мозга и периферического пареза нижних конечностей, нарушение функций тазовых органов. По ЭНМГ переднероговые нарушения.

В третьей группе у 25% исследованных больных неврологическая симптоматика выражена неярко. признаки органического поражения головного мозга отсутствуют, гипотрофия голени не выражена, мышечный тонус, как правило, удовлетворительный, не постоянная анизорефлексия в пределах нормы. По ЭНМГ увеличение F-волны и снижение M-ответа латеральной группы мышц голени.

Результаты исследования. Осевые деформации позвоночника сопровождается неврологическая патология, от периферического до сегментарного и надсегментарного уровня поражения. Данный факт указывает на целесообразность совместного ведения таких пациентов ортопедом и неврологом, нейрохирургом с использованием в диагностике ЭНМГ, МРТ спинного и головного мозга, проведением медикаментозного лечения в виде нейротрофной терапии (Кортексин, Витамин В1, Витамин В12), сосудистой терапии (Трентал), препаратов улучшающих нервно-мышечную передачу (вторая и третья группы), физиотерапии, консервативных и оперативных ортопедических методик. Это в свою очередь позволит оптимизировать результаты лечения данной патологии, а так же позволит делать приблизительный прогноз исхода заболевания.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОСЕВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ПОЗВОНОЧНИКА У ПОДРОСТКОВ

Хайитов З.Ш., Таджиев М.М.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность исследования. Сколиоз относится к весьма распространенным заболеваниям опорно-двигательной системы детского и подросткового возраста. Данные о распространенности сколиоза противоречивы и колеблются в пределах от 1% до 53% (Абальмасова Е.А. с соавт., 1964; Мовшович И.А., Кон И.И., 1984; Фищенко В.Я. с соавт., 1991; Мезенцев А.А., 2004).

Среди структурных осевых деформаций позвоночника наиболее часто встречается идиопатический сколиоз, распространенность которого в популяции составляет до 15,3% (Ульрих Э.В. с соавт., 2002). За последнее десятилетие в Узбекистане отмечается тенденция увеличения числа детей с искривлением позвоночника 3%-в 1973 г., 6,3% - в 1995 г., 14,6%- в 2001г., (Умарходжаев Ф.Р., Миргиязов А.Х., Матюшин А.Ф., 2002).

Целью исследования явилось, изучение неврологических проявлений осевых деформаций у подростков.

Методы исследования. Исследование проводилось в неврологическом отделении клиники ТашПМИ. В исследование были включены 50 детей с осевыми деформациями позвоночника I-IV степени по углу искривления, (по Коббу. 1-я степень — до 10°, 2-я — 11–30°, 3-я — 31–60°, 4-я — 61–90°).

Определение угла искривления позвоночника проводили с помощью рентгенологического исследования.

Результаты исследования. Неврологические расстройства при осевых деформациях отличаются полиморфизмом, среди которых наиболее часто встречались симптомы верхних конечностей, нижних конечностей и симптомы натяжения. Выраженность и полиморфизм клинических симптомов у обследованных больных во многом определяется степенью деформации позвоночника, то есть у пациентов с большим углом деформации мы отмечали более выраженные неврологические симптомы, так у детей больных сколиозами 3-4 степени имеют место более выраженная неврологическая симптоматика в виде миелопатических симптомов и болевых синдромов (96%).

Последние представлены мышечно - тоническими (90%), МФБС (54,9%), радикулярными (66,7%) синдромами.

Таким образом, в неврологическом статусе у больных детей с осевыми деформациями встречаются следующие основные группы синдромов. сегментарно-вегетативный, рефлекторный, рефлекторно-корешковый, и рефлекторно-корешково-спинальный. Полиморфизм и тяжесть неврологической симптоматики при осевых деформациях у детей подросткового периода коррелирует с исходным углом деформации позвоночника.

ЭНМГ ПОКАЗАТЕЛИ У ПАЦИЕНТОВ, ПОДРОСТКОВ С ОСЕВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ПОЗВОНОЧНИКА

Хайитов З.Ш., Таджиев М.М.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность исследования. Осевые деформации позвоночника приводят к ранней инвалидизации и социальной дезадаптации больных вследствие развития грубых деформаций позвоночника и нарушения функций опорно-двигательной, кардио-респираторной, нервно-мышечной и других систем организма [Михайловский М. В., Фомичев Н.Г., 2002, Цивьян Я.Л., 1973, Marc A., Burton D., 2006]. За последнее десятилетие в Узбекистане отмечается тенденция увеличения числа детей с искривлением позвоночника 3%-в 1973 г., 6,3% - в 1995 г., 14,6%- в 2001г., (Умарходжаев Ф.Р., Миргиязов А.Х., Матюшин А.Ф., 2002).

Целью исследования явилось, изучение ЭНМГ показателей при осевых деформациях у подростков.

Методы исследования. Исследование проводилось в неврологическом отделении клиники ТашПМИ. В исследование были включены 50 детей с осевыми деформациями позвоночника I-IV степени по углу искривления, (по Коббу. 1-я степень — до 10°, 2-я — 11–30°, 3-я — 31–60°, 4-я — 61–90°).

Определение угла искривления позвоночника проводили с помощью рентгенологического исследования.

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

ЭНМГ обследование проводили у больных со сколиозом 3-4 степенью. Исследования проводили на четырёх камерном электромиографе фирмы «Медикор» производства ВНР. Полоса частот электромиографа составляет 05-10000 ГЦ, уровень шумов- 0,01мВ, чувствительность -0,01. Для ЭНМГ исследования нервно-мышечной системы регистрировали суммарную биоэлектрическую активность мышц спины. Двигательные точки мышц определяли по Б.М. Гехт, и Н.А. Ильиной (1982).

Результаты исследования. Неврологический дефицит в той или иной степени выраженности присутствовал у 37 (74 %) пациентов, у 7 пациентов неврологической симптоматики выявлено не было. Односторонний парез нижней конечности встретился у 23 (46 %) пациентов, нижняя параплегия – у 14 пациентов (28 %). Нарушения функции тазовых органов подтверждены у 27 (54 %) больных. Наиболее тяжелый неврологический дефицит выявлен у пациентов с комбинацией миелоцеле и диастематомии позвоночного канала. ЭНМГ - активность периферических мышц отсутствовала у 14 (31,8 %) больных, у 23 (52,3 %) больных определено грубое нарушение проводимости. Эстеziометрическое исследование, проведенное у 14 пациентов, выявило гипестезию в 9 (30 %) случаях, анестезию – в 5 (16,7 %) с уровня от ThXI – LII.

Таким образом, синдромальная оценка играет определяющую роль в определении реабилитационного потенциала конкретного пациента и определяет риск, метод, этапность и место хирургического лечения в общем комплексе реабилитационных мероприятий.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАТЯЖНОГО КАШЛЯ У ДЕТЕЙ

Халилова З.С., Курьязова Ш.М.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Кашель - один из наиболее распространенных симптомов поражения респираторного тракта у ребенка, обуславливающих частые обращения к врачу. Он вызывает серьезную тревогу и беспокойство как у родителей, так и у врачей, и требует порой длительного диагностического поиска (Геппе Н.А., Сиггоцкая М.Н., 2006).

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

Цель. Особенности течения затяжного кашля у детей с различными заболеваниями органов дыхания.

Материалы и методы. Обследовано 60 детей с заболеваниями органов дыхания в возрасте от 1 года до 12 лет. Из них 15 – детей с Острой Пневмонией с затяжным течением (ОП) в сочетании с Лор -Патологиями , 25 – Рецедивирующим бронхитом (РБ) в сочетании с Лор –Патологи, Обструктивным бронхитом (ОБ) -12 детей и 8 детей с Рецедивирующим обструктивным бронхитом (РОБ) . Дети находились на стационарном лечении, использовались общепринятые стандарты диагностики заболеваний органов дыхания. Дети были разделены на две группы. 1-ю группу составили дети с заболеваниями органов дыхания в сочетании с Лор - Патологиями (40 детей), 2-ю группу, группу сравнения, — дети с заболеваниями органов дыхания без Лор-Патологии (20 детей).

Результаты и обсуждения. Среди обследованных было 42 мальчиков (66,7%) и 18 девочек (33,3%; $p < 0,001$), что соответствует известной закономерности о преобладании бронхолегочной патологии среди лиц мужского пола. В основном преобладали дети дошкольного (56,1%) и раннего школьного возраста (32,1%). Основной жалобой при поступлении был длительный кашлевой синдром (более 3-х недель). Средняя продолжительность кашля составила 4 месяца. При катamnестических данных 64% детей впервые обратились в клиники по поводу длительного кашля . 84% детей последние 2 месяца лечились по поводу Лор- патологии и 16 % обращались к аллергологам . Среди пациентов были как дети с аллергической патологией (атопический дерматит, поллиноз, аллергический ринит), так и часто болеющие дети без аллергических болезней, с хронической патологией ЛОР - органов. В половине случаев 35 (52%) дети были подвержены частым респираторным инфекциям. По анализу катamnестических данных больных 55 случаях (73,0%) затяжному кашлевому синдрому предшествовала острая респираторная инфекция. В остальных случаях матери не могли связать начало длительного кашля с какой-либо причиной. У 33 детей (72,6%) была отмечена отягощенная наследственность по аллергическим заболеваниям. в 43% - по линии матери, значительно реже - по линии отца (24,4%; $p < 0,001$); в 32,6% - по линии обоих родителей. При этом у половины пациентов (45,6%) проявления атопии были отмечены уже на первом году жизни.

Выводы . В 74,1% случаев диагноз устанавливается впервые только при обращении по поводу затяжного кашля. В 73,0% зтяжному кашлевому синдрому предшествует ОРИ, которая является триггерным фактором для

манифестации скрыто протекающей заболеваний органов дыхания и аллергических заболеваний.

ПСИХО ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С ГИПОТАЛАМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.

Хасанова Р.Р., Максудова Х.Н.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность работы. Актуальность изучения этой формы патологии определяется как высокой распространенностью в популяции, так и выраженностью неврологических, эндокринных и соматических заболеваний ею обусловленных. Особенностью клинических проявлений гипоталамического синдрома является полиморфизм и вторичный характер эндокринных нарушений, а также тесная связь с вегетативными и эмоционально-мотивационными и поведенческими нарушениями. Данный подход рассматривает гипоталамус как специфический нейросекреторный орган или как эндокринную железу в отрыве от мозга в целом. Современный неврологический подход расценивает гипоталамус как ключевую структуру лимбико-ретикулярного комплекса, являющегося интегративным аппаратом мозга, участвующим в регуляции вегетативно-эндокринно-висцеральных функций, направленных на поддержание гомеостатического равновесия и обеспечение адаптации организма к условиям внешней среды, в том числе эмоциональному стрессу. По этой причине у больных с гипоталамическим синдромом часто встречается психо-эмоциональные расстройства.

Цель исследования. Изучить психо-эмоциональные особенности у больных с гипоталамическим синдромом в зависимости от его преимущественной клинической формы.

Задачи исследования. 1. Изучение клинико неврологического статуса больных с гипоталамическим синдромом с определением его клинической формы. 2. Изучение психо эмоциональных расстройств у больных с гипоталамическим синдромом в зависимости от его клинической формы.

Материал и методы исследования. Работа проведено РСНПМЦ Эндокринологии в отделении нейроэндокринологии, а также в

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

неврологическим отделении ЦКБ ГАЖК. Были обследованы 24 больных с диагнозом гипоталамический синдром, из них 12 с аденомой гипофиза, 7 с ожирением и 5 поликистоз яичников. Всем больным проведена клиничко-неврологические обследование, исследовано состояние вегетативной нервной системы с помощью анкеты и схемы. Также проведена оценка психо-эмоциональной сферы с помощью теста Спилбергера, анкета по оценки качества жизни.

Результат и обсуждение. 27 обследованных имеется нервно-психическая форма, у 50% нейроэндокринная форма, у 23% вегето-сосудистая форма гипоталамического синдрома. При клиничко- неврологическим обследовании больных выявлено рассеянная неврологическая симптоматика в виде гиперрефлексии, тремор рук, неустойчивость в позе Ромберга. У лиц с нервно- психической формы по тесту Спилбергера 30 % уровень тревоги, эмоциональная лабильность, у больных с нейроэндокриной формы 24%, у больных вегето-сосудистой формы 15%. При анализе анкет оценки качества жизни у обследованных больных при нейроэндокринной форме гипоталамического синдрома было достоверные повышение баллов нарушения психического компонента, чем физический компонент качество жизни.

Вывод. 1. При гипоталамическим синдроме нейро-эндокринная форма встречается наиболее часто. 2 Клиничко неврологические расстройства часто встречается у вегето-сосудистой формы гипоталамического синдрома. 3. Психо-эмоциональные расстройства в виде тревоги и депрессии наиболее часто встречается при нервно-психической формы гипоталамического синдрома.

ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ БОКОВЫХ ЖЕЛУДОЧКОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА.

Хасилбеков Н.Х., Асадуллаев У.М.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Хирургический доступ к области боковых желудочков является одним из сложных, который обусловлен глубокой локализацией новообразований, интимной связью с многочисленными перфорантными

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

артериями, кровснабжающими глубинные отделы головного мозга, из-за тесной взаимосвязи с проводящими путями головного мозга (Nakamura M, et al., 2003), а также близость к функционально активным структурам, таким как хвостатое ядро, таламус, свод, мозолистое тело и внутренняя капсула (Anna J.Moore, David W.Nevell “Neurosurgery. principles and practice”, 2005).

Таким образом, учитывая всю сложность ситуации, хирургия данной области должна сводить к минимальному риску повреждение коры, подкорковых и сосудистых структур (Sean M., et al., 2013). Существует множество хирургических доступов к новообразованиям боковых желудочков, среди которых малотравматичным является удаление новообразования через транскортикальный и транскаллэзный доступы (Bruce, Stein, 1995, Konovalov, Piskhelauri, 2003, Riva-Cambrinetal, 2009).

Целью исследования является повышение эффективности хирургического лечения новообразований боковых желудочков головного мозга.

Материалы и методы. В исследование включено 20 больных с новообразованиями боковых желудочков головного мозга, оперированных в РНЦНХ с 2015 по 2016 гг.

Среди больных преобладали женщины – 12 (60,0%), мужчин - 8 (40,0%). Возраст больных от 9 лет до 56 лет, преимущественно лица молодого трудоспособного возраста. Проанализированы выполненные доступы к новообразованиям боковых желудочков головного мозга в зависимости от локализации и гистологической структуры. Помимо этого проанализирована степень радикальности удаления новообразования. В основном были применены транскортикальный трансвентрикулярный- 15 (75,0%), транскаллэзный -3 (15%) доступы и произведена шунтирующая операция – 2 (10,0%) и реоперирован 1(5%) больной.

Результаты. 13 (65,0%) новообразований боковых желудочков были анапластическими, 7 (35,0%) были доброкачественные. Самые частые опухоли были олигодендроглиомами, эпендимомы, астроцитомами, папилломы хороидальных сплетений и менингиомы. 10 (50,0 %) больных были выписаны с улучшением, у 8 (40,0%) сохранялся неврологический дефицит и 2 (10%) умерло.

Выводы. Радикальными методами удаления новообразований головного мозга транскортикальный и транскаллэзный доступы является эффективными, и дают возможность в большинстве случаев удалить новообразование боковых желудочков головного мозга тотально.

**ОДНОФОТОННАЯ ЭМИССИОННАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ
ТОМОГРАФИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

Хикматов А.А., Баженова Т.Ф., Абзалова М.Я.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) и ее осложнения в настоящее время являются одним из наиболее распространенных факторов риска смертности и утраты трудоспособности населения экономически развитых стран (Бокерия Л.А., 2015; Chang С.С. et al., 2013; Erdal M. et al., 2014). Более 30% инфарктов миокарда (ИМ) развиваются непосредственно в результате окклюзии коронарных артерий (КА), однако результаты общепринятых кардиологических тестов у этих больных часто оказываются отрицательными или сомнительными. В качестве единственного надежного метода визуализации КА и количественной оценки стеноза сосудов у данного контингента больных до последнего времени рассматривается селективная однофотонной эмиссионной компьютерной томографии (Авалиани В.М., 2007; Чазов Е.И., 2008; Gaudio С. et al., 2013). Последнее десятилетие характеризуется интенсивным развитием и внедрением в практику методов неинвазивной визуализации сердца и сосудов.

Цель. Изучить диагностическую эффективность однофотонной эмиссионной компьютерной томографии (ОФЭКТ) миокарда левого желудочка (ЛЖ) у больных с ИБС.

Материалы и методы. Обследовано 40 человек с ИБС без аритмии и 21 человек с ИБС и выраженной аритмией. Исследования проводились в режиме ОФЭКТ, использовался радиофармпрепарат (РФП) «Технетрил-Тс-99m». Регистрация данных проводилась при ротации детектора на 180 градусов, 32 проекции, 40 секунд на проекцию. Обработка полученных данных осуществлялась путём построения томографических срезов и перфузионных карт.

Результаты исследования. При проведении ОФЭКТ миокарда ЛЖ без ЭКГ-синхронизации (21 человек) было выявлено нарушение перфузии лёгкой степени (уровень накопления РФП 70-75%) у 5 человек (24%), средней степени тяжести (уровень накопления РФП 60-69%) у 11 человек (52%), выраженное

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

снижение перфузии (уровень накопления РФП 50-59%) у 5 человек (24%). Дефекты перфузии (уровень накопления РФП <50%) отмечались у 7 пациентов (33%). При проведении ОФЭКТ миокарда ЛЖ с ЭКГ-синхронизацией (40 человек) выявлено нарушение перфузии лёгкой степени (уровень накопления РФП 70-75%) у 5 человек (13%), средней степени тяжести (уровень накопления РФП 60-69%) у 18 человек (45%), выраженное снижение перфузии (уровень накопления РФП 50-59%) у 17 человек (42%). Дефекты перфузии (уровень накопления РФП <50%) определялись у 14 пациентов (35%). Однососудистые поражения отмечены у 3 пациентов (14%) при проведении ОФЭКТ миокарда ЛЖ без ЭКГ-синхронизации и у 12 пациентов (30%) при проведении ОФЭКТ миокарда ЛЖ с ЭКГ-синхронизацией. ОФЭКТ миокарда ЛЖ с ЭКГ-синхронизацией дала тонкую и подробную информацию о перфузии миокарда ЛЖ и его сократимости. Однако при аритмиях подключение ЭКГ-синхронизатора являлся невозможным, так как при постоянных изменениях ритма сердца программа синхронизации не срабатывала.

Выводы. Исследование перфузии миокарда ЛЖ методом ОФЭКТ без подключения функции ЭКГ-синхронизации является приемлемым для пациентов с выраженным нарушением сердечного ритма. Полученная в результате исследования информация даёт клиницисту полное представление о состоянии перфузии сердечной стенки, позволяет точно определить участок с нарушенным кровоснабжением и определить тяжесть поражения.

РОЛЬ КОРОНАРОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ИШЕМИИ МИОКАРДА

Хикматов А.А., Юсупалиева Г.А.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Коронарография является важнейшим звеном в обследовании больного ишемической болезнью сердца. Количество диагностических и лечебных эндоваскулярных вмешательств с каждым годом неуклонно растет. Благодаря появлению и широкому внедрению новых технологий (коронарное стентирование) показания и возможности эндоваскулярного лечения постоянно расширяются. Эндоваскулярные коронарные вмешательства сегодня проводятся на различных стадиях

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

коронарного атеросклероза у пациентов со стабильными формами ишемической болезни сердца (ИБС), острым коронарным синдромом, а также с различными сопутствующими заболеваниями.

Цель. Оценить диагностическую значимость коронарографии в диагностике ИБС.

Материалы и методы. Коронарография была выполнена 40 больным без типичной клинической картины стенокардии для уточнения диагноза ишемии миокарда, установленного по данным неинвазивных методов исследования (электрокардиография (ЭКГ) покоя, эхокардиография (ЭхоКГ), функциональные нагрузочные тесты).

Результаты исследования. До проведения коронарографии все больные были стандартно обследованы на ЭКГ покоя, ЭхоКГ, функциональные нагрузочные тесты. С помощью ЭКГ покоя были выявлены рубцовые изменения миокарда у 16 больных (40%), снижение кровоснабжения различных зон сердечной мышцы у 24 (60%) больных. Рубцовые изменения подтверждены при ЭхоКГ.

Во время функциональных нагрузочных тестов использовались непрерывно возрастающие нагрузки. Проба считалась положительной при смещении сегмента ST более 1 мм в одном или нескольких отведениях. В нашем исследовании нагрузочные пробы были положительными в 22 случаях (55%), сомнительными - в 6 (15%) случаях, отрицательными - в 12 (30%) случаях.

У всех исследуемых пациентов были выполнены коронарографии. Из них у 14 (35%) человек не было выявлено патологических изменений. У 10 (25%) - гемодинамически незначимые поражения (неровность контуров артерий, стенозы до 50%). Гемодинамически значимые поражения обнаружены у 16 больных (40%). 10 стенозов, 4 окклюзий артерий, у 4 пациентов были произведены коронарные ангиопластики, а одному было рекомендовано произвести операцию артерио-коронарное шунтирование (АКШ). В одном случае ангиопластика оказалась неудачной - из-за продолжительного поражения артерии осуществить реканализацию не представлялось возможным. Все удачные вмешательства оканчивались стентированием пораженных участков.

Вывод. Таким образом, ишемию миокарда можно выявить с помощью инструментальных методов исследования. Но использование в диагностике лишь неинвазивных способов верификации может привести к диагностическим ошибкам. У больных с положительными результатами методов функциональной диагностики и наличием артериальной гипертензии нами

было рекомендовано проводить, диагностическую коронарографию. Анализ рентгеноморфологии коронарных артерий открывает новые возможности в диагностике и лечении больных ИБС.

ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ

*Ходжаева С.Х., Рахимджанова М.Т., Ахмедова М.С.
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Известно, что сахарный диабет и беременность взаимно отягощают друг друга, в частности, наличие диабетической нефропатии(ДН) играет немаловажную роль в ухудшении состояний как матери, так и плода. Однако в литературе влияние беременности на ДН является объектом противоречивых дискуссий.

Целью исследования. Изучение почечной функции у женщин с сахарным диабетом 1 (СД1) типа во время беременности.

Материалы и методы исследования. Проведено ретроспективное исследование данных 14 женщин с СД1 в период беременности с различными исходными показателями функции почек в динамике. у 8 женщин функция почек не была нарушена; у 5 женщин выявлены умеренные и у 1 женщины тяжелые нарушения почечной функции, которой было рекомендовано прерывание беременности по медицинским показаниям, однако пациентка отказалась пролонгировать беременность. Всем исследуемым женщинам проводились оценка гликемического профиля, определение гликированного гемоглобина, общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, определение макроальбинурии; при отсутствии макроальбинурии – определение микроальбинурии; скорости клубочковой фильтрации (СКФ) (проба Реберга - Тареева), а также ультразвуковое исследование почек в первом и третьем триместрах беременности. Проводились консультации следующих специалистов – окулиста, акушер гинеколога, нефролога и подиатриста. Всем женщинам проводилась интенсифицированная инсулинотерапия.

Результаты. Проведенные исследования показали, что у женщин с исходно нормальными показателями почечной функции в первом триместре (СКФ – 137-

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

159мл/мин; протеинурия (ПУ) <0,3г/сут; креатинин (Кр) < 70 мкмоль/л) к третьему триместру отмечались незначительные отклонения от исходных величин (СКФ – 143-151мл/мин; ПУ+0,07г/сут; Кр +19мкмоль/л). В группе женщин с умеренными нарушениями почечной функции (с исходными значениями СКФ – 97–125 мл/мин; ПУ >0,3 и <1 г/сут; Кр >70 и <124мкмоль/л) наблюдалась небольшая тенденция к её ухудшению с течением беременности (ПУ+0,14г/сут и Кр +29 мкмоль/л). У женщины с тяжелым нарушением почечной функции (СКФ – 35мл/мин, ПУ >3г/сут и Кр >176мкмоль/л) на 16 неделе гестации, в связи с угрозой развития преэклампсии, проведено преждевременное прерывание беременности по жизненным показаниям.

Заключение. Таким образом, исходя из вышеизложенного следует, что при нормальных исходных показателях функции почек существенного ухудшения в период беременности не отмечалось. В то время как умеренные нарушения почечной функции, существующие еще до наступления беременности прогрессировали с её течением, а у 2х женщин присоединился гестационный пиелонефрит, требующий интенсивной терапии. Тяжелая ДН, в связи с угрозой развития преэклампсии, привела к необходимости проведения преждевременного прерывания беременности по жизненным показаниям.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ПОСЛЕ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ

Ходжелесова Р.А., Нурмухамедов Х.К.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Возросший интерес к проблеме лечебного питания в педиатрии в последнее время объясняется выявленными тяжелыми последствиями, возникающими при недостаточности питания у детей с хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, особенно в условиях низкого запаса питательных веществ и высокой напряженности обменных процессов, растущий организм быстро реагирует на недостаток нутриентов нарушением физического и психического развития, ослаблением естественного и приобретенного иммунитета. Учитывая важность фактора питания в структуре лечебного процесса, а также появления в арсенале врачей

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

новых питательных смесей особую актуальность приобретает рациональный выбор адекватной нутритивной поддержки у педиатрических пациентов.

Цель исследования. Изучить результаты лечения детей с хирургическими заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) за счет оптимизации нутритивной коррекции в послеоперационном (п/о) периоде.

Материалы и методы. Исследование проведено у 44 детей (3-15 лет), госпитализированных в клинику ТашПМИ, на оперативное лечение по поводу хирургической патологий органов ЖКТ, в двух группах. 1-я группа – при применении парентерального питания (гипералиментация по Дадрику) после абдоминальных операциях; 2-я группа – при применении Скандинавской методики энергетического обеспечения. Осуществлено клиническое исследование (масса тела, рост, индекс массы тела, индекс Кетле), определение периферической (АДс, АДд, АД ср динам.ЧСС) и центральной (ЭхоКГ) гемодинамики, метаболизма (общий белок, остаточный азот, электролиты).

Результаты и обсуждение. На основе клинических, антропометрических, биохимических и инструментальных методов дана оценка степени нарушения пищевого статуса детей с патологией ЖКТ в п/о периоде. Установлено, что у детей с кишечными свищами и патологией пищевода имеются различной степени выраженности расстройства питания, характеризующиеся уменьшением массо-ростовых показателей, снижением жировой и клеточной массы, снижением транстеретина, альбумина, общего белка и лимфоцитов. Установлено, что после операций на органах ЖКТ инфузии солевого парентерального раствора, обогащенного пектином, способствует раннему переходу на энтеральное питание.

У детей, оперированных по поводу перитонита, объем и состав ПП определялся выраженностью недостаточности питания и степенью функциональных нарушений ЖКТ. Причем, в связи с развитием в ближайшем п/о периоде вторичной лактазной недостаточности, установлена необходимость использования безлактозных лечебных смесей. При парезе кишечника, полное ПП обеспечивает все потребности организма в энергопластических субстратах и создает условия для развития репаративных процессов в зоне хирургического вмешательства. Адекватная нутритивная поддержка Нирмин 5-С, позволяет установить нормализацию показателей висцеральных белков, водно-электролитного состава тканей, метаболических расстройств.

Выводы. В раннем п/о периоде, при наличии функциональных нарушений ЖКТ, коррекцию пищевого статуса и метаболических расстройств

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

необходимо проводить на счет полного ПП, устраняющего гиперметаболическую реакцию организма на хирургическое вмешательство.

.

АВТОМОБИЛДАН ЖАРОХАТЛАНИШЛАРНИ ЭКСПЕРТ БАҲОЛАШДА СУД-ТИББИЙ МЕЗОНЛАРНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Н.Холёров, З.А.Улугов, Ш.И.Рўзиев

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент ш, Ўзбекистон

Транспорт жароҳатланиши структурасида автомо- бил халокати билан боғлиқ шикастлар етакчи ўринни эгаллайди. Автомобил жароҳатлари тўмтоқ қаттиқ жисмлар таъсирида етказиладиган жароҳатларни алоҳида тури сифатида қаралади ва унинг улуши тўмтоқ қаттиқ жисмлардан етказилган жароҳатлар орасида 75% гача, шундан салони ичи шикастланишлари эса автохалокат шикастлари ичида энг кўп кузатиладиган ҳолат ҳисобланади. Ҳозирда автомобиллар сони кўпайиши уларнинг конструктив хусусиятлари ўзгариши ва йўл транспорт ходисаларининг кўпайиши туфайли бу муаммонинг долзарблиги, ҳамда жабрланувчиларни салон ичида жойлашишини аниқлаш алоҳида муаммо бўлиб қолмоқда.

Тадқиқот объекти. Объект сифатида автомобилдан жароҳатланган 10 нафар 8-15 ёшлардаги эркак ва аёл жинсига мансуб болалар танлаб олинди ва уларнинг тан жароҳатлари таҳлил қилинди.

Тадқиқот предмети. Усул сифатида суд тиббий экспертизаларнинг ретроспектив таҳлили, шунингдек жабрланганларни визуал текшириш усуллари танлаб олинди.

Муҳокама. Автомобилдан жароҳатланишларда, жароҳатланишларнинг механизмларини таҳлил қилганимизда бош мия ва кўкрак қафаси, қорин бўшлиғи аъзоларининг қўшма шикастланишлари, 10/1 та ҳолатда (10,0%) кўкрак қафасининг ёпик шикасти. Юрак халтаси, юрак ва ўпкаларнинг ёрилиши, 10/1 та ҳолатда (10,0%) кўкрак қафаси ва қориннинг қўшма шикасти. Шунингдек юрак халтаси, юрак ва жигарнинг ёрилиши каби жароҳатлар ҳам кузатилагнлиги аниқланди.

Ёпик бош мия жароҳатлари ҳам кузатувларимиз ва таҳлилларимиз жараёнида аниқланди, яъни 10/3 та ҳолатда эса (30,0%) нафақат кўкрак қафасининг ёпик шикастланиши, уларга қўшимча ҳолатларда бош мия ёпик

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

жароҳатлари ва ўткир ички қон кетиш ҳолалари ҳам кузатилди. Ушбу ҳолатларнинг аксар қисмида жароҳатларнинг яқини ўлим тугаганлиги кузатувларимиз ва таҳлилларимиз натижасида ўз исботини топди.

Шунингдек автомобилдан жароҳатланишларнинг хос белгиларига ҳамоҳанг ҳолатда, барча автомобилдан жароҳатланган жабрланувчиларда шилинмалар, қон талашлар, шилинган яралар ва синиш ҳолатлари кузатувларимиздан четда қолмаганлиги исботланди.

Хулоса. Автотранспорт воситалари сонининг кун сайин кўпайиб бориши, унинг бошқаришда хавфсизлик ва йўл қоидаларига риоя этмаслик ҳолатларининг кўпайиши бу борада бир қатор профилактик чора тадбирларни ишлаб чиқиш лозимлигини кўрсатади.

РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ ТАШКЕНТСКОГО ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ИНСТИТУТА НА ПРЕДМЕТ ИНФОРМИРОВАННОСТИ О ТУБЕРКУЛЕЗЕ

Н.А. Хомова

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

По оценкам ВОЗ туберкулез является одной из 10 ведущих причин смерти в мире. В 2015 году этим заболеванием заболели 10,4 млн. человек и 1,8 млн. умерли от этой болезни. Более 95% случаев смерти от туберкулеза происходит в странах с низким и средним уровнем дохода. У 480000 людей в мире развился туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ - ТБ).

Цель. изучить информированности студентов - медиков о туберкулезе, как будущих врачей общей лечебной сети, для последующего адекватного и дифференцированного построения лекционных и практических занятий с максимальным усвоением пройденного материала.

Материалы и методы. было проведено анонимное анкетирование студентов 4,5,6,7 курсов педиатрического, медико – педагогического и лечебного факультетов ТашМПИ, проходивших обучение на кафедре Фтизиатрии.

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

Результаты и обсуждения. В исследовании приняли участие 49 респондентов, из которых было 20 (41%) мужчин и 29 (59%) женщин, в возрастном цензе от 21 до 28 лет. Среди опрошенных было 16 (33%) семейных и 33 (67%) холостых студента. 34 (69%) респондента оценили свои жилищно-бытовые условия как «очень хорошие», 13 (26%) – как удовлетворительные.

Об условиях труда, влияющих на возникновение туберкулёза, большинство респондентов перечислили правильные ответы. запыленность воздуха - 33 (67,34%); низкая температура - 31 (63,26%); нервно – эмоциональное напряжение - 30 (61,22%), однако на «проветриваемость помещений» и «занятие физической культурой» результаты были следующими -2 (4,08%) и 0% соответственно.

На вопрос. «Какой из перечисленных методов является наиболее точным при диагностике туберкулеза?» 45 (91,83%) респондентов дали правильный ответ - микроскопия мазков мокроты на наличие микобактерий туберкулёза. Однако, вместе с этим указав и другие. флюорография или рентгенография легких - 43 (87,75%), туберкулиновая проба (проба Манту) - 27 (55,10%).

Студенты – медики осознают, что для излечения (выздоровления) от туберкулеза необходимо своевременно обратиться в поликлинику (43 (87,75%)), не прерывать лечение (42 (85,71%)), принимать лекарства под контролем медицинского работника (41 (83,67%)), получить полный курс лечения (46 (93,87%)). Однако, «Какова продолжительность лечения впервые выявленного туберкулёза?» знают всего лишь 25 (51,02%) респондентов. Остальные указали следующие варианты. до 6 месяцев - 13 (26,53%), не менее 1 года - 9 (18,36%), не знаю - 3 (6,12%).

Вывод. из вышеизложенного следует, что студенты – медики, ранее проходившие обучение на кафедре (6, 7 курсы) на предыдущих курсах и уже начавшие курс обучения, более осведомлены в вопросах фтизиатрии, чем те курсы, которые впервые проходят обучение на кафедре. Однако, даже повторяя пройденный материал студенты – медики плохо ориентируются в вопросах профилактики, путей передачи, методах диагностики и продолжительности курса лечения больных туберкулезом легких. А это в свою очередь в будущем может привести к нон – комплаенсу как со стороны пациентов, так и со стороны медицинских работников. Следовательно, необходимо акцентировать внимание студентов – медиков на вышеперечисленных аспектах.

**СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ НСV
ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ РАЗЛИЧНЫХ СОПУТСТВУЮЩИХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Худайбердиева Ч.К., Таджиев Б.М.

*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 100 000 человек, а среди детей — 1,84 на 100 000 человек. Инфекция, вызываемая вирусом гепатита С, является одной из главных причин хронических заболеваний печени. У детей основным путем передачи вируса является трансплацентарный путь от матери к плоду. Несмотря на то, что так называемое «спонтанное излечение» у детей отмечается чаще, чем у взрослых, 40-60% из них заболевают хроническим гепатитом С (ХГС). Вирусные гепатиты занимают одно из ведущих мест в инфекционной патологии человека. Высокий уровень заболеваемости, развитие хронических форм нередко заканчивающихся циррозом печени или гепатоцеллюлярной карциномой, высокая летальность и значительные экономические потери определяют значение этих инфекций для многих стран мира, в том числе и для Узбекистана. Известно, что для всех республик Центрально-Азиатского региона СНГ проблема вирусных гепатитов является одной из центральных. Изучение влияния сопутствующих заболеваний на клиническое течение хронических вирусных гепатитов С является актуальным и представляет собой одну из первостепенных задач современной инфектологии.

Цель. изучить особенности клинического течения НСV инфекции у детей на фоне различных сопутствующих заболеваний.

Материалы и методы. проведено клиническое наблюдение и изучение историй болезни и данных лабораторных исследований 37 больных детей в возрасте до 14 лет с ХВГС, планируется следующее распределение по группам с генотипом 1 – 12 больных, с генотипом 2 – 13 больных, с генотипом 3 – 12 больных, находившиеся на стационарном лечении в НИИ Вирусологии МЗ РУз. В первой группе у 6 больных анемии, у 8 больных отмечается нарушение микробиоценоза кишечника, 4 больных с аллергическими заболеваниями. Во

второй группе у 6 больных анемия, дети с нарушением микробиотиноза кишечника-6, 3 детей страдают аллергическими заболеваниями. В третьей группе 4 больных страдают анемией, у 6 больных встречается нарушения микробиотиноза кишечника, у 2 детей имеются аллергические заболевания.

Вывод. наиболее часто встречаются сопутствующие заболевания у детей первой группы детей (анемия 50%, НМК у 8 детей 66,6%, аллергические заболевания 33,3%) во второй группе (анемия 46,1%, НМК 46,1%, аллергические заболевания 23%) в третьей группе (анемия 33,3%, НМК 50%, аллергические заболевания 16,6%). В первой группе заболевание протекает более выражено, чем у детей 2 и 3 групп.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ПОРАЖЕНИЯ ПЛЕВРЫ У БОЛЬНЫХ С ТУБЕРКУЛЕЗ/ВИЧ ИНФЕКЦИЕЙ

Худоеров И.Б., Рашидов З.Р., Манашова А.Р.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. В современных условиях все большую актуальность приобретает проблема сочетания туберкулёза и ВИЧ-инфекции, а также своевременно выявления этой сочетанной патологии.

Цель исследования. оценка значимости ультразвукового исследования (УЗИ) в определении поражения плевры у больных ВИЧ/ТБ.

Материалы и методы. Для решения поставленных задач выполнен анализ данных 80 больных ВИЧ-инфекцией с впервые выявленным туберкулёзом.

По половому составу больные не отличались, мужчин - 42 человек (45,6%), женщин- 38 человека (54,4%). Большинство больных были в возрасте от 28 до 46 лет. При поступлении всем больным проводилось традиционное обследование, включающее клинические, лучевые и лабораторные исследования.

Всем больным проводилось традиционное рентгенологическое исследование (ТРИ), КТ и УЗИ по стандартной методике.

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

Результаты. Изменения в области плевры были выявлены у 80 больного. Для определения роли ультразвукового исследования при оценке плевральных изменений у больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией проведена сравнительная оценка результатов различных методов лучевой диагностики. Из 80 больного с изменениями в плевре, выявленными при УЗИ, только у 48 больных (60% - $p < 0,01$) были обнаружены плевральные изменения методом традиционной рентгенографии.

При сравнении результатов УЗИ и компьютерной томографии несовпадение результатов было минимальным. Выявление утолщений плевральных листков было выявлено у 31 больного как при УЗИ, так и при компьютерной томографии. Наличие плеврального выпота при КТ было установлено у 27 из 30 больных с жидкостью в плевре, выявленной при УЗИ. По данным компьютерной томографии, у этих больных было констатировано «утолщение листков плевры», что следует расценивать как ограничение возможностей метода КТ при выявлении небольших объемов жидкости (до 60 мл), что соответствует литературным данным, из которых следует, что при эхографии малые объемы и структура выпота лучше визуализируется

Выводы. Таким образом, исследование показало, что ультразвуковая диагностика по сравнению с ТРИ 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.

К ЛЕЧЕНИЮ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА БЕРЕМЕННЫХ АРОМАТЕРАПИЕЙ

*Худойбердиева Ф.Ф., Карабаев Х.Э., Джаббарова Д.Р.,
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность проблемы. Вазомоторный ринит, возникающий во время беременности, именуемый как назальная обструкция, или ринит беременных, является распространенным состоянием. В основе ринита беременных лежит

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

изменение гормонального статуса беременных женщин. По некоторым данным он развивается у 5–32 % беременных женщин, по другим – у каждой второй – пятой женщины в период гестации. Ароматерапия это физический метод, рекомендованных для лечения и оздоровления ЛОР органов. В Узбекистане для ароматерапии часто используют гармалу (исирик) и базилик (райхан). Применяемые эфирные масла этих трав при ароматерапии обладает многогранным действием и охватывает практически все системы организма.

Цель исследования повышение эффективности лечения вазомоторного ринита беременных с применением ароматерапии.

Материал и методы исследования. Нами исследованы 40 больных женщин. 20 женщин- 2 триместра и 20 женщин- 3триместра. Дыхательная среда создается при помощи аппарата «Фитотрон» путем подачи в помещение летучих компонентов эфирных масел гармалы и базилика с заданной оптимальной лечебной концентрацией.

После курса лечения ароматерапией 38 пациенток (95%) оценили результаты терапии как хорошие и удовлетворительные, 2 пациентки (5%) уменьшения выраженности симптомов вазомоторного ринита не отметили. Ухудшения клинических признаков у беременных женщин, получивших лечение, не было.

Выводы. Применение ароматерапии гармалы и базилика благоприятно влияет на течение заболевания и дает клинический эффект до 95% случаев.

ОСОБЕННОСТИ МЕТОДОВ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Хушиев З.А., Нурмухамедов Х.К.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Операции на печени у детей (эхинококк печени, порталная гипертензия, билидигистивные аностомозы) являются высокотравматичными, учитывая высокую рефлексогенность «верхнего этажа» брюшной полости, большие объемы интраоперационных кровопотерь, длительные периоды ишемии печени с последующей реперфузией, выраженность печеночной дисфункции в периоперационном периоде. Несмотря на значительные достижения в хирургии

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

печени, основными остаются проблемы интраоперационного гемо-билиостаза, гемодинамические, гемостезиологические, коньгационные ситуации, нуждающиеся в необходимых решениях. Акцент анестезии нуждается в некоторых дополнениях, исследование которых включают в себя пролонгирование ингаляционной анестезии пропофолом

Цель исследования. Сравнение, с позиций безопасности и эффективности многокомпонентных сбалансированных анестезий при операциях на печени, на основе изофлюрана и внутривенной анестезии на основе пропофола.

Материалы и методы. В рамках исследования проведен анализ анестезий у 51 ребенка (3-6 лет), в плановом порядке поступивших на оперативное лечение по поводу портальной гипертензии, эхинококка печени. Проведено исследование в двух группах. 1-я группа – при применении ингаляционных методов анестезиологического пособия на основе изофлюрана; 2-я группа – при применении разработанной схемы анестезиологического обеспечения комбинированной анестезии на основе пропофола. Проведено исследование печени методом УЗИ, лабораторные методы, мониторинг периферической (АДс, АДд, АД ср. динам., ЧСС) и центральной (ЭхоКГ) гемодинамики, сатурации кислорода в крови.

Результаты и обсуждение. Среднее АД менялось незначительно на этапах операции при обеих методиках анестезии. ЧСС несколько увеличивалось на этапах мобилизации печени и диссекции в обеих группах. Во 2 гр. показатели ЧСС превышали аналогичные в 1 гр. на 10% (на этапе диссекции $79,87 \pm 8,95$ и $69,83 \pm 10,5$ в 1 мин соответственно). Сердечный индекс (СИ) увеличивался на этапе мобилизации печени и диссекции в обеих группах на 10%, сердечный выброс (СВ) напротив, на этапе мобилизации несколько увеличивался, на диссекции снижался в обеих группах. Если общее периферическое сопротивление сосудов (ОПСС) в 1 группе оставалось стабильным на всех этапах операции, то во 2 гр. снижался на диссекции примерно на 15% от исходного. Ударный объем (УО) практически не претерпевал изменений и снижался на этапах мобилизации и диссекции на 20% при методике ТВА, хотя к концу операции показатели возвращались к исходному. Изменения показателей легочной гемодинамики, внутрилегочного массообмена и системного газообмена в обеих группах были схожи.

Потребление кислорода (VO_2) снижалось интраоперационно у детей в обеих группах и к этапу ушивания были меньше исходных показателей на 54% в 1 гр и на 51% во 2 гр. Показатели транспорта кислорода (TO_2) имели тенденцию к

снижению интраоперационно и к этапу ушивания были меньше исходных показателей на 10%.

Выводы. Применение для поддержания анестезии, при патологии печени, методик ингаляционной анестезии и ТВА обеспечивает гемодинамическую стабильность, адекватную анестезиологическую защиту, вызывая меньшее повреждающее действие на гепатоциты.

ИЗМЕНЕНИЯ УГЛОВ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У ГРУДНИЧКОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ УЗИ

Шавкатов У.Ш., Буриев М.Н., Норбекова Ш.М.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Ультразвуковую диагностику тазобедренных суставов назначают практически всем младенцам в возрасте от одного до трех месяцев. Тазобедренный сустав у каждого новорождённого недоразвит. Активный процесс его «дозревания» происходит в течение первого года жизни, но особенно интенсивно в первый месяц. По ряду причин у 2-5 процентов младенцев формирование тазобедренного сустава с рождения идет неправильно, тогда ставится диагноз дисплазия. Различаются разные степени болезни. первая – предвывих, вторая – подвывих, самая сложная – вывих, что при отсутствии лечения приводит к хромоте. Чтобы исключить неприятные последствия, не пропустить развитие болезни, в месяц ребенка полагается показать ортопеду, который направит на ультразвуковое обследование для малыша.

Тревожным сигналом для родителей могут стать следующие проявления.

- при разведении ножек малыша их движение ограничено;
- сустав «щелкает», похрустывает;
- складки у ягодиц неравномерны, разные по глубине;
- если в положении лежа на спине ребенку согнуть ножки, то одна коленка выглядит выше другой.

Особой подготовки малыша не требуется, условие одно. он должен быть сыт и спокоен. Обычно диагностика занимает считанные минуты. Специалист оценивает угол установки головки бедренной кости по отношению к

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

вертлужной впадине (той части тазовой кости, куда входит бедренная кость), состояние кости, окружающих бедра тканей.

Врач УЗИ на полученном «снимке» проводит три линии, образующие углы альфа (а), бета. Обращает внимание на то, насколько сформированы ядра окостенения. Показатели классифицируют по таблице Графа, угол альфа показывает, насколько правильно развивается купол вертлужной впадины у вашего малыша. Второй угол, называемый бета, дает представление о развитии хрящевой зоны. В норме у новорождённых первых двух – трех месяцев размер угла альфа более 60 градусов, угла бета – меньше 55. По мере роста данные изменяются. Начиная с четырех месяцев, при подозрении на дисплазию ребенка направляют на рентгеновский снимок суставов.

При показании угла альфа от 43 до 49 градусов, бета более 77 ребенку ставят диагноз подвывих, при угле альфа менее 43 градусов – вывих. Различается четыре типа данной ортопедической патологии.

1 тип	Норма	А – ТБС сформирован правильно, В – хрящевая пластинка расширена, укорочена
2 тип	Задержка	А – замедленное формирование (до 3 мес.), В – замедленное формирование (после 3 мес.), необходимо ортопедическое лечение, С – предвывих
3 тип	Подвывих	А – головка бедренной кости несколько смещена относительно вертлужной впадины, хрящевая структура без изменений, В – есть структурные изменения
4 тип	Вывих	ТБС развит неправильно, хрящевой выступ не покрывает головку бедренной кости

Родителям важно проявлять бдительность, не пропустить болезнь. Чем раньше выявить дисплазию, тем эффективнее она поддается лечению. Если наблюдается один из тревожных симптомов, не стоит дожидаться очередного скрининга (он проводится в 1, 3, 6, 12 месяцев), сразу показывайте ребенка ортопеду, при необходимости сделайте повторную УЗИ диагностику.

**ЭНДОТЕЛИЙОПОСРЕДОВАННЫЙ АНТИИШЕМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ
L-аргинина У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

Шайдуллаев Н., Аляви Б.А., Атаходжаева Г.А.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Эндотелиальная дисфункция (ЭД) является одним из ведущих патогенетических механизмов большинства заболеваний сердечно-сосудистой системы, и прежде всего ишемической болезни сердца. В настоящее время активно используются препараты, которые являются источником оксида азота, наиболее важного продукта сосудистого эндотелия, обладающего вазодилатирующими свойствами. Среди таковых на отечественном фармацевтическом рынке занимает важное место препарат L-аргинин (Тивортин).

Цель исследования - изучить структурно-функциональные свойства эндотелия артериальных сосудов у лиц с ишемической болезнью в процессе лечения L-аргинин.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 60 пациентов с диагнозом ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения II-III функционального класса (Классификация ИБС 2000 г., IV съезд кардиологов Узбекистан) без клинически значимой сопутствующей патологии. В качестве контрольной группы было обследовано 25 человек без клинических признаков сердечнососудистой патологии. Группа контроля была сопоставима по возрасту с основной группой (средний возраст составил $51,33 \pm 1,36$ лет).

Пациенты первой группы в составе комплексной терапии, включавшей антиангинальные, антитромбоцитарные препараты, перорально принимали препарат «Тивортин» (Юрия-Фарм, Украина) в растворе, суточная доза 3 г (в три приема) на протяжении 12 недель (5 мл раствора содержат L-аргинина аспартат 1 г (L-аргинина 0,57 г, кислоты аспарагиновой - 0,43 г)), после чего по исследования было рекомендовано стандартная комплексная терапия ИБС, включавшее бета адреноблокаторы, антиагреганты и нитраты. Для оценки функционального состояния эндотелия брахиальной артерии (D.S.Celermajer (1992) оценивали её диаметр, скорость кровотока в покое, после пробы с реактивной гиперемией и фармакологической пробы с нитроглицерином.

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

Результаты исследования. Исходно не было получено достоверных различий по изучаемым показателям у лиц 1-й и 2-й групп, в то же время, у пациентов 1-й группы отмечено снижение функции сосудистого эндотелия рассматриваемой артерии, это проявлялось достоверными отличиями при сравнении показателя ЭЗВД - на 63,85% ($p < 0,05$). У пациентов 1-й группы в сравнении с данными практически здоровых лиц разница по показателю ЭНВД также оказалась достоверной и составила 39,35% ($p < 0,05$). Во 2-й группе различия с контрольной группой по показателю ЭЗВД равнялись 27,62% ($p < 0,05$), по показателю ЭНВД - 35,82% ($p < 0,05$). После проведенного лечения было отмечено, что у лиц, принимавших L-аргинин, зарегистрировано восстановление функции сосудистого эндотелия, что проявлялось увеличением ЭЗВД на 182,31% ($p < 0,05$), во 2-й группе динамика составила всего 32,62% ($p < 0,05$), ЭНВД в 1-й группе выросла на 49,92% ($p < 0,05$), во 2-й группе - на 24,69% ($p < 0,05$). После курсового лечения с использованием L-аргинина отмечено достоверно более высокое значение ЭНВД в сравнении с данными пациентов, которые были ограничены приемом базисной терапии.

тельностью ишемических эпизодов миокарда по результатам корреляционного анализа.

Выводы.

1. У больных с ишемической болезнью сердца выявлены нарушения функции сосудистого эндотелия, характеризующиеся снижением эндотелийзависимой дилатации плечевой артерии.
2. Применение L-аргинина в составе комплексной терапии у больных с ишемической болезнью сердца на протяжении 3 месяцев способствовало восстановлению функционального состояния сосудистого эндотелия.

СОСТОЯНИЕ ВИЛОЧКОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Шамансурова И.А., Фазилов А.А.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Вилочковая железа осуществляет взаимодействие иммунной и эндокринной систем систем. Этот факт имеет особое значение у

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

детей раннего возраста, поскольку иммунная и нейроэндокринная системы обеспечивают нормальное развитие ребенка, поддерживают иммунологическую толерантность, способствуют адаптации к факторам окружающей среды. Нарушение функций тимуса приводит к иммунной недостаточности, эндокринопатиям, аллергии, аутоиммунным расстройствам, на фоне которых усугубляется течение практически любого заболевания. Однако диагностика патологии вилочковой железы затруднена из-за отсутствия четких клинических проявлений и патогномоничных симптомов.

Цель работы. Оптимизировать диагностику тимомегалии путем совершенствования методов ультразвукового исследования вилочковой железы в норме и у часто болеющих детей (ЧБД) раннего возраста.

Материал и методы. Обследовано 89 ЧБД и 30 здоровых детей раннего возраста.

Результаты. Проведена сравнительная характеристика УЗИ и рентгенографических исследований. У 32 детей раннего возраста с ОРВИ, у которых при УЗИ была установлена тимомегалия I-III ст., анализ рентгенограмм грудной клетки свидетельствовал об увеличении вилочковой железы различных степеней только у 24 (71,9%) из них ($p < 0,05$ в сравнении с методом УЗИ). Среди оставшихся 8 пациентов 3 ребенка по данным УЗИ имели тимомегалию II ст. и 5 - тимомегалию III ст.

Установлено, что ОРВИ у детей раннего возраста с тимомегалией в сравнении с общей популяцией характеризуется менее благоприятным течением. Последнее проявляется большей длительностью и тяжестью заболевания, частым развитием бактериальных осложнений и бронхообструкции. Выявленные особенности наиболее характерны для детей с тимомегалией II–III степени.

Выводы. Таким образом, метод ультразвукового исследования вилочковой железы у детей раннего возраста является высокоинформативным, экономически доступным способом получения изображения для оценки размеров, паренхимы, кровотока, что полностью исключает применение рентгенографии.

Определены нормативные показатели вилочковой железы у детей разных возрастных групп от 3 месяцев до 3 лет. Значения выше верхних пределов нормы соответствуют синдрому увеличенной вилочковой железы. Изменения паренхимы вилочковой железы у детей раннего возраста сочетаются с перенесенными инфекционными заболеваниями, в большом проценте случаев встречаются при аллергических заболеваниях.

**КЛИНИКО ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ
С ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ**

Шарипова Р.Ф., Абдуразакова З.К. Аташикова Р.М.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Инфекционный (септический) эндокардит (ИЭ) – воспалительное поражение клапанных структур сердца, пристеночного эндокарда, эндотелия в зоне врожденного порока магистральных сосудов, обусловленное прямым внедрением возбудителя и протекающее чаще всего по типу сепсиса, остро или подостро, с циркуляцией возбудителя в крови, эмболиями, иммунологическими изменениями и осложнениями. Чаще всего поражаются митральный (МК) и аортальный (АоК) клапаны, реже – трикуспидальный клапан (ТК), как правило, у инъекционных наркоманов. Частота осложнений (сердечная недостаточность, эмболии, септическая аневризма) остается высокой даже при правильном лечении, в 10% случаев ИЭ возникает повторно. В отсутствии лечения ИЭ обычно приводит к смерти.

Целью настоящей работы является показать разнообразие поражения клапанов сердца у больных с ИЭ.

Материал и методы исследования. На базе клиники ТашПМИ обследовано 15 больных с ИЭ. 8 мальчиков, средний возраст $6,5 \pm 4,8$ лет, от 3 до 18 лет; и 7 девочек, средний возраст $6,8 \pm 4,2$ лет от 3 до 18 лет. Всем пациентам проводилось клинические и эхокардиографическое (ЭХОКГ) исследования.

Результаты исследования. Клиническая симптоматика ИЭ появляется в основном через 2 недели с момента возникновения бактериемии. Наиболее ранний и частый симптом заболевания – лихорадка (в большинстве случаев – неправильного типа) с ознобом различной выраженности 100% и последующим профузным потоотделением 80% случаях. Характерны быстрая утомляемость, нарастающая слабость, анорексия и потеря веса в 60%. Нередки распространенные артралгии и миалгии, головные боли, боли в сердце 50%, носовые кровотечения 20%. Так называемые «периферические» симптомы ИЭ у детей и подростков, в отличие от взрослых, встречаются значительно реже (5%). При анализе ЭхоКГ показателей определено уплотнение створок клапанов диагностировано у всех больных (n = количество человек). МК – $n=3$, ТК – $n=2$, АоК $n=2$, МК и ТК $n=7$, МК и АоК $n=1$. Формирование

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

недостаточности клапанов выявлено у 12 человек (80% случаев). трикуспидальная недостаточность (ТН) n=6 (40%), аортальная недостаточность (АоН) n=3 (20%), митральная недостаточность (МН) и АоН – n=2 (13,3%), МН и ТН – n=1 (6,7%). Вегетации обнаружены у 10 человек (66,6%); чаще наблюдались на ТК (n=6), реже – на АоК, МК (n=4). Кальциноз МК и АК выявлен у 3 больных, стеноз АоК – у 1 человека.

Таким образом, при ИЭ происходит значительная морфофункциональная перестройка МК, ТК и АоК. Полиморфная картина поражения клапанов по данным ЭХОКГ является косвенным отражением разнообразного клинического течения данного заболевания, а также необходимости использования дифференцированных подходов в диагностике и лечении ИЭ.

КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ПЕРИКАРДИТА У ДЕТЕЙ

Шарипова Р.Ф., Ходжиметов Х.А.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность исследования. Перикардит, как поражение сердечной оболочки сердца, редко является самостоятельным заболеванием, обычно недуг развивается в результате осложнения различных заболеваний. Вирусные и бактериальные инфекции, ревматизм или туберкулез, воспаление легких, системное поражение соединительной ткани, опухолевые процессы, аутоиммунные и аллергические реакции в состоянии провоцировать воспаление перикарда.

Целью исследования явилось изучение ранних клинико-диагностических критериев перикардита у детей.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в кардиоревматологическом отделении клиники ТашПМИ, за период с 2013 по 2016 годы. В исследование были включены 12 детей с установленным диагнозом перикардит. Средний возраст детей составил $6 \pm 5,5$ лет.

Результаты исследования. Четко очерченной клинической картины при перикардите не наблюдалось. Клинические признаки перикардита скрывались за симптомами основного заболевания с утяжелением клинической

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

симптоматики в виде нарастающей интоксикации в 80%, одышки 100%, сердечной недостаточности 55% и нарушения периферического кровообращения 50%. Такой специфический симптом, как шум трения перикарда, у детей выслушивался редко в 41,6%, более характерным в нашем исследовании определялась глухость сердечных тонов 66,6% случаях. При физикальном обследовании выраженность клинических симптомов зависела от количества экссудата в полости перикарда.

Малое пульсовое давление крови, отсутствие прекардиальной пульсации, приглушенные тоны сердца и парадоксальный пульс свидетельствуют о значительном количестве жидкости.

Клиническая диагностика затруднена. Наиболее информативными методами остаются ультразвуковое исследование сердца и рентгенография. На ЭКГ отмечаются разнообразные изменения. Характерным электрокардиографическим признаком является низкий вольтаж комплекса QRS в 25%, который обусловлен затуханием электрического сигнала при прохождении его через слой жидкости в полости перикарда. Давление жидкости, оказываемое на миокард, может вызывать незначительный подъем сегмента ST от изолинии в грудных отведениях в 18%. Генерализованная инверсия зубца T обуславливается сопутствующим миокардитом 25%. При небольшом выпоте в перикард на ЭКГ изменений не обнаруживается. На рентгенограмме грудной клетки при значительном выпоте в 32% определяется расширение тени сердца в виде «графина». Легочные поля прозрачные.

При эхокардиографии визуально определяется объем выпота между эпикардом и перикардом. Выпот, скопившийся в заднем отделе полости, регистрируется за эпикардом ЛЖ до участка соединения ЛЖ и предсердия. Выпот, скопившийся в переднем отделе, располагается между грудной стенкой и передней стенкой ПЖ.

Таким образом, эхокардиография является сновным методом в диагностике перикардита у детей.

**ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ,
ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ**

Шахавутдинова Н. Д., Мухитдинова М. И.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Прослеживается четкая тенденция роста заболеваемости бронхиальной астмой. По данным международных исследований, в развитых странах мира около 5% взрослого населения и почти 10% детей страдают этим недугом.

Цель и задачи исследования. Обеспечить эффективную и безопасную фармакотерапию бронхиальной астмы, изучив взаимодействие применяемых лекарственных средств.

Материалы и методы. Проведен анализ литературных данных по фармакотерапии бронхиальной астмы.

Результаты исследования и их обсуждение. Все препараты, которые используются для лечения бронхиальной астмы, делятся на две группы. базисные, обладающие противовоспалительным эффектом, и симптоматические, обладающие бронхолитической активностью.

К базисным препаратам относятся глюкокортикостероиды, стабилизаторы тучных клеток (кромоны) и ингибиторы лейкотриенов. Ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) показаны всем больным с персистирующей астмой. В отличие от системных стероидов, которые, являются средством выбора при острой тяжелой астме, ингаляционные препараты не имеют тяжелых побочных эффектов. Кромоны с успехом применяются для лечения детской астмы и астмы у подростков. Ингибиторы лейкотриенов (аколат, сингуляр) эффективны в лечении больных с аспириновой формой бронхиальной астмы. β_2 -агонисты являются наиболее эффективными бронхолитиками, особенно ингаляционные формы. На фармакологическом рынке имеется группа препаратов, которые представляют собой комбинацию противовоспалительных и бронхолитических средств (серетид, симбикорт). Кортикостероиды увеличивают синтез β_2 -адренорецепторов в слизистой бронхов, повышают чувствительность этих рецепторов к действию β_2 -агонистов.

Вывод. 1. Применение комбинированных препаратов ИГКС и β 2-агонистов целесообразно во всех случаях персистирующей астмы, когда не удается достичь хорошего контроля над заболеванием только назначением ИГКС.

2. Совместное применение антихолинергических препаратов (ипратропиум бромид и окситропиум бромид) с β 2-агонистами, усиливает действие этих препаратов, оказывает выраженный бронхолитический эффект, особенно при среднетяжелой и тяжелой астме.

3. Ингибиторы лейкотриенов в сочетании с ИГКС потенцируют действие друг друга, что позволяет снизить дозу ИГКС.

ПРОЯВЛЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ЭНТЕРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Шерматова З.А., Ахмедова Ш.У.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

В связи с ростом заболеваемости сахарного диабета (СД) типа 1 среди детей, большой социальной значимостью данной проблемы из-за ранней инвалидизации и смертности, а также, учитывая, что СД типа 1 является хроническим заболеванием, на первый план выходит задача по изучению факторов, отягощающих его течение, и поиску способов их коррекции. При СД типа 1 наблюдается поражение многих органов и систем, в том числе отмечены нарушения функции и морфологии желудочно-кишечного тракта и изменения микробиоценоза кишечника. Одной из важных функций нормальной микрофлоры является непосредственное участие в формировании иммунологической реактивности организма; может быть эндогенная интоксикация кишечника происхождения, выраженность которой и влияние на резистентность организм зависят от участия эндотоксина, входящего в состав клеточной стенки всех грамотрицательных бактерий.

Фактором, способствующим избыточному поступлению эндотоксина в системный кровоток при СД типа 1, могут быть дисбактериоз кишечника, который выявляется у 87-100% структурно-функциональные изменения ЖКТ, диабетическая нейропатия. Большинство исследователей чаще всего связывают

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

желудочно-кишечную симптоматику СД с диабетической автономной нейропатией (ДАН). Наиболее частыми проявлениями гастроэнтерологической формы ДАН являются заболевания пищевода, желудка, тонкой и толстой кишки.

Вместе с тем до настоящего времени многообразие интестинальных симптомокомплексов при СД должным образом не систематизировано, не уточнено соотношение морфологического и функционального компонентов, а также участие энтерогормонов в их формировании. Указанное осложняет дифференциацию ДЭ с сопутствующими СД заболеваниями тонкой и толстой кишок, и может служить причиной существенного расхождения данных о частоте диабетического поражения кишечника. Под действием ряда причин могут развиваться нарушения кишечника - качественное и количественное изменение состава нормальной микрофлоры организма. Причины его формирования весьма разнообразны. Это и нерациональная антибиотикотерапия, и действие токсических веществ, и инфекционные заболевания (сальмонеллез, дизентерия), и соматические заболевания (сахарный диабет, онкологические заболевания), и лучевая и гормонотерапия (лечение прогестероном или кортикостероидами нередко сопровождается развитием кандидоза - как проявления дисбактериоза), а также иммуно- и витаминдефицитные состояния.

Таким образом, мало изучен характер метаболических нарушений у больных СД, осложненным диабетической энтеропатией (ДЭ), что в свою очередь может привести к повышению проницаемости кишечной стенки, нарушению процессов пищеварения, водно-солевого обмена, детоксикации экзогенных и эндогенных субстратов и нарушению иммунитета организма, у данных больных необходима коррекция микрофлоры кишечника.

ФАРМАКОТЕРАПИЯ ЗАПОРОВ У ДЕТЕЙ

Шораимова З. Б., Мухиддинова М.И.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Частота встречаемости запоров у детей до года составляет 17,6%, а в более старшем возрасте 10-25%. Выбор эффективного лечения хронических запоров у детей является серьёзной проблемой для педиатров.

Цель и задачи исследования. Выбор эффективных и безопасных препаратов для лечения запоров у детей.

Материалы и методы. Проведен анализ литературных данных по фармакотерапии запоров у детей.

Результаты исследования и их обсуждение. Хронический запор-стойкое или интерметирующее, продолжающееся более 6 месяцев, урежение возрастного ритма акта дефекации, сопровождающееся вынужденным настуживанием, чувством неполного опорожнения кишечника, изменением формы и характера стула. Фармакотерапия запора должна быть направлена на лечение основного заболевания, приведшего к хроническому запору. Необходимо уделять большое внимание диетотерапии. У детей раннего возраста главным аллергеном является белок коровьего молока, поэтому при аллергии к нему необходимо исключить коровье молоко и продукты его содержащие. При лактазной недостаточности рекомендуются адаптированные молочные смеси со сниженным содержанием лактозы. Обязательно регулярное употребление кисломолочных продуктов. В диете детей всех возрастов, страдающих запорами, целесообразно использовать продукты, содержащие пищевые волокна. Основной задачей терапии при лечении запоров является восстановление нарушенного пассажа кишечного содержимого и регулярное опорожнение кишечника, чему способствуют метаболиты бифидо- и лактобактерий. Всем детям с запорами рекомендуются препараты, содержащие бифидобактерии и лактобактерии (линекс, бифидумбактерин, наринэ и др.).

В качестве эффективных и безопасных слабительных средств в педиатрии хорошо зарекомендовали себя препараты лактулозы (дюфалак, нормазе, лактусан, прелакс), которые могут применяться с рождения, доза подбирается индивидуально, длительность приёма не ограничена, т.к. привыкания к ним не наблюдается. Устранить вялую работу кишечника призваны прокинетики

(домперидон), нормализующие стул, снимающие боли в животе и устраняющие вздутие кишечника. При спазмах кишечника, детям назначают спазмолитики. но-шпу, папаверин, мебеверин, красавку в свечах.

Вывод. Фармакотерапия запора должна проводиться строго индивидуально с учётом этиологии заболевания.

ВАЖНОСТЬ РАННЕГО РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

Шукурова М.А., Муминова Л.Р.

*Ташкентский Государственный педагогический университет им.Низами г.
Ташкент, Узбекистан*

Актуальной проблемой среди детей с речевыми нарушениями дошкольного возраста является проблема дизартрии, которая имеет тенденцию к значительному росту. Неразборчивая речь при дизартрии обусловлена расстройствами артикуляции, нарушением речевого дыхания, голосообразования. 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, т.е. ведут к возникновению у детей закомплексованности, мешая им учиться и в полной мере раскрыть свои способности и интеллектуальные возможности.

Забота нашего государство о детях с речевыми расстройствами проявляется не только в создании дифференцированной сети дошкольных учреждений, но и в систематическом повышении уровня образования таких детей.

Основные задачи обучения детей с различными видами отклонений расстройства речи включают в себя не только коррекцию ведущего дефекта, но и подготовку к школе, обучению грамоте. В этот период особое значение имеет владение ребенком правильного произношения звуков и слов. Дефектное произношение необходимо устранить еще в дошкольном возрасте, до того, как оно превратятся в сложный, стойкий дефект. Важно знать, что письменная речь формируется на основе устной речи. Поэтому занятия должны включать в себя развитие всех сторон устной речи. словаря, звукопроизношения, грамматический строй речи и связной речи.

Нарушения звукопроизношения при дизартрии проявляются в разной степени и зависят от характера и тяжести поражения нервной системы. В легких случаях имеются отдельные искажения звуков, «смазанная речь», в более тяжелых, наблюдаются искажения, замены и пропуски звуков, страдает темп, выразительность, модуляция, произношения становится невнятным. Все эти нарушения, если их вовремя не исправить в детском возрасте, вызывают трудности общения с окружающими, а в дальнейшем влекут за собой определенные изменения.

Таким образом. Комплексность всех компонентов речи обеспечивает речевую готовность к обучению в школе у детей еще в раннем возрасте, и важно, своевременное устранение вторичных отклонений психического развития, что формирует всестороннее развитие физических и умственных способностей детей.

ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩЕЙ РАБОТЫ У ДЕТЕЙ С ЙОДДЕФИЦИТНЫМ СТАТУСОМ, ИМЕЮЩИХ НАРУШЕНИЯ РЕЧИ

Шукурова М.А., Муминова Л.Р.

*Ташкентский Государственный педагогический университет им. Низами г.
Ташкент, Узбекистан*

Дефицит йода в организме приводит к тяжелым последствиям для здоровья. Особенно чувствительны к этому микроэлементу дети. Недостаток йода вызывает задержку психического, физического и полового развития, снижению интеллектуальных способностей, нарушения речи. Проблема развития речи постоянно привлекает внимание врачей-педиатров, педагогов, дефектологов, психологов, физиологов, а также их родителей. Главной задачей всех специалистов, является работа по более эффективной и успешной социальной адаптации детей к взрослой жизни и подготовка их к профессиональному труду. Детям с особыми образовательными потребностями необходимо овладеть всеми навыками, которые смогут помочь им в общении с окружающими.

Нарушения речи у детей с сохраненным слухом и первично сохраненным интеллектом имеют различные формы, характеризующиеся особенностями

клинической симптоматики, в отличие от детей с нарушением интеллекта. Несмотря на то, что они имеют разное происхождение и структуру нарушения, можно выделить единство клинических проявлений – позднее начало развития речи, нарушение произношения и фонемообразования.

В работе с детьми большое значение играет организация правильной подготовки работы в этой области, начиная с включения раннего детства, дошкольного возраста и, заканчивая программой развития речи в условиях школы. Используя подходящие методы и средства, создавая жизненные ситуации, требующие от детей фразовых ответов, педагог добивается заметного и быстрого развития умственных и речевых способностей.

Специальное обучение детей с нарушениями речи является эффективным лишь тогда, когда оно проводится планомерно и систематически. Разработан ряд методических систем, пригодных не только для индивидуального, но и фронтального обучения детей.

Наиболее оптимальные условия для работы над связной устной речью осуществляется на занятиях по развитию речи в связи с изучением предметов и явлений окружающей действительности. Продуктивность работы во многом зависит от методической организации этих занятий и их нацеленности на решение следующих задач.

1. расширение круга представлений об изучаемых предметах;
2. повышение речевой мотивации детей;
3. одновременное развитие всех сторон устной речи;
4. организация связного высказывания.

Работа над построением фразы – часть подготовки детей к овладению связной речью, поскольку предложение служит тем строительным материалом, из которого сложено целое – текст.

Работу можно начинать с овладения умением составлять предложения по образцу, затем составление ответов на вопросы. В дальнейшем можно проводить следующую группу упражнений.

1. составление деформированного предложения;
2. наращивание предложения (ступенчатое распространение предложения);
3. соединение двух простых предложений в одно сложное предложение.

Успехи детей необходимо поощрять. фишками, флажками, жетонами и т.д. Каждое занятие необходимо заканчивать подведением итогов с выделением наиболее активных детей.

Таким образом, использование систематической коррекционной работы над развитием коммуникативной функции готовит детей к развернутым сообщениям на уроке в школе и к овладению умениями свободно пользоваться грамотно построенной речью в коллективе.

КОМБИНИРОВАННАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА КОНЕЧНОСТЯХ У ДЕТЕЙ

Э.Э. Эламанова, С.Б. Убайдуллаев

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Обеспечение безопасного обезболивания в пластической хирургии у детей является наиболее актуальным. Мультиmodalный подход применения анестетиков и анальгетиков в малых дозах качестве компонента комбинированной анестезии при пластических операциях у детей имеет определенные преимущества обеспечения эффективности проводимого обезболивания.

Целью исследования явилось изучение эффективности проведения мультиmodalной анестезии с применением кетамина, пропофола и севофлюрана при пластических операциях на конечностях у детей.

Материал и методы. Проведены анестезиологические пособия у 28 больных детей в возрасте от 1 года до 14 лет при пластических операциях на конечностях у детей. Для обеспечения анестезиологической защиты была использована комбинация препаратов. кетамина, пропофола с ингаляционной анестезией севофлюраном. Анестезиологические пособия проведены эндотрахеальным способом. Индукция начиналась с внутривенного введения кетамина 1 мг/кг и пропофола в дозе 2 мг/кг. После применения мышечных релаксантов и интубации трахеи, больные переведены на ИВЛ. Анестезия поддерживалась ингаляцией севофлюрана (1,0 об%).

Результаты и обсуждение. Оценка эффективности анестезии проводилась на основании клинических данных, проведением мониторингового контроля, исследованием показателей центральной гемодинамики (ЦГ) методом эхокардиографии и исследованием концентрации кортизола.

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

Результаты исследования показали гладкое клиническое течение. При исследовании показателей ЦГ на основных этапах анестезиологического пособия выраженных изменений не отмечалось. Такие показатели гемодинамики, как АДс, АДд, ЧСС, показатель сатурации кислорода характеризовались стабильностью, что указывает на обеспечение эффективной анестезиологической защиты детского организма при пластических операциях на конечностях.

На протяжении всей операции и анестезии показатели ЦГ изменялись незначительно без снижения производительности сердца, уровень стресс-гормона кортизола в крови характеризовалась тенденцией к незначительному увеличению на 2,42%.

Выводы. Изучение клинического течения обезболивания, одновременно с исследованием показателей ЦГ и активности гормона коры надпочечников при проведении мультимодальной анестезии показало обеспечение эффективной анестезиологической защиты детского организма при пластических операциях на конечностях.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

Юлдашев Т.А., Рустамова У.М., Султанова Л.Р.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность проблемы. Нарушение остеорепарации в виде ложных суставов и дефектов костей в структуре ортопедической патологии составляют 16,7-57,6 % (Лушников С.П. 2011). Несращения и ложные суставы длинных трубчатых костей, дефекты костной ткани достигают 39,3 % из осложнений консервативного или оперативных методов лечения (Бойков В.П., Караулов С.А., Меркулова Л.М. 2008).

Одним из основных условий развития медицинской науки является разработка в практику новых методов исследования. К одному из них принадлежит ультразвуковое исследование костей и суставов.

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

Цель исследования. Изучение диагностических возможностей ультразвукового исследования при посттравматических ложных суставов длинных трубчатых костей.

Материалы исследования. Исследования проведены у 16 больных с ложными суставами костей голени и бедра в возрасте от 17 до 68 лет, из них 9 мужчин и 7 женщин. Давность травмы варьировалась от 5 месяцев до 5 лет. Всем больным проводилось рентгенография конечностей. После установления рентгенологического диагноза ложного сустава проведена ультразвуковая исследования. Ультразвуковая исследования проводилась на линейном датчике с частотой сигнала 5-10 МГц, на аппарате MY LUB Esaote (Италия).

Результаты исследования. Клинические проявления ложных суставов характеризовались подвижностью костей в необычном ее отделе, чаще на протяжении диафиза. Степень ее подвижности была различной. от едва заметной до движений с большой амплитудой. При ультразвуковом исследовании отмечались отсутствие костной мозоли, соединяющие концы обоих отломков, а также закругление и сглаживание концов отломков в виде конической формы. При запущенных формах ложного сустава отмечались картина неартроза (новый сустав), в котором имелась капсула, суставная полость, содержащая синовиальную жидкость. Сочленяющиеся концы кости были покрыты хрящом. Накапливание жидкости на месте перелома говорило о замедленном срастании кости, которое приводило к образованию ложного сустава.

Выводы. Таким образом, ультразвуковая диагностика суставов и костей дает возможность наблюдать за динамикой срастания костей при переломах, а также оценивать состояние окружающих тканей.

ИСИТМА ВАҚТИДА БЕМОР БОЛАЛАР ҲОЛАТИГА БАҲО БЕРИШ ВА ДАВО ЧОРАЛАРИНИ БЕЛГИЛАШ

*Юсупбекова А.Ю., Ахматалиева М.А., Маматкулов Б.Б., Хамзаев К.А.
Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент ш, Ўзбекистон*

Иситма педиатрия амалиётида энг кўп учрайдиган синдром бўлиб, шошилич тиббий ёрдам бўлимига мурожаат қилаётган беморларнинг 35-80%гача кузатилади. Иситманинг асосий сабабларидан бири бу юқори ва

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

пасти ки нафас йўллари юқумли касалликлари ҳисобланади, шуларнинг 80-90% ўткир респиратор инфекция (ЎРИ) фонида юзага келади.

Мақсад. Иситма билан шифохонага мурожаат қилган 5 ёшгача бўлган болалар аҳволига баҳо беришнинг “светофор” услубининг самардорлигини ўрганиш ва унинг асосида даво тактикасини белгилаш.

Материал ва услублар. 2016 йил январь-февраль ойларида ТошПТИ клиникасига иситма ҳолатида шошилишч ёрдам учун мурожаат қилган 55 нафар 5 ёшгача бўлган болаларнинг аҳволига Мео клиникаси томонидан таклиф қилинган “светофор” прогноз тизими (NICE, 2013) бўйича баҳо берилди. Мурожаат қилган болаларнинг ўртача ёши 2,6 ёшни ташкил этиб, уларнинг энг кичик ёшлиги 45 кунлик бўлиб, энг каттаси 5 ёшни ташкил этди. Иситмалаш давомийлик муддати 3 соатдан 3 кунгача бўлиб, ўртача 1,5 кунни ташкил этди.

Натижалар. Иситма билан мурожаат қилган болаларнинг 40 тасида (72,7%) ЎРИ, 15 тасида (27,3%) ўткир зотилжамнинг шифохонадан ташқари тури аниқланган. “Светофор” тизимини (тери ранги, фаоллиги, нафас сони, қон айланиш ва гидратация ва бошқа ҳолатлар) қўллаш асосида “яшил” (енгил) ҳолат 20 (36,4%) беморда, “сарик” (ўрта оғир) ҳолат 22 (40,0%) нафарда ва “қизил” (оғир) ҳолат 13 (23,6%) болада топилди. Барча беморга Ўзбекистон Республикаси ССВ томонидан тасдиқланган “Иситма ҳолатидаги болаларга шошилишч тиббий ёрдам кўрсатиш стандартлари” бўйича (парацетамол, ибупрофен, анальгин+димедрол) ёрдам кўрсатилди.

“Яшил” гуруҳидаги беморларнинг барчасида иситма сабаби ЎРИ бўлиб, кўрсатилган ёрдамдан кейин уларнинг аҳволи яхшиланди ва амбулатор давога руҳсат берилди.

“Сарик” гуруҳидаги болаларнинг 5 таси (22,7%)да иситма сабаби ўткир зотилжам билан изоҳланди ва улар соматик бўлимга стационар давога ётқизилди. Қолган 17 таси (77,3%)да ЎРИ аниқланди ва амбулатор давога чиқарилди.

“Қизил” гуруҳига киритилган 13 бемордан 8 таси (61,5%)да иситма сабаби зотилжам бўлиб, барчасининг ҳолати оғирлиги боис интенсив даволаш бўлимига ўтқазилди. 5 та (38,5%) болада иситма сабаби ЎРИ билан изоҳланиб, уларнинг ҳолати стабиллашгунча шок залида ёрдам кўрсатилди ва сўнгра соматик бўлимга ётқизилдилар.

Хулоса. 5 ёшгача бўлган иситмалаётган болаларнинг умумий ҳолатига қабул бўлими шароитида бирламчи баҳо беришда ва даволаш тактикасини белгилашда “Светофор” прогноз тизимини қўллаш мақсадга мувофиқдир. Ушбу тизим амалий қўллаш учун жуда қулай бўлиб, қабул бўлимига мурожаат

қилаётган болалар оқимини оқилона тақсимлашга, ўрта оғир ҳамда оғир ҳолатдаги беморларга қўшимча текшириш ва даво муолажаларини эрта бошлашга имкон беради.

МИОЭКТОМИЯ ПРИ ГИПЕРФУНКЦИИ НИЖНИХ КОСЫХ МЫШЦ IV СТЕПЕНИ

Юсупов М.М., Бабаджанова Л.Д

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Вертикальное косоглазие встречается у 30-72% больных косоглазием детей и часто сочетается с горизонтальным. Косоглазие возникает в случае отклонения зрительной оси одного из глаз от центральной точки фиксации. Ввиду такого отклонения человек не может сконцентрироваться на предмете, и это становится причиной постоянного дискомфорта. При длительном существовании такого состояния развивается амблиопия (функциональное, обратимое понижение зрения, при котором один из двух глаз почти (или вообще) не задействован в зрительном процессе).

Цель. Анализ результатов миоэктомии операции при гиперфункции нижней косой мышцы (НКМ) -IV степени.

Материал и методы. Произведен ретроспективный анализ результатов лечения 36 детей (51 глаз) с гиперфункцией НКМ- IV степени в отделении офтальмологии клиники ТашПМИ в период с 2014 по 2016 годы. Односторонний процесс наблюдался у 21 (21 глаз), двусторонний у 15 (30 глаз). Методика обследования больного с вертикальным косоглазием помимо общего офтальмологического включает специальные методы исследования глазодвигательного аппарата. исследование положения глаз и степени девиации в различных позициях взора, исследование ограничения подвижности глаз, тест Бильшовского, определение характера тортиколлиса.

Результаты. Острота зрения у всех детей была 0.8-1.0, бинокулярное зрение было не нарушено. Хирургическое лечение – миоэктомия выполнялась традиционно. У 98% больных (50 глаза) гиперфункция нижней косой мышцы (НКМ) исправлена. У 2% больных (1 глаз) определялся остаточный угол, который удалялся 2-ым этапом – рецессией верхней прямой мышцы.

Выводы. Миоэктомия нижних косых мышц является эффективным методом хирургического лечения вертикального косоглазия с выраженной гиперфункцией НКМ -IV степени и может быть рекомендована к внедрению в офтальмохирургическую практику.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Юсупова С.Р., Умаров Х.У.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Несмотря на достижения современной оториноларингологии и гематологии, распространенность аллергического ринита у детей с железодефицитной анемией остается достаточно высоким риском развития недостаточности снабжением кислородом головного мозга.

Цель обследования. Разработка оптимальной консервативной терапии АР с учетом микрофлоры.

Материал и методы исследования. Исследование было основано на клинико-лабораторном обследовании у 60 больных с АР. Для оценки проводимой терапии больных разделили на 4 группы. 1 группа- 10 больных с АР, получившие традиционную терапию, 2 группа- 15 больных, получившие на фоне традиционной терапии Авамис, 3 группа- 10 получившие на фоне традиционной терапии препарат Ксимелин и 4 группа- 25 больных получившие на фоне традиционной терапии Авамис и препарат Мальтофер.

Результаты и обсуждения. Для объективной оценки результатов лечения сравнивали результаты лечения в группах до и после проведенной терапии. Анализ динамики изменений жалоб до и после лечения в первой группе показал, что характер выделений после курса лечения на 3-4 день меняется, появляется слизь, а на 5-6 день выделения полностью исчезают. Такая же картина наблюдается в других группах, но только эти явления происходят на 2-3 дня раньше. Проявления со стороны носа и околоносовых пазух такие как, боли, заложенность носа, температура, исчезают на 3-4 день во всех группах. Показатель снижения слуха после лечения в первой группе не изменился, во второй группе снизился от 88,2% до 80,0%. Зуд и ринорея у больных в первой и

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

во - второй группах после лечения осталось неизменной, в третьей группе в 2 раза снизилась, а в четвертой группе полностью ликвидировалась. Динамика изменений объективных показателей осмотра до и после лечения показала, что проходимость евстахиевой трубы восстановилось у 62,3%, а выделения полностью исчезли. Гиперемия в первой и во- второй группах полностью сохранились практически у всех больных, в третьей группе уменьшились до 21,3%, а в четвертой группе уменьшились до 40,2%.

Заключение. Анализируя показатели длительности ремиссии, пришли к выводу, что длительность ремиссии при использовании комплексной терапии возрастает в 2,5-3 раза. Высокая противовоспалительная способность Авамиса и препарата Мальтофер дают возможность использовать данные препараты в комплексном лечении АР у детей с железодефицитной анемией. Как весьма эффективные и доступные лекарственные средства. Разработанный алгоритм комплексного лечения больных АР может быть рекомендован для широкого использования.

КОМПЛЕКСНОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНЫХ СОСУДОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ ПАНКРЕОНЕКРОЗА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Якубов Н.И., Фазилов А.А.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность темы. Одной из самых актуальных и сложных проблем в экстренной абдоминальной хирургии остается диагностика острого панкреатита. В структуре смертности от острой хирургической патологии органов брюшной полости острый панкреатит занимает ведущее место (Мишин В.Ю., 2000). В последовательности применения методов диагностики большинство исследователей отдадут первое место эхографии (Араблинский А.В., Чернякова Р.М., Хитрова А.Н., 2000). Поэтому очень актуальными в настоящее время становятся ультразвуковые методики, позволяющие дать характеристику функционального состояния поджелудочной железы,

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

изменений гемодинамики в сосудах, участвующих в ее кровоснабжении, основываясь на эффекте Допплера.

Цель исследования. Оценить диагностическую информативность комплексного ультразвукового исследования магистральных артериальных сосудов брюшной полости в диагностике панкреонекроза при остром панкреатите.

Материалы и методы исследований. В основу работы положен опыт обследования 20 пациентов, поступивших в хирургические отделения РНЦЭМП РУз с диагнозом «острый панкреатит». Методика ультразвукового исследования состояла из двух этапов. на первом этапе выполняли ультразвуковое исследование в В-режиме (общее абдоминальное исследование), на втором этапе - исследование кровотока в магистральных артериях методами цветовой и импульсноволновой доплерографии.

Результаты исследования. При проведении эхографии непарных висцеральных ветвей брюшного отдела аорты в В-режиме у пациентов с деструктивным панкреатитом определялся деформация контура сосудистой стенки. У больных панкреонекрозом при проведении импульсноволновой доплерографии, отмечался повышение средних значений пиковой систолической скорости кровотока, индекса резистентности, средних показателей конечной диастолической скорости кровотока в общей печеночной и селезеночной артериях в 1-6 сутки заболевания.

Выводы. Таким образом, выявление изменений доплерографических показателей у пациентов с деструктивным панкреатитом опережает выявление эхографических маркеров панкреонекроза при исследовании в В-режиме. Импульсноволновая доплерография магистральных артериальных сосудов брюшной полости в комплексе с другими методами ультразвукового исследования повышает точность диагностики острого панкреатита.

**ЗАДАЧИ ВРАЧА –НЕВРОПАТОЛОГА В ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ
ПОДГОТОВКЕ ДЕТЕЙ С ДЕФЕКТАМИ И ДЕФОРМАЦИЯМИ НИЖНЕЙ
ЧЕЛЮСТИ**

Якубова З.А., Якубов Р.К., Усманова.Д.Д.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

*Ташкентский государственный стоматологический институт г. Ташкент,
Узбекистан*

Проблема предоперационной подготовки детей с врожденными и приобретенными дефектами и деформациями челюстей остаётся актуальной и малоизученной. Особенность решения данной проблемы заключается, во-первых, в том, что исходя из мультифакторного происхождения основного заболевания многообразны формы их проявления.

Во-вторых, частичное или полное ограничение движений нижней челюсти, невозможность в полном объеме выдвигать её вперёд затрудняют внешнее дыхание из-за дислокационной асфиксии, усиливающейся при горизонтальном положении больного во время сна, что приводит к гипоксии головного мозга и организма в целом. Выше перечисленные нарушения ухудшают функциональное состояние всех отделов нервной системы. Приводят к обострению исходных заболеваний внутренних органов и систем, в том числе неврологических. В таких случаях система нейро-гормонально-метаболической регуляции может расстраиваться, что может служить поводом нарушения метаболизма и деятельности внутренних органов, т.е. возникает группа заболеваний, которую В.Г.Вогралик (1965) предложил называть «дисрегуляторным висцеропатиями».

Цель исследования Оценить состояние здоровья у детей с приобретенными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области и обосновать задачи врача –невропатолога в предоперационной подготовке

Результаты исследований . Для выполнения поставленной цели в период с 2012-2016 гг. нами всего были обследованы 30 детей с приобретенными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области в возрасте от 3 до 16 лет, нуждающиеся в оперативном лечении. Из них 12 (40 %) мальчиков и 18 (60 %) девочек. При опросе родителей и больных были выявлены признаки заболевания внутренних органов и систем. Поэтому все

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

больные были обследованы по предложенной нами программе (Якубов Р.К., 1999), с привлечением специалистов Ташкентского медицинского детского консультативно-диагностического центра. Предварительное комплексное обследование больных до госпитализации способствовало выявлению патологии внутренних органов на фоне дисплазии соединительной ткани, в том числе костной системы. Полученные результаты при соматоскопии. деформации ЧЛО- у 100% больных, нарушения осанки, сколиоз – у 87% , деформации грудной клетки – у 32%, Х- и О-образные деформации конечностей – у 15%, патология стопы (плоскостопие, косолапость) - у 73%, гипермобильность суставов – у 15 % больных. с признаками энцефалопатии- 11%, судорожной готовности-4% на фоне дисметаболического синдрома. В результате клинико-лабораторных и функциональных исследований нами также были выявлены признаки вегето-сосудистой дистонии-27% и астено-невротического синдрома-20%, висцерального синдрома-40%, аритмического синдрома-4%, синдрома патологии органа зрения-4%, нарушения психической сферы-3%, патология ЛОР-органов-2% и сочетание нескольких синдромов у одного и того же больного.

Заключение. Таким образом в результате комплексного исследования нам удалось выявить симптомы порождения ЦНС и ВНС, связанные как с основной патологией, так и с её последствиями. Это требует обязательного участия врача-невропатолога в совершенствовании специальной программы комплексного обследования и проведении фармакокоррекции и физиотерапии в предоперационном периоде для всех больных с выявленными нарушениями.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ДЕТЕЙ С КАРДИОМИОПАТИЯМИ

Якубова К.Н., Ахмедова Н.Р., Умарбекова Н.Ф.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Нарушение проводимости сердца является одной из наиболее сложных проблем в детской кардиологии. Данная патология встречается в 28% случаев у детей раннего возраста с нарушением сердечного ритма и проводимости и очень часто имеет неблагоприятный исход.

“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ” РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

Цель исследования. изучить функциональные изменения у детей с кардиомиопатиями.

Материалы и методы исследования. Обследовано 56 детей от 3 до 16 лет с гипертрофической, дилатационной и рестриктивной кардиомиопатиями, госпитализированные в кардиоревматологические отделения РСНПМЦ Педиатрии в г.Ташкенте и РДММЦ в г.Нукус. Всем обследованным больным проведены клинические и функциональные исследования (ЭКГ, ЭхоКГ).

Результаты и обсуждения. Среди детей с кардиомиопатией при проведении ЭКГ у всех отмечается 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, а также признаки гипертрофии ЛЖ. Наряду с этим регистрировался низкий вольтаж комплексов QRS в стандартных отведениях. При анализе ЭКГ было отмечено наличие признаков гипертрофии желудочков, синусовая аритмия (45%), эпизоды атриовентрикулярной или желудочковой экстрасистолии (20%), нарушение проводимости (80%), нарушение процессов реполяризации в миокарде желудочков (100%). Нарушения проводимости проявлялись в блокадах ветвей предсердно-желудочкового пучка, чаще передне-верхней ветви, что сопровождается резким отклонением электрической оси сердца влево, или в атриовентрикулярной блокаде I–II степени.

При проведении ЭхоКГ у детей с ДКМП отмечались изменения в виде дилатации полостей сердца (90%) – больше левых, снижении систолической функции (85%), регургитации через атриовентрикулярные клапаны (40%), диастолической дисфункции миокарда (90%), признаков легочной гипертензии (40%). Отличительным признаком ХСН у таких детей являлось раннее проявление (до появления жалоб) эхокардиографических изменений. К ним относились гипертрофия стенки ЛЖ (25%) или межжелудочковой перегородки (75%) с уменьшением полости ЛЖ (75%), обструкцией выводного тракта ЛЖ (60%), нарушением диастолической функции (90%) и относительным повышением фракции изгнания (85%).

Таким образом, наличие функциональных изменений у детей с кардиомиопатиями свидетельствует о снижении сократительной и функциональной способности миокарда, и сопровождается изменениями центральной гемодинамики и морфометрических показателей.

МУНДАРИЖА

1.	<i>Buzrukov S.B., Kariev A.V.</i> <i>FEATURES OF LASER TREATMENT OF PEDIATRIC GLAUCOMA</i>	3
2.	<i>Ibragimov D.B., Umarov T.U</i> <i>ACUTE DIARRHEA OF SHIGELLYSIS ETIOLOGY IN CHILDREN OF EARLY AGE</i>	4
3.	<i>Khadjieva Z.U., Akhmedova N.R.</i> <i>THE VALUE OF TISSUE ENZYMES IN PREDICTING THE CLINICAL COURSE OF CARDIOMIOPATHY IN CHILDREN</i>	5
4.	<i>Khalmukhamedov J.A., Sharipov A.M.</i> <i>ASSESSMENT OF THE INFLUENCE ACUTE PAIN SYNDROME - RENAL COLIC ON THE SEVERITY OF URONEPHROLITHIASIS.</i>	7
5.	<i>Komilova O.S Rikhsieva G.M</i> <i>THE STATE OF INTERFERONGENESIS IN ANTIVIRAL THERAPY OF CHRONIC VIRAL HEPATITIS B AND C.</i>	8
6.	<i>Kuchimov Q.P., Chuliev M.S., Nasirov M.M.</i> <i>IMPLEMENTATION OF DRAINAGE FREE METHOD TREATMENT IN APPENDICULAR PERITONITIS IN CHILDREN</i>	10
7.	<i>Miralieva N.A., Aliyeva G.R.</i> <i>FEATURES OF THE CLINICAL COURSE OF ACUTE INTESTINAL INFECTIONS WITH EXSICOSIS</i>	11
8.	<i>Ortoqboev J.O. Akramova L.Y. Yunusova. R.T.</i> <i>FEATURES HEURISTIC LEARNING</i>	12
9.	<i>Saidov Sh.B., Muminov Sh.K., Buranova D.D.</i> <i>INDICATORS OF INTRACARDIAC HEMODYNAMICS IN PATIENTS WITH STABLE ANGINA GRADE I-II</i>	13
10.	<i>Seytbaev I.Sh., Khodjaeva M.I., Abdugapparov F.B.</i> <i>CAUSES OF LATE DIAGNOSIS OF PULMONARY TUBERCULOSIS.</i>	14
11.	<i>Seytbaev I.Sh., Khodjaeva M.I</i> <i>FUNCTIONAL STATE OF CARDIOVASCULAR SYSTEM IN PATIENTS WITH NEWLY DIAGNOSED DESTRUCTIVE PULMONARY TUBERCULOSIS.</i>	15
12.	<i>S.A. Sultanov</i> <i>CLINICAL MANIFESTATIONS OF TUBERCULOSIS IN CHILDREN WITH HIV INFECTION</i>	16
13.	<i>Uteshev M.S., Mukhamedov K.S., Xodjaeva M.I.</i> <i>CONTEMPORARY DIAGNOSIS OF THE URINARY TUBERCULOSIS</i>	18

**“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ”
РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ**

14. *Xudoyberdiva F.F., Yusupova S.R., Umarov X.U.*
COMPLICATED FORMS OF ALLERGIC RHINITIS IN CHILDREN 19
15. *Yakubova K. N., Akhmedova N. R.*
ELECTRICAL AND ECHOCARDIOGRAPHIC INDICATORS AT
CHILDREN WITH CARDIOMYOPATHIES 21
16. *Аббасова Х.Х., Нуриддинова Г.Т., Хакимов Ш.К., Инакова Б.Б*
ВНУТРИУТРОБНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ
ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ
ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ 22
17. *Абдиев Б.Р., Рахматуллаев А.А.*
ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ КОНТАКТНАЯ ЛИТОТРИПСИЯ
КАМНЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ 23
18. *Абдувахабова М.Б., С.И. Исмаилов*
ДИНАМИКА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НА
ФОНЕ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА С
ОЖИРЕНИЕМ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМАХ ТЕРАПИИ 24
19. *Абдувахитова А.Н., Сабиржанова З.Т.*
АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ
СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОЖИЛОГО
ВОЗРАСТА НА ФОНЕ ТРЕВОЖНО- ДЕПРЕССИВНЫХ
СОСТОЯНИЙ 26
20. *Абдукодирова Н.А.*
ВЛИЯНИЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РАЗЛИЧНОЙ КРАТНОСТИ
НА ИНДЕКС МАССЫТЕЛА БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ
РАССТРОЙСТВАМИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ 28
21. *Абдурахманов Д.А., Розыходжаева Г.А., Болтаева Н.Н*
ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОЧЕЧНОГО
КРОВОТОКА У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА. 29
22. *Абдурахманова Д.Ф., Ходжиметов Х.А.*
ДИФФУЗ БЎҚОҚ БИЛАН ОҒРИГАН БОЛАЛАРДА ЮРАК ҚОН
ТОМИР ТИЗИМ ХОЛАТИНИ ЭРТА ТАШХИСЛАШ 31
23. *Абдурахманова Д.Ф., Ходжиметов Х.А.*
ДИФФУЗ БЎҚОҚ БИЛАН ОҒРИГАН БОЛАЛАРДА ЮРАК ҚОН
ТОМИР ТИЗИМ ХОЛАТИ 32
24. *Абдусаттарова Г.Ш., д.м.н.,проф. Маджидова Ё.Н.*
КЛИНИКО-НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ
ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ 34
25. *Абсаломова Ф.А., Турдыева Ш.Т.*
ТОРСН ИНФИЦИРОВАНИЕ МАТЕРЕЙ НОВОРОЖДЁННЫХ
С ВРОЖДЁННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА. 35
26. *Авазов Ж.Х., Юсупов А.С.* 37

**“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ”
РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ**

- ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПРОМЕДОЛОМ
У ДЕТЕЙ*
27. **Ж.Х. Авазов, А.С. Юсупов**
*ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ
ПРОВИДЕНИИ АНЕСТЕЗИИ ЦЕНТРАЛЬНЫМИ
АНАЛГЕТИКАМИ* 38
28. **Аъзамова Н.С., Маджидова Е.Н.**
*РОЛЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ
КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С
ДИСКРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ* 40
29. **Алимов А.А.**
*ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ МЕТОДОМ
ИМПЕДАНСНОЙ КАРДИОГРАФИИ ПРИ
КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ* 42
30. **Алимова М.Б., Хамраева Л.С., Бобоха Л.Ю.**
*ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ВТОРИЧНОЙ КАТАРАКТЫ У
ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ЭКСТРАКЦИИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ
КАТАРАКТ И ИМПЛАНТАЦИИ ИОЛ* 43
31. **Алиярова Ф.Т., Хамраева Л.С.**
СТРУКТУРА ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ 44
32. **Атажанов Х. Ходжиметов Х.А**
*РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИТАНИЯ
У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЦА.* 46
33. **Атоева И.И., Умаров Т.У.**
*ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ИНВАЗИВНОЙ
ДИАРЕЕ У ДЕТЕЙ* 47
34. **Ахатова Г.Х., Назарова С.К.**
*БОЛАЛАРДА ГЕЛЬМИНТОЗЛАРГА ҚАРШИ ПРОФИЛАКТИК
ТАДБИРЛАР САМАРАДОРЛИГИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ* 48
35. **Ахмаджанов А.М. Алиев М.М. Адылова Г.С.**
*СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ
ОБСТРУКТИВНЫХ ХОЛЕСТАЗОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО
ВОЗРАСТА* 50
36. **Ахмедов М.А., Джаббарова Д.Р.,**
*К ЛЕЧЕНИЮ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ
ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.* 51
37. **Ахмедов М.А., Умаров Х.У.**
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АДЕНОИДИТА У ДЕТЕЙ. 53
38. **Ахунова Н.Х., Назарова С.К.**
*НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН,
СТРАДАЮЩИХ БЕСПЛОДИЕМ* 54
39. **Бабаев К.Д., Косимов И.А.** 56

- АНАЛИЗ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ
ХАРАКТЕРИСТИК БРУЦЕЛЛЁЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ.*
40. **Балтабаева С. Ходжиметов Х.А. Аташикова Р.М.**
*КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕНИЯ
СУСТАВОВ ПРИ ГИПЕРМОБИЛЬНОМ СИНДРОМЕ* 57
41. **Бердалиев А.Ф., Бузруков Б.Т., Туракулова Д.М.**
*КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНОГО
ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С ВРОЖДЕННОЙ КАТАРАКТОЙ И
СИНДРОМОМ ППГСТ* 59
42. **Бурхонитдинов Ф.Б., Мавлонов У.О. Абдукаримов Б.А.**
*ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ У
ДЕТЕЙ* 60
43. **Валиходжвеева Э.Б. Артыкова С.Г Эгамбердиева Д.А**
*ОЦЕНИТЬ ВЛИЯНИЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В
ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ* 62
44. **Вахидова Н.Т., Юсупалиева Г.А.,**
*УЛЬТРАЗВУКОВАЯ И МРТ ДИАГНОСТИКА ПНЕВМОНИЙ У
ДЕТЕЙ* 63
45. **Давлетярова Н.И. Буранова Д.Д.,**
*ТИББИЁТ ОЛИЙГОҲЛАРИДА ЧЕТ ТИЛИГА ЎҚИТИШНИНГ
СИФАТ ОМИЛИ* 64
46. **Джумамуратов И.Б.**
*ЗНАЧЕНИЕ КЛИНИКО-АУДИОЛОГИЧЕСКИХ,
УЛЬТРАЗВУКОВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В
ДИАГНОСТИКЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ УША
У ДЕТЕЙ.* 66
47. **Джумамуратов И.Б.**
*КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСЛЕДОВАННЫХ
БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ УША.* 67
48. **Джурсаев Н.А., Бабаджанова Л.Д.**
МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КАТАРАКТ 69
49. **Дустмухамедова З.Т., Фазилов А.А., Болтаева Н.Н.**
*ХАРАКТЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ
КАРТИНЫ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА* 70
50. **У.Г.Ёдгарова, Х.Н.Максудова**
*КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА, ОСОБЕННОСТИ
ТЕЧЕНИЯ
И ФАКТОРЫ РИСКА ПОСТИНСУЛЬТНОЙ ЭПИЛЕПСИИ* 72
51. **Ёдгоров Б.К., Ходжанов И.Ю., Ганиев А.К.**
*СТАБИЛЬНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ
АППАРАТОМ ИЛИЗАРОВА ПЕРЕЛОМОВ ГОЛОВКИ
МЫШЦЕЛКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ* 73

52. **Ёдгорова С.И.**
СОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ ВНУТРИМОЗГОВОГО
ПЕРФУЗИОННОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ АБДОМИНАЛЬНЫХ
ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ. 75
53. **Ерназарова Б.Ж., Гулямова М.А.**
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ
ОТ МАТЕРЕЙ С РУБЦОМ НА МАТКЕ 77
54. **Ерназарова Б.Ж., Гулямова М.А.**
СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ
ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С РУБЦОМ НА МАТКЕ 78
55. **Жабборова М. А., Юнусова Р.Т**
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ТЕРАПИИ ОСТРЫХ
ПНЕВМОНИЙ ПРИ ВЫСОКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА 79
56. **Жураев И.Б.**
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ У
ДЕТЕЙ ПРИ ЭКСТРЕННЫХ АБДОМИНАЛЬНЫХ
ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ 81
57. **Жураева Н.А., Убайдуллаева Н.Б.**
ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У
БОЛЬНЫХ С ДИФФУЗНЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ 82
58. **Зайнутдинова Д.Р., Азимова Н.М.**
ПОКАЗАТЕЛИ НЕЙРОСОНОГРАФИИ У ДЕТЕЙ
РОДИВЩИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ С ТОРСН ИНФЕКЦИЕЙ 83
59. **Закирова Н.З.**
МЕТОДЫ ПРОВЕДЕНИЯ АНЕСТЕЗИИ В
ОФТАЛЬМОХИРУРГИИ 85
60. **Зекрияев Н.Н., Сайдалиев Э.И., Халикулов Э.Ш.**
УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ РОДОВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЛЕЧЕВОГО
СПЛЕТЕНИЯ. 86
61. **А.В. Ибрагимов, А.А.Рахматуллаев**
ДИАГНОСТИКА ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ 88
62. **Ибрагимов Д.Б., Мирисмоилов М.М**
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ
ШИГЕЛЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО
ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ЖАРКОГО КЛИМАТА. 90
63. **Икматов М.А., Розиходжаева Г.А., Абзалова М.Я.**
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ОЦЕНКА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ
РЕАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ
ВОЗРАСТНОГО ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА 91

**“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ”
РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ**

64. **Икрамов К.И., Шамсиев А.Я., Рузиев Ш.И.**
ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ДЕРМАТОГЛИФИКИ ПРИ
СУИЦИДАХ 93
65. **К.И.Икрамов, Ш.И.Рўзиев, З.А.Улугов, Ж.З. Ботиров**
ҚАНДЛИ ДИАБЕТДА ДЕРМАТОГЛИФИКНИ ЎЛИМДАН
КЕЙИНГИ ЭКСПЕРТ БАҲОЛАШ 94
66. **Икрамова Ф.А. Даминов Б.Т., Эгамбердиева Д.А.**
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭПОЭТИНА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ
ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК НЕДИАБЕТИЧЕСКОЙ
ЭТИОЛОГИИ 96
67. **Икрамова Г.А. Умарова З.Ф Эгамбердиева Д.А.**
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО
СИНДРОМА И СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У
БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ 97
68. **Исабаева Д.Х., Ахмедова И.М**
ПРИЧИНЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗАПОРОВ У ДЕТЕЙ 98
69. **Исаева М.А., Уста-Азизова Д.А.**
ПЛОСКОСТОПИЕ И ЗАБОЛЕВАНИЕ СТОПЫ
У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА 99
70. **Искандаров Б., Инакова Б.Б., Хакимов Ш.К., Нуритдинова
Г.Т.**
ЗАТЯЖНАЯ ЖЕЛТУХА ВЕРОЯТНЫЙ СИМПТОМ
ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ. 101
71. **Исмадияров Б.У., Эргашев Б.Б., Эшкабилов Ш.Д.**
РЕЗУЛЬТАТЫ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И
АКУШЕРСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА У
ПЛОДА 102
72. **Исматова К.А., Умаров Х.У., Махмудов М.У.**
ОСОБЕННОСТИ АУДИОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГА У
НОВОРОЖДЕННЫХ 103
73. **Исмоилова Х.Э.**
СРАВНЕНИЕ НЕИНВАЗИВНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ У
ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
В РЕЖИМАХ PAV И PSV. 104
74. **Исроилов Э.У., Эргашев Б.Б.**
ВЫБОР ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА ПРИ ВРОЖДЕННЫХ
ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ У НОВОРОЖДЕННЫХ 106
75. **Кадирова М.А.; Бабаджанова Л.Д.**
ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПТОЗА ВЕРХНЕГО ВЕКА У
ДЕТЕЙ 107
76. **Кадырова З.С., Ахмедова Ш.У.**
ФАКТОРЫ РИСКА ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ 109

**“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ”
РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ**

- САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА
77. **Каланходжаева Д.Б., Бабаджанова Л.Д.**
МОНОКУЛЯРНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ МАЛЫХ
УГЛОВ СОДРУЖЕСТВЕННОГО СХОДЯЩЕГОСЯ
КОСОГЛАЗИЯ У ДЕТЕЙ 110
78. **Камалов Н.З., Бузруков Б.Т., Туракулова Д.М.**
КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ У ДЕТЕЙ
1-6 ЛЕТ С ВИРУСНЫМ КОНЬЮНКТИВИТОМ ПОСЛЕ
КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ 112
79. **Каримова З.Н., Мамадалиева Я.С., Абзалова М.Я.**
КОМПЛЕКСНАЯ ЭХОГРАФИЯ СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ
МАТЬ - ПЛАЦЕНТА - ПЛОД У БЕРЕМЕННЫХ С ЗАДЕРЖКОЙ
ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА ПРИ
ГЕСТАЦИОННОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 114
80. **Каримова М.Х. Ильхамова Х.А.**
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У
ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ
РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО РАХИТА. 115
81. **Кравченко Л. Ш., Камилова Д.Н.**
ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО
ВЫЯВЛЕНИЮ И УСТРАНЕНИЮ СТРЕССА В РАБОТЕ ВРАЧА
ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ 116
82. **Кузиев О.А. Расулова Н.А.**
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ СИНУСИТА У ВИЧ
ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ 117
83. **Кузиев О.А. Расулова Н.А.**
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СИНУСИТА У
ВИЧ ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ 119
84. **Кутумов Х.Ю., Рашидов З.Р., Манашова А.Р.**
ИНФОРМАТИВНОСТЬ ДОППЛЕРОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ
КРОВОТОКА ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ ПОРАЖЕНИИ ПОЧЕК 120
85. **Кучимов К.П., Чулиев М.С., Носиров М.М.**
БЕЗДРЕНАЖНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ АППЕНДИКУЛЯРНЫХ
ПЕРИТОНИТАХ У ДЕТЕЙ 122
86. **Маматкулова Р.И., Ахмедова Н.Р., Умарбекова Н.Ф.**
РОЛЬ НЕКОТОРЫХ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
В КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИЕ КАРДИОМИОПАТИЙ У ДЕТЕЙ 123
87. **Маматкурбонов Ш.Б., Зияходжаева Л.У.**
ПОРАЖЕНИЕ НЕРВНЫЕ СИСТЕМЫ ПРИ ЮВЕНИЛЬНОЙ
РЕВМАТОИДНОЙ АРТРИТЕ И СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ
ВОЛЧАНКЕ У ДЕТЕЙ. 124
88. **Махкамова О.Д., Юсупалиева Г.А.** 126

- КОМПЛЕКСНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА
ОСЛОЖНЕНИЙ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ*
89. **Мирзаахмедов У.М. Каримов И.М.**
*ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЯ
ХРОНИЧЕСКОГО КОЛОСТАЗА У ДЕТЕЙ.* 127
90. **Мойлиев Х.Т.**
*ОПТИМИЗАЦИЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПОСЛЕ
АБДОМИНАЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У
ДЕТЕЙ* 128
91. **Муратова Ю.Ш., Туракулова Д.М., Бобоха Л.Ю.**
*АНАЛИЗ ДАННЫХ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ С
ПОДОЗРЕНИЕМ НА ГЛАУКОМУ* 130
92. **Садыкова Г.К., Мухамедханова М.И.**
*КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОЙ
ЭНЦЕФАЛОПАТИИ БЕЗ СУДОРОЖНЫХ ПАРОКСИЗМОВ* 131
93. **Мухаммадиев Х.Х., Косимов И.А.**
*АНАЛИЗ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ
ПРОЯВЛЕНИЙ МЕНИНГОКОККОВЫХ ИНФЕКЦИЙ У
ДЕТЕЙ.* 133
94. **Назарова К. У, Нурмухамедов Х.К.**
*ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ БОЛИ
НА ОСНОВАНИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК* 134
95. **Насырова И.Р., Садыкова Г.К.**
*ХАРАКТЕРНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ СИНДРОМА
PANDAS У ДЕТЕЙ.* 136
96. **Насырова И.Р., Садыкова Г.К.**
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА PANDAS У ДЕТЕЙ. 137
97. **Нишонов Л.Д., Нарзикулов У.К.**
*БИЛАК СУЯГИ БОШЧАСИНИ ТРАВМАТИК ЧИҚИШИНИ
ДАВОЛАШ УСУЛИ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ* 138
98. **Нишонов Л.Д., Нарзикулов У.К.**
*БОЛАЛАРДА ТУҒМА МАЙМОҚЛИКНИ ПОНСЕТИ УСУЛИДА
ДАВОЛАШ* 140
99. **Ниязов А.Н., Рашидов З.Р., Манашова А.Р.**
*ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ИНФОРМАТИВНОСТЬ
МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ
ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПОЧЕК* 141
100. **Норхужаева Ш.Б., Умаров Х.У.**
*МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ГНОЙНОГО
СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ .* 142
101. **Олимхонова К.Н., Эгамбердиева Д.А.**
СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ 144

**“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ”
РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ**

- ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ С
БИЛИАРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.*
- 102. Ортикбоев. Ж.О., Хакимов.Д.П, Сафаров.З.Ф.** **145**
ЗАТРАТЫ НА ФАРМАКОТЕРАПИЮ СЕПСИСА В ОРИТ
- 103. С.И.Отакулов, Б.А.Абдукаримов, Қ.Ў.Қодиров** **146**
*СУД ТИББИЁТИ АМАЛИЁТИДА ОПИЙ МОДДАСИДАН
ЗАХАРЛАНИШЛАРНИНГ СУД ТИББИЙ АХАМИЯТИ*
- 104. Ражабов М.М., Марданов Ж. Ж., Мухторов Ш.Н.** **148**
*РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ
ОПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С ЭКСТРАДУРАЛЬНЫМИ
ОПУХОЛЯМИ СПИННОГО МОЗГА*
- 105. Ражабов М.М., Марданов Ж.Ж., Мухторов Ш.Н.** **150**
*ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО
ДЕФИЦИТА У БОЛЬНЫХ С ЭКСТРАДУРАЛЬНЫМИ
ОПУХОЛЯМИ СПИННОГО МОЗГА.*
- 106. Роззоков Д.Т., Холикулов Э.Ш** **151**
*БЕЛ УМУРТКАЛАРИ ДИСК ЧУРРАЛАРИНИ ЭРТА
ЖАРРОХЛИК УСУЛИДА ДАВОЛАШ МЕЗОНЛАРИ*
- 107. Расулев Ё.Э., Рузметова И.А.** **153**
*ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ
ПОЧЕК ПРИ ПРИМЕНЕНИИ МОДЕЛИ KFRE*
- 108. Расулов Б.Р.** **154**
ГИРУДОТЕРАПИЯ ПРИ ФУРУНКУЛАХ НОСА У ДЕТЕЙ
- 109. Расулова М.М., Исмаилова М.А.** **155**
*ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ,
РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С
АРТЕРИАЛЬНОЙГИПЕРТЕНЗИЕЙ.*
- 110. Рахимова Л.Х., Юсупалиева Г.А.** **157**
*ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ
ПНЕВМОНИЯХ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ У ДЕТЕЙ*
- 111. Рахматиллаева М. Ш., Юнусова Р. Т.** **159**
*ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА,
ОСЛОЖНЕННЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЙ*
- 112. Рахматиллаева М. Ш., Юнусова Р. Т.** **160**
*ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ С
ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА ПРИ ЛЕГОЧНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИИ.*
- 113. Рахматуллаева М., Абдумажидова Н., Акбарходжаева М.Р.** **161**
*ПНЕВМОНИЯ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ
СЕРДЦА С АРТЕРИОВЕНОЗНЫМ СБРОСОМ.*
- 114. Рахмонов М.М., Акбарходжаева М.Р.** **162**

- ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА.*
- 115. Рахмонов М.М Худойназарова С.Р. Аташикова Р.М.**
НАРУШЕНИЯ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С АРТРОПАТИЯМИ. **164**
- 116. Рашидова С.А., Печеницына Т.В.**
ВЗАИМОСВЯЗЬ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ С ВАРИАНТАМИ ОТВЕТА НА ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ **165**
- 117. Рухсиева Н. Ю.**
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ДИФФУЗНЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ **167**
- 118. Рузметова Г.Б., Гулямова М.А.**
КОРРЕЛЯТИВНУЮ ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ВЖК. **168**
- 119. Рузметова Г.Б., Гулямова М.А.**
НАРУШЕНИЯ В СИСТЕМЕ ГЕМОСТАЗА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ **170**
- 120. Сабиров У.С.**
АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ ПРИ ТРАХЕОБРОНХОСКОПИИ У ДЕТЕЙ **172**
- 121. Сабиров У.С.**
АНЕСТЕЗИЯ ПРИ БРОНХОСКОПИИ У ДЕТЕЙ **173**
- 122. Садикова Р.Р., Ахмедова Н.Р., Акбарходжаева М.Р.**
КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МАЛЫХ АНОМАЛИЙ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ. **174**
- 123. Садикова Р.Р., Аташикова Р.М.**
КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ У ДЕТЕЙ С МАЛЫМИ АНОМАЛИЯМИ СЕРДЦА. **175**
- 124. Саидова Д.П. Маджидова Ё.Н.,**
ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ. **177**
- 125. Саипова Д.С., Рузметова И.А., Эгамбердиева Д.А.**
СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК **178**
- 126. А.А.Сайдазимов, Л.Д.Бабаджанова, З.С.Исламов**
ЛУЧЕВАЯ КАТАРАКТА **179**
- 127. Сайдалиев Э.И., Зекрияев Н.Н., Халикулов Э.Ш.** **180**
-

**“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ”
РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ**

- К ЛЕЧЕНИЮ ВРОЖДЁННЫХ ФОРМ ГИДРОЦЕФАЛИЙ.*
- 128. Салиева Н. Ташметова Б.Р.**
ПОСЛЕОПЕОПЕРАЦИОННЫЕ ЭКГ ПРОЯВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ВПС. 182
- 129. Салимова И.У., Шойимова Ш.С.**
БОЛАЛАРДА АТОПИК ДЕРМАТИТ КАСАЛЛИГИНИНГ ПСИХОЛОГИК ОМИЛЛАРИ 183
- 130. Собиров Э.Ж.**
ОЦЕНКА ОКСИДАНТНОГО И АНТИОКСИДАНТНОГО СТАТУСА В РАННИЙ ПЕРИОД РАЗВИТИЯ ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ 185
- 131. Солиева М., Хакимов Ш.К., Инакова Б.Б., Нуритдинова Г.Т.**
АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ТЕЛА ШКОЛЬНИКОВ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ 1 СТЕПЕНИ. 186
- 132. Солиева Р.Б., Юлдашева О.С.**
АКТУАЛЬНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ПРОФИЛАКТИКИ ФАКТОРОВ РИСКА ПОЛИПАТИЙ СРЕДИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ БЕРЕМЕННЫХ 188
- 133. Солиева Р.Б., Юлдашева О.С.**
ОБОСНОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫХ ПАТОЛОГИЙ СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ 189
- 134. Солихзода А.А., Максудова Х.Н.**
ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ И ВОПРОСЫ ОПТИМИЗАЦИИ ТЕРАПИИ 191
- 135. Сон И.Л., Баженова Т.Ф., Болтаева Н.Н.**
РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА 193
- 136. Сулейманова Л.И., Исмаилова М.А.**
ВЛИЯНИЕ ВСКАРМЛИВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ НА ДЛИТЕЛЬНОСТЬ НЕОНАТАЛЬНЫХ ЖЕЛТУХ. 194
- 137. Таганова Г.А.**
МУЛЬТИМОДАЛЬНОСТЬ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПОСЛЕ БРЮШНОПОЛОСТНЫХ ОПЕРАЦИЯХ У НОВОРОЖДЕННЫХ 196
- 138. Таджибаева Л., Эгамбердиева Д.А.**
ОЦЕНКА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ 197
- 139. Таджиева Н.А., Мухамедова Н.С.**
ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ВИЧ ИНФЕКЦИЕЙ 199
- 140. Тангибаева Ю.Ш. Абдуразакова З.К**
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ И 200

**“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ”
РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ**

- РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА (ЮИА) У ДЕТЕЙ.*
- 141. Тангибаева Ю.Ш. Абдуразакова З.К**
РОЛЬ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ. 202
- 142. Тангибаева Ю.Ш. Абдуразакова З.К. Акбарходжаева М.Р.**
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ВВЕДЕНИЯ МЕТОТРЕКСАТА С ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ У ДЕТЕЙ. 203
- 143. Тастанов А.М., Эргашев Н.Ш., Отамуродов Ф.А.**
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ Н-ФОРМЫ АНОРЕКТАЛЬНЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ 205
- 144. Тастанов А.М., Эргашев Н.Ш., Отамуродов Ф.А.**
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РЕДКИХ ФОРМ АНОРЕКТАЛЬНЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕВОЧЕК 207
- 145. Темирова М.К.**
КОРОТКОЛАТЕНТНЫЕ СЛУХОВЫЕ ВЫЗВАННЫЕ ПОТЕНЦИАЛЫ (КСВП) В ДИАГНОСТИКЕ ТУГОУХОСТИ ПРИ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ 208
- 146. Тошпулатов С.О. Туракулова Д.М., Тошмухамедов А.А.**
РОЛЬ ПРИМЕНЕНИЯ ОПТИЧЕСКОЙ КОГЕРЕНТНОЙ ТОМОГРАФИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ВИТРЕОХОРИОРЕТИНАЛЬНЫХ ДИСТРОФИЙ У ДЕТЕЙ С МИОПИЧЕСКОЙ РЕФРАКЦИЕЙ. 210
- 147. Туляганова Н.З. Акбарходжаева М.Р.**
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ДИЛАТАЦИОННЫХ КАРДИОМИОПАТИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА 211
- 148. Турсунова Ш.Ш., Мамадалиева Я.М., Болтаева Н.Н.**
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ISUOG ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ У ПЛОДА В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ 213
- 149. Турсунхожаева Н.А., Рахманкулова З.Ж.**
К ОЦЕНКЕ ФАКТОРОВ РИСКА ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ 214
- 150. Тухсанова Р.С.**
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ HELICOBACTER PYLORI АССОЦИИРОВАННОЙ 216
-

*ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ
ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.*

- 151. Тухтаева Р.З., Мамадалиева Я.С., Давидходжаева А.А.**
*КОМПЛЕКСНАЯ ЭХОГРАФИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ
ОБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ,
СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ ПОДМЫШЕЧНОЙ
ЛИМФОАДЕНОПАТИЕЙ* 218
- 152. Тухтаева Р.З., Юсупалиева Г.А.,**
*РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО
ОБСЛЕДОВАНИЯ ЖЕНЩИН СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ
ОБРАЗОВАНИЯМИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ* 219
- 153. Тухтаева У.Д., Гулямова М.А.,**
*РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВАРЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ
ДЕТЕЙ С ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ВСКАРМЛИВАНИЯ* 221
- 154. Тухтаева У.Д., Гулямова М.А.,**
*РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВАРЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ
ДЕТЕЙ С ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ВСКАРМЛИВАНИЯ* 222
- 155. Уалиева В.Д., Туракулова Д.М., Бобоха Л.Ю.**
*АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА У ДЕТЕЙ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ
ПАТОЛОГИЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ* 224
- 156. С.Б. Убайдуллаев, Х.К. Нурмухамедов, Э.Э. Эламанова.**
*МЕТОДЫ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ
ПОСЛЕ ОЖОГОВЫХ РУБЦОВ У ДЕТЕЙ* 225
- 157. Уктамова Н.Х., Мамадалиева Я.М., Болтаева Н.Н.**
*ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ЭХОГРАФИИ В
ДИАГНОСТИКЕ АДЕНОМИОЗА ПОСЛЕ КЕСАРЕВА
СЕЧЕНИЯ* 227
- 158. Умаров С.М., Косимов И.А.**
*КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
БРУЦЕЛЛЕЗА.* 228
- 159. Умаров М.М., Аляви.Б.А.**
*ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БИОРАСТВОРИМОГО
СОСУДИСТОГО КАРКАСА «ABSORB» У БОЛЬНЫХ
СТАБИЛЬНОЙ И НЕСТАБИЛЬНОЙ ФОРМАМИ ИБС.* 230
- 160. Умарова М. Э., Маджидова Ё. Н, Ниязова М. Т.**
*ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У
ДЕТЕЙ С НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ* 231
- 161. Уринбаева Н.М, Умаров Х.У., Махмудов М.У.**
ВЫБОР ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С АУДИТОРНОЙ НЕЙРОПАТИЕЙ: 233

- КОХЛЕАРНЫЕ ИМПЛАНТЫ ИЛИ СЛУХОВЫЕ АППАРАТЫ?*
- 162. Усманова Ш.Б., Мамадалиева Я.М., Болтаева Н.Н.**
КОМПЛЕКСНАЯ ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПЛОДА У БЕРЕМЕННЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ПОЧЕК 234
- 163. Фазилбекова З.Н., Атаходжаева Г.А.**
ОСОБЕННОСТИ ВАРИАбельНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 235
- 164. Хаитбаева Н., Зияходжаева Л.У**
ОСОБЕННОСТИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ И ОСНОВНЫЕ КРИТЕРИИ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ 237
- 165. Хаитбаева Ш.Х. Садиқова Г.К**
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ТЕЧЕНИЯ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ 238
- 166. Хайитов З.Ш. Таджиев М.М.**
ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОСЕВЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА С УЧЕТОМ ОСОБЕННОСТЕЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА 239
- 167. Хайитов З.Ш. Таджиев М.М.**
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОСЕВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ПОЗВОНОЧНИКА У ПОДРОСТКОВ. 241
- 168. Хайитов З.Ш. Таджиев М.М.**
ЭНМГ ПОКАЗАТЕЛИ У ПАЦИЕНТОВ, ПОДРОСТКОВ С ОСЕВЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА. 242
- 169. Халилова З.С. Курьязова Ш.М.**
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАТЯЖНОГО КАШЛЯ У ДЕТЕЙ 243
- 170. Хасанова Р.Р., Максудова Х.Н.**
ПСИХО ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С ГИПОТАЛАМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ. 245
- 171. Хасилбеков Н.Х., Асадуллаев У.М.**
ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ БОКОВЫХ ЖЕЛУДОЧКОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА. 246
- 172. Хикматов А.А., Баженова Т.Ф., Абзалова М.Я.**
ОДНОФОТОННАЯ ЭМИССИОННАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА 248
- 173. Хикматов А.А., Юсупалиева Г.А.**
РОЛЬ КОРОНАРОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ИШЕМИИ МИОКАРДА 249

**“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ”
РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ**

174. **Ходжаева С.Х., Рахимджанова М.Т., Ахмедова М.С.**
ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У
ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ 251
175. **Ходжелепесова Р.А, Нурмухамедов Х.К.**
ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ
ПОСЛЕ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ 252
176. **Н.Холёров, З.А.Улугов, Ш.И.Рўзиев**
АВТОМОБИЛДАН ЖАРОХАТЛАНИШЛАРНИ ЭКСПЕРТ
БАҲОЛАШДА СУД-ТИББИЙ МЕЗОНЛАРНИ
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ 254
177. **Н.А. Хомова**
РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ
ТАШКЕНТСКОГО ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ИНСТИТУТА НА
ПРЕДМЕТ ИНФОРМИРОВАННОСТИ О ТУБЕРКУЛЕЗЕ 255
178. **Худайбердиева Ч.К., Таджиев Б.М.**
СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО
ТЕЧЕНИЯ НСV ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ
РАЗЛИЧНЫХ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 257
179. **Худоеров И.Б., Рашидов З.Р., Манашова А.Р.**
ИНФОРМАТИВНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
В ОПРЕДЕЛЕНИИ ПОРАЖЕНИЯ ПЛЕВРЫ У БОЛЬНЫХ С
ТУБЕРКУЛЕЗ/ВИЧ ИНФЕКЦИЕЙ 258
180. **Худойбердиева Ф.Ф., Карабаев Х.Э., Джаббарова Д.Р.,**
К ЛЕЧЕНИЮ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА БЕРЕМЕННЫХ
АРОМАТЕРАПИЕЙ 259
181. **Хушиев З.А., Нурмухамедов Х.К.**
ОСОБЕННОСТИ МЕТОДОВ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ
ОПЕРАЦИЯХ НА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ 260
182. **Шавкатов У.Ш., Буриев М.Н., Норбекова Ш.М.**
ИЗМЕНЕНИЯ УГЛОВ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У
ГРУДНИЧКОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ УЗИ. 262
183. **Шайдуллаев Н., Аляви Б.А., Атаходжаева Г.А.**
ЭНДОТЕЛИЙОПОСРЕДОВАННЫЙ АНТИИШЕМИЧЕСКИЙ
ЭФФЕКТ L-АРГИНИНА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 264
184. **Шамансурова И.А., Фазилов А.А.**
СОСТОЯНИЕ ВИЛОЧКОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЧАСТО
БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО
ИССЛЕДОВАНИЯ 265
185. **Шарипова Р. Абдуразакова З.К. Аташикова Р.М.**
КЛИНИКО ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ
С ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ 267

**“ПЕДИАТРИЯ СОҲАСИДА ЁШ ОЛИМЛАРНИНГ ЮТУҚЛАРИ”
РЕСПУБЛИКА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ**

186. **Шарипова Р.Ф., Ходжиметов Х.А.**
КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ
ДИАГНОСТИКИ ПЕРИКАРДИТА У ДЕТЕЙ 268
187. **Шахаветдинова Н. Д., Мухитдинова М. И.**
ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ,
ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ 270
188. **Шерматова З.А., Ахмедова Ш.У.**
ПРОЯВЛЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ЭНТЕРОПАТИИ У
БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА 271
189. **Шораимова З. Б., Мухиддинова М.И.**
ФАРМАКОТЕРАПИЯ ЗАПОРОВ У ДЕТЕЙ 273
190. **Шукурова М.А., Муминова Л.Р.**
ВАЖНОСТЬ РАННЕГО РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ
С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ 274
191. **Шукурова М.А., Муминова Л.Р.**
ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩЕЙ
РАБОТЫ У ДЕТЕЙ С ЙОДДЕФИЦИТНЫМ СТАТУСОМ,
ИМЕЮЩИХ НАРУШЕНИЯ РЕЧИ 275
192. **Э.Э. Эламанова, С.Б.Убайдуллаев**
КОМБИНИРОВАННАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ПЛАСТИЧЕСКИХ
ОПЕРАЦИЯХ НА КОНЕЧНОСТЯХ У ДЕТЕЙ 277
193. **Юлдашев Т.А., Рустамова У.М., Султанова Л.Р.**
УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ ДЛИННЫХ
ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ 278
194. **Юсупбекова А.Ю., Ахматалиева М.А., Маматкулов Б.Б.,
Хамзаев К.А.**
ИСИТМА ВАҚТИДА БЕМОР БОЛАЛАР ҲОЛАТИГА БАҲО
БЕРИШ ВА ДАВО ЧОРАЛАРИНИ БЕЛГИЛАШ 279
195. **Юсупов М.М., Бабаджанова Л.Д**
МИОЭКТОМИЯ ПРИ ГИПЕРФУНКЦИИ НИЖНИХ КОСЫХ
МЫШЦ IV СТЕПЕНИ. 281
196. **Юсупова С.Р., Умаров Х.У.**
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У
ДЕТЕЙ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ. 282
197. **Якубов Н.И., Фазилов А.А.**
КОМПЛЕКСНОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНЫХ СОСУДОВ БРЮШНОЙ
ПОЛОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ ПАНКРЕОНЕКРОЗА ПРИ
ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ 283
198. **Якубова З.А., Якубов Р.К., Усманова Д.Д.**
ЗАДАЧИ ВРАЧА –НЕВРОПАТОЛОГА В 285

*ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ ДЕТЕЙ С
ДЕФЕКТАМИ И ДЕФОРМАЦИЯМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.*

199. Якубова К.Н., Ахмедова Н.Р., Умарбекова Н.Ф.

*ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ДЕТЕЙ С
КАРДИОМИОПАТИЯМИ*

286

